



**Planung
der
Suchtkrankenhilfe und
Suchtprävention
im Landkreis Vorpommern-
Greifswald**

für den Zeitraum von 2019 bis 2022



Impressum

Landkreis Vorpommern-Greifswald
Sozialdezernat
Stabsstelle Integrierte Sozialplanung, Gesundheitsamt

Autoren:

Dr. Janina Becker, Gesundheitsamt, Regionalstelle für Suchtvorbeugung und
Konfliktbewältigung (Abschnitt 4.1 Prävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald)
Telefon: 03834 510356

Dr. Peter Heller, Stabsstelle Integrierte Sozialplanung
Sozialplaner
Telefon: 03834 87601407

Mandy Pribbernow, Stabsstelle Integrierte Sozialplanung
Jugend- und Sozialplanerin
Telefon: 03834 87602104

Petra Zahn
Leiterin Sozialplanung Stabsstelle Integrierte Sozialplanung
Telefon: 03834 87602100

Redaktionsschluss: 15.05.2019

www.kreis-vq.de

Bildnachweis:

<http://www.suchtgeschichte.nrw.de/informationen/Links/index.php>

Inhaltsverzeichnis	Seite
Resümee und Handlungserfordernisse	5
Teil I: Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald	6
1. Gesetzliche Grundlagen und Ziele der Planung	6
2. Planungsmethodik	6
2.1 Beschreibung des Planungsgegenstandes	7
2.2 Beteiligungen	7
2.3 Räumliche Ebenen der Planung	7
2.4 Herleitung des Bedarfes	8
3. Rahmenbedingungen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	8
3.1 Bevölkerung	8
3.2 Sozialindikatoren u. Risikofaktoren für die Entstehung von Suchtverhalten	10
4. Hilfesystem im Landkreis Vorpommern-Greifswald	15
4.1 Prävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald	15
4.1.1 Grundlagen der Suchtprävention	15
4.1.2 Herausforderungen für die Suchtprävention – gesundheitliche Situation von Schülerinnen und Schülern im Landkreis Vorpommern-Greifswald	17
4.1.3 Vorhandene suchtpräventive Ressourcen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	18
4.1.4 Zum Stand der Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald	19
4.1.5 Zielgruppen im Kontext des Setting-Ansatzes	21
4.1.6 Präventionsziele und – wirkungen	26
4.1.7 Indikatoren und Erhebungsinstrumente	29
4.2 Suchtkrankenhilfe im Landkreis Vorpommern-Greifswald	32
4.2.1 Netzwerke und Steuerungsgremien der Suchtkrankenhilfe	32
4.2.2 Suchtkrankenhilfe als Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und SGB IX – Bestands-und Nutzungsanalyse	35
4.2.3 Suchtkrankenhilfe nach dem SGB V – Bestandsanalyse	39
4.2.4 Sonstige Hilfen -- Bestands-und Nutzungsanalyse	40

5.	Bedarfe und Bedarfsentwicklung	53
5.1	Epidemiologische Daten für Deutschland	53
5.2	Daten für Mecklenburg-Vorpommern	57
5.3	Schätzung des Umfangs an Suchterkrankten für den Landkreis Vorpommern-Greifswald	62
5.4	Kinder aus suchtblasteten Familien	64
5.5	Sucht im Alter	65
6.	Einschätzung des Bedarfs aus Expertensicht	66
7.	Maßnahmeplanung für 2019 bis 2022	69
8.	Abrechnung der Maßnahmen aus der vorangegangenen Planung	71
Teil II:	Suchtcrankenhilfe in den Sozial-(Planungs-)räumen	72
	Sozialraum I: Universitäts- und Hansestadt Greifswald	
	Sozialraum II: Amt Landhagen, Amt Jarmen-Tutow, Amt Peenetal/Loitz	
	Sozialraum III: Amt Lubmin, Amt Am Peenestrom, Amt Usedom-Nord, Amt Usedom-Süd, Gemeinde Ostseebad Heringsdorf	
	Sozialraum IV: Hansestadt Anklam, Amt Anklam-Land, Amt Züssow	
	Sozialraum V: Stadt Ueckermünde, Amt Am Stettiner Haff, Amt Torgelow-Ferdinandshof	
	Sozialraum VI: Stadt Pasewalk, Stadt Strasburg, Amt Uecker-Randow-Tal, Amt Löcknitz-Penkun	
Teil III:	Anlagen	107
	Abkürzungsverzeichnis	116
	Literatur- und Quellenverzeichnis	117

Resümee und Handlungserfordernisse

Über die Hintergründe des häufigen Missbrauchs suchterzeugender Substanzen und Medien wird viel diskutiert. In der Regel geht Suchtverhalten mit ganzen Bündeln von Bedingungsfaktoren einher.

Unbestritten ist jedoch, dass das, was Menschen weitgehend davor bewahren kann, in Abhängigkeit zu geraten bzw. ihnen hilft von der Abhängigkeit wieder loszukommen, sind Bedingungen eines gelingenden Lebens – mit sozialer Annahme und Sicherheit, mit der Befähigung, sich erreichbare Ziele zu setzen und Probleme zu lösen.

Auf die Entwicklung derartiger Lebensbedingungen und -kompetenzen kann und muss die Gemeinschaft Einfluss nehmen.

„Sucht ist kein Randproblem der Gesellschaft, sondern betrifft viele Menschen in Deutschland. Abhängigkeit von Suchtmitteln und Suchtverhalten sind häufig mit dramatischen persönlichen Schicksalen verbunden und betreffen den Abhängigen ebenso wie Familienangehörige, Freunde oder Kollegen. Abhängigkeitserkrankungen sind schwere chronische Krankheiten, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können.... Ein Ausstieg aus der Sucht eröffnet aber neue Lebensperspektiven und die Möglichkeit, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie die Lebenszufriedenheit zu verbessern. Von daher muss es das Ziel sein, jedem Einzelnen bei der Überwindung seiner Abhängigkeit zu helfen. (Drogenbeauftragte 2017, S.17).“

In der Verantwortung der Kommunen liegt es, darauf zu achten, dass die Rahmenbedingungen dafür hinreichend gegeben sind und erforderlichenfalls im Bündnis mit allen anderen Verantwortungsträgern zu intervenieren.

Frühzeitig beginnende Sensibilisierung und Aufklärung, lebensbegleitende Prävention, im Bedarfsfall Beratung und Hilfe sind Bausteine eines solchen Handelns.

Suchtmittelabhängigkeiten sind Krankheiten. Sie sind behandlungsbedürftig und der suchtkranke Mensch ist behandlungswürdig.

Politisch ist damit Stigmatisierungen und pauschalen Schuldzuweisungen entgegenzutreten und Betroffene sind zu bestärken, die ihnen zustehende Hilfe einzuholen.

Die **Handlungsempfehlungen** auf der Grundlage der Bedarfsfeststellungen an Hand von Analysen, Berechnungen und Aussagen von Experten der Suchtkrankenhilfe im Rahmen dieser Planung sind die Sensibilisierung und Förderung von Handlungskompetenz im sozialen Umfeld Betroffener, Stärkung und Ausweitung präventiver Maßnahmen, Evaluierung der Beratungsstellenlandschaft und Schaffung einer Verteilungsgerechtigkeit hinsichtlich der sozialen Infrastruktur, Verbesserung einiger Kooperationsstrukturen, besserer Schutz von Kindern suchtkranker Eltern, Verbesserung der Integrierten Teilhabeplanung im Einzelfallmanagement, Gewährleistung eines systematischen Überblicks über Angebote zu jedem Zeitpunkt und Umsetzung der neuen Gesetzlichkeiten in Zusammenarbeit mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege.

Teil I: Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald

1. Gesetzliche Grundlagen und Ziele der Planung

Die allgemeine Verpflichtung zur kommunalen Sozialplanung ergibt sich aus den §§ 1 (2) und 17 (1) Nr. 1 und 2 SGB I sowie aus §95 SGB X. Die Notwendigkeit einer kommunalen Planung ergibt sich auch aus den §§ 10 und 29 SGB I, 16a SGB II, §§ 12, 13, 19 und 61 SGB IX (a.F.) bzw. 36 SGB IX (n.F.), 53 und 67 SGB XII sowie aus dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V) oder dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Krankheiten (Psychischkrankengesetz - PsychKG M-V)¹. Die vorgenannten Vorschriften verpflichten die Kommunen, Einrichtungen und Angebote in ausreichendem Maße und rechtzeitig, d. h. bedarfsdeckend, vorzuhalten.

Neben diesen gesetzlichen Grundlagen sind insbesondere folgende übergeordnete und nebengeordnete Planungen von strategischer Bedeutung:

- das Landesentwicklungsprogramm (LEP)
- die Koalitionsvereinbarung 2016 bis 2021, Vereinbarung zwischen SPD und CDU
- die Kreisentwicklungsplanung, das Regionale Entwicklungskonzept
- die Haushaltssatzung des Landkreises Vorpommern-Greifswald

Ziel der Planung ist es die Qualität des Suchthilfesystems im Landkreis Vorpommern-Greifswald zu erhalten und möglichst zu verbessern.

Voraussetzung dafür ist ein differenziertes, gemeindenahes Angebot. Dabei müssen die einzelnen Angebote aufeinander abgestimmt sein, damit das System als Ganzes effizient wirksam werden kann.

Generelle Zielvorgabe aus dem LEP ist die **Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen** des Landkreises Vorpommern-Greifswald unter dem sich regional sehr unterschiedlich gestaltenden demografischen Wandel.

2. Planungsmethodik

Die vorliegende Suchthilfeplanung² durchläuft den üblichen Zyklus jeder Sozialplanung: Bestandsaufnahme und Nutzungsanalyse, Bedarfsanalyse, Definition von Handlungserfordernissen.

Wichtige Planungsgrundsätze sind der Sozialraumbezug und die Lebensweltorientierung.

Sozialraumbezug ist in der Suchthilfeplanung vor allem mit Blick auf Prävention, Beratung, Selbsthilfe und ambulante Therapie sinnvoll. Die vollstationäre Versorgung hingegen muss sich auf größere Territorien beziehen und deckt auch kreisweite und z. T. überregionale Bedarfe ab.

Der analytische Teil der vorliegenden Suchthilfeplanung stützt sich hauptsächlich auf Daten des Landkreises Vorpommern-Greifswald³. Ergänzt wurden diese Daten durch Abfragen bei Leistungserbringern.

Des Weiteren wurde der Umfang der Zielgruppen für den Landkreis Vorpommern-Greifswald aus überregionalen Daten für Deutschland insgesamt geschätzt.

Prognostische Aussagen basieren auf den aktuell verfügbaren Bevölkerungsprognosen des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern und der kleinräumigen Bevölkerungsprognose der Gertz-Gutsche-Rümenapp GbR.

Für den sozialräumlichen Teil stehen nur begrenzt Daten zur Verfügung. Es wurden jeweils die aktuellen Daten zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Dokumentes herangezogen.

¹ vom 14. Juli 2016

² Im Weiteren wird der Ausdruck „Suchthilfeplanung“ zur sprachlichen Vereinfachung benutzt. Korrekter wäre es von „Suchtkrankenhilfe- und -präventionsplanung“ zu sprechen.

³ Landkreis Vorpommern-Greifswald: OPEN/Controlling, Ders.: Geodateninformationssystem (GIS)

Alle Aussagen zu Personengruppen wurden wegen der besseren Lesbarkeit in der männlichen Form vorgenommen, beinhalten immer auch die weibliche Bevölkerung.

2.1 Beschreibung des Planungsgegenstandes

Die wesentlichen Handlungsfelder für den Landkreis beziehen sich auf:

- Prävention
- Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg
- Maßnahmen zur Schadensreduzierung
- Durchsetzung gesetzlicher Regulierungen zur Angebotsreduzierung von Erzeugnissen mit suchtgefährdendem Potenzial

Der Landkreis hat nicht über alle Angebote des Suchthilfesystems die Planungshoheit. Daher werden nur die Angebote überplant, für die der Landkreis zuständig ist. Das sind im Wesentlichen:

- die Eingliederungshilfe nach den SGB XII ⁴
- Beratungsleistungen, wie Suchtberatungsstellen
- Maßnahmen zur Schadensreduzierung
- Durchsetzung gesetzlicher Regulierungen zur Angebotsreduzierung

Nicht in die Planungshoheit der Landkreise fallen medizinische und Rehabilitationseinrichtungen sowie medizinisches Personal, Psychologen und andere Therapeuten. Hier werden die Angebote der Vollständigkeit halber aber dargestellt. Zu beachten sind insbesondere die gesetzliche Neuregelungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes und die damit verbundene Zuständigkeitsregelungen hinsichtlich der Leistungen der Eingliederungshilfe.⁵

2.2 Beteiligungen

In die Entwicklung der Fragestellungen sowie zur Vertiefung der Bestandserhebung und der Bedarfsermittlung wurden im Kreisgebiet tätige Träger von Einrichtungen und Angeboten der Eingliederungshilfe in Form ausführlicher Gespräche einbezogen.

2.3 Räumliche Ebenen der Planung

Die Planung erfolgt auf der Ebene des Landkreises Vorpommern-Greifswald insgesamt und auf der Ebene der definierten Sozialräume, die als Planungsräume fungieren.

- Sozialraum I: Hansestadt Greifswald
- Sozialraum II: Amt Landhagen, Amt Jarmen-Tutow, Amt Peenetal/Loitz
- Sozialraum III: Amt Lubmin, Amt Am Peenestrom Amt Usedom-Nord, Amt Usedom-Süd, Gemeinde Ostseebad Heringsdorf
- Sozialraum IV: Hansestadt Anklam, Amt Anklam-Land, Amt Züssow
- Sozialraum V: Stadt Ueckermünde, Amt Am Stettiner Haff, Amt Torgelow-Ferdinandshof
- Sozialraum VI: Stadt Pasewalk, Stadt Strasburg, Amt Uecker-Randow-Tal, Amt Löcknitz-Penkun

⁴ Änderung im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes/Herauslösung aus dem SGB XII (Sozialhilfe) und Zuordnung zum SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen)

⁵ ebenda

2.4 Herleitung des Bedarfes

Die größte Herausforderung an die Planung stellt die Abschätzung künftiger Bedarfe dar. Ein Ansatzpunkt hierbei ist die Auslastung der Einrichtungen bzw. die Inanspruchnahme von Diensten in den vergangenen Jahren, die Aussagen von Schlüsselpersonen im Suchthilfesystem, die Auswertung von Fachliteratur sowie der Vergleich der Angebotsstruktur mit anderen Gebieten, Heranziehung epidemiologischer Daten, die Bevölkerungsdaten für den LK V-G sowie die Ausprägung von relevanten Sozialindikatoren, wie z. B. Arbeitslosigkeit, Bildung, Finanzsituation u. ä. Zur Identifikation qualitativer Bedarfe führte die Stabsstelle eine Reihe persönlicher Interviews mit Leiterinnen und Leitern stationärer Einrichtungen, Beratenden in der Suchthilfe, Fallmanagern der Jobcenter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kreisverwaltung durch. Aus den bekannten Fallkonstellationen heraus war es möglich, Anhaltspunkte zur Beschreibung von Handlungsbedarfen zu gewinnen.

3. Rahmenbedingungen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

3.1 Bevölkerung

Der Landkreis hat mit Stand vom 31.12.2017 237.066 Einwohner⁶. Die Geschlechterverteilung ist überwiegend ausgeglichen.

Die Bevölkerung wohnt in sechs amtsfreien Gemeinden (Anklam, Greifswald, Heringsdorf, Pasewalk, Strasburg und Ueckermünde) sowie 13 Ämtern mit 134 amtsangehörigen Gemeinden. Die Ämter sind: Landhagen, Peenetal/ Loitz, Jarmen-Tutow, Anklam-Land, Züssow, Lubmin, Am Peenestrom, Usedom-Nord, Usedom-Süd, Am Stettiner Haff, Löcknitz-Penkun, Torgelow-Ferdinandshof und Uecker-Randow-Tal.

In der Universitäts- und Hansestadt Greifswald leben ca. 25 % der Bevölkerung des Landkreises.

Die *Bevölkerungsdichte*⁷ ist zum Teil sehr gering. Im Durchschnitt des Landkreises beträgt sie 60,1 Einwohner je Quadratkilometer. Die geringste Bevölkerungsdichte hat das Amt Anklam-Land mit 18,2 Einwohnern je Quadratkilometer. Dieser Fakt stellt für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Sozialeinrichtungen eine besondere Herausforderung dar. Der *Bevölkerungsrückgang* der letzten Jahre wird sich auch in Zukunft fortsetzen, am stärksten in der Mitte und im Südwesten des Kreises.

Die *Altersstruktur*⁸ drückt sich insbesondere im Durchschnittsalter aus. Das Durchschnittsalter im LK V-G betrug am 31.12.2017 46,6 Jahre.

Die *Altersstruktur* wird prognostisch sich zugunsten der unter 20-Jährigen und über 65-Jährigen verschieben.

Der Rückgang der grundsätzlich arbeitsfähigen Bevölkerung wird sich zunehmend als Schwierigkeit für die Fachkräfteabsicherung im gesamten sozialen Bereich herausstellen und wird neue Modelle der Versorgungsangebote erforderlich machen. Damit verbunden ist auch ein Rückgang der Frauen im gebärfähigen Alter, was wiederum Auswirkungen auf die zukünftigen Geburten haben wird.

Der nachfolgende Altersbaum vermittelt einen Eindruck von der zukünftigen Entwicklung.⁹

⁶ Quelle: Statistisches Landesamt M-V

⁷ Quelle: ebenda

⁸ Quelle: ebenda

⁹ Erstellt vom Statistikamt HGW

Alters- und Geschlechtsstruktur im Landkreis Vorpommern-Greifswald 2017

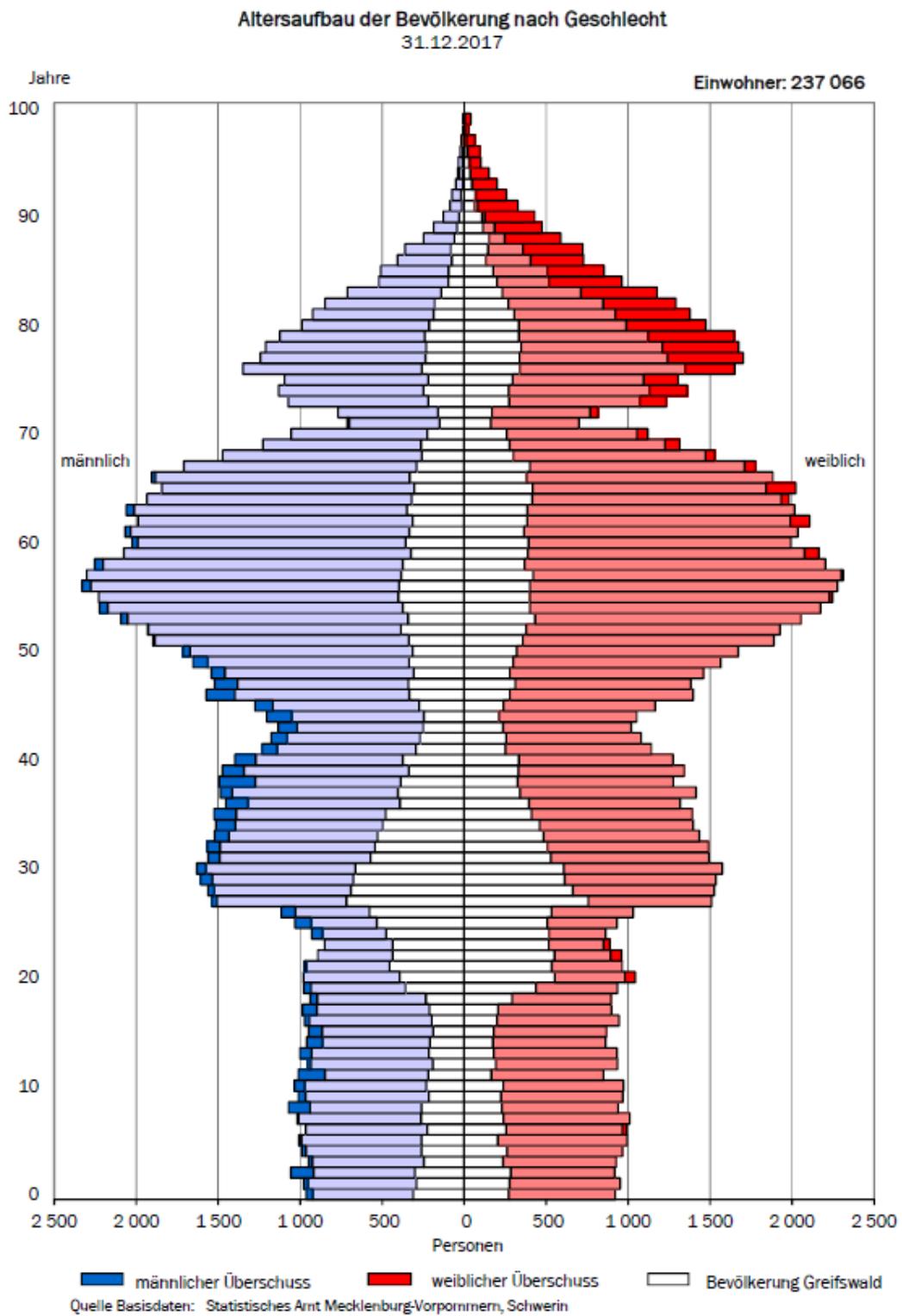


Tabelle: Entwicklung von ausgewählten planungsrelevanten Altersgruppen im Landkreis Vorpommern-Greifswald von 2014 bis 2025 in absoluten Zahlen

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	34025	34470	34720	34504	34550
18 bis < 30	29428	27687	26476	24682	27166
30 bis < 40	28237	28799	29348	29968	25207
40 bis < 50	28261	26882	26240	25414	28258
50 bis < 60	43159	42643	41958	38391	28356
60 bis < 70	32805	35270	36883	40856	41458
70 und älter	42443	41623	41441	41561	45053

Quelle: Statistisches Amt MV (für bisherige reale Entwicklung), GGR für Prognose

3.2. Sozialindikatoren und Risikofaktoren für die Entstehung von Suchtverhalten im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Aus zahlreichen Untersuchungen ist bekannt, dass das Bedingungsgefüge für das Entstehen einer Sucht vielfältig ist. Die Ursachen der Entwicklung einer Suchtproblematik liegen in körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren sehr komplexer Art begründet.

Die Entstehung einer Sucht hat Prozesscharakter und eine Suchtgefahr entsteht, wenn viele Risikofaktoren zusammentreffen.

Die Ausprägung einer Suchtgefahr liegt

- im Suchtmittel selbst, wie z. B. seiner Wirkungsweise, seiner Wirkungsdauer, seiner Verfügbarkeit, seiner gesellschaftlichen Bewertung
- der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen, oft bedingt durch ungünstige Entwicklungsfaktoren in der Kindheit, die sich nachhaltig auf die erwachsene Persönlichkeit auswirken, wie z. B. hohe Erwartungshaltung, niedrige Stresstoleranz, Vermeidungsverhalten, Bindungsstörungen und Kompensierung durch Suchtmittel,
- im Umfeldgefüge, wie familiäre Situation, Freundeskreis, vermittelte Werte, Freizeitmöglichkeiten

„Der Sucht liegt meist ein komplexes Geflecht aus individuellen Vorbelastungen, bestimmten Lebensumständen, Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen, Störungen im emotionalen Gleichgewicht, dem Einfluss wichtiger Bezugspersonen und der Verfügbarkeit von Suchtstoffen zugrunde (Drogenbeauftragte, S.17).“

„Sucht ist nach übereinstimmender Definition Ergebnis einer Wechselwirkung individueller defizitärer Erfahrungen im sozialen Raum, bei der Persönlichkeitsentwicklung und im Umgang mit bestimmten Stoffen. Nur in diesem Kontext können Wege aus der Sucht gewiesen werden. (Suchtlexikon, S. 608).“

Äußere Faktoren, die das Suchterkrankungsrisiko maßgeblich **begünstigen** sind:

- eine unzureichende finanzielle Situation
- Arbeitslosigkeit
- familiäre Belastungen
- geringe Schulbildung

Die finanzielle Situation der Bevölkerung im LK V-G zeigt sich u. a. an:

- Kinderarmut
- Jugendarmut
- Altersarmut
- Empfänger von SGB II-Leistungen
- verfügbares Einkommen der privaten Haushalte

Das **verfügbare Einkommen** der privaten Haushalte je Einwohner als das für die Lebenssituation entscheidende stieg im Zeitraum von 2012 bis 2014 zwar in allen Landkreisen, war aber im LK Vorpommern-Greifswald am geringsten (95,1 %, gemessen am Landesdurchschnitt).

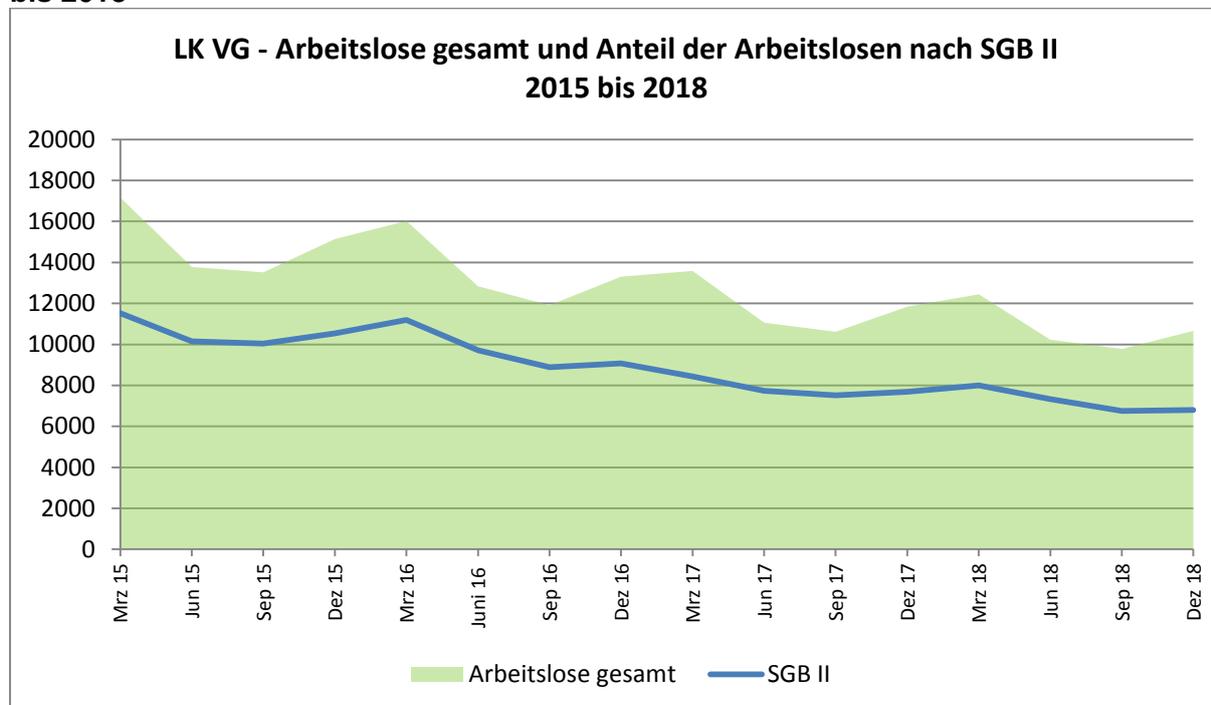
Tabelle: Ausgewählte Indikatoren zum Landkreis Vorpommern-Greifswald und Land Mecklenburg-Vorpommern

Indikator ¹⁰	LK V-G	Land M-V
Ein-Personen- Haushalte in %	40,3	40,6
Haushalte mit Kindern in %	25,5	25,0
Wohnfläche pro Person in Quadratmeter	44,2	43,1
Kaufkraft (Euro/ Haushalt)	37.443	38.685
Haushalte mit niedrigen Einkommen in %	60,1	59,2
Haushalte mit mittlerem Einkommen in %	27,4	28,1
Haushalte mit hohem Einkommen in %	12,5	12,7
Arbeitslosenanteil an SvB in %	14,1	11,8
Arbeitslosenanteil an den ausländischen SvB in % (im Jahresdurchschnitt)	25,3	27,1
Arbeitslosenanteil der SvB unter 25 Jahren in % (im Jahresdurchschnitt)	16,1	14,3
Kinderarmut in %	23,7	21,0
Jugendarmut in %	19,2	15,9
Altersarmut in %	1,3	1,5
SGB II-Quote in %	14,5	13,0
ALG II-Quote in %	13,0	11,6
Hochqualifizierteam Arbeitsort in %	12,4	12,4
Hochqualifizierte am Wohnort in %	12,3	12,1
Schulabgänger ohne Hauptschulabschluss- gesamt in %	5,1	4,3
Schulabgänger mit Fachhoch-/Hochschulreife – gesamt in %	41,4	43,8
Kinderarmut in %:	X Prozent der Bevölkerung unter 15 Jahren erhalten - selbst oder indirekt durch die Bedarfsgemeinschaft - Sozialgeld nach SGB II. In diesem Zusammenhang erfolgte rückwirkend bis 2006 eine Anpassung der Wegweiser-Daten an die zum 28.04.2016 erfolgte Revision der SGB II-Statistik durch die Bundesagentur für Arbeit. Bezieher von Kinderzuschlag sind nicht erfasst.	
Jugendarmut in %:	X % der Jugendlichen von 15 bis 17 Jahren erhalten - selbst oder indirekt durch die Bedarfsgemeinschaft - Leistungen nach SGB II. In diesem Zusammenhang erfolgte rückwirkend bis 2006 eine Anpassung der Wegweiser-Daten an die zum 28.04.2016 erfolgte Revision der SGB II-Statistik durch die Bundesagentur für Arbeit.	
Altersarmut in %:	X Prozent der Bevölkerung ab 65 Jahren erhalten Leistungen zur Grundsicherung im Alter nach SGB XII. Seit 2015 werden diese Daten durch das Statistische	

¹⁰ Quelle: <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/vorpommern-greifswald-lk+soziale-lage+2014-2016+land+tabelle>, Datenstand: 2016

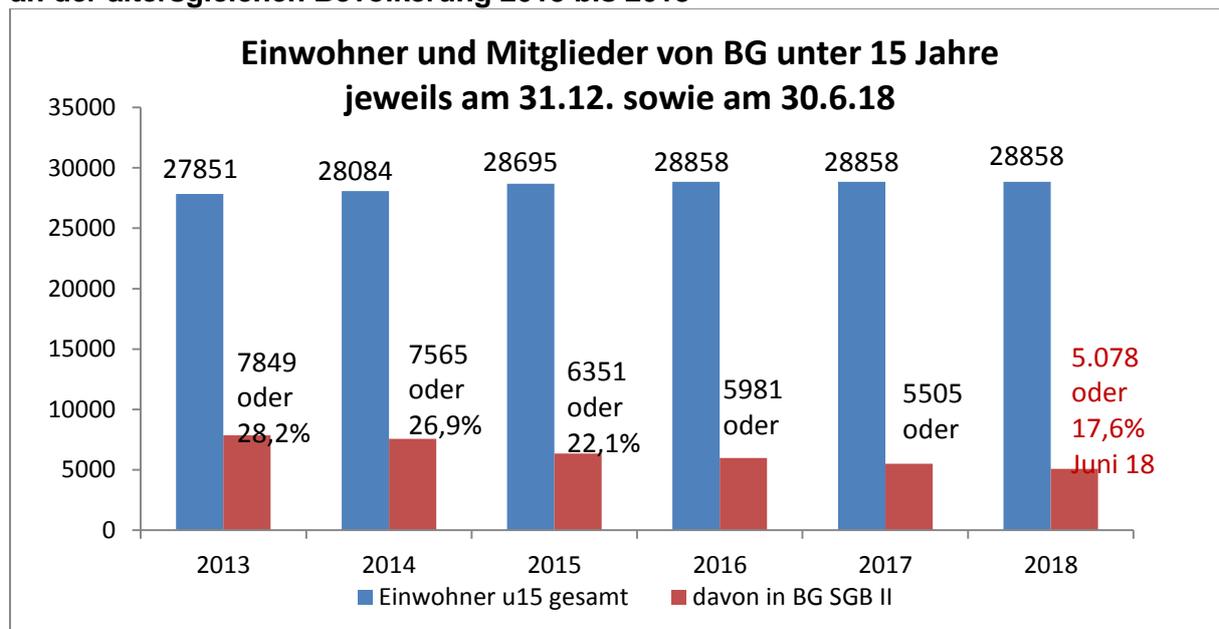
Arbeits- und Beschäftigungssituation: In den letzten Jahren ging die Arbeitslosenquote im LK V-G zurück. Neben einer positiven wirtschaftlichen Entwicklung spielte auch der demografische Faktor eine Rolle. Die Stadt Greifswald und ihr Umland sowie die Küstenregion zeigten sich als die wirtschaftlich stärkeren und damit beschäftigungsreicheren Regionen.

Grafik: Anteil der Arbeitslosen nach dem SGB II an der Gesamtarbeitslosenzahl 2015 bis 2018



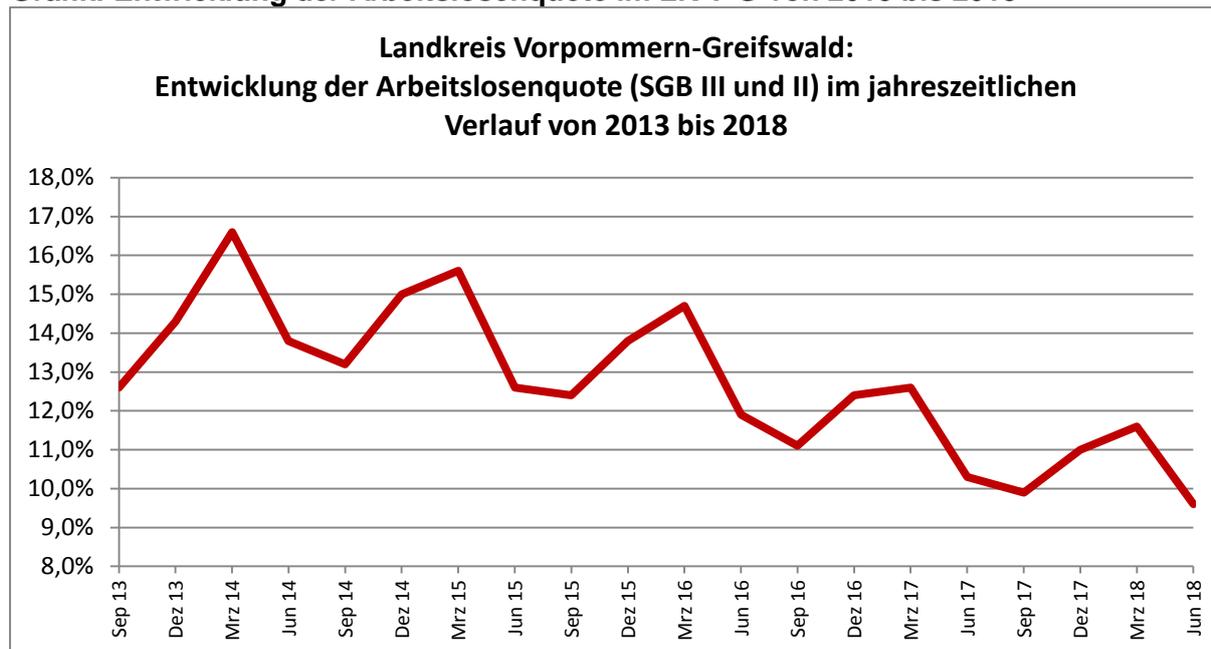
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html>, letzter Auszug am 25.5.2018

Grafik: Anteil der Mitglieder in Bedarfsgemeinschaften im Alter von unter 15 Jahren an der altersgleichen Bevölkerung 2013 bis 2018



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten der Bundesagentur für Arbeit und des Statistischen Amtes MV

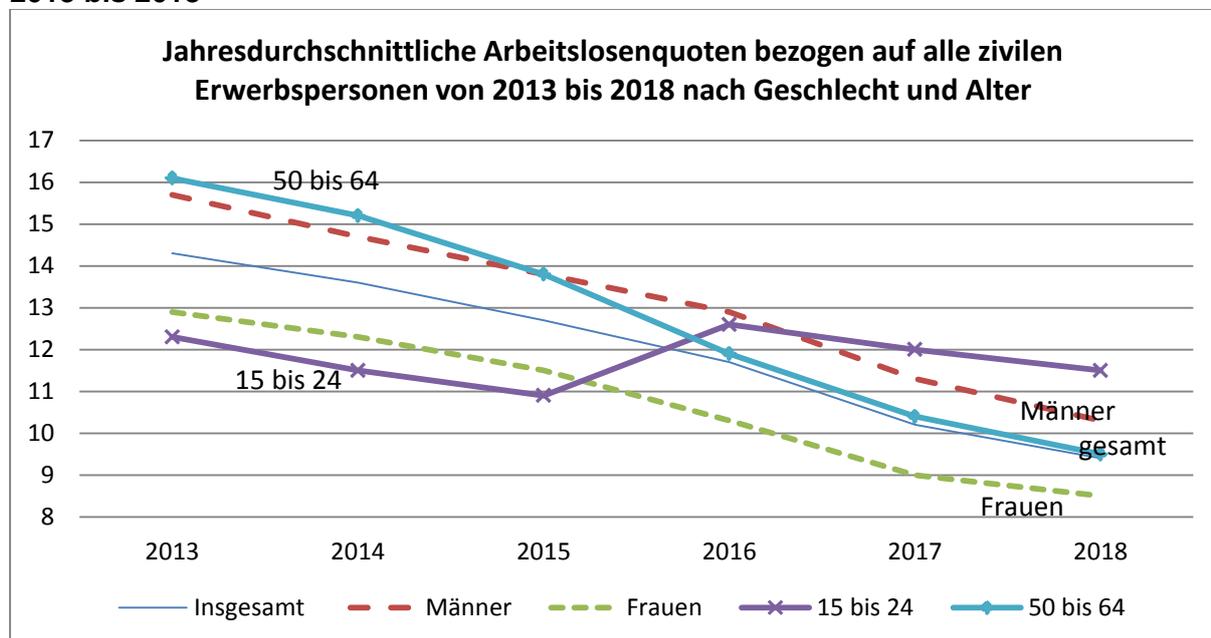
Grafik: Entwicklung der Arbeitslosenquote im LK V-G von 2013 bis 2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Statistik-Service Nordost, Individuelle Quartalsmitteilungen, letzter Datenstand: Dezember 2018

Wie obige Grafik zeigt, gibt es starke jahreszeitliche Schwankungen hinsichtlich der Arbeitslosenquote und insgesamt einen positiven Trend.

Grafik: Entwicklung der jahresdurchschnittlichen Arbeitslosenquote im LK V-G von 2013 bis 2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html>, letzter Auszug am 25.5.2018

Die obige Grafik verdeutlicht einen kontinuierlich positiven Verlauf hinsichtlich der jahresdurchschnittlichen Arbeitslosenquote insgesamt als auch bei Männern und Frauen. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 15 bis unter 25-Jährigen, hier ist der positive Trend erst ab 2016 vorhanden.

Familiäre Belastungen können unterschiedlichster Art sein, wie z. B. Scheidungen, Trennungen vom Partner, Trennung der Eltern, Verwitwung, Überschuldung, unzureichende Wohnverhältnisse, ein krankes oder pflegebedürftiges Familienmitglied, soziale Isolation usw. Die wenigsten dieser Sachverhalte sind statistisch erfasst.

- Einige statistische Anhaltspunkte gibt es jedoch: die Anzahl von Scheidungen und die Anzahl von Singlehaushalten (schwacher Indikator)

Tabelle: Entwicklung von Ehescheidungen je 10.000 Einwohner im Kreisvergleich und in MV von 2012 bis 2017 in %

Landkreise/ Städte/ MV	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Rostock	26,6	21,7	26,7	23,7	25,3	19,9
Schwerin	24,6	25,6	27,6	27,0	24,5	25,3
Mecklenburgische Seenplatte	21,1	20,6	17,9	16,8	18,7	19,4
Landkreis Rostock	16,1	13,7	13,5	10,2	13,0	13,1
Vorpommern-Rügen	19,8	18,2	19,1	16,9	19,6	16,3
Nordwestmecklenburg	19,6	16,5	19,8	12,5	13,6	20,6
Vorpommern- Greifswald	18,2	15,8	18,0	15,1	17,4	18,0
Ludwigslust-Parchim	17,3	16,9	16,0	10,7	12,7	19,5
MV gesamt	20,1	18,2	19,1	16,0	17,8	18,5

Quelle: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern, Statistisches Jahrbücher 2013 bis 2018

Bei der Entwicklung der Ehescheidungen 2012 bis 2017 lag der Landkreis Vorpommern-Greifswald immer unter dem Landesdurchschnitt.

Tabelle: Singlehaushalte im Landkreis Vorpommern-Greifswald laut Zensus 2011

	Landkreis Vorpommern- Greifswald gesamt	Mecklenburg- Vorpommern	Deutschland
Haushalte insgesamt	120.920	803.002	37.571.219
Einpersonenhaushalte	45.446	301.447	13.960.811
Anteil der Einpersonenhaushalte in Prozent	37,6	37,5	37,2

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder – Zensus 2011, 2014

Privathaushalte und Familien 2016/ 2017

2017 lebte die Bevölkerung in Vorpommern-Greifswald in 126.300 Privathaushalten, darunter waren 55.900 Haushalte Einpersonenhaushalte. Durchschnittlich gab es 1,86 Haushaltsmitglieder je Haushalt, womit dieser Wert deutlich unter dem Landesdurchschnittswert von 1,93 lag (2015 entsprach der Kreiswert mit 1,92 noch dem des Landesdurchschnitts von MV).¹¹

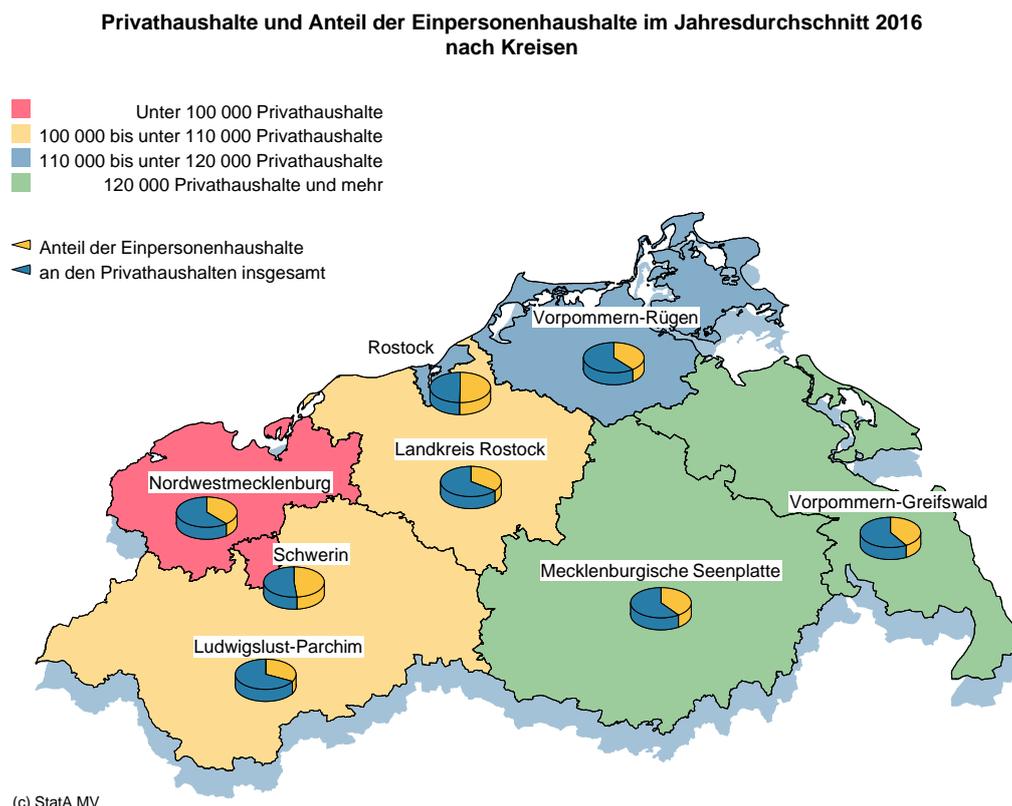
Im Vergleich zu 2015 stieg die Zahl der Privathaushalte im LK V-G um 1,7 Prozent und darunter die Zahl der Einpersonenhaushalte um 6,8 Prozent. Zugleich sank die durchschnittliche Zahl der Haushaltsmitglieder (je Haushalt) um -3,2 Prozent in Vorpommern-Greifswald. Dem Zensus 2011 sind auch Hinweise auf die Gründe dieser Lebensweise zu entnehmen. 54 Prozent der Alleinlebenden befanden sich in Trennungssituationen, 56 Prozent waren 50 Jahre und älter.

¹¹ Quelle: StatA MV, Statistischer Bericht A153 2017 21, S. 18.

Im Jahr 2017 gab es im Landkreis Vorpommern-Greifswald rund 29.100 Familien mit Kindern, darunter waren 14.500 Ehepaare (49,8 %), 5.000 Lebensgemeinschaften (17,2 %) und 9.600 Alleinerziehende (32,9 %).¹²

Im Vergleich zu 2015 sank die Anzahl der Familien in Vorpommern-Greifswald um 2000 Familien. Ebenso sank die Anzahl der Ehepaare um rund 700 und die Anzahl der Lebensgemeinschaften um rund 2.100. **Einzig die Zahl der Alleinerziehenden ist in diesem Zweijahreszeitraum um 700 Alleinerziehende gestiegen.**¹³

Abbildung: Privathaushalte und Anteil der Einpersonenhaushalte im Jahresdurchschnitt 2016 nach Landkreisen¹⁴



4. Hilfesystem im Landkreis Vorpommern-Greifswald

4.1 Prävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald

4.1.1 Grundlagen der Suchtprävention

Die Relevanz suchtpreventiver Maßnahmen drückt sich sowohl auf internationaler als auch auf Bundes- und Landesebene aus. Im Europäischen Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012-2020) wurden durch die WHO internationale Strategien benannt, durch die der schädliche Alkoholkonsum reduziert werden soll (vgl. WHO 2011). Im Rahmen der nationalen Gesundheitsziele wurden die Reduzierung des Alkohol- und Tabakkonsums als eigenständige Ziele aufgenommen (vgl. GVG 2015a, 2015b). Auf Landesebene wird die Bedeutung suchtpreventiver Maßnahmen im Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention deutlich. Insbesondere dem Setting Schule – und

¹² Quelle: StatA MV, Statistischer Bericht A153 2017 22, S. 69.

¹³ Im Jahr 2015 gab es im Landkreis Vorpommern-Greifswald 31.100 Familien mit Kindern, darunter waren 15.200 Ehepaare (48,9 %), 7.100 Lebensgemeinschaften (22,8 %) und 8.900 Alleinerziehende (28,6 %); Quelle: StatA MV, Statistischer Bericht A153 2015 22, S. 69.

¹⁴ Quelle: StatA MV, Statistisches Jahrbuch 2018, S. 57.

damit der Zielgruppe der Heranwachsenden – wird in diesem Zusammenhang hohe Bedeutung beigemessen (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008). Die schulische Relevanz kann auch durch die Verwaltungsvorschrift „Gesundheitserziehung, Sucht- und Gewaltprävention an den Schulen“ (Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur 2007) belegt werden.

Das Arbeitsfeld Suchtprävention darf aber keineswegs nur in der Schule zur Anwendung kommen. Vielmehr ist Suchtprävention als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe zu denken und ist somit in allen Altersklassen und in den verschiedensten Settings zu realisieren.

Allgemein zielt Suchtprävention darauf ab, den mit dem schädlichen Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen verbundenen sozialen und persönlichen Schäden vorzubeugen sowie vorzeitige Todesfälle zu verhindern (vgl. BZgA 2004). Aber auch stoffungebundene Süchte sind in suchtpreventiven Maßnahmen zu berücksichtigen.

Die Suchtprävention bedient sich sowohl personalkommunikativer als auch an den gesellschaftlichen Strukturen ansetzender Konzepte. Dabei arbeitet sie zielorientiert und zielgruppenspezifisch. Deshalb ist es umso wichtiger, die Zielgruppe suchtpreventiver Maßnahmen genau zu kennen, indem vorher ihre Bedürfnisse und die bestehenden Rahmenbedingungen analysiert werden. Als Zielgruppe gelten sowohl Menschen, die noch keine Konsumerfahrungen gemacht haben als auch solche, die bereits über Konsumerfahrungen verfügen, aber noch keine manifesten Symptome einer Abhängigkeit aufweisen (vgl. Hallmann et al. 2007). Daraus ergeben sich verschiedene Formen der Suchtprävention:

1. Universelle Prävention

Die universelle Prävention umfasst alle Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung wendet, um künftige Probleme zu verhindern. Es handelt sich hierbei um Präventionsmaßnahmen, die nicht an Risikogruppen gerichtet sind.

2. Selektive Prävention

Die selektive Prävention umfasst Maßnahmen, die sich an Gruppen mit spezifischen Risikomerkmale in Bezug auf eine spätere Suchtproblematik wendet (z.B. Jugendliche mit Schulproblemen, Kinder in suchtblasteten Lebensgemeinschaften).

3. Indizierte Prävention

Die indizierte Prävention richtet sich an Menschen, die bereits ein manifestes Risikoverhalten aufweisen und einem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt sind, die aber noch keine Abhängigkeitssymptome aufweisen (z.B. Jugendliche, die wiederholt exzessiv Alkohol trinken).

4. Strukturelle Prävention (Maßnahmen der Verhältnisprävention)

Strukturelle Prävention bezieht sich auf Veränderungen des sozialen oder kulturellen Umfeldes und greift damit in das Lebensumfeld der Zielgruppe ein (z.B. Schule, Kindergarten, Betrieb). Es geht im Wesentlichen um die Schaffung von Voraussetzungen für gesundes Verhalten (z.B. durch die Gestaltung von Gesetzen, Verordnungen, Schulordnungen- und -programme).

Unabhängig von der angesprochenen Zielgruppe gilt es, Verhaltens- und Verhältnisprävention gleichermaßen zu berücksichtigen. Es geht also darum, sowohl Präventionsmaßnahmen zu realisieren, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen abzielen als auch Präventionsmaßnahmen umzusetzen, die am Verhalten der Menschen ansetzen. Idealerweise sind beide Ansätze zu vereinen, indem das Verhalten und die Verhältnisse der Zielgruppe präventiv unterstützt werden.

Ausgehend von dem vollzogenen Paradigmenwechsel von einer abschreckungsorientierten Drogenprävention hin zu einer ursachenorientierten und ganzheitlichen Suchtprävention, sollen vor allem die Lebenszusammenhänge der Zielgruppen positiv beeinflusst sowie ihre individuellen (Lebens) Kompetenzen gestärkt werden.

Dem Suchtpräventionskonzept des Landkreises Vorpommern-Greifswald wird ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff zugrunde gelegt, der sich an der WHO-Definition von 1946 orientiert: Gesundheit soll verstanden werden als ein „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den

physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann 1994, S. 62). Gesundheit gilt nicht als ein passiv erlebter Zustand des Wohlbefindens. Vielmehr ist sie ein „aktuelles Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit“ (ebd.). Damit geht es in der Suchtprävention (auch) darum, die Menschen dahingehend zu unterstützen, sucht(mittel)frei ihre Aktionsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, von den Lebenswelten der Zielgruppe auszugehen und die individuellen Voraussetzungen, ihre Möglichkeiten und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Denn sonst wird am Bedarf vorbeigearbeitet und es können kaum Effekte erwartet werden.

4.1.2 Herausforderungen für die Suchtprävention – gesundheitliche Situation von Schülerinnen und Schülern im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Die Verbreitung des klinisch relevanten Substanzkonsums (Missbrauch und Abhängigkeit) wird für Erwachsene gemäß den diagnostischen Kriterien des ICD10 (und DSM IV) gemessen. Für Heranwachsende ist die klinische Diagnose umstritten (vgl. BZgA 2006). Deshalb werden im Folgenden Prävalenzen anderer Indikatoren des problematischen Konsums berichtet. Bundesweit wurden verschiedene Studien dazu durchgeführt (z.B. ESPAD-Studie, KiGGS-Studie). Die Besonderheiten des Landkreises Vorpommern-Greifswald können darüber aber nicht abgebildet werden. Um wenigstens für die relativ leicht erreichbare Zielgruppe der Schülerinnen und Schüler Aussagen treffen zu können, hat die RSK im September 2015 eine Schülerbefragung (9. Klassenstufe) an Schulen des LK VG realisiert, mit dem Ziel, eben genau diese Lücke zu schließen und zukünftige Präventionsmaßnahmen besser an der tatsächlichen Zielgruppe ausrichten zu können. Im Nachfolgenden werden wesentliche Ergebnisse dieser Befragung vorgestellt. Es wurden 280 Schülerinnen und 273 Schüler der 9. Klasse (N=553) aus insgesamt 13 Schulen des Landkreises Vorpommern-Greifswald befragt werden. Dabei wurden alle Schularten der Sekundarstufe I berücksichtigt (Regionale Schule, Integrierte Gesamtschule, Gymnasium und Förderschule) und auf eine ausgeglichene Verteilung im Landkreis geachtet (von Greifswald, über Gützkow und Wolgast bis hin zu Pasewalk und Löcknitz).

Nikotinkonsum

Die Ergebnisse der Schülerbefragung zeigen, dass mehr als die Hälfte (50,7%) der Befragten in Ihrem Leben bereits geraucht hat. Bei der 12-Monats-Prävalenz liegt der Anteil immer noch bei 39,4% und in den letzten 30 Tagen haben immerhin noch 32,3% der Schüler geraucht. Wenn es um den regelmäßigen Konsum (d.h. mindesten einmal pro Woche) geht, zeigt sich eine Prävalenzrate von 24,3%. Das bedeutet, dass jeder 4. befragte Schüler im Landkreise Vorpommern-Greifswald regelmäßig Zigaretten raucht. Hinsichtlich des Einstiegsalters muss festgestellt werden, dass dieses im Bundesvergleich deutlich schlechter ausfällt. Bei den befragten Neuntklässlern liegt das durchschnittliche Einstiegsalter des regelmäßigen Konsums bei 13,6 Jahren (SD=0,94). Dem gegenüber steht ein bundesdurchschnittliches Einstiegsalter von 15,1 Jahren (der 17-Jährigen) (vgl. Lampert et al. 2014).

Alkoholkonsum

Beim Alkoholkonsum sollen zum einen Ergebnisse des riskanten Alkoholkonsums vorgestellt werden und zum anderen auf die Verbreitung des Rauschtrinkens eingegangen werden. Für den riskanten Alkoholkonsum wird auf ein international etabliertes Instrument zurückgegriffen, das sowohl bei Heranwachsenden als auch bei Erwachsenen angewendet wird. Hierbei handelt es sich um einen Kurzfragebogen des im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelten Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (vgl. Saunders et al. 1993). Von regelmäßigem Rauschtrinken ist die Rede, wenn die Jugendlichen angeben, mindestens einmal im Monat oder häufiger sechs oder mehr

alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu konsumieren (vgl. Lampert et al. 2014, S. 831).

Die Ergebnisse der Schülerbefragung im Landkreis Vorpommern-Greifswald zeigen, dass 37,4% der Mädchen und 18,3% der Jungen einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. In der Altersklasse der 15-Jährigen liegen die Ergebnisse – insbesondere bei den Mädchen – deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Mädchen: 22,7% und Jungen: 16,1%, vgl. RKI 2015). Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass doppelt so viel Mädchen wie Jungen in dieser Altersklasse einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Bei den durchzuführenden Präventionsmaßnahmen gilt es, diese Besonderheit zu berücksichtigen.

Hinsichtlich des Rauschtrinkens können 14,2% der befragten Schüler im Landkreis Vorpommern-Greifswald in diese Kategorie eingeordnet werden. Signifikante Geschlechtsunterschiede können hier aber nicht festgestellt werden. Der negative Trend gegenüber dem Bundesdurchschnitt kann beim Rauschtrinken nicht bestätigt werden. Hier gibt es keine Auffälligkeiten gegenüber bundesweiten Ergebnissen (vgl. ebd.).

Cannabis-Konsum

17,2% der befragten Schüler der 9. Klasse haben schon einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert. In den letzten 12 Monaten waren es immer noch 13,9% der Befragten. Die 30-Tage-Prävalenz zeigt, dass jeder 10. Schüler (9,2%) der 9. Klasse im Landkreis Vorpommern-Greifswald aktuell Cannabis konsumiert. Dieses Ergebnis liegt deutlich über dem Landes- (6,2%) als auch leicht über dem Bundesdurchschnitt (8,1%) (vgl. Kraus & Pabst 2012; Kraus, Pabst & Piotek 2012). Auch hier zeigt sich ein deutlicher Präventionsbedarf in unserer Region, zumal regelmäßiger Konsum zu einer verminderten Konzentrationsfähigkeit, Gedächtnisverlust, Lethargie, Realitätsverlust und Depressionen führen kann (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2015, S. 42).

Im Unterschied zum Cannabiskonsum fallen die Prävalenzwerte für andere illegale Drogen wie Crystal Meth, Opiate oder die sogenannten neuen psychoaktiven Stoffen wesentlich geringer aus, dürfen aber auf Grund ihrer Wirkung im Einzelfall keineswegs verharmlost werden. (Drogenbeauftragte 2017, S. 54ff.).

4.1.3 Vorhandene suchtpreventive Ressourcen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Bei suchtpreventiven Maßnahmen sind die regionalen Besonderheiten unbedingt zu berücksichtigen. Die weiten Entfernungen innerhalb des Landkreises erschweren eine flächendeckende settingbezogene Suchtprevention. Insbesondere wenn man die vorhandenen finanziellen, strukturellen und personellen Ressourcen berücksichtigt. Deshalb ist es umso wichtiger, die begrenzten Ressourcen möglichst effektiv, verantwortungsvoll und chancengerecht durch vernetztes Arbeiten einzusetzen.

Die im Kapitel 1 bereits genannten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) sind außer in der Beratung und therapeutischen Behandlung auch in der Prävention tätig. Diese Einrichtungen verfügen in der Regel über durch die LAKOST ausgebildete Suchtpreventionsfachkräfte, die den jeweiligen Träger in präventiven Themen nach außen hin vertreten und die interne Koordination in der Suchtprevention übernehmen.

Die Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung als Einrichtung des Landkreises übernimmt die flächendeckende Koordination der Suchtprevention und stimmt mit den drei Trägern die aktuelle Arbeit und zukünftige Entwicklung ab. Sie ist auch für die Ausbildung von Multiplikatoren im universitären Bereich (in Kooperation mit dem Institut für Erziehungswissenschaft der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald) verantwortlich, indem durch die RSK regelmäßig Seminare zur Suchtprevention für Lehramtsstudierende angeboten werden, wobei die Suchtberatungsstellen in die Seminare eingebunden sind. Die Ausbildung angehender Lehrer mündet in einem Zertifikat „Schulische Suchtpreventionsfachkraft“, das die Studierenden dazu befähigt präventiv tätig zu werden. Sie sind im Auftrag der RSK an den Schulen präventiv tätig und leisten eine wichtige Arbeit für den Landkreis.

Neben den Beratungsstellen und der RSK gibt es weitere Institutionen, Projekte und Netzwerke, die einen Beitrag in der Suchtprävention im LK VG leisten (können). Die Erfassung und Vernetzung vorhandener Akteure und Maßnahmen wird angestrebt (siehe Anlage 2).

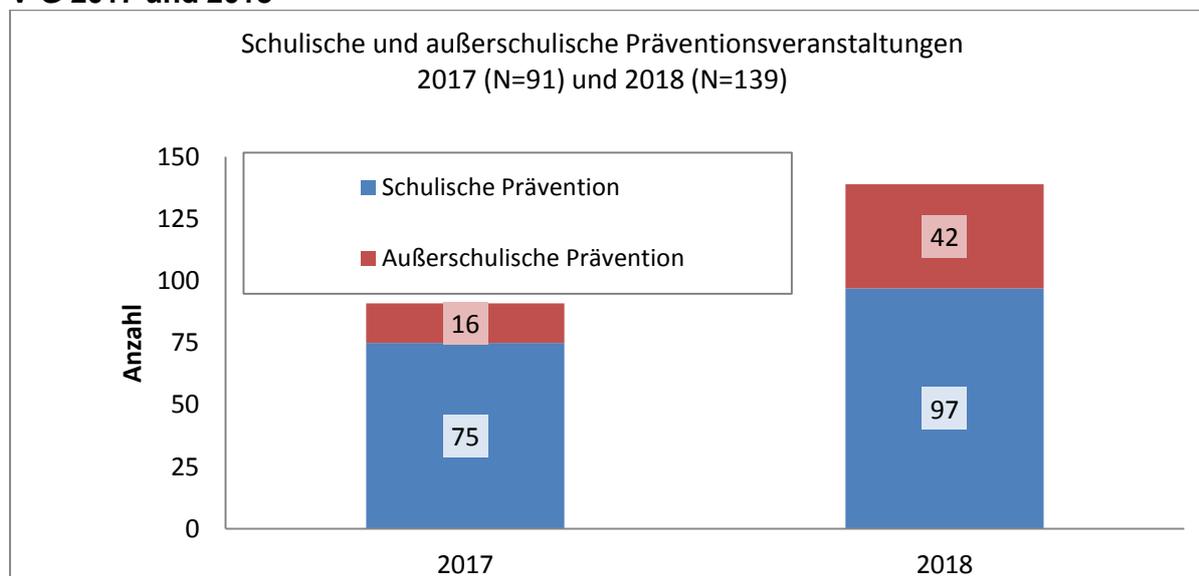
4.1.4 Zum Stand der Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald wurden im Jahr 2017 insgesamt 91 Suchtpräventionsveranstaltungen durch die Suchtberatungsstellen und die RSK im Rahmen der „Regionalen Suchtprävention“ dokumentiert. Im Jahr 2018 ist ein Anstieg von 91 auf 139 Veranstaltungen zu verzeichnen (+52,7%), der insbesondere auf Aktivitäten der RSK zurückzuführen ist (Anstieg von 30 auf 84 Maßnahmen). Das Veranstaltungsformat reichte von Großveranstaltungen (z.B. schulübergreifender Präventionstag in Greifswald, Betriebliche Suchtprävention), über Gesamtschulveranstaltungen (Projektwochen/-Tage) und (Klein-) Gruppenveranstaltungen bis hin zu strukturellen Maßnahmen und Institutionsberatung. Der zeitliche Rahmen lag von einmaligen 45-Minuten-Veranstaltungen bis hin zu Veranstaltungen, die regelmäßig über das gesamte Jahr durchgeführt wurden. Inhaltlich wurden unterschiedliche Schwerpunkte in der Präventionsarbeit verfolgt, die sich in vier Gruppen zusammenfassen lassen:

- substanzbezogene Maßnahmen, z.B. Anti-Rauchprojekte, Veranstaltungen zum Thema Illegale Drogen oder ähnliche;
- Maßnahmen zu Verhaltenssüchten, z.B. Essstörungen, Mediensucht oder ähnliche;
- Maßnahmen, die die Lebenskompetenz/ Sozialkompetenz in den Mittelpunkt rückten, z.B. „Was macht mein Leben lebenswert?“
- Strukturelle Maßnahmen, z.B. Erarbeitung eines schul. Suchtpräventionskonzeptes.

Insgesamt wurden durch die dokumentierten Maßnahmen im Jahr 2017 2978 Menschen und im Jahr 2018 3373 Menschen erreicht.

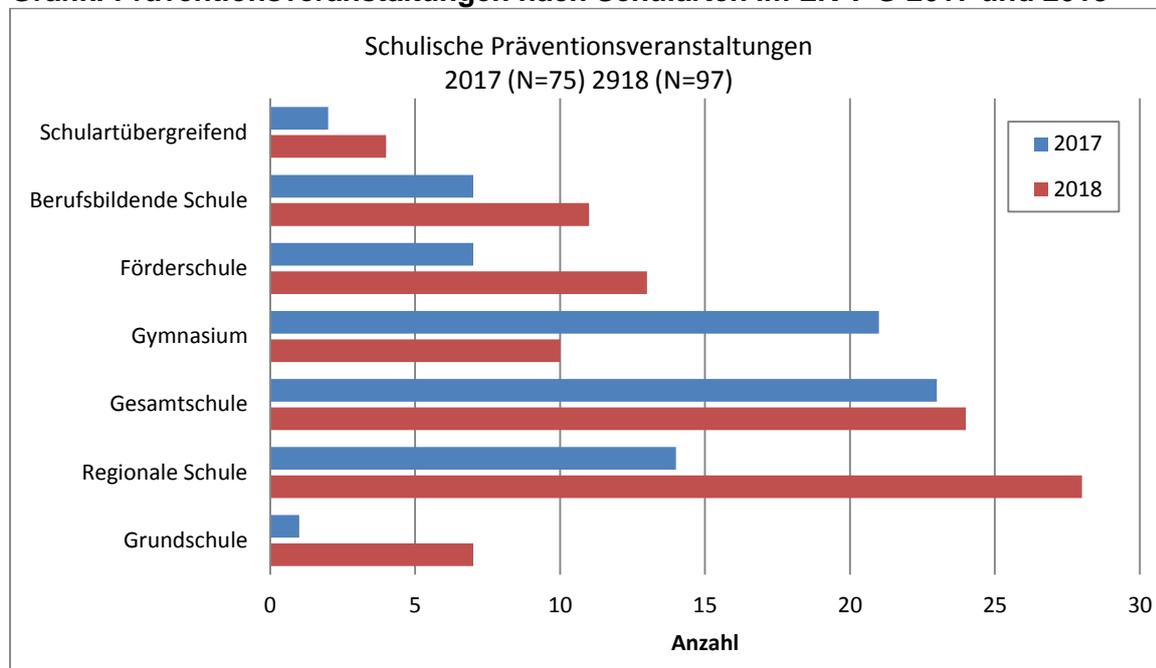
Grafik: Grafik: Schulische und außerschulische Präventionsveranstaltungen im LK V-G 2017 und 2018



Differenziert nach Schularten zeigt sich in der nachfolgenden Grafik, dass die meisten Veranstaltungen in weiterführenden Schulen realisiert wurden. Lediglich 1 (2017) bzw. 7 (2018) Veranstaltungen wurden an Grundschulen durchgeführt. Dieses Ergebnis bedeutet weder, dass die Grundschule kein geeignetes Setting für suchtpreventive Maßnahmen ist, noch dass an Grundschulen nur wenig Präventionsarbeit stattfindet. So existieren durchaus Präventionsprogramme für Grundschulen. In diesem Zusammenhang ist darauf zu

verweisen, dass die Grundschularbeit im Landkreis Vorpommern-Greifswald u.a. durch das evidenzbasierte Programm „Klasse2000“¹⁵ ausgebaut wird. Multiplikatorenschulungen haben dazu bereits stattgefunden und es gibt bereits mehrere Schulen im Landkreis Vorpommern-Greifswald, die dieses Programm umsetzen. Diese Veranstaltungen wurden hier jedoch nicht dokumentiert, da sie über andere Mittel finanziert werden.

Grafik: Präventionsveranstaltungen nach Schularten im LK V-G 2017 und 2018

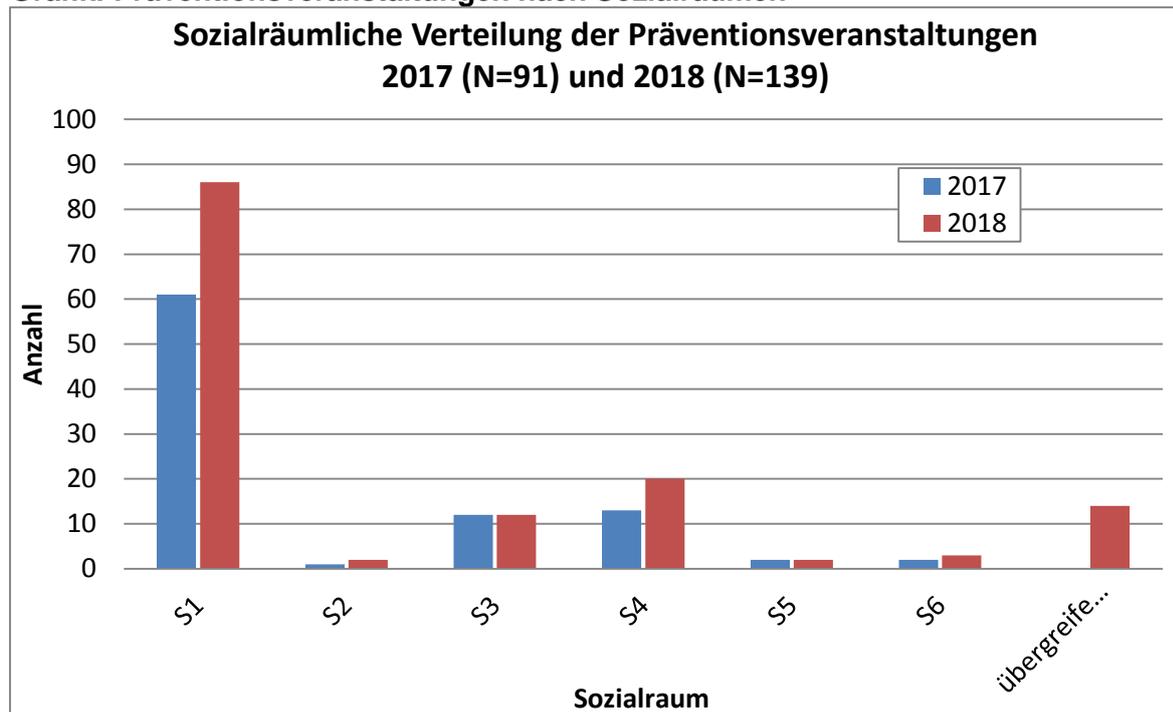


Der Jahresvergleich von 2017 zu 2018 zeigt darüber hinaus, dass sich die Präventionsveranstaltungen an Gymnasien halbiert (von 21 auf 10 Veranstaltungen) und an Regionalen Schulen verdoppelt (von 14 auf 28 Veranstaltungen) haben. Auch in Förderschulen und Berufsbildenden Schulen ist ein relativer Anstieg zwischen 2017 und 2018 zu verzeichnen. Daraus lässt sich jedoch noch keinen Trend ablesen. Es bedarf hier weiterer Analysen in den kommenden Jahren.

Für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Suchtprävention ist es unbedingt notwendig, auch die regionale Verteilung in den Blick zu nehmen (vgl. Anlage „Sozialräume“). Die sozialräumliche Verteilung der suchtpreventiven Maßnahmen im Landkreis Vorpommern-Greifswald zeigt, dass es bisher nur bedingt gelungen ist, Präventionsmaßnahmen flächendeckend durchzuführen. Wurden in Greifswald über die Hälfte der Maßnahmen (2017: 61 (67%) und 2018: 86 (62%)) umgesetzt, fehlt es dem Greifswalder Umland (Sozialraum 2) noch an Prävention. Da die Hansestadt für viele Bewohner des Umlandes eine wichtige Anlaufstelle ist, profitieren diese sicherlich auch von den dortigen Maßnahmen. Dennoch sollten die Schulen im Greifswalder Umland zukünftig noch stärker berücksichtigt werden. Auch der südliche Teil des Kreises (die Sozialräume 5 und 6) blieb sowohl 2017 als auch 2018 unterversorgt. Die höhere Maßnahmen-Frequenz in den Sozialräumen 3 und 4 hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass die kooperierenden SBB ihre Hauptstandorte in diesen Sozialräumen verortet haben. Ein wesentliches Ziel wird es zukünftig daher sein, diese Herausforderung umfassend zu analysieren und Wege zu finden, auch in den Sozialräumen stärker präsent zu sein, die bisher unterversorgt waren.

¹⁵ <https://www.klasse2000.de/>

Grafik: Präventionsveranstaltungen nach Sozialräumen¹⁶



4.1.5 Zielgruppen im Kontext des Setting-Ansatzes¹⁷

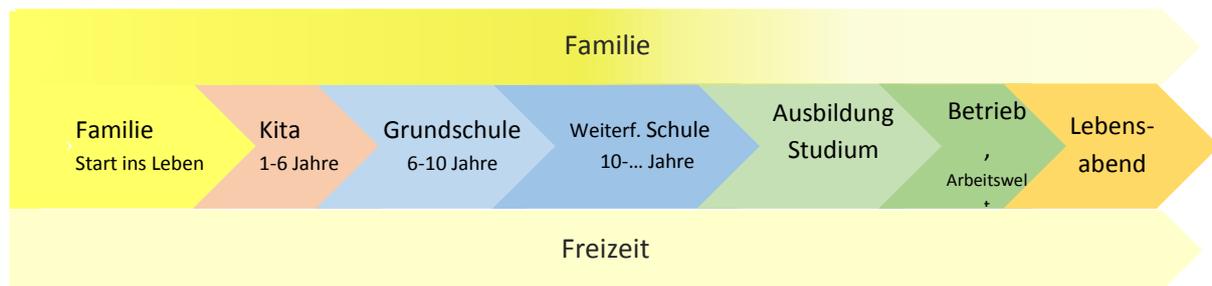
Die Zielgruppen der regionalen Suchtprävention werden in eine integrierte kommunale Präventionsstrategie eingebettet und entsprechend der Präventionskette zugeordnet. Hierbei wird die Lebensphase in verschiedene Abschnitte und Settings¹⁸ unterteilt. Suchtprävention ist in allen Lebensabschnitten relevant. (Werdende) Familien sollten genauso unterstützt werden, wie Heranwachsende in Kita, Schule, Ausbildung oder Studium, die Erwachsenen im Setting „Betrieb“ sowie Menschen im Ruhestand. Besondere Herausforderungen stellen Zielgruppen dar, die aus den aufgeführten Settings herausfallen bzw. hierüber nur schlecht erreicht werden. Hierzu zählen z.B. chronische Schulverweigerer, Arbeitslose und Langzeitkranke. Bei diesen Zielgruppen sind in der Regel verstärkt selektive oder indizierte Präventionsmaßnahmen erforderlich.

¹⁶ S1 (HGW), S2 (Ämter Landhagen, Jarmen-Tutow, Peenetal/Loitz), S3(Ämter Lubmin, Am Peenestrom, Usedom-N., Usedom-S., Gemeinde Heringsdorf), S 4(Ämter Anklam-L., Züssow, Stadt Anklam), S5(Ämter Am Stattiner Haff, Torgelow-Ferdinandshof, Stadt Ueckermünde), S6(Ämter Uecker-Randow-Tal, Löcknitz-Penkun, Städte Pasewalk, Strasburg)

¹⁷ „Als wichtigste Umsetzungsstrategie in der Gesundheitsförderung wird der Settingansatz gesehen, der die vorfindbaren Rahmenbedingungen fokussiert. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass die Gesundheitsprobleme aus der Wechselwirkung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt einerseits und persönlicher Lebensweise andererseits resultieren (vgl. Grossmann & Scala 1996, S.100). Gesundheitsförderung in definierten Sozialräumen (z. B. Kindergarten, Schule, Betrieb) ermöglicht es ‚die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und vorhandene Ressourcen zu nutzen‘ (Altgeld & Kolip 2010, S.49). Der Settingansatz ermöglicht es, verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zu verbinden, wobei immer viel Verständnis für die Entwicklungsbedingungen des jeweiligen sozialen Systems und die Professionalisierung der Akteure erforderlich ist (vgl. Grossmann & Scala 1996, S. 101).“ (Becker 2014, S. 56 f.)

¹⁸ „Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfaßt und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können.“ (Grossmann & Scala 1996, S. 100)

Idealtypische Präventionskette



Dem Anspruch einer ganzheitlichen Suchtprävention, die sich in die Präventionskette einordnen lässt, stehen die eingeschränkten finanziellen und personellen Ressourcen gegenüber. Deshalb ist es umso wichtiger, dass sich die Akteure in der Suchtprävention auf bestimmte Zielgruppen einigen bzw. diese immer wieder neu ausloten. Da im Kindes- und Jugendalter Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen angelegt und gesundheitsfördernde wie -schädigende Verhaltensweisen erlernt und gefestigt werden, wurde in der bisherigen Präventionsarbeit im Landkreis das Augenmerk insbesondere auf die Heranwachsenden gelegt, ohne aber die daran anschließenden Lebensphasen gänzlich auszublenden.

Familie und Kindertagesstätte

In den ersten Lebensjahren bedürfen die Kinder Liebe, Zuneigung und Schutz auf der einen und verlässliche Strukturen auf der anderen Seite. Der Familie wird in dieser Lebensphase besondere Bedeutung beigemessen. Sie ist die primäre Sozialisationsinstanz, in der Verhaltensweisen angelegt werden. Die Eltern sind Vorbilder, sie haben den Erziehungsauftrag. Wenn davon auszugehen ist, dass sich ein wesentlicher Teil der Suchtprävention über Erziehung vermittelt, sind vor allem die Familien ein ganz entscheidendes Arbeitsfeld. Eltern sind in die Suchtprävention frühzeitig und dauerhaft einzubeziehen, um sie bei der Lebenskompetenzförderung zu unterstützen und sie in ihrer Verantwortung zu stärken (vgl. Hallmann et al. 2007). Mit zunehmendem Alter werden auch andere Settings relevant. Erst ist es die Kindertagesstätte, dann die Grundschule und später die weiterführende Schule. Gemein ist ihnen, dass hier die Erwachsenen die Heranwachsenden versorgen und ihr Umfeld gestalten. „Sie sind wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die suchtvorbeugend mit den ihnen anvertrauten Kindern umgehen können (ebd., S. 8).“

Über das Setting „Kindertagesstätte“ können die Eltern gut erreicht werden. Damit können in der Kindertagesstätte nicht nur die Kinder selbst, sondern auch ihre Eltern erreicht werden. Elternabende und offene Veranstaltungen ermöglichen es, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen, sie in ihrem Erziehungsauftrag zu unterstützen und praktische und an Alltagssituationen orientierte Anregungen zu geben, die ihnen helfen, ihr Kind vor Suchtmittelmissbrauch oder einer Suchtentwicklung zu schützen. Hierzu eignen sich neben reinen Informationsveranstaltungen insbesondere kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings (vgl. ebd.).

Über bestehende Netzwerke, wie das Netzwerk Kind-Familie-Sucht, können Angebote für Familien gestärkt und Multiplikatoren ausgebildet werden, die Familien unterstützen. Hierüber können auch (sucht-)belastete Familien erreicht werden, was über die Kindertagesstätte oft nur schwer gelingt. Dafür eignen sich z.B. Familienhebammen und Familienkrankenschwestern sowie Familienhelfer. Im Kita-Bereich können sowohl die Kita-Fachberater als auch die Erzieher selbst als Multiplikatoren geschult werden. Daraus ergeben sich folgende Zielgruppen:

- Erzieher
Es besteht zu einzelnen Kindergärten bereits aus vorangegangenen Projekten Kontakt. Über die Fachberater des Jugendamtes können gezielt weitere Kindergärten ausgewählt und angesprochen werden.

- Eltern
Aus den Kooperationskindergärten. In den Kooperationskindergärten können suchtblastete Familien in besonderer Weise unterstützt werden.
- Familienhebammen, -krankenschwester und -helfer
Über die Frühen Hilfen des Landkreises Vorpommern-Greifswald besteht Kontakt zur Familienkrankenschwester und den -hebammen.
Im Netzwerk Kind-Familie-Sucht sind auch Familienhelfer tätig, die geschult werden.
Über sie können weitere Kontakte hergestellt werden.
- belastete Familien (Eltern und Kinder)
Über das Netzwerk Kind-Familie-Sucht können gezielt suchtblastete Familien aufgesucht bzw. unterstützt werden.

Schule

In den vergangenen Jahren haben sich die Anforderungen an die Schule deutlich gewandelt. Sie soll nicht nur Bildungsort sein, in dem die Vermittlung von Fachwissen im Mittelpunkt steht. Die Schule soll ein ganzheitlicher Lern-, Erfahrungs- und Lebensraum sein, der die aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen mit in den Blick nimmt und jeden Schüler bestmöglich fördert und fordert (vgl. Becker 2014). Die Ganztagschulentwicklung, der Diskurs zur Inklusion, eine verkürzte Schul- und damit einhergehend eine verdichtete Lernzeit sind wesentliche Schulentwicklungsmerkmale der letzten Jahre. Trotz vieler Veränderungen ist und bleibt die Schule die Institution, die einen verlässlichen Zugang zu allen Heranwachsenden im schulpflichtigen Alter bietet. Darüber hinaus weist die Schule selbst eine wichtige Entwicklungsrelevanz für das Kindes- und Jugendalter auf (vgl. Bilz 2008). Studien zum Zusammenhang von Gesundheit und Schule unterstreichen die gesundheitliche Bedeutung der Schule (vgl. Becker 2014). Gerade deshalb ist es umso wichtiger die Kinder und Jugendlichen über suchtpreventive Maßnahmen in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

Im Grundschulbereich nehmen in der Regel noch die Eltern den größten Einfluss auf ihre Kinder. Deshalb ist die Zusammenarbeit von Schule und Familie in diesem Setting von großer Bedeutung. Auch der Hort ist in dieser Altersklasse ein wichtiges Setting, das von vielen Kindern aufgesucht wird. Damit wird den Multiplikatorenschulungen und der unmittelbaren Arbeit mit den Familien eine hohe Relevanz zugeschrieben. Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung der Familien ab. Jugendliche bewältigen bestimmte Entwicklungsaufgaben. Sie sind auf der Suche nach der eigenen Identität, wenden sich bewusst von ihren Eltern ab, Grenzen werden neu ausgelotet, und die Peergroup wird eine wichtige Bezugsgruppe. In dieser Phase kommt es oft zu problematischen Verhaltensweisen, die der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben dienlich sein sollen. Jugendliche „bevorzugen zumeist solche Verhaltensweisen, bei denen die subjektiv wahrnehmbaren Vorteile, wie z. B. Stressbewältigung und soziale Anerkennung, gegenüber den langfristigen Nachteilen überwiegen“ (Becker 2014, S. 48). Hierzu zählt auch der Substanzkonsum, der bei den meisten Jugendlichen nach einer Probierphase wieder zurückgeht. Dennoch steht fest: „Einstellungen zum Alkohol, Trinkmotive und Konsummuster, die sich im Jugendalter ausbilden, haben häufig noch im Erwachsenenalter Bestand. Studien deuten darauf hin, dass ein früher Einstieg und regelmäßiger Alkoholkonsum in jungen Jahren die Wahrscheinlichkeit problematischen Alkoholkonsums im späteren Leben und das Risiko einer Alkoholabhängigkeit erhöht“ (RKI 2015, S. 1). Deshalb ist es umso wichtiger, gesundheitsförderliche und alkoholfreie (-reduzierte) Lebenswelten und -kontexte zu gestalten und den Jugendlichen Alternativen anzubieten. Im Setting „Schule“ lassen sich folgende Zielgruppen ableiten:

- Lehrer und Sozialpädagogen
In einigen Schulen des Landkreises werden bereits Präventionsveranstaltungen (Fortbildung, Beratung) durchgeführt. Zu den meisten Schulen besteht bereits Kontakt. Über regelmäßig stattfindende regionale Gesundheitskonferenzen sollen die Bedarfe neu ausgelotet werden.

Es besteht ein enger Kontakt zur Koordinatorin für Prävention und Gesundheitsförderung des IQ M-V (Institut für Qualitätsentwicklung Mecklenburg-Vorpommern). Hierüber können zentral schulübergreifende Fortbildungsveranstaltungen initiiert werden.

Über das Netzwerk Kind-Familie-Sucht besteht ein enger Kontakt zu Schulsozialarbeitern (Sozialpädagogen), der für Fortbildungsveranstaltungen genutzt werden kann.

- Schüler (als Peer-Multiplikatoren und Endadressaten)
In einigen Schulen des Landkreises werden bereits Präventionsveranstaltungen mit Schülern (8./9. Klasse) durchgeführt. Auch hier können neue Schulen aus unterversorgten Regionen neu aufgenommen werden.
Es sollten geschlechtsspezifische Angebote insb. in der Alkoholprävention entwickelt und umgesetzt werden.
Es sollten benachteiligte Schüler besonders berücksichtigt werden.
Das Programm „Klasse2000“ ist eine Möglichkeit, evidenzbasierte Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Grundschulen zu realisieren. Der Landkreis Vorpommern-Greifswald verfügt über ausgebildete und anerkannte Gesundheitsförderer, die das Programm umsetzen dürfen.
- Eltern
In einigen Schulen des Landkreises werden bereits Präventionsveranstaltungen in Form von Elternabenden durchgeführt. Auch hier können neue Schulen aus unterversorgten Regionen neu aufgenommen werden.
suchtbelastete Familien (insb. im Grundschulbereich)
Über das Netzwerk Kind-Familie-Sucht können gezielt suchtbelastete Familien aufgesucht bzw. unterstützt werden.
In den Kooperationsschulen können suchtbelastete Familien in besonderer Weise unterstützt werden.
Es gibt bereits Kooperationen mit Schulen mit besonderen Problemlagen.

Kinder- und Jugendhilfe – offene Jugendarbeit

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) ist Grundlage für die Arbeit der Jugendhilfe. Sie soll junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen. Sie soll Eltern bei der Erziehung unterstützen. Sie soll Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützen. Sie soll dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Entsprechend fällt auch die Suchtprävention in das Aufgabenspektrum der Jugendhilfe. Das Angebotsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe ist breit und wurde teilweise schon in den anderen Settings berücksichtigt (Kindertagesstätte, Hort, Netzwerk Kind-Familie-Sucht im Bereich HZE und der Sozialarbeit, sozialpädagogische Tätigkeiten in der Schule).

In der Jugendarbeit haben u.a. die klassischen (offenen) Jugendzentren, die Jugendarbeit in Sport, Spiel und Geselligkeit (z.B. Sportvereine) und Einrichtungen außerschulischer Jugendbildung (z.B. Jugendfeuerwehren) ihren festen Platz. Diese Einrichtungen sind ein wesentlicher Teil jugendlicher Freizeitgestaltung, in denen die Kinder andere Rollen einnehmen als in der Schule. Hier werden Verhaltensweisen erprobt, Vorlieben gefunden und außerschulische Freundschaften geschlossen. In bestimmten Einrichtungen (z.B. Jugendzentren in sozialen Brennpunkten) sind häufig solche Kinder und Jugendliche anzutreffen, die mit besonderen Risiken fertig werden müssen. Diese sind in besonderer Weise in suchtpräventiven Maßnahmen zu berücksichtigen. Aber auch in klassischen Freizeiteinrichtungen können andere (freie) Zugänge zu den Jugendlichen geschaffen werden und andere suchtpräventive Methoden gewählt werden.

Allgemein können folgende Zielgruppen benannt werden:

- Mitarbeiter in der offenen Jugendarbeit
Über das Netzwerk Kind-Familie-Sucht besteht ein enger Kontakt zu Mitarbeitern aus der Kinder und Jugendhilfe, unter anderem mit dem Begegnungszentrum Schwalbe.

Über Präventionsveranstaltungen besteht bereits ein enger Kontakt zu einzelnen Jugendfeuerwehren.

- Jugendreferenten von Einrichtungen der Jugendarbeit
Über Präventionsveranstaltungen besteht bereits ein enger Kontakt zu einzelnen Jugendfeuerwehren.
- Trainer und Übungsleiter aus Sportvereinen
Über eine bestehende Kooperation mit dem Kreissportbund können nach Bedarf Kontakte zu Sportvereinen hergestellt werden.
- Peers
Können über bestehende Kooperationen mit Einrichtungen der offenen Jugendarbeit erreicht werden.
Können über Übungsleiterausbildungen (Kreissportbund) erreicht werden.

Ausbildung/Studium

Im Rahmen des Lehramtsstudiums an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald werden angehende Lehrer aller Fachrichtungen über die RSK seit Jahren zu schulischen Suchtpräventionsfachkräften ausgebildet. Die Suchtpräventionsfachkräfte der Beratungsstellen sind im Rahmen dieser Ausbildung wichtige Ansprechpartner und ermöglichen den Studierenden Einblicke in die Suchtberatung und Suchtprävention. Die Studierenden können sowohl als Endadressaten (kurzfristig) als auch als Multiplikatoren (mittel- und langfristig) eingeordnet werden.

Stadtteil-, Gemeindearbeit

Suchtprävention muss sich an der Lebenswelt und den Lebensweisen der Zielgruppen orientieren. Oft haben Menschen eines Stadtteils oder Region Gemeinsamkeiten (z.B. hohe Arbeitslosigkeit, hoher Anteil problembelasteter Familien). Sie machen diese Orte zu „sozialen Brennpunkten“, in denen in besonderer Weise suchtpreventiv gearbeitet werden muss. In diesem Setting spielt die Netzwerkarbeit eine herausragende Rolle. Um solche Settings zu erschließen und erschlossene besser in der Suchtprävention zu berücksichtigen, sollen sich zukünftig vorhandene Netzwerke (Kind-Familie-Sucht, Netzwerk Sucht, PSAG Sucht) mit diesem Thema befassen.

Pflege

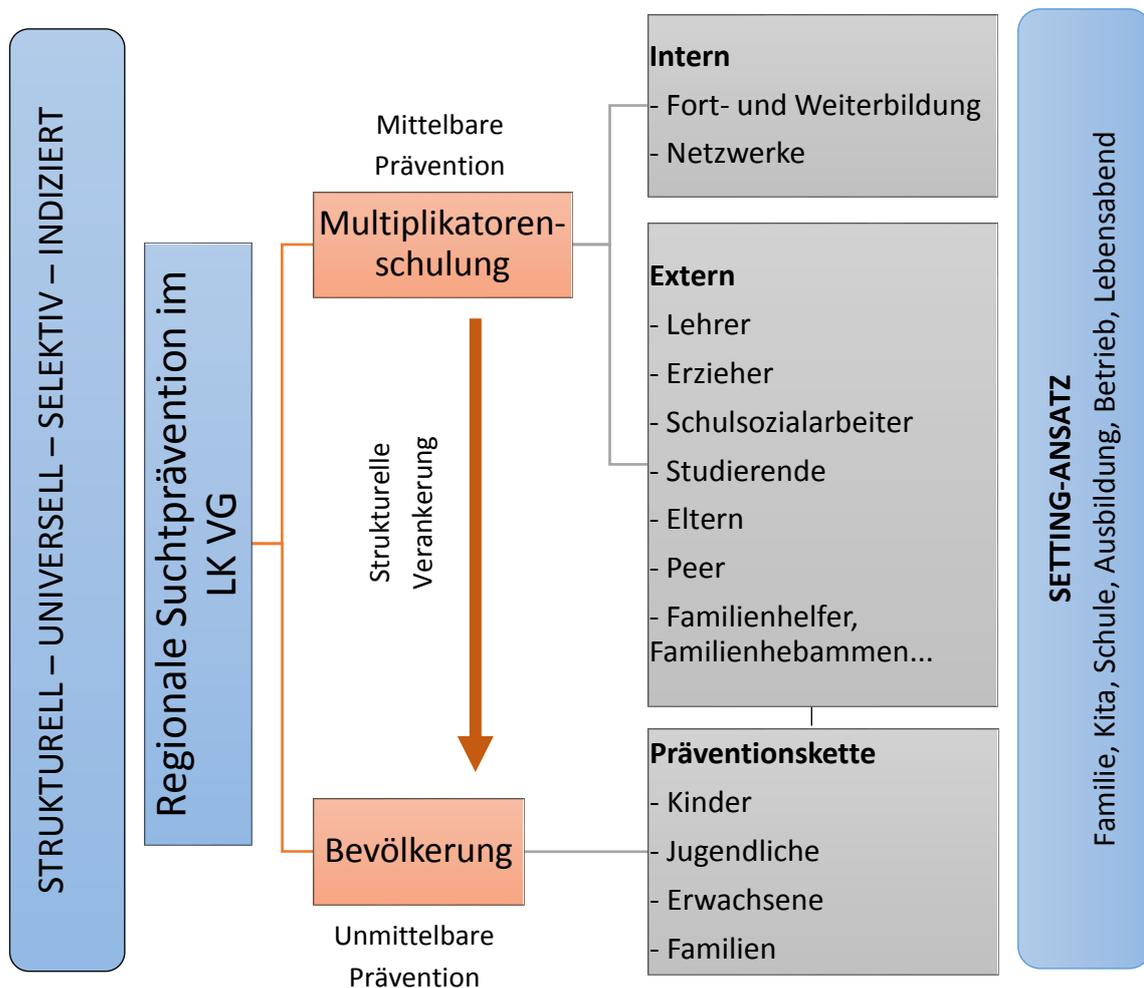
Mit zunehmendem Alter verändern sich oft das soziale Umfeld und zunehmend die individuelle Leistungsfähigkeit. Oft ist es ein Teufelskreis. Mit dem Wegbrechen sozialer Kontakte und Aufgaben geht nicht selten ein inaktiver Lebensstil einher, der die älteren Menschen zunehmend aus dem gesellschaftlichen Leben drängt. Beschwerden werden durch Substanzen gelindert, die auch im Alter noch in einer Abhängigkeit münden können. Der Bedarf von Suchtpräventionsveranstaltungen an Altenpflegeeinrichtungen steigt.

Als Zielgruppe kommen in Frage:

- Pflegekräfte
- Angehörige
- Senioren

Zusammenfassend können die genannten Zielgruppen unterschiedlichen Settings (vgl. Abbildung S.21) zugeordnet werden, wobei zwischen Multiplikator und Endadressat differenziert wird. Beide Bereiche der Suchtprävention sollen im Landkreis Vorpommern-Greifswald berücksichtigt werden, sodass Prävention sowohl mittel- als auch unmittelbar erfolgen soll. Abhängig von der erreichten Zielgruppe finden universelle, selektive oder indizierte Maßnahmen Anwendung. Im Rahmen von Beratung bestimmter Settings können auch strukturelle Maßnahmen greifen.

Das angestrebte System der Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald



4.1.6 Präventionsziele und –wirkungen

Die Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald umfasst die Initiierung, Durchführung und konzeptionelle Weiterentwicklung praktischer Präventionsarbeit und orientiert sich an der Präventionskette im Sinne einer integrierten kommunalen Gesundheitsstrategie. Daraus ergeben sich einerseits strukturelle Ziele, die kontinuierlich und zielgruppenunabhängig verfolgt werden. Andererseits können Wirkungsziele benannt werden, die sich unmittelbar an die Zielgruppe richten.

Sowohl nationale Gesundheitsziele (insb. zur Reduzierung des Alkohol- und Tabakkonsums, vgl. GVG 2015a, 2015b) als auch landesspezifische Gesundheitsziele (vgl. Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V 2008) sind in diesem Zusammenhang handlungsleitend.

Suchtprävention soll im Landkreis Vorpommern-Greifswald einerseits soziale und individuelle Risikofaktoren reduzieren und andererseits einen positiven Einfluss auf die sozialen, seelischen und körperlichen Ressourcen der Zielgruppe nehmen. Demnach orientieren sich sämtliche Präventionsmaßnahmen an dem Grundgedanken „Risikofaktoren schwächen und Schutzfaktoren stärken“ (BZgA 2006, S. 18). Präventionsarbeit soll lebensweltnah, kooperativ und ressourcenorientiert umgesetzt werden, um auf die individuelle Situation der Zielgruppe optimal eingehen zu können.

Strukturelle Ziele

Auf struktureller Ebene geht es darum, Strategien und Rahmenbedingungen zu schaffen, die einen positiven Einfluss auf das Konsumverhalten und insgesamt auf die Gesundheit unserer Bürger nehmen (Verhältnisprävention). Es werden nachfolgende Ziele verfolgt:

Stärkung vernetzter Arbeit durch

- Austausch
- Kooperation
- Fachdiskurs
- Prävention nach dem Settingansatz

Es werden die vorfindbaren Rahmenbedingungen berücksichtigt und ein auf die Zielgruppe abgestimmtes Vorgehen angestrebt.

Flächendeckende Präventionsangebote durch

- sozialraumbezogene Verteilung der Präventionsangebote, insbesondere im Setting Schule
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Über die Öffentlichkeitsarbeit soll eine Sensibilisierung für das Thema Sucht erreicht und die Akzeptanz suchtpreventiver Maßnahmen auf Zielgruppen- und politischer Ebene gestärkt werden.

- Verstetigung von Präventionsmaßnahmen

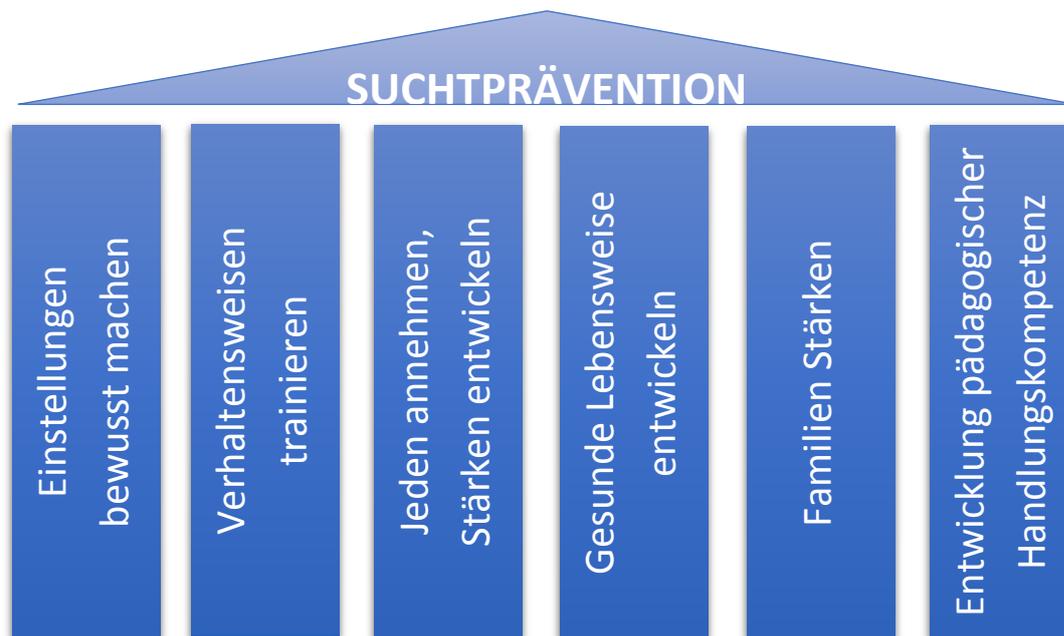
Mit einzelnen Settings werden Vereinbarungen einer Verstetigung getroffen (z.B. jährliche Präventionsveranstaltung in den 8. Klassen einer Schule).

- Ausbau eines kreislichen Monitoring-, Informationssystems durch
- die Nutzung der Dot.sys-Analysen
- Abfragen der Träger
- Kontinuierlich stattfindender Austausch zwischen den Akteuren (regionale Konferenzen auf Sozialraumbene) und Arbeitstreffen der Präventionsfachkräfte der Träger
- Schul- und Schülerbefragungen

Wirkungsziele erster Ordnung

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald wird das allgemeine Ziel verfolgt, spezifische Schutzfaktoren sowie persönliche Einstellungen und Handlungskompetenzen im Umgang mit dem eigenen Konsum sowie insgesamt mit der eigenen Gesundheit zu fördern (Verhaltensprävention). Da sich im Kindes- und Jugendalter Verhaltensweisen und Einstellungen manifestieren, die im Erwachsenenalter oftmals Bestand haben und nur noch schwer zu verändern sind, kann insbesondere in dieser Lebensphase viel erreicht werden. Hierbei ist anzunehmen, dass intrapersonelle und milieubezogene sowie interaktionsbezogene und gruppenbezogene Aspekte in einem engen Wechselspiel das Konsumverhalten der Heranwachsenden beeinflussen. In Anlehnung an ein durch Ernst Servais entwickeltes pädagogisches Konzept zur Suchtprevention (vgl. Servais 1992) wurde in enger Kooperation der RSK mit der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (Prof. Franz Prüß) und mit Ernst Servais selbst ein 6-Säulen-Modell erarbeitet, das die wesentlichen Zielgrößen der Suchtprevention zusammenfasst (vgl. Prüß 2012):

6-Säulen-Modell der Suchtprävention



Ziel 1: Einstellungen bewusst machen

Die Heranwachsenden müssen eine bestimmte Kenntnis über sich selbst besitzen und sich kennen. Sie sollen lernen, ihre Verhaltensweisen richtig einschätzen zu lernen sowie ihre eigenen Einstellungen zu erfassen und sich mit diesen auseinanderzusetzen, sodass ein realistisches Selbstbild entsteht.

Ziel 2: Verhaltensweisen trainieren

Dieser Bereich zielt darauf ab, erwünschte Verhaltensweisen zu stärken bzw. herauszubilden und zu entwickeln. Insbesondere evidenzbasierte Programme, die sich an dem Life-Skills-Ansatz (vgl. Botvin 1996) orientieren, können dieses Ziel unterstützen. Hier geht es darum, Verhaltensgewohnheiten auszubilden und Handlungskompetenzen zu entwickeln, die Alternativen zum Substanzkonsum darstellen.

Ziel 3: Jeden annehmen und seine Stärken anerkennen und ausbauen

Ausgehend davon, dass alle Menschen verschieden sind und jeder Mensch eine eigene Geschichte hat, soll in diesem Bereich die Akzeptanz des Unterschiedlichen und die Anerkennung von Gemeinsamen gestärkt werden. Daraus resultiert die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls. Die Ich-Stärke ist in diesem Zusammenhang eine wichtige Grundlage für ein selbstbestimmtes, eigenverantwortliches gemeinschaftsfähiges Verhalten.

Ziel 4: Gesunde Lebensführung entwickeln

Dieser Bereich zielt auf eine aktive Lebensgestaltung und die Ausbildung eines angemessenen Lebensstils ab. Auch hier gilt der Grundsatz „Risikofaktoren schwächen und Schutzfaktoren stärken“. Sind negative Lebensweisen bereits ausgeprägt, bedarf es des Aufbaus neuer, positiver Verhaltensweisen. Grundlage für eine gesunde Lebensführung ist ein solides Wissen über Sachverhalte, wobei auch Wirkungen bestimmter Verhaltensweisen hier eingeschlossen sind.

Ziel 5: Stärkung der Familie

Die Familie ist und bleibt in den ersten Lebensjahren die erste Sozialisationsinstanz. Hier werden Verhaltensmuster erlernt und Einstellungen ausgebildet. Sie gilt als wichtiger Schutzfaktor in der Entwicklung der Heranwachsenden. Sie kann aber zugleich auch zu einem Risikofaktor werden, wenn das Beziehungsgefüge auseinander gerät. Deshalb ist es umso wichtiger, Familien zu stärken. Gemeinsame Freizeitaktivitäten zu gestalten, die Eltern in ihrem Erziehungsauftrag zu unterstützen und sie in ihrer Rolle zu stärken, sind wichtige Bestandteile dieses Bereiches.

Ziel 6: Entwicklung pädagogischer Handlungskompetenzen in der Gesundheitsförderung

Der letzte Bereich bezieht sich weniger auf den Endadressaten, als vielmehr auf die Multiplikatoren in der Suchtprävention. Hier geht es im Wesentlichen darum, Grundlagen der Suchtprävention zu vermitteln und die Multiplikatoren in Ihrer Arbeit zu stärken. Auch beratende Tätigkeiten in den Settings gehören in diesen Bereich.

Abhängig von der Problemstellung im aufgesuchten Setting und der Wahl der Präventionsart (universell, selektiv, indiziert) variieren die Schwerpunkte der Präventionsarbeit. Dennoch kann das 6-Säulenmodell in der Präventionspraxis handlungsleitend sein. Dann können (sucht-) belastete Familien gestärkt, die Einstellung zu bestimmten Substanzmitteln verändert und die individuellen Kompetenzen gestärkt werden. Sofern die Ressourcen bei den Trägern vorhanden sind, sollen bewährte Programme (z.B. FreD, ESCapade, Trampolin, klasse2000) zur Anwendung kommen.

Wirkungsziele zweiter Ordnung

Ausgehend von evidenzbasierten bzw. evidenzorientierten Suchtpräventionsmaßnahmen werden mittel- und langfristige Wirkungsziele verfolgt. Diese beziehen sich u.a. auf eine positive Einflussnahme (Reduzierung) der (jugendlichen) Konsumenten (Alkoholkonsum, Nikotinkonsum, Konsum illegaler Drogen), auf die Herabsenkung der Krankenhausaufenthalte wegen Alkoholintoxikation im Jugendalter sowie auf die Verzögerung des Erstkontaktes mit einzelnen Substanzen (Erhöhung des Einstiegalters). Hierzu sollen in regelmäßigen Abständen Konsummusterbefragungen an Schulen durchgeführt werden sowie auf Krankenhausdaten des Landesamtes für Statistik zurückgegriffen werden.

4.1.7 Indikatoren und Erhebungsinstrumente

Die zuvor benannten Ziele (Struktur- und Wirkungsziele) sind in angemessener Weise in den Präventionsbemühungen aller Akteure zu berücksichtigen. In der nachfolgenden tabellarischen Darstellung werden den einzelnen Zielen entsprechende Indikatoren und mögliche Erhebungsinstrumente zugeordnet. Dem Anhang kann darüber hinaus ein Maßnahmenplan entnommen werden, der für ein Kalenderjahr konzipiert ist.

Strukturelle Ziele

Ziel	Indikator	Erhebungsinstrument
Stärkung vernetzter Arbeit	Größeres Netzwerk-Treffen (regionale Gesundheitskonferenz) findet regelmäßig (alle 2 Jahre) mit einer Teilnahmequote von mind. 60% statt Netzwerk-Treffen erreichen mind. eine Teilnahmequote von 60% Arbeitstreffen finden mindestens dreimal Jährlich mit einer Teilnahmequote von mind. 60% statt	Teilnehmerliste Protokolle
Prävention nach dem Settingansatz	In mind. 2 verschiedenen Settings finden zielgruppenorientierte Präventionsveranstaltungen statt	Teilnehmerliste Protokolle Projektbeschreibung
Flächendeckende Präventionsarbeit	Präventionsveranstaltungen jedes Trägers finden in mindestens 2 Sozialräumen statt Schulische Präventionsmaßnahmen eines Trägers finden an mindestens 4 verschiedenen Schulen und mindestens 2 verschiedenen Orten statt	Analyse der Projektbeschreibung Protokolle der realisierten Präventionsveranstaltungen Dot.sys
Sensibilisierung der Öffentlichkeit	Teilnahme an bundesweiten Kampagnen (z.B. Aktionswoche Alkohol) Regionale Gesundheitskonferenz Webpräsentation Pressemitteilungen Flyer	Protokolle Teilnehmerliste Website Pressemitteilungen Auflage
Verstetigung von Präventionsmaßnahmen	In Einzelprojekten werden feste Kooperationen mit Settings deutlich	Absichtserklärungen der Settings mit dem Träger Kooperationsvereinbarungen
Aufbau eines landkreislichen Monitoring-, Informations-systems	Ergebnisse von Dot.sys, Daten der Schüler-/ Schulbefragungen sowie Protokolle von Netzwerktreffen und Fachtagungen werden in der Präventionsplanung berücksichtigt, es erfolgt auf dieser Grundlage eine fortlaufende Anpassung des Präventionskonzeptes	Dot.sys Schüler-/ Schulbefragungen finden im 3-Jahres-Rhythmus statt

Wirkungsziele erster Ordnung

Was	Indikator	Erhebungsinstrument
Sechs-Säulenmodell wird in der Präventionsarbeit berücksichtigt	In den Einzelprojekten werden mindesten 2 Ziele explizit berücksichtigt	Projektantrag Projektbericht
Ziel 1: Eigene Einstellungen bewusst machen	Präventionsveranstaltung weist Methoden zum Ziel Nr. 1 auf (z.B. „eigene Vorstellungen“, „Stärken-Schwächen“, „Werte“)	Protokoll des Kursleiters
Ziel 2: Verhaltensweisen trainieren	Präventionsveranstaltung weist Methoden zum Ziel Nr. 2 auf (z.B. „Nein sagen“, „Genießen“, „Konflikttraining“)	Protokoll des Kursleiters
Ziel 3: Jeden annehmen, Stärken entwickeln	Präventionsveranstaltung weist Methoden zum Ziel Nr. 3 auf (z.B. „Regelwerk zum Umgang miteinander“, „Partizipation“, „Verantwortungsübernahme“, „Vertrauen“)	Protokoll des Kursleiters
Ziel 4: Gesunde Lebensführung	Präventionsveranstaltung weist Methoden zum Ziel Nr. 4 auf (z.B. „Umgang mit Stress“, „Gesunde Ernährung“, „Sport und Bewegung“, „Folgen eines ungesunden Lebensstils“)	Protokoll des Kursleiters
Ziel 5: Stärkung der Familie	Präventionsveranstaltung weist Methoden zum Ziel Nr. 5 auf (z.B. „Umgang mit Konflikten“, „Erziehungsstile“, „Regeln und Normen“)	Protokoll des Kursleiters
Ziel 6: Entwicklung pädagogischer Handlungskompetenz	In Multiplikatorenschulungen werden Grundlagen der Suchtprävention vermittelt und auf mindestens 1 Ziel der Suchtprävention eingegangen	Feedbackrunden nach der Veranstaltung Telefoninterviews nach einem festgelegten Zeitraum Protokoll des Kursleiters Dot.sys

Wirkungsziele zweiter Ordnung

Die Wirkungsziele zweiter Ordnung resultieren aus den Präventionsveranstaltungen des LK VG und sind mittelbare Ziele.

Ziel	Indikator	Erhebungsinstrumente
Positiver Einfluss auf das Konsumverhalten	Lebenszeitprävalenz, 12-Monats-Prävalenz, 30-Tage-Prävalenz	Befragung
Reduzierung des Anteils von Jugendlichen, die wegen Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt wurden	Prävalenzen	Krankenhausstatistik (Statistisches Landesamt)

Maßnahmen zur Umsetzung der Wirkungsziele

Da die Wirkungsziele mittelbare Ziele darstellen, sind sie durch die Aktivitäten aus 4.1 umzusetzen (Prävention nach dem Settingansatz). Das bedeutet, dass insbesondere durch die Einzelprojekte der Träger der Suchtprävention auch die Wirkungsziele erreicht werden sollen.

4.2 Suchtkrankenhilfe im Landkreis Vorpommern-Greifswald

4.2.1 Netzwerke und Steuerungsgremien der Suchtkrankenhilfe

Im Landkreis Vorpommern-Greifswald arbeiten mehrere Netzwerke mit unterschiedlichen Zielstellungen.

Präventionsrat

Der Präventionsrat des Landkreises Vorpommern-Greifswald berät und unterstützt mit seiner fachlichen Kompetenz die Verwaltung des Landkreises Vorpommern-Greifswald sowie andere Verantwortungsträger bei der Vorbeugung und Verhinderung von Straftaten. Das Thema Sucht und Suchtprävention ist dabei einbezogen. Er bündelt somit die personellen, institutionellen und materiellen Kapazitäten möglichst vieler staatlicher und nichtstaatlicher Organisationen und Einrichtungen des Landkreises sowie das Engagement der Einwohnerinnen und Einwohner. Folgende Institutionen und Organisationen sind Mitglied im Präventionsrat: Polizeiinspektion Anklam, Regionalzentrum für demokratische Kultur, Kreissportbund Vorpommern-Greifswald e.V., Kreisjugendring Vorpommern-Greifswald e.V., Seniorenbeirat Vorpommern-Greifswald, Behindertenbeirat Vorpommern-Greifswald, Vorsitzender des Jugendhilfeausschusses Vorpommern-Greifswald, Amtsgericht Pasewalk, Vertreter der Kommunalen Präventionsräte (Hansestadt Greifswald, Stadt Wolgast, Stadt Anklam, Amt Löcknitz- Penkun, Amt „Am Stettiner Haff“, Gesamtpräventionsrat der Insel Usedom). Den Vorsitz des Präventionsrates hat im Auftrag der Landrätin der Dezernent für Soziales, Jugend, Gesundheit, Sicherheit und Ordnung, Herr Dirk Scheer. Die Koordination der Arbeit des Präventionsrates erfolgt durch einen beauftragten Mitarbeiter des Landkreises, Herrn Glawe. Er vertritt ebenfalls den kommunalen Präventionsrat auf Landesebene in den Arbeitsgemeinschaften „kommunale Prävention“ und „Extremismus“. Im Laufe des Jahres 2017 wurden aus den Mitteln des Präventionsrates 36 Kleinstprojekte finanziert. Darunter waren neun Sucht-, Drogen- und Gesundheitspräventionsprojekte. Alle wurden an Gymnasien durchgeführt.

Regionalstelle für Suchtvorbeugung

Die Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung (RSK)¹⁹ ist eine gemeinsame Stelle des Landkreises und der Stadt Greifswald. Sie koordiniert vor allem die Präventionsarbeit. Sie „hat von der Bürgerschaft der Universitäts- und Hansestadt Greifswald und vom Kreistag den Auftrag, Suchtgefahren vorzubeugen und Wege zur Erhöhung der Lebensqualität ohne Drogen (im weitesten Sinne des Wortes) in allen Lebensbereichen (Familie - Schule - Arbeitsplatz - Gemeinde - Freizeit) aufzuzeigen und zu fördern“.²⁰ Sie organisiert Veranstaltungen und Projekte in Gruppen mit Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, aus unterschiedlichen Bereichen, wie z.B. Kindereinrichtungen, Schulen und anderen Institutionen. Neben der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen geht es insbesondere um die Arbeit mit Eltern und Pädagogen.

Psychiatriebeirat

Der Psychiatriebeirat vertritt auf Beschluss des Kreistages die Interessen der psychisch kranken, seelisch behinderten und suchtkranken Menschen in unserem Landkreis. Er berät den Landkreis zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung einer bedarfsgerechten psychiatrischen, gemeindeintegrierten und personenzentrierten Versorgung. Er berät insbesondere zur Planung, Koordination und Steuerung der Angebote und über konzeptionelle, institutionelle und finanzielle Fragen, die zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung dienen. In Entscheidungsprozesse bezüglich der psychiatrischen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe ist der Psychiatriebeirat einzubeziehen. Unter Federführung des Landkreises und seiner relevanten Struktureinheiten arbeiten in diesem Gremium die Leistungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter), Leistungserbringer (Vertreterinnen und Vertreter niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Versorgungskrankenhäuser, der Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems, der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und von Arbeitsprojekten, der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft) sowie Vertretungen von Leistungsempfängern (aus Selbsthilfeorganisationen, Vertreterinnen und Vertreter von Psychose erfahrenen Menschen und Angehörigen) zusammen. Orientierung bietet dabei der „Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern“, in dem wesentliche Ziele sowie Schwerpunktsetzungen in der psychiatrischen Versorgung von psychisch Erkrankten und suchtmittelabhängigen Menschen beschrieben sind.²¹ Der Psychiatriebeirat tagt dreimal je Kalenderjahr.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Psychiatrie des Landkreises Vorpommern-Greifswald

Diese ist ein Zusammenschluss von Fachkräften, Betroffenen aus den Arbeitsfeldern der Gesundheits-, Jugend-, Alten- und Behindertenhilfe, in denen psychosoziale Belange eine besondere Bedeutung haben. Sie „wirkt auf eine vernetzte, abgestimmte und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur im Bereich der Betreuung und Beratung psychiatrisch erkrankter Menschen hin und fördert die Zusammenarbeit der Mitglieder. Die PSAG Psychiatrie ist ein Fachgremium und beratendes Gremium auf dem Gebiet der Psychiatrie im Landkreis Vorpommern-Greifswald. Die PSAG Psychiatrie wird durch ein Mitglied im Psychiatriebeirat vertreten. Mitglied der PSAG Psychiatrie können unter anderem Einrichtungen, Dienste, Selbsthilfegruppen, Ämter, niedergelassene Ärzte und Kliniken werden, die an der Versorgung von psychiatrisch erkrankten Menschen im Landkreis Vorpommern-Greifswald beteiligt sind.“²² Sie tagt regelmäßig halbjährlich.

¹⁹ Anklamer Straße 15/16, 17489 Greifswald

²⁰ http://www.rsk-greifswald.de/RSK_-

²¹ Regionalstelle_fur_Suchtvorbeugung_und_Konfliktbewaeltigung_in_Greifswald/die_rsk.html am 26.10.2017

²² Satzung des Psychiatriebeirates des Landkreises Vorpommern-Greifswald

²² aus dem Positionspapier der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Psychiatrie im Landkreis Vorpommern-Greifswald, veröffentlicht auf der Homepage des Landkreises <http://www.kreis-vg.de/B%C3%BCrgerservice/Was-erledige-ich-wo-19>

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Sucht

Diese Arbeitsgemeinschaft ist im Südkreis tätig und hat ihrem Selbstverständnis nach bezogen auf das Thema „Sucht“ eine analoge Aufgabenstellung wie die PSAG Psychiatrie. Jährlich finden vier bis fünf Treffen statt. Von verschiedenen Mitgliedern wurde bemängelt, dass ihre Wirksamkeit gegenüber frühere Zeiten nachgelassen habe. Dennoch wird ihre Fortsetzung gewünscht, da es sich um ein sinnvolles Gremium handele.

Netzwerk Sucht

Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um eine Kooperation aus der Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern und der Johanna-Odebrecht-Stiftung bezogen auf den Raum Anklam-Wolgast. Es finden quartalsweise Treffen in abwechselnder Regie statt. Historisch ist dieses Netz entstanden als Pendant zur PSAG Psychiatrie im Altkreis Ostvorpommern. Dieses Aktionsbündnis sieht seine Aufgabe in einer stärkeren Vernetzung der Akutkrankenhäuser in Anklam und Wolgast sowie der niedergelassenen Ärzte. Ziel ist die enge Kooperation aller Träger von Angeboten im Bereich der Sucht, um Kranken aufsuchende Hilfe in Akutsituationen und als Nachsorge anzubieten. Kooperationspartner sind das Krankenhaus Bethanien GmbH, das Krankenhaus Wolgast, die AMEOS Kliniken in Ueckermünde und Anklam, der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises, die Sucht- und Drogenberatungs- und -behandlungsstellen der Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V. und der Odebrecht-Stiftung, der DRK Kreisverband OVP e.V., der Caritas Verband Vorpommern, die Sozialarbeit Vorpommern gGmbH, das Albert-Schweitzer-Familienwerk Wolgast.

Netzwerk Kind - Familie – Sucht

Die Fachambulanz des Fördervereins Suchtkrankenhilfe e.V. koordiniert seit Ende 2009 das Netzwerk „Kind-Familie-Sucht“. Es ist überregional, vor allem im nordöstlichen, zunehmend aber auch in anderen Bereichen des Landkreises tätig. Mittels Schulung von Multiplikatoren und Öffentlichkeitsarbeit zielt das Netzwerk auf die Etablierung spezieller Beratungsangebote für betroffene Familien in der Fläche. Durch die Arbeit der letzten Jahre ist es gelungen, wichtige Grundlagen für ein abgestimmtes Vorgehen zu schaffen. So wurden Partner aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe, der Jugendhilfe und der Schulsozialarbeit gewonnen. Neben den relevanten Fachämtern des Landkreises gehören zum Netzwerk z.B. die Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung in Greifswald, die Suchtberatungsstelle Greifswald des Evangelischen Krankenhauses Bethanien GmbH, der Verein Öffnung der Schulen e.V., die Sozialarbeit – Vorpommern gGmbH, die Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking Anklam oder das Kinder- und Jugendzentrum gGmbH "Haus des Arbeitens und Lernens". Im Jahr 2017 wurde die Notwendigkeit deutlich, das Problemfeld „Alkohol in der Schwangerschaft“ und dessen Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche verstärkt in den Focus zu nehmen. Aus dem Grund wurde auch ein Fachtag zu dieser Thematik organisiert.

4.2.2 Suchtkrankenhilfe als Eingliederungshilfe nach dem SGB XII bzw. Bundesteilhabegesetz /Bestands-und Nutzungsanalyse

Stationäre und teilstationäre Angebote für Suchtkranke im Landkreis V-G

Bestand:

Am Ende des Jahres 2017 existierten im Landkreis Vorpommern-Greifswald sechs vollstationäre Einrichtungen und eine teilstationäre für alkoholranke Menschen im Sinne der Leistungstypen C.2, C.3 und C.6 des Landesrahmenvertrages Mecklenburg-Vorpommern (LRV)²³.

Für die Betreuung von Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten stehen ein Übergangwohnheim mit Trainingswohngruppen sowie eine Tagesstätte in Greifswald zur Verfügung (Leistungstypen E.1, E.2 und E.4 des LRV). Zu dieser Klientel gehören nicht nur, aber doch in großem Umfang Personen mit Abhängigkeitserfahrung oder -gefährdung.

Nutzung:

Die vollstationären Einrichtungen wurden von 2014 bis 2017 annähernd konstant nur zu ca. 40 Prozent durch Empfänger von Eingliederungshilfen aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald belegt. Da die Betreiber eine nahezu vollständige Auslastung angeben, wird die Mehrzahl der Plätze offensichtlich durch andere Kommunen bzw. andere Kostenträger genutzt. Dies gilt vor allem für das nördliche Kreisgebiet, in dem sich das Gros der verfügbaren Plätze befindet (174 von 235, das sind 74 Prozent).

Die Nutzung von Einrichtungen in anderen Kommunen durch Hilfeempfänger aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald ist über die Jahre mit bis zu 30 Personen etwa konstant.

Die Nutzung der Tagesstätten in Greifswald (Leistungstyp E.4) und Pasewalk (Leistungstyp C.6) hat in den letzten drei bis vier Jahren deutlich zugenommen, was auf wachsenden Bedarf hinweist.

Tageseinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen und entsprechende Begegnungsstätten werden teilweise auch von Personen mit Abhängigkeitsproblemen aufgesucht.

Aus diesem Grunde sind diese Angebote in den nachfolgenden Tabellen berücksichtigt.

²³ Eine Übersicht zu den Leistungstypen des Landesrahmenvertrages befindet sich in den Anlagen. Er wird z.Z. entsprechend den Konditionen des Bundesteilhabegesetzes überarbeitet. Die hier und im Folgenden aufgeführten Strukturzahlen wurden dem Geodateninformationssystem des Landkreises Vorpommer-Greifswald entnommen, die Belegungszahlen der Datenbank PROSOZ mit dem Programm OPENControlling.

Tabelle: Vollstationäre Einrichtungen

EINRICHTUNG	TRÄGER	Zielgruppe / Einrichtungsart	Leistungs- typ	Anzahl der Plätze	Aus- lastung am 31.12 2017	davon aus LK VG	Beschäftigte gesamt	davon Betreuungs- fachkräfte
Sozialtherapeutische Langzeiteinrichtung "Haus der Hoffnung" Greifswald/Ladebow Thomas-Müntzer-Straße 2-4 17493 Greifswald	DRK OVP	nasse Alkoholranke	C.3	40	40	13	14,4	6
Nachsorgezentrum für Suchtkranke „Magnus Böttger“, Dorfstraße 91 17121 Düvier (Loitz)	Ev. SKH M-V gGmbH	Behandlung chronisch mehrfachbeeinträchtigte alkoholabhängige Menschen; Nachsorge	C.2	40	40	6	9,85	8,25
Sucht-Therapiezentrum Jarmen Friedensstraße13 17126 Jarmen	GBS	Stationäre Suchttherapieeinrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker (CMA) - nasse Alkoholranke	C.3	54	53	14	19,15	11,3
Sozialtherapeutische Einrichtung Haus Umkehr Hauptstraße3 17509 Loissin (Gahlkow)	DRK OVP	Stationäre Suchttherapieeinrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker (CMA)	C.3	20	20	9	7,72	2,4
		Übergangswohnheim §67 SGB XII	E.1	13	11	8	3,51	2,6
		Trainingswohngruppe §67 SGB XII	E.2	7	2	3	1,35	0,88
Haus Kalkstein (2018 geschlossen) Bugewitz 27 17398 Bugewitz ²⁴	VS GW- OVP	Behandlung chronisch mehrfachbeeinträchtigte alkoholabhängige Menschen	C.2	20	20	15	7,25	6
Heim Haus Hohe Heide Grünberg 8 17375 Leopoldshagen Außenstelle Haus Klockenberg Johann-Sebastian-Bach-Straße18 17373 Ueckermünde Außenwohngruppe Chausseestraße 25 17373 Ueckermünde	VS UER	Nachsorge- und Therapieeinrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitsranke und Menschen mit Doppeldiagnosen ohne begrenzte Aufenthaltsdauer	C.2	26	26	10	7,86	5,48
			C.2	12	12	5	3,63	2,53
			C.2	3	2	2		
Gesamt				235	226	85	74,72	45,44

Quelle: Geodateninformationssystem (GIS) am 4.10.2017, OPENControlling am 31.12.2017

²⁴ Das Haus Kalkstein wird aus technischen Gründen zum 30.09.2018 geschlossen werden. Die Bewohner werden u. a. in Leopoldshagen und anderweitig bedarfsentsprechend betreut.

Tabelle: Teilstationäre Angebote und Begegnungsstätten

EINRICHTUNG	TRÄGER	Zielgruppe / Einrichtungsart	Leistungs- typ	Anzahl der Plätze	Auslastung am 31.12.2017	Beschäftigte gesamt	davon Betreuungsfachkräfte
Tagesstätte für alkoholranke Menschen Karl-Marx-Straße10 17309 Pasewalk	Caritas Vorpommern	Tagesstätte	C.6	21	21	6,02	3,27
Tages- und Beratungsstelle, Lomonossowallee 50, 17491 Greifswald	Kreisdiakoni- sches Werk Greifswald	Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten	E.4	20	33	5,4	5
Gesamt				41	54	11,52	8,27

Quelle: LK VG: Geodateninformationssystem (GIS) am 4.10.2017, OPENControlling am 31.12.2017

Anmerkung: Die orange hinterlegten Einrichtungen sind keine Suchthilfeeinrichtungen im engeren Sinne, sondern eine Einrichtung für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, die teilweise auch suchtkrank sind.

Ambulante Angebote

Ambulant betreutes Wohnen

Mit Stand Oktober 2017 hielten 11 Träger Angebote des ambulant betreuten Wohnens in unterschiedlichen Formen vor. Diese Anbieter arbeiten auf der Grundlage von Fachleistungsstunden oder Vereinbarungen nach den §§ 53 und 67 SGB XII entsprechend Nachfrage. Daher sind Angaben zu Kapazitäten und Auslastungen wenig aussagefähig. Die Träger können im Bedarfsfall ihre Kapazitäten z.B. durch Anmietung erweitern. Die in der folgenden Übersicht mitgeteilten Platzzahlen beziehen sich ausschließlich auf trägereigene Unterkünfte, bilden aber somit nicht die Versorgungssituation ab. Auffällig ist, dass sich ambulante Wohnangebote für Menschen mit Suchterkrankungen hauptsächlich im südlichen Kreisgebiet befinden.

Tabelle: Angebote zum ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit Suchterkrankungen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Träger, Einrichtung bzw. Angebot und Anschrift	Bemerkungen zu Zielgruppe, Einzugsbereich und Kapazität
Ambulantes Betreutes Wohnen im Individualwohnraum	
CJD Insel Usedom-Zinnowitz, Betreutes Wohnen für chronisch Alkoholranke, Fährstraße 18, 17438 Wolgast	chronisch Alkoholranke
Sozialarbeit Vorpommern gGmbH, Steinstraße 9, 17389 Anklam	§§ 53 und 67 SGB XII
Volkssolidarität Kreisverband Greifswald-Ostvorpommern e.V. Heilige Geist- Str. 2, 17389 Anklam	trockene Alkoholabhängige
Volkssolidarität KV Uecker- Randow e.V., Betreutes Wohnen Torgelow, Klockenberg 29, Ueckermünde	Adresse Büro, Klienten werden in privaten Wohnungen aufgesucht
Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH, „Das Dach – Hilfe für Bedürftige“, Bahnhofstr. 36 a, 17358 Torgelow	
Blaukreuz Diakoniewerk Eggesin gGmbH, Stettiner Straße 82, 17367 Eggesin	
Ambulant Betreutes Wohnen in Wohngruppen	
Volkssolidarität KV Uecker- Randow e.V., "Villa", Straße der Einheit 86, 17309 Jatznick,	Suchtnachsorge
Volkssolidarität KV Uecker- Randow e.V., „Alte Schule“, Straße der Einheit 58, 17309 Jatznick	§§ 53 und 67 SGB XII Suchtnachsorge
KDW Greifswald, Betreutes Wohnen, Lomonossowallee 55	§67 SGB XII (80% mit Suchtproblemen)
KDW Greifswald, Betreutes Wohnen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, Bugenhagenstraße 1-3	§§ 53 u. 67 SGB XII
Betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft	
Caritas, Greifswald, Bahnhofstraße 15, ambulant betreutes Wohnen und soziales Gruppentraining für psychisch kranke und suchtkranke Menschen und Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten	§§ 53,67 SGB XII
Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH, Betreutes Wohnen „Haus Salomo“, Pampow 37 a, 17322 Blankensee	20 Plätze, §67 SGB XII
Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH, Betreutes Wohnen „Haus zur Umkehr“, Rosenthal 13, 17335 Strasburg	10 Plätze, §67 SGB XII
VS UER, Sozialtherapeutische Wohngruppe Torgelow, Königstraße 2, 17358 Torgelow, Tel.: 03976 280455	8 Plätze
VS UER, Sozialtherapeutische Wohngruppe Jatznick, Straße der Einheit 91, 17309 Jatznick	29 WE

4.2.3 Suchtkrankenhilfe nach dem SGB V - Bestandsanalyse

Tabelle: Angebote für Suchtkranke – Kliniken

EINRICHTUNG	TRÄGER	Zielgruppe / Einrichtungsart
Fachklinik Gristower Wiek Riemser Weg 19 17498 Mesekenhagen, OT Gristow Telefon: (038351) 5360-100	Johanna-Odebrecht-Stiftung	
Evangelisches Krankenhaus Bethanien Station 7 Gützkower Landstraße 69 17489 Greifswald Telefon: (03834) 543-270	Johanna-Odebrecht-Stiftung	Station zur qualifizierten Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von illegalen Drogen
Evangelisches Krankenhaus Bethanien Station 8 Gützkower Landstraße 69 17489 Greifswald Telefon: (03834) 543-280	Johanna-Odebrecht-Stiftung	Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
Evangelisches Krankenhaus Bethanien Tagesklinik 8 Gützkower Landstraße 69 17489 Greifswald Telefon: 03834 543-280	Johanna-Odebrecht-Stiftung	abgeschlossene körperliche Entzugsbehandlung, fester Wohnsitz, körperliches Befinden, das die tagesklinische Behandlung erlaubt
AMEOS Klinikum Ueckermünde Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Ravensteinstr. 23 17373 Ueckermünde Telefon: 039771 41401	AMEOS Gruppe	qualifizierte Entzugsbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen

Auch in den Krankenhäusern der Maximalversorgung (Universitätsklinikum Greifswald), der Regelversorgung (Krankenhäuser in Anklam, Ueckermünde – hier mit einer Abteilung für Psychiatrie- Pasewalk und Wolgast, in Tageskliniken und Institutsambulanzen) werden Menschen mit suchstoffs- bedingten Erkrankungen behandelt.

Des Weiteren gibt es im LK V-G zwei Reha-Kliniken mit einer Abteilung für psychosomatische Erkrankungen. Diese befinden sich in Trassenheide und Heringsdorf.

Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind ebenfalls neben den Hausärzten Ansprechpartner für suchtkranke Menschen. Auch einige Heilpraktiker im Landkreis Vorpommern-Greifswald bieten Psychotherapie und eine kognitive Verhaltenstherapie an, u. a. Raucherentwöhnung. Die Verteilung im Landkreis ist sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Nähere Angaben sind im sozialräumlichen Teil dieses Dokumentes zu finden.

4.2.4 Sonstige Hilfen

Suchtberatungsstellen

Gemäß §21 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (ÖGDG M-V) sind die kommunalen Gesundheitsämter zuständig für die Beratung von Suchtkranken, von Sucht Bedrohten sowie von deren Angehörigen. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald wird diese Aufgabe durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes an den Standorten Greifswald, Anklam und Pasewalk wahrgenommen.

Die Kommunen können bei ihrer Aufgabenwahrnehmung durch anerkannte Suchtberatungs- und Behandlungsstellen in freier Trägerschaft unterstützt werden.

Auf dem Gebiet des Landkreises sind drei Träger mit drei Hauptstellen und 9 Nebenstellen tätig, die dafür durch Land und Landkreis finanziert werden. In ihnen sind Beratungsfachkräfte im Umfang von 14,18 Vollzeiteinheiten tätig, was dem Landesdurchschnitt entspricht. Jede Hauptberatungsstelle ist mit etwa drei Vollzeitkräften besetzt. Nebenstellen bzw. Außensprechstunden werden zu ausgewiesenen Sprechzeiten bedient. Über ihren Klienten bezogenen Beratungsauftrag hinaus kooperieren die Suchtberatungsstellen mit anderen Einrichtungen der Suchthilfe, betreuen bzw. unterstützen die Selbsthilfe- und Angehörigenarbeit und bewältigen einen großen Teil der Präventionsarbeit.

Neben den anerkannten Beratungsstellen existieren weitere Angebote freier Träger, welche diese aus satzungsgemäßigem Eigeninteresse vorhalten und die sich aus unterschiedlichen Quellen finanzieren. So unterhält die Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH, ein gemeinsames Unternehmen aus AWO Uecker-Randow und Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern, den Arbeitsbereich „Suchtberatung und Prävention“ in Torgelow und Umgebung. Zwei Beratende suchen Betroffene zunächst in der Häuslichkeit auf, prüfen die Bedarfe, vermitteln Klinikaufenthalte und ggf. die Einmündung in ambulant betreute Wohnformen. Ein kleinerer Teil der Klientel, vor allem Angehörige, sucht die Beratungsstelle auf.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Hauptstellen und Nebenstellen der Suchtberatung und die dazugehörigen Einzugsgebiete im Landkreis Vorpommern-Greifswald auf

Tabelle: Suchtberatungsstellen mit Haupt- und Nebenstellen 2017 und 2018

Anerkannte Sucht- und Drogen- Beratungs- und Behandlungsstellen	
Träger, Einrichtung, Anschrift	Einzugsbereich
Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V., Heilige Geist- Str. 2, 17389 Anklam, Sucht- und Drogenberatungs- und Behandlungsstelle (Hauptstelle)	Anklam, Amt Anklam-Land, Amt Züssow
Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V., Außenstelle Usedom, Markt 1, 17406 Usedom (Stadt), Sucht- und Drogenberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle	Amt Usedom Süd
Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V., Außenstelle Lassar, Rathaus, 17440 Lassar, Sucht- und Drogenberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle	Amt Am Peenestrom
Förderverein für Suchtkrankenhilfe e.V., F.- Loeffler-Straße 13a, 17489 Greifswald, Fachambulanz für Alkohol- und Drogenkranke in Greifswald (Hauptstelle)	Greifswald, Ämter Landhagen, Lubmin, Züssow
J.- Odebrecht- Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Lange Straße 10, 17489 Greifswald, Suchtberatung- und Behandlungsstelle (Hauptstelle)	Greifswald, Amt Landhagen, Teile Amt Züssow, Amt Lubmin,
J.- Odebrecht- Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle Wolgast, Breite Straße 24,, 17489 Wolgast, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	Amt am Peenestrom, Teile Amt Züssow
J.- Odebrecht- Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle Heringsdorf, Delbrückstr. 1-4, 17424 Heringsdorf Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	Amt Ostseebad Heringsdorf, Teile des Amtes Usedom Süd
J.- Odebrecht- Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle Wolgast im Jobcenter	Amt Usedom Nord
J.-Odebrecht-Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle Zinnowitz, Dr. Wachsmann- Str. 26, 17454 Zinnowitz Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	Amt Usedom Nord
J.-Odebrecht-Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Ueckerstr.85, 17373 Ueckermünde Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	Amt Am Stettiner Haff, Stadt Ueckermünde, Amt Torgelow-Ferdinandshof
J.- Odebrecht- Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Pasewalk, Feldstr.5, 17309 Pasewalk Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	Stadt Pasewalk, Amt Uecker-Randow-Tal
J.- Odebrecht- Stiftung, Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Außenstelle Loitz, Lange Straße 60, 17121 Loitz	Amt Peenetal-Loitz, Amt Jarmen-Tutow
Weitere Beratungsangebote	
Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH, Bahnhofstr. 36 a, 17358 Torgelow, Suchtberatung und Prävention, Ansprechpartner: Frau Keyder, Handy : 0151 26 44 51 57	Amt Torgelow-Ferdinandshof
Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH Suchtberatungs- und Präventionsstelle Breite Straße 16, 17358 Torgelow, Ansprechpartner: Joachim Büge, Tel. 039762564859, Mobil: 0151 26 44 51 41, E-Mail: suchtberatung@awo-uer.de	Amt Torgelow-Ferdinandshof

Quelle: Eigene Erhebungen bei Trägern und Ämtern der Kreisverwaltung

Nutzung der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB)

Um die Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und -gefährdungen in der Bevölkerung auf kommunaler Ebene zu beschreiben, liegen nur wenige verlässliche Daten vor. Einen wesentlichen Anhaltspunkt bieten die Daten der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB), die im Therapie- und Forschungszentrum München ausgewertet und den Ländern zur Verfügung gestellt werden. Beim Regionalvergleich in Mecklenburg-Vorpommern von 2014 bis 2016 weist der Landkreis Vorpommern-Greifswald die zweithöchste Fallzahl auf. Der

überdurchschnittlich hohe Anteil im LK VG lässt zweierlei Deutungen zu. Einerseits kann es sich hier um eine wesentlich höhere Betroffenheit von Erkrankungen handeln als im Landesdurchschnitt, andererseits könnte es den Beratungs- und Behandlungsstellen aber auch gelungen sein, mehr betroffene Menschen zu erreichen als in anderen Landkreisen.

Tabelle: Ratsuchende in Beratungsstellen im Land MV nach Landkreisen 2014 bis 2016

Landkreis	Nutzer*		Nutzer		Nutzer	
	2014	in Prozent	2015	in Prozent	2016	in Prozent
Mecklenburgische Seenplatte	2392	22%	2237	20%	2383	22%
Landkreis Rostock	1010	9%	1186	11%	767	7%
Vorpommern-Rügen	858	8%	857	8%	898	8%
Nordwestmecklenburg	571	5%	547	5%	519	5%
Vorpommern-Greifswald	2096	19%	2274	21%	2183	20%
Ludwigslust-Parchim	1291	12%	1240	11%	1283	12%
Mecklenburg-Vorpommern	10901	100%	11048	100%	10956	100%

*Die Nutzerzahlen beziehen sich auf Klienten mit eigener Symptomatik

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600

Hauptursache für die Betreuung bzw. Beratung in den Suchtberatungsstellen war, wie auch in den Jahren zuvor im gesamten Bundesgebiet und im Land Mecklenburg-Vorpommern, das Problem des Alkoholkonsums und seiner Folgen. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald ist die Anzahl derer, die wegen Alkohol eine Beratungsstelle aufsuchten, seit 2014 deutlich zurückgegangen. Für 2017 und 2018 liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Tabelle: Entwicklung der Besucherzahlen mit Alkoholproblemen in den SBB von 2014 bis 2016 nach Landkreisen und kreisfreien Städten

	Nutzer*			Ab- / Zunahme von 2014 bis 2016 in Prozent
	2014	2015	2016	
Rostock	1263	1193	1227	-2,9%
Schwerin	493	517	517	4,9%
Mecklenburgische Seenplatte	1697	1581	1669	-1,6%
Landkreis Rostock	754	888	601	-20,3%
Vorpommern-Rügen	626	589	634	1,3%
Nordwestmecklenburg	367	365	332	-9,5%
Vorpommern-Greifswald	1400	1201	1129	-19,4%
Ludwigslust-Parchim	961	924	929	-3,3%
Mecklenburg-Vorpommern	7561	7258	7038	-6,9%

*Die Nutzerzahlen beziehen sich auf Klienten mit eigener Symptomatik

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600

Im Gegensatz zu dieser Bilanz ist die Anzahl der Behandlungen wegen illegaler Drogen in den letzten drei Jahren in Vorpommern-Greifswald eher konstant geblieben, während es im Land Mecklenburg-Vorpommern eine leicht steigende Tendenz gibt. Für 2017 und 2018 liegen keine vergleichbaren Daten vor. Die weitere Entwicklung im Landkreis ist daher noch nicht absehbar.

Tabelle: Nutzungshäufigkeit der Beratungsstellen im Land Mecklenburg-Vorpommern nach Diagnosen 2014 bis 2016

	Nutzer			in Prozent		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Alkohol	7561	7258	7038	69%	66%	64%
illegale Drogen	1819	1909	1994	17%	17%	18%
Tabak	60	104	101	1%	1%	1%
Flüchtige Lösungsmittel	3	1	1	0,0%	0,0%	0,0%
And. psychotr. Substanzen	46	49	49	0,4%	0,4%	0,4%
Essstörungen	104	111	104	1%	1%	1%
Pathologisches Spielen	446	447	424	4%	4%	4%
ohne	862	1169	1245	8%	11%	11%
Gesamt	10901	11048	10956	100%	100%	100%

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit, Ref. 600 Mecklenburg-Vorpommern

Für 2017 und 2018 liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Tabelle: Nutzungshäufigkeit der Beratungsstellen im Landkreis Vorpommern-Greifswald nach Diagnosen 2014 bis 2018

	Nutzer				in Prozent			
	2014	2015	2016	2018	2014	2015	2016	2018
Alkohol	1400	1201	1129	838	67%	53%	52%	38 %
illegale Drogen	363	413	350	303	17%	18%	16%	14 %
Tabak	14	52	34	29	1%	2%	2%	1 %
Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0	0	0%	0%	0%	0 %
And. psychotr. Substanzen	28	24	16	34	1%	1%	1%	2 %
Essstörungen	19	27	25	17	1%	1%	1%	1 %
Pathologisches Spielen	52	43	39	22	2%	2%	2%	1 %
Exzessive Mediennutzung	k.A.	k.A.	k.A.	8	k.A.	k.A.	k.A.	0 %
Missbrauch nicht abhängigkeitsbez. Substanzen	k.A.	k.A.	k.A.	2				0 %
ohne	220	514	590	932	10%	23%	27%	43 %
Gesamt	2096	2274	2183	2185	100%	100%	100%	100 %

Darunter illegale Drogen

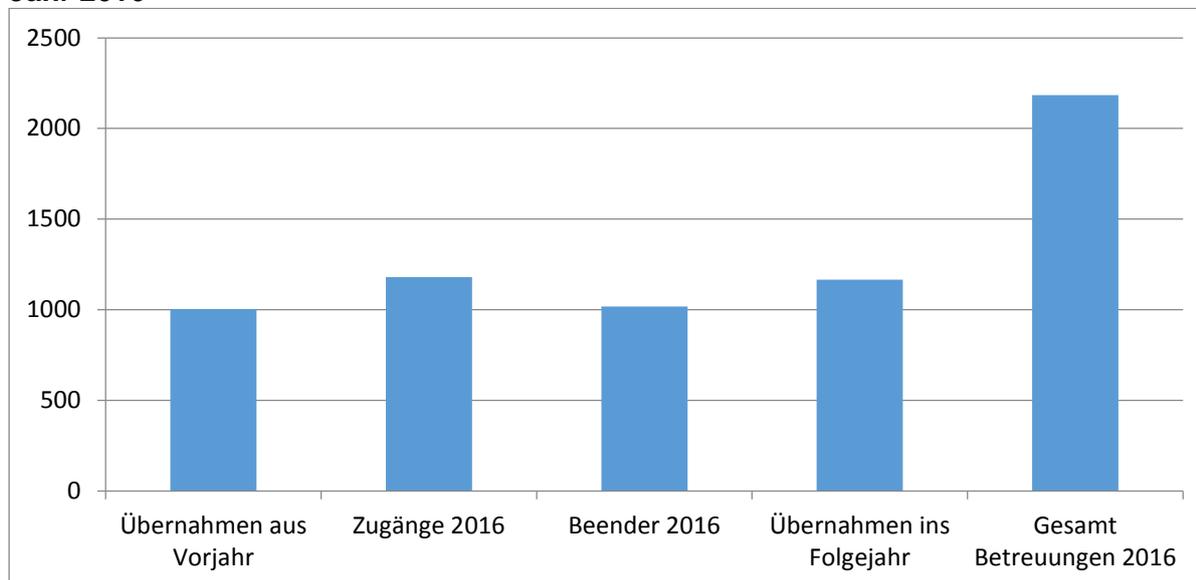
	Nutzer			
	2014	2015	2016	2018
Opioide	90	102	72	57
Cannabinoide	210	212	191	186
Sedativa/ Hypnotika	18	39	24	15
Kokain	17	24	19	9
Stimulantien	27	33	44	36
Halluzinogene	1	3	0	
illegale Drogen gesamt	363	413	350	303

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600, 2018: Eigenerhebung, Angaben der Träger

Unter den illegalen Drogen rangierten Cannabinoide an erster Stelle.

Die Klientel der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB)

Im Jahr 2016 gab es mehr Zugänge als Beendigungen von Fällen. Die Übernahmen ins Folgejahr sind mehr als Übernahmen aus 2015, so dass mit einem Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2017 gegenüber 2016 zu rechnen ist.

Grafik: Zugänge und Beendigungen von Fällen in den Beratungsstellen des LK V-G im Jahr 2016

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600

Für 2017 und 2018 liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Die gehäufte Nutzung der SBB beginnt im frühen Erwachsenenalter und hält bis Mitte der Fünfziger-Lebensjahre an. Bezogen auf die Gleichaltrigengruppen in der Gesamtbevölkerung des Kreises zeigt sich eine Häufung vor allem bei den Zwanzig- bis Unterfünfundzwanzigjährigen – deutlich über den vergleichbaren Landeswerten.

Tabelle: Besucher der BBSD im Land Mecklenburg-Vorpommern nach Altersgruppen

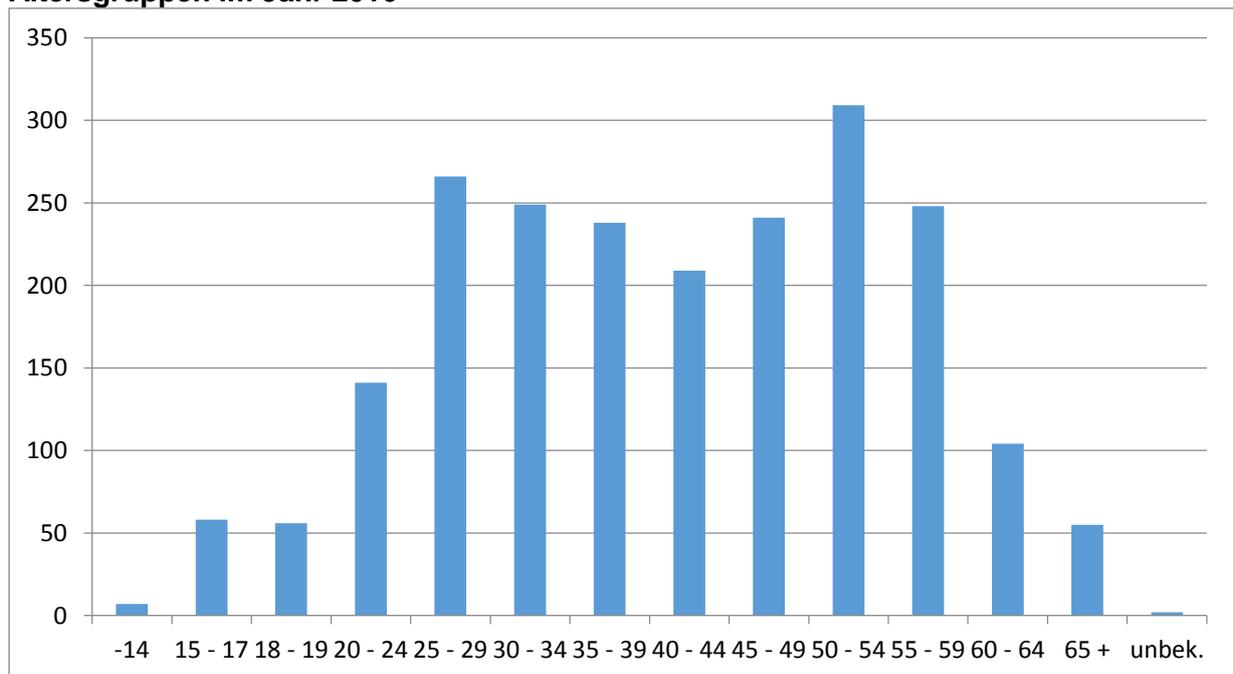
	Nutzer			in Prozent			Einwohner am 31.12.2015	Anteile an den Altersgruppen in Prozent	
	2014	2015	2016	2014	2015	2016		2015	2016
u15	44	45	50	0,4	0,4	0,5	198194	0,02	0,03
15 - 17	230	190	253	2,1	1,7	2,3	38058	0,50	0,66
18 - 19	208	225	230	1,9	2,0	2,1	24762	0,91	0,93
20 - 24	894	770	690	8,2	7,0	6,3	58601	1,31	1,18
25 - 29	1458	1403	1279	13,4	12,7	11,7	104647	1,34	1,22
30 - 34	1358	1473	1471	12,5	13,3	13,4	101234	1,46	1,45
35 - 39	1028	1181	1244	9,4	10,7	11,4	94903	1,24	1,31
40 - 44	1017	963	956	9,3	8,7	8,7	84616	1,14	1,13
45 - 49	1363	1267	1173	12,5	11,5	10,7	115213	1,10	1,02
50 - 54	1553	1602	1504	14,2	14,5	13,7	148533	1,08	1,01
55 - 59	990	1099	1157	9,1	9,9	10,6	141069	0,78	0,82
60 - 64	500	560	604	4,6	5,1	5,5	131434	0,43	0,46
65 +	253	263	339	2,3	2,4	3,1	371098	0,07	0,09
unbek.	5	7	6	0,0	0,1	0,1			
Gesamt	10901	11048	10956	100,0	100,0	100,0	1612362	0,69	0,68

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600

Übersicht 28: Besucher der BBSD im LK Vorpommern-Greifswald nach Altersgruppen

Alter in Jahren	Nutzer			in Prozent			Einwohner am 31.12.2015	Anteile an den Altersgruppen in Prozent	
	2014	2015	2016	2014	2015	2016		2015	2016
u 15	15	14	7	0,7	0,6	0,3	28695	0,05	0,02
15 - 17	42	51	58	2,0	2,2	2,7	5330	0,96	1,09
18 - 19	55	58	56	2,6	2,6	2,6	3602	1,61	1,55
20 - 24	197	177	141	9,4	7,8	6,5	6094	2,90	2,31
25 - 29	284	289	266	13,5	12,7	12,2	16120	1,79	1,65
30 - 34	221	249	249	10,5	10,9	11,4	14767	1,69	1,69
35 - 39	171	209	238	8,2	9,2	10,9	13470	1,55	1,77
40 - 44	224	209	209	10,7	9,2	9,6	12022	1,74	1,74
45 - 49	263	268	241	12,5	11,8	11,0	16239	1,65	1,48
50 - 54	318	333	309	15,2	14,6	14,2	21565	1,54	1,43
55 - 59	173	246	248	8,3	10,8	11,4	21594	1,14	1,15
60 - 64	82	107	104	3,9	4,7	4,8	19924	0,54	0,52
65 +	50	59	55	2,4	2,6	2,5	55324	0,11	0,10
unbek.	1	5	2						
Gesamt	2096	2274	2183	100,0	100	100	234746	0,97	0,93

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600

Grafik: Nutzer von Suchtberatungsstellen im Landkreis Vorpommern-Greifswald nach Altersgruppen im Jahr 2016

Quelle: Ministerium f. Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern, Ref. 600

Für 2017 und 2018 liegen keine vergleichbaren Daten vor.

Die SBB werden überwiegend (zu 80 Prozent) von Männern aufgesucht. Dieses Übergewicht ist bei den meisten Hauptdiagnosen zu finden. Ausnahmen bilden der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (Sedativa/Hypnotika) sowie Essstörungen.

Tabelle: Hauptdiagnosen nach Geschlecht 2016 im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Hauptdiagnose	Männer	Frauen	Gesamt	in Prozent	
				Männer	Frauen
F10 Alkohol	947	223	1170	80,9	19,1
F11 Opioide	37	21	58	63,8	36,2
F12 Cannabinoide	180	26	206	87,4	12,6
F13 Sedativa/ Hypnotika	11	15	26	42,3	57,7
F14 Kokain	15	2	17	88,2	11,8
F15 Stimulanzien	29	17	46	63,0	37,0
F16 Halluzinogene	0	0	0		
F17 Tabak	21	17	38	55,3	44,7
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0	0	0		
F19 And. psychotrope Substanzen	14	7	21	66,7	33,3
F50 Essstörungen	1	7	8	12,5	87,5
F63 Pathologisches Spielen	33	3	36	91,7	8,3
Gesamt - mit Hauptdiagnose	1288	338	1626	79,2	20,8

Quelle: Angaben der SBB im LK VG. Die Abweichungen zu den o.a. Zahlen des Ministeriums ergeben sich aus unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten.

Das Geschlechterverhältnis stellt sich auch im Jahr 2018 ähnlich dar.

Die gehäufte Behandlung von Alkoholproblemen beginnt bei den jungen Erwachsenen und reicht bis zu den Sechzigjährigen. Der behandlungsbedürftige Missbrauch von illegalen Drogen betrifft vor allem <40 jährigen. Auffällig ist die sehr frühe Abhängigkeit von Cannabinoiden. Wichtiger noch als das Alter bei Behandlungsbeginn ist das Lebensalter des Erstkonsums. 57 % der späteren Betreuten in SBB hatten ihre ersten Konsumerfahrungen im Alter von unter 15 Jahren

Tabelle: Alter bei Betreuungsbeginn zu ausgewählten Hauptdiagnosen im LK V-G 2016

Alter bei Betreuungsbeginn	Alkohol	Opioide	Cannabinoide	Sedativa/ Hypnotika	Kokain	Stimulanzien	Tabak	And. psychotrope Substanzen	Pathologisches Spielen
bis 14			5						1
15 - 17	3		47			3		4	
18 - 19	7	1	25			5		1	
20 - 24	28	12	40		5	8	2	4	2
25 - 29	112	16	55	1	3	14	8	6	11
30 - 34	136	13	22	1	4	13	6	2	1
35 - 39	151	6	7	2	1	3	5	4	1
40 - 44	133	1	3	4	3		1		5
45 - 49	171	2	1	4	1		1		5
50 - 54	186	1		3			9		2
55 - 59	147	5	1	5			3		2
60 - 64	68	1		5			3		5
65 +	28			1					1
Gesamt	1170	58	206	26	17	46	38	21	36

Quelle: Angaben der SBB im LK VG. Die Abweichungen zu den o.a. Zahlen des Ministeriums ergeben sich aus unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten.

Die Altersstruktur bei Betreuungsbeginn war im Jahr 2018 überwiegend wie im Jahr 2016.

Tabelle: Alter bei Erstkonsum - alle SBB im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Hauptdiagnose / Alter Absolute Zahlen	-14	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	Gesamt
F10 Alkohol	740	195	43	14	4	2	1133
F11 Opioide	4	15	7	8	6	2	43
F12 Cannabinoide	70	60	14	4	3	1	203
F13 Sedativa/ Hypnotika	3	1	1	4	1	5	17
F14 Kokain	4	1	2	5	2	1	17
F15 Stimulanzien	3	11	15	6	4	0	40
F17 Tabak	20	10	1	2	0	0	34
F19 And. psychotrope Substanzen	11	5	3	1	0	0	20
Gesamt - mit Hauptdiagnose	855	298	86	44	20	11	1507
Hauptdiagnose / Alter in Prozent	-14	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	Gesamt Absolut
F10 Alkohol	65	17	4	1	0	0	1133
F11 Opioide	9	35	16	19	14	5	43
F12 Cannabinoide	34	30	7	2	1	0	203
F13 Sedativa/ Hypnotika	18	6	6	24	6	29	17
F14 Kokain	24	6	12	29	12	6	17
F15 Stimulanzien	8	28	38	15	10	0	40
F17 Tabak	59	29	3	6	0	0	34
F19 And. psychotrope Substanzen	55	25	15	5	0	0	20
Gesamt - mit Hauptdiagnose	57	20	6	3	1	1	1507
	855	298	86	44	20	11	1507

Quelle: Angaben der SBB im LK VG. November 2016

Die höchste Konzentration an Ratsuchenden findet sich in Greifswald und dem Greifswalder Umland (Sozialplanungsräume I und II). Hier werden 46 Prozent der Personen mit Alkoholproblemen und 50 Prozent der Cannabinoid-Betroffenen betreut. Die höchste Belastung der Beratungsfachkräfte ist im südlichen Teil des Kreises zu verzeichnen. Der hier zu vermutenden Unterversorgung könnten die o.g. weiteren Beratungsangebote, die Tagesstätte der Caritas in Pasewalk sowie ambulante Wohnangebote entgegenwirken.

Die Altersstruktur beim Erstkonsum war im Jahr 2018 ähnlich wie im Jahr 2016.

Im Folgenden wird die Nutzerzahl nach Standorten dargestellt.

Tabelle: Nutzerzahlen nach Hauptdiagnosen und Standorten der SBB 2016²⁵

Hauptdiagnose	HGW	Loitz	Wolgast	Anklam	UEM/PW	Gesamt
F10 Alkohol	474	63	177	185	271	1170
F11 Opioide	8		39	3	8	58
F12 Cannabinoide	97	6	14	58	31	206
F13 Sedativa/ Hypnotika	6		16	1	3	26
F14 Kokain	6	1	5	4	1	17
F15 Stimulanzen	15		8	10	13	46
F16 Halluzinogene	0			0		
F17 Tabak	6		5	22	5	38
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0					
F19 And. psychotrope Substanzen	7		1	6	7	21
F50 Essstörungen	1		6		1	8
F63 Pathologisches Spielen	20	1	1	1	13	36
Gesamt - mit Hauptdiagnose	640	71	272	290	353	1626
Fachkräfte	4,5	0,5	2,81	3,37	3,0	14,19
Betreute je FK	142	142	97	86	118	115
Einwohner im Einzugsbereich	85790		39305	45785	67479	238359
Einwohner je FK	17158		13988	13586	22493	16798

Die Verteilung innerhalb der Hauptdiagnosen hat sich 2018 gegenüber 2016 leicht zu Cannabinoiden im Vergleich zu Alkohol verschoben. Daher wird auf eine detaillierte Darstellung für 2018 verzichtet.

Die Nutzerzahlen nach Standorten waren für 2018 nicht plausibel und werden deshalb nicht dargestellt. Insgesamt scheint die Verteilung im Groben der des Jahres 2016 zu entsprechen.

Die Beschreibung der Klientel (aus den Daten 2016) liefert einige Merkmale, die Anhaltspunkte für die Ursachenklärung von Suchtverhalten und zur Prävention sein können. Wichtig ist, dass es sich um eine heterogene Gruppe von Menschen handelt, die neben allen Defiziten auch über unterschiedliche Ressourcen verfügt, auf die Nachsorgestrategien gründen können:

- Die Betroffenen verfügen in der Regel über eine abgeschlossene berufliche Ausbildung, meist auf dem Facharbeiterniveau. Bei 20 Prozent von Ihnen sind die beruflichen Perspektiven als prekär einzustufen – das heißt sie befinden sich entweder noch in Ausbildung und der Abschluss ist auf Grund des Abhängigkeitsproblems gefährdet oder sie befinden sich in keiner Ausbildungssituation und verfügen über keine abgeschlossene berufliche Ausbildung.
- Mehr als ein Drittel der Besucher der SBB ging vor Behandlungsbeginn einer regulären Erwerbstätigkeit oder einer Ausbildung nach und konnte seinen Lebensunterhalt überwiegend daraus bestreiten.
- 47 Prozent bezogen Sozialleistungen. Die größte Gruppe darunter waren Bezieher von ALG II, also weitgehend Langzeitarbeitslose. In dieser Gruppe dominieren Alkoholprobleme. In 24 Prozent der Fälle bezieht sich die Hauptdiagnose auf den Konsum illegaler Drogen.
- Fünf Prozent (89 Personen) waren Schüler oder Studenten, meist mit Cannabinoiden-Problemen.
- Bei den betroffenen Rentnern (12 Prozent) ist das Hauptproblem fast ausschließlich Alkohol.
- Vier Prozent lebten durch die Unterstützung anderer Personen, bei weiteren vier Prozent müssen irreguläre Überlebensstrategien wie Betteln angenommen werden.

²⁵ Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Angaben der SBB 2016 Einwohnerzahlen bezogen auf die Einzugsbereiche der künftigen Beratungszentren

* Der Träger (Volksolidarität KV HGW- OVP e.V.), der zur Zeit nur am Standort Anklam tätig ist, eröffnet in Kürze einen Standort der Suchtberatung in Ferdinandshof.

- Ein Drittel aller Nutzer war bei Behandlungsbeginn schuldenbelastet.
- Im Regelfall lebten die Ratsuchenden bei Behandlungsbeginn selbständig in der eigenen Wohnung oder bei anderen Personen. Nur 68 Personen (4) kamen aus unterstützten Wohnformen und nur Vereinzelte aus prekären Aufhaltenen (Obdachlosigkeit, Notunterkünfte). 37 Prozent waren alleinlebend, was dem Durchschnitt des Kreises entspricht.
- Nach erfolgter Behandlung benötigten 2016 42 Personen betreute Wohnformen.
- 24 Prozent der Besucher der SBB leben mit mindestens einem eigenen Kind zusammen, insgesamt mit rund 700 Kindern. Nutzerinnen und Nutzer mit der Hauptdiagnose Alkohol haben im Schnitt 1,8 Kinder in ihren Haushalten.
- Ein Drittel der Ratsuchenden kommt aus eigenem Antrieb in die SBB. Daneben kommen Anstöße häufig von den behandelnden Ärzten, Therapeuten, Sozialpädagogen oder anderen professionellen Helfern (38).
- Das familiäre und soziale Umfeld spielt als Vermittler eine vergleichsweise geringere Rolle. Unklar ist jedoch, inwieweit die Eigeninitiative der Betroffenen hier ausgelöst wird oder ob der persönliche Nahbereich das Problem eher ausblendet und die Betroffenen erst den Nachdruck einer "autorisierten" Stelle akzeptieren.
- Die Behandlung in den SBB erstreckt sich im Durchschnitt auf 400 Tage. Rund ein Drittel der Besucher verbleibt 24 Monate und länger in der Betreuung.
- 16 Prozent der Betreuten im Landkreis wurden 2016 nach Beendigung der Betreuung an weiterführende Strukturen vermittelt - vor allem an ärztliche oder psychotherapeutische Praxen (42), vollstationäre Rehabilitationseinrichtungen (33), Institutsambulanzen (22) oder Selbsthilfegruppen (21). Dieser Anteil muss größer werden, was natürlich entsprechende Aufnahmekapazitäten voraussetzt.
- Insgesamt 60 Prozent der betreuten Personen verlassen die Behandlung mit der Situationseinschätzung "erfolgreich" oder "gebessert". In Loitz fällt diese Erfolgsquote mit 80 Prozent noch besser aus, in Wolgast hingegen abgeschwächer mit 42 Prozent. Bei Personen mit der Hauptdiagnose Alkohol beläuft sich die kreisweite Erfolgsquote auf insgesamt 62 Prozent.

Die Notwendigkeit, den genannten und weiteren sozialen Schief lagen entgegen zu wirken besteht als übergeordnete gesellschaftliche Herausforderung, um menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen.

Eine soziokulturelle Atmosphäre, in der sich das Einzelwesen in seiner Einmaligkeit als aufgehoben, anerkannt und zu selbstbestimmter Entwicklung befähigt und veranlasst empfindet, erzeugt am ehesten den Grad an Resilienz, der erforderlich ist, um Selbstgefährdungen im Hinblick auf Suchtverhalten, seien sie durch Veranlagung oder durch äußere Umstände verursacht, wenigstens zu mindern.

Aus der derzeitigen Zusammensetzung der Klientel der Suchtberatungsstellen lassen sich künftige Bedarfe in den Beratungsstellen an Hand der Bevölkerungsprognosen für die Nutzer der Beratungsstellen grob ableiten, worauf unter Punkt 5.3 und 7. näher eingegangen wird.

Die belastbaren Daten, die für das Jahr 2018 vorliegen, führen zu keinen anderen Schlussfolgerungen als die Daten des Jahres 2016.

Arbeit und Beschäftigung²⁶

Auf Grund der sozialintegrativen und damit präventiven Wirkung der Teilhabe am Arbeitsleben sind Beschäftigungsangebote für Betroffene in unsere Betrachtung einzubeziehen. Sofern eine Beschäftigung auf dem Ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bzw. –gefährdungen nicht, noch nicht oder nicht mehr in Betracht kommt, greifen die sozialrechtlichen Möglichkeiten des SGB II, IX oder XII. Entsprechende Instrumente halten vor allem die Jobcenter vor, aber auch das Bundesteilhabegesetz (SGB IX n.F.) eröffnet Möglichkeiten bezahlter Beschäftigung für Menschen mit Beeinträchtigungen durch Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und andere Anbieter.

Maßnahmen der Arbeits- und Belastungserprobung der Jobcenter (JC) zielen darauf ab, langzeitarbeitslose suchtkranke Menschen oder Menschen mit einem auffälligen Alkoholkonsum nachhaltig zu motivieren, wenn nötig einer Beratungs- und Behandlungsstelle zuzuführen und nach entsprechender Belastungserprobung in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Grundlage ist der vom JC in der Regel für ein halbes Jahr vergebene Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein (AVGS). Seine Geltungsdauer ist abhängig von der Maßnahme. Die Hilfebedürftigen können die Maßnahme auswählen. Verlängerungen der Laufzeit sind möglich.

Darüber hinaus initiiert das Land Mecklenburg-Vorpommern aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds ein Gesundheitsprojekt, das durch die Jobcenter koordiniert und beworben wird. Hilfebedürftige sollen an die jeweils richtigen Stellen verwiesen werden: Kassen, Physiotherapien, Fitnessstudios, Therapeuten, Kliniken usw.. Behandlungs- oder Betreuungskosten werden durch den Eingliederungstitel der JC oder durch die Kassen übernommen.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe hat eine solche Zusammenarbeit der Jobcenter mit medizinischen und therapeutischen Facheinrichtungen bereits eine längere Tradition. Die Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) bieten seit 2007 den SGB-II-Behörden auf dem Gebiet des heutigen Landkreises Vorpommern-Greifswald ihre Leistungen auch in Form eines Konsiliardienstes an. Dadurch können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter vergleichsweise unkompliziert im Umgang mit schwierigen Klienten beraten werden. Bei Unsicherheiten zu konkreten Festlegungen in der Eingliederungsvereinbarung ist die Beratungsstelle schneller zu erreichen. Die Klienten werden direkt vom Fallmanager bzw. der Fallmanagerin überwiesen oder gemeinsam mit diesen beraten. Ein neuerlicher Anlauf zu einer unbekanntem Einrichtung entfällt, die Schwelle zur Inanspruchnahme sinkt. Im Rahmen dieser Schnittstellenarbeit findet eine erste Einschätzung zum Leistungsbild der Betroffenen statt. In dieser Kontakt- und Clearingphase, die fünf bis acht Einzelgespräche beinhaltet, werden weiterführende Informationen durch Kooperationspartner wie behandelnde Ärzte, Psychiater, medizinische Dienste u.a. eingeholt.

Diese zusätzlichen niederschweligen Beratungsangebote stellen eine zukunftsweisende Kooperation zwischen ambulanter Suchthilfe, beruflicher Weiterbildung und Jobcenter dar. Durch Nutzung von Synergien konnten Verfahrensabläufe optimiert, Suchtkranke schneller erreicht und bestehende Ressourcen besser genutzt werden. Die Verbindung von externem sozialen Druck und motivierender Beratung konnte somit konstruktiver erfolgen, die Jobcenter wurden verstärkt für Suchtprobleme sensibilisiert.

Aktuelle Projekte beim JC Nord

Das CJD betreibt in Altwigshagen das Projekt „Kompass“ mit Arbeitsaufgaben am Gutshaus und in der Forst mit bis zu 8 Personen. Fahrdienst und sozialpädagogische Betreuung stehen zur Verfügung.

²⁶ Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes sind modellhaft neue Möglichkeiten präventiv möglich, d. h. Ziel ist es die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Des Weiteren soll es ein „Budget für Arbeit“ geben, das Lohnkostenzuschüsse beinhaltet.

In Anklam (Schülerberg) prüft und fördert die Caritas Vorpommern die Leistungsfähigkeit von bis zu 24 Personen. Im Rahmen komplexer Problematiken bezieht sich dies auch auf Menschen mit Suchtproblemen.

In beiden Projekten gibt es Motivationsprämien, wenn vereinbarte Ziele erreicht wurden (bis 110€ im Monat).

Ein weiteres Arbeitserprobungsprojekt findet bei der ABS in Greifswald-Eldena in Kooperation mit der Johanna- Odebrecht- Stiftung statt.

Aktuelle Projekte beim JC Süd:

Die Caritas Vorpommern unterhält in Pasewalk den „Holzhof“. Schwerpunkt ist die Arbeit mit zehn alkoholbelasteten Personen im Rahmen einer Arbeitserprobung nach §45 SGB III. Dieses Objekt wird zugleich von Besuchern der Tagesstätte in Pasewalk als Zuverdienstmöglichkeit genutzt. In der Bahnhofstraße in Pasewalk werden zusammen mit dem Brückenbauer e.V. eher Jüngere betreut. Arbeitsbereiche sind Küche, Holzbearbeitung, grüner Bereich, Hilfen für Menschen mit Behinderungen (z.B. Stütze bei der Reittherapie). Beide Maßnahmen zusammen umfassen 27 Plätze. Darüber hinaus vermittelt die Caritas Praktika in Betrieben.

Das Blaue Kreuz in Eggesin organisiert das Projekt „Ja, du kannst!“, mit Arbeitsangeboten im grünen Bereich, bei Umzügen, Renovierungen, Küche, Garten, Kleintierhaltung. Es umfasst 18 Plätze. Die sozialpädagogische Betreuung findet in Kooperation mit der AWO Uecker-Randow statt.

Das Integrationsprojekt „Kompass“ für Jugendliche und Erwachsene aus schwierigen Verhältnissen (inkl. Suchtmittelmissbrauch) wird vom CJD auch in Torgelow und Ueckermünde durchgeführt. Es umfasst 16 Plätze.

Inwiefern diese Projekte künftig weitergeführt werden können, hängt von der Entwicklung des Eingliederungstitels der Jobcenter ab.

Zuverdienstmöglichkeiten sind ein gemeindenahes und niedrigschwelliges Angebot für Personen, die gemäß §8 SGB II die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes gegenwärtig nicht erfüllen, deren Lebensunterhalt durch Rente, Sozialhilfe oder anderweitiges Einkommen gesichert ist, die keinen Zugang zu Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation haben, aber selbst einige Stunden am Tag sinnvoll tätig sein möchten oder bei denen geregelte Tätigkeit förderlich für die Persönlichkeitsentwicklung ist. Diese Arbeiten erfordern keine speziellen Vorkenntnisse oder bereits vorhandene Fertigkeiten. Damit eignen sie sich insbesondere für die Förderung psychisch kranker, einschließlich suchtkranker Menschen.

Zuverdienstangebote richten sich an psychisch erkrankte Menschen, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen und auch die regelmäßigen Arbeitszeiten in einer Werkstatt für behinderte Menschen nicht erfüllen können oder wollen.

Zuverdienstangebote bieten die Möglichkeit, wenige Stunden pro Woche zu arbeiten. Viele Angebote sind sehr niederschwellig und unverbindlich, andere stellen höhere Anforderungen an die Arbeitszeit und die Zuverlässigkeit.

Es gibt bundesweit sehr unterschiedliche Zuverdienstangebote, eine einheitliche Regelung zur Finanzierung und inhaltlichen Ausgestaltung existiert noch nicht. Für viele psychisch erkrankte Menschen sind sie eine wichtige erste Einstiegsmöglichkeit in Arbeit.

Während Zuverdienstregelungen nach §11b SGB II etwas großzügiger geregelt sind, ist diese Möglichkeit nach dem SGB XII für die davon Betroffenen meist nicht attraktiv. Nach § 82 Abs. 3 SGB XII bleiben 30 Prozent des Einkommens auf Leistungen zum Lebensunterhalt anrechnungsfrei. Dieser Betrag darf den halben Regelbedarf der Stufe 1 nicht übersteigen (etwas weniger als 200 Euro). Da solche Einkünfte nur selten erreicht werden, besteht das Problem, dass die anrechnungsfreien Beträge zu gering ausfallen. Bei einem Einkommen von 100 Euro bleiben 30 Euro anrechnungsfrei. Andererseits öffnet § 82 Abs. 3 Satz 3 SGB XII, den anrechnungsfreien Betrag: „Im Übrigen kann in begründeten Fällen ein anderer als in Satz 1 festgelegter Betrag vom Einkommen abgesetzt werden.“ Diese Regelung setzt

jedoch eine Einzelfallprüfung, voraus.²⁷ Da eine realitätsnahe Neuregelung dieser Bestimmung des SGB XII zurzeit nicht in Sicht ist, bieten Träger des Öfteren alternative Stimulationsmittel an, wie z.B. Aufwandsentschädigungen oder Abgabe von durch Eigenversorgungstätigkeiten eingesparten Verpflegungsgeldern als Taschengeld. So reduzieren z.B. Bewohner der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften der AWO Uecker-Randow in Pampow und Rosenthal ihre planmäßigen Verpflegungskosten durch Gartenbau und Kleintierhaltung von monatlich 200 auf 135 Euro und erhalten den Gewinn als zusätzliches Taschengeld ausgezahlt.

Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Im Umfeld der SBB und oft mit deren fachlicher Unterstützung arbeiten zahlreiche Selbsthilfegruppen und Initiativen. Alle Suchtberatungsstellen verstehen sich als Ansprechpartner für die Kontaktaufnahme. Insgesamt wird die Selbsthilfe- und Angehörigenarbeit im Landkreis von elf Organisationen getragen. Im Landkreis Vorpommern-Greifswald gibt es insgesamt 38 Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Die Kontaktdaten sind als Anlage 4 ausgewiesen.

Kinder- und Jugendschutz

Unter "Kinder- und Jugendschutz" wird eine Vielzahl von Regelungen und Maßnahmen verstanden, die dazu beitragen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Junge Menschen haben Anspruch auf eine gesunde geistige, körperliche und psychische Entwicklung sowie auf Schutz vor körperlicher und seelischer Vernachlässigung, Misshandlung und vor sexuellem Missbrauch.

Mögliche Gefährdungen sind in den unterschiedlichsten Lebensbereichen vorhanden, wie z. B. durch Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum, darüber hinaus auch durch den Missbrauch von Medikamenten, Essstörungen, andere Suchtmittel, Jugendkulturen.

Kinder und Jugendliche sind auch von Gewalt in jeglicher Form bedroht oder betroffen, vor denen sie es zu schützen gilt.

Auf Grund der technischen Entwicklung drohen auch Gefährdungen aus dem Bereich der Medien u. a. durch Internet, Computer und Musik.

Der **erzieherische Kinder- und Jugendschutz** fördert die Lebenskompetenz, Kritikfähigkeit und Eigenverantwortung junger Menschen.

Die Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit, aber auch Teil der Familienbildung umfassen Maßnahmen, die sich an Kinder und Jugendliche, an Eltern, Erzieher und Erzieherinnen und sonstige pädagogisch Verantwortliche sowie an die gesamte Öffentlichkeit richten:

- Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit,
- Aktivierung und Fortbildung von Multiplikatoren,
- Hilfestellung bei der Planung und Durchführung von Projekten zur Sucht- und Gewaltprävention,
- Initiierung bzw. fachliche Begleitung attraktiver Freizeit- und Lernangebote,
- Bereitstellung von Materialien zur Präventionsarbeit zu Themen wie: Medien, Gewalt, Sucht, Sexualität, Weltanschauungen, Konsum, Gesetze/Recht

Im LK V-G wurden im Rahmen der Familienbildung zwei Elternkurse, 27 Begegnungsangebote und 4 Beratungsangebote im Jahr 2017 vorgehalten. Insgesamt wurden 1021 Veranstaltungen mit insgesamt 4449 Teilnehmern durchgeführt.

Im LK V-G gibt es 24 Jugendsozialarbeiter und 59 Schulsozialarbeiter. Darüber hinaus wird in 60 Jugendclubs Jugendarbeit geleistet.

²⁷ <https://mehrzuverdienst.de/Der-Zuverdienst.aspx#jumpAngebote>

5. Bedarfe und Bedarfsentwicklung

Die Zahl der im Landkreis Vorpommern-Greifswald lebenden Menschen mit Abhängigkeits- und Suchtproblemen kann nicht zuverlässig bestimmt werden, da statistisch nur diejenigen erfasst werden, die bereits im Hilfesystem sind, aber nicht jene, die zwar Suchtmittel missbrauchen oder bereits suchtkrank sind und keine Hilfe in Anspruch nehmen. Kreisdaten stehen überwiegend nicht zur Verfügung. Insofern kann man nur in Anlehnung an die bundes- und landesweit erfassten Daten ihre Anzahl in etwa abschätzen.

5.1 Epidemiologische Daten für Deutschland

In Deutschland gibt es mehr als 3,5 Millionen Suchtkranke, davon ca. 1,9 Millionen Arzneimittelabhängige und ca. 1,77 Millionen Alkoholranke.²⁸ 9,5 Millionen konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form.²⁹

Alkohol

Alkoholbezogene Sterbefälle in einem Jahr: etwa 74.000 Todesfälle, die allein durch den Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol verursacht sind

(Die wenigen Berechnungen alkoholbedingter Todesfälle in Deutschland weisen eine **hohe Wahrscheinlichkeit der Unterschätzung** auf, denn meist fließen in die Berechnung der Todesfälle, die allein auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, nur die Diagnosen ein, die zu 100 Prozent auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Dies sind die Todesursachen Alkoholabhängigkeitssyndrom und Leberzirrhose. Quelle: John, U.; Hanke, M. (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37(6), 581-585.

Alkoholbezogene Erkrankungen 2016: Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol war die **zweithäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern** mit 322.608 Behandlungsfällen

22.309 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wurden aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt, das waren 1,8% mehr als im Vorjahr.

Im Jahr 2000 waren es rund 9.500 Behandlungsfälle in diesen Altersgruppen. Dies bedeutet eine **Steigerung von 134,5%** auf das Jahr 2016. Quelle: Statistisches Bundesamt (2017): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016. Wiesbaden.

Volkswirtschaftliche Kosten durch gefährlichen Alkoholkonsum: direkte und indirekte Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland rund 40 Milliarden Euro Quelle: Effertz, T. (2015): Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt a.M.: Lang.

Tabelle: Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen von 18 bis 64 Jahren in Deutschland* und Umrechnung auf die Bevölkerung im L-K V-G

	Gesamt % in D.	Gesamt N in D.
Missbrauch	3,1	1.610.000
Abhängigkeit	3,4	1.770.000

Hinzu kommen noch die Jugendlichen, die einen Missbrauch bzw. eine Abhängigkeit gegenüber Alkohol haben.

*Hochrechnung der Anzahl an Personen mit substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, basierend auf 51.743.922 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2011, Statistisches Bundesamt). KI = Konfidenzintervall Quelle: Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331

²⁸ Jahrbuch Sucht, 2017

²⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>

Drogen

Sterblichkeit durch Drogenkonsum: Im Durchschnitt sterben **jährlich etwa 1,6 von 100.000 Einwohnern** den Folgen des Drogenmissbrauchs.

Straftaten durch illegale Drogen: deutliche Erhöhung von 2008 bis 2017 um ca. 10.000 Fälle

Tabelle: Rauschgiftdelikte in Deutschland von 2008 bis 2012

Jahr	Gesamt	Jahr	Gesamt
2008	239951	2013	253525
2009	235842	2014	276734
2010	231007	2015	282604
2011	236478	2016	302594
2012	237150	2017	330580

Konsumenten, Missbraucher, Abhängige³⁰

Eine Abhängigkeit von Cannabis, Kokain oder Amphetamin haben in Deutschland nach Hochrechnungen des Epidemiologischen Suchtsurveys insgesamt **319.000 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren**. (95%-KI: 224.000 - 453.000). (Es sind mehr Männer (260.000; 95%-KI: 172.000 - 393.000) als Frauen (58.000; 95%-KI: 32.000 - 105.000) betroffen. Bezogen auf die Gesamtstichprobe erfüllen jeweils 0,5% der Befragten die DSM-IV-Kriterien für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit)

Tabelle: Abhängige Personen von Cannabis, Kokain und Amphetaminen

Abhängige Personen von Cannabis, Kokain oder Amphetamin	Deutschland
	319.000 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren

12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV bei Erwachsenen von 18 bis 64 Jahren* in Deutschland und Schätzung für den LK V-G

	Deutschland gesamt in %
Missbrauch	0,5
Abhängigkeit	0,5

* ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe, Quelle: Pabst, Alexander et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331

Andere Studien machten folgende Aussagen:**Tabelle: Cannabiskonsumenten bei Erwachsenen**

	Deutschland gesamt
Konsumenten	3,11 Millionen
Klinisch relevante Konsumenten	612.000 Personen zwischen 18 und 64 Jahren

Quelle: Epidemiologischen Suchtsurvey 2015

In den jüngeren Altersgruppen lag die Prävalenz höher als bei den älteren.

„...gaben insgesamt 7,3 % der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 15,3 % der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. ... In der Altersgruppe der jungen Erwachsenen war die 12-Monats-Prävalenz der jungen Männer (20,6 %) höher als die der jungen Frauen (9,7 %) ... Der Anteil der 12- bis 17-

³⁰ ebenda

jährigen Jugendlichen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist nach einem Rückgang in den Jahren 2004 bis 2011 zuletzt um etwa zwei Prozentpunkte angestiegen. Das Niveau des Jahres 2004 wurde damit aber noch nicht wieder erreicht. Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren stieg die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums seit 2008 an und lag 2015 wieder auf dem Niveau von 2004. Die Entwicklung verlief in beiden Altersgruppen für die männlichen und weiblichen Befragten ähnlich. (Drogenbeauftragte 2017, S. 52).“

Im Unterschied zum Cannabiskonsum fallen die Prävalenzwerte für andere illegale Drogen wie Crystal Meth, Opiate oder die sogenannten neuen psychoaktiven Stoffen wesentlich geringer aus, dürfen aber auf Grund ihrer Wirkung im Einzelfall keineswegs verharmlost werden. (Drogenbeauftragte 2017, S. 54ff.).

Rauchen

Jährliche tabakbedingte **Sterbefälle: Ca. 121.000** ³¹

Volkswirtschaftliche Kosten: In Deutschland kostet das Rauchen die Gesellschaft jährlich rund **80 Milliarden Euro**. Davon sind etwa ein Drittel Kosten für das Gesundheitssystem (direkte Kosten) und zwei Drittel Kosten für die Volkswirtschaft durch Produktionsausfälle und Frühverrentung (indirekte Kosten).³²

Tabak

Raucherquote: Nach den aktuellsten Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015, die sich auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung beziehen, rauchen 31% der Männer und 26% der Frauen, ins-gesamt etwa 29 % dieser Bevölkerungsgruppe. Hinzu kommen noch die jugendlichen Raucher.

Das Robert- Koch Institut äußert sich dazu wie folgt:

„Seit Beginn der KiGGS-Studie (2003 – 2006) ist der Anteil der 11- bis 17-Jährigen, die rauchen, von 21,4 % auf 12,4 % (2009 – 2012) und schließlich auf 7,2 % (2014 – 2017) zurückgegangen.“³³

Tabelle: Raucher in verschiedenen Altersgruppen in Deutschland und im LK V-G

Alter	Deutschland*	
	Männer %	Frauen %
18-29 Jahre	35	28
30-39 Jahre	39	29
40-49 Jahre	30	26
50-59 Jahre	28	26
60-69 Jahre	20	13
ab 70 Jahre	7	5
18-29 Jahre	35	28

*Quelle: Kuntz, B. et al. (2018): Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2018. Lengerich: Pabst Science Publishers.

In Gegenden, wo relativ viele Menschen mit einem niedrigen bis mittleren sozialen Status leben, wird der prozentuale Anteil an Rauchern noch höher sein als anderswo.

³¹ Im Jahr 2013, Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Rauchverhalten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

³² Quelle:

https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas_auf_einen_Blick-Zahlen_und_Fakten.pdf

³³ Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Rauchverhalten_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile

Tabelle: Anteil der Raucher nach Altersgruppen und Sozialstatus³⁴ in Deutschland³⁵

Alter	Niedrig		Mittel		Status	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
18-29	41%	36%	35%	30%	25%	15%
30-44	50%	40%	36%	29%	26%	16%
45-64	40%	32%	28%	25%	20%	15%
65 und älter	10%	5%	9%	7%	9%	7%

Quelle: Kuntz, B. et al. (2018): Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

Einige Wirkungen des Nikotins	Einige gesundheitliche Folgeprobleme
Steigerung der Aufmerksamkeit und Konzentration	unspezifische Herz- und Kreislauffunktionsstörungen,
Dämpfung von Angst, Wut und Aggressionen	eine erhöhte Infektanfälligkeit
Entspannung bei Stress und Nervosität	vorzeitige Hautalterung und Faltenbildung
Minderung der Schmerzempfindlichkeit	Rückenschmerzen
Dämpfung von Hungergefühlen	ein deutlich erhöhtes Risiko für Potenzprobleme bei Männern
Entspannung der Muskulatur	bei Frauen ein vorgezogener Eintritt der Wechseljahre
Abbau von Müdigkeit	die Gedächtnisleistung, das Gehör und der Sehsinn können durch das Rauchen Schaden nehmen
	Das Krebsrisiko von Raucherinnen und Rauchern ist insgesamt etwa verdoppelt, durch starkes Rauchen steigt es bis auf das Vierfache*
	einer der Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Arteriosklerose

Medikamente - Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit³⁶

Es wird geschätzt, dass durch Langzeitanwendung in Deutschland etwa **1,2 bis 1,5 Millionen** Menschen abhängig von Tranquilizern und Schlafmitteln sind – vor allem ältere Menschen und darunter vor allem Frauen, weitere etwa 300.000 bis 400.000 Menschen von anderen Arzneimitteln. Dies sind insgesamt rund 1,5- 1,9 Millionen Menschen.

Quelle: Glaeske, G. (2018): Medikamente 2016 - Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2018. Lengerich: Pabst Science Publishers. Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst Science Publishers

Glücksspiel

Anzahl problematischer und pathologischer Glücksspieler* ³⁷

* Ergebnisse aktueller Repräsentativbefragungen (12-Monats-Prävalenz)

	In %	Absolute Zahlen
Problematisches Spielverhalten	0,56%	326.000 Personen
Pathologisches Spielverhalten	0,31%	180.000 Personen

Quelle: BZGA 2018

Insgesamt ist die Glücksspielteilnahme in den letzten 10 Jahren zurückgegangen.

³⁴ Statuskriterien sind: Beruf, Bildung, Vermögen/Besitz, Einkommen, Macht, z. B sich durchzusetzen, etwas zu ändern, <https://karteikarte.com/card/1250938/sozialer-status-und-statuskriterien-begriff-...>

³⁵ Quelle: <http://www.dehs.de/datenfakten/alkohol.html>

³⁶ ebenda

³⁷ Quelle: <http://www.dehs.de/datenfakten/alkohol.html>

- Während bei den Männern der Anteil mit problematischem und pathologischem Spielverhalten seit 2013 leicht zurückgegangen ist, ist der Anteil der Frauen mit problematischem Spielverhalten angestiegen. Dennoch befindet sich dieser Anteil auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.
- Bei den 16- und 17-jährigen Jungen ist seit 2013 ein leichter Anstieg des problematischen Glücksspielverhaltens zu verzeichnen, während bei den Mädchen die Werte weiterhin extrem niedrig sind.“ (Drogenbeauftragte 2018, S. 114)

Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Die **Drogenaffinitätsstudie** 2015 zeigt auf, dass sich die Computerspiel- und Internetabhängigkeit unter männlichen und weiblichen **12- bis 17jährigen** Jugendlichen von 2011 bis 2015 statistisch signifikant erhöht hat.

Bei **5,8 Prozent** dieser Altersgruppe sei von einer Computerspiel- oder Internetabhängigkeit auszugehen. Mädchen sind mit 7,1 Prozent stärker betroffen als die Jungen (4,5 Prozent).

Unter den **18- bis 25jährigen** ist die Computerspiel- oder Internetabhängigkeit mit insgesamt **2,8 Prozent** geringer verbreitet als unter Jugendlichen (Drogenbeauftragte 2017, S. 62).

5.2 Daten für Mecklenburg-Vorpommern

Alkohol

Alkoholbedingte Sterbefälle. in den letzten vier Jahren jeweils rund 600 Menschen; unter den Todesursachen waren es vor allem die alkoholischen Leberkrankheiten und die psychischen und Verhaltensstörungen

Tabelle: Sterbefälle durch alkoholbedingte Krankheiten in Mecklenburg-Vorpommern

Jahr	absolut	je 100.000 Einwohner
2012	599	37,4
2013	595	37,2
2014	541	33,9
2015	608	37,9

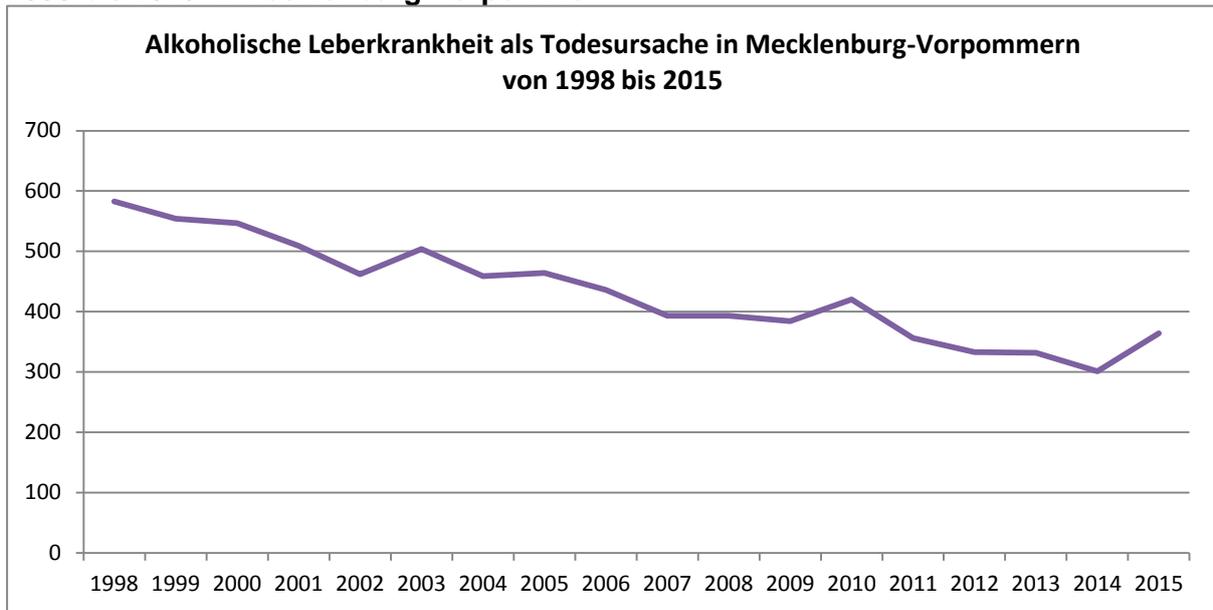
Quelle: GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Tabelle: Alkoholbedingte Sterbefälle in M-V 2015 nach Krankheiten

	absolut	je 100.000 Einwohner
gesamt	608	37,9
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	181	11,3
Degeneration des Nervensystems durch Alkohol	5	0,3
Alkohol-Polyneuropathie	4	0,2
Alkoholische Kardiomyopathie	26	1,6
Alkoholgastritis	7	0,4
Alkoholische Leberkrankheit	364	22,7
Alkoholinduzierte akute Pankreatitis	8	0,5
Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis	7	0,4
Toxische Schädigung des Fetus durch Alkohol	6	0,4

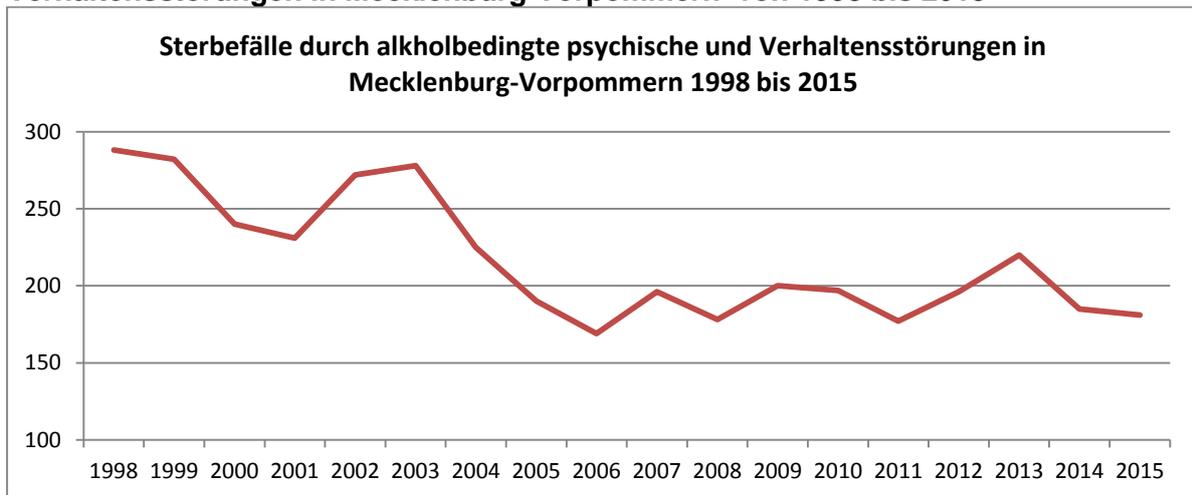
Quelle: GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Grafik: Entwicklung der alkoholischen Lebererkrankung als Todesursache von 1998 bis 2015 in Mecklenburg-Vorpommern



Quelle: GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Grafik: Entwicklung der Sterbefälle durch alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörungen in Mecklenburg-Vorpommern von 1998 bis 2015



Quelle: GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Alkoholbedingte Krankenhausfälle:

Tabelle: Ausgewählte Alkoholkrankheiten in Mecklenburg-Vorpommern von 2000 bis 2016 nach Diagnosen der Krankenhäuser - Fälle absolut

Krankheitsart nach ICD 10	2000	2005	2010	2015	2016
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	10.360	9.750	10.210	9.351	8.819
K70 Alkoholische Leberkrankheit	1.309	1.295	1.393	1.364	1.301
T51 Toxische Wirkung von Alkohol	158	66	34	16	14
Alkoholbedingte Krankheiten gesamt	12.203	11.413	12.366	11.524	10.835

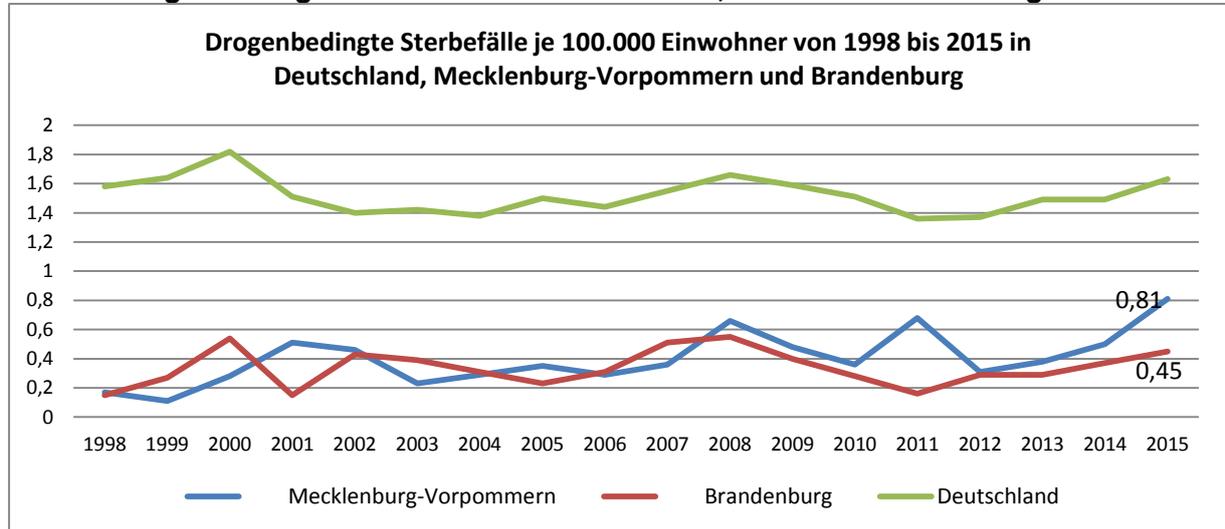
Quelle: Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Von 2000 zu 2016 gestalteten sich die alkoholbedingten Krankenhausfälle insgesamt rückläufig. Die Alkoholische Lebererkrankung war im Jahr 2016 allerdings in etwa auf dem Niveau des Jahres 2000.

Drogen

Sterbefälle durch Drogen in M-V 2015: 0,81 je 100.000 Einwohner – Tendenz steigend

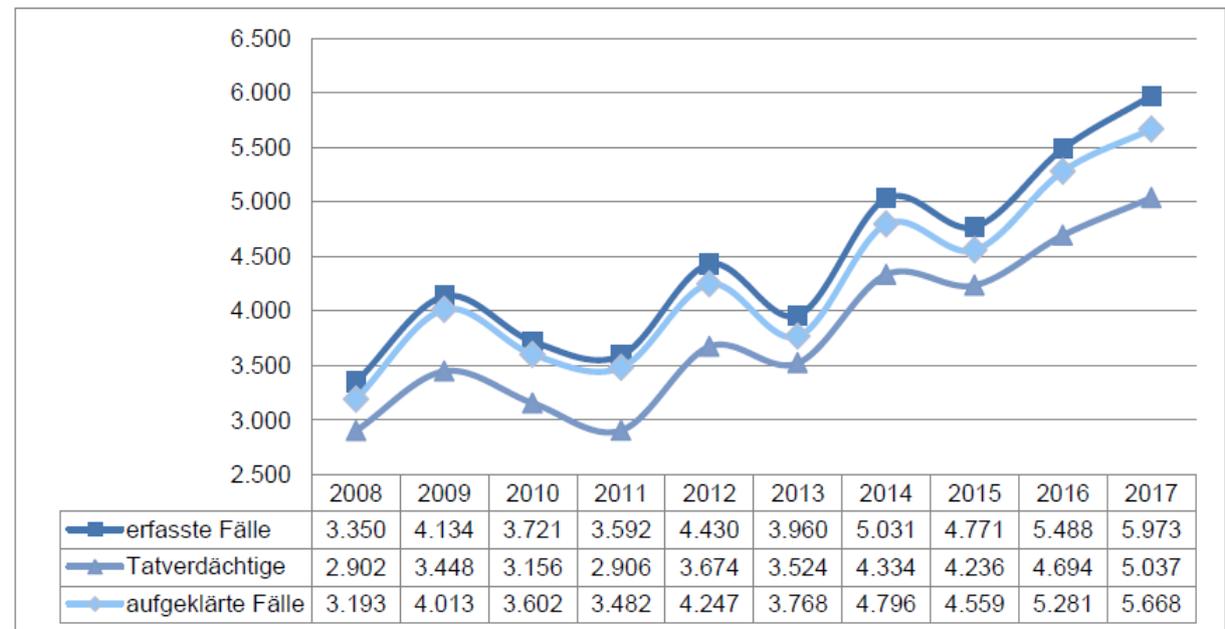
Grafik: Drogenbedingte Sterbefälle in Deutschland, M-V und Brandenburg



Quelle: GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Im Bereich von Drogenmissbrauch und Drogensucht spielt auch der Fakt einer Kriminalitätsentwicklung eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Grafik: Langzeitentwicklung „Rauschgiftkriminalität“³⁸ in M-V



Quelle: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1598959

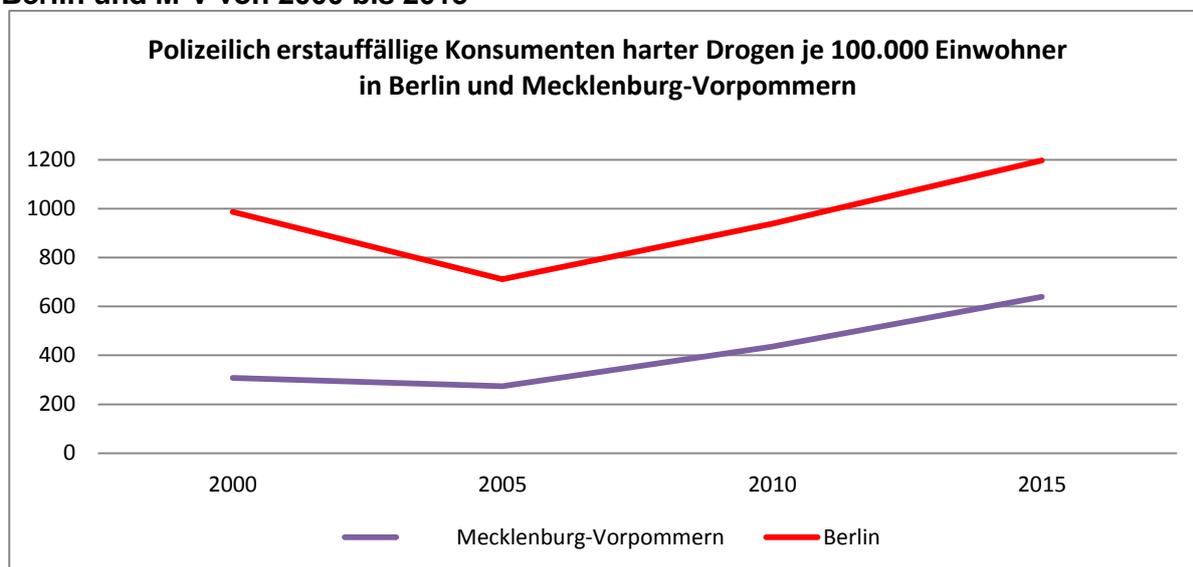
³⁸ Ab Berichtsjahr 2017 wurde im Summenschlüssel zusätzlich der Schlüssel 735000 aufgenommen. Eine Vergleichbarkeit zum Vorjahr ist somit nur bedingt möglich. Der betroffene Schlüssel ist kursiv dargestellt.

„Für das Jahr 2017 weist die PKS in Mecklenburg-Vorpommern 5.973 Rauschgiftdelikte aus. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Anstieg um 485 Fälle bzw. 8,8 %. Dieser Anstieg resultiert überwiegend aus der Zunahme der Fallzahlen der allgemeinen Verstöße nach § 29 BtMG von 4.691 auf 5.148 um 457 Fälle (9,7 %) sowie dem illegalem Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften um 62 Fälle (von 361 auf 423 Fälle).“³⁹

„Die Rauschgiftkriminalität umfasst im Summenschlüssel neben den Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz auch die direkte Beschaffungskriminalität. In den letzten 10 Jahren zeigte sich eine steigende Tendenz. Die Entwicklung der Fallzahlen dieses Summenschlüssels wird mit einem Anteil von 86,2 % maßgeblich durch die allgemeinen Verstöße gemäß § 29 BtMG bestimmt.“⁴⁰

Polizeilich bekannter Erstkonsum harter Drogen seit 2005 in Mecklenburg-Vorpommern bis 2015 deutlich steigend; von 700 Fällen je 100.000 Einwohner auf 1.200 Fälle je 100.000 Einwohner

Grafik: Entwicklung der polizeilich erstauffälligen Konsumenten harter Drogen in Berlin und M-V von 2000 bis 2015



Quelle: GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Rauchen

Raucherquote:

Mecklenburg- Vorpommern hat die höchste Raucherquote in Deutschland.

41 % der Männer und 27 % der Frauen rauchen in M-V.⁴¹

Todesfälle durch Rauchen in M-V: 21,7 % der männlichen Sterbefälle und 7,2 % der weiblichen Sterbefälle.

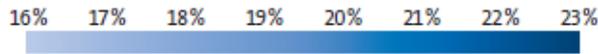
³⁹ Quelle: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1598959

⁴⁰ Quelle: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1598959

⁴¹ <https://www.svz.de/regionales/mecklenburg-vorpommern/mv-mit-hoechster-raucherquote-id16941916.html>

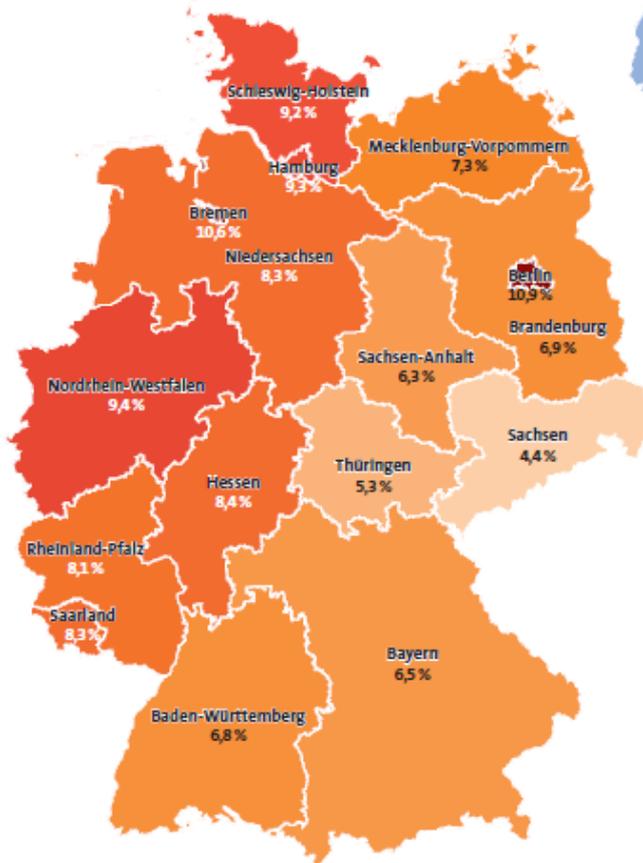
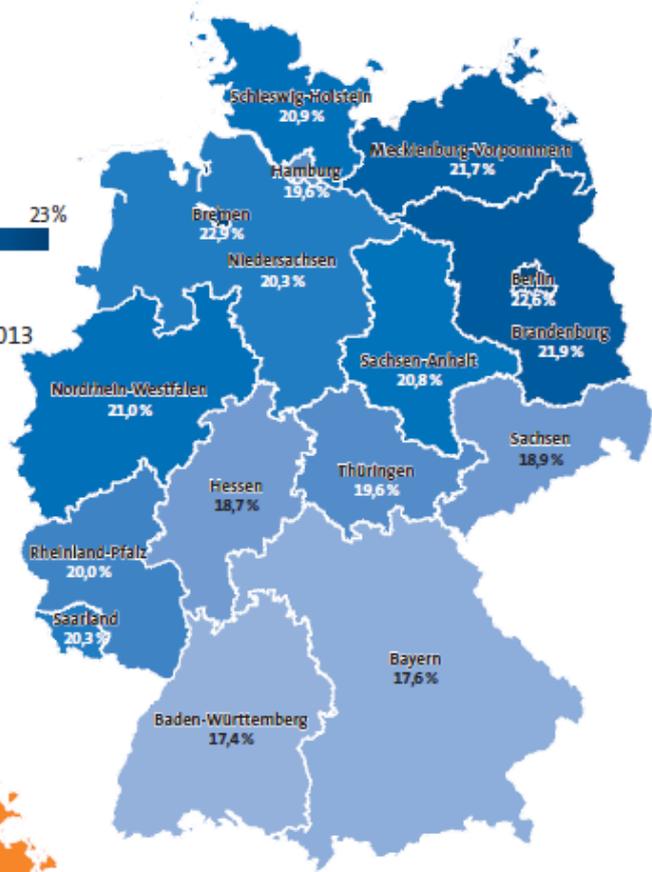
Siehe Raucheratlas Deutschland und Bundesländer 2013 auf der nachfolgenden Seite.

Von den im Jahr 2013 gestorbenen Männern sind



der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.

Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013



Von den im Jahr 2013 gestorbenen Frauen sind



der Todesfälle durch das Rauchen bedingt.

Daten: Mikrozensus 2013, Todesursachenstatistik 2013

Anteile der durch Rauchen bedingten Todesfälle bei Männern und bei Frauen an Gesamttodesfällen in den Bundesländern

5.3 Schätzung für den **Landkreis Vorpommern-Greifswald**

Anhaltspunkte zur möglichen Verbreitung der verschiedenen Suchtprobleme im Kreisgebiet liefern überregionale Studien und Monitoring Systeme. Es ist anzunehmen, dass die bundes- und landesweiten Trends sich auch regional widerspiegeln. Die soziale Situation im LK V-G stellt sich anhand der verfügbaren Sozialindikatoren etwas angespannter dar als im Land M-V (siehe Seite 11) und in M-V ist sie wiederum kritischer als in Deutschland insgesamt.

Tabelle: Schätzungen zur aktuellen Verbreitung von Suchtverhalten und Suchtmittelgebrauch im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Suchtmittel, Verhaltensmerkmale und Folgen	Anzahl der betroffenen Personen
Alkohol	
Riskanter Alkoholkonsum	ca. 37.800
Geschätzte Krankenhausaufenthalte durch Alkohol	ca. 1.500 pro Jahr
Geschätzte Todesfälle durch Alkohol	ca. 90 pro Jahr
Drogen	
Erwachsene Cannabiskonsumenten ⁴²	ca. 8.000
Klinisch relevante Konsumenten: zwischen 18 und 64 Jahren ⁴³	ca. 1.700
Rauschgiftkriminalität (2017) ⁴⁴ - erfasste Fälle	624
Tatverdächtige (2017) – erfasste Fälle ⁴⁵	546
Abhängige Personen von Cannabis, Kokain und Amphetaminen im Alter von 18 bis 64 Jahren	ca. 1.000
12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch (18 bis 64 Jahre)	ca. 730
12-Monats-Prävalenz von Cannabisabhängigkeit (18 bis 64 Jahre)	ca. 730 ⁴⁶
Geschätzte Todesfälle durch Drogen	ca. 0 bis 2 pro Jahr
Rauchen	
jugendliche Raucher (11 bis 17 Jahre)	ca. 950
Erwachsene Raucher (18 bis 64-Jährige)	ca. 48.000
Geschätzte Todesfälle an den Folgen von Rauchen	ca. 440 pro Jahr
Medikamente	
Medikamentenabhängigkeit	ca. 4.000
12- Monats- Prävalenz von Glücksspiel	
Problematisches Spielverhalten in der Altersgruppe der 60 bis 70 jährigen	ca. 930
Pathologisches Spielverhalten in der Altersgruppe der 60 bis 70 jährigen	ca. 520
Computerspiel- und Internetabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen	
im Alter von 12 bis 17 Jahren	ca. 640
Im Alter von 18- bis 25 Jahren	ca. 420

Studie der DAK-Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters:

- 22 % streiten manchmal oder (sehr) häufig mit den Eltern wegen der Nutzung sozialer Medien
- 23 % geben an, wegen der Nutzung sozialer Medien manchmal oder (sehr) häufig zu wenig zu schlafen
- 8 % pflegen den Kontakt zu Freunden ausschließlich über soziale Medien (Drogenbeauftragte 2018 S. 108).

⁴² In den jüngeren Altersgruppen lag die Prävalenz höher als bei den älteren. Die Zunahme von Cannabiskonsum unter jungen Menschen seit 2011 (vgl. Drogenbeauftragte 2018 S. 86) wird auch von den Fachkräften im Landkreis Vorpommern-Greifswald wahrgenommen.

⁴³ Epidemiologischen Suchtsurvey 2015

⁴⁴ Polizeiliche Kriminalstatistik für das Land Mecklenburg-Vorpommern 2017

https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1598959

⁴⁵ ebenda

⁴⁶ ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe, Quelle: Pabst, Alexander et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331

Studie der Rheinischen Fachhochschule Köln in Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BLIKK (Bewältigung, Lernverhalten, Intelligenz, Kompetenz, Kommunikation) 2017

- 70 % der Kinder im Kita-Alter benutzen das Smartphone ihrer Eltern mehr als eine halbe Stunde täglich
- 69,5 % der 2- bis 5-Jährigen können sich weniger als zwei Stunden selbständig ohne die Nutzung von digitalen Medien beschäftigen
- Bei denjenigen, die intensiv digitale Medien nutzen, zeigt sich in allen untersuchten Altersgruppen eine motorische Hyperaktivität
- Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr finden sich vermehrt Sprachentwicklungsstörungen
- Wird eine digitale Medienkompetenz nicht frühzeitig erlernt, besteht ein erhöhtes Risiko, den Umgang mit den digitalen Medien nicht kontrollieren zu können (Drogenbeauftragte 2017, S. 66).“

Tabelle: Auswirkung der Bevölkerungsentwicklung auf den voraussichtlichen Versorgungsbedarf der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB)

Altersgruppe	Ist-Daten				Prognose	
	2014	2015	2016	2017	2020	2025
Nutzer						
unter 15 Jahre	28.099	28.695	28.858	29.103	29.004	28.685
Anteil der unter 25jährigen Nutzer von DSBB an ihrer Altersgruppe in Prozent	0,05	0,04	0,02	K A.	0,02	0,02
Nutzer der SBB absolut	15	14	7	K A.	6	6
15 bis unter 20 Jahre	8.470	8.932	9.319	9.364	9.277	9.679
Anteil der unter 15 bis unter 20jährigen Nutzer von DSBB an ihrer Altersgruppe in Prozent	1,1	1,2	1,2	K A.	1,2	1,2
Nutzer der SBB absolut	97	109	115	K A.	111	116
20 bis unter 60 Jahre	127.472	125.483	122.304	120.275	113.944	104.467
Anteil der 25 bis unter 60jährigen Nutzer von DSBB an ihrer Altersgruppe in Prozent	1,5	1,6	1,6	K A.	1,6	1,6
Nutzer der SBB absolut	1.851	1.980	1.901	K A.	1.823	1.767
60 Jahre und älter	73.656	75.248	76.893	78.324	82.021	86.087
Anteil der über 60jährigen Nutzer von DSBB an ihrer Altersgruppe in Prozent	0,2	0,2	0,2	K A.	0,2	0,2
Nutzer der SBB absolut	132	166	159	K A.	164	173
Nutzer mit unbek. Alter	1	5	2	K A.	3	3
Gesamt-Nutzer	2.096	2.274	2.183	K A.	2.107	2.064

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage von Daten des Statistischen Amtes MV (für bisherige reale Entwicklung), der GGR für Bevölkerungsprognose und der EBIS-Daten 2014 bis 2016 der DSBB im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Die größte Nutzeranzahl in den Suchtberatungsstellen wurde im Jahr 2015 festgestellt, prognostisch wird die Anzahl der Nutzer sich auf einen Wert zwischen dem des Jahre 2014 und 2016 einpegeln, so dass die Gesamtzahl der Suchttherapeuten, die im Jahr 2014 vorhanden waren, prognostisch vorgehalten werden müssen. Für das Jahr 2017 lagen die EBIS-Daten nicht vor.

5.4 Kinder aus suchtblasteten Familien

-zurückhaltende Schätzung für Deutschland: **mehr als zweieinhalb Millionen, die einen alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil haben**(Die Dunkelziffer dürfte erheblich höher sein)

-die bevölkerungsweite Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ schätzt: **in Deutschland leben bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken** (Drogenbeauftragte, S. 83).

-Kinder von Eltern, die illegale Drogen konsumieren: Schätzungen besagen: dass **etwa 60.000 Kinder von einem opiatabhängigen Elternteil abstammen und teilweise mit diesem zusammenleben**

-keine Zahlen über Kinder , in deren Familien „andere illegale Drogen, wie z. B. Cannabis, Kokain, (Meth-)Amphetamine und neue psychoaktive Substanzen (NPS), oder Medikamente eine Rolle spielen (Drogenbeauftragte, S. 84).“

-**Rauchverhalten in Familien:** ca. **7,9 % aller befragten Eltern** rauchen in ihrer Wohnung in Gegenwart ihres Kindes

-**18,8 Prozent der befragten Jugendlichen** halten sich „täglich oder mehrmals pro Woche in Räumen auf, in denen entweder zu Hause oder außerhalb geraucht wird.... ---Kinder und Jugendliche aus einer niedrigen Statusgruppe⁴⁷ haben 3,7-mal häufiger rauchende Eltern als Gleichaltrige aus einer hohen Statusgruppe.... Entsprechende Unterschiede bestehen auch beim Rauchen der Mütter während der Schwangerschaft“ (Drogenbeauftragte, S. 84).

Folgen für die Kinder:

- gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die Gefahr der Übertragung der Abhängigkeit auf die Kinder
- Erfahrungen sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung
- häufig müssen diese Kinder alltägliche Aufgaben des suchtkranken Elternteils übernehmen, was z.B. einen unregelmäßigen Schulbesuch führen kann

„Betroffene Kinder haben oft das Gefühl, nicht „normal“ zu sein. Sie schämen sich deshalb und fühlen sich als Außenseiter. Dies verleitet die Kinder dazu, zu versuchen, ihre Situation vor anderen geheim zu halten, zu lügen oder Phantasiegeschichten zu erfinden.... Dadurch können auch Realitätsflucht und -verlust entstehen. (Drogenbeauftragte, S. 83).“

Lebenssituation alkoholbelasteter Familien:

Sie sind stärker von Arbeitslosigkeit betroffen, ihr sozioökonomischer Status sei niedriger als in Familien ohne Suchtblastung. Ihre Kinder zeigen „schlechtere schulische Leistung als unbelastete Gleichaltrige.“ Sie „leben häufiger in ungünstigen Wohnverhältnissen und schwierigen nachbarschaftlichen Umfeldern.“ Trennungen der Eltern, Verlust oder Inhaftierung eines Elternteils, **Fremdunterbringungen gehören hier zur kindlichen Erlebniswelt** und verursachen instabile Bindungen bis hin zu Traumatisierungen. Mit der Reproduktion des Suchtverhaltens ist u.U. zu rechnen. (Drogenbeauftragte, S.85)

Daher sind im Rahmen der Jugendhilfe und der Psychiatriekoordination alle Maßnahmen zu unterstützen, die die Lebenslagen von Heranwachsenden positiv gestalten, und die Suchtprävention muss im gesamten ländlichen Raum des Landkreises verstärkt durchgeführt werden.

⁴⁷ Statuskriterien sind: Beruf, Bildung, Vermögen/Besitz, Einkommen, Macht, z. B sich durchzusetzen, etwas zu ändern, <https://karteikarte.com/card/1250938/sozialer-status-und-statuskriterien-begriff-...>

5.5 Suchtgefährdung und Alter

Suchtgefährdungen und Suchterkrankungen im Alter werden häufig nicht erkannt und auch nicht angesprochen, obwohl Suchtmittelgebrauch und Missbrauch von Alkohol und Medikamenten gerade im Alter schwerwiegende Folgen haben können, da der Stoffwechsel eines älteren Menschen anders ist als in jüngeren Jahren. Auch eine vorzeitige Pflegebedürftigkeit kann damit hervorgerufen werden.

Tabelle: Alkoholkonsumklassen nach Alter und Geschlecht in Deutschland:

	Abstinente Lebende in %	Risikoarm Konsumierende in %	Risikant Konsumierende in %
insgesamt	19,4	53,5	27,2
Frauen gesamt	24,9	53,0	22,1
45 – 64 Jahre	21,1	57,5	21,4
ab 65 Jahre	33,2	48,3	18,5
Männer gesamt	13,5	54,0	32,6
45 – 64 Jahre	13,6	54,5	31,9
ab 65 Jahre	16,8	56,2	27,0

Schädlicher Alkoholkonsum bei über 75-Jährigen:

Frauen mehr als 40g reinen Alkohols: 0,5 % der Befragten

Männer mehr als 60g reinen Alkohols: 1,2 % der Befragten

Bei Menschen in der stationären Altenhilfe sind Alkoholprobleme überdurchschnittlich häufig.

Alkoholbezogene Störungen können sein:

- Sturz, insbesondere wiederholte Stürze
- kognitive Defizite: mangelnde Konzentration, nachlassende geistige Leistungsfähigkeit, mangelnde Aufmerksamkeit
- Interessellosigkeit/Interessenverlust
- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- Durchfälle
- Schwindel
- Gesichtsröte
- Tremor (Zittern)
- Appetitverlust
- Fehlernährung
- Voralterung

Problematischer Medikamentenkonsum im Alter, Daten für Deutschland:

- kommt in den Altersgruppen ab 40 Jahren häufiger vor als in jüngeren Kohorten.
- Befragung im Jahr 2012: 1,2 % der 60 bis 64-Jährigen nahmen täglich Schlafmittel
1,5 % der 60 bis 64-Jährigen nahmen täglich Beruhigungsmittel
Ca. 6 % bis 8 % der 60 bis 64-Jährigen nahmen gelegentlich Schlaf- und Beruhigungsmittel ein, obwohl viele davon ein hohes Suchtpotential aufweisen. Die Verordnungszahlen dieser Medikamente bei den über 65-Jährigen liegen noch deutlich höher.

Medikamentenbezogene Risiken und Störungen:

- Sturz, insbesondere wiederholte Stürze
- kognitive Defizite: mangelnde Konzentration, nachlassende Leistungsfähigkeit, mangelnde Aufmerksamkeit
- Interessellosigkeit / -verlust
- Rückzug aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen
- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- Schwindel
- Ataxie, motorische Unsicherheit

Aus der Praxis der Suchtkrankenhilfe im **LK V-G** ist bekannt, dass es zunehmend ältere Personen sind, die sich – vor allem auf Grund von Alkoholabhängigkeit - in Behandlung begeben. **Von 2014 bis 2016 ist der Anteil der über 55jährigen Besucher der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) um vier Prozent (102 Personen) gestiegen, der der über 50jährigen um drei Prozent (93 Personen), während der Anteil der mittleren Altersgruppen etwa konstant blieb und es bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen leichten Rückgang gibt.** Es ist zu vermuten, dass der wachsende Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung des Kreises auch ihren Behandlungsbedarf ansteigen lässt. Eine Zusammenschau der bisherigen Trends und der vorliegenden kleinräumigen Bevölkerungsprognose lässt jedoch eher eine kontinuierliche Fortsetzung des jetzigen Zustandes erkennen, was durch die Aufnahmekapazitäten der SBB bedingt sein kann. Die Zahl der über 55jährigen wuchs von 2014 bis 2016 jährlich um etwa 2000 Personen, laut Bevölkerungsprognose nimmt die Zuwachsrate aber nach 2018 ab. Legt man den durchschnittlichen Anteil der über 55jährigen Besucher der Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) an der Gesamtheit ihrer Altersgruppe (0,39 Prozent) zu Grunde, wären voraussichtlich bis 2020 dennoch jährlich weiterhin ca. 400 Personen nur diesen Alters durch die Beratungs- und Behandlungsstellen zu betreuen. Ihr prozentualer Anteil an allen Betreuten (2.100 bis 2.200 Personen) würde sich etwa auf dem jetzigen Level (18 bis 19 Prozent) fortsetzen – gleich bleibende Kapazitäten vorausgesetzt. Diese Betrachtung geht allerdings von den bekannten Fallzahlen aus. Die Dunkelziffer kann durchaus größer sein.

6. Einschätzung des Bedarfs aus Expertensicht

Prävention

Nach Einschätzung von Mitgliedern des Präventionsrates sind die Projekte zur Regionalen Suchtprävention unterfinanziert. Seine Landesfinanzierung in Höhe von 10.000 Euro pro Jahr ist im September eines jeden Jahres verbraucht. Nutzer dieser Ressource sind vor allem Schülerinnen und Schüler – allerdings nach dem Zufallsprinzip. Ein systematisches und kontinuierliches Vorgehen ist aufgrund der Unterfinanzierung kaum möglich. Betriebe oder Seniorenheime werden damit nicht erreicht. Würde die Suchtprävention von der Beratungs- und Behandlungstätigkeit gesondert und hinreichend finanziert werden, wären die bereit stehenden Mittel für Behandlung und Beratung möglicherweise ausreichend.

SGB XII:

Betreutes Wohnen

Die befragten Fachkräfte verweisen übereinstimmend auf eine Zunahme der sogenannten Doppeldiagnosen, also der Verflechtung von Sucht- und psychischen Erkrankungen. Manche ausgewiesene Einrichtung für Suchtkranke berichtet, dass sie sich bereits eher als eine solche für psychisch Kranke entdeckt. Das heißt, dass betreute Wohnformen künftig noch mehr auf beide Problematiken eingerichtet sein müssen, die Grenze also durchlässiger werden muss.

Pflegebedürftige Alkoholiker

Als ein weiterer Trend in der Bedarfsentwicklung wird die Zunahme altersbedingt pflegebedürftiger Alkoholiker gesehen. Übliche Pflegeeinrichtungen sind mit dieser Klientel möglicherweise überfordert und fürchten, durch deren Aufnahme Klienten zu verlieren. Die Alternative könnte sein, dass jetzige Einrichtungen für Alkohol Kranke ihr Angebot in diese ambulante Richtung erweitern. Das neue SGB IX (BTHG) ermöglicht eine solche Verbindung.

SGB V- Bereich:

Entzugs- oder Entgiftungsphase

Diese Phase ist im Wesentlichen auf die Wiederherstellung der Gesundheit gerichtet, findet daher in der Regel in Kliniken statt und liegt damit im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen. In der Verantwortung des Landkreises liegen die Gewährleistung eines

Notfallversorgungssysteme sowie das Angebot an schnell erreichbaren Beratungsmöglichkeiten.

Entwöhnungsphase im Rahmen des SGB XII und SGB IX

Die Entwöhnung schließt an die Entzugsphase an. Sie kann in voll- oder teilstationären Einrichtungen oder ambulant z.B. in betreuten Wohnformen erfolgen. Ihr Ziel ist nicht in jedem Fall die Abstinenz. Ein schrittweise kontrollierter Umgang mit dem Suchtmittel kann ebenfalls der angestrebte Behandlungserfolg sein. Die Unterstützung einer strukturierten, möglichst suchtmittelfreien Tagesgestaltung steht im Zentrum der Aufmerksamkeit der Betreuenden. Allmählich, sollen Leistungsfähigkeit und soziale Kompetenzen entwickelt werden. Die wirksamste Form der Tagesstrukturierung ist die Einbindung in Arbeitsprozesse, durch welche die Fertigkeiten, die Selbstorganisationsfähigkeit, die soziale Integration gestärkt und so Selbstbestätigung erzielt werden kann. In der Phase nach der Entgiftung kann der erfolgreiche Einstieg in geregelte Tätigkeit und Leistungserbringung in vielen Fällen noch nicht erwartet werden. Das teilstationäre Angebot der Tagesstätten bietet hier eine Alternative. Es fordert in erreichbarem und schrittweise ausbaufähigem Maße und sanktioniert Fehlverhalten in „weichen“ Formen. Zurzeit existiert im Landkreis eine einzige Tagesstätte für Suchtkranke mit 20 Plätzen in Pasewalk. Vergleichbare Angebote sind auch für Greifswald und Anklam wünschenswert. In Greifswald existiert eine Tagesstätte für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten nach §67 SGB XII. In diese Klientel fallen zum Teil ebenfalls Menschen mit Suchtproblemen. Tagesstätten für psychisch Kranke existieren z.Z. in größerem Umfang. Eine gleichzeitige Nutzung durch Suchtkranke wird von diesen Einrichtungen konzeptionell ausgeschlossen.

Nachsorge im Rahmen des SGB XII

Bei der therapeutischen Behandlung handelt es sich in der Regel um einen mittel- bis langfristigen ambulanten oder stationären Prozess, dessen nachhaltiger Erfolg nicht garantiert ist. Auch nach vermuteter gelungener Entwöhnungsphase können desolats psychosoziale Umstände einen Rückfall verursachen. Aus Sicht von Beratenden steigen die Rückfallquote und die Medikationskosten. Die heutigen Rehabilitanden seien häufiger krank als vor zehn Jahren. Sollen die kostenintensiv erzielten Therapieerfolge nicht aufs Spiel gesetzt werden, bedarf es eines funktionierenden Systems der Nachsorge. Dazu gehören betreute Wohnformen, Hilfestellungen zur Tagesstrukturierung, angemessene Angebote zur stufenweisen Reintegration in Erwerbsarbeit und ein soziales Netz der Selbsthilfe. Weitere Tagesstätten werden als notwendig erachtet.

Dass in 2016 nur 16 Prozent der Betreuten der SBB in weiterführende Strukturen vermittelt werden konnten, deutet auf einen Engpass der Aufnahmekapazitäten hin. Da die SBB ihren Behandlungserfolg auf etwa 60 Prozent einschätzen, dürfte etwa ein Viertel der Klienten nach Ende der Behandlung unversorgt geblieben sein.

Sonstige Bereiche

Beratende Angebote

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Erweiterungen der aktuellen Behandlungs- und Beratungsangebote mit Blick auf die aktuelle Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wünschenswert ist. Insbesondere ist die Belastung der Mitarbeiter im Raum Pasewalk sehr hoch. Insgesamt darf der jetzige Personalbestand in den Suchtberatungsstellen nicht reduziert werden.

Beschäftigung

„Arbeit und Beschäftigung sind zentrale Lebens- und Teilhabebereiche in unserer Gesellschaft. Somit spielt der Erhalt des Arbeitsplatzes bei berufstätigen wie auch die berufliche Wiedereingliederung bei arbeitslosen, suchtkranken Menschen eine bedeutsame Rolle. Studien zufolge wirkt sich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Ausbildung oder Qualifizierung stabilisierend auf den Erfolg einer Suchthilfemaßnahme aus (DHS, 2017, zit. nach Jahresbericht 17, S.21).“ Zum Zwecke der Heranführung an Erwerbsarbeit tragen die Jobcenter in Kooperation mit freien Trägern Beschäftigungsprojekte für Menschen mit Suchtproblemen. Die Beteiligten erhalten Betreuung und eine Aufwandsentschädigung. Umfang und Dauer solcher Maßnahmen sind abhängig von der Leistungsfähigkeit des Eingliederungstitels und den diesen betreffenden Entscheidungen der Bundesagentur für

Arbeit. Es ist nicht absehbar, wie lange diese Angebote auf dem jetzigen Niveau zu halten sind.

Um an solchen Projekten teilzunehmen, müssen die Beteiligten einen Leistungsanspruch nach dem SGB II mitbringen. Das heißt, sie müssen in der Lage sein, mindestens drei Stunden täglich Arbeiten zu verrichten. Das schließt aber nicht aus, dass sie gleichzeitig Ansprüche nach dem SGB XII haben können. Es liegt nahe, die abzuschließenden Teilhabepläne gemäß dieser Schnittstelle zu gestalten, also Beschäftigungsangebote in Kombination mit tagesstrukturierenden Angeboten und Überlegungen zur Wohnform zu verbinden. Sinnvolle Ziele zu formulieren setzt eine hinreichende Kenntnis des Klienten voraus. Diese gewinnt am ehesten der Träger, der den Klienten in seinem täglichen Verhalten über einen hinreichenden Zeitraum beobachtet und begleitet. Das wirft die Frage auf, zu welchem Zeitpunkt eine solche Zielvereinbarung (ITP) getroffen werden kann und in welcher Form die beteiligten Seiten – hier neben der leistungsberechtigten Person das Jobcenter, das Sozialamt und die betreuenden Träger zusammenfinden.

Selbsthilfegruppen

Ein wichtiges Element der Nachsorge und ihrer Begleitung durch Angehörige ist die Arbeit der Selbsthilfegruppen.⁴⁸ Im Landkreis existiert eine breit gefächerte Struktur der Selbsthilfearbeit, die auf Grund der Freiwilligkeit der Teilnahme allerdings eine hohe Dynamik aufweist. In welcher Weise Selbsthilfegruppen sich neu bilden oder auflösen, entzieht sich weitgehend jeder Steuerung. Lediglich die Träger der Suchthilfe können Einfluss auf Bewegungen in ihrem eigenen Wirkungsbereich nehmen. Auf eine Koordinierungsstelle hat der Landkreis Vorpommern-Greifswald bisher verzichtet. Die Finanzierungsanliegen wurden im Rahmen der Fördermittelvergabe behandelt, woraus ein teilweiser Überblick zu den bestehenden Selbsthilfegruppen gegeben ist. Der Internetauftritt des Landkreises Vorpommern-Greifswald enthält eine Übersicht der Selbsthilfeaktivitäten auf seinem Territorium, die regelmäßig zu pflegen ist.

Planungssicherheit für Hilfeanbieter - Unsicherheiten durch die schrittweise Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und längerfristige Finanzierungsmodalitäten

Sofern die Finanzierung der Angebote nicht durch Versicherungsleistungen gedeckt ist, trägt im Wesentlichen die öffentliche Hand die Kosten. Dies gilt insbesondere für Leistungen der Eingliederungshilfe. Bis 2020 soll das entsprechende Kapitel des SGB XII in das neue SGB IX (Bundesteilhabegesetz) überführt sein. Da diese Überleitung im Detail von Regelungen begleitet sein wird, die selbst erst noch auf Bundes- und Länderebene zu formulieren und zu beschließen sein werden, sind bereits mittelfristige Planungen der Leistungserbringer, aber auch der Kostenträger mit Ungewissheiten verbunden, die bei den Leistungsempfängern Therapieverläufe stören können. So werden z.B. die jetzigen vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Gesetz nicht explizit erwähnt, die allgemeine Orientierung auf vorrangige Ambulantisierung lässt aber Umstrukturierungen erwarten.

Aus den oben beschriebenen Expertenmeinungen, der Datenlage zu Suchterkrankungen, der sozioökonomischen Situation im LK V-G und der Bevölkerungsentwicklung wurde die Maßnahmeplanung für die kommenden Jahre erstellt. (siehe Punkt 7). Einige Sachverhalte werden nicht in dieser Planung berücksichtigt, sondern gehen in andere Planungen wie die Jugendhilfeplanung, die Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderungen, die Pflegeplanung ein.

⁴⁸ Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist natürlich auch in anderen Stadien der Auseinandersetzung der Erkrankung bzw. der Gefährdung möglich.

7. Handlungsempfehlungen und Maßnahmen von 2019 bis 2022

1. Prävention

Das Suchtpräventionskonzept des Kreises muss im Kreishaushalt finanziell untersetzt sein. In allen Sozialräumen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis Präventionsveranstaltungen stattfinden. Des Weiteren ist die Präventionsarbeit auf andere Altersgruppen auszudehnen.

2. Beratungslandschaft

Im Rahmen des Modellprojektes „Neugestaltung der Beratungslandschaft im Landkreis Vorpommern-Greifswald“ wird die enge Verflechtung der Beratungsangebote und die fallbezogene Kooperation der Beratungsfachkräfte in der Gestalt von Beratungszentren systematisiert werden. Diese klientenbezogene Vernetzung beratender Personen wird ergänzt und gestützt werden durch die organisationale Vernetzung der Leistungserbringer und Leistungsträger, welche sich über die Qualitätsstandards der Fallbearbeitung und Formen der Kooperation verständigen. Im Rahmen des Modellprojekts wird die Angemessenheit der territorialen Verteilung der Beratungsangebote unter den Gesichtspunkten der Problemhäufung und Erreichbarkeit zu überprüfen und ggf. neu zu organisieren sein.

Insgesamt fließt durch dieses Projekt mehr Geld in die Beratungslandschaft, und es gibt für die Träger von Beratungsstellen mehr Planungssicherheit als bisher. Während des dreijährigen Modellzeitraums tragen Land und Landkreis jeweils die Hälfte der Kosten (jährlich jeweils 781.160 Euro), welche von Jahr zu Jahr um 2,3 Prozent dynamisiert werden. Standen 2017 zur Förderung der Struktur der Suchtberatungsstellen 616.000 Euro zur Verfügung, die sich Land und Landkreis je zur Hälfte teilen, konnte dieser Betrag auf Grund des neuen Finanzierungsmodells in 2018 auf 689.000 Euro erhöht werden. Der Steigerungsbetrag wurde teils zu fälligen Tarifierungen verwendet, teils zum Ausgleich gestiegener Sachkosten, um einer Erweiterung der Eigenanteile der Träger entgegen zu wirken. Eine Erweiterung der Stellenanteile über die vorhandenen 14,2 Vollzeitstellen hinaus war damit noch nicht möglich. Im Jahr 2019 wird der Förderbetrag auf 705.000 Euro und 2020 auf 721.000 Euro angehoben. Ziel ist es, dass jeglicher und an jeder Stelle des Systems bekannt werdender Hilfebedarf schnell und unbürokratisch an die jeweils kompetente Einrichtung geleitet wird. Die aktuelle Zahl von 14 geförderten Fachkräfte-VZE in den SBB darf auf keinen Fall unterschritten werden.

3. Netzwerkarbeit und Kooperation

Das Netzwerk „Kind-Familie-Sucht“ muss im Interesse des Kindeswohls stabilisiert und in seiner Beratungstätigkeit gegenüber suchtbelasteten Familien unterstützt werden. Die Kooperation von Sucht- und Schwangerschaftsberatungsstellen muss in die langfristige Gestaltung der Beratungslandschaft in Vorpommern-Greifswald aufgenommen werden. Im südlichen Teil des Landkreises sollte die Reaktivierung der Netzwerkkontakte der hier tätigen Akteure angestrebt werden.

4. Integrierte Teilhabeplanung (ITP)

Die zügigere Klärung von Zuständigkeitsfragen in den Bereichen SGB II, SGB VIII und SGB XII ist notwendig. Personen mit gleichzeitigem Leistungsanspruch nach v. g. Gesetzen ist im Rahmen des ITP als Prozess so zu gestalten, dass die Ziele im Rahmen des ITP im Laufe von drei Monaten nach Maßnahmebeginn von allen Beteiligten schrittweise entwickelt werden. Die Leistungserbringer sind angemessen zu beteiligen.

6. Sensibilisierung und Förderung von Handlungskompetenz im sozialen Umfeld

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsamtes (insb. der RSK) und des Präventionsrates sind Entskandalisierung von Suchterkrankungen, sachliche Information und soziale Integration anzustreben. Das betriebliche Gesundheitsmanagements - beispielgebend in der Kreisverwaltung, den nachgeordneten Einrichtungen des Landkreises und in Unternehmen mit kreislicher Beteiligung – ist zum konstruktiven Umgang mit Suchtproblemen zu qualifizieren, um Betriebsklima und Arbeitsschutz zu gewährleisten und Arbeitsausfall bis zum Verlust von Personal zu vermeiden.

7. Wohn- und Betreuungsformen

Die Finanzierungsvoraussetzungen für Wohn- und Betreuungsformen müssen entsprechend den sich verändernden Fallkonstellationen flexibilisiert werden. Der Landkreis Vorpommern-Greifswald bringt sich in die Neugestaltung des Landesrahmenvertrages ein.

Die Angebote des betreuten Wohnens müssen für Sozialplanung und Heimaufsicht transparenter werden.

8. Tagesstätten/ tagesstrukturierende Angebote

Der Bedarf an Tagesstätten muss kurz- bis mittelfristig quantifiziert werden. Des Weiteren ist zu analysieren, für welche Zielgruppen und an welchen Standorten Tagesstätten sinnvoll wären oder ob andere flexiblere Angebote effizienter wären.

Die Auswirkungen des BTHG sind noch unzureichend absehbar. Die Eingliederungshilfe fällt zukünftig nicht mehr in das SGB XII (Sozialhilfe) sondern in die Zuständigkeit des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung). Daher ist dieses Angebot im Laufe des Jahres 2020 mit den Rehabilitationsträgern zu beraten und zu überplanen.

9. Kinder von suchtkranken Eltern

Um die Gefährdung von Kindern durch ihre suchtkranken Eltern zu mindern, ist im Rahmen der Fortschreibung der Jugendhilfeplanung und Suchthilfeplanung zu prüfen, inwieweit ein zusätzlicher Bedarf an Angeboten/Einrichtungen erforderlich ist. Anzustreben sind flexible Angebote – sowohl standortbezogen wie auch inhaltlich. Im Rahmen der Jugendhilfeplanung wurde deutlich, dass Bedarfe diesbezüglich einer hohen Dynamik unterliegen. Aus dem BTHG ergeben sich Schnittstellen zwischen SGB VIII, SGB IX und anderen Reha-Trägern, die noch mit den jeweiligen Leistungsträgern zu beraten sind und mit denen ein solches Angebot gemeinsam geplant werden muss.

10. Systematischer Überblick

Um einen vollständigen Überblick über die sehr dynamische Angebotslandschaft und eventuelle Angebotslücken zu erhalten, um also gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern Auskunft geben zu können, sollten diesbezügliche Informationen in der zu schaffenden vernetzten Ansprechstelle gemäß §12 SGB IX beim Landkreis zusammenfließen. Die bestehenden Netzwerke und die Beratungszentren sind in die Netzwerkarbeit dieser Stelle einzubeziehen.

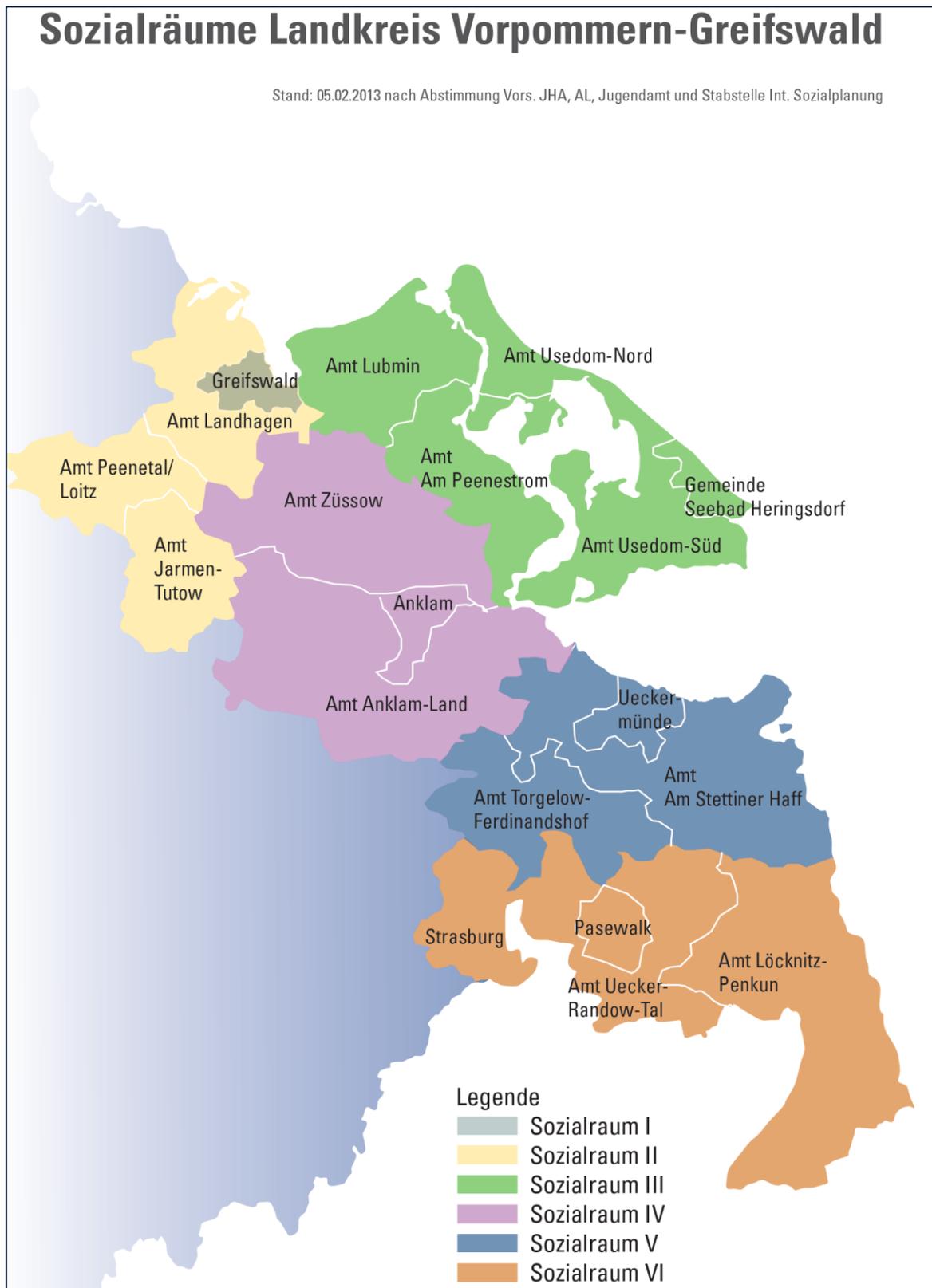
11. Umsetzung der neuen Gesetzlichkeiten

Um den Prozess der Umgestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen möglichst effektiv zu gestalten, sollten Formen einer transparenten Zusammenarbeit von Leistungsträgern (Kommunaler Sozialverband (KSV), Landkreis, Liga der Wohlfahrtsverbände), Leistungserbringern und den Interessenvertretungen der Leistungsempfänger angestrebt werden, um anstehende Veränderungen frühzeitig vorzubereiten.

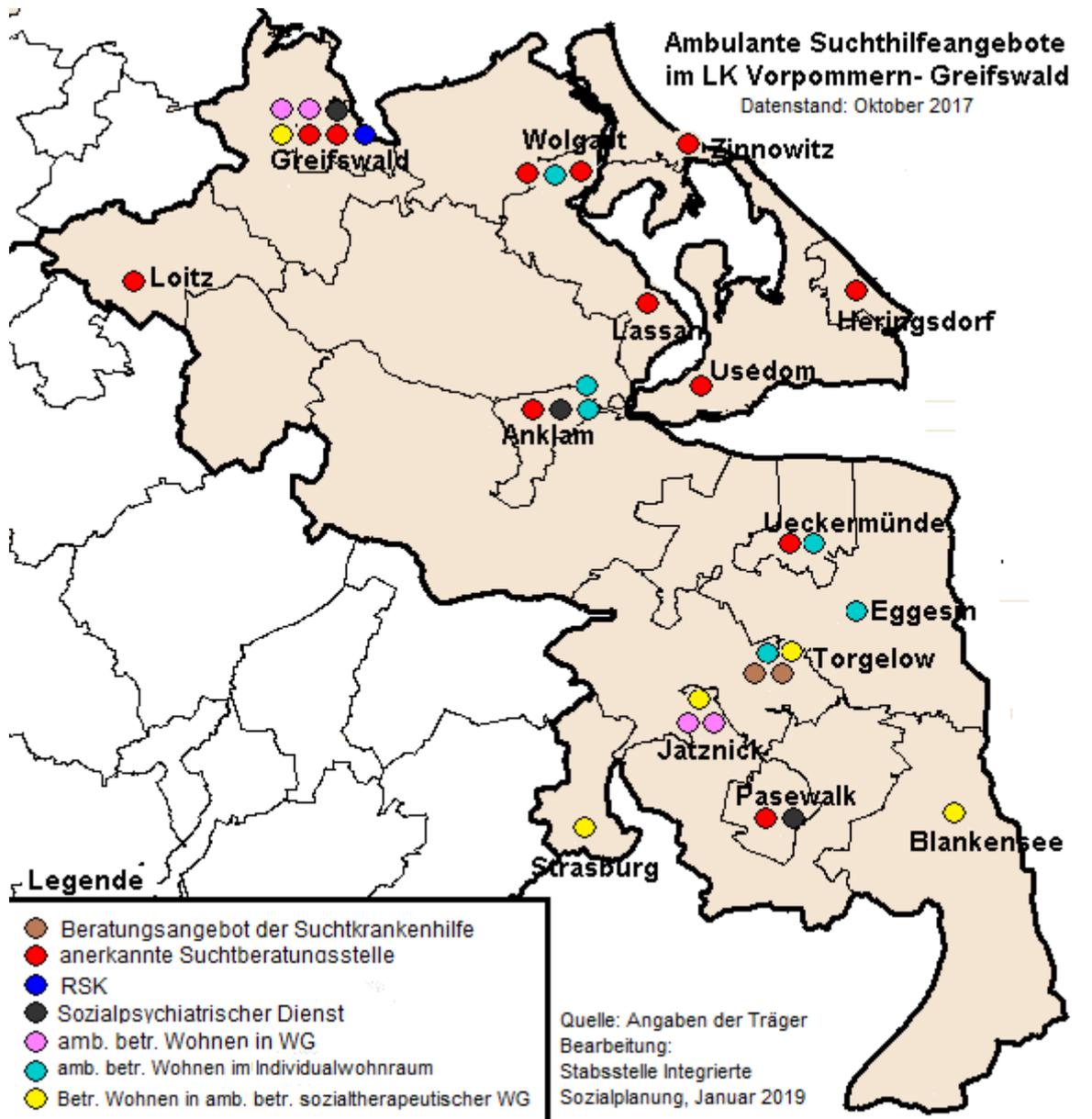
8. Abrechnung der Maßnahmen aus der vorangegangenen Planung

Maßnahme	Erfüllungsstand
1. kein Ausbau im stationären Bereich der Eingliederungshilfe	erfüllt
2. kein Bedarf an Tagesstätten, Entwicklung beobachten	erfüllt; die Beobachtung zeigt 2019 Bedarf an
3. betreutes Wohnen - hier flexibel reagieren	erfüllt
4. Selbsthilfegruppen für Medikamentenabhängige wünschenswert und frauenspezifische Angebote	erfüllt, aber nur in einem SR
5. Prävention stärken –auch im ländlichen Bereich	teilweise erfolgt
6. Präventionskonzept für Kinder und Jugendliche erarbeiten	liegt mit dieser Planung vor

Teil II: Suchtkrankenhilfe in den Sozial-(Planungs-)räumen

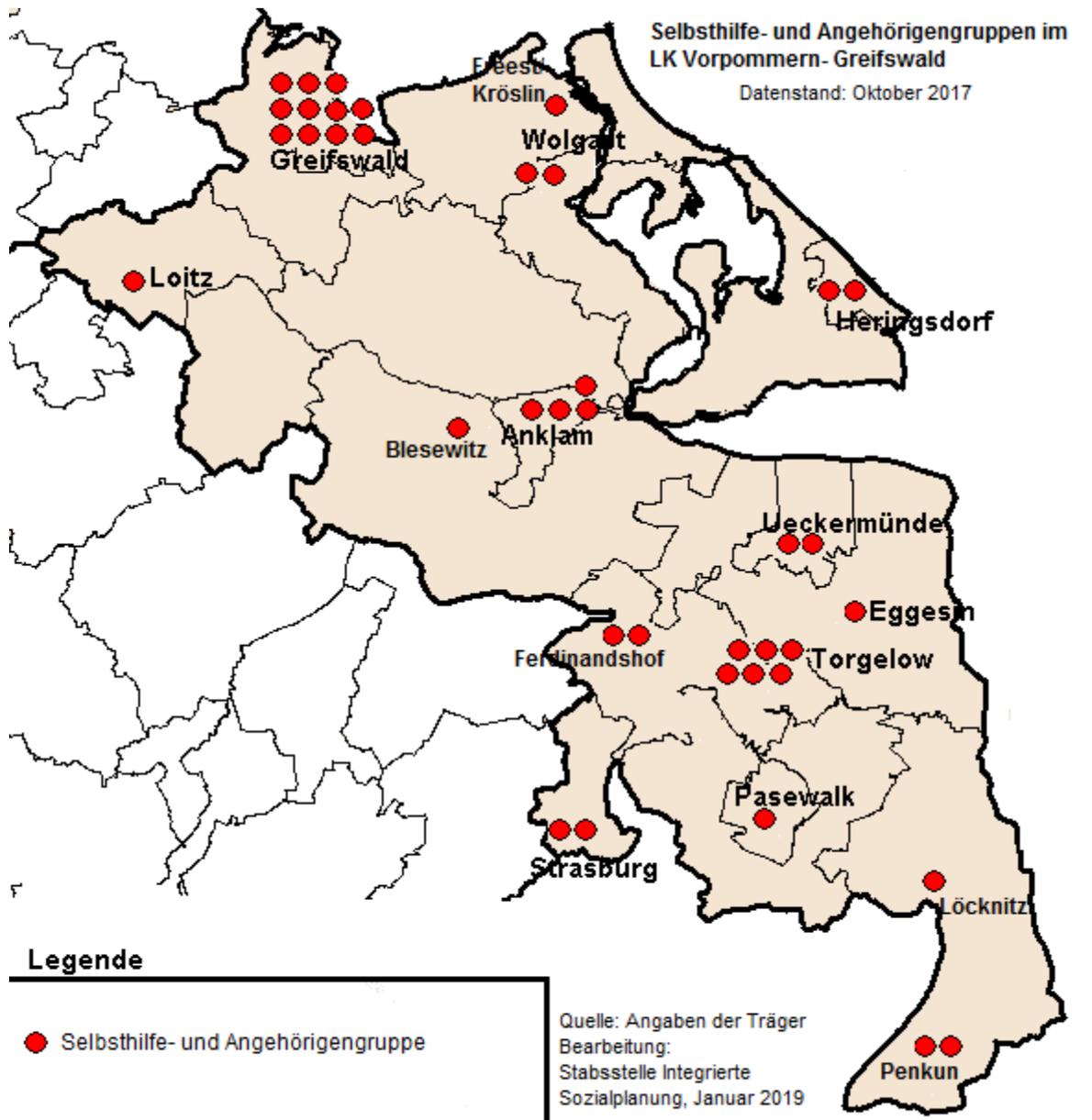


Räumliche Verteilung der ambulanten Angebote der Suchtkrankenhilfe im Landkreis Vorpommern-Greifswald



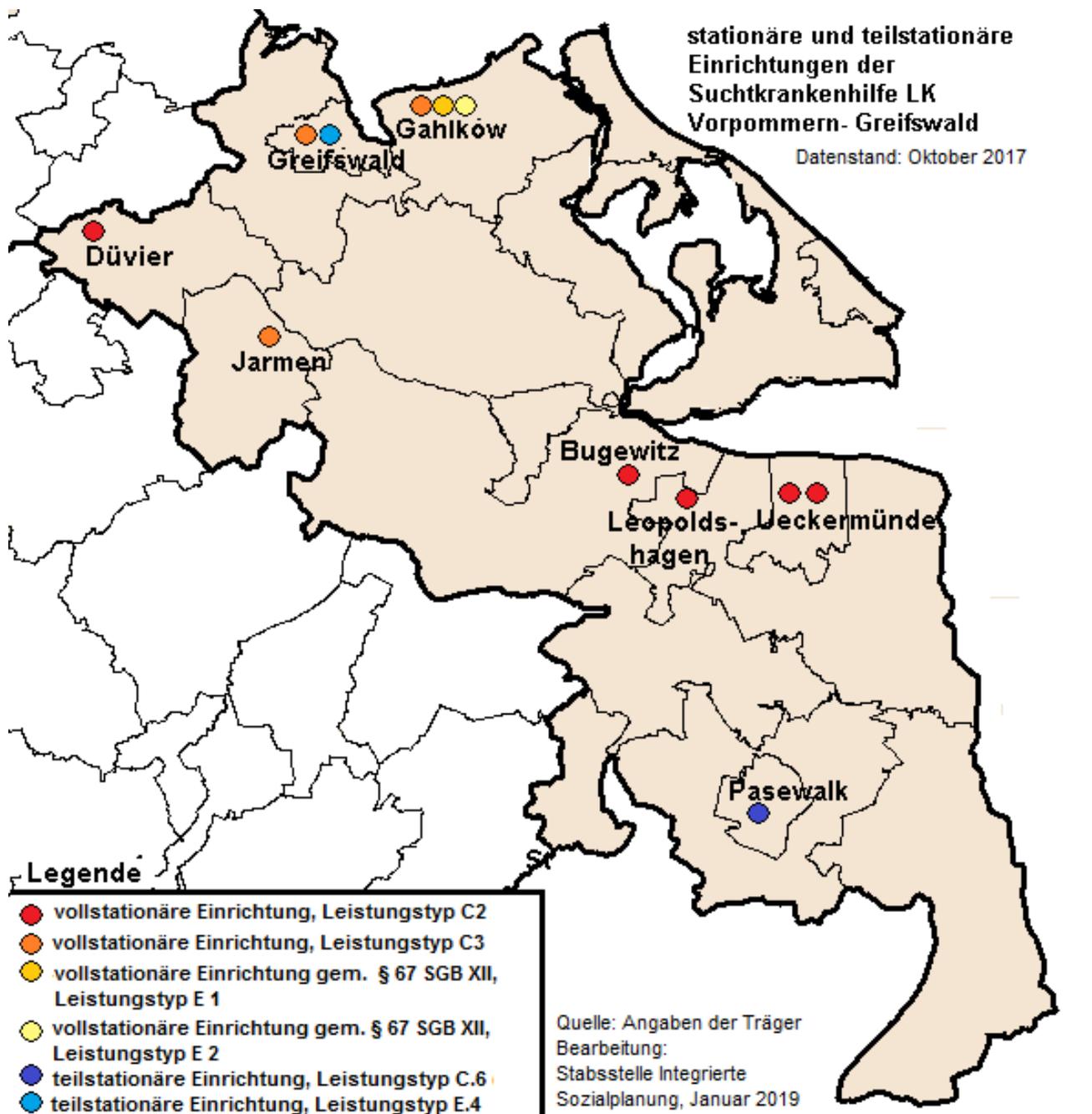
Die Ämter Züssow, Jarmen-Tutow und Anklam-Land verfügen über keine ambulanten Angebote der Suchtkrankenhilfe. Ein Teil der Bevölkerung dieser Ämter kann Angebote in Anklam, Wolgast oder Greifswald nutzen.
Für Einwohner aus der Fläche ohne gute Verkehrsanbindung erscheint die Versorgung der ambulanten Beratung durch eine anerkannte Suchtberatungsstelle schwierig.

Räumliche Verteilung der Selbsthilfe- und Angehörigengruppen im Landkreis Vorpommern-Greifswald



Selbsthilfegruppen gibt es vor allem in den Städten. Auch hier ist eine Ausdünnung in der Fläche erkennbar, insbesondere in den Ämtern Züssow und Jarmen-Tutow. Die Einwohner des Amtes Züssow können auf die Angebote in Greifswald, Anklam und Wolgast zurückgreifen, für die Einwohner des Amtes Jarmen-Titow ist die Nutzung der SHG in Loitz evtl. möglich.

Stationäre Einrichtungen nach dem SGB XII



Die Einrichtung in Bugewitz (OT Kalkstein) ist 2018 geschlossen worden. Stationäre Einrichtungen haben eine sozialraumübergreifende Versorgungsfunktion. Teilstationäre Einrichtungen versorgen eher den Nahbereich bis zu etwa 30 Minuten Fahrzeit. Das Angebot gibt es nur an zwei Standorten des LK V-G. Die Tagesstätten in Wolgast und Anklam nach § 67 SGB XII wurden nach Einführung der „Hartz IV“- Gesetze mangels Bedarf geschlossen. In wieweit sich ein neuer Bedarf entwickelt hat, muss noch quantifiziert nachgewiesen werden.

Sozialraum I (Universitäts- und Hansestadt Greifswald)**1. Bevölkerung⁴⁹****Tabelle: Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2025 der relevanten Altersgruppen**

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	7712	8061	8350	8444	8844
10 bis < 20	4041	4310	4540	4297	4806
12 bis < 18	2163	2264	2361	2263	2648
18 bis < 25	6058	6002	6197	6376	6546
18 bis < 30	13073	12737	12468	10787	11742
18 und älter	49574	49924	50536	49800	50014
25 bis < 50	21053	21109	21220	19876	20500
30 bis < 40	8282	8740	9212	9721	8304
40 bis < 50	5756	5634	5737	5745	6999
50 bis < 60	7660	7521	7236	5687	7660
60 bis < 70	6217	6583	6856	7403	7554
70 und älter	8586	8603	8742	8909	9728
65 und älter	11181	11581	11972	12575	13435

Die Altersgruppe der 0 bis unter 18-Jährigen nimmt in diesem SR zu, hierin sind die Altersgruppen enthalten, für die Prävention in Kindertageseinrichtungen und Schulen wirksam werden kann und muss. Ersichtlich ist auch, dass die Gruppe der 12 bis unter 18-Jährigen zunimmt. Es ist jene Altersgruppe, in der der Erstkonsum von Tabak und Alkohol fällt.

Die Altersgruppe der 25 bis 50-Jährigen sind die Hauptnutzer von Suchtberatungsstellen. Diese Altersgruppe verändert sich anzahlmäßig nicht so, dass es für einen veränderten Bedarf an Suchtberatern spricht zumal die Altersgruppe der 18-Jährigen und älter, die insgesamt Nutzer der Suchtberatungsstellen sind, zunimmt.

Die Elternjahrgänge bleiben relativ stabil, wobei die jüngeren potentiellen Elternjahrgänge rückläufig sind.

Sucht im Alter könnte eine zunehmende Rolle spielen, da diese Altersgruppe deutlich zunimmt.

⁴⁹ Quellen:

Ist-Daten: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

KULT-Daten auf Basis des Zensus 2011 entsprechend amtlicher Statistik

Prognose-Daten: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Vorpommern-Greifswald bis 2030

Gertz Gutsche Rümenapp GbR, Basisjahr: 2015, Version vom 13.02.2017

2. Sozialindikatoren

Tabelle: Sozialindikatoren

Indikator	Sozialhilfedichte je 1000 EW ⁵⁰	Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsminderung je 1000 EW ⁵¹	Grundsicherungsempfänger wegen Alters je 1000 EW ⁵²	Arbeitslosenquote ⁵³	Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II) in % ⁵⁴	Jugendarbeitslosenquote in % ⁵⁵
SR I (Stadt Greifswald)	1,9	14,4	22,5	9,1	20,9	9,3

Von der Sozialhilfedichte her und hinsichtlich der Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsminderung liegt Greifswald im mittleren Bereich des LK V-G, Hinsichtlich der Grundsicherungsempfänger wegen Alters hat die Stadt unter den Sozialräumen den zweithöchsten Wert, was auf eine gewisse Altersarmut hinweist. Bei der Arbeitslosenquote ist der Wert für Greifswald niedriger als in allen anderen Sozialräumen, aber die Jugendarbeitslosigkeit ist hier am höchsten und auch bei Kindern in Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II hat Greifswald den zweithöchsten Wert.

3. Bestand

Tabelle: Ambulante Angebote nach dem SGB XII

	ambulant unterstütztes Wohnen im Individualwohnraum	ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft
SR I (Stadt Greifswald)	2 Angebote	0 Angebote	1 Angebot

Tabelle: Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) am 1.1.2018

Sozial-(Planungs)-raum	Hauptstellen	Nebenstellen	weitere Beratungsangebote	Fachkräfte (VK)
I (Stadt Greifswald)	2			4,5
LK VG gesamt	6	7	4	14,18

Zum Teil versorgen diese beiden Suchtberatungsstellen auch das Umland. Damit erhöht sich die Einwohnerzahl pro Vollzeitstelle.

Von der Entwicklung der Bevölkerung und der Sozialindikatoren gibt es hinsichtlich der vorhandenen Fachkräfte keinen Veränderungsbedarf im Planungszeitraum. Unter Berücksichtigung des Präventionsbedarfes, der zum Teil durch die Fachkräfte abgedeckt

⁵⁰ Daten des Jahres 2015

⁵¹ Daten des Jahres 2015

⁵² Daten des Jahres 2015

⁵³ Daten des Jahres 2017

⁵⁴ Daten des Jahres 2017

⁵⁵ Daten des Jahres 2017

wird und das Engagement der Suchtberatungsstelle Förderverein im Netzwerk Kind – Familie – Sucht ist die Personalausstattung weiterhin so notwendig.

Tabelle: Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Sozial-(Planungs-)raum	Gruppen
I (Stadt Greifswald)	11
LK VG gesamt	38

Mit Selbsthilfegruppen ist die Stadt Greifswald gut ausgestattet.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017	Davon aus dem Landkreis Vorpommern- Greifswald
Heime für nasse Alkoholranke; Leistungstyp C3	40	40	13

Unter Berücksichtigung der Einrichtung in Kalkstein wird hier kein Erweiterungsbedarf gesehen.

Tabelle: Teilstationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017
Tages- und Beratungsstelle für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten; Leistungstyp E4	20	33

Hier wird seitens der Fachexperten der Bedarf für eine Tagesstätte für Alkoholabhängige gesehen, zumal das Umland von hier aus mitversorgt werden muss.

Nachfolgend werden der Vollständigkeit halber und um das Bild abzurunden auch die medizinischen Einrichtungen aufgeführt, die teilweise oder speziell für die planungsrelevante Zielgruppe im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Verfügung stehen.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB V (Krankenhäuser)

Sozialraum	Krankenhaus
I (Stadt Greifswald)	Universitätsklinikum: Krankenhaus der Maximalversorgung, Odebrechtstiftung: Krankenhaus Bethanien (Psychiatrie und Sucht), Fachklinik Gristower Wieck (Reha für Abhängigkeitskrankheiten) Medigreif: Short Care Klinik

Tabelle: Tageskliniken (SGB V)

Sozialraum	Tageskliniken
I (Stadt Greifswald)	<p>Tagesklinik der Universitätsmedizin Greifswald Ellernholzstraße 1-2 27 Behandlungsplätze für eine Therapie an fünf Tagen in der Woche von 7:30 Uhr – 15:30 Uhr.</p> <p>Odebrechtstiftung, Krankenhaus Bethanien, Greifswald, Gützkower Landstr.69, mit mehreren Tageskliniken für psychiatr. Erkrankungen, darunter eine speziell für Suchterkrankungen. Die Behandlung erfolgt: Montag – Freitag 08:00 – 16:00 Uhr. Der Suchtbereich hat 5 Plätze</p> <p>Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatr.- des Heliosklinikum Stralsund Greifswald, Am Mühlentor 2 für Kinder und Jugendliche vom Vorschulalter bis zum 18. Lebensjahr und ihre Familien, die unter sehr unterschiedlichen emotionalen Problemen, z. B. sozialem Rückzug, Traurigkeit, selbstver-letzendem Verhalten, Aggressionen, Konzentrationsschwierigkeiten, Essstörungen leiden</p> <p>BDH Tagesklinik Greifswald Die ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitation in der BDH-Klinik Greifswald wird als individuell abgestimmte, alltagsorientierte Therapie in einem interdisziplinären Team durchgeführt –bei neurologische Erkrankungen</p>

* Patienten mit akuter Suizidalität, **akuten** psychotischen Störungen, ausgeprägten Demenzen oder stoffgebundenen Suchterkrankungen können in diesem Rahmen nicht behandelt werden,)

Tabelle: Institutsambulanzen*

Sozialraum	Krankenhaus
I (Stadt Greifswald)	<p>Institutsambulanz der Universitätsmedizin Greifswald Ellernholzstraße 1-2</p> <p>Institutsambulanz der Johanna-Odebrecht-Stiftung Greifswald Gützkower Landstr. 69</p>

*Entsprechend der gesetzlichen Regelungen richtet sich das Behandlungsangebot der Psychiatrischen Institutsambulanz an Menschen, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung einer spezifischen ambulanten Hilfe bedürfen. In der Regel handelt es sich dabei um Patientinnen und Patienten, für die einerseits eine langfristige kontinuierliche Behandlung notwendig ist, andererseits krankheitsbedingt eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater nicht möglich oder erfolgversprechend ist, so dass die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses, insbesondere die Beteiligung verschiedener Berufsgruppen an der Behandlung erforderlich werden

Ambulante Angebote und Einrichtungen

Poliklinische Psychotherapieambulanz am Institut für Psychologie

Greifswald, Wollwebersr. 1-3 (vorwiegend Behandlung von Erwachsenen)

Die Versorgungssituation mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und psychosomatische Erkrankungen ist in diesem Sozialraum am besten, Das gleiche gilt für die medizinischen Einrichtungen. Zu beachten ist allerdings die überregionale Versorgung durch die Stadt Greifswald in ihrer Funktion als Oberzentrum und durch die ausgedünnte Versorgung im Umland von Greifswald, wie die nachfolgenden Tabellen belegen.

Tabelle: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialraum	Facharzt für ...
I (Greifswald)	1. Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie, Kinder-und Jugendpschiatric Dr. med. K. Riemer
	2. Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie Dr.med.E.von der Wense
	3. Psychiatrie u. Psychotherapie Dr. med. O. Aßmann
	4. Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatische Med. Dr.med. T. Stiehm
	5. Psychiatrie u. Psychotherapie Dr. med. S. Brandl
	6. Psychosomatische Med. und Psychotherapie Dr. med. K. Aßmann
	7. Psychosomatische Med. und Psychotherapie Dr. med. F. Gebhardt
	8. Psychosomatische Med. und Psychotherapie Frau R. Velten-Treig
	9. Psychosomatische Med. und Psychotherapie Frau U. Ebener
	10. Psychotherapie Dr. med. C. Hamm,
	11. Inneres und Psychotherapie Dr. med. B. Noack;
	12. Psychosomat. Med. und Psychotherapie Dr. med. V. Lauffer
	13. Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. R. Zabel
	14. Psychosomatische Med. und Psychotherapie Dr. C. Fink- Reuter
	15. Kinder-und Jugendpsychiatrie Dr. K. Riemer

Tabelle: Sonstige Psychotherapeuten

Sozialraum	Name	Bemerkungen
I (Greifswald)	1. Dipl.- Psych. S. Kischko	
	2. Dipl.- SpWiss. S. Jenning	Heilpraktiker
	3. Dr. phil. P. Sadowski	
	4. Dipl.- Psych. D. Arlt	
	5. Praxis für mentales Erfolgs- und Gesundheitscoaching	Psychologen und Psychotherapeuten
	6. Praxis für Psychotherapie	Psychologen, Psychotherapeuten und Heilpraktiker
	7. Dipl.-Psych. M. Bahnsen	
	8. Dr. A. Ozik- Scharf	Kinder-und Jugendpsychiatrie
	9. A. Burgdorf	u.a. Hypnosetherapie
	10. Dipl.-Psych. A. Meyer	
	11. Dr. phil. Dipl.- Psych. R. Altenstein	
	12. Frau E. Reppenhagen	Heilpraktikerin
	13. Dipl.- Psych. I. Rönsch	Psychologischer Psychotherapeut
	14. Dr. phil. G. Schwarz	
	15. Dr. phil. S. Richter	Psychotherapie
	16. Dipl.- Psych. K. Vietinghoff	
	17. Dipl.- Psych. J. Bolhlscheid	Systemische Paartherapie
	18. Dipl.- Psych. K. Hirschfeld	
	19. Dipl.Soz.Päd.U. Weigel	Kinder-und Jugendpsychiatrie
	20. Frau i. Gonzalez	Psychologische Praxis
	21. Dipl.- Psych. Tillenburg	
	22. Dipl.- Psch. C. Thieme	Psychologischer Psychotherapeut
	23. Frau Velten- Treig	
	24. Dr. phil. K. Antoniw- Struckmann	
	25. Dr. rer. nat. med. J. Bahlmann	
	26. Dipl.- Psych. B. Eisner	
	27. Dipl.- Psych. K. Falck	
	28. Dipl.- Psych. D. Hohmuth	Psychologischer Psychotherapeut
	29. Dr. phil. J. Kopsch	
	30. Dr. rer. nat. A. Thiesen- Limberg	Kinder-und Jugendpsychiatrie
	31. Dipl.- Psych. G. Schultz	
	32. Dipl. Soz. päd. K. Löffler	Kinder-und Jugendpsychiatrie

Tabelle: Sonstige Gesundheitsversorgung und Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner Dezember 2015*

Sozialraum	Hausärzte/ Allgemeinmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Niedergelassene Zahnmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Apotheken je 1.000 EW
SR I	39	0,7	37	0,6	0,3
LK V-G	150	0,6	159	0,7	0,3

Die Versorgungsdichte mit Hausärzten liegt im SR I leicht über dem Kreisdurchschnitt, mit Zahnärzten leicht unter dem Kreisdurchschnittswert

Tabelle: Angebote der Familienbildung nach Art⁵⁶ und Jugend-und Schulsozialarbeit

Angebote im SR I	
Eltern-Kind-Zentrum, Eltern-Kind-Café, Babycafé	x
Elternkurse	x
Familienzentrum	
Familienkrankenschwester	
Elternberatung und -begleitung an Kitas	x
Offene Elternberatung	x
Andere Projekte (z.B. Wunschgroßeltern)	x
Jugendsozialarbeiter	6
Schulsozialarbeiter	14
Jugendclubs	7

Was für die medizinische Versorgungssituation ausgeführt wurde gilt überwiegend auch für die Angebote der Familienbildung und Jugendarbeit. Manko ist hier die fehlende Familienschwester. An dieser Stelle wird auf die Jugendhilfeplanung verwiesen.

⁵⁶ Quelle: Jugendamt Landkreis Vorpommern-Greifswald

Sozialraum II (Amt Landhagen, Amt Peenetal/Loitz, Amt Jarmen-Tutow)**1. Bevölkerung⁵⁷****Tabelle: Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2025 der relevanten Altersgruppen**

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	3686	3722	3759	3631	3540
10 bis < 20	2013	2002	2015	2072	2121
12 bis < 18	1219	1267	1279	1249	1308
18 und älter	19566	19296	19158	19071	18404
18 bis < 65	14753	14376	14081	13635	12349
25 bis < 50	6974	6633	6375	5944	5777
30 bis < 40	2638	2642	2667	2601	2165
40 bis < 50	3254	3005	2840	2752	2904
50 bis < 60	4838	4819	4774	4343	3127
60 bis < 70	3255	3524	3730	4190	4411
70 und älter	3578	3482	3444	3530	3958
65 und älter	4813	4920	5077	5437	6055

Die Altersgruppe der 0 bis unter 18-Jährigen nimmt in diesem SR ab, hierin sind die Altersgruppen enthalten, aber die Altersgruppe der 12 bis unter 18-Jährigen nimmt zu, für die Prävention in Schulen wirksam werden kann und muss. Es ist auch jene Altersgruppe, in die der Erstkonsum von Tabak und Alkohol fällt.

Die Altersgruppe der 25 bis 50-Jährigen sind die Hauptnutzer von Suchtberatungsstellen. Diese Altersgruppe verändert nimmt ab. Die Altersgruppe der 18-Jährigen und älter, die insgesamt Nutzer der Suchtberatungsstellen sind, nimmt ebenfalls leicht ab zu.

Die Elternjahrgänge sind ebenfalls rückläufig.

Sucht im Alter könnte eine zunehmende Rolle spielen, da diese Altersgruppe zunimmt.

⁵⁷ Quellen:

Ist-Daten: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

KULT-Daten auf Basis des Zensus 2011 entsprechend amtlicher Statistik

Prognose-Daten: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Vorpommern-Greifswald bis 2030

Gertz Gutsche Rümenapp GbR, Basisjahr: 2015, Version vom 13.02.2017

2. Sozialindikatoren

Tabelle: Sozialindikatoren

Indikator	Sozialhilfedichte je 1000 EW ⁵⁸	Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsminderung je 1000 EW ⁵⁹	Grundsicherungsempfänger wegen Alters je 1000 EW ⁶⁰	Arbeitslosenquote ⁶¹	Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II) in % ⁶²	Jugendarbeitslosenquote in % ⁶³
SR II		10,0	12,3	9,6	10,4	5,1
Amt Landhagen	0,7	3,6	3,5	6,4	4,7	4,2
Amt Jarmen-Tutow	2,7	17,4	21,1	10,9	13,4	4,7
Amt Peenetal/Loitz	1,6	13,1	12,2	12,2	17,3	6,0

Die Sozialhilfedichte ist in diesem Sozialraum relativ hoch, insbesondere im Amt Jarmen-Tutow. Ansonsten weist der SR hinsichtlich der Sozialindikatoren mittlere Werte auf, lediglich die Grundsicherungsempfänger im Alter erreichen eine relativ hohe Anzahl, was auf eine gewisse Altersarmut hindeutet. Zu beachten ist, dass durch das Amt Landhagen, in dem viele gut situierte Bürger gebaut haben die Durchschnittswerte für den gesamten SR positiver ausfallen als sie in den Ämtern Peenetal/Loitz und Jarmen-Tutow sind. Handlungsbedarf gibt es daher insbesondere im Amt Jarmen-Tutow in Richtung Prävention.

3. Bestand

Tabelle: Ambulante Angebote nach dem SGB XII

	ambulant unterstütztes Wohnen im Individualwohnraum	ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft
SR II	Keine Angebote	Keine Angebote	ein Angebot

Tabelle: Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) am 1.1.2018

Sozial-(Planungs)-raum	Hauptstellen	Nebenstellen	weitere Beratungsangebote	Fachkräfte (VK)
SR II		1		0,5
LK VG gesamt	6	7	4	14,18

Das einzige ambulante Angebot befindet sich in Form der Suchtberatungsstelle in Loitz. Die an Greifswald grenzenden Gebiete werden von dort mitversorgt.

⁵⁸ Daten des Jahres 2015

⁵⁹ Daten des Jahres 2015

⁶⁰ Daten des Jahres 2015

⁶¹ Daten des Jahres 2017

⁶² Daten des Jahres 2017

⁶³ Daten des Jahres 2017

Ambulant unterstütztes Wohnen im Individualraum ist ein flexibles Angebot und kann bei Bedarf zeitnah installiert werden.

Tabelle: Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Sozial-(Planungs-)raum	Gruppen
SR II	1
LK VG gesamt	38

Eine Selbsthilfegruppe ist für die große Fläche dieses Sozialraumes wenig. Es sollte eine Aufgabe von Präventionskräften gemeinsam mit der Psychiatriekoordinatorin sein, eine weitere bei Interesse von Betroffenen zu etablieren.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017	Davon aus dem Landkreis Vorpommern- Greifswald
Heime für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke; Leistungstyp C2	40	40	6
Heime für nasse Alkoholranke; Leistungstyp C3	54	53	14

Stationäre Angebote sind ausreichend vorhanden. Zu beachten ist allerdings ihr Einzugsgebiet über den Sozialraum hinaus.

Es gibt keine teilstationäre Einrichtung.

Tagesstätten in diesem flächenmäßig großen SR zu betreiben erscheint als wenig effizient. Daher soll bei Bedarf eher eine in der Stadt Greifswald geschaffen werden, da Greifswald eine zentrale Lage hat.

Nachfolgend werden der Vollständigkeit halber und um das Bild abzurunden auch die medizinischen Einrichtungen aufgeführt, die teilweise oder speziell für die planungsrelevante Zielgruppe im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Verfügung stehen.

Tabelle: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialraum	Facharzt für ...
II	1.Psychiatrie und Psychotherapie Dr. rer. med. A.-B. Watzke Gristow (Mesekehagen)

Tabelle: Sonstige Psychotherapeuten

Sozialraum	Name	Bemerkungen
II	1.Dipl. Psychologin T. Hüntten	In Loitz
	2.Dipl.psychologe H. Hüntten	In Loitz
	3.Dipl.psychologe B. Jansson	In Jarmen
	4.Dipl.psychologin J. Mahler	In Jarmen
	5.Dipl.psychologe O. Nemeth	In Jarmen
	6.H.Holst	Heilpraktiker für Psychotherapie und Systemischer Coach in Diedrichshagen

Mit Psychologen ist der SR angemessen ausgestattet. Fachärzte müssen ggf. in der Stadt Greifswald in Anspruch genommen werden.

Tabelle: Sonstige Gesundheitsversorgung und Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner Dezember 2015*

Sozialraum	Hausärzte/ Allgemein- mediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Niedergelassene Zahnmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Apotheken je 1.000 EW
SR II	14	0,6	11	0,5	0,2
LK V-G	150	0,6	159	0,7	0,3

Die Versorgungsdichte mit Hausärzten entspricht im SR II dem Kreisdurchschnitt, mit Zahnärzten liegt der SR II darunter, wobei zu berücksichtigen ist, dass für viele Gemeinden ein Zahnarzt in der Kreisstadt genauso gut erreichbar ist wie in einem zentralen Ort eines Amtes. Die Versorgungssituation mit Fachärzten ist gering und mit sonstigen Psychotherapeuten recht gut. Ein Teil der Bevölkerung wird von Greifswald mitversorgt.

Tabelle: Angebote der Familienbildung nach Art⁶⁴ und Jugend- und Schulsozialarbeit

Angebote im SR II	
Eltern-Kind-Zentrum, Eltern-Kind-Café, Babycafé	x
Elternkurse	
Familienzentrum	
Familienkrankenschwester	
Elternberatung und -begleitung an Kitas	
Offene Elternberatung	x
Andere Projekte (z.B. Wunschgroßeltern)	
Jugendsozialarbeiter	0
Schulsozialarbeiter	4
Jugendclubs	5

Die Versorgungslandschaft in der Familienbildung ist etwas ausgedünnt, auch Jugendsozialarbeiter gibt es hier keine, obwohl solche Angebote in der wissenschaftlichen Literatur als durchaus präventiv gegen Suchtgefahren angesehen werden.

⁶⁴ Quelle: Jugendamt Landkreis Vorpommern-Greifswald

Sozialraum III (Amt Am Peenestrom, Amt Lubmin, Amt Usedom-Nord, Amt Usedom-Süd, Ostseebad Gemeinde Heringsdorf)

1. Bevölkerung⁶⁵

Tabelle: Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2025 der relevanten Altersgruppen

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	7668	7742	7676	7680	7651
10 bis < 20	4138	4198	4179	4202	4431
12 bis < 18	2491	2608	2584	2488	2688
18 bis < 30	4952	4599	4337	4381	4884
18 und älter	48129	47975	47862	47921	46742
18 bis < 65	33588	32929	32431	31761	29623
25 bis < 50	15986	15408	14986	14312	14263
30 bis < 40	6321	6402	6444	6420	5412
40 bis < 50	6844	6510	6363	6241	6813
50 bis < 60	10351	10217	9483	7200	10351
60 bis < 70	8668	9308	9653	10266	10362
70 und älter	10993	10844	10848	11130	12072
65 und älter	14541	15046	15431	16161	17119

Die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist relativ gleichbleibend. Die Gruppe der jungen Erwachsenen ist zahlenmäßig steigend.

Die Altersgruppe der 25 bis 50-Jährigen sind die Hauptnutzer von Suchtberatungsstellen. Diese Altersgruppe verändert nimmt ab. Die Altersgruppe der 18-Jährigen und älter, die insgesamt Nutzer der Suchtberatungsstellen sind, nimmt ebenfalls leicht ab zu.

Die Elternjahrgänge sind ebenfalls rückläufig.

Sucht im Alter könnte eine zunehmende Rolle spielen, da diese Altersgruppe zahlenmäßig deutlich zunimmt.

⁶⁵ Quellen:

Ist-Daten: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

KULT-Daten auf Basis des Zensus 2011 entsprechend amtlicher Statistik

Prognose-Daten: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Vorpommern-Greifswald bis 2030

Gertz Gutsche Rümenapp GbR, Basisjahr: 2015, Version vom 13.02.2017

2. Sozialindikatoren

Tabelle: Indikatoren

Indikator	Sozialhilfedichte je 1000 EW ⁶⁶	Grundsicherungs-empfangen wegen Erwerbsminderung je 1000 EW ⁶⁷	Grundsicherungs-empfangen wegen Alters je 1000 EW ⁶⁸	Arbeitslosenquote ⁶⁹	Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II) in % ⁷⁰	Jugend-arbeitslosenquote in % ⁷¹
SR III		14,3	19,2	11,4	18,0	6,1
Amt Am Peenestrom	3,9	16,3	18,2	15,2	32,4	8,1
Amt Lubmin	1,0	8,0	4,9	7,7	6,8	3,5
Amt Usedom Nord	0,8	10,2	21,2	10,8	14,7	5,2
Amt Usedom Süd	1,1	23,8	18,3	10,2	8,8	4,1
Gemeinde Heringsdorf	1,8	10,1	33,3	10,4	15,6	6,1

Die Sozialhilfedichte ist in diesem Sozialraum sehr unterschiedlich.

Im Amt Am Peenestrom ist sie am höchsten von allen Ämtern des LK V-G. Ansonsten weist der SR hinsichtlich der Sozialindikatoren mittlere Werte auf, lediglich die Grundsicherungsempfänger im Alter erreichen im Amt Usedom-Nord und in der Gemeinde Heringsdorf eine relativ hohe Anzahl, was auf eine gewisse Altersarmut hindeutet.

3. Bestand

Tabelle: Ambulante Angebote nach dem SGB XII

	ambulant unterstütztes Wohnen im Individualwohnraum	ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft
SR III	ein Angebot	keine Angebote	Keine Angebote

Tabelle: Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) am 1.1.2018

Sozial-(Planungs)raum	Hauptstellen	Nebstellen	weitere Beratungsangebote	Fach-Kräfte (VK)
SR III	1	5		2,81
LK VG gesamt	6	7	4	14,18

⁶⁶ Daten des Jahres 2015

⁶⁷ Daten des Jahres 2015

⁶⁸ Daten des Jahres 2015

⁶⁹ Daten des Jahres 2017

⁷⁰ Daten des Jahres 2017

⁷¹ Daten des Jahres 2017

Tabelle: Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Sozial-(Planungs-)raum	Gruppen
SR III	5
LK VG gesamt	38

Die ambulanten Angebote im Bereich betreutes Wohnen erscheinen auf den ersten Blick unzureichend, aber das Fehlen von betreutem Wohnen im Individualraum ist ein Indiz für einen nicht vorhandenen Bedarf, da zumindest dieses Angebot relativ zügig bei Bedarf geschaffen werden kann.

Die Suchtberatungsstelle mit ihren Nebenstellen ist im Blick auf die Bevölkerungsentwicklung angemessen ausgestattet.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017	Davon aus dem Landkreis Vorpommern- Greifswald
Heime für nasse Alkoholranke; Leistungstyp C3	20	20	9
Übergangswohnheim gem. § 67 SGB XII; Leistungstyp E1	13	11	8
Trainingswohngruppe in Übergangswohnheimen gem. § 67 SGB XII; Leistungstyp E2	7	2	3

Der stationäre Bereich ist ausreichend, zumal durch den eigenen Landkreis nur ein Teil der Plätze belegt wird.

Teilstationäre Einrichtungen nach SGB XII gibt es keine.

Über ein teilstationäres Angebot muss ggf. in Wolgast nachgedacht werden.

Nachfolgend werden der Vollständigkeit halber und um das Bild abzurunden auch die medizinischen Einrichtungen aufgeführt, die teilweise oder speziell für die planungsrelevante Zielgruppe im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Verfügung stehen.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB V (Krankenhäuser)

Sozialraum	Krankenhaus
III	Krankenhaus der Regelversorgung Wolgast Rehaeinrichtung MediClin Dünenwaldklinik Trassenheide (u.a. Psychosomatische Erkrankungen) Rehaeinrichtung Inselklinik Heringsdorf GmbH in Heringsdorf (u.a. Psychosomatische Erkrankungen)

Tabelle: Tageskliniken (SGB V)

Sozialraum	Tageskliniken
III	Psychiatrische Tagesklinik Wolgast der Odebrechtstiftung für Patienten zwischen 18 und 65 Jahren , Behandlung Montag bis Freitag von 8.00Uhr bis 16.00 Uhr

* Patienten mit akuter Suizidalität, **akuten** psychotischen Störungen, ausgeprägten Demenzen oder stoffgebundenen Suchterkrankungen können in diesem Rahmen nicht behandelt werden,)

Institutsambulanzen gibt es hier keine.

Die o.g. medizinischen Einrichtungen sind als positiv zu bewerten, vor allem das Vorhandensein der psychiatrischen Tagesklinik in Wolgast.

Tabelle: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialraum	Facharzt für ...
III	1. Psychiatrie und Psychotherapie Dr.med. J. Stein in Heringsdorf 2. Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. K. Rieck in Wolgast 3. Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. B. Röder in Wolgast 4. Psychiatrie und Psychotherapie Dr. med. H. Röder in Wolgast

Tabelle: Sonstige Psychotherapeuten

Sozialraum	Name	Bemerkungen
III	1. Dipl. Psychologin K. Braun-Lenkowicz	In Heringsdorf
	2. Dipl. Psychologin C. Drews	In Zinnowitz
	3. Dipl.Soz.päd. Weihs-Godenrath	In Heringsdorf Kinder-und Jugendpsychiatrie
	4.Dipl.Psychologin S. Hannig	In Zinnowitz Kinder-und Jugendpsychiatrie
	5. Dipl. Psychologin A. Benn	In Lubmin
	6. Dipl. Psychologe P. Martin	in Stadt Usedom
	7. Dipl. Psychologin I. Aufdermauer	in Wolgast
	8. Dipl. Psychologin T. Hüntten	in Wolgast
	9. Dipl. Psychologin U. Maschke	in Wolgast
	10. K. Hochreuther	Heilpraktikerin für Psychotherapie in Bansin
	11. B. Nork- Mähl	alternative Therapie, Heilpraktiker, Psychologie, Psychologische Beratung in Wolgast
	12. I. Schirmer	Heilpraktikerin für Psychotherapie in Dargen

Die Fachärzte für Psychiatrie konzentrieren sich auf die Stadt Wolgast, die sonstigen Therapeuten sind relativ ausgewogen im SR verteilt.

Tabelle: Sonstige Gesundheitsversorgung und Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner Dezember 2015*

Sozialraum	Hausärzte/ Allgemeinmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Niedergelassene Zahnmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Apotheken je 1.000 EW
SR III	33	0,6	42	0,8	0,2
LK V-G	150	0,6	159	0,7	0,3

Die Versorgungsquote mit Hausärzten im SR III entspricht der des Landkreises V-G. Die Versorgungsquote mit Zahnärzten liegt leicht über der Versorgungsquote des LK V-G insgesamt und bei der Apothekenversorgung ist der kreisliche Wert etwas höher als der des SR III.

Tabelle: Angebote der Familienbildung⁷² und Jugend- und Schulsozialarbeit

Angebote im SR III	
Eltern-Kind-Zentrum, Eltern-Kind-Café, Babycafé	
Elternkurse	
Familienzentrum	
Familienkrankenschwester	x
Elternberatung und -begleitung an Kitas	x
Offene Elternberatung	x
Andere Projekte (z.B. Wunschgroßeltern)	
Jugendsozialarbeiter	5
Schulsozialarbeiter	14
Jugendclubs	13

Die Angebote Jugendarbeit sind recht gut ausgebaut. Im Bereich der Familienbildung ist das Vorhandensein einer Familienkrankenschwester positiv hervorzuheben. Elternkurse mit teilweise suchtpreventivem Charakter sind wünschenswert, vor allem in Wolgast, weil in diesem Amt die Sozialhilfedichte die höchste im ganzen Kreisgebiet ist.

⁷² Quelle: Jugendamt Landkreis Vorpommern-Greifswald

Sozialraum IV (Hansestadt Anklam, Amt Anklam-Land, Amt Züssow)**1. Bevölkerung⁷³****Tabelle: Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2025 der relevanten Altersgruppen**

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	5062	5068	5110	5079	5060
10 bis < 20	2779	2756	2757	2805	2946
12 bis < 18	1701	1724	1735	1669	1797
18 bis < 30	3271	2993	2793	2759	3040
18 und älter	29482	29078	28672	28397	27115
18 bis < 65	21169	20638	20124	19589	17656
25 bis < 50	9776	9349	8946	8446	8383
30 bis < 40	3742	3769	3732	3835	3211
40 bis < 50	4291	4007	3822	3590	3946
50 bis < 60	6890	6656	5975	4233	6890
60 bis < 70	4726	5136	5424	6281	6410
70 und älter	6562	6365	6245	5958	6275
65 und älter	8313	8440	8548	8808	9459

Die Altersgruppe der 0 bis unter 18-Jährigen relativ gleichbleibend in diesem SR, hierin sind die Altersgruppen enthalten, für die Prävention in Kindertageseinrichtungen und Schulen wirksam werden kann und muss. Ersichtlich ist auch, dass die Gruppe der 10 bis unter 20-Jährigen zunimmt. Es ist jene Altersgruppe, in der der Erstkonsum von Tabak und Alkohol fällt. Hier kommt der Prävention in der Schule eine besondere Bedeutung zu.

Die Altersgruppe der 25 bis 50-Jährigen sind die Hauptnutzer von Suchtberatungsstellen. Diese Altersgruppen nimmt ab, ebenfalls die Altersgruppe der 18-Jährigen und älter, die insgesamt Nutzer der Suchtberatungsstellen sind.

Die Elternjahrgänge sind zahlenmäßig rückläufig. Sucht im Alter könnte eine zunehmende Rolle spielen, da diese Altersgruppe deutlich zunimmt.

⁷³ Quellen:

Ist-Daten: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

KULT-Daten auf Basis des Zensus 2011 entsprechend amtlicher Statistik

Prognose-Daten: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Vorpommern-Greifswald bis 2030

Gertz Gutsche Rügenapp GbR, Basisjahr: 2015, Version vom 13.02.2017

2. Sozialindikatoren

Tabelle: Sozialindikatoren

Indikator	Sozialhilfedichte je 1000 EW ⁷⁴	Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsminderung je 1000 EW ⁷⁵	Grundsicherungsempfänger wegen Alters je 1000 EW ⁷⁶	Arbeitslosenquote ⁷⁷	Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II) in % ⁷⁸	Jugend-arbeitslosenquote in % ⁷⁹
SR IV		24,4	25,4	12,3	22,7	7,5
Amt Anklam-Land	2,3	32,6	28,8	12,3	22,7	5,5
Amt Züssow	1,6	20,4	23,9	9,0	14,1	5,7
Hansestadt Anklam	3,7	21,4	24,3	15,6	29,0	10,1

Dieser Sozialraum hat hinsichtlich der Sozialindikatoren im Kreisgebiet die schwierigste Situation aufzuweisen, wobei das Amt Anklam-Land innerhalb dieses Sozialraumes überwiegend nochmals höhere Werte aufweist als der übrige Raum.

3. Bestand

Tabelle: Ambulante Angebote nach dem SGB XII

	ambulant unterstütztes Wohnen im Individualwohnraum	ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft
SR IV	3 Angebote	keine Angebote	keine Angebote

Tabelle: Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) am 1.1.2018

Sozial-(Planungs)-raum	Hauptstellen	Nebstellen	weitere Beratungsangebote	Fach-Kräfte (VK)
SR IV	1			3,37
LK VG gesamt	6	7	4	14,18

Die ambulanten Angebote sind relativ gut ausgebaut, sind aber im Hinblick auf die sozio-ökonomische Situation dieses SR auch notwendig.

⁷⁴ Daten des Jahres 2015

⁷⁵ Daten des Jahres 2015

⁷⁶ Daten des Jahres 2015

⁷⁷ Daten des Jahres 2017

⁷⁸ Daten des Jahres 2017

⁷⁹ Daten des Jahres 2017

Tabelle: Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Sozial-(Planungs-)raum	Gruppen
SR IV	4
LK VG gesamt	38

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017	Davon aus dem Landkreis Vorpommern- Greifswald
Heime für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke; Leistungstyp C2	20	20	15

Diese stationäre Einrichtung wurde im Jahr 2018 geschlossen. Alle Bewohner wurden anschließend bedarfsgerecht weiter betreut, zum Teil in der Einrichtung in Leopoldshagen.

Teilstationäre Einrichtungen gibt es keine.

Nachfolgend werden der Vollständigkeit halber und um das Bild abzurunden auch die medizinischen Einrichtungen aufgeführt, die teilweise oder speziell für die planungsrelevante Zielgruppe im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Verfügung stehen. Die Experten der Suchtkrankenhilfe habe eine Tagesstätte für notwendig erachtet.

Stationäre Einrichtungen nach SGB V gibt es keine.

Medizinische Einrichtungen sind vorhanden und positiv ist die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie hervorzuheben.

Ein Manko ist die Versorgung mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie. Sonstige Psychotherapeuten befinden sich in der Stadt Anklam, davon zwei für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der Erwachsenenbereich erscheint unterversorgt.

Tabelle: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialraum	Facharzt für ...
IV	0

Tabelle: Sonstige Psychotherapeuten

Sozialraum	Name	Bemerkungen
IV	1. Dr. rer. nat. L. Hasse	Psychologischer Psychotherapeut in Anklam
	2. Dr. phil. A. Boehme	Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anklam
	3. Dipl. Lehrerin M. Schulz	Kinder- und Jugendpsychiatrie in Anklam

Tabelle: Sonstige Gesundheitsversorgung und Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner Dezember 2015*

Sozialraum	Hausärzte/ Allgemein- mediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Niedergelassene Zahnmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Apotheken je 1.000 EW
SR IV	22	0,6	22	0,6	0,3
LK V-G	150	0,6	159	0,7	0,3

Nach v. g. Kriterien hat der Sozialraum IV in etwa eine gleich gute Versorgung wie im Durchschnitt des LK V-G insgesamt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt Angebote der Familienbildung Jugendarbeit auf, da diese zum Unterstützungssystem in Bezug auf Suchtprävention zu verstehen sind.

Tabelle: Angebote der Familienbildung nach Art⁸⁰ und Jugend- und Schulsozialarbeit

Angebote im SR IV	
Eltern-Kind-Zentrum, Eltern-Kind-Café, Babycafé	x
Elternkurse	
Familienzentrum	
Familienkrankenschwester	x
Elternberatung und -begleitung an Kitas	
Offene Elternberatung	
Andere Projekte (z.B. Wunschgroßeltern)	
Jugendsozialarbeiter	5
Schulsozialarbeiter	12
Jugendclubs	16

Die Jugendarbeit insgesamt ist gut aufgestellt.
Positiv ist das Vorhandensein einer Familienkrankenschwester. Elternkurse u.a. auch zum Thema Suchtprävention und Sucht allgemein erscheint notwendig.

⁸⁰ Quelle: Jugendamt Landkreis Vorpommern-Greifswald

Sozialraum V (Amt Am Stettiner Haff, Amt Torgelow-Ferdinandshof, Stadt Ueckermünde)

1. Bevölkerung⁸¹

Tabelle: Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2025 der relevanten Altersgruppen

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	4814	4836	4804	4727	4634
10 bis < 20	2522	2585	2580	2616	2753
12 bis < 18	1591	1597	1577	1551	1675
18 bis < 25	1291	1244	1219	1612	1700
18 bis < 30	3046	2797	2571	2573	2875
18 und älter	29214	28830	28557	28303	27053
25 bis < 50	9386	8988	8677	8155	8060
30 bis < 40	3667	3679	3705	3761	3094
40 bis < 50	3964	3756	3620	3433	3791
50 bis < 60	6878	6699	6546	5758	4011
60 bis < 70	5181	5611	5905	6644	6569
70 und älter	6478	6288	6210	6134	6713
65 und älter	8411	8548	8761	9261	10019

Die Altersgruppe der 10 bis unter 20-Jährigen nimmt in diesem SR zahlenmäßig zu. Hierin sind die Altersgruppen enthalten, für die Prävention in Schulen wirksam werden kann und muss. Es ist auch jene Altersgruppe, in der der Erstkonsum von Tabak und Alkohol fällt. Hier kommt der Prävention in der Schule eine besondere Bedeutung zu.

Die Altersgruppe der 25 bis 50-Jährigen sind die Hauptnutzer von Suchtberatungsstellen. Diese Altersgruppen nimmt ab, ebenfalls die Altersgruppe der 18-Jährigen und älter, die insgesamt Nutzer der Suchtberatungsstellen sind.

Die Elternjahrgänge sind zahlenmäßig rückläufig.

Sucht im Alter könnte eine zunehmende Rolle spielen, da diese Altersgruppe deutlich zunimmt.

⁸¹ Quellen:

Ist-Daten: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

KULT-Daten auf Basis des Zensus 2011 entsprechend amtlicher Statistik

Prognose-Daten: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Vorpommern-Greifswald bis 2030

Gertz Gutsche Rümenapp GbR, Basisjahr: 2015, Version vom 13.02.2017

2. Sozialindikatoren

Tabelle: Sozialindikatoren

Indikator	Sozialhilfedichte je 1000 EW ⁸²	Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsminderung je 1000 EW ⁸³	Grundsicherungsempfänger wegen Alters je 1000 EW ⁸⁴	Arbeitslosenquote ⁸⁵	Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II) in % ⁸⁶	Jugend-arbeitslosenquote in % ⁸⁷
SR V		21,0	22,0	12,4	20,5	7,6
Amt Am Stettiner Haff	1,2	8,5	9,4	11,6	13,3	5,2
Amt Torgelow – Ferdinands-hof	1,5	13,7	19,4	14,3	23,8	10,0
Stadt Ueckermünde	3,2	48,3	39,8	10,5	20,5	5,6

Die Sozialhilfedichte ist in diesem Sozialraum sehr unterschiedlich. In der Stadt Ueckermünde ist sie am höchsten und damit am zweithöchsten im Kreisgebiet. Auch bei der Dichte der Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsunfähigkeit und auch wegen Alters weist die Stadt Ueckermünde die höchsten Werte im LK V-G auf. Die Se Indikatoren sind starke Indizien für Armutslagen. Auch Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II sind in diesem Sozialraum relativ hoch. Die günstigsten Werte hat das Amt Am Stettiner Haff innerhalb dieses SR.

3. Bestand

Tabelle: Ambulante Angebote nach dem SGB XII

	ambulant unterstütztes Wohnen im Individualwohnraum	ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft
SR V	3 Angebote	Keine Angebote	3 Angebote

Das ambulant betreute Wohnen ist im Vergleich zu anderen Sozialräumen gut ausgebaut. Dagegen ist die Anzahl qualifizierter Suchtberater in anerkannten Suchtberatungsstellen zu gering, zumal die sozio-ökonomischen Verhältnisse Suchtverhalten in diesem Sozialraum begünstigen wie kaum einem anderen.

Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppen sind relativ viele im Vergleich zu anderen Sozialräumen des ländlichen Bereiches.

⁸² Daten des Jahres 2015

⁸³ Daten des Jahres 2015

⁸⁴ Daten des Jahres 2015

⁸⁵ Daten des Jahres 2017

⁸⁶ Daten des Jahres 2017

⁸⁷ Daten des Jahres 2017

Tabelle: Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) am 1.1.2018

Sozial-(Planungs)-raum	Hauptstellen	Nebenstellen	weitere Beratungsangebote	Fach-Kräfte (VK)
SR V	1			1,5
LK VG gesamt	6	7	4	14,18

Tabelle: Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Sozial-(Planungs)-raum	Gruppen
SR V	11
LK VG gesamt	38

Es gibt eine stationäre Einrichtung, die den Bedarf des LK V-G deckt wie die nachfolgende Tabelle zeigt. Teilstationäre Einrichtungen gibt es keine. Ein Bedarf dafür liegt nahe, konnte aber im Rahmen dieser Planung nicht quantifiziert werden.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017	Davon aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald
Heime für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke; Leistungstyp C2	41	40	17

Teilstationäre Einrichtungen gibt es keine.

Nachfolgend werden der Vollständigkeit halber und um das Bild abzurunden auch die medizinischen Einrichtungen aufgeführt, die teilweise oder speziell für die planungsrelevante Zielgruppe im Landkreis Vorpommern-Greifswald zur Verfügung stehen.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB V (Krankenhäuser)

Sozialraum	Krankenhaus
V	Krankenhaus der Regelversorgung (mit Fachabt. . Psych. und Sucht) in Ueckermünde)

Tabelle: Tageskliniken (SGB V)

Sozialraum	Tageskliniken
V	AMEOS Klinikum Ueckermünde mit 16 Plätzen für Erwachsene und ein Behandlungsplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie

* Patienten mit akuter Suizidalität, **akuten** psychotischen Störungen, ausgeprägten Demenzen oder stoffgebundenen Suchterkrankungen können in diesem Rahmen nicht behandelt werden.)

Für stoffgebundene Suchterkrankungen steht die Tagesklinik nicht zur Verfügung, bei anderen Suchterkrankungen ist eine Behandlung hier möglich.

Tabelle: Institutsambulanzen*

Sozialraum	Krankenhaus
V	<p>Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ueckermünde</p> <p>Die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat die Möglichkeit, in Form einer ambulanten Sprechstunde, verschiedenen Schwierigkeiten oder Störungen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen diagnostisch und therapeutisch zu begleiten und zu behandeln.</p> <p>Die Behandlung umfasst therapeutische und beratende Angebote und richtet sich an Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahren. Eltern und andere Bezugspersonen können in die Therapie einbezogen werden.</p> <p>Die Institutsambulanz ist in ein landesweites Kompetenznetzwerk für ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) eingebunden.</p>

*Entsprechend der gesetzlichen Regelungen richtet sich das Behandlungsangebot der Psychiatrischen Institutsambulanz an Menschen, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung einer spezifischen ambulanten Hilfe bedürfen. In der Regel handelt es sich dabei um Patientinnen und Patienten, für die einerseits eine langfristige kontinuierliche Behandlung notwendig ist, andererseits krankheitsbedingt eine Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater nicht möglich oder erfolgversprechend ist, so dass die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses, insbesondere die Beteiligung verschiedener Berufsgruppen an der Behandlung erforderlich werden

Tabelle: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialraum	Facharzt für ...
V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychiatrie und Psychotherapie Dipl.med.E. –M. Netzeband in Torgelow 2. Psychiatrie und Psychotherapie A. Gille in Ueckermünde 3. Psychiatrie und Psychotherapie Dipl.med. U. Thiele in Ueckermünde

Tabelle: Sonstige Psychotherapeuten

Sozialraum	Name	Bemerkungen
V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dipl. Psychologin S. Hannig 2. Dipl. Psychologin N. Abel 3. Dipl.- Psych. M. Dreyer 4. Dipl.- Psych. A. Scholz 	<p>Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ueckermünde</p> <p>in Ueckermünde</p> <p>in Ferdinandshof</p> <p>in Vogelsang –Warsin</p>

Die Versorgungslage mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie ist recht ausgedünnt, aber immerhin gibt es an zwei Standorten einen solchen Facharzt. Andere Psychotherapeuten gibt es an zwei weiteren Standorten.

Tabelle: Sonstige Gesundheitsversorgung und Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner Dezember 2015*

Sozialraum	Hausärzte/ Allgemeinmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Niedergelassene Zahnmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Apotheken je 1.000 EW
SR V	21	0,6	25	0,7	0,3
LK V-G	150	0,6	159	0,7	0,3

Nach obigen Kriterien hat der SR V eine Versorgung wie im Durchschnitt des LK V-G.

Tabelle: Angebote der Familienbildung nach Art⁸⁸ und Jugend- und Schulsozialarbeit

Angebote im SR II	
Eltern-Kind-Zentrum, Eltern-Kind-Café, Babycafé	x
Elternkurse	
Familienzentrum	x
Familienkrankenschwester	
Elternberatung und -begleitung an Kitas	x
Offene Elternberatung	
Andere Projekte (z.B. Wunschgroßeltern)	
Jugendsozialarbeiter	5
Schulsozialarbeiter	8
Jugendclubs	11

Die Angebote der Jugendarbeit sind quantitativ recht gut. Mit Blick auf die soziale Lage in diesem Raum wäre ein mobiles Angebot durch Jugendsozialarbeiter zu befürworten. Ebenfalls kommt es darauf an, die Prävention an Schulen zu stärken. Positiv ist das Vorhandensein eines Familienzentrums, eine Familienkrankenschwester hingegen fehlt und sollte auch hier tätig sein. (Vergl. Ergebnisse der Jugendhilfeplanung)

⁸⁸ Quelle: Jugendamt Landkreis Vorpommern-Greifswald

Sozialraum VI (Amt Löcknitz-Penkun, Amt Uecker-Randow-Tal, Stadt Pasewalk, Stadt Strasburg)

1. Bevölkerung⁸⁹

Tabelle: Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2025 der relevanten Altersgruppen

Jahr	IST 2015	IST 2016	IST 2017	Prognose 2020	Prognose 2025
0 bis < 18	5083	5041	5021	4943	4820
10 bis < 20	2757	2748	2803	2799	2869
12 bis < 18	1719	1704	1724	1675	1758
18 bis < 25		1254	1283	1615	1696
0 bis < 25	6462	6295	6304	6558	6516
18 bis < 30	3083	2737	2604	2528	2787
18 und älter	28368	27801	27561	27377	26169
25 bis < 50	9443	9020	8767	8196	7917
30 bis < 40	3587	3567	3588	3629	3021
40 bis < 50	4152	3970	3858	3653	3805
50 bis < 60	6542	6378	6244	5595	4097
60 bis < 70	4758	5108	5315	6072	6154
70 und älter	6246	6041	5952	5900	6306
65 und älter	8065	8218	8334	8721	9345

Die Altersgruppe der 0 bis unter 18-Jährigen nimmt in diesem SR ab. Ersichtlich ist aber auch, dass die Gruppe der 10 bis unter 20-Jährigen zunimmt. Es ist jene Altersgruppe, in der der Erstkonsum von Tabak und Alkohol fällt. Hier kommt der Prävention in der Schule eine besondere Bedeutung zu.

Die Altersgruppe der 25 bis 50-Jährigen sind die Hauptnutzer von Suchtberatungsstellen. Diese Altersgruppen nimmt ab, ebenfalls die Altersgruppe der 18-Jährigen und älter, die insgesamt Nutzer der Suchtberatungsstellen sind.

Die Elternjahrgänge sind zahlenmäßig deutlich rückläufig.

Sucht im Alter könnte eine zunehmende Rolle spielen, da diese Altersgruppe deutlich zunimmt.

⁸⁹ Quellen:

Ist-Daten: Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

KULT-Daten auf Basis des Zensus 2011 entsprechend amtlicher Statistik

Prognose-Daten: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Vorpommern-Greifswald bis 2030

Gertz Gutsche Rügenapp GbR, Basisjahr: 2015, Version vom 13.02.2017

2. Sozialindikatoren

Tabelle: Sozialindikatoren

Indikator	Sozialhilfedichte je 1000 EW ⁹⁰	Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsminderung je 1000 EW ⁹¹	Grundsicherungsempfänger wegen Alters je 1000 EW ⁹²	Arbeitslosenquote ⁹³	Kinder in Bedarfsgemeinschaften (SGB II) in % ⁹⁴	Jugendarbeitslosenquote in % ⁹⁵
SR VI		20,1	20,1	15,2	21,1	8,2
Amt Löcknitz-Penkun	1,9	12,2	19,0	14,3	16,8	6,1
Amt Uecker-Randow-Tal	1,1	7,8	6,2	10,6	13,6	5,5
Stadt Pasewalk	3,1	34,0	28,6	16,3	26,6	11,0
Stadt Strasburg	3,2	27,6	19,2	21,7	31,1	8,3

Die Sozialhilfedichte ist in diesem Sozialraum sehr unterschiedlich. In den Städten ist sie am höchsten und damit in der Stadt Strasburg am zweithöchsten im Kreisgebiet. Auch bei der Dichte der Grundsicherungsempfänger wegen Erwerbsunfähigkeit und auch wegen Alters weist die Stadt Pasewalk mit die höchsten Werte im LK V-G auf. Diese Indikatoren sind starke Indizien für Armutslagen. Auch Kinder in Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II sind in diesem Sozialraum relativ hoch. Die Jugendarbeitslosigkeit hat in diesem Raum den zweithöchsten Wert im LK V-G. Die günstigsten Werte hat das Amt Uecker-Randow-Tal innerhalb dieses SR.

3. Bestand

Tabelle: Ambulante Angebote nach dem SGB XII

	ambulant unterstütztes Wohnen im Individualwohnraum	ambulant betreutes Wohnen in Wohngruppen	betreutes Wohnen in einer ambulant betreuten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft
SR VI	1 Angebot	2 Angebote	4 Angebote

Die ambulanten betreuten Wohnformen sind vergleichsweise gut ausgebaut, die Suchtberatung hingegen zu gering – nicht nur im Hinblick auf die Einwohnerzahl sondern vor allem angesichts der sozialen Situation in diesem SR wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

⁹⁰ Daten des Jahres 2015

⁹¹ Daten des Jahres 2015

⁹² Daten des Jahres 2015

⁹³ Daten des Jahres 2017

⁹⁴ Daten des Jahres 2017

⁹⁵ Daten des Jahres 2017

Tabelle: Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (SBB) am 1.1.2018

Sozial-(Planungs)-raum	Hauptstellen	Nebstellen	weitere Beratungsangebote	Fach-Kräfte (VK)
SR VI		2	1	1,5
LK VG gesamt	6	7	4	14,18

Tabelle: Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Sozial-(Planungs)-raum	Gruppen
SR VI	6
LK VG gesamt	38

Stationäre Einrichtungen gibt es keine, aber ein teilstationäre Einrichtung.

Tabelle: Teilstationäre Einrichtungen nach SGB XII

	Anzahl der Plätze am 31.12.2017	Belegte Plätze am 31.12.2017
Tagesstätte für alkoholranke Menschen; Leistungstyp C6	21	21

Nachfolgend werden der Vollständigkeit halber und um das Bild abzurunden auch die medizinischen Einrichtungen aufgeführt.

Tabelle: Stationäre Einrichtungen nach SGB V (Krankenhäuser)

Sozialraum	Krankenhaus
VI (Städte Pasewalk, Strasburg, Ämter Uecker-Randow-Tal, Löcknitz-Penkun)	Krankenhaus der Regelversorgung in Pasewalk

Tabelle: Tageskliniken (SGB V)

Sozialraum)	Tageskliniken
VI (Städte Pasewalk, Strasburg, Ämter Uecker-Randow-Tal, Löcknitz-Penkun)	AMEOS Tagesklinik in Pasewalk für Patienten ab 18 Jahre alt, Behandlung an 5 Tagen in der Woche von 7,30 Uhr bis 15.30 Uhr Asklepius Klinik Pasewalk mit 19 Plätzen, Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr

* Patienten mit akuter Suizidalität, **akuten** psychotischen Störungen, ausgeprägten Demenzen oder stoffgebundenen Suchterkrankungen können in diesem Rahmen nicht behandelt werden,)

Tabelle: Institutsambulanzen*

Sozialraum	Krankenhaus
VI(Städte Pasewalk, Strasburg, Ämter Uecker-Randow-Tal, Löcknitz-Penkun)	Asklepios Klinik Pasewalk - Psychiatrische Institutsambulanz

*Entsprechend der gesetzlichen Regelungen richtet sich das Behandlungsangebot der Psychiatrischen Institutsambulanz an Menschen, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung einer spezifischen ambulanten Hilfe bedürfen. In der Regel handelt es sich dabei um Patientinnen und Patienten, für die einerseits eine langfristige kontinuierliche Behandlung notwendig ist, andererseits krankheitsbedingt eine

Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater nicht möglich oder erfolgversprechend ist, so dass die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses, insbesondere die Beteiligung verschiedener Berufsgruppen an der Behandlung erforderlich werden

Tabelle: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozialraum	Facharzt für ...
VI	1. Psychiatrie und Psychotherapie Dipl.-med. G.-J. Ludwig, Strasburg

Tabelle: Sonstige Psychotherapeuten

Sozialraum	Name	Bemerkungen
VI	1. Dipl.- Psych. P. Bauer	in Pasewalk
	2. Dipl.- Psych. N. Ehlert	in Pasewalk
	3. Dipl.- Psych D. Gilli	in Pasewalk
	4. Dipl.- Psych. M. Tessmann	in Pasewalk
	5. Dipl.- Psych. M. Turan- Dedic	in Pasewalk
	6. Dr. rer. nat. human. biol. A. Zahradnik	in Pasewalk
	7. Dipl.-Psych. T. Vahl	in Strasburg
	8. Dipl.- Soz. Päd. A. Helfers	Kinder- und Jugendpsychiatrie in Pasewalk
	9. Dipl.- Päd. E. Rauch	in Pasewalk
	10. A. Burgdorf	Psychotherapie, Psychoanalyse, Heilpraktiker in Pasewalk
	11. Dipl. Psych. I. Rönsch	In Penkun

Sonstige Psychotherapeuten gibt es in diesem SR vergleichsweise viele, allerdings 9 von 10 in Pasewalk. Da stellt sich für abgelegene Orte die Frage der Erreichbarkeit.

Während der stationäre und teilstationäre medizinische Bereich recht gut ausgebaut ist, sind niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie recht wenige und auch nur in Pasewalk. Positiv ist das Vorhandensein einer Institutsambulanz.

Tabelle: Sonstige Gesundheitsversorgung und Versorgungsdichte je 1.000 Einwohner Dezember 2015*

Sozialraum	Hausärzte/ Allgemein- mediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Niedergelassene Zahnmediziner	Versorgungsdichte je 1.000 EW	Apotheken je 1.000 EW
SR VI	21	0,6	22	0,7	0,2
LK V-G	150	0,6	159	0,7	0,3

Nach obigen Kriterien hat der Sozialraum VI in etwa eine gleich gute Versorgung wie im Durchschnitt des LK V-G insgesamt.

Tabelle: Angebote der Familienbildung nach Art⁹⁶ und Jugend- und Schulsozialarbeit

Angebote im SR VI	
Eltern-Kind-Zentrum, Eltern-Kind-Café, Babycafé	x
Elternkurse	x
Familienzentrum	x
Familienkrankenschwester	
Elternberatung und -begleitung an Kitas	
Offene Elternberatung	
Andere Projekte (z.B. Wunschgroßeltern)	
Jugendsozialarbeiter	3
Schulsozialarbeiter	7
Jugendclubs	8

Die Angebote der Jugendarbeit müssten im Hinblick auf die Ausdehnung des Sozialraumes ein mobiles Angebot in Form von Streetworkern haben oder zumindest muss die Prävention an massiv Schulen verstärkt werden.“

Zusammenfassende Bewertung des Versorgungssystems im Hinblick die Ausprägung sozialer Indikatoren nach Sozialräumen

Die größte soziale Belastung weist der Sozialraum VI auf, gefolgt vom SR IV und V. Relativ hohe Werte weist auch die Hansestadt Greifswald bei den Grundsicherungsempfängern wegen Alters, bei den Kindern in Bedarfsgemeinschaften nach dem SGB II und bei der Jugendarbeitslosenquote auf.

Die größte Versorgungsdichte hinsichtlich des Systems der Suchtkrankenhilfe hat die Stadt Greifswald und z.T. ausgedünnte Strukturen haben gerade die o. g. benachteiligten Räume. Es muss fach- und behördenübergreifend an einer Versorgungsgerechtigkeit gearbeitet werden. Das Projekt „Neugestaltung der Beratungslandschaft“ ist ein wesentlicher Schritt in diese Richtung, weil das Ziel die Schaffung von homogenen Beratungsstrukturen im gesamten Landkreis ist und somit zu einer Versorgungsgerechtigkeit in allen Teilräumen führt.

Die z.T. ausgedünnte Versorgung mit Fachärzten muss der Landkreis zwar im Blick haben. Die Planungshoheit und Berechtigung, Fachärzte zuzulassen liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Bei den regelmäßig stattfindenden Klinikgipfeln des Landkreises unter Federführung des Sozialdezernenten mit Vertretern aller Kliniken und Krankenhäuser im Landkreis Vorpommern-Greifswald wird die Verbesserung der medizinischen Infrastruktur vorgebracht.

⁹⁶ Quelle: Jugendamt Landkreis Vorpommern-Greifswald

Übersicht zur Ausprägung der Indikatoren zur sozialen Situation nach Sozialräumen und Ämtern, Städten und der amtsfreien Gemeinde

Tabelle: Ausprägung der Sozialindikatoren nach Sozialräumen

	Sozialhilfe-dichte je 1000 EW ⁹⁷	Grund-sicherungsem-pfänger wegen Erwerbsmin-derung je 1000 EW ⁹⁸	Grund-sicherungsem-pfänger wegen Alters je 1000 EW ⁹⁹	Arbeitslose nquote ¹⁰⁰	Kinder in Bedarfsge-meinschaften (SGB II) in % ¹⁰¹	Jugend-arbeitslosenq uote in % ¹⁰²
SR I	1,9	14,4	22,5	9,1	20,9	9,3
SR II		10,0	12,3	9,6	10,4	5,1
Amt Landhagen	0,7	3,6	3,5	6,4	4,7	4,2
Amt Jarmen-Tutow	2,7	17,4	21,1	10,9	13,4	4,7
Amt Peenetal/Loitz	1,6	13,1	12,2	12,2	17,3	6,0
SR III		14,3	19,2	11,4	18,0	6,1
Amt Am Peenestrom	3,9	16,3	18,2	15,2	32,4	8,1
Amt Lubmin	1,0	8,0	4,9	7,7	6,8	3,5
Amt Usedom - Nord	0,8	10,2	21,2	10,8	14,7	5,2
Amt Usedom - Süd	1,1	23,8	18,3	10,2	8,8	4,1
Gemeinde Heringsdorf	1,8	10,1	33,3	10,4	15,6	6,1
SR IV		24,4	25,4	12,3	22,7	7,5
Amt Anklam-Land	2,3	32,6	28,8	12,3	22,7	5,5
Amt Züssow	1,6	20,4	23,9	9,0	14,1	5,7
Stadt Anklam	3,7	21,4	24,3	15,6	29,0	10,1
SR V		21,0	22,0	12,4	20,5	7,6
Amt Am Stettiner Haff	1,2	8,5	9,4	11,6	13,3	5,2
Amt Torgelow-Ferdinandshof	1,5	13,7	19,4	14,3	23,8	10,0
Stadt Ueckermünde	3,2	48,3	39,8	10,5	20,5	5,6
SR VI		20,1	20,1	15,2	21,1	8,2
Amt Löcknitz-Penkun	1,9	12,2	19,0	14,3	16,8	6,1
Amt Uecker-Randow-Tal	1,1	7,8	6,2	10,6	13,6	5,5
Stadt Pasewalk	3,1	34,0	28,6	16,3	26,2	11,0
Stadt Strasburg	3,2	27,6	19,2	27,1	31,1	8,3

⁹⁷ 2015

⁹⁸ 2015

⁹⁹ 2015

¹⁰⁰ 2017

¹⁰¹ 2017

¹⁰² 2017

Teil III: Anlagen

1. Kooperationspartner der Präventionsarbeit und beteiligte Einrichtungen
2. Kooperierende Einrichtungen im Netzwerk der Suchtprävention
3. Maßnahmen zur Prävention
4. Leistungstypen nach dem Landesrahmenvertrag M-V - Übersicht
5. Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Anlage 1: Kooperationspartner der Präventionsarbeit und beteiligte Einrichtungen

Vertragspartner der Suchtprävention im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Einrichtung	Beratungsstellenleiter	Suchtpräventionsfachkraft
Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V. Beratungs- und Therapiezentrum Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Heilige-Geist-Straße 2 17389 Anklam	Frau Cordula Hauptmann	Herr Bernd Wartenberg
Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Gützkower Landstraße 69 17489 Greifswald	Herr Stefan Papke	Ausbildungen durch die Lakost werden angestrebt
Förderverein für Suchtkrankenhilfe e.V. Fachambulanz für Alkohol- und Drogenkranke Fr.-Loeffler-Straße 13a 17489 Greifswald	Frau Kathrin Elsner	Frau Ines Klimaschewski Frau Kathrin Elsner

Anlage 2: Kooperierende Einrichtungen im Netzwerk der Suchtprävention

Einrichtung	Ansprechpartner
LAKOST	Herr Siedelberg
Polizeiinspektion Anklam/ Greifswald	Präventionsbeauftragte
Kreispräventionsrat des LK VG	Herr Glawe/ Frau Dr. Becker
Präventionsrat der Hansestadt Greifswald	Frau Gömer
Präventionsrat der Stadt Anklam	Frau Dinse
Psychiatriekoordination des LK VG	Frau Peters
IQ M-V	Frau Filter
Öffnung der Schulen e.V.	Frau Hartlig
Jugendgerichtshilfe	Herr Hartung, Frau Wiese
Inselhopper Usedom	Herr Fulczynski
Schulsozialarbeit der VS, Caritas und des CJD	Frau Kehler
Jugendclubs der VS	Herr Fulczynski
Staatliches Schulamt Greifswald	
Kliniken	
Betreutes Wohnen	
Sozialamt	
Sozialpsychiatrischer Dienst	

Anlage 3: Maßnahmen zur Prävention

Maßnahmen zur Umsetzung struktureller Ziele

Ziel	Maßnahme	Häufigkeit	Zeitraum	Teilnehmer
Stärkung vernetzter Arbeit	Netzwerktreffen (Kind-Familie-Sucht, Netzwerk Sucht)	min 3/Jahr	fortlaufend	mind. 6
	interne Arbeitstreffen der Präventionsfachkräfte	min 2/Jahr	fortlaufend	3-5
	Teilnahme an den landesweiten Arbeitstreffen der Präventionsfachkräfte (LAKOST)	fremdbestimmt	fortlaufend	mind. 2 Vertreter des LK VG
	Einzelne Maßnahmen finden trägerübergreifend statt (z.B. Beteiligung an Kampagnen, Multiplikatorenschulungen)	mind. 1/Jahr		
Prävention nach dem Settingansatz	<p>Einzelprojekte werden durch die Träger der Suchtprävention realisiert (universelle, selektive und indizierte Maßnahmen möglich)</p> <p>Einzelprojekte finden an mind. 2 verschiedenen Settings statt, wobei die Entfernung des Trägers zum Setting berücksichtigt wird</p>	<p>Min. 45 Veranstaltungen (ca. 15 pro Träger) (mind. 3 Veranstaltungen sind Multiplikatorenschulungen)</p>	fortlaufend	<p>20 (universelle Prävention) + 5-8 (selektive, indizierte Prävention)</p>
Flächendeckende Präventionsarbeit	Überprüfung der Einzelprojekte	2/Jahr	1./3. Quartal	-
	Erstellung/ Aktualisierung einer Übersichtskarte geplanter/durchgeführter Präventionsmaßnahmen in den Arbeitstreffen → Problemanalyse und Entwicklung neuer Strategien, sofern ausgeglichene Regionale Verteilung nicht gegeben ist	2/Jahr	fortlaufend	

Ziel	Maßnahme	Häufigkeit	Zeitraum	TN
Sensibilisierung der Öffentlichkeit	TN an bundesweiten Kampagne „Aktionswoche Alkohol 2017“	1/ Jahr		200-1000
	Pressemitteilungen	bedarfs-gerecht		
	Flyer werden entworfen und in Umlauf gebracht (Stichwort: Suchtberatung, Jugendberatung)	fortlaufend		200 Exemplare
	Webpräsentation wird angestrebt (evtl. über RSK)	fortlaufend		
Verstetigung von Präventionsmaßnahmen	Überprüfung der Einzelprojekte, Absichtserklärungen/ Kooperationsvereinbarungen	1/Jahr	4. Quartal	-
Aufbau eines kreislichen Monitoring-Informationssystem	Auswertung von Dot.sys	1/Jahr	1. Quartal	-
	Durchführung und Auswertung der Schüler-/ Schulbefragungen	Alle 3-5 Jahre	3. Quartal	10 Schulen/ ca. 500 Schüler

Anlage 4: Leistungstypen nach dem Landesrahmenvertrag - Übersicht

A.0	Leistungstypen im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung/Hilfen für sinnes- und körperbehinderte Menschen
A.1	Wohnheim für Erwachsene mit geistigen, geistigen und mehrfachen Behinderungen
A.2	Wohnheim für ältere Menschen (Rentner) mit wesentlichen geistigen, geistigen und mehrfachen Behinderungen
A.3	Trainingswohngruppe für Menschen mit geistigen, geistigen und mehrfachen Behinderungen
A.4	Gruppengegliedertes Wohnheim, Schwerstpflege- und Förderheim für Kinder und Jugendliche mit geistigen, geistigen und mehrfachen Behinderungen
A.5	Gruppengegliedertes Wohnheim, Schwerstpflege- und Förderheim für Erwachsene mit geistigen, geistigen und mehrfachen Behinderungen
A.6 a und A.6 b	Werkstatt für Menschen mit geistigen, psychischen und mehrfachen Behinderungen (WfbM)
A.7	Fördergruppe für erwachsene Menschen mit geistigen, geistigen und mehrfachen Behinderungen an Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM)
A.8 a – A.8 e	Sonderkindergärten und Sondergruppen für sinnesbehinderte, körperbehinderte und mehrfachbehinderte Kinder
A.9	Integrative Kindertagesstätten
A.10	Wohnheime/Wohngruppen für Kinder/Jugendliche und erwachsene Menschen mit Körperbehinderungen, Sehbehinderungen, Hörbehinderungen und geistigen Behinderungen mit starken Verhaltensauffälligkeiten mit interner oder bei externer Tagesstruktur
A.11	Internate an Schulen für Kinder und Jugendliche mit wesentlichen körperlichen und mehrfachen Behinderungen
B.0	Leistungstypen im Bereich der Hilfen für Menschen mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen
B.1	Tagesstätte für Menschen mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen
B.2	Psychosoziales Wohnheim für Erwachsene mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen
B.3	Psychosoziale Wohngruppen für Erwachsene mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen
B.4	Psychiatrisches Pflegewohnheim für Erwachsene mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen
B.5	Geschlossene Wohngruppe für Erwachsene mit wesentlichen psychischen Erkrankungen/Behinderungen
B.6	Zweigwerkstatt bzw. Außenstelle für Menschen mit psychischer Behinderung
C	Leistungstypen im Bereich der Hilfen für Suchtkranke gem. § 53 SGB XII
C.1	Sozialtherapeutische Übergangsheime
C.2	Heime für chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke
C.3	Heime für nasse Alkoholranke
C.4	Nachsorgeeinrichtung für drogenabhängige Erwachsene
C.5	Nachsorgeeinrichtungen für Drogenabhängige mit Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht)
C.6	Teilstationäre Einrichtungen – Tagesstätten
C.7	Einrichtung für Pflegebedürftige Alkoholranke
D	Leistungstypen im Bereich der Hilfen nach § 61 SGB XII
D.1	Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen (Pflegestufe „0“)
E	Leistungstypen im Bereich der Hilfen nach § 67 SGB XII
E.0	Allg. Ziele der Hilfen für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (§ 67 SGB XII)
E.1	Stationäre Betreuung in Übergangswohnheimen
E.2	Trainingswohngruppen in Übergangswohnheimen
E.3	Außenwohngruppen
E.4	Tagesstätten

Anlage 5: Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen nach Sozialräumen

<u>Sozialplanungsraum I</u>	<u>Sozialplanungsraum II</u>
<p>Blaues Kreuz in der Ev. Kirche e.V. Für Betroffene und Angehörige Treffpunkt: Freitag, 19.00 Uhr, Christuskirche, Greifswald Kontakt: Olaf Strauß, 038352 60727</p>	<p>Blaues Kreuz in Deutschland e.V. Begegnungsgruppe Loitz Treffen: Mo. 19.00 Uhr Goethestraße (Kirche), 17121 Loitz Kontakt: Kasch, Alfred 0160 938 121 94 Angebot: Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit</p>
<p>Boddenblick Greifswald e.V. Selbsthilfegruppe für Suchtmittelabhängige und deren Angehörige Trelleborger Weg 37, „Haus der Begegnung“, 17493 Greifswald Treff: jeden Freitag 18.00 Uhr Kontakt: Gerald Dinse, Tel. 017621258388</p>	
<p>Fachambulanz für Alkohol- und Drogenkranke Friedrich-Loeffler-Straße 13 a, 17489 Greifswald</p> <p>Freie Selbsthilfegruppe für alle Suchtarten Treff: Donnerstag um 16.30 Uhr Ansprechpartner: Herr Koetzing 0162-5370027, hartmutkoe@icloud.com</p> <p>Für Angehörige von Suchtkranken Treff: Dienstag 10.00 Uhr nach Absprache Kontakt: 03834 899235</p>	
<p>Johanna-Odebrecht- Stiftung Help yourself Für jüngere Alkohol-, Drogen, Glücksspiel- und Onlineabhängige z.Z. keine Treffen bei Interesse bitte melden: Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Greifswald, Lange Straße 10, 03834 892440</p> <p>Aggredio – Wir gehen es an! Für Alkohol-, Drogen – und Medikamentenabhängige Treff: Donnerstags 17.30 Uhr Kontakt: Frank: 0151 6249 4939; Suchtberatungsstelle: 03834 892440</p> <p>Selbsthilfegruppe - Essstörungen Donnerstag, 18 Uhr, 14-täglich, jede gerade Kalenderwoche Kontakt über Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Lange Straße 10, 17489 Greifswald Ansprechpartner/in: Frau Johanning 03834-89 24 40</p> <p>Selbsthilfegruppe für Angehörige Treff: jeden 2. u. 4. Mittwoch im Monat 16.00 Uhr Kontakt: Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Lange Str. 10, 17489 Greifswald Tel: 03834/892440</p>	

<p>Stolpersteine Nur für betroffene Frauen, geschlossene Gruppe Treff: jeder 1. u. 3. Mittwoch im Monat, 16.00 Uhr Kontakt: Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Lange Str. 10, 17489 Greifswald Tel: 03834/892440</p> <p>NULL PROMILLE Für Betroffene Treff: jeden 2. Und 4. Donnerstag im Monat, 19.00 Kontakt: Greifswald, St. Spiritus, Lange Straße 49/51 Tel. 03834 85364444</p> <p>Selbsthilfegruppe Labyrinth Für Betroffene Treff: Donnerstag, 18.00 Uhr 14-täglich – ungerade Woche Greifswald, Maxim-Gorki-Str. 1, in der „Schwalbe“ Kontakt: Manfred Roß, 0174 3885539</p>	
<p><u>Sozialplanungsraum III</u></p>	<p><u>Sozialplanungraum IV</u></p>
<p>Anonyme Alkoholiker (AA) Gruppentreffen: Sankt-Jürgen-Kapelle Breite Straße, 17438 Wolgast jeden Montag 19.30 bis 21.30 Uhr auch in Ferien und an Feiertagen Ansprechpartner/in: 0176-381 884 31 (Harry)</p> <p>Gruppentreffen: Rehaklinik Heringsdorf, Vortragsraum Delbrückstraße 1-4, 17424 Heringsdorf jeden Freitag, 19 Uhr, auch in Ferien und an Feiertagen Ansprechpartner/in: 0176-381 884 31 (Harry & Annelene)</p>	<p>Evangelische Suchtgefährdetenhilfe in Anklam Gruppentreffen Baustraße 33, 17389 Anklam monatlich, Mittwoch 19.30 Uhr nicht in Schulferien und an Feiertagen Kontakt über Ev. Suchtgefährdetenhilfe Blesewitz e.V. Dorfstr. 50, 17392 Blesewitz 03971-24 20 88 Ansprechpartner: Herr Burghard Woldt, 039721-56 899 Herr Karl-Heinz Thielke (Suchtherapeut), 03971- 24 20 88</p>
<p>Johanna-Odebrecht- Stiftung Selbsthilfegruppe PC und Spielkonsolen (Medienabhängigkeit) in Heringsdorf Für Betroffene und Angehörige z.Z. keine Treffen bei Interesse bitte melden: - Heringsdorf, Reha-Klinik Usedom Delbryckstraße 1-4, 038378 81439 Wolgast, Steinstraße 7, 03836 204619</p> <p>Selbsthilfegruppe Angehörige von Alkohol-und anderen Suchtkranken Wolgast Steinstraße 7, 17438 Wolgast vierzehntäglich, Montag (ungerade Woche), 19.00 Uhr Kontakt über Suchtberatungsstelle Breite Straße 24, 17438 Wolgast 03836 204619 sb-wolgast@odebrecht-stiftung.de</p>	<p>Volkssolidarität Kreisverband Ostvorpommern e. V. De Droegen Anklamer Gemeinschaft von Familienangehörigen und Freunden von Alkoholikern, Austausch von Erfahrungen, gemeinsam Kraft und Hoffnung schöpfen Treffen: Volkssolidarität Anklam Heilige-Geist-Straße 2, 17389 Anklam Tel.: 03971 2598044 Wöchentlich dienstags, 17.00 Uhr</p> <p>Ostseewölfe Treffen: Volkssolidarität Anklam Heilige-Geist-Straße 2, 17389 Anklam Tel.: 015253579005 Wöchentlich mittwochs, 17.00</p>

	<p>The Dry Fighters Treffen: Volkssolidarität Anklam Heilige-Geist-Straße 2, 17389 Anklam Tel.: 03971 2905434 Wöchentlich montags, 17.00</p>
<u>Sozialplanungsraum V</u>	<u>Sozialplanungsraum VI</u>
<p>Anonyme Alkoholiker (AA) Ferdinandshof Kontakt z.Z. unbekannt</p>	<p>AWO Torgelow / Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH Selbsthilfegruppe für Alkoholranke „Absprung“ Löcknitz</p>
<p>AWO Torgelow / Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH Selbsthilfegruppe für Alkoholranke Gruppentreffen: AWO-Begegnungsstätte Karlsfelder Str. 1, 17358 Torgelow Vierzehntäglich, Mittwoch, 18.00 Uhr auch in Schulferien; nicht an Feiertagen Ansprechpartner: Frau Bärbel Sommerfeld, 0151 26445142 Herr Frank Schulze, 0152 04952421</p> <p>Selbsthilfegruppe für Alkoholranke „Entscheidung“ Torgelow Herr Büge Tel. 03976 2567020</p>	<p>Blaues Kreuz in Deutschland e.V. Begegnungsgruppe Pasewalk Treffen: Mo. 19.00, 14täglich, gerade Wochen Haußmannstr. 12, 17309 Pasewalk Kontakt: Spatz, Franz- Peter, 015758523683</p>
<p>Blaues Kreuz in Deutschland e.V. Begegnungsgruppe Eggesin Treffen: Mi. 16.00 Uhr Ueckermünder Str. 15, 17368 Eggesin Kontakt: Porwitzki, Reinhard 0160 8412659</p> <p>Begegnungsgruppe Ferdinandshof Treffen: Do. 19.30 Uhr Bahnhofstraße 56, 17379 Ferdinandshof Kontakt: Grabow, Monika 039778 – 22309 / 0162 749 65 31</p> <p>Begegnungsgruppe Torgelow Treffen: Mi. 19.00 Uhr Ev. Gemeindehaus, Ueckerstr. 15, 17358 Torgelow , Kontakt: Herr Porwitzki 0160 8412659</p>	<p>Europäisches Jugend- u. Sozialwerk, Initiative Uecker-Randow e.V. Begegnungsstätte Penkun Sandkuhlstr.3, 17328 Penkun Treff: 14- täglich montags Angebot: bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit Kontakt: Frau Luksch, Tel. 033331 65061, 039751 69870</p> <p>Europäische Missionsgemeinschaft e.V. Jugendgruppe Penkun Am Markt 12, 17328 Penkun Treff: freitags Angebot: abstinenzorientierte Jugendgruppe Kontakt: Carolin Schreiner, Tel. 039751 69870</p>

<p>Suchtkrankenhilfe Torgelow gGmbH Selbsthilfegruppe "Entscheidung" Bahnhofstr. 36 a, 17358 Torgelow Ansprechpartner: Joachim Büge Mobil : 0151 26445141</p> <p>Selbsthilfegruppe "Absprung" Ansprechpartner: Günther Wienholz / Olaf Pechümer 0151 26 44 51 44</p> <p>Selbsthilfegruppe Torgelow Ansprechp: Bärbel Sommerfeldt Mobile : 0151 264451 42</p>	
---	--

Quelle: Datenbank der LAG Selbsthilfekontaktstellen Mecklenburg-Vorpommern:
<https://www.selbsthilfe-mv.de/Start.3.0.html> am 20.10.2017 , Informationen der Fachämter und
Homepages der genannten Träger bis Februar 2018.

Abkürzungsverzeichnis

BB	Land Brandenburg
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BzGA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DRK OVP	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Ostvorpommern-Greifswald e.V.
DSBB	Sucht- und Drogenberatungs- und Behandlungsstellen
EGH	Eingliederungshilfe gem. §53ff. SGB XII
Ev. SKH M-V gGmbH	Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern e.V.
GBS	Gesellschaft für den Betrieb von Sozialeinrichtungen mbH
GIS	Geoinformationssystem des Landkreises Vorpommern-Greifswald
ITP	Integrations- und Teilhabeplan gemäß §19 SGB IX n.F.
KDW	Kreisdiakonisches Werk Greifswald e.V.
KSV	Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern
LK	Landkreis
LRV	Landesrahmenvertrag Mecklenburg-Vorpommern
LT	Leistungstyp nach dem LRV
MV	Land Mecklenburg-Vorpommern
ÖGDG M-V	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern
PSAG	Psychoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG M-V	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Krankheiten (Psychischkrankengesetz)
SGB	Sozialgesetzbuch
VG	Vorpommern-Greifswald
VS GW-OVP	Volkssolidarität Greifswald-Ostvorpommern e.V.
VS UER	Volkssolidarität Uecker-Randow e.V.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Ärzteblatt - www.aerzteblatt.de vom 19. Juni 2018; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95908/ICD-11-WHO-stellt-neuen-Diagnoseschluesel-vor-zitiert-am-27.6.2018>

Alkoholatlas für Deutschland 2017

Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, A. Klocke & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 45–56). Bern: Huber.

Becker, J. (2014). Der Alltag und die Gesundheit von Schülern im Kontext einer guten gesunden Ganztagschule. Eine vergleichende Analyse von Schülern aus Ganztags- und Halbtagschulen in Mecklenburg-Vorpommern. Greifswald.

Bilz, L. (2008). Schule und psychische Gesundheit. Wiesbaden: Springer.

Botvin, G. (1996). Substance abuse prevention through Life Skills Training. In: Peters, R. DeV, McMahon, J. (eds.). Prevention childhood disorders. Substance abus and delinquency. Sage, Newbury Park, pp 215-240.

Bundesagentur für Arbeit, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Statistik-nach-Themen-Nav.html>, letzter Auszug am 25.5.2018

Bundeskriminalamt: Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2017 – Tabellenanhang; https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2017RauschgiftBundeslagebildTabellen.pdf;jsessionid=DCA244C9A48D7F318B12CBD B6072390C.live2292?__blob=publicationFile&v=2 – zitiert am 27.6.2018

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 24. Köln.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2006). Expertise zur Prävention des Substanzmittelmisbrauchs. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29. Köln.

Datenfakten Alkohol, <http://www.dehs.de/datenfakten/alkohol.html>

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: Jahrbuch 2018, Lengerich 2018

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2015). Drogen- und Suchtbericht. Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit: Drogen- und Suchtbericht. Juli 2017

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit: Drogen- und Suchtbericht. Oktober 2018

DKFZ - Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Alkoholatlas 2017

GEB - Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_PROC?XWD_1880/12/xs_set_xs_werte_jn/D.000/yes. Auszug vom 14.5.2018

Gesundheitmonitoring.

<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsberichterstattung/GBE>

GGR – Gertz Gutsche Rümenapp GbR: Kleinräumige Bevölkerungsprognose Kreis Vorpommern-Greifswald bis 2030- Version vom 13.02.2017

Grossmann, R. & Scala, K. (1996). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In BZgA - Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (S. 100–101). Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.GVG – Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. (2015a) Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. www.gesundheitsziele.de. Veröffentlicht am 19.05.2015

- GVG – Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. (2015b) Nationales Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“. www.gesundheitsziele.de. Veröffentlicht am 19.05.2015
- Hallmann, H.-J.; Holterhoff-Schulte, I.; Marfert-Diete, Ch. (2007). Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hamm, Hannover, Mülheim.
- Hurrelmann, K. (1994). Familienstress, Schulstress, Freizeitstress. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Weinheim.
- Regionales <https://www.svz.de/regionales/mecklenburg-vorpommern/mv>
- Jahrbuch Sucht, 2017
- Jahrbuch Sucht 2018
- Jahresbericht Polizei M-V, <https://www.polizei.mvnet.de/statistic7POL/Datei/PDF/LKA/Jahresbericht>
- Kraus, L. & Pabst, A. (2012). Trends des Konsums psychoaktiver Substanzen in Mecklenburg-Vorpommern, 2003-2011. München.
- Kraus, L.; Pabst, A. & Piontek, D. (2012). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. Und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. München.
- Landkreis Vorpommern-Greifswald (Hrsg.) (2012). Erster Bildungsbericht des Landkreises Vorpommern-Greifswald 2012. Anklam
- Landkreis Vorpommern-Greifswald, Sozialbericht 2017
- Landkreis Vorpommern-Greifswald: OPENControlling (Auswertungsmodul zum Erfassungsprogramm PROSOZ des Amtes für Soziales, Jugend und Sport)
- Landkreis Vorpommern-Greifswald: Geodateninformationssystem (GIS) (Kartographisches Erfassungssystem des Katasteramtes)
- Landkreis Vorpommern-Greifswald, Jugendamt
- Lampert, T; Kuntz, B. & KiGGS Study Group (2014). Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. In Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 7, S. 830-839.
- Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur M-V (2007). Verwaltungsvorschrift „Gesundheitserziehung, Sucht- und Gewaltprävention an den Schulen des Landes Mecklenburg-Vorpommern“. Schwerin.
- Ministerium für Soziales und Gesundheit M-V (2008). Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention. Schwerin
- Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit M-V, Ref. 600
- Prüß, F. (2012). Grenzüberschreitende Suchtprävention. 10 Jahre Grenzüberschreitendes Netzwerk in der Suchtvorbeugung für die Euroregion Pomerania. Regionalstelle für Suchtvorbeugung und Konfliktbewältigung. Greifswald
- Regierung M-V https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php
- RKI – Robert Koch Institut (Hrsg.) (2015). Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends. In GBE Kompakt , Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Saunders J.B.; Aasland O.G.; Babor T.F.; de la Fuente J.R. & Grant M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. Addiction 88:791–804.
- Servais, E. 1(992). Bevor es zu spät ist. Gesamtgesellschaftliche und ganzheitliche Suchtvorbeugung. Eupen.
- Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.): Krankheiten, Rauchgewohnheiten und BMI der Bevölkerung (Mikrozensus) in Mecklenburg-Vorpommern, 2015
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder – Zensus 2011, 2014; <https://ergebnisse.zensus2011.de/#dynTable:statUnit=HAUSHALT;absRel=ANZAHL;ags=13059,1306>

[2,130525216,130525220,13001000000;agsAxis=X;yAxis=HHGROESS_KLASS:sum:1,HHTYP_FAM;sum:1](#) am 24.5.2018

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Zensus 2011. Haushalte und Familien, 2015; https://www.statistik-bw.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta4.asp am 24.5.2018

Statistikamt der Universitäts-und Hansestadt Greifswald, Bevölkerungsbaum des Landkreises Vorpommern-Greifswald 2017

Statistisches Jahrbuch 2018, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern

Stimmer, Franz (Hrsg.): Suchtlexikon. Oldenbourg, München/Wien, 2000

Statuskriterien unter <https://karteikarte.com/card71250938/sozialer> - status-und statuskriterien-begriff-...

Suchtberatungsstellen des Landkreises Vorpommern-Greifswald

Tabakatlas_ auf_ einen Blick-Zahlen_und_Fakten, <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/>

<https://wegweiser-kommune.de/statistik/vorpommern-greifswald-lk+soziale> lage, Datenstand 2016

WHO – Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2011). Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020). Kopenhagen.