

## **ENTWURF**

Dokumentname : C:\Temp\Cache\Temporary Internet Files\OLK5\LAKSPapier 2004.doc  
Erfasser(in) : M1-118  
Erfassungsdatum : 27.08.2003  
zuletzt geändert am : 06.02.2004 durch Benutzer BlumS

# **Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe Rheinland-Pfalz**

## **Daten zur Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention in Rheinland-Pfalz und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfeangebote**

Januar 2004

## Vorwort



In Rheinland-Pfalz stehen abhängigkeitskranken Menschen und deren Angehörigen gut ausgebaute und differenzierte Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung. Unser gegliedertes Sozialversicherungsrecht begründet unterschiedliche Instrumente und Schwerpunktsetzungen der beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation Abhängigkeitskranker sowie deren berufliche und soziale (Re-) Integration erfordern daher eine kontinuierliche Abstimmung der an diesem Prozess Beteiligten.

Der Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe, dem Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassenverbände, der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz, der Kommunalen Spitzenverbände, der Träger der Suchtkrankenhilfe, der Suchtprävention und des Landes angehören, dient der gegenseitigen Information und Kooperation. Dabei werden die jeweiligen Zuständigkeiten selbstverständlich beachtet.

Die nunmehr vorliegenden aktualisierten Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz geben wichtige Hinweise zur Verbesserung der Grundlagen der Suchthilfeplanung und Suchtprävention, der Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen und vor allem der Zusammenarbeit zwischen Sozialleistungsträgern und Trägern der Suchtkrankenhilfe. Der Datenteil enthält Angaben über den Suchtmittelmissbrauch in Rheinland-Pfalz und ermöglicht einen Überblick über die Hilfeangebote und deren Inanspruchnahme.

Ich hoffe, dass die Empfehlungen des Landesarbeitskreises in der Praxis genutzt werden, um die Suchtprävention und die Suchtkrankenhilfe weiterhin effektiv und effizient zu gestalten. Den im Landesarbeitskreis mitwirkenden Institutionen und Fachkräften danke ich für das Engagement und ihre Bereitschaft, die im Konsens gefundenen Empfehlungen umzusetzen.

A handwritten signature in black ink that reads "M. Dreyer".

**Malu Dreyer**

Ministerin für Arbeit, Soziales,  
Familie und Gesundheit  
des Landes Rheinland-Pfalz

<b><u>Inhalt</u></b>	<b>Seite</b>
<b>1. Vorbemerkung</b>	<b>5</b>
<b>2. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz</b>	<b>6</b>
2.1 Zur Verbesserung der Grundlagen von Suchthilfeplanung	6
2.2 Zur Suchtprävention	7
2.3 Zur Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen	7
2.4 Zur Zusammenarbeit zwischen Sozialleistungsträgern und Trägern der Suchtkrankenhilfe	9
<b>3. Demographische Daten zur Bevölkerung in Rheinland-Pfalz</b>	<b>11</b>
<b>4. Epidemiologische Daten</b>	<b>12</b>
3.1 Alkohol	12
3.2 Tabak	16
3.3 Medikamente	17
3.4 Illegale Drogen	18
<b>5. Suchtprävention</b>	<b>20</b>
<b>6. Hilfen für Suchtkranke</b>	<b>22</b>
6.1 Grundversorgung	22
6.2 Suchtkrankenhilfesystem	23
6.2.1 Suchtberatungsstellen	23
6.2.2 Selbsthilfegruppen	24
6.2.2.1 Selbsthilfegruppen für Betroffene	24
6.2.2.2 Selbsthilfegruppen für Angehörige und Eltern	24
6.2.2.3 Selbsthilfegruppen für Kinder	25
6.2.3 Substitutionsbehandlung	25
6.2.4 Entzugsbehandlung	25
6.2.5 Ambulante Angebote der medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	26
6.2.6 Stationäre Angebote der medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	26
6.2.7 Spezifische stationäre Einrichtungen	27
6.2.8 Soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkohol Kranke	28

6.2.9	Wohn- und Arbeitsprojekte	28
-------	---------------------------	----

**7. Inanspruchnahme der Hilfeangebote..... 30**

7.1.	Leistungen der Sozialleistungsträger	30
7.1.1.	Leistungen der Krankenkassen	30
7.1.2.	Leistungen der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz (LVA)	30
7.1.3.	Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)	30
7.1.4.	Leistungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers	30
7.2.	Inanspruchnahme des Suchtkrankenhilfesystems	31
7.2.1.	Suchtberatungsstellen	31
7.2.2.	Selbsthilfegruppen	32
7.2.3.	Substitutionsbehandlung	32
7.2.4.	Entzugsbehandlung	32
7.2.5.	Ambulante Angebote der medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	32
7.2.6.	Stationäre Angebote der medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	33
7.2.7.	Soziotherapeutische Wohnheime	33
7.2.8.	Wohn- und Arbeitsprojekte	33

## **1. Vorbemerkung**

Der Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe hat im März 2000 erstmals ein Arbeitspapier vorgelegt, das auf der Grundlage der demographischen Daten für Rheinland-Pfalz und repräsentativer Erhebungen zum Suchtmittelmissbrauch eine Bedarfseinschätzung ermöglicht, die vielfältigen Hilfeangebote für Suchtkranke und deren Inanspruchnahme aufzeigt und Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation/Koordination sowie der Effektivität/Effizienz enthält.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die zur Verfügung gestellten Daten und die erarbeiteten Empfehlungen für die Planungen der Kommunen, Träger und der Leistungsträger bei der Weiterentwicklung des Hilfesystems genutzt werden. Ursprünglich war geplant, lediglich den Datenteil alle drei Jahre zu überarbeiten. Aufgrund der teilweise erheblichen Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen (z.B. SGB IX) und der Weiterentwicklung der Standards und Strukturen des Suchtkrankenhilfesystems hat der Landesarbeitskreis in seiner Sitzung am 11. Februar 2003 beschlossen, eine Arbeitsgruppe mit der Überarbeitung des Gesamtpapiers zu beauftragen.

Die im Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe abgestimmten Empfehlungen werden mit der Veröffentlichung der Praxis zur Verfügung gestellt.

## **2. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz**

Die Daten und die Bestandsaufnahme des vorliegenden Berichts zeigen, dass in Rheinland-Pfalz gut ausgebaute Strukturen für suchtpreventive Maßnahmen und ein differenziertes Hilfeangebot für suchtkranke Menschen und deren Angehörige zur Verfügung stehen. In verschiedenen fachlichen und gesundheitspolitischen Programmen, zum Beispiel dem Positionspapier 2001 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen oder dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, werden bereits Handlungsoptionen dargestellt. Unter Berücksichtigung der besonderen Situation eines Flächenlandes und der in Rheinland-Pfalz vorhandenen Ressourcen empfiehlt der Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe insbesondere die nachstehenden Schwerpunkte zu setzen.

### **2.1 Zur Verbesserung der Grundlagen von Suchthilfeplanung**

- Aktuelle Repräsentativbefragungen (IFT, BZgA u. a.) sollten weiterhin durch das zuständige Fachreferat im Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit (MASFG) ausgewertet und den Mitgliedern des Landesarbeitskreises zeitnah zur Verfügung gestellt werden.
- Die Träger der Suchtkrankenhilfe sind gefordert, dafür Sorge zu tragen, dass eine Dokumentation nach anerkannten fachlichen Standards durch die jeweiligen Einrichtungen und Dienste erfolgt und eine zeitnahe landesweite Auswertung dieser Daten möglich ist. In diesem Sinne ist auch anzustreben, dass alle ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz sich an einer einheitlichen und kompatiblen Basisdokumentation, die den deutschen Kerndatensatz enthält, beteiligen und katamnestische Erhebungen sowie Befragungen der Klientinnen und Klienten durchführen.
- Überregionale Planung erfordert von den Beteiligten eine regelmäßige Bestandsaufnahme der bestehenden Hilfeangebote, deren Inanspruchnahme und einen Informationsaustausch über bestehende Bedarfe. Das MASFG, oder von ihm beauftragte Stellen, führen jährlich eine Befragung bei den Suchtberatungsstellen, den Fachkräften für Suchtprävention, den Fachkliniken zur Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation), den Wohn- und Arbeitsprojekten sowie den Soziotherapeutischen Heimen durch. Eine Verbesserung der Datenlage zur Entzugsbehandlung (Akutversorgung) sollte angestrebt werden. Die Zusammenfassung der erhobenen Daten wird den Trägern und Fachkräften weiterhin jährlich zur Verfügung gestellt.
- Soweit relevante Fragestellungen durch die oben genannten Erhebungen nicht zu beantworten sind, unterstützen die Träger der Suchtkrankenhilfe die Beteiligung der

Einrichtungen und Fachkräfte an entsprechenden Umfragen des zuständigen Fachreferats des MASFG.

- Die Kosten- und Leistungsträger ihrerseits stellen den Mitgliedern des Landesarbeitskreises Suchtkrankenhilfe, unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die ihnen vorliegenden Daten über Antragsentwicklung und Inanspruchnahme der vorhandenen Hilfeangebote einmal jährlich zur Verfügung.
- Zur Förderung einer größeren Planungssicherheit sollte die Entwicklung neuer Projekte und Hilfeangebote mit dem zuständigen Fachreferat des MASFG frühzeitig erörtert werden. Im Einverständnis mit dem Projektträger wird im Rahmen der regelmäßigen Sitzungen des LAKS oder öffentlich (z.B. Projektbörse anlässlich der Drogenkonferenz) informiert.

## **2.2 Zur Suchtprävention**

Auf Grund der zwischenzeitlich geschaffenen strukturellen Verbesserungen finden jährlich eine Vielzahl primärpräventiver Projekte statt. Hier soll in Zukunft auf eine noch bessere Verknüpfung suchtmittelspezifischer und unspezifischer (Lebenskompetenzförderung) Aspekte geachtet werden. Spezifische Angebote sollen hier insbesondere zur Prävention des Tabakrauchens, gegen Alkoholmissbrauch und zur Prävention von Essstörungen entwickelt werden.

Darüber hinaus sind spezifische Angebote für besonders gefährdete junge Menschen (z.B. Kinder aus suchtbelasteten Familien) und die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Frühintervention vor allem in Jugendarbeit, Heimen und in Schulen erforderlich.

Angestrebt wird eine landesweit einheitliche Dokumentation der verschiedenen Maßnahmen zur Suchtvorbeugung, ebenso wird eine Verbesserung des Informationsaustauschs (models of good practice) via Internet angestrebt. Das Land Rheinland-Pfalz bzw. die von ihm beauftragte Stelle wird sich zu diesem Zweck an einem bundesweiten Datennetz unter Federführung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beteiligen.

## **2.3 Zur Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen**

Die vielfältigen und unterschiedlichen Problemlagen suchtkranker Menschen und deren Angehörigen erfordern individualisierte Hilfeangebote der Beratung, Betreuung, der Akutbehandlung sowie der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Differenzierung bei der Indikationsstellung, der Beratung und Behandlung sowie Weiterentwicklung der Instrumente und Methoden sind, nicht zuletzt auf Grund begrenzter finanzieller Mittel, dringend geboten. Im Sinne des SGB IX verständigen sich die Leistungsträger über die Leistungen der Vereinbarung

„Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen Renten- und Krankenversicherungsträgern vom 04.05.2001 wie z.B. Adaption, Zeitbudgetierung, Vergütungssätze, Belegung etc..

Wesentliche Ziele sind: Partizipation und Selbstbestimmung, Wiederherstellung der Gesundheit, der Erwerbsfähigkeit und die berufliche und soziale (Re-)Integration. Eine enge und verbindliche Abstimmung zwischen allen am Hilfeprozess Beteiligten ist sowohl im Sinne einer frühzeitigen Erreichbarkeit suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen als auch im Hinblick auf eine zügige Befähigung zur Teilhabe und zur beruflichen/ sozialen Wiedereingliederung notwendig.

- Zur besseren Abstimmung regionaler Hilfeangebote (z. B. von Suchtberatungsstellen, sozialpsychiatrischer Dienste, Ärzteschaft, Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäusern soweit sie Entzugsbehandlungen durchführen, Soziotherapeutische Einrichtungen, Wohn- und Arbeitsprojekte, Suchtkrankenselbsthilfe) für suchtkranke Menschen wird, unter Beteiligung der jeweiligen Kommunen, die Bildung trägerübergreifender Arbeitskreise vorgeschlagen.
- Soweit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe Hilfen nach dem BSHG anbieten (z.B. Soziotherapeutische Einrichtungen) ist eine Beteiligung an den örtlichen Hilfeplankonferenzen nach dem BSHG erforderlich.
- Zur Weiterentwicklung ambulanter und teilstationärer Behandlungsangebote wird der Aufbau von regional orientierten Therapieverbänden unterstützt.
- Um die Einhaltung der fachlichen Standards von Suchtberatungsstellen und die Nutzung von Ressourcen zu sichern, sollte eine trägerübergreifende Zusammenarbeit (verbindliche, schriftliche Kooperationsabsprachen, Bildung von Bürogemeinschaften ohne Veränderung der Dienst- und Fachaufsicht usw.) zunehmend geprüft und umgesetzt werden.
- Darüber hinaus sollte die Weiterentwicklung regionaler Versorgung Suchtkranker im Rahmen gemeinsamer Projekte von Kosten- und Leistungsträgern sowie Trägern des Hilfesystems erprobt werden.
- In zwei psychiatrischen Krankenhäusern wurden inzwischen unterschiedliche Ansätze einer qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger erfolgreich erprobt. Auch die Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger ist noch verbesserungsfähig, z. B. durch die Entwicklung von Behandlungsangeboten, die eng mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verknüpft werden, oder durch ambulante, evtl. medikamentengestützte, Behandlungsmaßnahmen.
- Die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger hat in den vergangenen Jahren in Rheinland-Pfalz erheblich an Bedeutung gewonnen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden gebeten, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags dafür zu werben, dass auch in ländlichen Regionen Ärztinnen und Ärzte bereit sind eine Substitutionsbehandlung durchzuführen.

- Beratung und Betreuung suchtkranker Menschen ist den Kernaufgaben der Suchtberatungsstellen zuzuordnen. Die unter dem nicht definierten Begriff „psychosoziale Begleitung“ erbrachten vielfältigen Leistungen (z. B. Krisenintervention, Beratung, Betreuung, Therapie) können jedoch nur in dem Umfang erbracht werden, als ihre Finanzierung gesichert ist und ein abgestimmtes fachliches Konzept vorliegt.
- Die Suchtkrankenselbsthilfe und die Elternkreise für Drogengefährdete und Drogenabhängige sind ein wesentlicher und eigenständiger Bestandteil der Hilfen für Betroffene. Die Förderung der Selbsthilfegruppen und –organisationen ist gesetzlich im SGB V (§ 20) und im SGB IX (§ 29) verankert. Darüber hinaus gilt es, weiterhin die Suchtkrankenselbsthilfe durch strukturelle Maßnahmen und freiwillige Zuwendungen zu unterstützen.
- Die Träger der Suchtkrankenhilfe sowie die Kosten- und Leistungsträger fördern weiterhin die Qualitätsentwicklung in den verschiedenen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Kompatibilität der verschiedenen Qualitätssicherungsprogramme ist mittelfristig abzustimmen. Eine EDV gestützte Dokumentation und Hilfeplanung sollte sukzessive umgesetzt werden.

#### **2.4 Zur Zusammenarbeit zwischen Sozialleistungsträgern und Trägern der Suchtkrankenhilfe**

Zum 01. Juli 2001 ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (SGB IX) in Kraft getreten. Das Gesetz enthält eine Reihe von Regelungen, die eine hohe Bedeutung für die Suchtkrankenhilfe haben. Festgelegt ist u.a. (s. § 19) dass die Rehabilitationsträger gemeinsam darauf hinwirken, „ dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und –einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.“

Wesentliche Neuerungen für die Suchtkrankenhilfe ergeben sich aus folgenden Regelungen des SGB IX:

- Um bestehende Probleme an den Schnittstellen zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe/Jugendhilfe zu mindern, werden die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe den Rehabilitationsträgern zugeordnet.
- Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen zur orts- und bürgernahen Auskunft und Beratung der Betroffenen einzurichten. Derzeit (Stand: Oktober 2003) stehen in Rheinland-Pfalz 36 Servicestellen zur Verfügung.
- Das Gesetz stärkt das Wunsch- und Wahlrecht (Teilhabe) der Leistungsberechtigten. Sachleistungen zur Teilhabe, die nicht in Rehabilitationseinrichtungen auszuführen sind, können künftig auf Antrag der

Leistungsberechtigten auch als Geldleistungen erbracht werden (wird z.Zt. modellhaft erprobt).

- Zur Beschleunigung der Zuständigkeitsklärung und des Antragsverfahrens wurde geregelt, das der angegangene Rehabilitationsträger innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags feststellt ob er für die Leistung zuständig ist. Wird bei dieser Prüfung festgestellt, dass keine Zuständigkeit besteht, ist der Antrag unverzüglich dem nach seiner Meinung nach zuständigen Rehabilitationsträger zuzuleiten. Wird der Antrag nicht weitergeleitet, entscheidet der Rehabilitationsträger innerhalb von drei Wochen, wenn kein Gutachten eingeholt werden muss. Ist ein Gutachten erforderlich, muss die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Gutachtens getroffen werden.

Die nachfolgenden Empfehlungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit wurden im Landesarbeitskreis Suchtkrankenhilfe einvernehmlich erörtert:

- Damit Betroffene ihre Selbstbestimmungsrechte wahrnehmen können, ist insbesondere eine frühzeitige Information sowie die Darstellung von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten erforderlich. Durch aufeinander abgestimmte und gemeinsame Initiativen der Sozialleistungsträger gilt es, die notwendigen Informationen über Beratung, Behandlung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Nachsorge Suchtkranker zu verbessern (z. B. Ärztefortbildungen, Merkblätter, Informationsveranstaltungen für Beratungsstellen).
- Menschen mit einem schädlichen Alkoholkonsum oder mit einer Alkoholabhängigkeit nehmen in einem hohen Maße die akutmedizinische Versorgung in Anspruch. Im Sinne der Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Hilfeangebote sollten zwischen den Sozialleistungsträgern Absprachen und Verfahren zur frühzeitigen Identifizierung behandlungsbedürftiger Abhängigkeitskranker entwickelt werden, z. B. durch eine stärkere Einbeziehung der niedergelassenen Ärzteschaft, der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch eine verzahnte Erbringung von Akut- und Rehabilitations-Leistungen.
- Ein besonderer Handlungsbedarf besteht nach wie vor bei der beruflichen (Wieder-) Eingliederung behandelter Suchtkranker. Die modellhafte Erprobung neuer Konzepte und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Arbeitsverwaltung und Suchtkrankenhilfe ist daher weiterhin anzustreben. Die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern, der Arbeitsverwaltung, den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern, den Fachkliniken und den Suchtberatungsstellen ist dabei so zu gestalten, dass sich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahtlos anschließen und bereits während den ambulanten oder stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation begonnen werden können. Es ist anzustreben, dass die Art der berufsintegrierenden Maßnahmen und die Leistungszuständigkeit bereits während der Entwöhnungsbehandlung geklärt wird und mit der Zuständigkeit auch eine Leistungsverpflichtung verbunden ist.

### 3. Demographische Daten zur Bevölkerung von Rheinland-Pfalz

Bevölkerung nach Altersgruppen (Stand 31.12.2002) – Tab. 1

Alter	Weiblich	Männlich	Gesamt
bis 15	316.460	334.877	651.337
15-17	65.106	68.672	133.778
18-24	153.388	158.433	311.821
25-29	108.626	112.078	220.704
30-39	317.870	336.503	654.373
40-49	303.916	317.219	621.135
50-59	227.076	233.866	460.942
60-64	139.630	135.524	275.154
65 und älter	431.317	288.505	719.822
Gesamt	2.063.389	1.985.677	4.049.066
15-59	1.175.982	1.226.771	2.402.753

Bevölkerung in den Kommunen (Stand 31.12.2002) – Tab.2

Kommune	Gesamt	Kommune	Gesamt
Ahrweiler	130.141	Ludwigshafen (Stadt)	162.458
Altenkirchen	137.659	Ludwigshafen (Kreis)	147.396
Alzey-Worms	125.303	Mainz	185.293
Bad Dürkheim	134.303	Mainz-Bingen	196.072
Bad Kreuznach	157.843	Mayen-Koblenz	212.344
Bernkastel-Wittlich	113.998	Neustadt	53.822
Birkenfeld	90.201	Neuwied	185.004
Bitburg-Prüm	96.308	Pirmasens	44.822
Cochem-Zell	65.860	Rhein-Hunsrück-Kreis	105.591
Daun	64.464	Rhein-Lahn-Kreis	129.608
Donnersbergkreis	78.740	Speyer	49.956
Frankenthal	47.827	Südwestpfalz	105.271
Germersheim	124.380	Südliche Weinstraße	109.694
Kaiserslautern (Stadt)	99.794	Trier	100.024
Kaiserslautern (Kreis)	110.207	Trier-Saarburg	138.196
Koblenz	107.730	Westerwaldkreis	202.714
Kusel	78.530	Worms	80.625
Landau	41.089	Zweibrücken	35.799

## 4. Epidemiologische Daten

### 4.1. Alkohol

Neuere Forschungsergebnisse und die Fachdiskussion der letzten Jahre, ab welcher Grenze bei Alkoholkonsum Gesundheitsschäden erwartet werden können, hat zu folgender Einteilung/Klassifikation des Konsums geführt (Bühringer et al., 2000):

Klassifikation nach Konsum – Tab. 3

	Reinalkohol pro Tag bei Frauen	Reinalkohol pro Tag bei Männer
Risikoarmer Konsum	bis 20g	bis 30g
Riskanter Konsum	20g bis 40g	30 bis 60g
Gefährlicher Konsum	40g bis 80g	60 bis 120g
Hochkonsum	über 80g	über 120g

Bei einem Konsum über 20g Alkohol bei Frauen bzw. über 30g Alkohol bei Männern täglich besteht nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Risiko alkoholbezogener Schäden. 10g reiner Alkohol sind enthalten in einem kleinen Bier (0,2 l – 8g) oder einem Achtel (0,125 l) Wein. Die Berechnung des Alkoholgehalts in Getränken erfolgt nach folgender Formel:

$$\text{Alkoholgehalt in Gramm} = \text{Volumen in ccm} \times \text{Alkoholgehalt in \%Vol.} \times 0,8\text{g/ccm}$$

(aus: Broschüre „Alkohol – Rat&Hilfe“ der DHS, Hamm, 1997)

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (**ICD 10**) werden folgende Kriterien zur Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms oder eines Schädlichen Gebrauchs genannt:

#### **Abhängigkeitssyndrom:**

Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kurze Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums. Dies wird regelhaft daran deutlich, dass mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant und an erfolglosen Versuchen oder dem anhaltenden Wunsch, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz

konsumiert werden, oder es treten bei Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.

5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen, deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst war oder hätte bewusst sein können.

**Schädlicher Gebrauch:**

Seit mindestens einem Monat oder wiederholt in den letzten 12 Monaten treten Gebrauchsmuster auf, die zu Gesundheitsschädigungen führen:

1. Körperliche oder psychische Probleme
2. eingeschränkte Urteilsfähigkeit
3. gestörtes Verhalten, das zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen führt.

Nach dem internationalen diagnostischen und statistischen Manual für psychische Störungen (**DSM IV**) gelten folgende Kriterien für Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Eine Abhängigkeit liegt dann vor, wenn mindestens drei von sieben der umschriebenen Symptome für die Zeitdauer der Substanzeinnahme zutreffen.

<b>Missbrauch</b>	<b>Abhängigkeit</b>
Erhebliche Probleme oder Versagen in der Schule, bei der Arbeit oder Haushalt und Familie aufgrund Substanzgebrauch	Manifeste Toleranzentwicklung
Wiederholter Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen	Entzugssymptome oder Substanzgebrauch zur Abschwächung oder Vermeidung der Symptome
Probleme mit dem Gesetz aufgrund Substanzgebrauch	Substanzgebrauch häufiger oder in größeren Mengen als beabsichtigt
Fortgesetzter Gebrauch trotz sozialer und zwischenmenschlicher Probleme, die durch Substanzmittelgebrauch verursacht oder verstärkt werden	Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, Substanzgebrauch zu kontrollieren oder zu vermindern
Die Kriterien für eine Abhängigkeit sind noch nicht erfüllt	Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch und Erholung
	Aufgabe oder Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
	Fortgesetzter Substanzmittelgebrauch trotz eindeutiger schädlicher Folgen

Bundesweit wird nach den derzeit vorhandenen Daten davon ausgegangen, dass

- rund 7,8 Mio Menschen (16 %) im Alter zwischen 18 und 59 Jahren einen riskanten Alkoholkonsum betreiben,

- rund 2,4 Mio Menschen (5%) im Alter zwischen 18 und 59 Jahren einen missbräuchlichen Konsum betreiben und
- rund 1,5 Mio (3%) Menschen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren abhängig sind.  
(aus: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000)

Nach den Ergebnissen einer im Auftrag der Landesregierung vom Institut für Therapieforschung (IFT), München, 2000/2001 durchgeführten Befragung zum Suchtmittelmissbrauch bei 15- bis 59- Jährigen in Rheinland-Pfalz liegt **nach DSM IV**

- bei 107.000 Personen ein Alkoholkonsum in einem Ausmaß vor, der die eigene Gesundheit gefährdet (riskanter Konsum). Darüber hinaus betreiben
- rund 88.000 Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei
- rund 78.000 Personen in Rheinland-Pfalz liegt eine Alkoholabhängigkeit vor.

Die Studie gibt wichtige Hinweise für die weitere Entwicklung und Ausgestaltung der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz. Die Ergebnisse sind in der Schriftenreihe des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit veröffentlicht und können dort angefordert werden. Die folgenden Tabellen in den Kapiteln 4.1. bis 4.4 resultieren aus den Ergebnissen dieser Studie.

Alkoholkonsum nach Altersstruktur – Tab. 4

Konsum	Anteil	15-17 Jahre	18-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre
Abstinent	6,9%	9,4%	10,7%	8,2%	4,1%	8,2%	5,6%
Risikoarm	77,5%	97,7%	78,4%	77,9%	82,4%	73,6%	73,8%
Riskant	11,2%	7,2%	8,6%	7,8%	7,9%	15,6%	15,2%
Gefährlich	3,9%	1,4%	2,3%	4,4%	5,2%	2,6%	4,9%
Hoch	0,5%	2,2%	-	1,7%	0,4%	-	0,5%

Alkoholkonsum Frauen und Männer – Tab. 5

Konsum	Anteil Frauen	Anzahl Frauen	Anteil Männer	Anzahl Männer
Abstinent	9,0%	105.838	4,9%	60.112
Risikoarm	79,6%	936.081	75,5%	926.121
Riskant	8,6%	101.134	13,6%	166.841
Gefährlich	2,5%	29.399	5,3%	65.019
Hoch	0,4%	4.704	0,7%	8.587

Alkoholkonsum der Frauen in den letzten 12 Monaten – Tab. 6

<b>Konsum</b>	<b>15-17 Jahre</b>	<b>18-29 Jahre</b>	<b>30-59 Jahre</b>
Abstinente	11,9%	10,1%	8,4%
Risikoarm	77,6%	82,2%	79,2%
Riskanter Konsum	9,0%	5,4%	9,6%
Gefährlicher Konsum/Hochkonsum	1,5%	3,3%	2,8%

Alkoholkonsum der Männer in den letzten 12 Monaten – Tab. 7

<b>Konsum</b>	<b>15-17 Jahre</b>	<b>18-29 Jahre</b>	<b>30-59 Jahre</b>
Abstinente	7,0%	8,8%	3,5%
Risikoarm	81,7%	75,2%	75,2%
Riskanter Konsum	5,6%	10,9%	15,1%
Gefährlicher Konsum/Hochkonsum	5,6%	5,1%	6,2%

Eine Schätzung der Größenordnung des Alkoholproblems (riskanter Konsum, gefährlicher Konsum, Hochkonsum - siehe Seite 13) auf kommunaler Ebene bietet die nachstehende Tabelle

Alkoholkonsum in den Kommunen – Tab. 8

<b>Kommune</b>	<b>Frauen von 15-59 Jahren mit Konsum über 20g (11,5%)</b>	<b>Männer von 15-59 Jahren mit Konsum über 30g (19,6%)</b>
Ahrweiler	4.229	7.482
Altenkirchen	4.460	8.025
Alzey-Worms	4.335	7.686
Bad Dürkheim	4.509	7.845
Bad Kreuznach	5.276	9.177
Bernkastel-Wittlich	3.666	6.706
Birkenfeld	2.910	5.169
Bitburg-Prüm	3.056	5.652
Cochem-Zell	2.055	3.809
Daun	1.998	3.641
Donnersbergkreis	2.634	4.750
Frankenthal	1.572	2.808
Germersheim	4.343	7.677
<b>Kommune</b>	<b>Frauen von 15-59</b>	<b>Männer von 15-59</b>

	<b>Jahren mit Konsum über 20g (11,5%)</b>	<b>Jahren mit Konsum über 30g (19,6%)</b>
Kaiserslautern (Stadt)	3.349	6.237
Kaiserslautern (Kreis)	3.646	6.466
Koblenz	3.617	6.294
Kusel	2.503	4.630
Landau	1.435	2.440
Ludwigshafen (Stadt)	5.380	9.974
Ludwigshafen (Kreis)	5.044	8.679
Mainz	6.716	11.758
Mainz-Bingen	6.893	12.011
Mayen-Koblenz	7.085	12.605
Neustadt	1.762	3.052
Neuwied	6.069	10.619
Pirmasens	1.396	2.497
Rhein-Hunsrück-Kreis	3.475	6.222
Rhein-Lahn-Kreis	4.241	7.574
Speyer	1.742	2.965
Südwestpfalz	3.401	6.173
Südliche Weinstraße	3.621	6.496
Trier	3.611	6.035
Trier-Saarburg	4.594	8.292
Westerwaldkreis	6.706	12.046
Worms	2.740	4.878
Zweibrücken	1.171	2.074

## 4.2. Tabak

In der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen rauchen in Rheinland-Pfalz rund 820.000 Menschen. Der Anteil der Raucherinnen liegt deutlich unter dem Anteil der Raucher. Rund 320.000 Personen (39 Prozent) der in der Repräsentativerhebung 2000/2001 befragten Raucherinnen und Raucher gaben an, durchschnittlich 20 oder mehr Zigaretten pro Tag zu rauchen. Von einer Abhängigkeit nach **DSM-IV** ist bei 8,7 Prozent der Frauen und Männer in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen auszugehen.

Prävalenz des Tabakkonsums – Tab. 9

	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
Nichtrauchen	49,4%	38,7%
Extrauchen	20,1%	24,5%
Rauchen	30,5% (rund 360.000 Raucherinnen)	36,6% (rund 460.000 Raucher)

Raucherinnen und Raucher nach Altersgruppen – Tab. 10

	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Raucherinnen	25,6%	33,3%	31,8%	32,2%	25,7%	21,0
Raucher	34,9%	42,9%	33,9%	41,7%	34,6%	30,4%

Deutlich angestiegen ist die Zahl der Raucherinnen und Raucher in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen und zwar von 24,5 Prozent (1990) auf 29,8 Prozent (2000). Die Zahl der Raucherinnen und Raucher in den Altersgruppen ab 18 Jahren ist weiter zurückgegangen. Ein erheblicher Anteil (34 Prozent) der befragten Raucherinnen und Raucher setzt sich damit auseinander, das Rauchen aufzugeben. Allerdings sind nach einer Studie der AOK in Lübeck lediglich 6,6% der Raucherinnen und Raucher ansprechbar für Raucherentwöhnungsprogramme.

### 4.3.            **Medikamente**

11,3 Prozent der Männer und 18,3 Prozent der Frauen haben im letzten Monat vor der Befragung einmal pro Woche psychoaktive Medikamente eingenommen. Erhoben wurde die Prävalenz der Einnahme von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Appetitzüglern sowie Antidepressiva und Neuroleptika.

Einnahme von Medikamenten (12-Monats-Prävalenz) – Tab. 11

	<b>Gesamt</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
Schmerzmittel	44,9%	51,5%	38,6%
Schlafmittel	4,0%	4,9%	3,0%
Beruhigungsmittel	6,0%	8,5%	3,7%
Anregungsmittel	1,0%	1,3%	0,8%
Appetitzügler	1,7%	2,6%	0,9%
Antidepressiva	4,4%	6,3%	2,6%
Neuroleptika	0,8%	1,0%	0,6%
Mindestens ein Medikament	48,5%	56,6%	40,8%

Einnahme von Medikamenten (12-Monats-Prävalenz) Altersgruppen/Frauen – Tab. 12

	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Schmerzmittel	51,3%	30,0%	55,7%	51,3%	53,8%	47,4%
Schlafmittel	3,8%	3,5%	5,8%	1,8%	2,7%	12,4%
Beruhigungsmittel	5,2%	8,1%	3,5%	7,8%	4,5%	17,9%
Anregungsmittel	-	-	1,2%	1,8%	0,9%	2,3%
Appetitzügler	1,3%	3,5%	3,5%	1,8%	2,7%	3,9%
Antidepressiva	1,3%	4,7%	3,5%	7,0%	7,2%	8,2%
Neuroleptika	1,3%	-	1,2%	1,8%	-	1,5%
Mindestens ein Medikament	54,4%	54,1%	61,4%	58,0%	56,8%	53,6%

Einnahme von Medikamenten (12-Monats-Prävalenz) Altersgruppen/Männer – Tab. 13

	<b>15-17</b>	<b>18-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Schmerzmittel	25,6%	32,3%	35,7%	36,9%	45,5%	42,1%
Schlafmittel	1,2%	-	-	2,4%	3,9%	7,1%
Beruhigungsmittel	2,4%	5,0%	-	2,4%	3,9%	7,1%
Anregungsmittel	2,4%	-	-	1,2%	-	1,8%
Appetitzügler	1,2%	-	-	-	1,3%	2,7%
Antidepressiva	1,2%	-	-	3,6%	1,3%	6,2%
Neuroleptika	1,2%	-	-	-	-	1,8%
Mindestens ein Medikament	26,5%	33,9%	35,7%	39,3%	47,4%	46,5%

Abhängigkeit nach DSM-IV wurde für Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Anregungsmittel und Appetitzügler erfasst. Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung 2000/2001 besteht bei 2,9 Prozent der Befragten eine Medikamentenabhängigkeit (Frauen 3,3% - rund 39.000 Personen, Männer 2,5% - rund 31.000 Personen).

#### **4.4. Illegale Drogen**

Nach der Repräsentativerhebung 2000/2001 haben insgesamt 23,2 Prozent der 15- bis 59-Jährigen in Rheinland Pfalz bereits mindestens einmal in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert (29,2 Prozent der Männer und 16,8 Prozent der Frauen). Bezogen auf die Wohnbevölkerung ist davon auszugehen, dass rund 370.000 Männer und 200.000 Frauen in Rheinland-Pfalz Drogenerfahrungen haben. Cannabisprodukte stehen dabei mit einem Anteil von 98,7 Prozent deutlich im Vordergrund.

Konsum illegaler Drogen in den letzten 12 Monaten – Tab. 14

	<b>15-17</b>	<b>18-29</b>	<b>30-59</b>
Frauen	6,3%	12,7%	2,2%
Männer	22,6%	15,9%	5,5%

Konsum Cannabis nach Altersgruppen – Tab. 15

	<b>15-17</b>	<b>28-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>
Lebenszeit	18,4%	37,9%	33,5%	30,5%	17,2%	4,6%
12-Monate	13,5%	16,8%	11,2%	7,0%	2,8%	-
30 Tage	8,0%	7,7%	4,6%	6,1%	1,7%	-

Der Anteil der jungen Menschen in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben, hat sich seit 1990 vervierfacht. Im Vergleich mit den Ergebnissen der Repräsentativbefragung aus 1990 ist eine Steigerung von 4,1 Prozent auf 18,4 Prozent festzustellen. Zugleich hat sich seit 1990 auch die Probierbereitschaft drogenunerfahrener Jugendlicher von 3,6 Prozent auf 9,5 Prozent in 2000 erhöht. Die Studie belegt aber auch, dass nach dem 25. Lebensjahr nur noch wenige Personen mit dem Konsum illegaler Drogen beginnen.

Die Kriterien einer Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV (siehe Seite 14) erfüllen 0,3% der Frauen und 0,5% der Männer. Eine Missbrauchsdiagnose liegt bei 0,7% der Befragten vor. Insgesamt betrifft dies ausschließlich Jugendliche und junge Erwachsene. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung ergeben sich 9.800 Personen mit einer Abhängigkeits- und rund 170.000 Personen mit einer Missbrauchsdiagnose.

## 5. Suchtprävention

Suchtvorbeugung setzt weit im Vorfeld abhängigen Verhaltens an. Sie unterstützt die gesunde Entwicklung von Kinder und Jugendlichen und beugt der Entwicklung abhängigen Verhaltens vor.

Suchtvorbeugung erweist sich als effektiv, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Stärkung derjenigen Fähigkeiten junger Menschen, die sie benötigen, um Anforderungen und außergewöhnliche Belastungen des Alltags konstruktiv bewältigen zu können (Lebenskompetenzen: z.B. Konfliktfähigkeit)
- Suchtspezifische Aspekte: z.B. Sensibilisierung für den eigenen Umgang mit Suchtmitteln und deren Funktion, Kenntnis von Suchtentstehungsprozessen
- Entwicklung tragfähiger Alternativen zur Funktion des Suchtmittelkonsums

Suchtvorbeugung, die sich allein auf Stoffkunde beschränkt, hat sich hingegen als ineffektiv erwiesen. Kontraproduktiv sind Methoden der Abschreckung. Erforderlich sind zudem geeignete Programme der Frühintervention und strukturelle Maßnahmen. Suchtvorbeugung benötigt langfristige und kontinuierliche Arbeit. Die verschiedenen Programme müssen eng aufeinander bezogen sein, um Synergieeffekte erzielen zu können. Suchtvorbeugung nach dem Gießkannenprinzip ist wirkungslos.

Zielgruppen der Suchtvorbeugung sind in erster Linie junge Menschen. Besonderer Beachtung bedürfen Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Ergänzend notwendig ist eine gezielte Elternarbeit.

Verschiedene Institutionen sind in besonderer Weise gefordert, suchtpreventive Aufgaben wahrzunehmen:

- Jugendämter (Jugendpflege/Jugendschutz)
- Suchtberatungsstellen
- Schulpsychologische Dienste
- Gesundheitsämter

In Anbindung an die örtlichen Suchtberatungsstellen wurde als besonderer Landesschwerpunkt in Rheinland-Pfalz das Fachkräfteprogramm „Suchtprävention“ eingerichtet. Derzeit stehen 17,5 spezifische Stellen zur Verfügung. Diese Fachkräfte arbeiten auf der Basis einer mit dem jeweiligen Jugendamt abgestimmten Konzeption. Suchtpreventive Maßnahmen werden darüber hinaus auch von polizeilichen Einrichtungen durchgeführt. Handlungsfelder der Suchtvorbeugung sind vor allem Jugendarbeit, Schule und Kindertagesstätten. Um Synergieeffekte erzielen zu können, ist es wichtig, Suchtvorbeugung trägerübergreifend zu koordinieren. Es ist grundsätzlich empfehlenswert, wenn die Koordination durch das Jugendamt oder die örtliche Suchtberatungsstelle erfolgt.

In vielen Kommunen nehmen die Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention Aufgaben der Kooperation und Koordination in der Suchtprävention wahr. Die Federführung liegt

in der Regel beim Jugendamt oder bei der örtlichen Suchtberatungsstelle. Die Aufgaben der Regionalen Arbeitskreise sind in der „Rahmenkonzeption der Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention“ niedergelegt. Arbeitskreise, die auf dieser Grundlage arbeiten, haben die Möglichkeit, Projektgelder aus Landesmitteln bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), Mainz zu beantragen. Zur Zeit gibt es in Rheinland-Pfalz 36 regionale Arbeitskreise Suchtprävention. Rund 50 suchtpräventive Projekte der Arbeitskreise werden jährlich aus Landesmitteln gefördert.

Suchtvorbeugung bedarf langfristiger Planung und findet Eingang in die Jugendhilfeplanung.

Ergebnisse suchtpräventiver Maßnahmen erfordern eine geeignete Dokumentation. Empfehlenswert ist ein landesweit einheitliches Dokumentationssystem. Das Land Rheinland-Pfalz beteiligte sich hierzu an einem Bund-Länder Modellversuch der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung e.V..

Zur strukturellen Unterstützung der Suchtvorbeugung wurde in Rheinland-Pfalz bei der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) 1994 das Büro für Suchtprävention eingerichtet. Aufgaben des Büros sind die Entwicklung modellhafter Maßnahmen und Fortbildungsangebote sowie die Koordination der Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention. Das Büro bietet Fachkräften und Einrichtungen der Suchtvorbeugung auf kommunaler Ebene folgende Leistungen:

- Seminare /Fachveranstaltungen
- Fachberatung
- Projektförderung und Projektbörse
- Bereitstellung von Medien und Informationen.

Umfang Maßnahmen der Fachkräfte Suchtprävention – Tabelle 18

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Anzahl Maßnahmen	148	544	461
Zahl erreichter Personen	14.031	16.860	19.320

Maßnahmen der Regionalen Arbeitskreise Suchtprävention – Tabelle 19

<b>Bereich</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Jugendarbeit	30	16	24
Jugendarbeit/Schule	9	6	7
Kindertagesstätten	8	7	4
Öffentlichkeitsarbeit	8	6	6
Eltern/Erwachsene	4	6	5

## **6. Hilfen für Suchtkranke**

### **6.1. Grundversorgung**

Nach vorliegenden Daten werden rund 75 % der abhängigkeitskranken Menschen in Deutschland mindestens einmal pro Jahr von einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt behandelt; häufig wegen anderer Erkrankungen. Dagegen erreichen die Suchtberatungsstellen nach Schätzungen lediglich 4 bis 7 Prozent der Behandlungsbedürftigen. In Rheinland-Pfalz sind rund 5.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte tätig. Diese Zahlen verdeutlichen den weiterhin hohen Handlungsbedarf bei der Früherkennung suchtgefährdeter und abhängigkeitskranker Menschen in der medizinischen Grundversorgung.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste der 24 kommunalen Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz nehmen im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags nachrangig auch Aufgaben im Bereich der Versorgung suchtkranker Menschen wahr. Insbesondere wird hier der Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken betreut.

Die Rehabilitationsträger haben in Rheinland-Pfalz an 20 Standorten insgesamt 36 gemeinsame Servicestellen nach §§ 22-24 SGB IX zur Beratung von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen eingerichtet. Aufgabe dieser Stellen ist es,

- über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
- bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
- zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
- bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
- die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,
- bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
- bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
- zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.

Erfahrungen über die Nutzung der Servicestellen nach dem SGB IX durch abhängigkeitskranke Menschen liegen derzeit noch nicht vor.

**6.2. Suchtkrankenhilfesystem**  
**6.2.1 Suchtberatungsstellen**

In Rheinland-Pfalz erhalten 45 Suchtberatungsstellen mit zusätzlich 19 Außenstellen eine Landesförderung. In den Beratungsstellen sind rund 231 Fachkräfte tätig (104 Vollzeit / 127 Teilzeit). Die Beratungsstellen haben im Jahr 2002 insgesamt 13.105 Personen erreicht (zwei und mehr Kontakte).

Nach dem Rahmenplan der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sind bei rund 100.000 Einwohner in der Region 10 Fachkräfte im Bereich der ambulanten Beratung, Betreuung und Behandlung Suchtkranker erforderlich. Die nachstehende Übersicht, in der die Versorgungsregionen in Orientierung an die Grenzen der kommunalen Gebietskörperschaften festgelegt wurden, veranschaulicht die erreichte Versorgungsdichte in Rheinland-Pfalz (Fachkraft/Einwohner). Da regelhaft die Suchtberatungsstellen der Kreisfreien Städte auch für die Versorgung der Region zur Verfügung stehen, wurden diese Angebote bei der Berechnung der Versorgungsdichte in den Landkreisen mit berücksichtigt (Stand 31.12.2002).

Versorgungsdichte bis 1 : 10.000

Kreisfreie Stadt Pirmasens	1: 7.500
Kreisfreie Stadt Zweibrücken	1: 9.000
Kreisfreie Stadt Ludwigshafen	1: 9.500

Versorgungsdichte bis 1 : 20.000

Kreisfreie Stadt Landau	1: 10.500
Kreisfreie Stadt Koblenz	1: 10.500
Kreisfreie Stadt Worms	1: 11.000
Kreisfreie Stadt Mainz	1: 12.000
Kreisfreie Stadt Trier	1: 12.000
Kreisfreie Stadt Neustadt	1: 13.500
Kreisfreie Stadt Speyer	1: 14.000
Kreisfreie Stadt Frankenthal	1: 15.000
Kreisfreie Stadt Kaiserslautern	1: 16.000
Landkreis Mainz-Bingen	1: 16.000
Landkreis Birkenfeld	1: 16.500
Kreis Alzey-Worms	1: 16.500
Kreis Südwestpfalz	1: 18.500
Kreis Ludwigshafen	1: 18.500

Versorgungsdichte bis 1 : 30.000

Landkreis Mayen-Koblenz	1: 23.500
Landkreis Bitburg-Prüm	1: 24.500
Landkreis Neuwied	1: 25.000
Landkreis Trier-Saarburg	1: 28.000
Rhein-Hunsrück-Kreis	1: 28.500

#### Versorgungsdichte bis 1 : 40.000

Landkreis Germersheim	1: 31.000
Landkreis Bad Kreuznach	1: 32.500
Landkreis Ahrweiler	1: 32.500
Landkreis Cochem-Zell	1: 33.000
Landkreis Altenkirchen	1: 33.500
Landkreis Bad Dürkheim	1: 33.500
Kreis Südliche Weinstraße	1: 36.500
Landkreis Kaiserslautern	1: 33.500
Westerwaldkreis	1: 36.000
Landkreis Bernkastel-Wittlich	1: 38.000

#### Versorgungsdichte über 1 : 40.000

Landkreis Daun  
Rhein-Lahn-Kreis  
Landkreis Kusel  
Donnersbergkreis

### **6.2.2. Selbsthilfegruppen**

In Rheinland-Pfalz sind rd. 300 Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker, des Kreuzbundes, des Blauen Kreuzes, der Freundeskreise und der Guttempler tätig. Sie werden jährlich von rd. 3.000 bis 4.500 Betroffenen und deren Angehörigen besucht. Diese relativ hohe Anzahl an Selbsthilfegruppen (im Vergleich: 46 Suchtberatungsstellen mit 18 Außenstellen) und die zunehmende Inanspruchnahme dieser Gruppen vor einer Rehabilitation trägt dazu bei, die Erreichbarkeit adäquater Hilfeangebote für die Betroffenen zu verbessern, was insbesondere für ein Flächenland von erheblicher Bedeutung ist.

#### **6.2.2.1. Selbsthilfegruppen für Betroffene**

Nach vorliegenden Daten nutzen rund zwei Drittel der Mitglieder von Selbsthilfegruppen dieses Hilfeangebot nach Abschluss einer Rehabilitation. Ca. ein Drittel findet den Weg in die Selbsthilfegruppen ohne vorherige Behandlung. Selbsthilfegruppen haben eine erhebliche Bedeutung bei der sozialen und beruflichen Eingliederung der Betroffenen und werden darüber hinaus in hohem Maß auch zum Ausstieg aus der Sucht ohne die Inanspruchnahme eines professionellen Hilfeangebots genutzt.

#### **6.2.2.2. Selbsthilfegruppen für Angehörige und Eltern**

Die oben genannten Selbsthilfegruppen halten auch Angebote für Angehörige vor. Speziell für Eltern von suchtkranken jungen Menschen gibt es in Rheinland-Pfalz rund 20 Elternkreise für drogengefährdete und drogenabhängige junge Menschen. Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2001 des Bundesverbands der Elternkreise bei den

angeschlossenen Elternkreisen besuchen vor allem Eltern im Alter zwischen Ende 30 und Ende 50 Jahren die Elternkreise, wobei rund drei Viertel der Gruppenmitglieder Frauen sind. Der Bundesverband weist auch darauf hin, dass nach den Ergebnissen der Umfrage lediglich ca. 1 % der Eltern von abhängigen oder drogengefährdeten jungen Menschen das Angebot der Elternkreise in Anspruch nehmen.

### **6.2.2.3. Selbsthilfegruppen für Kinder**

Im Rahmen des Modellprojekts „Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien“, das in den Jahren 1996 bis 2002 in der Modellregion Altenkirchen durchgeführt wurde, wurde versucht, Gruppenangebote für diese Kinder zu etablieren. Die Erfahrungen im Projekt haben jedoch gezeigt, dass es sehr schwierig ist, insbesondere die Kinder zu erreichen, deren Eltern noch kein Problembewusstsein entwickelt haben und infolgedessen noch kein Kontakt zum Suchtkrankenhilfesystem besteht. Anders ist es bei den Kindern, deren Eltern bereits Selbsthilfegruppen besuchen, da die Selbsthilfegruppen auch Angebote für sie vorhalten.

### **6.2.3. Substitutionsbehandlung**

In Rheinland-Pfalz haben insgesamt 74 Ärztinnen und Ärzte sowie drei Substitutionsambulanzen die Genehmigung für die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger. Die psychosoziale Begleitung erfolgt im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen durch die Suchtberatungsstellen insbesondere über das Fachkräfteprogramm „Aufsuchende Sozialarbeit/Psychosoziale Begleitung“. Die Landesstelle für Suchtfragen hat zwischenzeitlich Standards für die psychosoziale Begleitung in Rheinland-Pfalz entwickelt. Erste Daten des zentralen Substitutionsregisters über den tatsächlichen Umfang der Substitutionsbehandlung in Rheinland-Pfalz liegen Ende 2003 vor.

### **6.2.4. Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker**

Insgesamt stehen in den psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Hauptfachabteilungen 2.246 Plätze zur Verfügung. Im Rahmen des Versorgungsauftrags werden diese Plätze auch für die Entzugsbehandlung abhängigkeitskranker Menschen genutzt.

In der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach und dem Pfalzkrankenhaus in Klingenmünster stehen seit 2001 zwei Modellstationen für eine qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger mit je 20 Plätzen zur Verfügung. Während in Andernach eine medikamentengestützte Entzugsbehandlung angeboten wird, erfolgt die Behandlung in Klingenmünster akupunkturgestützt. Diese neuen Behandlungsangebote zielen auf eine Förderung der Veränderungsmotivation der Patientinnen und Patienten sowie die Entwicklung weiterführender Perspektiven ab.

Eine weitere Differenzierung bei der Verzahnung von Entzugsbehandlung und Rehabilitation stellt die „Reha-Abklärung“ bzw. Motivationsbehandlung dar, die inzwischen von verschiedenen Fachkliniken in Zuständigkeit der Krankenkassen angeboten wird.

#### **6.2.5. Ambulante Angebote der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)**

In Rheinland-Pfalz sind derzeit insgesamt 10 Suchtberatungsstellen und zwei Drogenberatungsstellen für die Durchführung ambulanter Leistungen der medizinischen Rehabilitation anerkannt. Von diesen arbeiten vier Stellen in Therapieverbänden mit stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

#### **6.2.6. Stationäre Angebote der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)**

Stationäre Einrichtungen für eine Entwöhnungsbehandlung Alkohol-/Medikamenten-abhängiger als Leistung der medizinischen Rehabilitation  
(Stand 01.06.2003)

Fachklinik Altenkirchen	61 Plätze
Fachklinik Am Rosenberg	90 Plätze
Fachklinik Bad Tönisstein	128 Plätze
Fachklinik Eußerthal	133 Plätze
Fachklinik Michaelshof	45 Plätze
Rhein-Haardt-Klinik	120 Plätze
Fachklinik Thommener Höhe	160 Plätze
Fachklinik Vielbach	58 Plätze
Kliniken Wied	190 Plätze
Adaptionseinrichtung Speyer	20 Plätze
Adaptionseinrichtung Koblenz	20 Plätze

**Insgesamt 1.025 Plätze**

Stationäre Einrichtungen für eine Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger als  
Leistung der medizinische Rehabilitation  
(Stand 01.06.2003)

Fachklinik Altburg	44 Plätze
Fachklinik Donnersberghaus	24 Plätze
Fachklinik Flammersfeld	40 Plätze
Fachklinik Hanosiusmühle	36 Plätze
Fachklinik Landau	20 Plätze
Fachklinik Pfälzerwald	24 Plätze***)
Klinik Am Waldsee	45 Plätze
DO Suchthilfe Hohenlinden	32 Plätze
Therapiezentrum Ludwigmühle	54 Plätze
<u>Therapiezentrum Villa Maria</u>	<u>18 Plätze**)</u>
Insgesamt	337 Plätze*)
<u>Integrierte Plätze</u>	<u>102 Plätze</u>

**Insgesamt 439 Plätze**

\*)Verschiedene Fachkliniken mit dem Schwerpunkt der Entwöhnungsbehandlung Alkoholkranker halten auch eine begrenzte Anzahl von Behandlungsplätzen für Drogenabhängige vor. Die Plätze werde nach Verfügbarkeit belegt.

\*\*)Die Einrichtung nimmt nur drogenabhängige Mütter und Väter mit Kindern auf. Es werden zusätzlich 14 Plätze in einem integrierten Kinderhaus für die heilpädagogische Behandlung der Kinder vorgehalten.

\*\*\*)Die Fachklinik Pfälzerwald ist eine spezifische Einrichtung für die Behandlung von drogenabhängigen Männern im Alter von 18 bis 24 Jahren aus den ehemaligen GUS-Staaten.

### 6.2.7. Spezifische stationäre Einrichtungen

Niedermühle in Odernheim, eine Einrichtung der Jugendhilfe für stark suchtgefährdete und –abhängige Jugendliche. Es stehen insgesamt 41 Plätze zur Verfügung.

Niedrigschwellige Übergangseinrichtung für Drogenabhängige in Mayen-Kürrenberg „Cleantime“ mit 18 Plätzen.

Verbundsystem für suchtkranke Wohnungslose mit Vorschaltphase (5 Plätze) in Eichen.

### **6.2.8. Soziotherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholranke**

(Stand: 31.12.2002)

Albisheim/Alzey	47 Plätze
Bad Dürkheim	51 Plätze
Bassenheim	66 Plätze
Bitburg	34 Plätze
Germersheim	63 Plätze
Heidesheim	51 Plätze
Hillscheid	42 Plätze
Karbach	41 Plätze
Kottenheim	18 Plätze
Landau	24 Plätze
<hr/>	
<b>Insgesamt</b>	<b>437 Plätze</b>

### **6.2.9. Wohn- und Arbeitsprojekte**

#### Betreute Wohngruppen für Alkoholranke (Stand 31.12.2002)

Eichen	12 Plätze
Höhrrenzhausen	6 Plätze
Idar-Oberstein	9 Plätze
Kirchheimbolanden	8 Plätze
Koblenz	12 Plätze
Ludwigshafen	15 Plätze
Mainz	30 Plätze
Kottenheim/Andernach	6 Plätze

#### Betreute Wohngruppen für Drogenabhängige (Stand 31.12.2002)

Germersheim	10 Plätze
Landau	6 Plätze
Lahnstein	6 Plätze
Ludwigshafen	6 Plätze
Mainz	7 Plätze
Osthofen	6 Plätze
Trier	7 Plätze

Spezifische Arbeitsprojekte für Abhängigkeitskranke (Stand 31.12.2002)

Eichen	15 Plätze
Germersheim	6 Plätze + offener Arbeitsbereich
Landau (nur für Frauen)	12 Plätze
Lustadt	12 Plätze
Osthofen	8 Plätze

## **7. Inanspruchnahme der Hilfeangebote**

### **7.1. Leistungen der Sozialleistungsträger**

#### **7.1.1. Leistungen der Krankenkassen**

Nach Rückmeldungen der BKK und LKK stehen diese Daten nicht zur Verfügung.

#### **7.1.2. Leistungen der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz (LVA)**

Bewilligungen medizinischer Rehabilitationsleistungen (§ 15 SGB VI) und Förderung von Nachsorge (§ 31 SGB VI) für Versicherte der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz – Tab. 18

	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>Stationäre Rehabilitation</b>	1.482	1.868	1.695
<b>Ambulante Rehabilitation</b>	69	67	96
<b>Ambulante Nachsorge</b>	206	230	327
<b>Betreutes Wohnen</b>	21	23	26

#### **7.1.3. Leistungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)**

Im Jahr 2002 wurden durch die BfA 816 Suchtrehabilitationen (1997: rund 400 Maßnahmen) für Versicherte mit dem Wohnsitz in Rheinland-Pfalz bewilligt, davon 626 stationär, 92 ambulant und 98 als ambulante Nachsorge.

#### **7.1.4. Leistungen des überörtlichen Sozialhilfeträgers**

Kostenübernahmen in 2002 durch den überörtlichen Sozialhilfeträger – Tab. 19

<b>Art der Maßnahme</b>	<b>Anzahl Fälle</b>
Entzugsbehandlung Alkohol-/Medikamentenabhängige	318
Entzugsbehandlung Drogenabhängige	97
Entwöhnungsbehandlung Alkohol-/Medikamentenabhängige	12
Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängige	61
Sozialtherapeutische Übergangseinrichtung Cleantime	135
Soziotherapeutische Wohnheime	338

## 7.2. Inanspruchnahme des Suchtkrankenhilfesystems

### 7.2.1. Suchtberatungsstellen

Nach der jährlichen Umfrage des MASFG wurden 2002 insgesamt 13.105 Personen durch die Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz erreicht (zwei und mehr Kontakte). Diese Zahl belegt eine zunehmende Inanspruchnahme (1999/13.020, 2000/12.090, 2001/11.799). Die Beratung und Betreuung alkoholgefährdeter und alkoholabhängiger Menschen (Männer 52% /Frauen 40%) steht im Mittelpunkt der Arbeit. Der Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen belief sich auf insgesamt 34,5 Prozent (Männer 41% /Frauen 25%).

Die Anteile der Klientinnen und Klienten mit eigener Suchtproblematik, die in den Jahren 1998 und 2002 die Beratungsstellen in Anspruch genommen haben, verteilen sich auf durchschnittlich 26% Frauen und 74% Männer. Genau umgekehrt ist die Verteilung bei den weiblichen (73%) und männlichen Angehörigen (27%).

#### Frauen mit zwei oder mehr Kontakten – Tab 19

	unter 15	unter 18	unter 20	unter 25	unter 30	unter 40	unter 50	unter 60	über 60	unbekannt	Gesamt
Alkohol	1	5	12	38	87	451	615	295	107	0	1611
Medikamente	0	2	2	12	19	51	39	23	8	0	156
illegale Drogen	21	83	95	257	185	281	102	11	2	1	1038
pathol. Glücksspiel	0	0	1	0	2	7	2	2	2	0	16
Essstörungen	8	34	29	54	55	78	45	21	5	0	329
Angehörige	2	11	11	29	73	229	338	146	70	18	927
<b>Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>135</b>	<b>150</b>	<b>390</b>	<b>421</b>	<b>1097</b>	<b>1141</b>	<b>498</b>	<b>194</b>	<b>19</b>	<b>4077</b>

#### Männer mit zwei oder mehr Kontakten – Tab 20

	unter 15	unter 18	unter 20	unter 25	unter 30	unter 40	unter 50	unter 60	60 u. älter	unbekannt	Gesamt
Alkohol	5	42	62	191	338	1347	1674	802	253	0	4714
Medikamente	0	0	1	16	8	45	20	15	5	0	110
illegale Drogen	21	257	372	1148	749	801	312	38	0	2	3700
pathol. Glücksspiel	0	3	4	13	31	71	21	15	6	1	165
Essstörungen	1	6	2	8	10	16	2	6	1	0	52
Angehörige	3	3	3	14	26	61	96	57	20	4	287
<b>Gesamt</b>	<b>30</b>	<b>311</b>	<b>444</b>	<b>1390</b>	<b>1162</b>	<b>2341</b>	<b>2125</b>	<b>933</b>	<b>285</b>	<b>7</b>	<b>9028</b>

## Vermittlungen durch Suchtberatungsstellen in Rheinland-Pfalz – Tab. 21

Vermittlung in	2000	2001	2002
Entzug/Entgiftung	1.445	1.433	1.312
Entwöhnungsbehandlung	1.593	1.580	1.812
Selbsthilfe	1.772	1.708	1.135
Wohnprojekte	70	73	93
Arbeitsprojekte		102	61

### **7.2.2. Selbsthilfegruppen**

Die rheinland-pfälzischen Selbsthilfegruppen werden jährlich von 3.000 bis 4.500 Betroffenen und ihren Angehörigen in Anspruch genommen. Von 1998 bis 2002 wurden pro Jahr rund 1.500 Klientinnen und Klienten von den Suchtberatungsstellen an die Selbsthilfe weitervermittelt, wobei es sich überwiegend um Klienten (durchschnittlich 71%) handelt.

### **7.2.3. Substitutionsbehandlung**

Nach den Daten des Substitutionsregister befanden sich zum Stichtag 01.08.2003 rund 1.400 Personen in Rheinland-Pfalz in einer Substitutionsbehandlung.

### **7.2.4. Entzugsbehandlung**

Nach einer Umfrage des MASFG wurden in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und den psychiatrischen Hauptabteilungen im Jahr 2002 insgesamt 8.821 Entzugsbehandlungen vorwiegend bei einer Alkoholabhängigkeit durchgeführt.

### **7.2.5. Ambulante Angebote der medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)**

Nach Mitteilung der BfA wurden 2002 für 92 Versicherte mit dem Wohnsitz in Rheinland-Pfalz eine ambulante Entwöhnungsbehandlung bewilligt. Die Daten der Landesversicherungsanstalt Rheinland-Pfalz sind in der nachstehenden Tabelle dargestellt.

## Bewilligte ambulante Entwöhnungsbehandlungen nach Regionen – Tab. 22

Region	Alkohol	Medikamente	Drogen	Mehrfachabhängigkeit	Gesamt
Koblenz	23	1	1	2	27
Rhein Hessen-Pfalz	181	1	11	9	202
Trier	21	-	-	-	21
Gesamt	225	2	12	11	250

(Die Angaben für Rhein Hessen-Pfalz berücksichtigen auch Bewilligungen im Rahmen der stationär-ambulanten Entwöhnungsbehandlung des ISAR-Projekts.)

### **7.2.6. Stationäre Angebote der medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)**

Nach den Ergebnissen der jährlichen Umfrage des MASFG bei den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz ist festzustellen, dass 2002 in den Fachkliniken 6.414 Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Behandlungsgrund war bei 4.424 Personen eine Alkoholabhängigkeit, bei 1.306 eine Polytoxikomanie, bei 546 eine Drogenabhängigkeit und bei 114 Personen eine Medikamentenabhängigkeit. Sonstige Erkrankungen, die nicht eindeutig den Suchterkrankungen zu zuordnen sind (Essstörungen, Spielsucht) wurden bei 24 Personen behandelt. Der Anteil der Erwerbslosen lag bei 49,1 %. 60,1 % der Betroffenen wurden durch Suchtberatungsstellen in die Fachkliniken vermittelt. 74,6 % der Patientinnen und Patienten beendeten die Therapie planmäßig. 67,9 % der Behandelten hatten ihren Wohnsitz außerhalb von Rheinland-Pfalz. Die Belegungsquote der Fachkliniken betrug nach den vorliegenden Angaben 95,4 %.

### **7.2.7. Soziotherapeutische Wohnheime**

Nach den Ergebnisse der jährlichen Umfrage bei den soziotherapeutischen Wohnheimen lag die Auslastungsquote 2002 bei 98%. Im Jahr 2002 wurden insgesamt 587 Menschen betreut.

### **7.2.8. Wohn- und Arbeitsprojekte**

Nach einer Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit wurde das Angebot in den Betreuten Wohngruppen von insgesamt 207 Betroffenen genutzt. Die Wohngruppen haben durchschnittlich eine Auslastungsquote von 82 % erreicht. Die in 2002 bestehenden spezifischen Arbeitsprojekte für Abhängigkeitskranke wurden 2002 von insgesamt 144 Personen genutzt.