

**Suchtmittelkonsum
und suchtbezogene
Problemlage von Kindern
und Jugendlichen in
stationärer Jugendhilfe**

Forum Sucht Sonderband 8 ISSN 0942-2382

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Herausgeber

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Straße 27, 48145 Münster
www.lwl-ks.de

Autoren

Martina Schu, Sören Mohr, Rüdiger Hartmann
unter Mitarbeit von Rebekka Steffens
alle: Gesellschaft für Forschung und Beratung im
Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS), Köln

Redaktion

Doris Sarrazin, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

Bildnachweis

Titelseite: © Evan Blaser / flickr.com

Gestaltung und Druck

Druckverlag Kettler GmbH, Bönen (Westf.)

1. Auflage: 2800

Überarbeitete Version mit Stand 29.09.2014

Korrigierte Abbildungen: 3, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18

Münster 2014

Hinweis für die Zitierer der Veröffentlichung:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2014).
Suchtmittelkonsum und suchtbetonte Problemlagen von Kindern und Jugendlichen
in der stationären Jugendhilfe.
Münster: Forum Sucht Sonderband 8

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3268

Fax: +49 251 591-5499

E-Mail: kswl@lwl.org

Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlage von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe

im Auftrag der
LWL-Koordinationsstelle Sucht
unter Beteiligung der LWL-Jugendheime

Bearbeitet von:

Martina Schu
Sören Mohr
Rüdiger Hartmann
unter Mitarbeit von
Rebekka Steffens

INHALTSVERZEICHNIS

1	AUSGANGSSITUATION UND AUFTRAG	7
2	KINDER UND JUGENDLICHE IN DER JUGENDHILFE	9
3	METHODIK DER UNTERSUCHUNG	11
3.1	Befragung von Kindern und Jugendlichen	12
3.2	Befragung der Fachkräfte	15
4	KONSUMBEZOGENE PROBLEMLAGEN DER KINDER UND JUGENDLICHEN	16
4.1	Alkoholkonsum	17
4.2	Tabak	23
4.3	Illegale Drogen	28
4.4	Computerspiele und Nutzung sozialer Medien	35
4.5	Andere Belastungen	42
4.6	Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfen	45
4.7	Psychopathologische Auffälligkeiten	46
5	WAHRNEHMUNG UND REAKTIONEN IN DEN JUGENDHILFEEINRICHTUNGEN	55
5.1	Wahrnehmung und Bewertung suchtbezogener Probleme bei den Jugendlichen	55
5.2	Einstellungen und Kenntnisse der Fachkräfte zu jugendlichem Suchtmittelkonsum	58
5.3	Maßnahmen, Aktivitäten und Kenntnisse	60
5.4	Richtlinien in den Einrichtungen	62
5.5	Umgang mit dem Suchtmittelkonsum im Team	63
5.6	Fortbildung	64
5.7	Kooperation und Vernetzung mit Sucht-/Drogenhilfe	66
6	ZUSAMMENFASSENDE BILANZ UND EMPFEHLUNGEN	69
6.1	Zusammenfassende Bilanz	69
6.2	Empfehlungen	73
7	LITERATUR	83
8	ANHANG	89

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Prävalenzen des Alkoholkonsums	19
Abb. 2:	Regelmäßiger Alkoholkonsum	20
Abb. 3:	Verbreitung des Zigarettenkonsums	24
Abb. 4:	Häufigkeit des Rauchens	26
Abb. 5:	Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen	30
Abb. 6:	30-Tage-Prävalenz des Konsums von Marihuana bzw. Haschisch	32
Abb. 7:	Regelmäßigkeit des Cannabis-Konsums	33
Abb. 8:	30-Tage-Prävalenz des Computerspielens	36
Abb. 9:	Häufigkeit des Computerspielens	37
Abb. 10:	Aktivität in sozialem Netzwerk in den letzten 30 Tagen	40
Abb. 11:	Häufigkeit der Nutzung sozialer Netzwerke in den letzten 30 Tagen	41
Abb. 12:	Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf den Gesamtwert im SPS-J	47
Abb. 13:	Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf aggressiv- dissoziales Verhalten	49
Abb. 14:	Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf Ärgerkontrollprobleme	50
Abb. 15:	Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf Ängstlichkeit und Depressivität	51
Abb. 16:	Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf Selbstwertprobleme	52
Abb. 17:	Gegenüberstellung der Schätzung durch die Fachkräfte und den Angaben der Jugendlichen zu 1. Konsum von Suchtmitteln und 2. problematischem Konsum	56
Abb. 18:	Zumessung von Stellenwert von Fortbildungsbereichen	65
Abb. 19:	Stellenwert verschiedener Formen von Kooperation	67

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1:	Geschlecht und Alter der Befragten	16
Tab. 2:	Besuchte Schulform und derzeitige berufliche Tätigkeit der Befragten	17
Tab. 3:	Drogenangebot: Anteil der Befragten, denen eine Substanz angeboten wurde	29
Tab. 4:	Verbreitung verschiedener Computerspielgenres	39
Tab. 5:	Wohnsituation vor Aufnahme in Einrichtung	89
Tab. 6:	Migrationshintergrund	89
Tab. 7:	12-Monats-Prävalenz von Alkohol	89
Tab. 8:	12-Monats-Prävalenz des Rauschtrinkens	90
Tab. 9:	30-Tages-Prävalenz des Rauschtrinkens in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen in der Drogenaffinitätsstudie	90
Tab. 10:	Krankenhausbehandlung infolge von Alkoholintoxikationen	91
Tab. 11:	Alkoholkonsum im Freundes- und Bekanntenkreis	91
Tab. 12:	Alkoholkonsum im Elternhaus	91
Tab. 13:	Häufigkeit des Alkoholkonsums im Elternhaus	92
Tab. 14:	Alkoholkonsumierende im Elternhaus	92
Tab. 15:	Lebenszeitprävalenz von Tabak	92
Tab. 16:	Tägliches Rauchen bezogen auf die letzten 30 Tage	93
Tab. 17:	Starkes Rauchen in den letzten 30 Tagen	93
Tab. 18:	Tabakkonsum im Freundes- und Bekanntenkreis	94
Tab. 19:	Tabakkonsum im Elternhaus	94
Tab. 20:	Häufigkeit des Tabakkonsums im Elternhaus	94
Tab. 21:	Rauchende im Elternhaus	95
Tab. 22:	Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen	95
Tab. 23:	Spielen von Offline- und/oder Online-Spielen im Internet	96
Tab. 24:	Dauer des Offline-Spielens bei einer Gelegenheit	96
Tab. 25:	Dauer des Online-Spielens bei einer Gelegenheit	97
Tab. 26:	Dauer des Verbleibs in sozialen Netzwerken bei einer Gelegenheit	97
Tab. 27:	Häufigkeit des Konsums von Schlafmitteln	98
Tab. 28:	Häufigkeit des Konsums von Beruhigungsmitteln	98
Tab. 29:	Häufigkeit des Konsums von Aufputzmitteln	99
Tab. 30:	Kenntnis von Hilfeangeboten	99

Tab. 31:	Altersgruppen der Fachkräfte	100
Tab. 32:	Grundqualifikation der Fachkräfte	100
Tab. 33:	Leitende Funktionen unter den befragten Fachkräften	100
Tab. 34:	Anzahl der Jugendlichen in der jeweiligen Wohngruppe der befragten Fachkräfte	100
Tab. 35:	Einstellungen und Aussagen der Fachkräfte zu Jugendlichen und Suchtmittelkonsum	101
Tab. 36:	Stellenwert von Maßnahmen, Aktivitäten und Kenntnissen und Durchführung bzw. Mitwirkung an diesen Aktivitäten im letzten Jahr	102
Tab. 37:	Richtlinien, Regelungen zum Umgang mit Suchtmittelkonsum in der Einrichtung	103
Tab. 38:	Umgang mit suchtbefragten Themen im Team	104

1 AUSGANGSSITUATION UND AUFTRAG

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat in seinem „Masterplan: Ressortübergreifen-des Denken – Ressortübergreifende Strategie. Interne und externe Verzahnung der Jugend- und der Suchthilfe“ (LWL, 2012) herausgearbeitet, dass das Gesundheitsverhalten Erwachsener jenes der Kinder und Jugendlichen entscheidend prägt. Forschungsergebnisse zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen belegen sowohl eine Zunahme gesundheitlicher Risiken insbesondere im Jugendalter als auch den Zusammenhang dieser Risiken mit der sozialen Herkunft (RKI, 2006).

Im Rahmen der Entwicklungsaufgaben im Kinder- und Jugendalter spielt die Vermeidung eines riskanten Konsums psychoaktiver Substanzen eine bedeutsame Rolle im Hinblick auf die Wahrung von Gesundheit (vgl. Hurrelmann, 2007). Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist Kindern und Jugendlichen in der öffentlichen Jugendhilfe erschwert. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass der riskante Konsum psychoaktiver Substanzen von Kindern und Jugendlichen, die in der öffentlichen Jugendhilfe betreut werden, höher ausfällt, als in altersbezogenen Vergleichsgruppen der Allgemeinbevölkerung.

Während epidemiologische Studien und regelhafte Repräsentativbefragungen das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen allgemein gut aufklären, besteht hinsichtlich des Umfangs von Suchtmittelkonsum und suchtbefugenen Verhaltensweisen und Problemen in der Kinder- und Jugendhilfe eine deutliche Forschungslücke. Dabei zeigen die wenigen Untersuchungen, die es bisher in diesem Feld gibt, dass Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe durch psychische Störungen (überdurchschnittlich) stark belastet sind: So wurde z. B. in einer sich auf Baden-Württemberg und Bayern beziehende Studie bei 59,9 % der Kinder und Jugendlichen, die in einer stationären Einrichtung betreut werden, mindestens eine ICD-10-Diagnose, davon bei 8,8 % ein Suchtmittelmissbrauch ermittelt (Schmid, 2007). In einer Untersuchung der Universität Utrecht (Niederlande) wurden bei stationär betreuten Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen deutlich höhere Prävalenzraten zum Konsum von Cannabis, harten Drogen und schwerem wöchentlichen Alkoholkonsum festgestellt als in Vergleichsgruppen von Schülerinnen und Schülern in Förder- und allgemeinbildenden Schulen (vgl. Kepper u. a., 2011).

Mit Blick auf die Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen weisen politische Programme (u. a. Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, WHO, 1986; Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung, 2012; Landeskonzept gegen Sucht der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2012) auf die Notwendigkeit eines sektorenübergreifenden Vorgehens hin. Mit seinem „Masterplan: Ressortübergreifendes Denken – Ressortübergreifende Strategie“ hat auch der LWL (2012) verdeutlicht, dass er in der stärkeren Vernetzung von Jugend- und Suchthilfe eine wichtige Aufgabe sieht.

Obwohl sich in den vergangenen Jahren auf lokaler/regionaler Ebene positive Ansätze der Vernetzung zwischen Jugend- und Suchthilfe herausgebildet haben, wird die Qualität der Zusammenarbeit beider Hilfesysteme nach wie vor beeinflusst durch

- unterschiedliche gesetzliche Grundlagen/Finanzierungsformen sowie die sich daraus ergebenden Anforderungen an die beiden Hilfesysteme,
- fachliche Konkurrenz zwischen Sucht- und Jugendhilfe um eine sich in Teilbereichen überschneidende Klientel,
- knappe (finanzielle und personelle) Ressourcen der Einrichtungen beider Hilfesysteme bei gleichzeitig steigenden Bedarfen,
- verschiedene fachliche Traditionen sowie Haltungen/Selbstverständnisse im Umgang mit (suchtmittelkonsumierenden) Kindern und Jugendlichen (vgl. Wieland, 2001; Bären u. a., 2011),
- unterschiedliche, sich aus den jeweiligen Versorgungsaufträgen ergebende (Beratungs-/Betreuungs-) Ansätze der beiden Hilfesysteme (u. a. therapeutische vs. pädagogische Sichtweise).

Daneben zeigen Praxiserfahrungen, auch im Rahmen eigener Forschungsarbeiten, dass sich das weitgehende Fehlen belastbarer epidemiologischer Daten zur Prävalenz suchtbbezogener Probleme in der Jugendhilfe hemmend auf die Durchführung von Maßnahmen selektiver und indizierter Prävention sowie hinsicht-

lich der Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe auswirkt. Die wenigen dazu vorhandenen Studien sind bei den jeweiligen Akteuren kaum bekannt. Die Einschätzungen der potentiellen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner werden vor allem durch praktische Erfahrungen sowie institutionelle Selbst- und Fremdbilder gespeist.

Der LWL-„Masterplan: Ressortübergreifendes Denken – Ressortübergreifende Strategie“ regt deshalb die Durchführung einer Untersuchung zu suchtbezogenen Verhaltensweisen der in der öffentlichen Jugendhilfe in Westfalen-Lippe betreuten jungen Menschen an. Der LWL möchte zudem Einschätzungen der Fachkräfte in der öffentlichen Jugendhilfe zu Unterstützungs- und Kooperationsbedarfen untersuchen.

2 KINDER UND JUGENDLICHE IN DER JUGENDHILFE

Im Jahr 2010 wurden in Nordrhein-Westfalen (ohne Erziehungsberatung) 102.881 erzieherische Hilfen für 135.724 junge Menschen gewährt. Dabei handelte es sich um 55.861 ambulante Hilfen für 88.704 junge Menschen und 47.020 stationäre Hilfen für 47.020 junge Menschen. Bei den stationären Hilfen entfielen 20.960 auf eine Vollzeitpflege und 24.733 auf eine Heimerziehung (vgl. Fendrich, Pothmann & Tabel, 2012).

Im Zuständigkeitsbereich des *Landesjugendamts Westfalen-Lippe* wurden für 10- bis 18-Jährige im Jahr 2010 insgesamt 11.269 ambulante und 9.181 stationäre Hilfen zur Erziehung (§§ 27ff. SGB VIII) gewährt, auf die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen¹ entfielen im Jahr 2010 33.898 HzE (auf Basis von

¹ In dieser Altersgruppe erfolgen bundesweit regelhaft Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen bei psychoaktiven Substanzen.

§ 27 Abs. 2, §§ 29 bis 35 SGB VIII). Jungen erhalten häufiger als Mädchen Hilfen, bspw. beziehen sich im stationären Leistungsspektrum je 56 % der Hilfen nach den §§ 27 Abs. 2 und 34 auf das männliche Geschlecht.

Die Kinder und Jugendlichen in der öffentlichen Jugendhilfe kommen ganz überwiegend (61 %) aus Familien mit Transferbezug (Vollzeitpflege 77,7 %; Heimerziehung 59,4 %; Sozialpädagogische Familienhilfe 66,3 %). 73 % der Kinder und Jugendlichen hatten alleinerziehende Elternteile, 31 % haben Eltern mit einer ausländischen Herkunft. Diese Daten verweisen auf einen Zusammenhang zwischen Armutslage und erzieherischem Bedarf. Nimmt man die o. g. Ergebnisse zu Kinder- und Jugendgesundheit hinzu, so kann die soziale Lage als eine wichtige Ursache für eine erhöhte gesundheitliche Belastung der Kinder und Jugendlichen in der öffentlichen Jugendhilfe identifiziert werden.

Hilfen zur Erziehung in Trägerschaft des LWL

Stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe werden in Nordrhein-Westfalen im Wesentlichen durch freie Träger, aber auch durch private und öffentliche Träger vorgehalten. In Trägerschaft des LWL befinden sich derzeit drei Jugendhilfeeinrichtungen. Bei den Einrichtungen handelt es sich jeweils um dezentrale Verbünde mit einem breiten Spektrum an Hilfearten und -formen:

- LWL Jugendhilfezentrum Marl: An 16 Standorten (152 Plätze) werden erzieherische Hilfen in ambulanten, teilstationären und stationären Settings vorgehalten. Bei den zehn stationären Einheiten handelt es sich überwiegend um Wohngruppen mit bis zu neun Plätzen. Zudem gehören drei Tagesgruppen für Grundschulkinder sowie ein regional ausgerichteter Fachbereich „Flexible Hilfen“ mit einem breiten ambulanten Angebot zum Jugendhilfezentrum.
- LWL Heilpädagogisches Kinderheim in Hamm: Das Heilpädagogische Kinderheim besteht aus 21 dezentralen (Wohn-) Einheiten mit insgesamt 176 Plätzen und gliedert sich u. a. in a) Wohngruppen mit bis zu neun Plätzen, b) Kleinstgruppen mit drei bis vier Plätzen und c) Regelwohngruppen mit bis zu

zehn (teil-)stationären Plätzen. In den Einrichtungen werden Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters begleitet oder betreut.

- LWL Jugendheim Tecklenburg: Das Jugendheim hält dezentral ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote vor. In 15 stationären (Wohn-)Einheiten mit insgesamt 178 Plätzen (in Wohngruppen, Jugendwohngemeinschaften und Mutter-Kind-Einrichtungen) leben Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Altersgruppen mit jeweils bis zu elf Plätzen. Das Angebot wird um zwei teilstationäre Tagesgruppen für Kinder (mit 16 Plätzen) und ambulante Hilfen (an sieben Standorten) sowie einer Ambulanz für Pflegekindervermittlung ergänzt.

Die hier vorgestellte Untersuchung wurde in allen drei Einrichtungen bzw. den je zugehörigen Wohngruppen durchgeführt.

3 METHODIK DER UNTERSUCHUNG

FOGS hat einen zweiteiligen Untersuchungsansatz umgesetzt, bei dem quantitative und qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung verknüpft wurden. Hinsichtlich der Befragung der Jugendlichen wurde eine Vollerhebung durchgeführt und alle stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren einbezogen. Dieser Alterszuschnitt ermöglicht u. a. Vergleiche mit den Befragungsergebnissen der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in regelmäßigen Abständen durchgeführten Drogenaffinitätsstudie (vgl. BZgA, 2012a). Die Daten wurden in fragebogengestützten Einzelinterviews erhoben, dabei war die Hypothese, dass die in stationärer Jugendhilfe Betreuten mehr Suchtmittel konsumieren als die Kinder und Jugendlichen in der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung.

Zeitgleich mit den Befragungen der Jugendlichen wurden die Fachkräfte in den Einrichtungen schriftlich befragt.

In den folgenden Abschnitten wird das Vorgehen bei der Befragung der Jugendlichen (Kap. 3.1) und der Befragung der Fachkräfte (Kap. 3.2) näher beschrieben.

3.1 Befragung von Kindern und Jugendlichen

Im ersten Untersuchungsteil wurden Kinder und Jugendliche der drei stationären Jugendhilfeeinrichtungen des LWL zu ihrem Suchtmittelkonsum befragt. Um die Situation in den Heimen mit jener in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland bewerten zu können, wurde eine Vergleichbarkeit mit der Drogenaffinitätsstudie der BZgA angestrebt. Deshalb wurden ausschließlich Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren einbezogen und verschiedene Dimensionen von Konsumverhalten in gleicher Form wie in der Drogenaffinitätsstudie erfragt. Neben den Konsumgewohnheiten wurden auch andere relevante Verhaltensweisen und psychische Dimensionen sowie einige Rahmenbedingungen in den Familien erfasst, die häufig in Kombination mit Suchtmittelentwicklungen anzutreffen sind.

Zur Vorbereitung der Untersuchung wurde den Einrichtungen das Vorhaben erläutert und der Fragebogen vorgestellt. Dabei wurde ausführlich auf Aspekte der Durchführung und der Sicherung von Anonymität eingegangen. Die Einrichtungen ermittelten dann die Anzahl der 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen pro Standort und Wohngruppe. Demnach lebten zum Untersuchungszeitpunkt in den drei Einrichtungen insgesamt 236 Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren.

Die Befragung der Jugendlichen war freiwillig und anonym. Um die Zustimmung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten einzuholen, wurden diese von den Einrichtungen angeschrieben und mit von FOGS vorbereiteten Anschreiben und Erläuterungen über die Untersuchung informiert. FOGS hat zudem ein Einwilligungsformular und ein Informationsblatt für die Jugendlichen erstellt. Die Fachkräfte führten viele Gespräche mit den Erziehungsberechtigten, von denen manche auch bei FOGS anriefen und sich direkt zu dem Vorgehen erkundigten. Durch die Aufklärung und Motivierung der Erziehungsberechtigten konnten 121 Einwilligungen eingeholt werden (= 51,3 %). Dieser Zustim-

mungswert kann angesichts der Zielgruppe als sehr gut eingestuft werden und bildet eine gute Grundlage für Aussagen zur Gesamtgruppe.²

Die Einrichtungen unterstützten FOGS auch im Weiteren engagiert bei der Organisation der Befragungen vor Ort: Sie erläuterten den Jugendlichen die Untersuchung und planten Termine. Selbstverständlich konnten die Jugendlichen selbst entscheiden, ob sie befragt werden wollten oder nicht. Insgesamt konnten mit 91 Interviews drei Viertel aller Jugendlichen, für die eine Einwilligungserklärung vorlag, befragt werden. Damit wurden 38,6 % aller in den drei Heimen lebenden Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren in die Untersuchung einbezogen.

Alle Befragungen erfolgten zwischen September und November 2013 in Form von strukturierten Einzelinterviews vor Ort in den Einrichtungen. Die ersten Interviews (n = 6) wurden durch Mitarbeitende von FOGS als Pretest durchgeführt, in dem inhaltliche und sprachliche Verständlichkeit der Fragen und Dauer der Gesprächssituation erprobt wurden. Nach der darauf folgenden Anpassung des Instruments wurden die restlichen Befragungen (n = 85) von eigens dafür geschulten Interviewerinnen und Interviewern durchgeführt. Durch ihre Schulung und laufende Betreuung wurde sichergestellt, dass das Ziel der Befragung und die Antwortmöglichkeiten altersgemäß und zielführend erläutert und in Einzelfällen durch Bearbeitungshinweise unterstützt wurden.

Fragebogen

Für die Befragung der Jugendlichen wurde ein Fragebogen konzipiert, mit dem Konsumgewohnheiten und andere für die Suchtentwicklung relevante Faktoren erhoben wurden. Die Konstruktion der Fragen erfolgte in Anlehnung an andere Untersuchungen, vorrangig an die Drogenaffinitätsstudie der BZgA

² Seitens der Einrichtungen gibt es keine validen Hinweise, dass eine besonders stark oder besonders gering belastete Gruppe Jugendlicher an der Befragung teilgenommen bzw. die Teilnahme verweigert hat. Es ist davon auszugehen, dass die befragten Jugendlichen nicht systematisch von der Gesamtgruppe betreuter Jugendlicher in den Jugendhilfeeinrichtungen abweichen.

(2012a), aber auch an die KIGGS-Studie (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, vgl. Lampert & Thamm, 2007) und an die ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, vgl. Kraus, Pabst & Piontek, 2011). Der Fragebogen umfasst 65 Fragen und ist in acht Teile gegliedert. Zuerst wurden soziodemographische Angaben erhoben. Zur Erfassung des Suchtmittelkonsums (Alkohol, Zigaretten, illegale Drogen) wurden verschiedene Indikatoren erfasst, die die Verbreitung einer Substanz, Häufigkeit und Intensität des Konsums sowie das Alter des Erstkonsums beschreiben. Diese Indikatoren wurden auch in Bezug auf Shisha-Rauchen erhoben.

Zudem wurde das Konsumverhalten in der Familie und im Freundeskreis betrachtet und die Nutzung von Computer-, Konsolen- und Handyspielen, Onlinespielen im Internet, sozialen Netzwerken und die Erfahrung mit Glücksspielen mit Geldeinsatz.

In einem weiteren Teil wurden andere suchtbegleite und mit Suchtentwicklung im Zusammenhang stehende Verhaltensweisen aufgegriffen: Tablettenkonsum, Essstörungen, Gewalterfahrungen (aktiv und passiv) und Delinquenz sowie das diesbezügliche Konsumverhalten in der Familie und im Freundeskreis. Schließlich wurden im letzten Teil des Fragebogens Kenntnisse und (bisherige) Nutzung von suchtbegleitenden Hilfen erhoben.

Nach Abschluss des Interviews wurden die Jugendlichen gebeten, einen einseitigen Fragebogen schriftlich zu bearbeiten. Diese Befragung galt der Erfassung psychopathologischer Auffälligkeiten bei den Kindern und Jugendlichen. Eingesetzt wurde hierfür das Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J-II). Das bewährte Instrument zur Selbstbeurteilung erhebt mit 32 Items externalisierende und internalisierende Störungen.

Die in den Interviews erhobenen Daten wurden bei FOGS in eine Datenbank übertragen und mit SPSS ausgewertet.

3.2 Befragung der Fachkräfte

Mit der Befragung der Fachkräfte wurden Ressourcen und Bedarfe in den Teams betrachtet. Die Befragung erfolgte schriftlich und richtete sich als Vollerhebung an alle Fachkräfte in den Einrichtungen, die 12- bis 17-Jährige betreuen.

Der für die Befragung der Fachkräfte konzipierte Fragebogen umfasst 16 Fragen zur Wahrnehmung von Konsumverhalten und suchtbezogenen Problemen bei den Jugendlichen, zum Vorgehen der Fachkräfte und dazu, wie gut sie sich gerüstet fühlen, mit problematischem Konsumverhalten zu arbeiten. Zudem wurden ihre Unterstützungs- und Kooperationsbedarfe erfragt. Die meisten Fragen erhoben die Zustimmung bzw. Ablehnung der Fachkräfte zu Aussagen zum Umgang der Jugendlichen bzw. der Fachkräfte mit Suchtmitteln oder suchtbezogenen Themen bzw. Einschätzungen zur Relevanz. Einige Fragen sind dem Manual für die stationäre Jugendhilfe der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren entnommen (DHS, 2003).

Der Fragebogen wurde mit den Einrichtungsleitungen besprochen und sowohl mit den regionalen Personalräten als auch mit dem Gesamtpersonalrat abgestimmt.

Die Befragung war freiwillig und wurde zeitgleich mit den Befragungen der Jugendlichen im Oktober/November 2013 durchgeführt. Die Fachkräfte erhielten die Fragebogen über die Einrichtungsleitungen und sendeten die ausgefüllten Bogen direkt an FOGS zurück. Hierfür wurden adressierte und frankierte Rücksendeumschläge bereitgestellt.

Die Befragung war anonym und die Auswertung erfolgte ausschließlich zusammenfassend über alle Standorte – weder Einrichtungsleitungen noch der Auftraggeber bekamen Einblick in die Antworten einzelner Personen. Gleichwohl haben sich lediglich 65 von 164 (39,6 %) Fachkräften beteiligt. Ob dieses Ergebnis etwas mit der Wahrnehmung suchtbezogener Aspekte im Arbeitsalltag zu tun hat, sollte vor Ort geprüft werden.

4 KONSUMBEZOGENE PROBLEMLAGEN DER KINDER UND JUGENDLICHEN

Bei dieser Untersuchung wurden aus insgesamt 25 Wohngruppen der drei LWL-Jugendhilfeeinrichtungen Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren befragt. Insgesamt wurden 91 Kinder und Jugendliche interviewt (38,6 % der insgesamt 236 zum Untersuchungszeitpunkt in den Einrichtungen dort lebenden 12- bis 17-Jährigen). Die Rücklaufquote schwankt zwischen den drei Einrichtungen zwischen 29,5 % und 52,1 %.

Soziodemographische Merkmale der Kinder und Jugendlichen

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist männlich (51,6 %). Die Jugendlichen sind im Mittel 14,7 Jahre (SD = 1,7) alt, wobei die Mädchen mit im Schnitt 15,0 Jahren älter (SD = 1,6) sind als die Jungen (M = 14,3 Jahre; SD = 1,7). Um mögliche Unterschiede zwischen früher und später Adoleszenz feststellen zu können, wurden die Jugendlichen in Altersgruppen unterteilt.

Tab. 1: *Geschlecht und Alter der Befragten (Angaben in %)*

Altersgruppe	weiblich (n = 44)	männlich (n = 47)	Gesamt (n = 91)
12 bis 15 Jahre	61,4	72,3	67,0
16 bis 17 Jahre	38,6	27,7	33,0

Tab. 1 zeigt, dass die Gruppe der 12- bis 15-Jährigen (67,0 %) größer ist als die der 16- bis 17-Jährigen (33,0 %).

Gut ein Drittel der Kinder und Jugendlichen wohnten vor Aufnahme in die Wohngruppen bei einem alleinerziehenden Elternteil (35,2 %). Bei den Mädchen liegt dieser Anteil sogar bei 40,9 % (vgl. Tab. 5 im Anhang). Die Befragten haben damit deutlich seltener alleinerziehende Elternteile als die insgesamt in der Jugendhilfe in NRW betreuten Jugendlichen (73 %, s. o.).

Ein Migrationshintergrund wurde dann angenommen, wenn mindestens ein Elternteil nicht aus Deutschland stammte oder wenn zu Hause vorwiegend nicht Deutsch gesprochen wird. Nach dieser Definition weisen fast ein Fünftel der Befragten einen Migrationshintergrund auf (18,7 %) (vgl. Tab. 6 im Anhang).

Tab. 2 gibt einen Überblick über die besuchte Schulform bzw. derzeitige Tätigkeit der befragten Kinder und Jugendlichen.

Tab. 2: Besuchte Schulform und derzeitige berufliche Tätigkeit der Befragten (Angaben in %)

Schulform	weiblich (n = 44)	männlich (n = 47)	Gesamt (n = 91)
Hauptschule	31,8	38,3	35,2
Förderschule	13,6	36,2	25,3
Realschule	13,6	6,4	9,9
Gesamtschule	18,2	2,1	9,9
Berufsbildende Schule	9,1	6,4	7,7
derzeitige berufliche Situation			
Auszubildende	2,3	6,4	4,4
Erwerbstätige	2,3	/	1,1
Erwerbslose	/	2,1	1,1
Sonstige	9,1	2,1	5,5

Die meisten Jugendlichen gehen zur Schule. Die Verteilung zeigt, dass ein Großteil der interviewten Kinder und Jugendlichen gegenwärtig eine Hauptschule besucht (35,2 %), mit einem Viertel gehen deutlich mehr auf eine Förderschule (25,3 %) als in der Gesamtbevölkerung in NRW (6,7 % der Schülerinnen und Schüler hatten im Schuljahr 2012/ 2013 einen sonderpädagogischen Förderbedarf; vgl. MSW, 2013). Die Mädchen gehen etwas öfter als die Jungen auf Real- und Gesamtschulen. Einige wenige Jugendliche gehen nicht mehr zur Schule, sondern befinden sich in einer Ausbildung (4,4 %).

4.1 Alkoholkonsum

Bei der Erhebung des Alkoholkonsums standen folgende Indikatoren im Mittelpunkt:

→ *Lebenszeitprävalenz*: Der prozentuale Anteil der Kinder und Jugendlichen, die irgendwann in ihrem Leben schon einmal ein alkoholisches Getränk getrunken haben (mindestens ein ganzes Glas).

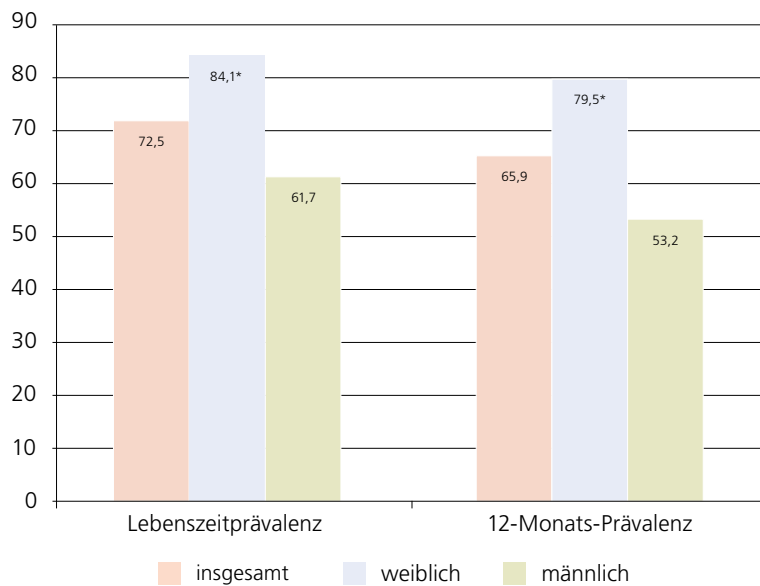
- *12-Monats-Prävalenz*: Der Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor dem Erhebungszeitpunkt an mindestens einem Tag Alkohol getrunken haben.
- Der *Regelmäßige Alkoholkonsum* bezeichnet den mindestens wöchentlichen Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten.
- *Rauschtrinken*: Der Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten bei einer Trinkgelegenheit mindestens fünf alkoholische Getränke getrunken haben.

Neben Bier, Biermischgetränken und Wein/Sekt wurden auch hochprozentige alkoholische Mixgetränke (z. B. Cocktails) berücksichtigt. Zur weiteren Exploration des Alkoholkonsums wurde die Trinkmenge erhoben sowie nach Krankenhausbehandlungen infolge von Alkoholintoxikationen gefragt. Weiterhin sollten die Kinder und Jugendlichen einschätzen, wie viele Personen in ihrem persönlichen Umfeld Alkohol trinken.

Verbreitung des Alkoholkonsums

Die Lebenszeitprävalenz von Alkohol als Indikator der Probierebereitschaft der Kinder und Jugendlichen liegt bei 72,5 %. Umgekehrt haben 27,5 % der 12- bis 17-Jährigen bisher auf Alkohol verzichtet. Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung, waren 34,1 % der Interviewten abstinent (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Prävalenzen des Alkoholkonsums (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Abbildung 1 weist auf deutliche Geschlechtsunterschiede in der Konsumprävalenz hin. Während 38,3 % der Jungen bisher auf Alkohol verzichtet haben, waren es bei den Mädchen lediglich 15,9 %³. Dieser Befund fällt bei der 12-Monats-Prävalenz noch deutlicher aus: Mit 79,5 % haben signifikant mehr Mädchen als Jungen (53,2 %) in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken⁴. In der Drogenaffinitätsstudie wurde bei der 12-Monats-Prävalenz kein Unterschied zwischen Mädchen (64 %) und Jungen (65 %) gefunden.

Erwartungsgemäß ist der Alkoholkonsum unter den hier interviewten älteren Jugendlichen weiter verbreitet als unter den Jüngeren: Über 90 % der 16- bis 17-Jährigen haben in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken und 62,3 % der 12- bis 15-Jährigen (vgl. Tab. 7 im Anhang).

³ Zusammenhang Lebenszeitprävalenz von Alkohol und Geschlecht:
Phi = -0,251, Chi² = 5,717; $p = 0,017$ (n = 91)

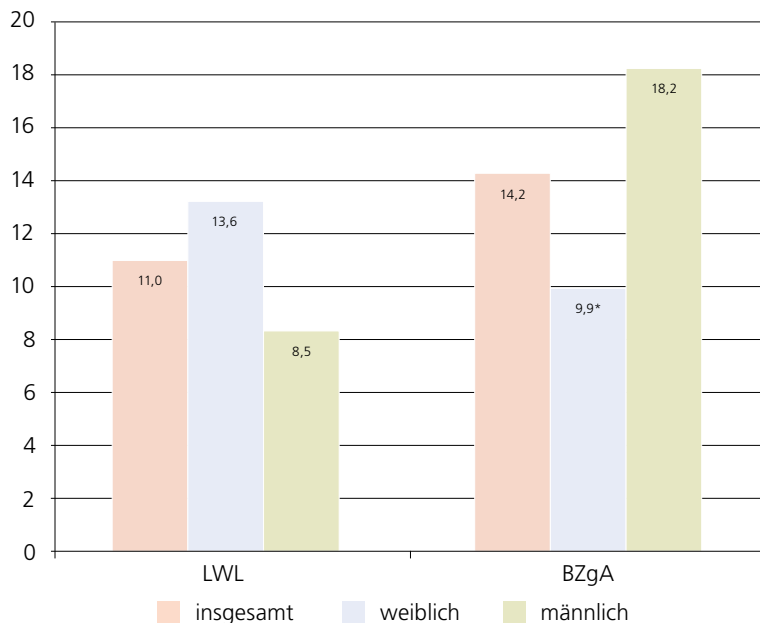
⁴ Zusammenhang 12-Monats-Prävalenz von Alkohol und Geschlecht:
Phi = -0,278, Chi² = 7,027; $p = 0,008$ (n = 91)

Im Hinblick auf die konsumierten alkoholischen Getränke zeigt sich, dass in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung am häufigsten Biermischgetränke getrunken wurden (53,8 %), die bei den Mädchen (68,2 %) noch beliebter sind als bei den Jungen (40,4 %). Nach Biermischgetränken haben die Mädchen am häufigsten hochprozentige alkoholische Mixgetränke (43,2 %) und Bier (36,4 %) getrunken. Die Jungen haben Bier (42,6 %) vor Biermischgetränken (40,4 %) und Spirituosen (29,8 %) bevorzugt. Damit bestätigt diese Untersuchung den sich auch in der Drogenaffinitätsstudie abzeichnenden Trend der Mädchen zum verstärkten Konsum von Bier und Biermischgetränken.

Trinkfrequenz und Trinkmenge

Intensität und Häufigkeit des Alkoholkonsums sind aus der Perspektive der Suchtprävention von besonderem Interesse. Auch bei der Verbreitung des regelmäßigen Alkoholkonsums zeigen sich Geschlechtsunterschiede, die jedoch nicht signifikant sind (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Regelmäßiger Alkoholkonsum (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Insgesamt 11,0 % der Interviewten haben in den letzten 12 Monaten mindestens einmal wöchentlich Alkohol getrunken. Vergleicht man die Ergebnisse mit jenen von der BZgA zeigt sich, dass in der Drogenaffinitätsstudie mit 14,2 % mehr 12- bis 17-Jährige regelmäßig Alkohol trinken als in der vorliegenden Untersuchung. Zudem wurden in der Drogenaffinitätsstudie – ganz anders als in den Jugendheimen – bei den Jungen (18,2 %) fast doppelt so hohe Anteile von regelmäßigem Alkoholkonsum gemessen wie bei den Mädchen (9,9 %).

Der Anteil Jugendlicher mit einem Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Trinkgelegenheit in den letzten 12 Monaten liegt bei 15,4 % (vgl. Tab. 8 im Anhang). Da sich der Indikator des Rauschtrinkens in der Drogenaffinitätsstudie auf den Monat vor der Erhebung bezieht, ist kein direkter Vergleich möglich (vgl. Tab. 9 im Anhang). Gleichwohl fällt auf, dass in der BZgA-Studie auch hinsichtlich des Rauschtrinkens (bezogen auf die letzten 30 Tage) die Anteile der männlichen Befragten (19,6 %) jene der Mädchen (10,5 %) fast um das Doppelte übersteigen. Demgegenüber sind die in der vorliegenden Studie gefundenen Geschlechtseffekte tendenziell umgekehrt gerichtet⁵.

Ein weiteres Anzeichen für den missbräuchlichen Alkoholkonsum sind Alkoholintoxikationen, die im Krankenhaus behandelt wurden: 6,6 % der befragten Kinder und Jugendlichen waren aufgrund ihres Alkoholkonsums schon einmal im Krankenhaus. Die höchsten Anteile finden sich in der Gruppe der 12- bis 15-jährigen Mädchen: Von diesen waren drei von 27 Mädchen schon einmal im Zusammenhang mit Alkoholkonsum im Krankenhaus (11,1 %) (vgl. Tab. 10 im Anhang). Etwa 20-mal so viele Jugendliche in der Jugendhilfe waren damit wegen Alkoholintoxikationen im Krankenhaus wie in der Allgemeinbevölkerung (0,3 % der 10- bis 19-Jährigen in Deutschland, Stand 2012; Statistisches Bundesamt, 2013).

⁵ Zusammenhang regelmäßiger Alkoholkonsum und Geschlecht: $\Phi = -0,082$, $\chi^2 = 0,610$; $p = 0,435$ ($n = 91$); Zusammenhang Rauschtrinken (12-Monats-Prävalenz) und Geschlecht: $\Phi = -0,014$, $\chi^2 = 0,018$; $p = 0,893$ ($n = 91$)

Die Daten zum Alkoholkonsum der Befragten überraschen durch auffällig hohe Anteile von regelmäßigem Alkoholkonsum und Rauschtrinken bei Mädchen. Die deutlichen Unterschiede zu anderen Befragungsergebnissen verweisen darauf, dass in den Jugendheimen eine spezifische Gruppe Mädchen betreut wird. Vor allem Alkohol und illegale Drogen gelten in der Fachwelt immer noch als Männerdomäne, allerdings holen die Mädchen auf. So berichtet beispielsweise das Statistische Bundesamt, dass im Jahr 2012 die Zahl der aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs im Krankenhaus behandelten 10- bis 19-Jährigen um 1,2 % zunahm. Jungen und junge Männer stellen dabei weiterhin mit 57,5 % die Mehrheit der Patientinnen und Patienten, doch nahm die Zahl der Mädchen und jungen Frauen im Vergleich zum Vorjahr um 5,0 % zu, die der Jungen und jungen Männer hingegen nur um 0,8 % (Statistisches Bundesamt, 2013).

Alkoholkonsum im persönlichen Umfeld

Gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum im Elternhaus steht in Zusammenhang mit Selbstwertproblemen, affektiv-depressiven Symptomen und präsuizidalen Gedanken der Kinder (vgl. Klein, 2001). Insbesondere mit Blick auf Mädchen belegen Studien den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und Stärke der Kindheitsbelastungen, dem Einstiegsalter in die Sucht und begleitenden psychischen Störungen (vgl. z. B. Zenker u. a., 2002). Deshalb wurden die Kinder und Jugendlichen nach Alkoholkonsum in Familie und Umfeld befragt.

Insgesamt gab knapp ein Drittel der interviewten Kinder und Jugendlichen an, dass *einige wenige* in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis Alkohol trinken würden (31,9 %). Betrachtet man hingegen nur die Gruppe der Mädchen, schätzten 29,5 %, dass *die meisten* Alkohol konsumieren. Lediglich 9,1 % antworteten mit *niemand*. Von den Jungen antworteten jeweils 21,3 % mit *die meisten* bzw. *niemand*. Angesichts der Bedeutung der Peer-group für Jugendliche (vgl. Laging, 2005) ist es sicher relevant, wenn sich etwa ein Viertel der Befragten in Gruppen bewegt, in denen Alkoholtrinken normal ist.

Nicht nur im Freundes- und Bekanntenkreis, sondern auch im Elternhaus der Mädchen ist der Alkoholkonsum ausgeprägter als bei den Jungen. 65,9 % der Mädchen gaben an, dass in ihrem Elternhaus Alkohol getrunken wird. Im Elternhaus von 37,9 % dieser Mädchen wird *regelmäßig* Alkohol getrunken. Im Vergleich wird im Elternhaus von 57,4 % der Jungen Alkohol getrunken, davon bei 11,1 % *regelmäßig* (für weitere Informationen vgl. Tab. 11 ff. im Anhang). Diese Ergebnisse bestätigen ältere Forschungen, wie z. B. von Hinze und Jost (2006) in Brandenburg, wonach in 38,6 % von 423 Jugendamts-Hilfeplanungen (mindestens) ein Elternteil ein Suchtproblem hatte (Jost, 2010, S. 113). An dieser Stelle muss jedoch offen bleiben, ob den Fachkräften in den Jugendhilfeeinrichtungen des LWL das Konsumverhalten der Eltern bekannt ist, ob sie dies überhaupt thematisieren.

4.2 Tabak

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zum Rauchverhalten der Kinder und Jugendlichen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen präsentiert. Zur Beschreibung der Verbreitung und Intensität des Zigaretten-Rauchens stehen die folgenden Indikatoren im Mittelpunkt:

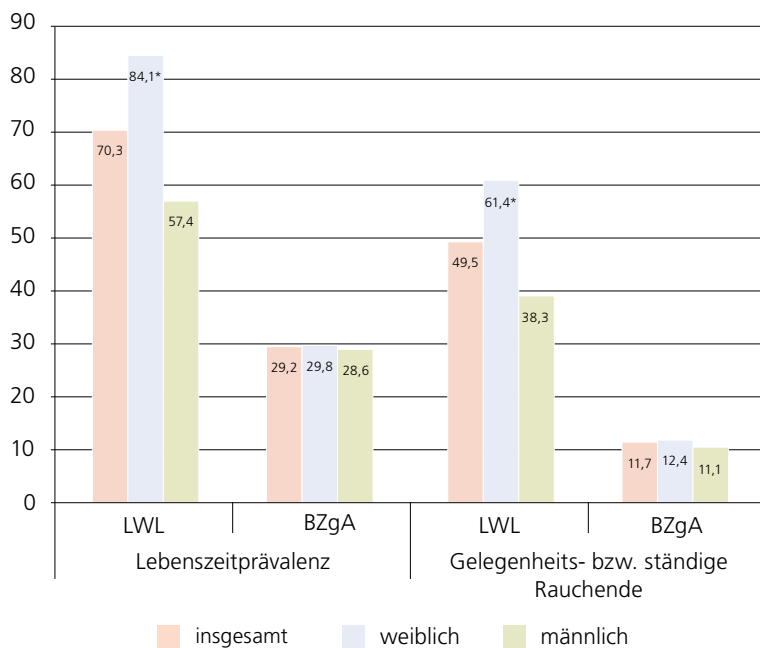
- *Lebenszeitprävalenz*: Der prozentuale Anteil der Kinder und Jugendlichen, die irgendwann in ihrem Leben schon einmal eine Zigarette geraucht haben.
- *Gelegenheits- bzw. ständig Rauchende*: Der Anteil der Befragten, die sich gegenwärtig entweder als Gelegenheitsraucher oder als ständige Rauchende bezeichnen.
- *Verbreitung des täglichen Rauchens*: Der Anteil der Befragten, die in den letzten 30 Tagen vor dem Erhebungszeitpunkt jeden Tag mindestens eine Zigarette geraucht haben.
- *Intensität des Rauchens*: Der Anteil der Befragten, die in den letzten 30 Tagen täglich 10 oder mehr bzw. 20 oder mehr Zigaretten geraucht haben.
- *Das Alter des Erstkonsums* einer Zigarette.

Darüber hinaus wurden die Kinder und Jugendlichen, wie bei der Erfassung des Alkoholkonsums, über das Rauchverhalten in ihrem persönlichen Umfeld befragt.

Verbreitung des Tabakkonsums

Das Rauchen von Zigaretten ist unter den Kindern und Jugendlichen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen weit verbreitet und der Konsum unter Mädchen ist deutlich höher als unter Jungen (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Verbreitung des Zigarettenkonsums (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Insgesamt gaben 70,3 % der befragten 12- bis 17-Jährigen an, in ihrem Leben schon einmal eine Zigarette geraucht zu haben. Umgekehrt bedeutet dies, dass nur knapp ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in ihrem Leben noch nie geraucht haben (29,7 %). Abbildung 3 lässt erkennen, dass dieses Muster das genaue Gegenbild der Ergebnisse auf Bundesebene darstellt. In der Drogenaffinitätsstudie gab lediglich ein Drittel der befragten 12- bis 17-Jährigen an, schon einmal geraucht zu haben.

Die Geschlechtsunterschiede in der vorliegenden Stichprobe sind im Hinblick auf beide Indikatoren signifikant⁶. Deutlich mehr Mädchen (84,1 %) als Jungen (57,4 %) haben schon einmal geraucht und der Anteil der Mädchen, die sich als Gelegenheits- bzw. ständige Rauchende bezeichnen, übersteigt den der Jungen um das 1,6-fache. Auf Bundesebene wurden keine Geschlechtseffekte gefunden, obgleich in der Fachliteratur durchaus eine höhere Affinität von Mädchen und Frauen zum Rauchen diskutiert wird (vgl. z. B. Crisp u. a., 1999; Raithe, 2004; Zenker, 2010). So belegt die bundesweit repräsentative KiGGS-Studie, dass im Alter von 12 bis 15 Jahren mehr Mädchen als Jungen täglich rauchen. In der Drogenaffinitätsstudie des BZgA wurden zwar keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden. Bei allen Indikatoren zum Rauchverhalten besteht indes die leichte Tendenz, dass Mädchen und junge Frauen ihre männlichen Altersgenossen überholen.

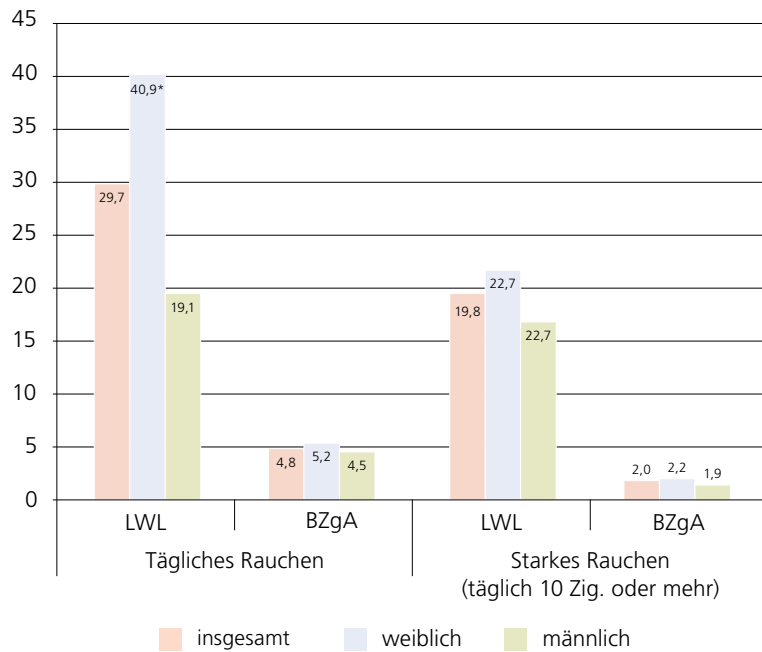
Auffällig ist zudem die hohe Verbreitung des Rauchens unter den Jüngeren (vgl. Tab. 15 im Anhang): In den Jugendhilfeeinrichtungen haben lediglich ein Drittel der 12- bis 15-Jährigen (31,1 %) und knapp ein Viertel der 16- bis 17-Jährigen (26,7 %) noch nie geraucht. Im Vergleich dazu liegen in der Drogenaffinitätsstudie die Anteile der Nie-Rauchenden zum einen insgesamt deutlich höher und zum anderen weichen die Anteile der jüngeren Nie-Rauchenden (82,3 %) deutlich weiter von jenen der älteren (48,5 %) ab.

Häufigkeit und Intensität des Tabakkonsums

Der oben beschriebene hohe Anteil an Rauchenden lässt bereits vermuten, dass auch das tägliche Rauchen unter den 12- bis 17-Jährigen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen weit verbreitet ist. Abbildung 4 stellt die Häufigkeit des Rauchens dar.

⁶ Zusammenhang Lebenszeitprävalenz von Tabak und Geschlecht: $\Phi = 0,291$, $\chi^2 = 7,731$; $p = 0,005$ ($n = 91$); Zusammenhang Rauchen (Gelegenheits- bzw. ständig Rauchende) und Geschlecht: $\Phi = -0,231$, $\chi^2 = 4,837$; $p = 0,028$ ($n = 91$)

Abb. 4: Häufigkeit des Rauchens (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Tatsächlich zeigt die Abbildung, dass die Ergebnisse in den Jugendheimen sich deutlich von jenen in der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Fast jede/r Dritte hat im Monat vor der Befragung täglich geraucht (29,7 %) und jede/r fünfte Befragte raucht täglich 10 Zigaretten oder mehr (19,8 %). Mädchen rauchen signifikant öfter täglich (40,9 %) als Jungen (19,1 %)⁷, allerdings sind die Unterschiede beim starken Rauchen nicht signifikant⁸. In der Drogenaffinitätsstudie liegt der Anteil des täglichen Rauchens in dieser Altersgruppe auf einem weitaus niedrigeren Niveau von 4,8 % und lediglich 2,0 % berichteten einen starken Konsum von 10 Zigaretten oder mehr am Tag. Geschlechtsunterschiede gab es kaum.

⁷ Zusammenhang tägliches Rauchen (30-Tage-Prävalenz) und Geschlecht: $\Phi = -0,238$, $\text{Chi}^2 = 5,157$; $p = 0,023$ ($n = 91$)

⁸ Zusammenhang starkes Rauchen und Geschlecht: $\Phi = -0,072$, $\text{Chi}^2 = 0,466$; $p = 0,495$ ($n = 91$)

In der vorliegenden Untersuchung gab es in Bezug auf die Häufigkeit und Intensität des Tabakkonsums keine Unterschiede zwischen der jüngeren und der älteren Altersgruppe. In den LWL-Einrichtungen ist das tägliche und starke Rauchen unter den 12- bis 15-Jährigen ebenso häufig verbreitet wie unter den 16- bis 17-Jährigen (vgl. Tab. 16 und Tab. 17 im Anhang).

Dieser Befund bestätigt sich beim Blick auf das durchschnittliche Alter bei Beginn des Tabakkonsums: Das Einstiegsalter liegt in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen drei Jahre unter dem bundesweiten Durchschnitt. Die befragten 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen haben im Durchschnitt im Alter von 11,4 Jahren zum ersten Mal geraucht, der Jüngste war sogar erst sechs Jahre. Durchschnittlich nur ein Jahr später (im Alter von 12,9 Jahren) rauchen diese Jugendlichen dann schon täglich (das gilt auch für den Sechsjährigen, der mit sieben Jahren schon täglich rauchte). Die Jungen haben im Durchschnitt ein Jahr früher angefangen als die Mädchen. Diese Ergebnisse müssen mit Blick auf den vielfach belegten Zusammenhang von frühem Beginn und (schnellerer) Abhängigkeitsentwicklung, (längerer) Dauer des Rauchens im Leben sowie (höherem) Ausmaß gesundheitlicher Schädigungen erschrecken (z. B. Henningfield u. a., 2004).

Shisharauchen

Eine Shisha ist eine Wasserpfeife arabischen Ursprungs und zunehmend beliebt unter Jugendlichen. Viele Großstadtcafés haben mittlerweile Shishas im Angebot. Immer mehr Studien warnen vor der vermeintlich gesunden Alternative zum Zigarettenrauchen, da es genauso schädlich wie das Rauchen von Zigaretten ist (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008; Bundesinstitut für Risikobewertung, 2009).

Laut einer repräsentativen Umfrage der BZgA aus dem Jahr 2007 haben 40 % der 12- bis 17-Jährigen schon einmal in ihrem Leben eine Wasserpfeife geraucht. 31 % gaben an, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal Shisha geraucht zu haben. In den LWL-Einrichtungen hat – sechs Jahre später – bereits die Hälfte der Jugendlichen (49,5 %) das Rauchen von Was-

serpfeifen versucht. 36,3 % der Befragten haben in den letzten 12 Monaten Shisha geraucht, darunter erneut signifikant mehr Mädchen (47,7 %) als Jungen (25,5 %)⁹.

Tabakkonsum im persönlichen Umfeld

Nicht nur unter den Kindern und Jugendlichen selbst, auch in ihrem persönlichen Umfeld ist der Anteil an Rauchenden besonders hoch. Jeweils zwei Fünftel der Mädchen (40,9 %) und der Jungen (40,4 %) gaben an, dass *die meisten* Personen aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis rauchen. 12,1 % berichteten sogar, dass *alle* ihrer Freunde rauchen.

Wie schon mit Blick auf den familiären Alkoholkonsum zeigt sich auch beim Rauchen, dass vor allem im Elternhaus der Mädchen geraucht wird (86,4 %). Alle diese Mädchen berichteten, dass ihre Eltern *regelmäßig* rauchen. Aber auch die Eltern von 72,3 % der Jungen rauchen, davon 79,4 % *regelmäßig*. Für weitere Informationen vgl. Tab. 18 ff. im Anhang.

4.3 Illegale Drogen

Neben Alkohol und Tabak wurde auch der Konsum illegaler Drogen unter den 12- bis 17-Jährigen in den LWL-Hilfeeinrichtungen erhoben. Die Befragten machten Angaben zu den illegalen Suchtmitteln Marihuana/Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, LSD, Crack, Heroin, Psychoaktive Pilze oder Pflanzen (Drogenpilze) und Schnüffelstoffe. Besonderes Augenmerk wurde auf die folgenden Indikatoren gelegt:

- *Drogenangebot*: Der prozentuale Anteil der Kinder und Jugendlichen, denen mindestens eine der genannten illegalen Drogen schon einmal angeboten wurde.
- *Lebenszeitprävalenz*: Der Anteil der Befragten, die irgendwann in ihrem Leben mindestens eine der genannten Substanzen konsumiert haben.

⁹ Zusammenhang 12-Monats-Prävalenz von Shisha und Geschlecht: $\Phi = -0,231$, $\chi^2 = 4,844$; $p = 0,028$ ($n = 91$)

- *12-Monats-Prävalenz*: Der Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine der genannten illegalen Drogen konsumiert haben.
- *30-Tage-Prävalenz*: Der Anteil der Befragten, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Cannabis konsumiert haben.
- Der *regelmäßige Konsum von Cannabis* bezeichnet den mindestens 10-maligen Konsum von Cannabis bezogen auf die letzten 12 Monate.
- Das *Alter des Erstkonsums* einer der genannten Substanzen.

Weiterhin wurde nach dem Konsum illegaler Drogen im Freundes- und Bekanntenkreis bzw. im Elternhaus gefragt.

Verbreitung des Konsums illegaler Drogen

Tab. 3 zeigt den Anteil der Jugendlichen, denen eine der genannten Substanzen schon einmal angeboten wurde, was als Indikator der Verfügbarkeit illegaler Drogen betrachtet werden kann.

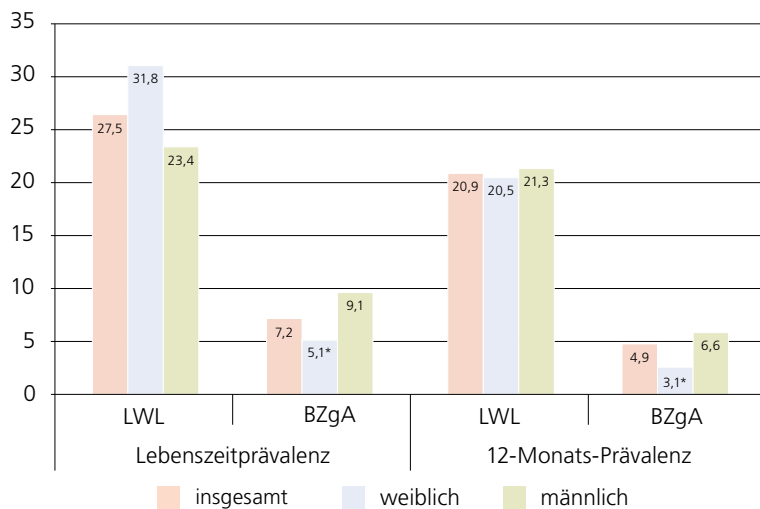
Tab. 3: Drogenangebot: Anteil der Befragten, denen eine Substanz angeboten wurde (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich)

angebotene Substanz	weiblich (n = 44)	männlich (n = 47)	Gesamt (n = 91)
Marihuana/Haschisch	38,6	40,4	39,6
Amphetamine/Aufputschmittel/Speed	15,9	12,8	14,3
Ecstasy	11,4	4,3	7,7
Psychoaktive Pilze	6,8	6,4	6,6
LSD	6,8	4,3	5,5
Kokain	6,8	4,3	5,5
Crack	4,5	/	2,2
Heroin	4,5	/	2,2
Irgendeine der Substanzen	47,7	40,4	44,4

Insgesamt äußerten 44,4 % der Befragten, dass ihnen bereits eine der genannten Substanzen angeboten wurde. Dieser Anteil übersteigt deutlich den in der Drogenaffinitätsstudie festgestellten Anteil von 17,6 %. Am häufigsten hatten die Jugendlichen Zugang zu Marihuana bzw. Haschisch (39,6 %). Mädchen wurden Drogen etwas öfter angeboten (47,7 %) als Jungen (40,4 %). Dies gilt insbesondere für Ecstasy, das 11,4 % der Mädchen und 4,3 % der Jungen schon einmal angeboten wurde.

Mit der Verfügbarkeit korrespondieren die in Abb. 5 dargestellten Ergebnisse zu Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen der interviewten 12- bis 17-Jährigen im Vergleich zu den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie.

Abb. 5: Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz des Konsums illegaler Drogen (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Die Anteile bei den Kindern und Jugendlichen aus den Jugendhilfeeinrichtungen sind auch hier deutlich höher als auf Bundesebene und bestätigen eine alte Untersuchung aus dem Jahr 2001¹⁰. Jeder Vierte (27,5 %) hat irgendwann schon einmal eine

¹⁰ Ein Drittel der Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe hatte Cannabis „schon mal probiert“ oder konsumierte „ab und zu“ (Sachse, 2001 nach Wirth, 2013, S. 30).

illegale Droge konsumiert und jeder Fünfte (20,5 %) (auch) in den letzten 12 Monaten. In der Drogenaffinitätsstudie sind die Anteile bei den Jungen zwischen 12 und 17 Jahren signifikant höher als bei den Mädchen. Die Ergebnisse zu den Geschlechtsunterschieden in den LWL-Einrichtungen sind auch mit Blick auf illegale Drogen ganz anders: Tendenziell haben mehr Mädchen (31,8 %) als Jungen (23,4 %) Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht (nicht signifikant)¹¹.

Analysiert man die beiden Altersgruppen, so zeigen sich signifikante Unterschiede bei der Lebenszeitprävalenz. Während der Anteil bei den 16- bis 17-Jährigen 43,3 % beträgt, haben 19,7 % der 12- bis 15-Jährigen schon einmal illegale Drogen genommen (vgl. Tab. 22 im Anhang).

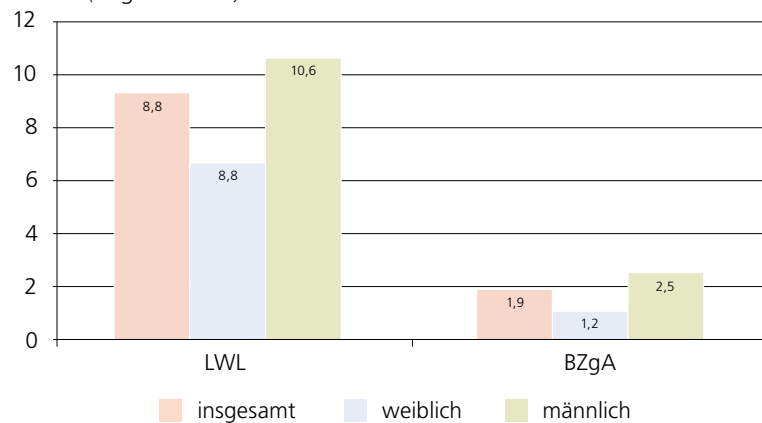
Betrachtet man den Konsum illegaler Drogen unter Ausschluss von Cannabis, so zeigt sich, dass immer noch sechs Jugendliche (6,6 %) in ihrem Leben und vier Jugendliche (4,4 %) auch in den letzten 12 Monaten Drogen genommen haben. Dabei handelte es sich in erster Linie um Amphetamine und Drogenpilze.

Verbreitung des Cannabis-Konsums

Der Konsum illegaler Drogen ist unter den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in den Einrichtungen deutlich durch den Konsum von Marihuana bzw. Haschisch bestimmt. Wenn irgendwann bzw. in den letzten 12 Monaten eine illegale Droge von den Befragten konsumiert wurde, dann war Cannabis immer dabei. Auch bundesweit ist Cannabis die mit Abstand am weitesten verbreitete und am häufigsten konsumierte illegale Droge. Abb. 6 zeigt die 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Marihuana bzw. Haschisch.

¹¹ Zusammenhang Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen und Geschlecht: Phi = -0,094, Chi² = 0,807; p = 0,369 (n = 91)

Abb. 6: 30-Tage-Prävalenz des Konsums von Marihuana bzw. Haschisch
(Angaben in %)



Bezogen auf den Monat vor der Erhebung, haben acht Jugendliche (8,8 %) Cannabis konsumiert und damit ein deutlich größerer Anteil als auf Bundesebene (1,9 %). Beim Cannabiskonsum liegen ausnahmsweise die Jungen vorn (nicht signifikant¹²). In Bezug auf alle illegale Drogen war der Anteil der männlichen 12- bis 17-Jährigen (2,8 %) in der BZgA-Studie signifikant höher als der der Mädchen (1,8 %)¹³.

Andere illegale Drogen (Amphetamine und Drogenpilze) wurden in den letzten 30 Tagen vor der Befragung von zwei Jugendlichen konsumiert (2,2 %).

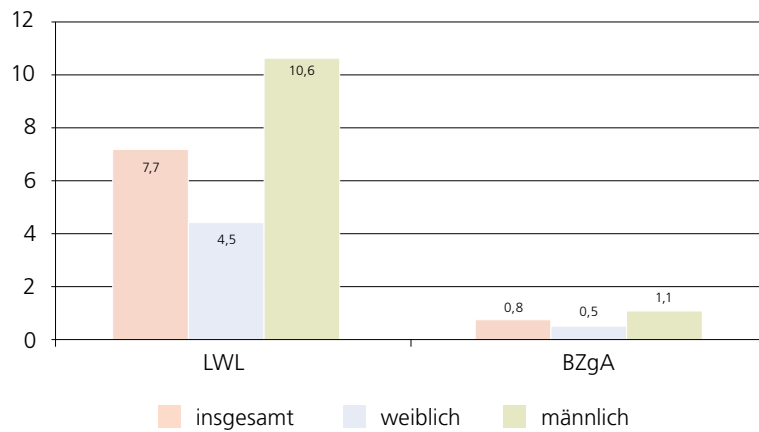
¹² Zusammenhang 30-Tage-Prävalenz des Cannabis-Konsums und Geschlecht: Phi = 0,067, Chi² = 0,414; p = 0,520 (n = 91).

¹³ Die statistische Signifikanz des Geschlechtsunterschieds beim Cannabis-Konsum in der Drogenaffinitätsstudie ist nicht bekannt.

Häufigkeit und Intensität des Cannabis-Konsums

Abb. 7 zeigt den regelmäßigen Konsum von Cannabis, definiert als Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten vor der Erhebung bei mindestens 10 Gelegenheiten Marihuana oder Haschisch konsumiert haben.

Abb. 7: Regelmäßigkeit des Cannabis-Konsums (Angaben in %)



Insgesamt haben sieben Befragte (7,7 %) in den letzten 12 Monaten regelmäßig Marihuana oder Haschisch konsumiert, auf Bundesebene liegt der Anteil bei 0,8 %. Wieder zeigt sich ein Trend hin zu einem höheren Anteil bei den männlichen Befragten, der aufgrund der niedrigen Fallzahl jedoch statistisch nicht interpretierbar ist¹⁴. Hinsichtlich des regelmäßigen Konsums wurden in der Drogenaffinitätsstudie keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden.

Betrachtet man die Konsumhäufigkeit im Detail, so zeigt sich folgende Verteilung: Sieben Jugendliche (7,7 %) haben Cannabis regelmäßig konsumiert, drei Jugendliche (3,2 %) gaben an, Marihuana bzw. Haschisch drei- bis zehnmal genommen zu haben und neun Befragte haben in den letzten 12 Monaten bei einer oder zwei Gelegenheiten Cannabis konsumiert (9,9 %).

¹⁴ Zusammenhang regelmäßiger Cannabis-Konsum und Geschlecht: Phi = 0,114, Chi² = 1,188; p = 0,276 (n = 91)

Alter des Erstkonsums illegaler Drogen

Beim ersten Konsum von Cannabis waren die Interviewten im Durchschnitt 14,4 Jahre alt, damit entsprechen die Ergebnisse ziemlich genau dem Wert in der Drogenaffinitätsstudie (14,3 Jahre). Das niedrigste Alter des ersten Konsums liegt bei 9 Jahren. Die Jungen haben mit 0,6 Jahren nur kurze Zeit vor den Mädchen das erste Mal Cannabis konsumiert.

Konsum illegaler Drogen im persönlichen Umfeld

Insgesamt gaben 37,4 % der Befragten an, davon etwa die Hälfte der Mädchen (47,7 %) und 27,7 % der Jungen, dass in ihrem Freundes- und Bekanntenkreis *einige wenige* Personen illegale Drogen nehmen. 59,6 % der Jungen und lediglich 22,7 % der Mädchen haben *niemanden* im Freundes- und Bekanntenkreis, der illegale Drogen nimmt. Vier Jugendliche (4,4 %) äußerten, dass im Elternhaus illegale Drogen genommen werden. Zwei von diesen Jugendlichen haben im letzten Jahr selbst mehrmals Marihuana oder Haschisch konsumiert. Bei der konsumierten Substanz im privaten Umfeld der Jugendlichen handelt es sich in erster Linie um Cannabis. Zwei weitere Interviewte gaben an, dass ihre Freunde Kokain und Amphetamine konsumieren.

4.4 Computerspiele und Nutzung sozialer Medien

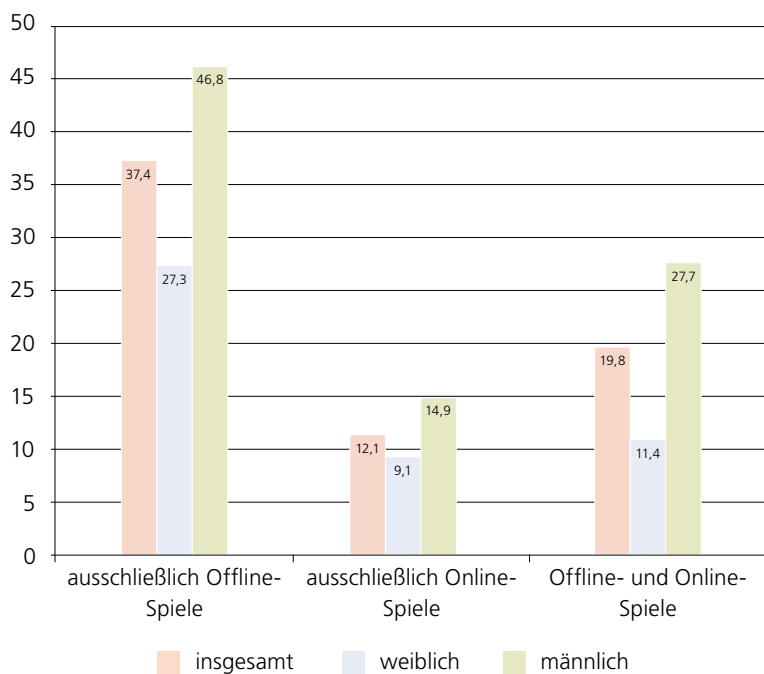
Computer- oder Internetsucht wird in der Fachwelt noch nicht als eine formale Diagnose betrachtet. Repräsentative Studien berichten hingegen, dass zunehmend mehr junge Menschen exzessiv Computer spielen und als klinisch abhängig klassifiziert werden könnten. Als besonders gefährlich werden Online-Rollenspiele betrachtet, in denen Tausende von Spielern im Internet gleichzeitig spielen und miteinander interagieren. Die American Psychiatric Association (APA, 2013) hat daher die Diagnose „Internet Gaming Disorder“ als eigenständiges Störungsbild empfohlen und als Forschungsdiagnose in die 5. Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals für Psychische Störungen (DSM-5) aufgenommen. Damit wurden allerdings keine Diagnosekriterien für andere exzessive Internetaktivitäten berücksichtigt. Internetsucht wurde nicht in das DSM-5 aufgenommen. Dabei zeigen einige Studien, dass auch der exzessive Gebrauch von sozialen Netzwerken mit psychischen Problemen assoziiert werden kann. In einer Studie, von der das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters berichtet, wurde beispielsweise ein Zusammenhang zwischen übermäßiger Nutzung sozialer Netzwerke und schlechter Schlafqualität bei Studenten festgestellt (Wolniczak u. a., 2013).

Dieser Forschungsstand legt nahe, sich bei der Erhebung des Suchtmittelkonsums nicht auf Alkohol, Tabak und illegale Drogen zu beschränken, sondern auch substanzungebundenes Suchtverhalten zu berücksichtigen. Bei der Befragung der Jugendlichen wurde die Verbreitung, Häufigkeit und Dauer des Spielens von Offline- und Online-Computerspielen und der Aktivität in sozialen Netzwerken, wie z. B. Facebook oder Twitter, erfasst. Mit Computerspielen sind auch Konsolen- oder Handyspiele gemeint. Weiterhin wurde nach dem Genre der bevorzugten Spiele gefragt.

Verbreitung des Computerspielens

Abb. 8 zeigt die 30-Tage-Prävalenz des Computerspielens bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in den Jugendhilfeeinrichtungen des LWL.

Abb. 8: 30-Tage-Prävalenz des Computerspielens (Angaben in %)



Insgesamt haben mehr als ein Drittel der Jugendlichen (37,4 %) in den letzten 30 Tagen Offline-Spiele am PC/Computer, auf einer Spielkonsole oder einem Mobiltelefon gespielt. Jeder Fünfte (19,8 %) hat neben Offline-Spielen auch Online-Spiele gespielt. 12,1 % haben ausschließlich im Internet Computerspiele gespielt. Tendenziell ist Computerspielen unter den Jungen weiter verbreitet als unter den Mädchen. So liegt beispielsweise die 30-Tage-Prävalenz des Offline-Spielens unter den Jungen bei 46,8 % und unter den Mädchen bei 27,3 %. Die Unterschiede sind bei den Indikatoren „ausschließlich Offline-Spiele“ und „Offline- und Online-Spiele“ beinahe signifikant.

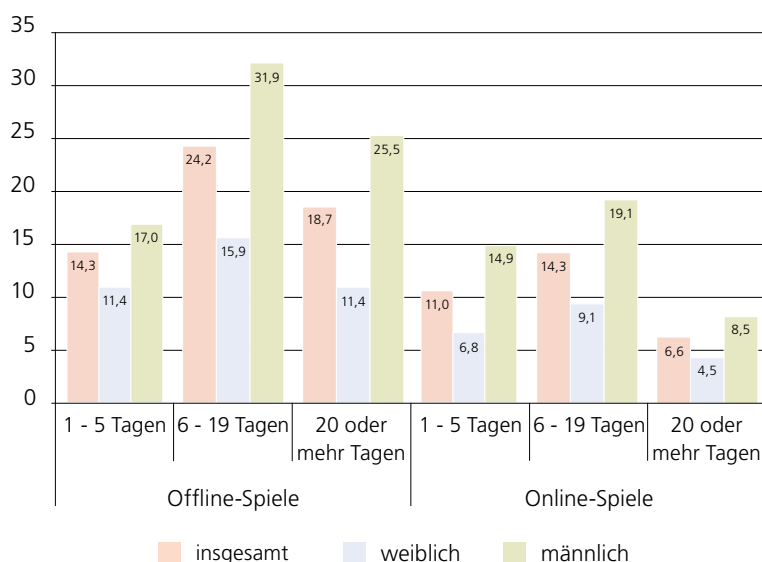
Vor allem was das Offline-Spielen angeht, scheinen mehr 12- bis 15-Jährige (42,6 %) Computer zu spielen als 16- bis 17-Jährige (26,7 %) (nicht signifikant) (vgl. Tab. 23 im Anhang).

In der Drogenaffinitätsstudie wurde die 12-Monats-Prävalenz von Offline- bzw. Online-Spielen erhoben. Dabei wurden signifikante Geschlechtseffekte gefunden, insofern als es mehr Computerspieler als Computerspielerinnen gibt. Aufgrund unterschiedlicher Alterszuschnitte und Indikatoren sowie abweichender Fragestellungen ist ein direkter Vergleich mit anderen Erhebungen, wie z. B. der JIM-Studie (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2013), leider nicht möglich.

Häufigkeit und Intensität des Computerspielens

Abb. 9 zeigt, an wie vielen Tagen die befragten Jugendlichen im Monat vor den Interviews Computerspiele gespielt haben.

Abb. 9: Häufigkeit des Computerspielens (Angaben in %)



Online-Spiele werden seltener gespielt als Offline-Spiele. Die Anteile beim regelmäßigen Spielen (an 20 oder mehr Tagen) während der letzten 30 Tage vor der Befragung liegen bei Offline-Spielen höher als bei Online-Spielen: 18,7 % aller Jugendlichen haben an 20 oder mehr Tagen offline gespielt, während 14,3 % an 1 bis 5 Tagen offline gespielt haben. Bei Online-Spielen sind es mehr Befragte, die an 1 bis 5 Tagen mit Computerspielen beschäftigt waren (11,0 %) als an 20 oder mehr Tagen (6,6 %).

Weiterhin wurden die Jugendlichen gefragt, wie viel Zeit sie für das Spielen von Offline- bzw. Online-Computerspielen bei einer Gelegenheit aufwenden. Obwohl die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen insgesamt häufiger Offline- als Online-Spiele spielen, nimmt das Computerspielen im Internet durchschnittlich mehr Zeit in Anspruch (2,3 Stunden) als das Offline-Spielen (1,9 Stunden). Offline-Spiele werden von den Jungen (2,1 Stunden) im Schnitt länger gespielt als von den Mädchen (1,4 Stunden), insbesondere mit zunehmendem Alter. Der Geschlechtsunterschied ist bei Online-Spielen noch auffälliger (männlich: 2,6 Stunden, weiblich: 1,4 Stunden) und prägt sich hier ebenfalls mit zunehmendem Alter nochmals stärker aus. Die älteren Jugendlichen im Alter zwischen 16 und 17 Jahren spielen sowohl Offline-Spiele (2,3 Stunden) als auch Online-Spiele (3,8 Stunden) deutlich länger als die 12- bis 15-Jährigen (Offline: 1,7 Stunden, Online: 1,6 Stunden). Für weitere Details vgl. Tab. 24 und Tab. 25 im Anhang.

Verbreitung unterschiedlicher Computerspiele

Die Jugendlichen wurden auch nach der Art der Offline- bzw. Online-Computerspiele gefragt, die sie vorzugsweise spielen. Sie konnten dabei aus sechs verschiedenen Genres wählen und mehrere Antworten geben (vgl. Tab. 4). Da sich die Häufigkeitsverteilungen für die angegebenen Online- und Offline-Spielearten sehr stark ähneln, werden die Ergebnisse hier zusammengefasst dargestellt.

Tab. 4: Verbreitung verschiedener Computerspielgenres (Angaben in %)

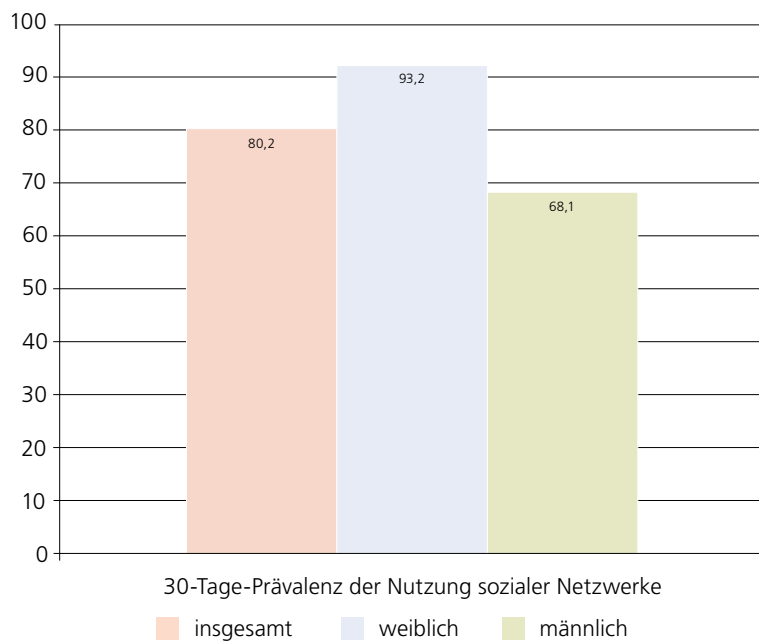
Computerspielgenre	weiblich (n = 44)	männlich (n = 47)	Gesamt (n = 91)
Sport- oder Rennspiele (z. B. FIFA)	18,2	63,8	41,8
Adventure- oder Rollenspiele (z. B. Grand Theft Auto)	6,8	44,7	26,4
Jump- and Run-Spiele (z. B. Super Mario)	9,1	34,0	22,0
Denk- oder Geschicklichkeitsspiele (z. B. Solitär)	15,9	23,4	19,8
Strategie- oder Simulationsspiele (z. B. Sims)	13,6	21,3	17,6
Ego- oder Third-Person-Shooter (z. B. Counter Strike)	4,5	23,4	14,3

Am häufigsten spielen die Befragten Sport- oder Rennspiele (41,8 %), gefolgt von Adventure- oder Rollenspielen (26,4 %). Das Genre des Ego- oder Third-Person-Shooter wird von den Jugendlichen am seltensten gespielt (14,3 %). Auch die Mädchen bevorzugen Sport- oder Rennspiele (18,2 %), gefolgt von Denk- oder Geschicklichkeitsspielen (15,9 %) sowie Strategie- oder Simulationsspielen (13,6 %). Die Jungen hingegen spielen nach Sport- oder Rennspielen am häufigsten Adventure- oder Rollenspiele (44,7 %) und Jump-and-Run-Spiele (34,0 %).

Nutzung sozialer Netzwerke

Abb. 10 zeigt den Anteil der befragten Jugendlichen, die in dem Monat vor der Befragung in einem sozialen Netzwerk, wie z. B. Facebook oder Twitter, aktiv waren.

Abb. 10: Aktivität in sozialem Netzwerk in den letzten 30 Tagen
(Angaben in%)

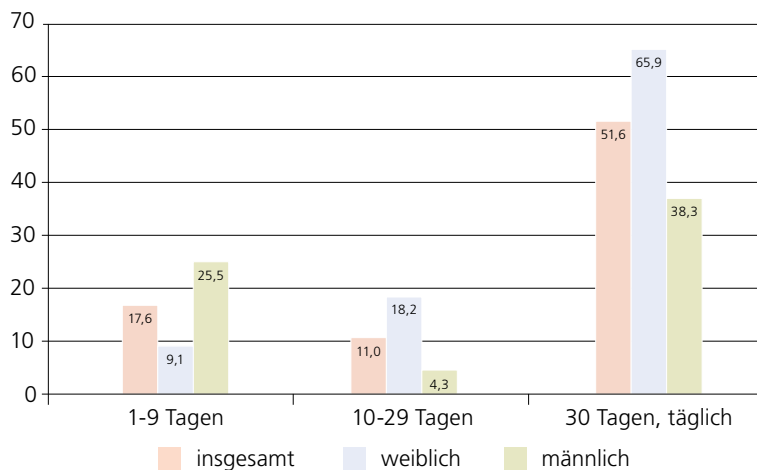


Die Nutzung sozialer Netzwerke ist insgesamt weiter verbreitet als Computerspielen. Insgesamt waren in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung 80,2 % aller 12- bis 17-Jährigen in einem sozialen Netzwerk aktiv. Anders als beim Computerspielen ist hier der Anteilswert der Mädchen (93,2 %) signifikant höher als der der Jungen (68,1 %). Hier bestätigen sich die bekannten Geschlechtsunterschiede: Jungen spielen eher am Computer, während Mädchen mehr Zeit in sozialen Netzwerken verbringen (vgl. z. B. Bischof u. a., 2013; Fachstelle für Suchtprävention, 2013; Baumgärtner, 2010).

Häufigkeit und Intensität der Nutzung sozialer Netzwerke

Abb. 11 stellt dar, an wie vielen Tagen die befragten Jugendlichen im Monat vor den Interviews soziale Netzwerke besucht haben.

Abb. 11: Häufigkeit der Nutzung sozialer Netzwerke in den letzten 30 Tagen
(Angaben in %)



Jeder zweite Jugendliche (51,6 %) war im Monat vor der Befragung täglich auf Facebook oder anderen Netzwerken aktiv, darunter v. a. Mädchen: 65,9 % der 12- bis 17-jährigen Mädchen waren täglich aktiv, 18,2 % an 10 bis 19 Tagen.

Wenn die Kinder und Jugendlichen ein soziales Netzwerk besuchen, dann verbringen sie dort über einen Tag verteilt im Schnitt 1,3 Stunden. Mädchen bleiben mit 1,6 Stunden etwa doppelt so lange dabei wie Jungen (0,9 Stunden). 12- bis 15-Jährige sind im Schnitt deutlich länger aktiv in sozialen Netzwerken unterwegs (1,6 Stunden) als 16- bis 17-Jährige (0,8 Stunden) (vgl. Tab. 26 im Anhang).

11,0 % der Jugendlichen fällt es nach eigenen Angaben häufig oder sehr häufig schwer, mit dem Internetgebrauch aufzuhören – sei es beim chatten, surfen, spielen oder dem Besuch sozialer Netzwerke. Zwar geben 59,1 % der Mädchen und 68,1 % der Jungen an, nie Probleme mit dem Aufhören zu haben, doch stellt das Aufhören für 20,9 % der Jugendlichen doch ab und an ein Problem dar.

Glücksspiele mit Geldeinsatz

Weiterhin wurden die Jugendlichen nach ihrer Erfahrung mit Glücksspielen mit Geldeinsatz gefragt. Bis auf einen Befragten hatte jedoch niemand während der letzten 12 Monate an Glücksspielen teilgenommen. Lediglich ein/e Jugendliche/r gab an, in den letzten 12 Monaten (an sechs bis neun Tagen) Karten- oder Würfelspiele mit Geldeinsatz gespielt zu haben.

4.5 Andere Belastungen

Mit einigen Fragen wurden weitere suchtbezogene und mit Suchtentwicklung in Zusammenhang stehende Aspekte aufgegriffen. In diesem Abschnitt wird das Ausmaß dieser Belastungsfaktoren bei den befragten Jugendlichen dargestellt.

Tablettenkonsum

Gut ein Drittel der Jugendlichen (37,4 %) hat schon einmal Tabletten genommen. Im letzten Jahr vor der Befragung nahmen 5,5 % der Jugendlichen täglich Schlafmittel und 9,9 % täglich Beruhigungsmittel ein. Ein Mädchen hat im letzten Jahr Aufputschmittel genommen, jedoch seltener als einmal pro Woche. 18,7 % der Befragten haben in ihrem Leben bereits Aufputschmittel genommen, allerdings nicht mehr im letzten Jahr. Insgesamt bestehen nur geringfügige Geschlechtsunterschiede: Etwas mehr Mädchen (29,5 %) als Jungen (25,5 %) haben schon einmal Schlafmittel genommen und etwas mehr Jungen (31,9 %) als Mädchen (25,0 %) haben jemals Beruhigungsmittel genommen (vgl. Tab. 27 ff. im Anhang).

Essstörungen

Essstörungen treten im Kindes- und Jugendalter eher häufig auf, auch bei Mädchen und jungen Frauen mit substanzbezogenen Problemen (vgl. Fairburn, 2003). Deshalb wurde im Rahmen der Untersuchung ebenfalls nach der Diagnose einer Essstörung gefragt. Bei fünf Mädchen (11,4 %) wurde irgendwann schon ein-

mal eine Essstörung (Anorexie oder Bulimie) festgestellt. Vier von diesen fünf Mädchen sind 16 oder 17 Jahre alt. Auch bei zwei 15- bis 16-jährigen Jungen (4,3 %) wurde schon einmal eine Essstörung diagnostiziert. Damit liegen die Werte unter den in der KIGGS-Studie gemessenen, die sich allerdings auch auf den *Verdacht* auf eine Essstörung beziehen (28,9 % der Mädchen und 15,2 % der Jungen im Alter zwischen elf und 17 Jahren; vgl. Hölling & Schlack, 2007; S. 795), aber wesentlich über den von Backmund und Gerlinghoff (2006) postulierten Werten von 1 % - 3 %. In der S3-Leitlinie zu Essstörungen wird auf die begrenzte Aussagekraft der bisher vorhandenen Daten zur Prävalenz von Essstörungen verwiesen, auch bzgl. der KIGGS-Studie, weshalb hier ohne genauere Diagnostik keine weiteren Schlüsse gezogen werden können (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2010, S. 11).

Gewalterfahrungen

69,2 % der Befragten waren schon einmal Opfer von Körperverletzung oder Misshandlung, davon 17,5 % in den letzten Monaten vor der Befragung. 39,6 % der Jugendlichen berichteten von Gewalt in der Familie. Fast genau so viele (31,9 %) äußerten, außerhalb der Familie verprügelt oder misshandelt worden zu sein und vier Befragte (4,4 %) berichteten von Gewalt innerhalb und außerhalb der Familie. Die Mädchen fielen vor allem häuslicher Gewalt zum Opfer (59,1 % aller Mädchen) während die Gewalterfahrungen der Jungen vor allem außerhalb der Familie stattfanden (48,9 % aller Jungen). Eine Detailanalyse zeigt, dass häusliche Gewalterfahrungen der Jugendlichen weder mit dem Alkoholkonsum der Eltern¹⁵ noch mit der Häufigkeit des Alkoholkonsums der Eltern zusammenhängen¹⁶.

¹⁵ Zusammenhang Alkoholkonsum im Elternhaus und passive Gewalterfahrungen innerhalb der Familie: $r = -0,007$; $p = 0,947$ ($n = 91$)

¹⁶ Zusammenhang Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums im Elternhaus und passive Gewalterfahrungen innerhalb der Familie: $r = 0,042$; $p = 0,757$ ($n = 56$)

Die Mädchen und Jungen in den LWL-Einrichtungen sind damit deutlich öfter als die Gleichaltrigen in der Allgemeinbevölkerung von Gewalt betroffen (10,0 % der 14- bis 17-Jährigen im Jahr 2012, vgl. Bundeskriminalamt, 2013; S. 154) und auch öfter als Jugendliche in stationären Suchthilfeeinrichtungen (40,0 % der Jungen und 32,1 % der Mädchen; vgl. Schu u. a., 2009).

Delinquenz

58,2 % der Kinder und Jugendlichen haben bereits selbst Gewalt ausgeübt, davon die Hälfte (49,1 %) in den letzten Monaten vor den Interviews. Die untersuchten Jugendlichen sind damit auch im Bereich aktiver Gewalt deutlich stärker belastet als in der Allgemeinbevölkerung (Tatverdächtige Körperverletzung: ca. 2 % der 14- bis 17-Jährigen, vgl. Bundeskriminalamt, 2013, S. 152; eigene Berechnungen). Korrelationsanalysen zeigen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum im Elternhaus und aktiven Gewalterfahrungen der Kinder¹⁷. Auch die Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums im Elternhaus hängt nicht mit aktiver Gewalt der Kinder zusammen¹⁸.

Darüber hinaus wurden die Kinder und Jugendlichen gefragt, ob es irgendwann schon einmal polizeiliche Ermittlungen gegen sie gab oder ob sie schon einmal vor Gericht standen. Insgesamt waren 29,7 % der Befragten schon einmal mit dem Gesetz in Konflikt geraten, 38,3 % der Jungen und jedes fünfte Mädchen (20,5 %). Die meisten, d. h. 15,4 % der Befragten, gaben Diebstahls- oder Einbruchdelikte als Grund hierfür an, gefolgt von Gewaltstraftaten (12,1 %) und Sachbeschädigung (7,7 %). Bundesweit waren es etwa 8 % aller Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren (Bundeskriminalamt, 2013, S. 56; eigene Berechnungen), also sehr viel weniger als in der hier betrachteten Gruppe.

¹⁷ Zusammenhang Alkoholkonsum im Elternhaus und aktive Gewalterfahrungen: $r = 0,063$; $p = 0,55$ ($n = 91$)

¹⁸ Zusammenhang Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums im Elternhaus und aktive Gewalterfahrungen: $r = 0,042$; $p = 0,757$ ($n = 56$)

Probleme in der Wohngruppe

Jede/r vierte Befragte (26,4 %) hatte nach eigenen Angaben in der Wohngruppe schon einmal Probleme aufgrund von Suchtmittelkonsum. Der Grund für Ärger mit den Betreuungspersonen war in 75 % der Fälle Alkohol- oder Zigarettenkonsum. Fünf anderen Jugendlichen (20,8 %) wurde Besitz oder Konsum von Marihuana zur Last gelegt. Zu den Reaktionen der Fachkräfte vgl. Kap. 5.

4.6 Inanspruchnahme suchtbezogener Hilfen

In den vorstehenden Abschnitten wurde deutlich, dass ein Gutteil der Jugendlichen entweder selbst Suchtmittel konsumiert oder dass Personen im Umfeld Suchtmittel konsumieren. Die Jugendlichen wurden deshalb auch nach Erfahrungen mit suchtbezogenen Beratungs- oder Hilfeangeboten befragt. Hierbei ging es zum einen um den Anlass der Inanspruchnahme professioneller Angebote und zum anderen danach, welche Hilfeangebote ihnen bekannt sind, welche sie ggf. nutzen und wo sie nach Informationen über Suchtmittel bzw. Suchthilfe suchen würden. Tatsächlich hatten bisher lediglich drei Mädchen (3,3 % aller Befragten und 6,8 % der Mädchen) in Zusammenhang mit ihrem Suchtmittelkonsum ein Hilfeangebot genutzt. Nach eigener Aussage hatten diese Mädchen aufgrund starken Alkoholkonsums bzw. Rauchens Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle. Ein Mädchen berichtete von einem Klinikaufenthalt und einer Psychotherapie aufgrund ihres Konsums.

Welche suchtbezogenen Hilfeangebote kennen die Kinder und Jugendlichen überhaupt? Etwa zwei Fünftel (39,6 %) kennen Sucht- oder Drogenberatungsstellen. Nur halb so viele (19,8 %) kennen (ambulante) Psychotherapie und nur je ein Zehntel nennt eine Behandlung im Krankenhaus (9,9 %) oder beim Hausarzt (9,9 %) (vgl. Tab. 30 im Anhang).

Über die Hälfte (53,8 %) der Befragten würde das Internet nutzen, um nach Hilfemöglichkeiten oder Informationen in Bezug auf Alkohol- oder Drogenkonsum zu suchen. Sie würden vermutlich zunächst allein auf Suche gehen, da lediglich 17,6 %

angaben, dass sie dafür die Betreuungspersonen im Wohnheim ansprechen würden. Mit 13,2 % der Interviewten würden sich noch weniger an Familienmitglieder wenden.

4.7 Psychopathologische Auffälligkeiten

In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Prävalenzraten von sowohl emotionalen (Cohen u. a., 1993) als auch Verhaltensstörungen (Döpfner u. a., 2008) zu beobachten. In einer Meta-Analyse wurde eine Prävalenzrate psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter von 17,6 % festgestellt (Barkmann u. a., 2012), die in etwa der Verbreitung psychischer Störungen im Erwachsenenalter entspricht. Um das Ausmaß psychischer Auffälligkeiten unter den interviewten Kindern und Jugendlichen festzustellen, wurde die zweite Version des Screenings psychischer Störungen im Jugendalter eingesetzt (SPS-J-II; Hampel & Petermann, 2012), ein ökonomisches Screening-Instrument mit 32 Items. Zwei globale Dimensionen sind in jeweils zwei Subskalen eingeteilt. Die externalisierenden Störungen umfassen die Subskalen „Aggressiv-dissoziales Verhalten“ und „Ärgerkontrollprobleme“. Die internalisierenden Störungen setzen sich aus den Subskalen „Ängstlichkeit/Depressivität“ und „Selbstwertprobleme“ zusammen. Die Items sind als Aussage formuliert (z. B. „In den letzten sechs Monaten habe ich mich deprimiert oder traurig gefühlt“). Jeder Aussage ist eine von drei Antwortmöglichkeiten zuzuordnen: „nie oder fast nie“, „manchmal“ oder „fast immer“. Die Selbsteinschätzung bezieht sich für alle Items auf die letzten sechs Monate.

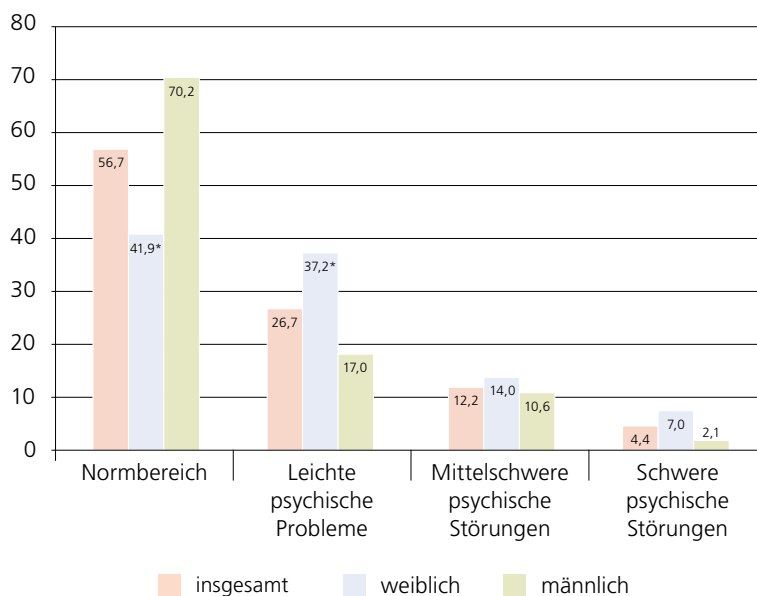
Die Normierung des SPS-J-II erfolgte an N = 1076 Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 16 Jahren (Hampel & Petermann, 2012). Im Manual des SPS-J-II werden T-Werte und Prozentrang-Normen vermeldet, anhand derer vergleichende Interpretationen der Ergebnisse und eine Beschreibung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen möglich sind.

Globale Einschätzung psychischer Störungen

Für jeden Befragten wurde ein Gesamtrohwert des SPS-J aus der Summe aller 32 Items gebildet. Diesen Gesamtrohwerten wurden anschließend Normwerte (T-Werte) aus der Normierungsstichprobe zugeordnet. T-Werte unter 60 werden als im *Normbereich* liegend interpretiert. T-Werte zwischen 60 und 64 deuten *leichte psychische Probleme* an. T-Werte zwischen 65 und 69 verweisen auf eine *mittelschwere psychische Störung* und T-Werte über 70 werden als *schwere psychische Störung* interpretiert.

Abb. 12 zeigt die Verteilung der befragten 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen auf die beschriebenen vier Bereiche.

Abb. 12: Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf den Gesamtwert im SPS-J (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass beinahe die Hälfte der Befragten (43,3 %) leichte bis schwere psychische Beschwerden aufweist (signifikant¹⁹). Umgekehrt bedeutet dies, dass die Werte von 56,7 % der Befragten in den Normbereich fallen. In der Normierungsstichprobe lag dieser Anteil mit 84 % deutlich höher.

Eine leichte psychische Störung kann insofern bedeutsam sein, als Jugendliche mit z. B. Essstörungen oder Persönlichkeitsstörungen oft diese Merkmalsausprägung aufweisen (Hampel & Petermann, 2012). Dies wurde in der Normierungsstichprobe bei ca. 8 % der Jugendlichen festgestellt, während in der vorliegenden Studie mit 26,7 % deutlich mehr Jugendliche in diesen Bereich fallen. Zudem zeigen signifikant mehr Mädchen (37,2 %) als Jungen (17,0 %) Anzeichen für eine leichte psychische Störung²⁰. Für mittelschwere Störungen (12,2 %) und schwere Störungen (4,4 %) liegen die Anteile unter den Jugendlichen in den LWL-Einrichtungen ebenfalls höher als in der Eichstichprobe (mittelschwere Störungen: 4 %, schwere Störungen: 2 %).

Eine geschlechtsbezogene Analyse weist auf signifikante Verteilungsunterschiede zwischen Mädchen und Jungen hin. Mehr Mädchen (37,2 %) als Jungen (17,0 %) weisen eine leichte psychische Störung auf, wohingegen mehr Jungen (70,2 %) als Mädchen (41,9 %) in den Normbereich fallen.

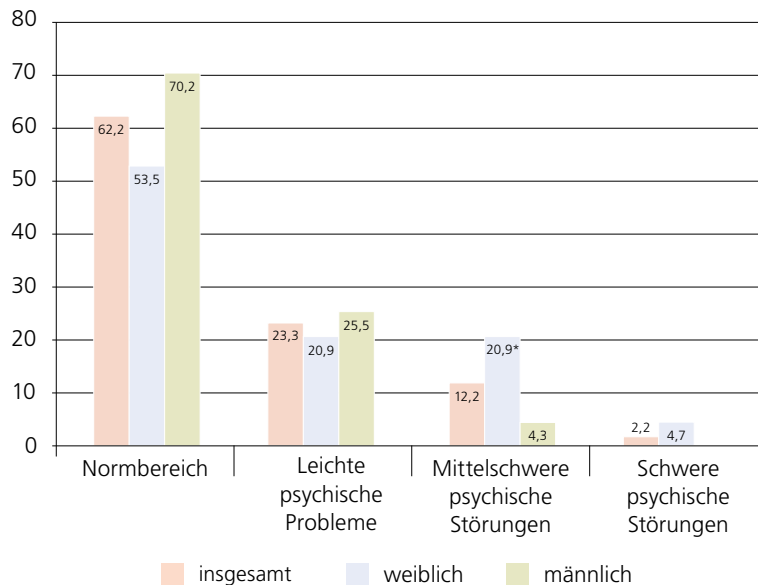
Externalisierende Störungen

Externalisierende Störungsbilder, die in der männlichen Bevölkerung weiter verbreitet sind als in der weiblichen, bezeichnen Störungen des Sozialverhaltens in Form von nach außen gerichteten, unterkontrollierten Verhaltensweisen, wie z. B. die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Von besonderem Interesse ist der Subtest *Aggressiv-dissoziales Verhalten*, der Problembereiche wie z. B. Alkohol- und Drogenmissbrauch erfasst. Abb. 13 zeigt die Verteilung der Ergebnisse bei den interviewten Jugendlichen bei diesem Subtest.

¹⁹ Zusammenhang Normbereich beim Gesamtwert und Geschlecht: $\Phi = 0,295$, $\text{Chi}^2 = 7,921$; $p = 0,005$ ($n = 90$)

²⁰ Zusammenhang leichte psychische Störung beim Gesamtwert und Geschlecht: $\Phi = -0,219$, $\text{Chi}^2 = 4,378$; $p = 0,036$ ($n = 90$)

Abb. 13: Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf aggressiv-dissoziales Verhalten (Angaben in %)



* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

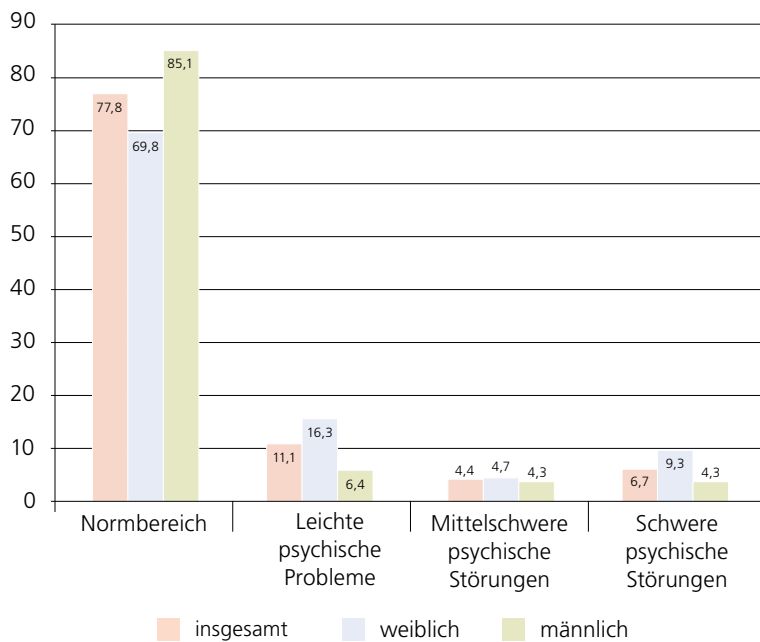
In der Studie fallen 62,2 % der Kinder und Jugendlichen in den Normbereich bezüglich aggressiv-dissozialem Verhalten, während dieser Anteil in der Eichstichprobe bei ca. 84 % lag. 23,3 % der Befragten weisen Anzeichen für eine leichte psychische Störung im Bereich *Aggressiv-dissoziales Verhalten* auf. 8 % der Befragten aus der Normierungstichprobe fielen in diesen Bereich. Die Antworten von 12,2 % der Jugendlichen in den LWL-Einrichtungen deuten auf eine mittelschwere Störung hin und bei zwei weiteren Jugendlichen (2,2 %) sogar auf eine schwere psychische Störung im *Bereich Aggressiv-dissoziales Verhalten*.

Geschlechtsbezogene Analysen zeigten, dass signifikant mehr Mädchen (20,9 %) als Jungen (4,3 %) T-Werte zwischen 65 und 69 aufwiesen, die für eine mittelschwere psychische Störung stehen²¹. Die Mädchen aus den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen sind also bzgl. des aggressiv-dissozialen Verhaltens auffälliger als

²¹ Zusammenhang mittelschwere psychische Störung bei aggressiv-dissozialem Verhalten & Geschlecht: $\Phi = -0,254$, $\text{Chi}^2 = 5,820$; $p = 0,016$ ($n = 90$)

die Jungen. Dieser Befund kann aufgrund der gesamtbevölkerungsbezogenen Verbreitung externalisierender Probleme und Ergebnissen anderer Studien (Schmid, 2007) verwundern, korrespondiert aber mit den bisherigen Ergebnissen dieser Studie. Abbildung 14 zeigt die Ergebnisse für den zweiten Subtest Ärgerkontrollprobleme, der auch zu den externalisierenden Problemen zählt. Die Items aus diesem Subtest erfassen Probleme, die u. a. das Streiten mit Erwachsenen betreffen, Ärgerausdruck oder oppositionelles Verhalten.

Abb. 14: Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf Ärgerkontrollprobleme (Angaben in %)



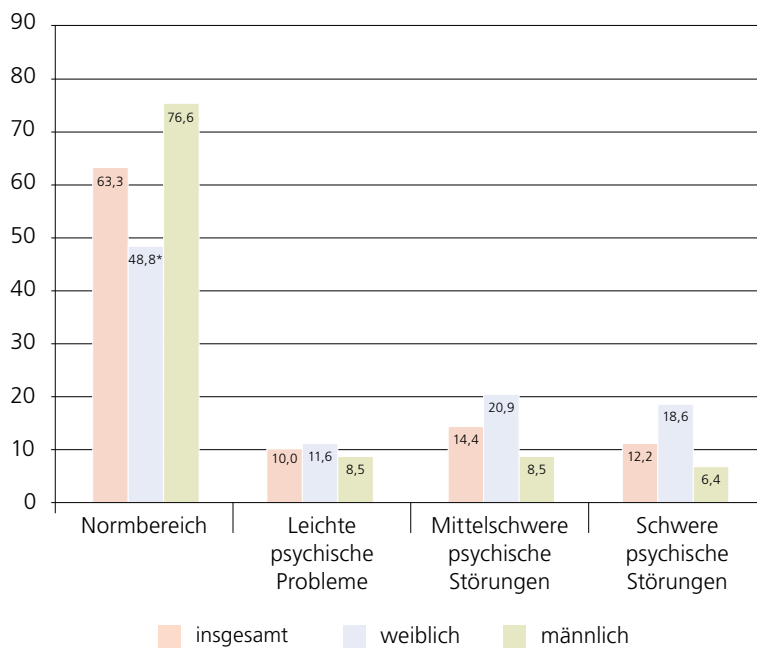
Verglichen mit den Kindern und Jugendlichen der Normierungsstichprobe sind die Befragten in den LWL-Einrichtungen auch bei diesem Subtest auffälliger – jedoch sind die Unterschiede geringer als beim aggressiv-dissozialem Verhalten. 22,2 % der Jugendlichen zeigen klinisch auffällige Werte bei Ärgerkontrollproblemen (Normierungsstichprobe: ca. 16 %). Ein nicht unwesentlicher Anteil der Jugendlichen (6,7 %) weist hier Werte auf, die auf eine schwere psychische Störung hindeuten (Normierungsstichprobe: 2 %).

Internalisierende Probleme

Die zweite Dimension im SPS-J umfasst internalisierende Störungsbilder, die durch nach innen gerichtete, überkontrollierte Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet sind, wie z. B. soziale Phobie. Während externalisierende Störungen vorwiegend in der männlichen Bevölkerung vorkommen, sind internalisierende Störungen häufiger bei Frauen anzutreffen.

Abb. 15 zeigt die Ergebnisse der Kinder und Jugendlichen in den LWL-Einrichtungen bei dem Subtest Ängstlichkeit und Depressivität.

Abb. 15: Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf Ängstlichkeit und Depressivität (Angaben in %)



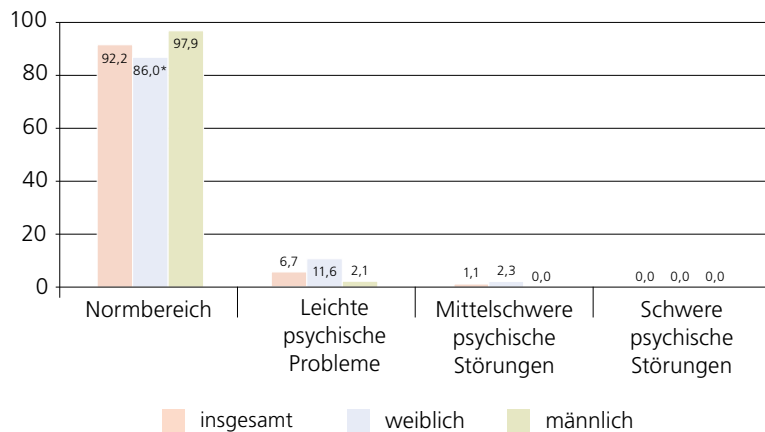
* Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Insbesondere bei den Jugendlichen, die mittelschwere oder schwere psychische Störungen aufweisen, ist ein vergleichsweise gehäuftes Auftreten von Ängstlichkeit und Depressivität festzustellen. Die Antworten von 14,4 % der Befragten (Normierungstichprobe: ca. 5 %) weisen auf eine mittelschwere psychische Störung hin und 12,2 % der Jugendlichen zeigen schwere klinische Auffälligkeiten (Normierungstichprobe: 2 %).

Statistische Analysen zeigen, dass beim Subtest Ängstlichkeit und Depressivität signifikant mehr Jungen (76,6 %) als Mädchen (48,8 %) in den Normbereich fallen²². In den Klassifizierungen mittelschwerer²³ bzw. schwerer klinischer Auffälligkeit²⁴ sind die Unterschiede beinahe signifikant und weisen darauf hin, dass Mädchen hier – in der Studie wie in der Normstichprobe – überrepräsentiert sind.

In einem weiteren Subtest der internalisierenden Probleme werden Themen behandelt, die das *Selbstwertgefühl* der Jugendlichen betreffen. Abb. 16 zeigt die Verteilung der Jugendlichen bei diesem Subtest.

Abb. 16: Verteilung des klinischen Schweregrades psychischer Störungen, bezogen auf Selbstwertprobleme (Angaben in %)



* Statistische signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$

Mit Blick auf das Selbstwertgefühl zeigen sich insgesamt weniger Probleme: Der Anteil der Jugendlichen, die hier in den Normbereich fallen, liegt mit 92,2 % sogar 16 Prozentpunkte über dem Anteil in der Normierungsstichprobe. Im klinisch auffälligen Be-

²² Zusammenhang Normbereich bei Ängstlichkeit und Depressivität und Geschlecht: $\Phi = 0,288$, $\text{Chi}^2 = 7,451$; $p = 0,006$ ($n = 90$)

²³ Zusammenhang mittelschwere psychische Störung bei Ängstlichkeit und Depressivität und Geschlecht: $\Phi = -0,176$, $\text{Chi}^2 = 2,803$; $p = 0,094$ ($n = 90$)

²⁴ Zusammenhang schwere psychische Störung bei Ängstlichkeit und Depressivität und Geschlecht: $\Phi = -0,186$, $\text{Chi}^2 = 3,126$; $p = 0,077$ ($n = 90$)

reich finden sich signifikant mehr Mädchen (14,0 %) als Jungen (2,1 %) ²⁵, aber lediglich ein Mädchen (1,1 % aller Befragten) zeigt Anzeichen einer mittelschweren Störung des Selbstwertgefühls. Dieses Ergebnis erstaunt nicht nur angesichts der übrigen Ergebnisse zu psychopathologischen Auffälligkeiten. Es unterscheidet sich auch deutlich von Einschätzungen von Jugendhilfefachkräften, die Wirth im Rahmen ihrer Studie dokumentiert hat. Dort wurden mit Blick auf Jugendliche mit einer Substanzproblematik schwache Identitäts- und Selbstwertgefühle konstatiert (Wirth, 2013, S. 59).

Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und Suchtmittelkonsum

In der Fachliteratur wird immer wieder auf Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen/psychiatrischer Symptomatik und Substanzmissbrauch bzw. –abhängigkeit hingewiesen. Aus eigenen Untersuchungen ist bekannt, dass ein Großteil der in suchttherapeutischen Einrichtungen behandelten Jugendlichen bedeutsame psychische Beschwerden aufweist (vgl. Schu u.a., 2009). Schmid (2008) verweist zudem auf einen kausalen Zusammenhang, insofern als psychische Störungen einem Einstieg in den Suchtmittelmissbrauch vorausgehen. Auch unter den befragten Kindern und Jugendlichen in den Jugendhilfeeinrichtungen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und Suchtmittelkonsum. So besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der 12-Monats-Prävalenz von Alkohol und dem Gesamtwert des SPS-J: Die Befragten, die in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken haben, weisen deutlich höhere Werte auf als die, die in den letzten 12 Monaten abstinent waren ²⁶. Auch hier sind die SPS-J-Werte von ständigen bzw. Gelegenheitsrauchenden signifikant höher als bei Nicht-Rauchenden ²⁷.

²⁵ Zusammenhang Normbereich beim Selbstwertgefühl und Geschlecht: Phi = 0,221, Chi² = 4,378; p = 0,036 (n = 90)

²⁶ Zusammenhang Gesamtwert des SPS-J und 12-Monats-Prävalenz von Alkohol: r = 0,418; p < 0,01 (n = 90)

²⁷ Zusammenhang Gesamtwert des SPS-J und ständiges bzw. Gelegenheitsrauchen: r = 0,266; p = 0,110 (n = 90)

Betrachtet man die Subtests im Detail, so zeigen Korrelationsanalysen v. a. beim aggressiv-dissozialem Verhalten einen starken Zusammenhang mit dem Konsumverhalten der Kinder und Jugendlichen. Neben der 12-Monats-Prävalenz von Alkohol²⁸ korreliert auch das Rauschtrinken mit aggressiv-dissozialem Verhalten²⁹. Und insbesondere jene Jugendlichen, die schon einmal aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus waren, haben auffällig hohe Werte (nicht signifikant³⁰). Auch Rauchen hängt signifikant mit aggressiv-dissozialem Verhalten zusammen³¹. Die psychischen Auffälligkeiten sind bei stark Rauchenden höher als bei Kindern und Jugendlichen, die weniger oder gar nicht rauchen³². Das gleiche gilt beim Cannabis-Konsum: Aggressiv-dissoziales Verhalten hängt mit der 12-Monats-Prävalenz und insbesondere mit regelmäßigem Konsum von Cannabis zusammen³⁴. Die Zusammenhänge zwischen dem Konsumverhalten und den Werten der übrigen Subtests sind im Vergleich zum aggressiv-dissozialem Verhalten weniger ausgeprägt, wenngleich bei jedem Subtest ein signifikanter Zusammenhang mit der 12-Monats-Prävalenz von Alkoholtrinken bzw. Rauchen besteht.

Auch wenn die Zusammenhänge von Suchtmittelkonsum und psychischen Auffälligkeiten nicht für alle Subtests Signifikanzen ergeben, so ist doch generell ein Zusammenhang zwischen den Testwerten des SPS-J und allen Indikatoren von sowohl Alkohol-, Tabak-, als auch Drogenkonsum festzustellen. Konsumierende erscheinen psychopathologisch durchgehend auffälliger (höhere Testwerte beim SPS-J) als Nicht-Konsumierende. Dies gilt sowohl für den Gesamtwert des SPS-J, als auch für die Subtests, wobei aggressiv-dissozialem Verhalten die größte Bedeutung zukommt. Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Zusammenhänge allerdings für die einzelnen Gruppen nicht immer statistisch interpretierbar.

²⁸ Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und 12-Monats-Prävalenz von Alkohol: $r = 0,427$; $p < 0,01$ ($n = 90$)

²⁹ Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und Rauschtrinken: $r = 0,225$; $p = 0,033$ ($n = 90$)

³⁰ Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und Krankenhausaufenthalt wegen Alkoholkonsums: $r = 0,195$; $p = 0,069$ ($n = 90$)

³¹ Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und ständiges bzw. Gelegenheitsrauchen: $r = 0,322$; $p = 0,002$ ($n = 90$)

³² Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und starkes Rauchen: $r = 0,226$; $p = 0,032$ ($n = 90$)

³³ Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und 12-Monats-Prävalenz von Cannabis: $r = 0,222$; $p = 0,035$ ($n = 90$)

³⁴ Zusammenhang aggressiv-dissoziales Verhalten und regelmäßiger Cannabis-Konsum: $r = 0,264$; $p = 0,012$ ($n = 90$)

5 WAHRNEHMUNG UND REAKTIONEN IN DEN JUGENDHILFEEINRICHTUNGEN

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden neben den Jugendlichen, die in den drei Jugendhilfeeinrichtungen des LWL leben, auch die Fachkräfte der Einrichtungen befragt, die mit Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren arbeiten. An der schriftlichen Befragung nahmen 65 von 164³⁵ (39,6 %) Fachkräften teil, davon waren 61,5 % weiblich und 38,5 % männlich. Gut ein Drittel der Befragten war bis 29 Jahre alt, zwei Fünftel waren zwischen 30 und 45 Jahren alt und ein Fünftel älter als 45 (vgl. Tab. 31 ff. im Anhang).

Die Befragten haben weit überwiegend Sozialarbeit/-pädagogik studiert (55,4 %), ein Viertel ist Erzieher/in. Ebenfalls ein Viertel der Befragten ist in leitender Funktion in den Heimen tätig. Jahre.

Obgleich die Hälfte der Fachkräfte im Einstellungsgespräch nicht darauf vorbereitet worden war, sich ggf. mit suchtbefragten Problemen auseinander setzen zu müssen, zeigten sich fast alle Fachkräfte bereit, mit suchtbefragten Jugendlichen zu arbeiten und sich mit suchtbefragten Themen auseinanderzusetzen (90,5 %). Auch in Bezug auf ihre Kolleginnen und Kollegen sind die meisten Befragten der Meinung, dass bei ihnen die Bereitschaft vorhanden sei, sich auf Suchtmittelprobleme einzulassen (92,1 %).

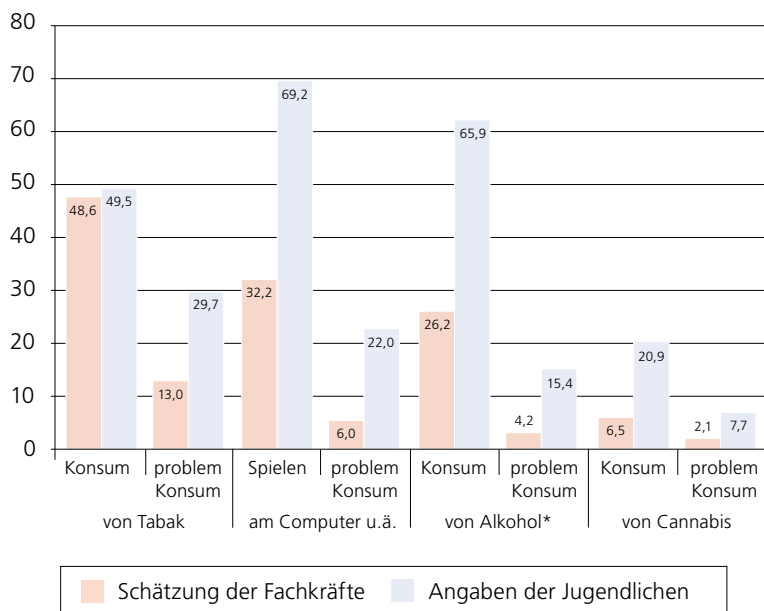
5.1 Wahrnehmung und Bewertung suchtbefragter Probleme bei den Jugendlichen

Die allermeisten Fachkräfte (87,7 %) berichten in der Befragung, dass in ihrer Gruppe Kinder oder Jugendliche Suchtmittel konsumieren bzw. möglicherweise süchtig machende Verhaltensweisen zeigen. 58 Befragte qualifizierten dies weiter: Demnach gehen sie davon aus, dass knapp die Hälfte der Jugendlichen raucht und gut ein Viertel Alkohol trinkt. Ein Drittel spielt an Computer oder Handy und bei lediglich 6,5 % der Jugendlichen vermuten die Fachkräfte, dass sie Cannabis (Marihuana/Haschisch) konsumieren. Das Konsumverhalten wird dabei nur für einen deutlich kleineren Teil der Jugendlichen als problematisch bewertet, vgl. die folgende Abb. 17.

³⁵ Basis: Nach Anforderung der Einrichtungsleitungen an die Einrichtungen verschickte Anzahl von Fragebogen.

Die folgende Abbildung stellt die Schätzungen der Fachkräfte (hellrot/kräftig rot) den Angaben der Jugendlichen (hellblau/kräftig blau) gegenüber, wobei die jeweils ersten helleren Balken den Konsum (im letzten Jahr) abbilden und die zweiten kräftigeren Balken den problematischen Konsum:

Abb. 17: Gegenüberstellung der Schätzung durch die Fachkräfte und den Angaben der Jugendlichen zu 1. Konsum von Suchtmitteln und 2. problematischem Konsum, in %



* Rauschtrinken: 15,4 % (Krankenhauseinlieferung wegen Alkoholintoxikation: 7,8 %)

Die Abbildung zeigt, dass die Fachkräfte gut einschätzen, wie viele Jugendliche rauchen (knapp die Hälfte; vgl. Kap. 4.2). Doch wird lediglich für 13,0 % der Jugendlichen das Rauchen als problematisch eingeschätzt. Dieser Eindruck unterschätzt das Problem, denn gut doppelt so viele Jugendliche berichten, dass sie täglich rauchen (29,7 %, vgl. Kap. 4.2), ein Fünftel raucht sogar zehn Zigaretten und mehr pro Tag – sogar unter den 12- bis 15-Jährigen.

Betrachtet man das Spielverhalten (mit Computer, Internet, Handy), so spielten laut eigener Angaben knapp 70 % der Kinder und Jugendlichen (online und/oder offline). 22,0 % gaben an, in den letzten 30 Tagen an mehr als 20 Tagen Computer-, Konsolen- bzw. Handyspiele (online und/oder offline) gespielt zu haben (vgl. Abschn. 4.4). Die Fachkräfte nahmen jedoch nur bei etwa halb so vielen Jugendlichen derartiges Spielen wahr (24,8 %) und sahen nur bei 6 % Probleme bzgl. des Spielens.

Da in der Allgemeinbevölkerung zunehmend Glücksspielbezogene Probleme bekannt werden und auch bei 16- und 17-Jährigen das Glücksspiel stark zugenommen hat (BZgA, 2012, S. 8), wurden die Fachkräfte auch dazu befragt. Die Fachkräfte gehen davon aus, dass Glücksspiel (um Geld) in den von ihnen betreuten Wohngruppen nicht relevant ist und dass die von ihnen betreuten Jugendlichen nicht an Glücksspielen teilnehmen. Dies entspricht, bis auf eine Ausnahme (vgl. Kap. 4.4), auch der Realität der befragten Jugendlichen (nicht abgebildet).

Der Alkoholkonsum Jugendlicher steht bei den Fachkräften an dritter Stelle: Sie nehmen an, dass ein gutes Viertel der Jugendlichen (26,2 %) Alkohol konsumiert, ein Problem wird für 4,2 % der Jugendlichen wahrgenommen. Verglichen mit den Angaben der Jugendlichen selbst (vgl. Kap. 4.1) scheint auch hier eine Unterschätzung vorzuliegen: Mit zwei Dritteln haben fast dreimal so viele Jugendliche im letzten Jahr Alkohol getrunken (65,9 %). Problematisch erscheint aber vor allem, dass 11 % der Kinder und Jugendlichen regelmäßig Alkohol trinken und 15,4 % in den letzten 12 Monaten Rauschtrinken praktiziert haben³⁶, sowie dass 7,8 % der befragten Jugendlichen von Krankenhauseinlieferungen nach Alkoholintoxikation berichten.

Mit Blick auf Marihuana schätzen die Fachkräfte die Anzahl der Jugendlichen, die Marihuana oder Haschisch konsumieren, auf 6,5 %. Bei nur 2,1 % gehen sie von einem problematischen Konsum aus. Demgegenüber geben über dreimal so viele Jugendliche (20,9 %) an, in den letzten zwölf Monaten Marihuana oder Haschisch konsumiert zu haben, 8,8 % der Jugendlichen konsu-

³⁶ Rauschtrinken = fünf und mehr Standardgetränke pro Trinkgelegenheit.

mierten in den letzten 30 Tagen und 7,7 % tun dies regelmäßig. Andere illegale Drogen kommen aus Sicht der Fachkräfte gar nicht vor und tatsächlich hatten lediglich zwei der befragten Jugendlichen vom Konsum von Amphetaminen und Drogenpilzen im letzten Monat berichtet (vgl. Kap. 4.3).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Fachkräfte den Suchtmittelkonsum der von ihnen betreuten Jugendlichen z. T. deutlich unterschätzen. Insbesondere unterschätzen sie jedoch den Gefährdungsgrad: Die Angaben der Jugendlichen zu ihrem Konsumverhalten anhand der hier als Indikatoren für ein problematisches Verhalten herangezogenen Daten geben viel häufiger Anlass zur Sorge. Dies ist recht gleichmäßig über verschiedene Suchtmittel bzw. Verhaltensweisen der Fall, unabhängig davon ob es sich um legale oder illegale Substanzen bzw. Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial handelt. Die Einschätzungen der Fachkräfte stehen vermutlich in Zusammenhang mit den komplexen Problemlagen der Jugendlichen, von denen ein Gutteil schon erhebliche Straftaten begangen hat und massive herausfordernde Verhaltensweisen zeigt. Angesichts dieser Probleme erscheint das ein oder andere (Konsum-)Verhalten, insbesondere intensives Spielen am Computer, weniger auffällig.

5.2 Einstellungen und Kenntnisse der Fachkräfte zu jugendlichem Suchtmittelkonsum

Der biographische Hintergrund, die eigenen Erfahrungen mit Suchtmitteln und persönliche Einstellungen prägen die Reaktionsmuster der Fachkräfte, wenn Suchtmittelprobleme bei den zu betreuenden Jugendlichen auftreten. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Befragung veranschaulichen denn auch die unterschiedlichen Einstellungen gegenüber dem Konsum von Suchtmitteln (im Einzelnen s. dazu Tab. 35 im Anhang).

Eine gänzlich suchtmittelfreie Einrichtung würden drei Viertel von 65 Befragten befürworten und 66,2 % würden in jedem Fall das Rauchen verhindern. Gleichzeitig sind aber 60,3 % der Befragten der Meinung, dass es vor allem auf einen mündigen Umgang mit Suchtmitteln und weniger auf Abstinenz ankommt.

Eher weniger Befragte sind der Meinung, dass Jugendliche mit Rauchen (12,3 %) und mit Alkohol (25 %) ihre eigenen Erfahrungen machen müssen. Über die Hälfte der Befragten bringt den Begriff „Sucht“ in Zusammenhang mit „suchen“, tatsächlich stammt der Begriff von „siech“ (krank).

Ein Teil der Fachkräfte empfindet Machtlosigkeit gegenüber dem Suchtmittelkonsum der Jugendlichen: 26,1 % sind der Meinung, dass man gegen das Rauchen der Jugendlichen sowieso nichts machen kann und 12,3 % gehen davon aus, dass es sich beim Alkohol ebenso verhält. Andererseits finden 85,6 % der Befragten es wichtig, bzgl. des Rauchens und 95,4 % bzgl. des Alkoholtrinkens mit gutem Beispiel voranzugehen.

Anders als bei den legalen Suchtmitteln verhält sich die Wahrnehmung und Bewertung des Konsums von illegalen Suchtmitteln, darunter vorrangig Cannabis. Drei Viertel der Befragten unterscheiden den Gefährdungs- und Verbreitungsgrad von illegalen Suchtmitteln deutlich von dem von Alkohol und Nikotin. Obgleich diese Einschätzung angesichts der Fachdiskussion nicht haltbar erscheint, halten die meisten Befragten (80 %) Haschisch für eine Einstiegsdroge. Nur drei Personen sind der Meinung, dass gelegentlicher Haschischkonsum nicht schlimm ist und nur eine Person gibt an, dass Kiffen heute zum Erwachsenwerden dazugehört.

Die meisten Befragten sind jedoch mit Blick auf die Bedeutung des Einstiegsalters mehrheitlich in Übereinstimmung mit der Fachdiskussion: Sie halten das Alter bei Konsumbeginn für eine relevante Größe und sehen es als Aufgabe der Jugendhilfe an, auf einen möglichst späten Einstieg in den Konsum von Suchtmitteln hinzuwirken (81,3 %). Doch stimmen nur 51,6 % dieser Aussage unumwunden zu, die übrigen 29,7 % antworten hierzu mit „stimmt eher“. Lediglich zwei Befragte (3,1 %) halten es für unwichtig, wann Kinder bzw. Jugendliche beginnen, Alkohol zu trinken, während viermal so viele der Befragten (12,3 %) es irrelevant finden, wann mit dem Rauchen begonnen wird. Tatsächlich ist das Einstiegsalter eine sehr wichtige Größe und von entscheidender Bedeutung für Dauer und Ausmaß des Konsums im Leben sowie die Entwicklung von Abhängigkeiten.

Überraschend erscheint, dass eine im Zusammenhang mit jugendlichem Drogenkonsum rechtliche Dimension von den Befragten ganz unterschiedlich eingeschätzt wird: 52,3 % der Befragten wissen nicht, dass sie sich strafbar machen können, wenn sie bei Konsum oder Besitz von Drogen nicht eingreifen. Seitens des Trägers existiert hierzu eine Klarstellung, wonach pädagogischen Beschäftigten eine Garantenstellung zukommt, die sie zum Tätigwerden verpflichtet (LWL, 2011, S. 23). Ganz unabhängig von rechtlichen Fragen zeigen Erfahrungen, dass Jugendliche es als Ignoranz und mangelnde Wertschätzung erleben (können), wenn verantwortliche Erwachsene Suchtmittelkonsum tolerieren.

5.3 Maßnahmen, Aktivitäten und Kenntnisse

In den Einrichtungen sind vielfältige Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung der Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden bzw. -gefährdeten Jugendlichen vorstellbar. Deshalb wurden die Fachkräfte der Einrichtungen zum einen nach dem Stellenwert befragt, den sie verschiedenen Maßnahmen zumessen und zum anderen, ob sie diese Maßnahmen im letzten Jahr umgesetzt haben bzw. daran beteiligt waren (alle Ergebnisse s. Tab. 36 im Anhang).

Die meisten Fachkräfte finden es sinnvoll, im Rahmen von Teamsitzungen oder internen Fortbildungen suchtmittelspezifisches Fachwissen zu bekommen (90,8 %) und würden es begrüßen, suchtbezogene Aspekte im Team zu reflektieren (84,4 %). Jedoch berichten nur 13,8 % bzw. 30,8 % der Befragten, dass derartiges im letzten Jahr stattgefunden hat. Kenntnisse zu Suchthilfeangeboten fänden nahezu alle Befragten wichtig, aber lediglich eine/r hat sich (im letzten Jahr) darum bemüht. Kontakte zur Suchthilfe, z. B. durch Hospitationen oder Mitarbeit an gemeinsamen Arbeitskreisen erscheinen mit 41,5 % bzw. 56,9 % nicht so vielen Befragten sinnvoll – und lediglich eine Fachkraft berichtet von einem Besuch in einer Suchthilfeeinrichtung.

Welche konkreten Maßnahmen, die in einer Einrichtung der Jugendhilfe durchgeführt werden können, halten die Fachkräfte für wichtig? Und welche haben sie durchgeführt? Mit Blick auf

Nichtrauchen kann hier z. B. das LWL-Projekt JaN („Jugendhilfeeinrichtungen auf dem Weg zum Nichtrauchen“) betrachtet werden. Das Projekt, an dem auch die drei Jugendhilfeeinrichtungen beteiligt waren, lief von 2005 bis 2007. Im Zuge des Projekts sollte den Mitarbeitenden sowie den Jugendlichen, die bereits mit dem Rauchen begonnen hatten, der Ausstieg erleichtert werden. Es war beabsichtigt, in den Einrichtungen „eine Kultur des Nichtrauchens“ zu implementieren. Auch aktuell halten noch 64 % der Fachkräfte in den drei Einrichtungen Rauch-Stopp-Maßnahmen für sinnvoll, jedoch berichten nur zwei Personen, dass solche Maßnahmen im vorangegangenen Jahr durchgeführt wurden. Auch Projekttag oder gemeinsame Aktionen mit Suchtpräventionsfachkräften waren, obschon mehrheitlich als wichtig eingeschätzt, Ausnahmen³⁷.

Wurden personale Aufklärungsmaßnahmen durchgeführt? Um das Ziel eines mündigen Umgangs Jugendlicher mit (legalen) Suchtmitteln zu erreichen, brauchen diese Informationen zu Suchtmitteln sowie Beratung und Motivation, nicht (mehr) oder in verantwortlicher Weise zu konsumieren. Tatsächlich erachten es fast alle Befragten für wichtig, Jugendlichen Informationen zu vermitteln, sie zu beraten und zu motivieren. Allerdings konnte nur die Hälfte (49,2 %) der Befragten bestätigen, dass die Informationsvermittlung innerhalb des letzten Jahres auch stattfand. Beratungs- oder motivierende Gespräche im Kontext von Suchtmittelkonsum durchgeführt zu haben, geben 23,1 % bzw. 43,1 % an. Und nur 20 % der Befragten berichten von pädagogischen Suchtberatungsgesprächen mit den Kindern und Jugendlichen.

Bei Hinweisen auf einen Suchtmittelkonsum oder suchtbezogene Verhaltensweisen werden die Jugendlichen in den Einrichtungen in aller Regel (98,3 % der Fachkräfte bestätigen dies) auf die Problematik angesprochen³⁸. Und wenn Probleme manifest werden, sollte Suchthilfe hinzugezogen werden. Die meisten Befragten sehen dann sowohl Vermittlungen in Suchthilfe als auch kollegiale Beratungen durch Suchthilfefachkräfte oder Co-Bera-

³⁷ Frühintervention nach FreD ist über der Hälfte der Befragten nicht bekannt.

³⁸ Vgl. Tab. 38 im Anhang.

tungen zusammen mit diesen als sinnvoll an. Tatsächlich berichteten mit 23,1 % überraschend viele Befragte, dass sie im letzten Jahr Jugendliche an Suchthilfeeinrichtungen vermittelt haben. Kollegiale oder Co-Beratungen waren mit 6,2 % und 7,7 % jedoch deutlich seltener.

Neben Aufklärung und Beratung der Jugendlichen selbst kann es auch sinnvoll sein, die Eltern bezüglich des Suchtmittelkonsums zu sensibilisieren und über mögliche Suchtmittelprobleme aufzuklären. Obgleich auch dies mehrheitlich wichtig erschien (90,8 %), fand das nur äußerst selten statt (12,3 %), noch seltener wurden Eltern in Gesprächen zu Konsum- und Suchtthemen beraten (4,6 %).

5.4 Richtlinien in den Einrichtungen

Haltung und Regelungen einer Einrichtung gegenüber dem Suchtmittelkonsum sind maßgeblich für das tägliche Arbeiten mit suchtmittelkonsumierenden bzw. -gefährdeten Jugendlichen. Von verbindlich definierten Richtlinien in den Einrichtungen berichten 68,8 % der Fachkräfte, wobei diese i. d. R. auch umgesetzt werden (64,4 % bestätigen dies im Wesentlichen): 18,6 % bekräftigen, dass diese immer umgesetzt werden und weitere 45,8 % der Befragten nehmen wahr, dass dies meistens geschieht. Zu denken gibt hier, dass ein gutes Drittel Richtlinien entweder nicht kennt oder deren Anwendung nicht wahrnimmt (vgl. hierzu und im Folgenden Tab. 37 im Anhang).

Was sagen die Konzeptionen der Jugendhilfeeinrichtung zu Suchtmittelgebrauch? 41 % der Befragten berichtet, dass darin zwischen Suchtmittelkonsum, Suchtgefährdung und Abhängigkeit unterschieden wird, wie es laut DHS (2002) sinnvoll und notwendig wäre. Dass die Mehrheit der befragten Fachkräfte dies nicht bestätigen oder dazu nichts sagen kann, muss als Hinweis auf Veränderungsbedarf bewertet werden.

81 % der befragten Fachkräfte kennen die Erwartungshaltung ihrer Einrichtungsleitung zur Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen. Doch ist nur gut die Hälfte der Befragten (51,6 %) der Meinung, dass Leitung bzw. Geschäftsführung und Team

einen einheitlichen Standpunkt zum Umgang mit Sucht in der Einrichtung vertreten.

Nichtsdestotrotz erfährt der Großteil der Fachkräfte (82,8 %) ausreichend Unterstützung und Rückendeckung von ihrer Leitung in ihrer täglichen Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden bzw. -gefährdeten Jugendlichen. Ausreichenden Zugang zu Fachliteratur und die Möglichkeit, suchtbezogene Fort- und Weiterbildungen in Anspruch zu nehmen haben allerdings nur knapp zwei Drittel (64 %) bzw. etwa die Hälfte (52,3 %) der Befragten. Davon, dass in Supervisionen regelmäßig auch Sucht und Suchtmittel thematisiert werden, berichten nur wenige Befragte (11,1 %).

5.5 Umgang mit dem Suchtmittelkonsum im Team

Wie wird im Team mit suchtmittelkonsum- und suchtbezogenen Aspekten umgegangen? Aus fachlicher Sicht sind hierfür zunächst die Bereitschaft erforderlich, sich mit Suchtthemen zu beschäftigen sowie (Selbst-)Reflexion und Austausch im Team. Zu einem erfolgreichen Vorgehen gehört u. a., gegenüber den Jugendlichen einen abgestimmten Standpunkt im Team zu vertreten (vgl. DHS, 2002, 15 f.).

Fast alle der Befragten (90,5 %) können sich grundsätzlich vorstellen, mit Suchtgefährdeten zu arbeiten (zwei Personen lehnen dies ab und weitere vier sind unentschieden), und nehmen dies auch bei ihren Kolleginnen und Kollegen wahr (92,1 %), obgleich lediglich 40,6 % der Befragten schon im Einstellungsgespräch darauf hingewiesen wurden, bei der Arbeit ggf. mit Suchtproblemen konfrontiert zu werden (hierzu und zu den folgenden Angaben vgl. Tab. 38 im Anhang).

Zwei Drittel der befragten Fachkräfte (67,7 %) glauben, dass es im Team eher eine einheitliche Meinung darüber gibt, welche Bedürfnisse und Schwierigkeiten die Jugendlichen mit dem Suchtmittelkonsum zum Ausdruck bringen. Ein Fünftel verneint dies jedoch. Die Mehrheit der Fachkräfte (85,9 %) hat den Eindruck, dass das Team in kritischen Situationen zueinandersteht, somit genügend Rückhalt vorhanden ist. Doch berichtet lediglich die Hälfte der Befragten (51,6 %) von einem regelmäßigen Aus-

tausch über Suchtthemen und nur knapp ein Drittel (30,8 %) von einer Reflexion suchtbezogener Aspekte in Gesamtteam. Dabei wünscht sich ein Teil der Fachkräfte mehr Austausch im Team.

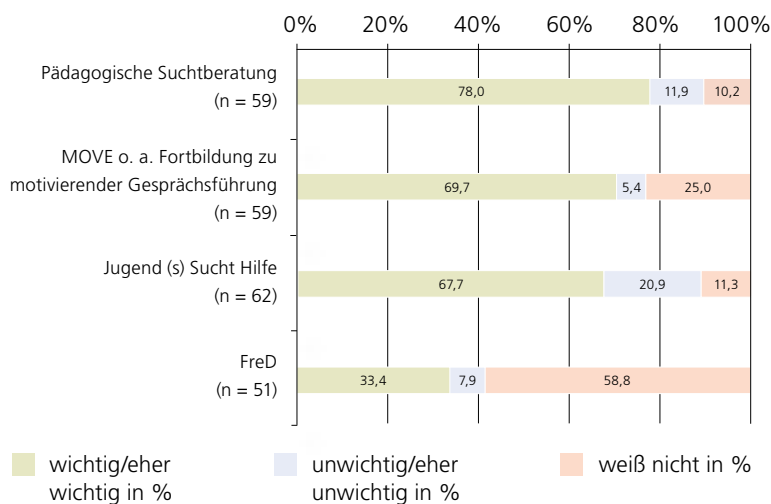
Die meisten Befragten erachten es für sinnvoll, dass Jugendhilfe grundsätzlich ein suchtmittelfreier Raum ist und die Fachkräfte bzgl. Rauchen und Alkohol trinken Vorbilder sind (vgl. Kap. 5.2). In verschiedenen Erhebungen wurde auch von Jugendlichen formuliert, dass der Vorbildfunktion von Betreuungspersonen große Bedeutung zukommt. Tatsächlich klappt das nicht immer: 14,1 % der Befragten haben schon einmal zusammen mit Jugendlichen Suchtmittel konsumiert, wobei es sich vermutlich vor allem um Tabak handelt, und nur die Hälfte (49,1 %) der Befragten stellt sicher, dass sie nur unbeobachtet von Jugendlichen konsumieren (diese Frage haben zudem sieben Befragte nicht beantwortet = 11 %).

5.6 Fortbildung

In der Befragung wurden die Fachkräfte konkret nach suchtbezogenen Fortbildungen in den letzten fünf Jahren gefragt. Doch obwohl die eigene Fortbildung zu suchtbezogenen Themen, konkret auch zu pädagogischer Suchtberatung von vier Fünftel der Befragten als „(eher) wichtig“ eingeschätzt wird, haben in den letzten fünf Jahren lediglich neun Personen (14,5 %) an einer suchtbezogenen Fortbildung teilgenommen, davon größtenteils Personen, die eine Leitungsfunktion ausüben. Dabei wurde der Fortbildungsbegriff z. T. sehr weit gefasst: Die Fachkräfte berichten mit Blick auf den Zeitraum der letzten fünf Jahre u. a. von der Teilnahme an einem Arbeitskreis Medienabhängigkeit oder an Tagungen, verweisen auf Inhalte in Studium oder Ausbildung, sowie auf die Beratung durch eine Drogenberatungsstelle. Dieses Ergebnis hängt vermutlich auch damit zusammen, dass Fortbildungen den Befragten nicht uneingeschränkt zur Verfügung stehen (vgl. Kap. 5.4).

Erfragt wurden des Weiteren konkret die Bewertung und die Teilnahme an Fortbildungen, die größtenteils vom LWL selbst angeboten werden, wie z. B. zu pädagogischer Suchtberatung, „Jugend (s)Sucht Hilfe“ motivierender Gesprächsführung und FreD (vgl. Abb. 18).

Abb. 18: Zumessung von Stellenwert von Fortbildungsbereichen



Die Übersicht zeigt, dass mit Ausnahme von FreD (Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumierende) die Fortbildungsangebote des LWL von den meisten Fachkräften durchaus als (eher) wichtig eingeschätzt werden. Die größte Bedeutung messen die Fachkräfte der pädagogischen Suchtberatung zu (78 % (eher) wichtig), gefolgt von motivierender Gesprächsführung (69,7 %) und der Multiplikator/innenschulung „Jugend (s)Sucht Hilfe“ (67,7 %). Dass eine Fortbildung zu FreD lediglich ein Drittel der Befragten als wichtig erachten, hat zum einen vermutlich damit zu tun, dass dieses Angebot sich nicht an Jugendhilfefachkräfte richtete, aber möglicherweise auch mit einer Unterschätzung von Möglichkeiten und Bedeutung der Frühintervention.

Ein Blick auf die in Anspruch genommenen Fortbildungen im letzten Jahr zeigt jedoch, dass die vom LWL angebotenen Fortbildungen lediglich vereinzelt in Anspruch genommen wurden: einmal zu MOVE und zweimal zur pädagogischen Suchtberatung.

Gleichwohl ist festzuhalten, dass sich viele der befragten Fachkräfte generell mehr Fortbildungen wünschen: Auf die Frage, was hilfreich wäre bzw. was sie sich wünschen, um sich zukünftig (noch) besser für suchtbetragene Probleme in der Einrichtung gerüstet zu fühlen, wurden Fortbildungen am häufigsten genannt. Des Weiteren wurde mehr fachlicher Austausch im Team und mit der Suchthilfe gewünscht.

5.7 Kooperation und Vernetzung mit Sucht-/Drogenhilfe

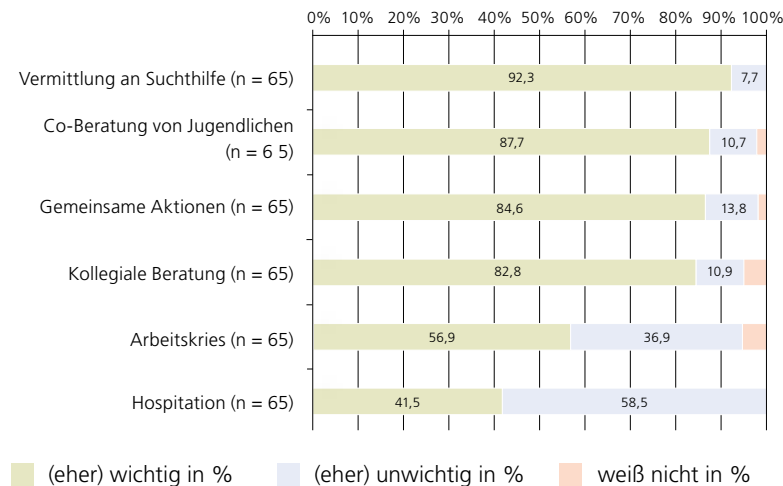
Wenn suchtmittelkonsumierende bzw. suchtgefährdete Jugendliche betreut werden, kann es sinnvoll sein, dass Jugend- und Suchthilfe zusammenarbeiten und die Fachkräfte sich gegenseitig unterstützen. In der vorliegenden Untersuchung haben von 61 Jugendhilfe-Befragten etwa ein Viertel (26,2 %) bereits einmal mit einer Suchthilfe kooperiert, v. a. mit Drogen- und Suchtberatungsstellen und Entzugskliniken. Berichtet wird zudem von Kooperationen mit Krankenhäusern, der Polizei und mit Gesundheitsämtern. 23,1 % der Fachkräfte berichten davon, dass im letzten Jahr Jugendliche an Suchthilfeeinrichtungen vermittelt wurden.

Den Kontakten mit der Suchthilfe gingen i. d. R. konkrete Probleme in den Einrichtungen voraus, sei es, dass Jugendliche Alkoholprobleme hatten, sogar mit Alkoholintoxikation ins Krankenhaus mussten oder weil Jugendliche mit dem Rauchen aufhören wollten.

Obgleich der Nutzen von kollegialen Beratungen oder Co-Beratungen mit einer Suchthilfefachkraft von den Jugendhilfefachkräften recht hoch eingeschätzt wird (82,8 % bzw. 87,7 % (eher) wichtig), hatten im vorangegangenen Jahr lediglich vier bzw. fünf Personen dies genutzt. Von einer Hospitation im Bereich der Suchthilfe im letzten Jahr berichtet eine Person.

Auch die Mitarbeit an einem Arbeitskreis mit Suchthilfekräften hält eine Vielzahl der Fachkräfte (56,9 %) prinzipiell für hilfreich (vgl. dazu auch Wirth, 2013, S. 69 f.), teilgenommen an einem solchen Arbeitskreis hat bisher allerdings noch niemand. Abb. 19 veranschaulicht die Bewertungen der verschiedenen Formen der Kooperation mit Einrichtungen und Fachkräften der Suchthilfe:

Abb. 19: Stellenwert verschiedener Formen von Kooperation



Es zeigt sich, dass die Kooperation mit der Suchthilfe insgesamt als sehr wichtig eingestuft wird, dass aber auch hier ein z. T. großer Unterschied zwischen Bewertung und Durchführung der Maßnahmen existiert. Insbesondere die vielfach fehlende Umsetzung von Kooperation bestätigt das Ergebnis in der Untersuchung von Wirth, wo seitens einiger Befragter aus der Jugendhilfe durchaus bezweifelt wurde, ob „eine kontinuierliche Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe überhaupt nötig ist“ (Wirth, 2013, S. 70).

Ein/e Befragte/r berichtet von Desinteresse auf Seiten der Suchthilfe und eine/r vermisst eine Rückmeldung nach einem Beratungsabbruch. Tatsächlich wird hier nur eine Seite betrachtet, die der Jugendhilfe. Für eine umfassende Situationsbetrachtung müsste auch geprüft werden, ob und wie sehr Suchthilfe zur Kooperation mit der Jugendhilfe bereit ist oder Kapazitäten frei hat. Die Klientel der stationären Jugendhilfe hat i. d. R. einen komplexen Unterstützungsbedarf und angesichts der überall angespannten Arbeitssituationen ist zu prüfen, ob diese Zielgruppe von Suchthilfeeinrichtungen aktiv gesucht wird.

Dort, wo es Zusammenarbeit mit Suchthilfe gab, berichten die Befragten jedoch überwiegend von positiven Erfahrungen und loben die hilfreichen Interventionen bei den Jugendlichen. Um

besser mit suchtbezogenen Problemen umgehen zu können, wünschen sich einige Fachkräfte deshalb auch mehr Austausch mit der Suchthilfe, das Hinzuziehen von Suchthilfe zu Fallbesprechungen im Team und generell mehr (Informationen über) Kooperationsmöglichkeiten.

6 ZUSAMMENFASSENDE BILANZ UND EMPFEHLUNGEN

In der vorliegenden Untersuchung wurden 44 Mädchen und 47 Jungen zwischen zwölf und 17 Jahren in den Jugendheimen des LWL zu ihrem Suchtmittelkonsum befragt, das sind knapp zwei Fünftel der in den Heimen betreuten Jugendlichen der Altersgruppe. 61 Jugendliche waren zwölf bis 15 Jahre alt, die Übrigen 30 zwischen 16 und 17 Jahren. Ein knappes Fünftel hatte einen Migrationshintergrund. Im Mittelpunkt der Untersuchung stand der Konsum von Alkohol, Zigaretten und Drogen, zudem wurden auch andere mit Suchtentwicklung in Verbindung stehende Belastungsfaktoren berücksichtigt. Des Weiteren wurde der Umgang mit Computerspielen und dem Internet thematisiert und psychopathologische Auffälligkeiten unter Zuhilfenahme eines Screening-Instrumentes erhoben.

Ergänzend dazu gaben 65 Fachkräfte in den Einrichtungen zu ihrer Wahrnehmung von Konsumverhalten und suchbezogenen Problemen bei den Jugendlichen sowie zum Vorgehen in den Einrichtungen Auskunft – auch dies entspricht etwa zwei Fünftel der in den Heimen mit der Zielgruppe Beschäftigten. Auch erfragt wurde, wie gut die Befragten sich gerüstet fühlen, mit problematischem Konsumverhalten zu arbeiten und welche Unterstützungs- und Kooperationsbedarfe sie haben. Im Folgenden werden die Ergebnisse kurz bilanziert (Kap. 6.1), um schließlich Empfehlungen für das weitere Vorgehen abzuleiten Kap. (6.2).

6.1 Zusammenfassende Bilanz

Die Ergebnisse zum Suchtmittelkonsum der Kinder und Jugendlichen in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen des LWL sind in vielerlei Hinsicht alarmierend, insbesondere mit Blick auf das Rauchen, den Cannabis-Konsum, die Gewalterfahrungen und die psychischen Auffälligkeiten.

Die BZgA führt seit mehr als drei Jahrzehnten regelmäßig bundesweit repräsentative Befragungen von jungen Menschen zu ihrem Suchtmittelgebrauch durch. In den letzten Jahren sind insbesondere bei den 12- bis 17-Jährigen deutliche Rückgänge im Konsumverhalten zu verzeichnen, bspw. hat sich der Anteil rauchender Jugendlicher in dieser Altersgruppe gegenüber dem Höchstwert im Jahr 2001 mehr als halbiert und der Anteil Can-

nabiserfahrener fast halbiert. Beim Alkoholkonsum war die Entwicklung, wenn auch nicht so auffällig, aber dennoch ebenfalls rückläufig. Unberührt von der allgemein positiven Entwicklung zeigen sich jedoch kleinere Subgruppen von Konsumierenden mit intensiven Konsummustern und Folgeproblemen, wie z. B. krankenhauspflichtigen Alkoholintoxikationen.

Vor dem Hintergrund des insgesamt rückläufigen Suchtmittelkonsums stechen die Ergebnisse der hier befragten Kinder und Jugendlichen hervor. 70 % der Befragten in den Jugendheimen haben in ihrem Leben schon einmal eine Zigarette geraucht. Jede/r Zweite bezeichnet sich derzeit als Raucher/in (BZgA: 11,7 %). Das Rauchen ist somit unter den 12- bis 17-Jährigen in den Jugendhilfeeinrichtungen deutlich weiter verbreitet als in der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung (29 % Lifetime) und sogar weiter verbreitet als unter jungen Erwachsenen in Deutschland (18 bis 25 Jahre; 37 % Rauchende). Und während auf Bundesebene 7,2 % bzw. 4,9 % Cannabis schon jemals bzw. in den letzten 12 Monaten geraucht hat, waren es in den untersuchten Einrichtungen 27,5 % bzw. 20,9 %. Im Unterschied zu den sonstigen Ergebnissen bleiben die befragten Jugendlichen (eher die Jungen als die Mädchen) bzgl. des Alkoholkonsums unter den Werten in der Drogenaffinitätsstudie. Es erscheint insbesondere beachtenswert, dass die befragten Jugendlichen, insbesondere die Jungen, eher zu Cannabis als einer aggressionsmindernden Droge greifen als zu dem eher aggressionsfördernden Alkohol.

Mehrere Studien in den letzten Jahren weisen darauf hin, dass der Suchtmittelkonsum, auch der exzessive, sowie die Konsummuster von Mädchen sich denen der Jungen angleichen bzw. diese sogar überholen. Gleichwohl überraschen die auffällig hohen Anteile bei den hier untersuchten Mädchen, insbesondere beim Rauchen und Alkoholkonsum: Mit 41 % der befragten Mädchen rauchen doppelt so viele Mädchen wie Jungen (19,1 %) täglich (BZgA: 5,2 % der Mädchen und 4,5 % der Jungen rauchen täglich). Zudem trinken die Mädchen in den Jugendheimen öfter regelmäßig (13,6 % vs. 9,9 %) und exzessiv (15,9 % vs. 10,5) als die gleichaltrige weibliche Bevölkerung.

Mit Blick auf die Gruppe der Jüngerer fällt auf, dass allein vier befragte 12- bis 15-Jährige aufgrund ihres Alkoholkonsums schon einmal im Krankenhaus waren (9 % aller befragten 12- bis 15-Jährigen). Auch haben sie ebenso häufig wie die 16- bis 17-Jährigen schon einmal geraucht (70 %) und rauchen auch genauso oft täglich bzw. stark. Hier sind erhebliche negative Folgen des frühen Einstiegs zu vermuten. Weiter beunruhigend ist zudem die hohe Verbreitung des Drogenkonsums unter den jüngeren Kindern und Jugendlichen in den Jugendhilfeeinrichtungen. 26,4 % der Befragten hatten schon einmal wegen Alkohol- oder Cannabiskonsums Probleme in der Wohngruppe.

Neben Suchtmittelkonsum zeigt sich, dass die Jugendlichen, insbesondere die jüngeren, zu erheblichen Anteilen am Computer spielen (besonders Jungen) oder stundenlang soziale Netzwerke (stärker ausgeprägt bei Mädchen) besuchen. Bei 11,4 % der Mädchen und 4,3 % der Jungen wurde schon einmal eine Essstörung festgestellt. Etwa ein Drittel hat Erfahrungen mit der Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln.

Deutlich von der Norm abweichend berichten 69,2 % der Jugendlichen von Gewalterfahrungen, dabei waren die Mädchen öfter Opfer von Gewalt innerhalb und die Jungen von Gewalt außerhalb der Familie. 58,2 % der Befragten haben auch schon selbst Gewalt ausgeübt, davon die Hälfte auch in den letzten vier Wochen vor den Interviews. 38,3 % der Jungen und 20,5 % der Mädchen waren schon einmal wegen Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Gewaltdelikten, Sachbeschädigung u. a. mit dem Gesetz in Konflikt geraten.

Bei der Untersuchung psychischer Störungen fällt auf, dass die 12- bis 17-jährigen Jugendlichen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen, abgesehen von Selbstwertproblemen, durchgehend überdurchschnittlich hohe Belastungen aufweisen. Es lässt sich eine erhöhte emotionale Beanspruchung mit Störungen im Sozialverhalten, insbesondere oppositionellem Trotzverhalten feststellen. Das Denken vieler befragter Jugendlicher ist wesentlich mehr als in der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung von allgemeiner Verunsicherung und Zukunftssorgen geprägt. Zudem spielen Konzentrationsschwächen und Einschlafschwierigkeiten, die oftmals mit Angst- und depressiven Störungen einhergehen, eine

große Rolle. Diese Auffälligkeiten auf der emotionalen Ebene schlagen sich im Verhalten der Jugendlichen nieder, z. B. in Regelverstößen in der Schule oder zu Hause bzw. im Wohnheim sowie in Alkohol- und Drogenmissbrauch.

Erneut erscheinen die Mädchen durchgehend auffälliger als die Jungen. Dies gilt erwartungsgemäß bei internalisierenden Problemen, aber überraschenderweise auch bei externalisierenden Problemen. Damit bestätigt auch diese Studie frühere Untersuchungen, wonach Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe (überdurchschnittlich) stark durch psychische Störungen belastet sind (Schmid, 2007). Darüber hinaus ist bei den Kindern und Jugendlichen in den LWL-Jugendhilfeeinrichtungen zu beobachten, dass psychische Probleme mit einer geringeren Abstinenzfähigkeit einhergehen. Psychische Probleme, insbesondere aggressiv-dissoziale Verhaltensauffälligkeiten, sind unter den Konsumierenden weiter verbreitet als unter den Nicht-Konsumierenden.

In den Familien und im sozialen Umfeld der befragten Jugendlichen, insbesondere in jenen der Mädchen, werden in erheblichem Maß Suchtmittel konsumiert, z. T. in abhängiger Weise. Dies dürfte, wie auch die Präsenz von Gewalt erheblich zu konsumbezogenen und anderen Problemen bei den Jugendlichen beigetragen haben (s. a. Wirth, 2013). Vielleicht steht es damit in Zusammenhang, dass etwa zwei Fünftel der befragten Jugendlichen Suchtberatungsstellen kennen. Etwa halb so viele kennen (zudem) Psychotherapie, je ein Zehntel Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus oder beim Hausarzt. Doch haben bisher lediglich drei Mädchen schon einmal in Zusammenhang mit ihrem Suchtmittelkonsum ein Hilfeangebot genutzt. 53,8 % der Befragten würde das Internet nutzen, um nach Hilfemöglichkeiten oder Informationen in Bezug auf Alkohol- oder Drogenkonsum zu suchen, lediglich 17,6 % würden dazu die Betreuungspersonen im Wohnheim ansprechen und noch weniger (13,2 %) würden sich an Familienmitglieder wenden.

In der vorliegenden Untersuchung wurden neben den Kindern und Jugendlichen auch die Fachkräfte der Einrichtungen befragt. Zwischen den eigenen Angaben der Kinder und Jugendlichen zu ihrem Suchtmittelkonsum und der Wahrnehmung der Fach-

kräfte klafft z. T. eine große Lücke. Die Fachkräfte unterschätzen sowohl die Verbreitung als auch die Intensität des Konsums und damit den Grad der Suchtgefährdung deutlich (vgl. S. 32).

Die Angaben der Fachkräfte deuten in vielerlei Hinsicht auf Entwicklungsbedarfe hin. Der Stellenwert suchtbezogener Aspekte und der Umgang mit dem Konsum von Suchtmitteln in den Einrichtungen, sowohl durch Jugendliche als auch Fachkräfte, sind weder in den Konzeptionen noch in den Teams ausreichend geklärt. Grundsätzlich finden suchtbezogene Themen inkl. der Reflexion des eigenen Konsumverhaltens und v. a. des gemeinsamen Suchtmittelkonsums mit Jugendlichen (Vorbildfunktion) zu selten Eingang in Teamsitzungen und Supervision. Die Fachkräfte in den Einrichtungen haben zu wenig Zugang zu Fachliteratur. Suchtbezogene Fort- und Weiterbildungen nehmen sie kaum in Anspruch, obgleich sie Fortbildungsangeboten, gerade jenen des LWL, einen hohen Stellenwert zumessen. Ebenso verhält es sich bei der Kooperation mit Suchthilfe. Diese wird insgesamt als wichtig eingestuft, findet aber kaum statt.

6.2 Empfehlungen

Die Untersuchungsergebnisse geben in für Deutschland einmaliger Weise deutliche Hinweise auf die erhebliche und komplexe Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen und insbesondere von Mädchen in stationärer Jugendhilfe. Die Jugendheime des LWL, in denen die Befragungen stattgefunden haben, können dabei als durchaus repräsentativ für das System stationärer Hilfen mit verschiedenen Wohnformen und einer unterschiedlich belasteten Klientel angesehen werden. Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung sind, das wird deutlich, keine Ausnahmethermen. Die Probleme sind zentral und betreffen eine große Zahl betreuter Jugendlicher.

Die Untersuchung kann nur über Jugendliche berichten, die derzeit stationär in Einrichtungen betreut werden. Die Ergebnisse verweisen jedoch darauf, dass diese Jugendlichen deutlich vor der stationären Unterbringung in Kontakt mit Suchtmitteln und mit Gewalt kamen und dass sie vielfach (auch) im Elternhaus damit konfrontiert waren. Viele Familien hatten schon im Vorfeld

der aktuellen Maßnahme Erziehungshilfen erhalten und viele der Kinder und Jugendlichen waren vorab in (mehreren) ambulanten und stationären Jugendhilfemaßnahmen. Doch nur die wenigsten erhielten bisher suchtbetragene Unterstützung. Es ist also nicht nur zu fragen, was in den Familien geschah, sondern auch, warum trotz mehrerer Jugendhilfemaßnahmen die Suchtgefährdung nicht wahrgenommen oder zumindest keine entsprechenden Hilfen veranlasst wurde.

Problematischer Substanzkonsum und Formen nicht stoffgebundener suchtbetragener Verhaltensweisen sind Risikofaktoren für die Persönlichkeitsentwicklung und treten selten allein auf. Sie sind vielmehr häufig mit weiteren Problemen verbunden, wie z. B. Entwicklungs- und Leistungsstörungen, psychischen Erkrankungen und psychosozialen Auffälligkeiten, (weiteren) gesundheitlichen Problemen sowie Selbst- und Fremdaggressionen. Verfestigter Suchtmittelmissbrauch kann zu gesellschaftlicher Ausgrenzung bis hin zu Straffälligkeit und Inhaftierung führen. Die Beschäftigung mit Suchtgefährdung ist also Teil eines ganzheitlichen Blicks auf die Klientel und die Bereitstellung entsprechender Hilfen gehört im Sinne der Abwendung von Gefahren und Schäden deshalb zwingend zu den pädagogischen Aufgaben der Jugendhilfe.

Die folgenden Empfehlungen bestärken zum einen die im Masterplan Sucht festgehaltenen Bemühungen des LWL, die Hilfen für Jugendliche über eine stärkere Vernetzung von Jugend- und Suchthilfe zu verbessern und zum anderen viele Ergebnisse der aktuellen Untersuchung von Wirth im gleichen Bereich (2013).

Aufgaben der öffentlichen Jugendhilfe

In Anbetracht des frühen Beginns und des Ausmaßes der Suchtgefährdung, die in dieser Untersuchung festgestellt wurden, muss der Blick über den Kontext der stationären Jugendhilfeeinrichtungen hinausgehen. Als zentral erscheint insbesondere die Rolle der Jugendämter und der ASD: Sie sind sehr früh involviert, sehen die Familien, stellen Probleme fest und definieren Aufträge für Erziehungs- und Jugendhilfemaßnahmen. An

dieser Schaltstelle braucht es eine viel stärkere Wahrnehmung von Suchtgefährdung – in den Familien generell sowie speziell bei den Kindern und Jugendlichen. Das heißt: notwendig sind ein grundsätzlicher Einbezug von Suchtaspekten in Anamnese/sozialpädagogischer Diagnose und in Hilfeplanung, ein aktives Ansprechen von Suchtthemen, die Qualifizierung der Beschäftigten, die Übernahme von Interventionsverantwortung und ggf. eine direktive Einleitung von adäquaten Hilfen.

Suchtgefährdung ist eines von mehreren Themen, die im Kontext komplexer Problemlagen zu betrachten sind. Um hier passgenaue Hilfen zu entwickeln und zu erschließen, braucht es Kooperation und Vernetzung – u. a. mit Suchtprävention, Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. LWL, 2011). Alle genannten Aspekte sollten über Qualitätsstandards in der Jugendhilfe verankert werden. Gefragt sind hier insbesondere die kommunalen Jugendhilfeinstitutionen, doch sollte das Landesjugendamt die Entwicklung in Kooperation mit der LWL-Koordinationsstelle Sucht durch Bereitstellung von Fortbildungen, Interventionsprogramme, Instrumenten, Organisationsberatung etc. (weiter) unterstützen.

Aufgaben von Trägern und Einrichtungsleitungen

Wie also festgestellt wurde, sind Suchtmittelkonsum, Suchtgefährdung und Sucht keineswegs randständige, sondern durchaus häufige, sogar zentrale Themen im Jugendhilfealltag. Darauf sollten Träger und Leitungen reagieren und das Thema in ihren Leitbildern und vor allem in den Konzeptionen der Einrichtungen behandeln.

Suchtbezogene Themen sind in den Konzeptionen differenziert nach Suchtmittelkonsum, riskantem Verhalten und Sucht zu berücksichtigen. Dabei ist zudem auf geschlechter- und kulturbezogene Besonderheiten einzugehen. In Richtlinien sollten Früherkennung und Frühintervention, der Umgang mit Suchtmittelkonsum und –missbrauch sowie der Umgang mit Rückfällen oder mit Wiederaufnahmen nach Suchttherapien schriftlich und verbindlich geregelt sein.

Träger und Leitungen sind in der Pflicht, Einrichtungsregeln zum Umgang mit Suchtmittelkonsum und mit suchtbefugenen Problemlagen zu erstellen, zu kommunizieren und durchzusetzen. Zu den Aufgaben von Trägern und Leitungen gehört die Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen für eine selbstreflexive Auseinandersetzung der Fachkräfte mit Suchtthemen, für ihre Qualifizierung und für die Bahnung entsprechender Kooperationen. Wie o. g. sind diese Aspekte auch innerhalb der Einrichtungen über die Einbindung in Qualitätssicherung zu verankern und regelhaft zu kontrollieren.

Jugendlicher Substanzkonsum hat besonders fatale Auswirkungen auf neuronale Reifungsprozesse und schädigt die Gesundheit mehr als bei erwachsenen Konsumierenden. Deshalb sollten Jugendhilfeeinrichtungen einerseits ein grundsätzlich suchtmittelfreier Raum sein und Fachkräfte niemals Suchtmittel vor oder mit Jugendlichen konsumieren. Doch führt die Forderung nach totaler Abstinenz andererseits nicht zur Entwicklung angemessener Konsumformen – konzeptionelle Grundlagen müssen sich in diesem Spannungsfeld bewegen und angemessene Antworten finden.

In jedem Fall sollten die Einrichtungen Suchtmittelkonsum von Jugendlichen immer ernst nehmen, nicht ignorieren und so über aktives Ansprechen und Reagieren Verantwortung für die gesunde Entwicklung der Jugendlichen übernehmen. Erfahrungsgemäß wollen Jugendliche, dass Erwachsene und vor allem Betreuungspersonen auf ihr Konsum- und andere Problemverhalten reagieren, z. T. fordern sie damit Aufmerksamkeit für ihre Person ein.

Freiheit von Sucht ist ein Ziel, das auch für die Beschäftigten in der Jugendhilfe gilt. Deshalb sind die Beachtung und der Umgang mit Suchtmittelkonsum, Suchtgefährdung und Sucht von Beschäftigten auch Aufgabe der Träger und Leitungen – ganz unabhängig von den Regeln, die für den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen gelten sollen. Träger können entsprechende Angebote unterbreiten und z. B. Nicht(-mehr-)Rauchen über geförderte Rauchentwöhnungskurse unterstützen.

Personalentwicklung

In der Jugendhilfe tätige Fachkräfte sind weithin mit Suchtproblemen und damit assoziierten anderen Störungen konfrontiert, ohne jedoch ausreichend für diese Anforderungen gerüstet zu sein. Dies bestätigt ein Kernergebnis der vorliegenden Untersuchung eindrucksvoll: die Diskrepanz zwischen den Angaben der Jugendlichen zu ihrem Konsumverhalten und ihrer Suchtgefährdung und den Einschätzungen der Fachkräfte dazu. Dies verweist auf Qualifizierungsbedarfe, denn nur in Suchtfragen kompetente Fachkräfte können souverän auf Suchtgefährdung reagieren.

Deshalb sollten die Fachkräfte in den Jugendhilfeeinrichtungen zu Fragen der Suchtentwicklung und substanzspezifischen Störungen qualifiziert werden und ebenso zu psychischer (Ko-) Morbidität und entsprechenden Interventionsmöglichkeiten. Empfohlen wird deshalb:

- Fachliteratur zur Verfügung zu stellen
- Gezielte und gesteuerte (Inhouse-)Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten zu Suchtprävention, Früherkennung und Kurz-/Frühinterventionen sowie Gesprächsführung (Motivational Interviewing, z. B. im Rahmen von FreD, MOVE). In diesen Kontext gehören auch Informationen zu rechtlichen Aspekten des Konsums.
- Fort- und Weiterbildung sollte sich ebenfalls auf psychische Störungen im Jugendalter beziehen, da Sucht- und (andere) psychische Störungen häufig miteinander auftreten
- Fort- und Weiterbildung, die gemeinsam mit Fachkräften der benachbarten Hilfesysteme (Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie) erfolgt, fördert einen ganzheitlichen Blick auf die Fälle und die Bereitschaft zu Zusammenarbeit
- Sucht zum Thema machen: Zunächst sollten die Ergebnisse der Untersuchung den Teams vorgestellt und ein Austausch dazu angeregt werden. Dabei geht es um die Klärung und Entwicklung einer reflektierten Haltung zu Suchtaspekten,

auch zum eigenen Konsumverhalten, und um die Verabredung abgestimmter Reaktionsweisen (auf Basis der niedergelegten Regeln)

- Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung sind regelhaft in Fallbesprechungen und Supervision zu betrachten und über Qualitätssicherungsmaßnahmen im Alltag zu verankern
- Die Vorbildfunktion, die den Fachkräften zukommt, lässt einen gemeinsamen Suchtmittelkonsum mit Jugendlichen grundsätzlich nicht zu
- In Einstellungsgesprächen und bei der Einführung neu eingestellter Personen sollte die Leitung immer auch auf suchtbetragene Aspekte der Arbeit eingehen
- Freie Stellen könnten bevorzugt mit auch in Jugend-Suchthilfe erfahrenen Fachkräften besetzt werden.

Angebotsgestaltung

Die pädagogische Arbeit in der Jugendhilfe sollte um suchtbetragene Aspekte und Aufgaben ergänzt werden. Um ein Übersehen zu vermeiden, sollte dies standardmäßig in jedem Fall und nicht nur „bei Bedarf“ erfolgen. Dazu folgende Empfehlungen:

- Um vorhandene Risiken adäquat wahrzunehmen und zu bearbeiten sollten Anamnesen/sozialpädagogische Diagnosen standardmäßig um Suchtaspekte ergänzt werden. Am besten geschieht das über den Einsatz validierter Screening-Instrumente (z. B. AUDIT-C³⁹ und SDS oder CPQ-A-S⁴⁰, vgl. Wirth, 2013). Screenings können helfen, Suchtgefährdung früher wahrzunehmen sowie Selbst- und Fremdeinschätzung abzugleichen. Das gilt ebenso für Screenings zu psychischen Störungen/psychopathologischen Auffälligkeiten.

³⁹ AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption, vgl. Rumpf u. a., 2012.

⁴⁰ SDS: Severity of Dependence Scale – vgl. Piontek u. a., 2008; CPQ-A-S: Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents – short, vgl. Fernandez-Artamendi u. a., 2012.

- Neben der Anamnese sollten auch Hilfe-/Entwicklungsplanung und die laufende Falldokumentation um suchtbefugene Aspekte – bei den Jugendlichen und in deren Familie und Freundeskreis – erweitert werden.
- Suchtgefährdung und Sucht entwickeln sich geschlechter- und kulturbezogen unterschiedlich, deshalb ist Gender- und Kultursensibilität in den Teams der Jugendhilfeeinrichtungen gezielt auszubauen und pädagogische Angebote entsprechend zu gestalten.
- Jugendhilfe sollte den Suchtmittelkonsum in der Familie und im sozialen Umfeld thematisieren, mit der Familie dazu arbeiten und ggf. Alternativen aufzeigen.
- Jugendhilfe sollte grundsätzlich Maßnahmen der selektiven und der indizierte Prävention/Frühintervention integrieren, zumindest aber Jugendliche im Bedarfsfall zügig und aktiv in Frühinterventionsmaßnahmen und zu Suchtberatung vermitteln

Vernetzung

Jugendhilfe allein kann nicht alle Aufgaben schultern, die im Kontext von Suchtgefährdung (und von psychischer Belastung) und generell von komplexen Problemlagen anfallen. Deshalb sollte verstärkt Suchthilfe und kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung hinzugezogen und so gewährleistet werden, dass die oft vielfältigen Belange Jugendlicher aus unterschiedlichen professionellen und institutionellen Perspektiven gesehen werden (vgl. auch Wirth, 2013; LWL, 2011). Dabei braucht verlässliche Kooperation Strukturen, definierte Prozesse, Standards und Verbindlichkeiten sowie eine konstruktive Haltung auf beiden Seiten, Wertschätzung der Anderen und eine Begegnung auf Augenhöhe. Mit Blick darauf wird empfohlen:

- Jugendhilfe braucht Informationen zu Präventions- und Frühinterventionsmöglichkeiten (z. B. FreD) und über Suchtpräventions- und Suchthilfeangebote in der Region und deren Arbeitsweisen – inkl. Kontaktdaten

- Möglichkeiten der Begegnung von Jugendhilfe- und Suchthilfe-Beschäftigten schaffen, z. B. durch Hospitationen, Einrichtung von Arbeitskreisen, Durchführung gemeinsamer Projekt- oder Fachtage mit Kooperationspartnern aus Suchtprävention, Suchthilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Netzwerkbildung
- Erarbeitung eines Stufenmodells der bereichsübergreifend organisierten Intervention für Fälle mit Suchtgefährdung oder Sucht durch Fachkräfte aus Jugend- und Suchthilfe (vgl. z. B. Regelungen im Kreis Steinfurt⁴¹)
- Implementierung anonymer Fallberatungen⁴² und von kollegialer Beratung und Co-Beratung (vgl. z. B. Kooperation der Hamburger Kinder- und Jugendhilfe e. V. mit der Therapiehilfe e. V.⁴³)
- Der Koordinations- und Abstimmungsaufwand auf der Ebene des Einzelfalls wird gemindert, wenn mit schriftlichen Kooperationsvereinbarungen festgehalten wird, welche Ziele die Kooperation hat, welche Instrumente eingesetzt werden, wer jeweils zuständig ist sowie ggf. Antwortfristen, Austauschfrequenzen und Controlling
- Die Entwicklung von Kooperation sollte als Führungsaufgabe definiert und die Umsetzung überprüft werden
- Netzwerkarbeit ist Arbeitszeit und braucht Ressourcen. Unterstützt werden könnte ein systematischer Kooperationsansatz durch die Formulierung entsprechender Anforderungen durch den/die zuständigen Sozialleistungsträger und ihr Controlling
- Fallbezogene Kooperation ist i. d. R. der Türöffner zu darüber hinausgehenden institutionellen Kooperationen, weil die Fachkräfte dabei konkret erleben, welche Vorteile die Zusammenarbeit hat. Gleichwohl kann Kooperation auch Konflikte mit sich bringen oder misslingen. Hierbei können strukturierte Instrumente der Krisenbearbeitung helfen, die Krise konstruktiv zu wenden, z. B. Mediation (vgl. Averbek & Hermanns, 2009).

⁴¹ Vgl. Schu u. a., 2009, S. 107 f.

⁴² Vgl. z. B. connect in Hamburg:
<http://www.sucht-hamburg.de/projekte/connect>.

⁴³ Vgl. Schu u. a. 2009, S. 110 f.

Übergreifende Empfehlungen

Die vorgenannten Empfehlungen richten sich im Wesentlichen an die Jugendhilfe. Doch soll nicht unterschlagen werden, dass auch von Seiten der Suchtprävention und der Suchthilfe aktiv auf Jugendhilfe zugegangen und Möglichkeiten einer gemeinsamen Unterstützung Jugendlicher ausgelotet werden sollten.

Suchtbezogene Aspekte sollten generell stärker in Aus-, Fort- und Weiterbildungen in der Jugendhilfe berücksichtigt werden. Neben grundständig ausbildenden Institutionen ist hier auch der LWL als relevanter Anbieter von Fortbildungen und von Organisationsberatung in der Jugendhilfe gefragt, seine Curricula dementsprechend anzupassen.

Die Jugendhilfe braucht konkrete praxisnahe Handbücher, Materialien, Hilfen etc. Die Erarbeitung sollte bereichsübergreifend erfolgen. Beispielhaft sei hier auf das Manual verwiesen, das die DHS vor über zehn Jahren vorgelegt hat (DHS, 2002). Angeregt wird deshalb die Förderung von modellhaften Schnittstellenprojekten zwischen Jugend- und Suchthilfe durch die Sozialleistungsträger mit deren Hilfe ein gemeinsamer Arbeitsansatz zu Früherkennung und Frühintervention bei suchtspezifischem Hilfebedarf von Jugendlichen erarbeitet werden kann. Hierbei könnte das gegenseitige fachbezogene Know-How ausgetauscht und ein für den Kontext der Jugendarbeit adäquates Instrumentarium entwickelt werden.

Zu suchtpreventiver Arbeit in der Jugendhilfe und zu einer kooperativ abgestimmten Versorgung von Jugendlichen mit suchtbefindlichen Problemen bestehen erhebliche Wissenslücken. Deshalb wird hier abschließend angeregt, grundlegende Forschung zu suchtbefindlichen Problemlagen in der Jugendhilfe zu initiieren und zu verstärken. Die hier vorgelegten Ergebnisse basieren auf einer kleinen Stichprobe von nicht ganz 100 befragten Jugendlichen, alle aus stationären Einrichtungen. Wichtig wäre es nun, die Hinweise, die hier gewonnen wurden, durch Untersuchung einer größeren Population zu überprüfen. Dabei sollten die Belastungen der in der Jugendhilfe betreuten Jugendlichen, auch jener im ambulanten Bereich, umfassend untersucht werden. Ebenso wie die Zusammenhänge von psychischer Belastung und

Konsumverhalten – unter Einbezug von Gender- und Kulturperspektiven. Um perspektivisch Präventionsstrategien den angestrebten Wirkungen besser anzupassen, sollte bspw. den Hinweisen aus der vorliegenden Studie vertiefter nachgegangen werden, dass die Jungen in der stationären Jugendhilfe unterdurchschnittlich (aggressions-fördernden) Alkohol und überdurchschnittlich (aggressions-hemmendes) Cannabis konsumieren. Forschung sollte sich des Weiteren mit dem Vorgehen der Fachkräfte, deren Einstellungen, Wissen, Bedarfen usw. beschäftigen und Wege einer guten Unterstützung der Praxis aufzeigen.

Hier wurden eine Reihe von Empfehlungen ausgesprochen – für die Jugendhilfe und weit darüber hinaus. Doch sind diese „nicht so einfach“ umzusetzen. Vielmehr sind vor allem zwei Voraussetzungen zu erfüllen: Zunächst braucht es den expliziten Willen vieler verschiedener Verantwortlicher auf allen Ebenen, dem Aspekt Sucht(gefährdung) in der Jugendhilfe mehr Aufmerksamkeit zu gewähren und die entsprechende Fachlichkeit zu erhöhen. Zum anderen ist eine den Anforderungen entsprechende Ressourcenausstattung notwendig. Mit immer weniger Personal und Ausstattung können steigende Aufgaben nicht geschultert werden. Andererseits ist die Übernahme der Verantwortung auch für Suchtaspekte und die häufig damit einhergehende psychische Gesundheit der jungen Menschen (und ihrer Familien) keine Sonderaufgabe für Jugendhilfe und erfordert auch nichts eigentlich Neues. Vielmehr geht es um die Entwicklung einer Haltung und die Weiterentwicklung des Professionsverständnisses.

7 LITERATUR

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5*. Arlington: APA.
- Averbeck, B. & Hermanns, E. (2009). *sYpport-Handbuch. Eine systemische Unterstützung für das Gelingen von Kooperationen*. Unv. Manuskript.
- Bähren, E., Dücker-Stuckstätte, C., Doll, S., Dreyer, K-H., Erdélyi, P. & Grösbrink, H. u. a. (2011). *Jugend, Sucht, Hilfe. Kooperation zwischen den Hilfesystemen*. Münster: LWL.
- Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioral disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 66, 194 – 203.
- Baumgärtner, T. (2010). Die Erfahrungen Jugendlicher im Umgang mit Computerspielen. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS –Sondererhebung 2009. Vortrag im Gesundheitsausschuss der Freien und Hansestadt Hamburg im April 2010. Verfügbar unter: <http://www.suchthh.de/uploads/docs/117.pdf> (aufgerufen am 22.01.2014).
- Bischof, G., Bischof, A., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.J. (2013). *Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI)*. Kompaktbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Lübeck: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck.
- Bundesinstitut für Risikobewertung (Hrsg.). (2009). *Gesundheits- und Suchtgefahren durch Wasserpfeifen*. Aktualisierte Gesundheitliche Bewertung Nr. 011/2009 vom 26. März 2009. URL: http://www.bfr.bund.de/cm/343/gesundheits_und_suchtgefahren_durch_Wasserpfeifen.pdf (aufgerufen am: 20.01.2014).
- Bundeskriminalamt (2013). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2012*. Wiesbaden: BKA
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2012). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012a). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: BZgA.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012b). *Alkoholspiegel. Hintergrundinformationen zur Alkoholprävention*. Köln: BZgA.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – I. Age- and Gender-Specific Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851 – 867.
- Crisp, A., Sedwick, P., Halek, C., Joughin, N. & Humphrey, H. (1999). Why may teenage girls persist in smoking? *Journal of Adolescence*, 22, 657 – 672.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg.). (2010). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Register Nr. 051/026. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf (aufgerufen am: 19.02.2014).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (2002). *Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Manual für die stationäre Jugendhilfe*. Hamm: DHS.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). (2008). *Wasserpfeife – die süße Versuchung*. Heidelberg: dkfz.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012). *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Döpfner, M., Banaschewski, T. & Sonuga-Barke, E. (2008). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In: F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (6., überarb. Aufl., S. 257 – 276). Göttingen: Hogrefe.
- Fachstelle für Suchtprävention (2013). *ESCapade. Computer – Sucht – Familie*. Abschlussbericht zum Bundesmodellprojekt. Köln: Drogenhilfe Köln e. V.
- Fairburn, C G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet* 361, S. 407–416
- Fendrich, S., Pothmann, J. & Tabel, A. (2012). *Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung in Nordrhein-Westfalen. HzE-Bericht 2012 – Erste Ergebnisse*. Dortmund/Köln/Münster: Dortmund der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, LVR & LWL.

- Fernandez-Artamendi, S., Fernández-Hermida, F.R., Muñoz-Fernández, J., Secades-Villa, R. & García-Fernández, G. (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2012, 7, 13. URL: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/7/1/13> (aufgerufen am 04.03.2014).
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2006). *Essstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2005). *Screening psychischer Störungen im Jugendalter (SPS-J). Deutschsprachige Adaptation des Reynolds Adolescent Adjustment Screening Inventory*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Henningfield, J.E. & Benowitz N.L. (2004). Pharmacology of nicotine addiction. In: Boyle P., Gray N., Henningfield J.E., Seffrin, J. & Zatonski, W. (eds.). *Tobacco and Public Health: Science and Policy* (S. 129 – 147). Oxford: Oxford University Press.
- Hinze, K. & Jost, A. (2006). Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe. Freiburg: Lambertus.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 50, S. 794–799.
- Hurrelmann, K. (2007). *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (Grundlagentexte Soziologie, 9., aktual. Aufl.). Weinheim und München: Juventa.
- Jost, A. (2010). Erziehungsberatung bei elterlicher Suchtbelastung. In: A. Hundsalz, K. Menne & H. Scheuerer-Englisch (Hrsg.). *Jahrbuch für Erziehungsberatung*, Band 8 (S. 107 – 124). Weinheim und München: Juventa.
- Kepper, A., Monshouwer, K., von Dorsselean, S. & Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 311 – 319.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2, 118 – 124.

- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2011). *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*. IFT-Berichte Bd. 181. München: Institut für Therapieforchung.
- Laging, M. (2005). *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Gesundheitssurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 2007/50, S. 600 – 608.
- LWL (Hrsg.). (2011). *Jugend Sucht Hilfe. Kooperationen zwischen den Hilfesystemen*. Münster: LWL.
- LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.). (2013). *Arbeitskreise, Fortbildungsseminare, Weiterbildungen, Zertifikatskurse. Programm 2014*. Münster: LWL.
- LWL-Landesjugendamt Westfalen (2011). *Positionspapier Hilfen zur Erziehung – Eine kommunale Aufgabe mit individuellem Rechtsanspruch*. Münster: LWL.
- LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht (2012). *Masterplan. Ressortübergreifendes Denken – Ressortübergreifende Strategie. Interne und externe Verzahnung der Jugend- und der Suchthilfe*. Münster: LWL.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2013). JIM 2013. Jugend, Information, (Multi-)Media Basisstudie zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. URL: <http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf13/JIMStudie2013.pdf> (aufgerufen am 19.02.2014).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (2012). *Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Grundsätze/Strategie/Handlungsrahmen*. Düsseldorf: MGEPA.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen – MSW (2013). *Das Schulwesen in Nordrhein-Westfalen aus quantitativer Sicht 2012/2013. Statistische Übersicht 379*. Juni 2013. URL: <http://www.schulministerium.nrw.de/docs/bp/Ministerium/Service/Schulstatistik/Amtliche-Schuldaten/Statuebers379-Quantita2012-2013.pdf> (aufgerufen am 17.02.2014).

- Piontek, D., Kraus, L. & Klempova, D. (2008). Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2008, 3:25. URL: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/3/1/25> (aufgerufen am 28.02.2014).
- Raithel, J. (2004). Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: T. Altgeld (Hrsg.). *Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 137 – 154). Weinheim und München: Juventa.
- Robert Koch Institut (Hrsg.). (2006). *KIGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Verschiedene Veröffentlichungen verfügbar unter: <http://www.kiggs-studie.de/>.
- Rumpf, H.J., Wohlert, T., Freyer-Adam, J., Grothues, J. & Bischof, G. (2012). Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res.* 2013; 19(3), 121–127, URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23183686> (aufgerufen am 04.03.2014).
- Schmidt, F. (2008). *Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen*. Bremen: Gesundheitsamt.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. München/Weinheim: Juventa.
- Statistisches Bundesamt (2013). Diagnose Alkoholmissbrauch: 2012 wieder mehr Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Pressemitteilung 426/13 vom 16.12.2013. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/12/PD13_426_231pdf.pdf?__blob=publicationFile (aufgerufen am 20.01.2014).
- Schu, M., Wünsche, T., Tossmann, P., Jonas, B., Zenker, C. & Stolle, M. (2009). *Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe. Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen*. Abschlussbericht. Köln/Berlin: FOGS/Delphi.
- Wieland, N. (2001). Kooperation von Drogenhilfe und Jugendhilfe aus der Sicht der Jugendhilfe. In: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.), *Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe* (S. 47ff.). Berlin: IGfH.

- Wirth, N. (2013). *Wie macht Kooperation zwischen Psychiatrie, Jugend- und Suchthilfe Sinn? Eine qualitative Studie zur Optimierung der Versorgung von Jugendlichen mit einer Substanzproblematik*. Masterarbeit an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf.
- Wolniczak, I., Cáceres-DelAguila, J.A., Palma-Ardiles, G., Arroyo, K.J., Solís-Visscher, R., Paredes-Yauri, S., Mego-Aquije, K. & Bernabe-Ortiz, A. (2013). Association between Facebook Dependence and Poor Sleep Quality: A Study in a Sample of Undergraduate Students in Peru. *Plos One*, 8, e59087. *Newsletter Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)* vom 18. Dezember 2013.
- WHO – World Health Organisation (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (aufgerufen am 18.07.2013).
- Zenker, C., Bammann, K. & Jahn, I. (2002). *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Bd. 148. Baden-Baden: Nomos.
- Zenker, C. (2010). *Sucht und Gender*. Vortrag bei Lagaya in Stuttgart am 29.11.2010.

8 ANHANG

Tab. 5: Wohnsituation vor Aufnahme in Einrichtung (n = 91 Jugendliche)

		mit alleinerz. Elternteil %	anders %
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	40,7	59,3
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	41,2	58,8
	gesamt (n = 44)	40,9	59,1
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	29,4	70,6
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	30,8	69,2
	gesamt (n = 47)	29,8	70,2
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	34,4	65,6
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	36,7	63,3
	gesamt (n = 91)	35,2	64,8

Tab. 6: Migrationshintergrund (n = 91 Jugendliche)

Migrationshintergrund	weiblich		männlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Migrationshintergrund (n = 17)	9	20,5	8	17,0
kein Migrationshintergrund (n = 74)	35	79,5	39	83,0
gesamt (n = 91)	44	100,0	47	100,0

Tab. 7: 12-Monats-Prävalenz von Alkohol (n = 91 Jugendliche)

		12-Monats-Prävalenz Alkohol		alle Übrigen	
		Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	19	70,4	8	29,6
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	16	94,1	1	5,9
	gesamt (n = 44)	35	79,5	9	20,5
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	13	38,2	21	61,8
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	12	92,3	1	7,7
	gesamt (n = 47)	25	53,2	22	46,8
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	32	52,5	29	47,5
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	28	93,3	2	6,7
	gesamt (n = 91)	60	65,9	31	34,1

Tab. 8: 12-Monats-Prävalenz des Rauschtrinkens in der vorliegenden Studie (n = 91 Jugendliche)

		12-Monats-Prävalenz Rauschtrinken		alle Übrigen	
		Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	5	18,5	22	81,5
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	2	11,8	15	88,2
	gesamt (n = 44)	7	15,9	37	84,1
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	3	8,8	31	91,2
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	4	30,8	9	69,2
	gesamt (n = 47)	7	14,9	40	85,1
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	8	13,1	53	86,9
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	6	20,0	24	80,0
	gesamt (n = 91)	14	15,4	77	84,6

Tab. 9: 30-Tages-Prävalenz des Rauschtrinkens in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen in der Drogenaffinitätsstudie (Angaben in %)

		30-Tage-Prävalenz Rauschtrinken		alle Übrigen	
weiblich	12 bis 15 Jahre	4,5		95,5	
	16 bis 17 Jahre	22,2		77,8	
	gesamt	10,5		89,5	
männlich	12 bis 15 Jahre	6,7		93,3	
	16 bis 17 Jahre	45,0		55,0	
	gesamt	19,6		80,4	
gesamt	12 bis 15 Jahre	5,6		94,4	
	16 bis 17 Jahre	33,9		66,1	
	gesamt	15,2		84,8	

Tab. 10: Krankenhausbehandlung infolge von Alkoholintoxikationen (n = 91 Jugendliche)

		ja		nein		keine angabe	
		Anzahl	%	Anzahl	%		
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	3	11,1	24	88,9	/	/
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	1	5,9	16	94,1	/	/
	gesamt (n = 44)	4	9,1	40	90,9	/	/
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	1	2,9	31	91,2	2	5,9
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	1	7,7	12	92,3	/	/
	gesamt (n = 47)	2	4,3	43	91,5	2	4,3
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	4	6,6	55	90,2	2	3,3
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	2	6,7	28	93,3	/	/
	gesamt (n = 91)	6	6,6	83	91,2	2	2,6

Tab. 11: Alkoholkonsum im Freundes- und Bekanntenkreis

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
alle	4	9,1	5	10,6	9	9,9
die meisten	13	29,5	10	21,3	23	25,3
etwa die Hälfte	9	20,5	4	8,5	13	14,3
einige wenige	12	27,3	17	36,2	29	31,9
niemand	4	9,1	10	21,3	14	15,4
weiß nicht	2	4,5	1	2,1	3	3,3
gesamt	44	100,0	47	100,0	91	100,0

Tab. 12: Alkoholkonsum im Elternhaus (n = 91 Jugendliche)

	ja		nein		weiß nicht	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich (n = 44)	29	65,9	11	25,0	4	9,1
männlich (n = 47)	27	57,4	19	40,4	1	2,1
gesamt (n = 91)	56	61,5	30	33,0	5	5,5

Tab. 13: Häufigkeit des Alkoholkonsums im Elternhaus (n = 56 Jugendliche)

	regelmäßig		gelegentlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich (n = 29)	11	37,9	18	62,1
männlich (n = 27)	3	11,1	24	88,9
gesamt (n = 56)	14	51,9	42	75,0

Tab. 14: Alkoholkonsumierende im Elternhaus (n = 56 Jugendliche; Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
(Stief-)Vater	22	50,0	15	31,9	37	40,7
eines oder einige der Geschwister	7	15,9	2	4,3	9	9,9
(Stief-)Mutter	15	34,1	16	34,0	31	34,1
andere Personen	1	2,3	3	6,4	4	4,4

Tab. 15: Lebenszeitprävalenz von Tabakkonsum (n = 91 Jugendliche)

		Lebenszeitprävalenz Rauchen		noch nie geraucht	
		Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	23	85,2	4	14,8
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	14	82,4	3	17,6
	gesamt (n = 44)	37	84,1	7	15,9
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	19	55,9	15	44,1
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	8	61,5	5	38,5
	gesamt (n = 47)	27	57,4	20	42,6
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	42	68,9	19	31,1
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	22	73,3	8	26,7
	gesamt (n = 91)	64	70,3	27	29,7

Tab. 16: Tägliches Rauchen bezogen auf die letzten 30 Tage (n = 91 Jugendliche)

		tägliches Rauchen		alle Übrigen	
		Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	12	44,4	15	55,6
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	6	35,3	11	64,7
	gesamt (n = 44)	18	40,9	26	59,1
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	6	17,6	28	82,4
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	3	23,1	10	76,9
	gesamt (n = 47)	9	19,1	38	80,9
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	18	29,5	43	70,5
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	9	30,0	21	70,0
	gesamt (n = 91)	27	29,7	64	70,3

Tab. 17: Starkes Rauchen (täglich 10 oder mehr Zigaretten) in den letzten 30 Tagen (n = 91 Jugendliche)

		starkes Rauchen		alle Übrigen	
		Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	7	25,9	20	74,1
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	3	17,6	14	82,4
	gesamt (n = 44)	10	22,7	34	77,3
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	5	14,7	29	85,3
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	3	23,1	10	76,9
	gesamt (n = 47)	8	17,0	39	83,0
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	12	19,7	49	80,3
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	6	20,0	24	80,0
	gesamt (n = 91)	18	19,8	73	80,2

Tab. 18: Tabakkonsum im Freundes- und Bekanntenkreis (n = 91 Jugendliche)

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
alle	7	15,9	4	8,5	11	12,1
die meisten	18	40,9	19	40,4	37	40,7
etwa die Hälfte	9	20,5	6	12,8	15	16,5
einige wenige	8	18,2	12	25,5	20	22,0
niemand	2	4,5	6	12,8	8	8,8
gesamt	44	100,0	47	100,0	91	100,0

Tab. 19: Tabakkonsum im Elternhaus (n = 91 Jugendliche)

	ja		nein	
	Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich (n = 44)	38	86,4	6	13,6
männlich (n = 47)	34	72,3	13	27,7
gesamt (n = 91)	72	79,1	19	20,9

Tab. 20: Häufigkeit des Tabakkonsums im Elternhaus (n = 72 Jugendliche)

	regelmäßig		gelegentlich	
	Anzahl	%	Anzahl	%
weiblich (n = 38)	38	100,0	/	/
männlich (n = 34)	27	79,4	7	20,6
gesamt (n = 72)	14	51,9	42	75,0

Tab. 21: Rauchende im Elternhaus (n = 72 Jugendliche; Mehrfachnennungen möglich)

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
(Stief-)Vater	28	63,6	20	42,6	48	52,7
eines oder einige der Geschwister	7	15,9	6	12,8	13	14,3
(Stief-)Mutter	25	56,8	26	55,3	51	56,0
andere Personen	8	18,2	6	12,8	14	15,4

Tab. 22: Lebenszeitprävalenz von illegalen Drogen (n = 91 Jugendliche)

	Lebenszeitprävalenz illegale Drogen		alle Übrigen		
	Anzahl	%	Anzahl	%	
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	6	22,2	21	77,8
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	8	47,1	9	52,9
	gesamt (n = 44)	14	31,8	30	68,2
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	6	17,6	28	82,4
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	5	38,5	8	61,5
	gesamt (n = 47)	11	23,4	36	76,6
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	12	19,7	49	80,3
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	13	43,3	17	56,7
	gesamt (n = 91)	25	27,5	66	72,5

Tab. 23: Spielen von Offline- und/oder Online-Spielen im Internet (n = 91 Jugendliche)

		ausschließlich Offline-Spiele		ausschließlich Online-Spiele		Offline- und Online-Spiele		nein	
		Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	9	33,3	2	7,4	5	18,5	11	40,7
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	3	17,6	2	11,8	/	/	12	70,6
	gesamt (n = 44)	12	27,3	4	9,1	5	11,4	23	52,3
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	17	50,0	5	14,7	9	26,5	3	8,8
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	5	38,5	2	15,4	4	30,8	2	15,4
	gesamt (n = 47)	22	46,8	7	14,9	13	27,7	5	10,6
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	26	42,6	7	11,5	14	23,0	14	23,0
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	8	26,7	4	13,3	4	13,3	14	46,7
	gesamt (n = 91)	34	37,4	11	12,1	18	19,8	28	30,8

Tab. 24: Dauer des Offline-Spielens bei einer Gelegenheit (n = 51 Jugendliche)

		Gültige N	Min.	Max.	MW*	SD*
weiblich	12 bis 15 Jahre	14	10	480	93,6	11,1
	16 bis 17 Jahre	3	15	60	31,7	11,8
	gesamt	17	10	480	82,6	11,4
männlich	12 bis 15 Jahre	25	10	480	109,6	8,8
	16 bis 17 Jahre	9	30	300	176,7	38,5
	gesamt	34	10	480	127,4	17,0
gesamt	12 bis 15 Jahre	39	10	480	103,8	9,8
	16 bis 17 Jahre	12	15	300	140,4	23,3
	gesamt	51	10	480	112,5	14,3

* MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tab. 25: Dauer des Online-Spielens bei einer Gelegenheit (n = 27 Jugendliche)

		Gültige N	Min.	Max.	MW*	SD*
weiblich	12 bis 15 Jahre	6	10	360	85,0	135,8
	16 bis 17 Jahre	2	20	120	70,0	70,7
	gesamt	8	10	360	81,3	118,0
männlich	12 bis 15 Jahre	13	23	420	101,7	124,0
	16 bis 17 Jahre	6	150	600	280,0	187,5
	gesamt	19	23	600	158,0	165,1
gesamt	12 bis 15 Jahre	19	10	420	96,4	124,2
	16 bis 17 Jahre	8	20	600	227,5	187,8
	gesamt	27	10	600	135,3	154,6

* MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tab. 26: Dauer des Verbleibs in sozialen Netzwerken bei einer Gelegenheit (n = 67 Jugendliche)

		Gültige N	Min.	Max.	MW*	SD*
weiblich	12 bis 15 Jahre	23	5	600	121,5	167,0
	16 bis 17 Jahre	15	3	200	52,9	53,7
	gesamt	38	3	600	94,4	137,2
männlich	12 bis 15 Jahre	18	1	240	64,5	59,2
	16 bis 17 Jahre	11	0	120	37,8	44,4
	gesamt	29	0	240	54,3	54,8
gesamt	12 bis 15 Jahre	41	1	600	96,5	132,9
	16 bis 17 Jahre	26	0	200	46,5	49,6
	gesamt	67	0	600	77,1	110,6

* MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tab. 27: Häufigkeit des Konsums von Schlafmitteln (n = 91 Jugendliche, in %)

		täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener als 1x/ Woche	gar nicht im letzten Jahr	nie
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	3,7	3,7	/	11,1	7,4	74,1
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	11,8	5,9	5,9	5,9	5,9	64,7
	gesamt (n = 44)	6,8	4,5	2,3	9,1	6,8	70,5
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	/	/	2,9	2,9	17,6	76,5
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	15,4	/	/	7,7	7,7	69,2
	gesamt (n = 47)	4,3	/	2,1	4,3	14,9	74,5
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	1,6	1,6	1,6	6,6	13,1	75,4
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	13,3	3,3	3,3	6,7	6,7	66,7
	gesamt (n = 91)	5,5	2,2	2,2	6,6	11,0	72,5

Tab. 28: Häufigkeit des Konsums von Beruhigungsmitteln (n = 91 Jugendliche, in %)

		täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener als 1x/ Woche	gar nicht im letzten Jahr	nie
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	/	/	/	3,7	18,5	77,8
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	17,6	/	/	/	11,8	70,6
	gesamt (n = 44)	6,8	/	/	2,3	15,9	75,0
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	14,7	/	2,9	/	14,7	67,6
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	7,7	/	/	/	23,1	69,2
	gesamt (n = 47)	4,3	/	2,1	4,3	14,9	74,5
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	8,2	/	1,6	1,6	16,4	72,1
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	13,3	/	/	/	16,7	70,0
	gesamt (n = 91)	9,9	/	1,1	1,1	16,5	71,4

Tab. 29: Häufigkeit des Konsums von Aufputzmitteln (n = 91 Jugendliche; in %)

		täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche	seltener als 1x/ Woche	gar nicht im letzten Jahr	nie
weiblich	12 bis 15 Jahre (n = 27)	/	/	/	3,7	18,5	77,8
	16 bis 17 Jahre (n = 17)	/	/	/	/	17,6	82,4
	gesamt (n = 44)	/	/	/	2,3	18,2	79,5
männlich	12 bis 15 Jahre (n = 34)	/	/	/	/	17,6	82,4
	16 bis 17 Jahre (n = 13)	/	/	/	/	23,1	76,9
	gesamt (n = 47)	/	/	/	/	19,1	80,9
gesamt	12 bis 15 Jahre (n = 61)	/	/	/	1,6	18,0	80,3
	16 bis 17 Jahre (n = 30)	/	/	/	/	20,0	80,0
	gesamt (n = 91)	/	/	/	1,1	18,7	80,2

Tab. 30: Kenntnis von Hilfeangeboten (n = 91 Jugendliche)

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sucht-/Drogenberatung	20	45,5	16	34,0	36	39,6
ambulante Psychotherapie	10	22,7	8	17,0	18	19,8
Arzt (amb. Behandlung)	5	11,4	4	8,5	9	9,9
Krankenhaus	5	11,4	4	8,5	9	9,9
Jugendamt	2	4,5	3	6,4	5	5,5
Pfarrer/Pastor/Seelsorge	2	4,5	/	/	2	2,2
Jugendzentrum	1	2,3	/	/	1	1,1
Schulsozialarbeit/ Vertrauenslehrer	1	2,3	3	6,4	4	4,4
Jugendpsychiatrie	1	2,3	3	6,4	4	4,4
Beratung im Internet	/	/	2	4,3	2	2,2
Schulpsychologischer Dienst	/	/	1	2,1	1	1,1

Tab. 31: Altersgruppen der Fachkräfte

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bis 29 Jahre	18	45,0	7	28,0	25	38,5
30 bis 45 Jahre	14	35,0	13	52,0	27	41,5
über 45 Jahre	8	20,0	5	20,0	13	20,0
Gesamt	40	100,0	25	100,0	65	100,0

Tab. 32: Grundqualifikation der Fachkräfte

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sozialpäd./Sozialarb.	23	57,5	13	52,0	36	55,4
ErzieherIn	10	25,0	6	24,0	16	24,6
Sonstiges	7	17,5	6	24,0	13	20,0
Gesamt	40	100,0	25	100,0	65	100,0

Tab. 33: Leitende Funktionen unter den befragten Fachkräften

	weiblich		männlich		gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ja	8	20,0	8	32,0	16	24,6
nein	32	80,0	17	68,0	49	75,4
Gesamt	40	100,0	25	100,0	65	100,0

Tab. 34: Anzahl der Jugendlichen in der jeweiligen Wohngruppe der befragten Fachkräfte

	N	Summe	Min.	Max.	MW*	SD*
Anzahl der Jugendlichen in der Wohngruppe	8	20,0	8	32,0	16	24,6

* MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tab. 35: Einstellungen und Aussagen der Fachkräfte zu Jugendlichen und Suchtmittelkonsum (n = 63 – 65), Angaben in %

	stimmt	stimmt eher	stimmt eher nicht	stimmt nicht	weiß nicht
Wann Jugendliche mit dem Rauchen beginnen, ist gleichgültig (n = 65)	4,6	7,7	13,8	69,2	4,6
Gegen das Rauchen der Jugendlichen kann man nichts machen (n = 65)	1,5	24,6	33,8	38,5	1,5
Jugendhilfe sollte Jugendlichen Wissen über Suchtmittel vermitteln (n = 64)	79,7	17,2	1,6	0,0	1,6
Jeder Jugendliche muss seine eigenen Erfahrungen mit Tabak machen (n = 65)	1,5	10,8	32,3	49,2	6,2
Jugendhilfe sollte auf jeden Fall ein suchtmittelfreier Raum sein (n = 65)	43,1	32,3	12,3	4,6	7,7
Das Rauchen von Jugendlichen sollte man auf jeden Fall verhindern (n = 65)	30,8	35,4	26,2	4,6	3,1
Man sollte mit gutem Beispiel vorangehen und nicht rauchen (n = 64)	57,8	28,1	10,9	0,0	3,1
Es kommt weniger auf Abstinenz, als auf einen mündigen Umgang mit Suchtmitteln an (n = 63)	23,8	36,5	23,8	9,5	6,3
Wann Jugendliche beginnen, Alkohol zu trinken, ist egal (n = 65)	0,0	3,1	6,2	89,2	1,5
Jugendliche, die Alkohol trinken, sind selbstbewusst (n = 64)	0,0	4,7	4,7	90,6	0,0
Man kann nichts dagegen machen, dass Jugendliche Alkohol trinken (n = 65)	0,0	12,3	40,0	47,7	0,0
Jeder Jugendliche muss seine eigenen Erfahrungen mit Alkohol machen (n = 64)	4,7	20,3	40,6	31,2	3,1
Dass Jugendliche Alkohol trinken, sollte man auf jeden Fall verhindern (n = 65)	15,4	29,2	44,6	9,2	1,5
Jugendhilfe sollte darauf hinwirken, dass Jugendliche eher später beginnen, Suchtmittel zu konsumieren (n = 64)	51,6	29,7	6,2	7,8	4,7
Man sollte in Bezug auf Alkohol mit gutem Beispiel vorangehen (n = 65)	66,2	29,2	4,6	0,0	0,0
Gelegentliches Rauchen von Haschisch ist nicht so schlimm (n = 65)	0,0	4,6	12,3	81,5	1,5
Kiffen gehört heute einfach zum Erwachsenwerden dazu (n = 65)	0,0	1,5	10,8	86,2	1,5
Haschisch ist eine Einstiegsdroge (n = 65)	38,5	41,5	6,2	9,2	4,6
Sucht hat was mit „suchen“ zu tun (n = 64)	29,7	25,0	12,5	18,8	14,1
Wer den Konsum oder Besitz von Drogen nicht der Polizei meldet, macht sich selbst strafbar (n = 65)	29,2	23,1	15,4	20,0	12,3

Tab. 36: Stellenwert von Maßnahmen, Aktivitäten und Kenntnissen und Durchführung bzw. Mitwirkung an diesen Aktivitäten im letzten Jahr (n = 56 – 65 Fachkräfte), Angaben in %

	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht	im letzten Jahr gemacht (n = 65)
Informationsvermittlung zu Suchtmitteln oder Suchtverhalten an Jugendliche (n = 65)	76,9	21,5	1,5	0,0	0,0	49,2
Information und Sensibilisierung von Eltern zu Suchtmittel/-suchtbezogenen Verhaltensweisen (n = 65)	64,6	26,2	7,7	0,0	1,5	12,3
Durchführung/Organisation o. ä. von Projekttagen (n = 65)	44,6	40,0	12,3	1,5	1,5	4,6
Gemeinsame Aktion(en) mit Suchtpräventionsfachkräften (n = 65)	36,9	47,7	12,3	1,5	1,5	6,2
Informationsvermittlung zu Suchtmitteln oder Suchtverhalten im Rahmen von Teamsitzungen oder internen Fortbildungen (n = 65)	43,1	47,7	7,7	1,5	0,0	13,8
Reflexion suchtbezogener Aspekte im Team (n = 64)	42,2	42,2	12,5	3,1	0,0	30,8
Beratungsgespräche zu suchtbezogenen Themen mit Jugendlichen (n = 64)	56,2	42,2	1,6	0,0	0,0	23,1
Kenntnisse von Suchthilfeangeboten am Ort (n = 64)	57,8	40,6	0,0	1,6	0,0	1,5
Hospitation im Bereich Suchthilfe (n = 65)	9,2	32,3	52,3	6,2	0,0	1,5
Vermittlung von Jugendlichen an spezifische Einrichtungen (z. B. Suchtberatungsstellen) (n = 65)	55,4	36,9	6,2	1,5	0,0	23,1
Kollegiale Beratung mit Suchthilfe-Fachkräften (n = 64)	29,7	53,1	7,8	3,1	6,2	6,2
Co-Beratung (gemeinsame Beratungs-/Betreuung von Jugendlichen) mit Suchthilfe-Fachkraft (n = 65)	26,2	61,5	9,2	1,5	1,5	7,7
Beratungsgespräche zu Konsum-/Sucht-Themen mit Eltern (n = 63)	38,1	49,2	9,5	1,6	1,6	4,6
Motivierende Gespräche mit Jugendlichen (n = 65)	83,1	16,9	0,0	0,0	0,0	43,1
Pädagogische Suchtberatungsgespräche mit Jugendlichen (n = 64)	62,5	29,7	6,2	0,0	1,6	20,0
Frühintervention nach dem FreD-Programm (n = 56)	23,2	17,9	3,6	0,0	55,4	0,0
Durchführung von Rauch-Stopp-Maßnahmen (n = 61)	23,0	41,0	27,9	3,3	4,9	3,1
Mitarbeit in einem Arbeitskreis mit Suchthilfe-Fachkräften (n = 65)	15,4	41,5	27,7	9,2	6,2	0,0

Tab. 37: Richtlinien, Regelungen zum Umgang mit Suchtmittelkonsum in der Einrichtung (n = 59 – 64 Fachkräfte)

	stimmt		stimmt eher		stimmt eher nicht		stimmt nicht		weiß nicht	
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %
Ich kenne die Erwartungshaltung meiner unmittelbar vorgesetzten Leitung in Bezug auf die Arbeit mit suchtfähigen Jugendlichen (n = 63)	24	38,1	27	42,9	8	12,7	3	4,8	1	1,6
Es gibt in der Einrichtung klare Richtlinien im Umgang mit suchtmittelkonsumierenden/suchtfähigen Jugendlichen (n = 64)	22	34,4	22	34,4	11	17,2	7	10,9	2	3,1
Diese Richtlinien werden tatsächlich umgesetzt (n = 59)	11	18,6	27	45,8	10	16,9	2	3,4	9	15,3
Es gibt Unterstützung und Rückendeckung von der mir unmittelbar vorgesetzten Leitung bei besonders schwierigen Fällen oder Situationen, die auch von der Öffentlichkeit kritisch zur Kenntnis genommen werden (n = 64)	29	45,3	24	37,5	3	4,7	1	1,6	1	1,6
In der Konzeption wird zwischen Suchtmittelkonsum, Suchtfähigkeit und Abhängigkeit unterschieden (n = 61)	8	13,1	17	27,9	12	19,7	11	18,0	13	21,3
Ich habe ausreichenden Zugang zu Fachliteratur (n = 64)	18	28,1	23	35,9	12	18,8	10	15,6	1	1,6
Ich kann suchtspezifische Angebote zur Fort- und Weiterbildung in Anspruch nehmen (n = 63)	12	19,0	21	33,3	12	19,0	9	14,3	9	14,3
Wir haben regelmäßig Supervision, in der auch Sucht in besonderer Weise thematisiert wird (n = 63)	1	1,6	6	9,5	18	28,6	36	57,1	2	3,2

Tab. 38: Umgang mit suchtbezogenen Themen im Team (n = 57 – 64 Fachkräfte)

	ja		nein		weiß nicht	
	Anz.	in %	Anz.	in %	Anz.	in %
Sprechen Sie Jugendliche an, wenn es Hinweise auf Suchtmittelkonsum oder suchtbezogene Verhaltensweisen gibt? (n = 59)	58	98,3	0	0,0	1	1,7
Sind Sie der Auffassung, dass bei Ihren KollegInnen die Bereitschaft vorhanden ist, sich auf Suchtprobleme in der Einrichtung einzulassen? (n = 63)	58	92,1	2	3,2	3	4,8
Können Sie sich die Arbeit mit suchtfähigsten Jugendlichen generell vorstellen? (n = 64)	57	90,5	2	3,2	4	6,3
Haben Sie es bisher stets vermieden, gemeinsam mit Jugendlichen Suchtmittel (Tabak, Alkohol) zu konsumieren? (n = 64)	55	85,9	9	14,1	0	0,0
Haben Sie den Eindruck, dass gerade in kritischen Situationen das Team zueinandersteht? (n = 64)	55	85,9	4	6,2	5	7,8
Beurteilen Sie den Gefährdungs- und Verbreitungsgrad legaler Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin und Medikamente anders als den illegaler wie Haschisch, Kokain und Heroin? (n = 63)	47	74,6	14	22,2	2	3,2
Glauben Sie, dass in Ihrem Team eher eine einheitliche Meinung über die Bedürfnisse und Schwierigkeiten bestehen, die der Jugendliche hat und die mit dem Suchtmittelkonsum zum Ausdruck kommen? (n = 62)	42	67,7	13	21,0	7	11,3
Sind Sie der Meinung, dass bezüglich des Umgangs mit Sucht in Ihrer Einrichtung ein einheitlicher Standpunkt zwischen Leitung/Geschäftsführung und Ihren KollegInnen vertreten wird? (n = 64)	33	51,6	12	18,8	19	29,7
Gibt es im Gesamtteam einen regelmäßigen Austausch über die Suchtprobleme? (n = 64)	33	51,6	26	40,6	5	7,8
Sofern Sie Suchtmittel (Tabak, Alkohol) konsumieren: Bleiben Sie dabei von Ihren Jugendlichen ständig unbeobachtet? (n = 57)	28	49,1	28	49,1	1	1,8
Würden Sie im Einstellungsgespräch darauf vorbereitet, ggf. auch mit suchtfähigsten Jugendlichen arbeiten zu müssen? (n = 64)	26	40,6	32	50,0	6	9,4
Denken Sie, die Jugendlichen sollen ruhig konsumieren/Glücksspiele spielen, so lange sie dabei Spaß haben? (n = 64)	0	0,0	64	100,0	0	0,0

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und



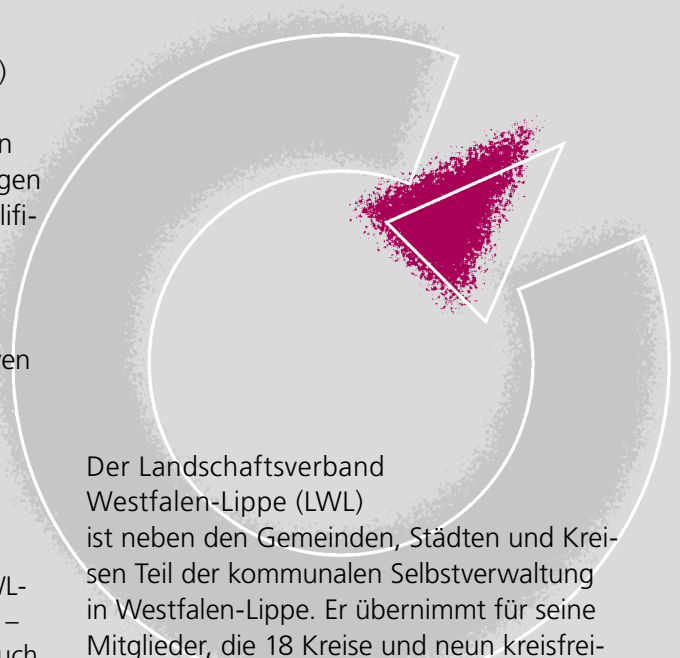
Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 900 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.



Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.



Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 23.900 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.



Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 106 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Warendorfer Straße 27

48145 Münster

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5499

E-Mail: kswl@lwl.org