

# **Psychiatrische Versorgung und Suchtkrankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt**

## **Teil 2: Programm zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe**

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit  
des Landes Sachsen-Anhalt







## Vorwort

Dem Mißbrauch von Suchtmitteln vorzubeugen und suchtkranken Menschen sowie ihren Angehörigen wirkungsvoll zu helfen, ist eine ständige Herausforderung an die Gesundheits- und Sozialpolitik, der sich die Landesregierung mit aller Konsequenz stellt. In diesem Prozeß nimmt der kontinuierliche Auf- und Ausbau der Suchtkrankenhilfe im Land Sachsen-Anhalt besondere Bedeutung ein.

Das vorliegende Programm ist ein vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit erarbeiteter Teilplan zur medizinischen und sozialen Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Er umfaßt Daten zum erreichten Stand, zeigt vorhandene Probleme auf und bringt Lösungsansätze ein. Dabei haben neben der zielgerichteten Präventionsarbeit Beratung und Betreuung abhängigkeitskranker Menschen eine wachsende Bedeutung. Das Programm ist darauf gerichtet, alle Bereiche - von der Prävention bis hin zur Nachsorge - in einer bedarfsgerechten und effektiven Betreuungskette zu vernetzen. Die bisher geschaffenen Strukturen der Grundversorgung sind dafür eine gute Basis.

Für die Umsetzung des vorliegenden Programms ist das zielgerichtete und koordinierte Handeln aller an der Suchtkrankenhilfe Beteiligten notwendig. Insbesondere vor dem Hintergrund unterschiedlicher Zuständigkeiten und Kostenträger brauchen wir ein verantwortungsbewußtes Miteinander. Es geht um bedarfsgerechte Präventions-, Beratungs-, Behandlungs- und Nachsorgeangebote als Hilfe für ein selbstbestimmtes Leben ohne Sucht.

Dr. Gerlinde Kuppe  
Ministerin für Arbeit, Soziales und Gesundheit  
des Landes Sachsen-Anhalt



# Programm zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe im Land Sachsen-Anhalt

	<u>Seite</u>
<b>1. Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe als Teil der Gesundheitspolitik</b>	<b>7</b>
<b>2. Suchtmittelgebrauch</b>	<b>8</b>
2.1 Sachstand	8
2.2 Probleme und Entwicklungstendenzen	9
<b>3. Suchtprävention</b>	<b>10</b>
3.1 Sachstand	10
3.1.1 Grundlagen der Suchtprävention	10
3.1.2 Situation in Sachsen-Anhalt	11
3.2 Probleme	11
3.3 Lösungswege	12
<b>4. Suchtkrankenhilfe</b>	<b>12</b>
4.1 Ambulante Suchtkrankenhilfe (Zielstellung und Arbeitsansätze)	12
4.1.1 Sachstand	12
4.1.2 Probleme	14
4.1.3 Lösungswege	14
4.2 Stationäre Suchtkrankenhilfe	15
4.2.1 Versorgung in den Bereichen Entzugsbehandlung und Entwöhnung	15
4.2.2 Probleme	16
4.2.3 Lösungswege	16
<b>5. Nachsorge</b>	<b>17</b>
5.1 Sachstand	17
5.2 Probleme	18
5.3 Lösungswege	19
<b>6. Spezifische Zielgruppen und Aufgabenfelder</b>	<b>19</b>
6.1 Frauenspezifische Suchtprobleme	19
6.2 Alkoholembryopathie	20
6.3 Jugendliche Konsumenten	20
6.4 Suchtprobleme am Arbeitsplatz	21
6.5 Sucht und Straffälligkeit	21
6.6 Medikamentengestützte Therapie	22
6.7 Illegale Rauschmittel	23
<b>7. Spezifische Einrichtungen</b>	<b>24</b>
7.1 Landesstelle gegen die Suchtgefahren	24
7.2 Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung	25
<b>8. Zentrale Aussagen zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe - Zusammenfassung und Perspektive</b>	<b>25</b>
<b>9. Übersichten, Adressen</b>	<b>28</b>
<b>10. Auszüge aus Gesetzestexten, Empfehlungsvereinbarungen und Rahmenrichtlinien</b>	<b>35</b>



# 1. Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe als Teil der Gesundheitspolitik

## *Rauschmittel sind uralter Menschheitsbesitz.*

Noch heute gebräuchliche Suchtmittel sind schon in frühesten Kulturen nachweisbar. Die mit dem Konsum dieser Stoffe verbundene Gefahr, sich selbst zu verlieren, war bereits früh bekannt. Dieser Gefahr zu begegnen, entwickelten sich spezifische, oft an religiöse Handlungen gebundene soziokulturelle Strukturen. Der Gebrauch von Suchtmitteln außerhalb dieser Normen führte zu schweren gesellschaftlichen Konflikten. Der von Paracelsus formulierte Grundsatz "Die Dosis macht das Gift" kommt hier umfassend zum Tragen.

Auch in Deutschland führt der Gebrauch von illegalen wie auch von legalen Suchtmitteln zu erheblichen gesellschaftlichen Problemen.

Die Anerkennung der Abhängigkeit von Suchtmitteln als Krankheit durch die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger erfolgte erst 1968. Die Primärerkenntnis, daß Abhängigkeit von bestimmten Substanzen und suchtmähnlichen Verhaltensweisen Krankheitswert hat, muß der Bevölkerung noch nähergebracht und im therapeutischen Handeln noch deutlicher werden. Ausgehend von dem Grundsatz, Abhängigkeit ist eine Erkrankung, ist zu schlußfolgern, daß sowohl vorbeugende Maßnahmen als auch Hilfen zur Überwindung der Erkrankung erforderlich sind. Rechtsansprüche darauf finden sich insbesondere in den Sozialgesetzbüchern SGB V und VI, dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und den Richtlinien der Rentenversicherungsträger zur Rehabilitation.

Die Gesundheitspolitik des Landes Sachsen-Anhalt räumt der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe hohe Priorität ein. Die Landesregierung stellt dabei folgende Leitlinien in den Mittelpunkt:

- Verstärkung des Kampfes gegen den Mißbrauch legaler Drogen, schwerpunktmäßig des Alkohols und gegen den Gebrauch illegaler Drogen
- Frühzeitige Aufklärung und Prävention mit dem Ziel der Absenkung der Nachfrage nach legalen und illegalen Drogen
- Verbesserung und Weiterentwicklung von Hilfeangeboten
- Effektive Verfolgung des illegalen Handels mit Drogen
- Einbeziehung von frauenspezifischen Problemen in den Suchthilfebereich
- Schutz vor den sozialen und gesundheitlichen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen im Sinne einer Schadensbegrenzung

Mit der deutschen Einheit mußten die neuen Leistungs- und Kostenstrukturen auch für die Suchtkrankenhilfe umgesetzt werden. Dies führte zur Auflösung bzw. Umstrukturierung der Polikliniken und des gesamten medizinischen und rehabilitativen Versorgungsnetzes der DDR. Damit brach auch das fast ausschließlich medizinisch orientierte Betreuungsangebot für Suchtkranke zusammen. Unter Berücksichtigung der veränderten Kosten- und Leistungszuständigkeiten mußten in Sachsen-Anhalt möglichst schnell neue Beratungs- und Hilfestrukturen aufgebaut werden. In den letzten 5 Jahren wurde durch das Engagement der Beteiligten bereits eine gute Betreuungsbasis geschaffen. Es ist jedoch noch ein weiter und nicht einfacher Weg, bis die Suchtprävention und die Versorgung Suchtkranker allen Ansprüchen gerecht werden.

Unter Berücksichtigung der vielfältigen Entstehungsmuster einer Suchterkrankung und der unterschiedlichen Kostenzuständigkeiten soll das vorliegende Programm mit derzeitigem Stand Rahmenbedingungen für Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe, unter Beachtung der geltenden Rechtsvorschriften und der wissenschaftlichen Erkenntnisse, aufzeigen.

Die Umsetzung der programmatischen Vorstellungen erfolgt in Form von Einzelprojekten und konzeptioneller Schwerpunktarbeit entsprechend den sehr unterschiedlichen Bedarfssituationen und den territorialen Besonderheiten in den Regionen des Landes.

## 2. Suchtmittelgebrauch

### 2.1 Sachstand

**Alkohol** ist neben Nikotin bzw. Tabakerzeugnissen der verbreitetste Suchtstoff in Deutschland. In der Weltrangliste des Reinalkoholverbrauches nimmt die Bundesrepublik mit 11,4 l Reinalkohol pro Kopf der Bevölkerung (1994) einen führenden Platz ein. Für das Land Sachsen-Anhalt ist bei ca. 2,75 Mio. Einwohnern und einer Häufigkeit von 4 v. H. mit etwa 112.000 Alkoholkranken zu rechnen.

Unter Berücksichtigung der statistischen Verteilung der Konsummengen in der Bevölkerung ist für 23 v. H. der Bevölkerung Sachsen-Anhalts von einem gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum auszugehen, wenn der von der WHO als gesundheitsgefährdender Grenzwert von 40 g Reinalkohol (ca. 1 l Bier oder 3 Schnäpse zu 0,04 l) täglich für Männer und 20 g Reinalkohol (ca. 0,2 l Wein) täglich für Frauen zugrunde gelegt wird.

Ein täglicher Konsum bis zu diesen sogenannten Grenzwerten kann aber ebenso bereits schädlich sein.

Der hohe Konsum von Alkohol spiegelt die überaus große gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber alkoholischen Getränken wider. Die vom Alkoholkonsum ausgehende Eigen- und Fremdgefährdung zeigt sich besonders offensichtlich im Straßenverkehr.

Anteil der Alkoholunfälle an allen Unfällen mit Personenschaden nach Bundesländern 1995 in Prozent:

(Quelle: Statistisches Bundesamt VL-81)

<u>Land</u>	<u>Prozent von insgesamt</u>
Mecklenburg-Vorpommern	14,6
Sachsen	14,6
Brandenburg	14,4
Sachsen-Anhalt	12,9
Thüringen	12,4
Baden-Württemberg	11,0
Hessen	10,4
Saarland	10,3
Rheinland-Pfalz	8,8
Schleswig-Holstein	8,8
Bayern	8,4
Berlin	8,2
Niedersachsen	7,9
Nordrhein-Westfalen	7,1
Bremen	7,0
Hamburg	6,8

Die Übersicht unterstreicht, daß in den neuen Bundesländern die Alkoholproblematik im Straßenverkehr erheblich ist, daß aber auch in den anderen Bundesländern "Alkohol am Steuer" ein beachtliches Problem darstellt.

Ein nicht zu unterschätzender Einfluß muß dabei den allgegenwärtigen Werbemaßnahmen für Alkoholika zugeordnet werden. Gleichzeitig muß festgestellt werden, daß Bürger, denen ein kontrollierter Alkoholkonsum durch Abhängigkeit nicht mehr möglich ist, sehr schnell an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden.

**Rauchen** ist eine der wichtigsten Einzelursachen für Krankheit, Invalidität und vorzeitigen Tod. Bundesweit rauchen von den über 15jährigen männlichen Personen etwa 37 v. H., von den weiblichen 22 v. H. Das entspricht 29 v. H. der Gesamtbevölkerung Deutschlands. Der Anteil der aktiven Raucher liegt in Sachsen-Anhalt dagegen bei etwa 37 v. H.

Der höchste Anteil der Raucher ist nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) in den neuen Bundesländern in der Altersgruppe 25 - 30 Jahren mit 54 v. H. der Männer und 37 v. H. der Frauen zu verzeichnen.

**Medikamentenabhängigkeit** ist nach einer Studie der Innungskrankenkassen von 1994 bei ca. 1,2 Mio. Bürgern in Deutschland anzunehmen. Das bedeutet für Sachsen-Anhalt mehr als 40.000 Betroffene, wobei gerade im Bereich des Medikamentenmißbrauches von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen ist.

Einen Einfluß auf den Medikamentenmißbrauch hat das Verschreibungsverhalten der Ärzte. Aber auch die Möglichkeit, Medikamente im freien Verkauf zu erwerben, sowie die Werbung sind weitere wichtige Einflußfaktoren. Nicht zu unterschätzen ist auch der gesellschaftliche Anspruch, sich ständig "wohl fühlen zu müssen", so daß der Wunsch, für jede mißliche Situation eine Tablette zur Verfügung zu haben, sehr fest im Denken eines beachtlichen Teils der Bevölkerung verankert ist.

**Illegale Drogen** haben sich in Sachsen-Anhalt wie auch in den anderen neuen Bundesländern nicht wie erwartet explosionsartig ausgebreitet. Die Suchtberatungsstellen berichten jedoch insbesondere in den letzten 1 ½ Jahren über eine deutliche Zunahme der Zahl der Betroffenen und Ratsuchenden zu diesem Problemkreis.

Dabei steht der Gebrauch von Ecstasy und Cannabis im Vordergrund. Die Hemmschwelle gegenüber harten Drogen wie Heroin und Kokain ist in Sachsen-Anhalt noch relativ hoch. Eine mit den alten Ländern vergleichbare offene Drogenszene existiert in Sachsen-Anhalt noch nicht.

Das zeigt auch die 12-Monats-Prävalenz, die für die neuen Bundesländer bei 1,9 v. H. gegenüber 5,4 v. H. in den alten Bundesländern nach einer Erhebung des Instituts für Therapieforschung (IFT) im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 1995 liegt. Das heißt, weniger als 2 v. H. der Befragten in den neuen Bundesländern haben im Verlauf der letzten 12 Monate illegale Drogen auch nur einmalig konsumiert. Dennoch wird in allen statistischen Erhebungen seit 1990 eine deutliche Zunahme des Konsums illegaler Drogen sichtbar. Daher sind auch in Sachsen-Anhalt spezifische Präventionskonzepte gegen illegale Drogen verstärkt zu entwickeln und einzusetzen.

**Nichtstoffgebundene Suchtformen** werden in erster Linie durch pathologisches Spielverhalten und gestörtes Eßverhalten repräsentiert. Ihnen wird auf Grund der enormen Bedeutung der stoffgebundenen Süchte weniger Beachtung geschenkt. In Sachsen-Anhalt weist aber gerade das pathologische Spielverhalten eine erhebliche Verbreitung auf. Auch im Bereich des gestörten Eßverhaltens finden Betroffene und Angehörige jetzt den Weg zu den vorhandenen Hilfeangeboten. Wegen der langen Entwicklungszeit dieser Suchterkrankungen und der vielfach erst sehr spät einsetzenden gesundheitlichen und sozialen Folgeprobleme finden diese Suchtformen sowohl in der Bevölkerung als auch bei den für die Therapie zuständigen Kostenträgern nur eine sehr begrenzte Beachtung.

## 2.2 Probleme und Entwicklungstendenzen

Ausgehend von dem derzeitigen Gebrauch von Suchtmitteln in Sachsen-Anhalt zeichnen sich folgende Entwicklungstendenzen für den Suchtmittelkonsum ab:

- Alkohol ist in Sachsen-Anhalt wie auch bundesweit unverändert die am meisten verbreitete Suchtsubstanz und genießt sehr hohe gesellschaftliche Akzeptanz.
- Alkoholische Getränke gewinnen schon im Leben Jugendlicher durch ein immer früheres Einstiegsalter eine wachsende Bedeutung.
- Bei manifester Alkoholabhängigkeit entwickeln sich aus verschiedenen Gründen zunehmend schwerere und vielfältigere Organfolgeschäden.
- Auf Grund des gesundheitsschädigenden, aber gesellschaftlich tolerierten Alkoholmißbrauchs werden die im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Berufsgruppen mit vielfältigen neuen Aufgaben konfrontiert. Eine Überprüfung der bisherigen Handlungsstrategien dieser Berufsgruppen wird erforderlich.
- Ob sich der seit 1992/1993 in der Bundesrepublik abzeichnende Trend des Rückgangs des Zigarettenverbrauches dauerhaft fortsetzt, kann derzeit für Sachsen-Anhalt nicht eingeschätzt werden.
- Bei Medikamentenabhängigkeit und Eßstörungen als frauentypische Süchte liegt der Anteil der Frauen bei 80 - 90 v. H.
- Der Gebrauch illegaler Drogen steigt in Sachsen-Anhalt kontinuierlich. Dabei zeichnen sich z. Zt. als Schwerpunktregionen Halle/Bitterfeld/Wolfen, Magdeburg sowie Wernigerode/Halberstadt ab.
- Der Konsum illegaler Drogen tritt vorwiegend in der Altersgruppe 18 - 25 Jahre auf, zunehmend aber auch bei wesentlich jüngeren Personen. Es ist von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen.
- Bei den illegalen Drogen am weitesten verbreitet ist der Cannabisgebrauch. Wie die Konsultationszahlen der Suchtberatungsstellen zeigen, hat insbesondere seit dem Frühjahr 1994 der Gebrauch von Haschisch und Marihuana deutlich zugenommen.
- Die Zahl der Dauerkonsumenten, die hohe Dosen zu sich nehmen, ist noch begrenzt. Mit einer Zunahme in den nächsten Jahren ist jedoch zu rechnen.
- Im Verlauf der letzten 1 ½ Jahre ist auch in den neuen Bundesländern der Gebrauch von synthetischen Drogen angewachsen. Die Gefahr, daß synthetische Drogen, insbesondere Ecstasy, sich zu einem allgemeinen Bestandteil von Jugendpartys entwickeln, darf nicht außer acht gelassen werden. Dafür sprechen auch die im Zusammenhang mit Ecstasy-Konsum aufgetretenen Todesfälle. Die Gefährlichkeit von Ecstasy wird auch durch das am 21.10.1996 veröffentlichte Urteil des Bundesgerichtshofes (Az.: 3stR 220/96), das die "nicht geringe Menge" mit 30 g Substanz (ca. 500 Tabletten) festlegt, unterstrichen.
- Zunehmend tritt das Problem der Polytoxikomanie auf.
- Die Entwicklungstendenzen für die nichtstoffgebundenen Suchterkrankungen sind wegen der vielfältigen Ursachen für die Entwicklung von Abhängigkeiten und der langen Latenz der Erkrankungen nur schwer zu erfassen. Aber auch hier ist eher mit einer Zunahme zu rechnen.

### 3. Suchtprävention

#### 3.1 Sachstand

##### 3.1.1 Grundlagen der Suchtprävention

In vielen Bereichen ist es für den größten Teil der Bevölkerung eine Selbstverständlichkeit, sich individuell, aber auch in Sportgruppen, Vereinen und anderen Organisationen um die Vorbeugung von Erkrankungen zu bemühen. Dies muß auch in größerem Umfang für die Suchterkrankungen realisiert werden.

Das Recht der Bürger "auf körperliche Unversehrtheit" aus Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes konkretisiert sich für den Bereich der Gesundheitsvorsorge etwa im § 6 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), in den §§ 11 und 20 ff Sozialgesetzbuch V (SGB V) und dem § 14 Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), wobei es durch das Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG) sowie die damit verbundene Veränderung des § 20 SGB V zu einer wesentlichen Einschränkung der Leistungen der Krankenkassen hinsichtlich ihrer Verpflichtung zur Prävention gekommen ist. In der ambulanten Empfehlungsvereinbarung der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Rehabilitation Suchtkranker von 1991 wird im § 5 ein integriertes Konzept der ambulanten Therapieeinrichtungen gefordert, das auch die Prävention beinhaltet (Anhang).

Demgemäß haben in der Prävention die ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen eine Schlüsselposition. In der Regel liegt die Kostenzuständigkeit für diese Einrichtungen bei den Kommunen. Gleichzeitig bietet die kommunale Ebene günstige Voraussetzungen für die Vernetzung präventiver Angebote, die vorrangig von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege nach dem Subsidiaritätsprinzip vorgehalten werden.

Die Landesregierung sieht in der Eingrenzung der Nachfrage nach Suchtmitteln durch präventive Maßnahmen einen entscheidenden Handlungsbereich in der Suchtpolitik.

Im Rahmen der europaweiten Gesundheitspolitik wird nach der Ottawa-Charta bis zum Jahr 2000 von der WHO angestrebt, den Konsum von Abhängigkeit bewirkenden Stoffen wie Alkohol, Tabak und psychotropen Substanzen erheblich zu senken, und zwar

- den Anteil der Nichtraucher auf mindestens 80 v. H. zu erhöhen und die Nichtraucher vor passivem Rauchen zu schützen,
- den Alkoholkonsum um 25 v. H. zu senken und dabei vor allem den schädlichen Konsum einzuschränken,
- beim Mißbrauch psychotroper Substanzen, einschließlich verschriebener Medikamente, einen anhaltend rückläufigen Trend zu bewirken.

Ausgehend von den Erfahrungen in der Suchtprävention der letzten 20 Jahre orientieren sich alle Maßnahmen der Prävention an den Leitlinien der BZgA, denen ein ursachenorientierter, ganzheitlicher Arbeitsansatz zugrunde liegt und der ebenfalls auf der WHO-Konzeption "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" fußt:

- Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Förderung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit
- Förderung der Konfliktfähigkeit
- Förderung von Genuß- und Erlebnisfähigkeit
- Unterstützung bei "Sinnsuche und Sinnerfüllung"

In Abhängigkeit von Zielgruppen und Charakter der präventiven Ansätze werden folgende Ziele angestrebt:

- Förderung eines sozialen Klimas und Bestärkung von Wertvorstellungen, die zu einer erhöhten Drogendistanz beitragen
- Stärkung von Kompetenzen zu eigenverantwortlichem bewußtem Umgang mit legalen Suchtmitteln
- Vermittlung altersgemäßer, an der Lebenswelt der Zielgruppe orientierter Informationen zu Sucht und Suchtmitteln
- Bewußtmachen der fließenden Übergänge und der Prozeßhaftigkeit von Suchtmittelmißbrauch und Suchterkrankung

Die Arbeit in der Suchtprävention stützt sich auf 3 Säulen:

### 1. Primärprävention

Hierzu zählen die kommunikativen und strukturellen Maßnahmen, die der Entwicklung von Abhängigkeit im Vorfeld ihrer Entstehung begegnen, d. h. Arbeit mit Gesunden, z. B. Maßnahmen zur Stärkung der Persönlichkeit, Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit im Rahmen von Schule und Freizeitgestaltung durch Seminare und Ausbildungsangebote sowie längerfristige Projekte für Kinder und Jugendliche. Träger dieser Maßnahmen sind in erster Linie Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, der Jugendhilfe und Schulen, aber auch der Polizei. Auch die Landesvereinigung für Gesundheit trägt mit ihrem ganzheitlichen Konzept der Gesundheitsförderung zur unspezifischen Suchtprävention bei und ist in der schulischen Gesundheitsförderung/Primärprävention ein wichtiger Kooperationspartner.

### 2. Sekundärprävention

Sekundärprävention orientiert sich auf stark durch Suchtmittelmißbrauch gefährdete bzw. bereits in gefährlicher Form konsumierende Gruppen mit dem Ziel, zu einer Verhaltensänderung zu kommen, um einer weiteren Gefährdung entgegenzuwirken und weitere Schäden zu vermeiden. Es handelt sich hier um personenzentrierte Maßnahmen, die vorwiegend von Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Jugendhilfeeinrichtungen und den Sozialen Diensten der Justiz umgesetzt werden.

### 3. Tertiärprävention

Tertiärprävention ist auf Betroffene nach erfolgter Therapie ausgerichtet, um durch die Gestaltung des sozialen Umfeldes sowie weiterer Stabilisierung der Persönlichkeit und der sozialen Strukturen Rückfällen entgegenzuwirken. Ziel ist die Reintegration in das gesellschaftliche Leben. Die wichtigsten Partner sind dabei die Suchtberatungsstellen, die Sozialpsychiatrischen Dienste und insbesondere die Selbsthilfegruppen. Im Rahmen der beruflichen Integration kommt den Arbeitsämtern eine hohe Bedeutung zu.

#### 3.1.2 Situation in Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt wird die Suchtprävention durch die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der Jugendhilfe sowie von Schulen und Krankenkassen getragen. Die Träger der Freien Wohlfahrtspflege nehmen sich dieser Aufgabe unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzips an. In diesem Rahmen kommt der Landesstelle gegen die Suchtgefahren besondere Bedeutung als Koordinationsgremium und Bindeglied zwischen den Trägern und den Kostenträgern zu.

Derzeit realisieren die Träger von Präventionsmaßnahmen ihre Aktivitäten und Projekte im Gesamtrahmen ihrer Aufgabenstellung. Zusätzliche Mittel bzw. eigenständiges Fachpersonal stehen nicht zur Verfügung. Trotzdem konnte unter Berücksichtigung der Arbeitsansätze der BZgA im Land bereits die Grundstruktur eines präventiven Netzwerkes geschaffen werden. Primärprävention wird vielfach schon in Kindereinrichtungen begonnen und in Kooperation der Träger dann kontinuierlich fortgeführt.

In den meisten Beratungsstellen stehen Mitarbeiter mit hoher Fachkompetenz zur Verfügung. Gleichzeitig ermöglichen die Beratungsstellen durch ihre vielfältigen Kontakte den Zugang zu verschiedenen Zielgruppen.

Auch bei der Herausgabe von drei landesweit zur Verfügung stehenden Broschüren, "Familie Seidenschwanz", "Crash in der 8/2" und "Rayk's Story", die im Auftrag des Landeskriminalamtes (LKA) hergestellt wurden, fand die Fachkompetenz der Beratungsstellen Eingang.

Die Mitarbeiter der Beratungsstellen sind für die Kooperation mit anderen Partnern der Suchtprävention wie Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen und Krankenkassen offen. So bietet sich die Möglichkeit, ausgehend von Einzelprojekten (z.B. Projekttagen, Informationsveranstaltungen) eine kontinuierliche Arbeit aufzubauen. Zwischen vielen Beratungsstellen und Krankenkassen, der Jugendhilfe, der Justiz sowie dem LKA bestehen Kooperationsbeziehungen, so daß z.B. zentrale Maßnahmen dieser Träger entsprechende fachliche Begleitung und Fortführung finden können.

#### 3.2 Probleme

Die Finanzierung der Suchtprävention ist für Einzelprojekte in diesem umfassenden Aufgabengebiet nicht ausreichend und vor allem noch nicht in ihrer Kontinuität gesichert. Neben den insgesamt nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln der Kostenträger wirken sich Unsicherheiten und Differenzen in der Zuständigkeit sehr hinderlich aus. Dies behindert eine langfristige und fachlich hochkompetente Arbeit erheblich.

Von besonderer Bedeutung ist die Zusammenarbeit von Suchtberatungsstellen mit Schulen und Einrichtungen der Jugendarbeit.

Durch unzureichende Koordination verbleiben häufig noch Angebotslücken und Diskontinuität wie auch Überschneidungen von präventiven Maßnahmen.

Als Ursache kommen Differenzen in der originären Zuständigkeit der Kommunen ebenso wie Spannungen zwischen den einzelnen Trägern in Betracht.

Nach den gerade vorgenommenen Veränderungen des § 20 SGB V sind die Krankenkassen als wichtiger Partner in der Prävention nicht mehr zu vorbeugenden Maßnahmen verpflichtet. Die Neufassung im Beitragsentlastungsgesetz (Beitr.Entl.G) hält zwar die Möglichkeit für die Krankenkassen offen, vorbeugende Maßnahmen zu initiieren. Ausgehend von den überall einsetzenden Sparmaßnahmen sind hier jedoch zum Teil schon erhebliche Einschränkungen erfolgt bzw. noch zu erwarten. Der Grundsatz "Vorbeugen ist besser als heilen" wird in der Praxis so kaum noch die ihm eigentlich zukommende Bedeutung behalten.

Im Rahmen der zielgruppenspezifischen Arbeit ist festzustellen, daß sehr problematische und schwierige Klientengruppen wie die chronisch mehrfach geschädigten und die nicht mehr abstinentzfähigen Alkoholkranken nur begrenzt in die Betreuung einbezogen werden. So ist deren Versorgung und insbesondere der Zugang zu diesem Klientel noch immer nicht zufriedenstellend. In der ambulanten Versorgung kommt hier den Sozialpsychiatrischen Diensten entscheidende Verantwortung zu.

Die Angebote an differenzierten Wohnformen für diese Klientengruppe sind noch nicht ausreichend.

### **3.3 Lösungswege**

Entscheidend für die Stabilisierung der Suchtprävention ist die Sicherung einer kontinuierlichen eigenständigen Finanzierung sowie die Erweiterung der Mittel für Einzelprojekte. Dazu sollen sowohl seitens des MS als auch der Landesstelle gegen die Suchtgefahren Abstimmungsgespräche mit den kommunalen Gebietskörperschaften sowie dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindebund ebenso wie mit den örtlich Verantwortlichen geführt werden. Bei der Förderung der Suchtberatungsstellen durch das Land sollen die präventiven Aktivitäten verstärkt Berücksichtigung finden. Dazu wird künftig eine einheitliche Datenerhebung im Verwendungsnachweis erfolgen. Mittelfristiges Ziel ist es, daß in jeder Suchtberatungsstelle ein Mitarbeiter schwerpunktmäßig in der Prävention tätig ist.

Unter Berücksichtigung des Beschlusses der 68. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 1995, der die enge Kooperation der professionellen Suchtkrankenhilfe und der Jugendhilfe fordert, erfolgen zwischen den verantwortlichen Fachreferaten im MS regelmäßige Arbeits- und Koordinationsgespräche. Einzelprojekte werden gemeinschaftlich initiiert und geprüft.

Um Maßnahmen der Suchtprävention fester in die schulische Arbeit zu integrieren, ist eine engere Verbindung zwischen den Trägern der präventiven Maßnahmen und dem Kultusministerium aufzubauen.

Die Landesstelle gegen die Suchtgefahren wird in ihrer zukünftigen Tätigkeit eine enge Koordination durch die Einbindung von Vertretern des Kultusministeriums in spezifische Facharbeitskreise gewährleisten.

Zur Verbesserung der Koordination der Suchtprävention auf regionaler Ebene wird durch das Land die Bildung von Arbeitsgruppen zur Suchtproblematik in den in vielen Regionen bereits bestehenden Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften angeregt.

Durch derartige Arbeitsgruppen "Sucht" ist eine Bündelung der Aktivitäten unter Eingrenzung von Angebotslücken, Überschneidungen und Diskontinuität der Präventionsmaßnahmen für die Region erreichbar.

Entsprechend der Bedarfssituation sind die Angebote der Suchtberatungsstellen, insbesondere für chronisch mehrfach geschädigte und nicht mehr abstinentzfähige Suchtkranke, durch niedrigschwellige Angebote und eine verstärkte aufsuchende Tätigkeit zu ergänzen.

Grundsatzfragen sind in der Arbeitsgruppe Prävention des Interministeriellen Arbeitskreises von den Beteiligten zu diskutieren und einer Lösung zuzuführen.

## **4. Suchtkrankenhilfe**

### **4.1 Ambulante Suchtkrankenhilfe**

#### **4.1.1 Sachstand**

Bedingt durch ihre Funktion im Rahmen der Prävention und Therapie Suchtkranker nehmen die Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen eine zentrale Position in der ambulanten Suchtkrankenhilfe ein.

In Sachsen-Anhalt stehen zur Zeit 29 durch das Land anerkannte und geförderte Beratungs- und Behandlungsstellen in freier Trägerschaft zur Verfügung. Das Land hat zur ständigen Verbesserung der Hilfe für Suchtkranke

durch finanzielle Unterstützung auf der Grundlage der Richtlinien zur Förderung von Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke - Runderlaß des MS vom 08.07.93 (MBL. LSA 50/1993 S. 1939) - wesentlich beigetragen.

#### **Förderung der ambulanten Drogen- und Suchtberatungsstellen in den Jahren 1994 bis 1996 in Mio. DM**

Jahr	1994	1995	1996
Fördersumme	1,733	2,262	1,944

Des Weiteren werden in kommunaler Trägerschaft Beratungsangebote für Suchtkranke und mitbetroffene Familienangehörige, vorrangig angesiedelt in den 24 Sozialpsychiatrischen Diensten, vorgehalten (Pkt. 9 S. 28 ff.).

Ausgehend von einem integrierten Gesamtkonzept, das die Sucht als einen Erkrankungsprozeß betrachtet, wird der Grundsatz "Hilfe zur Selbsthilfe" in den Angeboten der Suchtberatungsstellen realisiert. Dabei ist keine Trennung zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln vorzunehmen, und auch die nichtstoffgebundenen Süchte sind einzuschließen. Unter dieser Prämisse sollen die Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen folgende Angebote vorhalten:

- **Prävention**  
Entsprechend der im Pkt. 3.1 dargestellten Leitlinien der Suchtprävention konzentrieren sich die Maßnahmen der Beratungs- und Behandlungsstellen auf einen ursachenorientierten ganzheitlichen Präventionsansatz.
- **Kontaktaufnahme**  
Die Einrichtung muß so strukturiert sein, daß es allen Bevölkerungsschichten möglich ist, Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen. Daher müssen Fachkompetenz der Mitarbeiter, verkehrstechnische Anbindung, Öffnungszeiten der Einrichtungen und Aufenthaltsmöglichkeiten den Anforderungen der Ratsuchenden entsprechen. Aufsuchende Tätigkeit muß bei Bedarf und Notwendigkeit gewährleistet sein.
- **Versorgung mit suchtbegleitenden Angeboten**  
Ausgehend von der territorialen Bedarfssituation müssen die Beratungsstellen mit niedrigschwelligen Angeboten und medizinischer Grundversorgung eng kooperieren bzw. derartige Angebote aufbauen. Entsprechend dem Bedarf sind an Suchtberatungsstellen z. B. Kontaktcafés und Wärmestuben anzugliedern, und die medizinische Grundversorgung der Klienten ist durch eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zu sichern.
- **Beratung**  
Bestandteile der Beratung sind Motivationsarbeit, Vermittlung in weiterführende Therapieangebote, Hinweise auf Selbsthilfegruppen und spezialisierte Hilfeangebote. Gleichzeitig ist für Angehörige bzw. Ratsuchende Information und Hilfe zu gewährleisten.
- **Betreuung**  
Die Grenzen zwischen Beratung und Betreuung sind fließend. Der Schwerpunkt ist bei der Betreuung auf methodische, soziale und lebenspraktische Hilfen zu legen. Bestandteile der Betreuung sind Hilfen zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung sowie Einzel-, Familien- und Gruppenangebote, die oft über einen längeren Zeitraum von den Klienten in Anspruch genommen werden.
- **Behandlung**  
Auf Grund der multivariablen Genese der Suchterkrankung muß auch die Therapie als ganzheitliches Vorgehen erfolgen, somatische, psychische und soziale Belange erfassen. Die konkreten Voraussetzungen und Realisierungsmöglichkeiten für eine ambulante Therapie sind in den Empfehlungsvereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation Sucht von 1991 im einzelnen dargelegt.
- **Nachsorge**  
Nachsorge ist nach einer ambulanten oder stationären Behandlung zur weiterführenden Stabilisierung der bisherigen Behandlungserfolge notwendig. Neben Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung kommen die Vermittlung in Selbsthilfegruppen, die Krisenintervention und Rückfallprophylaxe in Betracht.

Mit den bestehenden Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen ist im Land Sachsen-Anhalt eine flächendeckende Basisbetreuung gegeben. Eine zahlenmäßige Erweiterung der Einrichtungen ist nicht vorgesehen. In den Beratungsstellen in freier Trägerschaft sind derzeit 80 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen tätig.

Ihre Qualifikationsstruktur setzt sich wie folgt zusammen:

- 6,5 Ärzte/innen und Psychologen/innen
- 28,0 Dipl.-Sozialarbeiter/innen und Sozialarbeiter/innen
- 22,0 Dipl.-Pädagogen/innen und Sozialpädagogen/innen
- 23,5 Sonstige

An den 24 Sozialpsychiatrischen Diensten sind insgesamt 58 Fachkräfte tätig, die in die Betreuung Suchtkranker eingebunden sind. Durch sie werden vorrangig nicht mehr abstinentzfähige bzw. noch nicht ausreichend motivierte und chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke erfaßt und eine Basisbetreuung gesichert. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind ein wichtiges Glied in der Versorgungskette für Suchtkranke. Ihre Tätigkeit in diesem Bereich ist geprägt durch aktiv aufsuchende Arbeitsweise.

Unter Berücksichtigung der Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen und der Sozialpsychiatrischen Dienste ist der vom Land angestrebte Versorgungsschlüssel von einer Fachkraft auf 20.000 Einwohner in weiten Teilen des Landes erreicht und jedenfalls vorerst als ausreichend einzuschätzen.

Den niedergelassenen Ärzten kommt eine Schlüsselposition in der ambulanten medizinischen Versorgung Suchtkranker zu, da durch sie eine ambulante Betreuung in kritischen Fällen ermöglicht wird. Zum anderen werden viele Klienten - oft schon in einer Frühphase des Suchtmittelgebrauches - mit verschiedenen körperlichen Beschwerden in den Arztpraxen vorstellig. Damit bietet sich besonders dem Hausarzt die Möglichkeit, gefährdete Personen bereits im Vorfeld einer manifesten Erkrankung zu erkennen und auf die Änderung der Lebensführung hinzuwirken bzw. den Patienten zu motivieren, die Hilfe einer Suchtberatungsstelle in Anspruch zu nehmen.

#### **4.1.2 Probleme**

Problematisch stellt sich die finanzielle Absicherung der ambulanten Suchtkrankenhilfe unter den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen dar. Gemäß § 72 BSHG liegt die originäre Kostenzuständigkeit bei den kommunalen Gebietskörperschaften. Dieser Verpflichtung kommt jedoch eine Reihe von Kommunen nicht ausreichend nach, wenn sie nur sehr begrenzt und unzureichend Fördermittel zur Verfügung stellen.

Die Angebote der Suchtberatungsstellen entsprechen noch nicht in allen Regionen der Bedarfslage der Klientel. In den Ballungsgebieten reichen die niedrigschwelligen Angebote wie Kontaktcafés noch nicht aus. Des Weiteren ist die aufsuchende Arbeit für spezifische Zielgruppen noch zu verbessern. Diese Versorgungslücken beeinträchtigen die Effizienz der Suchtberatungsstellen erheblich.

Im Interesse einer gemeindenahen Versorgung müssen die Möglichkeiten zur ambulanten Therapie entsprechend den Empfehlungsvereinbarungen vom 28.01.1991 in der Fassung vom 05.11.1996 von den Suchtberatungsstellen umgesetzt werden. Die restriktive Verfahrensweise der Rentenversicherungsträger bei der Anerkennung von Einrichtungen und die zum Teil überhöhten Anforderungen der Kostenträger sind dabei allerdings sehr hinderlich.

Ausgehend von den Möglichkeiten und der Bedeutung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Versorgung Suchtkranker ist festzustellen, daß der Wissensstand dieser Berufsgruppe zur Suchtproblematik vielfach unzureichend ist. Des Weiteren scheinen partiell zwischen der Ärzteschaft und der professionellen Suchtkrankenhilfe Ressentiments zu bestehen, die eine offene Zusammenarbeit erschweren.

#### **4.1.3 Lösungswege**

Die Rahmenrichtlinie zur Förderung sozialer Beratungsstellen gemäß RdErl. des MS vom 30.09.1996 (MBL LSA 56/1996 S. 2185) bildet die Grundlage für die Überarbeitung der Förderrichtlinie zur Finanzierung von anerkannten Suchtberatungsstellen. Es wird damit eine Basis für eine effektive Finanzplanung der Kommunen zur Finanzierung der Beratungsstellen entsprechend ihrer originären Zuständigkeit geschaffen. In die Neufassung der Richtlinie zur Förderung der Suchtberatungsstellen werden auch die Effizienzprüfung und die Qualitätssicherung Eingang finden.

Die Landesregierung strebt bei Beibehaltung bzw. Stabilisierung der quantitativen Besetzung eine qualitative Verbesserung der Arbeit der Beratungsstellen an. Dazu ist der Qualifikationsstandard der Mitarbeiter kontinuierlich anzuheben. Die Weiterbildung der Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen liegt in der Hand der Träger der Einrich-

tungen und wird durch die Landesstelle gegen die Suchtgefahren zu koordinieren sein. Entsprechend regionaler Bedürfnisse sind die Angebote der Einrichtungen durch Bildung von Außenstellen und ihre Vernetzung zu erweitern. Dies trifft insbesondere für die Flächenregionen der Altmark zu. Die Angebote der Suchtberatungsstellen sind entsprechend dem regionalen Bedarf zu ergänzen durch:

- den Aufbau niedrigschwelliger Angebote
- den Abschluß von Behandlungsverträgen nach den "Empfehlungsvereinbarungen Ambulante Rehabilitation Sucht"
- die Stärkung der Selbsthilfeaktivitäten
- die weitere Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Hilfeangeboten
- die Kooperation mit flankierenden Bereichen

Im ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder wurden die ambulanten Empfehlungsvereinbarungen nach 5jähriger Erprobung mit den Kostenträgern diskutiert und überarbeitet. Dabei wurde insbesondere auf die restriktive Haltung der Rentenversicherungsträger bei der Anerkennung von Einrichtungen und der personellen und materiellen Anforderungen an die Einrichtungen eingegangen. Ziel der Überarbeitung ist es, bei einer breiten Nutzung der ambulanten Empfehlungsvereinbarungen die Qualität der Betreuung zu gewährleisten.

So wird mit der ambulanten Entwöhnungsbehandlung für einen Teil der Suchtkranken ein therapeutisches Angebot gegeben, das einen Verbleib im sozialen Umfeld ermöglicht und die Einbindung der Angehörigen in die Therapie gewährleistet. Damit dürften unter Berücksichtigung der Gemeindenähe auch im höheren Lebensalter günstigere Erfolgsaussichten für eine Entwöhnungstherapie gegeben sein. Die derzeitige restriktive Haltung der Kostenträger sowie die veränderten gesetzlichen Bestimmungen bei der Genehmigung von Rehaleistungen im höheren Lebensalter wären dann nicht gerechtfertigt.

Ab dem 45. Lebensjahr gehen die Reha-Leistungen stark zurück und werden von den Rentenzugängen deutlich übertroffen.

Des Weiteren ist die ambulante Therapie deutlich kostengünstiger als stationäre Behandlungsformen.

Sowohl bei der Ausbildung von Ärzten als auch bei deren Weiterbildung ist der Suchtproblematik mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Diese ist fest in die Ausbildungs- und Weiterbildungsprogramme der Hochschulen und ärztlichen Körperschaften zu verankern. Dazu wird das MS mit den zuständigen Ministerien und Institutionen Gespräche aufnehmen.

## **4.2 Stationäre Suchtkrankenhilfe**

### **4.2.1 Versorgung in den Bereichen Entzugsbehandlung und Entwöhnung**

Die stationäre Therapie von Suchtkranken ist grundsätzlich in die Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung bzw. Rehabilitation zu unterteilen.

Die gesetzlichen Regelungen zur Unterteilung in Entzug und Entwöhnung fanden in der "Suchtvereinbarung" vom 20.11.1978 zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern ihren Niederschlag. Diese bildet die Grundlage für die stationäre Behandlung der Suchtkranken.

Die Behandlung akuter Intoxikationen und die körperliche Entgiftung erfolgt hierbei als psychiatrische oder internistische Krankenhausbehandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Alkoholabhängigkeit ist dabei mit mehr als 33.000 Behandlungstagen eine der 20 häufigsten Einweisungsdiagnosen in Krankenhäusern. Lt. Krankenhausplan 1997 wurden von etwa der Hälfte der 60 Krankenhäuser Entgiftungsbetten gemeldet. Es ist aber davon auszugehen, daß die tatsächlichen Möglichkeiten weit darüber hinausgehen, da kleinere Einrichtungen Entgiftungsbetten nicht gesondert vorhalten oder ausweisen.

Die Sofortbehandlung der Alkoholabhängigen erfolgt in den nichtpsychiatrischen Akutkrankenhäusern organmedizinisch. Da dort das Fachpersonal für die Behandlung von Abhängigkeitskranken in der Regel fehlt, kann meist keine zielgerichtete Motivationsarbeit erfolgen.

Die Verkürzung der durch die Krankenkassen finanzierten Entzugsbehandlungen auf derzeit max. 14 Tage erschwert eine Vorbereitung der Patienten auf weiterführende Behandlungsmaßnahmen zusätzlich. Dadurch ver-

größert sich auch die Rückfallgefahr nach einer reinen Entgiftungsbehandlung. Nur in Einzelfällen erfolgt in psychiatrischen Abteilungen bzw. psychiatrischen Krankenhäusern eine sogenannte qualifizierte Entzugsbehandlung, die eine Motivationstherapie, Angehörigenarbeit sowie die Klärung sozialer Verhältnisse einschließt.

Die spezifische Entwöhnungsbehandlung dagegen wird in den von den Rentenversicherungsträgern anerkannten Suchtkliniken durchgeführt und in der Regel auch durch die Rentenversicherungen finanziert. Hierzu zählen auch die teilstationären bzw. tagesklinischen Therapieangebote (s. Pkt. 9. S. 33). In Ausnahmefällen liegt die Kostenzuständigkeit nach § 111 SGB V bei den Krankenkassen.

Derzeit stehen in Sachsen-Anhalt für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung nachstehende Einrichtungen mit insgesamt **240** Betten zur Verfügung:

Fachklinik "Am Kyffhäuser" Sotterhausen	78 Betten
Diakonie-Krankenhaus "Neuvandsburg" GmbH	132 Betten
Diakoniewerk Wilhelmshof e.V. Uchtspringe	30 Betten.

Die Rentenversicherungsträger sehen jedoch für die Entwöhnung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit eine Verlagerung der Therapie auf drei Schwerpunkteinrichtungen mit insgesamt **340** Rehabilitationsbetten vor sowie die Nutzung einer kleineren Einrichtung für die Behandlung bei Abhängigkeit von illegalen Drogen.

Diese Schwerpunkteinrichtungen sollen die Fachklinik "Am Kyffhäuser", das Diakonie-Krankenhaus "Neuvandsburg" und eine weitere noch nicht mit Standort benannte Einrichtung werden. Bei der Planung der Bettenkapazität der Rehabilitationsplätze berufen sich die Rentenversicherungsträger auf Erfahrungswerte aus den alten Bundesländern und auf die Entwicklung der Antragslage aus den neuen Bundesländern in den letzten Jahren. Nach Angaben der BfA stehen für alle Versicherten, die auf der Grundlage des § 15 SGB VI einer Entwöhnungsbehandlung bedürfen, adäquate Therapiemöglichkeiten zur Verfügung.

Welche Auswirkungen die neuen gesetzlichen Restriktionen auf diesen Aufgabenbereich haben werden, bleibt allerdings abzuwarten.

#### 4.2.2 Probleme

In der Praxis hat sich die Unterteilung in die Therapieabschnitte - Entgiftung und Entwöhnung - mit unterschiedlichen Kostenträgern nicht bewährt. Die Bedingungen der Entgiftungsphase sind personell und materiell zumindest in einigen nichtpsychiatrischen Akutkrankenhäusern nicht so ausgestaltet, daß schon in dieser Zeit eine Vorbereitung auf die Entwöhnungsbehandlung erfolgen kann bzw. die Voraussetzungen für eine ambulante Entwöhnungstherapie in ausreichendem Umfang geschaffen werden.

Auf Grund der Selbstverwaltung der Rentenversicherungsträger und der Verfahrensweise bei der Beantragung des Rehabilitationsverfahrens ist eine Entwöhnungsbehandlung direkt im Anschluß an die Entgiftungsbehandlung schwer zu realisieren.

Im Gegensatz zu den in den Psychiatrieplänen des Landes Sachsen-Anhalt von 1992 und 1996 dargelegten Prinzipien der gemeindenahen Versorgung wird jetzt bei der Initiierung von Rehabilitationseinrichtungen für Suchtkranke durch die Kostenträger eine Spezialisierung und damit die Zentralisierung als vorrangig angesehen.

→ Hier bestehen deutliche Auffassungsunterschiede zwischen dem MS und den Kostenträgern. Allerdings liegt die primäre Planungs- und Entscheidungshoheit zu Einrichtungen der Rehabilitation für Suchtkranke in der Zuständigkeit der Kostenträger.

#### 4.2.3 Lösungswege

Eine auf Bundesebene angestrebte Überarbeitung der Suchtvereinbarung von 1978 (Anhang) in Verbindung mit der Korrektur der ambulanten Empfehlungsvereinbarung wurde von den Kostenträgern abgelehnt. Diese soll jetzt erst nach der Verabschiedung der überarbeiteten ambulanten Empfehlungsvereinbarung erfolgen. Hauptanliegen der Ländervertreter wird es bei der Überarbeitung der Suchtvereinbarung sein, das Antragsverfahren zur Entwöhnungsbehandlung zu vereinfachen. Gleichzeitig muß eine Öffnung und Erleichterung des Verwaltungsverfahrens erfolgen, um in Einzelfällen klientenbezogene Entscheidungen leichter erlangen zu können.

Damit verbunden wäre auch ein fließender Übergang von Entzugs- zur Entwöhnungsbehandlung, der so eine klientenorientierte "therapeutische Kette" realisierbar macht. Auch auf politischer Ebene sind immer wieder Aktivitäten zur Lösung dieser Konfliktsituation entfaltet worden, die jetzt in einer Neufassung der Suchtvereinbarung ihren Niederschlag finden sollten.

Des Weiteren sollten die Bedingungen der Entzugsphase personell und materiell so gestaltet werden, daß schon in dieser Zeit eine Vorbereitung auf die Entwöhnungsbehandlung erfolgen kann bzw. die Voraussetzungen für eine ambulante Entwöhnungstherapie geschaffen werden. Der Facharbeitskreis "Stationäre Therapie" der Landesstelle gegen die Suchtgefahren hat dazu ein Behandlungskonzept entwickelt, dessen modellhafte Erprobung vorgeesehen ist.

## 5. Nachsorge

### 5.1 Sachstand

Die Nachsorge ist der entscheidende Abschnitt der Therapiekette, in dem die Betroffenen die in der Entgiftung und Entwöhnung erzielten Fortschritte und Verhaltensänderungen zur Abstinenz unter den Belastungen des Alltags weiter ausbauen und stabilisieren müssen.

In Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad der Suchterkrankung und den damit verbundenen psychischen, physischen und sozialen Folgeerscheinungen sind unterschiedliche Angebote erforderlich. Den Klienten muß eine ausreichende Stütze für die weitere Gestaltung ihres Lebens gegeben werden, gleichzeitig dürfen die Angebote die Entfaltung und Entwicklung des noch vorhandenen Leistungspotentials der Betroffenen nicht behindern. Nachsorge ist immer am individuellen Bedarf der Persönlichkeit der zu Betreuenden zu orientieren. Grundlegendes Prinzip ist die Hilfe zur Selbsthilfe.

Schwerpunkte der Nachsorgeangebote sind:

1. Sicherung des Lebensunterhaltes (Hilfe bei Umsetzung von Rechtsansprüchen beispielsweise gegenüber Behörden)
2. Beschaffung und Sicherung von angemessenem Wohnraum (über ambulante Maßnahmen bestehende Wohnverhältnisse stabilisieren und absichern bzw. möglichst in gemeindenahen komplementären Strukturen weiterführende Wohnangebote schaffen)
3. Entwicklung von Handlungsstrategien sowie Handlungskompetenz zur Sicherung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
4. Stärkung der Lebensgestaltungskompetenz (Herstellung von sozialen Beziehungsnetzen, Schaffung von Selbstsicherheit zur Überwindung von Krisenphasen, Rückfallbearbeitung, Ausgrenzungsgänge nehmen)
5. Berufliche Rehabilitation (Erhaltung des Arbeitsplatzes, Maßnahmen zur schulischen und beruflichen Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung und so zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes)

Die im Psychiatrieplan des Landes dargelegten Grundsätze zur Behandlung psychisch Kranker haben für die Suchterkrankung ebenfalls Gültigkeit. Damit ist auch in der Nachsorge die ambulante vor der stationären Versorgung zu favorisieren und die Gemeindenähe in der Planung zu berücksichtigen.

Ein entscheidender Teil der ambulanten Nachsorge wird gemeindenah durch die 29 Suchtberatungsstellen und die landesweit eingerichteten Sozialpsychiatrischen Dienste abgesichert (s. Pkt. 9 S. 28 ff.). Die Klienten werden von den stationären Therapieeinrichtungen an die ambulanten sozialen Dienste wie Beratungsstellen zurückvermittelt, soweit für die Klienten die Nachsorge hier ausreichend ist. Hat der Klient eine ausreichende Stabilität im Rahmen der Therapie erreicht, gewährt diese Form der Nachbetreuung die schnellste Sicherung der Selbständigkeit und bietet gleichzeitig eine ausreichende Hilfe in Krisensituationen. Die in der Kontakt- und Motivationsphase aufgebauten Beziehungen und Bindungen sind in der nachstationären Phase weiter zu nutzen, um Rückfälle zu vermeiden.

Einen weiteren wichtigen Faktor, insbesondere für die langfristige Begleitung von "trockenen" Suchtkranken, bilden die Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände, die auch aktiv mit den Suchtberatungsstellen und Sozialpsychiatrischen Diensten kooperieren. Derzeit haben die in diesem Bereich tätigen ca. 80 Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker) im Land über 1.000 Mitglieder. In den Ballungsgebieten sind Abstinenzverbände wie das Blaue Kreuz sehr aktiv und haben ein umfassendes Angebot an Hilfen aufgebaut. Ausgehend von der Bedeutung der Selbsthilfe wurden 400.000 DM zur Förderung von Selbsthilfegruppen 1996 durch das Land zur Verfügung gestellt und durch Bescheide gebunden.

Wie im Teilplan für seelisch Behinderte und chronisch mehrfach geschädigte Alkohol Kranke wird für das ambulante betreute Wohnen von einem Bedarf von ca. 20 Wohnangeboten pro 100.000 Einwohner ausgegangen. Für diese Wohnform sind Klienten geeignet, die mit begrenzten ambulanten Hilfen soweit stabilisiert werden können, daß nach kurzzeitiger Betreuung ein eigenständiges Leben ohne weiterführende Hilfen für sie möglich wird.

Um die Kommunen als zuständige Kostenträger beim Aufbau betreuter Wohnangebote zu unterstützen, gewährt das Land gemäß der Förderrichtlinie "Betreutes Wohnen" (MBL LSA 10/1993 S. 581) Personalkostenzuschüsse bei einem Personalschlüssel von einer Fachkraft auf 12 betreute Klienten. Der in der Richtlinie vorgesehene Investitionszuschuß von 5.000 DM pro Wohnplatz wurde bis Dezember 1996 gewährt. Durch diese Maßnahmen konnten erste Erfolge beim Aufbau des Betreuten Wohnens erreicht werden.

Für die Klientengruppe, bei der nach der Entwöhnungsbehandlung noch ein umfassender Betreuungsbedarf auf Grund der schweren sozialen psychischen und physischen Vorschädigung besteht, sind Einrichtungen mit Heimcharakter erforderlich. Die sachliche und finanzielle Zuständigkeit für die Versorgung und Betreuung dieser Klientengruppe folgt aus den Grundanerkennnissen. Diese beinhalten neben der Festlegung der Kostenzuständigkeit auch Aussagen zur Art der Hilfeleistung. Sie basieren zu einem erheblichen Umfang auf einem amtsärztlichen Gutachten, das auch eindeutige Aussagen zum Schädigungsgrad und zum Umfang der Hilfebedürftigkeit des Klienten enthalten soll.

Die Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichtes zur erweiterten Kostenzuständigkeit des Landes gemäß BVerwG-Urteil vom 24.02.94 (Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, Oktober 1995, Heft 10, S. 532 ff.) finden entsprechende Berücksichtigung.

In Sachsen-Anhalt sind zur Abdeckung des Betreuungsbedarfs mindestens 600 Plätze erforderlich (s. Pkt. 9. S. 34). Wie im Teilplan für seelisch Behinderte und chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke dargelegt, sind die vorgegebenen Planziffern als Richtwerte zu betrachten. Sie sind entsprechend dem aktuellen Kenntnisstand ständig anzupassen. Bei den chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken werden kleine Einrichtungen mit ca. 30 Plätzen favorisiert, um die Wiedereingliederung gezielt fördern zu können. An die Heime sollten gemäß vorgenanntem BVerwG-Urteil vom 24.02.1994 außerdem Wohngruppen und Wohngemeinschaften (25 Heimplätze auf ca. 5 Außenwohnplätze) angegliedert werden.

## 5.2 Probleme

Aussagen zum Bedarf sind im Bereich der Nachsorge nur begrenzt möglich, zumal statistische Erhebungen zu Bedarfswerten im Land Sachsen-Anhalt wie auch bundesweit nicht vorliegen. Bisher zur Bedarfsermittlung herangezogene Grundanerkennnisse waren für Planungszwecke nur begrenzt nutzbar.

Für die Stabilisierung von Suchtkranken im Alltag ist eine sinnvolle Tätigkeit von hoher Wichtigkeit. Auf Grund von Folgeerkrankungen des Suchtmittelkonsums sind Suchtkranke vielfach nicht in der Lage, ihre ursprünglichen Berufe weiter auszuführen bzw. begonnene Ausbildungen erfolgreich zu beenden.

Umschulungen und Möglichkeiten auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt stehen jedoch nur begrenzt zur Verfügung. Bei der Auswahl der Beteiligten sind sogenannte "trockene" Suchtkranke vielfach benachteiligt.

Eine erhebliche Zahl von chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken ist auf Grund der schweren Schädigung zu keiner längeren Abstinenz mehr fähig. Für diese Klienten bestehen derzeit nur begrenzte Betreuungsangebote. In allen Nachsorgeeinrichtungen ist die Abstinenzfähigkeit eine Zugangsvoraussetzung.

Angebote in betreuten ambulanten Wohnformen wie auch in Wohnformen mit Heimcharakter sind noch nicht in ausreichender Zahl und Qualität vorhanden. Insbesondere in den ambulanten Bereichen des betreuten Wohnens kommen die kommunalen Gebietskörperschaften ihrer Verpflichtung zur Finanzierung von ambulanten Wohnangeboten in unterschiedlichem Umfang nach.

Auch nach erfolgreicher Therapie ist die soziale Integration für Suchtkranke auf Grund von Ressentiments und Vorbehalten der Bevölkerung oft schwierig. Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke werden damit oft konfrontiert und erreichen nur sehr langsam eine umfassende Akzeptanz in der Region und bei Bürgern der angrenzenden Gemeinden.

## 5.3 Lösungswege

Die Erstellung der Grundanerkennnisse ist weiter zu verbessern. Hierzu werden in den zuständigen Ämtern auch Informationsveranstaltungen für die damit befaßten Mitarbeiter durchgeführt. Gleichzeitig sind diese Gespräche zu nutzen, um Vereinfachungs- bzw. Standardisierungsmöglichkeiten zu eruieren. Parallel ist zu prüfen, ob eine statistische Erhebung für das Land Sachsen-Anhalt weitere erforderliche Daten liefern kann.

Fachkompetente Bildungsträger und Träger der Wohlfahrtspflege sind zu motivieren, Konzepte zur Verbesserung der Reintegration von Suchtkranken auf dem Arbeitsmarkt zu erstellen. Dazu wird das MS die Landesstelle gegen die Suchtgefahren zur Prüfung der Möglichkeiten im Bereich der Freien Wohlfahrtspflege anregen. Durch das MS werden Fördermöglichkeiten für diesen Bereich erfaßt und zur Verfügung gestellt sowie weiterführende Möglichkeiten im Bereich des zweiten Arbeitsmarktes geprüft.

Das Land plant auch Einrichtungen für nicht abstinenzfähige Suchtkranke in Sachsen-Anhalt. Diese Einrichtungen werden im Teilplan für seelisch Behinderte und chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke berücksichtigt.

Die vom Land gewährten Unterstützungen entsprechend der Förderrichtlinie "Betreutes Wohnen" beim Aufbau von betreuten Wohnformen werden im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel weitergeführt. Seitens des MS und der Landesstelle sind mit dem Städte- und Gemeindebund und dem Landkreistag Koordinierungsgespräche zur weiteren Verbesserung der ambulanten Nachsorge vorgesehen.

Der Aufbau von Einrichtungen mit Heimcharakter ist, nach der exakten Bedarfsprüfung durch den Kostenträger, von den Trägern langfristig in der Region und in den Gemeinden vorzubereiten. Die Bewohner der unmittelbaren Umgebung sind umfassend zur Problematik der Suchterkrankung zu informieren, um eine möglichst weitreichende Akzeptanz und Integration der Einrichtung zu gewährleisten.

## 6. Spezifische Zielgruppen und Aufgabenfelder

### 6.1 Frauenspezifische Suchtprobleme

Suchthilfe muß auch geschlechtsspezifische Sichtweisen beachten. Erhebungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren belegen, daß bei Frauen Suchterkrankungen wegen illegaler Drogen, Alkohol und Nikotin in vergleichbarem Umfang wie bei Männern auftreten.

Besonders hoch ist der Anteil der Frauen mit bis zu 80 v. H. bei der Medikamentenabhängigkeit. Sie ist nach außen lange Zeit wenig sichtbar. Bei Eßstörungen liegt der Frauenanteil mit über 90 v. H. am höchsten. In Deutschland sind ca. 3,5 v. H. aller Frauen zwischen 15 und 35 Jahren von Eßstörungen betroffen und etwa 1 v. H. aller Mädchen von 12 bis zu 18 Jahren sind magersüchtig. Für das Entstehen dieser Suchtprobleme sind neben traumatischen Ereignissen im Kindes- und Jugendalter insbesondere rollenspezifische Erziehungsmethoden in Betracht zu ziehen.

In den neuen Bundesländern gibt es den zusätzlichen Aspekt, daß durch die hohe Berufstätigkeit in der Vergangenheit ein anderes Rollenverhalten der Frauen besteht. Der erfolgte Umbruch hat diese Situation verändert und liefert so weiteres Konfliktpotential.

Bei Alkoholabhängigkeit sind überwiegend weibliche Partner im Sinne einer Co-Abhängigkeit betroffen. Co-Abhängigkeit bedeutet, daß Frauen, aus dem Wunsch heraus zu helfen, oft unbewußt die Suchtmittelabhängigkeit ihres Partners verstärken, indem z. B. aufgezeigte Konsequenzen gegenüber dem suchtkranken Partner nicht eingehalten oder auch sehr belastende Lebenssituationen erduldet werden. Die Co-Abhängigkeit bedarf im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung des abhängigen Partners ebenfalls einer Therapie.

Die Besonderheiten der geschlechtsspezifischen Suchtprobleme finden im therapeutischen Bereich vielfach nur begrenzte Beachtung. So gestaltet sich z. B. für alleinerziehende Mütter die Aufnahme einer stationären Behandlung oft problematisch, da für sie die Unterbringung der Kinder zusätzliche Belastungsmomente mit sich bringt.

Es bedarf frauenspezifischer Therapieansätze, um die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Suchtproblematik zu bekämpfen. Dazu wird zur Zeit von der Leitstelle für Frauenpolitik eine Studie erarbeitet, deren Ergebnisse praxiswirksam umgesetzt werden.

Im Rahmen der stationären Entwöhnungstherapie ist insbesondere die Einbindung von weiblichen Lebenspartnern in das gesamte therapeutische Programm anzustreben, um unter Berücksichtigung der Co-Abhängigkeit auch das soziale Umfeld zu beeinflussen und so die Erfolgsaussichten für die Therapie zu verbessern. Mit den Rentenversicherungsträgern sind Verhandlungen aufzunehmen, um die Mutter-Kind-Problematik bei der Entwöhnungsbehandlung zu entschärfen.

## 6.2 Alkoholembryopathie

Die Alkoholembryopathie ist im Zusammenhang mit frauenspezifischen Suchtproblemen zu betrachten. Sie stellt ein besonders durch mütterlichen Alkoholkonsum bedingtes spezifisches Fehlbildungsmuster mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad dar. Alkohol wirkt dabei in der gesamten vorgeburtlichen Entwicklung als zellschädigende Substanz.

Nach bisherigen Untersuchungen ist für Fehlbildungen durch Alkohol mit einer Prävalenz von einem Fall auf 300 Geburten zu rechnen. Damit ist die Alkoholembryopathie häufiger als das Downsyndrom (Trisomie 21 "Mongolismus") mit einem Fall auf 400 Geburten. Langzeitstudien haben gezeigt, daß nicht nur bei mißbräuchlichem oder abhängigem Trinken in der Schwangerschaft, sondern auch bei sogenanntem "sozialen Trinken", Gewohnheitstrinken oder gelegentlichem exzessiven Trinken später erkennbare Störungen in der Hirnleistung und Verhaltensstörungen auftreten können. Während im Verlauf der Entwicklung die körperlichen Folgeerscheinungen vielfach an Bedeutung verlieren, werden die Schäden des zentralen Nervensystems mit Intelligenzdefekten und Verhaltensstörungen umso deutlicher.

Eine Gesamterfassung von Alkoholembryopathien liegt in Sachsen-Anhalt nicht vor.

Das im Land geführte "Fehlbildungsregister" könnte einen guten Ausgangspunkt für weitere spezifische Erhebungen zur Alkoholembryopathie und deren praktische Nutzungsmöglichkeiten bieten. Durch das Monitoringzentrum an der Kinderklinik der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg werden allgemeine Daten zur Fehlbildungs- und Anomaliehäufigkeit erfaßt.

Im Rahmen des Bundesmodells "Erfassung von angeborenen Fehlbildungen in den neuen Bundesländern" (Mainzer Studie) wurde durch einen mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes abgestimmten Fragebogen in der Zeit vom 01.09.1992 bis 31.08.1995 ein umfangreicher Datenpool zur Fehlbildungshäufigkeit im Raum Magdeburg erstellt.

Dieses Material wurde retrospektiv mit der "Majewskiskala" zur Häufigkeit von Alkoholembryopathien aufgearbeitet. Die Aussagefähigkeit dieser Analyse ist jedoch auf Grund der territorialen Eingrenzung und der Erhebungstechnik eingeschränkt. Zur Sicherung der Datenlage ist der bestehende Erfassungsbogen in Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten schrittweise zu erweitern und die Datenerfassung auf andere Krankenhäuser auszudehnen. In diesem Bereich wird das MS das Monitoringzentrum gezielt unterstützen.

Im Ergebnis der weiteren Datenerfassung sollen Ansätze für eine Früherkennung und Förderung von betroffenen Kindern stehen. Des Weiteren ist die Finanzierung des Monitoringzentrums entsprechend dem erweiterten Aufgabenspektrum zu ergänzen.

Es ist als erwiesen anzusehen, daß Alkohol in der Schwangerschaft das ungeborene Kind schädigt. Davon ausgehend sind vorbeugende Maßnahmen unerläßlich. Im Rahmen der Betreuung von Schwangeren ist als eine wichtige Maßnahme der Prävention die "Punktnüchternheit" (absoluter Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft) umfassend zu propagieren. Hier zeichnet sich ein weitreichendes Aufgabenfeld für Ärzte bei der Betreuung und Beratung von schwangeren Frauen und Frauen mit Kinderwunsch ab. Vom MS werden dazu gemeinsam mit der Ärztekammer Weiterbildungen initiiert, um die Ärzte verstärkt auf dieses Problem aufmerksam zu machen.

## 6.3 Jugendliche Konsumenten

Nach Erhebungen der BZgA und des Institutes für Therapieforschung gewinnt besonders in den neuen Bundesländern der Alkoholkonsum bei Jugendlichen eine stärkere Bedeutung. Dies verdeutlicht z. B. der frühere Konsumbeginn, der zum Teil bei ca. 12/13 Jahren liegt. Gleichzeitig ist festzustellen, daß Konsumenten illegaler Drogen, insbesondere von Cannabisprodukten und synthetischen Drogen wie Ecstasy, in der Altersgruppe 16 - 25 Jahre zu finden sind.

Dabei besteht gegenüber den "Partydrogen" eine deutlich geringere Hemmschwelle als zu anderen illegalen Drogen wie z. B. Heroin. Dies trifft besonders für Ballungsgebiete zu. Es ist ein deutliches Gefälle im Gebrauch von Drogen zwischen Städten und ländlichen Regionen festzustellen.

Eine nicht geringe Zahl der Jugendlichen hat nach dem mit der deutschen Einheit verbundenen gesellschaftlichen Wandel noch keine Wertsysteme und Lebensperspektiven für sich finden können. Tiefgreifenden Einfluß haben hier die Probleme des Lehrstellen- und Arbeitsmarktes. Die Folge sind Ausweichreaktionen, die oft einen Suchtmittelkonsum einschließen. Dabei werden besonders in dieser Altersgruppe unterschiedliche Suchtmittel im Sinne einer Polytoxikomanie gleichzeitig konsumiert.

Ein genaueres Bild wird sich nach einer differenzierten Auswertung der vom LKA in Auftrag gegebenen Studie "Jugend und Drogen" ergeben, deren erste Ergebnisse jetzt vorliegen.

Jugendliche suchen oft erst Suchtberatungsstellen auf, wenn die persönlichen Probleme und Spannungen im sozialen Umfeld ein erhebliches Ausmaß angenommen haben.

Maßnahmen und Angebote der Suchtberatungsstellen sind vielfach nicht ausreichend mit dem Bereich der Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit abgestimmt.

Die Jugendarbeit in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe ist zielgruppenspezifisch. Die Angebote der Einrichtungen entsprechen jedoch oft nicht den Interessen und Bedürfnissen der Jugendlichen und finden damit nur begrenzte Resonanz.

Die konzeptionellen Arbeitsansätze der Suchtberatungsstellen dürfen auf Grund der polytoxikomanen Gebrauchsmuster vieler jugendlicher Klienten nicht suchtmittelspezifisch sein, sondern müssen integrativen Grundsätzen folgen, ohne zwischen legalen und illegalen Substanzen zu unterscheiden.

In Schwerpunktregionen wie den Ballungsgebieten muß die aufsuchende Arbeit enger in das Angebot der Suchtberatungsstellen eingebunden werden. Dabei sind insbesondere die Konsumgewohnheiten, wie Probierverhalten und bevorzugte Substanzen, aber auch jugendspezifische Interessen und Bedürfnisse, zu beachten. Hierzu ist insbesondere die Kompetenz der Suchtberatungsstellen weiter zu erhöhen. Die Koordination und Kooperation zwischen den Suchtberatungsstellen und anderen Hilfetägern ist noch weiter zu verbessern.

Die Arbeitsgruppen "Sucht" in den vom MS initiierten Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) sind hier wie auch in der Prävention ein wichtiges Instrument, um zielgruppenorientierte Arbeitsansätze mit verschiedenen Trägern zu realisieren. Entsprechend den Ziel- und Aufgabenstellungen ist die Beteiligung an den Arbeitsgruppen festzulegen.

## 6.4 Suchtprobleme am Arbeitsplatz

Ein weiteres wichtiges Aufgabenfeld ist der Suchtmittelkonsum am Arbeitsplatz. Hier steht der Alkoholkonsum im Vordergrund. Fortgesetzter übermäßiger Alkoholkonsum wirkt sich auf Arbeitsleistung, Fehlzeiten, Krankheitshäufigkeit und Betriebsklima aus. Auf Grund der Prozeßhaftigkeit der Suchterkrankung ist es oft schwer, alkoholranke Mitarbeiter zu erkennen. Dies führt dazu, daß erste Warnsignale übersehen oder in ihrer Tragweite nicht erkannt werden.

Ein zunächst lange währendes Dulden und Nichthandeln führt dann allerdings oft zu überzogenen Reaktionen bis hin zur hastigen Trennung von den Mitarbeitern, wodurch die individuelle Situation des Betroffenen häufig noch weiter erschwert wird. Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe am Arbeitsplatz sind im Interesse der Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeiter sowie des Betriebsklimas eine gemeinsame Aufgabe der Betriebsleitung und der Mitarbeitervertretung.

In Sachsen-Anhalt sind in Magdeburg bereits erste positive Ansätze einer betrieblichen Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe vorhanden. So sind in den Stadtwerken Magdeburg, der Energieversorgung Magdeburg sowie in der Otto-von-Guericke-Universität Betriebsvereinbarungen zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe abgeschlossen worden. Parallel dazu befindet sich ein betriebsinternes Hilfenetz im Aufbau. Durch den Arbeitskreis Sucht der Otto-von-Guericke-Universität wurde in Kooperation mit der AOK und dem Diakonischen Werk in der Kirchenprovinz Sachsen e. V. eine Fortbildung zum Suchtkrankenhelfer angeboten und durchgeführt. Gleichzeitig erfolgte durch entsprechende Fachkräfte die Schulung von leitenden Mitarbeitern in den genannten Betrieben. Seit Januar 1997 ist am LKA eine "Dienstanweisung über den Umgang mit suchtkranken Mitarbeitern" in Kraft. Auch im MS ist eine entsprechende Betriebsvereinbarung mit einem strukturierten Hilfeangebot in Vorbereitung.

Es wird deutlich, daß insbesondere größere Betriebe und Institutionen sich in diesem Bereich engagieren. In kleinen und mittelständischen Betrieben findet diese Problematik nur wenig Beachtung. Diese sehen offensichtlich keine Handlungsnotwendigkeit bzw. befürchten einen erheblichen Kostenaufwand und sind für Angebote von Hilfetägern nur schwer erreichbar.

Sowohl Gewerkschaften als auch die Arbeitnehmervertretungen sind aufgefordert, mit dieser Problematik an die Arbeitgeber heranzutreten. Für Klein- und Mittelbetriebe stehen die Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen als fachkompetente Berater zur Verfügung.

## 6.5 Sucht und Straffälligkeit

Suchtmittelkonsum steht vielfach in direktem bzw. indirektem Zusammenhang mit Straftaten. Im Interesse eines modernen und dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechenden Strafvollzuges sind hier Hilfeangebote unerlässlich. Auch bei Straftätern stellt sich Sucht als behandlungsbedürftige Erkrankung dar. Bei Straftaten im Zusammenhang mit Suchterkrankungen und Betäubungsmitteln kann unter den Voraussetzungen der §§ 31, 31a, 35 und 36 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) Strafmilderung, Aussetzung von Strafen bzw. Straffest unter Bewährungsauflagen

sowie ein Absehen von weiterer Strafverfolgung erfolgen. Die Umsetzung des § 31a ist in Sachsen-Anhalt dabei durch eine gemeinsame Richtlinie des Justiz- und Innenministeriums (MBI. LSA 1/1995 S. 15) geregelt.

Hier kommen die Angebote der Sozialen Dienste der Justiz (Gerichtshilfe und Bewährungshilfe) besonders zum Tragen. So berät die Gerichtshilfe die Staatsanwaltschaft und die Gerichte mit dem Ziel, den Grundsatz - Therapie statt Strafe - in geeigneten Fällen zu realisieren. Bei Bewährungsstrafen wird durch die Bewährungshilfe eine langfristige Unterstützung der Verurteilten geleistet, um erneuten Straftaten entgegenzuwirken.

In den Haftanstalten wird durch den Sozialen Dienst im Strafvollzug ein vielschichtiges Hilfeangebot vorgehalten. Schwerpunkt des Sozialen Dienstes im Strafvollzug ist die Hilfe bei sozialen Problemen während der Haftzeit sowie die Vorbereitung der Inhaftierten auf die Entlassung. Bei der Suchtkrankenhilfe geht es insbesondere um die Anbahnung von Therapiemotivation bei suchtkranken und suchtgefährdeten Straftätern, um die Abklärung ihrer aktuellen Situation und der weiteren Lebensperspektive. Ausgehend von der besonderen Situation im Strafvollzug ist zur Betreuung ein hoher personeller und zeitlicher Aufwand erforderlich.

Erfolgt eine Straftat nach Einschätzung eines psychiatrischen Gutachtens bei Vorliegen einer Suchterkrankung und im Zustand verminderter oder völlig aufgehobener Schuldfähigkeit, so besteht die Möglichkeit nach den §§ 20, 21, 64 Strafgesetzbuch (StGB), straffällige Abhängige statt in eine Vollzugseinrichtung in eine therapeutische Einrichtung des Maßregelvollzuges - Entziehungsanstalt - einzuweisen. Der Maßregelvollzug nach § 64 StGB wird in Sachsen-Anhalt im Landeskrankenhaus Bernburg durchgeführt.

Neben den Hilfeangeboten der Sozialen Dienste der Justiz und der Sozialen Dienste des Strafvollzuges ist eine externe Beratung für Straftäter mit Suchtproblemen unerlässlich. Da für externe Berater ein Zeugnisverweigerungsrecht besteht, brauchen insbesondere drogenabhängige Straftäter keine weitere Strafverfolgung zu befürchten. Gleichzeitig sind die im Strafvollzug aufgebauten Bindungen zwischen Klient und Berater nach der Entlassung zur weiterführenden Therapie zu nutzen.

Ziel aller derartigen Maßnahmen ist die Gewährung von Hilfen und damit die Eröffnung neuer Chancen zur Lebensgestaltung abseits von Sucht und Straffälligkeit.

Sowohl im Strafvollzug Magdeburg als auch in anderen Vollzugseinrichtungen sind bereits externe Hilfeangebote aufgebaut worden.

Bei Hilfeangeboten im Strafvollzug sind sowohl die therapeutischen Ziele als auch rechtliche und Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen. Diese sind vielfach nur schwer in Einklang zu bringen.

Im Strafvollzug ist eine ausreichende Therapie, auch eine Entwöhnungsbehandlung, letztlich nicht möglich.

Die externe Betreuung wird von Suchtberatungsstellen und entsprechenden Institutionen, wie dem Verein für Straffälligen- und Bewährungshilfe, im Rahmen ihrer Gesamtaufgabe wahrgenommen. Zusätzliches Personal steht nicht zur Verfügung.

Die Hilfe von externen Beratern im Strafvollzug ist schrittweise zu erweitern. Ausgehend von den Erfahrungen in den alten Bundesländern sollte die Tätigkeit der externen Berater durch Kooperationsverträge zwischen den Vollzugseinrichtungen und den Trägern der Beratungsstellen geregelt werden. Diese Vereinbarungen sollten konkrete Aussagen zu den Arbeitsbedingungen und den Sicherheitsbestimmungen enthalten. In Kooperation mit dem Ministerium der Justiz und den Trägern der externen Beratungsangebote wird das MS die weitere Sicherung dieser Tätigkeit anstreben. Diese Problematik wird bei künftigen Arbeitsgesprächen des MS mit den zuständigen Vertretern des Justizministeriums einen Arbeitsschwerpunkt bilden.

## **6.6 Medikamentengestützte Therapie**

Im Rahmen medikamentengestützter Therapieangebote zeichnen sich vier Schwerpunkte ab:

1. Reduktion der Entzugserscheinungen
2. Reduktion des "Substanzhungers" nach Entwöhnungsbehandlungen
3. Substitution
4. Medikamentöse Therapie von Folgeerkrankungen und zur Vermeidung von Komplikationen.

Grundsätzlich ist festzustellen, daß medikamentös gestützte Therapieangebote keine psychotherapeutisch orientierte Behandlung von Suchtkranken ersetzen können, sondern nur unter Berücksichtigung der Gesamtsituation eine zusätzliche Hilfe im gesamten therapeutischen Prozeß darstellen.

Die Möglichkeit, Entzugserscheinungen durch Medikamente zu dämpfen, ist prinzipiell in jeder Einrichtung, die Entgiftungsbehandlungen durchführt, gegeben. Der Einsatz von Medikamenten ist dabei jedoch in erster Linie durch die medizinische Indikation bestimmt. Die Kompetenz des behandelnden Arztes kann nicht eingeschränkt werden.

Gleiches trifft für die Reduktion des "Substanzhungers" durch Medikamente zu.

Bei der Substitution wird opiatabhängigen Patienten ein Austauschstoff - Methadon oder L-Polamidon - verabreicht, so daß die Abstinenz vom Suchtmittel nicht Zugangsvoraussetzung, sondern mittelfristiges Ziel der Therapie ist. Grundlage für die Methadonbehandlung sind die neuen Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien (NUB-Richtlinien).

Wie in den NUB-Richtlinien empfohlen, besteht in Sachsen-Anhalt bereits eine Methadon-Kommission bei der Kassenärztlichen Vereinigung des Landes. Durch die Kommission wurden die Qualifikationsstandards für die substituierenden Ärzte festgelegt.

Ein entsprechendes Fortbildungsprogramm ist mit Unterstützung der Ärztekammer des Landes angelaufen. Zur Zeit sind in Sachsen-Anhalt 15 Ärzte zur Methadonvergabe durch die Kassenärztliche Vereinigung ermächtigt. Die in den NUB-Richtlinien geforderte psychosoziale Begleitung wird derzeit in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und durch kooperierende Suchtberatungsstellen gesichert.

Bisher haben 7 Klienten die Substitutionsbehandlung planmäßig beendet, 4 Klienten sind noch in Behandlung. Wie die Zahlen belegen, ist der Bedarf für diese Form der Therapie im Land derzeit noch sehr begrenzt.

Es ist jedoch davon auszugehen, daß diese Therapieform auch in Sachsen-Anhalt mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Die in den NUB-Richtlinien festgelegten Zugangs- und Behandlungskriterien sind sehr eng gefaßt und entsprechen nicht mehr dem aktuellen Erkenntnisstand. Bei konsequenter Umsetzung sind sie der Substitutionsbehandlung vielfach eher hinderlich.

Die psychosoziale Begleitung der Klienten wird derzeit noch durch niedergelassene Ärzte bzw. Beratungsstellen erbracht, ohne daß eine notwendige finanzielle Sicherung durch die Kostenträger gewährleistet ist.

Der Verordnung von Methadon und L-Polamidon sind durch die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) enge Grenzen gesetzt. Die Verordnung befindet sich derzeit in Überarbeitung. Die angestrebten Therapieziele, wie soziale Stabilität, eigenständige Lebensführung und Sicherung der Berufs- und Lebensperspektiven zu ermöglichen, sind mit den bestehenden Eingrenzungen nicht in vollem Umfang zu realisieren.

Die Überarbeitung der NUB-Richtlinien mit dem Ziel eines leichteren Zugangs zur Behandlung wird seitens des Landes unterstützt. Die Vertreter des Landes werden diese Position in entsprechenden Gremien, wie dem Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten, nachdrücklich vertreten.

Das Land wird sich dafür einsetzen, daß die psychosoziale Begleitung von Methadonklienten als unverzichtbarer Therapieanteil anerkannt wird und die Krankenkassen in die Finanzierung einbezogen werden. Dazu werden die Möglichkeiten in den Landesgremien, etwa der Methadon-Kommission Sachsen-Anhalts, wie auch in Bundesgremien ausgeschöpft. Bei der Neufassung der BtMVV hat sich Sachsen-Anhalt bereits eindeutig positioniert. Unter Berücksichtigung der Betäubungsmittelsicherheit werden die notwendigen Erleichterungen der Verordnung von Betäubungsmitteln unterstützt. Diese Position wird das Land auch weiterhin verfolgen.

## 6.7 Illegale Rauschmittel

Neben die legalen Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin, Medikamente mit Suchtpotential treten die illegalen Drogen, wie Cannabisprodukte, Kokain, Heroin oder Amphetamine (z.B. Ecstasy). In Sachsen-Anhalt und den anderen neuen Bundesländern hat das Problem des Gebrauches illegaler Drogen bisher einen relativ geringen Umfang. So erfaßte die polizeiliche Kriminalstatistik im Jahre 1995 insgesamt 619 "Rauschgiftfälle". Die registrierten Fälle stellen damit nur knapp 0,4 v. H. der bundesweit im Jahre 1995 erfaßten 158.477 Fälle dieser Art dar. Diese im bundesweiten Vergleich geringe Anzahl hat historische Gründe; sie liegen insbesondere in den bis zum Jahre 1990 nicht vorhandenen Zugangsmöglichkeiten zu illegalen Rauschmitteln und in den im Vergleich zu den alten Bundesländern anderen Lebensstilen und Konsumgewohnheiten in den neuen Bundesländern. Gleichwohl ist in den letzten Jahren ein Anstieg des illegalen Drogenkonsums in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen.

Die Drogenbilanz der Bundesregierung 1996 und der zu verzeichnende Anstieg der Drogentoten um 9,4 v. H. zeigen, daß das Drogenproblem in der Bundesrepublik Deutschland nicht in erster Linie mit Mitteln der Strafverfolgung zu lösen ist. Es müssen vielmehr neue gesundheitspolitische Konzepte realisiert werden. Ein wichtiges Ziel dieser Konzepte ist auch die Neubewertung weicher Drogen und der Schutz ihrer Konsumenten vor einem kriminellen Umfeld. So gelten Cannabis und Cannabisprodukte als weiche Drogen, deren Gefährlichkeit und Suchtpotenz in keinem Verhältnis zu der von Heroin stehen. Insbesondere durch differenzierte Strafverfolgung soll versucht werden, die Händler- und Bezugskreise zu trennen. Die strafrechtliche Verfolgung von Betäubungsmitteldelikten ist auf die besonders gefährlichen Kriminalitätsformen des Drogenhandels und insbesondere auf die organisierte Kriminalität zu konzentrieren.

Die Opfer von Drogenabhängigkeit sollten dagegen entkriminalisiert werden. Der Selbstschädigung soll nicht automatisch die strafrechtliche Sanktion folgen.

Durch das Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vom 09. September 1992 sind die Möglichkeiten erweitert worden, im Hinblick auf Drogenkonsumenten in geeigneten Fällen von einer Strafverfolgung abzusehen. Durch die Regelung des § 31a Abs.1 BtMG besteht auch für die Staatsanwaltschaft die Möglichkeit, beim Umgang mit geringen Mengen von Drogen zum Eigenverbrauch von Strafe abzusehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Die Landesregierung hat mit Runderlaß vom 6.12.1994 ( MBl. LSA Nr.1/1995, S.15) nähere Hinweise zur Anwendung dieser Vorschrift gegeben. Diese Regelungen dienen der Umsetzung der verfassungsrechtlichen Vorgaben durch den Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 09.03.1994 (2 BvL 43/92, NJW 1994 S. 1577).

Den Konsumenten von Heroin wird in Sachsen-Anhalt eine medikamentengestützte Therapie (siehe Kap. 6.6) angeboten. Die Substitution mit Methadon und L-Polamidon ist inzwischen zu einem festen therapeutischen Baustein geworden. Diese zugelassenen Substitutionsmittel haben aufgrund ihrer chemischen Struktur ein günstiges Verhältnis von Wirkung und Nebenwirkung. Die Wirkung der Vergabe von Originalsubstanzen (z.B. Heroin) ist dagegen in Deutschland noch nicht hinreichend erforscht. Der von Hamburg beantragte Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Heroin an Schwerstsuchtliche wird von Sachsen-Anhalt unterstützt, um nähere Erkenntnisse diesbezüglich sammeln zu können.

Ein besonderes Problem stellen in jüngster Zeit die synthetischen Drogen und hier insbesondere Ecstasy - ein Amphetamin-Derivat - dar. Die Erstkonsumenten sind sehr jung, das Haupteinstiegsalter wird auf 12 bis 13 Jahre geschätzt. Ecstasy wirkt aufputschend und vermittelt ein Gefühl von Glück und Geborgenheit. Es wird insbesondere in der sogenannten Techno-Szene genommen.

In Sachsen-Anhalt ist besonders in Magdeburg und Halle ein dramatischer Anstieg des Konsums zu beobachten. Nach Beobachtungen von Experten hat der Gebrauch von Ecstasy den Cannabiskonsum überflügelt und soll bei 14 bis 18 Jahre alten Jugendlichen die Droge Alkohol abgelöst haben.

Die Folgen des regelmäßigen Konsums dieser Modedroge werden noch immer unterschätzt. Nach Angaben des Drogenbeauftragten der Bundesregierung starben im Jahr 1996 bundesweit 20 Menschen nach Ecstasykonsum. Gesicherte Erkenntnisse über die Langzeitwirkung dieser Droge liegen jedoch nicht vor.

Vorrangig gilt es, entsprechende Präventionsarbeit bei den Jugendlichen zu leisten. Bisher fehlt weitgehend ein entsprechendes Unrechts- und Gesundheitsbewußtsein.

## **7. Spezifische Einrichtungen**

### **7.1 Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Sachsen-Anhalt**

Die Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Sachsen-Anhalt wurde im Dezember 1992 auf Initiative des MS als Fachausschuß der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege gegründet. Im Vorstand sind neben den Wohlfahrtsverbänden auch Abstinenz- und Selbsthilfverbände sowie Fachverbände beratend vertreten.

Die Finanzierung der Landesstelle erfolgt über eine institutionelle Förderung mit bisher durchschnittlich 300.000 DM pro Jahr als Vollfinanzierung durch das Land.

Aufgabe der Landesstelle ist die Koordinierung und Förderung der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe im Land Sachsen-Anhalt. Die Erfüllung dieses Auftrages beinhaltet:

- Förderung und Koordinierung der Arbeit der im Land tätigen Organisationen und Einrichtungen der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe
- Regelmäßige und institutionalisierte Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch mit Behörden, Institutionen, relevanten Berufsgruppen, Organisationen sowie politischen Gremien und Parteien, die in diesem Sachgebiet tätig sind
- konstruktive Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch mit den zuständigen Ministerien
- Einflußnahme und Mitwirkung bei der einschlägigen Gesetzgebung
- Öffentlichkeitsarbeit und vorbeugende Aufklärung
- Anregung, Förderung, Durchführung und Veröffentlichung wissenschaftlicher Forschungsarbeiten
- Anregung und Unterstützung bei der Bildung von regionalen Arbeitsgemeinschaften.

Das MS ist bestrebt, die Aktivitäten der Landesstelle weiter zu unterstützen, da sie ein entscheidendes Koordinierungsgremium und ein wichtiges Bindeglied zwischen dem MS und den Trägern der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe darstellt.

## 7.2 Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

Nach dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) vom 30.01.1992 und dem Maßregelvollzugsgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (MVollzG LSA) vom 09.10.1992 wurden die Mitglieder des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Jahre 1993 durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit (MS) berufen. Dieser Ausschuß besteht aus 12 Mitgliedern und 12 Stellvertretern. Vom Ausschuß sind 6 Besuchskommissionen gebildet worden. Der Ausschuß arbeitet unabhängig. Er berichtet jährlich einmal schriftlich dem Landtag und dem MS über seine Besuche in den psychiatrischen und suchtspezifischen Einrichtungen.

Inzwischen liegt der 4. Tätigkeitsbericht des Ausschusses für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung vor. Schwerpunktmäßig befaßt sich der 3. Bericht mit der Betreuung von Suchtkranken. Hierzu werden sowohl grundsätzliche Probleme angesprochen als auch konkrete Hinweise zur Versorgung der Suchtkrankenklientel in den einzelnen Einrichtungen gegeben. Wie schon die jeweils eingehenden Besuchsberichte wurde auch der Gesamtbericht mit den Vertretern der Freien Wohlfahrtspflege bzw. mit den jeweiligen Trägern besprochen, um aufgezeigten Veränderungsnotwendigkeiten in der Versorgungssituation Suchtkranker im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten zügig zu entsprechen. Eine weitere Auswertung und Diskussion erfolgte auch im zuständigen Ausschuß für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtages von Sachsen-Anhalt, in dem die Abgeordneten mit Vertretern des MS Aussagen und Folgerungen aus dem Bericht erörterten.

## 8. Zentrale Aussagen zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe - Zusammenfassung und Perspektive

1. Ausgehend von den Entwicklungstendenzen zum Suchtmittelgebrauch in Sachsen-Anhalt, insbesondere unter Berücksichtigung der zu erwartenden weiteren Verbreitung illegaler Drogen, ist auch für die nächsten Jahre eine Entschärfung der Sucht- und Drogenproblematik nicht zu erwarten.
2. Den legalen Suchtmitteln wie Alkohol und Nikotin ist entsprechend ihrer gesellschaftlichen Bedeutung mehr Beachtung in der Prävention, Therapie und Nachsorge einzuräumen.
3. Um die Alkoholproblematik verstärkt in den Blickpunkt der Öffentlichkeit zu rücken, wird die Umsetzung des 1992 durch das Europäische Regionalbüro der WHO verabschiedeten Aktionsplans Alkohol in den nächsten Jahren auch für Sachsen-Anhalt eine zentrale Bedeutung erlangen.
4. Auf Initiative Sachsens-Anhalts und anderer neuer Bundesländer wurde im Suchthilfeausschuß der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten der Länder ein Arbeitskreis gegründet, der einen Maßnahmenplan zur Umsetzung des Aktionsplanes Alkohol auf Länderebene erarbeiten wird, der bundesweit realisiert werden soll.

Dazu sollen u. a. gehören:

- Maßnahmen zur Verbesserung der Kontrolldichte bestehender Gesetze (Jugendschutzgesetz, Alkohol im Straßenverkehr)
- Maßnahmen der Ordnungspolitik (Reduktion der Promillegrenze im Straßenverkehr)
- Maßnahmen innerhalb der Wirtschaftspolitik (Werbeverbot bzw. Selbstbeschränkungen der Werbewirtschaft)
- Maßnahmen zur Umsetzung der Punktnüchternheit (am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, während der Schwangerschaft)
- Maßnahmen zur Schaffung einer kritischen gesellschaftlichen Einstellung gegenüber übermäßigem Alkoholgenuß (Imagewandel des Alkohols)

Hinzu kommen muß die:

- Intensivierung der Forschung auf dem Gebiet des Alkohols sowie die
- Verbesserung der Ausbildung und der beruflichen Kompetenz im Hinblick auf die Suchtproblematik sowohl in sozial als auch in medizinisch orientierten Berufen
- Schaffung eines kritischen Bewußtseins für Suchtprobleme, insbesondere hinsichtlich Alkohols am Arbeitsplatz.

5. Das bestehende Netz der Suchtprävention ist durch engere Verflechtung, insbesondere der professionellen Suchtkrankenhilfe mit den Angeboten der Jugendhilfe und der Schulen sowie des LKA, zu stabilisieren und in seiner Effizienz weiter zu verbessern. Mittelfristig soll in jeder Suchtberatungsstelle ein Mitarbeiter zumindest zu 50 % seiner Arbeitszeit in der Prävention tätig sein.
6. Wegen des sich abzeichnenden zunehmenden Konsums illegaler Drogen (besonders Ecstasy) sind spezifische Präventionskonzepte zu entwickeln und einzusetzen.
7. Beim Ausbau der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Suchtberatungsstellen, niedrigschwellige Angebote, Nachsorge) sind entsprechend dem Psychatrieplan des Landes die Grundsätze der Gemeindenähe und der Klientenorientierung weiter konsequent umzusetzen.
8. Die Änderung des § 20 SGB V durch das Beitragsentlastungsgesetz hat zur Folge, daß die Gesundheitsförderung von einer Pflichtleistung zu einer "Kann"-Leistung der Krankenkassen reduziert wurde. Unter Berücksichtigung der Sparmaßnahmen der Krankenkassen ist mit einer erheblichen Einschränkung der Suchtvorbeugung durch die Kostenträger zu rechnen. Unter der Maßgabe "Vorbeugen ist besser als heilen" muß die Gesundheitsvorbeugung eine ihrer Bedeutung und Wertigkeit gerecht werdende Ausgestaltung erfahren.
9. Die Bildung und die Tätigkeit von Arbeitskreisen "Sucht" im Rahmen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ist im Interesse einer verbesserten Kooperation und Vernetzung weiter zu entwickeln und zu verstärken.  
Die regionalen Vertretungen der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, die Schulaufsichtsämter und in einigen Arbeitsschwerpunkten auch Vertreter der Polizei sind zur weiteren Effizienzsteigerung in die Arbeitskreise einzubinden.  
Die finanzielle Sicherung der ambulanten Suchtkrankenhilfeangebote ist die Voraussetzung für die personelle und qualitative Sicherung der Angebote sowie deren weiterer Vernetzung. Die kommunalen Gebietskörperschaften müssen flächendeckend ihrer originären Zuständigkeit für die ambulante Versorgung der "Suchtklienten" als Pflichtaufgabe nach §§ 39 und 72 BSHG nachkommen.
10. Die in Überarbeitung befindliche Richtlinie zur Förderung von Suchtberatungsstellen wird sich an Festbeträgen orientieren und so eine bessere Finanzplanung für die Beratungsstellen und kommunalen Kostenträger ermöglichen. Damit schafft das Land günstige Voraussetzungen für die Bereitstellung der Basisfinanzierung durch die Kommunen.
11. Ein weiterer zahlenmäßiger Ausbau der Suchtberatungsstellen ist aus der Sicht der Landesregierung nicht erforderlich. In den ländlichen Regionen ist durch den gezielten Ausbau von Außenstellen, die auch von unterschiedlichen Trägern zu nutzen sind, eine bessere Flächendeckung und Gemeindenähe in der Versorgung Suchtkranker zu erreichen.
12. Suchterkrankungen sind ein prozeßhaftes Geschehen. Die Trennung des Behandlungsablaufes in Entzug und Entwöhnung, bedingt durch die unterschiedlichen Kostenzuständigkeiten, hat sich als nicht sinnvoll und vielfach sogar nachteilig für die kontinuierliche Behandlung erwiesen. Die Prozeßhaftigkeit der Erkrankungen muß sich auch in den Regelungen zur Therapie und Kostenübernahme widerspiegeln.
13. Die verkürzte Behandlungszeit von Patienten im Rahmen der Entzugsbehandlung erschwert eine gezielte Motivation zur Annahme weiterer Therapieangebote. Die Folge sind Rückfälle und Wiederholungsbehandlungen im Rahmen von Kriseninterventionen. Bei der Überarbeitung der "Suchtvereinbarung" von 1978 ist der Behandlungsablauf an den Bedürfnissen der Klientel zu orientieren.
14. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kostenträger behindern auch die Erprobung von neuen Behandlungsformen. Als Schwerpunkte sind dabei die qualifizierte Entgiftung und die Indikationserweiterung für die medikamentengestützte Therapie zu sehen. Dabei sind die von den Kostenträgern geforderten Leistungen auch von ihnen (mit) zu finanzieren.  
Durch den Facharbeitskreis "Stationäre Therapie" wurde für das Land Sachsen-Anhalt ein Konzept zur qualifizierten Entgiftung erarbeitet. Dieses Konzept wurde den Krankenkassen zur fachlichen Prüfung übergeben. Ziel ist es, nach einer Probephase die Voraussetzungen für eine Regelfinanzierung als festen Bestandteil des therapeutischen Angebotes zu schaffen.

15. Auf Grund gesetzlicher Regelungen liegt die Planungs- und Entscheidungshoheit zur Auswahl der zu belegenden Entwöhnungseinrichtungen und zu ihrer territorialen Verteilung allein in der Entscheidungskompetenz der Kostenträger. Ein Veto oder eine Mitsprachemöglichkeit ist für das Land nicht gegeben.
16. Die Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, insbesondere für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke, sind entsprechend dem Teilplan für seelisch Behinderte und chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke kontinuierlich auszubauen und dem sich verändernden Bedarf anzupassen. Ein besonderer Schwerpunkt ist dabei der Ausbau von betreuten Wohnangeboten und Wohnangeboten mit Heimcharakter sowie von Angeboten für "nicht mehr abstinenzfähige Suchtkranke".
17. Eine sinnvolle Tätigkeit und die Sicherung der Existenz haben große Bedeutung für die Abstinenz im weiteren Leben der Suchtkranken. Das Land wird daher weiterhin Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsmarktes fördern und sozial orientierte Erwerbsbetriebe unterstützen.
18. Die geschlechtsspezifischen Suchtprobleme, die sich insbesondere für alleinerziehende Mütter stellen, müssen durch ein erweitertes frauenspezifisches Angebot sowohl in der Prävention als auch in der stationären Suchtkrankenhilfe mehr Beachtung finden.
19. Die "Punktnüchternheit" wird in der Umsetzung des Europäischen Aktionsplanes Alkohol als wichtige präventive Maßnahme zur Eingrenzung der Alkoholembyopathie eine besondere Position einnehmen.
20. Für straffällige Abhängige müssen in den Vollzugseinrichtungen des Landes die Hilfeangebote weiter ausgebaut werden. Einen Schwerpunkt stellen externe Hilfeangebote dar. Dabei ist die Grunderkenntnis "Sucht ist eine therapierbare Krankheit" unbedingt zu berücksichtigen. Eine besondere Therapiemöglichkeit ist durch den Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB gegeben.
21. Die Akzeptanz von Angeboten der Jugendhilfe durch gefährdete Jugendliche ist durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit sowie jugendgerechte Gestaltung der Kontakt- und Hilfeangebote zu verbessern. Dazu sind die Aktivitäten der Suchtkrankenhilfe und der Jugend- und Erziehungshilfe noch enger zusammenzuführen.
22. Ausgehend von den Problemen, die insbesondere der Alkoholmißbrauch in den Wirtschaftsbereichen nach sich zieht, sind die Arbeitgeber aufgerufen, gemeinsam mit den Personalvertretungen betriebsinterne Programme zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe aufzustellen. Fachliche Unterstützung wird durch die Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen gegeben.
23. Obwohl derzeit noch geringer Bedarf in der Substitutionstherapie im Land besteht, wird sich Sachsen-Anhalt weiter dafür einsetzen, daß möglichst klientengerechte Bedingungen in die Verordnungen und Regelungen (NUB-Richtlinien, BtMVV) Eingang finden.
24. Die Landesregierung wird sich dafür einsetzen, daß die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Eingrenzung der Strafverfolgung bei Konsumenten illegaler Drogen ausgeschöpft werden. Weiterführende Maßnahmen zur Liberalisierung von illegalen Drogen bedürfen einer eingehenden Prüfung.

## 9. Übersichten und Adressen



## Anerkannte Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke im Land Sachsen-Anhalt

Jugend- und Drogenberatungsstelle  
- DROBS Magdeburg -  
Umfassungsstr. 82  
**39124 Magdeburg**

☎ 0391/2527096

Magdeburger Stadtmission e. V.  
Suchtberatungsstelle  
Leibnizstr. 48  
**39104 Magdeburg**

☎ 0391/5619494

Suchtberatungsstelle der AWO Magdeburg  
Thiemstr. 12  
**39104 Magdeburg**

☎ 0391/4042600

Jugend- und Drogenberatungsstelle  
- DROBS Halle -  
Rudolf-Ernst-Weise-Str. 8  
**06112 Halle**

☎ 0345/5170401

Jugend- und Drogenberatungsstelle der AWO  
KV Halle e. V.  
Zerbster Str. 14  
**06124 Halle**

☎ 0345/69163

Evangelische Stadtmission, Suchtberatungsstelle  
Weidenplan 4  
**06108 Halle**

☎ 0345/2178-0

Landesverein f. Gesundheitspflege e. V. SA  
Suchtberatungsstelle f. Alkoholranke  
und Medikamentenabhängige  
Anlauf- und Kontaktstelle f.  
pathologische Spieler und deren Angehörige  
Breite Str. 28  
**06108 Halle**

☎ 0345/2024640

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Dessau e. V.  
Suchtberatungsstelle Dessau  
Puschkinallee 1  
**06846 Dessau**

☎ 0340/619412

Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle  
für Suchtkranke der AWO  
KV Dessau e. V.  
Parkstr. 5  
**06846 Dessau**

☎ 0340/619504

Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes  
"Haus der Diakonie"  
Altstädter Kirchhof 10  
**06406 Bernburg**

☎ 03471/352037

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Dessau e. V.  
Suchtberatungsstelle Bitterfeld/Wolfen/Oranienbaum  
Binnengärtenstr. 16 Brauerstr. 26  
**06749 Bitterfeld**      **06785 Oranienbaum**

☎ 0340/615426

Suchtberatungsstelle Kreisgruppe Jerichower Land  
Str. d. Einheit 19  
**39288 Burg**

☎ 03933/878440

Soziale Beratungsstelle  
Fachbereich Sucht des ASB  
OV Halberstadt e. V.  
Voigtei 37  
**38820 Halberstadt**

☎ 03941/24144

DRK - Jugend- und Suchthilfeberatung  
Hagenstr. 2  
**38486 Klötze**

☎ 03909/41987

Suchtberatung des Diakonisches Werkes  
im Kirchenkreis Köthen e. V.  
Dessauer Str. 10  
**06366 Köthen**

☎ 03496/216612

Beratungsstelle für Suchtkranke u. -gefährdete  
der Paul-Gerhardt-Stiftung Wittenberg  
Dessauer Str. 13  
**06886 Lutherstadt Wittenberg**

☎ 03491/661837

Kreisstelle für Diakonie, Suchtberatung  
Neuengüter 16  
**06618 Naumburg**

☎ 03445/778054

Suchtberatungsstelle Oschersleben/Wanzleben  
des Diakonieverein St. Nicolai  
Friedrichstr. 32  
**39387 Oschersleben**

☎ 039209/46602

Arbeiterwohlfahrt, Suchtberatung Osterburg  
Bismarker Str. 36  
**39606 Osterburg**

☎ 03937/82963

Suchtberatungsstelle Zerbst/Roßlau  
(mit Außenstelle in Coswig)  
des Diakonisches Werkes im Kirchenkreis Zerbst e. V.  
Goethestr. 62                      Dessauer Straße 28  
**06862 Roßlau**                      **39261 Zerbst**

☎ 034901/83114

☎ 03923/7403-11

Sucht- und Drogenberatungsstelle Salzwedel der AWO  
KV Altmarkkreis Salzwedel e. V.  
Am Hafen 11 a  
**29410 Salzwedel**

☎ 03901/33564

Projekt 3 e. V.  
Marienstr. 2  
**06528 Sangerhausen**

☎ 03464/650108

Suchtberatungsstelle der AWO  
KV Schönebeck e. V.  
Otto-Kohle-Str. 23  
**39218 Schönebeck**

☎ 03928/702021

Suchtberatung des Caritasverbandes  
f. d. Dekanat Stendal  
Bahnhofstr. 8  
**39576 Stendal**

☎ 03931/715566

Suchtberatung Thale/Quedlinburg  
Suchtcafe "Null Promille"  
K.-Marx-Str. 32                      Harzweg 30  
**06502 Thale**                      **06484 Quedlinburg**

☎ 03946/2695

Sucht- und Drogenberatung des DRK Weißenfels  
Feldstr. 4a  
**06667 Weißenfels**

☎ 03443/3937-23

Diakonie-Krankenhaus "Neuvandsburg" GmbH  
Suchtberatungsstelle Wernigerode  
Degener Str. 8  
**38855 Wernigerode**

☎ 03943/32724

Sucht- und Drogenberatungsstelle  
Wolfen des DRK Bitterfeld  
Raguhner Schleife 9-13  
**06766 Wolfen**

☎ 03493/20818

Drogen- und Suchtberatungsstelle Zeitz der AWO  
KV Naumburg e. V.  
Neumarktstr. 12  
**06712 Zeitz**

☎ 03441/623109

# Sozialpsychiatrische Dienste im Land Sachsen-Anhalt

## 1. Magdeburg

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Lübecker Str. 32  
**39124 Magdeburg**

☎ 0391 / 5406075

## 2. Halle

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Taubenstr. 4  
**06110 Halle**

☎ 0345 / 2214904

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Paul-Thiersch-Str. (Bl. 504)  
**06122 Halle**

☎ 0345 / 644102

## 3. Dessau

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Wasserwerkstr. 19  
**06842 Dessau**

☎ 0340 / 8825097

## 4. Altmarkkreis Salzwedel

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Karl-Marx-Str. 32  
**29410 Salzwedel**

☎ 03901 / 840380

Außenstellen:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Poppauer Str. 42  
**38486 Klötze**

☎ 03909 / 52253

Sozialpsychiatrischer Dienst  
Bahnhofstr. 12  
**39638 Gardelegen**

☎ 03907 / 5021

## 5. Landkreis Anhalt-Zerbst

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Fischmarkt 2  
**39261 Zerbst**

☎ 03923 / 702555

Außenstellen:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Hauptstr. 113  
**06862 Roßlau**

☎ 034901 / 91423

Sozialpsychiatrischer Dienst  
Neue Reihe 190  
**06786 Wörlitz**

☎ 034905 / 21069

## 6. Landkreis Aschersleben - Staßfurt

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Ermslebener Str. 77  
**06449 Aschersleben**

☎ 03473 / 9553230

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Bernburger Str. 13  
**39418 Staßfurt**

☎ 03925 / 9554151

## 7. Landkreis Bernburg

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Friedensallee 25  
**06406 Bernburg**

☎ 03471 / 324506

## 8. Landkreis Bitterfeld

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Mittelstr. 5  
**06749 Bitterfeld**

☎ 03493 / 341351

## 9. Bördekreis

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Geschw.-Scholl-Platz 3  
**39164 Wanzleben**

☎ 039209 / 45730

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Friedrichstr. 32  
**39387 Oschersleben**

☎ 03949 / 2205

## 10. Burgenlandkreis

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Nordstr. 5  
**06618 Naumburg**  
☎ 03445 / 732258

Außenstellen:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Schloßgasse 1  
**06642 Nebra**  
☎ 034461 / 8337

Sozialpsychiatrischer Dienst  
Neumarktstr. 12  
**06712 Zeitz**  
☎ 03441 / 6656

## 11. Landkreis Halberstadt

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Friedrich-Ebert-Str. 40  
**38820 Halberstadt**  
☎ 03941 / 577484

## 12. Landkreis Jerichower Land

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Am Markt 15  
**39288 Burg**  
☎ 03921 / 988348

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Brandenburger Str. 100  
**39307 Genthin**  
☎ 03933 / 905258

## 13. Landkreis Köthen

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Siebenbrünnen Promenade 31  
**06366 Köthen**  
☎ 03496 / 421525

## 14. Landkreis Mansfelder Land

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Größlerstr. 2  
**06295 Eisleben**  
☎ 03475 / 661826

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Johannisstr. 25  
**06333 Hettstedt**  
☎ 03476 / 813616

## 15. Landkreis Merseburg - Querfurt

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Christianenstr. 23  
**06217 Merseburg**  
☎ 03461 / 401705

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Roßplatz 2  
**06268 Querfurt**  
☎ 034771 / 25186

## 16. Landkreis Ohrekreis

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Farsleber Str. 19  
**39326 Wolmirstedt**  
☎ 039201 / 670

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Süplinger Str. 35  
**39340 Haldensleben**  
☎ 03904 / 41464

## 17. Landkreis Quedlinburg

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Schmale Str. 13  
**06484 Quedlinburg**  
☎ 03946 / 2220

## 18. Landkreis Saalkreis

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Luisenstr. 18  
**06108 Halle**  
☎ 0345 / 2812060

## 19. Landkreis Sangerhausen

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
An der Gonna 31  
**06526 Sangerhausen**  
☎ 03464 / 5350

## 20. Landkreis Schönebeck

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Böttcherstr. 24a  
**39218 Schönebeck**

☎ 03928 / 780557

## 21. Landkreis Stendal

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Bahnhofstr. 9  
**39576 Stendal**

☎ 03931 / 794390

Außenstellen:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
E.-Thälmann-Str. 1  
**39606 Osterburg**

☎ 03937 / 4968240

Sozialpsychiatrischer Dienst  
Genthiner Str. 17  
**39539 Havelberg**

☎ 039387 / 708107

## 22. Landkreis Weißenfels

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
E.-Thälmann-Str. 58  
**06679 Hohenmölsen**

☎ 03444/143473

## 23. Landkreis Wernigerode

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Kurtstr. 13  
**38855 Wernigerode**

☎ 03943 / 535302

Außenstelle:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Harzstr. 3  
**38889 Blankenburg**

☎ 03944 / 943299

## 24. Landkreis Wittenberg

Sitz:  
Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt  
Wallstr. 1  
**06886 Wittenberg**

☎ 03491 / 426124

Außenstellen:  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
R.-Breitscheid-Str. 28  
**06773 Gräfenhainichen**

☎ 034953 / 2079

Sozialpsychiatrischer Dienst  
Robert-Koch-Str. 16  
**06917 Jessen**

☎ 03537 / 262203

## Stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Suchtbehandlung

Diakonie-Krankenhaus "Neuvandsburg" GmbH  
Unter den Birken 1  
**38875 Elbingerode**

☎ 039454/80

Fachklinik "Am Kyffhäuser"  
Dorfstraße 13/14  
**06528 Sotterhausen**

☎ 03464/650186

Diakoniewerk Wilhelmshof e. V.  
**39599 Uchtsprunge**

☎ 039325/233

## Teilstationäre (tagesklinische) Rehabilitationseinrichtungen für Suchtbehandlung

Tagesklinik an der Sternbrücke  
Dr. Kielstein GmbH  
Planckstraße 4-5  
**39104 Magdeburg**

☎ 0391/565660

Psychologisches und Suchtbetreuungszentrum  
Landkreis Merseburg  
Pfalzstraße 4-6  
**06258 Schkopau**

☎ 03461/213170

Tagesklinik des LKH Uchtsprunge  
Bahnhofstraße 9  
**39576 Stendal**

☎ 03931/217103

### Stationäre Versorgung im Bereich des Amtes Halle

				Ges.-Summe MD + Halle	
				608	60
				Plätze	
Einzugsbereich	Einwohner	Einwohner Einzugsbereich	Ort/Träger	stationär	AWG
Stadt Halle Saalkreis	280.000 70.000	350.000	Halle/Volkssolidarität	48	
Stadt Dessau	91.000	317.000	Dessau/Haus Bethanien Bärenthoren/DRK	40	
LK Anh.-Zerbst	80.000			35	
Köthen	73.000				
Bernburg	73.000				
Sangerhausen Mansfelder Land	72.000 114.000	186.000	Sotterhausen/Contex	30	
Merseburg/Querfurt	140.000	140.000	Merseburg/SBW	40	
Burgenlandkreis Weißenfels	149.000 82.000	231.000	Eckartsberga/DRK	55	
Wittenberg Bitterfeld	139.000 117.000	256.000	Heporö/Zemnick Erweiterung für alte Suchtkranke geplant	28	

### Stationäre Versorgung im Bereich des Amtes Magdeburg

				Plätze	
Einzugsbereich	Einwohner	Einwohner Einzugsbereich	Ort/Träger	stationär	AWG
Bördekreis und Schönebeck	81.000 80.000	161.000	Gröningen/DRK	36	
Bernburg	73.000	73.000	zählt derzeit zu Köthen/Dessau		
Magdeburg	256.000	256.000	Magdeburg/Volkssolidarität	60	20
Jerichower Land	101.000	101.000	Ringelsdorf/Volkssolidarität	30	20
Altmarkkreis	105.000	105.000	Gardelegen/ADROME	30	
Ohrekreis	112.000	112.000	Colbitz/Volkssolidarität	30	20
Stendal	147.000	147.000	Wulkau Kehnert/DRK Priemern/DPWV	30 30 30	
Wernigerode, Halberstadt und Quedlinburg	98.000 82.000 83.000	263.000	Elbingerode Stecklenberg/DPWV	28 28	
Aschersleben- Staßfurt	109.000	109.000	zählt derzeit zum Einzugsbereich Harz		

## 10. Auszüge aus Gesetzestexten

### Bundessozialhilfegesetz (BSHG)

#### § 39

#### Personenkreis und Aufgabe

(1) Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann sie gewährt werden.

(2) Den Behinderten stehen die von einer Behinderung Bedrohten gleich. Dies gilt bei Personen, bei denen Maßnahmen der in den §§ 36 und 37 genannten Art erforderlich sind, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Maßnahmen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Eingliederungshilfe wird gewährt, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, daß die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

#### § 72

#### Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

(1) Personen, bei denen besondere soziale Schwierigkeiten der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft entgegenstehen, ist Hilfe zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu gewähren, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Andere Bestimmungen dieses Gesetzes und die Bestimmungen des Gesetzes für Jugendwohlfahrt gehen der Regelung des Satzes 1 vor.

(2) Die Hilfe umfaßt alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, vor allem Beratung und persönliche Betreuung des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen, sowie Maßnahmen bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung.

(3) Die Hilfe wird ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen gewährt, soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist; im übrigen ist Einkommen und Vermögen der in § 28 genannten Personen nicht zu berücksichtigen sowie von der Inanspruchnahme nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtiger abzusehen, soweit dies den Erfolg der Hilfe gefährden würde.

(4) Die Träger der Sozialhilfe sollen mit den Vereinigungen, die sich die gleichen Aufgaben zum Ziel gesetzt haben, und mit den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und darauf hinwirken, daß sich die Sozialhilfe und die Tätigkeit dieser Vereinigungen und Stellen wirksam ergänzen. In geeigneten Fällen ist ein Gesamtplan zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen aufzustellen.

(5) Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Abgrenzung des Personenkreises sowie über Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 2 erlassen.

# Kinder- und Jugendhilfegesetz

## (KJHG)

### § 13

#### Jugendsozialarbeit

(1) Jungen Menschen, die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, sollen im Rahmen der Jugendhilfe sozialpädagogische Hilfen angeboten werden, die ihre schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und ihre soziale Integration fördern.

(2) Soweit die Ausbildung dieser jungen Menschen nicht durch Maßnahmen und Programme anderer Träger und Organisationen sichergestellt wird, können geeignete sozialpädagogisch begleitete Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen angeboten werden, die den Fähigkeiten und dem Entwicklungsstand dieser jungen Menschen Rechnung tragen.

(3) Jungen Menschen kann während der Teilnahme an schulischen oder beruflichen Bildungsmaßnahmen oder bei der beruflichen Eingliederung Unterkunft in sozialpädagogisch begleiteten Wohnformen angeboten werden. In diesen Fällen sollen auch der notwendige Unterhalt des jungen Menschen sichergestellt und Krankenhilfe nach Maßgabe des § 40 geleistet werden.

(4) Die Angebote sollen mit den Maßnahmen der Schulverwaltung, der Bundesanstalt für Arbeit, der Träger betrieblicher und außerbetrieblicher Bildung sowie der Träger von Beschäftigungsangeboten abgestimmt werden.

### § 14

#### Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz

(1) Jungen Menschen und Erziehungsberechtigten sollen Angebote des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes gemacht werden.

(2) Die Maßnahmen sollen

1. junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen führen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser befähigen, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen.

# Auszüge aus dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

## § 31

### Strafmilderung oder Absehen von Strafe

Das Gericht kann die Strafe nach seinem Ermessen mildern (§ 49 Abs. 2 des Strafgesetzbuches) oder von einer Bestrafung nach § 29 Abs. 1, 2, 4 oder 6 absehen, wenn der Täter

1. durch freiwillige Offenbarung seines Wissens wesentlich dazu beigetragen hat, daß die Tat über seinen eigenen Tatbeitrag hinaus aufgedeckt werden konnte, oder
2. freiwillig sein Wissen so rechtzeitig einer Dienststelle offenbart, daß Straftaten nach § 29 Abs. 3, § 29a Abs. 1, § 30 Abs. 1, § 30a Abs. 1, von deren Planung er weiß, noch verhindert werden können.

## § 31 a

### Absehen von der Verfolgung

(1) Hat das Verfahren ein Vergehen nach § 29 Abs. 1, 2 oder 4 zum Gegenstand, so kann die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung absehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt.

(2) Ist die Klage bereits erhoben, so kann das Gericht in jeder Lage des Verfahrens unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 mit Zustimmung der Staatsanwaltschaft und des Angeschuldigten das Verfahren einstellen. Der Zustimmung des Angeschuldigten bedarf es nicht, wenn die Hauptverhandlung aus den in § 205 der Strafprozeßordnung angeführten Gründen nicht durchgeführt werden kann oder in den Fällen des § 231 Abs. 2 der Strafprozeßordnung und der §§ 232 und 233 der Strafprozeßordnung in seiner Abwesenheit durchgeführt wird. Die Entscheidung ergeht durch Beschluß. Der Beschluß ist nicht anfechtbar.

## § 35

### Zurückstellung der Strafvollstreckung

(1) Ist jemand wegen einer Straftat zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren verurteilt worden und ergibt sich aus den Urteilsgründen oder steht sonst fest, daß er die Tat auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen hat, so kann die Vollstreckungsbehörde mit Zustimmung des Gerichts des ersten Rechtszuges die Vollstreckung der Strafe, eines Strafrestes oder der Maßregel der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt für längstens zwei Jahre zurückstellen, wenn der Verurteilte sich wegen seiner Abhängigkeit in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist. Als Behandlung gilt auch der Aufenthalt in einer staatlich anerkannten Einrichtung, die dazu dient, die Abhängigkeit zu beheben oder einer erneuten Abhängigkeit entgegenzuwirken.

(2) Gegen die Verweigerung der Zustimmung durch das Gericht des ersten Rechtszuges steht der Vollstreckungsbehörde die Beschwerde nach dem Zweiten Abschnitt des Dritten Buches der Strafprozeßordnung zu. Der Verurteilte kann die Verweigerung dieser Zustimmung nur zusammen mit der Ablehnung der Zurückstellung durch die Vollstreckungsbehörde nach den §§ 23 bis 30 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz anfechten. Das Oberlandesgericht entscheidet in diesem Falle auch über die Verweigerung der Zurückstellung; es kann die Zustimmung selbst erteilen.

(3) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn

1. auf eine Gesamtfreiheitsstrafe von nicht mehr als zwei Jahren erkannt worden ist oder
2. auf eine Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe von mehr als zwei Jahren erkannt worden ist und ein zu vollstreckender Rest der Freiheitsstrafe oder Gesamtfreiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt und im übrigen

die Voraussetzungen des Absatzes 1 für den ihrer Bedeutung nach überwiegenden Teil der abgeurteilten Straftaten erfüllt sind.

(4) Der Verurteilte ist verpflichtet, zu Zeitpunkten, die die Vollstreckungsbehörde festsetzt, den Nachweis über die Aufnahme und über die Fortführung der Behandlung zu erbringen; die behandelnden Personen oder Einrichtungen teilen der Vollstreckungsbehörde einen Abbruch der Behandlung mit.

(5) Die Vollstreckungsbehörde widerruft die Zurückstellung der Vollstreckung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird und nicht zu erwarten ist, daß der Verurteilte eine Behandlung derselben Art alsbald beginnt oder wieder aufnimmt, oder wenn der Verurteilte den nach Absatz 4 geforderten Nachweis nicht erbringt. Von dem Widerruf kann abgesehen werden, wenn der Verurteilte nachträglich nachweist, daß er sich in Behandlung befindet. Ein Widerruf nach Satz 1 steht einer erneuten Zurückstellung der Vollstreckung nicht entgegen.

(6) Die Zurückstellung der Vollstreckung wird auch widerrufen, wenn

1. bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 zurückgestellt wird oder
2. eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung zu vollstrecken ist.

(7) Hat die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung widerrufen, so ist sie befugt, zur Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt einen Haftbefehl zu erlassen. Gegen den Widerruf kann die Entscheidung des Gerichts des ersten Rechtszuges herbeigeführt werden. Der Fortgang der Vollstreckung wird durch die Anrufung des Gerichts nicht gehemmt. § 462 der Strafprozeßordnung gilt entsprechend.

## § 36

### Anrechnung und Strafaussetzung zur Bewährung

(1) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte in einer staatlich anerkannten Einrichtung behandeln lassen, so wird die vom Verurteilten nachgewiesene Zeit seines Aufenthaltes in dieser Einrichtung auf die Strafe angerechnet, bis infolge der Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt sind. Die Entscheidung über die Anrechnungsfähigkeit trifft das Gericht zugleich mit der Zustimmung nach § 35 Abs. 1. Sind durch die Anrechnung zwei Drittel der Strafe erledigt oder ist eine Behandlung in der Einrichtung zu einem früheren Zeitpunkt nicht mehr erforderlich, so setzt das Gericht die Vollstreckung des Restes der Strafe zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Verurteilte keine Straftaten mehr begehen wird.

(2) Ist die Vollstreckung zurückgestellt worden und hat sich der Verurteilte einer anderen als der in Absatz 1 bezeichneten Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so setzt das Gericht die Vollstreckung der Freiheitsstrafe oder des Strafrestes zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob er keine Straftaten mehr begehen wird.

(3) Hat sich der Verurteilte nach der Tat einer Behandlung seiner Abhängigkeit unterzogen, so kann das Gericht, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 nicht vorliegen, anordnen, daß die Zeit der Behandlung ganz oder zum Teil auf die Strafe angerechnet wird, wenn dies unter Berücksichtigung der Anforderungen, welche die Behandlung an den Verurteilten gestellt hat, angezeigt ist.

(4) Die §§ 56a bis 56g des Strafgesetzbuches gelten entsprechend.

(5) Die Entscheidungen nach den Absätzen 1 bis 3 trifft das Gericht des ersten Rechtszuges ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß. Die Vollstreckungsbehörde, der Verurteilte und die behandelnden Personen oder Einrichtungen sind zu hören. Gegen die Entscheidungen ist sofortige Beschwerde möglich. Für die Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 3 und nach Absatz 2 gilt § 454 Abs. 3 der Strafprozeßordnung entsprechend; die Belehrung über die Aussetzung des Strafrestes erteilt das Gericht.

# Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz - BeitrEntlG)

## Artikel 1

### Gesetz zur Beitragsentlastung der gesetzlichen Krankenversicherung

#### § 1

##### Beitragsfestschreibung

(1) Bis zum 31. Dezember 1996 sind Beitragssatzanhebungen der Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nur zulässig, wenn die dafür erforderlichen Satzungsänderungen vor dem 10. Mai 1996 genehmigt worden sind. Eine hiervon abweichende Satzungsänderung ist unwirksam. § 220 Abs. 2 sowie die §§ 221, 222 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind in dem in Satz 1 genannten Zeitraum nicht anzuwenden.

(2) Absatz 1 gilt für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht, soweit allein durch Veränderungen der Verpflichtungen oder Ansprüche im Risikostrukturausgleich Beitragssatzanhebungen zwingend erforderlich sind.

#### § 2

##### Beitragsverminderung

(1) Die Beitragssätze nach den §§ 241 bis 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermindern sich zum 1. Januar 1997 um 0,4 Beitragssatzpunkte.

(2) Absatz 1 gilt für Beiträge, die in Beitragsklassen festgesetzt werden, entsprechend.

## Artikel 2

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 11 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird gestrichen.

b) In Nummer 2 wird die Angabe "21" durch die Angabe "20" ersetzt.

2. In der Überschrift des Dritten Abschnitts werden die Wörter "zur Förderung der Gesundheit und" gestrichen.

3. § 20 wird wie folgt gefaßt:

#### § 20

##### Krankheitsverhütung

(1) Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Die Krankenkasse kann in der Satzung Schutzimpfungen mit Ausnahme von solchen aus Anlaß eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts vorsehen.

Die Krankenkasse kann Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu beteiligen."

# Empfehlungsvereinbarung

zwischen

dem Bundesverband der Ortskrankenkassen  
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen  
dem Bundesverband der Innungskrankenkassen  
der See-Krankenkasse

dem Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen  
der Bundesknappschaft

dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.  
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und  
dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und  
der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker  
(Sucht-Vereinbarung) vom 20. November 1978

## § 1

### Gegenstand

(1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung stationärer Maßnahmen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke) wenn Leistungen sowohl der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung in Betracht kommen.

(2) Eine Abhängigkeit im Sinne der Vereinbarung liegt vor bei

- Unfähigkeit zur Abstinenz oder
- Verlust der Selbstkontrolle oder
- periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.

(3) Maßnahmen im Sinne dieser Vereinbarung sind stationäre Entwöhnungsbehandlungen und stationäre Entzugs-(Entgiftungs-)Behandlungen.

## § 2

### Entwöhnungsbehandlungen

(1) Stationäre Entwöhnungsbehandlung wird gewährt, wenn

- der Abhängigkeitskranke voraussichtlich auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert werden kann,
- die Abhängigkeit ambulant nicht erfolgreich behandelt werden kann,
- der Abhängigkeitskranke motiviert und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen,
- eine Entzugsbehandlung (§ 3) nicht erforderlich ist oder bereits durchgeführt ist.

(2) Für die Entwöhnungsbehandlung kommen nur Einrichtungen in Betracht, die die Voraussetzungen der Anlage 1 erfüllen. Über das Verfahren bei der Auswahl der Einrichtungen sollen die zuständigen Rentenversicherungsträger und Krankenkassenverbände Absprachen treffen.

(3) Art, Ort und Dauer der Entwöhnungsbehandlung bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Schwere der Krankheit und der persönlichen Verhältnisse des Abhängigkeitskranken. Bei der Bestimmung der Einrichtung sollen die im Sozialbericht enthaltenen Anregungen sowie die Wünsche des Abhängigkeitskranken angemessen berücksichtigt werden.

## § 3

### Entzugsbehandlung

(1) Stationäre Entzugsbehandlung wird gewährt, wenn sie für die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung erforderlich ist. Sie kommt in Betracht bei toxisch bedingten Versagungszuständen im somatischen und/oder psychischen Bereich, z. B. bei

- drohenden, komatösen Zuständen (Leberversagen u.a.),
- Delirgefahr,
- psychiatrischen Komplikationen (Depressionen, Suizidgefahr, akuten metalkoholischen Psychosen usw.).

Die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung ist von einem Arzt festzustellen.

(2) Der nahtlose Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung ist anzustreben.

## **§ 4**

### **Zuständigkeit**

(1) Für die Gewährung der Entwöhnungsbehandlung (§ 2) zuständig ist

1. der Rentenversicherungsträger, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die medizinischen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO, 13 AVG, 35 RKG (vgl. auch § 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 1) erfüllt sind,
2. der Krankenversicherungsträger, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO, 13 AVG, 35 RKG nicht erfüllt sind oder wegen einer anderen Krankheit Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder droht und eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist.

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 1 Nr. 1:

Die Vertragspartner gehen davon aus, daß eine Entwöhnungsbehandlung ausschließlich zum Zweck der Eingliederung in die Gesellschaft grundsätzlich nicht in Betracht kommen kann; der Hinweis auf § 2 Abs. 1 erweitert daher nicht den Leistungsumfang der Rentenversicherung.

(2) Für die Gewährung der Entzugsbehandlung (§ 3) ist zuständig

1. grundsätzlich der Krankenversicherungsträger,
2. der Rentenversicherungsträger, wenn nach Beginn einer von ihm eingeleiteten Entwöhnungsbehandlung die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung festgestellt wird und diese in derselben Einrichtung durchgeführt werden kann.

## **§ 5**

### **Verfahren**

(1) Der Antrag auf stationäre Maßnahmen ist unter Verwendung des Vordrucks der Rentenversicherung zu stellen. Dem Antrag sind beizufügen:

- ein Gutachten des Vertrauensärztlichen Dienstes oder des Gutachterdienstes der Rentenversicherung über die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Prognose (§ 2 Abs. 1) auf Vordruck,
- Sozialbericht auf Vordruck.

(2) Ist der Antrag bei einem Krankenversicherungsträger gestellt worden und hält dieser den Rentenversicherungsträger für zuständig (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1), leitet er die Antragsunterlagen umgehend an den Rentenversicherungsträger weiter.

(3) Der Rentenversicherungsträger entscheidet unverzüglich über den Antrag und leitet ggf. die Entwöhnungsbehandlung ein. Er informiert den Krankenversicherungsträger über seine Entscheidung. Ist vor der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung erforderlich, leitet der Krankenversicherungsträger diese ein, nachdem er sich mit dem Rentenversicherungsträger über Beginn und Dauer der Entzugsbehandlung abgestimmt hat.

(4) Ist in Ausnahmefällen aus zwingenden medizinischen Gründen die sofortige Einleitung einer Entzugsbehandlung erforderlich, so kann der Krankenversicherungsträger eine im unmittelbaren zeitlichen Anschluß daran erforderliche Entwöhnungsbehandlung im Einvernehmen mit dem Rentenversicherungsträger unter vorläufiger Kostenzusage einleiten. Die sich aus § 4 Abs. 1 ergebende Leistungszuständigkeit wird in diesem Fall nachträglich festgestellt.

(5) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.

## **§ 6**

### **Inkrafttreten**

(1) Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 1979 in Kraft. Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag (§ 5 Abs. 1) nach dem 31. Dezember 1978 gestellt worden ist.

(2) Die Vereinbarung kann mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

**Empfehlungsvereinbarung**  
**über die ambulanten medizinischen Leistungen**  
**zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger**  
**zwischen**  
**dem AOK-Bundesverband**  
**dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen**  
**dem Bundesverband der Innungskrankenkassen**  
**der See-Krankenkasse**  
**dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen**  
**der Bundesknappschaft**  
**dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.**  
**dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.**  
**und**  
**dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger,**  
**dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen**  
**(Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht)**  
**vom 29. Januar 1991**  
**in der Fassung vom 05. November 1996**

**Präambel**

Die Empfehlungsvereinbarung verfolgt das Ziel, die Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige in qualifizierten Einrichtungen zu ermöglichen bzw. zu verbessern. Sie geht davon aus, daß es im Zusammenhang mit der Rehabilitation sinnvoll ist, an Selbsthilfegruppen teilzunehmen.

**§ 1**

**Gegenstand**

(1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, wenn Leistungen der Krankenversicherung und/oder der Rentenversicherung in Betracht kommen.

(2) Eine Abhängigkeit im Sinne der Vereinbarung liegt vor bei

- Unfähigkeit zur Abstinenz oder
- Verlust der Selbstkontrolle oder
- periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.

**§ 2**

**Ziel der ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation**

Ziel der ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist:

- Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen und
- die möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen.

## § 3

### Zuständigkeit

Für die Gewährung der ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist zuständiger Rehabilitationsträger:

1. der Rentenversicherungsträger, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die persönlichen Voraussetzungen der §§ 10, 11 SGB VI erfüllt sind,
2. die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen der Nr. 1 nicht vorliegen und die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 SGB V i.V.m. §§ 27 und 43 Nr. 2 SGB V erfüllt sind.

## § 4

### Voraussetzungen der ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation

(1) Ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation kommen in Betracht für

- Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, für die angesichts des bisherigen Krankheitsverlaufes und auf Grund ihrer sozialen Situation eine stationäre Leistung zur Rehabilitation derzeit nicht indiziert ist;
- Teilnehmer an einer stationären Leistung zur Rehabilitation, wenn die Entwöhnung noch nicht abgeschlossen, aber so weit fortgeschritten ist, daß sie nicht mehr stationär erfolgen muß.

(2) Voraussetzungen für ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation sind:

- Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und regelmäßigen Teilnahme müssen gegeben sein;
- vor Beginn der ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation muß erforderlichenfalls eine Entzugsbehandlung durchgeführt sein;
- Maßnahmen der Beratung und Motivierung müssen vorangegangen sein.

(3) Ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation entfallen, wenn schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet bestehen, die eine erfolgreiche ambulante medizinische Rehabilitation in Frage stellen.

## § 5

### Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation

Die Einrichtung muß ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u. a. Aussagen zum diagnostischen Vorgehen, zu den Leistungen und zu den therapeutischen Zielen einschließlich der Leistungsdauer enthält. In dem Konzept ist auch darzustellen, wie die ambulante Entwöhnung in das gesamte Programm der Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger integriert ist. Die Einrichtung muß außerdem bereit sein, sich an Qualitätssicherungsprogrammen einschl. Effektivitätskontrollen zu beteiligen und zu diesem Zwecke die durchgeführten Leistungen zu dokumentieren.

Die Einrichtung muß unabhängig von dem im Rahmen der Rehabilitation finanzierten Leistungsspektrum über ein integriertes Programm zur Betreuung Abhängigkeitskranker im ambulanten Bereich verfügen.

Zu dem integrierten Programm der Einrichtung gehören insbesondere

- Prävention
- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozeß
- begleitete Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation
- Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)
- Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Einrichtung kann auch gemeinsam von verschiedenen Trägern der Suchtkrankenhilfe im Verbund organisiert sein.

(2) In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene

Ärzte,  
Diplom-Psychologen und  
Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen

regelmäßig und verantwortlich zusammenarbeiten.

(3) Mindestens 3 therapeutische Mitarbeiter, in der Regel Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagogen, müssen hauptamtlich in der Einrichtung tätig sein.

(4) Zu den Aufgaben des Arztes gehören vor allem:

- Anamneseerhebung, allgemeinärztliche Untersuchung
- Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten
- ggf. Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie sowie Kontakt mit den behandelnden Ärzten
- Indikationsstellung
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- ggf. Zwischenuntersuchung
- Abschlußuntersuchung
- Verantwortliches Erstellen eines qualifizierten Entlassungsberichtes im Zusammenwirken mit den anderen Therapeuten.

Die vertragsärztliche Versorgung bleibt unberührt.

(5) Die Therapeuten nach Abs. 3 müssen eine geeignete Weiterbildung auf psychotherapeutischer Grundlage haben. Als Weiterbildung kommen z. B. in Betracht:

- Weiterbildung zum Suchtkrankentherapeuten/Sozialtherapeuten oder
- Weiterbildung zum Gesprächstherapeuten oder
- Weiterbildung zum Verhaltenstherapeuten oder
- für Ärzte auch der Erwerb einer von den Ärztekammern anerkannten psychotherapeutischen Weiterbildung.

(6) Regelmäßige Fortbildung und externe Supervision des therapeutisch tätigen Personals sind sicherzustellen.

## § 6

### Verfahren

(1) Voraussetzungen für die Einleitung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation sind - vorbehaltlich der Abs. 3 und 4 -

1. ein Antrag des Versicherten,
2. ein ärztliches Gutachten und
3. ein Sozialbericht auf Vordruck.

Die Entscheidung über den Antrag obliegt dem zuständigen Rehabilitationsträger. Sie erfolgt kurzfristig nach Vorliegen der vollständigen Antragsunterlagen.

(2) Verlauf und Ergebnis der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind von der Einrichtung zu dokumentieren und dem Rehabilitationsträger in Form eines qualifizierten Entlassungsberichts zuzuleiten.

(3) Kommt ein Übergang von ambulanten zu stationären Leistungen in Betracht, so ist eine schriftliche Zustimmungserklärung des Versicherten erforderlich. Ferner ist dem Rehabilitationsträger zur Entscheidung rechtzeitig ein Zwischenbericht im Sinne eines vorläufigen Entlassungsberichtes zuzuleiten, der insbesondere zu dem Verlauf der bisherigen Maßnahmen, den Gründen für ihre Beendigung und der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht eines Übergangs zu stationären Leistungen Stellung beziehen muß. Der Bericht muß auch die Angaben enthalten, die in einem Sozialbericht vorgesehen sind. Hinsichtlich der Entscheidung über den Übergang gilt Abs. 1 Satz 2 entsprechend.

(4) Kommt ein Übergang von stationären zu ambulanten Leistungen in Betracht, so ist neben der schriftlichen Zustimmungserklärung des Versicherten ein Zwischenbericht im Sinne eines vorläufigen Entlassungsberichtes der Einrichtung erforderlich, in der die vorangegangene stationäre Entwöhnung durchgeführt wurde. In dem Bericht ist die Notwendigkeit einer ambulanten Fortführung zu begründen und insbesondere darzulegen, warum der Anschluß an eine Selbsthilfe- bzw. Abstinenzgruppe für den Anhängigkeitskranken nicht ausreicht. Abs. 3 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

## § 7

### Leistungen und Finanzierung

(1) Ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten erbracht. Ein therapeutisches Gruppengespräch dauert grundsätzlich 100 Minuten, ein therapeutisches Einzelgespräch grundsätzlich 50 Minuten.

(2) Werden ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation bewilligt, gewähren die Rehabilitationsträger zunächst die Durchführung von höchstens

80 therapeutischen Einzel-/Gruppengesprächen.

In begründeten Einzelfällen können die Rehabilitationsträger innerhalb des Leistungszeitraums nach Abs. 1 bis zu 40 weitere therapeutische Einzel-/Gruppengespräche bewilligen.

(3) Soweit erforderlich, erfolgt die Bewilligung von höchstens

12 therapeutischen Einzel-/Gruppengesprächen

für Bezugspersonen innerhalb des Leistungszeitraums nach Abs. 1.

(4) Die Kosten für die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation werden pauschaliert übernommen.

## § 8

### Auswahl der Einrichtungen

Die Träger der Kranken- und Rentenversicherung schließen entsprechend dem Bedarf mit den Trägern von Einrichtungen, soweit diese geeignet sind und die Voraussetzungen nach dieser Empfehlungsvereinbarung erfüllen, Vereinbarungen über die Durchführung ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation.

## § 9

### Erfolgskontrolle

Die Partner der Empfehlungsvereinbarung werden nach Ablauf von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Vereinbarung überprüfen, ob sich diese in der Praxis bewährt hat.

## § 10

### Inkrafttreten

(1) Die Empfehlungsvereinbarung in der Neufassung vom 5. November 1996 tritt am 1. Juni 1997 in Kraft.

(2) Die Vereinbarung kann mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

## § 11

### Empfehlungsvereinbarung Nachsorge

(1) Die Empfehlungsvereinbarung über die Förderung der Nachsorge für Abhängigkeitskranke nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung (Empfehlungsvereinbarung Nachsorge) vom 18. März 1987 ist zum 31. März 1991 außer Kraft getreten.

(2) Die in der Empfehlungsvereinbarung Nachsorge vom 18. März 1987 geregelten Leistungen werden ab 1. April 1991 nach der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht erbracht.

## Voraussetzungen für die Auswahl von Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken

Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung von Abhängigkeitskranken können belegt werden, wenn sie mindestens die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllen und ein entsprechender Bedarf an Plätzen vorhanden ist:

1. Der Träger der Einrichtung muß  
Mitglied in einem Freien Wohlfahrtsverband sein oder  
eine juristische Person des öffentlichen Rechts sein oder  
über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung verfügen.
2. Die Einrichtung muß ein wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept vorlegen, das u. a. Aussagen zur Anfangsdiagnostik, zum Behandlungsplan und zur Epikrise enthält und damit die Effektivität der Gesamtbehandlung überprüfbar macht. Die Einrichtung muß außerdem bereit sein, sich in einem noch festzulegenden Umfang an Effektivitätskontrollen zu beteiligen.
3. In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene
  - 3.1 Ärzte,
  - 3.2 Diplom-Psychologen,
  - 3.3 Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sowie
  - 3.4 Arbeits- und Beschäftigungstherapeutenzur Verfügung stehen.  
Sie sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben. Als Zusatzausbildung kommen z. B. in Betracht:  
bei den unter 3.1 bis 3.4 aufgeführten Therapeuten
  - Ausbildung zum Suchtkrankentherapeuten oder
  - Gesprächstherapie nach ROGERS oder
  - Verhaltenstherapie oder
  - Psychodrama oderbei den unter 3.4 aufgeführten Therapeuten auch
  - eine Zusatzausbildung als Arbeitserzieher.
4. Die Einrichtung muß einen ärztlichen Leiter haben. Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein. Innerhalb der Therapie sollen die unter 3.1 bis 3.3 aufgeführten Therapeuten gleichberechtigt zusammenarbeiten.
5. Die Einrichtung muß einen ausgebildeten Psychotherapeuten haben. Dabei kann es sich um einen Arzt oder einen klinischen Diplompsychologen oder einen Diplom-Psychologen mit vergleichbarer Ausbildung handeln.
6. Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll  
bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 Patienten,  
bei Drogenabhängigen für jeweils 6 - 7 Patienten  
einer der unter 3.1 bis 3.3 aufgeführten Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein. Darüber hinaus sollen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und weitere übergreifend tätige Therapeuten (z.B. Sporttherapeuten, Musiktherapeuten) in ausreichender Zahl vorhanden sein.
7. Die regelmäßige Fortbildung des therapeutisch tätigen Personals ist sicherzustellen.
8. Die Einrichtung muß in ihrem medizinischen Bereich ausreichend viel ausgebildetes Pflegepersonal (mindestens eine(n) examinierte(n) Krankenschwester/Krankenpfleger) haben.
9. Der Einrichtung muß ein ständig funktionsfähiges, nach den anerkannten Regeln der inneren und äußeren Qualitätskontrolle arbeitendes, medizinisch-technisches Laboratorium zur Durchführung aller in Betracht kommenden klinisch-chemischen und hämatologischen Untersuchungen zur Verfügung stehen.
10. Die Größe der Einrichtung soll sowohl ökonomischen Erfordernissen gerecht werden als auch die Überschaubarkeit und notwendige therapeutische Atmosphäre gewährleisten. Dabei können die in der Psychiatrie-Enquête ausgesprochenen Empfehlungen als Orientierungshilfe dienen.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte soll die Zahl der Behandlungsplätze bei Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige mindestens 30 und nicht wesentlich mehr als 100, Drogenabhängige höchstens 30 betragen. Für Einrichtungen mit einer wesentlich größeren Zahl an Behandlungsplätzen muß der Träger darlegen, wie die Einrichtung den Anforderungen an die Überschaubarkeit und an das therapeutische Klima gerecht wird.

# Rahmenrichtlinie zur Förderung von sozialen Beratungsstellen im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt

## Mindestkriterien für die Förderung von sozialen Beratungsstellen

RdErl. des MS vom 30.09.1996

### I.

Soziale Beratungsstellen haben die Aufgabe, Menschen in spezifischen, meistens sehr komplizierten Lebenssituationen zu unterstützen und ihnen Hilfe zur Vermeidung oder Überwindung von sozialen Notsituationen anzubieten.

Um dies zu gewährleisten, ist es erforderlich, daß Beratungsstellen Mindestkriterien erfüllen, die eine Förderung durch das Land rechtfertigen.

Diese Mindestkriterien gelten für nachfolgende Beratungsstellen:

- a) Schwangerschaftsberatungsstellen,
- b) Schuldnerberatungsstellen,
- c) Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen,
- d) Suchtberatungsstellen,
- e) Beratungsstellen für Sinnesbehinderte,
- f) AIDS-Beratungsstellen.

Die nachfolgend aufgezählten inhaltlichen Schwerpunkte sind Mindestkriterien im Sinne dieser Rahmenrichtlinie.

### 1. Erfüllung von bestimmten räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten

Die Beratungsstelle sollte eine verkehrsgünstige Lage für die Betroffenen haben. Die Zugänglichkeiten müssen den Bedürfnissen des Klientels entsprechen.

Die Öffnungszeiten sind so zu regeln, daß an zwei Tagen in der Woche mindestens bis 18.00 Uhr ein Beratungsangebot besteht und die Kontinuität der Arbeit der Beratungsstellen gewährleistet ist.

Die räumliche Gestaltung hat die Vertraulichkeit der Gespräche zu gewährleisten.

Größe und Anzahl der Beratungsräume haben der Aufgabenstellung gerecht zu werden.

Die Beratungsstelle muß durch ein entsprechendes Hinweisschild, aus dem das konkrete Beratungsangebot sowie die Öffnungszeiten hervorgehen, kenntlich gemacht werden.

Beratungsangebote sollten nach Möglichkeit unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse und fachlicher Besonderheiten zusammengefaßt werden.

Die sach- und fachgerechte Mitnutzung von Räumlichkeiten ist vorzusehen.

### 2. Inhaltliche Gestaltung der Beratungsangebote

Die Arbeit der Beratungsstelle soll auf der Grundlage einer mit dem Land abgestimmten Konzeption erfolgen, die jährlich dem aktuellen Stand der Erkenntnisse auf dem jeweiligen Beratungsgebiet anzupassen ist.

Über die geleistete Arbeit ist jährlich unter Wahrung der Anonymität der betroffenen Personen zu berichten. Unabhängig vom Sachbericht zu den Verwendungsnachweisen ist ein Bericht über die geleistete Beratungstätigkeit nach fachlichen Gesichtspunkten zu erstellen und der Bewilligungsbehörde mit dem Verwendungsnachweis vorzulegen.

Die innere Organisation der Beratungsstelle ist konkret festzulegen, Dienstpläne und Termine müssen von der Bewilligungsbehörde, unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, eingesehen werden können.

Zur Erfüllung ihrer Aufgaben arbeiten die jeweiligen Beratungsstellen mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, den Kirchen und Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts und deren Einrichtungen, den fachlich zuständigen Behörden, den ehrenamtlichen Helferkreisen und anderen Beratungsdiensten unter Beachtung ihrer Verpflichtung zur Vertraulichkeit zusammen.

### **3. Erfüllung von fachlichen Voraussetzungen der in den Beratungsstellen tätigen Personen**

Die Angemessenheit der personellen Besetzung bestimmt sich nach den angebotenen Beratungsfeldern und dem Umfang der Beratungstätigkeit. Im allgemeinen soll die Beratungsstelle mit zwei Fachkräften besetzt sein.

Je nach Art der Beratungsstelle sind an das Personal spezifische Anforderungen hinsichtlich der fachlichen Aus- und Weiterbildung zu stellen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen an zyklischen Fortbildungen teilnehmen, die je nach Spezifika thematisiert sind.

Teilnahmebestätigungen sind der Bewilligungsbehörde jährlich vorzulegen.

Regelmäßige Supervisionsangebote sind einzuräumen.

### **4. Fördervoraussetzungen**

Die Förderung der Beratungsstelle erfolgt nur, wenn

- a) seitens der örtlich und sachlich zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft die Notwendigkeit bestätigt wird und
- b) ein Finanzierungskonzept vorgelegt wird, aus dem hervorgeht, daß sich die zuständige Gebietskörperschaft an der Finanzierung beteiligt und die Gesamtfinanzierung abgesichert ist.

Der jeweilige Einzugsbereich ist nachzuweisen.

### **5. Prüfungs- und Betretungsrecht**

Den Vertreterinnen oder Vertretern des Landes und den Zuwendungsgeberinnen oder Zuwendungsgebern ist während der Öffnungszeiten Zutritt und auf Verlangen Akteneinsicht, unter Beachtung des Schutzes personenbezogener Daten, zu gewähren.

## **II.**

Diese Rahmenrichtlinie ist auf die nachfolgend genannten Richtlinien anzuwenden:

1. Richtlinie für das Verfahren zur Anerkennung von Beratungsstellen gem. der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 28.05.1993 i.V.m. Art. 1 §2 Abs.2 des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes (RdErl. des MS vom 20.12.1994, MBl. LSA 1995 S. 309),
2. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Schuldnerberatungsstellen im Land Sachsen-Anhalt (RdErl. des MS v. 26.05.1995, MBl. LSA S. 1226),
3. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beratungsstellen zur Sexualaufklärung, Schwangerschaftsverhütung, Familienplanung und zur Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage (Schwangerschaftsberatungsstellen) im Land Sachsen-Anhalt (RdErl. des MS vom 26.05.1995, MBl. LSA S. 1224),
4. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen im Land Sachsen-Anhalt (RdErl. des MS vom 26.05.95, MBl. LSA S. 1222),
5. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke (RdErl. des MS vom 08.07.1993, MBl. LSA S. 1939),
6. Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Bekämpfung der Immunschwächekrankheit AIDS (RdErl. des MS vom 09.11.1992, MBl. LSA S. 1941).

## **III.**

Dieser RdErl. tritt mit seiner Veröffentlichung in Kraft.

### **Hinweis:**

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt herausgegeben. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Darüber hinaus darf sie weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Mißbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

### **Impressum:**

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit  
des Landes Sachsen-Anhalt  
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Seepark 5-7  
39116 Magdeburg

Redaktion: Gesundheitsabteilung, Referat 26  
Referatsleiterin: Prof. Dr. Lieselotte Nitzschmann

Druck: Völkel-Druck Bernburg  
Oktober 1997

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

