

Jugend **Sucht** Hilfe

Kooperationen zwischen den Hilfesystemen



Materialien

M7

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Impressum

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-Landesjugendamt, Schulen
und Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Str. 25 – 27
48145 Münster
Tel.: 0251 591-3267
Fax: 0251 591-5499
E-Mail: kswl@lwl.org
www.lwl-ks.de

Autoren

Bähren, Eva
Döcker-Stuckstätte, Christa
Doll, Sandy
Dreyer, Klaus-Heinrich
Erdélyi, Dr. Paul
Grösbrink, Hans
Herber, Frank
Hundt, Maria-Christine
Kalscheuer, Mareile
Knapp, Heidi
Krebs, Antje
Lengemann, Martin
Oehlmann-Austermann, Alfred
Rikels, Norbert
Rotering, Beate

Textbearbeitung

André Bosse

Redaktion:

Hölscher, Marion
Rometsch, Wolfgang

Gestaltung:

Ackermann, Ulrich

Druck:

DruckVerlag Kettler, Bönen
1. Auflage, 5000 Exemplare

Jugend **Sucht** Hilfe

Kooperationen zwischen den Hilfesystemen

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort	4
1.	Kurzer geschichtlicher Überblick der Suchthilfe	6
2.	Suchtprävention und Suchthilfe	8
2.1	Prävention	8
2.2	Suchthilfe	8
2.2.1	Substitution	10
2.2.1.1	Diamorphinbehandlung	11
3.	Zahlen – Daten – Fakten	12
4.	Warum Kooperation? Argumente für eine Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfe aus Sicht der Suchthilfe	14
5.	Suchtbegriff und Suchtentstehung	16
5.1	Definitionen	16
5.2	Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen und jungen Heranwachsenden – Bedeutung und Gefährdung	18
5.3	Intrafamiliäre Gefährdungspotenziale	19
5.4	Missbrauch – Gewöhnung – Sucht	20
6.	Suchtmittel	22
6.1	Legale Suchtmittel	22
6.2	Illegale Suchtmittel – Betäubungsmittel	30
6.3	Drogenscreening / Nachweis	40
6.4	Psychische Komorbidität	41
7.	Verhaltensbezogene Abhängigkeiten	42
7.1	Glücksspielsucht	42
7.2	Online-Süchte	42
7.3	Essstörungen	44
8.	Kriseninterventionen	47
8.1	Akute Versorgung	47
8.2	Inobhutnahme bei suchterkrankten Elternteilen oder Kindeswohlgefährdenden Situationen	47

9.	Rechtliche Grundlagen	49
10.	Schweigepflicht (Verschwiegenheitspflicht)	50
11.	Verfahren, Zuständigkeiten und Kostenträger	51
11.1	Wer bezahlt den Entzug und die Entwöhnung?	51
11.2	Einrichtungen für junge Volljährige.	52
11.3	Schnittstellen der Leistungsträger.	53
12.	Planung, Steuerung, kommunale Suchthilfeplanung	54
13.	Anhänge	55
13.1	Auffälligkeiten bei Suchtmittelkonsum	55
13.2	Fallbeispiele	57
13.2.1	Kind mit medikamentenabhängiger Mutter	58
13.2.2	Jugendliche mit Essstörungen – Adipositas	60
13.2.3	Älterer jugendlicher Drogenabhängiger – Partydrogen	62
13.2.4	Jugendliche mit lebensbedrohlicher Alkoholintoxikation	64
13.2.5	Onlinesüchtiger Jugendlicher	66
13.2.6	Kriminelle Jugendbande	68
	Literatur	69

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

diese Broschüre hat buchstäblich zwei Seiten. Sie berichtet einerseits über die Suchthilfe, andererseits über die Jugendhilfe. Jedem Hilfesystem ist eine Hälfte dieser Arbeitshilfe gewidmet. Die beiden Bereiche verfügen über eigene Hintergründe, Konzepte und Methoden. Doch in der heutigen Gesellschaft ist es wichtiger denn je, dass sie in ihrer Arbeit Hand in Hand gehen und sich vernetzen – so wie es auf den folgenden Seiten dieser Broschüre geschieht.

Inhaltlich bestimmt wird die Broschüre von zwei Leitgedanken, die deutlich machen, wie wichtig ein Miteinander der Hilfe heute ist.

Erstens: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nehmen zu.

Aktuelle Studien belegen, dass 20 % der Kinder in Deutschland psychische Auffälligkeiten aufweisen; 10% bilden sogar deutlich erkennbare Störungen wie Essstörungen, Lese-/Rechtschreibschwächen oder konstantes Schulschwänzen. Besonders besorgniserregend: Die Tendenz ist steigend. So rechnen die Experten von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zum Jahre 2020 mit einem Anstieg auf 50% psychosomatisch auffälliger Kinder.

Für die Gesellschaft ist diese Entwicklung überaus problematisch. Dabei stehen auf der einen Seite die Sorgen und das Leid der Familien. Doch das Problem hat auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension: Der potenzielle volkswirtschaftliche Schaden, der entstehen wird, wenn ein Großteil der Kinder, die schon heute unter psychosomatischen Störungen leiden, im Erwachsenenalter nicht arbeitsfähig sein wird, ist immens – insbesondere mit Blick auf die demographische Entwicklung, die zur Folge hat, dass es immer weniger junge Deutsche geben wird, die die Älteren mitversorgen müssen.

Wer nach Lösungen sucht, sollte nicht nur die Symptome lindern, sondern nach den Wurzeln des Problems suchen. Es ist augenscheinlich, dass die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in der Gegenwart hohen Belastungen ausgesetzt ist – Belastungen, die von der Familie und den konventionellen Bewältigungsstrategien nicht mehr ausgeglichen werden können. Die Folge: Kommunen melden, dass die Zahl junger Menschen, die eine ambulante oder stationäre Jugendhilfemaßnahme in Anspruch nehmen, kontinuierlich steigt.

Zweitens: Vernetzung von Jugend- und Suchthilfe muss möglichst früh beginnen.

Eine Suchtgefahr entwickelt sich häufig, wenn die Belastungen in der psychischen Entwicklung zu groß werden und die Familie keinen Ausgleich mehr bieten kann. Das gilt für die Kinder, aber auch für Eltern, die mit der Erziehung überfordert sind. Sucht ist also in vielen Fällen ein Folgeproblem einer zu hohen Belastung im familiären Kontext. Es ist daher offensichtlich, dass Jugendhilfe und Suchthilfe Hand in Hand gehen müssen, um gemeinsam die Probleme zu lösen.

Beide Hilfesysteme haben eine langjährige und fachlich immer auf das Individuum und die Gesellschaft fokussierte Geschichte. Diese Broschüre hat zwei Ziele: Sie möchte erstens die beiden Systeme mit ihren speziellen Ansätzen beschreiben und zweitens aus fachlicher Sicht die Notwendigkeit für eine Kooperation deutlich machen. Im Fokus stehen dabei zugleich die Kinder und die Eltern; denn jedes Kind von suchtkranken Eltern, das möglichst früh Hilfen in seiner Entwicklung erfährt, hat prognostisch günstigere Startbedingungen. Und jeder Elternteil, der durch eine adäquate Beratung Unterstützung im Umgang mit seinem Suchtmittel konsumierenden Kind erfährt, wird in seiner Erziehungskompetenz gestärkt.

Das ist der gesellschaftliche Auftrag beider Hilfesysteme. Um ihn zu erfüllen, gibt es gute Gründe, sich ihm Hand in Hand zu stellen. Diese Broschüre soll Impulse für das gemeinsame Wirken geben. Ich hoffe, dass Ihnen diese Arbeitshilfe in der täglichen Praxis eine gute Unterstützung ist und zur Vernetzung der Hilfesysteme beiträgt.

Hans Meyer
Landesrat

1 Kurzer geschichtlicher Überblick der Suchthilfe

Die ersten Einrichtungen für Menschen mit Suchtproblemen gab es Anfang des 19. Jahrhunderts in den USA: Dort forderte der Arzt Benjamin Rush, einer der Gründerväter der Vereinigten Staaten, im Jahr 1804 erstmals eigene „Anstalten für Trinker“. Er führte den Begriff der „addiction“, also der Sucht, ein und legte den Grundstein für Methoden, suchtkranken Menschen in „Trinkerheilstätten“ zu helfen.

Eine der ersten Rehabilitationsstätten für Trinker in Europa eröffnete Ende des 19. Jahrhunderts in Lintorf bei Düsseldorf, wobei sich das „Trinkerasyll für gehobene Stände“ explizit an wohlhabende Patienten richtete. Der Guttempler-Orden, eine Abstinenzorganisation aus den USA, kam 1889 nach Deutschland. Er warb im Deutschen Reich für einen enthaltsamen Lebensstil und bot erste Selbsthilfegruppen an. Ein weiterer Pionier der Suchthilfe in Deutschland war der Geistliche Josef Neumann, der 1896 den „Deutschen katholischen Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ gründete – und diesem drei Jahre später den Namen „Kreuzbund“ gab.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gründeten sich schnell weitere Institutionen, zum Beispiel der „Deutsche Arbeiter-Abstinenten-Bund“ oder der „Verband der Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes“. Beweggrund dafür war die Erkenntnis, dass Suchtkrankheiten zu dieser Zeit ein dominierendes soziales Problem darstellten. Es zeigte sich, dass im Alkoholismus der Ursprung vieler sozialer Probleme liegt: Armut und Arbeitslosigkeit, soziale Deklassierung und Schulden, Wohnungslosigkeit und häusliche Gewalt. Sehr früh in den Blickpunkt rückten die negativen Auswirkungen des Alkoholismus auf Familien und insbesondere auf das Wohl der Kinder. Der deutsche Staat erkannte die Dringlichkeit des Problems und organisierte kurz vor dem Ersten Weltkrieg eine staatliche Trinkerfürsorge mit ambulanten und stationären Angeboten, die die politisch Verantwortlichen in der Weimarer Republik weiter ausbauten und sozial neu legitimierten.

Nach einem katastrophalen Einbruch des Hilfesystems während der Jahre des Nationalsozialismus dauerte es bis in die späten 1960er Jahre hinein, bis die Suchthilfe in Deutschland wieder klare Konturen gewann. Das bahnbrechende Urteil des Bundessozialgerichts, das 1968 Alkoholismus als Krankheit anerkannte, begünstigte den Neuaufbau. Zum anderen beschleunigte der steigende Drogenkonsum der 68er-Bewegung die Entwicklung. In den 1970er-Jahren differenzierte sich das Suchthilfesystem immer weiter aus, sodass die Suchthilfe heute eine Reihe unterschiedlicher Arbeitsfelder, Ansätze und Zielgruppen kennt – von der Prävention und Therapie über die Beratung und Nachsorge bis hin zu aufsuchender und niedrigschwelliger Sozialer Arbeit.

Seit den 1990er-Jahren bietet das 4-Säulen-Modell einen Ansatz für ein drogenpolitisches Konzept. Es unterteilt die Suchtpolitik in die vier Grundbereiche:

Repression:

Der Blick auf das Segment „Handel“ soll das Suchtmittelangebot verknappen und die Gesellschaft vor den Auswirkungen der Suchtprobleme schützen. Gleichzeitig sollen diejenigen bestraft werden, die durch eine Suchtmittelabhängigkeit anderer Gewinne erzielen.

Prävention:

Durch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention wird das Ziel verfolgt, dass möglichst wenig junge Menschen mit dem Konsum von legalen oder illegalen Drogen beginnen oder ein Suchtverhalten entwickeln.

Hilfe:

Ambulante, stationäre und komplementäre Angebote, die Suchtgefährdete und Suchtkranke dabei unterstützen, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden.

Überlebenshilfe:

Maßnahmen gegen eine fortschreitenden Verelendung der Betroffenen und vorbeugender Schutz vor weiteren physischen und psychischen Schäden.

In Nordrhein-Westfalen orientierte sich die Suchthilfe am 3-Säulen-Modell, das im Unterschied zum 4-Säulen-Modell die **Überlebenshilfe** in die Säule **Hilfe** integriert.

Die ersten beiden Säulen sind demnach **Prävention** und **Hilfe** für Suchtgefährdete und Suchtkranke sowie ihre Angehörigen. Beide müssen möglichst früh ansetzen – und zwar individuell auch mit Blick auf das soziale Umfeld. Voraussetzung ist, dass die Ursachen der Sucht erkannt werden – denn nur so kann man ihnen erfolgreich entgegenreten. Angebote der Beratung und Hilfe müssen niederschwellig und ganzheitlich sein. Es gilt der Grundsatz: Jede Form von Hilfe orientiert sich am Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ und wird nur so lange wie nötig gewährt. Dadurch gelten die Prioritäten: kurze Interventionen vor langfristigen Maßnahmen, gezielte ambulante Behandlung vor stationärer oder teilstationärer Therapie bzw. ganztags ambulanter Hilfe. Grundanliegen sollte es sein, dass Menschen mit einer Suchterkrankung solange wie möglich in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bleiben.

Die dritte Säule bilden **repressive Maßnahmen**. Grundsatz ist hier, dass der Staat die Aufgabe hat, Menschen vor negativen Einflüssen zu beschützen. Mit Blick auf die Suchtpolitik richtet der Staat daher ein besonderes Augenmerk auf den Drogenhandel, die Verführung junger Menschen zum Konsum von Suchtmitteln, zum Beispiel durch Werbung, oder die unkontrollierte Verfügbarkeit oder die Einhaltung des Jugendschutzes.

2 Suchtprävention und Suchthilfe

2.1 Prävention

Suchthilfe beginnt damit, durch vorbeugende Maßnahmen zu verhindern, dass Suchterkrankungen überhaupt auftreten. Weiterhin hat Prävention das Ziel, bereits beobachtbare Einschränkungen durch Beratung und Behandlung zu beheben oder zumindest abzumildern. Das Ziel ist dabei immer: Die/Der Suchtkranke soll wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

Entscheidend ist, dass die Arbeit der Suchthilfe auf der Höhe der Zeit ist. Daher beobachtet sie gesellschaftliche Trends im Umgang mit Suchtmitteln und erstellt besondere Hilfskonzepte – wobei hier Beratungsangebote und Ausstiegshilfen für Jugendliche eine besondere Stellung einnehmen. Auch Kooperationen sind wichtig: Je besser das Netzwerk der Hilfe funktioniert, desto schneller und wirkungsvoller kann man Jugendlichen eine geeignete Unterstützung anbieten. Damit das Fachpersonal in den Hilfeeinrichtungen den Anforderungen an Maßnahmen auf der Höhe der Zeit gerecht werden kann, hat die Suchthilfe spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt. Weiter verstärken möchte sie die fachübergreifende Kooperation mit der Jugendhilfe.

Im Bereich der Verhaltensprävention unterscheidet man zwischen drei Stufen:

1. Die **universelle Prävention** richtet sich an Personen, die in ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden (noch) nicht eingeschränkt sind. Die Konzepte zur universellen Prävention umfassen Maßnahmen, die auf das individuelle Verhalten aber auch auf die Gesamtbevölkerung oder bestimmte Gruppen wie zum Beispiel Schüler abzielen.
2. Die **selektive Prävention** richtet sich an Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko im Vergleich zum Durchschnitt. Man spricht auch von vulnerablen Gruppen. Die Adressaten der Prävention sind Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Suchtrisiko, die jedoch noch keine Anzeichen einer Suchtproblematik aufweisen. Dazu zählen zum Beispiel Kinder suchtkranker Eltern.
3. Die **indizierte Prävention** richtet sich an Personen, die gesicherte Risikofaktoren einer Suchterkrankung aufweisen. Dazu zählen Maßnahmen, die das Risiko vermindern, aber auch bereits bestehende Erkrankungen therapieren. Sie richtet sich damit auch an Personen, bei denen man bereits Suchtsymptome feststellen kann.

2.2 Suchthilfe

Unter Hilfe für Suchtgefährdete und Suchtkranke bezeichnet man die Beratung, Betreuung und Behandlung sowie die berufliche und soziale Integration der Betroffenen. Alle Aspekte der Suchthilfe haben das Ziel, einer dauerhaften Abstinenz sowie die Aufgabe bestimmter Verhaltensmuster, die den Betroffenen und andere gefährden. Um diese Ziele zu erreichen, gibt es keine allgemein anwendbare Formel. Die diversen Angebote müssen daher individuell angepasst werden und flexibel sein. Es ist dabei sinnvoll, die Hilfe zum frühesten möglichen Zeitpunkt

anzusetzen und im Verlauf der Hilfe in Zwischenschritten zu denken. Wichtig dafür ist, dass alle Hilfesysteme, die in einem Einzelfall greifen, miteinander vernetzt sind und ihre Hilfe niedrigschwellig anbieten. Auch müssen sie in ihren Angeboten differenziert sein, um zielgruppen-, alters- und geschlechtsspezifischen Anforderungen gerecht zu werden.

Nordrhein-Westfalen verfügt – je nach Region in unterschiedlicher Ausprägung und Dichte – über eine beinahe flächendeckende Struktur an qualitativer Suchthilfe. Dazu gehören:

- Sucht- und Drogenberatungsstellen
- ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote für den Entzug, die Entwöhnung, die Rehabilitation sowie die Adaption
- Nachsorgemaßnahmen und komplementäre Hilfen wie Angebote für betreutes Wohnen und Beschäftigung
- sozialtherapeutische Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke
- niedrigschwellige Hilfeangebote wie Streetwork, szenenahe Kontaktstellen, Notschlafstellen, medizinische Hilfen für obdachlose Suchtkranke
- substitions-gestützte Behandlungsangebote, die auch psychosoziale Betreuung bieten
- Angebote zur Drogennotfallbehandlung
- drogentherapeutische Ambulanzen und Drogenkonsumräume
- Angebote der AIDS-Hilfen und Drogenberatungsstellen, um die Infektionsrisiken insbesondere durch AIDS sowie anderer durch Blut übertragbarer Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C zu reduzieren
- Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern
- Maßnahmen zur Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf durch Beratung, Vermittlung und Qualifizierung
- Angebote der Suchtselbsthilfe
- Hilfen im psychosozialen Bereich wie Schuldnerberatung, Wohnungslosenhilfe, spezifische Beratungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund, Ehe-, Lebens- und Familienberatung
- Einrichtungen des Maßregelvollzugs für straffällige Suchtkranke
- Beratungs- und Behandlungsangebote in den Justizvollzugsanstalten und Betreuung in einer Überbrückungszeit nach der Haftentlassung

Letzterer Punkt geschieht oft eher „unsichtbar“, ist aber ein wichtiger Aspekt. Die Sucht- und Beratungsstellen unterstützen dabei die Arbeit der Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten. Ziel ist ein möglichst gutes Übergangsmanagement, sodass die/der Betroffene nach der Haftentlassung kontinuierlich weiter betreut wird, um eine erzielte Stabilisierung ihres/seines Zustandes nach der Haft zu erhalten oder zu verbessern.

Im Panorama der diversen Angebote sind die **Sucht- und Drogenberatungsstellen** häufig die erste Anlaufstelle für Menschen mit Suchtproblemen oder ihren Angehörigen. Sie bieten Maßnahmen zur Vorbeugung an, unterstützen und beraten bei allen psychosozialen Fragestellungen, begleiten die Betroffenen im Entzug und der

2 Suchtprävention und Suchthilfe

Therapie und fördern anschließend die soziale und berufliche Integration. Das Leistungsspektrum umfasst dabei auch aufsuchende Hilfen. Zudem koordinieren die Sucht- und Drogenberatungsstellen die unterschiedlichen Hilfeangebote und vermitteln notwendige gesundheitliche und soziale Hilfen. Dabei kooperieren sie mit niedergelassenen Ärzten sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen.

Die Betroffenen erhalten Zugang zu den örtlichen Suchthilfeangeboten, in dem sie vom allgemeinen gesundheitlichen Versorgungssystem vermittelt werden, zum Beispiel auf Veranlassung des niedergelassenen Arztes oder eines Krankenhauses, selber unmittelbar Kontakt suchen oder über andere soziale Dienste und Hilfesysteme wie der Jugend- oder Sozialhilfe oder der Arbeitsverwaltung vermittelt werden. Dabei muss die Suchthilfe sich daran orientieren, dass es ein wesentliches Merkmal einer Abhängigkeitserkrankung ist, selber wenig Bereitschaft zu zeigen, sich helfen zu lassen. Umso wichtiger sind Angebote der **aufsuchenden Sozialarbeit**, deren Ziel es – neben einer Stabilisierung des sozialen und gesundheitlichen Zustandes – ist, die Betroffenen durch möglichst passgenaue und niedrighschwellige Angebote sowie die Anwendung erprobter (Gesprächs-) Methoden dazu zu motivieren, von sich aus weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Das differenzierte ambulante Suchthilfeangebot wird durch Angebote der teil- und vollstationären Akutbehandlung (Stichwort: „qualifizierter Entzug“) sowie der Entwöhnungsbehandlung und Nachsorge ergänzt. Die **qualifizierte Entzugsbehandlung** von Suchtkranken erfolgt zumeist in den psychiatrischen Krankenhäusern und Fachkliniken des Landes; die anschließende **stationäre Entwöhnungsbehandlung** wird in den ausgewiesenen Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation geleistet. Um im Einzelfall Suchtkranke möglichst wohnortnah zu behandeln, kann die Entwöhnungsbehandlung auch ambulant durchgeführt werden – sie wird dann von qualifizierten Sucht- und Drogenberatungsstellen durchgeführt. Für die **Nachsorge** (auch Adaption) der Patientinnen und Patienten ist dann eine enge Kooperation der verschiedenen beteiligten Einrichtungen und Fachdienste unabdingbar.

Für die Planung und Steuerung der Suchthilfe siehe Kapitel 12, Teil Suchthilfe.

2.2.1 Substitution

Wörtlich steht der Begriff Substitution für „Ersatz“, in der Suchthilfe versteht man darunter die Behandlung einer/eines Opiatabhängigen, in dem man ihr/ihm eine andere Substanz verabreicht. Der häufigste Ersatz ist Methadon: Der Stoff mindert die Entzugssymptome, ohne die rauschhafte Wirkung des Heroins zu entfalten. Man kann auch von Methadon abhängig werden, sodass die medizinische Betreuung wichtig ist. Die kurzfristige Kernfunktion der Substitution ist zunächst die Stabilisierung von Gesundheit und sozialem Leben der/des Betroffenen. Langfristiges Ziel ist die schließlich die Abstinenz. Die Verabreichung von Methadon wird in der Regel durch eine psychologische und soziale Betreuung ergänzt. Zur Substitution zugelassen werden in der Regel nur

Betroffene, die länger als zwei Jahre lang vom Heroin abhängig waren. Auch müssen vorherige Therapieversuche gescheitert sein. Dabei besteht weder ein Recht auf die Verabreichung von Methadon, noch darf diese zwangsverordnet werden. Die Kosten der Substitution übernimmt die Krankenkasse, dabei ist zwischen einer befristeten (i.d.R. sechs bis zwölf Monate) und einer unbefristeten Substitution zu unterscheiden.

2.2.1.1 Diamorphinbehandlung

Schwerstkranke opiatabhängige Patienten/Patientinnen können mit Diamorphin – also mit künstlich hergestelltem Heroin – behandelt werden, wenn sie mit herkömmlichen Methoden, etwa Methadon, nicht therapierbar sind. Sie müssen dafür älter als 23 Jahre alt und seit mindestens fünf Jahren schwerstabhängig sein; zudem müssen zuvor zwei Methadon-Programme gescheitert sein. Die Auflagen der Krankenkassen, die eine Diamorphinbehandlung bezahlen würden, sind jedoch so extrem hoch, dass diese Art der Behandlung in der Praxis so gut wie gar nicht angeboten wird.

3 Zahlen – Daten – Fakten

Experten gehen davon aus, dass weltweit fast 10 Prozent der Bevölkerung mit Suchtproblemen verschiedener Schweregrade zu kämpfen haben. In Deutschland wird geschätzt, dass in der Altersgruppe der 18 bis 64-Jährigen 9,5 Millionen Menschen riskante Mengen Alkohol konsumieren, rund 2 Millionen Menschen gebrauchen missbräuchlich Alkohol; 1,3 Millionen Deutsche leiden unter einer Abhängigkeit – darunter zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen.

Als nikotinabhängig gelten von den immer noch rund 16,6 Millionen Rauchern in Deutschland etwa 3,8 Millionen. Hier sind Männer und Frauen inzwischen nahezu gleich betroffen. Experten schätzen mehr als 220.000 Deutsche als pathologische Glücksspieler ein, hier sind Männer eindeutig in der Mehrheit. Von Cannabismissbrauch (rund 380.000) sowie Cannabisabhängigkeit (rund 220.000) sind ebenfalls zwei- bis viermal so häufig Männer betroffen. Rund 1,9 Millionen Deutsche gelten als medikamentenabhängig, darunter zwei Drittel Frauen – wobei die Dunkelziffer hier sehr hoch ist. (Zahlen aus dem Jahrbuch Sucht 2011 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen)

Besonders besorgniserregend ist der Blick auf das Konsumverhalten junger Menschen. Rauschmittel, ob legal oder illegal, gehören heute zum Alltag vieler Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener. Nach der ESPAD-Studie 2007 haben nur knapp vier Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler (9. und 10. Klasse) noch keine Erfahrungen mit Alkohol gemacht. Die erste Zigarette rauchen mehr als ein Drittel der jungen Menschen bereits bis zum zwölften Lebensjahr; im Alter von 15 Jahren rauchen bereits 22 Prozent der Mädchen und 20,7 Prozent der Jungen täglich. Gut ein Viertel aller Schülerinnen und Schüler konsumierten jemals in ihrem Leben Cannabis (30,3% der Jungen und 20,6% der Mädchen). Dabei zeigt sich, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien deutlich erhöhte Risiken einer eigenen Suchterkrankung entwickeln als ihre Altersgenossen. In Deutschland leben rund 2,6 Millionen Kinder in Familien, in denen zumindest ein Elternteil unter einer Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen leidet.

Die Zahlen belegen, dass es heute unerlässlich ist, die gesundheitlichen und sozialen Gefahren des Drogenkonsums in die Konzepte und Angebote der Jugend- und Suchthilfe zu verankern. Drogen sind in der Welt der jungen Menschen nicht mehr das Problem einer Randgruppe. Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen kommt immer öfter mit ihnen in Kontakt – eine Tendenz, auf die beide Hilfesysteme Antworten finden müssen.

Interessierte finden Studienergebnisse und Statistiken auf folgenden Internetseiten:

Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/

Untersuchungen des „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“ (ESPAD):

www.espad.org

Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), einer internationalen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

www.hbsc-germany.de

4 Warum Kooperation?

Argumente für eine Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfe aus Sicht der Suchthilfe

Die Kinder- und Jugendjahre sind eine Zeit der Entwicklungen und Veränderungen. Die jungen Menschen sind auf der Suche nach einer eigenen Identität. Dabei experimentieren sie mit diversen Einstellungen und Handlungsweisen. Sie orientieren sich an neuen Vorbildern und grenzen sich häufig von den Eltern ab. Prägend ist diese Zeit auch, weil die Kinder und Jugendlichen in diesen Jahren den Grundstein für ihre gesundheitliche Entwicklung legen. Die Heranwachsenden bilden Verhaltensweisen heraus, die erstens ihr weiteres körperliches Wachstum beeinflussen und zweitens häufig auch noch im Erwachsenenalter ihre Gesundheit mitbestimmen.

Wer die Gesundheit der Menschen fördern möchte, muss also zwingend auch bei den Kindern und Jugendlichen ansetzen. Und er wird dort auf Entwicklungen treffen, die Grund zur Sorge geben. So hat sich das Problem potenzieller Krisen für Heranwachsende in Deutschland verschärft: Immer häufiger fehlen klare Rollenvorbilder oder Perspektiven in Berufsfragen; an der Stelle einer chancenreichen Kindheit und Jugend stehen oftmals Armut und von Sucht belastete Familien. Die Folge: Immer mehr Kinder und Jugendliche trinken regelmäßig Alkohol oder konsumieren andere Drogen; die Zahl der Kinder aus suchtbelasteten Familien bleibt auf besorgniserregendem Niveau konstant. Beide Entwicklungen stellen die jungen Menschen, die Eltern aber auch die Jugend- und Suchthilfe vor Herausforderungen, die eine intensive Zusammenarbeit und aufeinander abgestimmte Interventionen beider Hilfesysteme erfordern.

Kooperation trägt im Idealfall dazu bei, dass Synergieeffekte erzielt und Ressourcen sinnvoller genutzt werden. Das System einer „integrierten Versorgung“ schließt einerseits Lücken im Hilfesystem und senkt andererseits durch den Abbau von Doppelbetreuung die Kosten. Gelungene Kooperation führt zudem dazu, dass die Mitarbeiter beider Systeme ihre Kompetenzen erweitern. Da das Kindes- und Jugendalter verschiedene Lebensbereiche umfasst, gibt es auch diverse Schnittstellen zwischen Sucht- und Jugendhilfe. So stehen zum Beispiel schon Kinder suchtkranker Eltern im Fokus. Hier geht es nicht nur darum, etwas gegen die akute Gefährdung durch Vernachlässigung zu tun: Aktuelle Studien belegen, dass bei diesen Kindern das Risiko einer eigenen Suchtmittelabhängigkeit besonders hoch ist.

Festzustellen ist, dass dort, wo sich die beiden Hilfesysteme treffen, häufig eindeutige Regelungen fehlen. Stationäre Hilfen für abhängige oder gefährdete Kinder und Jugendliche werden zum Beispiel von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. So gibt es stationäre Einrichtungen, die von der Jugendhilfe finanziert werden; andere Angebote im stationären Bereich liegen in der Zuständigkeit der Renten- und Krankenversicherungen. Auch bei der Nachbetreuung von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ihres Suchtmittelkonsums oder riskanter Verhaltensweisen behandelt wurden, fehlen häufig eindeutige Regelungen. Oft zu wenig koordiniert ist die Suchtprävention. Hier fehlen klare Zuständigkeiten und letztlich ein Gesetz. Spezielle Beratungsstellen für Jugendliche sind noch immer die Ausnahme – und wenn es sie gibt, sind sie oft auf Initiative eines besonders engagierten Trägers entstanden und nicht durch ein abgestimmtes Vorgehen der Akteure einer Kommune.

Wenn es gelingen soll, auch in Zeiten knapper Kassen möglichst vielen Kindern und Jugendlichen in dieser Gesellschaft ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, müssen die bestehenden Ressourcen und Strukturen so effektiv wie möglich genutzt werden. Eine bedarfsgerechte und regional spezifische Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Suchthilfe sowie der angrenzenden Bereiche ist dabei ein wichtiger und notwendiger Schritt.

5 Suchtbegriff und Suchtentstehung

5.1 Definitionen

Was ist Sucht?

Sucht bedeutet: Ein Mensch wird beherrscht vom Verlangen, seinen Gemütszustand durch die Einnahme bewusstseinsverändernder Mittel oder durch exzessives Verhalten zu verändern. Ein Süchtiger ordnet der Erfüllung dieses Verlangens alle Anforderungen seines Lebensalltags unter.

Sucht entwickelt sich schleichend. Der Konsum von Suchtmitteln erfolgt zu Beginn zumeist, um positive Effekte zu erzielen: Man will sich entspannen, Dinge intensiv erleben, sich locker geben oder die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen erleichtern. Um all dies zu erreichen, werden im Laufe der Suchtentwicklung jedoch immer höhere Dosierungen benötigt, sodass sich in individuell unterschiedlichen Zeiträumen eine Suchterkrankung mit körperlicher und/oder psychischer Abhängigkeit entwickelt.

Charakteristisch für viele Abhängigkeitsverläufe ist die Gemengelage aus biologischen, psychologischen sowie sozialen Ursachen und Folgen. Man spricht daher heute von einem bio-psycho-sozialen Modell der Suchtentwicklung.

Was sind Suchtmittel?

Unter dem Begriff Suchtmittel fasst man legale Drogen wie Alkohol, Tabak, Medikamente sowie illegale Drogen wie Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy oder Amphetamine zusammen. Zudem gibt es ein Suchtverhalten in Bereichen, bei dem der Mensch ebenfalls immer intensiver handelt, um die erwünschten Effekte zu erzielen. Süchte dieser Art können Spielsucht, Onlinesucht, Mediensucht oder Sexsucht sein – wobei die Fachwelt aktuell vor allem im Fall von Medien- und Onlinesucht darüber diskutiert, ob es sich bei diesen Verhaltensweisen mit Kontrollverlust tatsächlich um eine Abhängigkeitserkrankung oder eine Impulsstörung handelt. Je nach Antwort auf diese Frage ändert sich, welche Hilfsinstitution zuständig ist und wer die therapeutischen Leistungen bezahlt.

Wie zeigt sich Sucht?

Erste Hinweise auf die Entwicklung einer Sucht werden deutlich, wenn ein Mensch den Konsum von Suchtmitteln fortsetzt, obwohl er dadurch Probleme und Konflikte in seinem sozialen Umfeld verursacht, wenn er auf den Konsum nicht verzichten kann, obwohl er sich in risikoreiche Situationen wie zum Beispiel den Straßenverkehr begibt oder wenn er wegen seines Konsums mit dem Gesetz in Konflikt gerät.

Weitere Merkmale einer Suchterkrankung sind erkennbar, wenn ein Mensch:

- beim Versuch, die Substanz abzusetzen, unter Entzugssymptomen leidet,
- über einen längeren Zeitraum konsumiert oder größere Mengen konsumiert als zunächst beabsichtigt,
- erfolglose Versuche unternommen hat, den Konsum unter Kontrolle zu bekommen,

- unverhältnismäßig viel Zeit aufwendet, um die Substanzen zu beschaffen, zu konsumieren und sich vom Konsum zu erholen,
- soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten aufgibt oder einschränkt,
- weiter konsumiert, obwohl schädliche Folgen bereits erkennbar sind,
- erhebliche Probleme in Haushalt, Familie, Schule, Beruf sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen verursacht.

Die Entstehung einer Suchterkrankung beruht dabei nie auf einer Ursache alleine. Der Prozess hat viele Faktoren und wird von einer Trias beeinflusst: der Person selbst, dem konsumierten Suchtmittel sowie der Umwelt und Lebenswelt der Person. Soll Prävention oder eine Therapie wirken, muss sie daher zu jeder Zeit alle drei Aspekte im Blick haben.

Wer trägt die Kosten für Prävention und Therapie?

Etymologisch stammt das Wort „Sucht“ vom alt- und mittelhochdeutschen Wort „suht“ bzw. „siech“ ab – beides sind Synonyme für den Zustand des „Krankseins“. Dennoch wurde Suchtkranken viele Jahre lang „moralisches Versagen“ vorgeworfen. Erst 1968 wurde zum Beispiel Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt; die Anerkennung der Abhängigkeit von illegalen Drogen folgte zehn Jahre später im Jahr 1978. Erst durch diese rechtliche Klarstellung wurde es möglich, dass öffentliche Kostenträger die Behandlung bezahlen.

Heute verfügt Deutschland über ein differenziertes und weltweit anerkanntes Suchthilfesystem. Die Anbieter von Suchtprävention und Suchtberatung sind in der Regel Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege oder der Kommune; ein großer Zuschuss kommt von den Städten und Kreisen. Die Kosten der Entzugsbehandlung werden von den Krankenkassen übernommen; die Kosten einer anschließenden medizinischen Rehabilitationsbehandlung trägt – wenn die Voraussetzungen vorliegen – die Deutsche Rentenversicherung. Liegen diese nicht vor oder sind darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Wiedereingliederung erforderlich, übernimmt der Sozialhilfeträger die Kosten. Hilfeleistungen für Jugendliche werden i.d.R. über die Krankenkassen (Familienversicherung) oder aber von der Jugendhilfe finanziert.

Sucht ist mehr als eine Krankheit

Die Medizin schaut bei einer Suchtentwicklung vor allem auf die Endphase, wenn die gesundheitlichen Schäden zum Hauptproblem werden. Dieser Fokus schließt jedoch aus sozialtherapeutischer Sicht wichtige Aspekte des Suchtphänomens aus. Unzureichend erfasst wird zum Beispiel die Eigendynamik einer Suchtentwicklung – vom

5 Suchtbegriff und Suchtentstehung

ersten Probieren über den gezielten bis hin zum unkontrollierten Konsum. Auch die Sicht auf die sozialen Folgen kommt zu kurz, wenn Abhängigkeit ausschließlich als individuelle Krankheit betrachtet und behandelt wird. In der Wissenschaft besteht daher heute Einigkeit darüber, dass die folgenden drei sozialen Aspekte der Schlüssel dafür sind, eine Suchterkrankung nachhaltig zu überwinden:

- Wiedereingliederung in die Arbeitswelt,
- stabiles soziales Unterstützungssystem,
- angemessener Wohnraum.

5.2 Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen und jungen Heranwachsenden – Bedeutung und Gefährdung

Der Konsum von Suchtmitteln ist eine von vielen Begleiterscheinungen der Adoleszenz und steht in einer Reihe mit Experimenten mit dem eigenen Körper (z.B. Piercings oder Tätowierungen), „chillen“ oder rumhängen, Schuleschwänzen und anderen Regelüberschreitungen. Ein Hauptmotiv für solche Verhaltensweisen ist oft der Wunsch, sich von dem eigenen Elternhaus loszulösen und eine eigene Identität zu entwickeln. Begleitet wird diese Phase nicht nur von Konflikten und Auseinandersetzungen innerhalb der Familie: Auch der Hormonhaushalt ändert sich. Der Körper wächst und erhält die Attribute eines Erwachsenen. Die Leistungsanforderungen, um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, steigen.

Suchtmittelkonsum wird für die seelische, körperliche und geistige Entwicklung eines jungen Menschen dann eine Gefährdung, wenn er erstens eine Funktion in seinem Leben erhält und diese Funktion zweitens behindert, dass er seine sozialen Entwicklungsaufgaben bewältigt.

Physische Folgen

Seine Gesundheit gefährdet der junge Mensch, da durch Suchtmittelkonsum die Organe – die sich oft noch in der Entwicklung befinden – überfordert werden, sich das Gehirn dysfunktional entwickelt sowie das Nervensystem angegriffen wird. Zudem beeinflussen Suchtmittel das Belohnungs- und Lust-Zentrum im Gehirn, das Nucleus accumbens. Dadurch üben sie einen direkten Einfluss auf den Dopaminhaushalt des jungen Menschen aus. Die Folge: Das Gehirn gewöhnt sich daran, die Wirkung des Suchtmittels mit einem Plus an Lust- und Belohnungsgefühlen gleichzusetzen. Weitere physische Folgen für junge Menschen können Karies, Hautprobleme sowie extreme Gewichtsveränderungen sein.

Psychische, geistige und soziale Folgen

Gefährdungspotenziale im seelischen Bereich sind Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung, da sich psychopathologische, dissoziale und neurotische Strukturen herausbilden. Betroffen ist insbesondere der Bereich der „Ich-Funktionen“: Diese steuern als Realitätsprinzip die Gefühle und Impulse in zwischenmenschlichen Beziehungen und regulieren damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Im geistigen Bereich gefährdet der Konsum die Leistungsfähigkeit in der Schule. Die direkte Wirkung der Suchtmittel aber auch eine spätere Folge – die mangelnde Stimulation des Gehirns – sorgen dafür, dass das Gedächtnis schlechter wird und neurologische Verknüpfungen nicht mehr normal funktionieren. Somit übt der Suchtmittelkonsum in jungen Jahren häufig einen negativen Einfluss bis hinein in das Erwachsenenalter aus: Ein schlechtes Abschlusszeugnis sowie Defizite in der geistigen Entwicklung führen dazu, dass die Menschen schwerer Eintritt in die Berufswelt finden.

Gefährdungspotenziale im sozialen Bereich sind Auseinandersetzungen innerhalb der Familie, der Anschluss an eine kriminelle Peer Group bis hin zur Straffälligkeit, der Verlust von Freundschaften und regeltem Freizeitverhalten sowie Stigmatisierungen. Zudem verlieren pro-soziale Verhaltensweisen (wie zum Beispiel gesellschaftliches Engagement) im Leben der betroffenen jungen Menschen zunehmend an Bedeutung.

5.3 Intrafamiliäre Gefährdungspotenziale

Die Basis ihrer Identitätsfindung finden Kinder und Jugendliche in der Familie, in ihrem Elternhaus. Negative Einflüsse an diesen Orten gefährden die Entwicklung junger Menschen daher besonders stark. Solche Einflüsse sind zum Beispiel eine psychische Erkrankung eines Elternteils, frühe Traumatisierungen durch häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch oder der Verlust von primären Bezugspersonen durch Trennungen, Scheidungen und Todesfälle. Gefährdungen innerhalb der Familie entstehen aber auch, wenn ein junger Mensch mit seinen Gefühlen oder seinem Wunsch nach emotionaler Nähe (oder auch Distanz) nicht genügend Wertschätzung erfährt oder die Familie in sozialen oder finanziellen Nöten steckt. Weitere Faktoren, sind das Rollenverhalten sowie Traditionen innerhalb der Familie, Integrationsprobleme (insbesondere in den Bereichen Sprache und Kultur) sowie religiöse Einstellungen, die einer natürlichen Entwicklung des jungen Menschen entgegen stehen.

Kinder und Jugendliche, die einem oder mehreren dieser Faktoren ausgesetzt sind, müssen sich häufig schon früh familiären Belastungsfaktoren unterordnen. Dadurch verlieren sie kindlichen Spielsinn, Neugierverhalten und Expansionswillen – sowie vor allem das Urvertrauen in den Halt, den nur Eltern geben können. Oft werden betroffene Kinder im Rahmen einer „Autonomie aus Not“ groß: Sie vermissen oder verlieren die Orientierung und finden an anderen Orten Halt – zum Beispiel in einer Drogenszene, im Internet (wo sie andere Identitäten annehmen) oder bei der Vorstellung, zum Beispiel beim Gewicht gesundheitsschädliche Ideale erfüllen zu müssen.

5 Suchtbegriff und Suchtentstehung

5.4 Missbrauch – Gewöhnung – Sucht

Der Missbrauch von Suchtmitteln beginnt dann, wenn ein junger Mensch die Suchtmittel als soziales Statussymbol, zur emotionalen Stabilisierung und/oder als Mittel zur Ablösung vom Elternhaus nutzt. Besonders tückisch ist, dass der Konsum der Suchtmittel zunächst in vielen Fällen die erhofften positiven Effekte bringt. Wenn der Konsum jedoch länger anhält, wirken die Suchtmittel ungehindert in bestimmten Gehirnarealen. Dann wird der Konsum schnell chronisch, sodass der Ausstieg selbst dann schwierig wird, wenn sich der junge Mensch diesen wünscht.

Gewöhnt sich der Heranwachsende an den Konsum, steigert er seine Toleranzgrenze: Was zu Beginn beim Ausprobieren noch als riskant beurteilt wurde, verliert mit der Zeit seinen Schrecken. Ab einem gewissen Punkt ist zudem die Angst vor den Entzugssymptomen größer als die Befürchtung, sich durch den Konsum gesundheitlich oder psychisch zu schaden. Der Konsum wird dann zum Zwang; an diesem Punkt beginnt der junge Mensch damit, seinen Konsum zu verleugnen und zu verdrängen. Er bringt dafür manche Anstrengung auf, sodass die Suchtmittel immer größere Teile seines Alltagslebens bestimmen.

5.4.1 Psychische Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit beschreibt einen Zustand, in dem die Konsumentin/der Konsument überzeugt ist, ohne Suchtmittel oder ohne ein bestimmtes Suchtverhalten ihre/seine innere Stabilität zu verlieren. Zudem spielt das Begehren nach positiven Gefühlen („Craving“) eine Rolle.

5.4.2 Physische Abhängigkeit

Die physische Abhängigkeit ist biochemischer Natur: Wird das Suchtmittel entzogen, treten körperliche Entzugssymptome ein. Dabei kann der plötzliche Entzug (zum Beispiel bei einer langjährigen Alkoholabhängigkeit) sogar lebensgefährlich sein. Mildere Symptome hat der Nikotinentzug: Kopfschmerzen und körperliche Unruhe. Generell ist der körperliche Entzug bei Jugendlichen um ein Vielfaches milder als bei erwachsenen Personen. Jedoch sind die jungen Menschen häufig weniger motiviert, da ihre negativen Symptome durch den Suchtmittelkonsum noch nicht so schwerwiegend sind. Der Leidensdruck ist hier geringer, dennoch profitieren sie subjektiv eher von den positiven Effekten des Konsums.

Eine klare Trennung zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit fällt schwer, da auch die psychische Abhängigkeit von biochemischen Vorgängen im Gehirn und im Zentralnervensystem (ZNS) abhängt. Zu beobachten ist dies vor allem in Rückfallsituationen, wenn bestimmte Settings (Musik, Orte, Gesichter aus einer älteren Peer-Group) den so genannten Rebound-Effekt auslösen und die Lust auf neuen Konsum trotz aller Risiken und längerer Abstinenz schlagartig zunimmt.

5.4.3 Mischkonsum

Unter Mischkonsum oder auch polytoxikomanem Gebrauch versteht man die Einnahme von mehreren verschiedenen Suchtmitteln. Häufig werden gegensätzliche Suchtmittel gebraucht – eines, das dämpft, eines, das euphorisiert. Da vor allem junge Menschen zu Experimenten neigen, kombinieren sie häufig mehrere Suchtmittel.

6 Suchtmittel

Als Suchtmittel werden alle psychoaktiven Substanzen bezeichnet, die beim Konsumenten eine Abhängigkeit erzeugen können. Folgende Wirkungen und Kennzeichen sind bei nahezu allen Suchtmitteln erkennbar:

Suchtmittel ...

- ... stören das Zentralnervensystem (ZNS),
- ... beeinflussen Emotionen, Wahrnehmungen und Gemütszustände,
- ... führen Bewusstseinsveränderungen hervor,
- ... aktivieren im Gehirn Stoffwechselprozesse,
- ... haben für den Konsumenten subjektiv eine angenehme Wirkung,
- ... führen bei Anbindung an den körpereigenen Neurotransmitter (z.B. Dopamin) zur Sucht,
- ... verändern bei Konkurrenzsituationen im Gehirn die normale Funktion der Nervenzellen,
- ... beeinflussen das Bewusstsein.

Nicht alle Suchtmittel sind gleich schädlich. Eine Rangfolge legt fest, welche Suchtmittel die größten psychischen und sozialen Schäden ausüben. Von den 20 aufgeführten Suchtmitteln belegen Heroin und Kokain Rang 1 und 2. Bemerkenswert: Die beiden legalen Suchtmittel Alkohol (Rang 5) und Tabak (Rang 9) haben einen Platz unter den ersten 10.



Tipp: Beschreibungen, Kennzeichen und Besonderheiten der verschiedenen Drogen findet man in diversen Drogen-Lexika im Internet. Hervorzuheben sind dabei das Infoportal www.drugcom.de, das zusätzlich einen Selbsttest sowie Adressen und Links zu den Themen Beratung und Hilfe bietet. Betreiber der Seite ist die BZgA.

6.1 Legale Suchtmittel

Legale Suchtmittel sind in Deutschland laut Gesetz für jeden Erwachsenen über 18 Jahren frei zugänglich. Die Ausgabe an Kinder und Jugendliche ist verboten oder unterliegt bestimmten gesetzlichen Einschränkungen, die zum Beispiel das Nichtraucherschutzgesetz oder das Jugendschutzgesetz regeln.

Alkohol

Es gibt eine Vielzahl von Alkohol-Arten, doch lediglich die Verbindung Ethanol ist für den Menschen in kleineren Mengen verträglich. Gewonnen wird Alkohol aus diversen Rohstoffen wie Getreide, Zuckerrohr oder Früchten den Zucker herausgärt. Aus diesem Prozess entstehen Getränke mit unterschiedlichem Alkoholgehalt, der in Prozenten pro Volumen errechnet wird. Während Bier zumeist bei rund 5% Alkoholanteil liegt, besitzt Wein zwischen 10 und 14 Prozent. Hochprozentige Getränke wie Wodka oder Whiskey können Anteile von mehr als 50 Prozent vorweisen.

Geschichte

Schon die ältesten Kulturen der Menschen kannten alkoholhaltige Getränke als ein Nahrungs- und auch Rauschmittel. Zum Beispiel bezahlten die alten Ägypter ihre Arbeiter nicht nur in Brot- sondern auch in Biermengen. Zu Abhängigkeiten kam es damals nach heutigen Erkenntnissen jedoch nur selten: Dafür waren die Getränke einfach nicht verfügbar genug. Das änderte sich im Mittelalter sowie vor allem zu Beginn der Industriellen Revolution Ende des 19. Jahrhunderts: Harte Getränke wie Gin eroberten die Bars in den Städten und die Kneipen in den Arbeitersiedlungen. Schnell wurden die negativen Folgen des Konsums auf Arbeitsmoral und Gesundheit deutlich, sodass einige Staaten mit Verboten reagierten – am bekanntesten ist die Zeit der Prohibition in den USA zwischen 1919 und 1933.

Verfügbarkeit

Heute sind alkoholische Getränke in fast allen Ländern der Welt – mit Ausnahme muslimischer Staaten – für Erwachsene frei erhältlich. Der Konsum von Alkohol ist fester Bestandteil bei vielen kulturellen Höhepunkten: Ob Karneval oder Schützenfest, Fußballspiele oder Musik-Festivals. Der Gesetzgeber schränkt den Konsum im Jugendschutzgesetz jedoch für Kinder und Jugendliche ein: An Jugendliche unter 16 Jahren darf generell kein alkoholisches Getränk abgegeben werden, außer sie sind in Begleitung personensorgeberechtigter Personen, zum Beispiel den Eltern. Für hochprozentige alkoholische Getränke liegt diese Altersgrenze bei 18 Jahren. Die Kontrollen in Supermärkten nehmen zu; eine sensible Stelle sind dagegen Kioske und Tankstellen, die auch zu später Stunde noch Alkohol verkaufen. Auch der Konsum von Alkohol in der Öffentlichkeit wird zunehmend kontrolliert: Auf fast allen Spielplätzen und auch immer mehr in Bussen und Bahnen sowie Bahnhöfen und großen Plätzen ist der Konsum verboten.

Wirkung

Die Konzentration des Alkohols im Blut wird in Promille angegeben. Das Rauschstadium beginnt, wenn der Pegel 1 Promille übersteigt. Die Blutkonzentration ist rund 30 bis 75 Minuten nach dem Konsum des Getränks am höchsten. In den Kreislauf gelangt der Alkohol vor allem über die Schleimhäute im Dünndarm. Wie der Alkohol wirkt, hängt von der jeweiligen Person und der Art des Konsums ab: Wie schnell trinkt sie? Hat sie vorher was gegessen? Ist sie trinken gewohnt? Generell gilt: Je höher der Anteil an Wasser im Körper, desto mehr Alkohol

6 Suchtmittel

kann ein Mensch vertragen. Da Frauen und Mädchen hier einen geringeren Anteil besitzen, werden sie in der Regel schneller betrunken.

Über den Blutkreislauf verteilt sich der Alkohol sehr schnell im ganzen Körper. Im Gehirn sorgt er dafür, dass Dopamin freigesetzt wird: ein Neurotransmitter, der auch als Glücksbotenstoff bekannt ist und zum Beispiel die sexuelle Aktivität beeinflusst. Durch weitere Einflüsse im Gehirn beruhigt Alkohol und lindert Ängste. Größere Mengen Alkohol haben dann vor allem negative Effekte: Die motorischen und sprachlichen Fähigkeiten lassen nach, die Wahrnehmung ist gestört. Der Konsument wird müde, bei sehr großen Mengen sogar bewusstlos.

Der Mensch baut den Alkohol nach dem Konsum vor allem in der Leber wieder ab; der Pegel sinkt pro Stunde um 0,1 bis 0,2 Promille. Der Kater – also körperliche Beschwerden einige Stunden nach dem übermäßigen Alkoholkonsum – entsteht nach aktuellen Erkenntnissen durch Nebenprodukte des Abbaus.

Risiken

Alkoholisierte Menschen neigen zu größeren Risiken, ohne, dass sie noch die motorischen Fähigkeiten besitzen, diese Situationen zu meistern. Daher kommt es häufig alkoholbedingt zu Unfällen. Da Alkohol enthemmt, sind auch Gewalt und aggressive Verhaltensweisen mögliche Folgen des Konsums. Durch die stimulierende Wirkung kommt es zu sexuellen Handlungen, die oftmals später bereut werden – zumal im Rausch nur selten an Verhütung gedacht wird. Extremes Trinken – auch Komasaufen oder Binge-Drinking genannt – kann zu einem Pegel von mehr als 3 Promille führen. Dann treten akute Gesundheitsgefahren auf: Bewusstlosigkeit und Unterkühlung, Versagen des Schutzreflexes und Atemstillstand.

Da der Alkohol über die Blutbahn beinahe alle Stellen des Körpers erreicht, richtet er langfristig Schäden in fast jedem Organ an. Dabei sind Leberschäden am häufigsten. Erheblich sind aber auch die Zerstörungen im Gehirn; die Folge sind Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Auch das zentrale Nervensystem wird beschädigt.

Abhängigkeit

Alkohol ist beinahe immer und überall verfügbar. Dementsprechend hoch ist die Versuchung. Schlechte soziale Voraussetzungen verschärfen das Risiko einer seelischen Abhängigkeit, Kinder von alkoholkranken Eltern gelten als besonders gefährdet. Ein dritter Aspekt ist die individuelle Empfänglichkeit für die Wirkung des Alkohols. Psychische Probleme oder Angstzustände sind hier Risikofaktoren. Eine manifestierte Abhängigkeit liegt dann vor, wenn nach langem und extremem Konsum soziale, körperliche und seelische Schäden erkennbar sind.

Jugendschutz

Die Abgabe und den Konsum von Alkohol an Jugendliche regelt das Jugendschutzgesetz (JuSchG). Darin heißt es: Die Abgabe von branntweinhaltenen Produkten (Spirituosen und auch branntweinhaltenen Mischgetränke) an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren ist verboten. Auch deren Verzehr darf unter 18-Jährigen nicht erlaubt werden. Andere alkoholische Produkte (Bier, Wein, Sekt und auch Mischgetränke) dürfen nicht an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren abgegeben, auch deren Verzehr durch unter 16-Jährige darf nicht gestattet werden. Für sämtliche Alkoholprodukte besteht in Kinos ein Werbeverbot vor 18 Uhr.

Nikotin

Nikotin ist ein Wirkstoff der Tabakpflanze, den Indianer in Amerika schon vor mehreren hundert Jahren rauchten.

Verfügbarkeit

Die Zeit, als Zigaretten an Automaten für jeden frei verfügbar waren, ist vorbei. Durch die erheblichen Verschärfungen des Nichtraucherschutzgesetzes in den vergangenen Jahren benötigt man an Automaten einen Beleg für die Volljährigkeit. Erlaubt ist das Rauchen in Deutschland seit 2007 ab 18 Jahren (zuvor 16). Das Einstiegsalter von Kindern und Jugendlichen liegt jedoch zwischen 10 und 15 Jahren. Werbeverbote, Rauchverbote in Diskotheken und an öffentlichen Plätzen und abschreckende Informationen auf den Packungen sollen dafür sorgen, dass gerade Kinder und Jugendliche nicht gedankenlos zur Zigarette greifen, wenn das Rauchen in ihrer Peer-Group zum Thema wird.

Wirkung

Nikotin wirkt anregend. Wer raucht, fühlt sich wacher und leistungsfähiger. Nach dem Zug an der Zigarette, erreicht das Nikotin das Gehirn schon nach rund acht Sekunden. Dort wirkt es auf Rezeptoren, und es kommt zu Reaktionen: Schnellerer Herzschlag, höherer Blutdruck, geringerer Hautwiderstand – was zur Folge hat, dass Raucher schneller frieren. Aus psychologischer Sicht unterdrückt Nikotin die Appetit-, Müdigkeit- und Stressgefühle.

Risiken

Jeder Zug an der Zigarette „vergiftet“ den Körper. Aber auch das Passivrauchen ist schädlich. Die Schadstoffe verursachen zahllose Krankheiten, vor allem Krebs. Man schätzt, dass in Deutschland pro Jahr zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen des Nikotin-Konsums sterben. Zum Vergleich: Alkohol gilt als Hauptursache von fast 75.000 Sterbefällen, an illegalen Drogen sterben in Deutschland jährlich rund 1400 Menschen (Quelle: DHS, Jahrbuch Sucht, 2011).

Abhängigkeit

Das Abhängigkeitspotenzial von Nikotin wird noch immer sehr unterschätzt. Viele Leute glauben, sie könnten problemlos von heute auf morgen aufhören. Dabei verkennen sie, dass die Gefahr einer körperlichen oder seelischen Abhängigkeit von Nikotin mit der von Kokain oder Amphetaminen vergleichbar ist.

Jugendschutz

Die Abgabe und den Konsum von Tabakwaren regelt das Jugendschutzgesetz. Darin heißt es: Der Verkauf und die Weitergabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche ist verboten. Auch der Konsum von Tabakwaren darf unter 18-Jährigen nicht gestattet werden. Zigarettenautomaten müssen technisch so ausgestattet sein, dass eine Entnahme von Zigaretten durch unter 18-Jährige nicht möglich ist. Für Tabak besteht in Kinos ein Werbeverbot vor 18 Uhr.

6 Suchtmittel

Medikamente

Ein Deutscher nimmt durchschnittlich pro Jahr rund 1100 Tabletten, Zäpfchen oder Medikamentendosierungen in anderen Zubereitungsformen zu sich. 20,4% der Frauen nehmen wöchentlich mindestens ein Medikament zu sich, bei den Männern sind es rund 13%. Medikamente dienen der Heilung, Vorbeugung oder Linderung von Krankheiten – also therapeutischen Zwecken. Neben diesem unbestreitbaren und oft auch lebensrettenden Nutzen können Medikamente jedoch auch schaden – vor allem, wenn man sie missbräuchlich und in zu hohen Dosierungen anwendet. Dabei ist der Weg zum Missbrauch kurz, da die Wirkung der Medikamente zuverlässig ist und viele von ihnen frei verfügbar sind.

Anabolika

Anabolika fördern den Aufbau des körpereigenen Gewebes. Es bildet sich mehr Muskelmasse, die Leistungsfähigkeit nimmt zu. Im Leistungssport wird Anabolika (zum Beispiel in Form von anabolen Steroiden) als Doping missbraucht, doch auch in sehr fitness- und körperorientierten Kreisen wird Anabolika missbraucht. Bezogen wird das Medikament zumeist über einen florierenden Schwarzmarkt.

Konsumform

Anabolika werden in der Regel in Pillenform konsumiert

Wirkung

Anabolika beeinflussen den Aufbaustoffwechsel des Körpers und fördern insbesondere den Eiweißaufbau. Wer zeitgleich zum Konsum seinen Körper trainiert, beschleunigt den Muskelaufbau.

Risiken

Nebenwirkungen der meisten anabolen Substanzen sind Herz-Kreislauf-Probleme, Leberschäden und Akne. Neue Untersuchungen bei Leistungssportlern belegen, dass Anabolika langfristig der Herzfunktion großen Schaden zufügt. Während Männer bei längerem Konsum ihre Spermienproduktion beeinträchtigen, kann bei Frauen die Körperbehaarung zunehmen und sich der Menstruationszyklus ändern.

Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel)

Benzodiazepine sind eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquillizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden.

Konsumform

Benzodiazepine werden als rezeptpflichtige Medikamente in der Regel in Tablettenform konsumiert. Verschrieben werden sie zur kurzfristigen Behandlung von Spannungs-, Erregungs- oder Angstzuständen, behandlungsbedürftigen Schlafstörungen, Psychosen oder starken muskulären Verspannungen. Zudem werden sie vor operativen oder diagnostischen Eingriffen wie Magenspiegelungen verabreicht, um den Patienten zu beruhigen oder die Narkose einzuleiten.

Wirkung

Bei angemessener Dosierung lösen Benzodiazepine Ängste, beruhigen, dämpfen Erregung und Aggression und fördern den Schlaf. Unerwünschte Effekte können Kopfschmerzen, Antriebslosigkeit, Muskelschwäche, eine Verringerung der Libido oder Schwindelgefühle sein. Komplex kann die Wirkung bei Suchtmittelabhängigen sein: Es können differenzierte Rauschzustände zwischen Euphorie, Ekstase und Psychose eintreten.

Risiken

Bei hoher Dosierung kann es zu Gedächtnisstörungen und einer verminderten Reaktionsfähigkeit kommen. Bei langfristigem Konsum besteht die Gefahr der Gewöhnung und Abhängigkeit, wobei Benzodiazepine sowohl körperlich als auch seelisch abhängig machen können. Problematisch wird es, wenn die Medikamente nicht mehr für therapeutische Zwecke eingesetzt werden, sondern um die individuelle Befindlichkeit zu verbessern. Werden Benzodiazepine nach längerem Konsum abrupt abgesetzt, können Schlafstörungen, Unruhe sowie Angstzustände auftreten.

6 Suchtmittel

Methylphenidat (Ritalin)

Das amphetamin-ähnliche Methylphenidat ist ein Wirkstoff mit stimulierender Wirkung, der bevorzugt bei Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivitätsstörungen verabreicht wird, da er diese Patienten (häufig Kinder) beruhigt.

Konsumform

Als Arzneimittel wird der Wirkstoff insbesondere über das Medikament Ritalin in Tablettenform eingesetzt. Bis 1971 war es frei erhältlich, seitdem ist es dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt.

Wirkung

Methylphenidat wirkt anregend und aufregend. Der Wirkstoff unterdrückt Müdigkeit und Hemmungen und steigert kurzfristig die körperliche Leistungsfähigkeit. Körperliche Warnsignale der Überlastung wie Muskelschmerz und Müdigkeit treten nicht auf. Zudem hemmt Methylphenidat den Appetit. Es wird daher häufig von Menschen, die vor einer besonderen Herausforderung stehen, als „Gehirndoping“ missbraucht – zum Beispiel von Schülern oder Studenten vor wichtigen Prüfungen. Auch im Umfeld von Partys taucht Ritalin als Droge auf und gilt hier als Ersatz für Speed.

Risiken

Nebenwirkungen bei bestimmungsgemäßen Gebrauch von Ritalin können erhöhter Blutdruck, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Hautausschläge, Haarausfall, Muskelzuckungen und unwillkürliche Gesichtsbewegungen sein. Bei missbräuchlichem Konsum mit hohen Dosierungen können Krampfanfälle, Herzrhythmusstörungen und Verwirrtheit auftreten. Auch werden Angstzustände, Wahnvorstellungen oder Aggressivität beobachtet. Novartis, der Hersteller von Ritalin, warnt selber in der Packungsbeilage vor dem Risiko eines „stark ausgeprägtem psychischen Abhängigkeitspotentials bei nicht bestimmungsgemäßem Gebrauch“ und fordert, es müsse deshalb immer „die Möglichkeit des Arzneimittelmisbrauchs oder der Drogenabhängigkeit im Umfeld des Patienten beachtet werden“.

Schnüffelstoffe

In Klebstoffen, Deospraydosen oder Feuerzeugen finden sich Gase wie Kohlenwasserstoffe, Lachgas, Alkohol, Benzin, Spiritus und Aerosole, die inhaliert eine rauschähnliche Wirkung entfalten.

Verfügbarkeit

Alle diese Produkte sind frei im Handel verfügbar, niemand macht sich beim Kauf verdächtig. Für viel Jugendliche sind Schnüffelstoffe damit das Rauschmittel mit der geringsten Hemmschwelle.

Wirkung

Der Konsument inhaliert die Substanzen, die sofort eine halluzinogene Wirkung im Gehirn entfalten. Die Konsumenten erleben den Rausch als euphorisierend. Da der Rausch häufig nur sehr kurz ist, unterliegen sie der Versuchung, den Zustand immer wieder hervorzurufen. Oft dosieren sie dann sehr riskant und entwickeln sehr schnelle eine psychische Abhängigkeit.

Risiken

Durch das Inhalieren der aggressiven Stoffe besteht ein hohes Risiko an Langzeitschäden von Leber, Lunge, Hör- und Gleichgewichtssinn, Durchblutung oder Gehirn.

6 Suchtmittel

6.2 Illegale Suchtmittel – Betäubungsmittel

Illegale Drogen sind alle Substanzen, deren Besitz, Konsum oder Handel im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt wird. Das BtMG wurde 1971 beschlossen und regelt alle rechtlichen Fragen die im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln auftreten. Laut Gesetz macht sich strafbar, wer ohne Erlaubnis Betäubungsmittel erwirbt, anbaut, herstellt, vertreibt oder nach Deutschland einführt oder aus Deutschland ausführt. Ein Verstoß gegen die Bestimmungen kann mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe geahndet werden. Das BtMG definiert auch, welche Substanzen als Betäubungsmittel bezeichnet werden. Alle diese Substanzen werden einer der folgenden drei Anlagen zugeordnet:

Anlage I: Alle Betäubungsmittel, die nicht in Verkehr gebracht werden und auch noch von einem Arzt aus medizinischen Gründen verschrieben werden dürfen. Dazu zählen Heroin, LSD, Cannabis oder MDMA (Ecstasy).

Anlage II: Alle Betäubungsmittel, die unter bestimmten Bedingungen gelagert und vertrieben werden, aber nicht von Ärzten verschrieben werden dürfen. Beispiele dafür sind die Teile des Coca-Strauchs wie die Coca-Blätter.

Anlage III: Alle Betäubungsmittel, die nicht in Verkehr gebracht werden, jedoch unter bestimmten Bedingungen von Ärzten verschrieben werden dürfen. Beispiele sind Morphin, das als Schmerzmittel benutzt wird, Methadon, das in der Substitution zur Behandlung einer Heroinabhängigkeit eingesetzt wird oder auch Kokain, das bis zu einer bestimmten Dosis in der Augenheilkunde verwendet wird.

Ausführliche Hinweise zum BtMG finden Sie auch im Kapitel 6, Teil Jugendhilfe.

Cannabis

Cannabis gehört zur botanischen Gattung der Hanfpflanzen die psychoaktive Wirkstoffe enthalten. Die Wirksubstanz dabei ist das THC (Tetrahydrocannabinol).

Geschichte

Schon die frühesten Kulturen bauten systematisch Hanf an. Dabei nutzten die Chinesen rund 3000 vor Christus das strapazierfähige Material zunächst, um daraus Seile und Kleider zu machen. Erst 1000 Jahre später entdeckten Mediziner die Wirkung des gerauchten Cannabis und nutzten sie zur Heilung. Europa entdeckte die rauschhafte Wirkung im 19. Jahrhundert, den Durchbruch erlebte Cannabis dann in den Sechzigerjahren – wobei von Beginn an vor allem junge Menschen das Suchtmittel konsumierten. Im Jahr 2011 gibt nach einer Studie der BZgA knapp ein Viertel der jungen Menschen zwischen 12 und 25 Jahren an, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Damit sinkt der Trend (2004 waren es noch gut 30%). Dennoch ist Cannabis die mit weitem Abstand am häufigsten konsumierte illegale Drogen bei Kindern und Jugendlichen.

Verfügbarkeit

Cannabis ist illegal – und dennoch von allen illegalen Drogen am einfachsten zu erhalten. Dealerstrukturen für Cannabis-Produkte gibt es auch in kleineren Städten und Gemeinden, auch auf Schulhöfen wird gedealt. In den Niederlanden kaufen sich viele junge Menschen Cannabis in einem der dort legalen Coffee-Shops, wobei auch der Import nach Deutschland verboten ist. Generell gilt, dass in Deutschland Besitz, Handel und Anbau von Cannabis verboten sind. Seit 1994 gibt es im Betäubungsmittelgesetz jedoch einen viel diskutierten Passus, nachdem bei einem Besitz von geringen Mengen Cannabis für den Eigenbedarf von einer Strafe abgesehen werden und das Verfahren eingestellt werden kann.

Wie hoch eine „geringe Menge“ ist in jedem Bundesland anders definiert, in Nordrhein-Westfalen sind es gegenwärtig zehn Gramm (Stand: 2011).

Konsum

Meistens wird Cannabis in Form der getrockneten Blüten und Blätter (Marihuana) oder dem Harz der Blütenstände (Haschisch) als Joint konsumiert – sprich in einer selbst gedrehten Zigarette zusammen mit Tabak. Man spricht dann vom Kiffen. Wasserpfeifen erhöhen die Wirkung von Cannabis, Cannabis wird zudem in Tees oder Keksen vermengt.

6 Suchtmittel

Wirkung

Die Wirkung hängt stark von der Konsumform und der Art und Qualität des Produkts – also der Menge an THC – ab. Geraucht tritt die Wirkung zumeist sehr früh ein. Nach 15 Minuten erreicht sie ihren Höhepunkt und ist nach zwei bis drei Stunden zumeist beendet. Wer Cannabis über Tee und Kekse zu sich nimmt, wartet länger auf die Effekte. Cannabis sorgt in den meisten Fällen für eine Anhebung der Stimmung und der Entspannung. Der Konsument fühlt sich wohl und heiter. Akustische und visuelle Wahrnehmungen wirken intensiver, zudem hat der Konsument ein größeres Kommunikationsbedürfnis, umgangssprachlich „Lager-Flash“ genannt. Unangenehme Wirkungen können Angst- und Unruhezustände sein bis hin zu Verfolgungsfantasien und Wahnvorstellungen. Bei Kindern oder Jugendliche, die zum ersten Mal Cannabis konsumieren, kann es zu panischen Reaktionen kommen, da sie von der Wirkung überrascht werden.

Risiken

Ob und welche körperlichen Schäden Cannabis langfristig anrichtet, darüber wird viel und kontrovers diskutiert. Befürworter der Legalisierung von Cannabis berichten verstärkt von positiven Effekten, Gegner stellen die körperlichen Schäden in den Fokus. Trotz diverser Studien gibt es bis heute keine abschließenden Erkenntnisse, in welchem Umfang Cannabis langfristig in größerem Maße das Hirn schädigt. Belegt werden jedoch schlechtere Lernleistungen sowie eine verlangsamte Reaktion. Gesichert ist, dass das Rauchen von Joints dem Körper sogar noch stärker schadet als Zigarettenkonsum, da Kiffer mehr krebserregende Stoffe inhalieren.

Über die seelischen Risiken des regelmäßigen Cannabis-Konsums gibt es weniger Zweifel. Wer viel kiffte, glaubt schnell, dass er ohne Cannabis seinen Alltag nicht mehr gestalten kann. Zudem rückt der Konsum immer mehr in den Mittelpunkt der Alltagsgestaltung: Beim wem die Droge kaufen, wo und mit wem konsumieren? Kiffen ist für viele Jugendliche eine Erfahrung von Gemeinschaft, sodass ganze Cliquen ihre Lebenswelt um den Cannabiskonsum herum gestalten. Kiffen jungen Menschen dagegen vor allem alleine, gehen schnell soziale Kontakte und Freundschaften verloren.

Treffen Cannabis-Konsumenten in Jugendeinrichtungen oder im Klassenverband auf andere nüchterne Jugendliche, fällt es schwer, die Gruppen zusammenzuführen. Die Kiffer mit ihrem ganz eigenen Humor, einer eigenen Sprache und zum Teil „glasigem“ Blick isolieren sich schnell von anderen.

Ecstasy

Die „Partydroge“ unter den Rauschmitteln – zumeist verabreicht in Pillenform und Kapseln. Für den Rausch sorgt in den meisten Fällen die Substanz MDMA, die rein synthetisch hergestellt wird. Daher spricht man bei Ecstasy auch von einer Designerdroge.

Wirkung

Ecstasy dockt als psychoaktive Substanz sofort an das Nervensystem an, doch sind die Wirkungen zumeist komplexer als allgemein angenommen. Dennoch wirkt Ecstasy unter bestimmten Rahmenbedingungen als ideales Aufputzmittel für Partys: Laute Musik und grelle Lichter werden intensiver wahrgenommen, Glücks-, Gemeinschafts- und Liebesgefühle sind stärker. Der Konsument nimmt den eigenen Körper stärker wahr; auf der anderen Seite werden Notwendigkeiten wie Schlafbedürfnis, Durst und Appetit verdrängt.

Verfügbarkeit

Wegen seiner Wirkungen taucht Ecstasy vor allem in urbanen Gegenden auf, also dort, wo es eine gute Partystruktur gibt. Auch bei Großveranstaltungen für Jugendliche wie der Loveparade oder dem Mayday-Event spielt Ecstasy eine Rolle – wobei die Faustregel gilt: Während sich die Rock- und Popszene zumeist Cannabis und Alkohol widmet, greift die Techno- und Electro-Szene häufiger zu Ecstasy-Pillen.

Risiken

Negative Folgen von Ecstasy-Konsum können Schwindel und Übelkeit, Schweißausbrüche und Herzrasen sein. Da die Konsumenten häufig nichts essen und trinken, steigt die Körpertemperatur und es drohen ein Mangel an Elektrolyten und Austrocknung. Folgeschäden durch regelmäßigen Konsum sind Depressionen, psychotische Störungen sowie Nieren- und Lebersversagen.

Abhängigkeit

Dauerkonsumenten entwickeln schnell eine Toleranz gegenüber der Ecstasy-Wirkung. Sprich: Nur häufigere und höhere Dosierungen garantieren die positiven Effekte. Daher ist das Potenzial einer seelischen Abhängigkeit sehr hoch.

6 Suchtmittel

Kokain

Kokain ist ein Stoff aus den Blättern des Coca-Strauchs, der durch ein chemisches Verfahren isoliert werden kann und dann als weißes Pulver angeboten wird. Zwar kennt man den Begriff Kokain erst seit Mitte des 19. Jahrhunderts, doch kaute schon das Volk der Inkas auf den Blättern des Coca-Strauchs. Die Wirkung des Kauens der Blätter und des Schniefens des puren weißen Pulvers ist aber nicht vergleichbar.

Konsum

Heute wird Kokain zumeist über die Nase geschneift und seltener intravenös gespritzt. Der Grund: Kokain besitzt immer noch das Image einer Droge der Schönen und Reichen – und die hantieren nicht gerne mit „Junkie-Werkzeug“ wie Spritzen. Wird Kokain geraucht, spricht man von Freebase oder Crack (Kokainsalz und Natriumhydrogencarbonat), weitere Szenenamen für gerauchtes Kokain sind Steine oder englisch Rocks. Gerauchtes Kokain ist wesentlich billiger als geschneiftes – daher kommt diese Konsumform bei Jugendlichen wesentlich häufiger vor. Geraucht wird es mit Pfeifen aus Glas oder Metall oder mit Hilfe einer Alu-Folie.

Verfügbarkeit

Reines Kokain, das über die Nase konsumiert wird, findet man zumeist in gut situierten Runden. Es ist die Droge der Leistungsträger und hat dementsprechend ihren Preis. Die billigeren Formen und Abwandlungen wie Crack oder Freebase sind auch auf der Straße erhältlich, sind aber zumeist ein Phänomen in Großstädten und in ländlichen Regionen oder kleineren Städten seltener anzutreffen.

Wirkung

Die bekannte aufputschende Wirkung des Kokains entsteht, weil durch die Substanz drei Neurotransmitter, die die Vitalität des Bewusstseins steuern, vermehrt ausgeschüttet werden: Dopamin, Noradrenalin und Serotonin. Das zentrale Nervensystem wird dadurch stimuliert – es gibt das, was man den „Kick“ nennt: Das Selbstwertgefühl steigt, sexuelle und kommunikative Hemmungen fallen. Körperlich wirkt der Konsument hyperaktiv: Die Augen flattern, die Hände sind immer in Bewegung, die Kommunikation ist gestenreich. Auch Puls, Blutdruck und Atemfrequenz steigen – alles Anzeichen, dass sich Körper und Nervensystem nach dem Kokainkonsum darauf einstellen, eine höhere Leistung zu vollbringen.

Risiken

Negative Folgen können eine übermäßige Erregung mit Krampfgefahr, Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen, eine hohe Aggressivität sowie Kreislaufversagen bis hin zum Herzinfarkt sein. Klingt der Kokain-Rausch ab, übernehmen häufig negative Gefühle das Kommando: die Stimmung wird ängstlich-paranoid, es tritt Niedergeschlagenheit und Ermüdung ein. Typisch sind dann auch Schuldgefühle. Gerauchtes Kokain beziehungsweise Crack oder Freebase haben zumeist einen noch schnelleren Kick zur Folge, der dann aber sehr schnell wieder abebbt. Daher ist hier die Suchtgefahr besonders hoch, weil der Konsument, um den negativen Folgen zu entgehen, schnell nachlegt. Zwar erzeugt keine Kokain-Form eine körperliche Abhängigkeit, doch dafür ist die Gefahr der seelischen Abhängigkeit bei dieser illegalen Droge besonders hoch.

Speed

Speed – oder auch Pep – ist eine synthetische Droge, die zu großen Teilen aus Amphetaminen besteht. Speed schaffte in den frühen 80er-Jahren den Durchbruch in Deutschland, als viele Künstler (vor allem aus der Avantgarde) Speed konsumierten, um künstlerische Grenzbereiche zu erkunden. Oft war das Ziel, durch den Konsum von Speed so lange wie möglich ohne Schlaf auszukommen.

Konsumform

Anders als pures Kokain ist Speed zumeist ein leicht gelb, rosa oder beige gefärbtes Pulver. Es kann aber auch als Tablette konsumiert, geraucht oder gespritzt werden. In der Medizin werden Amphetamine als Appetitzügler, Asthmamittel oder bei Hyperaktivität verwendet.

Wirkung

Bei geschnieftem Speed setzt die Wirkung nach 5 bis 15 Minuten ein und hält recht lange an, nämlich bis zu sechs Stunden. Speed stimuliert das zentrale Nervensystem; es wirkt wie eine Zusatzausschüttung des körpereigenen Vital-Hormons Adrenalin. Der Konsument fühlt sich leistungsfähiger, zufriedener, gelassener. Hunger und Schlafbedürfnis werden verdrängt.

Risiken

Ähnlich wie bei anderen Aufputschdrogen: Im Rausch gefährden ein erhöhter Puls- und Herzschlag den Kreislauf, weil kaum etwas gegessen oder getrunken wird, droht die Austrocknung. Auch Übelkeit und Schwindel sind eine häufige Folge. Nach dem Rausch werden häufig Depressionen, Angst, Unruhe, Aggression und Schlafstörungen festgestellt. Wer lange Speed konsumiert, zehrt mit dem Konsum seinen Körper aus. Die Nasenschleimhäute werden angegriffen, durch die mangelnde Zufuhr von Mineralien wird das Körperabwehrsystem geschwächt. Der Konsument verliert an Gewicht, es kommt zu Hautentzündungen und – durch den gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus – zu Unruhezuständen bis hin zu Paranoia und Psychosen.

6 Suchtmittel

Crystal Meth

Keine illegale Droge war zuletzt so sehr im Gespräch wie Crystal Meth, das auch Ice oder Glass genannt wird. Viele Experten warnen vor der derzeit "gefährlichsten Droge der Welt". Ihren Durchbruch schafften die zumeist kristallklaren Bröckchen in den USA. Sie ist relativ leicht herzustellen und daher vergleichsweise billig. Schnell setzte sich Crystal Meth in den USA in Kreisen durch, in denen junge Leute verkehren: Clubs und Diskos aber auch Orte zum Abhängen in den Städten. In den USA sind daher sehr viele Teenager unter den Süchtigen.

Wirkung

Crystal Meth ist in Bezug auf seine Wirkung mit Kokain vergleichbar: Die Substanz belebt und suggeriert zusätzliche Leistungsfähigkeit. Ein zusätzlicher Effekt: Das Hungergefühl lässt nach.

Risiken

Besonders problematisch ist, dass Crystal Meth schon nach sehr kurzer Konsumzeit den Körper so sehr auszehrt, dass eine Abhängigkeit schon dann manifestiert sein kann. Dem Konsumenten scheint, als könne nur neuer Konsum die negativen Folgen des vorherigen Konsums verdrängen. Dabei zerstört Crystal Meth sehr schnell und irreparabel Nervenzellen. Körperlich sind die Schäden an den Zähnen charakteristisch. Da die Konsumenten zudem immer schlanker werden und die Haut merklich altert, spricht man auch von einer Horrordroge.

Heroin

Heroin ist ein halbsynthetischer morphinähnlicher Stoff. Ironischerweise führt das Unternehmen Bayer die Substanz Ende des 19. Jahrhunderts im Kampf gegen die damals grassierende Morphin-Abhängigkeit ein. Erst kurz danach erkannte man, dass Heroin nicht nur wesentlich stärker wirkt, als die Droge, die man mit dem Stoff behandeln wollte, sondern auch ein viel größeres Abhängigkeitspotenzial besitzt.

Konsumform

Heroin wird in der Regel gespritzt aber auch immer häufiger mit einer Alu-Folie geraucht – ein Prozedere, das man auch „chasing the dragon“ nennt.

Wirkung

Heroin hat vielfältige und gleichzeitige positive Wirkungen: Es ist beruhigend, entspannend, löst Schmerzen und euphorisiert. Es dämpft die geistige Aktivität und beseitigt unangenehme Empfindungen wie Angst, Unlust und ein Gefühl der Sinnlosigkeit. Probleme und Konflikte werden ausgeblendet. Der Konsument fühlt sich im Moment des ersten Rauschs vollkommen glücklich und zufrieden. Diese auch in der Literatur und Pop- und Rockmusik häufig und einprägsam beschriebenen Wirkungen üben eine faszinierende Ausstrahlung auf einige Menschen aus.

Risiken

So faszinierend der Rausch, so dramatisch die negativen Folgen. Das größte Risiko ist das der Überdosierung – und hier ist der Grat sehr schmal. Um den Rausch zu verlängern und um den immer höheren Toleranzpunkt zu überwinden, dosieren Nutzer immer riskanter, und irgendwann ist dann der Punkt erreicht, an dem der Körper kollabiert: Bewusstlosigkeit, Atemlähmung, Kreislaufversagen, Verlangsamung der Herzstätigkeit. Ein weiteres tödliches Risiko: Abhängige geben in der späten Phase alles für den Schuss. Sie akzeptieren dann auch stark verunreinigtes Heroin. Durch intravenösen Konsum entstehen weitere Risiken wie eine HIV- oder Hepatitis-Infizierung durch verschmutztes Injektionsbesteck. Insgesamt gilt Heroin als die Droge mit dem größten Abhängigkeitspotenzial. In der Folge widmen Suchtkranke ihren ganzen Alltag der Beschaffung und dem Konsum des Suchmittels, sodass Beschaffungskriminalität, Prostitution und soziale Verwahrlosung üblich sind. Nach Untersuchungen aus den vergangenen Jahren ist Heroin als Droge auf dem Rückzug: Die Zahl der Heroin-Opfer in Deutschland sinkt, die meisten Konsumenten sind 30 Jahre und älter.

6 Suchtmittel

Halluzinogene

Der Begriff der Halluzinogene fasst eine Reihe von Substanzen zusammen, die sich in ihrer Wirkung ähneln. Die beiden am häufigsten konsumierten sind LSD (Lysergsäure-Diäthylamid) sowie halluzinogene Pilze, die so genannten Magic Mushrooms.

LSD

Eine halb-synthetische Droge, erstmals 1943 hergestellt vom der Schweizer Chemiker Albert Hofmann, der im Labor mit der Substanz experimentierte und bei sich selber eine geänderte Wahrnehmung der Dinge beobachtete. Der Grundstoff von LSD ist Lysergsäure, ein natürlicher Wirkstoff der Pilz-Art Mutterkorn. Seine große Zeit erlebte LSD während der Hippie-Bewegung in den Sechziger- und frühen Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts. Einer der Auslöser für den Boom war der Psychologie-Professor Timothy Leary, der den freien Zugang zu LSD und anderen bewusstseinsweiternden Drogen forderte. Eine Renaissance erlebte LSD Ende der 80er-Jahre auf Techno- und Rave-Partys, wo die Substanz als „Acid“ kursiert.

Konsumform

LSD war ursprünglich unter dem Namen „Delysid“ ein Medikament des Sandoz-Konzerns, das zur Unterstützung von Psychotherapien verwendet wurde und in Tablettenform genommen wurde. Als illegale Droge wird LSD häufig auf briefmarkengroße und mit bunten Motiven bedruckten Papierstücke aufgebracht, die so genannten Tickets, Pappen oder Trips. Konsumiert wird die Droge zudem in Form kleiner Pillen („Mikros“).

Wirkung

LSD gilt als das wirkungsstärkste Halluzinogen und bewirkt optische Halluzinationen, sprich: Die Substanz ändert das Empfinden von Farben und Räumlichkeiten. Auch die Denkstrukturen ändern sich: Unter Umständen entstehen neue Gedanken-Assoziationen, die Welt wird „wie mit anderen Augen“ betrachtet. Dieser Rausch wird unter Umständen als euphorisch und bewusstseinsweiternd empfunden. An schlechten Tagen sowie häufig bei unerfahrenen Konsumenten löst LSD jedoch schnell „Bad Trips“ in Form von panischen Horror-Rauschzuständen aus. Beobachtet werden vereinzelt auch Flashbacks: Der Rauschzustand kehrt wieder, ohne dass zuvor LSD konsumiert wurde.

Risiken

Bei Horror-Trips können Angst- und Panikzustände entstehen. Man kann seine Handlungen nicht mehr koordinieren oder die Folgen übersehen; Unfälle können die Folge sein. Zudem beeinflusst LSD die Psyche, sodass Psychosen auftreten können und der Konsument auf einem Trip „hängen bleibt.“

Magic Mushrooms

Mehr als 100 Pilze in der freien Natur enthalten die halluzinatorischen Wirkstoffe Psilocybin und Psilocin. In Nordeuropa trifft man am häufigsten auf den spitzkegeligen Kahlkopf.

Konsumform

Die Pilze werden zumeist roh gegessen oder zu Sud gepresst. Berichte über das Rauchen psilocybinhaltiger Pilze sind zwiespältig; einige berichten von einem schnellen Wirkungseintritt, während andere keinerlei Rauchwirkung feststellen konnten.

Wirkung

Ein Magic-Mushroom-Rausch dauert – je nach Dosierung – rund zwei bis vier, bei sehr hoher Dosierung vier bis acht Stunden und bricht danach in vielen Fällen abrupt ab. Der Rauschzustand ist in manchen Fällen angenehm und eher einschläfernd als euphorisierend. Häufig werden Farben und Formen intensiver wahrgenommen. Die Folge von schlechten Trips können Angstzustände, Verfolgungswahn oder Panikattacken sein. Häufig verschiebt sich die Zeitwahrnehmung: Für den Konsumenten scheint die Zeit wesentlich langsamer oder schneller zu vergehen.

Risiken

Es besteht die Gefahr, dass Pilze mit psychedelischen Wirkungen verwechselt werden und statt Magic Mushrooms hoch giftige Pilze verzehrt werden, die zum Beispiel zu Nierenschäden führen können. Weitere Risiken sind (wie beim LSD) der Kontrollverlust, das Erleben von Horrortrips sowie chronische Psychosen.

6 Suchtmittel

6.3 Drogenscreening/Nachweis

Aussagekräftige Drogenscreenings (zumeist Urinproben, da Blut- und Haaruntersuchungen um ein Vielfaches teurer sind) müssen kurzfristig und für den Jugendlichen nicht vorhersehbar erfolgen. Dabei gibt es zwei Verfahren: Während das qualitative Verfahren allein aussagt, ob eine oder mehrere Substanzen konsumiert wurden oder nicht, erbringt das qualitativ/quantitative Verfahren auch eine Information über die konsumierte Menge. Das Ergebnis ist positiv, wenn der so genannte Cut-off-Wert überschritten ist.

In der pädagogischen Arbeit mit Jugendlichen bergen Drogenscreenings in der Einrichtung ein Risiko, da sie das gegenseitige Vertrauen stark belasten können. Bei starkem Verdacht ist die Konsultation von Facheinrichtungen sinnvoll, wie z. B. einer Sucht- und Drogenberatungsstelle, oder einer Suchtambulanz einer Fachklinik. Auch der offene und ehrliche Umgang mit Drogenscreenings und der Nachweisbarkeit von Substanzen ist empfehlenswert.

Wie lange der Konsum einer Droge nachweisbar ist, hängt von vielen Faktoren ab. Dazu zählen die konsumierte Menge, die Häufigkeit des Konsums, die vergangene Zeit zwischen Konsum und Screening, die Leistungsfähigkeit des Testverfahrens sowie die individuelle körperliche Verfassung, die die Geschwindigkeit des Abbaus von Drogen beeinflusst. Die folgenden Zeiten für die Nachweisbarkeit der verschiedenen Substanzen im Blut oder im Urin sind daher nur Richtwerte. (Quelle: www.drugcom.de, BzgA)

Cannabis:

Nachweis im Urin bei seltenem Konsum zwei bis drei Tage, bei regelmäßigem Konsum sechs bis acht Wochen, bei chronischem Konsum bis zu zwölf Wochen. Nachweis im Blut bei gelegentlichem Konsum drei Tage bei regelmäßigem Konsum bis zu 30 Tage.

Ecstasy (MDMA):

Urin: ein bis vier Tage, Blut: bis zu 24 Stunden.

Speed:

Urin: ein bis drei Tage, Blut: ein Tag.

Crystal Meth:

Urin: ein bis drei Tage, Blut: ein Tag.

Kokain:

Urin: zwei bis vier Tage, Blut: bis zu 24 Stunden.

LSD:

Urin: ein bis zwei Tage, Blut: zwölf Stunden.

Heroin:

Urin: ein bis vier Tage, Blut: bis zu acht Stunden

Hinweis: Bei den deutlich teureren Haaruntersuchungen ist der Konsum je nach Haarlänge viele Monate lang nachweisbar.

6.4 Psychische Komorbidität

Als psychische Komorbidität bezeichnet man eine seelische Begleiterkrankung, die sich als Folge übermäßigen Suchtmittelkonsums ergibt. Im Kindes- und Jugendalter ist dies bei mindestens 60% der Abhängigen der Fall.

Folgende Störungen treten besonders häufig auf:

- Störungen des Sozialverhaltens – mit und ohne Hyperaktivität,
- depressive Störungen,
- Angststörungen, sozialphobische Störungen,
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, z.B. im Bereich einer beginnenden Borderline Störung,
- substanzinduzierte Psychosen (z.B. durch Amphetamine, Cannabis),
- schizophrene Psychose.

Während diese Störungen auf der einen Seite Folgen des Suchtmittelgebrauchs sind, begünstigen kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen auf der anderen Seite das Auftreten einer substanzbezogenen Störung. Die beiden Seiten verstärken sich gegenseitig, und fortwährender Konsum kompliziert den Verlauf der psychiatrischen Erkrankung.

7 Verhaltensbezogene Abhängigkeiten

Verhaltensbezogene Abhängigkeiten sind unabhängig von Suchtmitteln, doch sie zeigen alle Eigenschaften auf, die auch eine Suchtmittelerkrankung charakterisieren: Die/Der Betroffene handelt wie unter Zwang, ihr/sein Körper verändert sich, ihre/seine Gesundheit nimmt Schaden. Sie / er ist im Alltag eingeschränkt und nimmt nur noch reduziert am gesellschaftlichen Leben teil.

7.1 Glücksspielsucht

Laut einer Studie der Universitäten Lübeck und Greifswald aus dem Jahr 2011 leiden in Deutschland mehr als vier Millionen Menschen an einem Glücksspielproblem; rund 500.000 Deutsche sind pathologische Glücksspieler und gelten damit als spielsüchtig. Alarmierend ist, dass der Anteil bei jungen Menschen zwischen 14 und 30 Jahren mit 2,7 Prozent deutlich höher ist, sodass festzustellen ist, dass Jüngere deutlich gefährdeter für diese Sucht sind.

Die Studie stellt zudem fest, dass ein Großteil der pathologischen Glücksspieler noch nie Kontakt zum Hilfesystem gehabt hat. Auch Frühinterventionen für junge Menschen, die ein problematisches Glücksspielverhalten zeigen, werden kaum wahrgenommen beziehungsweise fehlen.

Jugendschutz

Die gesetzlichen Vorgaben für Spielhallen und Glücksspiele regelt § 6 Jugendschutzgesetz:



„(1) Die Anwesenheit in öffentlichen Spielhallen oder ähnlichen vorwiegend dem Spielbetrieb dienenden Räumen darf Kindern und Jugendlichen nicht gestattet werden.

(2) Die Teilnahme an Spielen mit Gewinnmöglichkeit in der Öffentlichkeit darf Kindern und Jugendlichen nur auf Volksfesten, Schützenfesten, Jahrmärkten, Spezialmärkten oder ähnlichen Veranstaltungen und nur unter der Voraussetzung gestattet werden, dass der Gewinn in Waren von geringem Wert besteht.“

7.2 Online-Süchte

Als Online-Sucht bezeichnet man das zwangsgelitete Verhalten, regelmäßig und maßlos Zeit im Internet zu verbringen. Die Jugendlichen haben häufig einen verdrehten Tag-Wachrhythmus und integrieren das, was sie virtuell im Internet erleben, in ihren realen Alltag. Von Sucht oder Abhängigkeit spricht man in dem Augenblick, in dem die Jugendlichen ihren alltäglichen Leistungsanforderungen in Schule, Beruf oder Freizeit nicht mehr nachgehen. Als weiterer Indikator gilt, wenn Verbote der Eltern oder das Herausziehen des Steckers als letzte Maßnahme starke Konflikte innerhalb der Familie hervorrufen.

Jugendschutz

Der Umgang mit dem Internet wird im Jugendschutz nicht geregelt. Der Schutz der Kinder und Jugendlichen besteht in einer sinnvollen Prävention und Ansprache sowie einem sorgsamem Umgang der Eltern mit dem Thema, zu dem auch das rechtzeitige Setzen von klaren zeitlichen Grenzen gehört. Eine „Kindersicherung“ zu installieren, die bestimmte Seiten blockt, ist sinnvoll – doch sollte diese Maßnahme nicht die einzige bleiben.

7.2.1 Online-Kommunikationssucht

Die Online-Kommunikationssucht bezeichnet die zwanghafte Kommunikation über E-Mail, Chats, Foren sowie die Sozialen Netzwerke wie Studi-VZ oder Facebook. Viele junge Menschen verbringen viel Zeit in diesen Netzwerken, um sich zu verabreden, zu informieren oder neue Freunde kennenzulernen. Ausschlaggebend für ein Suchtverhalten ist, dass betroffene Jugendliche ihre Beziehungen und Aktivitäten außerhalb dieser Netzwerke aufkündigen und mit dem Verhalten ein kompletter sozialer Rückzug einhergeht.

Folgende Fragen können helfen, um zu erkennen, ob ein Verhalten zwanghaft ist:

- Hat der Heranwachsende noch Freunde, mit denen er sich abseits der Netzwerke verabredet?
- Werden die Mahlzeiten zunehmend am Computer eingenommen?
- Ist der Heranwachsende zunehmend lustlos bei realen Freizeitaktivitäten?
- Lassen die Leistungen in der Schule nach? Zeigt sich eine anhaltende Übermüdung?
- Wird die Schule geschwänzt?
- Spricht der Heranwachsende nicht mehr mit den Eltern?

7.2.2 Online-Sexssucht (Cyber-Sex)

Cyber-Sex ist eine virtuelle Form von Erotik zur Selbstbefriedigung. Ein Suchtverhalten zeigt, wer zwanghaft pornografische Bilder und Videos aus dem Internet sammelt und E-mails oder regelmäßig Nachrichten mit pornografischen Inhalten schreibt oder erhält. In der virtuellen Welt des Internets ist der Nutzer scheinbar unverletzbar. Er bleibt anonym und von den Enttäuschungen des Liebeslebens in der wirklichen Welt verschont. Zudem kann er Fantasien ausleben, zu denen er sich in der Realität nicht bekennen würde. Dazu gehört auch das Ausüben von Machtfantasien in Chats, die zu einem „Machtrausch“ führen können.

7 Verhaltensbezogene Abhängigkeiten

7.2.3 Online-Spielsucht

Im Internet werden diverse Spiele angeboten, bei denen die Spieler gemeinschaftlich Abenteuer erleben und die Nutzer in bestimmte Rollen schlüpfen. Heranwachsende, die im wirklichen Leben oft mit eigenen Schwächen oder Ängsten konfrontiert werden, können hier virtuelle Stärke und Macht erleben. Die Figuren von Online-Rollenspielen wie dem bekannten „World Of Warcraft“ haben zudem Attribute, nach denen Heranwachsende in der Realität streben – aber häufig scheitern: Schönheit und Stärke, Potenz und Klugheit. Jugendliche auf der Suche nach einer eigenen Identität erleben im Alltag häufig Konflikte mit Erwachsenen oder Altersgenossen und sind anfällig dafür, zwanghaft in eine virtuelle Welt zu flüchten.

In den vergangenen Jahren ist zudem das Online-Glücksspiel (insbesondere Pokern) im Internet ein Thema geworden. Im Internet sind zu jeder Zeit und ohne soziale Hemmschwelle Online-Spielrunden verfügbar; die Aussicht auf Geldgewinne führt dazu, dass Online-Spieler schnell zu häufig und zu lange an diesen Pokerrunden im Internet teilnehmen. Schnell kommt der Lebensrhythmus aus dem Tritt, soziale Kontakte gehen verloren. Zwar ist es in Deutschland verboten, ein Online-Poker-Angebot zu betreiben. Doch die meisten Anbieter umgehen das Verbot, in dem sie ihren Firmensitz ins Ausland verlegen – und dann in Deutschland mit weitverbreiteten Spotschaltungen für ihr Web-Casino werben.

7.2.4 Handy-Sucht

Als Handy-Sucht bezeichnet man den Drang, selbst vermeintlich Belangloses zwanghaft per Handy (im Gespräch oder per SMS) auszutauschen und diese Möglichkeit der normalen Kommunikation vorzuziehen. Die Betroffenen haben Angst, in ihrem Netzwerk etwas zu verpassen und spüren einen inneren Drang zur Dauerkommunikation. Hintergrund ist hier sicher ein Problem mit dem Selbstwertgefühl: Der Jugendliche denkt, nicht begehrt zu sein oder in Vergessenheit zu geraten, wenn er sich nicht dauernd per Handy mitteilt. Negative Folgen sind hier häufig finanzieller Art: Viele Jugendlichen überschulden sich durch zwanghafte Handynutzung, da durch die oft verspäteten Abrechnungen jedes Gefühl für die Kosten eines Telefonats oder einer SMS fehlt.

Jugendschutz:

Um die Überschuldung zu vermeiden, sind Payback-Karten oder bestimmte Flatrates sinnvoll.

7.3 Essstörungen

Die Pubertät geht einher mit vielen körperlichen und seelischen Veränderungen: Der Jugendliche wächst, der Hormonhaushalt und die synaptischen Aktivitäten ändern sich. Dabei bekommt die Nahrungsaufnahme in diesem Lebensabschnitt eine besondere Rolle: Zum einen erleben die Jugendlichen mehr Autonomie, weil sie immer

häufiger selbst bestimmen können, wann, wo und was sie essen. Zum anderen gewinnt besonders bei Mädchen die körperliche Attraktivität eine immense Bedeutung. Dabei wird körperliche Attraktivität häufig gleichgesetzt mit sexueller Attraktivität; auch glauben viele Jugendliche, der Zutritt in eine attraktive Peer-Group werde vor allem durch körperliche Attraktivität bestimmt. In der Pubertät kann es zu einem nicht-normalen Essensverhalten kommen, das aber noch keine Essstörung bedeutet. Ursachen hierfür sind hormonelle Änderungen oder der Wunsch, sich von den Eltern abzugrenzen. Als eine Essstörung versteht man die permanente Beschäftigung mit dem Thema Essen. Dazu zählen die Nahrungsverweigerung oder die Zu- oder Abnahme von Gewicht in Kombination mit entsprechenden Handlungen wie Diäten oder exzessivem Sport. Die Hauptformen der Essstörungen gelten dann als behandlungsbedürftig, wenn sie die körperliche und seelische Entwicklung des Jugendlichen einschränken und soziale Kontakte behindern. Bei einer chronifizierten Essstörung ist der stationäre Aufenthalt in einer spezialisierten psychosomatischen Klinik zu empfehlen.

7.3.1 Magersucht oder Anorexia nervosa

Hierbei handelt es sich um eine dauerhafte Nahrungsverweigerung, begleitet von zwanghaftem Zählen der Kalorien. Das Motiv: Die Betroffenen fühlen sich – zumeist objektiv völlig unbegründet – „zu dick“. Zu Beginn streben die Betroffenen (in der Regel Mädchen) nach Schönheitsidealen oder wehren sich gezielt gegen Attribute weiblicher Attraktivität. Zudem kann der zwanghafte Versuch, über das Essverhalten Autonomie und Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen und sich gegen Fremdbestimmung wie Essens-Konventionen zu wehren bedeuten.

Die Behandlung wird mit zunehmender Dauer und Chronifizierung der Magersucht immer schwieriger, da die Betroffenen ein gestörtes Körperschema entwickeln und sich sowie ihre körperliche Konstitution nicht mehr realistisch einschätzen können. Die körperlichen Folgen durch permanentes Untergewicht sind bei weiblichen Jugendlichen das Ausbleiben der Menstruation bis hin zur Infertilität. Bei männlichen Personen droht der Verlust von Libido und Potenz. Auch können Osteoporose, Muskelschwund, extrem trockene Haut und strohige Haare die Magersucht begleiten. Durch den missbräuchlichen Einsatz von Abführmitteln kann es zu massiven Störungen im Elektrolythaushalt kommen.

7.3.2 Ess- und Fresssucht oder Bulimia nervosa

Bei dieser Form von Essstörung steht die zwanghafte Beschäftigung mit der Aufnahme und Abfuhr von Nahrung im Mittelpunkt: Es kommt zunächst zu massiven Essattacken, und um das Zunehmen zu verhindern, leitet der Betroffene Kompensationsmaßnahmen ein: selbst herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden oder Einnahme von Appetitzüglern. Auch diese Betroffenen leiden unter einer verzerr-

7 Verhaltensbezogene Abhängigkeiten

ten Wahrnehmung ihres Körpers. Die physischen Folgen sind ähnlich wie bei der Magersucht. Zudem können durch das ständige Erbrechen schwere Entzündungen im Rachenraum sowie der Speiseröhre entstehen.

7.3.3 Fresssucht oder Adipositas

Ob bei Kindern und Jugendlichen eine Adipositas vorliegt, wird aufgrund des Entwicklungsstandes, der Größe und des Alters bestimmt. Wie bei Erwachsenen spielen hier der BM-Index (Körpermasseindex) sowie die Fettverteilung eine Rolle. Die Gründe für Fettleibigkeit sind zu viel Nahrung, falsche Nahrung (mit zu vielen ungesättigten Fettsäuren) sowie zu wenig Bewegung.

Gesundheitliche Folgen können auch in jungen Jahren Herz-Kreislaufkrankungen und Erkrankungen des Gelenkapparates sein. Die Diabetes Mellitus Typ 2 ist eine Folgeerkrankung. Psychisch fühlen sich Betroffene häufig als Versager, da Fettleibigkeit sozial wenig akzeptiert wird. Häufig sind soziale Isolation und Rückzug in eine virtuelle Welt auf dem Computer und/oder im Internet eine Folge.

8 Kriseninterventionen

Grundsätzlich zeigt sich in Krisensituationen – die sich von langfristigen Behandlungen oder Betreuungen unterscheiden – inwieweit die Kooperationen zwischen der Jugend- und Suchthilfe, den Eltern oder Personensorgeberechtigten sowie dem Kind oder Jugendlichen abgestimmt und tatsächlich vertrauensvoll umgesetzt werden. Alle Beteiligten können von Beginn an präventiv Vereinbarungen treffen, die später einen offenen Umgang mit dem Thema Sucht zulassen.

In Krisensituationen sollte für alle Betroffenen ein Gefühl des „Getragenwerdens“ entstehen, da sie häufig wegen erlebter Scham und Schuld in extreme emotionale Zustände geraten.

8.1 Akute Versorgung

Kriseninterventionen zum Beispiel im Bereich der akuten drogeninduzierten Psychose oder bei Überdosierungen sind durch den Notarzt – gegebenenfalls unter Hinzuziehung der Polizei und des Ordnungsamtes – durchzuführen. Ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik mit Suchtbereich ist zu empfehlen, um genauer die Gründe der Psychose zu klären und eine Entzugsbehandlung vorzunehmen. So sollte auch in Krisensituationen verfahren werden, die durch akute körperlicher Symptome entstehen.

Dabei beinhalten Krisen immer auch die Chance zur Systemveränderung und zur Veränderungsmotivation. Von daher benötigen die betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie ihre Familien (und auch die Geschwisterkinder) eine enge Begleitung der für sie zuständigen, professionellen Helfer. Zu prüfen ist, ob in Absprache mit dem Jugendamt Veränderungen im Setting zu vollziehen sind oder eine langfristige ambulante oder stationäre Behandlung über die Suchthilfe und Rehabilitationseinrichtungen zu initiieren ist.

8.2 Inobhutnahme bei suchtkranken Elternteilen oder Kindeswohlgefährdenden Situationen

Wenn suchtkranke Elternteile oder Personensorgeberechtigte ein Kind oder einen Jugendlichen erziehen, können durch Suchtmittelkonsum (oft in Kombinationen mit wirtschaftlichen Problemen, Krankheiten oder Trennungen) Krisensituationen ausgelöst werden, die zu Kindeswohlgefährdenden Situationen führen (§8a SGB VIII). In diesen Fällen ist das zuständige Jugendamt einzubeziehen.

Hier findet sich also eine direkte Schnittstelle zwischen den beiden Systemen der Sucht- und Jugendhilfe, siehe auch im Teil Jugendhilfe, Kapitel 8.2.

8 Kriseninterventionen

Ist eine Gefährdung nicht abzuwenden, kann das Jugendamt eine kurzfristige Inobhutnahme durchführen (§8a SGB VIII und §42 SGB VIII).

Kommt das Jugendamt zur Einschätzung, dass keine weitere Gefährdung vorliegt und die Eltern oder Personensorgeberechtigten wieder in der Lage sind, Gefahren, die durch Suchtmittelkonsum entstehen, abzuwenden, kommt das Kind oder der Jugendliche wieder in ihre Obhut. Ist jedoch eine weitere Gefährdung des Kindes oder des Jugendlichen aufgrund der Suchtbelastung nicht auszuschließen, erfolgt eine familiengerichtliche Anhörung, die eine richterlich angeordnete Inobhutnahme (gemäß §1666 BGB) zur Folge haben kann.

In diesen Fällen fungiert das Familiengericht in seinem Wächteramt und kann im Rahmen von Erziehungsgesprächen auf die Eltern Einfluss nehmen, in dem es beispielsweise anweist, Angebote der Sucht- oder Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen.

Erst, wenn die Eltern die richterliche Weisung nicht befolgen, kann das Gericht das Aufenthaltsbestimmungsrecht oder das Sorgerecht befristet oder langjährig einschränken und einen Vormund oder Pfleger bestellen.

9 Rechtliche Grundlagen

Während ein Großteil der gesetzlichen Regelungen zur Jugendhilfe im SGB VIII gebündelt ist, gibt es für die Suchthilfe kein eindeutig zuständiges Gesetz. Stattdessen betrifft die Suchthilfe eine Vielzahl an Gesetzen: Das Strafgesetzbuch (StGB) und die Strafprozessordnung (StPO) bestimmen die Strafen im Fall eines strafrechtlichen Vergehens und eines Strafverfahrens, das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) gibt insbesondere der Kommunalen Suchthilfe Aufgaben, das Psychisch-Kranken-Gesetz (Psych-KG) stimmt ab, wie lange psychisch-krank Menschen ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft führen können und wann die zuständigen Behörden ermächtigt sind, auch gegen den Willen des Menschen ihn bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung in eine Fachklinik einzuliefern. Im Sozialgesetzbuch beinhalten gleich mehrere Bücher Gesetze und Regelungen, die für die Suchthilfe relevant sind.

Besonders maßgebend für die illegalen Suchtmittel ist das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das ursprünglich 1929 noch in der Weimarer Republik unter dem Namen Opiumgesetz verabschiedet wurde und zuletzt 1981 neu verfasst wurde.

Für eine ausführliche Darstellung der für die Sucht- und Jugendhilfe relevanten Aspekte des Betäubungsmittelgesetzes siehe Kapitel 6.2 bis 6.4 im Teil Jugendhilfe.

10 Schweigepflicht (Verschwiegenheitspflicht)

Suchtberater unterliegen einer beruflichen Schweigepflicht (§203 StGB). Sie gilt für Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen u.a.. Zweck der beruflichen Schweigepflicht ist es, das Vertrauensverhältnis zwischen den hilfsbedürftigen Personen und dem Helfenden zu sichern – schließlich ist die Verschwiegenheit häufig die Grundlage dafür, dass eine Betroffene/ein Betroffener relevante Informationen zur Verfügung stellt.

Dieses Prinzip gilt insbesondere auch für die Fachkräfte der Jugendhilfe, siehe dazu im Teil Jugendhilfe, Kapitel 6.9.

Da ein Vertrauensverhältnis nur zwischen Personen aufgebaut werden kann, ist die berufliche Schweigepflicht eine persönliche Pflicht. Sie gilt daher auch gegenüber Kollegen (auch in der Einrichtung), Vorgesetzten und Familienangehörigen. Die Offenbarung eines „Geheimnisses“ muss rechtlich legitimiert sein, zum Beispiel durch eine Anzeigepflicht geplanter schwerer Straftaten (§ 138 StGB). Für den Bereich der Suchtberatung gibt es jedoch keine speziellen gesetzlichen Offenbarungsbefugnisse; die Befugnis ist daher immer von der Einwilligung der/des Betroffenen abhängig. Diese Einwilligung ist nur gültig, wenn die/der Betroffene sie wirklich freiwillig gibt und weiß, welche Daten zu welchem Zweck an welche Personen und Stellen vermittelt werden. Auch muss er die Folgen seiner Einwilligung – die nur schriftlich erfolgen kann – abschätzen können.

Eine gesetzliche Besonderheit ist das Zeugnisverweigerungsrecht (§383 Zivilprozessordnung, §52 Strafprozessordnung), das Zeugen vor Gericht oder anderen behördlichen Stellen berechtigt, die Aussage zu verweigern. Dieses Recht hat, wer einen heilenden Beruf ausübt: Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Hebammen aber auch Suchtberaterinnen/Suchtberater, die in anerkannten Suchtberatungsstellen arbeiten. Pädagoginnen/Pädagogen, die in Einrichtungen für Suchtmittel konsumierende Jugendliche arbeiten, haben dieses Recht nicht und müssen als Zeugen aussagen.

11 Verfahren, Zuständigkeiten und Kostenträger

Siehe zu diesem Thema auch im Teil Jugendhilfe die ausführliche Darstellung im Kapitel 9

Neben den körperlichen Behinderungen kennt der Gesetzgeber auch den Begriff der „seelischen Behinderung“. Sie misst sich daran, wie stark das Denken, Fühlen oder Orientieren durch eine seelische Erkrankung eingeschränkt wird. Für Kinder und Jugendliche definiert das Sozialgesetzbuch (§ 2 SGB IX):

§ Eine seelische Behinderung liegt vor, wenn die seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Verhaltens abweicht und daher die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist.

Der Konsum von Drogen oder verhaltensbezogene Abhängigkeiten sind häufig Ursache oder auch Folge einer seelischen Behinderung.

Daher sind suchtkranke Heranwachsende eine Fallgruppe im Bereich der seelischen Behinderungen.

Für sie gilt das zentrale Anliegen des Sozialgesetzbuchs, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Mittel: medizinische und soziale Leistungen, die schnell, wirtschaftlich und nachhaltig wirken.

11.1 Wer bezahlt den Entzug und die Entwöhnung?

Das Kostenverfahren für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen ist über die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei vorliegender Abhängigkeit bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitserkrankter“ geregelt. Diese Vereinbarung ist zwischen dem Deutschen Rentenversicherungsträger und den Bundesverbänden der Krankenkassen zuletzt im Jahre 2001 erneuert worden.

Laut dieser Vereinbarung liegt eine Abhängigkeit vor, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind (§1 Abs.2):

- Unfähigkeit zur Abstinenz
- Verlust der Selbstkontrolle
- Periodisches Auftreten eines der beiden Symptome

11 Verfahren, Zuständigkeiten und Kostenträger

Die Ziele der medizinischen Rehabilitation lauten (§2 Abs.1):

- Abstinenz erreichen
- körperliche, seelische Störungen so weit es geht beheben oder ausgleichen
- die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten oder zu erreichen

Dabei ist die Entzugsbehandlung eine Voraussetzung, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen (§4 Abs.1). Diese Behandlungskosten fallen demnach in die Zuständigkeit der Krankenkassen (§5 Abs.2). Liegen die entsprechenden persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vor, übernimmt der Rentenversicherungsträger die Kosten für die Entwöhnungsbehandlung (§§9 bis 11 SGB VI, §§7 und 8 ALG) – nachrangig die Krankenkassen, wenn die Voraussetzungen für den Rentenversicherungsträger nicht ausreichend sind (gemäß §§ 27 und 40 SGB V).

Das Verfahren wird eingeleitet durch eine behandelnde Ärztin/einen behandelnden Arzt und eine anerkannte Suchtberatungsstelle, die die entsprechenden Anträge bei dem Deutschen Rentenversicherungsträger einreicht. Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Entwöhnungsbehandlung bestimmt der Rentenversicherungsträger unter Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen (§3 Abs.4). Der zuständige Leistungsträger ergibt sich aus den eingereichten Unterlagen sowie den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen. Sind die Unterlagen vollständig eingereicht, wird unverzüglich – in der Regel nach bis zu zwei Wochen – entschieden (§6 Abs. 2).

Die Anlagen der Vereinbarung beschreiben die Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation, die Entscheidungskriterien zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie Entscheidungshilfen für die medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten, die übergangsweise Substitutionsmittel erhalten.

11.2 Einrichtungen für junge Volljährige

Die Kostenübernahme für die Hilfe für junge Volljährige erfolgt durch das zuständige Jugendamt (laut §35a SGB VIII und §41 SGB VIII). In diesen Einrichtungen steht der erzieherische Aspekt der suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen und jungen Volljährigen im Vordergrund. Ziel ist die Abwendung einer drohenden seelischen Behinderung durch gezielte pädagogische Arbeit, die mit suchtttherapeutischen Elementen wie Einzel- oder Gruppengesprächen unterstützt wird, sowie die erneute Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zum Beispiel durch die Teilhabe an Bildung und Freizeitgestaltung.

Diese Maßnahmen werden eingeleitet durch die Feststellung einer drohenden seelischen Behinderung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie oder einen erfahrenen Kinder- und Jugend-

lichenpsychotherapeuten. Zudem sollte eine Indikation für eine solche Maßnahme formuliert und begründet werden. Im Hilfeplanverfahren (§36 SGB VIII) werden in Kooperation mit dem zuständigen Jugendamt die Ziele der Maßnahme und andere Themen formuliert und überprüft.

Siehe zum Hilfeplanverfahren auch im Teil Jugendhilfe, Kapitel 3.3.

Die Leistungen werden in Einrichtungen der Jugendhilfe erbracht, die eine Entgeltvereinbarung sowie eine Betriebserlaubnis (gemäß §35a) besitzen. Hierbei kann es sich um stationäre Angebote mit Gruppenaktivität und Schichtdienst oder um spezialisierte Erziehungsstellen im In – und Ausland handeln.

11.3 Schnittstellen der Leistungsträger

Eine Leistungskonkurrenz zwischen den Leistungsträgern kann nur entstehen, wenn sich die Leistungen zumindest teilweise überlappen. Da die Behandlungsziele jedoch unterschiedlich zu bewerten sind – Entzugsbehandlung und Rehabilitation auf der einen, erzieherischer Auftrag auf der anderen Seite – ergeben sich lediglich Schnittstellen.

Die medizinische Rehabilitation ist bei Jugendlichen eine Leistung der Krankenversicherung (gemäß §27 Abs.1 Nr. 6 SGB V, §40 SGB V), da sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Rentenversicherungsträgers oftmals noch nicht erbringen. Hierbei gilt auch die Vorrangigkeit (gemäß §10 Abs.1 SGB VIII).

Die so genannten Nebenkosten wie Taschen- oder Kleidergeld sind Leistungen, die bei Jugendlichen von Seiten des Jugendamtes erbracht werden (laut §35a SGB VIII). Bei Erwachsenen werden diese Leistungen über den Sozialhilfeträger abgesichert. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden in Fachkliniken erbracht, die eine Anerkennung gemäß der Vereinbarung der medizinischen Rehabilitation besitzen.

Siehe zu den Zuständigkeiten bei den Schnittstellen insbesondere im Teil Jugendhilfe, Kapitel 9.1.

Die Praxis kennt aber auch Mischkalkulationen wie beim Beispiel Jugendhilfeeinrichtung „Rahlenshof“, JUST gGmbH. Das örtliche Jugendamt Ravensburg und die Träger der medizinischen Rehabilitation erbringen gemeinsam den Entgeltsatz, wobei der erzieherische Auftrag vorrangig bewertet wird.

12 Planung, Steuerung, kommunale Suchthilfeplanung

Nach dem im November 1997 verabschiedeten Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (ÖGDG) sind die Kommunen im Hinblick auf die Suchthilfeplanung verpflichtet, die Koordination der Suchtkrankenversorgung (§ 23 ÖGDG) durchzuführen. Auch die Erstellung regelmäßiger Gesundheitsberichte unter besonderer Berücksichtigung der Suchtkrankheiten ist verpflichtend (§ 21 ÖGDG). Nach dem Sozialgesetzbuch sind die öffentlichen, gemeinnützigen und freien Träger zur Zusammenarbeit aufgefordert (§ 17 SGB I); an anderer Stelle (SGB X §§ 86 ff.) werden die Sozialleistungsträger zur Kooperation untereinander verpflichtet, nach § 95 SGB X insbesondere zur gemeinsamen Planung und Forschung. Vor diesem Hintergrund ist die kooperative kommunale Suchthilfeplanung und die Erstellung eines Suchtberichtes in vielen Kommunen ein anhaltend aktuelles Thema. Die gesetzlichen Vorschriften liefern dabei lediglich einen Rahmen, der von den Akteuren vor Ort mit Leben gefüllt werden muss.

Bei der Planung, Vernetzung und Steuerung der unterschiedlichen Angebote und Einrichtungen der Suchthilfe spielt der Planungsprozess der „kommunalen Suchthilfeplanung“ (KSHP) eine wichtige Rolle, die folgende Möglichkeiten bietet:

- Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche der Leistungsträger sowie die Angebotsstrukturen der Leistungserbringer transparent gestalten.
- Vorhandene Ressourcen effektiver nutzen sowie neue Ressourcen eröffnen, zum Beispiel durch Schnittstellenmanagement oder die Gestaltung von Querschnittsaufgaben.
- Angebote der Suchthilfe qualifizieren.
- Die Strukturen des Angebots und der beteiligten Institutionen optimieren, zum Beispiel durch Vernetzung, substanzübergreifende Angebote.

Folgende konkrete Ziele der kommunalen Suchthilfeplanung lassen sich beschreiben:

- Sie stellt die bedarfsgerechte Versorgung sicher.
- Sie erarbeitet Wege und Lösungen, um Versorgungslücken zu schließen, und konzipiert Handlungspläne zum Umbau oder der Modifizierung des bestehenden Leistungsangebotes.
- Sie verbessert die sektorübergreifende Abstimmung.
- Sie stellt Leistungstransparenz her und optimiert den Einsatz von Ressourcen.

Dabei muss die Hilfe im Rahmen einer kooperativen kommunalen Suchthilfeplanung abgestimmt sein. Die Hilfesysteme müssen sich koordinieren, denn für den Erfolg einer kooperativen Suchthilfeplanung ist die größtmögliche Übereinstimmung der Ziele einzelner Beteiligter und des Gesamtsystems von zentraler Bedeutung. Voraussetzung dafür ist zunächst die Feststellung des regionalen Bedarfs, die Sicherung eines bedarfsgerechten Angebots sowie die Anpassung an eine veränderte Bedarfssituation oder veränderte Rahmenbedingungen in der Kommune.

13 Anhänge

13.1 Auffälligkeiten bei Suchtmittelkonsum

Kinder- und Jugendliche, die Suchtmittel konsumieren, fallen häufig durch Veränderungen in ihrer Kleidung und ihres Sozialverhaltens auf. Der Konsum hat Auswirkungen auf ihren Schulbesuch, ihr Freizeitverhalten, den Umgang mit Autoritäten und Erwachsenen, den Umgang mit Geld sowie die Anbindung an ihre Peer-Group. Die Suchtmittel übernehmen dabei eine wesentliche Funktion: Dem Heranwachsenden wird suggeriert, dass durch den Konsum seine Probleme im Bereich des Selbstwertes, der Selbstwirksamkeit, der Emotionalität und gesellschaftlichen Integration gelöst werden können.

Mögliche Hinweise auf Suchtmittelkonsum und Drogenverstecke

Die folgenden Hinweise auf möglichen Suchtmittelkonsum sind nicht als eindeutige Indizien zu verstehen. Sie sollen jedoch die Wachsamkeit schulen – insbesondere, wenn mehrere der folgenden Merkmale sehr plötzlich und kombiniert erkennbar sind:

- Wesensveränderungen
- emotionale Unausgeglichenheit
- Verschlossenheit gegenüber Erwachsenen
- Wechsel von Freundschaften, meistens hin zu einer Orientierung zu älteren Jugendlichen
- Taschengeld wird nicht mehr als ausreichend empfunden
- Unzuverlässigkeit in Absprachen
- Wechsel des Musikgeschmacks und anderer Interessen
- Schulschwierigkeiten
- kein geregeltes Freizeitverhalten

Generell gilt: Kein Versteck ist unmöglich, der „Fantasie“ sind oft keine Grenzen gesetzt. Dazu zählt auch, dass alkoholische Getränke in Wasserflaschen umgefüllt, Drogen draußen vergraben oder bei Nichtkonsumenten (oft, ohne dass diese es wissen) deponiert werden. Eine Liste von möglichen Verstecken, die in der Praxis immer wieder vorkommen:

- Handschuhfach im Auto
- doppelte Schuhsohle
- Kinderwagen
- doppelter Boden des Auto-Tanks
- Autoreifen
- doppelter Boden eines Aktenkoffers oder einer Sporttasche
- mit Plastik umwickelt im Magen
- Autositze
- Blas und Saiteninstrumente
- Bonbonschachtel
- Zigarettenschachtel
- Elektrogeräte
- eingenäht in Plüschtiere, Unterwäsche, Spielgeräten
- Regenschirme

13 Anhänge

13.2 Fallbeispiele

Wenn die Jugend- und Suchthilfe korrigierend in die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen eingreifen, die entweder selber Suchtmittel konsumieren oder unter dem Suchtmittelkonsum ihrer Eltern leiden, benutzen die Hilfesysteme Instrumente, um die Situation und das familiäre Umfeld richtig analysieren zu können. Folgende Leitfragen sind von Bedeutung:

- Welche Symptome als Folge des Konsums von Suchtmitteln sind erkennbar?
- Wie deutlich und regelmäßig zeigt der junge Mensch Auffälligkeiten im Sozialverhalten oder in seiner emotionalen Entwicklung?
- Benutzt der Heranwachsende eigene Bewältigungsstrategien, um sich selber zu helfen?
- Welche Werte sind bei dem Betroffenen zu erkennen – und wie flexibel scheint er in emotionaler Sicht zu sein?
- Wie lassen sich die Beziehungen zu Eltern beschreiben – und als wie stabil und kongruent erweisen sich die Eltern?
- Welche Rolle spielt der Heranwachsende im Familiensystem?
- Welche Rolle spielt der Konsum von legalen oder illegalen Suchtmitteln in der Familie?
- Hat das Kind oder der Jugendliche bereits Erfahrungen mit der stationären Jugendhilfe gemacht? Gab es bereits psychiatrische Behandlungen – und wenn ja, wie war die Wirkung?

Die folgenden Fallbeispiele sollen dabei helfen, die Theorie mit anschaulicher Praxis zu füllen. Sie sollen vor allem zeigen, dass Kinder und Jugendliche nicht zufällig selber suchtkrank sind oder unter der Suchtkrankheit ihrer Eltern leiden. Jede Sucht hat eine eigene Geschichte.

13.2.1 Kind mit medikamentenabhängiger Mutter

Lukas, 12 Jahre – Mutter, 30 Jahre

Lukas lebt seit rund sechs Jahren bei seinem leiblichen Vater, seiner Stiefmutter und seiner sechs Jahre alten Halbschwester. Er ist im Alter von sechs Jahren, genau zwei Wochen vor Schulbeginn, von seiner leiblichen Mutter beim leiblichen Vater „abgegeben“ worden. Die Mutter wollte mit ihrem neuen Partner eine längere Reise antreten, nach ihrer Rückkehr hat sie zugestimmt das Lukas in der Familie seines Vaters bleibt. Die Eltern hatten sich kurz nach seiner Geburt getrennt, das Kind wuchs zunächst bei seiner leiblichen Mutter auf. Der leibliche Vater habe sich nach eigener Aussage um seinen Sohn sehr bemüht; die schulischen Leistungen waren überdurchschnittlich. Lukas litt jedoch unter einem ausgeprägten Gehfehler, auch sein Sozialverhalten war sehr auffällig. Auf Anraten des Klassenlehrers ging der Vater mit Lukas in ein Sozialpädiatrisches Zentrum, wo man Lukas an eine orthopädische Klinik überwies, u.a. auch deshalb, da man vermutete, dass das auffällige Sozialverhalten auf die psychische Belastung infolge des Gehfehlers zurückzuführen sei. In den folgenden Jahren wurde das Kind mehrfach operiert und im Umgang mit seiner Behinderung von der Klinik psychotherapeutisch begleitet. Seine Mutter besuchte Lukas regelmäßig im Krankenhaus, ansonsten verbrachte Lukas, wie zwischen den Eltern vereinbart, jedes zweite Wochenende bei der Mutter, die inzwischen alleine lebte. Mit dem Wechsel in die weiterführende Schule eskalierte die Situation zu Hause, berichtete der Vater. Lukas sei sehr unruhig gewesen, auf Ansprache verschwiegen. In der Schule habe er begonnen, die Lehrer zu beschimpfen und Mitschüler zu bedrohen. Er war zwar weiterhin Klassenbesten, doch mussten ihn die Lehrer mehrfach aufgrund seines Verhaltens vom Unterricht suspendieren. Der Klassenlehrer empfiehlt den Vater gemeinsam mit Lukas eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen.

Problembeschreibung

Für das auffällige Verhalten von Lukas ist keine nachvollziehbare Erklärung zu finden. Lukas Lebenssituation in der Familie des Vaters ist positiv, die Beziehung zur Mutter scheint intakt und die schulischen Leistungen sind herausragend. Sein problematisches Sozialverhalten weist jedoch auf emotionale und psychische Probleme hin über die Lukas, trotz der Bemühungen seines Vaters und seines Klassenlehrers, schweigt.

Intervention

Die Erziehungsberatungsstelle führt neben Beratungsgesprächen mit Lukas eine umfassende psychologische Test-Diagnostik durch. Diese zeigt, dass Lukas hoch emotional belastet ist und sich minderwertig fühlt. Die leibliche Mutter folgt der Einladung der Erziehungsberatungsstelle zu einem Gespräch, schnell wird deutlich dass sie massiv medikamentenabhängig ist und zu manisch-depressiven Stimmungen neigt. Sie hat es immer gut verstanden ihre Medikamentenabhängigkeit zu verbergen. Sie berichtet von Schuldgefühlen gegenüber ihrem Sohn,

13 Anhänge

daher gestatte sie ihm an den Besuchswochenenden sehr viele Freiheiten. Es stellt sich heraus, dass Lukas bei seiner Mutter DVDs mit Gewaltfilmen schauen konnte, die seine Mutter nach seinen Wünschen für ihn besorgt hat.

Weitere Interventionsmöglichkeiten

Auf der Ebene von Lukas:

- Aufbauend auf die erarbeitete Diagnose nimmt Lukas an einer psychotherapeutischen Behandlung in der Erziehungsberatungsstelle teil.

Auf der Ebene des Vaters/Familie:

- Aufgrund der massiven Abhängigkeitserkrankung der Mutter und der damit einhergehenden Erziehungsunfähigkeit beantragt der Vater beim Familiengericht ihm das alleinige Sorgerecht zu übertragen.
- Die Familie wird in ihrer Entwicklung durch eine systemische Familientherapie/-beratung der Erziehungsberatungsstelle unterstützt.

Auf der Ebene der leiblichen Mutter:

- Die Erziehungsberatungsstelle legt der Mutter nahe, eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Sie macht ihr deutlich dass die Überwindung der Medikamentenabhängigkeit eine grundlegende Voraussetzung für den Erhalt bzw. die Wiedererlangung des Sorgerechts darstellt.
- Die Suchtberatung erarbeitet mit Lukas Mutter den Umfang, sowie die somatischen, kognitiven und psychischen Auswirkungen ihrer Abhängigkeitserkrankung und entwickelt mit ihr gemeinsam einen Behandlungsplan. Nach der körperlichen Entgiftung auf der Entzugsstation eines psychiatrischen Krankenhauses empfiehlt sie die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung in einer auf Medikamentenabhängigkeit spezialisierten Fachklinik für Frauen.

13.2.2 Jugendliche mit Essstörung – Adipositas

Jasmin, 15 Jahre

Jasmin ist 1,58 m groß und wiegt 85,2 kg. Sie schildert, dass sie schon immer Gewichtsprobleme gehabt habe. Sie ist die einzige Tochter ihrer Mutter, ihren Vater kennt sie nicht. Nach Angaben der Mutter sei er Alkoholiker und habe nie Unterhalt gezahlt. Mutter und Tochter leben in einer engen Wohnung. Die Mutter war oft nicht zu Hause, da sie zwei Jobs nachgehen musste um sich und ihre Tochter ernähren zu können. Jasmin erhielt bereits im Grundschulalter einen eigenen Wohnungsschlüssel, um ihr Mittagessen und die Erledigung der Hausaufgaben musste sie sich selber kümmern. Die Mutter kam gegen 20 Uhr nach Hause. Jasmin kochte ihrer Mutter dann noch ein Abendessen, wofür sie von ihrer Mutter stets gelobt wurde. Jasmin sei immer lieb gewesen, berichtet die Mutter. Als Jasmin in die Pubertät kam, fühlte sie sich häufig allein gelassen und entwickelte zunehmend Wutgefühle. Die Zeit der immer nur „lieben“ Jasmin war vorbei. Dafür habe die Mutter jedoch keinerlei Verständnis gezeigt, wodurch sich Jasmin zusätzlich provoziert und unverstanden fühlte. Sie begann sich mehr und mehr gegen die Mutter zu wehren. In dieser Zeit kam es dann innerhalb eines halben Jahres zu einer Gewichtszunahme um 15 kg auf 85,2 kg. Eines Tages kam es zum Konflikt: Jasmin suchte Süßigkeiten, die ihre Mutter, besorgt über die große Gewichtszunahme ihrer Tochter, versteckt hatte. Der Streit eskalierte, Jasmin drohte ihrer Mutter mit einem großen Küchenmesser um diese zur Herausgabe der Süßigkeiten zu zwingen. Die Mutter erkennt dass ihr die Erziehung ihrer Tochter aus den Händen gleitet und wendet sich Hilfe suchend an ihren Hausarzt, zu dem sie großes Vertrauen hat. Der Hausarzt stellt einen Kontakt zum Jugendamt her und empfiehlt, dass Jasmin sich gründlich medizinisch und psychologisch/jugendpsychiatrisch untersuchen lässt um die Ursachen der Fettleibigkeit zu klären.

Problembeschreibung

Jasmin leidet offensichtlich an einer Essstörung. Der Body Mass Index (BMI) von weit über dem Faktor 30 legt den Verdacht einer Fettsucht (Adipositas) nahe.

Jasmin fühlt sich insbesondere von ihrer Mutter, zu der sie bis zur Pubertät eine enge symbiotische Beziehung unterhielt, im Umgang mit ihren spezifischen Problemen der Pubertät im Stich gelassen. Es ist zu vermuten, dass Jasmin sich mit ihrem hohen Körpergewicht und ihrem Aussehen nicht wohl fühlt, sich so nicht akzeptiert und sich selbst ablehnt. Der Mangel an Selbstwertgefühl und Selbstachtung, sowie fehlende emotionale und persönliche Zuwendung sind häufig mitursächlich für die Entwicklung einer Essstörung.

Die Mutter, die von ihrer Tochter körperlich bedroht wurde versteht diese nicht und fühlt sich in der Erziehung ihrer Tochter überfordert. Gleichzeitig macht sie um die Gesundheit ihrer Tochter große Sorgen.

13 Anhänge

Interventionsmöglichkeiten

Auf der Ebene von Jasmin:

- Das Jugendamt nimmt Jasmin zunächst in Obhut und klärt die Notwendigkeit weiterer ambulanter oder stationärer Jugendhilfe. Sicherstellung einer engen kooperativen Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte und Institutionen.
- Jasmin wird umfassend medizinisch untersucht um mögliche körperliche Ursachen für die bestehende Fettleibigkeit auszuschließen. Entwicklung eines Behandlungsplans zur Gewichtsreduktion (Ernährungsberatung, Kur).
- Konsultation eines Jugendpsychiaters zur weiteren diagnostischen Klärung (komorbide Störungen) und entsprechender Behandlung.
- Beratung und psychologische Untersuchung von Jasmin in der Jugendberatung für Mädchen, der örtlichen Drogenberatung u. a. zur Klärung der Psychodynamik ihres süchtigen Essverhaltens und Vorbereitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen, z. B. ambulante oder stationäre Psychotherapie.

Auf der Ebene der Mutter:

- Das Jugendamt empfiehlt der Mutter an einer Elterngruppe zur Schulung und Auseinandersetzung mit dem eigenen Erziehungsverhalten, angeboten von einem freien Träger der Jugendhilfe, teilzunehmen.
- Nach Durchführung der zunächst vorrangigen Maßnahmen später gemeinsame Gespräche von Mutter und Tochter unter der Moderation eines Mitarbeiters des Jugendamtes zur Klärung der Beziehungssituation und Begleitung der Autonomieentwicklung von Jasmin.
- Besuch einer ausschließlich für Frauen angebotenen abendlichen Informationsveranstaltung der örtlichen Suchtberatung zum Thema Essstörungen.

13.2.3 Älterer jugendlicher Drogenabhängiger – Partydrogen

Dennis, 17 Jahre

Dennis ist das dritte von insgesamt fünf Kindern. Die Geschwister liegen alle altersmäßig rund 18 Monate auseinander. Die Mutter bekam das erste Kind im Alter von 16 Jahren; vom sechsten bis zum 16. Lebensjahr, bis zur Geburt des ersten Kindes, lebte sie in einer Jugendhilfeeinrichtung. Später, bis zu ihrer Heirat mit 17 Jahren (ihre Mutter hatte der Eheschließung zugestimmt), in einem Mutter-Kind-Heim. Die Mutter von Dennis war von ihrem Vater als kleines Kind sexuell missbraucht worden. Der Vater von Dennis ist acht Jahre älter als die Mutter. Er war häufig wochenlang auf Montage und hatte wenig Kontakt zu seinen Kindern. Wenn er von der Montage nach Hause kam wollte er in Ruhe gelassen werden.

Dennis zeigte schon sehr früh ein auffälliges Sozialverhalten. Er bekam regelmäßig Wutausbrüche und zertrümmerte Gegenstände. Kinder aus der Nachbarschaft griff er tätlich an, trat ihnen gezielt in den Bauch und verletzte sie. Als Dennis 10 Jahre alt war erlitt sein Vater einen tödlichen Arbeitsunfall. Seine Mutter erzählte ihm davon erst einige Tage später, nachdem Dennis beiläufig gefragt hatte, wann denn sein Vater wieder nach Hause kommen würde. Auf die Todesnachricht reagierte er nüchtern: "Dann ist das halt so, da kann man nichts machen". Schon die erste Klasse musste Dennis wiederholen, ab der zweiten Klasse besuchte er, trotz durchschnittlicher Intelligenz, die Förderschule für emotionale Entwicklung. Je älter Dennis wurde, desto mehr war seine Mutter mit seiner Erziehung überfordert. Er schwänzte die Schule und beging mehrere Auto- und Ladendiebstähle. Es kam zu verschiedenen Strafanzeigen und der Anordnung von Jugendarresten. Mehrfach wurde Dennis in verschiedenen Kinder- und Jugendpsychiatrien sowie Jugendhilfeeinrichtungen zur Behandlung und Betreuung untergebracht. Der Grund für die häufigen Wechsel: Dennis sei unfähig Regeln einzuhalten und verhalte sich respektlos gegenüber Erwachsenen. Er kehrte dann zunächst immer wieder zu seiner Mutter zurück. Seit seinem 14. Lebensjahr konsumiert Dennis regelmäßig Alkohol, Cannabis und Ecstasy. Alkohol nehme ihm, so sagt er, seine Hemmungen im Umgang mit Mädchen, Cannabis entspanne ihn und nach dem Konsum von Ecstasy empfinde er intensive Glücks-, Gemeinschafts- und Liebesgefühle. Deswegen habe er sich auf der Loveparade so wohl gefühlt, dort treffe er viele Leute, die meisten seien auf Ecstasy und sie seien dann eine große glückliche „Familie“.

Im Verlauf der Zeit hat Dennis Probleme seinen Drogenkonsum zu finanzieren, er begeht verstärkt Kaufhausdiebstähle und Einbrüche. Beim letzten Kaufhausdiebstahl wird er vom Kaufhausdetektiv erwischt und der Polizei übergeben. Er legt bei der Polizei ein Geständnis ab, was sich zwar strafmildernd auswirkt, dennoch wird er aufgrund seines Vorstrafenregisters, der Schwere der Taten und seiner Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren ohne Bewährung verurteilt. Dennis verbüßt seine Strafe im Jugendstrafvollzug.

13 Anhänge

Problembeschreibung

Dennis ist in schwierigen familiären und sozialen Verhältnissen aufgewachsen. Die Eltern haben sich nicht ausreichend um ihn gekümmert und waren mit seiner Erziehung überfordert. Die Behandlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Betreuungsangebote der Jugendhilfe haben Dennis nicht erreicht und sind erfolglos geblieben. Es ist zu vermuten dass Dennis sich nicht aushält und nur bedingt in der Lage ist sich in seinen Affekten zu steuern. Die Suchtmittel „helfen“ ihm ruhiger zu werden, diese geben ihm scheinbar das wonach er sich sehnt. Die Erfahrung der Strafhaft beinhaltet für ihn die Chance über seine bisherige Gestaltung seines Lebens und seine aktuelle Situation clean nachzudenken und sich einzugestehen, dass er nicht in der Lage ist seinen Drogenkonsum willentlich zu steuern.

Interventionsmöglichkeiten

Auf der Ebene von Dennis:

- Dennis wendet sich an die anstaltsinterne Drogenberatung, bittet um Unterstützung und erhält entsprechende Informations- und Beratungsangebote.
- Teilnahme an Informationsveranstaltungen der Fachkliniken zur Behandlung von Drogenabhängigen, die diese zur Vorstellung ihrer Behandlungskonzepte für interessierte Inhaftierte in der JVA durchführen.
- Teilnahme an einer 22-wöchigen Entwöhnungsbehandlung in einer Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation junger Drogenabhängiger mit anschließender 17-wöchiger Adaption in einer Adaptionseinrichtung zur Vorbereitung auf die soziale und berufliche/schulische Wiedereingliederung. Eine Zurückstellung der Strafvollstreckung zugunsten einer Drogentherapie ist auf Antrag unter bestimmten Voraussetzungen auf der Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) möglich.

Auf der Ebene der Mutter:

- Die Mutter erhält zu ihrer Entlastung, Stärkung ihrer Erziehungskompetenz und Stabilisierung der Familie Unterstützung durch die Sozialpädagogische Familienhilfe, bewilligt und vermittelt durch das Jugendamt.

13.2.4 Jugendliche mit lebensbedrohlicher Alkoholintoxikation

Lena, 14 Jahre

Lena besucht die achte Klasse der Städt. Realschule; sie ist eine gute Schülerin. Ihre Eltern sind beide berufstätig. Der Vater, Ingenieur, leitet die Konstruktionsabteilung eines mittelständischen Maschinenbauunternehmens; die Mutter arbeitet halbtags als Krankenschwester in einem ambulanten Pflegedienst. Die Mutter ist sehr bemüht, am frühen Nachmittag, wenn ihre Tochter Lena und deren vier Jahre jüngerer Bruder von der Schule kommen, zuhause zu sein. Die Familie ist in der Siedlung in der sie lebt sehr beliebt und anerkannt. Der Vater engagiert sich als Vorsitzender in einem Schützenverein.

In den letzten Monaten hat sich Lena zunehmend verändert; sie verbringt nach der Schule die meiste Zeit auf ihrem Zimmer, telefoniert und hört Musik oder ist vorwiegend am Abend und an den Wochenenden mit ihrer "Girls-Gang" unterwegs. Mit ihren Eltern spricht sie ab wo sie hingehet und wann sie nach Hause kommt. Auf weitere Fragen zu ihren Aktivitäten reagiert sie ausweichend. Hin und wieder gibt es, wenn sie zu spät nach Hause gekommen ist, Krach mit ihren Eltern. Meistens hält sie sich an die getroffenen Vereinbarungen. Ihre Mutter kritisiert insbesondere ihr grelles Outfit wenn sie mit den Freundinnen unterwegs ist. Die zunehmende Verschlossenheit von Lena führt ihre Mutter auf die Pubertät zurück; sie möchte ihre Tochter vor den Risiken und Gefahren dieser schwierigen Lebensphase schützen und ihr eine Freundin sein. Sie versucht herauszufinden ob Lena bereits einen Freund hat und die Pille benötigt; außerdem warnt sie Lena eindringlich vor dem Konsum von Alkohol und Drogen.

Am Rosenmontag werden die Eltern am Abend vom örtlichen Krankenhaus darüber informiert, dass Lena mit einer lebensbedrohlichen Alkoholintoxikation als Notfall auf die Intensivstation des Krankenhauses aufgenommen worden ist. Lena, die sich mit ihrer Mädchenclique den Rosenmontagszug angucken wollte, hatte erhebliche Mengen Bier, Sekt und verschiedene Spirituosen getrunken und war nicht mehr in der Lage zu sprechen und zu gehen. Eine Freundin, die nicht so viel getrunken hatte, hatte nach längerem Zögern, gegen den Widerstand der anderen Mädchen, die erheblichen Ärger befürchteten, den Rettungswagen gerufen.

Im Krankenhaus macht der behandelnde Arzt Lena und ihre Eltern auf das Gesprächsangebot „Klar – Sicht“ der örtlichen Sucht- und Drogenberatung aufmerksam und händigt diesen einen entsprechenden Informationsflyer aus. Er empfiehlt die vorgelegte Einverständniserklärung zur Weitergabe einfacher persönlicher Daten durch das Krankenhaus an die Suchtberatung zu unterschreiben. Die Eltern, die sehr erschrocken sind, und Lena, die sich schämt, unterschreiben die Erklärung. Das Krankenhaus faxt diese unmittelbar an die Suchtberatung, damit diese kurzfristig, wenn möglich, noch während des Krankenhausaufenthalts von Lena, Kontakt zu ihr und ihren Eltern aufnehmen und ihnen Unterstützung anbieten kann.

13 Anhänge

Problembeschreibung

Lena scheint in einer intakten Familie aufzuwachsen. Die Kommunikation zwischen den fürsorglichen Eltern und ihrer Tochter ist erloschen; das Verhalten der zur Überversorgung neigenden Mutter könnte die Verslossenheit von Lena verstärken.

Unter dem Eindruck der Situation entschließen sich die Eltern, sich gemeinsam mit der Krise ihrer Tochter/ihrer Familie auseinanderzusetzen und kurzfristig das Angebot professioneller Hilfe anzunehmen. Lena hat mir ihrer Unterschrift einer Kontaktaufnahme durch die Drogenberatungsstelle zugestimmt.

Interventionsmöglichkeiten

Auf der Ebene von Lena:

- Die Sucht- und Drogenberatung nimmt Kontakt zu Lena und ihren Eltern auf und vereinbart kurzfristig ein gemeinsames Gespräch in der Suchtberatung. Inhalt dieses Gesprächs soll die Klärung der Hintergründe der Alkoholintoxikation, die Vermittlung von ersten Informationen zum Thema Alkohol und die Vorstellung möglicher weiterer Hilfen sein.
- Teilnahme an einem acht Einheiten umfassenden Gruppenangebot für Jugendliche zu den Themen Alkohol, Drogen und Sucht, entwickelt und durchgeführt in Kooperation von Suchtberatung und Jugendamt.

Auf der Ebene der Eltern:

- Eltern informieren sich in der Beratungsstelle umfassend über das Thema des problematischen Alkoholkonsums von Jugendlichen.
- Teilnahme an einem sechs Abende umfassenden Elterntaining „Hilfe – mein Kind pubertiert“, welches im Rahmen des Projekts: „Eltern aktiv – pro aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe und im Jugendschutz“ von der örtlichen Suchtberatung in Zusammenarbeit mit der Erziehungsberatungsstelle und dem Jugendamt angeboten und durchgeführt wird.

13.2.5 Onlinesüchtiger Jugendlicher

Max, 17 Jahre

Max, 17 Jahre alt, besucht das Städt. Gymnasium in der 11. Klasse. Sein Ziel im nächsten Jahr im Rahmen von G 8 das Abitur zu machen scheint in weite Ferne gerückt.

Er ist das einzige Kind seiner Eltern; diese waren überaus glücklich als nach vielen Jahren der Kinderlosigkeit es ihnen mit intensiver medizinischer Hilfe gelungen ist schwanger zu werden und endlich ihr lang ersehntes Wunschkind, ein Sohn, zur Welt kam. Der Vater von Max war bei seiner Geburt 37 Jahre alt, seine Mutter 35 Jahre. Die Eltern lesen Max alle Wünsche von den Augen ab und kaufen ihm die gewünschte Computertechnik. Derzeit besitzt er zwei Computer, ein Notebook, i-pad, i-phone – das komplette elektronische Equipment, wie es sich viele Gleichaltrige erträumen.

Im Alter von 13 Jahren ist das Interesse von Max für Computer und Computerspiele entstanden. Zunächst teilte er sein Interesse mit seinen Klassenkameraden zu denen er zunehmend, als er nur noch Gewalt orientierte Spiele spielen wollte, den Kontakt verlor. Seit 15 Monaten verbringt er, bei steigender Tendenz, jede freie Minute am Computer. Er ist bis spät in der Nacht im Internet unterwegs und schwänzt häufig die Schule. Bei seiner Handballmannschaft ist er schon lange nicht mehr gewesen. Seine schulischen Leistungen lassen weiter nach, Kontakte zu Freunden bestehen kaum noch und er legt auch keinen Wert mehr auf ein gepflegtes Äußeres. Die Mahlzeiten, die ihm seine Mutter hinstellt rührt er meisten kaum an. Max leidet unter Schlafstörungen, hat manchmal Schweißausbrüche und ist oft niedergeschlagen und gereizt, wenn er nicht spielen kann. Obwohl er sich, auch auf Drängen seiner Eltern, häufig vornimmt aufzuhören, gelingt ihm das nicht. In der Schule denkt er nur ans Internet und seine Computerspiele. Um das ersehnte und häufig erlebte Gefühl der Belohnung und Befriedigung zu erreichen muss er immer länger spielen. In der virtuellen Welt fühle er sich, wie er sagt, stark; dort sei er ein Held.

Die Eltern erreichen Max nicht mehr und sind sehr besorgt. Alle Versuche den Computerkonsum durch Absprachen zu begrenzen oder durch Wegnahme der Geräte ganz zu unterbinden, wie auch der Hinweis auf den Verlust seiner Freunde haben nichts gebracht.

Die Mutter nimmt Kontakt zum Jugendamt auf, dieses vermittelt sie zu einem Informations- und Beratungsgespräch in die Elternsprechstunde der Sucht- und Drogenberatung. Nach zwei Gesprächen erkennen die Eltern, dass ihr Sohn auf dem Weg ist onlinesüchtig zu werden und nicht ausgeschlossen werden kann, dass er bereits abhängig ist.

Problembeschreibung

Max ist als einziges Kind seiner Eltern von diesen sehr verwöhnt worden; Grenzen hat er kaum erfahren. Während der Pubertät hat er sich zunehmend aus der realen Welt in die virtuelle Welt des Internets zurückgezogen. Sein

13 Anhänge

Umgang mit dem Computer/Internet ist hoch problematisch und weist die klassischen Merkmale einer Abhängigkeitserkrankung, vergleichbar mit einer stoffgebundenen Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Medikamente) auf. Max benötigt um sich aus der Abhängigkeit lösen und ein angemessenes Nutzerverhalten entwickeln zu können, dringend professionelle Hilfe. Seine Eltern, die sich mit der Situation überfordert fühlen, nehmen diese bereits in Anspruch.

Interventionsmöglichkeiten

Auf der Ebene von Max:

- Eltern motivieren Max die Sucht- und Drogenberatung aufzusuchen.
- Beratung und Information in der Sprechstunde „Netzwerk“ der Sucht- und Drogenberatung. Klärung der Situation und Vermittlung in weitere Hilfen, z.B. ambulante Beratung, ambulante oder stationäre Psychotherapie.
- Angebot der Teilnahme an einer ambulanten Therapie, bestehend aus Einzel- und Gruppensitzungen. In der Einzeltherapie steht die differenzierte Klärung der Suchtentwicklung im Vordergrund (auslösende Faktoren, aufrechterhaltende Bedingungen, begleitende psychische Störungen); in der Gruppentherapie die Aufnahme von Beziehungen und die Vermittlung der Erfahrung, dass die Jugendlichen mit ihrem Problem nicht allein sind. Das Behandlungsprogramm wird von der Sucht- und Drogenberatung in Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Suchtmediziner/Psychiater durchgeführt.

Auf der Ebene der Eltern:

- Nach ausführlichen Beratungs-, Therapie- und Informationsgesprächen in der Suchtberatung nehmen die Eltern am Elternkreis, einer Gemeinschaft von Eltern abhängigkeitskranker Kinder, teil.

13.2.6 Kriminelle Jugendbande

Abdul, 16 Jahre.

Abdul ist das letzte von insgesamt vier Kindern. Er ist der einzige Junge. Seine Eltern stammen aus Kurdistan und sind aus politischen Gründen nach Deutschland geflohen. Abdul ist das einzige Kind, das in Deutschland geboren wurde. Seine Eltern lieben ihn sehr. Als er drei Jahre alt ist, fängt seine Mutter an zu arbeiten. Tagsüber sind seine Schwestern für ihn zuständig, da sein Vater ebenfalls arbeitet. Das Geld, das seine Mutter verdient, wird hauptsächlich für Spielzeug und Kleidung von Abdul ausgegeben. Abdul ist ein charmantes und beliebtes Kind. Im Alter von 8 schließt er sich einer Clique von 10 bis 12-Jährigen an. Er entwickelt sich trotz des jüngeren Alters schnell zu ihrem Anführer. Sie stehlen Mofas und unternehmen kleinere Diebstähle. Im Alter von 11 Jahren unternimmt er mit seiner Clique einen Raubüberfall. Abdul wird daraufhin für sechs Monate in eine geschlossene Jugendhilfeeinrichtung vermittelt. Ihm gelingt es, durch sein charmantes Auftreten und seine Intelligenz, die Erzieher, das Jugendamt und die Eltern davon zu überzeugen, dass er nach Hause zurückkehren kann. Dort schließt er sich erneut einer Clique mit 14 bis 16-Jährigen an. Da seine körperliche Pubertät bereits im Alter von 12 Jahren einsetzt, fällt er dort äußerlich nicht als jünger auf.

Die Eskalation:

Mit 14 entdeckt er für sich das Drogengeschäft. Er führt auch seine Clique ein, und es gelingt ihm schnell, ein Netz von Drogendealern und Drogenkonsumenten aufzubauen. Das mit Drogen verdiente Geld gibt er direkt für Kleidung (weiße Nike-Markenkleidung) und Schmuck (Goldketten, Ohrringe mit Steinen besetzt) aus. Mit 15 Jahren beginnt er selbst Heroin und Kokain zu konsumieren und wird schnell abhängig. Sein bisheriger „zweiter Mann“ in der Clique versucht daher, nun die Führung der Clique zu übernehmen. Im Kokainrausch nimmt Abdul ein Messer und verletzt diesen Mann schwer.

Maßnahme:

Abdul wird zu einer 7-jährigen Jugendstrafe verurteilt.

Literatur

Prävention:

- Arnold, Helmut/ Schille, Hans Joachim (Hrsg.) u.a. (2002): Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder- Handlungskonzepte- Praxisschritte, Juventa Verlag, München
- Kim, Ju- Ill (2003): Drogenkonsum von Jugendlichen und suchtpreventive Arbeit. Akzeptierende Drogenerziehung als Alternative. IKO- Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt a. M.
- Rhan, Lina und Rhan, Ulla: Lieber high als stinknormal – Ein Buch über Drogen. Kösel-Verlag, München 2001, 3. Auflage, ISBN 3-466-30563-2
- Regnitz, Johannes: Cool ohne Alk. GD-Verlag, Berlin 2008, ISBN 978-3-941045-04-0
- Kaufmann, Heinz: Suchtvorbeugung in Schule und Jugendarbeit. Ein Arbeitsbuch mit 111 Übungen und Anregungen Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 2001, ISBN 3-407-22099-5
- Irene Heise: Hättet ihr nur Zeit gehabt. Mangel an Zuwendung als Quelle für Suchtverhalten, Kriminalisierung und Scheitern in der Ehe. Praktisches Beispiel einer Empathischen Problemanalyse. 2.Aufl. 2005. ISBN 3-9500649-3-1
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg): Evaluierte Programme der Suchtprävention in Deutschland, Programme, Projekte und Maßnahmen. Februar 2010. Hamm

Kinder und Jugendliche/Suchtmittelkonsum/Psychodiagnostik

- Albert Adam, Monique Peters: Störungen der Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Kohlhammer Verlag, 2003, ISBN3-17-017533-5
- Frank Dammasch/Hein-Geert Metzger, Martin Teising (Hrsg): Männliche Identität. Brandes & Apsel, 2009, ISBN 978-3-86099-598-3
- Helmut Remschmidt/Martin Schneider/Fritz Poustka (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 und DSM IV, Verlag Hans Huber, 2002, ISBN 3-456-83516-7

- Walter Farke, Hildegard Graß, Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen, Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis. Thieme Verlag, 2002, ISBN: 3-13-130611-4
- Mark Fischer/Ute Antonia Lammel: Jugend und Sucht, Analysen und Auswege. Verlag >> Barbara Burdich, Schriftenreihe der Katho NRW, 2009, ISBN 978-3-938094-72-9
- Barbara Burdich: Schriftenreihe der Katho NRW, 2009, ISBN 978-3-938094-72-9
- Oerter/Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Beltzverlag, 2002, ISBN 3-621-27479-0
- Rainer Thomasius, Udo J. Küstner (Hrsg.). Familie und Sucht, Grundlagen - Therapiepraxis – Prävention. Handbuch für professionelle Helfer aus den Bereichen Soziales, Medizin, Psychologie, Pädagogik. Verlag Schattauer.
- Rainer Thomasius, Michael Schulte-Markwort, Udo J. Küstner, Peter Riedesser (Hrsg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Handbuch für professionelle Helfer aus den Bereichen Soziales, Medizin, Psychologie, Pädagogik. Verlag Schattauer
- Jörg Fengler (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Hüthig Jehle Rehm, 2002. ISBN 3609519800.
- Irmgard Vogt: Beratung von süchtigen Frauen und Männern: Grundlagen und Praxis. Beltz, 2004. ISBN 3407221606.
- Holger Thiel, Markus Jensen, Siegfried Traxler: Psychiatrie für Pflegeberufe. Elsevier, Urban&Fischer, 2006. ISBN 3437265512.

Essstörungen:

- Brumberg, J.J. Todehungler: Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute. Frankfurt: Campus Verlag, 1994
- Cuntz, U. & Hillert: A. Essstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien. München: Beck. 1998
- Esther Biedert: Essstörungen. (Ernst-Reinhardt-Verlag). 2008,

Literatur

- Laessle, R. G. et al.: Familiäre Einflussfaktoren für den Essstil übergewichtiger Kinder. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2., 2001
- Janssen, P.L., Senf, W. & Meermann, R. (Hrsg.): Klinik der Essstörungen. Magersucht und Bulimie. Stuttgart. Fischer Verlag, 1997
- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart: Thieme Verlag, 1997.
- Vandereycken, W., van Deth & Meermann, R. Hungerkünstler, Fastenwunder: Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Essstörungen. Zülpich: Biermann, 1990

Suchtkranke Familien

- Petra Bartoli y Eckert: Meine Mutter säuft doch nicht! Literaturkartei, Arbeitsmaterialien, geeignet für Schüler der Jahrgangsstufen 7-10. Verlag an der Ruhr
- Dominik Bernet: Der große Durst, Roman für Jugendliche. Cosmos Verlag,
- Maria Blazejovsky, Bettina Göschl, Klaus-Peter Wolf: Der Schal, der immer länger wurde. Ein Bilderbuch für Kinder: Annette-Betz-Verlag Wien, ISBN 3-2191-1221-8,
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Bitte, hör auf! Ein Bilderbuch für Kinder. Download als PDF-Datei
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Voll normal. Ein Bilderbuch für Jugendliche. Download als PDF-Datei
- Mikael Engström: Ihr kriegt mich nicht, Roman für Jugendliche. Carl Hanser Verlag
- Hanna Grubhofer, Bärbl Weingartshofer: Fluffi, Bilderbuch für Kinder von 5-8 Jahren. Eigenverlag NACOA Deutschland.
- Schirin Homeier, Andreas Schrappe: Flaschenpost nach irgendwo, Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern. Mabuse Verlag.

- Sylvie Kohl, Carolin Ina Schröter: Sorgen um Mama, Ein Kinderbuch zum Thema Sucht in der Familie. Turmhut Verlag.
- Sylvie Kohl, Carolin Ina Schröter: Warum tut Papa das? Ein Kinderbuch zum Thema Sucht in der Familie für Kinder ab 9 Jahren. Turmhut Verlag.
- Cornelia Teske, Klaus Maria Knichel: Leon findet seinen Weg, Ein Bilderbuch für Kinder mit Handlungsleitfaden für pädagogische Fachkräfte. Zu bestellen bei: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Büro für Suchtprävention, Hölderlinstraße 8 55131 Mainz , Tel.: 06131/2069-0, Fax: 06131/2069-69, Preis: 4,50 EUR (außerhalb von Rheinland-Pfalz)

Selbsthilfebücher und Ratgeber

- Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Der Mut, ich selbst zu sein. Eine Anleitung für Jugendliche, mithilfe des Alateen-Programms von den Folgen des Alkoholismus in der Familie zu genesen. Zu bestellen bei: Al-Anon Familiengruppen, Zentrales Dienstbüro, Emilienstraße 4, 45128 Essen.
- Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Hoffnung für Heute Meditationsbuch für erwachsene Kinder alkoholkranker Eltern. Texte für jeden Tag des Jahres. Zu bestellen bei: Al-Anon Familiengruppen, Zentrales Dienstbüro, Emilienstraße 4, 45128 Essen.
- Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Im Heute leben. Meditationsbuch für Jugendliche aus alkoholkranken Familien. Texte für jeden Tag des Jahres. Zu bestellen bei: Al-Anon Familiengruppen
- Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Inventur im Vierten Schritt für Alateens. Ein Arbeitsbuch für Kinder und Jugendliche mit vielen Comics. Auch geeignet als Arbeitsmaterial für Pädagog/innen, die Kinder aus Suchtfamilien unterstützen wollen. Zu bestellen bei: Al-Anon Familiengruppen, Zentrales Dienstbüro, Emilienstraße 4, 45128 Essen.
- Al-Anon Familiengruppen (Hrsg.): Vom Überleben zur Genesung - Aufgewachsen in einer alkoholkranken Familie. Erfahrungsberichte von erwachsenen Kindern aus alkoholkranken Familien.
- Sylvia Berke: Familienproblem Alkohol. Wie Angehörige helfen können. Ratgeber für den Ausweg aus Sucht und Co-Abhängigkeit, Neuland Verlag,

Literatur

- Ben Furmann: Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben. Verlag Modernes Lernen.
- Ursula Lambrou: Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Beschreibung des Systems Suchtfamilie und der Auswirkungen auf Kinder sowie ihrer Genesungsmöglichkeiten, mit vielen persönlichen Berichten. Rowohlt Taschenbuch,
- Karl Lask: Wir brechen das Schweigen - Kinder von Alkoholabhängigen wecken Hoffnung. Erfahrungsberichte von erwachsenen Kindern aus alkoholkranken Familien. Blaukreuz-Verlag,
- Reinhold Ruthe, Peter Glöckl: Alkohol in Ehe und Familie. Was die Familie tun kann. Ratgeber für Suchtfamilien. Blaukreuz-Verlag.
- Janet G. Woititz: Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. Analyse der Auswirkungen von Alkoholismus in der Familie auf Kinder und die Folgen im Erwachsenenalter sowie Perspektiven der Genesung. Kösel Verlag.
- Janet G. Woititz: Sehnsucht nach Liebe und Geborgenheit. Wie erwachsene Kinder von Suchtkranken Nähe zulassen können. Beziehungsratgeber für erwachsene Kinder aus Suchtfamilien. Kösel Verlag.
- Martin Zobel (Hrsg.): Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Ratgeber für betroffene Jugendliche und junge Erwachsene. BALANCE buch + medien verlag.

Fachbücher

- Ingrid Arenz-Greiving: Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken. Grundlegende Einführung in die Problematik von Kindern aus Suchtfamilien. Blaukreuz-Verlag Wuppertal.
- Ingrid Arenz-Greiving, Helga Dilger (Hrsg.): Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis, Fachbuch für Therapeuten und andere professionelle Helfer. Lambertus Verlag.
- Waltraut Barnowski-Geiser: Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprache bringen, was Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt. Affenkönig Verlag.

- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (Hrsg.): Spielraum für Kinder aus suchtblasteten Familien. Psychodramatische Gruppenarbeit mit Kindern. Edition Zweihorn.
- Theresa Ehrenfried, Christa Heinzelmann, Jürgen Kähni, Reinhardt Mayer: Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. Praxisbuch über eine präventiv-orientierte Gruppenarbeit für Kinder aus Suchtfamilien.
- Klaus Hinze, Annemarie Jost (Hrsg.): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe. Erfahrungen zum Thema Kinder aus Suchtfamilien aus der Sicht der Jugendhilfe. Zahlen, Ansätze zur Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe. Lambertus-Verlag
- Klein, Michael (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren, Risiken - Prävention – Hilfen. Handbuch für professionelle Helfer aus den Bereichen Soziales, Medizin, Psychologie, Pädagogik. Verlag Schattauer,
- Kinderschutzzentrum Berlin: Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. Fuldaer Verlagsgesellschaft, 2009. ISBN 978-3-00-026625-6
- Lindemann, Frank (Hrsg.): Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Lebensgemeinschaften. Bericht über ein Projekt der Guttempler, Anregungen Gruppenarbeit, Beratungsgespräche und Seminare. Neuland-Verlag.
- Reinhardt Mayer (Hrsg.): Wirklich?! – Niemals Alkohol?! Problemskizzierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker.
- Robert J. Meyers, Jane Ellen Smith: Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Psychiatrie-Verlag.
- Ninja Moring: Kinder suchtkranker Eltern. Bestandsaufnahme und sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten. VDM Verlag Dr. Müller.
- Marita Ripke: "...ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig". Eine qualitative Studie über Töchter alkoholkranker Eltern. Psychosozial-Verlag.
- Eckhard Schiffer: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen. Beltz Taschenbuch.
- Ruthard Stachowske (Hrsg.): Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien, Asanger Verlag.

Literatur

- Martin Zobel (Hrsg.): Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Fachbuch für Therapeuten und andere professionelle Helfer. Psychiatrie-Verlag
- Martin Zobel: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Fachbuch für Therapeuten und andere professionelle Helfer. Hogrefe-Verlag.

Co-Abhängigkeit:

- Monika Rennert: Co - Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet, Lambertus-Verlag. Auflage: 2. Auflage (1990), ISBN 3-7841-0443-6
- Pia Mellody , Andrea Wells Miller, J. K. Miller: Verstrickt in die Probleme anderer. Über Entstehung und Auswirkung von Co-Abhängigkeit. Kösel, Auflage (1991) ISBN 3-466-30309-5
- Reinhold ABfalg: Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co - Abhängigkeit, Neuland. Geesthach, 5. überarb. Auflage (2006), ISBN 3-87581-251-4