



3. Sächsischer Drogen- und Suchtbericht



Vorwort

Vor Ihnen liegt der 3. Sächsische Drogen- und Suchtbericht der Staatsregierung. Legale wie auch illegale Drogen sind Teil des Alltags vieler Menschen – auch in Sachsen. Und das ist ein Problem. Denn sie verursachen nicht nur gesundheitliche Schäden, sie sind im Extremfall ein Schaden für die Gesellschaft. Das sehen wir in unseren Suchtberatungsstellen, wir sehen es in Krankenhäusern und Rehakliniken. Und wir sehen es dort, wo Sucht in Gewalt und Kriminalität umschlägt.

Was wir aber auch sehen, und das ist erfreulich, wir können etwas tun: Durch Prävention, durch Vermeidungsstrategien, durch Hilfsangebote – und nicht zuletzt durch Bildung schon im Kindes- und Jugendalter. Der vorliegende Bericht hat insofern – mindestens – zwei Gesichter. Er stellt die Situation für Sachsen dar. Und er zeigt das große Engagement der Landespolitik und vieler anderer Akteure im Kampf gegen Drogenmissbrauch. Insofern ist der Bericht selbst ein Instrument, um gezielt gegenzusteuern. Und gegensteuern müssen wir. Aus menschlichen Gründen. Um den sozialen Zusammenhalt zu sichern. Und nicht zuletzt aus volkswirtschaftlichen Gründen. Denn Drogenmissbrauch frisst Geld, das an anderer Stelle fehlt. Das gilt für jeden Einzelnen, aber es gilt auch für ganz Sachsen.

Das Thema „Drogen und Sucht“ umfasst das gesamte Spektrum von legalen und illegalen Drogen. Der vorliegende Bericht gibt Auskunft über den Drogenkonsum in der sächsischen Bevölkerung, aber auch über Aktivitäten zur Aufklärung über Suchtgefährdungen und zur Verhinderung einer Suchterkrankung. Er beschreibt damit die wesentlichen Arbeitsbereiche sächsischer Drogen- und Suchtpolitik und dokumentiert gleichzeitig die kontinuierliche und engagierte Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der Suchthilfe. Für dieses Engagement möchte ich mich ausdrücklich bedanken.

Was viele Menschen immer noch nicht wahrhaben wollen: Alkohol ist die am meisten konsumierte Droge auch im Freistaat Sachsen. Knapp 500.000 Personen in Sachsen sind von einem klinisch relevanten Alkoholkonsum betroffen. Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten einer sächsischen Suchtberatungsstelle und Suchtbehandlungsstelle kommen wegen ihrer Alkoholprobleme.

Ungeachtet dessen war das Thema „Drogen und Sucht“ in Sachsen in den vergangenen fünf Jahren besonders durch Crystal besetzt. Auf Grund der gravierenden gesundheitlichen Folgen des Crystal-Konsums und der gleichzeitig deutlichen Zunahme an Fallzahlen in den sächsischen Suchtberatungsstellen und Suchtbehandlungsstellen haben wir konsequent gehandelt. Heute können wir feststellen, dass die Crystal-Fallzahlen sowohl in den ambulanten Suchtberatungsstellen und Suchtbehandlungsstellen als auch in der stationären Versorgung rückläufig sind. Diese Entwicklung sehe ich auch als ein Ergebnis gemeinsamer Bemühungen und zahlreicher Aktivitäten und auf Landes- und kommunaler Ebene, in Fachgesellschaften und Fachverbänden, in Vereinen und im ehrenamtlichen Engagement. Trotzdem – und das muss uns allen klar sein: Wir dürfen hier nicht locker lassen, müssen den Konsum wo es geht unterbinden und über das Gefahrenpotenzial dieser zerstörerischen Droge aufklären.

Wir lassen nicht locker. Während der Erarbeitung des Berichtes wurden Workshops gemeinsam mit Suchthilfe-Experten durchgeführt. Konsens bestand darin, dass der Freistaat Sachsen über ein gut ausgebautes Hilfe- und Unterstützungssystem für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen verfügt.

Künftige Schwerpunkte werden vor allem darin bestehen, vorhandene Angebote besser zu verzahnen und auszubauen sowie regionale Defizite zu beheben.

Dafür stehe ich als Gesundheitsministerin und werbe um Unterstützung bei allen Akteuren der Suchtprävention und der Suchthilfe, aber eben auch um Unterstützung der Angehörigen und Freunde von Betroffenen.

Barbara Klepsch

Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	01
Abbildungsverzeichnis	06
Tabellenverzeichnis	09
Anlagenverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	12
1 Einleitung	15
2 Entstehung und Verlauf von substanzgebundenen und -ungebundenen Suchterkrankungen	17
2.1 Definitionen	17
2.2 Diagnosekriterien	17
2.3 Entstehung und Verlauf von Suchterkrankungen – Allgemeine Modelle	18
2.4 Die Rolle der Adoleszenz bei der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit	19
3 Gesetzliche Grundlagen	21
3.1 Relevante Bundesgesetze	21
3.1.1 Sozialgesetzbuch (SGB)	21
3.1.2 Bundesteilhabegesetz (BTHG)	21
3.1.3 Präventionsgesetz (PrävG)	21
3.1.4 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)	22
3.1.5 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)	22
3.1.6 Neuerungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)	22
3.1.7 Tabaksteuergesetz	22
3.1.8 Tabakerzeugnisgesetz (TabakerzG)	23
3.1.9 Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV)	23
3.2 Relevante Landesgesetze	23
3.2.1 Sächsisches Gesetz über die Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG)	23
3.2.2 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG)	24
3.2.3 Sächsisches Spielbankengesetz (SächsSpielbG)	24
3.2.4 Sächsisches Nichtraucherschutzgesetz (SächsNSG)	24
3.3 Landespolitische Konzeption, Landesrahmenvereinbarung	24
3.3.1 Konzeption zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums	24
3.3.2 Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Sachsen – Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention	25
4 Entwicklung der Konsumhäufigkeiten im Freistaat Sachsen	26
4.1 Auf einen Blick	26
4.2 Beschreibung der verwendeten Datenquellen	26
4.3 Tabak: Konsum und Missbrauch	27
4.4 Alkohol: Konsum und Missbrauch	28
4.5 Illegale Drogen: Konsum und Missbrauch	30
4.5.1 Cannabis: Konsum und Missbrauch	30
4.5.2 Illegale Drogen (außer Cannabis): Konsum	32
4.5.3 Konsum von Stimulanzien (Amphetamin und/oder Methamphetamin)	32
4.5.4 Konsum von Neuen Psychoaktiven Substanzen	33
4.6 Medikamente: Gebrauch und Missbrauch	34
4.7 Glücksspielverhalten	35
4.8 Nutzung des Internets und von Computerspielen	36
4.9 Weitere Informationen	37

4.9.1	Blutanalysen nach Verkehrskontrollen	37
4.9.2	Ergebnisse von Abwasseruntersuchungen	38
4.10	Sächsische Besonderheiten: Vergleiche von Sachsen mit dem Bund	38
5	Gesundheitliche Folgen des Substanzkonsums	40
5.1	Substanzbezogene Notfälle	40
5.2	Drogenbezogene Hepatitis C-Infektionen	42
5.3	Alkoholbezogene Todesfälle	42
5.4	Drogenbedingte Todesfälle	43
5.5	Gesundheitliche und soziale Folgen bei Dritten	43
6	Suchtprävention im Freistaat Sachsen	45
6.1	Grundlagen	45
6.1.1	Begriffsbestimmung	45
6.1.2	Ziele und Präventionsbereiche: Verhaltens- und Verhältnisprävention	46
6.1.3	Präventionsebenen und Zielgruppen	46
6.1.4	Inhalte und Prinzipien der Suchtprävention	47
6.1.5	Strukturelle Bedingungen der Suchtprävention: Kooperation und Vernetzung	47
6.1.6	Handlungsfelder der Prävention	48
6.2	Strukturen der Suchtprävention in Sachsen	52
6.2.1	Landesebene	52
6.2.2	Überregionale Ebene	54
6.2.3	Kommunale Ebene: Gebietskörperschaften	55
6.2.4	Der Arbeitsansatz Prävention im Team (PiT)	55
6.3	Angebote und Projekte der Suchtprävention in Sachsen	57
6.3.1	Universelle Prävention	57
6.3.2	Selektive Prävention	62
6.3.3	Indizierte Prävention	64
7	Versorgung	66
7.1	Ziele und Versorgungsstrukturen der Suchtversorgung	67
7.1.1	Verwendete Indikatoren und Datenquellen	67
7.1.2	Ziele der Suchtversorgung	68
7.1.3	Versorgungsstrukturen der Suchtkrankenhilfe in Sachsen	69
7.2	Angebote der Suchtversorgung in Sachsen	69
7.2.1	Ambulante Suchtversorgung	69
7.2.1.1	Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB)	69
7.2.1.1.1	Betreute Klienten in den SBB: Fallzahlen und Diagnosen	70
7.2.1.1.2	Soziodemographische Merkmale der Klientinnen und Klienten	73
7.2.1.1.3	Spezialisierte und zusätzliche Angebote der ambulanten Suchtberatungs- und -behandlungsstellen	76
7.2.1.1.4	Externe Suchtberatung im Justizvollzug	76
7.2.1.2	Suchtbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung	77
7.2.1.3	Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige	77
7.2.1.4	Ambulante Rehabilitation	78
7.2.2	Stationäre Suchtversorgung	79
7.2.2.1	Angebote und Leistungen in der akutstationären Versorgung	79
7.2.2.2	Angebote und Leistungen der stationären Entwöhnungsbehandlung	81
7.2.2.3	Nachsorge	83
7.2.3	Komplementäre Einrichtungen	84
7.2.3.1	Wohnangebote	84
7.2.3.2	Angebote zur beruflichen (Re-)Integration suchtgefährdeter und suchtkrank Menschen	85
7.2.4	Suchtselbsthilfe	86
7.3	Sachsenspezifische Besonderheiten: Vergleich Sachsen – Bund	87
8	Zugangswege, Kooperationen und Schnittstellen	90
8.1	Bedeutung	90
8.2	Zugangswege, Konsumdauer und Zeiträume bis zum Zugang ins Suchthilfesystem	91
8.3	Schnittstellen und Kooperationen mit anderen ausgewählten Hilfebereichen	93
8.3.1	Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter	93
8.3.2	Kooperation zwischen Suchthilfe und Kinder- und Jugendhilfe	94

9 Familien mit einer Suchtbelastung	97
9.1 Zur Situation betroffener Familien.....	97
9.2 Statistische Daten.....	98
9.3 Angebote für Familien mit einer Suchtbelastung.....	98
10 Polizeiliche, ordnungsrechtliche und strafrechtliche Maßnahmen	101
10.1 Polizeiliche und ordnungsrechtliche Maßnahmen.....	101
10.1.1 Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln.....	101
10.1.2 Sicherstellungsmengen 2012 bis 2017.....	102
10.1.3 Tatverdächtigenstruktur bei Rauschmitteldelikten.....	102
10.1.4 Erstauffällige Konsumierende harter Drogen (EKhD).....	103
10.2 Strafrechtliche Maßnahmen.....	104
10.2.1 Verurteilungen aufgrund von Straßenverkehrsdelikten infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel.....	104
10.2.2 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG).....	105
10.2.3 Therapie statt Strafe: § 35 BtMG.....	105
10.2.4 Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt.....	106
11 Aktivitäten der sächsischen Suchtforschung	107
12 Weiterentwicklungsbedarfe	109
12.1 Jüngere Konsumenten bzw. Patienten in der Versorgung suchtge- fährdeter und -kranker Menschen.....	109
12.2 Schwerpunkt universeller, selektiver, indizierter Prävention bei Kindern und Jugendlichen – Zielgruppen und Maßnahmen.....	111
12.3 Suchtkrankenhilfe: Entwicklung, aktuelle Anforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe.....	113

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.3.1:	Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren der Drogenabhängigkeit	18
Abb. 2.3.2:	Modell zu Entstehung, Verlauf und Beeinflussung von Substanzstörungen	19
Abb. 4.3.1:	Anteil der Tabakkonsumierenden nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	27
Abb. 4.3.2:	Anteil der Personen mit klinisch relevantem Tabakkonsum nach FTND nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	27
Abb. 4.3.3:	Trend des Anteils der Tabakkonsumierenden nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	28
Abb. 4.4.1:	Anteil der Alkoholkonsumierenden nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	28
Abb. 4.4.2:	Anteil des episodischen Rauschtrinkens nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	29
Abb. 4.4.3:	Anteil der Personen mit klinisch relevantem Alkoholkonsum nach AUDIT nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	29
Abb. 4.4.4:	Trend des Anteils der Alkoholkonsumierenden nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	30
Abb. 4.5.1:	Anteil der Konsumierenden von Cannabis nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	30
Abb. 4.5.2:	Anteil der Personen mit klinisch relevantem Cannabiskonsum nach SDS nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige. Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	31
Abb. 4.5.3:	Trend des Anteils der Konsumierenden von Cannabis nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	31
Abb. 4.5.4:	Anteil der Konsumierenden illegaler Drogen (ohne Cannabis) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	32
Abb. 4.5.5:	Anteil der Konsumierenden von Stimulanzien nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	32
Abb. 4.5.6:	Trend des Anteils der Konsumierenden von Stimulanzien nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	33
Abb. 4.5.7:	Anteil der Konsumierenden von neuen psychoaktiven Substanzen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	33
Abb. 4.6.1:	Anteil der Personen mit klinisch relevantem Medikamentenmissbrauch nach KFM nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	34
Abb. 4.6.2:	Trend des mindestens wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015	34

Abb. 4.7.1:	Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel nach Alter und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2017 (12-Monatsprävalenz). Quelle: Glücksspielsurvey 2017 der BZgA.....	35
Abb. 4.7.2:	Trend der Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel nach Geschlecht in Deutschland, 2007–2017. Quelle: Glücksspielsurvey 2017 der BZgA.....	35
Abb. 4.8.1:	Verbreitung computerspiel- und internetbezogener Störungen und der problematischen Nutzung nach CIUS im Jahr 2015. Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA.....	36
Abb. 4.8.2:	Trend computerspiel- und internetbezogener Störungen unter männlichen und weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2011–2015. Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA	37
Abb. 5.1.1:	Stationäre Behandlung von Jugendlichen aufgrund einer Alkoholintoxikation (F 10.0) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	40
Abb. 5.1.2:	Trend der stationären Behandlung von Jugendlichen aufgrund einer Alkoholintoxikation nach Geschlecht, 2012–2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	40
Abb. 5.1.3:	Trend der in einem sächsischen Krankenhaus behandelten akuten Intoxikationen durch illegale Drogen (F 11.x – F19.x, ausgenommen F 17.x), 2012–2016. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes	41
Abb. 5.1.4:	Trend der in einem sächsischen Krankenhaus behandelten Vergiftungen durch Betäubungsmittel und Halluzinogene (T 40.x), 2012–2016. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.....	41
Abb. 5.2.1:	Trend der Hepatitis C-Infektionen aufgrund von intravenösem Drogenkonsum in Sachsen, 2012–2017. Quelle: Robert Koch-Institut	42
Abb. 5.3.1:	Trend der Anzahl der auf Alkohol zurückzuführenden Sterbefälle nach Geschlecht, 2012–2015. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.....	42
Abb. 5.4.1:	Trend der Drogentodesfälle, 2012–2017. Quelle: Bundeskriminalamt	43
Abb. 5.5.1:	Stationäre Fallzahlen mit Hauptdiagnosen oder Nebendiagnose O35.5, P04.4 und P96.1 in Sachsen, 2006–2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	44
Abb. 6.2.1:	Struktur und Träger der Fach- und Koordinationsstelle Suchtprävention Sachsen. Quelle: Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen.....	54
Abb. 6.2.2:	Landkreise mit dem Arbeitsansatz PiT.....	56
Abb. 6.3.1:	Lebensphasenorientierte Angebotsübersicht; Quelle: Darstellung Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen.....	57
Abb. 6.3.2:	Anzahl der Fortbildungen zum Programm <i>FREUNDE</i> und Anzahl der Teilnehmenden, 2013–2017. Quelle: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.....	58
Abb. 6.3.3:	Anzahl Teilnahmen am HaLT-Standort Dresden, 2012–2017. Quelle: Landeshauptstadt Dresden	65
Abb. 6.3.4:	Anzahl Teilnahmen am HaLT-Standort Leipzig, 2012–2017. Quelle: Stadt Leipzig	65
Abb. 7.1.1:	Der Weg durch das medizinische Suchthilfesystem in prototypischen Phasen. Quelle: TU Chemnitz, eigene Darstellung.....	69
Abb. 7.2.1:	Verteilung der Hauptdiagnosen in der SBB ($n = 9.783$, Zugänge 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	71
Abb. 7.2.2:	Verteilung der Hauptdiagnosen in der ambulanten SBB für den Bereich illegale Substanzen ($n = 3.803$, Zugänge 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	72
Abb. 7.2.3:	Entwicklung der absoluten Fallzahlen im Bereich illegaler Drogen in der ambulanten SBB nach Hauptdiagnose, 2012–2016 (Zugänge). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	72
Abb. 7.2.4:	Geschlechtsverteilung der SBB-Fälle nach Hauptdiagnose (Zugänge 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	73

Abb. 7.2.5:	Altersverteilung der SBB-Fälle bei Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose ($n = 10.314$ Zugänge im Berichtsjahr 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	74
Abb. 7.2.6:	Altersverteilung des Erstkonsums der Zugänge innerhalb der jeweiligen Hauptdiagnose-Gruppe ($n = 3.456$, Zugänge 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	74
Abb. 7.2.7:	Höchster erreichter allgemeiner Schulabschluss unter SBB-Fällen ($n = 8.477$, Zugänge 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	75
Abb. 7.2.8:	Verteilung substanzkonsumbezogener Diagnosen vollstationär behandelter Fälle (Patientenwohnort Sachsen) im Jahr 2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	80
Abb. 7.2.9:	Anzahl vollstationär im Krankenhaus behandelter Fälle (Patientenwohnort Sachsen) mit substanzbezogener Diagnose nach Alter und Geschlecht. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	80
Abb. 7.2.10:	Abgeschlossene medizinische Leistungen zur Rehabilitation Erwachsener mit Wohnsitz Sachsen 2016 in Kliniken mit 100+ Betten. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen).....	82
Abb. 8.2.1:	Vergleich Altersmittelwerte Erstkonsum und Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnosen. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	92
Abb. 10.1.1:	Anzahl der Verfahren nach BtMG nach Art des Verstoßes und Substanzen pro 100.000 Einwohner für die relevantesten Sachverhalte, 2012–2017. Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen.....	101
Abb. 10.1.2:	Tatverdächtige bei Rauschmitteldelikten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern.....	102
Abb. 10.1.3:	Anzahl der erstauffälligen Konsumierenden harter Drogen nach Substanz, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern.....	103
Abb. 10.1.4:	Altersstruktur der EKHD, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern.....	103
Abb. 10.2.1:	Anzahl der Zurückstellungen der Vollstreckung nach § 35 BtMG (Therapie statt Strafe) nach Art der Strafe, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz.....	105

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.7.1:	Glücksspielverhalten nach dem South Oaks Gambling Screen (SOGS) bei 16- bis 70-Jährigen, 2009–2017. Quelle: Glücksspielsurvey 2017 der BZgA.....	36
Tab. 4.9.1:	Trend der Anzahl von Alkohol- und Betäubungsmitteluntersuchungen der Institute für Rechtsmedizin Leipzig und Dresden, 2012–2015. Quelle: Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.....	37
Tab. 4.9.2:	Ergebnisse der Abwasseruntersuchungen in Dresden und Chemnitz im Jahr 2017. Angaben in mg/1000 Personen/Tag. Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2018.....	38
Tab. 4.10.1:	Vergleich der Anteile Tabakkonsumierender und Personen mit klinisch relevantem Konsum nach FTND zwischen Sachsen und dem Bund im Jahr 2015, 18- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015.....	38
Tab. 4.10.2:	Vergleich der Anteile alkoholkonsumierender Personen mit klinisch relevantem Konsum nach AUDIT und Personen mit episodischem Rauschtrinken zwischen Sachsen und dem Bund im Jahr 2015, 18- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015.....	39
Tab. 4.10.3:	Vergleich der Anteile der Konsumierenden von Methamphetamin im Jahr 2015, 18- bis 64-Jährige zwischen Sachsen und dem Bund (Lebenszeitprävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015.....	39
Tab. 7.2.1:	Förderung der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen durch den Freistaat Sachsen.....	70
Tab. 7.2.2:	Entwicklung der Fallzahlen des Gesamtklientels und Geschlechterverteilung. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	70
Tab. 7.2.3:	Anzahl der Kontakte in der SBB nach Hauptdiagnose. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	71
Tab. 7.2.4:	Entwicklung der Klientenzahlen in der SBB mit Hauptdiagnose exzessive Mediennutzung, 2012–2017. Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.	73
Tab. 7.2.5:	Altersdurchschnitt der SBB-Fälle zu Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose im Jahr 2016. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	73
Tab. 7.2.6:	SBB-Fälle ohne Schulabschluss nach Hauptdiagnose-Gruppen im Jahr 2016. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	75
Tab. 7.2.7:	SBB-Fälle ohne Berufsausbildung nach Hauptdiagnose-Gruppen im Jahr 2016. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	75
Tab. 7.2.8:	Erwerbssituation der SBB-Fälle am Tag vor Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose im Jahr 2016. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	75
Tab. 7.2.9:	Spezialisierte und zusätzliche Angebote der SBB. Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.	76
Tab. 7.2.10:	Anzahl der Fälle behandelter Substanzkonsumstörungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (Versicherte Sachsen der AOK PLUS in Sachsen), 2012–2017. Quelle: AOK PLUS.....	77
Tab. 7.2.11:	Anzahl der Fälle für Opioid-Substitutionstherapie und Substitutionsärztinnen und -ärzte, 2012–2017. Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister.....	78
Tab. 7.2.12:	Verteilung der Hauptdiagnosen in der ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	78

Tab. 7.2.13:	Entwicklung der Fallzahlen in der ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik.....	79
Tab. 7.2.14:	Anzahl vollstationär im Krankenhaus behandelter Fälle (Wohnort Sachsen) nach Altersgruppen, 2012–2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	81
Tab. 7.2.15:	Abgeschlossene medizinische Leistungen zur Rehabilitation Erwachsener mit Wohnsitz Sachsen in Kliniken mit 100+ Betten, 2012–2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.....	82
Tab. 7.2.16:	Entwicklung der Wohnangebote für CMA im Freistaat Sachsen. Quelle: Kommunaler Sozialverband Sachsen.....	85
Tab. 7.2.17:	Zusammensetzung Selbsthilfegruppen mit Anteil Angehöriger und Anteil weiblicher Teilnehmerinnen 2000–2015 und im Vergleich Sachsen und Bund (2010). Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V./ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.....	87
Tab. 8.2.1:	Vermittlungswege ins Suchthilfesystem. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	91
Tab. 8.2.2:	Störungsdauer bei Betreuungsbeginn in SBB nach Einzeldiagnosen im Jahr 2016. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen.....	92
Tab. 10.1.1:	Sicherstellungsmengen nach Substanzen, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern.....	102
Tab. 10.2.1:	Anzahl der verurteilten Personen wegen Gefährdung des Straßenverkehrs infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Substanzen (nach § 315c Abs. 1 Nummer 1 Buchst. a StGB ges.) nach Altersgruppen, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz.....	104
Tab. 10.2.2:	Anzahl der verurteilten Personen wegen Trunkenheit im Verkehr (nach § 316 StGB ges.) nach Altersgruppen, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz.....	104
Tab. 10.2.3:	Anzahl der verurteilten Personen wegen fahrlässiger Körperverletzung im Straßenverkehr in Trunkenheit (nach § 229 StGB) nach Altersgruppen, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz.....	104
Tab. 10.2.4:	Anzahl der verurteilten Personen wegen fahrlässiger Tötung im Straßenverkehr in Trunkenheit (§ 222 StGB) nach Altersgruppen, 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz.....	104
Tab. 10.2.5:	Anzahl der Verurteilungen nach BtMG, 2007–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz.....	105
Tab. 10.2.6:	Anzahl der Untergebrachten in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB (inkl. § 67h StGB) in Sachsen und in allen Bundesländern*, 2012–2016. Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.....	106
Tab. 10.2.7:	Anzahl der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt nach Anlassstrafataten (nach § 64 StGB), 2012–2017. Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz.....	106

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 – Beschreibung der verwendeten Indikatoren	115
Anlage 2 – Methodik bei Blutkontrollen	117
Anlage 3 – Übersicht professioneller psychosozialer Versorgungsstrukturen	118
Anlage 4 – Regionale Übersicht der SBB	119
Anlage 5 – Förderung der SBB	120
Anlage 6 – Einrichtungen mit psychischen Fachgebieten	121
Anlage 7 – Suchtspezifische Stationen in psych. KH	122
Anlage 8 – Fachkliniken zur Entwöhnungsbehandlung	123
Anlage 9 – Wohnstätten u. Wohnangebote CMA	124
Anlage 10 – Anzahl der Verfahren nach BtMG	125
Anlage 11 – Teilnehmende Institutionen	126

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AGH-MAE	Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung
AHA	„Aktivierung-Hilfe-Arbeit“
AJS	Aktion Jugendschutz Sachsen e.V.
ALG	Arbeitslosengeld
AOK Plus	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsagentur
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
ATEMM-Studie	AOK PLUS-Studie zur strukturierten Tabak-Entwöhnung durch pneumologische Facharztpraxen und Psychotherapeuten in Sachsen und Thüringen mit Minimal-Intervention vs. Maximal-Intervention
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BtM	Betäubungsmittel
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CIUS	Compulsive Internet Use Scale
CMA	Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CTC	Communities that care
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DBZV	Diakonisches Beratungszentrum Vogtland
DISuP	Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
DKZS	Diakonisches Kompetenzzentrum für Suchtfragen
DRG Statistik	Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DrugWipe®	Freiwilliger Drogenvortest
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DVD	Digital Versatile Disc
EKhD	Erstaufällige Konsumierende harter Drogen
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
ESF	Europäischer Sozialfond
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FCTC	Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle der WHO
FH	Fachhochschule
FreD	Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
GewO	Gewerbeordnung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GlüStV	Glücksspielstaatsvertrag
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
HaLT	Hart am Limit
HD	Hauptdiagnose
HTW	Hochschule für Technik und Wirtschaft
HTWK	Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur
ICD	International Classification of Diseases
IFT	IFT Institut für Therapieforchung
IFT-Nord	Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung

ILA	Integration Langzeitarbeitsloser in Arbeit und Beschäftigung
INA	Integration „Nüchterne Aussichten“
Inthis	Integrationshilfen für suchtkranke Menschen
JSA	Jugendstrafanstalt
JVA	Justizvollzugsanstalten
KFM	Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch
Kita	Kindertageseinrichtung
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJVE	Kinder- und Jugendverein Ehrenfriedersdorf
KMK	Kultusministerkonferenz
LFA SP	Landesfachausschuss Suchtprävention
LJA	Landesjugendamt
LK	Landkreis
LKA	Landeskriminalamt
LPR	Landespräventionsrat
MOVE	Motivierende Kurzintervention
NAKURA	Bundesweites Forschungsnetzwerk von Tabakentwöhnungsambulanzen
NEU- TAL	„durch Neuorientierung – Stabilisierung und Teilhabe am Arbeitsleben“
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NpSG	Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PiT	Prävention im Team
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
RESA	Ressourcen aktivieren
SächsGDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen
Sächs-GlückStVAG	Ausführungsgesetz zum Glücksspielstaatsvertrag
SächsKitaG	Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen
SächsNSG	Sächsisches Nichtraucherschutzgesetz
SächsPsychKG	Sächsisches Gesetz über die Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten
SächsSpielbG	Sächsisches Spielbankengesetz
SBB	Suchtberatungs- und -behandlungsstellen
SDS	Severity of Dependence Scale
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe
SHIFT	Sucht-Hilfe-Familien-Training
SLfG	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
SMI	Staatsministerium des Innern
SMK	Sächsisches Staatsministerium für Kultus
SMP	Schülermultiplikatorinnen und -multiplikatoren
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
SMUL	Sächsisches Staatsministerium für Umwelt und Landwirtschaft
SN	Freistaat Sachsen
SOGS	South Oaks Gambling Screen
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SpielV	Spielverordnung
STZ	Sozialteam-Soziotherapeutisches Zentrum
TabakerzG	Tabakerzeugnisgesetz
TU Chemnitz	Technische Universität Chemnitz
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WS	Workshop
zkT	Zugelassene kommunale Träger

1 Einleitung

Auf der Grundlage des Beschlusses des Sächsischen Landtages Drs.-Nr. 4/5258 legt die Staatsregierung den Dritten Sächsischen Drogen- und Suchtbericht vor.

Basis der aktuellen sächsischen Drogen- und Suchtpolitik sind die vier Säulen Prävention, Beratung und Behandlung sowie Hilfe zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung und Repression. Ausgehend von den gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen des Suchtmittelkonsums sind folgende Zielsetzungen prioritär:

- Verhinderung des Konsums, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen
- Reduzierung des schädlichen Konsums und Förderung der Eigenverantwortung
- frühzeitiges Erkennen einer Suchterkrankung und Ermöglichung adäquater Hilfe
- Behandlung von Suchterkrankungen durch ein differenziertes Angebot an Hilfen
- weitere Eindämmung der Verfügbarkeit von Drogen.

Ausgehend vom Epidemiologischen Suchtsurvey¹ 2015 lebten in Sachsen in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre:

- 764.000 Raucherinnen und Raucher bezogen auf die letzten 30 Tage
- 1.917.000 Personen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumierten
- 145.000 Personen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumierten
- 13.000 Personen, die in den letzten 30 Tagen Stimulanzien konsumierten

Von einem klinisch relevanten Substanzkonsum innerhalb der letzten 12 Monate betroffen waren in Bezug auf Alkohol 493.000 Personen und in Bezug auf Cannabis 36.000 Personen.

Im Berichtszeitraum konnte das Hilfesystem ausgebaut und weiterentwickelt werden. Einen maßgeblichen Anteil daran hatte die Erhöhung der Fördermittel für den Bereich der Suchthilfe im Landeshaushalt. Die bewilligten Fördermittel für den Bereich Suchthilfe² sind von 4.443.210 Euro im Jahr 2013 auf 9.090.953 im Jahr 2018 gestiegen.

Folgende Ergebnisse können für den Berichtszeitraum beispielhaft genannt werden:

- Jährlich werden knapp 26.000 Fälle (21.000 Neuzugänge) in den Suchtberatungs- und -behandlungsstellen betreut.
- Jeder zweite Fall (55 %) erhielt 2016 die Hauptdiagnose alkoholbezogene Störung, gefolgt von Stimulanzien mit 23,8 %, Cannabinoiden mit 9,3 % und Opioiden mit 4,7 %³.
- Die Fallzahlen der Hauptdiagnose Stimulanzien sind nach einem deutlichen Anstieg von 1.766 (2012) auf 2.606 (2014) seit 2015 leicht rückläufig zurückgegangen. Sie betragen 2.329 im Jahr 2016 in den Suchtberatungs- und -behandlungsstellen⁴.
- Die Anzahl stationär behandelter Fälle aufgrund einer substanzbezogenen Hauptdiagnose mit Wohnort in Sachsen ist im Berichtszeitraum von insgesamt 22.346 (2012) Fällen auf 20.083 (2016) Fälle um ca. 10 % gesunken.⁵
- Die Vollzeit-Fachkraftstellen in den 45 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen haben sich landesweit seit 2013 um 26 auf 200 erhöht.
- Weitere Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien konnten etabliert werden.
- Im Berichtszeitraum wurden 54 sozialtherapeutische Plätze an drei Standorten für junge erwachsene chronisch mehrfachgeschädigte Drogenabhängige, insbesondere Crystalabhängige, neu geschaffen.
- In der Justizvollzugsanstalt Zeithain sowie in der Jugendstrafanstalt Regis-Breitungen wurde jeweils eine Suchtherapiestation geschaffen.

1 Der Epidemiologische Suchtsurvey ist eine bundesweite Studie zum Konsum psychoaktiver Substanzen in der Bevölkerung. Die Studie wird ca. alle 5 Jahre wiederholt.

2 Fördermittel nach den Richtlinien Psychiatrie und Suchthilfe sowie Investition und Teilhabe.

3 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 2.01.

4 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016, Tab. 2.01.

5 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen).

Der Bericht beinhaltet eine Beschreibung der Entstehung und des Verlaufs von substanzgebundenen und substanzungebundenen Suchterkrankungen (Kapitel 2) sowie gesetzlicher Grundlagen (Kapitel 3). In Kapitel 4 folgt eine Darstellung der Epidemiologie der verschiedenen Suchtstörungen. In den folgenden Kapiteln werden die gesundheitlichen Folgen des Substanzkonsums (Kapitel 5) sowie bestehende Strukturen und Angebote in den Bereichen Prävention (Kapitel 6) und Versorgung (Kapitel 7) beschrieben. In Kapitel 8 wird näher auf die Kooperationen, Schnittstellen und Vernetzungen innerhalb der Suchthilfe und mit angrenzenden Hilfebereichen eingegangen. Kapitel 9 widmet sich dem Thema „Familien mit einer Suchtbelastung“. Es werden zudem polizeiliche und strafrechtliche Maßnahmen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen dargestellt (Kapitel 10), bevor in Kapitel 11 Aktivitäten der Suchtforschung im Freistaat Sachsen vorgestellt werden. In Kapitel 12 sind basierend auf Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern der sächsischen Suchthilfe besondere Weiterentwicklungsbedarfe in den Bereichen Prävention und Versorgung dargestellt.

Der Bericht ist eine Fortschreibung des Zweiten Sächsischen Drogen- und Suchtberichts (2013) bis zum aktuellen Stand (2017). In einigen Bereichen lagen jedoch noch keine Daten für die Jahre 2016 und/oder 2017 vor.

Bereits im Zweiten Sächsischen Drogen- und Suchtbericht 2013 wurde auf Methamphetamin (Crystal) im Bereich der illegalen Drogen in Sachsen besonders hingewiesen. Die Problematik des Crystal-Konsums hatte sich im vorliegenden Berichtszeitraum weiter zugespitzt und stand deshalb in einem besonderen Fokus. Ergänzend wird deshalb auf die Große Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Thema „Umsetzung 10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums“ sowie die Große Anfrage der AfD-Fraktion zum Thema „Suchtmittelkonsum in Sachsen – Schwerpunkt Methamphetamin (Crystal)“ verwiesen. Die Antworten auf beide Großen Anfragen lagen Anfang 2018 vor und beinhalten eine Vielzahl von Informationen auf deren Wiederholung in diesem Bericht verzichtet wird.

Zu verweisen ist ebenfalls auf die von der Staatsregierung vorgelegte Sozialberichterstattung, die sich in einem gesonderten Kapitel ausführlich mit Drogen und Sucht beschäftigt.

Der vorliegende Bericht wurde auf der Grundlage eines Entwurfs des IFT Institut für Therapie- forschung München in Kooperation mit der TU Chemnitz (Klinische Psychologie und Psycho- therapie) erstellt.

2 Entstehung und Verlauf von substanzgebundenen und -ungebundenen Suchterkrankungen

2.1 Definitionen

„Sucht beschreibt ein zwanghaftes Verhalten, trotz erheblicher langfristig negativer Auswirkungen anhaltend eine psychotrope Substanz zu konsumieren bzw. ein bestimmtes Verhalten auszuüben. *Abhängigkeit* ist demgegenüber in erster Linie definiert durch neurobiologische Veränderungen wie Toleranzentwicklung und Auftreten eines Entzugssyndroms, wenn die Substanz nicht mehr konsumiert wird. Nach Abklingen der Entzugssymptome kann die körperliche Abhängigkeit überwunden sein, während die psychische Sucht bestehen bleibt.“⁶

Zur Diagnose von psychischen Erkrankungen werden international zwei Klassifikationssysteme verwendet: das Internationale Klassifikationssystem für Erkrankungen (International Classification of Diseases – ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), das momentan in der 10. Auflage vorliegt und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5) in der 5. Auflage.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verzichtet seit 1964 auf den Begriff *Sucht* und verwendet ausschließlich die Begriffe *Abhängigkeit* und *schädlicher Gebrauch*, welche auch im ICD Einzug gehalten haben.⁷ Der Begriff *Substanzkonsumstörung* subsummiert die bis zum DSM-4 verwendeten Kategorien *Substanzabhängigkeit* und *Substanzmissbrauch*. Im DSM-5 sind *Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen* und der *Störung durch Glücksspielen* beschrieben.⁸

Es kann zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Abhängigkeiten unterschieden werden. Substanzgebundene Abhängigkeiten sind an den Konsum eines Suchtmittels (wie zum Beispiel Alkohol, Nikotin, Cannabis) gebunden, während sich die substanzungebundene Abhängigkeit im exzessiven und mit Kontrollverlust verbundenen Ausüben bestimmter Tätigkeiten widerspiegelt.

2.2 Diagnosekriterien

Gemäß der Diagnostik des ICD-10 liegt eine *Substanz- bzw. Verhaltensabhängigkeit* vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien in einem definierten Zeitraum zutreffen:

- übermächtiger Wunsch/starkes Verlangen, eine bestimmte Substanz zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- körperliche Entzugssymptome bei Beendigung des Konsums
- Konsum, um die Entzugssymptome zu mildern
- Toleranzbildung: Konsum immer größerer Mengen notwendig, um den gewünschten Effekt zu erzielen
- Verhalten ist auf den Konsum fokussiert, das heißt Vernachlässigung anderer Interessen und Verpflichtungen: die Droge wird zum Lebensmittelpunkt
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen (körperlich, psychisch, sozial).

Um eine Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen und ihre Schwere gemäß des DSM-5 zu diagnostizieren, werden elf Kriterien aus den

6 Mühlig, S. (2018). Sucht- und Substanzbezogene Störungen. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 09.10.2018 von <https://portal-1hogrefe-1com-10011147z023a.emedia1.bsb-muenchen.de/dorsch/sucht-und-substanzbezogene-stoerungen/>

7 Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.

8 Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-5)* (2. korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

folgenden vier Symptomgruppen herangezogen: (1) Kontrollverlust, (2) soziale Beeinträchtigung, (3) riskanter Konsum und (4) pharmakologische Kriterien, wie zum Beispiel Toleranzentwicklung.

Für *Pathologisches Glücksspiel* wurden sowohl im ICD-10 als auch im DSM-5 eigene Diagnosekriterien formuliert. Pathologisches Glücksspiel besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt.⁹ Als eine schwächere Ausprägung gilt das *problematische Spielen*. Für diese Form des Glücksspielens liegt keine einheitliche Definition vor.

Außer dem *Pathologischen Glücksspiel* sind bisher keine weiteren substanzungebundenen Suchtformen in das ICD-10 aufgenommen worden. Die WHO wird jedoch die *Computerspielsucht* (Gaming Disorder) in das ICD-11 aufnehmen und sie somit als eigene psychische Störung anerkennen. Für eine Diagnose als Computerspielsucht müssen die folgenden drei Kriterien erfüllt sein: (1) entgleitende Kontrolle etwa bei Häufigkeit und Dauer des Spielens, (2) wachsende Priorität des Spielens vor anderen Aktivitäten und (3) Weitermachen auch bei negativen Konsequenzen (beispielsweise berufliche, soziale und familiäre Folgen).

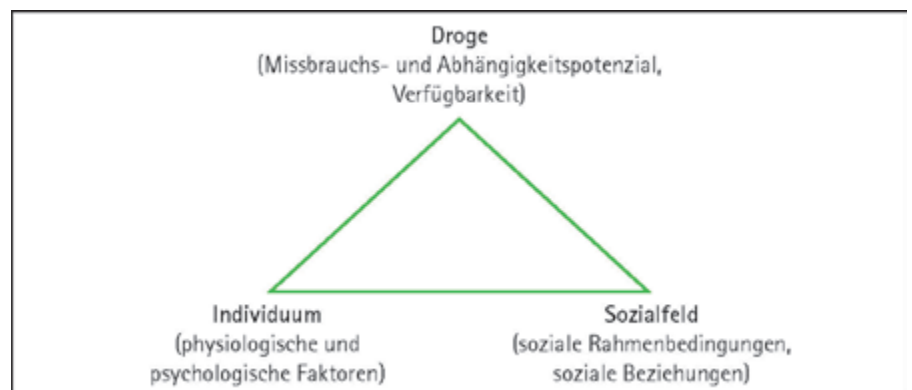
2.3 Entstehung und Verlauf von Suchterkrankungen – Allgemeine Modelle

Seit Jahren hat sich das bio-psycho-soziale Modell als grundlegendes Erklärungsmodell in den Gesundheitswissenschaften etabliert.¹⁰ Nach dem Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren der Drogenabhängigkeit¹¹ beruht die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung auf den drei Faktorengruppen¹²

- spezifische Wirkung der Substanz,
- individuelle Merkmale der konsumierenden Person sowie
- soziale Faktoren der Umgebung,

welche in unterschiedlichem Ausmaß zusammenwirken und sich wechselseitig beeinflussen (Abb. 2.3.1). In diesem interaktiven Prozess gibt es somit nicht die eine Ursache oder den einen deterministisch wirkenden Einzelfaktor. Viele Faktoren tragen zur Entstehung und zum Verlauf bei, wobei die Wichtigkeit der Faktoren über die Lebensspanne hinweg variiert.

Abb. 2.3.1: Dreiecksschema für Bedingungsfaktoren der Drogenabhängigkeit¹³



9 Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.

10 Knoll, N., Scholz, U., & Riekman, N. (2013). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München: Ernst Reinhard Verlag.

11 Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie* (6. Auflage). Stuttgart: Thieme.

12 Feuerlein, W. (2008). *Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie* (6. aktualisierte Auflage). München: C. H. Beck.

13 Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie* (6. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Das Modell zu Entstehung, Verlauf und Beeinflussung¹⁴ beschreibt Faktoren, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzstörungen eine Rolle spielen und beschreibt mögliche Konsumverläufe. Hierbei werden früh auftretende angeborene oder erworbene Vulnerabilitäten/Anfälligkeiten (wie zum Beispiel genetische Faktoren oder kritische Lebensereignisse) von späteren Risikofaktoren (wie zum Beispiel der Verfügbarkeit der Substanzen) unterschieden (Abb. 2.3.2).



Abb. 2.3.2: Modell zu Entstehung, Verlauf und Beeinflussung von Substanzstörungen¹⁵

2.4 Die Rolle der Adoleszenz bei der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit

Im Jugendalter sind vielfältige (normative) Entwicklungsaufgaben im Prozess des Erwachsenwerdens zu bewältigen, die mit Phasen der Verunsicherung, Desorientierung, Stimmungsinstabilität, Stresserleben und emotionalen Belastungen einhergehen können. Zudem ist die Adoleszenz von der Entwicklung der Identität, von Experimentierverhalten und einer erhöhten Risikobereitschaft geprägt.¹⁶ Einer der Bereiche, in dem während der Adoleszenz ein Entdeckungsprozess stattfindet, ist das Experimentieren mit und Ausprobieren von psychotropen Substanzen.

Während der Adoleszenz erhöht sich das Risiko für Suchtmittelkonsum unter anderem deshalb, da sich das Gehirn noch in der Entwicklung befindet. Der präfrontale Kortex und dessen Verbindungen zu anderen Gehirngebietern ist noch unvollständig entwickelt. Dieser ist für das Evaluieren von Situationen, das Treffen von Entscheidungen und das Kontrollieren von Emotionen und Impulsen verantwortlich und ist bei den meisten Personen erst Mitte 20

¹⁴ Bühringer, G., Wittchen, H., Gottlebe, K., Kufeld, C., & Goschke, T. (2008). Why people change? The role of cognitive-control processes in the onset and cessation of substance abuse disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 4–15. doi:10.1002/mpr.246

¹⁵ ibid.

¹⁶ Nora, D., & Volkow, M. D. (2004). Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research-based guide. *PNAS*, 101, 8174–8179.

vollkommen ausgereift.¹⁷ Besonders kritisch ist dabei zu sehen, dass früher experimenteller Substanzkonsum das Abhängigkeitsrisiko drastisch erhöht.^{18, 19, 20, 21, 22}

Neben der nicht vollständigen Entwicklung des Gehirns und der Entwicklung der Identität spielt auch die Peergroup eine entscheidende Rolle für den Kontakt mit Suchtmitteln und den ersten Probierkonsum und macht Jugendliche in dieser Lebensphase besonders anfällig für Substanzkonsum. Da der erste Kontakt mit psychotropen Substanzen häufig in der Kindheit und Adoleszenz stattfindet und in dieser Zeit auch substanzbezogene Kognitionen entwickelt werden, stellen diese Lebensphasen ein wichtiges Zeitfenster für Präventionsmaßnahmen dar. Die Konsummotive Jugendlicher unterscheiden sich häufig von denen Erwachsener. Jugendliche reagieren häufig besonders aversiv auf Vorschriften und Bevormundung und sind eher durch partizipative Zugangskonzepte zu erreichen, die Spielräume für selbst bestimmte Entscheidungsfindungen zulassen. Als Mediatoren für Suchtprävention sind Gleichaltrige (peer-to-peer) oder ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten für Jugendliche häufig besonders glaubwürdig.

17 ibid.

18 Sartor, C. E., Lessov-Schlaggar, C. N., Scherrer, J. F., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Pergadia, M. L., et al. (2010). Initial response to cigarettes predicts rate of progression to regular smoking: findings from an offspring-of-twins design. *Addictive Behaviors*, 35(8), 771-778.

19 Behrendt, S., Wittchen, H. U., Höfler, M., Lieb, R., Low, N. C. P., Rehm, J., et al. (2008). Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany. *Addiction*, 103, 1638-1647.

20 Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Patricia Chou, S., June Ruan, W., & Grant, B. F. (2008). Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(12), 2149-2160.

21 DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., O'Loughlin, J., Pbert, L., Ockene, J. K. et al. (2007). Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(7), 704-710.

22 McCabe, S. E., West, B. T., Morales, M., Cranford, J. A., & Boyd, C. J. (2007). Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study. *Addiction*, 102(12), 1920-1930.

3 Gesetzliche Grundlagen

3.1 Relevante Bundesgesetze

3.1.1 Sozialgesetzbuch (SGB)

Die Rahmenbedingungen für die Kostenübernahme für Prävention und Behandlung von Sucht und Drogenabhängigkeit werden von den Sozialgesetzbüchern bestimmt. Kostenträger für Entgiftungsbehandlung und die substitutionsgestützte Behandlung sind die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Kostenträger für die Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigkeit sind nach dem Sechsten Sozialgesetzbuch (SGB VI) die Rentenversicherungsträger. SGB II zur Grundsicherung für Arbeitssuchende regelt in § 16a (Kommunale Eingliederungshilfen) die Unterstützung und Betreuung suchtkranker Arbeitsloser durch die Suchtberatung. Ziel ist es, deren Eingliederung in die Arbeit zu fördern. Spezielle Regelungen zur Kinder- und Jugendhilfe sind in SGB VIII zu finden, welches betont, dass jeder junge Mensch Recht auf Förderung der Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit hat. Im SGB VIII werden dafür die Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe geregelt. Zur elterlichen Unterstützung sind explizit Hilfen zur Erziehung, Erziehungsberatung und intensive sozialpädagogische Einzelberatung vorgesehen.

3.1.2 Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) zielt darauf ab, die Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit, Bildung und Sozialer Gemeinschaft sowie die Selbstbestimmung von Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen zu verbessern.²³ Dies schließt somit auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit ein. Das Gesetz umfasst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsplatz, Teilhabe an Bildung, soziale Teilhabe und unterhaltssichernde Maßnahmen. Um langfristige Einschränkungen zu vermeiden, werden Rehabilitationsträger zur Bereitstellung und Vermittlung von Informationsangeboten verpflichtet, um das frühzeitige Erkennen eines Rehabilitationsbedarfs sicherzustellen (§ 12). Des Weiteren sind unabhängige Beratungsstellen für die Betroffenen vorgesehen, um so die Selbstbestimmung der Betroffenen zu stärken (§ 32). Um Menschen mit Behinderungen die Teilhabe an Arbeit zu ermöglichen, sind unter anderem Eingliederungshilfen, Berufsvorbereitung und eine unterstützte Beschäftigung vorgesehen (§ 49).

3.1.3 Präventionsgesetz (PrävG)

Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) trat in seinen wesentlichen Teilen im Juli 2015 in Kraft. Es dient unter anderem dazu, Präventionsaktivitäten kassenart- und Sozialversicherungsträger übergreifend zu verbessern sowie die Zusammenarbeit mit Kommunen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und weiteren gesellschaftlichen Akteuren zu stärken. Das PrävG greift im Hinblick auf die zur Verfügung zu stellenden Leistungen den Lebensweltansatz auf (§ 20 Absatz 4 SGB V). Das heißt, die Aktivitäten sollen dort realisiert werden, wo die Menschen anzutreffen sind, zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen, Schulen, Betrieben, Pflegeeinrichtungen. Ferner bildet das PrävG die Grundlage für eine Gremienstruktur auf Bundes- und Landesebene (vgl. § 20e). Danach wurde auf Bundesebene die Nationale Präventionskonferenz eingerichtet, die unter anderem die sogenannten Bundesrahmenempfehlungen als Teil der Nationalen Präventionsstrategie beschließt. Die Nationale Präventionsstrategie wird ergänzt durch den Nationalen Präventionsbericht, der von der Nationalen Präventionskonferenz erstmals zum Juli 2019 dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen ist. Nach §20f SGB V haben die zuständigen Stellen in den Ländern mit den Trägern der

²³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Abgerufen am 09.10.2018 von <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/Bundesteilhabegesetz.html>

Sozialversicherungen jeweils Landesrahmenvereinbarungen abgeschlossen. (für den Freistaat Sachsen s. Abschnitt 3.3.2).

3.1.4 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) legt gesetzlich fest, welche Stoffe unter das BtMG fallen und regelt den Umgang mit Betäubungsmitteln. Seit seiner Einführung im Jahr 1971 wurde das BtMG mehrfach modifiziert und ergänzt, um den sich verändernden Problemlagen besser gerecht werden zu können. Eine wesentliche Änderung erfolgte im März 2017, bei der das BtMG im Hinblick auf die Verschreibung und den Anbau von Arzneimitteln auf Cannabisbasis (§§ 19, 24a, Anlagen I-III BtMG) geändert wurde, um die medizinische Versorgung durch Cannabisprodukte zu verbessern („Cannabis als Medizin“). Das Gesetz erlaubt seitdem den Anbau von Cannabis und den Einsatz von Cannabisarzneimitteln für Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen. Cannabis kann nun auch in Form getrockneter Blüten verschrieben werden. Die Kosten einer Behandlung können auf Antrag von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

3.1.5 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) regelt das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln und wurde im Mai 2017 im Hinblick auf die Substitution Opioidabhängiger neu geregelt. Regelungen, die direkt ärztlich-therapeutische Entscheidungen betreffen, wurden mit dieser Neuregelung aus der BtMVV in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt. Dies betrifft zum Beispiel Voraussetzungen für die Einleitung einer Therapie und den Umgang mit dem Konsum illegaler Substanzen während der Therapie („Beigebrauch“). Zudem wurden die Regelungen zur selbstständigen Einnahme der Substitutionsmittel zu Hause („Take-Home-Regelung“) und die Konsiliarregelung erweitert. Zusätzlich wurde der Katalog an Einrichtungen, die Substitutionsmittel ausgeben dürfen, ausgeweitet, um die wohnortnahe Versorgung zu stärken.

3.1.6 Neuerungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Im November 2016 ist das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) in Kraft getreten, um vor den unabsehbaren Folgen des Konsums von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) zu schützen. Erstmals werden mit diesem Gesetz ganze Stoffgruppen verboten, statt wie bisher nur einzelne chemische Substanzen. So soll verhindert werden, dass durch kleinste molekulare Veränderungen einer Substanz bestehende Verbote umgangen werden können. Das NpSG zielt darauf ab die Verfügbarkeit von NPS einzuschränken, indem deren Verbreitung entgegengewirkt wird.²⁴ Das NpSG verbietet Handel, Inverkehrbringen, Herstellung, Erwerb, Besitz und Verabreichen von NPS.

3.1.7 Tabaksteuergesetz

Deutschland hat das im Jahr 2005 in Kraft getretene Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (FCTC) der WHO ratifiziert und verpflichtet sich damit zu preisbezogenen und steuerlichen Maßnahmen der Tabakkontrolle sowie zum Schutz vor Passivrauchen. Bereits seit dem Jahr 2002 erfolgten eine schrittweise Anhebung der Tabaksteuer und die Anpassung von Steuern auf Zigaretten an die Steuern, die auf andere Tabakwaren erhoben werden. Nach deutlichen Erhöhungen der Tabaksteuer bis zum Jahr 2005 um jährlich bis zu 16 Prozent, wurden zwischen den Jahren 2011 und 2015 mit jährlich etwa zwei Prozent weitere Tabaksteuererhöhungen umgesetzt.²⁵

24 Bundesministerium für Gesundheit. Abgerufen am 09.10.2018 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/n/npsg.html>

25 Schaller, K., Kahnert, S., & Mons, U. (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

3.1.8 Tabakerzeugnisgesetz (TabakerzG)

Am 20. Mai 2016 trat das Tabakerzeugnisgesetz (TabakerzG) in Kraft. Die Neuregelungen sehen unter anderem Warnhinweise auf Tabakprodukten, das teilweise Verbot von Zigaretten und Tabak zum Selbstdrehen, Zulassungen für neuartige Tabakerzeugnisse sowie Anforderungen an die Sicherheit für elektronische Zigaretten vor.²⁶

3.1.9 Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV)

Öffentliche Glücksspiele dürfen in Deutschland nur mit der Erlaubnis der zuständigen Behörden veranstaltet und vermittelt werden. Rechtliche Grundlagen für staatliches Glücksspiel sind im Glücksspielstaatsvertrag (GlüStV) festgelegt. Der geplante Glücksspieländerungsstaatsvertrag ist noch nicht in Kraft getreten und das aktuelle GlüStV behält bis 30.06.2021 seine Gültigkeit, falls keine Neuregelung zu Stande kommt. Ziel des GlüStV ist es, das Entstehen von Glücksspielsucht zu verhindern und bestehender Glücksspielsucht entgegenzuwirken. Daneben soll es den Jugend- und Spielschutz und eine ordnungsgemäße Durchführung der Glücksspiele sicherstellen und Begleitkriminalität und unerlaubtem Glücksspielen entgegenwirken. Ein Baustein des GlüStV zur Suchtbekämpfung ist die zentrale Sperrdatei für alle Spielbanken in Deutschland, in die sich Spielende eintragen lassen können (Selbstsperre). Gemäß § 8 GlüStV können auch Dritte, zum Beispiel Personal der Spielstätte oder Angehörige, eine Sperre beantragen, wenn sie wissen oder aufgrund sonstiger tatsächlicher Anhaltspunkte annehmen müssen, dass entweder eine Gefahr der Spielsucht oder der Überschuldung besteht, finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachgekommen werden kann oder unverhältnismäßig hohe Spieleinsätze riskiert werden (Fremdsperre). Bei Vorliegen der Voraussetzungen muss den Spielenden fortan der Zugang zu den Spielbanken verwehrt werden. Für den Freistaat Sachsen gilt zudem gemäß dem Ausführungsgesetz zum Glücksspielstaatsvertrag (Sächs-GlüStVAG) u. a., dass zwischen Spielhallen und Schulen ein Mindestabstand von 250 Metern eingehalten werden muss.

Das gewerbliche Spiel nach der Gewerbeordnung (GewO) und Spielverordnung (SpielV) (zum Beispiel Geldgewinnspielgeräte in Gaststätten) fällt in die Verantwortung der Gewerbebehörden. Alle Glücksspielveranstalter und -vermittler, insbesondere Wettvermittler und Spielhallenbetreiber sind verpflichtet, Spielende zu verantwortungsbewusstem Spiel anzuhalten und der Entstehung von Glücksspielsucht vorzubeugen (§ 6 GlüStV). Hierfür müssen sie Sozialkonzepte entwickeln und ihr Personal suchtpreventiven Schulungsmaßnahmen unterziehen.

3.2 Relevante Landesgesetze

3.2.1 Sächsisches Gesetz über die Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG)

Im Freistaat Sachsen werden mit dem Sächsischen Gesetz über die Hilfen und Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) Hilfen zur Vorsorge, Begleitung, Behandlung und Nachsorge für psychisch kranke Menschen geregelt. Psychisch kranke Menschen im Sinne dieses Gesetzes sind auch Personen, bei denen eine Suchterkrankung vorliegt (§ 1 SächsPsychKG). Das SächsPsychKG regelt die Aufgabenverteilung und Koordination der psychiatrischen Versorgung durch die Landkreise und Kreisfreien Städte (§ 6 SächsPsychKG). Von den Landkreisen und Kreisfreien Städten werden Psychiatriepläne erlassen, welche die sozialpsychiatrischen Hilfeleistungen verbindlich festlegen. Zu den Hilfeleistungen zählen u. a. die Einrichtung von Suchtberatungsstellen, psychosoziale Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und niedrigschwellige Angebote für Personen mit einer Suchterkrankung. Diese Aufgaben können von den Kommunen an Träger der freien Wohlfahrtspflege oder an gemeinnützige Institutionen übertragen werden.

²⁶ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017). *Drogen und Suchtbericht 2017*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Abgerufen am 11.07.2018 von https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2017/2017_III_Quartal/Drogen-_und_Suchtbericht_2017_V2.pdf

3.2.2 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG)

Ziel des öffentlichen Gesundheitsschutzes ist der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Die Aufgaben werden von den Gesundheitsämtern auf lokaler Ebene wahrgenommen. Dazu zählen auch die Beratung und Betreuung von Menschen, die an einer Sucht oder einer psychischen Erkrankung leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, sowie von deren Angehörigen (§ 11 SächsGDG).

3.2.3 Sächsisches Spielbankengesetz (SächsSpielbG)

Das sächsische Spielbankengesetz (SächsSpielbG) hat u. a. die Ziele der Entstehung von Glücksspielsucht entgegenzuwirken, Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung herzustellen, den Jugend- und Spielerschutz zu sichern und das ordnungsgemäße Durchführen von Glücksspielen sicherzustellen. So erlaubt das Gesetz unter anderem die Teilnahme nur volljähriger Personen und sieht eine Zutrittskontrolle und spielfreie Tage vor.

3.2.4 Sächsisches Nichtraucherschutzgesetz (SächsNSG)

Einen wesentlichen Baustein innerhalb rechtlicher Rahmenbedingungen zur Prävention und Gesundheitsförderung stellt das im Februar 2008 in Kraft getretene Sächsische Nichtraucherschutzgesetz (SächsNSG) dar. Dieses beinhaltet ein totales Rauchverbot in gastronomischen Einrichtungen, mit Ausnahme gesondert ausgewiesener „Rauchergaststätten“ (Ein-Raum-Kneipen <75 qm, kein Zutritt für Jugendliche) und für abgetrennte Nebenräume („Raucherraum“). Diese Ausnahme gilt nicht für Diskotheken. Kleinere Gaststätten, die lediglich über einen Raum verfügen, fallen vollständig unter das Rauchverbot. Damit reagierte der Freistaat Sachsen auf die wachsende Evidenz innerhalb der letzten 20 Jahre, die die langfristigen Gesundheitsrisiken durch Passivrauchexposition belegt.

3.3 Landespolitische Konzeption, Landesrahmenvereinbarung

3.3.1 Konzeption zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums

Im Mai 2014 hat die Sächsische Staatsregierung die Konzeption zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums in Sachsen sowie einen ressortübergreifenden 10-Punkte-Plan hierzu verabschiedet.²⁷ Alle Maßnahmen berücksichtigen die besonderen Herausforderungen der Droge und fügen sich zugleich in die Gesamtstrategie zur Suchtprävention ein. Der 10-Punkte-Plan umfasst (1) die Einrichtung einer Onlineplattform und -Beratung für alle Bürger unter Verweis auf etablierte Onlineberatungs- und Informationsangebote, (2) den Ausbau von Hilfsangeboten in allen sächsischen Regionen, u. a. die Schaffung von Ansprechpartnern an Schulen, (3) eine begleitende Informationskampagne, um die Onlineplattform landesweit bekannt zu machen, (4) den Wissenstransfer und die Sensibilisierung durch Fortbildungen und Konferenzen, (5) die Stärkung von Lebenskompetenzen bei Kindern als suchtpreventive Maßnahme, (6) die Verbesserung der Kooperation und Vernetzung aller relevanter Akteurinnen und Akteure, (7) die Verbesserung der Soforthilfe für erstaufrichtige Konsumierende, um eine Abhängigkeit frühzeitig zu verhindern, (8) den Ausbau der nationalen und grenzüberschreitenden Zusammenarbeit mit der Tschechischen Republik zur Bekämpfung der Herstellung von Crystal, (9) die Erhöhung des polizeilichen Kontroll- und Verfolgungsdrucks, um Handel und Schmuggel zu reduzieren sowie (10) die Konzentration der Informationen und Ermittlungsverfahren in einem umfassenden Lagebild, in das unter anderem die Daten des Suchthilfesystems, der Polizei, der Justiz und des Zolls sowie aus den Bereichen der Schule, Jugendhilfe und Wissenschaft einfließen.

Zur Umsetzung der Konzeption der Sächsischen Staatsregierung zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums sowie des 10-Punkte-Plans wurde die ressortübergreifende Arbeitsgruppe Crystal (AG Crystal) gegründet. Diese arbeitet unter Leitung der Staatssekretärin SMS und setzt

²⁷ Landespräventionsrat Sachsen (2016). *10-Punkte-Plan zur Prävention und Bekämpfung des Crystal-Konsums*. Abgerufen am 03.04.2018 von <https://www.crystal.sachsen.de/27704.html>

sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Sozial-, Innen-, Justiz-, Kultus- und Wirtschaftsministeriums, des Landespräventionsrates, des Landesfachausschusses Suchtprävention sowie des Sächsischen Landkreis- und Städte- und Gemeindetages zusammen. Die Geschäftsleitung obliegt der Geschäftsstelle des Landespräventionsrates.

3.3.2 Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Sachsen – Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention

Am 01.06.2016 unterzeichneten die gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie das SMS die nach § 20f SGB V erstellte Landerahmenvereinbarung (LRV). Anschließend traten die nach PrävG Beitrittsberechtigten – die kommunalen Spitzenverbände und die Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Chemnitz – der LRV Sachsen bei. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages hat Sachsen den seit 2004/05 existierenden Gesundheitszieleprozess in die LRV überführt. Die LRV enthält folgende mit Handlungsfeldern und Zielgruppen untersetzte Zielbereiche; Suchtprävention durchzieht dabei alle Zielbereiche als ein Handlungsfeld:

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten sowie Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen
- Gesund im Alter

Das LRV-Steuerungsgremium bestehend aus Sozialversicherungsträgern, den Beitrittsberechtigten sowie Ressorts der Staatsregierung trifft Entscheidungen zu gemeinsamen Vorhaben. Administrativ wird das Steuerungsgremium unterstützt durch eine Geschäftsstelle angesiedelt an der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG).

4 Entwicklung der Konsumhäufigkeiten im Freistaat Sachsen

4.1. Auf einen Blick

Ausgehend vom Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 lebten in Sachsen in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre:

- 764.000 Raucherinnen und Raucher bezogen auf die letzten 30 Tage
- 1.917.000 Personen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumierten
- 145.000 Personen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumierten
- 13.000 Personen, die in den letzten 30 Tagen Stimulanzien konsumierten
- 444.000 Personen mit einem mindestens wöchentlichen Schmerzmittelgebrauch innerhalb der letzten 30 Tage

Des Weiteren waren folgende Personen von einem klinisch relevanten Substanzkonsum innerhalb der letzten 12 Monate betroffen:

- 236.000 Personen mit einem klinisch relevanten Tabakkonsum
- 493.000 Personen mit einem klinisch relevanten Alkoholkonsum
- 36.000 Personen mit einem klinisch relevanten Cannabiskonsum
- 89.000 Personen mit einem klinisch relevanten Medikamentengebrauch

4.2 Beschreibung der verwendeten Datenquellen

Die dargestellten Daten basieren auf den Daten des *Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 (ESA)*.²⁸ Mit dem ESA wird seit den 1980er Jahren in regelmäßigen Zeitabständen der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen sowie Medikamenten in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands erfasst. Im Jahr 2015 wurde die Stichprobe für Sachsen aufgestockt, so dass hier zum Beispiel auch regional und für Substanzen mit geringer Verbreitung repräsentative Aussagen zum Konsumverhalten der sächsischen Bevölkerung getroffen werden können. Erstmals wurde bei der Befragung auch die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen mit einbezogen. Insgesamt nahmen an der Befragung 2.255 Personen aus Sachsen teil. Für das Glücksspielverhalten, die Nutzung des Internets und von Computerspielen wurden bundesweite Daten aus BZgA-Forschungsberichten^{29,30} herangezogen, da hierzu keine sachsenspezifischen Daten vorliegen.

28 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

29 Haß, W., & Lang, P. (2016). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland: Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends. Forschungsbericht der BZgA*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

30 Orth, B. (2017). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Teilband Computerspiele und Internet. Forschungsbericht der BZgA*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

4.3 Tabak: Konsum und Missbrauch

In Sachsen kann man anhand von Hochrechnungen mit Daten des ESA von 764.000 Raucherinnen und Rauchern in der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung ausgehen (30-Tage-Prävalenz). Dies entspricht einem Anteil von 30,1 %. Nach wie vor ist der Anteil der Tabak konsumierenden Männer mit 39,4 % fast doppelt so hoch wie der Anteil der Tabak konsumierenden Frauen (20,2 %). Hinsichtlich der altersspezifischen Verteilung zeigte sich, dass unter den 25- bis 39-Jährigen am meisten geraucht wurde (38,5 %). In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen gaben 8,8 % an geraucht zu haben (Abb. 4.3.1).

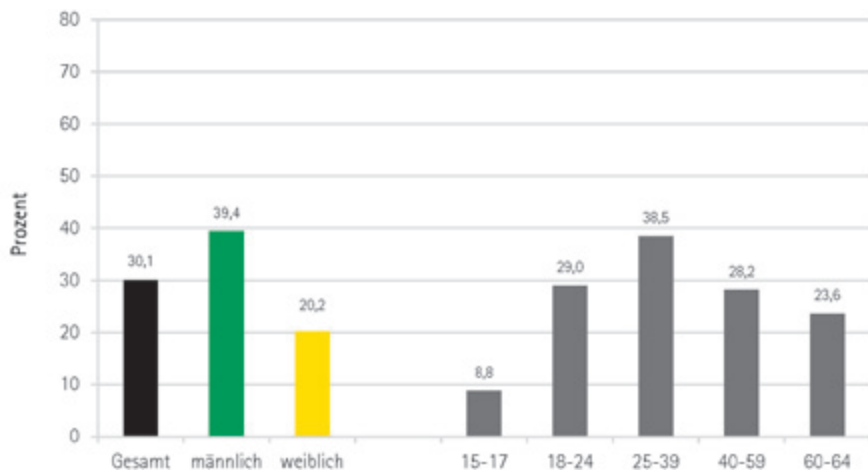


Abb. 4.3.1: Anteil der Tabakkonsumierenden nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Nach den Kriterien des Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)³¹ zeigten 9,3 % der sächsischen Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren (236.000 Einwohner) Hinweise auf einen klinisch relevanten Tabakkonsum. Der Anteil der betroffenen Männer (14,2 %) war dabei mehr als dreimal so hoch wie der Anteil der betroffenen Frauen (4,2 %). Am häufigsten fanden sich Hinweise auf klinisch relevanten Konsum bei den 40- bis 59-Jährigen und den 18- bis 24-Jährigen (Abb. 4.3.2).

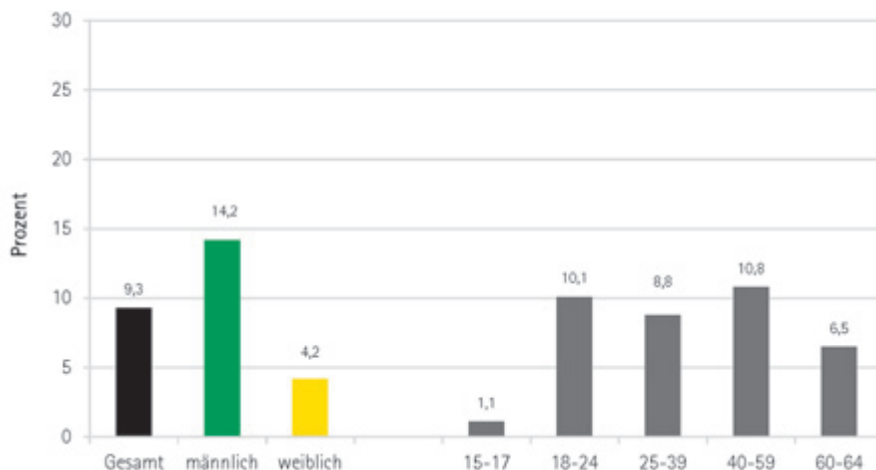
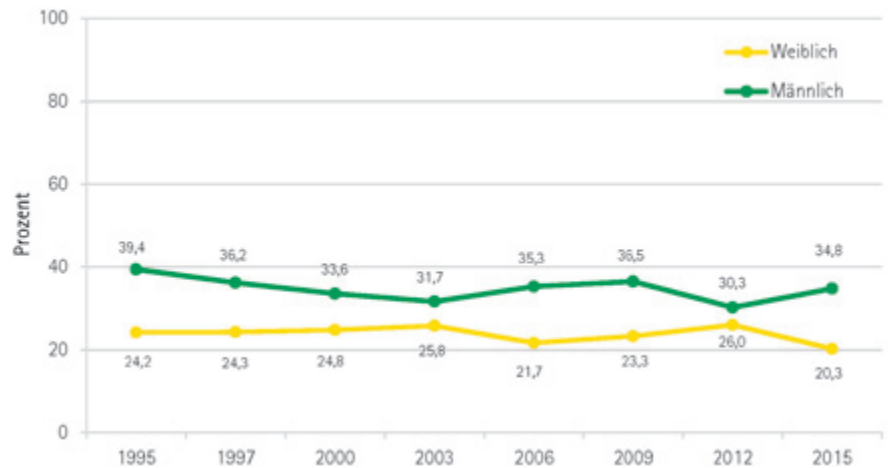


Abb. 4.3.2: Anteil der Personen mit klinisch relevantem Tabakkonsum nach FTND nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

31 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

Im zeitlichen Verlauf der letzten Jahre kann im Vergleich zum Jahr 1995 insgesamt ein leichter Rückgang der Tabakkonsumierenden beobachtet werden, wobei es im Zeitraum der Jahre von 1995 bis 2015 kontinuierlich mehr Tabak konsumierende Männer als Frauen gab (Abb. 4.3.3).

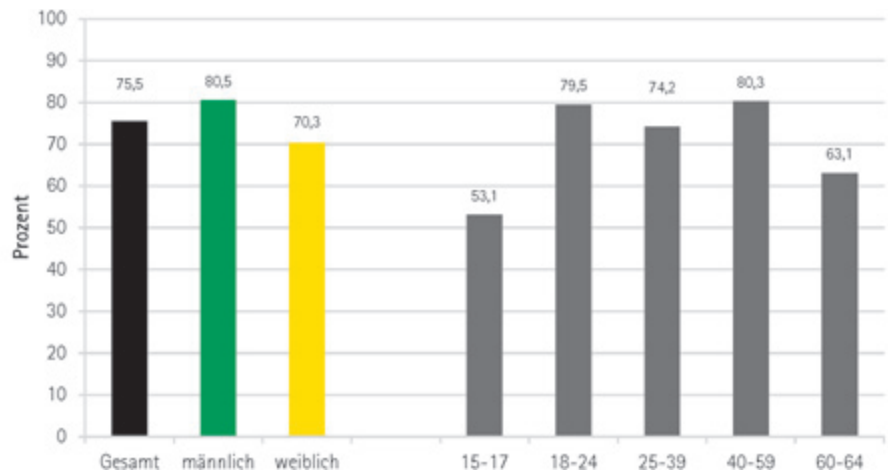
Abb. 4.3.3: Trend des Anteils der Tabakkonsumierenden nach Geschlecht, 1995–2015, 18– bis 59-Jährige (30-Tage-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



4.4 Alkohol: Konsum und Missbrauch

Von allen Befragten gaben 75,5 % an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. Dies entspricht hochgerechnet 1.917.000 Einwohnern. Der Anteil der Männer war höher (80,5 %) als der Anteil der Frauen (70,3 %). Im Hinblick auf die Altersgruppen konsumierten in den letzten 30 Tagen am häufigsten die 40- bis 59-Jährigen (80,3 %) und die 18- bis 24-Jährigen (79,5 %) Alkohol. Bei Jugendlichen betrug der Anteil der Alkoholkonsumierenden etwas mehr als die Hälfte (53,1 %) (Abb. 4.4.1).

Abb. 4.4.1: Anteil der Alkoholkonsumierenden nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



Episodisches Rauschtrinken³² innerhalb der letzten 30 Tage wurde für 32,5 % der sächsischen Alkoholkonsumierenden identifiziert. Der Anteil der Männer (46,2 %) war fast dreimal so hoch wie der Anteil der Frauen (16,1 %). Episodisches Rauschtrinken zeigte sich besonders häufig bei den 18- bis 24-Jährigen (41,8 %) und den 60- bis 64-Jährigen (39,8 %) (Abb. 4.4.2).

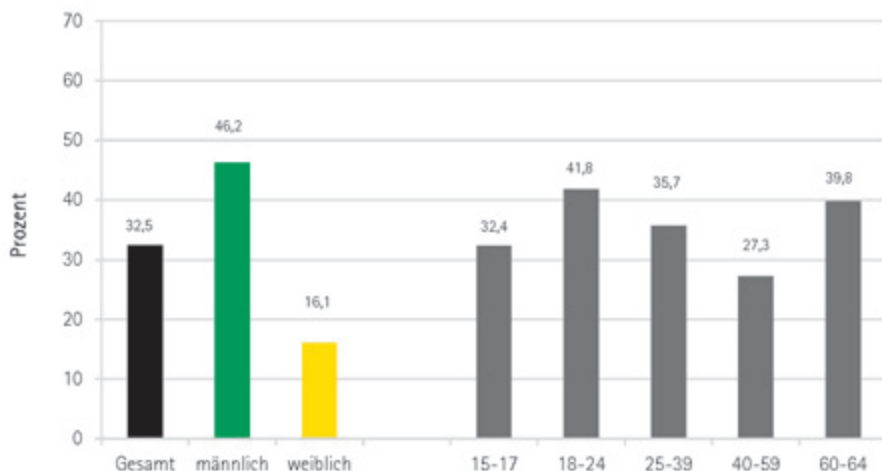


Abb. 4.4.2: Anteil des episodischen Rauschtrinkens nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)³³ fanden sich bei 19,4 % der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung (493.000 Einwohner) Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum. Männer waren mit 31,6 % deutlich häufiger betroffen als Frauen (6,6 %). Die höchsten Prävalenzen für klinisch relevanten Alkoholkonsum fanden sich bei den 18- bis 24-Jährigen (29,9 %). In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen wiesen 11,1 % einen klinisch relevanten Alkoholkonsum auf (Abb. 4.4.3).

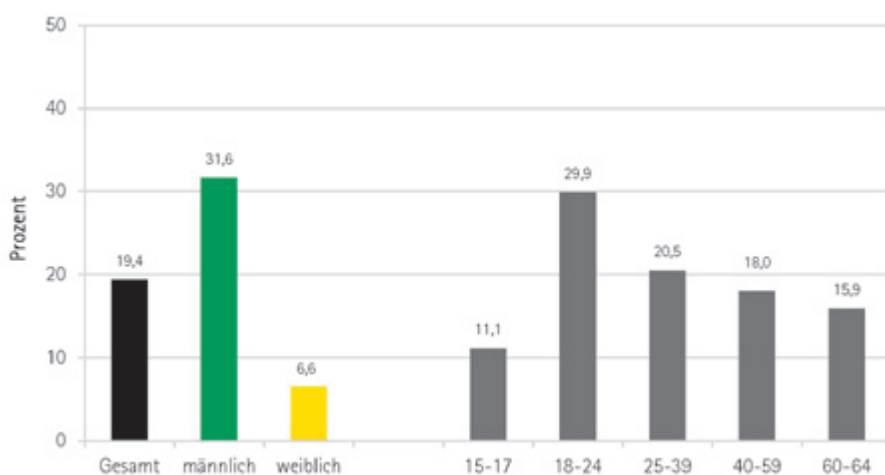


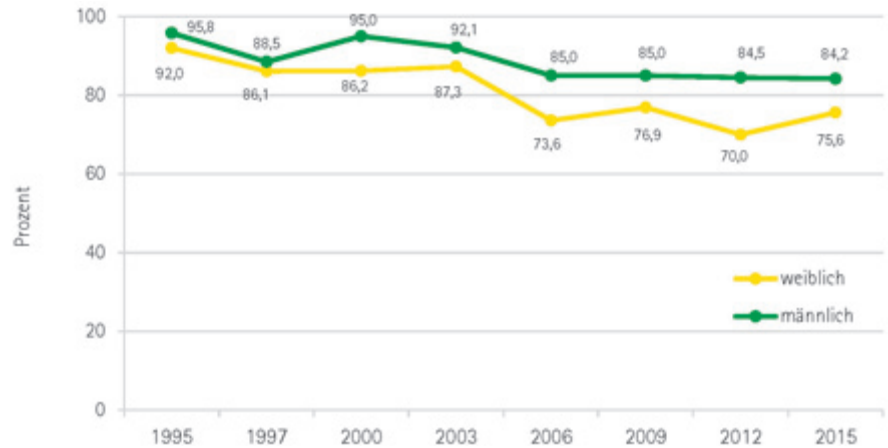
Abb. 4.4.3: Anteil der Personen mit klinisch relevantem Alkoholkonsum nach AUDIT nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

32 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

33 ibid.

Insgesamt ist seit dem Jahr 1995 zwar ein kontinuierlicher Rückgang der Alkoholkonsumierenden in der Bevölkerung im Alter von 18 bis 59 Jahren im Freistaat Sachsen zu beobachten, dieser bewegt sich jedoch weiterhin auf hohem Niveau. Im Zeitraum zwischen den Jahren 1995 und 2015 war der Anteil der männlichen Alkoholkonsumenten stets höher als der der weiblichen Alkoholkonsumenten (Abb. 4.4.4).

Abb. 4.4.4: Trend des Anteils der Alkoholkonsumierenden nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (30Tage-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



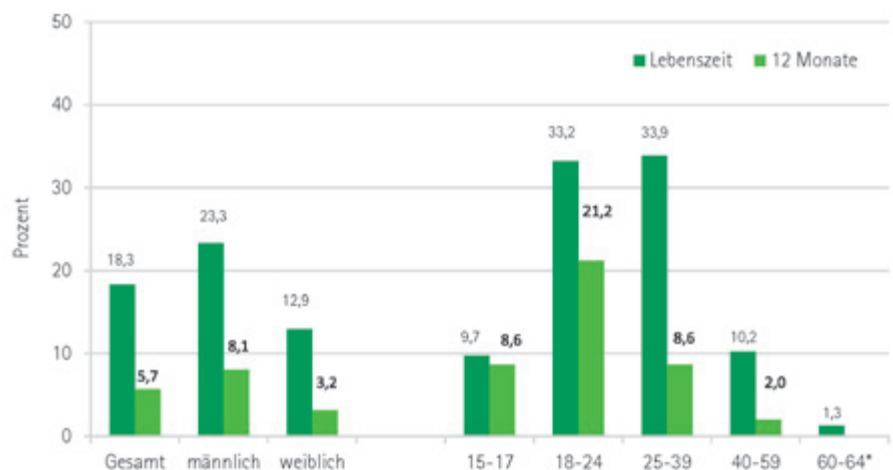
4.5 Illegale Drogen: Konsum und Missbrauch

4.5.1 Cannabis: Konsum und Missbrauch

Im Laufe ihres Lebens hatten 18,3% der sächsischen Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren (465.000 Einwohner) schon einmal Cannabis konsumiert. Der Anteil der Männer (23,3%) war deutlich höher als der Anteil der Frauen (12,9%). Die Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen (33,2%) und 25- bis 39-Jährigen (33,9%) wiesen die höchste, die Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen (1,3%) die geringste Prävalenz auf.

In den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten 5,7% der sächsischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahre) (145.000 Einwohner) Cannabis konsumiert. Der Anteil der Männer (8,1%) war höher als der Anteil der Frauen (3,2%). Am häufigsten wurde unter den 18- bis 24-Jährigen konsumiert (21,2%). Kein Hinweis auf Cannabiskonsum fand sich in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen (Abb. 4.5.1).

Abb. 4.5.1: Anteil der Konsumierenden von Cannabis nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



Anmerkung: * Fallzahlen zu gering für statistische Aussagen zur 12-Monats-Prävalenz

Nach den Kriterien der Severity of Dependence Scale (SDS)³⁴ zeigten sich für 1,4 % der sächsischen Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren (36.000 Einwohner) Hinweise auf klinisch relevanten Cannabiskonsum. Der Anteil der Männer (2,5 %) war deutlich höher als der Anteil der Frauen (0,3 %). Hinweise auf klinisch relevanten Cannabiskonsum schienen insbesondere bei jüngeren Erwachsenen zu bestehen. So lag die Prävalenz bei den 18- bis 24-Jährigen mit 3,4 % am höchsten, während sich bei den 60- bis 64-Jährigen keine Hinweise für klinisch relevanten Cannabiskonsum zeigten (Abb. 4.5.2).

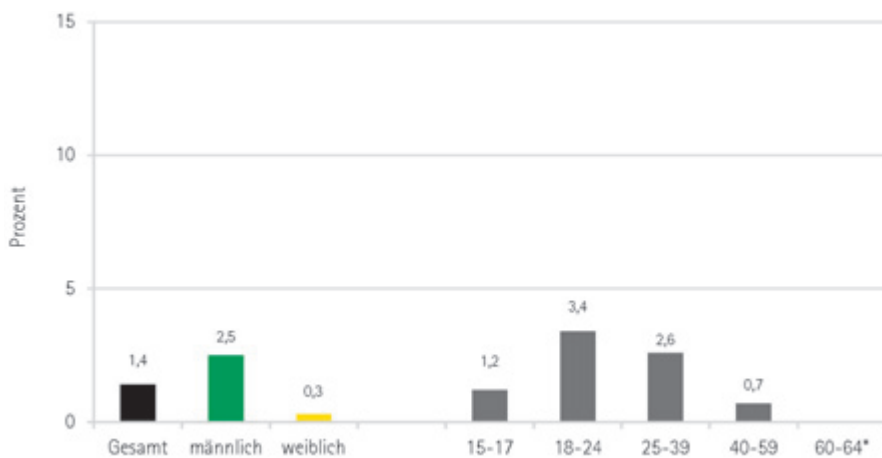


Abb. 4.5.2: Anteil der Personen mit klinisch relevantem Cannabiskonsum nach SDS nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige.
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Anmerkung: * Fallzahlen zu gering für statistische Aussagen

Insgesamt hat der Konsum von Cannabis in der 18- bis 59-jährigen sächsischen Bevölkerung seit dem Jahr 1995 zwar leicht zugenommen, jedoch geht der Trend mit stärkeren Schwankungen einher. Bei Betrachtung nach Geschlecht zeigt sich, dass, abgesehen vom Jahr 1997, stets mehr Männer als Frauen Cannabis konsumiert haben (Abb. 4.5.3).

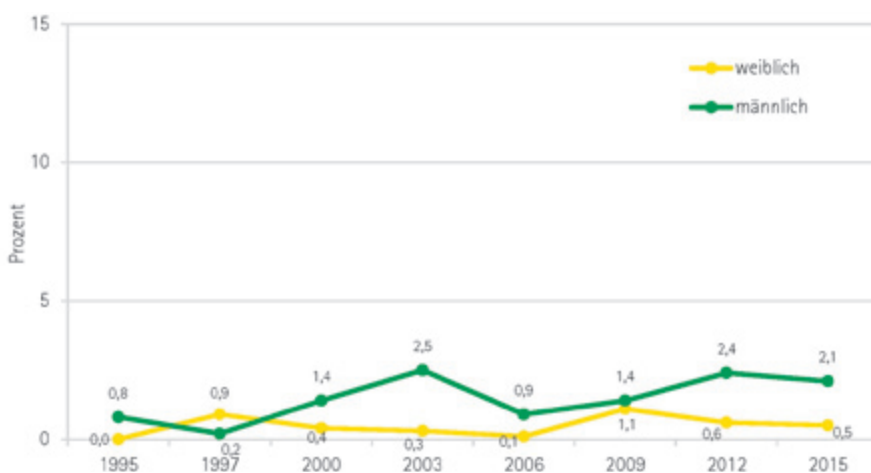


Abb. 4.5.3: Trend des Anteils der Konsumierenden von Cannabis nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (12-Monats-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

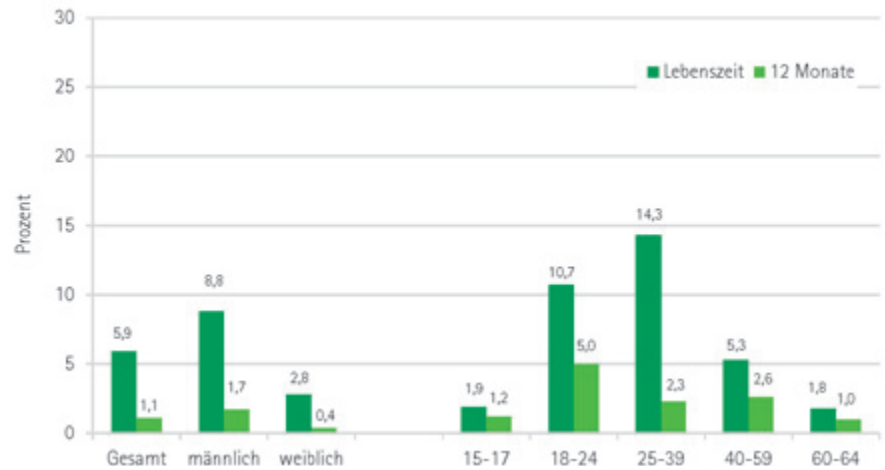
34 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

4.5.2 Illegale Drogen (außer Cannabis): Konsum

In Sachsen haben 5,9 % der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung (150.000 Einwohner) in ihrem Leben schon einmal eine illegale Droge (außer Cannabis) konsumiert. Diese umfassen Stimulanzien (Amphetamin und/oder Methamphetamin), Ecstasy, LSD, Heroin, Opiate, Kokain, Crack und Pilze. Die Prävalenz der Männer (8,8 %) lag deutlich über der der Frauen (2,8 %). Wie auch beim Konsum von Cannabis fanden sich die höchsten Prävalenzen in den Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen (10,7 %) und der 25- bis 39-Jährigen (14,3 %).

Die 12-Monats-Prävalenz für die Bevölkerung (1,1 %) lag deutlich unter der Lebenszeitprävalenz. Männer (1,7 %) konsumierten in den letzten 12 Monaten häufiger illegale Drogen (außer Cannabis) als Frauen (0,4 %). Die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen (5,0 %) bzw. der 40- bis 59-Jährigen (2,6 %) wiesen die höchste Prävalenz auf (Abb. 4.5.4).

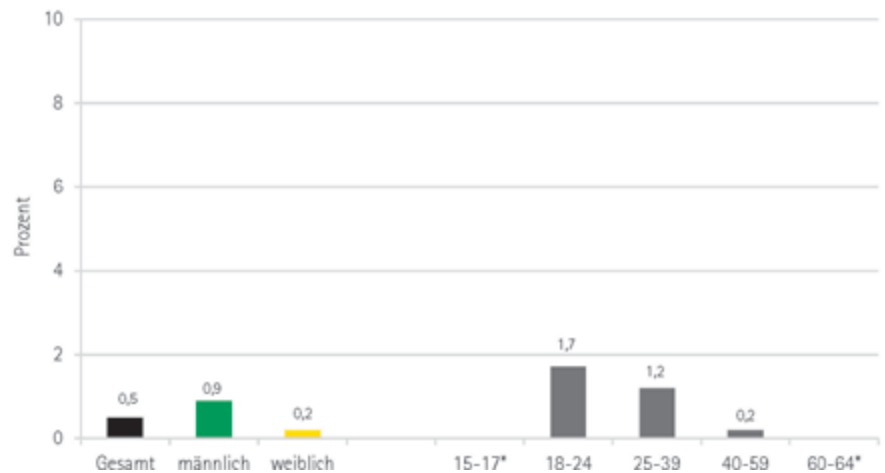
Abb. 4.5.4: Anteil der Konsumierenden illegaler Drogen (ohne Cannabis) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



4.5.3 Konsum von Stimulanzien (Amphetamin und/oder Methamphetamin)

Insgesamt konsumierten 0,5 % der 15- bis 64-jährigen sächsischen Bevölkerung (13.000 Einwohner) Stimulanzien innerhalb der letzten 12 Monate. Der Anteil der Männer (0,9 %) war höher als der Anteil der Frauen (0,2 %). Die Altersgruppen der 18- bis 24-Jährigen (1,7 %) und der 25- bis 39-Jährigen (1,2 %) konsumierten am häufigsten Stimulanzien (Abb. 4.5.5).

Abb. 4.5.5: Anteil der Konsumierenden von Stimulanzien nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz).
Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



Anmerkung: * Fallzahlen zu gering für statistische Aussagen

Bei 18- bis 59-jährigen Männern in Sachsen hat der Konsum von Stimulanzien nach einem Anstieg zwischen 2006 (0,2 %) und 2012 (1,7 %) in 2015 (0,9 %) wieder abgenommen. Bei Frauen ist der Konsum seit 2012 (kein Konsum) wieder leicht gestiegen (0,2 %) (Abb. 4.5.6).

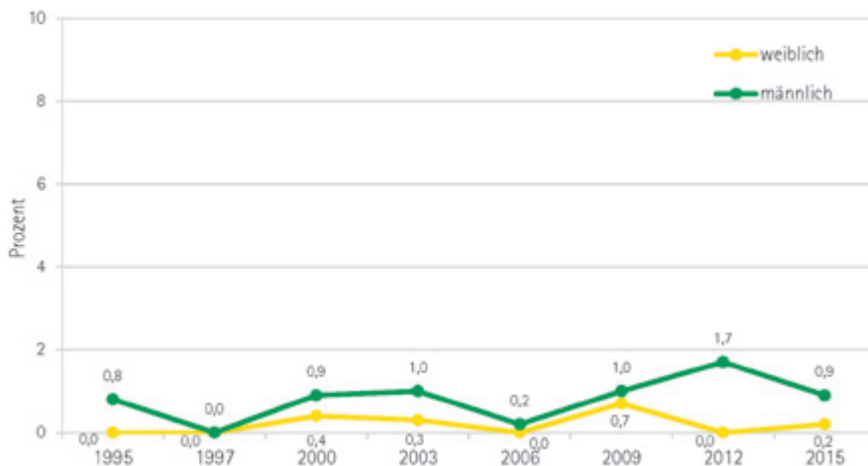


Abb. 4.5.6: Trend des Anteils der Konsumierenden von Stimulanzien nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

4.5.4 Konsum von Neuen Psychoaktiven Substanzen

Insgesamt berichteten 3,3 % der 15- bis 64-jährigen Sachsen (84.000 Einwohner) schon einmal neue psychoaktive Substanzen konsumiert zu haben. Die Lebenszeitprävalenz war bei Männern höher (4,0 %) als bei Frauen (2,6 %). Im Hinblick auf die Altersgruppen haben die 18- bis 24-Jährigen (5,9 %) bzw. die 25- bis 39-Jährigen (4,3 %) am häufigsten schon mindestens einmal neue psychoaktive Substanzen konsumiert. Die 12-Monats-Prävalenz lag deutlich unter der Lebenszeitprävalenz. Insgesamt gaben 1,4 % der Sachsen (36.000 Einwohner) an, in den letzten 12 Monaten neue psychoaktive Substanzen konsumiert zu haben. Männer (1,5 %) und Frauen (1,3 %) unterschieden sich hierbei kaum. Die 12-Monats-Prävalenz der 25- bis 39-Jährigen war verglichen mit den anderen Altersgruppen die geringste und lag zudem deutlich unter der Lebenszeitprävalenz dieser Altersgruppe. Am häufigsten haben die 40- bis 59-Jährigen (2,1 %) in den letzten 12 Monaten neue psychoaktive Substanzen konsumiert (Abb. 4.5.7).

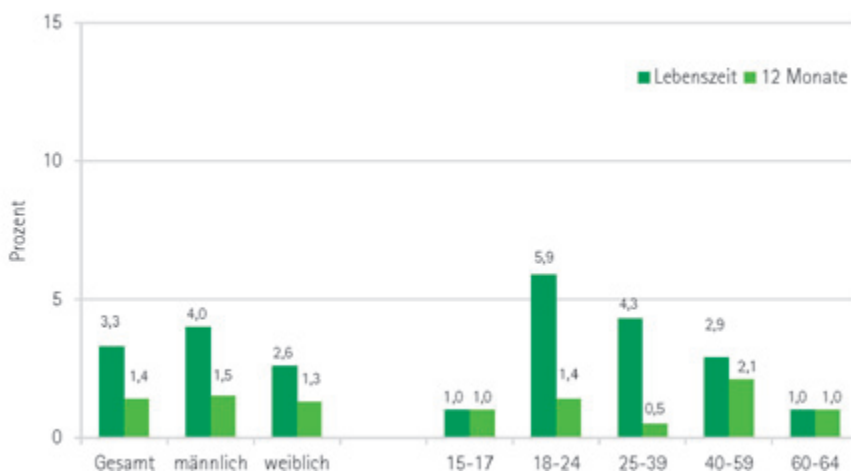


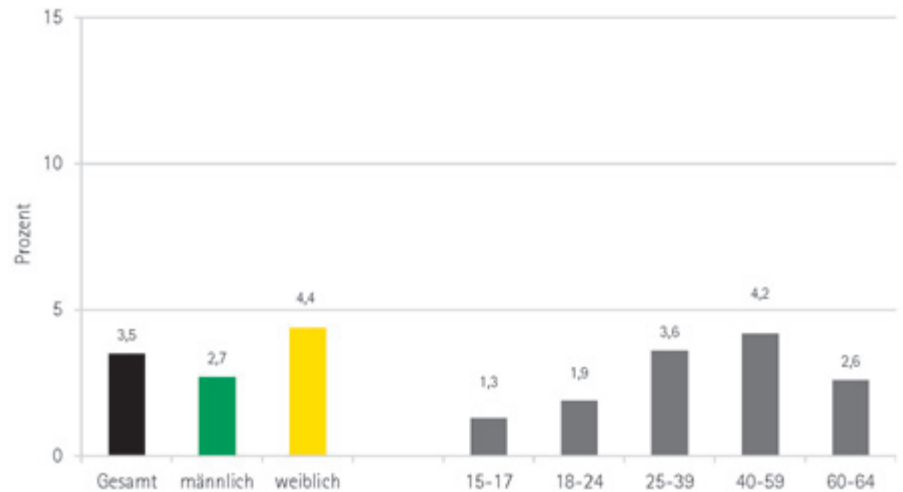
Abb. 4.5.7: Anteil der Konsumierenden von neuen psychoaktiven Substanzen nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

4.6 Medikamente: Gebrauch und Missbrauch

Der Gebrauch von Medikamenten beinhaltet den Gebrauch vom Arzt verschriebener Medikamente und von Medikamenten, die ohne Verschreibung im Sinne einer Selbstmedikation eingenommen wurden. Der Missbrauch umfasst klinisch relevante psychische und somatische Symptome, die von den Befragten im Zusammenhang mit Medikamenten unabhängig von einer verschreibungsgemäßen Einnahme sowie im Zusammenhang mit der Einnahme nicht verschriebener Medikamente berichtet werden. Hinweise auf Medikamentenmissbrauch gemäß dem Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)³⁵ fanden sich bei 3,5 % der 15- bis 64-jährigen sächsischen Bevölkerung (89.000 Einwohner). Der Anteil der Frauen (4,4 %) war höher als der Anteil der Männer (2,7 %). Am häufigsten zeigten sich Hinweise auf Medikamentenmissbrauch bei den 40- bis 59-Jährigen (4,2 %) (Abb. 4.6.1).

Abb. 4.6.1: Anteil der Personen mit klinisch relevantem Medikamentenmissbrauch nach KFM nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2015, 15- bis 64-Jährige (12-Monats-Prävalenz).

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



Der Anteil der Konsumierenden, die mindestens wöchentlich Schmerzmittel eingenommen haben, hat seit dem Jahr 2003 kontinuierlich zugenommen und ist im Jahr 2015 am höchsten (Frauen: 30,7 %; Männer: 32,3 %). Die Anteile männlicher und weiblicher Schmerzmittelkonsumierender zeigen zwischen den Jahren 1995 und 2015 ähnliche Verläufe (Abb. 4.6.2).

Abb. 4.6.2: Trend des mindestens wöchentlichen Gebrauchs von Schmerzmitteln nach Geschlecht, 1995–2015, 18- bis 59-Jährige (12-Monats-Prävalenz).

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015



35 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

4.7 Glücksspielverhalten

Insgesamt berichteten 37,3 % der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung in Deutschland in den letzten 12 Monaten an irgendeinem Glücksspiel teilgenommen zu haben.³⁶ Die 12-Monats-Prävalenz war im Jahr 2017 bei Männern in jeder Altersgruppe höher als bei Frauen. Der Anteil der Personen, die mindestens ein Spiel in den letzten 12 Monaten vor der Befragung gespielt haben, war in der Altersgruppe der 56- bis 70-Jährigen am höchsten (Abb. 4.7.1).

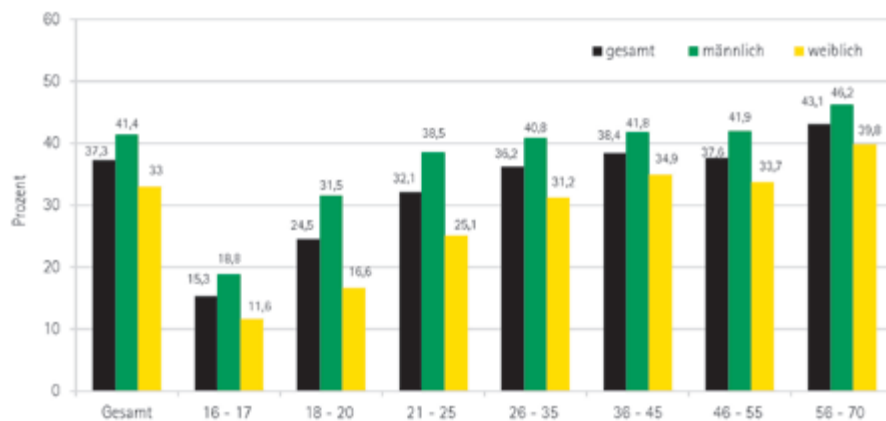


Abb. 4.7.1: Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel nach Alter und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2017 (12-Monatsprävalenz).
Quelle: Glücksspielsurvey 2017 der BZgA

Die Anzahl der Personen, die in Deutschland in den letzten 12 Monaten an irgendeinem Glücksspiel teilgenommen haben, ist zwischen den Jahren 2007 und 2017 zurückgegangen und war in den Jahren 2015 und 2017 am niedrigsten (37,3 %).³⁷ Die Anteile männlicher und weiblicher Teilnehmer an einem Glücksspiel zeigte zwischen den Jahren 2007 und 2017 ähnliche Verläufe (Abb. 4.7.2).

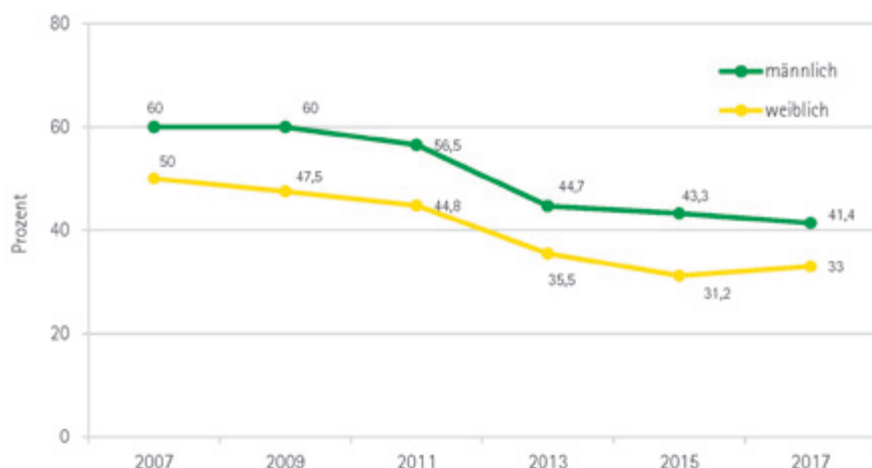


Abb. 4.7.2: Trend der Teilnahme an irgendeinem Glücksspiel nach Geschlecht in Deutschland, 2007–2017. Quelle: Glücksspielsurvey 2017 der BZgA

³⁶ Haß, W., & Lang, P. (2018). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2017 und Trends. Forschungsbericht der BZgA*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

³⁷ Haß, W., & Lang, P. (2018). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2017 und Trends. Forschungsbericht der BZgA*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Im Jahr 2017 ließen sich gemäß dem South Oaks Gambling Screen (SOGS)³⁸ 3,7% der Befragten als auffällig Glücksspielende einordnen. Der Anteil der problematisch Glücksspielenden betrug 0,6%. Die Prävalenz der pathologisch Glücksspielenden lag in der 16- bis 70-jährigen Bevölkerung bei 0,3%. Die Prävalenz der auffällig Glücksspielenden hat im Vergleich zu 2009 (5,8%) abgenommen (2017: 3,7%). Die Prävalenzen des problematischen Glücksspiels schwankten zwischen den Jahren 2009 und 2017 zwischen 0,4% und 0,6%. Der Anteil der pathologisch Glücksspielenden hat nach einem Anstieg im Jahr 2013 wieder abgenommen (Tab. 4.7.1).

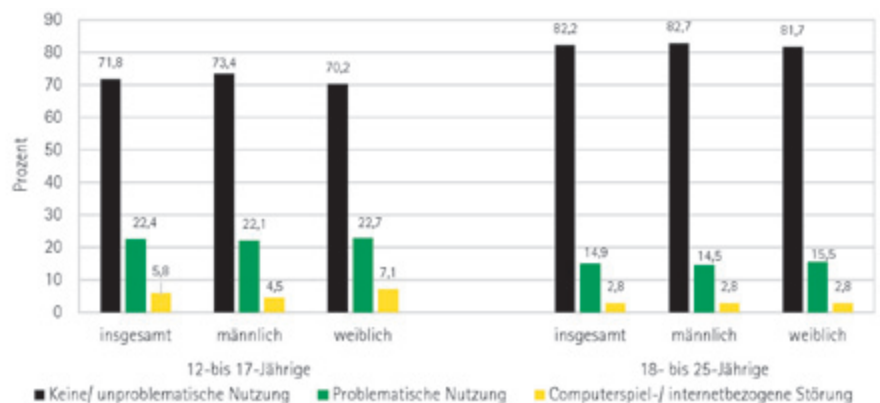
Tab. 4.7.1: Glücksspielverhalten nach dem South Oaks Gambling Screen (SOGS) bei 16- bis 70-Jährigen, 2009–2017.
Quelle: Glücksspielsurvey 2017 der BZgA

Jahr	Auffälliges Glücksspielverhalten	problematisches Glücksspielverhalten	pathologisches Glücksspielverhalten
2009	5,8	0,6	0,5
2011	5,5	0,5	0,5
2013	4,1	0,7	0,8
2015	4,4	0,4	0,4
2017	3,7	0,6	0,3

4.8 Nutzung des Internets und von Computerspielen

Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren gaben an im Durchschnitt 22,1 Stunden pro Woche mit Computerspielen und dem Internet zu verbringen. Die 18- bis 25-Jährigen haben sich im Durchschnitt 21,6 Stunden mit Computerspielen und dem Internet aufgehalten. Bei 5,8% der 12- bis 17-Jährigen ist gemäß der Compulsive Internet Use Scale (CIUS)³⁹ von einer computerspiel- oder internetbezogenen Störung auszugehen.⁴⁰ Weibliche Jugendliche (7,1%) waren häufiger betroffen als männliche Jugendliche (4,5%). Der Anteil der 18- bis 25-Jährigen mit einer computerspiel- oder internetbezogenen Störung betrug 2,8%. Die Gruppen der Männer und Frauen unterscheiden sich nicht. Die Verbreitung von computerspiel- und internetbezogener Störungen (nach CIUS) war bei den 12- bis 17-Jährigen höher als bei den 18- bis 25-Jährigen (Abb. 4.8.1).

Abb. 4.8.1: Verbreitung computerspiel- und internetbezogener Störungen und der problematischen Nutzung nach CIUS im Jahr 2015.
Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA



38 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

39 Eine Beschreibung der verwendeten Indikatoren sowie der Stichprobe findet sich in Anlage 1.

40 Orth, B. (2017). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Teilband Computerspiele und Internet. Forschungsbericht der BZgA*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Die Verbreitung computerspiel- und internetbezogener Störungen hat sich unter 12- bis 17-Jährigen von 2011 bis 2015 erhöht.⁴¹ Bei Jungen ist der Anteil von 3,0% (2011) auf 5,3% (2015) angestiegen; bei Mädchen von 3,3% (2011) auf 6,2% (2015). Bei den 18- bis 25-Jährigen war der Anteil computerspiel- und internetbezogener Störungen im Jahr 2015 nur etwas höher als im Jahr 2011 (Abb. 4.8.2).

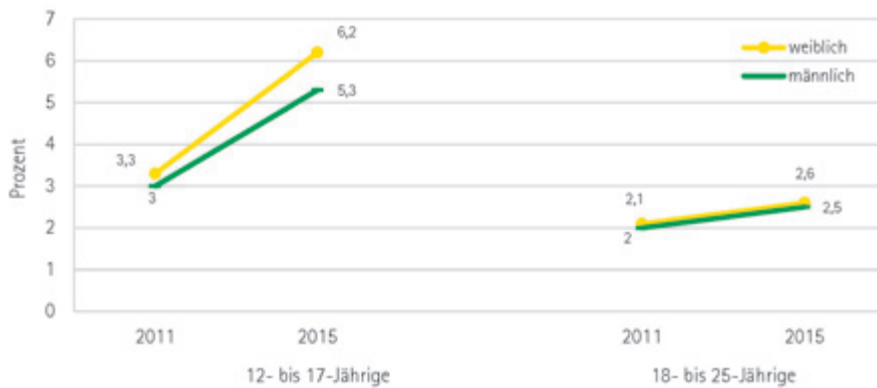


Abb. 4.8.2: Trend computerspiel- und internetbezogener Störungen unter männlichen und weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 2011–2015.

Quelle: Drogenaffinitätsstudie der BZgA

4.9 Weitere Informationen

4.9.1 Blutanalysen nach Verkehrskontrollen

Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen im Straßenverkehr ist potenziell mit erheblichen Risiken verbunden. Der Zusammenhang von Alkoholkonsum mit erhöhten Unfallraten und tödlichen Verkehrsunfällen ist seit Jahrzehnten gesichert. Verkehrsteilnehmende werden deshalb bei Anfangsverdacht auf rauchmittelbedingte Beeinträchtigung ihrer Fahrtüchtigkeit auf Alkohol und/oder Drogen getestet. Bei positivem Screening mittels eines freiwilligen Drogen-vortests (Drugwipe) werden anschließend Blutproben entnommen und im zuständigen Institut für Rechtsmedizin laboranalytisch ausgewertet. Die Verteilung der aus Verkehrskontrollfällen stammenden Alkohol- und Drogennachweise im Blut aus den beiden sächsischen Instituten für Rechtsmedizin Leipzig und Dresden ist in Tabelle 4.9.1 dargestellt.⁴²

Gesamtdaten für Leipzig und Dresden

	2012	2013	2014	2015
BtM gesamt				
Positivbefunde	2471	3164	3201	3039
Davon (Meth-) Amphetamine	1786	2274	2263	2103
Cannabinoide	846	1095	1134	1120
Kokain	18	28	31	53
Opiate	41	36	40	45
Alkohol gesamt				
Positivbefunde*	7611	6956	7014	6428
Positivbefunde gesamt	10082	10120	10215	9467

Tab. 4.9.1: Trend der Anzahl von Alkohol- und Betäubungsmitteluntersuchungen der Institute für Rechtsmedizin Leipzig und Dresden, 2012–2015.

Quelle: Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

Anmerkung: * > 0.05 ‰

Unter den insgesamt rund 10.000 in Sachsen jährlich positiv getesteten Blutproben nach Verkehrskontrollen entfallen im Durchschnitt zwei Drittel bis drei Viertel auf Alkoholkonsum. Dieser Anteil ist von 75% (2012) auf 68% (2015) zurückgegangen. Komplementär dazu hat sich im selben Zeitraum der Anteil der Positivbefunde nach Betäubungsmittel (BtM)-Substanzgebrauch von 25% auf 32% erhöht. Dieser Zuwachs geht vor allem auf die Positivbefunde bei Stimulanzien (> 90% Methamphetamin in Sachsen) und Cannabinoiden zurück. Innerhalb der Fälle von

⁴¹ ibid.

⁴² Mitteilung des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden an TU Chemnitz vom 21.06.2018.

Positivtestung auf illegale Drogen nach BtMG liegt der Anteil der Stimulanzien bei 72 %, der der Cannabinoide bei 34 %, die übrigen sind nur von marginaler Bedeutung. Obwohl die Blutanalyse eine interessante ergänzende Datenquelle darstellt, hat diese Methode auch Limitationen, die zu einer eingeschränkten Interpretierbarkeit der Daten führen.⁴³

4.9.2 Ergebnisse von Abwasseruntersuchungen

Das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) hat im Jahr 2017 in über 60 europäischen Städten Abwasseranalysen durchgeführt, um die Drogenkonsumgewohnheiten in den Mitgliedstaaten zu erforschen.⁴⁴ Die durchgeführte Studie erlaubt eine Momentaufnahme zum Drogenkonsum in den beteiligten Städten. Die Städte Dresden und Chemnitz nahmen an der Studie teil. Auffallend sind die hohen Methamphetamin-Werte, die die Abwasseruntersuchungen sowohl in Dresden als auch in Chemnitz ergaben (Tab. 4.9.2). Beide Werte stellen unter den in die Untersuchung eingegangenen europäischen Städten Spitzenwerte dar. Obwohl die Abwasseranalyse eine interessante ergänzende Datenquelle darstellt, hat diese Methode auch Limitationen, die zu einer eingeschränkten Interpretierbarkeit der Daten führen.⁴⁵

Tab. 4.9.2: Ergebnisse der Abwasseruntersuchungen in Dresden und Chemnitz im Jahr 2017. Angaben in mg/1000 Personen/Tag. Quelle: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2018

Substanz in mg/1000p/T	Dresden	Chemnitz
Amphetamin	23	-
Methamphetamin	185	232
MDMA	11	11
Kokain	25	25

4.10 Sächsische Besonderheiten: Vergleiche von Sachsen mit dem Bund

Einen Vergleich der Daten des Freistaates Sachsen (SN) mit dem Bundesdurchschnitt (inkl. Sachsen) kann für den Substanzkonsum dargestellt werden, nicht aber für suchtindizierendes Verhalten nicht-substanzbezogener Formen (zum Beispiel Glücksspiel), da im ESA 2015 repräsentative Daten nur zum Substanzkonsum erhoben wurden. Dargestellt werden alle statistisch signifikanten Unterschiede zum Referenzland Sachsen⁴⁶.

Tabak

Im Vergleich zum Bund rauchten in Sachsen in den letzten 30 Tagen mehr Männer und weniger Frauen (Tab. 4.10.1).

Tab. 4.10.1: Vergleich der Anteile Tabak-konsumierender und Personen mit klinisch relevantem Konsum nach FTND zwischen Sachsen und dem Bund im Jahr 2015, 18- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz). Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Tabak		Referenz SN	Vergleich BRD
Konsum ¹	Männer	39,4	31,2
	Frauen	20,2	26,1
Klinisch relevanter Konsum	Gesamt	4,3	8,2

Anmerkung: ¹ 30-Tages-Prävalenz

43 Weitere Informationen zur Methodik und zu den Limitationen finden sich in Anlage 2.

44 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Wastewater analysis*. Abgerufen am 14.11.2018 von <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index253068DE.html>

45 Weitere Informationen zur Methodik und zu den Limitationen finden sich in der Anlage 2.

46 Orange unterlegt sind die Daten, die im Referenzland Sachsen höher als im Bundesdurchschnitt ausfallen. Demgegenüber sind die Angaben grün unterlegt, die unter dem Bundesdurchschnitt liegen.

Alkohol

Sowohl in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen als auch in der Gruppe der 40- bis 59-Jährigen war der Anteil der Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten (30-Tage-Prävalenz) in Sachsen höher als im Bund. Verglichen mit dem Bund wiesen sächsische Frauen eine geringere Prävalenz für klinisch relevanten Alkoholkonsum wie auch für episodisches Rauschtrinken auf. Ebenso hatten die 15- bis 18-Jährigen geringere Prävalenzen für episodisches Rauschtrinken (Tab. 4.10.2).

Alkohol		Referenz SN	Vergleich BRD
Konsum ¹	18- bis 24-Jährige	79,5	71,7
	40- bis 59-Jährige	80,3	73,4
Klinisch relevanter Konsum	Frauen	6,6	9,6
Episodisches Rauschtrinken ¹	Frauen	15,8	21,6
	15- bis 18-Jährige	41,8	57,5

Anmerkung: ¹ 30-Tages-Prävalenz

Tab. 4.10.2: Vergleich der Anteile alkoholkonsumierender Personen mit klinisch relevantem Konsum nach AUDIT und Personen mit episodischem Rauschtrinken zwischen Sachsen und dem Bund im Jahr 2015, 18- bis 64-Jährige (30-Tage-Prävalenz).

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Methamphetamin

In Sachsen zeigt sich verglichen mit dem Bund eine höhere Lebenszeitprävalenz für Methamphetamin für die Bevölkerung insgesamt, für Männer und für die Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen (Tab. 4.10.3).

Methamphetamin		Referenz SN	Vergleich BRD
Konsum ²	Gesamt	2,0	0,6
	Männer	3,2	0,7
	25- bis 39- Jährige	5,3	0,9

Anmerkung: ² Lebenszeitprävalenz

Tab. 4.10.3: Vergleich der Anteile der Konsumierenden von Methamphetamin im Jahr 2015, 18- bis 64-Jährige zwischen Sachsen und dem Bund (Lebenszeitprävalenz).

Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2015

Medikamente

Die Prävalenzwerte des Schmerzmittelgebrauchs lagen bei Frauen (50,1 %) und in der Gesamtstichprobe (41,7 %) in Sachsen statistisch signifikant unter denen des Bundes (55,7 % bzw. 47,1 %).

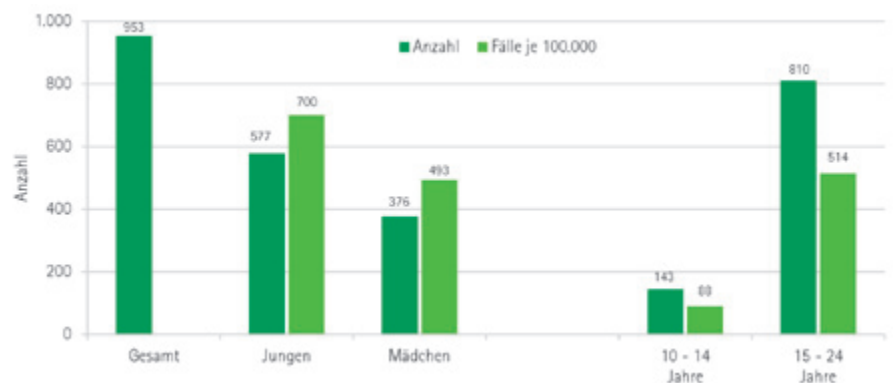
5 Gesundheitliche Folgen des Substanzkonsums

5.1 Substanzbezogene Notfälle

Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen (F10.0)

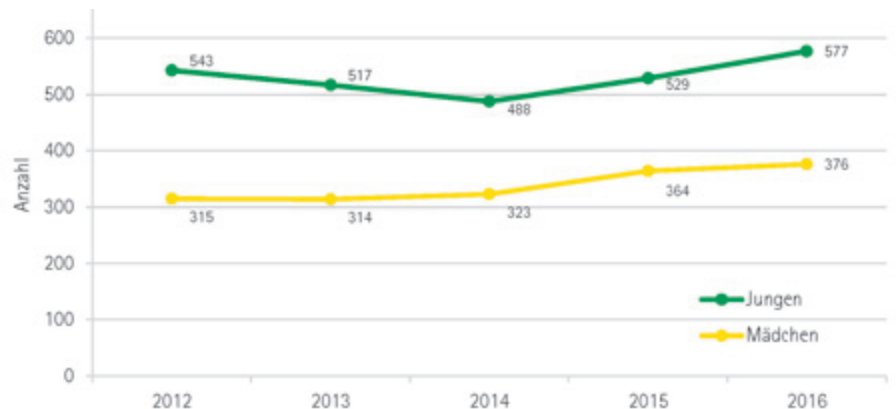
Im Jahr 2016 wurden in Sachsen 953 Behandlungen einer Alkoholintoxikation stationär durchgeführt, wobei mehr Jungen als Mädchen behandelt wurden.⁴⁷ Die Anzahl der 10- bis 14-Jährigen lag davon bei 143 (Abb. 5.1.1).

Abb. 5.1.1: Stationäre Behandlung von Jugendlichen aufgrund einer Alkoholintoxikation (F 10.0) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2016.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen im Alter von 10 bis 19 Jahren sind die stationären Behandlungen aufgrund von Alkoholintoxikationen in Sachsen im Vergleich zum Jahr 2012 (543 Fälle bzw. 315 Fälle) gestiegen und betragen im Jahr 2016 insgesamt 577 bzw. 376 Fälle.⁴⁸ Im Zeitraum zwischen den Jahren 2012 und 2016 wurden kontinuierlich deutlich häufiger Jungen behandelt als Mädchen (Abb. 5.1.2).

Abb. 5.1.2: Trend der stationären Behandlung von Jugendlichen aufgrund einer Alkoholintoxikation nach Geschlecht, 2012–2016.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



47 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen.

48 ibid.

Akute Intoxikationen durch illegale Drogen (F11.x – F19.x)

Die größte Anzahl der im Krankenhaus behandelten akuten Intoxikationen durch illegale Drogen in der sächsischen Bevölkerung wurde durch multiplen Substanzgebrauch und den Konsum anderer psychotroper Substanzen verursacht.⁴⁹ Die Anzahl dieser Fälle hat seit dem Jahr 2014 zugenommen und betrug im Jahr 2016 insgesamt 297 Fälle. Einen erheblichen Anstieg gab es auch bei akuten Intoxikationen durch andere Stimulanzien, die bis zum Jahr 2015 auf 247 Fälle anstiegen, im Folgejahr jedoch wieder rückläufig waren. Auch die Anzahl der behandelten akuten Intoxikationen durch Cannabinoide ist seit dem Jahr 2012 (57 Fälle) deutlich gestiegen und betrug im Jahr 2016 130 Fälle (Abb. 5.1.3).

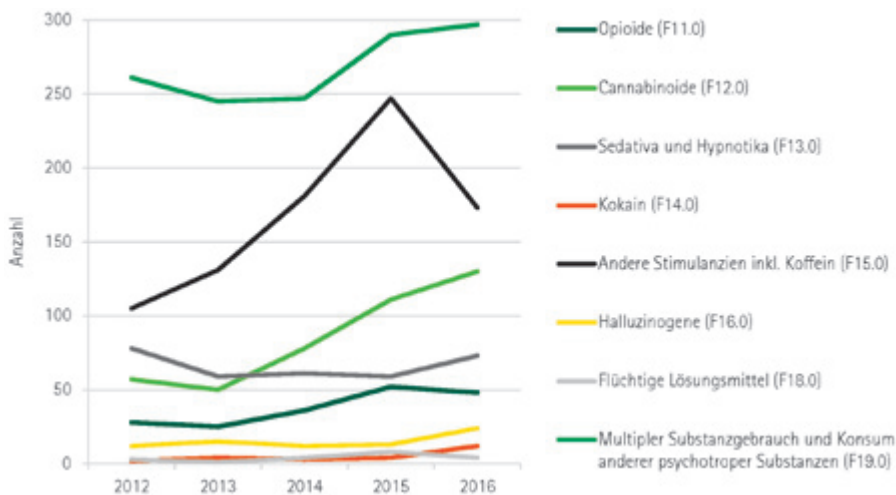


Abb. 5.1.3: Trend der in einem sächsischen Krankenhaus behandelten akuten Intoxikationen durch illegale Drogen (F 11.x – F19.x, ausgenommen F 17.x), 2012–2016. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vergiftungen durch Betäubungsmittel und Halluzinogene (T 40.x)

Die häufigsten im Krankenhaus behandelten Vergiftungen durch Betäubungsmittel und Halluzinogene waren zwischen den Jahren 2012 und 2016 durch sonstige Opiode bedingt.⁵⁰ Diese sind vor allem seit dem Jahr 2014 (36 Fälle) deutlich angestiegen (2016: 57 Fälle). Am zweithäufigsten, aber deutlich seltener, wurden im Krankenhaus Personen aufgrund von Vergiftungen durch Cannabis behandelt. Im Jahr 2016 waren dies insgesamt 9 Fälle (Abb. 5.1.4).

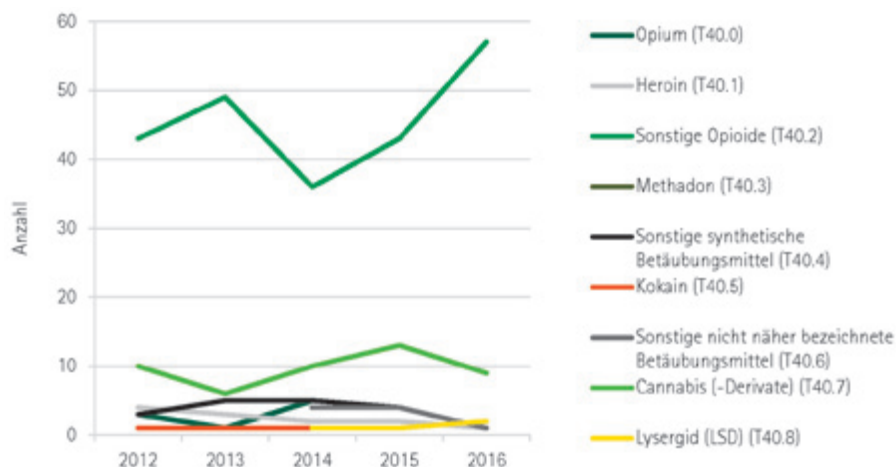


Abb. 5.1.4: Trend der in einem sächsischen Krankenhaus behandelten Vergiftungen durch Betäubungsmittel und Halluzinogene (T 40.x), 2012–2016. Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

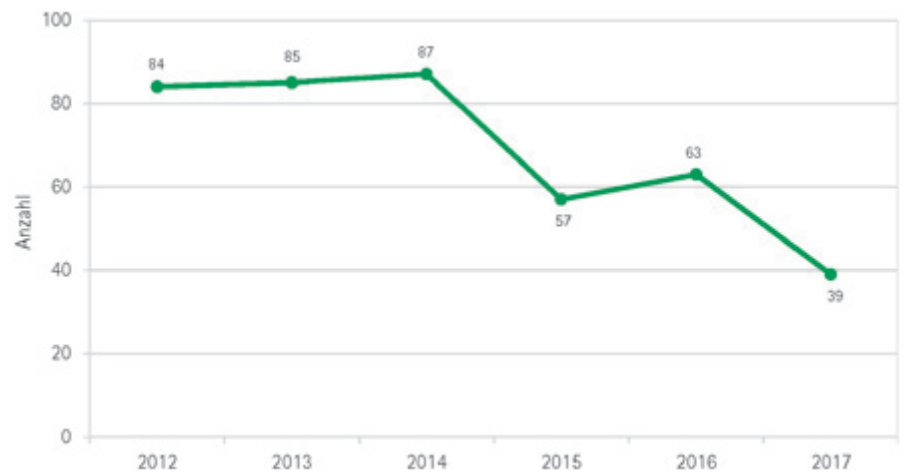
⁴⁹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Abgerufen am 06.09.2018 von <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=703:29005944D>

⁵⁰ *ibid.*

5.2 Drogenbezogene Hepatitis C-Infektionen

Die Anzahl der Hepatitis C-Infektionen aufgrund von intravenösem Drogenkonsum hat zwischen den Jahren 2012 (84 Fälle) und 2017 (39 Fälle) in Sachsen um mehr als die Hälfte abgenommen (Abb. 5.2.1).⁵¹

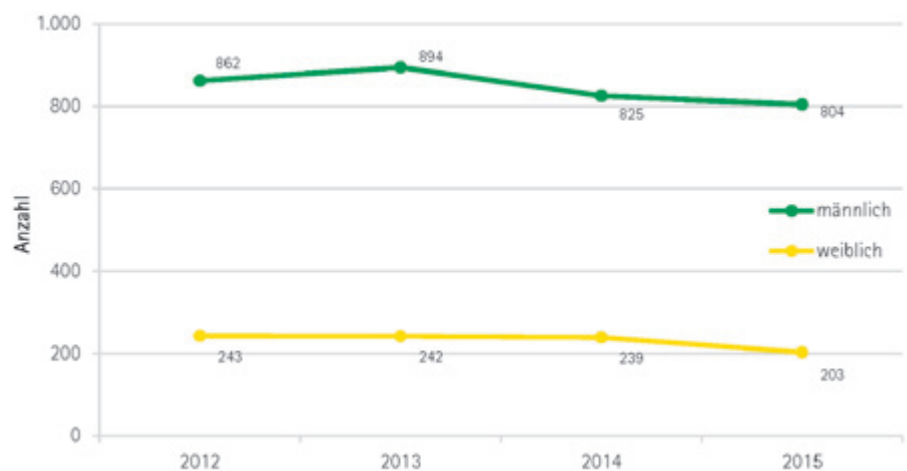
Abb. 5.2.1: Trend der Hepatitis C-Infektionen aufgrund von intravenösem Drogenkonsum in Sachsen, 2012–2017.
Quelle: Robert Koch-Institut



5.3 Alkoholbezogene Todesfälle

Die Anzahl der auf Alkohol zurückzuführenden Sterbefälle in der sächsischen Bevölkerung hat zwischen den Jahren 2012 und 2015 leicht abgenommen. Dies war sowohl bei Männern, als auch bei Frauen der Fall (Abb. 5.3.1).⁵²

Abb. 5.3.1: Trend der Anzahl der auf Alkohol zurückzuführenden Sterbefälle nach Geschlecht, 2012–2015.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes



51 Mitteilung des Robert Koch-Instituts an IFT vom 02.10.2018.

52 Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Abgerufen am 06.09.2018 von <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=703:29004473D>

5.4 Drogenbedingte Todesfälle

Die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle ist zwischen den Jahren 2012 und 2017 von 9 auf 16 Fälle angestiegen, wobei zwischen den Jahren 2015 und 2017 ein Rückgang von 27 auf 16 Fälle zu beobachten ist (Abb. 5.4.1).⁵³

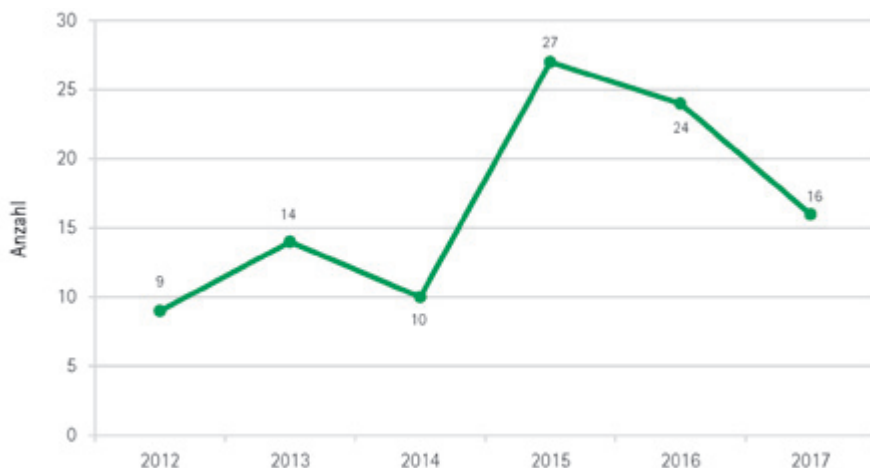


Abb. 5.4.1: Trend der Drogentodesfälle, 2012–2017.
Quelle: Bundeskriminalamt

5.5 Gesundheitliche und soziale Folgen bei Dritten

Der Substanzkonsum hat nicht nur negative Auswirkungen auf Konsumierende, sondern auch auf Dritte, wie Familienmitglieder, Freunde, Bekannte sowie weitere auch unbekannte Personen. Gesundheitliche Gefährdungen können beispielsweise als Folge des Alkohol-/Drogenkonsums während der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind und als Folge von substanzbedingten Verkehrsunfällen und Gewaltanwendungen auftreten. Als soziale Folgen sind insbesondere Auswirkungen auf die Familie und das soziale Umfeld zu nennen, die durch den Alkohol-/Drogenkonsum verursacht sind und sich zum Beispiel in sozialen Konflikten, dem Zerbrechen von Beziehungen und dem Verlust des Arbeitsplatzes äußern. Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein oder beide Elternteile suchtkrank sind, erleben besondere Problemlagen. Diesem Thema ist im vorliegenden Bericht ein eigenes Kapitel gewidmet (siehe Kap. 9 Familien mit einer Suchtbelastung).

Schädigung des Fötus durch Alkoholkonsum

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann die Gesundheit des Neugeborenen beeinträchtigen. Vorgeburtlich entstandene Schädigungen durch den mütterlichen Alkoholkonsum werden unter dem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) bzw. den fetalen Alkoholspektrumsstörungen (FASD) zusammengefasst. Die Symptome können sich je nach Schweregrad der Krankheit beispielsweise durch körperliche (Minderwuchs, Gesichtsveränderungen, organische Schäden) und/oder geistige Entwicklungsstörungen zeigen. Auf Grund der vielfältigen Symptome und dem Umstand, dass sich Schädigungen auch erst nach Jahren zeigen können, ist die Diagnostik erschwert und führt dazu, dass in diesem Bereich auf Schätzwerte zurückgegriffen wird. Laut einer aktuellen Schätzung wird die Anzahl der pro Jahr von FAS betroffenen Neugeborenen auf 3,8 Fälle pro 1000 Kinder geschätzt.⁵⁴ Die Schätzung für die Prävalenz von FASD bei Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland im Jahr 2012 beträgt 20,3 Fälle pro 1000.⁵⁵

53 Bundeskriminalamt (2018). *Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2017 – Tabellenanhang*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

54 Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), e290–e299.

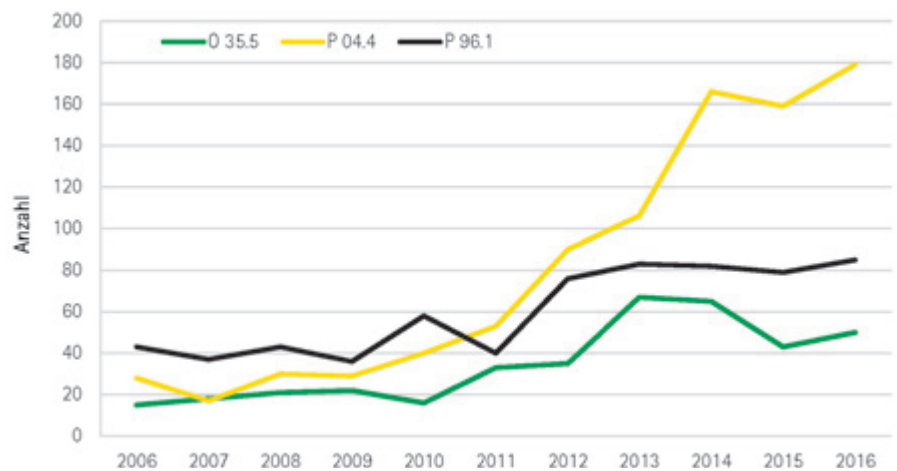
55 Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(10), 948–956.

Schädigung des Fötus durch Arzneimittel-/Drogenkonsum

Hinsichtlich der Problemlagen werdender Mütter im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen wurden die stationären Behandlungsfälle mit den folgenden Diagnosen nach ICD-10 statistisch erfasst: O35.5 (Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fötus durch Arzneimittel oder Drogen), P04.4 (Schädigung des Fötus und Neugeborenen durch Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter), P96.1 (Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter).⁵⁶ Insgesamt wurden diese Diagnosen häufiger als Nebendiagnosen denn als Hauptdiagnosen vergeben.

In Sachsen sind die Fallzahlen der Betreuung der Mutter (O35.5) von 15 Fällen (2006) bis zu einem Höchststand von 67 Fällen (2013) gestiegen. In den Folgejahren ist die Fallzahl tendenziell rückläufig. Die Fallzahlen von Entzugssymptomen bei Neugeborenen (P96.1) nahmen von 43 Fällen im Jahr 2006 auf 85 Fälle im Jahr 2016 zu. Schädigungen des Fötus und Neugeborenen (P04.4) sind im gleichen Zeitraum von 28 Fällen im Jahr 2006 auf 179 Fälle im Jahr 2016 gestiegen (Abb. 5.5.1).

Abb. 5.5.1: Stationäre Fallzahlen mit Hauptdiagnosen oder Nebendiagnose O35.5, P04.4 und P96.1 in Sachsen, 2006–2016.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



Alkoholbedingte Todesfälle im Straßenverkehr

Nach den Verkehrsstatistiken des Statistischen Bundesamtes sind in Deutschland im Jahr 2014 bundesweit insgesamt 5.486 andere Personen als der Hauptverursacher im Straßenverkehr als Folge des Alkoholkonsums des Hauptverursachers verunglückt. Darunter waren 1.115 Personen mit schweren und 4.303 Personen mit leichten Verletzungen sowie 68 Todesfälle. Es wird geschätzt, dass 525 Personen, das heißt etwa jeder Fünfte (19,5%) an einem Verkehrsunfall mit einem alkoholisierten Hauptverursacher beteiligte Dritte tödlich verletzt wurde.⁵⁷

⁵⁶ Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2017). *Sozialberichterstattung – DRG Statistik*.

⁵⁷ Kraus, L., & Seitz, N.-N. (2017). *Belastung Dritter durch alkoholbedingte Schäden* (Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit). München: IFT Institut für Therapieforchung.

6 Suchtprävention im Freistaat Sachsen

Auf einen Blick

Es erfolgten in Sachsen *strukturelle Veränderungen*: Hierzu gehören:

- Die Bündelung der bislang dezentralen Verantwortlichkeiten der Fachstellen für Suchtprävention auf Ebene der Direktionsbezirke in einer auf Landesebene angesiedelten Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen.
- Die Stellen für kommunale Suchtbeauftragte/-koordinatoren konnte im Berichtszeitraum auf sechs erweitert werden, sodass aktuell etwa die Hälfte der Landkreise/kreisfreien Städte über hauptamtliche Suchtbeauftragte/-koordinatoren verfügen.
- Die Optimierung kommunaler Präventionsarbeit durch den behördenübergreifenden Ansatz PiT, der nunmehr in acht Landkreisen etabliert ist.

Neben der Fortführung und der weiteren Verbreitung etablierter Projekte im Bereich der universellen Prävention (zum Beispiel FREUNDE) ist eine zunehmende Anzahl von Projekten der selektiven und indizierten Prävention festzustellen. Hierzu gehören Angebote für Familien mit einer Suchtbelastung. Diese richten sich sowohl direkt an betroffene Kinder und ihre Eltern als auch an Kontaktpersonen von Kindern, zum Beispiel pädagogisches Fachpersonal. Damit einher geht auch eine verstärkte Kooperation von Fachkräften der Sucht- sowie der Kinder- und Jugendhilfe. Ausgebaut werden konnten ebenfalls die Angebote für Drogenkonsumenten im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter.

6.1 Grundlagen

6.1.1 Begriffsbestimmung

Suchtprävention bezieht sich auf Zielgruppen über die gesamte Lebensspanne und schließt sowohl den Gebrauch *psychoaktiver Substanzen* („Substanzgebundene Süchte“) als auch *exzessives Verhalten* („Verhaltenssüchte“, „Substanzungebundene Süchte“) ein. Zusammengefasst bezeichnet der Begriff Suchtprävention die Gesamtheit gezielter gesundheitspolitischer Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Reduzierung

- des schädlichen oder problematischen Konsums psychoaktiver Substanzen bzw. exzessiven Verhaltens,
- der Entstehung von Substanzkonsumstörungen oder Verhaltenssüchten,
- der damit verbundenen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Begleitrisiken und Folgeschäden für die Konsumierenden
- sowie für Dritte und die Gesellschaft.

Suchtprävention beschränkt sich dabei nicht auf suchtspezifische Maßnahmen zur Verhinderung von Suchtstörungen und substanzinduzierten Gesundheitsbeeinträchtigungen. In einem integrativen Verständnis ist Suchtprävention eng bezogen auf das Gesamtangebot zur allgemeinen *Gesundheitsförderung*. Deren Ziel besteht in der Verbesserung der individuellen und allgemeinen Lebensbedingungen der Bevölkerung und der Gesundheit der Menschen in ihrem beruflichen und privaten Alltagsleben und ihren entsprechenden Lebenswelten. Dabei integriert Gesundheitsförderung Maßnahmen zur individuellen und umweltbezogenen Prävention (zum Beispiel gesundes Wohnen oder Arbeiten) und bezieht übergreifende Strukturen und Settings als Gegenstand der präventiven Interventionen mit ein (Verhältnisprävention). Da lebenskompetente Menschen in einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt weniger anfällig sind für psychische Krisen und Instabilität, besitzen sie auch eine größere Resilienz gegenüber Sucht- und Abhängigkeitsrisiken.

6.1.2 Ziele und Präventionsbereiche: Verhaltens- und Verhältnisprävention

Verhaltens- und Verhältnisprävention sind zwei sich ergänzende Ansätze zur Umsetzung einer wirkungsvollen Prävention und Gesundheitsförderung.

Maßnahmen der *Verhaltensprävention* im Kontext Sucht zielen darauf ab, die suchtspezifischen personalen Risikofaktoren zu minimieren und die erforderlichen protektiven Lebenskompetenzen von Menschen zu stärken. *Verhaltensprävention* fokussiert die individuellen Bedingungen des Umganges mit psychoaktiven Substanzen oder exzessivem Verhalten, wobei der Verhaltensbegriff auch innere Einstellungen, Motivationen, Kompetenzen und Ressourcen einschließt. Dabei werden nicht nur die Betroffenen selbst angesprochen, sondern auch deren Bezugspersonen (zum Beispiel Eltern, Lehrkräfte sowie Mitarbeitende der Jugendhilfe) und für diese Multiplikatorenschulungen angeboten.

Demgegenüber bezieht sich die Verhältnisprävention auf die Umwelt- und Strukturbedingungen von Substanzkonsum und Suchtverhalten. Verhältnispräventive Ansätze schließen ein breites Spektrum von politischen, rechtlichen und polizeilichen Maßnahmen ein. Dazu zählen insbesondere alle gesetzlichen Maßnahmen, die die Verfügbarkeit und den Konsum illegaler Suchtmittel sowie das Angebot legaler Suchtmittel und kommerzieller Glücksspiele reglementieren. Darüber hinaus gehören zur Verhältnisprävention auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Verhältnis- und Verhaltensprävention können Maßnahmen zur universellen, selektiven und indizierten Prävention einschließen.

6.1.3 Präventionsebenen und Zielgruppen

Nach dem Spezifitätsmodell der Prävention werden unterschieden: (1) universelle Prävention, (2) selektive Prävention und (3) indizierte Prävention. Die Maßnahmen der universellen, selektiven und indizierten Prävention setzen vor dem Krankheits-/Störungseintritt an und unterscheiden sich in erster Linie hinsichtlich ihrer Zielgruppenorientierung und Ansprachekonzepte. Die Zuordnung zu den Kategorien erfolgt nach dem Risikopotenzial der Zielgruppe. Die Interventionen sollten generell auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten werden und sowohl substanzspezifische als auch -unspezifische Angebote enthalten.

Universelle, selektive und indizierte Prävention

Maßnahmen zur *universellen Prävention* zielen auf die Gesamtbevölkerung oder auf Gruppen, zum Beispiel im schulischen, betrieblichen, medizinischen oder Freizeitbereich. Sie schließen sämtliche Mitglieder der jeweiligen Zielpopulation ein, unabhängig von bereits bestehenden Suchtrisiken. Maßnahmen der universellen Prävention fokussieren vorrangig auf eine Stärkung der allgemeinen Lebenskompetenz. Wichtigste Zielgruppen der universellen Prävention sind Kinder, Jugendliche und Heranwachsende sowie deren Familien und weitere Sozialisationsinstanzen. Darüber hinaus werden erwachsene Zielgruppen vor allem über Einrichtungen der Erwachsenenbildung und der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht sowie mittels Öffentlichkeitskampagnen angesprochen.

Selektive Prävention ist auf Individuen oder Teilgruppen der Bevölkerung mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Substanzkonsumstörung oder eines Problemkonsums ausgerichtet und zielt vorrangig auf eine Reduktion der Risiko- und eine Stärkung der Schutzfaktoren ab. Zu den Zielgruppen zählen beispielsweise Kinder suchtkranker Eltern, Jugendliche in Cliquen mit erhöhter Affinität zum Substanzgebrauch oder erwachsene Personen mit regelmäßigem oder riskantem Alkohol- oder Drogenkonsum. Weitere Zielgruppen sind Substanzkonsumierende mit einer psychischen Störung sowie mit Migrationshintergrund, da diese jeweils besondere Belastungs- und Risikokonstellationen für die Entwicklung einer Suchterkrankung aufweisen können.

Die *indizierte Prävention* richtet sich an Personen mit problematischem Substanzkonsum oder hohem Sucht- bzw. Abhängigkeitsrisiko, ohne dass aktuell die diagnostischen Kriterien für eine Substanzkonsumstörung erfüllt sind. Zu dieser Zielgruppe gehören zum Beispiel junge Menschen, die exzessiv Alkohol konsumieren (Rauschtrinken) und polizeilich erst auffällige Konsumierende. Das Ziel der indizierten Präventionsmaßnahmen besteht darin, für die individuellen problematischen Konsummuster und die daraus resultierenden Gefahren zu sensibilisieren und

Risikokompetenz für einen angemessenen Umgang mit der Substanz zu vermitteln mit dem Ziel der Verhinderung einer Abhängigkeit.

6.1.4 Inhalte und Prinzipien der Suchtprävention

Suchtprävention beschränkt sich nicht auf die Beeinflussung des unmittelbaren Konsum- oder Suchtverhaltens, sondern bezieht hauptsächlich die Reduzierung der Risiko- und Stärkung der Schutzfaktoren ein. Um – insbesondere Kinder und Jugendliche – vor dem Risiko einer Suchterkrankung wirksam zu schützen, bedarf es der Vermittlung und Förderung von protektiv wirkenden Lebens- und Risikokompetenzen.

Angemessene *Lebenskompetenzen* sollen konkret dazu befähigen, die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben zu meistern, sich ein gesundes soziales Umfeld aufzubauen, Stress, emotionale Belastungen und Konflikte zu bewältigen, persönliche Krisen zu bewältigen, Verluste und Frustrationen auszuhalten und ein stabiles Selbstwertgefühl sowie eine optimistische Lebenseinstellung aufzubauen.

Risikokompetenz in der Suchtprävention beschreibt die Fähigkeit zur reflektierten und selbstkritischen Wahrnehmung des eigenen Konsumverhaltens im Hinblick auf dessen gesundheitliche und soziale Risiken und Schäden (Gefahrenbewusstsein) sowie im Hinblick auf einen risikobewussten und kontrollierten Umgang mit psychotropen Substanzen und substanzungebundenen Verhaltensweisen (Fähigkeit zur Selbststeuerung). Davon umfasst sind u. a. das Problembewusstsein über Wirkungen und Risiken des Konsums psychotroper Substanzen, eine kritische Einstellung gegenüber Suchtmitteln und Verhaltenssüchten, die Bereitschaft und Fähigkeit zum konsequenten Konsumverzicht (Punktnüchternheit) in bestimmten Situationen, Lebensräumen und Entwicklungsphasen bzw. die Bereitschaft und Fähigkeit zu einem stabil kontrollierten Konsum und zur Einhaltung festgelegter Sicherheitsregeln.⁵⁸

Die Förderung von Lebens- und Risikokompetenz sollte möglichst *frühzeitig* im Entwicklungsverlauf des Kindes- und Jugendalters erfolgen. Zur Gewährleistung der Stabilität und Nachhaltigkeit der Präventionseffekte werden suchtpreventive Maßnahmen der Lebens- und Risikokompetenzvermittlung *langfristig und kontinuierlich* umgesetzt und in die Lebenswelt und den Lebensalltag der Zielgruppe eingebettet (zum Beispiel im schulischen Kontext).

Suchtpreventive Maßnahmen enthalten Komponenten zur *Psychoedukation*, in welchen auf die jeweilige Zielgruppe und Suchtproblematik zugeschnittene Informationen vermittelt werden zu:

- den psychoaktiven Substanzen (Wirksubstanz, Inhaltsstoffe, Wirkprinzip, Wirkungsdauer, Neben- und Nachwirkungen, Risiken, Schäden, Suchtpotenzial, ggfs. rechtlicher Status),
- den jeweiligen substanzbezogenen Störungen bzw. der exzessiven Verhaltensstörungen (Störungsdefinition, Diagnosekriterien, Entstehung und Verlauf, Verbreitung, Suchtmechanismen und Pathophysiologie, Entzugssyndrom, Folgeerscheinungen, Gesundheitsrisiken, Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten),
- ggfs. kompetentem und risikominimiertem Umgang mit psychotropen Stoffen (niedrige Dosierung und Gebrauchsfrequenz, Grenzen einhalten, Begleitrisiken zum Beispiel im Straßenverkehr vermeiden, hygienische und andere Vorsichtsmaßnahmen) oder Regulierung von Verhaltensgewohnheiten mit Suchtpotenzial (Glücksspiel, Internet- und Soziale Medien-Nutzung).

6.1.5 Strukturelle Bedingungen der Suchtprävention: Kooperation und Vernetzung

Um eine breite und nachhaltige Wirksamkeit der Suchtprävention zu erreichen, ist eine kontinuierliche und strukturierte Kommunikation, Kooperation und Vernetzung zwischen den einzelnen Ebenen und Beteiligten in diesem Feld erforderlich. Dabei kommt in Sachsen der suchtbezogenen Ausbildung von Multiplikatoren wie Lehrkräften, Erziehenden, sozialpädagogischen Fachkräften und anderen relevanten Personengruppen eine große Bedeutung zu. Insgesamt wird Suchtprävention als eine Querschnittsaufgabe verstanden, an der unterschiedliche Institutionen und Professionen auf verbindlicher Basis kooperieren. Ein konkretes Beispiel dafür ist der behördenübergreifende Ansatz „*Prävention im Team*“ (siehe Abschnitt 6.2.4)

⁵⁸ Franzkowiak, P., & Schlömer, H. (2013). Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. *Suchttherapie*, 4, 175–82.

6.1.6 Handlungsfelder der Prävention

Nachfolgend werden wesentliche Handlungsfelder zur Förderung von Lebenskompetenzen und für suchtpreventive Maßnahmen ausgeführt.

Handlungsfeld Familie

In der Familie als wichtigster und lebenslang bedeutsamer Sozialisationsinstanz werden Werte und Grundregeln des Zusammenlebens, soziale Bindungsfähigkeit, gegenseitige Unterstützung und sozialer Zusammenhalt, Konfliktbewältigungsstrategien und Bildungsinhalte vermittelt. Die Geborgenheit und die Erfahrungen in der Familie sind entscheidend für die Entwicklung von Lebenskompetenzen, des Handlungspotentials und einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung der Kinder. Ansätze zur Familienbildung zielen darauf ab, Erziehungs-, Beziehungs- und Alltagskompetenzen zu vermitteln und die Familienmitglieder bei deren Umsetzung zu unterstützen. Familienbildung wirkt universell präventiv und ressourcenstärkend. Angekoppelt an alltagsnahe Orte wie Kindertages- und Gesundheitseinrichtungen oder an Freizeit- und Begegnungsangebote können Familien gut erreicht und bei Unterstützungsbedarf Zugangswege zu weiteren Hilfen gebahnt werden.

Nach dem *Sächsischen Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz* soll das sichere Aufwachsen von Kindern in der Familie gefördert werden, u. a. indem (werdende) Eltern in den ersten Lebensjahren in der Wahrnehmung ihrer erzieherischen Verantwortung gegenüber ihren Kindern unterstützt werden. In interdisziplinärer Kooperation in den Bereichen Kinderschutz und Prävention werden entsprechende Informationsangebote, Hilfen in besonderen familiären Belastungssituationen und Interventionen zur Risikominimierung und zur Stärkung der Erziehungskompetenzen vorgehalten.

Kinder aus suchtbelasteten Familien sind in mehrfacher Hinsicht in ihrer gesundheitlichen und sozialen Entwicklung gefährdet. Zur Gewährleistung eines sicheren Aufwachsens von Kindern in der Familie, ihres Gesundheitsschutzes und der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen aufgrund von Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung durch drogenkonsumierende Eltern sind Einrichtungen und Maßnahmen des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen in Sachsen auch Gegenstand und Bestandteil der Suchtprävention. Das Konzept der *Frühen Hilfen* zielt darauf ab, Eltern in ihrer Verantwortung gegenüber ihren Kindern zu unterstützen, Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe einzubeziehen und zu koordinieren sowie die Bevölkerung für das Wohl der in ihrem Umfeld lebenden Kinder zu sensibilisieren.

Um die Bedeutung des präventiven Kinderschutzes und der Frühen Hilfen zu unterstreichen, wurde vom SMS eine neue Förderrichtlinie "Präventiver Kinderschutz und Frühe Hilfen" sowie ein dazugehöriges Förderkonzept erarbeitet, welches im Verlauf des Jahres 2019 in Kraft treten soll. Das Förderkonzept soll die strategischen Handlungsansätze des Freistaates im Bereich präventiver Kinderschutz und Frühe Hilfen in einem Förderkonzept bündeln und fortschreiben. Damit sollen nicht nur das sächsische Handlungskonzept für präventiven Kinderschutz (2008, 2010) und das Rahmenkonzept zur Ausgestaltung der Frühen Hilfen (2012, 2014) in einem Dokument zusammengefasst werden, vielmehr soll das Förderkonzept Ausdruck eines umfassenden und auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Verständnisses von Frühen Hilfen sein.

Zugleich soll die Fortschreibung die Erfahrungen aus den bisherigen Aktivitäten auf Landesebene, einschließlich der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen berücksichtigen.

Zentrale Maßnahmen sind dabei:

- Verstärkung und Weiterentwicklung der Netzwerke für Kinderschutz und Frühe Hilfen in Sachsen
- Verstärkung der Angebote der Gesundheitsorientierten Familienberatung
- Interdisziplinäres sächsisches Curriculum für die Qualifizierung zur Familienhebamme bzw. Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und -pfleger
- Etablierung ehrenamtlicher Projekte im Bereich Früher Hilfen, insbesondere Umsetzung von Patenmodellen zur längerfristigen ehrenamtlichen Unterstützung von Familien
- Angebote und Dienste an den Schnittstellen der unterschiedlichen Sozialleistungssysteme
- universell-präventiv ausgerichtetes Informations- und Beratungsangebot durch die aufsuchende präventive Arbeit der Jugendämter

Die Bundesstiftung Frühe Hilfen finanziert hauptsächlich Projekte der Landkreise und kreisfreien Städte (100%). Der Förderumfang beträgt 2019 insgesamt 2.688,1 T€. Die Landesmittel zur Förderung des gleichmäßigen Ausbaus und der qualitativen Weiterentwicklung der Strukturen und Angebote der Frühen Hilfen und des präventiven Kinderschutzes im Freistaat Sachsen stellen den zweiten Förderbaustein dar und stocken die Bundesförderung mit einem noch höheren Betrag auf. Der Haushaltsansatz des Freistaates Sachsen beträgt für das Jahr 2019 rd. 2.850 T€ (2.688 T€ Bund). Die Landesförderung hat dabei ebenfalls ihren Schwerpunkt bei den Landkreisen und Kreisfreien Städten. Die Netzwerkkordinatoren für Kinderschutz und Frühe Hilfen gestalten die Vernetzung vielfältiger Akteure (z. B. Gesundheitsamt, Kliniken, niedergelassene Kinderärzte, Schwangerschaftsberatung, Frühförderung, Kita, Schule, Polizei), die Aufsuchende Präventive Arbeit der Jugendämter (APA) Hausbesuche zur Information, Beratung, Vermittlung bei Hilfebedarf nach der Geburt eines Kindes. Mit Stand März 2019 sind bei den sächsischen Kommunen 16,1 VZÄ im Bereich der Netzwerke und 33,5 VZÄ in den APA beschäftigt. Jede Kommune gestaltet ihr Netzwerk individuell aus. Ein wichtiger Praxisbaustein im Hinblick auf die Fragestellungen im Kontext von Drogen und Sucht ist die Arbeit der Familienhebammen. Ziel ist es, durch sie möglichst frühzeitig suchtkranke Mütter zu erreichen und in das regionale Hilfenetzwerk einzubinden.

Handlungsfeld Kindertageseinrichtungen und –pflege

Da die Betreuungsquote von Kindern zwischen drei und sechs Jahren in Kindertageseinrichtungen in Sachsen bei 96 % liegt,⁵⁹ ist dieses Handlungsfeld prädestiniert für *universelle* suchtpreventive Angebote. Nach dem Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) beinhaltet die Bildungsarbeit mit Kindern spezifische gesundheitsfördernde Aufgaben, die auch Maßnahmen zur Vorbeugung von abhängigkeitsförderndem Verhalten einschließen. Die zentrale Aufgabe der Kindertageseinrichtungen (Kindergarten, Kinderkrippe, Horte sowie Kindertagespflegepersonen) besteht in der Begleitung, Unterstützung und Ergänzung der Kindeserziehung in der Familie. Kindertageseinrichtungen sollen die Kinder in der Entwicklung kognitiver, sozialer und anderer persönlicher Lebenskompetenzen unterstützen. Im Sächsischen Bildungsplan, der einen verbindlichen Leitfaden für die pädagogischen Fachkräfte in Krippen, Kindergärten, Horten und für die Kindertagespflege darstellt, wird unter den Leitbegriffen „Wohlbefinden“ und „Beteiligung“ die Suchtproblematik explizit berücksichtigt. Zur Vorbeugung von Suchtproblemen werden die Bewältigung von Belastungen und Stress, die Stärkung des Selbstbewusstseins, das Erlernen von Eigenverantwortung und das Zulassen von Entspannung als zentrale Schutzfaktoren hervorgehoben. Vermittelt werden beispielsweise Kompetenzen im sozialen Umgang und Kommunikation, Problemlösen, Konfliktmanagement, Emotionsregulation, Frustrationstoleranz, Selbstkontrolle und Selbstsicherheit. Die zentrale Rolle für die Lebenskompetenzvermittlung in diesem Bereich spielen die Erzieher und Erzieherinnen. Deshalb sind entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen eine zentrale Aufgabe der Suchtprävention in diesem Handlungsfeld (zum Beispiel Projekt *FREUNDE*, siehe Abschnitt 6.3.1).

Mit Förderung durch den Europäischen Sozialfonds für Deutschland (ESF) sind bei „Kinder stärken – Kompetenz- und Beratungsstelle, Maßnahmen für Kinder mit Lern- und Lebensschwernissen“ derzeit in ca. 140 sächsischen Kitas zusätzliche pädagogische Fachkräfte tätig.⁶⁰ Die zusätzlichen Kita-Fachkräfte leiten ihre konkreten Maßnahmen, Aufgaben und Tätigkeiten aus den jeweils kitaspezifischen Unterstützungsbedarfen der Kinder und deren Lebenssituationen ab. Sie unterstützen die Kinder in erster Linie durch gezielte Angebote und Maßnahmen, zum Beispiel mit der Maßnahme „Ich bin Ich“, in dem die Kinder unter anderem ein Gefühl für die eigenen Stärken, für das eigene Können und Stolz auf ihre Fähigkeiten entwickeln. Projektträger ist die SLfG e. V. in Kooperation mit dem Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden gGmbH.

Weitere aktuelle Präventionsangebote zur Gesundheitsförderung im Kita-Bereich in Sachsen sind zum Beispiel:

- Programm *Schatzsuche* – Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in der Kita
- Lebenskompetenzprogramm *FREUNDE* – standardisiertes Fortbildungsangebot für Kitas mit dem Ziel, die Lebenskompetenzen von Kindern bereits im frühen Alter umfassend und präventiv zu stärken (siehe Projektbeschreibung Kapitel 6.3.1)

59 Statistisches Bundesamt, 2018.

60 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen, 2017.

Handlungsfeld Schule

Über den allgemeinen Bildungsauftrag hinaus stellt die Schule eine bedeutende Lebenswelt für Kinder und Jugendliche dar, in der sie einen wesentlichen Teil ihrer Zeit verbringen und nachhaltige Sozialisationserfahrungen machen. In der Schule lernen sie u.a. auch, eigene Werte- und Normorientierungen auszubilden sowie soziale Umgangsweisen und persönliche Lebenskompetenzen zu entwickeln, die ihre gesamte Persönlichkeitsentwicklung mitprägen. In Sachsen ist der überwiegende Teil der Grundschülerinnen und -schüler zudem über die reine Unterrichtszeit hinaus in Schulen mit Ganztagsangeboten oder Horten betreut.⁶¹ Die Sozialisationsinstanz Schule ist deshalb ein ganz entscheidendes Handlungsfeld der universellen, selektiven und indizierten Suchtprävention, das sowohl verhältnispräventive Maßnahmen (zum Beispiel Rauch- und Alkoholverbot auf dem Schulgelände) als auch vielfältige Aktivitäten der Verhaltensprävention einschließt.

Die Suchtprävention in der Schule wurde in den *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule der Kultusministerkonferenz (KMK)* mit Beschluss vom 15.11.2012 als integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung definiert. Diese Empfehlungen stellen den Aspekt der aktiven Gesundheitsförderung durch zielgerichtete schulische Präventionsarbeit in den Vordergrund und signalisieren die Abkehr von einer ausschließlich an Schülerinnen und Schülern orientierten Gesundheitserziehung. Die Schule ist gefordert, sich zu einem gesundheitsförderlichen Lern- und Lebensort zu entwickeln, der die Suchtprävention als einen zentralen Schwerpunkt thematisiert. Schulen sind daher verpflichtet, sich in ihrem Schulporträt, das halbjährig aktualisiert wird, zum Themenbereich Sucht- und Drogenprävention zu positionieren. In der Schule werden Projekte bzw. Programme für Kinder und Jugendliche angeboten, in denen sie selbst suchtpreventiv tätig werden können (siehe zum Beispiel Abschnitt 6.2.4: Prävention im Team (PiT) oder Abschnitt 6.3.1: Be smart – Don't start).

Die schulischen Maßnahmen zur Suchtprävention im Freistaat Sachsen werden wesentlich durch die *LRV Sachsen* unterstützt (vergleiche Abschnitt 3.3.2). Die Suchtprävention an sächsischen Schulen ist in das „*Sächsische Curriculum für Lebenskompetenz*“ eingebunden, welches umfassend auf die Entwicklungsaufgaben Heranwachsender Bezug nimmt. Dabei bietet der allgemeine Schulunterricht vielfältige Anknüpfungspunkte im Bereich der Suchtprävention. Im Bereich schulischer Bildung ist das Thema Sucht/Suchtprävention im Rahmen der Lehrpläne sowohl in die Lernbereiche als auch in die Wahlpflichtbereiche der Unterrichtsfächer Biologie, Ethik, Religion (ev. und kath.), Sport über die Klassenstufen 5 bis 12 in allen Schularten präsent. Das Themenfeld Suchtprävention schließt folgende Aspekte ein:

1. Prävention von Konsumstörungen durch legale Substanzen

- Informationen, Genussregeln und missbräuchlicher Konsum (zum Beispiel Alkohol, Tabak, Wasserpfeife/Shisha, Medikamente, Naturdrogen, Legal Highs);
- Legale Drogen und Gesellschaft (zum Beispiel Tabak-Werbung, Alkohol und Verkehr, Feste feiern);
- Legale Drogen und Rolle der Peergroup;
- Informationen zur Thematik Kinder suchtkranker Eltern.

2. Prävention von Konsumstörungen durch illegale Substanzen

- Informationen, Umgang und missbräuchlicher Konsum (zum Beispiel Cannabis, Heroin, Kokain, Crystal, Ecstasy, Speed);
- Illegale Drogen und Gesellschaft (zum Beispiel Drogen und Schule, Drogen und Gewalt).

3. Prävention von nichtsubstanzgebundenen Störungen

- (pathologisches) Glücksspiel (zum Beispiel Online-Glücksspiele, Sportwetten, Geldspielautomaten, Quizfernsehen wie Call-In-Sendungen/Gewinnhotlines);
- Medienabhängigkeit (pathologischer PC-/Internet-Gebrauch);
- Essstörungen (zum Beispiel Anorexia Nervosa, Bulimia nervosa, Essstörung);

61 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2017). *Statistischer Bericht. Kindertagesbetreuung im Freistaat Sachsen 2017*. Abgerufen am 23.08.2018 von https://www.statistik.sachsen.de/download/100_Berichte-K/K_V_5_j17_SN.pdf

- weitere Suchtformen (zum Beispiel Kaufsucht, Sexsucht, Sportsucht);
- Gesellschaft und substanzungebundener Missbrauch (zum Beispiel Orientierungssuche und Konfliktlösungsmodelle in den Medien).

Die suchtpreventiven Maßnahmen unterschiedlicher Akteure aus der Arbeits- und Fachebene an sächsischen Schulen sind über die Arbeitsgruppe (AG) Frühkindliche und Schulische Prävention im LPR vernetzt. In diesem Rahmen werden Projekte und Aktivitäten mit Präventionsbezügen koordiniert sowie vorhandene Ressourcen gebündelt, unter Einbeziehung von hauptamtlich tätigen Präventionsfachkräften, Trägern von Schulsozialarbeit, Polizei und anderen Unterstützern. Mit dem seit dem Schuljahr 2017/2018 wirksamen Landesprogramm Schulsozialarbeit werden die Landkreise und Kreisfreien Städte mit einer Fördersumme von derzeit (Stand März 2019) über 30 Millionen € jährlich unterstützt. Damit ist es z. B. möglich, an jeder Oberschule in Sachsen 1,0 VzÄ zu fördern. Für das frühzeitige Erkennen von Gefährdungen im Bereich Drogen und Sucht ist Schulsozialarbeit als außerschulische Leistung der Jugendhilfe eine wichtige Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Schule. Auch im Falle eines bereits eingetretenen Konsums hat die Schulsozialarbeit eine wichtige Brückenfunktion zu den weiteren Leistungen der Jugendhilfe (z. B. Hilfen zur Erziehung).

Die Online-Präsenz des SMK stellt Materialien für Fachkräfte und Interessierte zur Verfügung. Zur inhaltlichen Unterstützung werden vom SMK in Kooperation mit dem SMI, SMS und SMUL durch die Landesarbeitsstelle Schule – Jugendhilfe Sachsen e.V. drei Online-Lernportale zur schulischen Prävention und Gesundheitsförderung bereitgestellt. In ihnen werden sächsische und für Sachsen relevante bundesweite Angebote und Projekte, Kooperationspartner sowie Materialien systematisiert und zur Verfügung gestellt. Das Online-Lernportal *Junge Sachsen fit fürs Leben* basiert auf dem Sächsischen Curriculum für Lebenskompetenz,⁶² greift insbesondere das Thema Sucht- und Drogenprävention auf und dient der Unterstützung von Pädagoginnen und Pädagogen und Fachkräften der Gesundheitsförderung in Kita, Hort und Schule. Alle Themenfelder sind mit spezifischen Lebenskompetenzen für 3- bis 18-Jährige unterlegt und als Lernziele in drei Kompetenzstufen eingeteilt. Das Lernportal bietet zudem umfangreiche Recherchemöglichkeiten zu den themenspezifischen Inhaltsfeldern.

Die *polizeiliche Drogenprävention* als Bestandteil der im sächsischen Polizeigesetz verankerten Aufgabe der Gefahrenabwehr wird im Freistaat Sachsen auf Basis landesweit geltender Rahmenkonzepte nach einheitlichen Zielen, Inhalten und Methoden umgesetzt. Die polizeilichen Präventionsveranstaltungen werden dezentral in Schulen durchgeführt und an regionale Besonderheiten und zielgruppenspezifische Bedarfe angepasst. Die Polizeidirektionen im Freistaat verfügen über Beamtinnen und Beamte, die hauptamtlich in der Drogenprävention eingesetzt werden. Die Ziele der polizeilichen Drogenprävention bestehen darin, Kinder und Jugendliche sowie Lehrkräfte und Eltern über legale Drogen sowie über illegale Drogen und die damit verbundenen gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Gefahren aufzuklären und die Kinder und Jugendlichen vor diesen zu schützen (siehe Abschnitt 6.2.2).

Handlungsfeld Jugendhilfe

Nach § 1 SGB VIII hat jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Die Jugendhilfe soll dazu beitragen, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen (§ 1 Abs. 1), Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (Abs. 2) und positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (Abs. 3). Jugendhilfe inkludiert somit Aufgaben der Suchtprevention in ihren Verantwortungsbereichen (zum Beispiel erzieherischer Kinder- und Jugendschutz, Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit, Förderung der Erziehung in der Familie, Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege). Die Suchtprevention im Bereich der Jugendhilfe wird in erster Linie von den Jugendschutzverantwortlichen in den Jugendämtern sowie durch freie Träger (zum Beispiel Aktion Jugendschutz, Deutscher Kinderschutzbund) getragen. Das Landesjugendamt ist für Koordinierungs-, Beratungsaufgaben und Fortbildungsaufgaben sowie für die Erarbeitung von Empfehlungen zuständig.

⁶² Zubrägel, S., Schindhelm, A., Schuricht, C., & Finke, A. (2014). *Das Sächsische Curriculum für Lebenskompetenz*. LSJ Sachsen e.V. Abgerufen am 01.10.2018 von http://www.lernportal-sachsen-lebenskompetenz.de/downloads/Curriculum_Lebenskompetenz.pdf

Handlungsfeld Betrieb

Die Suchtprävention hat sich als integraler Bestandteil der Betrieblichen Gesundheitsförderung fest etabliert. Die Arbeitswelt besitzt doppelte Bedeutung für die Suchtprävention: Einerseits als Konsumkontext mit besonderem Risikopotenzial (zum Beispiel KfZ- und Maschinenbedienung) und andererseits als Risikofaktor für das Entstehen von Suchtproblemen (zum Beispiel Stressbelastung, Überbeanspruchung, Mobbing). Der Konsum psychotroper Substanzen am Arbeitsplatz ist mit gravierenden Konsequenzen und Risiken verbunden. Suchtmittelkonsumierende büßen massiv an Leistungsfähigkeit ein und verlieren einen erheblichen Anteil ihrer Arbeitsproduktivität. Zu den Hauptproblemen des Alkohol- und Drogenkonsums am Arbeitsplatz zählen die erhöhten Unfallrisiken unter Alkohol- und Drogeneinfluss.⁶³ Vor diesem Hintergrund ist es sowohl für die betroffenen Beschäftigten als auch für den Betrieb, bzw. das Unternehmen zweckmäßig, für Personen mit einem riskanten, problematischen oder abhängigen Suchtmittelkonsum entsprechende Präventions- und Hilfesysteme vorzuhalten. Dazu gehören auch verhältnispräventive Maßnahmen wie eine gesundheitsgerechte und -fördernde Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen.

Angebote der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention sind beispielsweise:

- Entwicklung einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung „Sucht/Suchtprävention“
- Schulung von Ausbilderinnen und Ausbildern zum Umgang mit riskant suchtmittelkonsumierenden Auszubildenden
- Ausbildung von ausgewählten Beschäftigten zum „betrieblichen Suchtbeauftragten“ bzw. zur „Ansprechperson für Suchtfragen“ im Unternehmen.

6.2 Strukturen der Suchtprävention in Sachsen

6.2.1 Landesebene

Landespräventionsrat

Der Landespräventionsrat (LPR) im Freistaat Sachsen wurde im Dezember 2008 auf Beschluss der Sächsischen Staatsregierung durch das Sächsische Staatsministerium des Innern (SMI) konstituiert. Der LPR verfolgt den Ansatz, „weitgehend auf die bestehenden Präventionsstrukturen aufzubauen und diese unter Beibehaltung ihrer Identität, ihrer Struktur sowie ihres programmatischen Ansatzes über themen- bzw. projektbezogene Arbeitsgruppen in den LPR zu integrieren“.⁶⁴ Dabei sollen die jeweils vorhandenen Erfahrungen und Vernetzungen der vielfältigen Präventionsinitiativen und -gremien von staatlichen, kommunalen und zivilgesellschaftlichen Einrichtungen auf landesweiter und regionaler Ebene genutzt und gegebenenfalls weiteren Präventionsträgern zugänglich gemacht werden. Zur Sicherstellung der Arbeitsabläufe des LPR wurde beim SMI eine Geschäftsstelle eingerichtet. Die Sacharbeit erfolgt maßgeblich in sechs Arbeitsgruppen und Ausschüssen, darunter dem Landesfachausschuss für Suchtprävention.

63 Ozminkowski, R. J., Mark, T. L., Goetzel, R. Z., Blank, D., Walsh, J. M., & Cangianelli, L. (2003). Relationships between urinalysis testing for substance use, medical expenditures, and the occurrence of injuries at a large manufacturing firm. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 151–167.

64 Landespräventionsrat (o.D.). *Arbeitsgruppen und Ausschüsse*. Abgerufen am 01.10.2018 von <http://www.lpr.sachsen.de/11020.htm>

Landesfachausschuss Suchtprävention

Der zweimal jährlich tagende Landesfachausschuss Suchtprävention (LFA SP)⁶⁵ ist ein unabhängiges und ressortübergreifend arbeitendes Beratungs- und Koordinierungsgremium zur Suchtprävention im Freistaat Sachsen. Im LFA SP arbeiten die Aktion Jugendschutz Sachsen e.V. (AJS), die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (SLS), die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG), der Deutsche Kinderschutzbund Sachsen e.V., der sächsische Landkreistag e.V. sowie die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen zusammen. Das SMS, das Sächsische Staatsministerium für Kultus (SMK) und das Landeskriminalamt (LKA) haben in diesem Gremium einen beratenden Status. Auf Grundlage einer eigenen Geschäftsordnung widmet sich der LFA SP vorrangig nachfolgenden Aufgabstellungen: Erarbeitung von Positionierungen und Empfehlungen zu relevanten suchtpreventiven Themen, Information, Abstimmung und Vernetzung der in der Suchtprävention tätigen Träger, Beratung bei der Entwicklung von Fortbildungs- und Informationsmaterial, Projekten und Veranstaltungen sowie über Möglichkeiten zur landesweiten Umsetzung von wirksamen Maßnahmen im suchtpreventiven Bereich.

Fachstellen für Suchtprävention – Landesfach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention

Seit 1999 arbeiteten auf der Ebene der Direktionsbezirke jeweils eine Fachstelle für Suchtprävention in Anbindung an einen freien Träger der Sucht- und/oder Jugendhilfe, zu deren Aufgaben die Vernetzung und Koordination der Suchtprävention in den Direktionsbezirken, die Unterstützung der Landkreise und Kreisfreien Städte bei der Planung und Durchführung suchtpreventiver Vorhaben sowie konkreter Projektarbeit gehören. Unter anderem aufgrund der Gebietsreform wurde ein Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich eines landesweiten Fach- und Informationsaustausches, der Etablierung von überregional einheitlichen Standards und Qualitätsanforderungen, einer effizienteren Koordination zwischen Projekten des Bundes und deren Durchführung auf Landes- und/oder kommunaler Ebene sowie der Koordination von bundeslandübergreifenden Angeboten gesehen. Deshalb wurde die Struktur der drei Fachstellen auf Ebene der Direktionsbezirke zu einer Landesfach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention zusammengeführt (Abb. 6.2.1).

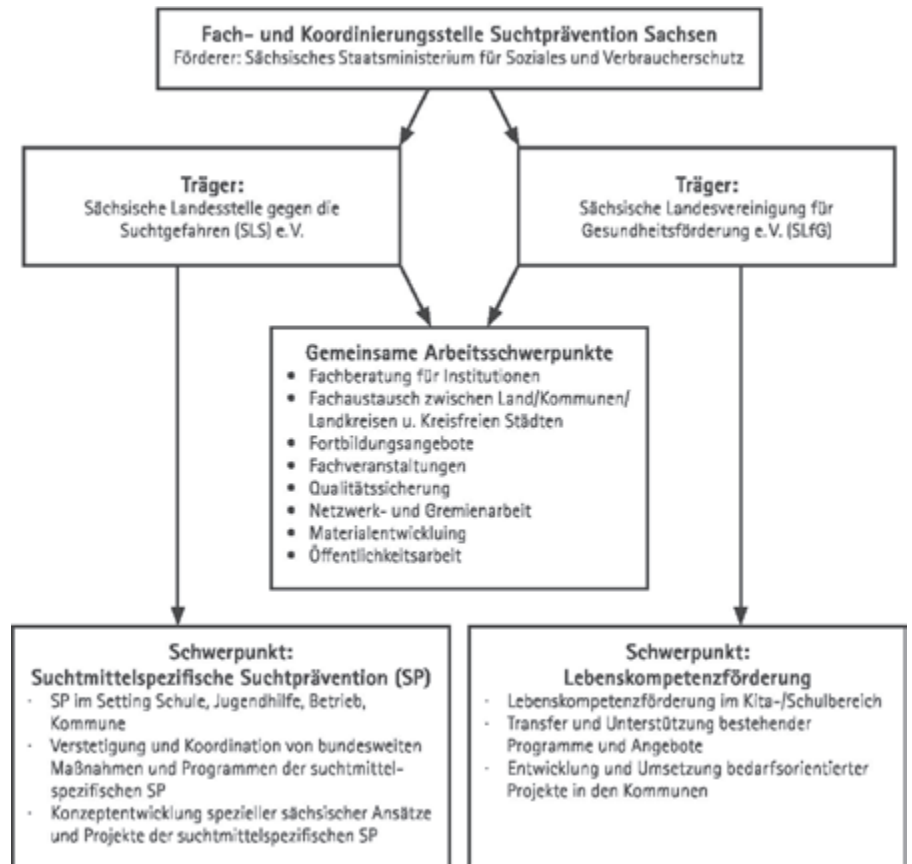
Der Aufbau der *Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen* erfolgte ab dem zweiten Halbjahr 2017 als gemeinsames Projekt der SLfG und der SLS mit einer gesamten Personalkapazität von 5,5 Vollzeitäquivalentstellen (VZÄ). Die paritätische Trägerstruktur entspricht den zwei wesentlichen Aufgabenbereichen suchtpreventiven Handelns, der Lebenskompetenzförderung und der Substanz- (Suchtmittel-)spezifischen Suchtprävention an der Schnittstelle zur Suchthilfe. Die laufenden Personal- und Sachausgaben der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen werden aus Fördermitteln des Freistaates Sachsen nach der Richtlinie Psychiatrie und Suchthilfe sowie durch Eigenanteil der SLS bzw. SLfG finanziert.

Die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen hat sich zum Ziel gesetzt, landesweit eine einheitlich hohe Qualität in der Suchtprävention sicher zu stellen und diese stetig weiter zu entwickeln. Sie bietet den sächsischen Landkreisen und Kreisfreien Städten Beratung und Unterstützung bei der Vernetzung, Planung und Durchführung suchtpreventiver Vorhaben an. Zentraler Bestandteil ihrer Arbeit ist daher der Austausch und die Kooperation mit den Kommunen und dem Freistaat Sachsen.

⁶⁵ Landespräventionsrat (o.D.). *Suchtprävention*. Abgerufen am 01.10.2018 von <http://www.lpr.sachsen.de/11026.htm>

Auf ihrer Homepage www.suchtpraevention-sachsen.de bietet die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen Fachkräften im Bereich der Suchtprävention, Verantwortlichen in den Settings von Kindertagesstätten bis Altenpflege, sowie Netzwerkpartnerinnen und -partnern vielfältige Informationen zu aktuellen Projekten, Weiterbildungsangeboten, regionalen Ansprechpartnerinnen und -partnern sowie zum Verleih von Materialien.

Abb. 6.2.1: Struktur und Träger der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen. Quelle: Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen⁶⁶



6.2.2 Überregionale Ebene

Sächsisches Landesamt für Schule und Bildung und Regionalstellen der sächsischen Bildungsagentur

In der ehemaligen Sächsischen Bildungsagentur und ihren fünf Regionalstellen (seit 2018: Sächsisches Landesamt für Schule und Bildung mit sechs Standorten⁶⁷) war in der Zeit von 2013–2017 jeweils eine Stelle im Referat Unterstützungssysteme auch für Angelegenheiten der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Deren Aufgabe ist die Schulen u. a. im Bereich Suchtprävention zu beraten sowie Kontakte zu Anbietern von Präventionsprojekten für die jeweilige Schule zu vermitteln. Die Basis hierfür bildet hauptsächlich das Online-Portal zur Förderung von Lebenskompetenz⁶⁸, welches durch das SMK finanziert wird.

Präventionsarbeit der Polizeidirektionen in Sachsen

Die Polizei unterstützt im Rahmen der schulischen Gesundheitsprävention Eltern in ihrem Erziehungsauftrag bzw. Schulen bei der Umsetzung ihres Präventionsauftrages durch die gezielte Vermittlung von Informationen rund um das Thema Sucht und Drogen. Dabei arbeitet sie eng mit weiteren Trägern der Suchtprävention zusammen. Mit der Drogenprävention sind rund 20 hauptamtliche Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter für Prävention in den Fachdiensten

66 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *Über uns: Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen*. Abgerufen am 04.09.2018 von <https://www.suchtpraevention-sachsen.de/ueber-uns/>

67 Der 6. Standort ist das ehemalige Sächsische Bildungsinstitut.

68 Landesarbeitsstelle Schule – Jugendhilfe Sachsen e.V. (o.D.). *Junge Sachsen Fit fürs Leben – Lernportal*. Abgerufen am 01.10.2018 von <http://www.lernportal-sachsen-lebenskompetenz.de>

Zentrale Aufgaben der fünf Polizeidirektionen (Görlitz, Dresden, Chemnitz, Zwickau, Leipzig) betraut, die speziell für diese Tätigkeit fortgebildet wurden. Dabei werden die im Rahmen des Projektes „Prävention im Team“ (siehe Abschnitt 6.2.4) gewonnenen Erfahrungen einbezogen.

6.2.3 Kommunale Ebene: Gebietskörperschaften

Suchtpräventive Maßnahmen auf kommunaler Ebene werden in Sachsen von den Landkreisen und Kreisfreien Städten getragen. Sie liegen im Verantwortungsbereich verschiedener Institutionen wie den Gesundheits- und Jugendämtern. Die Koordinierung erfolgt oftmals durch kommunale Arbeitskreise und -gruppen. Das Thema Suchtprävention wird in den Regionen zunehmend im behördenübergreifenden Kontext bearbeitet. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten werden regional festgelegt. Nachfolgend sind wesentliche Akteure dargestellt.

Psychiatriekoordination und Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Nach § 7 „Koordination der psychiatrischen Versorgung“ des Sächsischen Gesetzes über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (SächsPsychKG) richten die Landkreise und kreisfreien Städte Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), gegebenenfalls zusätzliche Drogenbeiräte, als beratende Gremien in Fragen der psychiatrischen Versorgung ein, die u. a. für die Bedarfsermittlung und die regionale Suchthilfeplanung und -koordinierung zuständig sind. Die PSAG setzt sich aus Vertretern aller Bereiche der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zusammen: Niedergelassenes ärztliches Fachpersonal (Psychiatrie), Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenhäuser, Sozialleistungsträger, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Angehörigen- und Betroffenenverbände, Hilfevereine sowie öffentliche Stellen, die für Hilfen für psychisch (sucht-)kranke Menschen zuständig sind. Zur Sicherstellung und Koordination der Hilfen bestellen die Landkreise und kreisfreien Städte einen Psychiatriekordinator.

Suchtbeauftragte und -koordinatoren

Auf Grund des besonderen Schwerpunktes Sucht innerhalb der allgemeinen psychiatrischen Versorgung haben einige Landkreise und kreisfreien Städte zusätzlich die Stelle eines Suchtbeauftragten/-koordinators geschaffen. Nachdem Dresden und Leipzig die Stelle einer Suchtbeauftragten bereits seit Jahren etabliert hatten, wurde im Berichtszeitraum die Ausstattung mit hauptamtlichen Suchtbeauftragten bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren auf sechs Stellen in den Landkreisen (Landkreis Meißen, Landkreis Leipzig Land, Erzgebirgskreis) und kreisfreien Städten (Dresden, Leipzig, Chemnitz) erweitert.

Die konkreten Aufgaben und Befugnisse werden durch den jeweiligen Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt festgelegt und können dementsprechend variieren.

Weitere Akteure im Bereich der Suchtprävention sind je nach Schwerpunkt die überwiegend an den Gesundheitsämtern angesiedelten Regionalen Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitsförderung und die unterschiedlich etablierten Arbeitskreise Suchtprävention.

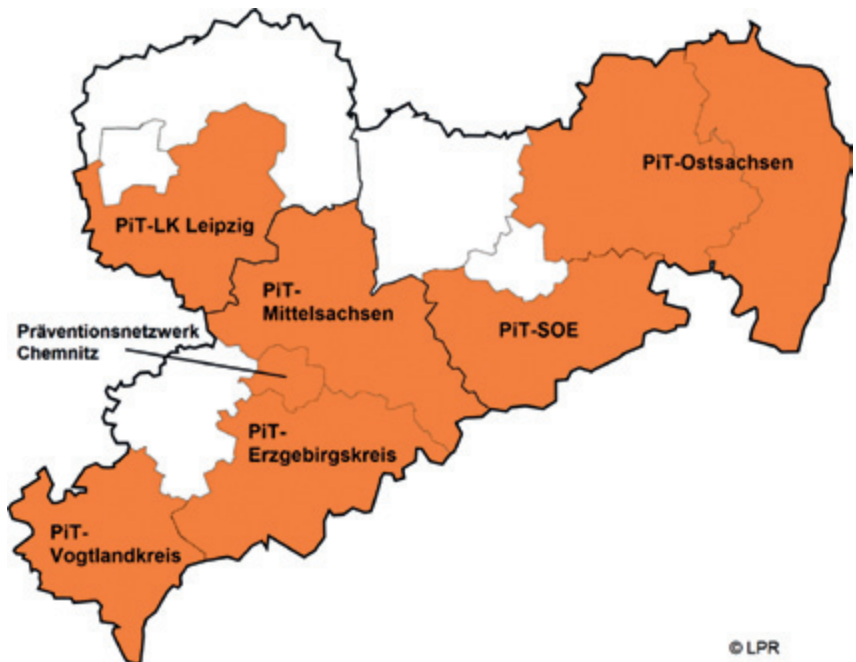
6.2.4 Der Arbeitsansatz Prävention im Team (PiT)

Das Thema Suchtprävention wird zunehmend in den Regionen (neben den anderen Präventionsthemen) im behördenübergreifenden Kontext bearbeitet.

Das Ansinnen des Arbeitsansatzes „Prävention im Team (PiT)“ ist es, dass alle regionalen Partner in Sachsen gemeinsam und abgestimmt zu allen Präventionsthemen mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche arbeiten. Grundlage der stabilen und verbindlichen Zusammenarbeit der Behörden einer Region (Landesamt für Schule und Bildung, Polizei, Kommune – vgl. 6.2.2 und 6.2.3) bildet eine Kooperationsvereinbarung. Die Vertreter der Behörden arbeiten jeweils in regionalen PiT-Steuergruppen zusammen.

Bereits acht Gebietskörperschaften in Sachsen arbeiten nach diesem Prinzip. In weiteren fünf Regionen in Sachsen wird diese Zusammenarbeit derzeit durch die Behörden in den Regionen vorbereitet. Der Landespräventionsrat Sachsen bildet dabei das Dach und die Verbindung in der interministeriellen Zusammenarbeit (Abb. 6.2.2).

Abb. 6.2.2: Landkreise mit dem Arbeitsansatz PiT



Der Arbeitsansatz PiT hat bereits in den drei sächsischen Landkreisen Bautzen, Görlitz und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge die Methode „Communities that care“ (CTC) (www.ctc-info.de) anwendbar gemacht. Es handelt sich um eine präventive Strategie gegen deviantes Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Den Kern bildet die Annahme, dass es für spezifisches Problemverhalten, wie beispielsweise Gewalt, Alkohol-/Drogenkonsum, Depressionen und Mobbing, genau ermittelbare Umstände gibt, die dieses Verhalten fördern oder ihm entgegenwirken. Ziel von PiT ist es, diese Schutz- und Risikofaktoren in einem bestimmten Gebiet zu ermitteln. Die Kooperationspartner können durch geeignete und abgestimmte Programme und Projekte die Risiken verringern sowie die Schutzfaktoren stärken.

Hierfür werden nicht nur die Kinder und Jugendlichen selbst in die strategische Betrachtung einbezogen, sondern auch alle Akteure, die mit deren Erziehung und Ausbildung in Verbindung stehen. Es kommen nach dem Arbeitsprinzip PiT Ressourcen und alle Präventionsakteure langfristig und zielgerichtet zum Einsatz. Nähere Informationen dazu: www.pit-ostsachsen.de

An den CTC-Schülerbefragungen haben sich bereits über 20.000 Kinder, Jugendliche sowie Lehrer/innen von weiterführenden Schulen (Gymnasien, Ober-, Förder- und berufsbildende Schulen) beteiligt.

Bisherige Praxiserfahrungen im Rahmen des Arbeitsansatzes PiT-Ostsachsen zeigen deutlich, dass insbesondere durch die CTC-basierte Bedarfsermittlung (Schülerbefragung und daraus folgende Gebietsprofile) positive Effekte für eine dauerhafte und abgestimmte Zusammenarbeit der Präventionsakteure in den Regionen erzeugt werden.

Es zeigt sich zum derzeitigen Stand, dass der Arbeitsansatz PiT ein guter Ansatz ist, um überprüft Angebote unter Beachtung der tatsächlichen Bedarfe an die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zu bringen. Ebenfalls deutlich sichtbar wird, dass es erforderlich ist, in diese behördenübergreifende Zusammenarbeit möglichst alle Partner einzubeziehen, die die Zielgruppe Kinder und Jugendliche im Fokus haben. Das Ziel ist es, alle Prozesse in Sachsen mit der thematischen Schnittmenge Prävention (zum Beispiel die LRV) zu bündeln. So gibt es regionale Arbeitsgruppen für Gesundheitsförderung, deren Mitglieder gute Synergien im Rahmen der Themenbündelung in den regionalen Steuergruppen nach dem Arbeitsansatz PiT leisten.

Im Jahr 2019 soll die sachsenweite Internetplattform www.pit.sachsen.de veröffentlicht und im Laufe der kommenden Jahre als Arbeitsinstrument für alle PiT-Regionen ausgebaut werden.

6.3 Angebote und Projekte der Suchtprävention in Sachsen

Die nachfolgende Projektübersicht dokumentiert bereits implementierte Projekte der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen. Diese Angebote sind über die gesamte Lebensspanne verortet und in den Handlungsfeldern Familie, Kindertagesstätten, Schulen, Kinder- und Jugendhilfe, Betrieb sowie Altenhilfe angesiedelt (Abb. 6.3.1).

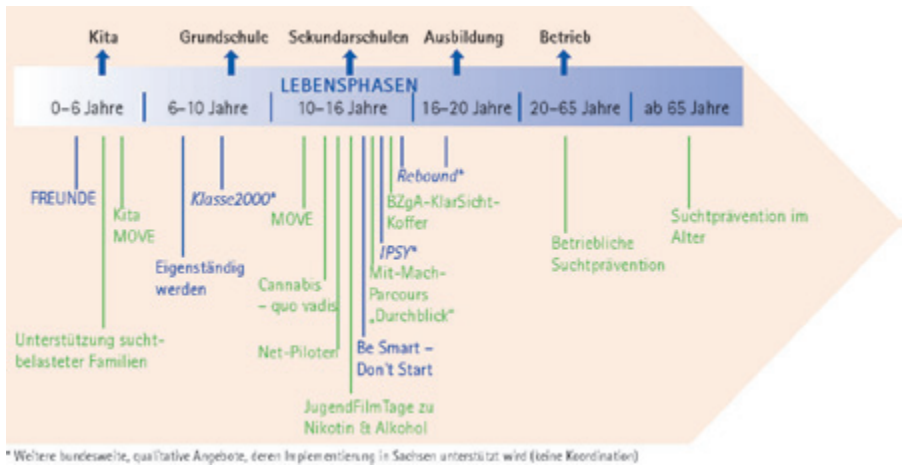


Abb. 6.3.1: Lebensphasenorientierte Angebotsübersicht; Quelle: Darstellung Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen

Auf diese Angebote können Kommunen bzw. Einrichtungen sowie Vereine und Verbände in Kooperation mit der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen zurückgreifen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Angebote, die sich auf kommunaler und Trägerebene etabliert haben.

Im Weiteren werden einige Angebote der universellen, selektiven und indizierten Prävention vorgestellt.

6.3.1 Universelle Prävention

Zielgruppe: Kinder bis 6 Jahre
Handlungsfeld: Kindertageseinrichtungen

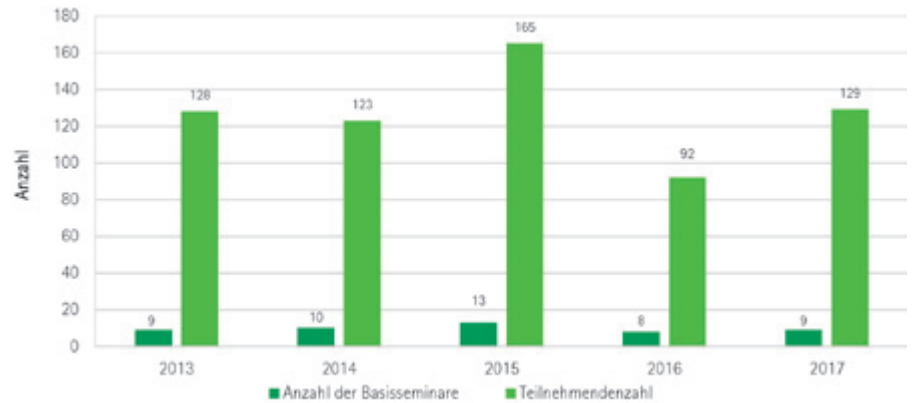
„FREUNDE“ – Ein Programm zur Lebenskompetenzförderung in Kindertageseinrichtungen

Das Programm „FREUNDE“ ist ein langfristiges Angebot der universellen Prävention zur umfassenden Förderung von Lebenskompetenzen von Kindern im Handlungsfeld Kindertageseinrichtungen, das seit 2007 durch die SLfG sachsenweit koordiniert wird. Es beinhaltet ein Fortbildungsprogramm für das pädagogische Fachpersonal auf Basis des WHO-Ansatzes zur Förderung von Lebenskompetenz sowie des Sächsischen Bildungsplans und dessen ganzheitlichem Bildungsauftrag für Kindertageseinrichtungen. Das Programm soll die Entwicklung von Kindern positiv und ressourcenorientiert beeinflussen, ein positives Konzept von Gesundheit vermitteln und Gewalt- und Suchtproblemen vorbeugen.⁶⁹ Darüber hinaus wird die Öffentlichkeit durch Elternabende, Informationsveranstaltungen oder Pressearbeit angesprochen und die lokale Vernetzung von Einrichtungen unterstützt (Verhältnisprävention).⁷⁰ Das Programm hat einen standardisierten modularen Aufbau, in dessen Zentrum Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Kommunikationsfähigkeit, Problemlösefähigkeit in Gruppen, Verantwortungsbereitschaft, Umgang mit Stress und Emotionen sowie kreatives und kritisches Denken stehen. Die Fortbildungen werden von qualifizierten FREUNDE-Trainerinnen und -Trainern durchgeführt und unterliegen verbindlichen Qualitätskriterien.

69 SLfG (o.D.). „Gesund aufwachsen“ mit FREUNDE. Abgerufen am 01.10.2018 von <https://www.slf.de/projekt/gesund-aufwachsen-mit-FREUNDE>
 70 SLfG (o.D.). Starke Kinder gute Freunde – Präventionsangebot für Kindertageseinrichtungen. Bausteine zur Förderung der Lebenskompetenzen. Abgerufen am 01.10.2018 von https://www.slf.de/files/2016/12/FREUNDE-Broschuere_web.pdf

In den Jahren 2013 bis 2017 fanden in Sachsen insgesamt 49 zweitägige *FREUNDE*-Basisseminare statt, in denen 637 pädagogische Fachkräfte fortgebildet wurden (Abb. 6.3.2).⁷¹ Die Fortbildungen werden in den Landkreisen als Inhouse-Seminare für das gesamte Kita-Team oder landkreisweit umgesetzt. Mit insgesamt 1.083 erreichten Teilnehmenden seit 2008 wurden 3,3 % des pädagogischen und Leitungspersonals sächsischer Kindertageseinrichtungen erreicht. Direkter Kooperationspartner für die Umsetzung der Fortbildungen sind neben den freien Trägern in den sächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten zumeist die regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, die Jugendämter und der kommunale Gesundheitsdienst.

Abb. 6.3.2: Anzahl der Fortbildungen zum Programm *FREUNDE* und Anzahl der Teilnehmenden, 2013–2017.
Quelle: Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.



Zielgruppe: Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren
Handlungsfeld: Grundschule

„Klasse2000“ – Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention in der Grundschule

Das bundesweite Programm *Klasse2000* richtet sich an Grund- und Förderschulen und begleitet Kinder der Klassen 1–4 mit einem kontinuierlichen Bildungsangebot im Bereich der Sucht- und Gewaltprävention. Adressaten des Bildungsangebotes sind neben den Schülerinnen und Schülern auch deren Lehrkräfte und Eltern sowie die Schulen als Institutionen. Damit verfolgt das Projekt sowohl einen verhaltens- als auch einen verhältnispräventiven Ansatz, bei dem auch der Rahmen des schulischen Alltags gesundheitsförderlich gestaltet werden soll. Ziel ist es, Kinder darin zu unterstützen, eine positive Einstellung gegenüber der eigenen Person zu entwickeln, Gesundheits- und Lebenskompetenzen zu erlangen und ihre Überzeugung zu stärken, dass sie aktiv auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen können. Hierzu zählen neben gesunder Ernährung, Bewegung und Entspannung, u. a. auch Kompetenzen im Bereich der Konfliktlösung, kritisches Denken und Nein-Sagen-können insbesondere im Hinblick Alkohol und Tabak. Das Konzept sieht vor, dass geschulte *Klasse2000*-Gesundheitsförderfachkräfte mit einer Doppelqualifikation (Pädagogik und Gesundheit) die Klassen aufsuchen, die Themen im Unterricht einführen, die anschließend durch die Lehrkräfte vor Ort im Rahmen von 10–12 Unterrichtseinheiten fortgeführt werden. Die Lehrkräfte können dabei auf ausgearbeitete Stundenkonzepte und Materialien zurückgreifen. Durch den Einsatz von Hausaufgaben als „Forschungsaufgaben“, Elternabende und -briefe sollen auch die Eltern der Kinder mit eingebunden werden. Insgesamt haben 464 Schulklassen im Schuljahr 2016/2017 am Programm *Klasse2000* teilgenommen. Die Anzahl der teilnehmenden Schulklassen ist seit 2012 kontinuierlich um 54 % gestiegen.

Zielgruppe: Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren
Handlungsfeld: Sekundarschule

Programm „Erwachsen werden“

Das durch die Kultusministerien der Länder anerkannte Weiterbildungsprogramm für Lehrkräfte *Erwachsen werden* adressiert die Zielgruppe 10–14-jähriger Schülerinnen und Schüler. Es zielt darauf ab, Lehrkräfte dabei zu unterstützen, bei den Heranwachsenden Selbstvertrauen und kommunikative Fähigkeiten zu stärken und ihre Problemlöse- und Entscheidungskompetenz sowie ihre Fähigkeit zur Meisterung von Konflikt- und Risikosituationen zu verbessern. Diese resilienzfördernden Basisfähigkeiten sollen protektiv gegen Risikoverhalten wie dem Missbrauch

⁷¹ Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). *Medieninformation*. Abgerufen am 01.10.2018 von https://www.statistik.sachsen.de/download/200_MI-2018/MI-24-2018.pdf

von Drogen und Alkohol wirken. Im Rahmen der mehrtägigen Fortbildungsprogramme, die sich in Einführungs- und Aufbaueminare gliedern, werden die Lehrkräfte inhaltlich und didaktisch auf die Durchführung der Unterrichtsbausteine in ihren Schulklassen vorbereitet. Das Programm wird sowohl im Fachunterricht als auch im Rahmen von Projekttagen oder Projektwochen eingesetzt. Zwischen 2012 und 2017 wurde es kontinuierlich mit fünf Fortbildungsveranstaltungen jährlich und einer von 47 (2012/13) auf 63 (2016/17) steigenden Anzahl teilnehmender Schulen durchgeführt.

„Be Smart – Don't Start“

„Be Smart – Don't Start“ ist ein Programm zur schulischen Nichtraucherförderung, das durch das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) koordiniert wird und in Form eines bundesweiten Wettbewerbs stattfindet. Dabei richtet sich das Programm insbesondere an Schulklassen, in denen nicht oder nur vereinzelt geraucht wird. Verantwortlich für die Koordination im Freistaat Sachsen ist die Fach- und Koordinierungsstelle für Suchtprävention. Ziel des Wettbewerbs ist es, Schülerinnen und Schüler darin zu stärken, Nichtraucherinnen und Nichtraucher zu bleiben, und zumindest einen späteren Einstieg in den Tabakkonsum zu erreichen und das Image des Nichtrauchens zu verbessern. Be Smart – Don't Start ist vor allem für die Klassenstufen 6 bis 8 konzipiert. Teilnehmende Klassen verpflichten sich in einem Klassen- und Schülervertrag, sechs Monate nicht zu rauchen und melden wöchentlich ihren Rauchstatus zurück. An dem bundesweiten Wettbewerb beteiligten sich im Schuljahr 2017/2018 212 Klassen aus Sachsen, womit die Anzahl teilnehmender Klassen in Sachsen seit 2012 nahezu konstant geblieben ist. Gleiches gilt auch für die Anzahl von Schulklassen, die den Wettbewerb erfolgreich beendet haben. Dieser war von 166 (2012/13) zwischenzeitlich auf 193 (2014/15) gestiegen und beträgt nunmehr 161 (2017/18). Demzufolge konnten im Schuljahr 2017/18 insgesamt 76 % aller Klassen im Freistaat Sachsen den Wettbewerb erfolgreich, das heißt rauchfrei beenden.

Schulische Angebote der Polizei zur Suchtprävention

Zu den suchtpreventiven Angeboten der Polizei zählen Vorträge, Diskussionsrunden, Unterrichtsstunden, Elternabende oder Projekttag⁷²:

- **Veranstaltungen für Schülerinnen und Schüler:** Die Präventionsveranstaltung für Schulkinder in der 7. Klasse beinhaltet die Vermittlung von Informationen zu den wichtigsten legalen und illegalen Drogen, zur Wirkungsweise, zu Ursachen und Gründen für den Drogenkonsum und zur rechtlichen Situation. Die Schülerinnen und Schüler werden aufgefordert, ihr persönliches Risikopotenzial einzuschätzen und erhalten Unterstützung bei der Entwicklung individueller Handlungsalternativen zum Erstkonsum und Verhaltensweisen in Einstiegssituationen (zum Beispiel Nein-Sagen⁷³). Die Veranstaltungen sind für einen Zeitraum von mindestens 90 Minuten konzipiert (zzgl. Vor- und Nachbereitung durch die Schule)⁷³
- **Veranstaltungen für Lehrkräfte:** Die Angebote für Lehrkräfte umfassen Informationsvermittlung rund um den Drogenkonsum sowie Problembewusstsein, Rechtssicherheit und Handlungskompetenzen. In 90-minütigen Veranstaltungen wird informiert über Aussehen, Wirkung und Risiken der verschiedenen legalen und illegalen Substanzen, mögliche Gründe für Drogenkonsum, strafrechtliche Konsequenzen, Garantenstellung des Lehrpersonals und die resultierenden Rechten und Pflichten, erzieherisches Vorgehen und Handlungsmöglichkeiten in Situationen, in denen Drogenkonsum eine Rolle spielt oder zumindest vermutet wird. Dabei geht es u. a. darum, erste Anzeichen eines möglichen Konsums zu erkennen und angemessene Reaktionsweisen einzuüben⁷⁴;
- **Elternabende:** Die Eltern werden für das Thema Drogenkonsum sensibilisiert und über Aussehen und Risiken von legalen und illegalen Drogen sowie die strafrechtlichen Aspekte informiert. Darüber hinaus wird der Umgang mit Verdacht auf Drogenkonsum ihrer Kinder sowie die elterliche Argumentationskompetenz thematisiert. 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 versorgt und daraus Empfehlungen zum erzieherischen Handeln abgeleitet werden. Zudem wird weiterführendes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt.

72 Sächsisches Staatsministerium des Innern. (o.D.). *Polizei Sachsen*. Abgerufen am 01.10.2018 von <http://www.polizei.sachsen.de/de/index.htm>

73 Sächsisches Staatsministerium des Inneren (Hrsg.) (2018). *Polizei Sachsen. Sucht und Drogen*. Abgerufen am 29.08.2018 von <https://www.polizei.sachsen.de/de/4315.htm>

74 Sächsisches Staatsministerium des Inneren (Hrsg.) (2018). *Polizei Sachsen. Sucht und Drogen*. Abgerufen am 27.08.2018 von <https://www.polizei.sachsen.de/de/4319.htm>

Zielgruppenübergreifende Angebote

„Crystal Homepage“

Die „Crystal-Homepage“ des Freistaates Sachsen (SMS) stellt ein Angebot der universellen Prävention im Internet dar. Dieses richtet sich insbesondere an interessierte Eltern und Fachkräfte aus dem pädagogischen Kontext und liefert ausführliche und verständliche Informationen zu substanzspezifischen Merkmalen wie Wirkung, Konsumformen, Neben- und Wechselwirkungen, Risiken während Schwangerschaft und Stillzeit, sowie Informationen zur Verbreitung der Substanz und zur Versorgungslage in Sachsen und möglichen Konsummotiven. Darüber hinaus wird über professionelle Angebote der Suchthilfe sowie das Verhalten im Notfall bei einer akuten Intoxikation informiert. Die Homepage bietet vielfältige Links zu vertiefenden Informationen zu den Themen Sucht und Abhängigkeit im Allgemeinen und Crystal im Speziellen.⁷⁵



DVD „... die Party ist dann vorbei“ Sucht und Crystal – Berichte, Fragen und Antworten

Der 2017 vom SMS veröffentlichte gleichnamige Film⁷⁶ richtet sich an alle interessierten Personen, die sich mit der Thematik auseinandersetzen wollen und ist über YouTube frei zugänglich. In 25 Minuten Spiellänge werden drei verschiedene Perspektiven auf das Thema Crystal gezeigt: 1) die universelle Prävention (dargestellt mittels Mitschnitt eines Präventionskurses in einer neunten Klasse, 2) Interviews ehemaliger Userinnen und User in Selbsthilfegruppen in Sachsen sowie 3) die professionelle Sichtweise von Personen aus der Sucht- und Behandlungsberatung, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Betreuung und der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In dem Beitrag wird die Komplexität der Drogenproblematik dargestellt und die kurz- und langfristigen Auswirkungen diskutiert. Der Film wurde bis Ende 2018 insgesamt über 155.000-mal aufgerufen.



Beispiele regionaler Projekte

„VITAMINE“

„VITAMINE“ ist ein Modellprojekt zur Suchtprävention an Chemnitzer Schulen, das von der Regionalen Fachstelle für Suchtprävention der Stadtmission Chemnitz e.V. im Sommer 2014 initiiert und durch das Amt für Jugend und Familie der Stadt Chemnitz gefördert wurde. Im Rahmen einer Kooperation von Schulleitung, Lehrkräften, Schulsozialarbeit, Schulkindern sowie Eltern werden die Schulen über drei Jahre dabei unterstützt, Maßnahmen zur Suchtprävention langfristig zu etablieren. VITAMINE kooperiert eng mit der Schulsozialarbeit als Multiplikator vor Ort und fußt auf der Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeit, Suchtprävention und den Schülerinnen und Schülern vor Ort. Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter werden im Rahmen eines Curriculums zu „Fachmultiplikatorinnen und -multiplikatoren für Schulische Suchtprävention“ fortgebildet. Ziel ist die Erarbeitung eines umfassenden Schulischen Präventionsplans, der zielgruppenspezifische Angebote wie Projektstage, Elternabende und Unterrichtseinheiten sowie Handlungsleitfäden für den Umgang mit Vorkommnissen im Zusammenhang mit Suchtmitteln beinhaltet. Einen wesentlichen Baustein bildet ein individueller Interventionsleitfaden, der den Umgang mit Suchtmitteln für alle Beteiligten transparent regelt. Das Modellprojekt startete 2014 mit insgesamt sechs Schulen der Klassenstufen 7 bis 12. Im Jahr 2018 starteten neue Schulen mit VITAMINE 2.0, während jene aus der Modellphase im Rahmen der Qualitätssicherung bei der Umsetzung ihres schulischen Präventionsplanes weiter begleitet werden.

75 Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (o.D.). *Crystal*. Abgerufen am 01.10.18 <https://www.crystal.sachsen.de>

76 Picturesound Studios (2017). „...die Party ist dann vorbei“ *Sucht und Crystal – Berichte Fragen und Antworten*. Abgerufen am 01.10.2018 von <https://www.youtube.com/watch?v=BhMvOvTlqo&t=524s>

„Free your mind“

Das Projekt „free your mind“ des Deutschen Kinderschutzbundes Ortsverband Leipzig e.V. zielt darauf ab, die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern frühzeitig, langfristig und kontinuierlich zu fördern. Dieses Projekt verfolgt den Ansatz der Peer-Education und bezieht als Multiplikatoren-Zielgruppe Schülerinnen und Schüler ab der 7. Klassenstufe ein, die sich in ihren Projekten an Schülerinnen und Schüler ab Klassenstufe 5 wenden. Wesentliche Inhalte der Multiplikatoren-Ausbildung sind die Vermittlung substanzspezifischer Informationen sowie die Förderung von Risikokompetenz. Zu Letzterem wird ein Training konkreter Handlungsoptionen in substanzbezogenen Versuchungs- und Verführungssituationen angeboten. Die Inhalte des Multiplikatorentrainings werden im Rahmen einer viertägigen Ausbildung vermittelt. Innerhalb der Schulen übernehmen interessierte Lehrkräfte, Sozialpädagoginnen und -pädagogen oder Eltern die Funktion der Schulkoordination und fungieren als Schnittstelle zwischen Schule und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Seit seiner Einführung im Jahr 1997 in Leipzig wurde das Projekt kontinuierlich weiterentwickelt, beispielsweise durch die Einführung geschlechterspezifischer Angebote („Mädchencamp“) und die Durchführung des Projektes an Schulen zur Lernförderung. Im Schuljahr 2017/2018 sind 14 Leipziger Kooperationsschulen verzeichnet.

Projekt „Prävention von Jugendlichen für Kinder und Jugendliche“

Seit dem Jahr 2009 führt der Kinder- und Jugendverein Ehrenfriedersdorf e.V. (KJVE e.V.) als Träger der freien Jugendhilfe das Projekt „Prävention von Jugendlichen für Kinder und Jugendliche“ durch, das ebenfalls auf den Peergroup-Ansatz zurückgreift und Schülermultiplikatorinnen und -multiplikatoren (SMP) aus Oberschulen und Gymnasien ab der 7. Klasse einsetzt. Diese werden im Rahmen eines dreitägigen Camps vorbereitet und geschult. Zusätzlich erfolgt ein regelmäßiger Austausch zwischen SMP, Schulen und der Projektleitung. Die SMP klären die Jugendlichen über Suchtmittel und deren gesundheitliche Folgen, Gefahren und Wirkungsweisen sowie über alternative Lösungsstrategien, neue Erkenntnisse zum Substanzmissbrauch und das bestehende Hilfesystem auf. Die SMP fungieren auch als Kontaktpersonen in Problemlagen und bieten erste Hilfestellung für Angehörige (zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Familien). Zielgruppen der SMP sind Schüler ab der 5. Klassenstufe, Lehrkräfte und Eltern. Die Projektleitung gestaltet gemeinsam mit den SMP Projekttag an den Schulen u. a. zum Thema Sucht. Derzeit läuft das Projekt an 12 Schulen im Erzgebirgskreis.

„Präventionstage 2018: Suchtgefahr – kennst du dich aus?“

Seit dem Jahr 2014 veranstaltet das Deutsche Rote Kreuz (DRK) – Kreisverband Pirna e.V. Projekttag zum Thema Suchtprävention für Schülerinnen und Schüler der Klassenstufe 7, bei denen Teilnehmende einen Mitmach-Parcours durchlaufen sowie Fragen an Mitarbeitende von Beratungsstellen, des Rettungsdienstes und des Jugendhauses Faktotum stellen können. Weiterhin beinhaltet das Angebot offene Elternabende sowie Angebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Einen weiteren Bestandteil bildet das Theaterstück „Geisterstunde“, welches von einem Jugendlichen handelt, der trotz guter Voraussetzungen beginnt, Alkohol und Drogen zu konsumieren. Im Anschluss an die Aufführung stehen Schauspielerinnen, Schauspieler und Mitarbeitende aus Beratungsstellen sowie eine Betroffene für Gespräche mit den Schülerinnen und Schülern bereit.

Mobiles Theaterstück „lets play reality“

Das mobile Theaterstück „lets play reality“ in Trägerschaft der Mittelsächsischen Theater gGmbH richtet sich an Schülerinnen und Schüler ab 13 Jahren, deren Eltern sowie an Lehrkräfte und weitere pädagogische Fachkräfte. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung der Gesellschaft verändert sich auch die Lebenswelt Heranwachsender. Das mobile Theaterstück thematisiert die möglichen Folgen (zum Beispiel Verlust sozialer Beziehungen und Empathie, dem Verlust des Ausbildungsplatzes) und die Ausprägung von Suchtverhalten in Bezug auf Neue Medien und die Gefahren der Digitalisierung für die psychische und soziale Entwicklung. Hierzu bieten das Medienpädagogische Zentrum Mittelsachsen und die Kreisergänzungsbibliothek Mittelsachsen Diskussionsmöglichkeiten in Form von Vor- und Nachgesprächen, Projekttagen und Workshops für Schulen an. Ziel ist es, den Schülerinnen und Schülern Handlungskompetenzen im Umgang mit Medien zu vermitteln. Unterstützt wird die Inszenierung vom Förderprogramm „Landaufschwung Mittelsachsen“ sowie dem Landkreis Mittelsachsen.

„Kulturjahr Sucht“

Ziel des „Kulturjahres Sucht“ in der Landeshauptstadt Dresden ist, Kultur und Kunst als Ansatz zur Auseinandersetzung mit riskantem Suchtmittelkonsum zu erschließen. Seit dem Frühjahr 2017

gab es dazu – deutschlandweit einmalig – an verschiedenen Orten Dresdens Veranstaltungen und künstlerische Projekte, die sich mit Suchtprävention in all ihren Facetten auseinandersetzen. Durch den künstlerisch kreativen Umgang mit dem Thema Suchtmittelkonsum soll neben der individuellen Auseinandersetzung ein offener gesellschaftlicher Diskurs angeregt werden. Den Auftakt zu den mehr als 14 Produktionen bildeten das Theaterstück „*Welche Droge passt zu mir?*“ und die Ausstellung „*Meine Liebe Alkohol!*“. Als Veranstaltungsorte der künstlerischen Angebote wurden auch von Drogenkonsum und Drogenhandel belastete Plätze gewählt. Die fachliche Begleitung erfolgt dabei über ein Gremium mit Beteiligten aus Kunst und Kultur, Suchtprävention, Jugendhilfe und Medizin. Die Projekte wurden von der BZgA gefördert.

6.3.2 Selektive Prävention

Zielgruppe: Kontaktpersonen von Jugendlichen in sozialpädagogischen, pädagogischen und weiteren Handlungsfeldern

MOVE – Motivierende Kurzintervention

MOVE ist ein Beratungs- und Interventionskonzept zur Förderung und Unterstützung der Reflexions- und Veränderungsbereitschaft von jungen Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum, basierend auf den Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“, dessen Inhalte im Rahmen von dreitägigen Fortbildungen durch zertifizierte *MOVE*-Trainer/innen vermittelt werden. Zielgruppe der *MOVE*-Fortbildungen sind Kontaktpersonen von jungen Menschen in sozialpädagogischen, pädagogischen und anderen Handlungsfeldern: Fachkräfte der Jugend- und Jugendsozialarbeit, des Kinder- und Jugendschutzes sowie der Hilfen zur Erziehung, Pädagog/innen in Schulen und in der Ausbildung, Mitarbeiter/innen in Sportvereinen u. a. Die Kursteilnehmer/innen werden darin fortgebildet, Gefährdungen und Risikoverhalten bei jungen Menschen wahrzunehmen, zu thematisieren und fachliche Handlungsstrategien einschließlich der Kooperationen zum Suchthilfesystem zu entwickeln. Im Zeitraum 2013 bis 2017 wurden in Verantwortung von vier Trainer/innentandems mit sieben *MOVE*-Trainer/innen insgesamt 27 *MOVE*-Fortbildungen mit 383 Teilnehmenden durchgeführt. Die Teilnehmer/innen kamen zu ca. 60 Prozent aus den Handlungsfeld Kinder- und Jugendhilfe. Im Zeitraum 2008 bis 2012 waren es 17 Kurse mit ca. 250 Teilnehmer/innen.

Zielgruppe: Erzieher und Erzieherinnen für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter sowie weitere Bezugspersonen

„Alles total geheim“

Da Kinder suchtkranker Eltern von klein auf ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Substanzkonsumstörung und weiterer psychischer Störungen aufweisen, stellen diese eine besondere Zielgruppe selektiver suchtpreventiver Arbeit dar (siehe Kap. 9). Das zweitägige, kostenfreie Weiterbildungsangebot „*Alles total geheim*“ im Handlungsfeld KiTa wurde von den drei Fachstellen für Suchtprävention in den Regierungsbezirken Chemnitz, Dresden und Leipzig gemeinschaftlich entwickelt und adressiert das Thema Kinder aus suchbelasteten Familien an Fachberatende, Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten, Horte sowie an Grundschullehrkräfte und sozialpädagogisches Fachpersonal. Ziel des Schulungsangebotes ist, die Teilnehmenden für die Suchtproblematik zu sensibilisieren, sie zu befähigen, betroffene Kinder frühzeitig zu identifizieren, mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen sowie Interventionsmöglichkeiten in ihrem professionellen Handlungsfeld anzuwenden. Dazu gehört, eine angemessene Umgangsweise mit den betroffenen Kindern und Eltern zu entwickeln und ihnen Informationen zum Thema Abhängigkeit, Kindeswohlgefährdung und regionale Hilfsangebote zu vermitteln, aber auch die Möglichkeiten und Grenzen der Einflussnahme zu verstehen. Im Berichtszeitraum wurden über 600 Mediatorinnen und Mediatoren in fast 50 Basisseminaren geschult.

Beispiele regionaler Projekte

Zielgruppe: Jugendliche und junge Erwachsene in der Partyszene

(apo)THEKE Safer Nightlife

Das Projekt „(apo)THEKE Safer Nightlife“ der Stadtmission Dresden e.V. ist ein peergestütztes Projekt zur Gesundheitsförderung im Dresdner Nachtleben. Ziel ist es u.a. Partygäste auf Wirkungen und Gefahren beim Konsum von Rauschmitteln hinzuweisen und zu einem

reflektierten Konsum anzuregen. Dies erfolgt durch Vor-Ort-Präsenz mit dem Angebot eines reizarmen Ortes als chill-out Raum, indem die Partygäste Wasser, Tee, Obst u.ä. zu sich nehmen und sachliche Informationen zu Alltags- und Partydrogen erhalten können. In diesem Rahmen besteht auch die Möglichkeit einer anonymen Kurzberatung.

Ein weiteres Ziel ist Veranstalter/innen für ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Partygäste zu sensibilisieren.

Zielgruppe: Familien mit einer Suchtbelastung insbesondere Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren Erzieher und Erzieherinnen für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter

„Picknick“

Das Projekt „Picknick“, der Stadtmission Chemnitz e.V. richtet sich an Kinder suchtbelasteter Eltern im Alter von 6 bis 14 Jahren („Kinderpicknick“), die suchtbelasteten Eltern der Kinder („Elternpicknick“) sowie an Familienhelferinnen und -helfer suchtbelasteter Eltern („Profi-Picknick“). „Kinderpicknick“ erfolgt in wöchentlichen Gruppentreffen über 12 Monate, bei denen altersgerechte Informationen über Sucht vermittelt, die Bewältigungskompetenzen und Emotionsregulationsfertigkeiten gestärkt, zusätzliche Kontaktpersonen vermittelt und den Kindern Möglichkeiten für Austausch und Spiel geboten werden. „Elternpicknick“ wird optional in Form eines Elternfrühstücks bzw. -nachmittags angeboten. Es besteht in einer Eltern- bzw. Bezugspersonenberatung und beinhaltet folgende Elemente: Stärkung der Erziehungskompetenzen, Reflektion der Auswirkungen des eigenen Suchtverhaltens auf das Erziehungsverhalten und Wohlergehen des eigenen Kindes, Förderung der Abstinenzentscheidung und Hilfestellungen, mit dem Kind über die eigene Sucht zu sprechen. Das „Profi-Picknick“ erfolgt zum Beispiel durch Workshops und Seminare und beinhaltet eine anonyme Fallberatung sowie Weiterbildung mit dem Ziel der Sensibilisierung für Bedürfnisse der Kinder aus suchtbelasteten Familien, der Enttabuisierung, der Förderung der Abstinenzentscheidung bei Betroffenen und der Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit der Jugendhilfe. Im Jahr 2017 fanden insgesamt 66 Kontakte mit Eltern, professionellen Helfenden und weiteren Bezugspersonen sowie Nachbetreuungen statt. Dabei wurden 22 Familien betreut, welche sich aus 12 Neuaufnahmen und 10 Übernahmen aus dem Vorjahr zusammensetzen. Diese inkludierten insgesamt 53 Kinder, wovon 30 Kinder das Leistungsangebot von PICKNICK in Anspruch nahmen. Die Vermittlung der Neuaufnahmen in das Projekt erfolgte dabei über professionelle Helfer. Insgesamt fanden 97 Beratungsgespräche statt, durchschnittlich 4,4 pro Familien.

„Trampolin“

Das „Trampolin“-Projekt, ist ein wissenschaftlich evaluiertes Unterstützungsangebot im Handlungsfeld Familie, welches sich an Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien im Alter von 8 bis 12 Jahren und deren Eltern richtet.⁷⁷ Es finden neun Gruppensitzungen mit je 90 Minuten statt, in denen den Kindern Stressbewältigungsfertigkeiten und Wissen zu den Themen Sucht und Substanzen vermittelt und sie in ihrem Selbstwert und Selbstvertrauen gestärkt werden. Begleitend werden zwei Elternabende angeboten. In diesen sollen die Eltern u. a. für die Bedürfnisse ihrer Kinder und die Auswirkungen der Suchterkrankung sensibilisiert werden und stärkeres Vertrauen in ihre Elternrolle und Erziehungskompetenz gewinnen. Das Projekt wird an insgesamt 14 Standorten im Freistaat Sachsen angeboten. Eine Übersicht hierzu kann über die Website des Projektes abgerufen werden.

„Fallschirm“

Das Projekt „Fallschirm“ der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bautzen e.V. ist ein Präventionsangebot der dortigen Suchtberatungsstelle für 6- bis 13-jährige Kinder aus suchtbelasteten Familien mit begleitender Elternarbeit an der Schnittstelle von Jugend- und Suchthilfe. Es wird seit 2013 angeboten und besteht aus zwei Modulen: Die Schwerpunkte des ersten Moduls liegen darin, den Kinder in etwa 35 Gruppensitzungen (Dauer jeweils drei Stunden über ca. 8 Monate) kindgerechte Informationen zum Thema Sucht und einen geeigneten Umgang mit der Problematik zu vermitteln sowie ihr Selbstwertgefühl, ihre soziale Kompetenz und ihre individuellen Bewältigungsstrategien zu stärken. Das zweite Modul richtet sich ausschließlich an das Fachpersonal und besteht aus vier Bausteinen: 1) theoretische Grundlagen zum Thema Sucht,

⁷⁷ Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken – Das „Trampolin – Programm*. Göttingen: Hogrefe.

2) die Entwicklung der Rolle als Helfende, 3) die Perspektive von Sucht als Störung eines Familiensystems und 4) Verbesserung kommunikativer Kompetenzen im Umgang mit betroffenen Eltern und ihren Kindern. Innerhalb des Projektes können die Familien in Kooperation mit der Sucht- und Jugendhilfe über ein Jahr begleitet und unterstützt werden. Finanziert wird das Projekt über das SMS und das Jugendamt des Landkreises. Im Zeitraum von 2013 bis 2016 haben 31 Kinder bzw. betroffene Familien mit Alkohol-, Drogen- und Spiel- und PC-Sucht am Projekt teilgenommen. Nach Abschluss des Projektes stehen die Mitarbeitenden den Familien weiter zur Seite.

„Keep Cool“

„Keep Cool“ ist ein präventives Gruppenangebot für Kinder suchtbelasteter Eltern, das seit dem Jahr 2017 im Fachbereich Familienhilfe des Zentrums für Drogenhilfe Leipzig in Trägerschaft des Städtischen Klinikums St. Georg bereitgehalten wird. Es wird durch sozialpädagogische Fachkräfte realisiert und über das Gesundheitsamt der Stadt Leipzig sowie durch Spenden des Fördervereins des Zentrums für Drogenhilfe finanziert. Das Angebot umfasst wöchentliche Gruppensitzungen von 2,5 Stunden für Kinder suchtbelasteter Eltern im Alter von 6 bis 14 Jahren und zielt darauf ab, ihre Resilienz und ihre Stressbewältigungskompetenzen zu stärken sowie protektive Ressourcen zu mobilisieren. Die Kinder erhalten Psychoedukation und unterstützende Einzelgespräche, die sich an deren aktuellen Bedürfnissen orientieren und ihnen Möglichkeiten bietet, sich aktiv zu beteiligen. Die begleitende Arbeit mit den Eltern wird in Gruppenarbeit und in regelmäßigen Elterngesprächen durchgeführt und dient dazu, ihnen den Veränderungsprozess ihrer Kinder transparent zu machen. Die Eltern können Erfahrungen austauschen und diese in ihren Alltag transferieren. Das Angebot wird ergänzt durch themenspezifische Einzelveranstaltungen. Im Jahr 2018 nahmen 12 Kinder das Angebot der regelmäßig stattfindenden Gruppen wahr.

6.3.3 Indizierte Prävention

Zielgruppe: Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren

„HaLT – Hart am Limit“

Das bundesweit angebotene Präventionsprojekt „*HaLT-Hart am Limit – Alkoholprävention für Kinder und Jugendliche*“ ist in Sachsen an zwei Standorten (Dresden und Leipzig) implementiert. Das Projekt gliedert sich in zwei Projektteile: In *HaLT-reaktiv* erhalten Kinder und Jugendliche, die auf Grund einer Alkoholintoxikation in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, eine Sofort-Intervention („Brückengespräch“), ein Beratungsgespräch mit den Eltern, ein Gruppenangebot („Risiko-Check“), in welchem substanzspezifische Informationen und Risikokompetenzen im Umgang mit Alkohol vermittelt werden sowie ein Abschlussgespräch, welches u.a. der Klärung weiteren Unterstützungsbedarfs dient. *HaLT-proaktiv* widmet sich dem Auf- und Ausbau sowie der Pflege von Netzwerken von Partnern im Bereich der universellen Prävention auf kommunaler Ebene. Durch eine konsequente Einhaltung des Jugendschutzes sowie einer Sensibilisierung der Öffentlichkeit einhergehend mit der Vergegenwärtigung der Vorbildwirkung von Erwachsenen soll riskantes Rauschtrinken bereits im Vorfeld verhindert werden.

In Dresden läuft HaLT seit dem Jahr 2008 als ein gemeinsames Angebot von Diakonie Dresden/ Diakonisches Werk – Stadtmission Dresden e.V., dem Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt, dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus und der Landeshauptstadt Dresden.

In Leipzig wird HaLT seit 2010 durchgeführt. Hier kooperieren die HaLT-Verantwortlichen für den reaktiven Teil des Projektes mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Leipzig. Der proaktive Teil des Projektes widmet sich auch hier der konsequenten Einhaltung des Jugendschutzgesetzes, der Sensibilisierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Öffentlichkeitsarbeit.

Den nachfolgenden Abbildungen sind die Erreichungszahlen der beiden sächsischen Standorte zu entnehmen (Abb. 6.3.3 und Abb. 6.3.4).

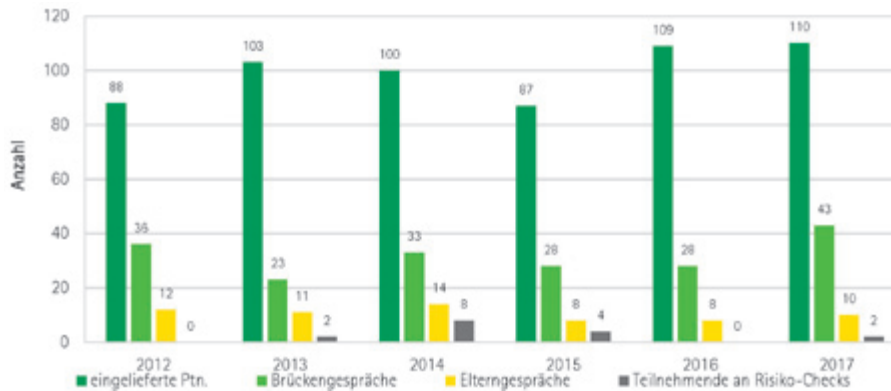


Abb. 6.3.3: Anzahl Teilnahmen am HaLT-Standort Dresden, 2012–2017⁷⁸.
Quelle: Landeshauptstadt Dresden

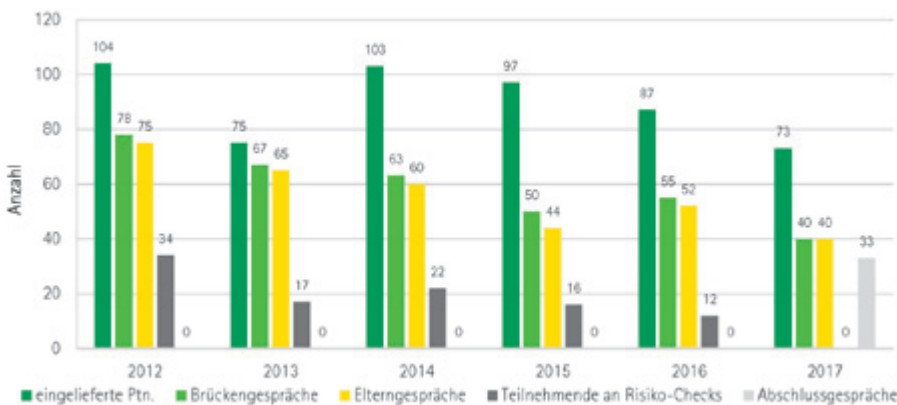


Abb. 6.3.4: Anzahl Teilnahmen am HaLT-Standort Leipzig, 2012–2017⁷⁹.
Quelle: Stadt Leipzig

Zielgruppe: Jugendliche und junge Erwachsene

„FreD“ – Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten

Das Projekt „FreD“ ist ein Ansatz der Kurz- und Frühintervention. Das Projekt richtet sich an junge Menschen, die aufgrund eines übermäßigen Alkohol- oder Drogenkonsums in der Schule, am Arbeitsplatz, im familiären Umfeld, in Kliniken oder polizeilich auffällig geworden sind und möglicherweise am Beginn einer manifesten Suchterkrankung stehen. Der Zugang zum Projekt kann sowohl auf freiwilliger Basis als auch durch Auflagen einer Staatsanwaltschaft erfolgen. Das Programm bietet den jungen Menschen in Form einer allgemein gesundheitsbezogenen Intervention zunächst die Möglichkeit, ihr Substanzkonsumverhalten in Gruppengesprächen in einem geschützten Rahmen zu reflektieren. Der Kurs umfasst einen Zeitrahmen von acht Stunden, die auf zwei bis vier Abende verteilt sind.

An folgenden Standorten werden FreD-Kurse angeboten:

Diakonisches Beratungszentrum Vogtland gGmbH, Suchtberatung DRK Reichenbach, Suchtberatung AWO Bautzen, Suchtberatung Diakonie Hoyerswerda, Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle Sozialteam Görlitz, Suchtberatung Diakonie Dresden, Suchtberatung VIP Annaberg-Buchholz, Sozial- und Beschäftigungsgesellschaft Delitzsch gGmbH.⁸⁰

Zielgruppe: methamphetaminkonsumierende Eltern mit Kindern bis zu 8 Jahren

siehe Kap. 9.3

⁷⁸ Evaluation der HaLT Standorte, Dresden, Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt

⁷⁹ Evaluation der HaLT-Standorte, Leipzig, Stadt Leipzig

⁸⁰ Recherche der Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention, September 2018

7 Versorgung

Auf einen Blick

Ambulante Suchthilfe

- In Sachsen stehen 45 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen mit 26 Außenstellen zur Verfügung.
- Seit 2012 haben sich die Vollzeit-Fachkraftstellen um 26 auf 200 erhöht.
- Pro Jahr werden knapp 26.000 Fälle (21.000 Zugänge und Beender) betreut.
- Mehr als jeder zweite Fall der sächsischen SBB (55 %) erhielt die Hauptdiagnose alkoholbezogene Störung, gefolgt von Stimulanzien mit 23,8 %, Cannabinoiden mit 9,3 % und Opioiden mit 4,7 %.
- Der Altersdurchschnitt bei Betreuungsbeginn liegt für die unterschiedlichen Hauptdiagnosen bei 45 Jahre (Alkohol), 36 Jahre (Opioid), 29 Jahre (Stimulanzien) und 25 Jahre (Cannabinoid).
- Der Anteil von ALG II-Empfänger in der SBB-Klientel liegt im Durchschnitt bei 41 %
- Die Förderung der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen durch den Freistaat Sachsen erhöhte sich von knapp 4 Mio Euro im Jahr 2013 auf über 6 Mio Euro im Jahr 2018.

Stationäre Suchtversorgung

- Im Jahr 2016 wurden 20.083 Fälle stationärer Krankenhausaufenthalte aufgrund suchtspezifischer Hauptdiagnosen registriert. Das entspricht einer Abnahme um 10 % gegenüber 2012.
- Im Freistaat Sachsen stehen insgesamt acht vollstationäre Einrichtungen mit Spezialisierung auf Entzugsbehandlung und Sucht-Rehabilitation zur Verfügung.
- Im Jahr 2016 wurden insgesamt 2.214 Entwöhnungsbehandlungen im Rahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt.

Komplementäre Versorgung

- Im Berichtszeitraum wurden 54 sozialtherapeutische Plätze an drei Standorten für junge erwachsene chronisch mehrfachgeschädigte Drogenabhängige, insbesondere Crystalabhängige, geschaffen. Damit stehen über 400 Plätze für diese Personengruppe zur Verfügung.
- Zur Schaffung von Wohnangeboten für suchtkranke (insbesondere Crystal) Menschen wurden rund 4,3 Mio Euro investiert.

Selbsthilfe

- Aktuell sind 345 Selbsthilfegruppen registriert, die zu 90 % auf Grund einer Alkoholproblematik besucht werden.

7.1 Ziele und Versorgungsstrukturen der Suchtversorgung

7.1.1 Verwendete Indikatoren und Datenquellen

Das Kapitel Versorgung beschreibt die Versorgung in den Bereichen der ambulanten und stationären Suchthilfe Sachsens.⁸¹ Dafür wurden folgenden Datenquellen verwendet:

- Daten der *Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*, Tabellenbände für Sachsen;
- Ergänzend: Daten der *Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (SLS)*;
- Daten der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)*, Datentabellen für Sachsen und Bundesvergleich;
- Daten des *Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen*;
- Daten der *AOK PLUS* zu Leistungen für Versicherte in Sachsen.

Die *DSHS* ist im Hinblick auf die soziodemographischen und Behandlungsdaten sehr ausdifferenziert und ermöglicht den direkten Vergleich für das gesamte Bundesgebiet. Die *DSHS* bezieht sich auf Fälle (Behandlungsepisoden ohne Einmalkontakte), wobei eine Person ausnahmsweise mehrere Fälle auslösen kann (Doppelzählung zum Beispiel bei Wechsel der Beratungsstelle, bei Parallelbehandlung in mehreren Einrichtungen oder mehr als einer Betreuung pro Jahr). Die herangezogenen *DSHS*-Tabellenbände beziehen ausschließlich Zugänge (neue Fälle eines Jahres) und Beender (Fälle, deren Behandlung im Berichtsjahr abgeschlossen wurde) ein. An der Erhebung der *DSHS* beteiligen sich die *SBB*, die ihre Daten gemäß den Vorgaben zum Deutschen Kerndatensatz⁸² erheben und zur Verfügung stellen (2016: 43 von 45 *SBB*). Die Daten der *SLS* sind Totalerhebungen aus allen ambulanten Suchtberatungs- und behandlungsstellen (*SBB*) im Freistaat Sachsen, die die Grundlage für die jährlich erscheinende Standardisierte Jahresstatistik der *SLS* bilden. In diesen Statistiken werden alle Klienten (nicht Fälle) gezählt, die im Berichtsjahr durch die *SBB* betreut wurden (inklusive Einmalkontakte). Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Sozialberichterstattung werden im vorliegenden Bericht – im Gegensatz zum 2. Sächsischen Drogen- und Suchtbericht – primär die *DSHS*-Daten herangezogen. Nur in Ausnahmefällen wurde ergänzend auf Daten der *SLS* zurückgegriffen. Da in der *DSHS* nicht alle laufenden Betreuungen wie in der *SLS*-Statistik (Behandlungsprävalenz), sondern die Zugänge im Berichtsjahr (Behandlungsinzidenz) erfasst werden, liegen die hier berichteten Fallzahlen niedriger als im 2. Sächsischen Drogen- und Suchtbericht. Die Auswertung nach Behandlungsinzidenzen bietet den großen Vorteil, dass aktuelle Veränderungen in der Inanspruchnahme über die Jahre besser abzubilden sind als durch die Gesamtbehandlungszahlen (Prävalenz).

Um auch die *vertragsärztliche Versorgung* im Suchthilfebereich berücksichtigen zu können, wurden zusätzlich Daten der *AOK Plus* einbezogen, welche Aufschlüsse über die Verteilung der einzelnen Facharztgruppen bei der Behandlung von Patienten mit Substanzkonsumstörungen und substanzinduzierten Störungen geben können. Diese Daten sind insofern nicht repräsentativ für das ganze Bundesland, da in Sachsen zum Stichtag 01.07.2017 ca. 51 % der gesetzlich Versicherten bei der *AOK-Plus* versichert waren und deren Versichertenstruktur soziodemografische und gesundheitsbezogene Abweichungen von der übrigen Population der Versicherten aufweisen kann.

Für den Abschnitt zur *stationären Versorgung* wurden die Daten des *Statistischen Landesamtes Sachsen* genutzt, die in einigen Aspekten durch Angaben aus den Krankenhausstatistiken der

81 Daten des Suchtkrankenhilfesystems erlauben versorgungsepidemiologische Aussagen über diejenigen Personen, die Hilfe in Anspruch nehmen (Behandlungsprävalenz). Aussagen über Verbreitung von problematischem Konsum oder Substanzkonsumstörung in der Gesamtbevölkerung (wahre Prävalenz) können aus den Versorgungsdaten nicht abgeleitet werden (Kap. 3). Hinsichtlich der Interpretation von Trends sind dabei folgende Limitierungen zu beachten: Ein Anstieg oder Rückgang der Anteile bestimmter Hauptdiagnosegruppen in der Versorgung geht nicht notwendigerweise mit einem Anstieg oder Rückgang in der wahren Häufigkeit des Substanzkonsums in der Bevölkerung einher. Einige Konsumentengruppen finden möglicherweise häufiger oder schneller ins Suchthilfesystem als andere. Trends wie beispielsweise ein Rückgang in der Behandlungshäufigkeit können auch auf andere Faktoren als auf veränderten Versorgungsbedarf zurück zu führen sein (zum Beispiel verändertes Inanspruchnahmeverhalten, diagnostische Aufmerksamkeit oder Kapazitätsgrenzen auf Anbieterseite).

82 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.) (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Stand, 5(10). Abgerufen am 28.11.2018 von http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf

GBE (erstellt durch das statistische Bundesamt in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut in Verantwortung des BMG) ergänzt wurden.

7.1.2 Ziele der Suchtversorgung

Übergeordnetes Ziel der Suchtkrankenhilfe ist es, problematischen und riskanten Suchtmittelkonsum, substanzbezogene Störungen und Verhaltenssüchte frühzeitig zu erkennen und mit den nach Schweregrad und Chronizität passenden Angeboten zu versorgen, um individuelle und gesellschaftliche Risiken und Folgeschäden zu minimieren. Außerdem sollen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige bedarfsbezogen und umfassend über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfestrukturen sowie über Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben und beim Wohnen informiert und zur Inanspruchnahme indizierter Maßnahmen motiviert werden.⁸³ Die *medizinisch-psychosozialen Beratungs- und Behandlungsangebote* definieren ihre Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche u. a. durch die jeweils bestehende Therapieindikation und die mit dem Betroffenen gemeinsam vereinbarten Therapieziele.

Die *Therapieindikationen und -ziele* werden je nach Problem- und Risikokonstellation individuell bestimmt und umfassen u. a.:

- Schadensbegrenzung (harm reduction): notfall- und intensivmedizinische Überlebenssicherung; Gesundheitssicherung, Verhinderung von somatischen und psychischen Folgeschäden oder Erkrankungen und psychosozialen Folgeproblemen durch Entgiftung/Entzugstherapie;
- Entwöhnung mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz bzw. eines kontrollierten Konsums oder einer Phasen-Abstinenz (letztere zum Beispiel Schwangerschaft, Krankheitsepisoden) oder einer situationsbezogenen Abstinenz (Straßenverkehr, Maschinenbedienung et cetera);
- Rehabilitation: Erhalt der Erwerbsfähigkeit, Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen und Krankenhausaufenthalten;
- Reintegration und Partizipation: langfristige Sicherung persönlicher Autonomie sowie sozialer, beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe sowie
- Verhinderung von Schäden bei anderen Personen (Ungeborene, Kinder, Familienangehörige, soziales Umfeld, Gesellschaft).

Die Versorgungsprozesse sind wiederum an bestimmte Strukturen (Einrichtungen) und Settings (ambulant, teilstationär, stationär) sowie an die Fachexpertise der jeweiligen beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, u. a.) gebunden.

83 Günthner, A. et al. (2016). Versorgungsorganisation. In K. Mann, E. Hoch, & A. Batra (Hrsg.), *S3-Leitlinie Screening Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störung* (S. 191–210). Berlin: Springer.

7.1.3 Versorgungsstrukturen der Suchtkrankenhilfe in Sachsen

Das Hilfesystem für abhängigkeitskranke Menschen umfasst komplexe, vielfältige und differenzierte Angebote an spezialisierten sowie unspezifischen Hilfs-, Unterstützungs- und Behandlungsleistungen in verschiedenen Sektoren sowie in unterschiedlicher Kostenträgerschaft und mit unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen. Das Suchthilfesystem beinhaltet das primär auf die individuelle Suchtstörung bezogene medizinische und psychosoziale Beratungs- und Behandlungssystem (Suchtberatung, notfallmedizinische Maßnahmen, Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung in der ambulanten und stationären Rehabilitation einschließlich Nachsorge, komplementäre Einrichtungen) einerseits und ein breites Spektrum von begleitenden und kooperierenden Hilfesystemen mit besonderen Aufgabenstellungen, Kompetenzen und Verantwortungsbereichen (zum Beispiel Selbsthilfe, Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe, Arbeitslosenhilfen) andererseits⁸⁴. Die individuellen Inanspruchnahmen des und die Wege durch das Versorgungssystem sind vielfältig. Ein prototypischer Weg ist Kontakt zum Hilfesystem (zum Beispiel über die Suchtberatungs- und -behandlungsstelle oder eine notfallmedizinische Behandlung auf Grund einer akuten Intoxikation), Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation und Nachsorge-/Wiedereingliederungsmaßnahmen (Abb. 7.1.1).



Abb. 7.1.1: Der Weg durch das medizinische Suchthilfesystem in prototypischen Phasen. Quelle: TU Chemnitz, eigene Darstellung

In den folgenden Abschnitten werden für einige Versorgungsangebote relevante Informationen und versorgungsepidemiologische Daten dargestellt.

7.2 Angebote der Suchtversorgung in Sachsen

7.2.1 Ambulante Suchtversorgung

Das ambulante Suchtversorgungssystem im Freistaat Sachsen umfasst die Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB) sowie medizinische und psychotherapeutische sowie psychosoziale Strukturen in öffentlicher und privater Trägerschaft.

7.2.1.1 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB)

Die SBB sind sowohl Anlaufstelle für riskant, missbräuchlich oder abhängig Konsumierende und Personen mit „Verhaltenssuchten“, als auch für Angehörige und weitere Bezugspersonen von Betroffenen. Neben der Beratung gehören u. a. die Vorbereitung weiterführender Behandlungen, Nachsorgeleistungen, psychosoziale Begleitung bei Substitution zu ihren Aufgaben. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, übernehmen sie eine wichtige Funktion in der Vernetzung mit anderen Hilfe- und Wohnangeboten sowie dem stationären Sektor (siehe auch Kap. 8).

⁸⁴ Eine Übersicht professioneller psychosozialer Versorgungsstrukturen und Hilfesysteme im Suchtbereich ist in Anlage 3.

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. Diese gehören zu den gemeindepsychiatrischen Verbänden.

Insgesamt standen im Jahr 2017 im Freistaat Sachsen 45 SBB mit 26 Außenstellen zur Verfügung⁸⁵. An 27 Standorten wird eine ambulante Suchtrehabilitation angeboten.⁸⁶ Die Anzahl der Fachkraftstellen (Vollzeitäquivalent – VZÄ) ist von 174 im Jahr 2012 auf insgesamt 200 VZÄ im Berichtsjahr 2017 kontinuierlich gestiegen. Das entspricht einem Versorgungsgrad von einer Fachkraft pro 20.400 Einwohnern. Der Freistaat Sachsen beteiligt sich an der Finanzierung der kommunalen Suchtverbände. Die jährlichen Förderbeträge sind in der Tabelle 7.2.1 abgebildet. Eine Differenzierung nach Landkreisen und kreisfreien Städten kann der Anlage 5 entnommen werden.

Tab. 7.2.1: Förderung der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen durch den Freistaat Sachsen

2013	3.934.274 €
2014	3.904.642 €
2015	4.871.586 €
2016	4.927.579 €
2017	5.457.858 €
2018	6.074.375 €

7.2.1.1.1 Betreute Klienten in den SBB: Fallzahlen und Diagnosen

Fallzahlen: Insgesamt wurden in den sächsischen SBB von 2012 bis 2016 jährlich zwischen 20.000 und 22.000 Fälle (ohne Einmalkontakte) betreut.⁸⁷ Von 2012 bis 2016 variiert die Gesamtzahl der betreuten Fälle (ohne Einmalkontakte) leicht, wobei der Anteil von Frauen im Berichtszeitraum von 28 % (2012) auf 31 % (2016) kontinuierlich zunahm (Tab. 7.2.2).⁸⁸

Tab. 7.2.2: Entwicklung der Fallzahlen des Gesamtklientels und Geschlechterverteilung. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016
Anzahl	19.904	22.467	22.237	21.714	20.954
Anteil Männer	72,2 %	70,9 %	70,6 %	69,6 %	68,9 %
Anteil Frauen	27,8 %	29,1 %	29,4 %	30,4 %	31,1 %

Anmerkung: Fälle Zugänge und Beender

85 Eine Übersicht zur Verteilung der SSB ist der Anlage 4 zu entnehmen. Ein Adressverzeichnis wird von der SLS unter www.suchthilfe-sachsen.de bereitgestellt.

86 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *Sucht 2017. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Abgerufen am 10.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2017.pdf>

87 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016*, Tab. 1.01.

88 *ibid.*

Der Anteil der Einmalkontakte betrug nach Angaben der SLS ca. 6.000 Klientinnen und Klienten pro Jahr, mit leichter Zunahme im Berichtszeitraum.⁸⁹ Der Anteil von Angehörigen und Bezugspersonen unter den SBB-Klienten lag 2016 bei 6%, davon knapp die Hälfte (41%) im Zusammenhang mit illegalen Drogen. Die Dauer der Betreuung nach Anzahl der Kontakte für die verschiedenen Hauptdiagnose-Gruppen in den SBB ist in Tabelle 7.2.3 dargestellt.⁹⁰

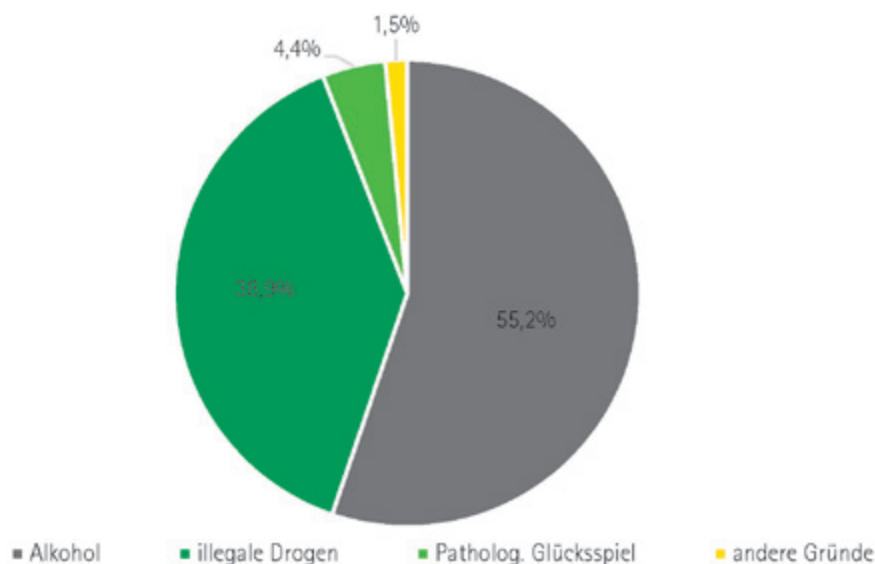
Hauptdiagnose	Anzahl der Kontakte				Mittelwert
	2-5	6-10	11-29	>30	
Alkohol	39,7 %	20,3 %	23,2 %	16,7 %	21,4
Opioide	44,6 %	16,2 %	24,1 %	15,2 %	18,3
Cannabinoide	52,1 %	27,1 %	14,2 %	6,6 %	9,3
Stimulanzien	41,9 %	21,2 %	25,2 %	11,7 %	14,1
Gesamt	43,0 %	20,8 %	22,2 %	14,1 %	17,7

Anmerkung: n = 9.471 Fälle Beender 2016

Verteilung der Hauptdiagnosen (HD): Mehr als jede zweite HD in der sächsischen SBB (55,2 %) entfiel auf alkoholbezogene Störungen, gefolgt von Stimulanzien (davon in Sachsen zu ca. 95 % Crystal Meth)⁹¹ mit 24 %, Cannabinoiden (9 %), Opioiden (5 %) und pathologischem Spielen (4 %) (Abb. 7.2.1).⁹² Alle weiteren HD spielen in der Suchtberatung eine marginale Rolle.

Tab. 7.2.3: Anzahl der Kontakte in der SBB nach Hauptdiagnose.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Abb. 7.2.1: Verteilung der Hauptdiagnosen in der SBB (n = 9.783, Zugänge 2016).
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen



89 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *Sucht 2017. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Abgerufen am 10.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2017.pdf>

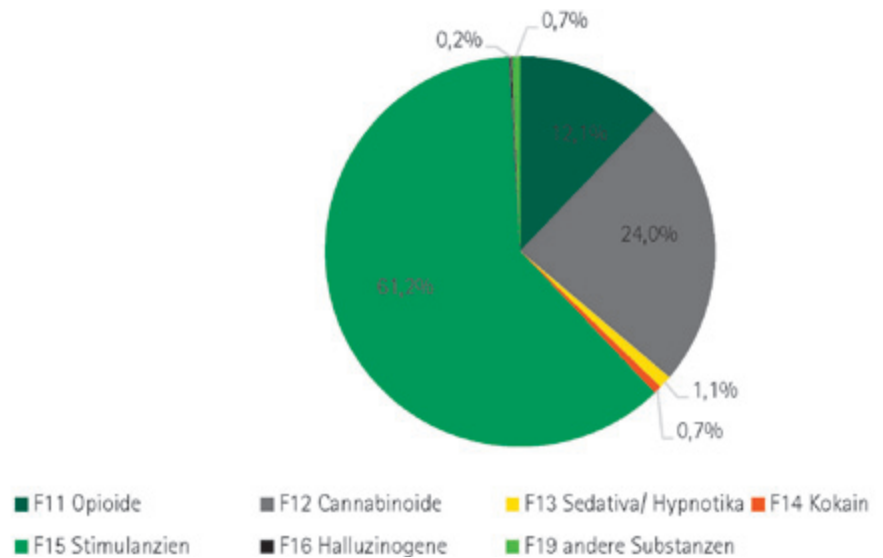
90 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 5.06.

91 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *Sucht 2017. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Abgerufen am 10.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2017.pdf>

92 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 2.01.

Verteilung innerhalb der illegalen Drogen: Unter den Störungen durch illegale Substanzen entfällt der größte Anteil der HD auf Stimulanzien (61 %), gefolgt von Cannabinoide (24 %), Opioiden (12 %), Sedativa/ Hypnotika (1 %), Kokain (0,7 %) und Halluzinogenen (0,2 %) (Abb. 7.2.2).⁹³

Abb. 7.2.2: Verteilung der Hauptdiagnosen in der ambulanten SBB für den Bereich illegale Substanzen (n = 3.803, Zugänge 2016).⁹⁴
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

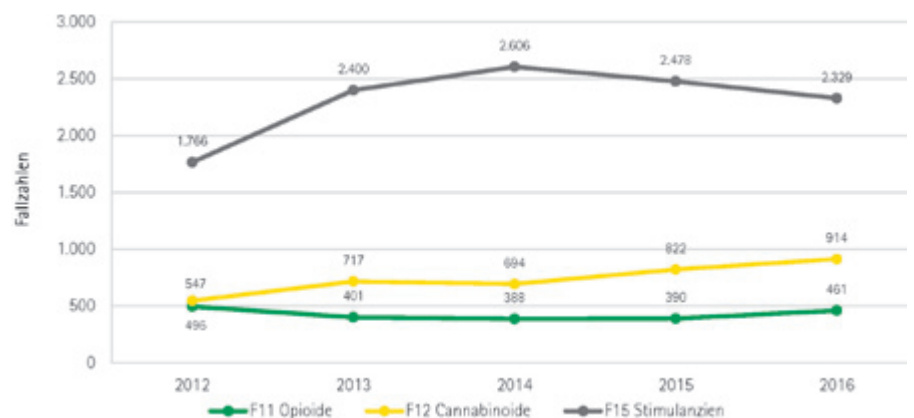


Pathologisches Glücksspiel: Im Jahr 2016 wurden 429 Zugänge mit einer HD Pathologisches Glücksspiel (4 %) in den sächsischen SBB betreut.

Da *exzessive Mediennutzung* gegenwärtig keine ICD 10-Diagnose darstellt, wird diese in der DSHS nicht gesondert aufgeführt. Nach Angaben der SLS wurden im Jahr 2017 230 Klienten mit dieser Problematik in den sächsischen SBB betreut.

Entwicklungstrends: Der Anteil der HD Alkohol ist von 6.217 (2012) auf 5.403 (2016) um 13 % gesunken. Demgegenüber ist der Anteil durch illegale Drogen von 2.963 (2012) auf 3.803 (2016) um 28 % gestiegen. Die HD Stimulanzien sind nach einem deutlichen Anstieg um 48 % von 1.766 (2012) auf 2.606 (2014) seit 2015 wieder leicht zurückgegangen (Abb. 7.2.3).⁹⁵ Der Anteil an HD Opioiden ist mit 496 Fällen (2012) auf 461 (2016) ebenfalls leicht gesunken. Bei den HD Cannabinoide ist in den letzten Jahren demgegenüber ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen um 67 % von 547 (2012) auf 914 (2016) zu verzeichnen.

Abb. 7.2.3: Entwicklung der absoluten Fallzahlen im Bereich illegaler Drogen in der ambulanten SBB nach Hauptdiagnose, 2012–2016 (Zugänge).
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen



Im Berichtszeitraum nahmen die Fallzahlen im Bereich des *Pathologischen Glücksspiels* von 310 (2012) auf 429 (2016) um 39 % zu.⁹⁶

93 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 2.01.

94 ibid.

95 Deutsche Suchthilfestatistik – (DHHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016, Tab. 2.01

96 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016, Tabelle 2.02.

Die Inanspruchnahme einer SBB auf Grund *exzessiver Mediennutzung* ist von 144 Fällen (2012) auf 230 Fälle (2017) um 60 % gestiegen. Die Anzahl der Zugänge sowie insbesondere die Anzahl der gestellten Rehabilitationsanträge sind im Berichtszeitraum ebenfalls deutlich angestiegen (Tab. 7.2.4).⁹⁷

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl Klienten	144	127	157	197	199	230
Anzahl der Zugänge	110	107	108	149	156	– ⁹⁸
Rehabilitations-Anträge	3	6	16	14	10	15

Tab. 7.2.4: Entwicklung der Klientenzahlen in der SBB mit Hauptdiagnose exzessive Mediennutzung, 2012–2017. Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

7.2.1.1.2 Soziodemographische Merkmale der Klientinnen und Klienten

Geschlecht: In allen HD-Gruppen dominieren die Fälle mit männlichen Klienten, am stärksten bei Alkohol (74 % vs. 26 %) und Cannabinoiden (79 % vs. 21 %), etwas geringer bei Stimulanzien (66 % vs. 34 %) und Opioiden (69 % vs. 31 %) (Abb. 7.2.4).⁹⁹

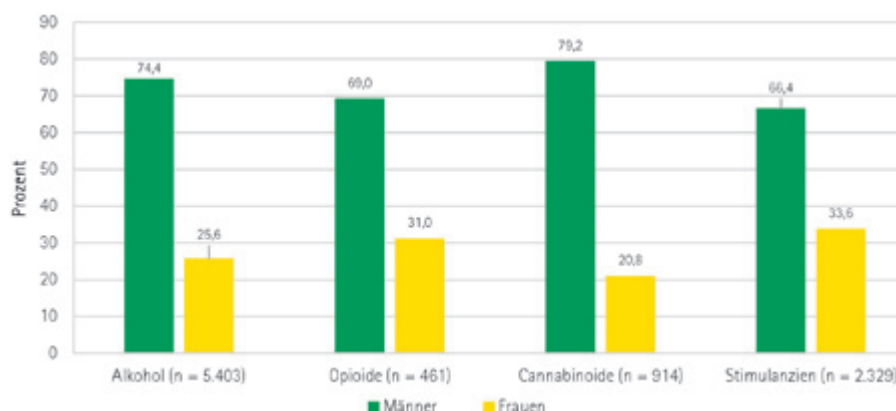


Abb. 7.2.4: Geschlechtsverteilung der SBB-Fälle nach Hauptdiagnose (Zugänge 2016). Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Alter bei Betreuungsbeginn: Die Gruppe der Fälle mit einer HD Alkohol weist den höchsten Altersdurchschnitt zu Betreuungsbeginn auf (45 Jahre), gefolgt von der Gruppe der Fälle mit HD Opioiden (36 Jahre), HD Stimulanzien (29 Jahre) und HD Cannabinoiden (25 Jahre) (Tab. 7.2.5).¹⁰⁰ Gleichzeitig ist bei Cannabinoiden ein besonders großer Anteil an Fällen von unter 18-Jährigen Klientinnen und Klienten (20 %) zu verzeichnen.

Hauptdiagnose	Altersdurchschnitt	Anteil < 18
Alkohol	44,9	0,9 %
Opioiden	35,8	0,4 %
Cannabinoiden	24,7	20,2 %
Stimulanzien	28,7	4,3 %

Tab. 7.2.5: Altersdurchschnitt der SBB-Fälle zu Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose im Jahr 2016. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Anmerkung: n = 10.314, Zugänge 2016

⁹⁷ Mitteilung der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018) an TU Chemnitz.

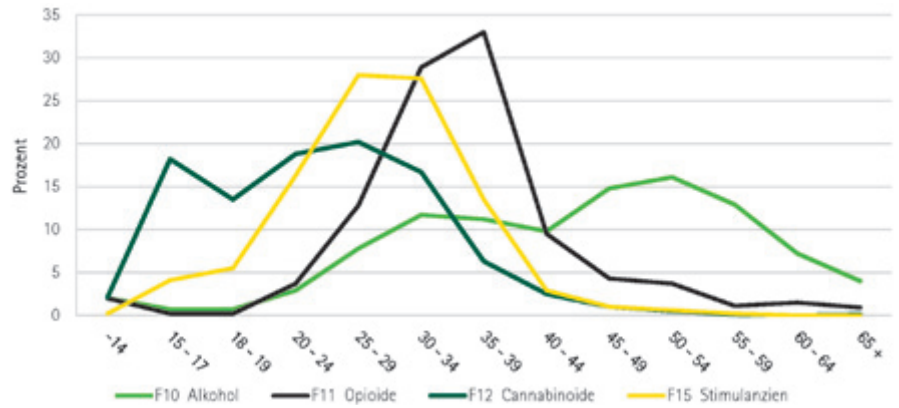
⁹⁸ Nicht mehr dokumentiert ab 2017.

⁹⁹ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 2.01.

¹⁰⁰ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 2.02.

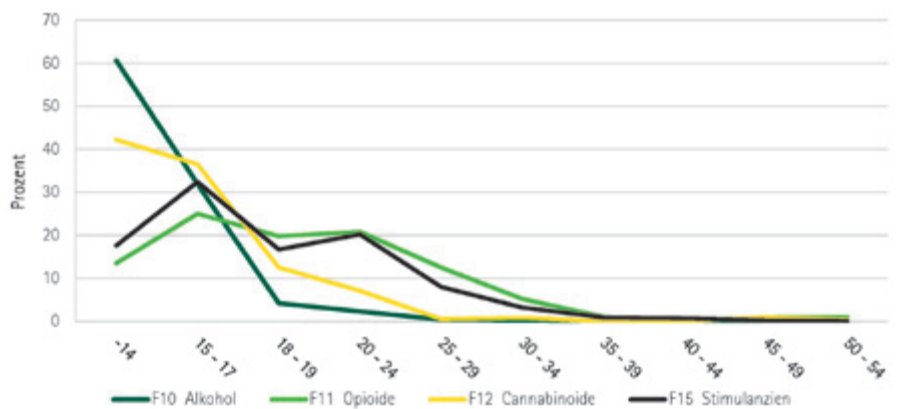
Die Altersverteilungen der am häufigsten registrierten HD zu Beginn der Betreuung in einer SBB sind in Abbildung 7.2.5 dargestellt.¹⁰¹ Von den Zugängen mit HD Cannabinoide sind ca. ein Drittel unter 20 Jahren alt (mit 18 % in der Altersgruppe von 15–17 Jahren), während der Anteil bei den über 30-Jährigen deutlich geringer ausfällt. Der Hauptanteil von Zugängen mit einer HD Stimulanzen ist zwischen 20 und 30 Jahre alt, während er bei den über 30-Jährigen kontinuierlich niedriger liegt. Inanspruchnahmen aufgrund einer HD Opiode erfolgen hauptsächlich im Alter zwischen 25 und 44 Jahren. Hinsichtlich der HD Alkohol zeigt sich ein relativ gleichförmig hoher Anteil zwischen 25 und 55 Jahren, während jüngere (<18 Jahre) und ältere Fälle (>60 Jahre) verhältnismäßig weniger häufig vertreten sind.

Abb. 7.2.5: Altersverteilung der SBB-Fälle bei Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose (n = 10.314 Zugänge im Berichtsjahr 2016).
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen



Alter bei Erstkonsum: Der Erstkonsum nach Selbstangaben der Klienten liegt bei der HD Alkohol durchschnittlich im frühen Jugendalter. Von einem Erstkonsum unter 14 Jahren berichteten 60%. Auch bei illegalen Drogen beginnt der Konsum meist vor der Volljährigkeit, insbesondere bei Cannabis. Hier gaben über 40% einen Erstkonsum vor dem 14. Lebensjahr an. Jeder zweite Fall mit der HD Stimulanzen hat bereits vor dem 18. Lebensjahr erstmalig konsumiert, knapp 18% bereits vor dem 14. Lebensjahr (Abb. 7.2.6).¹⁰² Ähnlich verhält es sich bei Opioiden. Unterschiede hinsichtlich des Einstiegsalters zwischen Sachsen und dem übrigen Bundesgebiet zeigen sich lediglich für die Gruppe der Fälle mit einer alkoholbezogenen Störung (Sachsen: 14,7 Jahre; Bundesdurchschnitt: 16,3 Jahre).¹⁰³

Abb. 7.2.6: Altersverteilung des Erstkonsums der Zugänge innerhalb der jeweiligen Hauptdiagnose-Gruppe (n = 3.456, Zugänge 2016).
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen



Klienten mit im Haushalt lebenden Kindern <18 Jahren: Die Anzahl der Fälle von Klienten, die mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben, ist im Berichtszeitraum von 1.255 Fällen (2012) auf 1.578 Fälle (2016) um 26 % gestiegen.¹⁰⁴

¹⁰¹ ibid.

¹⁰² Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 4.06.

¹⁰³ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband alle Bundesländer 2016*, Tab. 2.02.

¹⁰⁴ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016*, Tab. 2.06.

Schul- bzw. Ausbildungsabschluss: In fast zwei Drittel (61 %) der Fälle besitzen die Klientel mindestens einen Real- oder höheren Schulabschluss, 3 % befanden sich zum Aufnahmezeitpunkt in einer schulischen Ausbildung (Abb. 7.2.7). Demgegenüber sind knapp 8 % der Fälle in Sachsen zu Beratungsbeginn ohne Schulabschluss, vor allem bei der HD illegale Drogen und hier insbesondere bei der HD Stimulanzen (Tab. 7.2.6).¹⁰⁵

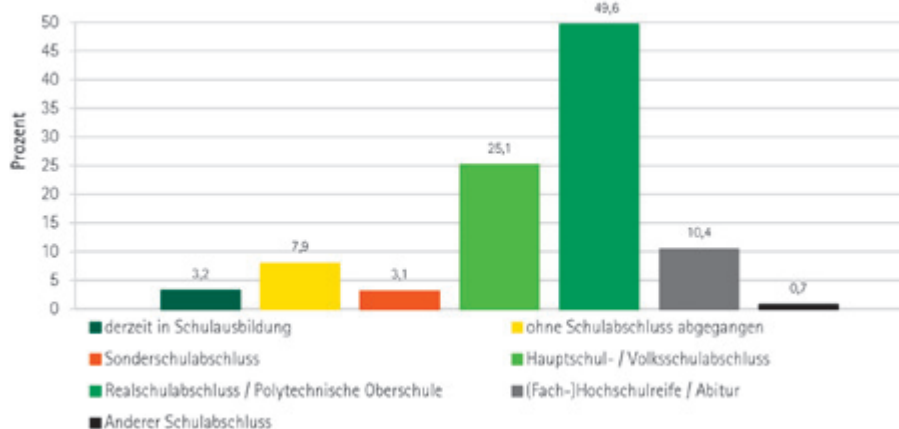


Abb. 7.2.7: Höchster erreichter allgemeiner Schulabschluss unter SBB-Fällen ($n = 8.477$, Zugänge 2016).
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Hauptdiagnose	ohne Schulabschluss abgegangen
Alkohol	4,3 %
Opiode	14,9 %
Cannabinoide	10,8 %
Stimulanzen	15,9 %

Tab. 7.2.6: SBB-Fälle ohne Schulabschluss nach Hauptdiagnose-Gruppen im Jahr 2016.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Anmerkung: $n = 8.477$, Zugänge 2016.

Der Anteil von Klientel *ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung* beträgt bei illegalen Drogen beträgt fast die Hälfte, bei Stimulanzen genau 50 % (Tab. 7.2.7).¹⁰⁶

Hauptdiagnose	ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung
Alkohol	13,2 %
Opiode	49,1 %
Cannabinoide	45,4 %
Stimulanzen	50,0 %

Tab. 7.2.7: SBB-Fälle ohne Berufsausbildung nach Hauptdiagnose-Gruppen im Jahr 2016.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Anmerkung: $n = 7.833$, Zugänge 2016

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn: Der Anteil von Fällen am SBB-Klientel, die ALG-II beziehen, liegt im Durchschnitt bei 41 %, fällt aber in den einzelnen HD-Gruppen sehr unterschiedlich aus (Tab. 7.2.8).¹⁰⁷ In der Gruppe der Opioidfälle (61 %) und der Stimulanzenfälle (55 %) bezieht mehr als jeder Zweite ALG-II-Leistungen, bei Alkohol und Cannabis gut ein Drittel (je 36 %).

Hauptdiagnose (Anzahl Fälle in gesamter HD-Gruppe)	Arbeitslos nach SGB III (ALG I)	Arbeitslos nach SGB II (ALG II)
F10 Alkohol ($n = 4.914$)	6,7 %	36,4 %
F11 Opiode ($n = 416$)	1,9 %	60,1 %
F12 Cannabinoide ($n = 844$)	3,4 %	36,3 %
F15 Stimulanzen ($n = 2.092$)	3,7 %	55,4 %

Tab. 7.2.8: Erwerbssituation der SBB-Fälle am Tag vor Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnose im Jahr 2016.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Anmerkung: $n = 9.348$; Zugänge 2016

¹⁰⁵ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 2.11.

¹⁰⁶ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 2.12.

¹⁰⁷ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 2.16.

Migrationshintergrund: Insgesamt wiesen knapp über 95 % der Klientel in der SBB keinen Migrationshintergrund auf.¹⁰⁸

7.2.1.1.3 Spezialisierte und zusätzliche Angebote der ambulanten Suchtberatungs- und -behandlungsstellen

Über die Suchtberatung und -behandlung hinaus existieren für abhängigkeiterkrankte Personen in Sachsen weitere Angebote im Bereich der ambulanten Versorgung, zum Beispiel Maßnahmen der Früherkennung/-intervention, präventive Schulungsveranstaltungen, Onlineberatung, Angebote für besondere Betroffenengruppen (zum Beispiel Kinder suchtbelasteter Eltern, Migrierte), Angebote zur Tagesstrukturierung, Arbeitsprojekte oder Wohnangebote (Tab. 7.2.9).¹⁰⁹

Tab. 7.2.9: Spezialisierte und zusätzliche Angebote der SBB.
Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

Angebot	Anzahl in Sachsen/Regionen der Standorte in Sachsen
Angebote für Kinder/Jugendliche aus suchtbelasteten Familien (u. a. Trampolin, SHIFT, Fallschirm)	17 (sachsenweit)
Angebote zur Früherkennung und Intervention, darunter: FreD (+C)-Standorte (Frühintervention erstaufrälliger Drogenkonsumenten)	17 (sachsenweit) 7 (Vogtlandkreis, LK Meißen, LK Görlitz, LK Nordsachsen, LK Bautzen, Dresden)
Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung für suchtkranke Menschen	Insgesamt 277 Plätze (als Arbeitsgelegenheit SGB II, im Zuverdienst oder ehrenamtlicher Tätigkeit mit Aufwandsentschädigung)
Tagestreff/Begegnungsstätte (zum Beispiel Café, Teestube, alkoholfreier Stammtisch)	Von 21 Suchtberatungsstellen angeboten (sachsenweit)
Wohnangebote (u. a. als ambulant betreutes Wohnen, Notschlafplätze, Motivations-/Nachsorgewohnen)	Insgesamt 474 Plätze (sachsenweit)
Ambulante Suchtrehabilitation	27 Angebote sachsenweit (vorwiegend bei Alkohol-, illegale Drogen-, Medikamentenproblematik; 5 Angebote bei Glücksspielsucht, 3 Angebote bei Medienabhängigkeit)
Möglichkeiten zur Online-Beratung	14 Beratungsstellen beteiligt
Angebote Tabakentwöhnung	In 16 Beratungsstellen sachsenweit angeboten
Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund	4 (Vogtlandkreis; Stadt Dresden, Stadt Leipzig (2))

Weitere ergänzende Angebote der SBB sind zum Beispiel Frauen- und Elterngruppen, Streetwork sowie Cleangruppen.

7.2.1.1.4 Externe Suchtberatung im Justizvollzug

Die externe Suchtberatung in den sächsischen Justizvollzugsanstalten (JVA) bildet einen wesentlichen Baustein für die Umsetzung des Vollzugsziels der Resozialisierung gemäß § 2 des Sächsischen Strafvollzugsgesetzes. Jede der 10 sächsischen Justizvollzugsanstalten verfügt über eine externe Suchtberatung durch staatlich anerkannte Suchtberaterinnen und -berater. Die Anzahl der vollzeitäquivalenten Stellen ist im Berichtszeitraum von 14 (2012) auf insgesamt 18 (2017) angestiegen. Die externe Beratung kooperiert eng mit den internen sozialen Diensten der JVA.

Die Fallzahl der externen Suchtberatung ist von 2012 (2.511) bis 2016 (2.785) kontinuierlich gestiegen und im Jahr 2017 auf N = 2.197 Fälle zurückgegangen. Durchschnittlich besteht im Strafvollzug ein Versorgungsgrad durch Suchtberaterinnen und -berater von 1:200.¹¹⁰ Die HD im Kontext des Justizvollzugs entfielen zu 20 % auf Substanzkonsumstörungen durch Alkohol,

¹⁰⁸ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 2.09.

¹⁰⁹ Mitteilung der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018) an TU Chemnitz.

¹¹⁰ Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2013). *Sucht 2012. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Abgerufen am 10.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2012.pdf>. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *Sucht 2017. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Abgerufen am 10.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2017.pdf>

zu 74 % auf illegale Drogen und zu insgesamt 6 % auf pathologisches Spielen, exzessive Mediennutzung, Medikamente und weitere Gründe.¹¹¹ Innerhalb der Gruppe der illegalen Substanzen ($n = 1.616$) setzten sich die HD wie folgt zusammen: 75 % Stimulanzien (zu ca. 95 % Crystal Meth), 12 % Cannabinoide, 11 % Opioide und 1 % Kokain.¹¹² Von den insgesamt 2.197 Klienten in der externen Suchtberatung (2017) wurde in 440 Fällen ein Antrag zur fortführenden suchtspezifischen Entwöhnungsbehandlung gestellt.¹¹³

7.2.1.2 Suchtbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung

Neben der Beratung in den SBB werden Personen mit Substanzkonsumstörungen, substanzinduzierten Störungen sowie gesundheitlichen Begleit- und Folgeschäden auch im Rahmen der *allgemeinen primär- und vertragsärztlichen Versorgung* von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder-Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten wegen ihrer Suchtprobleme behandelt.

Exemplarisch sollen die Abrechnungsdaten zu substanzkonsumbezogenen Diagnosen der größten regionalen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der AOK PLUS die Größenordnung dieses Versorgungssegments verdeutlichen. Die Daten können die Relationen der in der vertragsärztlichen Versorgung behandelten Fälle mit den verschiedenen Suchtdiagnosen (ICD-10: F1x) belegen (Tab. 7.2.10).^{114,115}

Jahr	Diagnosen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung der AOK PLUS					
	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Stimulanzien	Tabak	Summe
2012	37.496	1.047	672	438	37.233	84.427
2013	39.674	1.208	820	674	42.708	93.644
2014	41.207	1.230	1.057	960	48.718	102.508
2015	42.668	1.301	1.323	1.171	54.471	110.837
2016	45.688	1.406	1.658	1.371	62.440	123.254
2017	46.996	1.420	2.134	1.508	67.749	131.228

Tab. 7.2.10: Anzahl der Fälle behandelter Substanzkonsumstörungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (Versicherte Sachsen der AOK PLUS in Sachsen), 2012–2017.
Quelle: AOK PLUS¹¹⁶

Die Fallzahlen zur vertragsärztlichen Versorgung von AOK PLUS-Mitgliedern in Sachsen sind seit dem Jahr 2012 in der Summe über alle substanzkonsumbezogenen Diagnosen hinweg gestiegen. Den Hauptanteil nehmen hierbei Diagnosen einer Substanzkonsumstörung durch Alkohol und Tabak ein. Insbesondere die Fälle mit Störungen durch Cannabinoide (F12) sind von $n = 672$ (2012) auf $n = 2.134$ (2017) um mehr als das Dreifache gestiegen, vergleichbar bei Stimulanzien von 438 (2012) auf 1.508 (2017). Die höchste Steigerungsrate ist bei Substanzkonsumstörungen durch Tabak zu verzeichnen. Hier wurden im Jahr 2017 rund 30.000 Diagnosen mehr vergeben als im Jahr 2012.

7.2.1.3 Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger nach den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes, der BTM-Verschreibungsverordnung und der Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger durch speziell qualifizierte Ärzte (Fachkunde suchtmmedizinische Grundversorgung) beinhaltet eine kontinuierliche ärztliche Versorgung der Abhängigen mit Drogensatzmedikamenten und sieht obligatorisch eine psychosoziale Begleitung vor. Das Ziel der Substitutionstherapie gemäß der Richtlinie der BÄK besteht darin, für die Betroffenen mittel- und langfristige eine dauerhafte

111 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *Sucht 2017. Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Abgerufen am 10.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2017.pdf>

112 *ibid.*

113 *ibid.*

114 Diese Fälle entsprechen nicht der Anzahl der behandelten Versicherten, da in der Statistik der Hauptdiagnosen auch ein Versicherter mehrere Diagnosen in unterschiedlichen Behandlungssettings/bei verschiedenen Fachärzten erhalten kann.

115 Mitteilung der AOK PLUS an TU Chemnitz.

116 *ibid.*

Konsummittelfreiheit zu erreichen und i.S. der Schadensminimierung die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Suchterkrankung zu begrenzen. Da sich die Erfolge der Substitutionstherapie durch begleitende psychosoziale Betreuung deutlich verbessern lassen, kommt der psychotherapeutischen bzw. sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Begleitung eine wesentliche Bedeutung zu.

In Sachsen wurden im Jahr 2017 insgesamt 971 Substitutionsbehandlungen durchgeführt, die in 548 Fällen (56 %) durch die SBB psychosozial begleitet wurden. Seit 2012 ist ein Rückgang der Substitutionstherapien um 31 % zu verzeichnen (Tab. 7.2.11). Ebenso ist die Zahl psychosozialer Betreuungen bei Substitution seit 2012 leicht zurückgegangen (von 58 % der Fälle auf 56 % der Fälle).¹¹⁷

Tab. 7.2.11: Anzahl der Fälle für Opioid-Substitutionstherapie und Substitutionsärztinnen und -ärzte, 2012–2017.
Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl Substitutionen	1.152	1.087	951	1.038	1.090	971
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte nach § 5, Abs. 3 BtMVV (mit suchtmedizinischer Qualifikation)	21	17	18	19	20	18
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte nach § 5, Abs. 4 BtMVV (ohne suchtmmedizinische Qualifikation)	12	10	12	12	14	17

7.2.1.4 Ambulante Rehabilitation

Unter bestimmten Voraussetzungen (u.a. stabiles soziales Umfeld, berufliche Integration) ist eine Entwöhnungsbehandlung im ambulanten Setting indiziert.¹¹⁸ In Sachsen werden ambulante Suchtrehabilitationsmaßnahmen in den SBB sowie Fach- und Institutsambulanzen durchgeführt. Im Jahr 2016 entfiel der überwiegende Teil der Hauptdiagnosen auf alkoholbezogene Störungen (78,8 %), gefolgt von Stimulanzien (13,4 %). Eine untergeordnete Rolle spielten Pathologisches Glücksspiel (2,8 %), Cannabinoide (2,4 %) und andere Substanzen (2,6 %) (Tab. 7.2.12).¹¹⁹

Tab. 7.2.12: Verteilung der Hauptdiagnosen in der ambulanten Entwöhnungsbehandlung.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Hauptdiagnose	Anzahl (Prozent)
F10 Alkohol	334 (78,8 %)
F11 Opioide	0 (0 %)
F12 Cannabinoide	10 (2,4 %)
F15 Stimulanzien	57 (13,4 %)
andere	11 (2,6 %)
Path. Glücksspiel	12 (2,8 %)

N = 424 Beender von Entwöhnungsbehandlungen

¹¹⁷ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte/Substitutionsregister, Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

¹¹⁸ Bundarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen* (Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (12)). Abgerufen am 02.11.2018 von https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf

¹¹⁹ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 5.01.

Im Berichtszeitraum ist die absolute Anzahl ambulanter Rehabilitationen gestiegen. Gleichzeitig haben sich die Relationen zwischen den HD verschoben: Der Anteil alkoholbezogener Störungen in der ambulanten Rehabilitation ist von 84 % (2012) auf 78,8 % (2016) zurückgegangen, während komplementär der Anteil aufgrund illegaler Drogen von 13,1 % auf 18,4 % zunahm. Der Anteil von Rehabilitationsfällen aufgrund pathologischen Spielens ist nach einem Anstieg von 2,9% (2012) auf 4,8 % (2014) wieder auf das Ausgangslevel von 2,8 % zurückgegangen (Tab. 7.2.13).¹²⁰

	2012	2013	2014	2015	2016
Alkohol	314	444	502	265	334
Illegale Drogen	49	77	116	93	78
Path. Glücksspiel	11	20	31	17	12
Summe (ohne F 50)	374	541	649	375	424

Tab. 7.2.13: Entwicklung der Fallzahlen in der ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik¹²¹

7.2.2 Stationäre Suchtversorgung

Der stationäre Suchtversorgungsbereich umfasst in erster Linie die *akutstationäre Versorgung* sowie die *medizinische Rehabilitation* inklusive teilstationärer Angebote und der Versorgung durch die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA).

7.2.2.1 Angebote und Leistungen in der akutstationären Versorgung

Die medizinische Akutbehandlung bezieht sich auf unterschiedliche Behandlungsanlässe: a) *notfallmedizinische Versorgung* bei akuter Intoxikation, Überdosierung oder anderweitigen medizinischen Komplikationen des aktuellen Substanzkonsums und damit im Regelfall verbunden, b) den medikamentös und (intensiv-)medizinisch begleiteten *akuten Substanzentzug (Entgiftung)* sowie auf c) die Diagnostik und *akutpsychiatrische Versorgung* von substanzinduzierten psychotischen Zuständen, Suizidalität oder anderweitigen substanzbezogenen psychischen Dekompensationen oder psychischer Komorbidität. Die Akutbehandlung von substanzinduzierten Störungen erfolgt routinemäßig in allen Akutkrankenhäusern mit entsprechender Ausstattung. Darüber hinaus sollte während akutstationärer Aufenthalte eine Störungseinsicht in Bezug auf die Suchtproblematik bei den betroffenen Personen hergestellt und diese zu einer Weiterbehandlung motiviert bzw. eine solche direkt gebahnt werden.

Insgesamt stehen im Freistaat Sachsen 2.948 stationäre und 941 Tagesplätze in der Erwachsenenpsychiatrie¹²² sowie 421 stationäre und 243 tagesklinische Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung¹²³.

Versorgungsfälle in der akutstationären Versorgung im Freistaat Sachsen: Im Jahr 2016 wurde nach den Daten des Statistischen Landesamtes Sachsen in insgesamt 20.083 Fällen ein stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund suchtspezifischer HD notwendig.¹²⁴ Der Anteil aufgrund akuter Intoxikation (F10.0-F19.0) liegt nach GBE-Statistik substanzübergreifend bei 31 % aller stationären Aufnahmen der Sucht-HD.¹²⁵

120 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016*, Tab. 5.01.

121 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2012–2016*, Tab. 5.01.

122 Die Kapazitäten der Psychosomatik sind dabei nicht berücksichtigt.

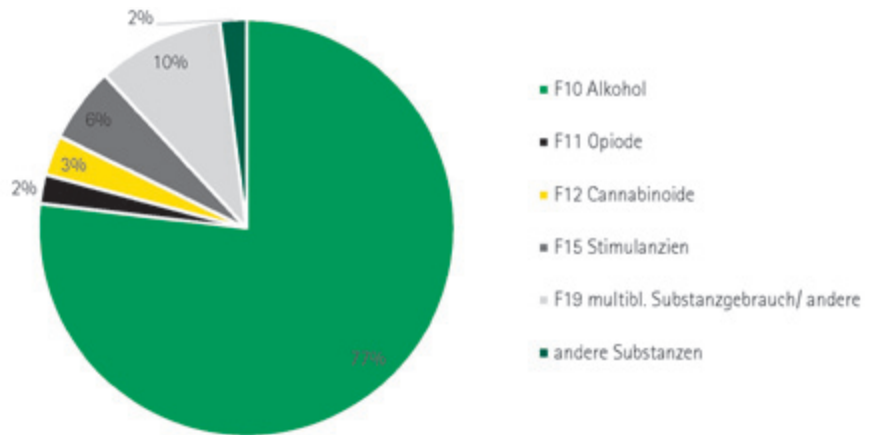
123 Eine differenzierte Übersicht kann den Anlagen 6 und 7 entnommen werden.

124 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). *Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen)*.

125 Diese Daten sind nicht in StaLa-Datensatz verfügbar, sondern aus: GBE-Bund (*Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern*, Statistisches Bundesamt).

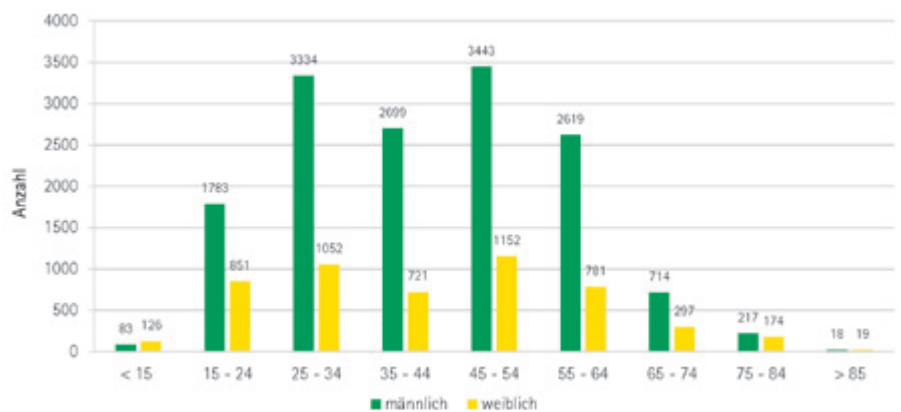
Hauptdiagnosen: Die Verteilung suchtspezifischer HD für das Jahr 2016 ist in Abbildung 7.2.8 dargestellt. Danach dominiert mit 77 % die HD Alkohol. Mit deutlichem Abstand folgen die HD multipler Substanzgebrauch (10 %), Stimulanzen (6 %) und Cannabinoide (3 %). Die HD Opiode (2 %) und weitere Substanzen (2 %) haben eine untergeordnete Rolle.¹²⁶

Abb. 7.2.8: Verteilung substanzkonsumbezogener Diagnosen vollstationär behandelter Fälle (Patientenwohnort Sachsen) im Jahr 2016.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



Geschlechts- und Altersverteilung: In allen Altersgruppen dominiert die Anzahl der Fälle männlicher Patienten, welcher den Anteil weiblicher um das ungefähr 2–3-fache übersteigt. Lediglich in der Altersgruppe 75+ Jahre ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Die Altersverteilung akutstationärer Fälle verläuft bei den Männern annähernd normalverteilt: Bei den unter 15-Jährigen liegt die Fallzahl am niedrigsten, in der Altersgruppe 15 bis 25 Jahre steigt sie sprunghaft an. Die höchsten Quoten finden sich in den Altersgruppen 25 bis 65 Jahre. Ab 65 Jahren sinkt die Anzahl bei Männern kontinuierlich ab. In ähnlicher Weise stellt sich die Verteilung über die Altersstufen bei den Fällen weiblicher Patientinnen dar (Abb. 7.2.9).¹²⁷

Abb. 7.2.9: Anzahl vollstationär im Krankenhaus behandelter Fälle (Patientenwohnort Sachsen) mit substanzbezogener Diagnose nach Alter und Geschlecht.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen



126 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). *Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen)*.

127 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). *Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen)*.

Trends 2012–2016

Die Anzahl vollstationär behandelter Fälle in Akutkrankenhäusern aufgrund einer substanzbezogenen HD mit Wohnort in Sachsen ist im Berichtszeitraum von insgesamt 22.346 (2012) Fällen auf 20.083 (2016) Fälle um ca. 10% *gesunken*.¹²⁸ Im altersstandardisierten Vergleich der Fallzahlen liegt Sachsen im Bundestrend. Anstiege sind in der Altersgruppe der unter 15-Jährigen zu verzeichnen. Ein deutlicher *Rückgang* der Fallzahlen zeigt sich in der Gruppe der 45- bis 54-Jährigen, wo die Anzahl von 6.125 (2012) auf 4.595 (2016) um 25% gesunken ist. In der Gruppe der über 75- bis 84-Jährigen ist die Anzahl stationärer Fälle demgegenüber leicht gestiegen (Tab. 7.2.14).^{129,130}

Altergruppe / Jahr	2012	2013	2014	2015	2016
Gesamt	22.346	22.034	22.171	20.920	20.083
< 15 Jahren	152	150	147	185	209
15 – 24	3.124	2.873	2.754	2.671	2.634
25 – 34	4.463	4.894	5.319	4.815	4.386
35 – 44	3.839	3.514	3.529	3.401	3.420
45 – 54	6.125	5.812	5.577	5.023	4.595
55 – 64	3.277	3.445	3.469	3.391	3.400
65 – 74	1.040	1.001	966	1.034	1.011
75 – 84	267	305	378	353	391
> 85	34	40	32	47	37

Tab. 7.2.14: Anzahl vollstationär im Krankenhaus behandelter Fälle (Wohnort Sachsen) nach Altersgruppen, 2012–2016. Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

7.2.2.2 Angebote und Leistungen der stationären Entwöhnungsbehandlung

Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Sozialberichterstattung Sachsen wird zur Darstellung der Angebote und Leistungen der stationären Entwöhnungsbehandlung auf die Diagnosedaten aus der *Krankenhausstatistik des statistischen Landesamtes* des Freistaates Sachsen zurückgegriffen. Da in dieser Statistik allerdings nur Kliniken mit mehr als 100 Betten einbezogen sind, wird die Gesamtanzahl der Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund substanzbezogener Störungen in Sachsen ergänzend auf Basis der Daten der *Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)* berichtet.¹³¹

128 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). *Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen)*.

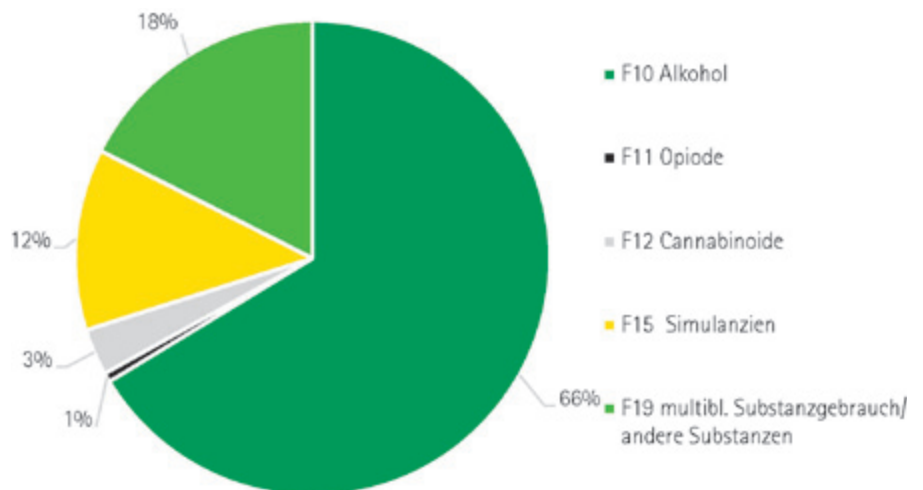
129 GBE-Bund (Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistisches Bundesamt).

130 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). *Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen)*.

131 Rehabilitations-Leistungen mit der GRV als Kostenträger vorliegend bis 2015

Im Freistaat Sachsen stehen insgesamt acht vollstationäre Einrichtungen mit Spezialisierung auf Entwöhnungsbehandlung, die in der Regel im Rahmen der medizinischen Suchtrehabilitation durchgeführt werden, zur Verfügung (Anlage 8). Hier wurden im Jahr 2015 insgesamt 2.214 Suchtrehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungsbehandlungen nach F1.x ICD-10) in Kostenträgerschaft der für Rehabilitationsmaßnahmen grundsätzlich zuständigen GRV durchgeführt.¹³² Nicht enthalten sind hier die ausnahmsweise durch die GKV getragenen Rehabilitationsmaßnahmen. Im Falle der AOK PLUS waren dies 271 Maßnahmen im Jahr 2016¹³³. In stationären Einrichtungen mit mehr als 100 Betten in Sachsen wurden 2016 insgesamt 1.619 Suchtrehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungsbehandlungen nach F1.x ICD-10) durchgeführt (Tab. 7.2.14).¹³⁴ Abbildung 7.2.10 stellt die Verteilung der Diagnosen bei Rehabilitationsmaßnahmen in Kliniken mit mehr als 100 Betten in Sachsen im Jahr 2016 dar. Die Mehrzahl der Fälle in der stationären Rehabilitation Erwachsener entfiel zu 66% auf alkoholbezogene Diagnosen, gefolgt von Diagnosen durch multiplen Substanzgebrauch (18%) und stimulanzenbezogene Diagnosen (12%). Cannabinoidbezogene Diagnosen (3%) und opioidbezogene Diagnosen (1%) nahmen einen vergleichsweise geringen Anteil ein.

Abb. 7.2.10: Abgeschlossene medizinische Leistungen zur Rehabilitation Erwachsener mit Wohnsitz Sachsen 2016 in Kliniken mit 100+ Betten.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen)



Die Gesamtzahl der in diesem Setting behandelten Fälle ist zwischen 2012 und 2016 leicht zurückgegangen. Der Anteil alkoholbedingter Behandlungen ist innerhalb des Zeitraums um 22 % zurückgegangen, während die Anteile der behandelten Fälle mit cannabinoidbezogener Diagnose von 21 (2012) auf 51 (2016) Fälle gestiegen sind und sich somit mehr als verdoppelt haben. Einen Anstieg um 64% zeigte sich in der Fallzahl mit multiplem Substanzgebrauch. Der größte Anstieg ist bei Fällen mit stimulanzenbezogenen Diagnosen mit dem mehr als vierfachen festzustellen.

Tab. 7.2.15: Abgeschlossene medizinische Leistungen zur Rehabilitation Erwachsener mit Wohnsitz Sachsen in Kliniken mit 100+ Betten, 2012–2016.
Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

	2012	2013	2014	2015	2016
Gesamt (F10-F19)	1.644	1.604	1.581	1.548	1.619
F10 Alkohol	1.370	1.264	1.153	1.075	1.067
F11 Opiode	9	7	11	6	10
F12 Cannabinoide	21	28	53	58	51
F15 Stimulanzen	44	73	128	148	199
F19 multipler Substanzgebrauch	172	213	223	248	282
Andere Substanzen	28	19	13	13	10

132 GBE-Bund (Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt).

133 Persönliche Mitteilung der AOK PLUS gegenüber der TU Chemnitz vom 26.07.2018.

134 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen).

Spezielle Angebote für suchtbelastete Familien: In der Fachklinik Weinböhla wird ein Angebot der stationären Suchtrehabilitation für Mütter und Väter mit Suchtproblematik und ihre Kinder im Alter von drei bis sieben Jahren mit aktuell acht Plätzen vorgehalten (siehe auch Kapitel 8.3.2). Auch in der Rehabilitationseinrichtung „Alte Flugschule“ in Großrückerswalde besteht die Möglichkeit, Kinder bis 12 Jahre als Begleitpersonen mitzubringen. Hierfür stehen fünf Plätze zur Verfügung.

Stationäre Suchttherapie im Justizvollzug

Neben dem Angebot der externen Suchtberatung steht in der JVA Zeithain sowie in der Jugendstrafanstalt (JSA) Regis-Breitingen jeweils eine Suchttherapiestation im Rahmen sozialtherapeutischer Wohngruppen zur Verfügung. In der JVA Zeithain mit insgesamt 395 Haftplätzen bestehen seit dem Jahr 2014 insgesamt 20 Therapieplätze. Die Dauer der Therapie beträgt neun Monate im geschlossenen Vollzug zuzüglich einer Übergangsphase von drei Monaten im offenen Vollzug. Seit 2014 haben in der JVA Zeithain $n = 63$ Strafgefangene das therapeutische Angebot durchlaufen. Die JSA Regis-Breitingen mit 313 Haftplätzen ist zuständig für den Vollzug der Jugendstrafe an männlichen Verurteilten. Hier wird Suchttherapie und Kriminaltherapie kombiniert und eine intensive Einzelbetreuung auf der Entwöhnungsstation, Erstberatung der suchtkranken Gefangenen, Motivationsarbeit, Therapievermittlung und Kooperation mit externen Stellen oder Kriseninterventionen angeboten. Auf die Therapiephase von sechs Monaten folgt eine zweimonatige Nachsorge und Belastungserprobung. Zum Stichtag 31.12.2018 wurde das therapeutische Angebot von 14 Gefangenen absolviert.¹³⁵ Für weibliche Strafgefangene verfügt die JVA Chemnitz über eine Motivationsabteilung, auf welcher die Abstinenzmotivation und soziale Kompetenzen der Gefangenen gestärkt werden sollen.

Da die Zeit unmittelbar nach ihrer Entlassung für viele Strafgefangene eine sensible Phase für die Aufrechterhaltung der Abstinenz darstellt, wurde im Jahr 2018 eine Nachsorgekoordinierungsstelle in Kostenträgerschaft der Justiz eingerichtet. Diese richtet sich an die Gefangenen, die in der JSA Regis-Breitingen oder die JVA Zeithain eine Suchttherapie absolviert haben, und wird durch das Diakonische Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen e.V. realisiert. Die Koordination setzt bereits während der Haft im Rahmen von Lockerungserprobungen ein und dient der nahtlosen Vermittlung in externe Nachsorgeangebote. Ergänzend stehen Möglichkeiten zur Adaptation-Wohnen-Nachsorge, Wohnangebote zur Nachsorge, ambulante Rehabilitation und ambulante Nachsorge zur Verfügung.

7.2.2.3 Nachsorge

Im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung sind oft weitere Maßnahmen der Adaption und ambulanten Nachsorge erforderlich. Diese umfassen vor allem eine Abstinenzstabilisierung und Rückfallprophylaxe, weil es für viele Patientinnen und Patienten nach der Klinikentlassung eine Herausforderung darstellt, die Abstinenz außerhalb des geschützten Umfeldes der Therapieeinrichtung und unter den Bedingungen des Alltags bzw. im Kontext des gewohnten sozialen Umfeldes aufrechtzuerhalten.

Adaption: Im direkten Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung besteht die Möglichkeit einer dreimonatigen Adaptionphase im geschützten Rahmen einer speziellen Adaptionseinrichtung, mit dem Ziel, die Patientinnen und Patienten bei der beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen.

In Sachsen gibt es drei Adaptionseinrichtungen:

Soteria Klinik Leipzig am HELIOS Park-Klinikum, „Alte Flugschule“ IGB-Institut für Gesundheit und Bildung Großrückerswalde (Adaptionseinrichtung Leipzig), Fachklinik Heidehof (Adaptionseinrichtung Pirna).

Ambulante Nachsorge: Die ambulante Nachsorge fokussiert auf die Unterstützung der allgemeinen Lebensbewältigung sowie die soziale und berufliche Wiedereingliederung. Sie umfasst in der Regel 20 Stunden in Einzel- oder Gruppengesprächen und erfolgt in den SBB unter Kostenträgerschaft der Renten- oder Krankenversicherung.

135 Sächsisches Staatsministerium der Justiz.

7.2.3 Komplementäre Einrichtungen

Ein Teil der Patientinnen und Patienten ist nach einer ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung auf längerfristige Hilfen angewiesen, um eine nachhaltige berufliche und/oder soziale Wiedereingliederung und Teilhabe zu gewährleisten. Für diese Personengruppe (sowie für stabilisierte Substitutionspatienten) werden zusätzliche Reintegrationsmaßnahmen der komplementären, das heißt „(sich wechselseitig) ergänzenden“ Versorgungsstrukturen angeboten. In diesen Komplementärangeboten, die u. a. sozialtherapeutische Einrichtungen, das Betreute Wohnen aber auch Arbeits- und Beschäftigungsangebote umfassen, werden die Rehabilitanden unterstützt, Alltagskompetenzen für ein Leben unter möglichst normalen Umständen in der Gemeinde (wieder) zu entwickeln.

7.2.3.1 Wohnangebote

Wohnhilfen

Wohnhilfen für suchtkranke Menschen umfassen vielfältige Angebote von Notschlafstellen und Motivationswohnen (gegebenenfalls zum Rückfallschutz zwischen einzelnen Bausteinen der Behandlungskette wie zwischen Entgiftung und Entwöhnung) bis hin zu unterschiedlichen Formen des Betreuten Wohnens in der Nachsorge.¹³⁶ Zum Teil werden diese Angebote für verschiedene Zielgruppen vorgehalten, zum Beispiel für Alkoholabhängige oder Abhängige von illegalen Drogen bzw. für Frauen und Männer. Die Wohnangebote werden mittels Nutzung von Räumen in einem Haus oder durch Anmieten einzelner Wohnungen für zum Beispiel suchtmittelfreie Wohngemeinschaften umgesetzt. Beim ambulant betreuten Wohnen als eine weitere Form der Wohnhilfe werden Klienten in deren eigenen Wohnungen je nach Bedarf für einige Stunden in der Woche durch Fachkräfte (zum Beispiel Sozial- oder Heilpädagogen) begleitet und unterstützt, ihren Alltag gut zu bewältigen.

Ziel dieser Angebote ist dabei stets, bei den Hilfebedürftigen die Motivation für ein suchtmittelfreies Leben zu fördern und ihre bisherigen Behandlungserfolge zu stabilisieren. Hierfür erhalten die Klienten u. a. unmittelbare Hilfe bei der Alltagsgestaltung (Tagesstrukturierung), begleitende Beratungen als auch Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation untereinander und der sozialen Integration im Ort.

Sozialtherapeutische Wohnangebote für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA)¹³⁷

Für Menschen mit einer substanzbedingten chronischen Mehrfachschädigung, die umfänglicher Betreuung, Förderung und Unterstützung bedürfen, besteht im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung die Option zum Besuch einer Sozialtherapeutischen Wohnstätte als differenzierte Leistung der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Das betreute Wohnen umfasst ein gestuftes Angebot von der Kerneinheit der sozialtherapeutischen Wohnstätte, über Außenwohngruppen (AWG) bis hin zu ambulant betreutem Wohnen.

CMA sind 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.

Wohnangebote für CMA-Klienten beinhalten daher Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung (zum Beispiel sinnstiftende Beschäftigung, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung, Wäsche, Einkauf, Reinigung, Essenszubereitung, Begleitung bei Behördenbesuchen) und haben neben der beruflichen (Wieder-)Eingliederung zum Ziel, vor Suchtmittelrückfällen zu schützen (zum Beispiel durch Einzel- u. Gruppengespräche, Unterstützung beim Besuch einer Selbsthilfegruppe). Die seit 2018 neu bestehenden Wohnangebote für junge mehrfach geschädigte Drogenabhängige haben zudem die Aufgabe, die Nachreife der Persönlichkeit der jungen Menschen (insbesondere durch Gestaltung einer Tagesstruktur, Einhalten von Regeln und Grenzen, Aufbau sozialer Beziehungen und die Entwicklung einer Lebensplanung) und schulische sowie berufliche Abschlüsse zu fördern und zu fordern.

¹³⁶ siehe auch Tabelle 7.2.9

¹³⁷ In der Anlage 9 ist eine Übersicht zur Verteilung der Wohnangebote für CMA in Sachsen zu entnehmen.

Der Freistaat Sachsen hat im Berichtszeitraum mit Fördermitteln in Höhe von ca. 4,3 Millionen EURO an drei Standorten (Klipphausen, Olbersdorf, Altscherbitz) insgesamt 54 sozialtherapeutische Plätze (davon 36 Plätze in zwei Wohnstätten, 18 Plätze als ambulant betreutes Wohnen) für junge erwachsene chronisch mehrfachgeschädigte Drogenabhängige, insbesondere Crystalabhängige, geschaffen. Derzeit stehen daher insgesamt über 400 sozialtherapeutische Plätze für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (CMA) zur Verfügung.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Entwicklung der Anzahl der Plätze für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke in den Wohnformen nach § 53 SGB XII dargestellt. Die Anzahl der Plätze für CMA im ambulant betreuten Wohnen werden durch den Kommunalen Sozialverband Sachsen nicht gesondert erfasst.

31.12.	Wohnstätten			Außenwohngruppen			Ambulant betreutes Wohnen		
	Anzahl	Kapazität	Belegung*	Anzahl	Kapazität	Belegung*	Anzahl	Kapazität	Belegung*
2013	10	387	316	10	131	118	19	k.A.	417
2014	10	387	300	11	131	121	19	k.A.	456
2015	10	387	302	12	142	126	21	k.A.	451
2016	10	387	293	15	154	117	21	k.A.	472
2017	10	387	283	17	154	120	21	k.A.	474
2018	12	423	-	18	164	-	22	k.A.	-

* Leistungsberechtigte in Kostenträgerschaft des Kommunalen Sozialverbandes Sachsen (zwischen 18 und 65 Jahre)

Für eine Betreuung im geschützten Bereich nach § 1906 BGB stehen in Sachsen weitere 44 Plätze, für aktuell nicht abstinentzfähige CMA weitere 40 Plätze zur Verfügung.

7.2.3.2 Angebote zur beruflichen (Re-)Integration suchtfährdeter und suchtkranker Menschen

Für die Bewältigung einer Suchterkrankung und eine andauernde Suchtmittelabstinenz benötigen suchtfährdete und suchtkranke Menschen, die wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung keinen angemessenen Platz im gesellschaftlichen Leben haben und dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht wieder zur Verfügung stehen, nicht nur Therapie und medizinische Behandlung, sondern auch eine soziale und berufliche Rehabilitation.

Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Der im November 2016 verabschiedete Aktionsplan der Sächsischen Staatsregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention hat Arbeits- und Beschäftigungsangebote als alternative Beschäftigungsmöglichkeiten (zu Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsprojekten) u.a. für suchtkranke Menschen benannt, die es zu erhalten und weitere zu schaffen gilt.

Zu Arbeits- und Beschäftigungsangeboten für suchtkranke Menschen, welche in Verantwortung oder in Kooperation mit Suchthilfeträgern durchgeführt werden, zählen u.a. Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten nach dem SGB II (siehe auch Kap. 8.3.1) und Zuverdienstmöglichkeiten. Zudem führen verschiedene Träger in den Kommunen Arbeits-, Beschäftigungs- bzw. Qualifizierungsprojekte durch, die teilweise sowohl von suchtkranken als auch von anderen Menschen genutzt werden.

Nach der Richtlinie Psychiatrie und Suchthilfe vom 12. September 2017 können Angebote zur Beschäftigung und Teilhabe von psychisch kranken und suchtkranken Menschen am Arbeitsleben insbesondere im Rahmen von Zuverdienstangeboten gefördert werden. Die Angebote sollen darauf abzielen, bei den Teilnehmern die Tagesstrukturierung und Beschäftigungsfähigkeit zu fördern, indem alltagspraktische Grundfertigkeiten trainiert sowie Motivation und Eigenverantwortung gefördert werden, Hilfen zur Wiedergewinnung der Tagesstruktur und zur Bewältigung psychosozialer Probleme angeboten und soziale Kontaktmöglichkeiten geschaffen werden.

Tab. 7.2.16: Entwicklung der Wohnangebote für CMA im Freistaat Sachsen.
Quelle: Kommunalen Sozialverband Sachsen

Tagesstrukturierende Angebote

Mit Hilfe von tagesstrukturierenden Angeboten sollen suchtkranke Menschen Eigenständigkeit und lebenspraktische Fähigkeiten (wieder)erlangen. Zur Stabilisierung der Gesundheit bieten tagesstrukturierende Projekte Hilfen zur Freizeitgestaltung und Beschäftigungsangebote an. Wichtiges Anliegen dieser gemeindenahen Betreuungsform ist die Einbeziehung sozialer Unterstützungssysteme, welche zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung der Suchterkrankung beitragen.

Einrichtungen mit tagesstrukturierenden Angeboten sind zum Beispiel Teestuben, Begegnungsstätten und Tagestreffs, welche häufig auch als niedrigschwelliger Zugang an regionale Suchtberatungs- und -behandlungsstellen angegliedert sind (vgl. Tabelle 7.2.9).

7.2.4 Suchtselbsthilfe

Selbsthilfegruppen (SHG) sind Zusammenschlüsse von Betroffenen in denen nach dem Handlungsprinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe“ die Möglichkeit besteht

- sich über die Sucht und suchtassoziierte Probleme auszutauschen;
- Anregungen zur Selbsterfahrung zu geben;
- sich gegenseitig im Ausstieg aus dem aktiven Suchtverhalten bzw. bei der Abstinenzhaltung zu motivieren;
- individuelle Kompetenzen zur Bewältigung sozialer und gesundheitlicher Belastungen zu fördern;
- die Solidarität der Betroffenen untereinander zu stärken und
- bei der sozialen Integration zu helfen.

Suchtselbsthilfe stellt daher ein eigenes Unterstützungssystem für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen sowie ihre Angehörigen innerhalb der Suchthilfe dar.

Die Suchtselbsthilfe arbeitet im Idealfall mit professionellen Angeboten partnerschaftlich zusammen und wird von den meisten Teilnehmenden als Ergänzung zu anderen Beratungs- und Behandlungsformen, vor allem zu Verstetigung der Abstinenz und zur Rückfallprophylaxe genutzt. Die Vernetzung der Selbsthilfe mit professionellen Angeboten der Beratung und Behandlung ist von hoher Relevanz für die langfristige Stabilität der Therapieeffekte. Aktuell sind insgesamt 340 SHG bei der SLS registriert.¹³⁸ Der überwiegende Teil (83 %) der sächsischen SHG besteht aus Betroffenen mit eigenen Suchtproblemen, 14 % der Teilnehmenden sind Angehörige (sowie 3 % Interessierte).¹³⁹ Das Gros der Selbsthilfe im Freistaat Sachsen wird von den drei Selbsthilfe-Landesverbänden Kreuzbund, Landesverband Freundeskreis für Suchthilfe Sachsen und Blaues Kreuz sowie den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege getragen.

Ein Aspekt der Selbsthilfe besteht in der Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Fortbildungsangebote.¹⁴⁰ Für die Arbeit in den SHG sowie zur Weiterqualifizierung Ehrenamtlicher existiert darüber hinaus ein Online-Handbuch für die Arbeit in SHG, welches kostenfrei bezogen werden kann.¹⁴¹

138 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2018). *SLS – Jahresbericht 2017*. Abgerufen am 12.07.2018 von <http://www.slsev.de/uploads/media/SLS2017.pdf>

139 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2015). *SLS – Sucht-Selbsthilfe im Freistaat Sachsen, 2015*. Abgerufen am 04.07.2018 von <http://www.slsev.de/Suchtselbsthilfe2015.pdf>

140 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2017). *SLS – Jahresberichte 2017*.

141 <http://www.suchthilfe-sachsen.de/Handbuch>

Inanspruchnahme der Suchtselbsthilfe

Nach einer Erhebung der SLS haben fast 90 % der SHG-Teilnehmerinnen und -teilnehmer eine alkoholbezogene HD. 4 % haben eine HD aus dem Bereich aller illegalen Drogen.¹⁴² Unter den Teilnehmenden in SHG überwiegen deutlich die Männer (2015: 83 % gegenüber 27 % Frauen). Der Anteil der weiblichen Teilnehmer hat seit dem Jahr 2000 leicht zugenommen. Der Anteil der Angehörigen unter allen SHG-Teilnehmern schwankt in Sachsen zwischen 14 % und 18 % und hat seit dem Jahr 2000 kontinuierlich abgenommen. Der Anteil der weiblichen Teilnehmer in den SHG liegt kontinuierlich bei über 80–87 % (Tab. 7.2.17).¹⁴³

Jahr	Anteil Suchtkranke (davon weiblich)	Anteil Angehörige (davon weiblich)
2000	75 % (21 %)	18 % (87 %)
2005	80 % (24 %)	15 % (85 %)
2010	83 % (28 %)	13 % (80 %)
2015	83 % (27 %)	14 % (85 %)
Vergleich Bund 2010 ¹⁴⁴	72 % (32 %)	21 % (80 %)

Tab. 7.2.17: Zusammensetzung Selbsthilfegruppen mit Anteil Angehöriger und Anteil weiblicher Teilnehmerinnen 2000–2015 und im Vergleich Sachsen und Bund (2010).
Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V./Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Die Vermittlungswege in die Selbsthilfe reflektieren die Vernetzung mit anderen Hilfebereichen bzw. den Bedarf an weiterführender Begleitung im Anschluss an die Behandlung.¹⁴⁵ Der größte Anteil der vermittelten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (37 %) werden durch die SBB in eine SHG vermittelt. Demgegenüber machen Vermittlungen durch professionelle medizinische Versorgungsstrukturen wie medizinische Einrichtungen (15 %) oder Hausärztinnen und -ärzte (10 %) einen deutlich geringeren Anteil aus. Zudem spielen Akteure außerhalb des professionellen Versorgungssystems eine substantielle Rolle für die Vermittlung zur SHG, vor allem durch Angehörige (24 %), die proaktive Ansprache durch eine SHG (20 %) und Hinweise eines anderen Gruppenmitglieds (13 %). Der größte Teil der sächsischen SHG-Mitglieder kommt nicht direkt in die Suchtselbsthilfe, sondern war vorher bereits in stationärem Entzug (62 %), in stationärer Entwöhnung (50 %) oder in ambulanter Behandlung (30 %).¹⁴⁶

Mit der rasanten Entwicklung der digitalen Medien gewinnen auch neue Formen der Selbsthilfe über Social Media und Online-Kommunikation eine wachsende Bedeutung. Bislang existieren überregionale Online-Angebote mit Selbsthilfecharakter oder Selbsthilfeanteilen (zum Beispiel Selbsthilfe-Alkoholiker-Forum¹⁴⁷). Als Selbsthilfeangebot bezogen auf Methamphetamin/Crystal wurde das Online-Selbsthilfeportal *Breaking Meth*¹⁴⁸ in Kooperation des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg und der SZL Suchtzentrum gGmbH entwickelt und durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Darüber hinaus existieren Internetportale, über welche reale SHG in der Nähe zu finden sind (zum Beispiel schon-mal-an-selbsthilfegruppen-gedacht.de) für junge Menschen.

7.3 Sachsenspezifische Besonderheiten: Vergleich Sachsen – Bund

Im Bundesvergleich unterscheidet sich das sächsische Suchthilfesystem nicht grundsätzlich, sondern in bestimmten Schwerpunktsetzungen von der Suchthilfeversorgung in anderen Bundesländern.

In der *ambulant*en Versorgung spielen die SBB die zentrale Rolle. 45 Suchtberatungs- und -behandlungsstellen (SBB) mit 26 Außenstellen stehen für eine gemeindenahere Versorgung zur

142 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2015). *SLS – Sucht-Selbsthilfe im Freistaat Sachsen, 2015*. Abgerufen am 04.07.2018 von <http://www.slsev.de/Suchtselbsthilfe2015.pdf>

143 *ibid.*

144 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010). *Statistik 2010*. Abgerufen am 19.10.2018 von http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Information/Statistik/Statistik_5_Verbaende_Selbsthilfe_Aktuell.pdf

145 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2015). *Sucht-Selbsthilfe im Freistaat Sachsen*. Abgerufen am 04.07.2018 von <http://www.slsev.de/Suchtselbsthilfe2015.pdf>.

146 *ibid.*

147 <https://www.selbsthilfe-alkoholiker.de>

148 <https://breaking-meth.de>

Verfügung. Mit über 26.000 in der ambulanten SBB betreuten Klientinnen und Klienten besteht eine hohe Inanspruchnahme des ambulanten Suchthilfesystems.^{149,150} In sächsischen SBB ist die Anzahl der Neuzugänge im Berichtszeitraum leicht gestiegen. Der Abnahme der Zahl der Fälle mit einer HD aufgrund einer alkoholbezogenen Störung um 13 % steht eine deutliche Zunahme bei den illegalen Drogen gegenüber. Im Bund ist der Rückgang bei den Fallzahlen aufgrund alkoholbezogener Diagnosen und der gegenläufige Anstieg bei den illegalen Drogen deutlich geringer ausgeprägt.¹⁵¹ In der externen Suchtberatung in den sächsischen Justizvollzugsanstalten (JVA) wird mit fast 2.800 Fällen mehr als jeder fünfte Strafgefangene in Sachsen betreut, davon 74 % wegen illegaler Drogen.

Über 50 % der Klienten suchen eine SBB – wie im Bund – auf Grund einer HD alkoholbezogene Störung auf. Nach wie vor unterscheidet sich die Zusammensetzung der SBB-Klientel bei den *illegalen Drogen* stark vom Bundesdurchschnitt. Unter den Fällen mit HD einer illegalen Droge dominiert in Sachsen weiterhin *Crystal Meth* (61 %), mit leicht rückläufiger Tendenz seit 2016. Bei Substanzkonsumstörungen durch Cannabinoide ist ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen um 67 % zu verzeichnen. Der Anteil mit HD Opioiden hat seit 2012 leicht abgenommen und ist mit aktuell 4,7 % aller SBB-Fälle im Bundesvergleich weit unterdurchschnittlich. Dies gilt auch für alle übrigen illegalen Substanzen sowie für die Neuen Psychoaktiven Substanzen, die sämtlich in der sächsischen SBB nur eine marginale Rolle spielen. Während die SBB-Klientenzahl wie auch die Anzahl der Rehabilitationsanträge in Sachsen in der HD-Gruppe Pathologisches Glücksspiel im Berichtszeitraum rückläufig ist, hat die Klientenzahl mit HD exzessive Mediennutzung um 60 % zugenommen. Dem gegenüber zeigen die Zahlen für das Bundesgebiet einen leichten Anstieg in den Fallzahlen von 9.790 (2012) auf 10.886 (2016).¹⁵²

Deutliche Unterschiede der sächsischen Beratungsklientel zu der im Bundesdurchschnitt bestehen bei der *Geschlechtsverteilung*. In Sachsen ist der Anteil der weiblichen SBB-Klientinnen mit HD alkoholbezogener Störungen geringer als im Bundesdurchschnitt (26 % vs. 30 %) und komplementär bei illegalen Drogen deutlich höher: In den sächsischen SBB findet sich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ein höherer weiblicher Anteil in den HD-Gruppen Opioiden (31 % vs. 23 %), Cannabinoide (21 % vs. 16 %) und Stimulanzien (34 % vs. 29 %). Hinsichtlich der Altersverteilung in den einzelnen Substanzgruppen bei Betreuungsbeginn bestehen hingegen mit Ausnahme der HD Opioiden, wo in Sachsen der Anteil von 25- bis 39-Jährigen deutlich über dem im Bundesgebiet liegt, kaum Unterschiede. Beim Einstiegsalter zeigen sich lediglich für die Gruppe mit einer alkoholbezogenen Störung Unterschiede zum Bundesdurchschnitt (Sachsen: 14,7 Jahre; Bund: 16,3 Jahre).

Die Anzahl der Fälle, die *mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt* leben, ist in den letzten acht Jahren in Sachsen um 40 % gestiegen, während dieser im Bundestrend im gleichen Zeitraum mit leichten Schwankungen stagniert.

Die *sozioökonomische Situation* der SBB-Klienten in Sachsen ist nach wie vor prekär. Der Anteil von Fällen ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung beträgt bei illegalen Drogen fast die Hälfte, bei Stimulanzien genau 50 %. Damit liegt Sachsen in Bezug auf den Anteil von Fällen ohne abgeschlossene Berufsausbildung über dem Bundesdurchschnitt (33 % gesamt; 55 % bei Opioidfällen, 54 % bei Cannabinoidfällen, 46 % bei Stimulanzienfällen). Ähnliches gilt für den Erwerbsstatus. Der Anteil von ALG II-Beziehenden in der SBB-Klientel (Durchschnitt 41 %) fällt in der Gruppe der Opioidfälle (61 %) und der Stimulanzienfälle (55 %) besonders hoch aus. Im Bundesgebiet sind dagegen über alle Hauptdiagnosen hinweg rund 31 % der Fälle ALG II-Berechtigte (Opioiden: 54 %, Stimulanzien: 43 %).

In Sachsen wurden im Jahr 2017 insgesamt 971 *Substitutionsbehandlungen* durchgeführt, die in 56 % der Fälle durch die SBB begleitend betreut wurden. Seit 2012 ist ein Rückgang der Substitutionstherapien um 31 % zu verzeichnen. Bundesweit ist die Anzahl der Substitutionen von 72.200 (2008) auf 78.800 (2017) demgegenüber sogar gestiegen. Diese Daten spiegeln die relativ geringere Bedeutung der Opioid-Problematik in Sachsen wider, die sich tendenziell noch weiter abzuschwächen scheint.

Im altersstandardisierten Vergleich in den Fallzahlen *vollstationärer Behandlungen in Akutkrankenhäusern* liegt Sachsen im Bundestrend. In Sachsen wurde im Jahr 2016 in insgesamt

149 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2017). *SLS – Jahresbericht 2016*. Abgerufen am 12.07.2018 von <http://www.slsev.de/Sucht2016.pdf>

150 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2016*, Tab. 1.01.

151 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband alle Bundesländer 2012–2016*, Tab. 2.01.

152 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband alle Bundesländer 2016*, Tab. 2.01.

20.083 Fällen ein stationärer Krankenhausaufenthalt aufgrund suchtspezifischer HD durchgeführt, davon in 31 % aufgrund akuter Intoxikation (substanzübergreifend: F10.0-F19.0). Akutstationäre Behandlungen aufgrund Suchtmittelproblematik werden dominierend durch Alkohol verursacht. Die HD Alkohol nimmt in der akutstationären Versorgung mit 77 % einen weitaus größeren Anteil ein als in der SBB (55 %), entspricht aber ungefähr den Daten des gesamten Bundesgebietes (HD Alkohol: 75 %). Offenbar produzieren Patienten mit alkoholbezogener HD durch häufigere akutstationäre Wiederaufnahmen einen relativ größeren Anteil von Behandlungsfällen als bei illegalen Substanzen.

Der Anteil durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund alkoholbezogener Diagnosen an allen substanzbezogenen Diagnosen liegt im Jahr 2016 in Sachsen unter (Sachsen: 66 % vs. Bund: 78 %) und der Anteil der Fälle aufgrund illegaler Drogen entsprechend über dem Bundesdurchschnitt. Unterschiede bestehen insbesondere bei den opioidbezogenen (Sachsen: 0,6 % vs. Bund: 1,9 %) und den cannabinoidbezogenen Diagnosen (Sachsen: 3 % vs. Bund: 6 %). Demgegenüber sind stimulanzenbezogene Behandlungsanlässe in Sachsen ca. dreimal so häufig wie im Bundesgebiet (12 % vs. 4 %). Weiterhin ist der Anteil an Behandlungsfällen aufgrund multiplen Substanzgebrauches und des Konsums anderer psychotroper Substanzen in Sachsen mit 17 % mehr als doppelt so hoch wie im Bundesgebiet mit 7 %.¹⁵³

In den sächsischen *Selbsthilfegruppen* hat der Anteil der weiblichen Teilnehmer seit dem Jahr 2000 leicht zugenommen, liegt in Sachsen aber deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (27 % Sachsen vs. 32 % Bund). Der Anteil der *Angehörigen* in den SHG liegt derzeit bei 14 % und damit ebenfalls unter dem Bundesdurchschnitt (21 %). Der Anteil der weiblichen Angehörigen in den SHG liegt in Sachsen vergleichbar bis leicht über dem bundesweiten Durchschnitt (80–87 % vs. 80 %)^{154, 155}.

153 Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2018). Krankenhausstatistik, Teil II (Diagnosen). GBE-Bund (Statistisches Bundesamt: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen).

154 Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2015). SLS – Sucht-Selbsthilfe im Freistaat Sachsen, 2015. Abgerufen am 04.07.2018 von <http://www.slsev.de/Suchtselbsthilfe2015.pdf>

155 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010). Statistik 2010. Abgerufen am 19.10.2018 von http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Information/Statistik/Statistik_5_Verbaende_Selbsthilfe_Aktuell.pdf

8 Zugangswege, Kooperationen und Schnittstellen

8.1 Bedeutung

Als *Schnittstellen* werden Kooperationsknoten bezeichnet, die einen möglichst reibungslosen Zugang der Patientinnen und Patienten ins Suchtversorgungssystem sowie den Übergang zwischen den unterschiedlichen Versorgungssegmenten, Behandlungssektoren und -einrichtungen innerhalb des Suchthilfesystems sowie zu den übrigen Hilfesystemen gewährleisten sollen. Den *Schnittstellenübergängen* kommt eine herausragende Bedeutung für die Versorgungskontinuität und damit für das langfristige Behandlungsergebnis zu, da jede Unterbrechung der Versorgungskette mit Wartezeit zwischen den einzelnen Behandlungsstufen und -maßnahmen das Rückfallrisiko von Suchtpatientinnen und -patienten drastisch steigern kann. Gemäß dem in den einschlägigen Therapieleitlinien zu Suchterkrankungen geforderten *Prinzipien der Nahtlosigkeit* sollen die Betroffenen deshalb möglichst frühzeitig auf strukturierten Behandlungspfaden durch das Versorgungssystem geleitet werden und in der Zuständigkeitskette möglichst „nahtlos“ „übergeben“ werden.^{156,157,158,159} Die Gewährleistung einer ausreichenden *Versorgungskontinuität* erfordert strukturell eine nachhaltige Kooperation und Koordination der verschiedenen Anbieter und Leistungssektoren sowie der verschiedenen Angebote und Interventionen des Versorgungssystems.

Personen mit substanzbezogenen Problemen oder Abhängigkeitsstörungen finden nicht immer direkt ins suchtspezifische Versorgungssystem. Oftmals vergehen Jahre, bevor erstmalig Kontakt zum Hilfesystem gesucht wird. Oftmals bedarf es einer proaktiven Thematisierung von individuellen Suchtproblemen und einer initialen Motivierung, um Betroffenen den Weg in die Suchthilfe zu bahnen. Deshalb wird in den einschlägigen Leitlinien gefordert, die Zugangssteuerung und die Überleitung ins Suchtbehandlungssystem im Gesundheitsversorgungssystem zu optimieren.¹⁶⁰ Da Personen mit Substanzkonsumstörungen häufig nicht wegen ihrer Suchtproblematik, sondern wegen gesundheitlicher Folgeschäden oder aufgrund anderer medizinischer Behandlungsanlässe Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem aufnehmen, sollten insbesondere niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie fachärztliches Personal in Krankenhäusern für die Thematik weiter sensibilisiert und die Inanspruchnahme durch Betroffene an der Zugangsschnittstelle zum Suchthilfesystem unterstützt werden. Zu diesem Zweck werden von der Sächsischen Landesärztekammer vielfältige Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Suchtthematik angeboten.

156 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, & DGPPN (2016). *S3-Leitlinie Methylamphetaminbezogene Störungen*. Berlin: Springer.

157 Behrendt, K., Kunstmann, W., Wanek, V., & Weissinger, V. (2012). Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. *Sucht*, 58, 203–205.

158 Missel, P., Koch, A., Arens, J., Funke, W., Köhler, J., Lange, N., ... & Hoch, E. (2016). Entwöhnungsbehandlung und andere Formen der Postakutbehandlung. In *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (S. 288–333). Berlin: Springer.

159 Härtel-Petri, R., Löhner, B., Hamdorf, W., Harfst, T., Jeschke, P., Vilsmeier, F., ... & Wodarz, N. (2017). Symptomatik, Diagnostik und Behandlungsplanung. In *S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen* (S. 10–29). Berlin: Springer.

160 Günthner, A. et al. (2016). Versorgungsorganisation. In K. Mann, E. Hoch, & A. Batra (Hrsg.), *S3-Leitlinie Screening Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störung* (S. 191–210). Berlin: Springer.

8.2 Zugangswege, Konsumdauer und Zeiträume bis zum Zugang ins Suchthilfesystem

Zugangswege

In der Deutschen Suchthilfestatistik werden die Zugangs- bzw. Vermittlungswege in die Suchtberatung (SBB) dokumentiert. Diese stellen einen Indikator für Kooperationen mit anderen Instanzen und Versorgungsbereichen außerhalb des Suchthilfesystems dar. Im Jahr 2016 meldete sich die Mehrheit der Klientinnen und Klienten (39 %) selbst in der SBB an, das heißt ohne Vermittlung durch eine andere Instanz. Der größte Anteil externer Vermittlungen in die Suchthilfe entfällt auf Krankenhäuser und Familien (mit je 9 %), gefolgt von Justizbehörden/Bewährungshilfe, Sozialdiensten der JVA/ Maßregelvollzügen, ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sowie ARGE/ Jobcenter (mit je 5%; vgl. Tab. 8.2.1).¹⁶¹

Vermittlung durch...	Anteile von Klienten
keine/Selbstmelder	39 %
Krankenhaus(-abteilung)	9 %
Familie	9 %
Justizbehörde/Bewährungshilfe	5 %
Sozialdienst JVA/Maßregelvollzug	5 %
ärztliche/psychotherapeutische Praxis	5 %
ARGE/Job-Center	5 %
Einrichtung der Jugendhilfe/Jugendamt	4 %
Suchtberatungs-/-behandlungsstelle	4 %
stationäre Rehabilitationseinrichtung	3 %
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	2 %
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	2 %
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	2 %
andere	9 %

Anmerkungen: Zugänge ($n = 8.635$) mit Hauptdiagnose, 2016

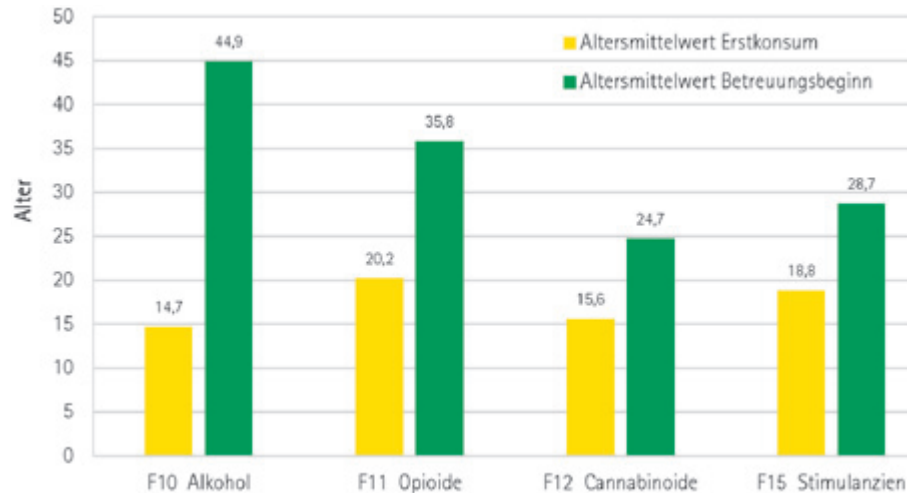
Tab. 8.2.1: Vermittlungswege ins Suchthilfesystem.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

¹⁶¹ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 3.07.

Zeiträume bis Erstzugang ins Suchthilfesystem

Der Zeitraum zwischen selbstberichtetem Erstkonsum und Betreuungsbeginn der Klienten der ambulanten Suchtberatung und -behandlung variiert in Abhängigkeit der Substanz stark (Abb. 8.2.1).¹⁶² Dabei weichen die Altersmittelwerte nicht wesentlich vom den Altersmittelwerten aller Bundesländer ab. Einzige Ausnahme stellt der Erstkonsum von Hilfesuchenden mit einer HD alkoholbezogene Störung dar, welcher in Sachsen unter dem des Bundes liegt (14,7 Jahre vs. 16,3 Jahre).¹⁶³

Abb. 8.2.1: Vergleich Altersmittelwerte Erstkonsum und Betreuungsbeginn nach Hauptdiagnosen.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen



Der Zeitpunkt des Erstkonsums kann nicht mit Behandlungs- oder Versorgungsbedarf gleichgesetzt werden. Dennoch sind diese Informationen relevant für die Bedarfsplanung sowie für die Konzipierung von Präventionsmaßnahmen.

Der aussagefähigere Indikator für einen frühzeitigen Zugang ins Suchthilfesystem ist die Zeitspanne zwischen Störungsbeginn und Aufnahme einer Betreuung. Der Störungsbeginn wird am Anfang einer Beratung oder Behandlung von den Fachkräften explorativ rekonstruiert und stellt damit einen retrospektiven Schätzwert unklarer Validität dar. Er kann aber als Indikator für den Zeitrahmen angesehen werden, in dem die ratsuchende Person klinisch bedeutsame Probleme des Suchtmittelkonsums und damit subjektiven Hilfebedarf erinnert. Die rekonstruierte Störungsdauer bei Klientinnen und Klienten zum Zeitpunkt des Betreuungsbeginns in einer SBB 2016 (n = 5.599) beträgt im Durchschnitt ebenfalls mehrere Jahre (Tab. 8.2.2).¹⁶⁴ Der Anteil der Fälle mit mehr als 10-jähriger Störungsdauer liegt bei HD Alkohol (59 %) und Opioide (58 %) besonders hoch. Auch bei Cannabinoid-Fällen beträgt der Anteil mit über 10 Jahren Störungsdauer fast die Hälfte (47 %). Bei stimulanzenbezogener Diagnose erfüllen zu Betreuungsbeginn in der SBB mehr als ein Drittel der Fälle (36 %) die Diagnosekriterien für die Substanzkonsumstörung seit mehr als 10 Jahren und weitere 28 % seit 5 bis 10 Jahren. Der Anteil mit 10 oder mehr Jahren Dauer von Störungsbeginn bis zur Erstinanspruchnahme in der SBB fällt bei Stimulanzien deutlich kleiner aus als bei den anderen Substanzgruppen. Die klinisch erwünschte und in den Leitlinien geforderte frühzeitige Intervention in den ersten drei Jahren nach Störungsbeginn erfolgt in Sachsen ebenso wie im Bundesgebiet nur in der Minderheit der Fälle: Stimulanzien (Sachsen: 21 %; Bund: 25 %), Cannabinoide (Sachsen: 23 %; Bund: 22 %), Opioide (Sachsen: 14 %; Bund: 19 %) und Alkohol (Sachsen: 13 %; Bund: 12 %).

Tab. 8.2.2: Störungsdauer bei Betreuungsbeginn in SBB nach Einzeldiagnosen im Jahr 2016.
Quelle: Deutsche Suchthilfestatistik Sachsen

Diagnose	Dauer der Störung						N
	bis 1 Jahr	bis 2 Jahre	bis 3 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	mehr als 10 Jahre	
Alkohol	7 %	3 %	3 %	8 %	19 %	59 %	2.590
Opioide	6 %	5 %	3 %	6 %	22 %	58 %	342
Cannabinoide	12 %	5 %	6 %	10 %	20 %	47 %	1.092
Stimulanzien	9 %	6 %	6 %	14 %	28 %	36 %	1.575

¹⁶² Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen 2016, Tab. 2.02 und 4.06.

¹⁶³ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband alle Bundesländer 2016, Tab. 4.06.

¹⁶⁴ Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), Tabellenband Freistaat Sachsen; Tabellenband alle Bundesländer; 2016

8.3 Schnittstellen und Kooperationen mit anderen ausgewählten Hilfebereichen

8.3.1 Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter

Jobcenter existieren in Sachsen in acht Landkreisen als gemeinsame Einrichtungen der Bundesagentur für Arbeit (BA) und in fünf Landkreisen als zugelassene kommunale Träger (zkt). Nach Abfrage über das SMS (2018) berichteten die Jobcenter, dass Klientinnen und Klienten mit einer Substanzkonsumstörung insgesamt nur in sehr geringem Ausmaß von der verbesserten Arbeitsmarktsituation im Freistaat profitieren konnten. Als Vermittlungshemmnisse werden genannt:

- Dominierende Bedeutung der Suchterkrankung im Lebensalltag der Betroffenen;
- Gesundheitliche und psychische Beeinträchtigungen aufgrund der Suchterkrankung;
- Unzufriedenheit der Arbeitgeber und Kündigungen innerhalb der Probezeit;
- Drogenkonsum (Crystal) zum Erhalt oder der Steigerung der Arbeitsleistung.

Aufgrund der nach wie vor problematischen Erwerbs- und Beschäftigungssituation suchtkrank Menschen besteht ein hoher Bedarf an Unterstützung u.a. durch Jobcenter, um diese in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse zu (re-)integrieren. Die (Wieder-) Erlangung der Erwerbsfähigkeit und die Integration in strukturierte Arbeitsverhältnisse unterstützen dabei auch wesentlich die Nachhaltigkeit von Therapieerfolgen in der Suchtbehandlung.

Mit Einführung des SGB II im Jahre 2005 haben sich auf Grundlage des § 16 a SGB II unterschiedliche Kooperationsstrukturen zwischen der Suchthilfe und den Jobcentern entwickelt, welche im Berichtszeitraum verstetigt und z.T. intensiviert werden konnten. In erster Linie handelt es sich dabei um die Vermittlung bzw. Zuweisung von Jobcenter-Kunden in die Suchtberatung mittels Beratungsgutschein. Es besteht in einigen Regionen sowohl für die Mitarbeiter der Jobcenter als auch die Mitarbeiter der SBB die Möglichkeit, im Einzelfall und bei Bedarf den Kunden/den Klienten persönlich (aufsuchend) zu den jeweiligen Terminen zu begleiten. Darüber hinaus haben sich im Berichtszeitraum ebenso Fallbesprechungen bzw. Fallkonferenzen etabliert, bei denen bei Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtentbindungserklärung und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Erfordernisse ein Austausch zwischen den Mitarbeitern der Jobcenter und der SBB ermöglicht wird.

Im Rahmen der Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III werden durch die sächsischen Jobcenter verschiedene Maßnahmen angeboten.

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

Zur Erreichung dieser Ziele werden unter Berücksichtigung der individuellen Eignung für den Betroffenen überwiegend sämtliche zur Verfügung stehenden Förderinstrumente eingesetzt, in denen Personen mit multiplen Problemlagen dazu verholfen wird, eine Stabilisierung der persönlichen Situation zu erreichen und entscheidende soziale Kompetenzen und Tagesstruktur wieder zu erlangen. Dazu gehören beispielweise die Projekte „JobPerspektive Sachsen“, das Bundesprogramm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ und die Interne ganzheitliche Integrationsberatung (Inga) SGB III.

Ergänzend wird zudem beispielhaft auf Maßnahmen aus den Jobcentern im Landkreis Meißen sowie im Landkreis Görlitz verwiesen, welche explizit auf die Bedarfe suchtkrank und suchgefährdeter Langzeitarbeitsloser ausgerichtet sind. Im Landkreis Görlitz wurden ab 2016 über das Sozialteam STZ, den Verein für Suchtkrankenhilfe come back e.V. sowie die Diakonie Görlitz-Hoyerswerda insgesamt acht Maßnahmen mit einer Gesamtteilnahmezahl von 1.067 Personen angeboten. Der Landkreis Meißen berichtet von fünf Maßnahmen für diese Personengruppe. Von den zugewiesenen 115 Personen beendeten 27 die Maßnahme.

Die Kooperationen für die Zusammenarbeit zwischen den Jobcentern und der Suchthilfe in Sachsen sind regional heterogen und unterschiedlich stark formalisiert. So berichten alle Jobcenter über eine regelmäßige fallbezogene Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Jobcenter und der SBB. Einige Jobcenter arbeiten auf Basis von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen mit den SBB zusammen, die je nach Bedarf fortgeschrieben werden. Zudem wurden in den Jobcentern z.T. spezielle Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benannt, die zur Vereinfachung des Verfahrens im Kontakt mit den Mitarbeitern der SBB stehen. Überwiegend wird zudem von gut funktionierenden Netzwerken und einer engen Zusammenarbeit berichtet.

Die Möglichkeit eines geregelten fachlichen Austauschs mit dem Suchthilfesystem besteht in vielen Landkreisen. Unterschiede bestehen in Bezug auf organisierten Austausch auf fallübergreifender Ebene (zum Beispiel Arbeitskreise im Bereich „Sucht“ oder Fachaustauschgruppen). Die Wissensvermittlung über Suchterkrankungen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter wird regelmäßig über Schulungen und Fortbildungen gesichert, die durch verschiedene Anbieter wie Gesundheitsamt, örtliches Suchthilfesystem, Suchtbeauftragte im Jobcenter erfolgen.

8.3.2 Kooperation zwischen Suchthilfe und Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe fördert Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und hilft jungen Erwachsenen in besonders schwierigen Situationen. Sie berät und unterstützt Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung ihrer Kinder. Ebenso zählt zu ihren Aufgaben Kinder und Jugendliche vor Gefährdungen zu schützen – sowohl präventiv durch Aufklärung über mögliche Gefährdungsquellen als auch durch entsprechende Interventionen. Handlungsleitend für die Leistungserbringer im Rahmen des SGB VIII ist immer das Wohl des Kindes.

Eine elterliche Suchterkrankung stellt dabei eine der zentralen Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Mit der elterlichen Suchterkrankung gehen häufig ungünstige Lebensumstände einher (siehe Kap. 9). Die entsprechenden Folgen können für Kinder und Jugendliche sehr tiefgreifend sein und neben eventuellen körperlichen Schädigungen auch psychische Probleme hervorrufen. Um vorzubeugen bzw. bereits eingetretene Folgen entgegenzuwirken, ist die Kooperation zwischen Sucht- und Kinder- und Jugendhilfe unerlässlich.

Es kann festgestellt werden, dass sich seit der Veröffentlichung des 2. Sächsischen Drogen- und Suchtberichts im Jahr 2013 positive Ansätze von Kooperations-, Vernetzungs- und Schnittstellenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe auf regionaler Ebene im Freistaat Sachsen herausgebildet, ausgebaut und verstetigt haben. Durch die beiderseitige Anerkennung der Systeme konnte eine Verbesserung der Hilfen erzielt werden. Dies wurde u. a. in einem vom Landesjugendhilfeausschuss initiierten Fachgespräch zur Bilanzierung der bisherigen Zusammenarbeit der Systeme Jugendhilfe und Suchthilfe deutlich.

Das Fachgespräch fand am 13. November 2018 zum Thema „Strategien der Zusammenarbeit von Suchthilfe und Jugendhilfe im Kontext der Hilfen zur Erziehung und angrenzender Leistungen“ statt. Inhalt des Fachgesprächs waren im ersten Teil die Vorstellung von Beispielen gelingender Zusammenarbeit von Suchthilfe und Jugendhilfe (weitere Beispiele siehe Kap. 9). Der zweite Teil des Fachgesprächs beinhaltete eine Diskussion zum Stand und Weiterentwicklungsbedarfen der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit beider Hilfesysteme. Nachfolgend werden wesentliche Inhalte des Fachgesprächs vorgestellt.

Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht

Die Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht (SoFaSu) des Caritasverbandes Zwickau bildet ein Bindeglied zwischen ambulanter Jugendhilfe und der Suchtberatung. Im Fokus stehen Familien mit minderjährigen Kindern, in denen die Suchtproblematik eines oder beider Elternteile ein zentrales Problem bei der Ausübung der elterlichen Sorge darstellt. In Anspruch genommen werden kann die Leistung, wenn die Voraussetzungen nach §31 SGB VIII erfüllt sind. Die Fachkraft der SoFaSu ergänzt die Leistungen der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) mit suchtfachspezifischen Hilfen in einem zeitlichen Umfang von bis zu drei Wochenstunden pro Familie. Primär findet die Arbeit dabei in Familien statt, welche bereits durch den Träger im Rahmen einer Sozialpädagogischen Familienhilfe betreut werden. Bei freien Kapazitäten können auch weitere Träger unterstützt werden. Die Leistungen der SoFaSu-Fachkraft können abgerufen werden, wenn das Jugendamt den Bedarf feststellt. Zum Aufgabenbereich gehören:

- spezialisierte Suchtberatung in Form von Einzel-, Paar- und Familiengesprächen,
- Bedarfsprüfung, Vorbereitung und Vermittlung von stationären Therapien (gegebenenfalls Eltern-Kind-Behandlungen), bei besonderem Bedarf Transport/ Begleitung der Familie zur Therapie,
- Punktuelle Tätigkeit (in Absprache und gegebenenfalls gemeinsam mit der SPFH) in der Wohnung der Familie,
- Anlassbezogene Durchführung von Drogenschnelltests,
- Regelmäßige oder anlassbezogene Fallbesprechungen mit der SPFH,
- Mitwirkung/ Teilnahme an Hilfeplangesprächen gemäß § 36 SGB VIII,
- Perspektivisch: Angebot von Trainingskursen zur Erhöhung der Elternkompetenz für den speziellen Bedarf der Zielgruppe.

Mit-Kind-Projekt

Im Kontext stationärer Hilfeleistungen bietet das Gemeinschaftsprojekt der evangelischen Fachkliniken Heidehof gGmbH und des Diakonischen Werkes – Stadtmission Dresden e.V. eine Möglichkeit zur gemeinsamen Unterbringung eines suchtblasteten Elternteils und dem Kind. Aufgenommen werden können sowohl Mütter als auch Väter und Kinder im Alter von 2–7 Jahren. Während des Aufenthaltes in der Einrichtung absolvieren die Eltern eine vollumfängliche Suchttherapie, während die Kinder innerhalb des Geländes durch eine separate Einrichtung der Stadtmission Dresden bedarfsadaptiert betreut werden. Der Bedarf orientiert sich an den regelmäßig stattfindenden Hilfeplangesprächen und der engen Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. Im Fokus steht weiterhin die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen durch begleitete Umgänge, psychoedukative Seminare zu Erziehungsfragen und eine begleitete Eltern-Kind-Spielgruppe. Zur gezielten Förderung der Kinder werden zusätzlich externe Hilfen wie Logo- und Ergotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderärzten und Reittherapie hinzugezogen. Voraussetzungen für die Aufnahme in der Einrichtung sind die Bereitschaft der Eltern zur Integration in das Sucht- und Jugendhilfesystem und die Co-Finanzierung durch vorliegende Kostenzusagen der Kostenträger (DRV, KK, KSV, Jugendamt). Aktuell können bis zu 8 Eltern-Kind-Paare aufgenommen werden.

Netzwerk und Kooperationen des Jugendamtes und Gesundheitsamtes Dresden

Das Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden hat die eigenen Strukturen hinsichtlich einer institutionsübergreifenden Zusammenarbeit überprüft und weiterentwickelt. In den Fokus rückte die gezielte Vernetzung von Leistungen des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes, Suchthilfeeinrichtungen und der Suchtberatung. Neben der Qualifizierung der Zusammenarbeit im Kinderschutz zwischen dem Jugendamt und Dresdner Kliniken, wurde ein Strategiepapier zur Suchtprävention durch das Gesundheitsamt erarbeitet. Innerhalb des Jugendamtes erfolgte eine verstärkte Qualifizierung der Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Diensts zum Thema Sucht. Weiterführend finden regelmäßige Austausch- und Fortbildungsveranstaltungen u.a. durch Suchtberatungsstellen für die Fachkräfte statt. Besonders im Bereich der Hilfen zur Erziehung stieg die Bedeutung des Thema Sucht und die damit verbundene Qualifizierung in den Vordergrund. Im Umgang mit Suchtmittel konsumierenden Eltern entstand dadurch eine Handlungsempfehlung/-orientierung. Als großes Ziel sehen die Kooperationspartner der Stadt Dresden ein gemeinsames Handeln. Diese strukturelle Zusammenarbeit mündet in einem Netzwerk von Akteuren (Jugendamt, Gesundheitsamt, Suchtberatung, freie Träger, Polizei, et cetera), die sich in Arbeitsgemeinschaften und Unterarbeitskreisen zur Thematik regelmäßig treffen.

Stand und Weiterentwicklungsbedarfe der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe

- Es bedarf verlässlicher Kooperationsstrukturen, die sich auf der Basis eines Fachdiskurses entwickeln. Die auf dem Fachtag vorgestellten Dresdner Handlungsempfehlungen zwischen den freien Trägern der Jugendhilfe, der Abteilung Allgemeiner Sozialer Dienst sowie den Dresdner Suchtberatungsstellen können diesbezüglich ein Beispiel auch für andere Landkreise und kreisfreie Städte sein.
- Eine fallübergreifende Arbeit an den Schnittstellen zwischen Sucht- und Kinder- und Jugendhilfe braucht strukturelle Voraussetzungen. Bei der Entwicklung vernetzender, kooperierende Strukturen in den Landkreisen/kreisfreien Städten können Suchtbeauftragte/-koordinatoren eine wichtige Funktion übernehmen.
- Es besteht weiterhin die Notwendigkeit zur Kompetenzerweiterung von Suchtkrankenhilfe und Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere in Bezug auf die Förderung der Elternkompetenz im konkreten Einzelfall als Aufgabe beider Systeme, Hierzu gehören nicht nur zentrale und projektbezogene Fortbildungsveranstaltungen um die Handlungsstrategien des jeweils anderen Systems zu verstehen, sondern auch gemeinsame vertiefende Workshops im regionalen Kontext, in denen zum Beispiel ASD-Mitarbeiter/innen gemeinsam mit Fachkräften der Suchthilfe Lösungsstrategien entwickeln.
- Darüber hinaus ist eine Zusammenarbeit von Suchtkrankenhilfe und Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf eine eventuelle Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII beim Verbleib des Kindes im suchtmittelkonsumierenden Familiensystems während der Therapie notwendig. Wenn zum einen aus Sicht der Suchtkrankenhilfe eine familiensystemerhaltende Therapieform stabilisierend und positiv auf den Therapieverlauf der suchtmittelgebrauchenden Eltern wirkt, muss zum anderen aber die Kinder- und Jugendhilfe entsprechend ihres Auftrages die teilweise eingeschränkte Erziehungskompetenz und die damit einhergehenden möglichen Gefährdungen für das Wohl des Kindes einschätzen und abwägen. Insbesondere vor diesem Hintergrund macht sich eine kontinuierliche und nachhaltige Zusammenarbeit beider Systeme unabdingbar. Für die konkrete Ausgestaltung sind in einem fachübergreifenden Diskurs Antworten zu finden. Gleichfalls sind beide Systeme gefordert gemeinsame Angebote zur Nachsorge von erfolgreich therapierten Eltern mit ihren Kindern zu entwickeln.

9 Familien mit einer Suchtbelastung

9.1 Zur Situation betroffener Familien

Eine Suchterkrankung einer oder beider Elternteile ist eine der zentralen Risiken für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Es wird geschätzt, dass etwa jedes 6. Kind von Substanzkonsumstörungen eines Elternteiles betroffen ist.¹⁶⁵ In Sachsen lag die Anzahl von Klientinnen und Klienten in der SBB, die mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben im Jahr 2016 bei 1.578 Fällen (Steigerung seit 2012 um 25,7%). Suchterkrankungen der Eltern sind häufig mit ungünstigen Lebensumständen verbunden wie nachteilige sozioökonomische Bedingungen, soziale Ausgrenzung, Vernachlässigung, instabiles Erziehungsverhalten, geringe Zuverlässigkeit, unsichere Bindung, Trennung von den Eltern, Fremdunterbringung, Parentifizierung der Kinder, Konflikte, Aggressivität und Gewalt in der Familie.¹⁶⁶ Die Folgen können für die Kinder neben körperlichen Schädigungen insbesondere psychische Probleme umfassen. Diese sind vor allem dann zu erwarten, wenn wichtige Schutzfaktoren nicht oder in geringem Maße vorhanden sind und nicht gefördert werden.

Die Gefährdung von Kindern beginnt aber bereits vor der Geburt (siehe Kap. 5.5). Der Drogen- und Alkoholkonsum werdender Mütter während der Schwangerschaft ist mit potenziell gravierenden Schadensrisiken beim ungeborenen Kind verbunden.¹⁶⁷ Psychoaktive Substanzen werden über die Plazenta auf den Embryo/Fetus übertragen und führen pränatal zur Abhängigkeit des ungeborenen Kindes, zu Wachstumsstörungen, angeborenen Fehlbildungen und Organschäden sowie zu Entzugssymptomen und erhöhter Infektanfälligkeit des Neugeborenen nach der Geburt. Im Langzeitverlauf kommt es zu bleibenden neurokognitiven Schäden sowie Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten, die über das Jugendalter hinaus bestehen bleiben können.¹⁶⁸ Als Langzeitfolgen zeigen ca. drei Viertel aller betroffenen Kinder Entwicklungsdefizite wie verzögerte Sprach- und motorische Entwicklung durch dauerhaft erhöhten Muskeltonus mit eingeschränkter Beweglichkeit, Schwierigkeiten beim Krabbeln, überstreckten Gelenken und der Vermeidung von Beugebewegungen. Weiterhin wurden Lern-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, eine erhöhte Stressreagibilität sowie besondere Verhaltensauffälligkeiten (Aggressivität, Ängstlichkeit, Deprimiertheit, Zurückgezogenheit) bis ins Grundschulalter beobachtet.¹⁶⁹ Nach der Geburt kommt es aufgrund der Substanzexposition durch Stillen, Deprivation aufgrund elterlicher Vernachlässigung oder familiärer Gewalt oftmals zu weiteren Kindeswohlgefährdungen. Nach einer Erhebung der Uniklinik Dresden wurden 33 % der Kinder aus dem Versorgungspfad des Projektes *Mama denk an mich* in Fremdunterbringung entlassen.¹⁷⁰

Die Statistik der Kinderschutzgruppe des Uniklinikums Dresden weist für 2017 folgende Daten aus: 2017 gab es 28 gesicherte Fälle von Drogenabusus, das heißt es lag ein positiver Drogentest vor. Von diesen 28 Fällen lagen 26 Kinder in der Altersgruppe 0 bis 3 Jahre, ein Kind war zwischen 4 bis 7 und ein Kind zwischen 7 bis 9 Jahren. In 18 Fällen wurden die Mütter bzw. Kinder positiv auf illegale Drogen getestet (vorrangig Crystal und Cannabis), in 8 Fällen bestand Alkoholabusus und in 2 Fällen wurden illegale Drogen und Alkohol konsumiert.

Im Rahmen des BMG-Projekts „Crystal Meth und Familie“ wurden Informationen zur familiären Situation Methamphetamin-Konsumierender und zur psychosozialen Lebensumwelt der

165 Klein, M. (2003). *Kinder suchtkrankter Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen*. In: *Familiengeheimnisse – wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden. Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

166 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017). *Drogen- und Suchbericht der Bundesregierung 2017*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

167 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, & DGPN (2016). *S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen*. Berlin: Springer.

168 Mühlig, S., Dirks, H., Dyba, J., Klein, M., Paulick, J., Scherbaum, N., & Siedentopf, J. P. (2017). Besondere Situationen. In *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung BMG, BÄK, & DGPN (Hrsg.), S3-Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen* (S. 117–139). Berlin: Springer.

169 *ibid.*

170 Dinger et al., (2018). Familien mit Methamphetamin-Konsum – Risiken und Hilfen für Mutter und Kind. *Sucht*, 62, 85–92.

mitbetroffenen Kinder in Sachsen erhoben, Fallakten der sächsischen Suchthilfe analysiert und qualitative Interviews mit (ehemals) konsumierenden Eltern durchgeführt. Zudem erfolgte eine standardisierte psychologische Diagnostik der Kinder. Im Ergebnis fanden sich in der Elternbefragung deutliche Hinweise auf psychische Belastungen bei betroffenen Kindern sowie Verhaltensauffälligkeiten. Hinsichtlich des Erziehungsverhaltens der Eltern wurde inkonsistentes, für die Kinder unberechenbare Verhaltensweisen beschrieben. Insgesamt wurden die Lebensumstände der Kinder, unter anderem durch soziale Ausgrenzung und Straffälligkeit der Eltern, als stark problembelastet beschrieben.¹⁷¹

9.2 Statistische Daten

Aktuelle Schätzungen zum Gesamtumfang der Anzahl von Kindern aus suchtbelasteten Familien liegen nicht vor. Aus einer aktuellen Bevölkerungsstudie des Robert Koch-Instituts geht hervor, dass etwa 22% der Elternteile, die mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen und von 14% ein regelmäßiges Rauschtrinken vorliegt.¹⁷² Hochgerechnet entspricht dies etwa 3,8 Millionen Elternteilen mit riskantem Alkoholkonsum und etwa 2,4% mit einem regelmäßigen Rauschkonsum. Berücksichtigt man die durchschnittliche Anzahl von Kindern in Deutschland, ist davon auszugehen, dass bis zu 6,6 Millionen Kinder und Jugendliche mit einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. etwa 4,2 Millionen Kinder und Jugendliche mit einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschkonsum zusammenleben. Auf der Grundlage früherer epidemiologischer Studien unter Verwendung diagnostischer Kriterien zu Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol ist davon auszugehen, dass etwa jeder siebte Jugendliche in Deutschland mit einem Elternteil zusammenlebt, bei dem eine alkoholbezogene Störung vorliegt.¹⁷³ Dies bedeutet, dass hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung etwa 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betroffen sind.¹⁷⁴

Daten der sächsischen Suchtberatungs- und -behandlungsstellen legen nahe, dass die Anzahl von Klientinnen und Klienten, die mit Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben, in den letzten acht Jahren von 1.129 Klientinnen und Klienten (2008) auf 1.578 (2016) um 40 % gestiegen ist.¹⁷⁵

9.3 Angebote für Familien mit einer Suchtbelastung

Auf Grund der zunehmenden Zahlen von Klientinnen und Klienten, bei denen Kinder mit im Haushalt leben und der besonderen Situation dieser Kinder wurden im Berichtszeitraum verstärkt Anstrengungen zur Etablierung von Unterstützungssystemen und -angeboten unternommen (siehe auch Kap. 5 und Kap. 8.3.2).

Nachfolgend werden beispielhaft einige weitere Unterstützungsangebote vorgestellt.

„Plan B“

Die Stadtmission Chemnitz e.V. der Diakonie hat das Projekt zur familienorientierten Suchthilfe etabliert, das in Chemnitz eine eng abgestimmte Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsträger der Jugend- und Suchthilfe ermöglicht. Plan B richtet sich an suchtbelastete Elternteile sowie an deren Kinder (0 bis 18 Jahre). Adressaten der familienorientierten Suchthilfe sind außerdem Angehörige, Freunde sowie professionelle Helferinnen und Helfer. Ziel des Projektes ist, Abstinenzentscheidung der Eltern zu fördern bzw. das Konsumverhalten zu ändern, Kindeswohlgefährdungen und daraus resultierende Fremdunterbringung zu verhindern und die Familienresilienz zu stärken. Die professionellen Helferinnen und Helfer werden speziell geschult. Das Angebot nutzt die Fallberatung durch sozialpädagogische Familienhelfer sowie

171 Klein, M., Dyba, J., Moesgen, D., & Urban, A. (2016). *Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

172 Robert Koch-Institut (2016). *Abschlussbericht: Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien*. Berlin: Robert Koch-Institut.

173 Lachner, G., & Wittchen, H. U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In H. Watzl (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 43–90). Göttingen: Hogrefe.

174 Klein, M. (2005). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen*. Regensburg: Roderer.

175 Deutsche Suchthilfestatistik – (DSHS), *Tabellenband Freistaat Sachsen 2008–2016*, Tab. 2.06.

das Case Management mit Hilfe- und Veränderungsplanung in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Beteiligt sind u. a. Mutter-Kind-Einrichtungen, Krankenhäuser, Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) oder Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). Der Unterstützungszeitraum erstreckt sich über ein Jahr, kann aber bei Bedarf verlängert werden.

Inhaltlich werden suchtkranke Eltern informiert, zur Reflexion über ihren Suchtmittelgebrauch und dessen nachteiligen Einfluss auf das Familiensystem und den Familienalltag angeregt, in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung unterstützt. Zudem wird ein Krisenmanagement und eine Anbindung an das familientherapeutische und suchtttherapeutische Hilfesystem entwickelt. Die Beteiligten im Netzwerk der Jugendhilfe erhalten Informationen zur Suchterkrankung und zu deren Auswirkungen auf das Familiensystem, wobei bedarfsweise kollegiale Fallreflexionen angeboten und eine Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten der Hilfesysteme hergestellt wird. Weitere eingesetzte Methoden sind nachgehende und aufsuchende Hilfe, Einzel-, Paar- und Familienberatung, motivierende Gesprächsführung, nicht direktive Beratungsansätze, systemische Familienberatung und -therapie und sozialpädagogische Gruppenarbeit. Mit Plan B wurden die vorhandenen professionellen Hilfsangebote der Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe und anderer Hilfeformen (zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfen) zusammengeführt, wissenschaftlich begründete Handlungsgrundsätze wie Case Management in der professionellen Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen eingeführt und fach- sowie substanzspezifische Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe angeboten. Im Jahr 2017 waren insgesamt 225 ratsuchende Personen und Helfende, in Bezug auf das suchtbelastete Familiensystem, in Kontakt mit dem Projekt.¹⁷⁶

Nach einer Anfangsphase im Jahr 2015 stellt der Freistaat Sachsen seit 2016 jährlich über 100.000 Euro zur Arbeit des Projektes zur Verfügung.

„SHIFT“-Elterntaining

Das „SHIFT (Sucht-Hilfe-Familien-Training)“-Elterntaining wurde als gemeinschaftliches Projekt des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen und Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe Sachsens und Thüringens für das Handlungsfeld Familie entwickelt.¹⁷⁷ Die modularisierte Gruppenintervention für methamphetaminkonsumierende Eltern mit Kindern bis 8 Jahre zielt darauf ab, Probleme im familiären Zusammenleben abzumildern, indem die Familienresilienz, die Kompetenzen der Eltern und eine stabile Suchtmittelabstinenz gefördert werden.¹⁷⁸ Die Teilnahme am Programm ist kostenfrei. Das SHIFT-Elterntaining wird aktuell an folgenden fünf Standorten in Sachsen angeboten:¹⁷⁹

- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und Angehörige der Caritas Zwickau (in Kooperation mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe der Caritas Zwickau);
- Suchtberatungs- und Behandlungsstelle der Stadtmission Chemnitz e. V.;
- Diakonisches Kompetenzzentrum für Suchtfragen (DKZS) gGmbH im Vogtland (in Kooperation mit der Brücke Plauen e.V.);
- Jugend- und Suchtberatungsstelle der Landeshauptstadt Dresden (in Kooperation mit den Radebeuler Sozialprojekten gGmbH);
- Drogenfreie Wohngemeinschaften des Suchtzentrums Leipzig (in Kooperation mit der Suchtberatungs- und -behandlungsstelle „Alternative II“ des Zentrums für Drogenhilfe des Klinikums St. Georg in Leipzig).

Dresdner Pfad: „Mama denk an mich“

Am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden wurde ein Modellprojekt zur Detektion von drogenkonsumierenden Schwangeren sowie deren Betreuung und Unterstützung konzipiert und seit 2016 umgesetzt. Der sog. „Dresdner Pfad“ nach dem Konzept „Mama denk an mich“ stellt

176 Hilbig, K., Heidelbeer, D., Hahn, S., & Dobrig, A. (2017). *Evaluationsbericht für das ambulante Leistungsangebot PLAN B*. Familienorientierte Suchthilfe.

177 Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2018). *Wer steckt hinter SHIFT und wer bietet es an?* Abgerufen am 28.08.2018 von <https://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/shift/wer-steckt-hinter-shift-und-wer-bietet-es-an/>

178 Landeshauptstadt Dresden. (2018). *Dresdner Suchtbericht 2018*. Dresden. Abgerufen am 28.8.2018 von https://www.dresden.de/media/pdf/gesundheit/Sucht_Suchtbericht_2018.pdf

179 Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. (2018). *Wer steckt hinter SHIFT und wer bietet es an?* Abgerufen am 04.09.2018 von <https://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/shift/wer-steckt-hinter-shift-und-wer-bietet-es-an/>

ein interdisziplinäres Versorgungsprojekt insbesondere für Crystal-abhängige Eltern an einem Klinikum der Maximalversorgung dar. In diesem Rahmen kooperieren die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin), Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Spezialambulanz für Crystal-abhängige Schwangere) und Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Suchtambulanz) eng miteinander und vernetzen sich mit der kommunalen Sucht-, Jugend- und Familienhilfe. Das Ziel der Initiative besteht darin, drogenabhängige Eltern schon vor einer Schwangerschaft bzw. während der Vorsorge zu erkennen und ihnen Entwöhnungstherapie sowie andere Unterstützungsleistungen anzubieten. Die Entwöhnungstherapie kann in der Ambulanz für Suchterkrankungen oder durch eine vermittelte Suchtberatungsstelle erfolgen. Zusätzlich erfolgt eine medizinische Untersuchung und Betreuung des Kindes sowie eine Begleitung der Familie durch die Neugeborenenmedizin. In der Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden Mutter und Kind während der Schwangerschaft und Geburt begleitet und medizinisch betreut. Wird das Drogenproblem erst unter der Geburt erkannt, erfolgt die suchtspezifische Erstberatung in Form eines psychiatrischen Konzils in den ersten Tagen nach der Geburt. Solange sich die Neugeborenen in stationärer Behandlung befinden, können die Besuche der Mutter mit ambulanten suchtspezifischen Beratungsgesprächen verbunden werden. Das Primärziel dieser Suchtberatung besteht darin, eine vollständige Abstinenz der Mutter von allen Suchtmitteln zu erreichen. Dabei wird nach Schweigepflichtbefreiung der Suchtambulanz durch die Mutter bedarfsweise Kontakt zu Verwandten und anderen Vertrauenspersonen der Patientinnen und Patienten nötigenfalls auch Behörden, Institutionen wie zum Beispiel das Jugendamt und professionelle Hilfspersonen wie zum Beispiel der Familienhilfe hergestellt. In jedem Fall wird der Kontakt zu einer SBB vermittelt bzw. aufrechterhalten und ein regelmäßiges Drogenscreening im Urin durchgeführt. Zusätzlich wird eine sozialarbeiterische Unterstützung zur ökonomischen Grundsicherung, Lösung von sozialen Problemlagen und Bewältigung von sozialen Risikofaktoren angeboten.^{180, 181}

Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Da die Patientinnen und Patienten sowohl im Alkohol- als auch im Drogenbereich in den letzten Jahren jünger geworden sind, besteht zunehmend die Notwendigkeit, die Kinder dieser Patientinnen mit einzubeziehen.

Seit dem Jahr 2013 besteht die Möglichkeit, ein Kind mit zur Entgiftung aufzunehmen, sofern es nicht älter als neun Monate ist. Das Kind wird nicht als Patient sondern als Begleitperson geführt und muss von der Patientin/Mutter selbst finanziell versorgt werden (zum Beispiel Windeln, Brei). In der Regel wird die Aufnahme von Müttern mit Kind favorisiert, wenn sie nachfolgend eine Langzeittherapie anstreben.

Wesentlich häufiger ist, dass drogen- oder alkoholabhängige Mütter aufgenommen werden, deren Kinder bereits in Obhut genommen sind. In diesen Fällen werden gemeinsam mit dem Jugendamt Helferkonferenzen durchgeführt, um abzuklären, wie die weitere Behandlung laufen könnte. Häufig besteht die Möglichkeit, dass die Mütter nach einer solchen Helferkonferenz einen Antrag auf Langzeittherapie stellen, um die Kinder nach der Therapie zurück in den Haushalt zu bekommen oder ihr Kind in die Langzeittherapie mitzunehmen.

Vermittlungen sind erfolgreich und finden mindestens einmal monatlich statt.

Die Vorbereitung der Helferkonferenzen sowie die Antragstellung erfolgen durch das Krankenhaus. Teilnehmende sind neben dem Jugendamt zum Beispiel auch Familienbetreuer und Vormünder für die Kinder, wenn diese in Obhut genommen sind. Seitens der Klinik gibt es Kontakte zu diversen Rehabilitationseinrichtungen, die die Weiterbehandlung der Mütter übernehmen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, gegebenenfalls mit Kinderpsychiatern zusammenzuarbeiten sowie mit Gerichten, da es häufig auch um Gewalt in der Familie geht.

Aus der Erfahrung ist es insbesondere bei Müttern wichtig, gute Kontakte in das gesamte Umfeld zu schaffen.

180 Landeshauptstadt Dresden. (2018). *Dresdner Suchtbericht 2018*. Abgerufen von https://www.dresden.de/media/pdf/gesundheit/Sucht_Suchtbericht_2018.pdf

181 Dinger, J., Reichert, J., Henning, J., Hinner, P., Nitzsche, K., Pietsch, J., et al. (2018). „Mama denk an mich (MAMADAM): Ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Hilfsangebot für Mutter und Kind mit Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft. *Ärztblatt Sachsen*, 8, 331–337. Abgerufen am 10.08.2018 von https://www.slaek.de/media/dokumente/04presse/aerzteblatt/archiv/2011-2020/2018/08/0818_331.pdf

10 Polizeiliche, ordnungsrechtliche und strafrechtliche Maßnahmen

10.1 Polizeiliche und ordnungsrechtliche Maßnahmen

10.1.1 Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln

Unter Rauschmitteldelikten werden das unerlaubte Herstellen, Verarbeiten, Ein- und Ausführen von Betäubungsmitteln und der Handel mit diesen, verstanden. Sie schließen auch das unerlaubte Erwerben, Besitzen, Veräußern oder das sonstige Inverkehrbringen, sowie andere Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) mit ein.

Die Anzahl der Rauschgiftdelikte hat im Vergleich zum Jahr 2012 (8.875 Delikte) im Jahr 2017 (12.207 Delikte) deutlich zugenommen, mit einer zwischenzeitlichen Abnahme in den Jahren 2015 und 2016. Allgemeine Verstöße gegen § 29 Straftaten des BtMG bilden den überwiegenden Anteil an Rauschmitteldelikten. Am häufigsten sind zwischen den Jahren 2012 und 2017 allgemeine Verstöße in Verbindung mit Cannabis und Amphetaminen/Methamphetaminen aufgetreten mit Verschiebungen zwischen den Substanzen. Während Delikte im Zusammenhang mit Cannabis zugenommen haben, ist bei Amphetaminen und Methamphetaminen tendenziell ein Rückgang zu verzeichnen (Abb. 10.1.1).¹⁸²

Bei der Analyse der Trends ist zu beachten, dass es sich bei Betäubungsmitteldelikten um Kontrolldelikte handelt. Die Erfassung der Delikte hängt demnach auch von der Intensität der Kontrollmaßnahmen ab, das heißt es werden umso mehr Delikte bekannt bzw. aufgedeckt, je intensiver die Kontrollmaßnahmen sind. Andererseits wird das Entdeckungsrisiko durch eine geringere Kontrolldichte gesenkt, was wiederum die Verfügbarkeit von Rauschgiften erhöhen kann.

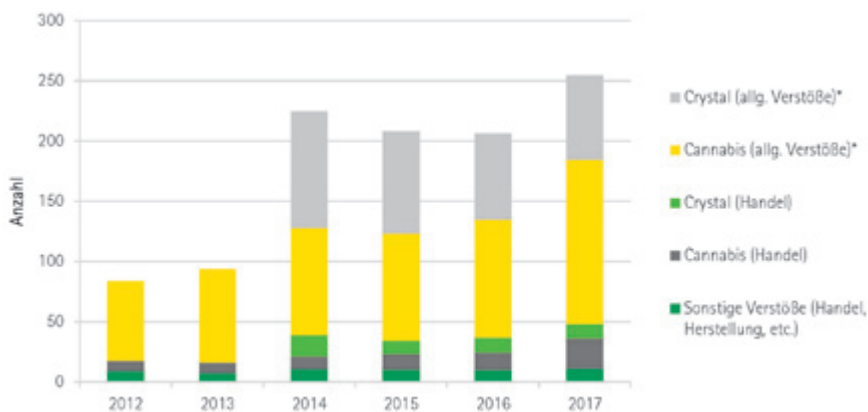


Abb. 10.1.1: Anzahl der Verfahren nach BtMG nach Art des Verstoßes und Substanzen pro 100.000 Einwohner für die relevantesten Sachverhalte, 2012–2017. Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen

Anmerkung: *keine Angaben zu 2012 und 2013

182 Eine umfassende Übersicht der Anzahl der Verfahren nach BtMG nach Art des Verstoßes und Substanzen zwischen 2012–2017 findet sich in der Anlage 10.

10.1.2 Sicherstellungsmengen 2012 bis 2017

Die Sicherstellungsmengen variieren stark zwischen den Jahren 2012 und 2017. Im Jahr 2015 wurden sehr hohe Mengen Ecstasy (356.799 Stück) und LSD (45.136 Stück) sichergestellt. Ein großer Anteil dieser Sicherstellungsmenge ist dabei einem Einzelverfahren zuzuordnen. Dies ist bei der statistischen Betrachtung zu berücksichtigen. Auch im Jahr 2017 war die sichergestellte Menge von Ecstasy im Vergleich zu den Jahren 2012 (592 Stück) deutlich höher (4.537 Stück). Zugenommen hat auch die sichergestellte Menge von Marihuana (2017: 141 kg) (Tab. 10.1.1).

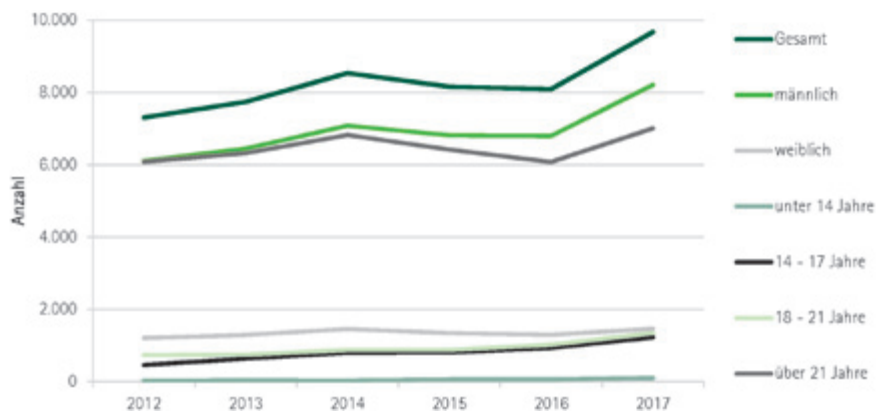
Tab. 10.1.1: Sicherstellungsmengen nach Substanzen, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis (kg)						
Haschisch	8,98	19,06	1,53	98,90	16,48	12,49
Marihuana	93,99	92,25	83,28	75,42	113,98	140,81
Heroin (kg)	0,50	3,04	0,31	0,57	0,22	0,45
Kokain (kg)	0,37	0,44	23,31	50,52	0,41	1,89
Amphetamin (kg)	1,92	6,80	5,39	71,01	0,45	1,61
Methamphetamin (kg)	7,69	14,97	13,14	15,64	14,32	5,71
Ecstasy (Stk.)	591,50	1.468,75	1.680,50	356.798,50	1.422,00	4.537,50
LSD (Stk.)	8,00	60,00	53,00	45.136,00	177,00	53,00

10.1.3 Tatverdächtigenstruktur bei Rauschmitteldelikten

Die Anzahl der Tatverdächtigen bei Rauschmitteldelikten hat seit dem Jahr 2012 insgesamt zugenommen und war im Jahr 2017 vergleichsweise am höchsten (7.309). Der größte Anteil der Personen ist männlich (8.211) und über 21 Jahre alt (7.008). Der Anteil der Tatverdächtigen Kinder und Jugendlichen ist deutlich geringer, allerdings zeigt sich bei 14- bis 17-Jährigen und bei 18- bis 21-Jährigen eine kontinuierliche Zunahme seit dem Jahr 2012 (Abb. 10.1.2).

Abb. 10.1.2: Tatverdächtige bei Rauschmitteldelikten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern



10.1.4 Erstauffällige Konsumierende harter Drogen (EKhD)

Unter „Erstauffälligen Konsumierenden harter Drogen (EKhD)“ werden Personen verstanden, die erstmalig im Zusammenhang mit Heroin, Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und sonstigen illegalen Drogen polizeiauffällig wurden.

Die Anzahl der EKhD ist zwischen den Jahren 2012 und 2017 insgesamt zurückgegangen. Am deutlichsten trifft dies für Methamphetaminkonsumierende zu (2012: 1.048 Fälle; 2017: 584 Fälle). Die Anzahl der erstauffälligen Amphetaminkonsumierenden blieb dagegen unverändert, wobei die Anzahl der erstauffälligen Ecstasykonsumierenden gestiegen ist (2012 Fälle: 19; 2017: 50 Fälle) (Abb. 10.1.3).



Abb. 10.1.3: Anzahl der erstauffälligen Konsumierenden harter Drogen nach Substanz, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern

Der deutliche Rückgang erstauffälliger Konsumierender im Vergleich zum Jahr 2012 zeigt sich vor allem bei den 25- bis 29-Jährigen (2012: 450 Fälle; 2017: 170 Fälle) und 21- bis 24-Jährigen (2012: 269 Fälle; 2017: 121 Fälle). In den anderen Altersgruppen gibt es keine wesentlichen Veränderungen in der Anzahl, mit Ausnahme der 40-Jährigen, deren Anzahl sich von 73 (2012) auf 95 (2017) erhöht hat (Abb. 10.1.4).

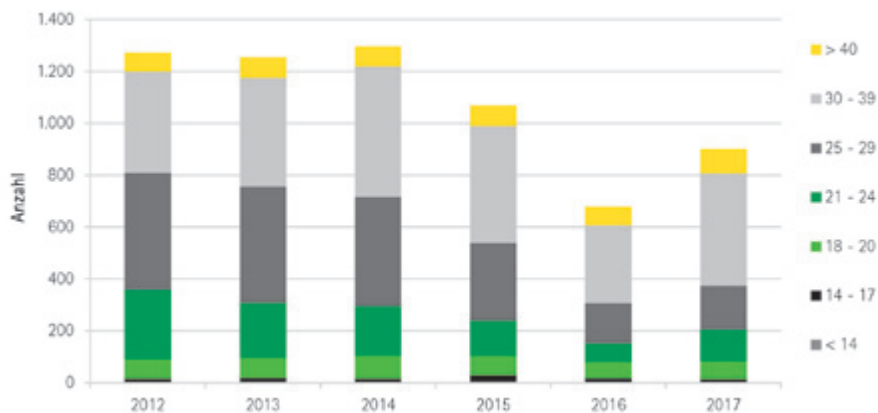


Abb. 10.1.4: Altersstruktur der EKhD, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium des Innern

10.2 Strafrechtliche Maßnahmen

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

Wer im Verkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird entweder nach § 316 StGB zu einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder zu einer Geldstrafe verurteilt, oder wenn er dadurch Leib oder Leben eines anderen Menschen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, nach § 315c Abs. 1 Ziff. 1.a StGB zu einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder zu einer Geldstrafe verurteilt. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird nach § 229 StGB zu einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder zu einer Geldstrafe verurteilt. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird gemäß § 222 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Die Anzahl der Verurteilungen wegen Trunkenheit im Verkehr bzw. wegen rauschbedingter Gefährdung des Straßenverkehrs, schwankt im Zeitraum von 2012 bis 2017 zwischen 433 und 497 (Tab. 10.2.1).

Tab. 10.2.1: Anzahl der verurteilten Personen wegen Gefährdung des Straßenverkehrs infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Substanzen (nach § 315c Abs. 1 Nummer 1 Buchst. a StGB ges.) nach Altersgruppen, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Erwachsene	491	452	481	431	471	457
Jugendliche	6	5	8	2	1	2
Gesamt	497	457	489	433	472	459

Im Vergleich zum Zeitraum zwischen den Jahren 2008 (5.107 Verurteilungen) und 2011 (3.493) ist die Anzahl der Verurteilungen wegen Trunkenheit im Verkehr gesunken. Es lässt sich jedoch kein eindeutiger Trend der Anzahl der Verurteilungen zwischen den Jahren 2012 und 2017 beobachten (Tab. 10.2.2).

Tab. 10.2.2: Anzahl der verurteilten Personen wegen Trunkenheit im Verkehr (nach § 316 StGB ges.) nach Altersgruppen, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Erwachsene	3.153	2.753	3.068	2.733	2.486	2.506
Jugendliche	26	11	12	12	13	13
Gesamt	3.179	2.764	3.080	2.745	2.499	2.519

Auch bei den Verurteilungen wegen fahrlässiger Körperverletzung im Straßenverkehr lässt sich für den Zeitraum zwischen den Jahren 2012 und 2017 kein eindeutiger Trend erkennen (Tab. 10.2.3).

Tab. 10.2.3: Anzahl der verurteilten Personen wegen fahrlässiger Körperverletzung im Straßenverkehr in Trunkenheit (nach § 229 StGB) nach Altersgruppen, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Erwachsene	167	154	147	122	160	130
Jugendliche	1	0	2	3	3	2
Gesamt	168	154	149	125	163	132

Die Anzahl der verurteilten Personen wegen rauschbedingter fahrlässiger Tötung im Straßenverkehr bewegt sich zwischen einer und acht Verurteilungen im Zeitraum zwischen den Jahren 2012 und 2017 (Tab. 10.2.4).

Tab. 10.2.4 Anzahl der verurteilten Personen wegen fahrlässiger Tötung im Straßenverkehr in Trunkenheit (§ 222 StGB) nach Altersgruppen, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Erwachsene	8	1	5	2	5	1
Jugendliche	0	2	0	0	0	0
Gesamt	8	3	5	2	5	1

10.2.2 Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Der bereits in den Jahren 2007 bis 2011 beobachtete steigende Trend der Verurteilungen nach dem BtMG hielt auch während der Jahre 2012 bis 2017 an. Während im Jahr 2007 1.623 Verurteilungen und im Jahr 2011 1.842 Verurteilungen registriert wurden, steigerte sich die Anzahl der Verurteilungen nach dem BtMG im Jahr 2017 auf 2.856 (Tab. 10.2.5).

Jahr	2007	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzahl der Verurteilungen nach BtMG	1.623	1.842	2.140	2.299	3.067	2.953	2.712	2.856

Tab. 10.2.5: Anzahl der Verurteilungen nach BtMG, 2007–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz

10.2.3 Therapie statt Strafe: § 35 BtMG

Bei Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln sieht der § 35 BtMG die Möglichkeit einer Zurückstellung der Strafvollstreckung vor und kann diese durch eine therapeutische Behandlung ersetzen. Voraussetzung für die Zurückstellung ist, dass zwischen der Tat und der Betäubungsmittelabhängigkeit ein Zusammenhang besteht der im Urteil auch als solcher niedergeschrieben ist und dass die Behandlung der Rehabilitation dient, das heißt in einer anerkannten Einrichtung zur Drogentherapie stattfindet. Die Zurückstellung kann widerrufen werden, wenn die Therapie nicht begonnen, abgebrochen oder ein geforderter Nachweis nicht erbracht wird.

Im Vergleich zum Jahr 2012 sind die Zurückstellungen im Jahr 2017 (2012: 244; 2017: 361) gestiegen. Auch die Anzahl der widerrufenen Zurückstellungen hat im Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr 2012 zugenommen (2012: 131; 2017: 182) (Abb. 10.2.1).

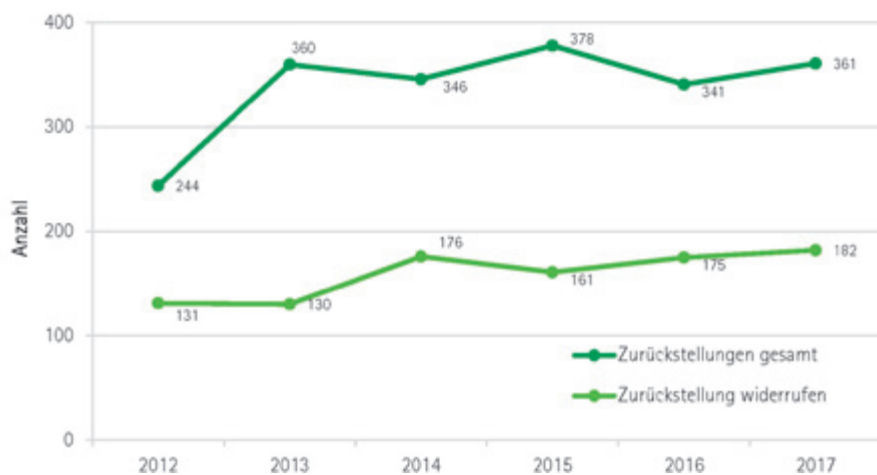


Abb. 10.2.1: Anzahl der Zurückstellungen der Vollstreckung nach § 35 BtMG (Therapie statt Strafe) nach Art der Strafe, 2012–2017.
Quelle: Sächsisches Staatsministerium der Justiz¹⁸³

183 Sächsisches Staatsministerium der Justiz, websta-Datenbanken der sächsischen Staatsanwaltschaften. Abgerufen am 14.06.2018.

10.2.4 Strafrechtliche Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Eine der „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ (§ 61 – 72 StGB) ist die „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ (§ 64 StGB). Nach § 64 StGB ordnet das Gericht eine Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn eine Person 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. Es muss dabei die Gefahr bestehen, dass diese Person infolge ihres Hanges zukünftig 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 in einer Entziehungsanstalt geheilt oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang bewahrt und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abgehalten werden kann.

Die Entwicklung der Anzahl der nach dem § 64 StGB Untergebrachten in Entziehungsanstalten im Freistaat Sachsen und bundesweit, wird in Tabelle 10.2.6 dargestellt. In den Jahren 2013 bis 2016 nahm die Anzahl der Untergebrachten im Freistaat Sachsen, entgegen dem Bundestrend, ab.

Tab. 10.2.6: Anzahl der Untergebrachten in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB (inkl. § 67h StGB) in Sachsen und in allen Bundesländern*, 2012–2016.

Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Durchschnittliche Jahresbelegung	Freistaat Sachsen	Alle Bundesländer *
2016	155	2.732
2015	172	2.760
2014	191	2.741
2013	193	2.654
2012	187	2.595

Anmerkung: *außer Baden-Württemberg und Bayern

Tabelle 10.2.7 liefert einen Überblick über die Anlassstrafatbestände, das heißt die Straftaten, aufgrund derer eine Unterbringung veranlasst wurde. Nahmen Raub und Erpressung im Jahr 2012 noch einen Großteil der Anlassstrafbestände ein, spielten Körperverletzung und der Verstoß gegen das BtMG bei Straftaten, die zur Veranlassung einer Unterbringung führen, im Jahr 2016 eine größere Rolle.

Tab. 10.2.7: Anzahl der Unterbringungen in einer Entziehungsanstalt nach Anlassstrafat (nach § 64 StGB), 2012–2017.

Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Unterbringungsdelikt/Anlassstrafat	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Straftaten gegen das Leben (außer Sexualdelikte)	14	14	7	10	7	3
Brandstiftungsdelikte	6	6	16	6	4	6
Sexualdelikte gesamt	14	10	10	6	6	3
davon zum Nachteil von Kindern	3	1	3	2	4	2
Körperverletzung	40	31	31	43	43	46
Raub und Erpressung	56	56	45	35	29	25
Straftaten gegen persönliche Freiheit	1	1	4	1	6	5
Eigentumsdelikte (Diebstahl, Betrug, Hehlerei, et cetera)	23	26	16	22	18	18
Verstoß gegen BtMG	32	53	49	39	38	37
Sonstige Delikte	2	1	1	3	4	2
Gesamt	191	199	182	167	159	145

11 Aktivitäten der sächsischen Suchtforschung

In diesem Abschnitt werden Aktivitäten der Suchtforschung behandelt, die von Forschungseinrichtungen mit Sitz im Freistaat Sachsen durchgeführt werden.¹⁸⁴ Darüber hinaus wurden im Berichtszeitraum Forschungsaktivitäten von Institutionen aus anderen Bundesländern in Sachsen durchgeführt, zum Beispiel das in Abschnitt 9.3 beschriebene Projekt SHIFT Elternteraining (Sucht-Hilfe-Familien-Training) des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW.

Die Schwerpunkte der *sächsischen Suchtforschung* und *suchtbezogenen Lehre* liegen vorrangig an den großen Universitäten bzw. an den angegliederten Universitätskliniken und -ambulanzen in Chemnitz, Dresden und Leipzig. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung im Suchtbereich in Aus, Fort- und Weiterbildung findet sich an weiteren sächsischen (Fach-) Hochschulen und Berufsakademien. So startete beispielsweise 2016 ein Projekt aus Landesmitteln zur Versorgungsforschung zum Thema „Sucht und Studium“ an der FH Görlitz/Zittau. Projekte zur Suchtforschung werden zudem jenseits der Hochschullandschaft durchgeführt (u. a. in Kliniken und anderen Versorgungseinrichtungen). Im weiteren Sinn gehören Datenerhebungen und -auswertungen im Rahmen von Evaluationen und Qualitätssicherungen zum Standard der meisten Versorgungseinrichtungen und präventiver Angebote.

Im Rahmen der Erarbeitung des 3. Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes erfolgte eine Anfrage an sächsischen Universitäten und Hochschulen durch die TU Chemnitz.¹⁸⁵ Die berichteten Suchtforschungsaktivitäten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- An der Professur für Suchtforschung an der TU-Dresden findet ein breites Spektrum an Forschungsaktivitäten im Suchtbereich statt, die von Grundlagenforschung (MRT-Untersuchungen) bis zu Interventionsforschung und klinischen Anwendungsprojekten reichen. Ein Schwerpunkt liegt in der Erforschung von Faktoren, die zur Entwicklung kompulsiver Verhaltensweisen beitragen, wie sie bei Suchterkrankungen zu finden sind und von der Arbeitsgruppe Abhängiges Verhalten, Risikoanalyse und Risikomanagement bearbeitet werden. Praxisprojekte finden u. a. in der Spezialambulanz für Alkohol, Cannabis, pathologisches Glücksspiel und der Raucherambulanz der TU Dresden statt, die Betroffenen psychotherapeutische Unterstützung anbietet.
- Am *Universitätsklinikum Dresden* werden zahlreiche Suchtforschungsaktivitäten durchgeführt, zum Beispiel in der Suchtambulanz und in der Raucherambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und in der Klinik für Geburtshilfe und Neonatologie. An der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden Forschungsprojekte zu den Segmenten Grundlagenforschung, Versorgungsforschung und epidemiologische Forschung durchgeführt, u. a. eine apparativ-bildgebungsgestützte Untersuchung zu den Effekten von Methamphetamin-Abusus auf die kognitive Kontrolle unter Einbeziehung autonomer Funktionen und ein Projekt zu kognitiven Effekten des Rauschtrinkens. Darüber hinaus wird an der Entwicklung von effektiver Behandlungsstrategien bei stoffgebundener Sucht im Jugendalter sowie von Biomarkern für Abhängigkeit und deren Vulnerabilität im Jugendalter gearbeitet. Im Institut für Rechtsmedizin werden u. a. Blutanalysen von Drogenkonsumenten im Kontext polizeilicher Maßnahmen und Drogentodesfälle untersucht und wissenschaftlich ausgewertet.

¹⁸⁴ In Sachsen existieren vier staatlich grundfinanzierte Universitäten (TU Chemnitz, TU Dresden, Universität Leipzig, TU Bergakademie Freiberg) und zwei private Universitäten (Handelshochschule Leipzig, Dresden International University). Darüber hinaus sind eine größere Anzahl von Hochschulen in Sachsen ansässig, neben Kunsthochschulen und spezialisierten Hochschulen auch vier staatlich grundfinanzierte Hochschulen gemäß § 1 Abs. 1 SächsHSFG (HTW Dresden, HTWK Leipzig, FH Mittweida, FH Zwickau, FH Zittau/Görlitz) und eine private Allgemeine Hochschule für angewandte Wissenschaft (FH Dresden) sowie die Hochschule der sächsischen Polizei in Rothenburg.

¹⁸⁵ Durchgeführt von der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Chemnitz (Prof. Stephan Mühlig und Christoph Schwarzbach, Juni 2018)

- An der Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der *TU Chemnitz* existiert ebenfalls ein Schwerpunkt zur Suchtforschung, der sich vorrangig mit Themen der Tabakabhängigkeit sowie der Verbreitung und Versorgungsepidemiologie von Methamphetamin befasst. Mit der ATEMM-Studie an fast 1.000 Patientinnen und Patienten wurde bundesweit erstmalig eine GKV-vollfinanzierte Tabakentwöhnung für schwer lungenkranke Patientinnen und Patienten (COPD) evaluiert. Über die Raucherambulanz der TU Chemnitz wurde ein bundesweites Forschungsnetzwerk von Tabakentwöhnungsambulanzen (NAKURA) initiiert, mit dessen Hilfe große Stichproben zum Tabakentwöhnungserfolg und zu Rückfallfaktoren untersucht werden können. Im Bereich Crystal werden Projekte zur Verbreitung des Konsums und zur Versorgung Abhängiger sowie Interventionsstudien durchgeführt. Die Professur war an der Entwicklung von drei Therapieleitlinien im Suchtbereich beteiligt.
- An der *Universität Leipzig* forscht das dortige Institut für Rechtsmedizin ebenfalls im Bereich der Blutanalysen auf psychotrope Substanzen bei polizeilich erstaufrälligen oder in Strafverfahren ermittelten Konsumentinnen und Konsumenten sowie in der Todesursachenbestimmung bei Drogentodesfällen. Die Klinik für Kardiologie im Herzzentrum beschäftigt sich in wissenschaftlichen Projekten mit den kardiovaskulären Folgen des Methamphetamin-Abusus und entwickelt Empfehlungen für eine verbesserte diagnostische Detektion von Risikopatientinnen und -patienten sowie für therapeutische Interventionen.

12 Weiterentwicklungsbedarfe

Im August 2018 wurden im Rahmen der Erstellung des 3. Sächsischen Drogen- und Suchtberichtes in Verantwortung des IFT Institut für Therapieforschung München in Kooperation mit der TU Chemnitz (Klinische Psychologie und Psychotherapie) nachfolgend drei Workshops (WS) durchgeführt und ausgewertet:¹⁸⁶

- Steigt der Anteil jüngerer Konsumentinnen und Konsumenten bzw. Patientinnen und Patienten in der Versorgung suchtgefährdeter und -kranker Menschen? (WS 1)
- Prävention: Schwerpunkt universeller, selektiver, indizierter Prävention bei Kindern und Jugendlichen – Zielgruppen und Maßnahmen (WS 2)
- Suchtkrankenhilfe: Entwicklung, aktuelle Anforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe (WS 3)

Ziel der Workshops war die Erfassung und Bewertung der derzeitigen Versorgungssituation suchtgefährdeter und abhängiger Personen sowie die Ableitung von zukunftsorientierten Handlungsbedarfen im Freistaat Sachsen. Als Diskussionsgrundlage wurden Tischvorlagen verwendet. Die Redebeiträge wurden in Form von Ergebnisprotokollen zusammengefasst und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt. Den Diskussionsbeiträgen der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer ist zusammenfassend zu entnehmen, dass der Freistaat Sachsen über ein in verschiedenen Bereichen überwiegend gut ausgebautes und unterschiedlich stark vernetztes Hilfe- und Unterstützungssystem für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sowie ihre Angehörigen verfügt. In allen Bereichen sind jedoch regionale Unterschiede zu verzeichnen. Dementsprechend ist abzuleiten, dass das übergeordnete Ziel nicht darin besteht, zusätzliche neuartige Angebote zu schaffen, sondern die vorhandenen besser zu verzahnen, auszubauen und regionale Defizite zu beheben. Es wurde auch thematisiert, dass der Substanzkonsum oftmals nur ein Problem im Gesamtkontext eines breiten Bündels von Problemen der jeweiligen Betroffenen ist und deshalb eines entsprechenden multiprofessionellen Hilfesystems bedürfen. Im Folgenden sind die einzelnen Weiterentwicklungsbedarfe aufgezeigt, die im Verlauf der nächsten Jahre von den verschiedenen Akteuren im Freistaat Sachsen aufgegriffen werden sollten.

12.1 Jüngere Konsumenten bzw. Patienten in der Versorgung suchtgefährdeter und -kranker Menschen

In einzelnen Einrichtungen konnte ein sinkendes Einstiegsalter beim Erstkonsum psychoaktiver Substanzen und eine Zunahme von Entgiftungen bei Jugendlichen verzeichnet werden. Dieser teilweise auftretende Zuwachs könnte eine Folge der zunehmenden selektiven und indizierten Präventionsaktivitäten für Kinder- und Jugendliche und Beratungsangebote für diese Zielgruppe sein. Die jüngste Zunahme der Zahl der Cannabiskonsumierenden könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass in den vergangenen Jahren der Fokus der Beratung und Behandlung auf Konsumierende von Crystal gelegen hat, aktuell jedoch eine erhöhte Sensibilität der Facheinrichtungen für den problematischen Konsum von Cannabis bestehe. Gleichzeitig wird das Risiko des Konsums von Cannabis (z. T. auch Alkohol) u. a. in der Allgemeinbevölkerung unterschätzt und es bestehen Wissensdefizite zum Risikopotential dieser Substanz(en).

Jüngere Patientinnen und Patienten, bzw. Klientinnen und Klienten weisen häufiger mangelnde (soziale) Reife, dysfunktionale Verhaltensmuster (die z. T. in Familien tradiert werden) und manifeste kognitive Einschränkungen auf, die z. T. bei Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem bereits weit fortgeschritten sind und die Therapiemöglichkeiten begrenzen.

¹⁸⁶ Eine Übersicht der teilnehmenden Institutionen ist der Anlage 11 zu entnehmen.

Thematisierte Weiterentwicklungsbedarfe

1. Anforderungen spezifischer Zielgruppen

- Wichtig ist die umfassende am gesamten Familiensystem orientierte Arbeit, die neben den betroffenen Kindern und Jugendlichen auch die Bezugspersonen einbezieht. Diese weisen häufig selbst erhebliche somatische, psychische und soziale Problemlagen auf und sind in vielerlei Hinsicht (insbesondere mit der Erziehungsaufgabe) überfordert.
- Eine spezifische Problematik besteht bei jungen Mädchen und Frauen mit riskanten Konsummustern (Mischkonsum), mit nicht selten daraus resultierendem riskantem Sexualverhalten und gegebenenfalls anschließenden Schwangerschaften. Zudem sind diese häufig traumatisiert und weisen Reifungs- und Bildungsstörungen auf. Sowohl für die Kinder aus diesen suchtbelasteten Familien als auch deren Eltern besteht ein Versorgungsdefizit.
- Ähnliches gilt für Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen oder sozialen Problemlagen.
- Speziell die nahtlose Versorgung von 17- bis 20-Jährigen ist schwierig, da Zuständigkeiten zwischen verschiedenen Leistungserbringern nicht immer klar geregelt sind und die familiären Strukturen aufgrund der o. g. Probleme und des Alters der Betroffenen (Volljährigkeit) häufig nicht als Ressource genutzt werden können. Es fehlt an Möglichkeiten für eine mittel- bis langfristige (stationäre) Anbindung der Klientel.
- Aus dem Streetwork-Bereich wird von zunehmendem Mischkonsum bei sehr jungen Menschen berichtet. Zu klären ist die Problembelastung bei denjenigen Jugendlichen, die bislang nicht vom Hilfesystem erreicht werden.
- Auch im Bereich nicht-stoffgebundener Problematiken (insbesondere Störung durch Computerspiele, Sportwetten, Handynutzung) werden Problemanzeigen gemacht, die es näher zu beleuchten gilt.

2. Strukturelle Anforderungen

Sicherstellung einer ausreichenden Versorgungsstruktur

- Problematisch erweist sich (regional) mittlerweile das Fehlen ausreichender Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche mit Unterbringungs-Beschlüssen – z.T. kann das Angebot einer stationär-psychiatrischen Versorgung nicht problemlösend und zielführend sein, da bereits vor Behandlungsbeginn klar ist, dass es keine anknüpfenden psychosozialen Maßnahmen geben wird.
- In einigen Regionen fehlen Angebote für eine zeitnahe Entgiftung, um eine anschließende Rehabilitation zu ermöglichen. Gleichzeitig fehlen auch Angebote nach der Entgiftung, so dass sich psychiatrische Einrichtungen zunehmend mit der Aufgabe konfrontiert sehen, aus dysfunktionalen Bezügen stammende und psychisch sowie z.T. somatisch defizitäre Biographien korrigieren zu sollen, wofür keine ausreichenden Strukturen und Ressourcen bestehen.
- Die Fallzahlzunahme und Kapazitätsauslastung steht in engem Zusammenhang mit der positiven Bevölkerungsentwicklung der zu betreuenden Zielgruppe, die auf Grund zunehmender Geburtenrate deutlich anwächst. Es ist anzunehmen, dass der Zuwachs in den Ballungsräumen Dresden und Leipzig deutlicher ausfällt.

Anpassung der Versorgungsstruktur auf spezifische Zielgruppen

- Zu prüfen ist der Bedarf an Einrichtungen für abhängigkeitskranke, alleinerziehende Mütter/Väter und Eltern zur Stabilisierung ihrer Abstinenz und gleichzeitigen Stärkung ihrer Erziehungskompetenz und Arbeitsfähigkeit.
- Zu prüfen sind ebenso die Angebote zur Erziehungshilfe und -beratung, da Jugendliche mit Erziehungsdefiziten häufig über die Jugendgerichtshilfe oder das Gericht den SBBs zugewiesen würden.
- Einrichtungen der stationären Rehabilitation sind auf Grund ihrer hohen Bettenkapazität häufig für junge Menschen zu groß, zu wenig Menschen spezialisiert und zu selten auf Doppeldiagnosen ausgerichtet.
- Die Schaffung stationärer Angebote mit langfristiger Aufenthaltsperspektive, die darüber hinaus auch qualifizierende Maßnahmen im Sinne von Schulabschlüssen oder Berufsausbildungen (Formulierung von Bildungszielen) anbieten, sollte geprüft werden.
- Im ländlichen Bereich fehlt es an spezialisierten Angeboten und gleichzeitig an Konzepten zur „integrativen“ Suchtberatung, die systematisch Angebote angrenzender Versorgungsbeiräte einbeziehen bzw. verlässlich auf deren Angebote zurückgreifen kann.

Schnittstellenoptimierung, Case Management

- Vermittlungswege und Versorgungspfade sollten grundsätzlich mit Kooperationsvereinbarungen hinterlegt sein, so dass bei Beendigung eines Beratungs- bzw. Behandlungsabschnitts klar ist, an welche Institution weitervermittelt werden kann.
- Auf kommunaler Ebene ist eine behördenübergreifende Zusammenarbeit unbedingt erforderlich, um Jugend- und Suchthilfe aufeinander abzustimmen und Kooperationen nicht nur zu ermöglichen, sondern aktiv zu fördern. Hierbei sollte eine Orientierung an konkreten Einzelerfahrungen erfolgen, bei denen Jugend- und Suchthilfe bereits strukturell zusammenarbeiten.
- Eine intensivere Kooperation mit Jugendgerichtshilfe, Familiengerichtsbarkeit und Justiz ist anzustreben und schließt Fortbildungen mit ein. Ebenso sollen die Schulen mehr einbezogen und Lehrende eine bessere (sucht-) psychologische Ausbildung erfahren.
- Es besteht die Notwendigkeit stabiler und verlässlicher Versorgungsstrukturen, die im Einzelfall in der Lage sind, auf individuelle Problemlagen zu reagieren (Case-Management, hohe Flexibilität zwischen ambulanten, stationären und Übergangseinrichtungen bei Kontinuität der Ansprechpartner).
- Ebenso unabdingbar ist das Schnittstellen-übergreifende Arbeiten von Expertinnen und Experten mit medizinischen, therapeutischen, sozialen und pädagogischen Kompetenzen.

Schaffung erweiterter, neuer Angebote

- Angebote einer frühzeitigen Intervention sind weiter auszubauen, um eine Manifestation von Abhängigkeitsentwicklungen zu verhindern. Hierbei ist auch die Einbeziehung von Pädagoginnen und Pädagogen, Kindertageseinrichtungen und weiteren Einrichtungen zu prüfen.
- Peer-Angebote sind fachlich anerkannt und notwendig. Sie sollten etabliert und ausgebaut werden.

3. Weitere Hinweise

- Studien zur Wahrnehmung von Cannabis von Jugendlichen sollten durchgeführt werden und daraus abgeleitete Aufklärungsangebote über die Risiken des Cannabiskonsums auf zielgruppenadäquaten Kanälen kommuniziert werden (zum Beispiel youtube).

12.2 Schwerpunkt universeller, selektiver, indizierter Prävention bei Kindern und Jugendlichen – Zielgruppen und Maßnahmen

Im Berichtszeitraum ist der Bereich der Suchtprävention im Freistaat Sachsen weiter ausgebaut und ausdifferenziert worden. Die Koordinierung und Vernetzung der verschiedenen Akteure und Angebote in diesem Bereich wurde durch strukturelle Maßnahmen verbessert. Bestehende Präventionsangebote konnten verstetigt werden, zahlreiche neue Projekte wurden implementiert. Im Rahmen der Bestandsanalyse wurde deutlich, dass es nicht nur um die Entwicklung weiterer neuer Angebote gehen kann, sondern ebenso um eine kritische Analyse, wie vorhandene Angebote und Strukturen an neue Anforderungen angepasst oder bedarfsorientiert vernetzt werden können.

Weiterentwicklungsbedarfe in der Suchtprävention in Sachsen werden in folgenden Bereichen gesehen:

1. Strukturelle Anforderungen

- Ausbau einer *Datenbasis für Bedarfsanalyse und Angebotsplanung*:
 - Die Bedarfsanalyse und daraus folgend die Angebotsplanung sollten auf einer empirischen Datengrundlage erfolgen, welche die Prozesse und Besonderheiten vor Ort berücksichtigt und eine region- und zielgruppenspezifisch differenzierte Bestandaufnahme ermöglicht (vergleiche 6.2.4 Schülerbefragung nach CTC).
 - Bisher liegt keine flächendeckende, vollständige und kontinuierliche Erhebung darüber vor, welche Programmangebote in welchem Umfang nachhaltig, kontinuierlich und effektiv durchgeführt werden. Geprüft werden sollte, Projektaktivitäten zentral zu erfassen.

- Für die künftige Angebotsplanung wären Informationen darüber sinnvoll, welche für welche Projekte in Sachsen ausgebildete Multiplikatoren zur Verfügung stehen.
- **Informationsaustausch:** Der Informationsaustausch zwischen der Landes- und der kommunalen einschließlich Trägerebene sollte weiter verbessert werden. Dabei ist auch zu prüfen, welche Funktion dabei die Fach- und Koordinierungsstelle Suchtprävention Sachsen einnehmen könnte (zum Beispiel über Newsletter oder Online-Plattformen).
- **Qualitätssicherung und Evaluation:** Die Entwicklung und Implementierung von Qualitätsstandards ist weiter zu führen. Eine wesentliche Funktion kommt dabei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen zu.
- **Akademische und berufliche Aus-, Fort- und Weiterbildung:**
 - Künftig sollten suchtspezifische Inhalte in sächsischen Studiengängen der Human- und Gesundheitswissenschaften (auch Medizin, Psychologie, Public Health) sowie in der Pflegeausbildung (auch hinsichtlich Sucht im Alter) verpflichtend aufgenommen werden.
 - Bezüglich einer bedarfsgerechten Qualifizierung und Weiterbildung von Fachkräften der Suchtprävention sollte geprüft werden, ob in Sachsen eine zertifizierte Ausbildung für Suchtprävention aufgebaut werden könnte, in der Fachkräfte für den Bereich der Suchtprävention qualifiziert werden.

2. Spezifische Bedarfe

- **Kinder aus suchtblasteten Familien:** Zur Gewährleistung eines gesunden Aufwachsens von Kindern aus suchtblasteten Familien und zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz bestehen bereits diverse Aktivitäten und Angebote in Sachsen.
 - Es fehlt jedoch an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten, die eine gemeinsame Therapie von Eltern und Kindern ermöglichen.
 - Die bestehenden Angebote für Kinder im Schulalter und insbesondere für 6 bis 10-jährige Kinder aus suchtblasteten Familien („Trampolin“, „Picknick“) sollten noch stärker bekannt gemacht und verbreitet werden. Dazu bedarf es zusätzlicher Aufklärung und Motivierung für Eltern. Zu prüfen ist ebenso die Sensibilisierung weiterer Bezugspersonen der Kinder (zum Beispiel Lehrkräfte).
 - Für eine stärkere Sensibilisierung der Lehrkräfte sollte der „Orientierungsrahmen zur Suchtprävention im Freistaat Sachsen“ aktualisiert und insbesondere das Thema Kinder aus suchtblasteten Familien dort explizit aufgenommen werden.
- **Niedrigschwellige Angebote für Zielgruppe Jugendliche** sollten weiter verstetigt werden. Als Angebote im Freizeitbereich haben sie den Vorteil mit der betroffenen Zielgruppe leichter in Kontakt zu treten als dies im Kontext zum Beispiel einer Schule oder Berufsschule möglich wäre. Im Bereich der indizierten Prävention können sie eine wichtige Funktion für eine frühzeitige Intervention und Vermittlung ins Suchthilfesystem übernehmen.
- **Senioren mit Suchtproblemen:** Für diese Zielgruppe sollten spezifische Angebote aufgebaut werden. Die Erreichbarkeit der Senioren lässt sich durch suchtblastete Fortbildungen für medizinisches Personal und Pflegekräfte, sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich verbessern, die einen guten Zugang zu dieser Personengruppe haben. In Sachsen existieren Angebote für „suchtsensible Pflege“, werden aber von den Fachkräften derzeit nur ungenügend wahrgenommen.
- **Geflüchtete:** Erfahrungen belegen auch bei manchen Geflüchteten einen riskanten bzw. missbräuchlichen Suchtmittelkonsum bis hin zu einer manifesten Abhängigkeitserkrankung. Parallel führt auch der freie Zugang zu Alkohol in Deutschland, der in manchen Herkunftsländern verboten oder tabuisiert ist, in Verbindung mit schwierigen Lebenslagen und unsicherer Perspektive zu riskantem oder missbräuchlichem Konsum. Es bedarf deshalb suchtblasteter Angebote für diese Personengruppe.
- **Handlungsfeld Schule:** Inwieweit bestehende Suchtblasteter Angebote im Handlungsfeld Schule in die Praxis implementiert und nachhaltig umgesetzt werden, erfolgt in Eigenverantwortung der jeweiligen Schule auf Grundlage identifizierter Handlungsbedarfe und verfügbarer Ressourcen. Suchtblasteter Prävention ist verbindlicher Bestandteil des schulischen Erziehungs- und Bildungsauftrages.
 - Für Schulen sollten als Unterstützungs-/Serviceleistung durch das Landesamt für Schule und Bildung in Kooperation mit Partnern (zum Beispiel Polizei, suchtblasteter arbeitende Vereine und Institutionen) Angebote fortlaufend identifiziert und zielgruppenspezifisch angeboten und vermittelt werden.
 - Das Arbeitsprinzip „Prävention im Team“ sollte hierfür flächendeckend ausgebaut werden.
- **Handlungsfeld Betriebliche Suchtblasteter Prävention:** Bislang werden Fortbildungen für Führungskräfte (Erkennen, Sensibilisierung und Umgang mit Suchtblasteter Problematiken der Mitarbeiter) angeboten und weniger für die Mitarbeiter selbst. Betriebe sollten verstärkt ermutigt werden, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer direkt mit Angeboten zu erreichen.

12.3 Suchtkrankenhilfe: Entwicklung, aktuelle Anforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe

Insgesamt ist die Versorgung suchtkranker insbesondere crystalabhängiger Menschen in Sachsen in den letzten Jahren deutlich verbessert worden und kann als erfolgreiches Ergebnis eines gemeinsamen Problembewusstseins und als an konsentierten Zielen ausgerichteten Handelns betrachtet werden. Die Versorgungseinrichtungen leisten eine engagierte Arbeit, neue Angebote konnten geschaffen werden, die Anzahl der Fachkräfte in den Suchtberatungs- und -behandlungsstellen hat sich erhöht. Die Zusammenarbeit auf lokaler Ebene ist überwiegend gut.

Thematisierte Weiterentwicklungsbedarfe

1. Zielgruppenspezifische Versorgung

- „Familien mit einer Suchtbelastung“ sowie eine frühzeitige Intervention zur Vermeidung einer Manifestation und/oder Chronifizierung einer Suchterkrankung insbesondere bei jungen Menschen brauchen weiterhin eine starke Aufmerksamkeit.
- Aktuell und zukünftig sind als (neue) Zielgruppen in der Versorgung zu beachten:
 - ältere und alte Menschen mit dem Fokus auf Medikamentenabhängigkeit,
 - ältere Drogenkonsumierende mit einem erhöhten Pflegebedarf,
 - Menschen mit Migrationshintergrund,
 - wohnungslose Menschen und
 - traumatisierte Menschen, deren Behandlung nicht überall möglich ist, weil die fachlichen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen.
- Die Entwicklung neuer therapeutischer Wohnkonzepte wird auf Grund mangelnder oder fehlender Gemeinschaftsfähigkeit (nicht nur) bei jungen Menschen eine Aufgabe sein. Erschwerend kommt dabei der Mangel an Wohnraum hinzu.
- Einzelfälle sind komplexer geworden (zum Beispiel Drogenkonsum in Kombination mit Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, et cetera) und damit einhergehend auch die Gesamtbelastung der Individuen (Komorbiditäten). Zudem ist häufigeres Auftreten polyvalenter Konsummuster mit den damit verbundenen gestiegenen Risiken festzustellen.

2. Strukturelle Rahmenbedingungen der Versorgung

- Die Angebote der Suchtversorgung sind flächendeckend sicher zu stellen und regional spezifisch auszubauen.
- Auf kommunaler Ebene ist es nicht notwendig, für alle Bedarfsgruppen spezialisierte Angebote zu schaffen. Insgesamt ist die Versorgungssituation weitestgehend gut. Wichtig ist es, bestehende Schnittstellen zu optimieren. In diesem Kontext sollten die Arbeitsfelder „Psychiatrie“ und „Suchthilfe“ stärker miteinander kooperieren sowie gemeinsam und abgestimmt agieren.
- Die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren sollten bezogen auf die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen gestärkt werden – auch vor dem Hintergrund fehlender ärztlich-psychiatrischer Ressourcen in einigen Regionen.
- Thematisiert wurden Defizite bei Angeboten
 - für Menschen mit Doppeldiagnosen
 - Nachsorgeangebote für Eltern mit Kindern nach erfolgreicher Therapie
 - Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierungsowie fehlende Fachkräfte insbesondere bei Psychiaterinnen und Psychiatern.
- Angeregt wird die verstärkte Förderung der Selbsthilfe, die vor dem Hintergrund sich weiter ausdifferenzierender Konsumierendengruppen auch neue zeitgemäße Strukturen und Zugangsmöglichkeiten bieten soll.
- Die pauschale Förderung der Suchtverbände durch das Land wird als Herausforderung gesehen, da landesweit einheitliche Standards und Empfehlungen fehlen. Gleichzeitig werden darin auch Chancen, lokale Akteure stärker einzubinden und diese in die Pflicht zu nehmen.

3. Schnittstellenmanagement, Case Management

- Das Angebot von Case Management muss ausgebaut werden. Häufig sind die notwendigen Strukturen vorhanden, die Koordination und Abstimmung der Angebote aufeinander ist jedoch verbesserungsfähig. Es bedarf fachlich versierter Koordinatorinnen und Koordinatoren, die sich der vielschichtigen und komplexen Anliegen der Betroffenen annehmen und diese mit hoher Kompetenz koordinativ unterstützen, ohne dass es zu Abbrüchen bei der Ansprechbarkeit der Verantwortlichen im Hilfeprozess kommt.
- Beim Thema „Familien mit einer Suchtbelastung“ sind die Kooperationen mit Jugendämtern und den Rentenversicherungen zu stärken.
- Benötigt werden Rahmenbedingungen, die eine stärkere Einbindung der Justiz im Sinne von Fortbildungen und gemeinsamer Tätigkeit, zum Beispiel bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit möglich machen.
- Grundsätzlich bieten die vorhandenen Institutsambulanzen eine hervorragende Möglichkeit, vernetzte Angebote in einer Region zu schaffen und aufeinander abzustimmen. Dazu bedarf es jedoch einer engen Kooperation mit lokalen Partnerinnen und Partnern.
- Bei der Schnittstelle Jugendhilfe und Wohnangebote besteht aktuell das Problem, dass bei Ausbildungsbeginn die Möglichkeit für soziales Wohnen endet. Dies ist kontraproduktiv für die angestrebte berufliche Integration.
- Weiterhin unabdingbar ist die Kooperation mit den Job-Centern, um gemeinsam mit der Jugend- und Suchthilfe und medizinischen Partnerinnen und Partnern Therapieprozesse zu gestalten (Vermeidung des Wegbrechens von Beschäftigungsangeboten).

4. Weitere Hinweise

- Eine Verbesserung der Angebote bestehender Informationsportale sollte geprüft werden. Dies betrifft zum Beispiel eine bessere Bekanntmachung von Veranstaltungen und könnte auch Informationen über möglicherweise freie Kapazitäten in Einrichtungen der stationären Suchtkrankenhilfe (zum Beispiel Entgiftungsbehandlungen) beinhalten sowie welche Kliniken über Ärzte mit Fremdsprachenkenntnissen zur Versorgung von Migrantinnen und Migranten verfügen, um die Vermittlungswege zu verkürzen.
- Der Zugang über moderne Medien zu den Klientinnen und Klienten bzw. Patientinnen und Patienten sowie zu Menschen mit ersten Anzeichen riskanten Konsums sollte stärkere Beachtung finden.

Anlagen

Anlage 1 – Beschreibung der verwendeten Indikatoren

Beschreibung der verwendeten Indikatoren

Substanzkonsum

Als Tabakkonsum wurde definiert, wenn innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal geraucht wurde. Im ESA 2015 zählt zusätzlich jede Person als Tabakkonsument, die in den letzten 30 Tagen mindestens eine Zigarre, Zigarillo oder Pfeife konsumierte. Der Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage wurde im ESA 2015 anhand eines Menge-Frequenz-Index erhoben. Episodisches Rauschtrinken ist definiert als der mindestens einmalige Konsum von mindestens fünf alkoholischen Standardgläsern pro Trinkgelegenheit bzw. bei einer Trinkgelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage.^{187,188} Dies entspricht der Aufnahme von ca. 60g Alkohol, oder ca. 0,6 Litern Wein oder 1,8 Litern Bier insgesamt, wobei die Grenzwerte hierfür im internationalen Vergleich deutlich schwanken.¹⁸⁹

Bezüglich des Konsums von illegalen Drogen werden verschiedene Bezugszeiträume dargestellt (30-Tage-, 12-Monats-, oder Lebenszeitprävalenz), da teilweise nur geringe Fallzahlen vorlagen. Bei der Darstellung des Medikamentengebrauchs wurde nicht zwischen ärztlich verschriebenen oder nicht-verschriebenen Medikamenten oder zwischen rezeptpflichtigen und frei-verkäuflichen Präparaten unterschieden. Des Weiteren zählen zu Schmerzmitteln sowohl opioidhaltige, wie auch nicht-opioidhaltige Substanzen. Im ESA wurde Befragten eine Liste mit Beispielen für psychoaktive Medikamente vorgelegt, um diese besser einordnen zu können.

Klinisch relevanter Konsum

Zur Erfassung substanzbezogener Probleme innerhalb der letzten 12 Monate wurden im ESA Hinweise auf klinisch relevanten Konsum auf Basis von Screeninginstrumenten erhoben. Diese erfassen nicht ausschließlich Personen mit klinischen Störungen (zum Beispiel Missbrauch oder Abhängigkeit), sondern identifizieren in der Regel auch Personen, die bereits substanzbezogene Probleme aufweisen, aber noch nicht die Diagnosekriterien für eine substanzbezogene Störung erfüllen. Screeningskalen wurden für die Schätzung substanzbezogener Probleme durch Alkohol (AUDIT), Tabak (FTND), Cannabis, Amphetamine und Kokain (SDS) sowie Medikamente (KFM) herangezogen.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)¹⁹⁰

- Erfassung eines problematischen Alkoholkonsums mit Hilfe von 8 Items (enthält Konsummuster (zum Beispiel episodisches Rauschtrinken), sowie Symptome von Abhängigkeit (zum Beispiel Entzug) und alkoholbezogene Probleme (zum Beispiel Gedächtnisprobleme))
- Schwellenwert bei 8 von maximal 40 Punkten

187 Mann, K. et al. (2016). Behandlung von schädlichem und abhängigem Alkoholgebrauch. In S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Berlin, Springer.

188 Baumgärtner, T., & Hiller, P. (2016). Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015. Hamburg: Sucht. Hamburg.

189 Karagülle, D., Donath, C., Grässel, E., Bleich, S., & Hillemacher, T. (2010). Rauschtrinken bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 78, 196–202.

190 Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Guidelines for use in primary care. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)¹⁹¹

- Erfassung der Nikotinabhängigkeitsausprägung mit Hilfe von 6 Items
- Beinhaltet Konsummuster (zum Beispiel Rauchen von mindestens 20 Zigaretten täglich) und Schwierigkeiten des Konsumverzichts (zum Beispiel Rauchen bei Krankheit)
- Schwellenwert für Abhängigkeit bei 4 von maximal 10 Punkten

Severity of Dependence Scale (SDS)¹⁹²

- Erfassung der Drogenproblematik mit Hilfe von 5 Items
- Beinhaltet Probleme bei Konsumverzicht (zum Beispiel Besorgnis oder Nervosität) und Kontrollwahrnehmung (zum Beispiel Kontrollverlust)
- Schwellenwert bei 2 (Cannabis) bzw. 3 (Kokain) bzw. 4 (Amphetamine) von maximal 15 Punkten

Kurzfragebogen zum Medikamentengebrauch (KFM)¹⁹³

- Erfassung eines problematischen Medikamentengebrauchs mit Hilfe von 11 Items
- Beinhaltet Gewohnheiten (zum Beispiel Anlegen eines Medikamentenvorrats) und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Einnahme (zum Beispiel nachlassende Wirkung)
- Schwellenwert bei 4 von maximal 11 Punkten

Suchtindizierendes Verhalten nicht-substanzgebundener Formen: Neben dem Glücksspielverhalten wurde in dem Forschungsbericht der BZgA¹⁹⁴ darüber hinaus das auffällige, problematische und pathologische Glücksspielverhalten mit dem South Oaks Gambling Screen (SOGS)¹⁹⁵ erhoben. Zur Erfassung einer computerspiel- und internetbezogenen Störung wurde die Compulsive Internet Use Scale (CIUS)¹⁹⁶ genutzt. Da suchtindizierendes Verhalten nicht-substanzgebundener Formen mit den beschriebenen Screeninginstrumenten erhoben wurde, ist zu beachten, dass die Daten keine Diagnosen darstellen.

Stichprobe: Die Prävalenzraten des Substanzkonsums und des suchtindizierenden Verhaltens nicht-substanzgebundener Formen werden basierend auf den verschiedenen Quellen (ESA: 18- bis 64-Jährige; Forschungsberichte der BZgA: 16 bis 70-Jährige bzw. 12 bis 15-Jährige) für verschiedene Altersgruppen dargestellt. Weiterhin ist zu beachten, dass die ESA-Daten repräsentativ sind für Sachsen. Die Daten für Glücksspielverhalten und für die Nutzung des Internets und von Computerspielen sind bundesweite Daten, es liegen keine sachsenspezifischen Daten vor.

191 Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119–1127.

192 Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607–614.

193 Watzl, H., Rist, F., Höcker, W., Miehle, K. (1991). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Medikamentenmißbrauch bei Suchtpatienten. In M. Heide, H. Lieb, (Hrsg.), *Sucht und Psychosomatik. Beiträge des 3. Heidelberger Kongresses* (S. 123–139). Bonn: Nagel.

194 Haß, W., & Lang, P. (2018). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2017 und Trends. Forschungsbericht der BZgA.

195 Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184–1188.

196 Meerkerk, G. J. (2007). Pwned by the Internet. Explorative Research into the Causes and Consequences of Compulsive Internet Use. PhD thesis. Rotterdam: Erasmus University.

Anlage 2 – Methodik bei Blutkontrollen

Methodik bei Blutkontrollen

Polizeilich erstauffällige Konsumierende harter Drogen sind Personen, die im Berichtsjahr erstmals von den Strafverfolgungsbehörden in Verbindung mit dem Missbrauch sogenannter harter Drogen bekannt wurden, also um Personen, die aufgrund eines Verstoßes gegen das BtMG erstmals im Zusammenhang mit harten Drogen auffällig wurden. Damit sind Drogenauffälligkeiten im Straßenverkehr, die als Ordnungswidrigkeiten behandelt werden, in dieser Statistik nicht inkludiert. Insofern stellen die Fälle erstauffälliger Konsumierender im Straßenverkehr einen Sonderfall und eine zusätzliche Datenquelle für den Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung dar.

Diese Daten unterliegen folgenden Verzerrungseinflüssen: Die absoluten Fallzahlen der Verkehrskontrollen sind – wie bei anderen polizeilichen Parametern wie Erstauffälligenzahl nach StGB oder Beschlagnahmemenge – abhängig von dem Ausmaß der polizeilichen Kontrolltätigkeit, die sich aus vielfältigen Gründen verändern kann und sind deshalb nicht als Trend der tatsächlichen Substanzkonsumhäufigkeiten im Straßenverkehr interpretierbar. Bei Alkoholkontrollen wird im Ordnungswidrigkeitenverfahren der Atemalkoholtest ohne Blutentnahme akzeptiert, so dass eine Labortestung u. U. gar nicht angeordnet wird. Das Drogenscreening auf illegale Substanzen im Vortest durch die Polizei besitzt eine sehr unterschiedliche Sensitivität für die einzelnen Substanzen. Während der Test hochsensibel auf Amphetamine reagiert, ist für Cannabis von einer hohen Quote falsch-negativer Resultate auszugehen. Aus diesem Grund könnte für Methamphetaminkonsumierende sehr viel häufiger eine Blutuntersuchung veranlasst worden sein als für Cannabiskonsumierende. Dadurch ist mit hoher Wahrscheinlichkeit der Anteil der Cannabisfälle unter den in der Tabelle dargestellten Fällen von Positivtestung unterrepräsentiert.

Methodik der Abwasseranalysen

Die Schätzung der Höhe des Drogenkonsums anhand des Abwassers umfasst die folgenden Schritte: Zunächst werden in einem abgegrenzten geografischen Gebiet Proben von unbehandeltem Abwasser aus der Kanalisation entnommen. Danach folgt die Analyse der Proben und damit die Ermittlung der Konzentration der Drogenrückstände. Um die Konzentration zu quantifizieren, wird der Drogenkonsum durch Rückrechnung geschätzt, indem die Konzentration des jeweiligen Zieldrogenrückstands mit dem entsprechenden Zufluss aus der Kanalisation multipliziert wird. Abschließend wird das Ergebnis durch die an die Kläranlage angeschlossene Bevölkerung dividiert, woraus sich die Menge einer Substanz ergibt, die pro Tag pro 1000 Einwohner konsumiert wird.¹⁹⁷

Obwohl die Abwasseranalyse eine interessante ergänzende Datenquelle darstellt, hat diese Methode auch Limitationen die zu einer eingeschränkten Interpretierbarkeit der Daten führen. Die Daten liefern keine Informationen zur Prävalenz und zur Häufigkeit des Konsums, zu den Hauptkonsumentengruppen und zum Reinheitsgrad der Drogen. Aufgrund der Daten sind nur Vergleiche innerhalb einer Substanz, aber nicht zwischen Substanzen möglich. Die Methode selbst bringt außerdem Unsicherheiten (zum Beispiel bezüglich der Entnahme von Abwasserproben, der Zuverlässigkeit laborübergreifender analytischer Messungen, verschiedenen Rückrechnungsmethoden und verschiedenen Ansätzen zur Schätzung der Größe der untersuchten Bevölkerungsgruppe mit sich.^{198, 199} Die Daten werden auch von anderen Faktoren, wie zum Beispiel der Schwankung des Reinheitsgrads von Produkten im Straßenhandel und der Schwierigkeit der Umrechnung der konsumierten Gesamtmenge in die entsprechende Anzahl an durchschnittlichen Einzeldosen, beeinflusst.²⁰⁰

197 Castiglioni, S., Thomas, K. V., Kasprzyk-Hordern, B., Vandam, L. and Griffiths, P. (2014), 'Testing wastewater to detect illicit drugs: State of the art, potential and research needs', *Science of the Total Environment* 487, pp. 613–620.

198 Castiglioni, S., Bijlsma, L., Covaci A., et al. (2013b). Evaluation of uncertainties associated with the determination of community drug use through the measurement of sewage drug biomarkers. *Environmental Science and Technology*, 47, 1452–1460.

199 Lai, F.Y., Anuj, S., Bruno, R., et al. (2014). Systematic and day-to-day effects of chemical-derived population estimates on wastewater-based drug epidemiology. *Environmental Science and Technology* 49, 999–1008.

200 Zuccato, E., Chiabrando, C., Castiglioni, S., Bagnati, R. & Fanelli, R. (2008). Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environmental Health Perspectives*, 116, 1027–1032.

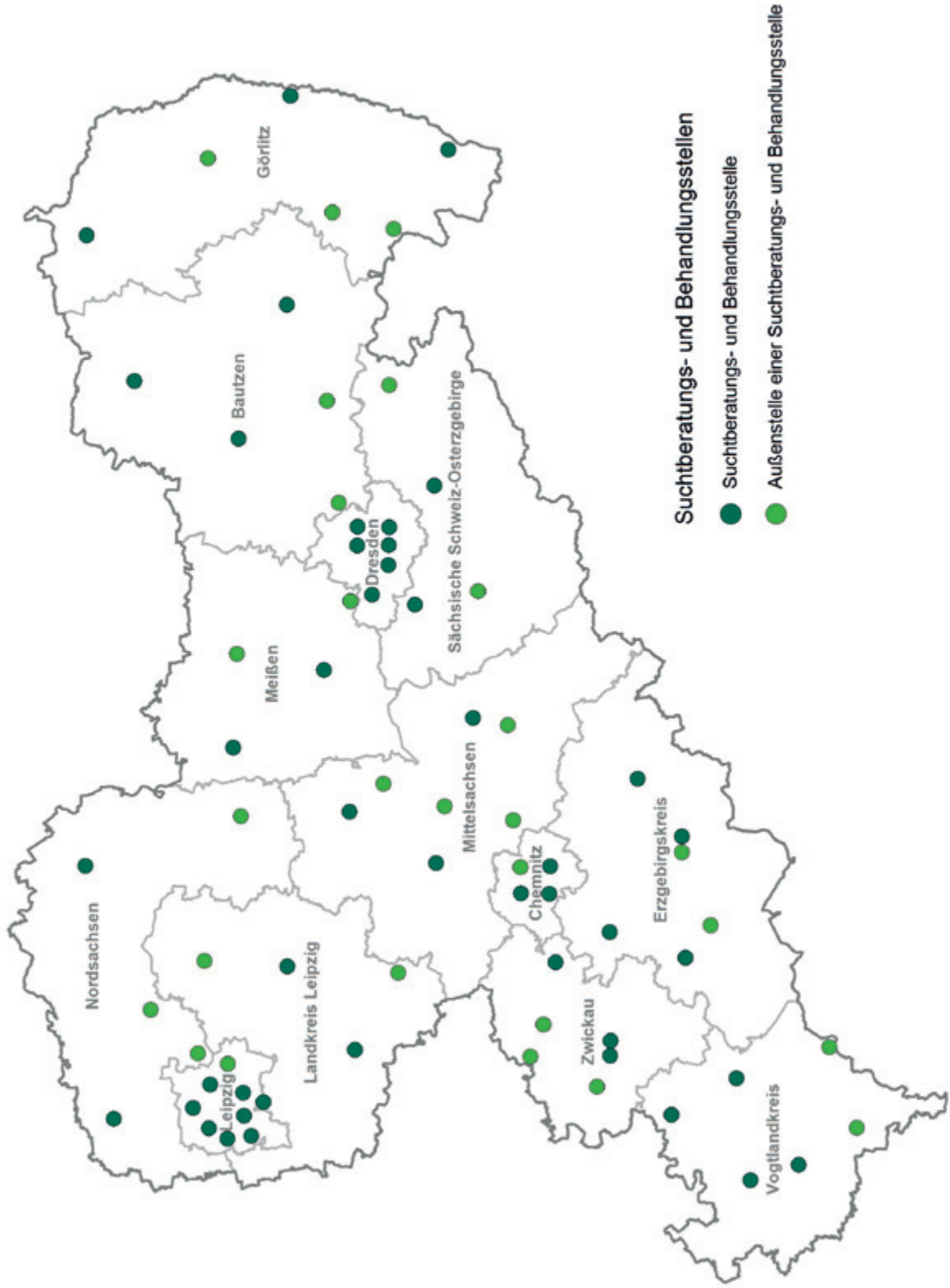
Anlage 3 – Übersicht professioneller psychosozialer Versorgungsstrukturen

12.3.1.1 Übersicht professioneller psychosozialer Versorgungsstrukturen und Hilfesysteme im Suchtbereich²⁰¹

	Versorgungsbereich/-sektor	Allgemeine Einrichtungen	Suchtspezifische Einrichtungen	
psychosoziale und medizinische Versorgung	ambulant	Hausärztliche Versorgung	Hausarzt	Hausarzt mit suchtmmedizinischer Qualifikation
		Aufsuchende Hilfen	Streetworker Komplementäre Dienste Ambulante Pflegedienste Bewährungshilfe	Aufsuchende suchtspezifische Hilfen
		Kontaktangebote/-stätten/ niederschwellige Hilfen	Telefonseelsorge Internetbasierte Kontaktangebote (Soziale) Kontaktstätten/ Kontakt-Cafés Tagesstätten Übernachtungsstätten Sonstige niederschwellige Kontaktangebote	Suchtspezifische Kontaktangebote/-stätten/niederschwellige Hilfen
		Beratungs- und Behandlungseinrichtungen	Beratungsstellen (Psycho-)soziale Beratungsstellen (inkl. Familien-/Erziehungs-/Schuldner-Beratung u. a.)	Suchtberatung und -behandlung (SBB) Ambulante Suchtrehabilitation Fachambulanzen
			Instituts- und Hochschulambulanzen	Psychotherapeutisch-psychiatrische Begleitbehandlung
		Gesundheitsberatungsstellen; Öffentlicher Gesundheitsdienst (Gemeinsame) Reha-Servicestellen		
	Betriebliche Sozialdienste Verkehrspsychologische Beratung/ Begutachtung Sozialpsychiatrische Versorgung	Betriebliche Sozial- und Beratungsdienste Verkehrspsychologische Beratungs-/ Begutachtungsstellen Sozialpsychiatrische Dienste	Betriebliche Suchtberatung	
	stationär	Akutstationäre Versorgung	Notaufnahme/Intensivmedizin Akutpsychiatrische Versorgung	Suchtabteilung
		Entzug/Entgiftung Medizinische Rehabilitation	Akut-/Fachkliniken Rehabilitationskliniken	Spezialabteilungen Stat. Suchtrehabilitation
		Komplementäre Betreuungseinrichtungen	Sozialpsychiatrische Wohnheime Übergangseinrichtungen Sonstige	Komplementäre Einrichtungen für Suchtkranke
Sonstige Hilfesysteme (komplementär)	Hilfen zur Teilhabe im Arbeitsleben Sonstige	Arbeitsagenturen/Job Center Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) Kinder- und Jugendhilfe Schulsozialarbeit Altenpflege Familienhilfe Wohnhilfe Sonstige Hilfen	Suchtspezifische Einrichtungen der sonstigen Hilfesysteme	
	Selbsthilfe	Selbsthilfegruppen für Betroffene	Selbsthilfegruppen für Menschen mit substanzbezogenen Problemen/Störungen	
		Selbsthilfegruppen für Angehörige	Selbsthilfegruppen für Angehörige von Menschen mit substanzbezogenen Problemen	

201 Günthner, A. et al. (2016). Versorgungsorganisation. In K. Mann, E. Hoch, & A. Batra (Hrsg.), *S3-Leitlinie Screening Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störung* (S. 191–210). Berlin: Springer.

Anlage 4 – Regionale Übersicht der SBB



Quelle: SLS Jahresbericht 2017
Stand: Januar 2018

Anlage 5 – Förderung der SBB

Förderung der Suchtberatungs- und -behandlungsstellen

Datenquelle: FÖMISAX/Recherche am 16.01.2019

Datenerfasser: Landesdirektion Sachsen bzw. Sächsische Aufbaubank (als Bewilligungsbehörde/-stelle)

Zwendungsempfänger	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	bewilligte und nach Verwendungsnachweis geprüfte Fördermittel*					bewilligte Fördermittel**
	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
Erzgebirgskreis	326.630	329.748	394.400	430.113	459.387	509.062
Landkreis Mittelsachsen	289.706	288.627	349.886	336.214	413.745	458.851
Vogtlandkreis	281.237	275.942	342.267	327.282	336.673	373.317
Landkreis Zwickau	308.192	311.567	386.558	373.886	429.534	476.387
Kreisfreie Stadt Chemnitz	277.077	262.291	307.540	332.397	335.544	374.836
Landeshauptstadt Dresden	487.771	483.010	696.187	671.893	721.621	805.417
Landkreis Meißen	197.479	194.836	253.826	264.225	324.461	360.533
Landkreis Görlitz	214.400	223.123	269.306	303.404	343.652	381.831
Landkreis Sächs. Schweiz-Osterzgebirge	213.908	227.620	258.636	237.379	327.505	363.672
Landkreis Bautzen	314.160	309.946	365.094	388.954	405.918	450.704
Kreisfreie Stadt Leipzig	649.517	638.994	773.743	754.103	754.103	846.193
Landkreis Nordsachsen	181.280	174.488	238.414	244.517	262.719	292.207
Landkreis Leipzig	192.918	184.450	235.728	263.212	342.996	381.365
SUMME	3.934.274	3.904.642	4.871.586	4.927.579	5.457.858	6.074.375

* das heißt unter Berücksichtigung gegebenenfalls von rückgezahlten Fördermitteln in späteren Jahren

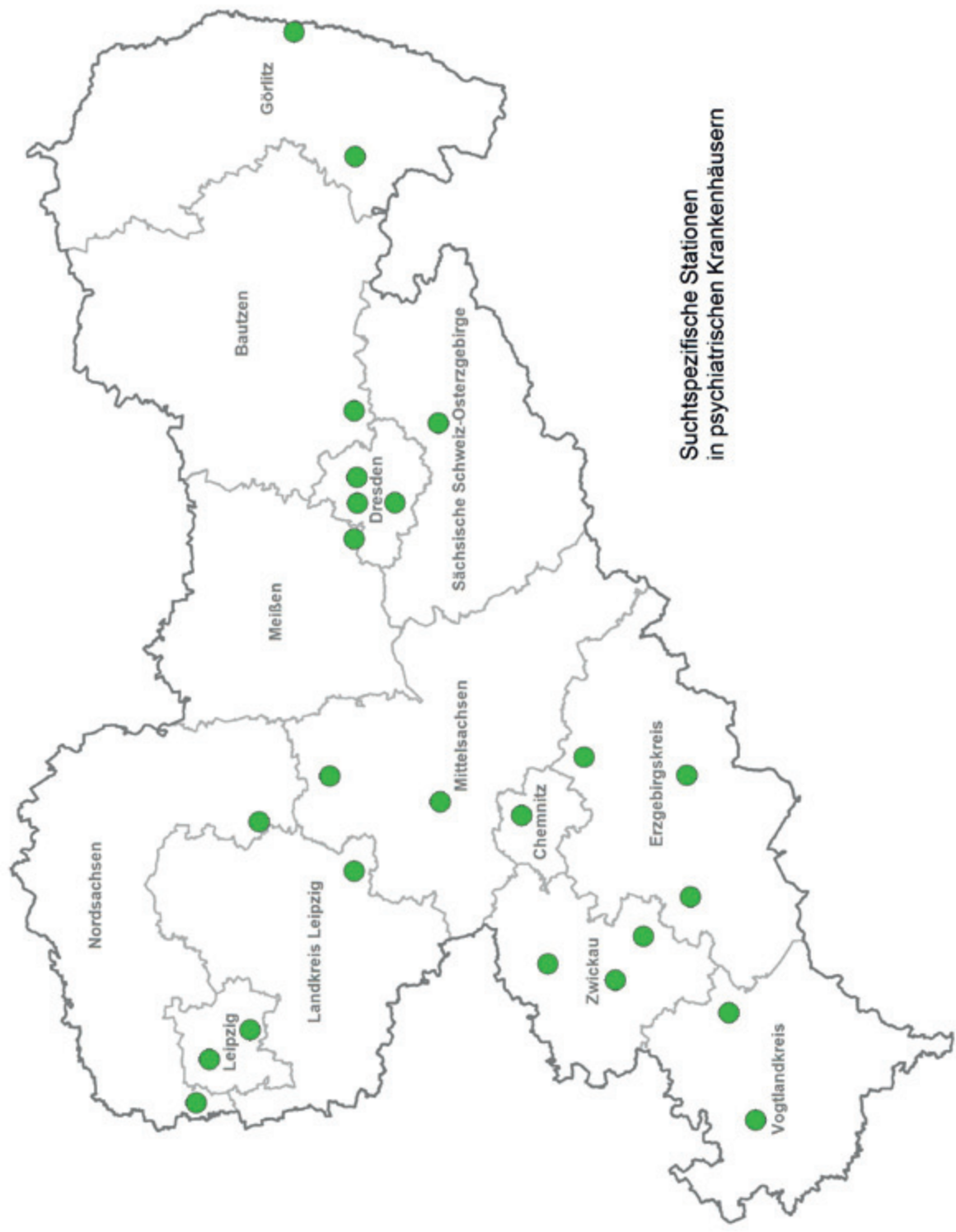
** Verwendungsnachweis noch einzureichen und zu prüfen

Anlage 6 – Einrichtungen mit psychischen Fachgebieten

Einrichtungen mit psychischen Fachgebieten				Betten und Tagesplätze ab 01.09.2018							
				KJPSY		PSY		PSYSO		Summe PSYCH	
				Betten	TP	Betten	TP	Betten	TP	Betten	TP
KH-Nr.	Krankenhaus	Träger	Versorg. stufe								
101	Klinikum Chemnitz	ö	SV	30	5	159	50	20	10	209	65
104	HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen	p	SV	-	-	110	30	-	-	110	30
106	Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau	ö	SV	24	15	77	21	-	-	101	36
109	EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg	ö	RV	-	-	65	28	-	-	65	28
110	HELIOS Klinikum Aue	p	SV	-	-	80	25	-	-	80	25
113	Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch	ö	FKH	50	20	170	35	-	-	220	55
120	Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau	ö	RV	-	-	75	40	-	-	75	40
122	Landkreis Mittweida Krankenhaus	ö	RV	30	21	-	-	-	-	30	21
135	Kliniken Erlabrunn	p	RV	-	-	-	-	75	10	75	10
143	Klinikum Mittleres Erzgebirge - Haus Zschopau	ö	RV	-	-	80	25	-	-	80	25
145	Asklepios Fachklinikum Wiesen	p	FKH	-	-	145	21	-	-	145	21
201	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden	ö	MV	40	32	97	33	38	50	175	115
202	Städtisches Klinikum Dresden	ö	SV	-	-	198	40	29	16	227	56
(Fusion Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt u. Städtisches Krankenhaus Dresden Neustadt seit 01.01.2017)											
207	St. Marien-Krankenhaus Dresden	fg	FKH	-	-	110	45	-	-	110	45
209	Städtisches Klinikum Görlitz	ö	SV	-	-	80	20	25	15	105	35
217	Elblandklinikum Radebeul	ö	RV	-	-	85	25	-	-	85	25
220	Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf	ö	FKH	45	30	185	55	-	-	230	85
229	Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Großschweidnitz	ö	FKH	58	40	206	75	-	-	264	115
235	Klinikum Pirna	p	RV	-	-	95	20	-	-	95	20
301	Universitätsklinikum Leipzig	ö	MV	45	10	70	25	20	20	135	55
302	Klinikum St. Georg	ö	SV	-	-	-	60	36	-	36	60
304	Park-Krankenhaus Leipzig	p	RV	75	70	285	46	-	-	360	116
316	Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bethanien Hochweitzschen	fg	FKH	-	-	121	47	-	-	121	47
322	Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Zschadraß	fg	FKH	-	-	120	60	-	-	120	60
328	Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Altscherbitz	ö	FKH	-	-	208	75	-	-	208	75
329	COLLM Klinik Oschatz	ö	RV	-	-	-	-	20	-	20	-
330	Fachkrankenhaus Hubertusburg	ö	FKH	24	-	127	40	-	-	151	40
Gesamt				421	243	2.948	941	263	121	3.632	1.305

nur Psychosomatik
 Psychosomatik und Psychiatrie

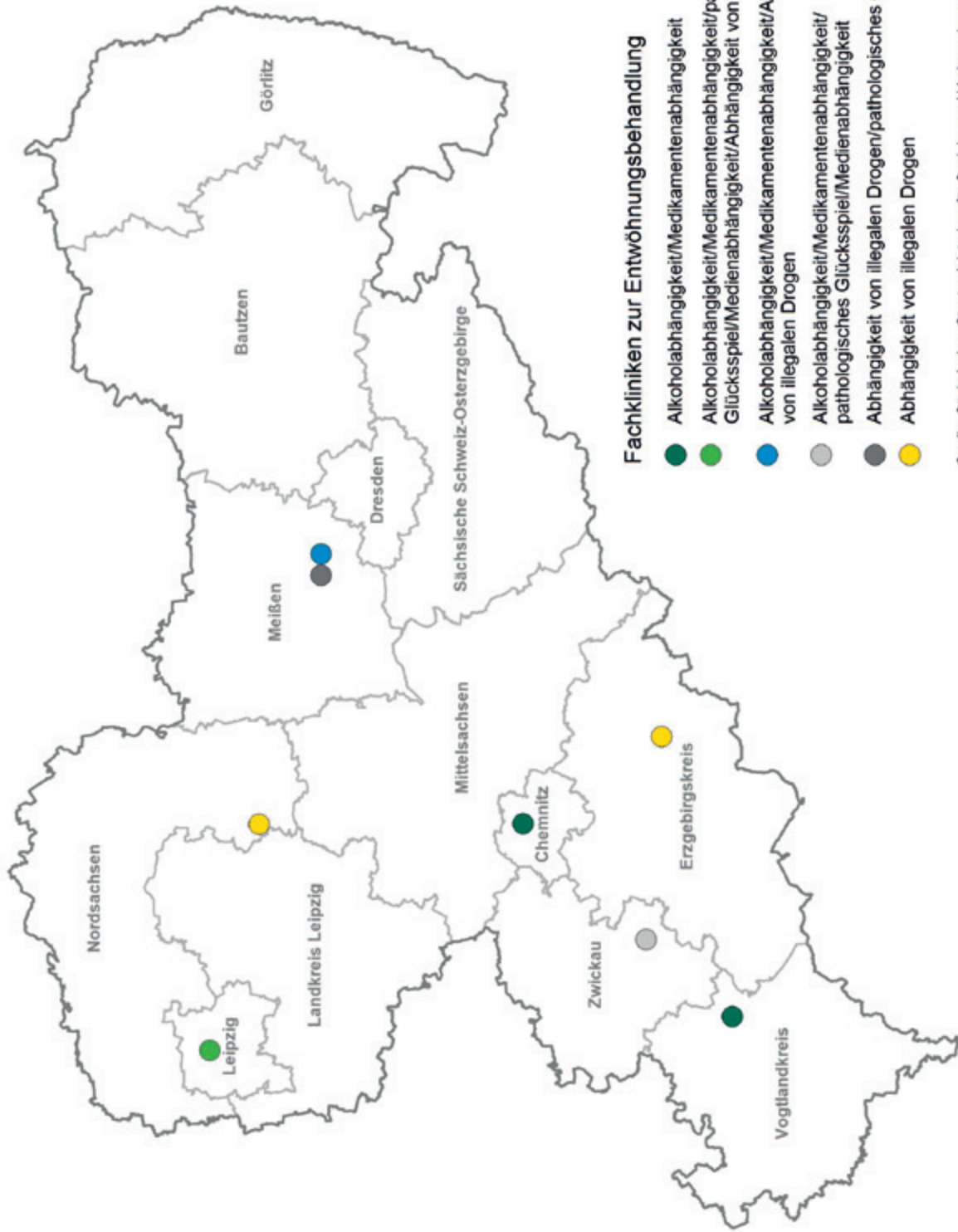
Anlage 7 – Suchtspezifische Stationen in psych. KH



Suchtspezifische Stationen
in psychiatrischen Krankenhäusern

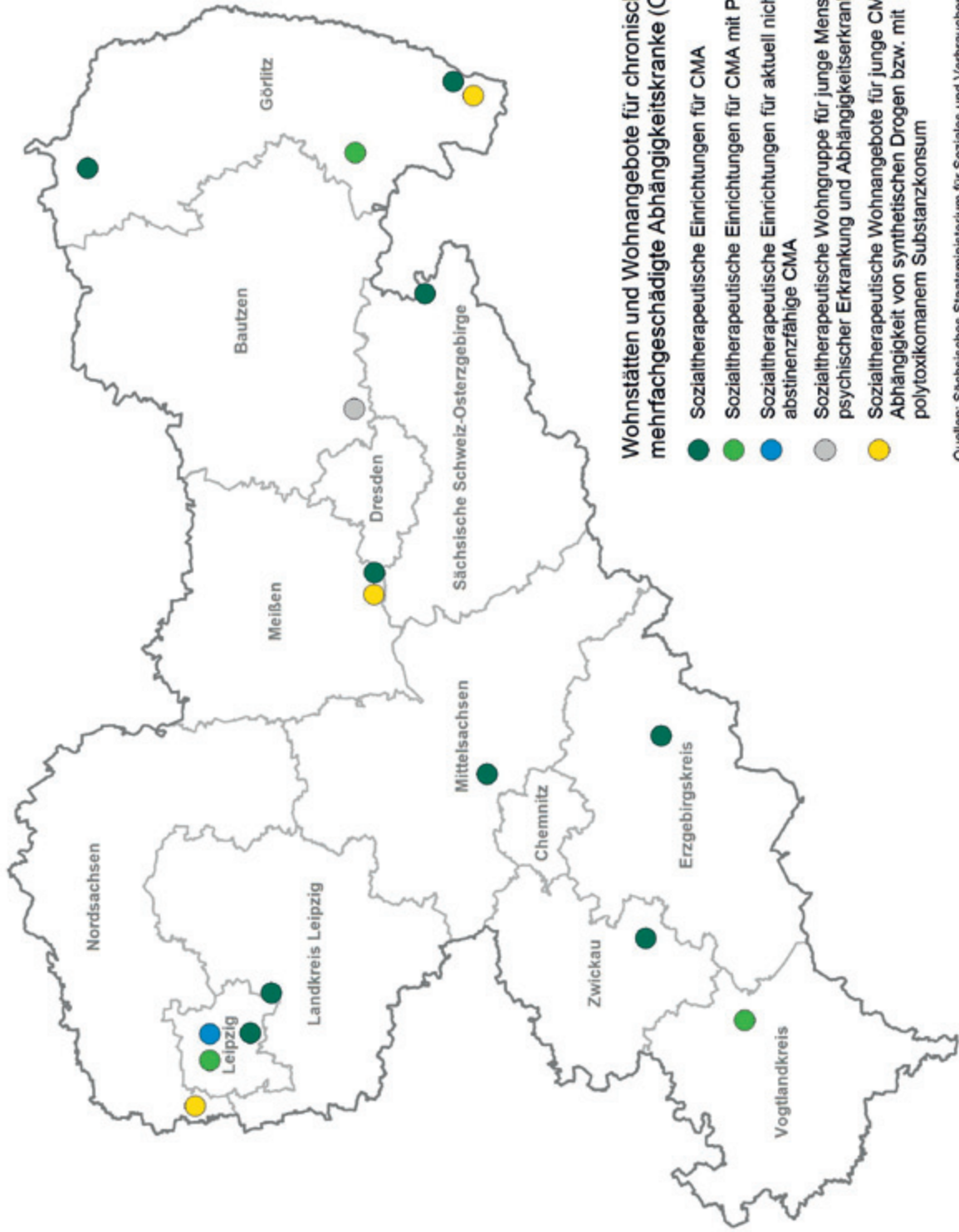
Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Stand: September 2018

Anlage 8 – Fachkliniken zur Entwöhnungsbehandlung



Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
Stand: Dezember 2018

Anlage 9 – Wohnstätten u. Wohnangebote CMA



Quellen: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz,
SLS Jahresbericht 2017
Stand: Dezember 2018

Anlage 10 – Anzahl der Verfahren nach BtMG

Anzahl der Verfahren nach BtMG nach Art des Verstoßes und Substanzen zwischen 2012–2017, absolut.

Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Sachsen.

Absolut	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rauschgiftdelikte (BtMG)	8.875	9.408	10.481	9.834	9.819	
allgemeine Verstöße	6.935	7.460	8.288	7.859	7.712	9.376
Heroin	212	187	162	165	196	176
Kokain einschließlich Crack	56	64	74	77	71	135
LSD	-	4	4	4	10	21
Amphetamin/Methamphetamin (ohne Ecstasy und Crystal)	k. A.	k. A.	411	371	294	296
Methamphetamin, kristalline Form (Crystal)	k. A.	k. A.	3.924	3.465	2.928	2.872
Ecstasy	k. A.	k. A.	68	103	154	235
Cannabis und Zubereitungen	2.672	3.138	3.611	3.645	3.990	5.578
sonstige BtM	40	25	34	29	69	63
unerlaubter Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften	1.173	1.215	1.216	1.046	1.193	1.799
Heroin	55	28	14	12	11	24
Kokain einschließlich Crack	19	22	12	14	18	67
Amphetamin/Methamphetamin (ohne Ecstasy und Crystal)	k. A.	k. A.	22	28	23	34
Methamphetamin, kristalline Form (Crystal)	k. A.	k. A.	714	458	505	474
Ecstasy	k. A.	k. A.	12	14	38	59
Cannabis und Zubereitungen	353	361	430	511	590	1.019
sonstige BtM	7	6	12	8	8	119
unerlaubte Einfuhr von BtM	90	129	97	77	68	134
Methamphetamin, kristalline Form (Crystal)	k. A.	k. A.	75	66	60	98
Cannabis und Zubereitungen	14	24	9	6	7	25
sonstige Verstöße gegen das BtMG	677	604	880	852	846	895
unerlaubter Anbau von BtM	184	208	298	243	225	267
BtM-anbau, -herstellung und -handel als Mitglied einer Bande	40	31	38	37	40	41
BtM-Abgabe, Verabreichung ohne Überlassung an Minderjähriger	80	67	100	140	155	117
unerlaubte Verschreibung und Verabreichung durch Ärzte	14	10	9	10	14	8
unerlaubte® Handel, Herstellung, Abgabe und Besitz in nicht geringer Menge von BtM	359	287	430	422	408	454

Anlage 11 – Teilnehmende Institutionen

Workshop 1: Jüngere Konsumenten bzw. Patienten in der Versorgung suchtgefährdeter und – kranker Menschen

Teilnehmende Institutionen

1	SLS
2	SLÄK
3	Stadt Chemnitz, Amt für Jugend und Familie, Sachgebiet Jugendhilfeplanung
4	Suchtbeauftragte Leipzig
5	Sächsisches Krankenhaus Arnsdorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
6	Sächsisches Krankenhaus Rodewisch, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
7	Sächsisches Krankenhaus Großweidnitz, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie
8	Helios Park-Klinikum Leipzig, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
9	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
10	Celenus Klinik Carolabad in Chemnitz, Medizinisches Rehabilitationszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik
11	Institut für Gesundheit und Bildung – IGB e.V. Großrückerswalde
12	Jugenddrogenberatungsstelle in Dresden
13	Jugenddrogenberatungsstelle in Chemnitz
14	Jugenddrogenberatungsstelle in Leipzig
15	SBB Landkreis Bautzen
16	SBB Pirna

Workshop 2: Prävention – Schwerpunkt selektive, indizierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen

Teilnehmende Institutionen

1	Beratungslehrer(in) oder Schulsozialarbeiter(in)
2	Fach- und Koordinierungsstelle für Suchtprävention Sachsen
3	Landesjugendamt
4	Landeskriminalamt
5	SMK
6	Aktion Jugendschutz
7	Kinderschutzbund
8	Jugendgerichtshilfe
9	Gesundheitsamt Dresden
10	Gesundheitsamt Leipzig
11	Gesundheitsamt Meißen
12	Gesundheitsamt Leipziger Land
13	Straßensozialarbeit Leipzig
14	Straßensozialarbeit LK Zwickau
15	Arbeitskreis Suchtprävention Hoyerswerda
16	Jugend- und Drogenberatung Chemnitz
17	Jugend- und Drogenberatung Leipzig,
18	drug scouts,
19	no addiction
20	SMS

Workshop 3: Suchtkrankenhilfe: Entwicklung, aktuelle Anforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe Suchtkrankenhilfe

Teilnehmende Institutionen

1	SLS
2	DRV Mitteldeutschland
3	Psychiatriekoordinatorin Dresden
4	Suchtbeauftragte Leipzig
5	Suchtkoordinatorin Chemnitz
6	Psychiatriekoordinatorin Meißen
7	Psychiatriekoordinatorin Mittelsachsen
8	Psychiatriekoordinatorin Görlitz
9	Suchtkoordinatorin Erzgebirgskreis
10	Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik
11	Rudolf Virchow Klinikum Glauchau
12	Evangelische Fachkliniken Heidehof, Weinböhla
13	Fachklinik für Drogenrehabilitation Wernsdorf
14	Caritasverband Zwickau SBB
15	SZL Suchtzentrum gGmbH Leipzig SBB
16	LK Sächs. Schweiz/ Osterzgebirge SBB
17	Come back e.V. Zittau
18	SLS, Fachausschuss „Selbsthilfe“

**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

www.facebook.com/SozialministeriumSachsen
www.twitter.com/sms_sachsen
www.instagram.com/sms_sachsen

Bildnachweis:

© A-Digit – istockphoto.com

Redaktion:

Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Gestaltung, Satz und Druck:

Neue Druckhaus Dresden GmbH, Bärensteiner Str. 30, 01277 Dresden

Bezug:

Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30, 01127 Dresden
Telefon 0351 210 367 1, Fax 0351 210 368 1
E-Mail: Publikationen@sachsen.de

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit 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 Abzügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.