
Jugend und Sucht

Handlungsprogramm
für die Stadt Osnabrück

2002

Dieses Handlungsprogramm wurde im Rahmen der AG Jugend und Sucht erstellt. Dieser gehörten an:

Stadt Osnabrück, Herr Weber, Vorsitz

Aidshilfe, Frau Kroninger
Arbeiterwohlfahrt, Herr Hülsmann
Caritasverband, Frau Lackner (zeitweilig),
Herr Tönsing

Diakonisches Werk, Herr Haake
Haus Neuer Kamp, Frau Dr. Matzke
Nieders. Landeskrankenhaus, Herr Dr.
Schwichtenberg

Stadt Osnabrück, Herr Stadtrat Sliwka,
Herr Kunze, Herr Tolsdorf, Herr Rudolph
(Geschäftsführung), Herr Weisleder
(zeitweilig), Herr Wesseler

Der Bericht wurde zusammengestellt und redaktionell überarbeitet von Frau Holterhoff, Studentin des Faches Journalistik

Jugend und Sucht

Problemabschätzung und Handlungsempfehlung für die Stadt Osnabrück

| | | |
|------------|--|-----------|
| 0. | Vorbemerkung | 1 |
| 1. | Auftrag | 1 |
| 2. | Problembeschreibung | 2 |
| 2.1 | Sucht und Suchtstoffe | 2 |
| 2.1.1 | Was ist eigentlich Sucht ? | 2 |
| 2.1.2 | Die einzelnen Suchtstoffe | 4 |
| 2.1.2.1 | Tabak | 6 |
| 2.1.2.2 | Alkohol | 9 |
| 2.1.2.3 | Medikamente | 12 |
| 2.1.2.4 | Spielsüchte | 14 |
| 2.1.2.5 | Essstörungen | 17 |
| 2.1.2.6 | Biogene Drogen | 19 |
| 2.1.2.7 | Synthetische Drogen | 20 |
| 2.1.2.8 | Cannabis: Haschisch/Marihuana | 25 |
| 2.1.2.9 | Kokain | 27 |
| 2.1.2.10 | Heroin | 28 |
| 2.1.2.11 | Polytoxikomanie | 31 |
| 2.1.2.12 | Substitution | 31 |
| 2.2 | Geschlechterspezifische Unterschiede | 32 |
| 2.3 | Sucht und Delinquenz | 34 |
| 2.3.1 | Theoretische Überlegungen zu Zusammenhängen | 34 |
| 2.3.2 | Zusammenhänge zwischen Sucht und Delinquenz | 39 |
| 2.3.2.1 | Zusammenhänge zwischen Alkohol und Straftaten | 39 |
| 2.3.2.2 | Zusammenhänge zwischen Drogen und Kriminalität | 40 |
| 2.4 | Sucht und Straße | 50 |
| 2.5 | Gesundheitliche Situation | 51 |
| 2.6 | Besonderheiten spezifischer Bevölkerungsgruppen | 52 |
| 2.7 | Drogen und Sexualität | 56 |
| 2.7.1 | Rauschwirkung bzw. mögliche Risiken verschiedener Drogen | 57 |
| 2.7.2 | Drogen und Homosexualität | 59 |
| 2.8 | Jugend und Sucht - Eine zusammenf. Einschätzung | 59 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 3. | Angebote in Osnabrück | 62 |
| 3.1 | Allgemeine Angebote | 62 |
| 3.1.1 | Ambulante Angebote | 62 |
| 3.1.2 | Stationäre und teilstationäre Angebote | 64 |
| 3.1.3 | Komplementäre Angebote | 64 |
| 3.2 | Jugendsspezifische Suchthilfeangebote in Osnabrück | 65 |
| 3.3 | Die Betreuungssituation in Osnabrück | 69 |
| 3.3.1 | Betreute junge Menschen mit Suchtproblemen in Osnabrück | 69 |
| 3.3.2 | Formen der Betreuung | 71 |
| 3.3.3 | Die Entwicklung in Osnabrück | 71 |
| 4. | Die Hilfesysteme „Jugendhilfe“ und „Suchtkrankenhilfe“ und ihre Arbeitsweise | 73 |
| 4.1 | Handlungsmaximen und grundsätzliche methodische Aussagen im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe | 74 |
| 4.1.1 | Grundsätzliches | 74 |
| 4.1.2 | Strukturmaximen der Kinder- und Jugendhilfe | 76 |
| 4.1.3 | Ziele der Arbeit mit süchtigen Jugendlichen | 76 |
| 4.1.4 | Methodische Besonderheiten | 77 |
| 4.1.5 | Zusammenarbeit mit der Suchthilfe | 77 |
| 4.2 | Handlungsmaximen und grundsätzliche methodische Aussagen im Kontext der Suchtkrankenhilfe | 78 |
| 4.2.1 | Grundsätzliches | 78 |
| 4.2.2 | Zielgruppe | 78 |
| 4.2.3 | Ziele und Aufgaben | 79 |
| 4.2.4 | Grundprinzipien der Hilfe | 79 |
| 4.2.5 | Die Versorgungsstrukturen | 81 |
| 4.2.5.1 | Selbsthilfe | 81 |
| 4.2.5.2 | Professionelle Hilfeformen | 82 |
| 4.2.5.2.1 | Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention | 82 |
| 4.2.5.2.2 | Niedrigschwellige Hilfe und Schadenreduzierung | 83 |
| 4.2.5.2.3 | Ausstiegshilfen und Therapie | 83 |
| 4.3 | Ansatzpunkte für eine Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe in Osnabrück | 84 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 5. | Zuständigkeiten | 86 |
| 5.1 | Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen | 86 |
| 5.2 | Zuständigkeiten der Leistungsträger | 86 |
| 5.3 | Vorrangige Träger von Maßnahmen | 87 |
| 5.3.1 | Gesetzliche Krankenversicherung | 87 |
| 5.3.2 | Gesetzliche Rentenversicherung | 91 |
| 6. | Handlungsbedarfe | 92 |
| 6.1 | Die Ergebnisse im Überblick | 92 |
| 6.2 | Erläuterungen der einzelnen Vorschläge | 94 |
| 7. | Quellenverzeichnis | 99 |
| | Anlagen | 102 |
| Anlage 1 | Ergebnisse eines Ideenwettbewerbes | 102 |
| Anlage 2 | Konzept: Kontaktstelle für suchtgefährdete Jugendliche | 110 |

0. Vorbemerkung

Bereits seit Jahren findet in der Öffentlichkeit eine Sensibilisierung für das Thema Jugend und Sucht statt. Zunehmend wurde und wird bewusst, dass das Problem von Drogen und Sucht nicht länger als Problem älterer KonsumentInnen begriffen werden kann, sondern dass es ein Jugendproblem erster Kategorie ist. Zwar gibt es in der öffentlichen Diskussion eine Neigung zur spektakulären Behandlung des Themas und in der Folge davon eine sich wiederholende Hinwendung zu bestimmten Suchtstoffen (z. B. Ecstasy) bei gleichzeitiger Vernachlässigung anderer (z. B. Tabak oder Alkohol), insgesamt aber ist die öffentliche Aufmerksamkeit gewachsen.

Die global wirkenden Ursachen für diese Entwicklung sind schnell benannt. In erster Linie ist hier wohl erneut die Entstrukturierung der Lebenswelt junger Menschen zu nennen, die gekoppelt mit sozialen Problemen und Problemen des Arbeitsmarktes Jugendliche förmlich nach Halt schreien lassen. Ob Suchtstoffe diesen Halt tatsächlich geben, muss nicht erörtert werden, aber in der konkreten Situation junger Menschen scheint der Konsum von Suchtstoffen zumindest als hilfreich empfunden zu werden. Anstelle eines Naserümpfens über diese Formen der „Selbsttherapie“ müssten sich Verantwortliche in Verwaltung und Politik sowie die helfenden Institutionen die Frage stellen, wieso eine jugendspezifische Infrastruktur entweder nur unzureichend vorgehalten oder von den Jugendlichen nicht angenommen wird.

Es wäre übertrieben, wenn man dem hiermit vorgelegten Handlungskonzept die Rolle eines grundsätzlichen Systemwechsels zuschreiben wollte. Viel zu kompliziert sind die einzelnen Mechanismen, um glauben zu lassen, dass ein Papier hier zu solchen Veränderungen ausreichte. Aber hier werden Wege aufgezeigt, die zumindest zu neuen Versuchen ermutigen. Vielleicht als epochal muss dabei eingeschätzt werden, dass Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe den Weg zueinander gefunden haben und dabei sind, sich gegenseitig ergänzende und verstärkende Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben. Dies ist nicht nur für Osnabrück beachtenswert.

1. Auftrag

Bereits am 02.03.2000 hat sich der Jugendhilfeausschuss der Stadt Osnabrück intensiv mit der Frage der wachsenden Drogengefahr bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschäftigt. Er hatte damals Fachleute der Suchtkrankenhilfe und die Verwaltung befragt, konnte aber in der Folge noch zu keinem klaren Bild des Umfangs der Gefährdung sowie der erforderlichen Maßnahmen kommen.

Dies sollte durch eine gemeinsame Sitzung des Sozial- und Gesundheitsausschusses und des Jugendhilfeausschusses am 11.01.2001 geändert werden. Zum Tagesordnungspunkt „Maßnahmen gegen den Drogenkonsum in der Stadt Osnabrück“ waren erneut die Träger der Suchtkrankenhilfe und darüber hinaus auch die Polizei und andere Akteure im Randbe-

reich der Suchtkrankenhilfe eingeladen worden. Die Sitzung selber wurde dann allerdings wegen der Aktualität des Themas stark durch die Erörterung der Frage der Einrichtung eines Drogenkonsumraumes dominiert. Für das Thema Jugend und Sucht ist der Drogenkonsumraum belanglos, sodass das eigentliche Thema der gemeinsamen Sitzung nicht tiefer erörtert wurde. Allerdings erging von dieser Sitzung noch ein Auftrag an die Verwaltung, in einer Arbeitsgruppe mit den Trägern der Suchtkrankenhilfe sowie den betroffenen Trägern der Jugendhilfe das Thema aufzuarbeiten und zu einem späteren Zeitpunkt Handlungsempfehlungen an die zuständigen Selbstverwaltungsgremien auszusprechen.

Die Arbeitsgruppe, die am 05.03.2001 ihre Arbeit aufnahm, hat den Auftrag selber konkretisieren müssen. Folgende Gesichtspunkte wurden hierbei berücksichtigt:

- Erstellung eines grundsätzlichen Papiers, welches die Situation in Osnabrück relativ klar ausleuchten soll. Dabei soll es weniger um eine wissenschaftliche Erhebung, als vielmehr um eine praxisbezogene Bestandsaufnahme gehen.
- Keine Unterscheidung in wichtige und unwichtige Suchtformen, sondern Interpretation derselben als gesellschaftliche und individuelle Probleme und Fehlhaltungen. Insofern sind alle diese Suchtformen auch im Handlungsprogramm zu berücksichtigen.
- Keine Unterscheidung in stoffgebundene und stoffungebundene Suchtformen. Vielmehr sind die Spezifika - etwa im Hinblick auf die jeweiligen Betroffenenengruppen - deutlich herauszuarbeiten.

2. Problembeschreibung

2.1 Sucht und Suchtstoffe

2.1.1 Was ist eigentlich Sucht?

Sucht ist ein komplexes Phänomen, welches sich nicht auf die Wirkung einzelner Suchtstoffe reduzieren lässt. In der folgenden Definition von Sucht kommt diese Komplexität gut zum Ausdruck:

Sucht äußert sich meist als Giftsucht (Toxikomanie). Diese ist immer von Intoxikation (Vergiftung) begleitet. Demnach ist bei stoffgebundenen Suchtformen immer nach drei Komponenten zu fragen:

- Nach der individuellen Grundstörung, die eine Suchtentwicklung einleitete (chronische Schmerzzustände, bestimmte Konfliktsituationen)
- Nach den psychopathologischen Folgen der Suchtmittelinnahme (toxisch bedingte Veränderungen der Kritikfähigkeit oder des Gedächtnisses)
- Nach dem Grad der Suchthaltung dem Leben gegenüber, also der Süchtigkeit, die eine psychologische Eigengesetzlichkeit besitzt und stoffunabhängig ist

„Sucht ist in erster Linie ein psychisches Problem, mit in der Regel bald auftretenden sekundären, körperlichen und sozialen Folgen. Sucht ist gekennzeichnet durch einen eigengesetzlichen Ablauf und durch den fortschreitenden Verlust freier Verhandlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Verhalten. Sucht liegt dann vor, wenn eine prozesshafte Abfolge in sich gebundener Handlungen kritisch geprüfte, sorgfältige und folgerichtig gesteuerte Handlungsabläufe ersetzt. Sucht ist stets Krankheit.“ (siehe Q1)

Das eigentliche Suchtverhalten wird wie folgt beschrieben:

"Sucht ist ein unabweichbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums" (siehe Q2)

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zitiert eine Suchtdefinition der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1957, die von einem deutlich erweiterten Verständnis von Sucht ausgeht.

„Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch 4 Kriterien:

- *unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels*
- *Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung)*
- *psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge*
- *Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft."*

Nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation gilt jede Substanz als Droge, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag. Dieser erweiterte Drogenbegriff bezieht sich auch auf Alltagsdrogen, wie z. B. Kaffee und Tee, und grenzt Drogen einerseits sowie Genuss- und "Lebens"mittel andererseits nicht mehr trennscharf voneinander ab. (siehe Q3)

"Sucht zeigt sich als latente Suchthaltung und als manifestes süchtiges Verhalten. Süchtiges Verhalten mit Krankheitswert liegt vor, wenn dieses nicht mehr angesichts einer Flucht- oder Unwohlsituation eintritt, sondern zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird, das sich selbst organisiert hat und sich rücksichtslos beständig zu verwirklichen sucht. Suchthaltungen als Folgen von mangelndem Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühlen, von Verantwortungsscheu und Problemangst werden meist in Kindheit und Jugend erlernt.

Ursachen entstehender Suchthaltungen können darin liegen, dass Heranwachsenden wenig Möglichkeiten eingeräumt werden, ihre Identität in Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zu entwickeln, weil ihnen von Eltern, Lehrern und Ausbildern zu viel erspart und abgenommen oder zu viel zugemutet worden ist. Vorbildwirkungen sowie bewusste und unbewusste Identifikationswünsche von Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwach-

senen können außerdem eine große Rolle bei der Entstehung von Suchthaltungen spielen. Wenn sich die Tendenzen zu Ausweichverhalten und Ersatzhandlungen dauerhaft verfestigen, kann aus Suchthaltungen manifest süchtiges Verhalten werden – besonders bei außergewöhnlichen Belastungen und Konflikten, wie z. B. Schulversagen, Außenseiterstellung in der Schulklasse, Jugendarbeitslosigkeit, Bruch mit Freund oder Freundin." (siehe Q4)

Psychodynamik der Suchtentwicklung

Insbesondere bei dem jugendlichen Alkoholismus, aber auch bei Abhängigkeit von anderen Suchtstoffen, zeigt sich eine hohe Korrelation zu einer Alkoholabhängigkeit in der Herkunftsfamilie, beispielsweise der Eltern oder der Geschwister. Dies belegen auch die neueren Forschungsergebnisse, die insbesondere beim Alkoholismus von einer Disposition ausgehen. Auch ein geringer sozialer Status mit einer schlechten Schul- oder Berufsperspektive gilt als Risikofaktor für eine Suchtentwicklung im jugendlichen Alter. In dieser Zeit werden viele Jugendliche mit Suchtmitteln herumprobieren und dabei auf die Suchtmittel zurückgreifen, die ihnen vertraut sind. Wenn sie in ihrer Kindheit wenig Möglichkeiten erfahren haben, anstehende Konflikte und Probleme zu bearbeiten oder zu lösen, bleiben sie an diesem Punkt ihrer Entwicklung stehen bzw. verschleppt sich diese. Sie benutzen Alkohol, um sich erwachsener zu fühlen, sich wegzudrücken oder nicht mehr denken zu müssen. Jugendliche Alkoholabhängige neigen dazu, auf Drogen umzusteigen bzw. Suchtmittel irgendwann wahllos zu konsumieren. So mündet die Suche nach Selbstverwirklichung und Akzeptanz in der gleichaltrigen Clique häufig in der Sackgasse der Alkoholabhängigkeit, da der jugendliche Organismus durch die toxische Wirkung des Alkohols weit mehr geschädigt wird, wie vergleichsweise der eines Erwachsenen. Von daher verkürzt sich die Zeit bis zur Toleranzentwicklung und Abhängigkeit.

2.1.2 Die einzelnen Suchtstoffe

Im Folgenden wird versucht, den quantitativen Umfang der jeweiligen Suchtformen und Suchtstoffe im Hinblick auf Jugendliche und junge Erwachsene für Osnabrück abzuschätzen. Dabei wird es nur im Ausnahmefall möglich sein, hierfür Originalquellen zu nutzen. In aller Regel werden die für die Bundesebene ermittelten Zahlen auf Osnabrück heruntergebrochen und dabei jeweils im Hinblick auf die Plausibilität des so berechneten Umfangs hinterfragt.

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass es für eine geschlechterspezifische Betrachtung durchgehend an Zahlen mangelt. Gleichwohl ist bekannt, dass für alle Süchte im Hinblick auf ihren stofflichen Gehalt sehr spezifische Konsumentengruppen bestehen, die in aller Regel auch eine Differenzierung nach dem Geschlecht beinhalten. Es wird versucht, den Mangel an Zahlen - so weit möglich - durch Erläuterungen zu relativieren.

Als relevante statistische Daten spielen beim Herunterbrechen der Angaben von der Bundes- auf die Ortsebene eine Rolle:

Personen in Osnabrück im Alter von... Jahren am 31.12.99/00

| | |
|------------------------|---------------------------|
| ▪ 15 - unter 18 Jahren | 4.161 (1999) 4.128 (2000) |
| ▪ 18 - unter 21 Jahren | 5.262 (1999) 6.353 (2000) |
| ▪ 21 - unter 25 Jahre | 9.559 (1999) 9.701 (2000) |

Wohnbevölkerung am 31.12.1999

| | |
|---------------------------------|-------------|
| ▪ Osnabrück | 157.047 |
| ▪ Bundesrepublik | 82.163.000 |
| ▪ Anteil Osnabrück an gesamt BR | 0,1911407 % |

Harte Drogen

Für den Bereich der harten Drogen sind grundsätzlich für die gesamte Bundesrepublik folgende Daten von Belang:

| | 1998 | 1999 |
|----------------------------------|-------------|-------------|
| Erstauffällige KonsumentInnen | 20.943 | 20.573 |
| Straftatverdächt. KonsumentInnen | 240.590 | 248.724 |
| Anteil an Rauschgiftkriminalität | 35,2% | 35,0% |

Die Anzahl der Drogentoten hat sich wie folgt entwickelt:

| | |
|------|-------|
| 1989 | 991 |
| 1990 | 1.491 |
| 1991 | 2.125 |
| 1992 | 2.099 |
| 1993 | 1.738 |
| 1994 | 1.624 |
| 1995 | 1.565 |
| 1996 | 1.712 |
| 1997 | 1.501 |
| 1998 | 1.674 |
| 1999 | 1.812 |

1. Tabak

In Europa ist der Konsum von Tabak als Folge der Kolonialisierung des amerikanischen Kontinents nach der Landung Kolumbus im Jahre 1492 systematisch verankert worden. Der Name tabacum stammt von einem haitianischen Wort für Pfeife ab.

Tabak ist ein hochgiftiges Nachtschattengewächs. Die tödliche Dosis für Menschen beträgt nur 50 mg. Beim Inhalieren wird dieser Wert allerdings nicht erreicht. Der Tabakrauch ist als chemischer Cocktail anzusehen, der ca. 3.500 bis 4.000 verschiedene Substanzen umfasst. Für den menschlichen Organismus sind hiervon vermutlich Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid die schädlichsten. Die Abhängigkeit wird durch das Nikotin verursacht. Der Konsum von Tabak ist im Vergleich zu allen anderen Suchtstoffen mit der höchsten Mortalität begleitet. Im Jahr 1999 starben 111.000 Menschen in der Bundesrepublik an den Folgen des Tabakkonsums. Gut 50 % der RaucherInnen sterben an den Folgen des Tabakkonsums. Dies geht einerseits auf die Schädlichkeit der Stoffe und andererseits auf das Vorherrschen des Konsums erheblicher Mengen zurück. Rund 75 % der RaucherInnen rauchen mehr - z. T. erheblich mehr - als 10 Zigaretten am Tag. Der Anteil derjenigen, die große Mengen von Tabak rauchen, ist in den letzten 10 Jahren sogar deutlich gestiegen.

Bei der Frage nach den Ursachen für den Tabakkonsum gibt es ganz unterschiedliche Deutungsmuster. Die vorherrschende psychopathologische Betrachtungsweise von Tabakkonsum im Konkreten und Drogenkonsum im Allgemeinen versteht diese als Symptom für tieferliegende Persönlichkeitsstörungen. Bei einem vollkommen anderen Ansatz, der sich aus der jugendtheoretischen Perspektive entwickelt, *„wird der Konsum von Suchtmitteln nicht nur ausschließlich als individuelle Bewältigungsstrategie betrachtet, sondern als Folge von Situationen verstanden, die sich im Prozess jugendlicher Identitätsbildung und Verselbstständigung in unserer Gesellschaft geradezu normalerweise ergeben. Exzessiver Alkohol- und Tabakkonsum, aber auch Arzneimittel- oder Drogengebrauch ist unter dieser Sichtweise kein Verhalten, das im Widerspruch zu den sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen steht, sondern erscheint als eines das darin eingebettet ist und daraus seine Dynamik erfährt.“* (siehe Q6)

Tabakkonsum bei Kindern und Jugendlichen

Jüngere Forschungen belegen den Einfluss von Tabakkonsum auf den Prozess von Suchtgefährdung und Suchtentwicklung. Insbesondere Forschungen über das Abhängigkeitspotenzial verschiedener psychoaktiver Substanzen, bei denen das hohe Abhängigkeitspotential von Tabak imponierte, sollten zu einer Neubewertung der Bedeutung von Tabak für den Entwicklungsprozess von Suchtmittelabhängigkeit führen. Diesen Aspekten ist in Forschung und Praxis bisher zu wenig Bedeutung beigemessen worden. Tabak ist das erste Suchtmittel, das von Kindern und Jugendlichen konsumiert wird und Tabak ist das Suchtmittel, das bei allen Wechseln von Konsummustern und Substanzen den Prozess des moderaten,

missbräuchlichen und des abhängigen Umgangs mit psychogenen Substanzen kontinuierlich begleitet.

Tabak spielt darüber hinaus für die Modalitäten des jugendlichen Umgangs mit Substanzen in Bezug auf unterschiedlichen Fragestellungen eine Rolle. Dies belegt eine neuere Studie aus den neuen Bundesländern, bei dem SchülerInnen der 5. und 6. Klassen nach ihrem Neugierverhalten gegenüber dem Konsum von Ecstasy befragt wurden. Die Auswertung wurde differenziert danach, welcher Anteil der Befragten bereits Erfahrungen mit Zigaretten in der Klasse hatte und welche der Befragten keine Erfahrungen hatte. Die Unterschiede sind evident:

31 % der SchülerInnen der 7. Klassen, die bereits in Klasse 5 geraucht hatten, gaben an, neugierig auf die Wirkung von Ecstasy zu sein. Dagegen äußerten nur 15 % der SchülerInnen Neugierde auf Ecstasy, die keine Erfahrungen mit Tabak hatten. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei den SchülerInnen der 8. Klassen. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass die Erfahrung einer Droge - hier Tabak - neugierig auf die Wirkung einer anderen bisher unbekanntes Droge macht, unabhängig davon, ob die Droge legal oder illegal ist. Ein ähnliches Ergebnis zeigte die Befragung bezüglich der Bereitschaft der SchülerInnen, Ecstasy zu konsumieren. Dabei äußerten 31 % der „Tabakerfahrenen“ aus den 7. Klassen, dass sie Ecstasy probieren würden, wenn es ihnen kostenlos angeboten würde, bei den „Nichttabakerfahrenen“ waren es nur 8 %.

Ein ähnliches Ergebnis ergab sich bei den SchülerInnen der 8. Klasse

Die Altersgruppe, in der die Verbreitung von Tabakkonsum am stärksten zunimmt, ist die Gruppe der 12- bis 16-Jährigen. In dieser Altersgruppe schnellte der regelmäßige Tabakkonsum z. B. bei befragten Mädchen einer Hauptschule von 3,8 % in der 7. Klasse auf 20,6 % in der 9. Klasse hoch. 47 % der 16- bis 17-Jährigen rauchen ständig oder gelegentlich. (siehe Q7)

Jugendliche, die in missbräuchlicher oder abhängiger Weise psychoaktive Substanzen konsumieren, beginnen signifikant häufiger früher mit dem Konsum von Tabak als moderat Konsumierende. Je früher der erste Tabakkonsum, umso höher ist danach das Risiko, später abhängig zu werden. Aus dieser Feststellung ergibt sich für Primärprävention die Notwendigkeit, dem Umgang mit Tabak stärkeres Gewicht zukommen zu lassen und Präventionsangebote schwerpunktmäßig für die potentiellen Frühkonsumenten im Alter von 9 bis 12 Jahren zu entwickeln, sowie für die 12- bis 16-Jährigen, bei denen die Mehrzahl der später regelmäßig Rauchenden mit dem Tabakkonsum beginnt.

Das Jahrbuch Sucht 2001 macht zum Tabakkonsum folgende Aussagen: 1999 wurden in Deutschland 145 Mrd. Zigaretten verbraucht. Dies sind 1.770 Stück je EinwohnerIn. Im Gegensatz zu den Vorjahren, in denen es moderate Steigerungen von 1 % gegeben hat, betrug die Steigerung 1998/1999 5 %.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 bezeichnen sich 28,3 % der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren selber als Raucher. Bei den Männern

sind dies 34,7 % und bei den Frauen 22,2 %. Der Raucheranteil bei den Männern ging zwischen 1992 und 1999 um 2,1 Prozentpunkte zurück und der der Frauen stieg im selben Zeitraum um 0,7 Prozentpunkte.

Der Raucheranteil nach Alter und Geschlecht stellt sich folgendermaßen dar:

| Alter der RaucherInnen | männlich | weiblich |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|
| 15 – 19 Jahre | 28% | 21% |
| 20 – 24 Jahre | 43% | 33% |
| 25 – 29 Jahre | 44% | 33% |
| 30 – 34 Jahre | 45% | 35% |
| 35 – 39 Jahre | 46% | 35% |
| 40 – 44 Jahre | 44% | 34% |
| 45 – 49 Jahre | 41% | 29% |
| 50 – 54 Jahre | 36% | 24% |
| 55 – 59 Jahre | 29% | 16% |
| 60 – 64 Jahre | 25% | 12% |
| 65 – 69 Jahre | 20% | 9% |
| 70 – 74 Jahre | 17% | 8% |
| 75 und mehr Jahre | 11% | 4% |

Der Anteil der RaucherInnen unter 15 Jahren wurde nicht erhoben.

„In Deutschland ist jährlich mit ca. 111.000 tabakbedingten Todesfällen (43.000 durch Krebs, 37.000 durch Kreislauferkrankungen und 20.000 durch Atemwegserkrankungen) zu rechnen.“ (siehe Q8)

Das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen hat im Kontext einer Dunkelfelduntersuchung zur Gewalt unter Jugendlichen auch Angaben zum Konsum von Drogen und Rauschmitteln erhoben (siehe Q9). Daten aus dieser Untersuchung:

Der Konsum von Zigaretten und Tabak durch Jugendliche in den letzten 6 Monaten:

| | Nie/kenne ich nicht | 1 mal | 2 – 5 mal | 5 – 10 mal | Regelmäßig | Gültige N |
|------------|----------------------------|--------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Absolut | 951 | 310 | 259 | 315 | 1.054 | 2.889 |
| Prozentual | 32,9% | 10,7% | 9,0% | 10,9% | 36,5% | 100,0 % |

Diese Angaben liegen deutlich über denen im Jahrbuch Sucht genannten. Im Rahmen der Kriminologischen Regionalanalyse Osnabrück 1996/97 wurde auch eine SchülerInnenbefragung durchgeführt. Diese kommt zu dem Ergebnis, dass 464 (34,5 %) aller befragten SchülerInnen regelmäßig rauchen. Hiervon haben 206 (15,3 %) schon im Alter unter 14 Jahren mit dem Rauchen begonnen (siehe Q10). Dies weist noch einmal auf das Problem hin, dass die Mikrozensus-Erhebungen erst mit einem Alter ab 15 Jahren beginnen.

Die Angaben für jugendliche RaucherInnen variieren also zwischen etwa 24 % und 36,5 %. Dies bedeutet, dass in Osnabrück zwischen 990 und 1.500 Jugendlichen regelmäßig rauchen.

Bei den jungen Erwachsenen liegen nur die Angaben des Jahrbuches Sucht vor. Aus denen wird allerdings deutlich, dass der Anteil der RaucherInnen drastisch auf 33 % (Frauen) bzw. 43 % (Männer) steigt (siehe Q11).

2.1.2.2 Alkohol

Alkohol ist in den meisten Kulturen das am häufigsten gebrauchte Genuss- und Beruhigungsmittel und die Ursache erheblicher Morbidität und Mortalität. Alkohol wird getrunken, um das allgemeine Wohlbefinden zu erhöhen und eine gehobene Stimmung zu erreichen. Alkohol entspannt, mindert Ängste, beseitigt psychische Hemmungen und führt zur Erleichterung zwischenmenschlicher Kontakte. Das Mitteilungsbedürfnis steigt, die Kritikfähigkeit, insbesondere die Fähigkeit zur Selbstkritik, nehmen ab. Entsprechend verändert sich das Selbstwertgefühl. In geringen Dosen wirkt Alkohol anregend, in mittleren und hohen Dosen sedierend. Die Reaktionszeiten werden verlängert. Bereits geringe Mengen beeinträchtigen das Fahrvermögen im Straßenverkehr. Im Rausch wird das Reaktionsvermögen extrem verlangsamt, die motorische Koordination ist gestört, der Gang wird unsicher, die Sprache verwaschen. Die Stimmung wird zunächst unbegründet heiter und kann später unvermittelt in eine depressive Stimmungslage umschlagen, auch Gereiztheit und Aggressivität können durchbrechen. Wahrnehmungsstörungen, Bewusstseinsstörungen bis zur Bewusstlosigkeit treten mit steigender Alkoholdosis auf. Akute Gefahren sind Vergiftungen, zum Teil mit Todesfolge, Unfälle, aggressive und sexuelle Entgleisungen und das Begehen strafbarer Handlungen, vor allem von Verkehrsdelikten und Körperverletzungen.

Es wird zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden.

Kommt es in der Folge von Alkoholintoxikationen zu Schädigungen der psychischen oder physischen Gesundheit, ist von schädlichem Alkoholgebrauch auszugehen.

Eine Abhängigkeit liegt dann vor, wenn eine körperliche Abhängigkeit durch eine Toleranzentwicklung und Entzugssymptome belegt wird. Toleranzentwicklung heißt, dass der Betreffende weit größere Mengen Alkohol verträgt als früher, ohne davon betrunken zu werden. Entzugssymptome treten auf in Form von Schwitzen, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit. Ein Alkoholentzug ist durch die Entwicklung von Entzugssymptomen gekennzeichnet, die etwa 12 Stunden nach der Reduktion bei lang andauerndem starken Alkoholkonsum entstehen. Um Entzugssymptome zu vermeiden, trinken Menschen mit Alkoholabhängigkeit oft trotz der ungünstigen Folgen weiter.

Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch sind oft mit Abhängigkeit oder Missbrauch anderer psychoaktiver Substanzen verbunden. Alkohol kann benutzt werden, um unerwünschte Wirkungen dieser anderen Substanzen zu lindern oder um diese zu substituieren, wenn sie nicht verfügbar sind. Symptome, wie Depression, Angst und Schlaflosigkeit, begleiten oft die Alkoholabhängigkeit und gehen ihr manchmal voraus. Eine Alkoholintoxikation ist manchmal mit einer Amnesie für die Ereignisse, die während der

Intoxikation auftraten (Filmriss, Black-out), verbunden. Alkoholbedingte Störungen sind mit einer erheblich erhöhten Unfallgefahr und einer erhöhten Gewaltbereitschaft verbunden. Dieses findet sich besonders bei Personen mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schwere Alkoholintoxikationen führen auch zu Enthemmungen und Gefühlen der Niedergeschlagenheit und Erregbarkeit, was Selbstmordversuche und vollendete Suizide begünstigt.

Dies ist insbesondere bei Jugendlichen der Fall, z. B. wiesen 31,8% der Patienten der Fachklinik Weihermühle - eine Einrichtung für junge Suchtkranke - in ihrer Vorgeschichte Suizidversuche auf, etwa die Hälfte davon bereits mehrere. Ca. 30 % der behandelten Patienten hatten neben der Abhängigkeit die Zusatzdiagnose Persönlichkeitsstörungen unterschiedlicher Ausprägung. Ca. 50 % der behandelten Patienten missbrauchten in abhängiger Weise neben der Alltagsdroge Alkohol alle verfügbaren Rauschdrogen und Medikamente. Es gibt kaum mehr einen jungen Patienten, der nur Alkohol getrunken hatte. Bei 35,7 % der behandelten Jugendlichen wurde eine ausgeprägte und behandlungsbedürftige Aggressionsproblematik festgestellt. Bei ca. 39 % lag eine erhebliche Traumatisierung vor, in der Regel chronische Traumata, wie körperliche Misshandlungen, sexueller Missbrauch, schwere Unfallereignisse.

Langfristig schädigt regelmäßiger Alkoholkonsum von mehr als 40 - 60 mg Alkohol täglich, das entspricht etwa 0,5 l Wein und 1 Liter Bier, sämtliche Organe des Körpers. Hinzu kommen typische Hautveränderungen, Schädigungen am Nervensystem zu funktionellen Beeinträchtigungen und Zerstörungen von Hirnzellen mit der Folge von Einschränkungen der Erinnerungsfähigkeit, geistigem Abbau, Wesensveränderungen, Depressionen. Neben diesen körperlichen Folgeerscheinungen treten in Verbindung mit dem süchtigen Verhalten gravierende psychische und soziale Folgen auf. Bei entsprechend disponierten Personen entwickelt sich nach einer längeren Phase des regelmäßigen Alkoholmissbrauchs ein Abhängigkeitssyndrom.

1999 wurden lt. Jahrbuch Sucht pro Kopf in Deutschland 156,3 Liter alkoholischer Getränke verzehrt (1998 = 156,2 Liter). Dominant ist hierbei der Bierkonsum (127,5 Liter), der sich im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert hat. Reiner Alkohol wurden pro Kopf 10,6 Liter konsumiert.

Der Bierverbrauch sinkt seit 1975 (147,8 Liter) kontinuierlich. Der Wein- sowie der Schaumweinverbrauch ist nach einem Anstieg von geringem Niveau in der Nachkriegszeit kontinuierlich bis auf 27 Liter im Jahr 1990 gestiegen, um dann unmittelbar danach auf etwa 23 Liter zu sinken und auf diesem Niveau bis heute zu bleiben. Bei den Spirituosen gab es seit 1980 (8,0 Liter) ein Absinken auf 5,9 Liter (1999).

Für Deutschland wird von folgendem Konsum von Abhängigen ausgegangen:

| | 18 – 59 J. | 18 – 69 J. (Hochrechnung) |
|---------------------------|----------------|------------------------------|
| Risikant Konsum insgesamt | 7,8 Mio. (16%) | 9,3 Mio. |

| | | |
|-------------------------------|---------------|----------|
| Davon missbräuchlicher Konsum | 2,4 Mio. (5%) | 2,7 Mio. |
| Davon abhängiger Konsum | 1,5 Mio. (3%) | 1,6 Mio. |

Im Hinblick auf den Gesamtkonsum liegt Deutschland nach wie vor in der Spitzengruppe sämtlicher Länder der Welt.

„Jährlich sterben 42.000 Personen, deren Tod direkt (z. B. durch Alkoholmissbrauch) oder indirekt (z. B. durch einen alkoholisierten Unfallverursacher) in Verbindung mit Alkohol steht.“ Der volkswirtschaftliche Schaden durch Alkohol wird auf jährlich 40 Mrd. DM geschätzt. (siehe Q12)

In der bereits zitierten Dunkelfeldstudie des KFN wird der Alkoholkonsum unterschieden in einerseits Bier/Wein und andererseits Schnaps/Whisky. Im Unterschied zu den Angaben des Jahrbuches Sucht wird hier auf Jugendliche abgestellt. Danach hatten Konsum in den letzten 6 Monaten: (siehe Q13)

| | Nie | 1 mal | 2–5 mal | 5 – 10 mal | regelmäßig | Gültige |
|------------------------|-------|-------|---------|------------|------------|---------|
| Bier/Wein absolut | 445 | 391 | 668 | 844 | 539 | 2.887 |
| - " – prozentual | 15,4% | 13,5% | 23,1% | 29,2% | 18,7% | |
| Schnaps/Whisky absolut | 1.040 | 550 | 659 | 466 | 165 | 2.880 |
| - " – prozentual | 36,1% | 19,1% | 22,9% | 16,2% | 5,7% | |

Die KRA kommt bei ihrer SchülerInnenbefragung zu dem Ergebnis, dass immerhin 6,1 % aller Befragten in den 12 Monaten vor ihrer Befragung mehr als 10mal betrunken waren. 3,8 % der männlichen und 1,6 % der weiblichen Jugendlichen gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig getrunken haben. (siehe Q14)

Die Zahlen weichen auch hier sehr deutlich voneinander ab. Während das KFN von insgesamt 24,4 % regelmäßigen Konsumenten von Alkohol waren, betrug diese Zahl bei der Regionalanalyse 3,8% (männl.) bzw. 1,6% (weibl.). Die niedrigeren Zahlen der Regionalanalyse sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass hier SchülerInnen ab 12 Jahren befragt wurden und die stärkeren Zahlen der höheren Altersstufen nivelliert wurden. Abschließend kann nur festgestellt werden, dass der regelmäßige Konsum von Alkohol durch Jugendliche eine Größe bis zu 1.000 in Osnabrück haben kann.

2.1.2.3 Medikamente

Neben dem missbräuchlichen Umgang mit Medikamenten ist die Stimulanzienbehandlung sowie die Behandlung mit leistungssteigernden Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen als durchaus problematisch anzusehen. Hier ist auch bei gegebener medizinischer Indikation die Problematik einer Gewöhnung an psychoaktive Substanzen zu sehen sowie die Entwicklung von Einstellung gegenüber diesen Substanzen, die einen ris-

kanten und/oder gewohnheitsmäßigen Gebrauch fördern. So kam eine Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahre 1991 zu dem Ergebnis, dass 36 % aller befragten Eltern von Kindern unter 18 Jahren der Verabreichung von Medikamenten „zur Verbesserung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit“ positiv gegenüberstanden.

Hurrelmann weist 1988 in seiner Befragung 12- bis 17-jähriger Jugendlicher in Nordrhein-Westfalen nach, dass 45 % dieser Altersgruppe über einen längeren Zeitraum Kopfschmerzmittel und 9 % Beruhigungs- und Schlafmittel nehmen. In einer anderen repräsentativen Studie (MAGS NW 1989) über den Medikamentenmissbrauch der 6- bis 14-Jährigen konnte belegt werden, dass ein Drittel der an Kinder in Nordrhein-Westfalen verabreichten Medikamente nicht ärztlich verordnet wurden (Medikamentenabhängigkeit DHS 1992, Seite 229).

Bezüglich des riskanten Umgangs mit Aufputzmitteln bei Jugendlichen kam die Untersuchung des Institutes für Therapieforschung München (IFT) mit einem Durchschnittsalter von 19,1 Jahren beim Erstkonsum zu einem relativ späten durchschnittlichen Einstiegsalter.

Medikamente werden in missbräuchlicher Weise von Jugendlichen häufig in Kombination mit anderen Suchtmitteln eingesetzt. Hier besteht seit Jahren eine zunehmende Tendenz, Suchtmittel in polyvalenter Weise gezielt zum Stimulieren bestimmter erwünschter Effekte einzusetzen.

Stark wirksame Analgetika

Neben den klassischen Analgetika, wie Morphin und seinen Abkömmlingen, gehören in diese Gruppe von Medikamenten auch die Pethidin-Gruppe (Dolantin, Valoron) und die Methadonderivate (Elpolamidon, Dipudolor usw.). Sie haben ein erhebliches Suchtpotential. Schon nach kurzfristigem Gebrauch kann sich Abhängigkeit einstellen.

Antitussiva

Antitussiva enthalten vornehmlich Codein, das dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Oft ist bei Hustenmitteln Codein mit Alkohol und anderen Dämpfungsmitteln kombiniert, sodass eine Steigerung des Effektes auftritt. Zu beachten ist, dass Codein im Körper zu 5 - 20 % in Morphin umgewandelt wird. Niedrige Dosierungen von Codein und anderen dosisbegrenzten Einzelstoffen verleiten den Patienten zur Einnahme großer Mengen.

Schwach bis mittelstark wirksame Analgetika

Zahlreiche sogenannte „kleine Analgetika“ enthalten oder enthielten ein Schmerzmittel und ein Barbitursäurederivat wie Dolomo, Dolviran, Optalidon oder Migräne-Kranit.

Hypnosedativa

Hypnotika und Sedativa zählen mit den Analgetika zu den am meisten missbräuchlich verwendeten Arzneimitteln. Als Ein- und Durchschlafmittel

verursachen sie Gewöhnung. Man hat Angst, ohne diese Präparate nicht mehr einschlafen zu können, sie werden prophylaktisch konsumiert. Nach längerem Gebrauch schlägt die Wirkung ins Gegenteil um, Barbiturate wirken dann aktivierend und stimmungshemmend. Hohe Dosen verursachen rauschartige Zustände im Unterschied zur Morphineuphorie, welche innere Konflikte und Spannungen bedeutungslos werden lässt, besitzt die Barbiturateuphorie eine psychisch enthemmende Komponente, welche besonders Ängste unterdrückt.

Benzodiazepine

Auch die Benzodiazepine zählen heute zu den am meisten missbrauchten Stoffen. Die regelmäßige Verabreichung von Benzodiazepinen über einen längeren Zeitraum in therapeutischer Dosierung kann selbst bei schrittweiser Entwöhnung zu Entzugserscheinungen, wie Wahrnehmungsstörungen und psychotischen Symptomen, führen. Durch Kombination mit Alkohol wird das Abhängigkeitspotential der Benzodiazepine gesteigert.

Psychostimulanzien

Zu den Psychostimulanzien (Weckaminen) zählen vor allem die Amphetamine, die vorübergehend leistungssteigernd wirken und zur Überschätzung der eigenen Kräfte verleiten. Sie beseitigen das Schlafbedürfnis, die Ermüdung und das Hungergefühl und wirken euphorisch. Nach dem Absetzen bemerkt man in der Regel ein Erschlaffungsgefühl und eine Katerstimmung, die zwingend eine weitere Einnahme bewirken. Längerer Missbrauch kann zu körperlichem Verfall und zu vorwiegend paranoid-halluzinatorischen Psychosen führen. In der Missbrauchsszene werden die Weckamine oft mit einem Morphinderivat, Barbiturat oder Alkohol kombiniert, durch deren entgegengesetzte Wirkung der Weckaminabusus verschleiert werden soll.

MDMA und MDE (Ecstasy) sind in der Regel als Kombinationspräparate mit verschiedenen und wechselnden psychoaktiven Substanzen erhältlich. In neueren Forschungen (Thomasius 2000) wurden erheblich neurologische Langzeitschädigungen nachgewiesen.

Appetitzügler

Die Wirkung der Appetitzügler entspricht in abgeschwächter Form denen der Amphetamine, da sie teilweise zu dieser Gruppe gehören bzw. von ihr abgeleitet sind.

Laxantien

Abführmittel werden häufig von Frauen und jungen Mädchen wegen eines pathologischen Schlankheitsideals verstärkt konsumiert. Es wird weder eine Gewichtsreduktion erzielt noch eine bestehende Obstipation längerfris-

tig beseitigt, aber durch längeren Gebrauch, häufig in Zusammenhang mit einer Anorexie oder Bulimie eine psychische Abhängigkeit erzeugt.

Psychotrope und andere Arzneimittel

„6 - 8 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, darunter vor allem die Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Wirkstoffen aus der Familie der Benzodiazepine. Aber auch Mittel mit Kodein (z. B. Husten-, Schmerz- und Migränemittel) gehören in die Gruppe der missbräuchlich angewendeten Arzneimittel. In den letzten Jahren sind die Benzodiazepine-Verordnungen zurückgegangen, sie reichen aber noch immer aus, um die etwa 1,2 Millionen Abhängigen von diesen Arzneimitteln zu versorgen, die Gesamtanzahl der Arzneimittelabhängigen wird auf 1,5 Millionen geschätzt.“ (siehe Q15) Neuerdings werden mehr und mehr Antidepressiva anstelle der Benzodiazepine verschrieben. Diese machen zwar nicht abhängig, allerdings ist noch wenig über die Langzeitwirkungen bekannt.

Bedeutsam sind die Benzodiazepine auch als fester Begleitkonsum zu Opiaten und als Beikonsum im Rahmen der Substitution.

Über die Verbreitung von Arzneimitteln unter Jugendlichen ist wenig bekannt. In der Arbeitsgruppe Jugend und Sucht wurde die Beobachtung vorgetragen, dass es sich hierbei vorwiegend um eine Suchterscheinung von Frauen handelt und hier ein Altersschwerpunkt erst im Bereich zwischen 21 und 25 Jahren liege.

2.1.2.4 Spielsüchte

Die deutsche Sprache gebraucht das Wort „Spielen“ in vielfältiger Weise. Gemeint sind damit Kinderspiele ebenso wie Gesellschaftsspiele oder eben auch Glücksspiele, das heißt Zufallsspiele um Geld. Die englische Sprache bietet eine Differenzierung an, indem sie bei dem einen von „playing“, bei dem anderen von „gambling“ spricht. Glücksspiele haben eine lange Tradition und gehören seit jeher zur menschlichen Kultur.

Die Möglichkeit des Gewinnens, die Idee von plötzlichem Reichtum ohne Mühe, aber auch das Risiko zu verlieren, bestimmen den Reiz des Glücksspielens. Bereits im 19. Jahrhundert vergnügten sich die ärmeren Volksschichten vornehmlich mit Lotterien, während die wohlhabenden Kreise in Residenz- und Badestädten sich am Roulettespiel zu begeistern wussten.

Erst in jüngster Zeit hat eine neue Glücksspielvariante an Bedeutung gewonnen: Seit Beginn der 80er Jahre sind es vermehrt die sogenannten Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeiten, die für eine beachtliche Gruppe von Menschen zum Problem geworden sind.

Die Folgen des Glücksspielens sind vielen über den Kopf gewachsen. Hohe Verschuldung, zerrüttete Partnerschaften und Probleme in sozialen Beziehungen sind die auffälligsten Erscheinungen dieser Krankheit.

„Weiche“ und „harte“ Glücksspiele

Zum sogenannten „soft-gambling“, also dem weichen Glücksspiel, gehören Spiele um kleine Einsätze, die mit geringer Intensität und Häufigkeit gespielt werden. Hierzu gehören: einfaches Lottotippen, Skat um Pfennigbeträge, Würfelspiele um die nächste Runde Getränke.

Zum „hard-gambling“ zählen Zufalls- und Geschicklichkeitsspiele um Geld, wie das Spielen an Geldautomaten, Karten- und Würfelspiele um Geld, Casino-Spiele (Roulette, Black Jack, Baccara und ähnliches), Rennwetten.

Geldspielautomaten

90 bis 95 % aller Menschen, die aufgrund einer Glücksspielproblematik eine Beratungsstelle oder eine Fachklinik aufsuchen, haben überwiegend Probleme mit Geldspielautomaten. Sie kommen nicht mehr los von den blinkenden Glitzerkästen. Durch die Verbindung der Spielabläufe (Sonder-Risikospiele) können nur Gewinne und hohe Verluste erspielt werden. So lässt manch einer innerhalb von ein bis zwei Tagen seinen gesamten Monatslohn in der Spielhalle. Die Geräte geben dem Spieler das Gefühl, er könne den Spielablauf beeinflussen. Die leuchtenden Stopp-Start- und Risikotasten vermitteln dem Spieler den Eindruck, er müsste nur im richtigen Moment drücken.

Casino-Spiele

Das bekannteste Casino-Spiel ist das Roulette. Zum sogenannten „Großen Spiel“ gehören Black Jack, Baccara und Poker. Wer daran teilnehmen will, muss Eintritt zahlen, sich ausweisen und die Kleiderordnung einhalten. Die Besucher werden in einer Kartei bzw. im Computer erfasst.

Das „Kleine Spiel“ findet man nicht nur im eher gehobenen Ambiente von Spielbanken, sondern auch an stark frequentierten Straßenplätzen. Es umfasst einarmige Banditen, Rouletteautomaten, Bingo, Derby und ähnliche Spiele. Es werden keine Ausweiskontrollen vorgenommen, die sonst üblichen Kleidervorschriften gelten nicht. Über 50 % des Gewinns in den deutschen Spielcasinos wird inzwischen beim „Kleinen Spiel“ erwirtschaftet.

Die Wirkung des Glücksspiels

Spieler, die verlieren, deuten dies häufig als eigenes Versagen. Sie haben den Blick dafür verloren, dass man beim Glücksspiel auf Dauer immer verliert. Zudem haben Glücksspiele unterschiedliche Wirkungen auf das psychische Empfinden des Spielers. Sie regen an und erzeugen intensive, lustvolle, euphorische Gefühle. Für die Dauer des Spiels vertreiben sie Kummer und Sorgen. Sie entlasten und entspannen damit einen Spieler. Damit wird ein Abstand von der als belastend empfundenen Realität erzeugt und ein Abtauchen in eine Traum- und Fantasiewelt ermöglicht.

Gebrauch-Missbrauch-Sucht

Die Übergänge zwischen den einzelnen Phasen sind fließend. Je nach Intensität und Dauer des „Konsums“ kann sich aus Missbrauch eine Sucht

entwickeln. Man spricht von „Gewinn-, Verlust- und schließlich Verzweiflungsphasen“.

Diagnostische Kriterien

In der therapeutischen Arbeit mit Glücksspielern wird der Begriff „pathologisches Glücksspiel“ verwendet.

Die Störung besteht in häufig wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Nachfolgende Kriterien werden für die Diagnose „pathologisches Glücksspiel“ aufgeführt:

- starkes gedankliches Eingenommensein vom Glücksspiel
- um die gewünschte Erregung zu erreichen, muss mit immer höheren Einsätzen gespielt werden
- wiederholt unternommene Versuche, das Glücksspiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben, blieben erfolglos und führen zu Unruhe und Gereiztheit
- es wird gespielt, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung zu erleichtern
- es wird dem Verlust hinterhergejagt, der Glücksspieler kehrt, nachdem er beim Glücksspiel Geld verloren hat, oft am nächsten Tag zurück, um den Verlust auszugleichen
- Familienmitglieder oder auch andere Bezugspersonen werden belogen, um das Ausmaß der Verstrickungen in das Glücksspiel zu vertuschen
- illegale Handlungen, wie Fälschung, Betrug, Diebstahl und Unterschlagung, werden oder wurden begangen, um das Glücksspiel zu finanzieren
- wichtige Beziehungen, Arbeitsplatz, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen werden wegen des Glücksspielens gefährdet oder verloren
- um die durch das Glücksspiel verursachte, hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden, wird sich darauf verlassen, dass andere Geld bereit stellen.

Wenn mindestens fünf der genannten Merkmale zutreffen, kann von andauerndem und wiederkehrendem, fehl angepassten Spielverhalten gesprochen werden.

„1999 waren in der Bundesrepublik nur etwa 1.500 Menschen wegen einer Spielsucht in Behandlung. Dies waren fast ausschließlich AutomatenspielerInnen (92,9 %). Allerdings gehen Fachleute von insgesamt 80.000 bis 130.000 beratungs- und behandlungsbedürftigen SpielerInnen in Deutschland (bezogen auf alle Glücksspielformen) aus.“ (siehe Q16)

Jugendliche tauchen in der Statistik wegen der Jugendschutzvorschriften nicht auf. Es ist wohl auch davon auszugehen, dass wegen eines nur sehr begrenzt möglichen Zugangs die Frage der im öffentlichen Raum ausgelebten Spielsucht erst mit der Volljährigkeit beginnt. Beobachtet werden kann allerdings, dass bereits unmittelbar nach Beginn der Volljährigkeit eine hohe Zahl von jungen Erwachsenen als spielsüchtig auffällt.

2.1.2.5 Essstörungen

Bei den Essstörungen geht es vorrangig um zwei Syndrome, nämlich die Anorexia nervosa sowie die Bulimia nervosa. Weiter gibt es mit der Adipositas ein Störungsbild, welches im Unterschied zu den beiden Erstgenannten diffuser bleibt, aber in den hier bearbeiteten Kontext gehört. Merkmale dieser drei Formen der Essstörungen sind:

Die Magersucht (Anorexia nervosa)

„ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrecht erhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tief verwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.“ (siehe Q17)

Die Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa)

ist ein „Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichtes charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen.“ (siehe Q17)

Die Esssucht

wird definiert als zwanghaftes Verlangen nach Lebensmitteln einhergehend mit regelmäßigen und regelrechten Essattacken mit der Folge eines körperlichen Übergewichts von mindestens 30 % über dem Brocker-Index. Diagnostisch muss die Esssucht als nichtstoffliche Suchterkrankung von der Adipositas unterschieden werden, die unterschiedliche Ursachen, wie organische Erkrankungen, Fehlernährung, genetische Disposition etc. haben kann, aber keine oder nur unwesentliche Suchtaspekte (wie Kontrollverlust und Entwicklung eines Selbstverstärkungskreislaufes) aufweist. Wie Magersucht und Bulimie ist die Esssucht, soweit sie im Jugendalter auftritt, in ihrer Entstehung und Psychodynamik mit den besonderen Ent-

wicklungsbedingungen des Jugendalters verbunden. Dies kann als Grund dafür angesehen werden, dass im Wesentlichen Mädchen betroffen sind.

Essstörungen sind keine Suchterkrankungen im eigentlichen Sinne. Sie erzielen keine wesentliche psychotrope Wirkung, es ergibt sich keine körperliche Abhängigkeit und dementsprechend bestehen keine Entzugssymptome. Weiterhin ist auch keine Abstinenz möglich, denn Essen ist die Grundlage der physischen Existenz. Dagegen lassen sich jedoch eine ganze Reihe von Übereinstimmungen zu wesentlichen Aspekten von Süchtigkeit und Abhängigkeit feststellen. Diese bestehen u. a. in einem süchtigen Wiederholungszwang aufgrund der Erfahrung, dass bestimmte „Ziele“ mit dem süchtigen Verhalten erreicht werden. Es besteht eine Tendenz zur Verstärkung des Verhaltens, das Verhalten wird intensiver und häufiger. Früher oder später ergibt sich ein Verlust der Selbstkontrolle und im sozialen Umfeld der Versuch, Fremdkontrollmaßnahmen zu entwickeln. Auch die Heimlichkeit, die Produktion von Schuld- und Schamgefühlen als Folge, aber genauso auch als Ursache des süchtigen Verhaltens, führt zu einer Chronifizierung der Erkrankung. Eine weitere Übereinstimmung mit stoffgebundener Suchterkrankung ist in bestimmten und im späteren Verlauf sich potenzierenden körperlichen Folgeschäden, aber auch einer zunehmenden psychischen Isolierung und Verelendung zu sehen.

Inwieweit die hier beschriebenen Essstörungen zu Recht als stoffgebundene Süchte bezeichnet werden können, ist fraglich. Auch wenn das diesen Syndromen zugrunde liegende Verhalten als zwanghaft bezeichnet werden kann, so folgt dieser Zwang im Unterschied zu anderen Süchten nicht unmittelbar aus diesem Verhalten, sondern ist in den psychisch krankhaften Vorstellungen über den eigenen Körper usw. begründet. Dennoch gehören diese Störungen schon deshalb in den Kontext dieses Berichtes, weil die Berührungen zu den anderen Formen unübersehbar sind. So ist beispielsweise signifikant für alle Formen der Essstörungen, dass ein erheblicher Teil der Betroffenen in einer späteren Phase überwechselt zu den stoffgebundenen Süchten.

Dem „Jahresbericht ‚Essstörungen‘ im Gesundheitszentrum Osnabrück (02/95 - 02/96)“ sind die folgenden Ausführungen entnommen:

„Von Magersucht ist heute jedes 100ste Mädchen bis 18 Jahren betroffen, jedes vierte zeigt leichte Symptome. Das wissenschaftliche Symposium Bad Oeynhausen 1995 nennt die Zahl von insgesamt ca. 100.000 Mager-süchtigen in den alten Bundesländern. Dabei ist die Magersucht die psychosomatische Erkrankung mit der höchsten Mortalitätsrate von 10 %. Das Eintrittsalter liegt durchschnittlich bei 15 - 19 Jahren, jedoch verlagert sich die Altersstruktur tendenziell eindeutig nach unten. Die Störung betrifft zu 95 % Frauen.

Die Bulimie wird seit Ende der 70er Jahre als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben. Der Anteil der betroffenen Frauen zwischen 15 und 35 Jahren wird auf 3,5 % geschätzt, das wissenschaftliche Symposium Bad Oeynhausen 1995 spricht von 300.000 Betroffenen in den alten Bundesländern. Es ist darüber hinaus jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da der Krankheitsverlauf bei Therapiebeginn bereits 4 - 7 Jahre

andauert. Die Mehrzahl der Bulimikerinnen ist 20 - 30 Jahre alt, das Einstiegsalter liegt mit 18 - 22 Jahren zwar über dem der Anorexie, nimmt jedoch ebenfalls ab. Der Anteil der an Bulimie erkrankten Männer soll bei etwa 10 % liegen.

Adipositas wird definiert als ein Übermaß an Fettgewebe in Relation zum Körpergewicht, welches zur Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit führt. In den alten Bundesländern wird der Anteil der Übergewichtigen unter 65 Jahren bei Männern mit 34 - 43 %, bei Frauen mit 20 - 33 % angegeben, 12 % der bundesdeutschen Bevölkerung gelten als massiv übergewichtig. Das Symposium Bad Oeynhausen spricht von 9 - 12 Mio. Adipösen in den alten Bundesländern. Das durchschnittliche Eintrittsalter liegt bei 21 - 34 Jahren. Waren bisher zu über 90 % der Betroffenen weiblich, so wächst aktuell der Anteil der betroffenen Männer in dem Maße, wie auch sie dem zunehmenden Druck durch Normierungen der Körperästhetik ausgesetzt sind. Insgesamt ist die Zahl der Essstörungen, analog der Entwicklung im gesamten Suchtbereich, signifikant steigend: Die betroffenen Frauen / Mädchen werden zahlreicher und immer jünger.“ (siehe Q18)

2.1.2.6 Biogene Drogen

Biogene Drogen („Naturdrogen“, „Biodrogen“, „Eco-Drugs“) sind Stoffe oder Zubereitungen, die überwiegend aus Pflanzen oder tierischen Organismen gewonnen und ohne weitere Bearbeitungsschritte direkt konsumiert werden und dann psychoaktive Wirkungen entfalten. Sie sind z. T. seit Jahrtausenden bekannt und wurden früher z. B. als „Hexen“- oder „Zauberdrogen“ sowie bei rituellen Anlässen verwandt. Zwischenzeitlich waren sie in Vergessenheit geraten und erleben nun im Zuge der Techno- und New-Age-Bewegung, aber auch der „Naturheilverfahren“ und der Rückbesinnung auf naturverbundene Lebensformen eine Renaissance. Auch in alternativen Therapieverfahren (Naturheilkunde) kommen sie wieder zur Anwendung.

Mit ihrer Einfuhr in die Bundesrepublik Deutschland, dem Handel und Konsum verbindet sich weitgehend die Vorstellung, es handele sich um reine Naturprodukte und deshalb um „legale“ Drogen, was jedoch seit der am 01.02.1998 in Kraft getretenen 10. BtMÄndV nicht mehr stimmt, „wenn das Präparat eine der in der Verordnung oder in einer der Anlagen zum Betäubungsmittelgesetz aufgeführten Wirkstoffe enthält. Ferner kommen Verstöße gegen das Arzneimittelgesetz in Betracht.“ (siehe Q19)

Allein in der heimischen Flora sind 60 Arten (vor allem im Bereich der Nachtschattengewächse) bekannt, die missbräuchlich und ohne nennenswerten Aufwand nutzbar gemacht werden können. Neben diesen kommen insbesondere in Betracht:

- **Khat (Catha edulis):** Die wild wachsende Pflanze kommt im gesamten östlichen Afrika vor und ist bei ostafrikanischen und arabischen Völkern zur Erzeugung von Rauschzuständen weit verbreitet.

- **Blätterpilze (Psilocybe):** Diese enthalten als rauscherzeugende Wirkstoffe Psilocybin, Psilocin und andere Stoffe. Daneben wird in der Szene auch mit Giftpilzen (Wirkstoff Ibotensäure) experimentiert.
- **Smart drugs:** Gemische aus Vitaminen und/oder Mineralstoffen und/oder Aminosäuren und Energiespendern, denen zusätzlich psychotrop wirkende pflanzliche Bestandteile oder Extrakte beigemischt werden. Darunter befinden sich pharmakologisch bedenkliche Zusätze an Ephedrin, Myristicin und Lysergsäureamid in Kombination mit Coffein, die auf den Verpackungen für den Laien nicht erkennbar deklariert werden, weil dort nur die Pflanzennamen aufgeführt sind.

Biogene Drogen sind, wie bereits erwähnt, Jugenddrogen, die wegen ihrer wahrnehmungsverändernden Wirkung vermehrt eingenommen werden. Dabei gibt es zwar mitunter ein erstaunliches Wissen über diese Stoffe, in der Regel aber ist das Wissen über die Gefährlichkeit relativ gering. Ihre Attraktivität beziehen sie auch dadurch, dass ihre Nutzung scheinbar selbstbestimmter (keine Dealer, scheinbar keine direkte Abhängigkeit usw.) ist, als dies bei anderen Stoffen der Fall ist.

2.1.2.7 Synthetische Drogen

Zu den synthetischen Drogen zählen in erster Linie Ecstasy, LSD und Amphetamine (Speed). Gerade wegen ihrer auf der einen Seite aufputschenden, auf der anderen Seite aber auch halluzinogenen Wirkung sind synthetische Drogen bei Jugendlichen einer gewissen Partyszene, aber auch darüber hinaus sehr beliebt. Dies gilt in erster Linie für Ecstasy und Speed. Bei LSD verzeichnet man einen stetigen Rückgang bei den Konsumzahlen Jugendlicher, obwohl die halluzinogene Wirkung bei bestimmten Events und auch ohne einen entsprechenden Rahmen nach wie vor geschätzt wird. Nach einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) durch forsa, Berlin im Januar 2001, haben 27 % der 12- bis 25-Jährigen in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal illegale Drogen genommen. 26 % haben schon einmal Cannabis probiert oder mehr oder weniger häufig genommen. Erfahrungen mit anderen Substanzen haben jeweils nur deutlich kleinere Teilgruppen: Ecstasy (4 %), Amphetamine (3 %), LSD (2 %). Dabei findet der Erstkonsum bei Cannabis im Durchschnittsalter von 16,5 Jahren, bei Ecstasy mit 17,4 Jahren, bei Amphetaminen mit 17,6 Jahren und bei LSD mit 17,3 Jahren statt. Bei Cannabis ist das Erstkonsumdurchschnittsalter von 1997 bis 2001 um 0,2 % gesunken, bei LSD gleich geblieben, bei Ecstasy um 0,3 % und bei Amphetaminen um 0,6 % gestiegen. Der Drogengebrauch der o. a. Altersgruppe hat sich in der Zeit von 1997 bis 2001 kaum geändert. Alle synthetisch hergestellten oder designten Drogen rufen nach längerem bzw. intensiverem Gebrauch seelische/psychische Abhängigkeitsformen hervor.

Ecstasy (E, XTC, Teile, Pillen):

Ecstasy ist eine synthetische, aufputschende „Harmoniedroge“. Ursprünglich wurde nur der Wirkstoff MDMA (3,4 Methylendioxy-Meth-Amphetamin) als Ecstasy bezeichnet, heute ist es ein Sammelbegriff für verschiedene Substanzen, wie z. B. MDEA, MDA oder MBDB. Nur ein Teil aller Tabletten enthält tatsächlich die soeben genannten Wirkstoffe, andere enthalten Speed, Coffein oder andere Substanzen. Oft finden sich verschiedene Wirkstoffe in einer Tablette kombiniert. LSD wird nur selten, Heroin und Strychnin wurde bisher bei den Analysen der Inhaltsstoffe von Ecstasy-Tabletten noch nicht festgestellt.

Bei den Ecstasy-Tabletten handelt es sich um weißliche oder farbige Pillen, die oft mit einem Printmotiv versehen sind. Der Wirkstoffgehalt liegt in der Regel zwischen 50 mg und 140 mg MDMA pro Pille. Eine Tablette kostet durchschnittlich ca. 20,00 DM.

Die Pillen werden meist geschluckt, wobei die Einnahme von mehr als einer Pille normalerweise eine Überdosierung bedeutet. Etwa 20 - 60 Minuten nach der Einnahme sind erste körperliche Reaktionen spürbar:

Erhöhung des Blutdrucks, Erhöhung der Körpertemperatur, Erweiterung der Pupillen, notorische Unruhe, Schwitzen, Übelkeit, Austrocknung des Mund-Rachen-Raumes, Versteifung der Arme und Beine. Trotz Absinken des Schmerzempfindens nimmt das Berührungsempfinden zu. Diese Anfangssymptome verschwinden nach ca. 30 Minuten und weichen einem leichten und unbeschwerten Gefühl. Die konsumierenden Personen werden gefühlsbetonter.

Je nach konsumierter Menge hält die maximale Wirkung 4 - 6 Stunden an. Die „Katerstimmung“ nach dem Event kann bis zu 2 Tage, aber auch sehr viel länger anhalten. Der Konsum von Ecstasy-Tabletten birgt wesentlich ernstere Gefahren bzw. höhere Risiken als bis vor kurzem noch angenommen. Motiv, Form und Größe der Pillen sagen nichts über die Inhaltsstoffe aus. Identisch aussehende Pillen können völlig unterschiedliche Inhaltsstoffe aufweisen. Wie bei allen Schwarzmarktdrogen ist die Zusammensetzung unbekannt und daher die Wirkung schwer bzw. gar nicht abzuschätzen. Statt der gewünschten Wirkungen muss mit Missempfindungen, Orientierungslosigkeit, Angst, Paranoia und körperlichem Zusammenbruch gerechnet werden. Dauer und Intensität der Wirkung sind individuell sehr unterschiedlich. Eine Überdosierung zeigt sich in Muskelkrämpfen, Herzrasen und Kontrollverlust. Als besonders riskant wird der Mischkonsum im Zusammenhang mit Medikamenten und/oder anderen legalen und illegalen Drogen gesehen. Obwohl die Langzeit-Gefahren noch nicht abschließend erforscht sind, gehen neuere Erkenntnisse davon aus, dass schon geringe Konsummengen – auch bei ErstkonsumentInnen – zu irreparablen hirnorganischen Schädigungen führen können. Aufgrund dieser Erkenntnisse (Befürchtungen) kann und darf es keine „safer-use-Empfehlungen“ geben, bevor nicht eindeutige, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vorliegen.

Wie bei allen illegalen Drogen werden Einfuhr, Erwerb, Besitz und Weitergabe nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) verfolgt und bestraft.

LSD - Lysergsäurediethylamid (acid, pappen, trips):

LSD ist eine stark halluzinogene und psychedelische Droge, die jede Art der Wahrnehmung verändert. Jugendliche greifen auf LSD in immer geringer werdenden Ausmaß zurück. Die Trips bestehen aus kleinen Papp- oder Papierstückchen, die mit LSD versetzt sind mit sehr unterschiedlichen Wirkstoffkonzentrationen und gelutscht oder geschluckt werden. Es existiert auch in Tablettenform oder wird in Flüssigkeit gelöst auf Zucker, Löschpapier oder anderen Trägersubstanzen konsumiert. Ein Trip kostet ca. 15,00 DM. Die Wirkung ist der des Haschischs vergleichbar, aber um ein Vielfaches intensiver.

LSD entfaltet seine Wirkung in Phasen:

30 - 60 Minuten nach der Einnahme werden die KonsumentInnen mit den ersten Wahrnehmungsveränderungen, die z. B. Farben deutlicher erscheinen lassen und bewegten Dingen Spuren verleihen, konfrontiert. Nach ca. 2 Stunden intensivieren sich alle Wahrnehmungsveränderungen (Optik, Akustik, Geruch, Zeit, Raum und Berührung). Abhängig von der psychischen Ausgangslage, die sie verstärkt, kann die Stimmung wechseln zwischen euphorisch und depressiv. Das Ich-Gefühl verändert sich in Form einer Entpersonalisierung. Das Gefühlserleben und Gefühlsschwankungen nehmen extremere Formen an. Die maximale Wirkung kann erst nach 3 - 5 Stunden erreicht sein und bis zu 30 Stunden anhalten. Es kann zu Synästhesien kommen, dass Musik beispielsweise optisch wahrgenommen wird.

Der Konsum von LSD und die damit verbundenen Wahrnehmungsveränderungen können Unsicherheit, Orientierungslosigkeit und große Angst verursachen. Schweißausbrüche, Kälteschauer, Schwindel, Gehstörungen, Brechreiz und andere körperliche Beschwerden sind mögliche Folgen des Konsums. Des Weiteren kann es zu panikartigen Zuständen, Verfolgungswahn bis hin zu Todesangst (sogenannte „Horror-Trips“) kommen. Eine entsprechende Disposition kann auslösen, dass die Erlebnisse eines Trips so intensiv sind, dass sie nicht mehr verarbeitet werden können. Die möglicherweise bis zu 30 Stunden anhaltende Wirkung kann als zu lang und zu anstrengend empfunden werden. Auch die nach dem Konsum auftretenden „Flashbacks“ (plötzliches Wiederauftreten der Drogenwirkung) können dazu beitragen, dass der Organismus mit den anhaltenden, sehr wechselhaften Wirkungen völlig überfordert ist. Der „Flashback“ kann nach Wochen oder Monaten trotz LSD-Abstinenz auftreten. Auch starke Persönlichkeitsveränderungen oder ein „Hängen bleiben“ im Rauschzustand sind mögliche Gefahren und Risiken. Selbstüberschätzung und Sinnestäuschungen steigern die Suizidgefahr.

Bei dem Konsum von LSD sind Verlauf, Dauer und Intensität des Trips unvorhersehbar. Auch hier wird der Erwerb, die Einfuhr, der Besitz und die Weitergabe nach dem BtmG verfolgt und bestraft.

Speed – (Meth-) Amphetamin (Pep)

Speed ist eine Leistungsdroge, die das zentrale Nervensystem stimuliert. Es wirkt ähnlich aufputschend wie das körpereigene Stresshormon Adrenalin. Rein synthetisch hergestellt aus chemischen Grundstoffen handelt es sich um ein weißes kristallines Pulver, das teilweise in Gelatine kapseln, Dragees und Tabletten oder in Flüssigkeit gelöst mit sehr unterschiedli-

chen Wirkstoffkonzentrationen angeboten wird. Der Preis wird mit ca. 20,00 DM pro Gramm angegeben.

Speed wird überwiegend oral eingenommen, kann aber auch geschnupft oder injiziert werden. Bei der oralen Einnahme setzt die Wirkung langsam ein und dauert lange an. Bei der nasalen Einnahme setzt die Wirkung schnell ein und dauert nur kurz.

Bei geschnupftem Speed setzt die Wirkung nach ca. 5 - 10 Minuten ein, bei der oralen Einnahme nach ca. 20 - 30 Minuten. Eine erhöhte Wachheit, Bewegungsdrang und Mitteilbarkeit sind die unmittelbaren Folgen und halten für ca. 4 - 6 Stunden an. Die körpereigenen Bedürfnisse (Hunger, Durst, Schlaf) werden unterdrückt. Die Gefühle werden intensiviert und verändern die Wahrnehmung der Umgebung. Noch Tage nach dem Konsum sind Nachwirkungen, wie Schlafstörungen, Essstörungen und Gefühlsschwankungen, spürbar.

Auch bei Speed bestehen Gefahr und Risiko darin, dass die gekaufte Menge nichts über die enthaltenen Wirkstoffe aussagt. Selbstüberschätzung, Aggression, Angst und Paranoia sind mögliche Folgen des Konsums. Dauer und Intensität der Wirkung sind individuell sehr unterschiedlich. Statt der gewünschten Wirkung und bei zu hohen Dosierungen sind Missempfindungen, Orientierungslosigkeit, Herzrasen, Angst, Paranoia und körperlicher Zusammenbruch möglich. Bei häufigerem Konsum tritt sehr schnell ein Gewöhnungseffekt ein. Bei organischen Vorschädigungen oder Medikamenteneinnahme ist der Konsum als besonders riskant zu betrachten. Durch einen Mischkonsum werden die Risiken ebenfalls potenziert.

Speed schädigt den Organismus auf vielfältige Weise:

Dauerkonsum führt u. U. zu Gewichtsverlust, Persönlichkeitsveränderungen und Immunschwäche. Das erhöhte Energielevel, das sich durch den Konsum einstellt, zehrt körperlich und geistig aus.

Wie alle illegalen Drogen fällt auch Speed unter die Regelungen im BtmG. „Im Jahr 1999 wurden im Bereich der synthetischen Betäubungsmittel unterschiedliche Tendenzen registriert. Insbesondere bei Ecstasy (+250,7 %) aber auch bei Amphetamin (+16,3 %) wurden erneut deutliche Anstiege der Sicherstellungsmenge festgestellt, die Anzahl sichergestellter LSD-Trips sank wiederum (-28,8 %). Daneben waren der parallele Anstieg der Fallzahlen bei Ecstasy (+45,2 %) sowie Rückgänge bei LSD (-22,6 %) und auch bei Amphetamin (-6,6 %) festzustellen.“ (siehe Q20)

Die Untersuchung des KFN gelangt zu der Einschätzung, dass 0,4 % der Jugendlichen regelmäßig Ecstasy und 0,6 % der Jugendlichen regelmäßig Speed konsumieren. Die Zahlen im Einzelnen: (siehe Q21)

Konsum in den letzten 6 Monaten:

| | Nie | 1 mal | 2-5 mal | 5 - 10 mal | regelmäßig | Gültige |
|------------------|-------|-------|---------|------------|------------|---------|
| Ecstasy absolut | 2.768 | 59 | 18 | 8 | 11 | 2.864 |
| - " - prozentual | 96,6% | 2,1% | 0,6% | 0,3% | 0,4% | |
| Speed absolut | 2.703 | 76 | 29 | 17 | 16 | 2.841 |
| - " - prozentual | 95,1% | 2,4% | 1,0% | 0,6% | 0,6% | |

Bezieht man diese Prozentwerte auf Osnabrück, so muss man einen regelmäßigen Ecstasykonsum bei etwa 170 Jugendlichen und einen regelmäßigen Speed-Konsum bei etwa 250 Jugendlichen annehmen.

In der Arbeitsgruppe gab es mehrheitlich die Einschätzung, dass der Konsum von Ecstasy in Osnabrück tatsächlich unter Durchschnitt liegt. Diese Einschätzung wurde damit begründet, dass Osnabrück - im Unterschied zu Münster - über keine entsprechende Party-Szene verfüge, allerdings eine private Party-Szene im Kommen sei. Es wurde allerdings auch darauf hingewiesen, dass sich der Ecstasykonsum derzeit von der Techno-Szene selbstständig mache. Von einem Teil der Arbeitsgruppe wurde nicht zuletzt mit dem Hinweis auf das Ansteigen einzelner Technoabende in „normalen“ Discos angezweifelt, ob hier Osnabrück tatsächlich einen unterdurchschnittlichen Konsum vorweise. Insgesamt gab es aber Einigkeit, dass es ungeheuer schwer sei, das Dunkelfeld zu beziffern.

2.1.2.8 Cannabis: Haschisch – Marihuana (Gras, Shit, Dope, Piece, Brösel)

Cannabis zählt zu den ältesten Rausch- bzw. Arzneimitteln der Menschheit. Bereits im sechsten Jahrtausend vor Christus finden sich Hinweise darauf in der Literatur. Mit den Genfer Konventionen von 1925 wurde dem genussorientierten und medizinischen Gebrauch ein (vorläufiges) Ende gesetzt. In der BRD entwickelte sich der Konsum von Cannabis vor allem im Zuge der 68er Bewegung.

Cannabis ist der Gattungsbegriff für die staudenartige Hanfpflanze, deren weibliche Blüte ein Harz mit dem Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) absondert. Dieser Wirkstoff, insbesondere das Delta-9-Tetrahydrocannabinol ist für die rauschartige Wirkung der Pflanze verantwortlich und findet sich in ausreichender Konzentration nur in weiblichen Pflanzen.

Auf dem illegalen Markt ist **Cannabis** in zwei Produktformen erhältlich: als Haschisch und als Marihuana. Unter **Haschisch („Shit“)** versteht man das gepresste Harz, unter **Marihuana („Gras“)** die getrockneten Blüten. Cannabis wird pur oder mit Tabak vermischt als sogenannter Joint oder in Pfeifen (Wasserpfeifen, Purpfeifen, Erdpfeifen) geraucht. Des Weiteren kann es pur oder vermengt mit Nahrungsmitteln oral aufgenommen werden in Form von Keksen, Kuchen, Kakao oder Tee.

Die Wirkung setzt beim Rauchen wenige Minuten nach dem Inhalieren ein, während bei der oralen Aufnahme mit einem Wirkungseintritt nach ca. 60 - 90 Minuten zu rechnen ist. Der Puls wird beschleunigt und die geröteten Augen (Kaninchenaugen) lassen auf erweiterte Blutgefäße schließen. Mundtrockenheit und ein erhöhtes Hungergefühl, vor allem nach süßen Speisen, können auftreten. Cannabis intensiviert die Gefühle und regt zur „Innenschau“ an. Es verändert die optische und akustische Wahrnehmung. Marihuana wird oft als aphrodisierend beschrieben. Kontaktfreudigkeit und Redebedürfnis sind gesteigert. Logisches und abstraktes Denken werden beeinträchtigt. Raum- und Zeitgefühl ändern sich. Nach längerem Gebrauch besteht die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit. Bei einer Überdosierung treten paranoide Zustände auf. Auch können latente Psychosen ausgelöst werden. Weitere Symptome, wie Angstzustände, Orientierungslosigkeit. Übelkeit, Erbrechen und Angst sind typische Folgen beim Mischkonsum mit Alkohol. Die Abnahme von Spontaneität, Interesse und Eigeninitiative führt zu einer reduzierten Leistungsbereitschaft. Ebenso wie die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit nachlassen, ist ein Rückgang der Urteilsfähigkeit zu verzeichnen. Depressionen mit erhöhter Suizidgefahr treten auf. Das Immunsystem wird geschwächt. Auch Lungenschäden und Sterilität gehören zum Repertoire der Langzeitfolgen.

„Die in Deutschland am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis. Demzufolge stand auch 1999 die Mehrzahl aller Rauschgiftsicherstellungsfälle (59 %) im Zusammenhang mit Haschisch, Marihuana oder Cannabispflanzen. Insgesamt wurden etwa 20 t Cannabisharz (Haschisch) und -kraut (Marihuana) sowie 168.000 Cannabispflanzen sichergestellt. ... Die sichergestellte Haschischmenge sank um 20 % auf 4.885 kg, die Anzahl der Fälle stieg um 3,1 %. Die Menge an sichergestelltem Marihuana

ist im Vergleich zum Vorjahr weiter um 0,8 % auf 15.021 kg gestiegen, nachdem sie sich von 1997 auf 1998 bereits mehr als verdreifacht hatte. Die Anzahl der Fälle verringerte sich gegenüber dem Vorjahr um 7,5 %.“ (siehe Q22)

Cannabis ist nach Einschätzung von ExpertInnen nicht die problemlose weiche Droge, deren Konsum im Wesentlichen unbedenklich ist. So ist beispielsweise inzwischen bekannt, dass der Konsum von Cannabisprodukten in einem sehr frühen Alter mit einer hohen Wahrscheinlichkeit verbunden ist, später KonsumentIn harter Drogen zu werden.

Die Sicherstellungsmenge von Cannabisprodukten schwankt gewaltig. Dies wird aus den im Folgenden dargestellten Mengen deutlich:

| Jahr | Cannabisharz in kg | Cannabiskraut in kg |
|------|--------------------|---------------------|
| 1998 | 11.641 | 432 |
| 1990 | 4.655 | 8.985 |
| 1991 | 10.878 | 1.466 |
| 1992 | 3.201 | 7.107 |
| 1993 | 4.245 | 8.965 |
| 1994 | 4.033 | 21.660 |
| 1995 | 3.809 | 10.436 |
| 1996 | 3.247 | 6.109 |
| 1997 | 7.328 | 4.167 |
| 1998 | 6.110 | 14.897 |
| 1999 | 4.885 | 15.022 |

„Ca. 2 Mio. Menschen konsumierten innerhalb der letzten 12 Monate (bezogen auf den Erhebungszeitraum 1996) Cannabis, etwa 270.000 davon sind Dauerkonsumenten.“ (siehe Q23)

Im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe der BZGA (ohne Jahresangabe) wurde laut Jahrbuch 2000 ermittelt: *„4 % der befragten 18 - 21-Jährigen gaben an, während der letzten 12 Monate „regelmäßig“ Cannabis-Produkte konsumiert zu haben. 12 % „mehrmals“ und 6 % „einmal“.*“ (siehe Q24)

Ergebnisse des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen: Das KFN hat im Hinblick auf den Konsum von Cannabisprodukten durch Jugendliche in den letzten 6 Monaten vor Befragung folgende Daten erhoben:

| | Niet | 1 mal | 2-5 mal | 5 - 10 mal | regelmäßig | Gültige |
|------------|-------|-------|---------|------------|------------|---------|
| Absolut | 2.088 | 205 | 206 | 203 | 203 | 2.905 |
| prozentual | 71,9% | 7,1% | 7,1% | 7,0% | 7,0% | |

Die Übertragung dieser Größenordnung auf die Osnabrücker Situation scheint realistisch. Danach würden etwa 200 - 300 Jugendliche regelmäßig Cannabisprodukte konsumieren, allerdings auch weitere 800 - 900 Jugendliche gelegentlich.

2.1.2.9 Kokain

Kokain kommt als weißes Pulver auf den Markt, welches aus den Blättern des Kokastrauches gewonnen wird. Crack ist die durch Erhitzung hergestellte kristalline Form des Kokains.

Kokain kann geschnupft oder in die Venen gespritzt werden, aufgekocht oder inhaliert oder die Kokablätter können gekaut werden. Crack wird geraucht (es entsteht dabei ein leichtes Knistern, daher der Name).

Die Wirkung von Kokain (und Crack) ist, dass Hunger und Müdigkeitsempfinden überspielt werden. Es wird ein absolutes Glücksgefühl erzeugt - bei intravenösem Konsum innerhalb weniger Minuten. Ein subjektives Gefühl der Leistungssteigerung.

Die Risiken sind nicht körperlich, jedoch entsteht eine hohe psychische Abhängigkeit.

Sehr schnelle Dosierungssteigerungen, weiterhin kann es zu Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Lungen- und Hirnschädigungen sowie zu weiteren psychischen Erkrankungen führen.

Kokain hat eine stark aufputschende Wirkung und unterdrückt Hunger und Müdigkeit. Die Droge führt zu extremen Antriebssteigerungen und zu absolut euphorischen Zuständen bei den Konsumenten. Gerade bei intravenösem Konsum wird dieser Zustand in wenigen Minuten erreicht. Lässt die Wirkung des Kokains jedoch nach, kommt es oft zu depressiven und nervösen Verstimmungen. Dies ist oft Anlass dafür, dass Kokainkonsumenten sofort wieder erneut konsumieren, um den euphorischen Zustand wieder herzustellen. Nicht selten werden so in einem kurzem Zeitraum erhebliche Summen für die Drogen ausgegeben, was wiederum zu erheblichen Problemen in dem sozialen Umfeld führt. Bei Überdosierungen kann es zu psychischen Auffälligkeiten, wie Halluzinationen, Bewusstseinsstörungen, Verfolgungswahn, Angst und Selbstmordtendenzen kommen. Bei Konsumenten mit psychischer Instabilität kann auch eine drogeninitiierte Psychose auftreten. Durch Übererregung der Nervenbahnen kann es zu starkem Juckreiz kommen, sodass sich Kokainkonsumenten nicht selten den Körper blutig kratzen. Wird Kokain über die Nase gesniffelt, werden hier die Schleimhäute extrem geschädigt und es kommt zu häufigem Nasenbluten. Auch für Klienten, die sich im Substitutionsprogramm befinden, ist Kokain eine nach wie vor für sie attraktive Droge, da auch bei ihnen der euphorische Zustand eintritt. Kokain wie auch Crack werden nicht selten mit anderen Substanzen (Backpulver) gestreckt, um einen günstigeren Verkaufsgewinn auf dem illegalen Drogenmarkt zu erreichen.

Kokain ist unter jugendlichen Konsumenten illegaler Drogen stark verbreitet, allerdings ist der prozentuale Anteil von Kokain bei den erstauffälligen Konsumenten zurückgegangen (von 27 % in 1994 auf 21 % in 1997). Kokain spielt vor allem im Spektrum von Party- und Modedrogen eine Rolle, wird aber auch darüber hinaus im Zusammenhang mit experimentellem Drogenkonsum im Zuge eines Probiervershaltens von Jugendlichen konsumiert.

„In der Bundesrepublik Deutschland wurden 1999 in 5.491 Fällen insgesamt 1.979 kg. Kokain beschlagnahmt. Die sichergestellte Menge erhöhte sich damit gegenüber dem Vorjahr um 74,6 %, während die Fallzahl um 0,7 % sank.“ (siehe Q26)

Zahlen über Kokain-KonsumentInnen sind insgesamt nicht bekannt. Für den Bereich aller harten Drogen (Heroin, andere Opiate, Kokain, Amphetamin und Ecstasy) wird von einem Kreis von 250.000 bis 300.000 Personen ausgegangen.

Ergebnisse des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen: Das KFN hat in seiner Umfrage folgenden Konsum von Kokain durch Jugendliche in den letzten 6 Monaten vor der Befragung ermittelt: (siehe Q27)

| | Nie | 1 mal | 2–5 mal | 5 – 10 mal | regelmäßig | Gültige |
|------------------|-------|-------|---------|------------|------------|---------|
| Kokain absolut | 2.787 | 32 | 15 | 9 | 8 | 2.851 |
| - " – prozentual | 97,8% | 1,1% | 0,5% | 0,3% | 0,3% | |

Rechnet man diese Ergebnisse auf Osnabrück um, so bedeutet dies, dass 12 Jugendliche hier regelmäßig Kokain konsumierten. Diese sehr niedrige Zahl ist aber nur plausibel, wenn hiermit diejenigen Jugendlichen gemeint sind, die Kokain ausschließlich ohne gleichzeitig andere Drogen konsumieren. Aus der AG Jugend und Sucht gab es die Einschätzung, dass Kokain insgesamt eher eine Erwachsenen Droge und daher die Bedeutung für Jugendliche quantitativ nicht so ausgeprägt sei. Von erheblicher Bedeutung scheint Kokain aber im Rahmen des Beigebrauches bei Substituierten zu haben.

2.1.2.10 Heroin

Heroin ist ein halbsynthetisches Opiat, das aus dem Saft des Schlafmohns gewonnen wird. Opiate haben als Heilmittel und Suchtstoffe eine lange Tradition und wurden in früheren Jahrhunderten gegen Schlaflosigkeit, Fieber, Schmerzen und einer Vielzahl von Beschwerden eingesetzt. Aber auch die Gefahr von Opiaten ist lange bekannt. Heroin wurde als vermeintlich nicht Sucht erzeugendes Ersatzmittel für Morphin eingeführt. In Wahrheit ist es jedoch ein stärker wirksames, stärker euphorisierendes und stärker abhängigkeitsförderndes Mittel. Es handelt sich um ein nicht verschreibbares Betäubungsmittel.

Der Konsum von Heroin führt häufig zu rasch eintretender psychischer und körperlicher Abhängigkeit. Heroin beeinflusst das zentrale Nervensystem und wirkt stark euphorisierend und angstlindernd. Es reduziert Schmerzen und ruft ein blitzartiges orgiastisches Hochgefühl (Kick, Flash, High) hervor. Die Opiatwirkung hält in der Regel über 3 - 4 Stunden an, bei schwerer Abhängigkeit reduziert sich die Wirkung auf 1 Stunde. Zeichen der Intoxikation sind neben der Euphorie, Schläfrigkeit und verwaschener Sprache die Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Gedächtnis. Schwere Intoxikationen infolge von Opiatüberdosierungen können zu ein-

geschränkter respiratorischer Funktion, Pupillendilatation, Bewusstlosigkeit, Koma und zum Tod führen.

Die Opiatabhängigkeit ist gekennzeichnet durch eine zwanghafte lang andauernde Selbstverabreichung von Heroin, wobei die Dosissteigerung meist Ausdruck der sich einstellenden Toleranz ist. Belastungs-, Entwicklungs- und Anpassungsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz sind bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung speziell einer Heroinabhängigkeit. Heroinabhängige entwickeln meist ein sehr gleichmäßiges Muster zwanghaften Drogenkonsums, bei dem Erwerb und Anwendung des Heroins gewöhnlich im Mittelpunkt der täglichen Aktivität stehen. Oftmals gehen damit Drogendelikte einher (Drogenbesitz, Drogenhandel, Dealen, Betrug, Raub, Diebstahl, Hehlerei). Entzugssymptome treten in Form von Angst, Unruhe und einem Schmerzgefühl, das oftmals im Rücken und in den Beinen lokalisiert ist, auf. Neben Reizbarkeit und erhöhter Schmerzempfindlichkeit besteht der Drang, Opiate zu konsumieren (Crewing). Es entwickelt sich eine dysphorische Stimmung, Übelkeit und Erbrechen, Muskelschmerzen, Tränenfluss, Pupillendilatation, Gänsehaut oder Schwitzen, Diarrhoe, Fieber und Schlaflosigkeit. Entzugssymptome treten innerhalb von 6 - 24 Stunden nach der letzten Einnahme auf, erreichen ihren Höhepunkt normalerweise innerhalb von 1 - 3 Tagen, und flauen dann schrittweise über einen Zeitraum von 5 - 7 Tagen wieder ab. Weniger akute Entzugssymptome, wie Angst, Dysphorie und Suchtdruck, können über Wochen und Monate anhalten. Lang anhaltender Heroinkonsum führt zu Persönlichkeitsveränderungen: Egozentriertheit, Reizbarkeit, Aggressivität, übersteigertes Selbstbewusstsein als Kompensation für Selbstunsicherheitsgefühle, Einschränkungen des Interesses auch an Sexualität und Partnerschaft. Nicht selten entwickeln sie eine tiefergehende oder längerfristige depressive Symptomatik. Diese kann opiatinduziert oder auch eine Exazerpation einer bereits bestehenden depressiven Störung sein. Nicht selten kommt es zur Prostitution, Verwahrlosung und sozialem Abstieg. Körperliche Symptome sind Mundtrockenheit und Trockenheit der Nasenschleimhäute, öfters klagen die Menschen über Obstipation. Bei intravenösen Konsum sind die Venen durch die Einstichstellen oft verletzt. Es entwickeln sich periphere Ödeme, sodass der Betroffene auf die Venen der Beinen, des Halses oder der Leistengegend ausweicht. Wenn diese Venen verödet sind, injizieren die Betroffenen oftmals direkt in das Unterhautfettgewebe, was zu Abszessen, später zu Vernarbungen führt. Durch das gemeinsame Benutzen eines Spritzbestecks (Needlesharing), entstehen häufiger bakterielle Endokarditis, Hepatitis oder HIV - Infektionen. Die Todesrate ist hoch, infolge von Überdosierungen, von Unfällen oder Verletzungen.

Die Heroinabhängigkeit nimmt bei den jugendlichen Migranten stark zu, sie haben in der Regel ein aggressives Konsummuster, sodass sie innerhalb von 6 - 9 Monaten zum Zeitpunkt des Erstkonsums von Drogen an der Nadel hängen.

„1999 wurden in 7.748 Fällen insgesamt 796,4 kg Heroin sichergestellt. Entgegen dem Trend der Vorjahre ist die sichergestellte Menge wegen einer Großsicherstellung von 316 kg um 16,1 % gestiegen. Die Fallzahlen sind dagegen erneut um 7,6 % gesunken. Obwohl auch 1999 wie in den

Vorjahren weltweit erhebliche Mengen Heroin sichergestellt wurden, war überregional kein Engpass bei der Versorgung der Konsumenten spürbar. Auch die weiter sinkenden bzw. stagnierenden Heroinpreise spiegeln diese Situation als Marktindikator wider.“ (siehe Q28)

Zahlen über Heroin-KonsumentInnen sind insgesamt nicht bekannt. Für den Bereich aller harten Drogen (Heroin, andere Opiate, Kokain, Amphetamin und Ecstasy) wird von einem Kreis von 250.000 bis 300.000 Personen ausgegangen.

Das KFN hat in seiner Umfrage folgenden Konsum von Heroin durch Jugendliche in den letzten 6 Monaten vor der Befragung ermittelt: (siehe Q29)

| | Nie | 1 mal | 2–5 mal | 5 – 10 mal | regelmäßig | Gültige |
|------------------|-------|-------|---------|------------|------------|---------|
| Heroin absolut | 2.815 | 20 | 11 | 5 | 8 | 2.859 |
| - " - prozentual | 98,5% | 0,7% | 0,4% | 0,2% | 0,3% | |

Auf Osnabrück umgerechnet, würde dies bedeuten, dass wie beim Kokain 12 Jugendliche regelmäßig Heroin konsumieren. Hier muss allerdings festgestellt werden, dass die Zahlen in Osnabrück deutlich höher liegen. Durch den hohen Anteil von Aussiedlerjugendlichen ist die Zahl von rund 100 heroinabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen realistisch. Von diesen Zahlen geht zumindest das Niedersächsische Landeskrankenhaus aus, welches den vermutlich besten Überblick über diese Szene hat. Die Tatsache, dass nur etwa die Hälfte dieser Fallzahlen innerhalb der Jugendgerichtshilfe Osnabrück bekannt ist, wird darauf zurückgeführt, dass ein bemerkenswert hoher Teil der Heroin-KonsumentInnen noch nicht straffällig geworden ist, weil eine (nicht bewusste) Finanzierung über die Familie oder über Prostitution erfolge.

2.1.2.11 Polytoxikomanie

Nur noch selten wird die Abhängigkeit von nur einer Droge diagnostiziert. Der weitaus größte Teil der Abhängigen von sogenannten harten illegalen Drogen benutzt zur gleichen Zeit mehrere Stoffe nebeneinander. Dieser Mischkonsum entwickelt sich langsam im Laufe der Drogenkarriere und ist oft den Betroffenen selbst gar nicht bewusst.

Viele Heroinabhängige haben z. B. früher Haschisch konsumiert und behalten das „Kiffen“ später bei. Lässt die positive psychische Wirkung des Heroins („der Kick“) nach kurzer Zeit nach, versuchen die Betroffenen außerdem diesen Effekt durch gleichzeitigen Konsum von Kokain wieder

aufzufrischen. Auch durch den gleichzeitigen Konsum von Alkohol, Tabletten und Heroin erhoffen sich viele eine Verstärkung der Opioidwirkung. Einige fügen diesem „Cocktail“ auch noch Amphetamine hinzu. Benzodiazepine (Beruhigungsmittel, wie z. B. Valium) und Alkohol werden daneben noch zusätzlich benutzt, um die Zeiten, in denen das Heroin aus Nachschub oder finanziellen Gründen nicht zur Verfügung steht, zu überbrücken. Antidepressiva werden zum Teil auch eingesetzt, um die negativen Nebenwirkungen der Drogen (insbesondere Kokain) abzumildern.

Alle diese Stoffe beeinflussen sich untereinander und so kann es über Wirkverstärkungen zu einer lebensgefährlichen und für die Konsumenten kaum noch zu kalkulierenden Vergiftung kommen. Kommen die Betroffenen dann in die Behandlung, müssen sie in der Regel von mindestens 3 Substanzen gleichzeitig entgiftet werden. Dies macht die Therapie deutlich komplizierter und verlängert auch die Behandlungsdauer.

2.1.2.12 Substitution

1941 gab die deutsche Wehrmacht den Auftrag, ein Ersatzmittel für Morphin zu entwickeln. 1945 wurde Methadon in den Labors der IG Farben synthetisiert: Methadon ist als synthetisches Opiat in der Lage, die Opiatrezeptoren im zentralen Nervensystem zu besetzen und verhindert damit bei bereits Opiatabhängigen Entzugserscheinungen.

Als mögliche Nebenwirkungen werden genannt:

Herzrhythmusstörungen, niedriger Blutdruck, Atembeschwerden bis zur Erstickung, Pupillenverengung, Übelkeit, Blasenentleerungsstörungen und Verstopfung.

Ist ein Patient richtig auf Methadon eingestellt, verspürt er kein Verlangen nach Heroin, da die Opiatrezeptoren abgesättigt sind. Die Methadonbehandlung ist in den BUB-Richtlinien geregelt (Bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). In diesen Richtlinien ist festgelegt, wer Methadon bekommen kann. Grundvoraussetzung ist eine mindestens zweijährige Opiatabhängigkeit.

Indikationen für eine unbefristete Substitution sind:

- maligne Tumore
- HIV-Infektion
- chronische Hepatitis

bis zu 12 Monaten kann substituiert werden bei:

- rezidivierender Abszesserkrankung
- wiederholte (Broncho-) Pneumo
- behandlungsbedürftige Tuberkulose
- psychiatrische Erkrankungen
- während der Schwangerschaft bis zu 6 Monaten nach der Geburt

bis zu 6 Monaten kann substituiert werden:

- zur Herstellung der stationären Behandlungsfähigkeit
- zur Überbrückung bis Therapieantritt.

Die Ärzte müssen eine spezielle Ausbildung absolvieren, um substituieren zu dürfen. Über die Aufnahme in das Programm entscheidet eine Ärztekommision, bei der ein schriftlicher Antrag gestellt werden muss. Methadon ist illegal auf dem freien Markt erhältlich und wird von Drogenabhängigen als Opiatersatz konsumiert. Unter Jugendlichen, die experimentell Drogen konsumieren, ist Methadon wegen der mangelnden psychotropen Wirkung nicht verbreitet. Es wird aber von drogenabhängigen Jugendlichen als Suchtstoffersatz erworben und konsumiert.

2.2 Geschlechterspezifische Unterschiede

Insgesamt gesehen konsumieren Jugendliche riskanter. Auf der WHO (World Health Organization) -Konferenz "Jugend und Alkohol" in Stockholm vom 19. bis 21. Februar 2001 wurde noch einmal das Umfeld in Europa beleuchtet: Eine europaweite Untersuchung bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern, an der sich Deutschland bislang nicht beteiligt, hat ergeben, dass Alkoholexzesse bei Jugendlichen durchaus verbreitet sind und es bereits 13-Jährige gibt, die angaben, schon öfter betrunken gewesen zu sein. In der Altersgruppe der 15-Jährigen waren es in einer WHO-Befragung sogar schon die Hälfte, die öfter betrunken war. Das sogenannte "binge drinking", das Rauschtrinken, insbesondere an Wochenenden, scheint in einer Reihe europäischer Staaten zunehmend das problematische Muster zu sein. Aktuell entwickelt sich das Trinken großer Mengen an Mixgetränken und Cocktails als beliebte Variante. Eine Studie von Prof. Wittchen und seinen Mitarbeitern aus München hat ergeben, dass in der Altersgruppe der 12- bis 24-Jährigen bei rund 10 % der Befragten ein Alkoholmissbrauch vorlag und bei etwas über 6 % eine Alkoholabhängigkeit. Das sind deutliche Alarmsignale, auch wenn neueste Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass der Gesamttrend des Alkohol- und Tabakkonsums bei Jugendlichen in Deutschland zurückgeht. Aber einen anderen Trend muss genauer beobachtet werden, dass riskante Konsummuster häufiger auftreten und die Konsummenge in einer bestimmten Untergruppe steigt.

Bei den einzelnen Suchtmitteln lassen sich gewisse Konsumunterschiede für Mädchen und Jungen festmachen:

Bier und Spirituosen werden mehr von Jungen konsumiert, während Wein mehr von Mädchen und jungen Frauen getrunken wird. Alkoholische Mischgetränke sind gleichermaßen beliebt.

Beim Alkoholkonsum insgesamt gibt es keinen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen. Bei den einzelnen Alkoholarten sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern stärker ausgeprägt. Präferenzen für alkoholische Getränke sind geschlechterspezifisch: Bier trinken mindestens einmal in der Woche 34 % der männlichen Jugendlichen, bei den weiblichen Jugendlichen sind es 10 %. Spirituosen konsumieren regelmäßig 6 % der jungen Männer und 3 % der jungen Frauen. Besonders stark ausgeprägt sind die Unterschiede bei den Anteilen für seltenes Trinken bzw. Abstinenz: 70 % der jungen Frauen trinken selten bzw. nie Bier, 69 % der jungen Männer trinken selten bzw. nie Wein. Bei den jungen Männern ist der Anteil der regelmäßigen Konsumenten fast

doppelt so hoch wie bei den jungen Frauen. Was die Trinkmengen betrifft, unterscheiden sich männliche und weibliche Jugendliche erheblich. Junge Männer trinken etwa die dreifache Menge (in reinem Alkohol gemessen) dessen, was junge Frauen konsumieren.

Von den männlichen Jugendlichen rauchen 38 %, von den weiblichen Jugendlichen 37 %. Der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Tabakkonsumenten ist in Bezug auf Lebenszeitprävalenz und Einstiegsalter gering. Allerdings sind mehr Jungen als Mädchen ständige Raucher, bei den Gelegenheitsrauchern verhält es sich umgekehrt. Der Anteil starker Raucher ist bei den Jungen doppelt so hoch wie bei den Mädchen. Die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sind auch gering, betrachtet man sich die Gruppe der Nicht – Raucher/innen bzw. Ex – Raucher/innen.

Insgesamt geht der Konsum von Tabak^{P3} und Alkohol langsam zurück, andererseits nehmen aber riskante Konsummuster in bestimmten Gruppen zu, z. B. bei jungen Mädchen oder bei jungen Aussiedlern. Und insgesamt ist der Gesamtkonsum von Tabak und Alkohol noch immer zu hoch, insbesondere, wenn die hohen gesundheitlichen und sozialen Kosten in Rechnung gestellt werden.

In Bezug auf Cannabis und Ecstasy ist das Konsumverhalten und die Menge der konsumierten Rauschmittel bzw. die Anteile der konsumierenden Mädchen und Jungen bei beiden Geschlechtern ähnlich gelagert.

Da die geschlechterspezifische Sichtweise sich bei der Betrachtung der gesamten Suchtproblematik noch immer zu wenig Beachtung findet, gibt es entsprechend wenig Informationen darüber, wie Mädchen und Jungen mit abhängigkeitsfördernden Verhaltensweisen in Berührung kommen bzw. welche Wege sie jeweils einschlagen, um mit Problemlagen und Konflikten fertig zu werden bzw. umzugehen. Es steht zu vermuten, dass die Jugendlichen aufgrund ihrer jeweiligen geschlechterspezifischen Sozialisation entsprechend öffentlich oder im Stillen mit Suchtmitteln umgehen. So flüchten sich Mädchen eher in die Kompensierungsmöglichkeiten im „stillen Kämmerlein“, während Jungen eher dazu tendieren, ihr Probierverhalten in der öffentlicheren und damit auch provokanteren Variante zu pflegen. Natürlich haben diese beiden Annahmen keinen Absolutheitsanspruch. Es gibt ebenso Jungen, die ihre Konflikte eher mit sich allein abmachen, wie es Mädchen gibt, die die öffentlichere Variante in ihrer Clique bevorzugen. Insbesondere bei dem Konsum von Tabak, Alkohol und Ecstasy wird dies deutlich.

2.3 Sucht und Delinquenz

2.3.1 Theoretische Überlegungen zu Zusammenhängen

Die Zusammenhänge zwischen Sucht und Delinquenz sind vielschichtig. So dürfen nicht nur die illegalen Drogen in Zusammenhang mit der Krimi-

^{P3} Ganz aktuell zeichnet sich beim Tabakkonsum leider wieder eine gegenteilige Entwicklung ab.

nalitätsentwicklung gebracht werden. Gerade die legale Droge „Alkohol“ ist im hohen Maße bei Verkehrsdelikten, aber auch anderen Vergehen und Verbrechen beteiligt. Zudem ist zu fragen, ob das eine Ursache des anderen ist und – wenn ja – in welcher Richtung einer Kausalität. Bei Aussagen zum Zusammenhang zwischen Sucht und Delinquenz ist nämlich nur sehr schwer zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden. Mithilfe von drei Hypothesen können aber wesentliche Aussagen zum Beziehungsgefüge von Devianzbereitschaft, Drogenmissbrauch und Delinquenz gemacht werden:

(1) Die Droge – Gebrauch, Missbrauch, Abhängigkeit – ist entscheidende Ursache der entsprechenden Kriminalität.

Diese Hypothese entspricht einer mehr traditionell-medizinischen Sichtweise. Dabei sind zwei Richtungen des Drogeneinflusses auf Kriminalität denkbar :

- Der Drogenkonsument benötigt mit wachsender Drogenabhängigkeit, vor allem bei Toleranzbildung, also körperlicher Abhängigkeit - wie bei Opiaten – oder auch bei starker psychischer Abhängigkeit – wie bei Kokain -, zunehmend mehr Drogen und deswegen mehr Geld für die Drogenbeschaffung. Wegen seiner Krankheit und oftmals seiner Jugend ist er zu regulärem Gelderwerb außerstande, also zu illegaler Geld- und Drogenbeschaffung gezwungen – *Modell der Beschaffungskriminalität*
- Eine weitere Richtung des Drogeneinflusses läuft darauf hinaus, dass die unmittelbare Wirkung der Droge selbst oder die unmittelbare Wirkung der Drogenabhängigkeit und der dadurch ausgelösten Demoralisierung zu Kriminalität führen. Es handelt sich also um Kriminalität unter Drogeneinfluss – *unmittelbare oder mittelbare Folgekriminalität*

(2) Die zweite Hypothese ist gewissermaßen die Umkehrung der ersten: Eine bereits vorhandene Kriminalitätsneigung oder –bereitschaft lässt Drogenkonsumenten oder –abhängige auch kriminell aktiv werden. In dieser Richtung lassen sich wiederum zwei spezifische Kausalverknüpfungen denken :

- Zum einen liegt eine primäre Disposition zu delinquentem Verhalten vor. Besonders ist an Syndrome weit gefächerter Sozialisationsstörungen junger Menschen zu denken, die erfahrungsgemäß häufig zu Kriminalität und Suchtmittelumgang führen.
- Zum anderen liegt eine Bindung an entsprechend delinquente Gleichaltrigengruppen, Milieus und Freizeitgestaltungen vor. In diesen Gruppen erlernt man Delinquenz. Ein Teil dieser Delinquenz hat mit Drogen zu tun und kann sich derart verselbstständigen, dass man es mit Drogen-Subkulturen zu tun hat.

Diese Hypothese entspricht mehr einem jugendkriminologisch-sozialpsychologischen Betrachtungsansatz, der Drogenumgang im Zusammenhang der Sozialisation ortet. Er kann sich auf sozialstrukturelle ebenso wie auf sozialpsychologisch-lerntheoretische Erklärungsmodelle für Delinquenz stützen. Dieser Hypothese folgend würden so disponierte junge Menschen häufiger zu Drogen, aber auch zu Drogenkriminalität ge-

langen. Drogenkarriere und kriminelle Karriere erwachsen demnach aus einem insgesamt als deviant zu bezeichnenden, von den sozialen Normen und Werten abweichenden Lebensstil. Sozioökonomische Variablen und vor allem das direkte Umfeld erscheinen dabei als wesentliche Bedingungsfaktoren.

(3) Der Betrachtung einer neueren Richtung der Kriminalsoziologie entspricht die dritte Hypothese, wonach die strafrechtliche Drogenprohibition entscheidende Ursache der Drogenkriminalität ist. Diese Annahme lässt sich in drei Ausprägungen verstehen :

- Zum ersten ist bei strafrechtlich prohibierten Drogen der Umgang mit der Droge selbst schon Straftat.
- Zum zweiten macht das strafrechtliche Totalverbot die gleichwohl bestehende Nachfrage und Bedarfsdeckung höchst kostspielig. Sie ist an sich schon strafbar. Der Kriminalitätsdruck wächst aber zusätzlich durch die hohen Erstehungskosten, die zumal von jungen Menschen kaum anders als durch Delinquenz aufgebracht werden können.
- Zum dritten bedingt Prohibition einen kriminalitätsträchtigen illegalen Markt. Er führt zu internationalen Organisation, zum Nährboden für regionale Subkulturen und überregionale, internationale Verbrechensorganisation.

Nach Meinung der empirisch kriminologischen Drogenforschung ist keine der Hypothesen als widerlegt anzusehen. Vielmehr muss von einem komplexen Zusammenhang ausgegangen werden. **Ebenso wenig** wie die Drogenabhängigen eine einheitliche Gruppe mit gleichem Alter, gleicher Sozialisation und gleichen Freizeitgestaltungen und Wertvorstellungen darstellen, lassen sich allgemeingültige Aussagen über die Dominanz des einen oder anderen Faktors in dem vielschichtigen Wirkungszusammenhang treffen. Als wesentliche Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen sind festzuhalten :

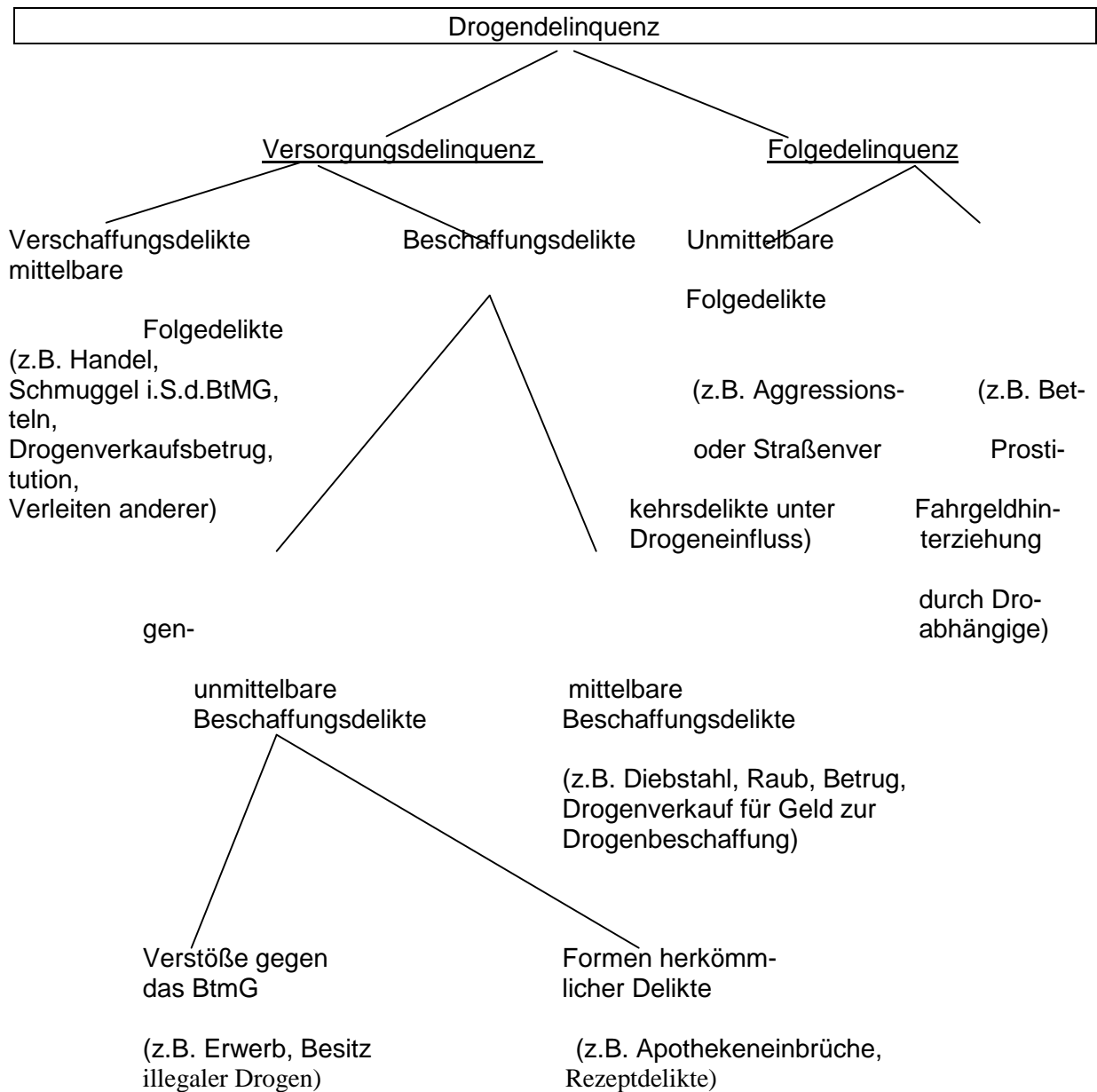
- Keine Droge führt an sich zu Kriminalität
- Sucht- und Kriminalitätskarrieren sind nicht zwangsläufig
- In der Gruppe der massiv kriminell auffälligen Drogenabhängigen findet man eine breite Palette möglicher biographischer Verbindungen von Drogen- und Kriminalitätskarrieren. So stößt man auf den Primär-Drogenabhängigen, der erst im Laufe zunehmenden Drogenumgangs in sich festigende Kriminalität gerät. Demgegenüber steht der Sekundär-Drogenabhängige, der erst im Laufe schon verfestigter Kriminalität zusätzlich auch drogenabhängig wird.
- Das Verhältnis von Drogenumgang und Kriminalität innerhalb einer „Karriere“ ist wesentlich von folgenden Faktoren bestimmt :
 - Persönlichkeit des Konsumenten
 - Vorgehende und begleitende Sozialisationsbedingungen bzw. -störungen
 - Alter und sozialer Kontext bei Beginn der Drogenkarriere
 - Eigendynamik der Drogenabhängigkeit

- Eigendynamik der Abhängigkeit von Orientierungsgruppen in der Freizeit,
- von Milieu und subkulturellem Lebensstil der Drogen-Szene
- verstärkende oder abschwächende Einflüsse drogenpolitischer Kontrollstrategien und –taktiken

Auch wenn mit der Behandlung der Drogenabhängigkeit bzw. der Beseitigung des Drogenmissbrauchs zweifelsohne die Beschaffungskriminalität zurück geht bzw. verschwindet, so kann doch keinesfalls davon ausgegangen werden, dass quasi automatisch auch die Kriminalität der Konsumenten verschwindet.

Erscheinungsformen der Drogenkriminalität

Delinquentes Verhalten drogenabhängiger Personen findet Ausdruck in unterschiedlichster Form. Nachfolgendes Schema bietet einen recht guten Überblick, wobei dabei teilweise unberücksichtigt bleibt, dass im Laufe einer Drogenkarriere eine Reihe delinquenter Verhaltensmuster übernommen werden und je nach Bezugsgruppe, Marktsituation, Kontrolleinfluss und persönlichen Bedingungen die Delikttypen und Deliktintensitäten wechseln. Dabei kumulieren oder alternieren Muster der unmittelbaren oder mittelbaren Beschaffung. Die äußerst facettenreiche Delinquenz dient auch nicht allein zur Drogenbedarfsdeckung, sondern der gesamten Lebensführung. Art und Ausmaß der Delinquenz sind weitgehend abhängig auch von delinquenten und subkulturellen Vorerfahrungen Drogenabhängiger.



Im Weiteren soll auf die Erscheinungsformen von Delinquenz im Zusammenhang mit Drogenkonsum näher eingegangen werden, wobei deutlich wird, dass die Übergänge teilweise fließend sind und eine eindeutige Zuordnung manchmal schwierig ist. Dieses betrifft insbesondere das Phänomen Gewalt im Kontext mit Drogenumgang, da es sowohl bei der unmittelbaren Beschaffung, aber auch bei mittelbaren Beschaffungsdelikten und den Folgedelikten eine Rolle spielt:

Unmittelbare Beschaffungsdelikte

Damit sind die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, wie der Anbau, die Herstellung, das Handeltreiben, die Einfuhr, die Veräußerung, die Abgabe, der Erwerb, die Verschaffung und der Besitz gemeint. Die Kriminalität in diesem Zusammenhang spielt sich auf unterschiedlichster Ebene und mit stark abweichender Intensität vom international organisierten Dro-

genhandel, über das Dealen von Drogenkonsumenten bis hin zum Erwerb von weichen Drogen zum Eigenkonsum ab. Dazu sind aber auch sogenannte Rezeptdelikte oder z. B. Apothekeneinbrüche, bei denen Betäubungsmittel erbeutet werden, zu zählen. Diese Straftaten werden als direkte Beschaffungskriminalität bezeichnet.

Mittelbare Beschaffungsdelikte

Hiermit sind alle Straftaten gemeint, die dem Konsumenten dazu dienen, sich die Mittel zu verschaffen, die er zum Erwerb von Betäubungsmitteln benötigt. Das Spektrum ist vielfältig. Vor allem kommt es aber zu Eigentums- und Vermögenskriminalität in Form von Ladendiebstählen, Einbruchsdiebstählen in Kraftfahrzeuge und Häuser, Hehlerei und Betrügereien. Es werden aber auch Gewaltstraftaten, wie Raub und Erpressung, aber auch Mord und Totschlag in diesem Zusammenhang registriert. Als weitere Straftaten sind in diesem Zusammenhang auch die verbotene Prostitution und die Zuhälterei zu nennen. Letztgenannte sind aber auch den mittelbaren Folgedelikten zuzuordnen.

Unmittelbare Folgedelikte

Hierbei handelt es sich um die Straftaten, die unter dem Einfluss sowohl legaler als auch illegaler Drogen begangen werden. Dabei ist vor allem an die zahlreichen Delikte im Straßenverkehr unter Einfluss von Alkohol, aber auch von Medikamenten und illegalen Drogen zu denken. Gerade diese Delikte sind mit sehr großen Opferzahlen verbunden. Nicht zu vernachlässigen sind in diesem Zusammenhang aber auch Gewaltstraftaten, die von den Tätern nach dem Konsum von Drogen begangen werden. Zum Zusammenhang von Drogenumgang und Gewalt lassen sich nachfolgende Thesen formulieren :

- Gewaltkriminalität Drogenabhängiger ist in Kriminalstatistiken unterrepräsentiert, vor allem wegen der besonderen Täter-Opfer-Beziehung.
- Viele Formen der Beschaffungs- und sonstigen Kriminalität von Drogenkonsumenten umfassen Elemente der Gewalt und Aggression.
- Bei keiner Droge führt Missbrauch unbedingt zu Gewalt. Aber der Missbrauch der meisten Drogen kann latente Aggressionsbereitschaft in bestimmten Stadien und Situationen aktualisieren. Dieses „Aggressionspotential“ ist bei verschiedenen Drogen unterschiedlich, bei Amphetaminen, Kokain, Crack und Alkohol am stärksten.
- Extremen Drogenmissbrauch treiben häufig junge Menschen, die prädisponiert für und erfahren in Gewaltdelinquenz sind. Ihre Gewaltkriminalität wird in der Drogenkarriere kaum geringer, passt sich dieser jedoch an.
- Die Integration Drogenabhängiger in die Drogen-Szene, die Verschmelzung dieser mit anderen kriminogenen Subkulturen und die allgemeine Demoralisierung in diesem von Illegalität gekennzeichneten Milieu zeigen die Tendenz zunehmender Gewalt.
- Zusätzliche Anstöße für Gewalt ergeben sich aus dem Wesen eines teilweise organisierten illegalen Marktes, aus in ihm typischen Lebensstilen sowie aus der Eskalation von Aktion und Reaktion zwischen Drogenmarkt und Drogenkontrolle.

2.3.2 Zusammenhänge zwischen Sucht und Delinquenz in der Kriminalität

Vorliegende Kriminalstatistiken geben mehr oder weniger detailliert Auskunft über die Zusammenhänge zwischen registrierten Straftaten und einer Beeinflussung des ermittelten Täters durch legale und illegale Drogen. Am konkretesten ist dieses noch bei Straftaten im Straßenverkehr, bei denen in der Regel recht genau festgestellt werden kann, ob der Verursacher z. B. unter Alkoholeinfluss stand. Da die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Straftaten im Straßenverkehr aber weitläufig bekannt sind, soll darauf im Weiteren verzichtet werden. Vielmehr soll konkreter darauf eingegangen werden, welche sonstigen Straftaten im Zusammenhang mit Drogen begangen werden und wie sich die Zusammenhänge darstellen. Zunächst soll auf den Einfluss der legalen Droge „Alkohol“ eingegangen werden, während sich im Weiteren die Aussagen dann im Wesentlichen auf die Zusammenhänge zu illegalen Drogen konzentrieren.

2.3.2.1 Zusammenhänge zwischen Alkohol und Straftaten

Das Bundeskriminalamt Wiesbaden kommt in der Polizeilichen Kriminalstatistik 2000 zu dem Ergebnis, dass bei 250.623 aller aufgeklärten Fälle, das sind 7,8 %, bei den Tatverdächtigen Alkoholeinfluss bei der Tatbegehung festgestellt wurde. Jedes vierte (25,3 %) aufgeklärte Gewaltdelikt wurde von Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss begangen. Der von der Bundesregierung vor kurzem vorgelegte „Periodische Sicherheitsbericht“ trifft sogar die Aussage, dass laut einer Sonderauswertung des Jahres 1999 rund 41 Prozent aller Tatverdächtigen ab 21 Jahren, gegen die von der Polizei wegen Totschlags ermittelt wurde, unter Alkoholeinfluss standen. Bei folgenden Straftaten wurde im Jahr 2000 wurde laut PKS auf Bundesebene besonders häufig Alkoholkonsum festgestellt :

| Straftat | Aufgeklärte Fälle 2000 insgesamt | Aufgeklärte Fälle 2000 unter Alkoholeinfluss | % |
|---------------------------------------|---|---|----------|
| Widerstand g. d. Staatsgewalt | 20.412 | 11.956 | 58,6% |
| Totschlag | 1.702 | 709 | 41,7% |
| Körperverletzung m. Todesfolge | 286 | 107 | 40,2% |
| Gefährliche/ Schwere Körperverletzung | 95.190 | 27.125 | 28,5% |
| Nord i.Z.m. Raubdelikten | 58 | 20 | 34,5% |
| Raub an TaxifahrerInnen | 142 | 47 | 33,9% |
| Vergewaltigung/ Sexuelle Nötigung | 5.797 | 1.586 | 27,0% |

Die Auflistung macht deutlich, dass Alkoholeinfluss insbesondere bei Straftaten, die mit erheblichen Folgen für die Opfer verbunden sind, eine äußerst bedeutende Rolle spielt.

Was die Zusammenhänge zwischen Alkohol und Straftaten betrifft, kommt die Polizeiinspektion Osnabrück-Stadt in ihrem Jahresbericht 2000 vor allem auch im Hinblick auf Kinder und Jugendliche zu einer nachdenklich machenden Erkenntnis. Sie beruht auf Feststellungen der Polizei unmittelbar nach der Tat und auf Angaben der ermittelten Täter. Es wird berichtet, dass 800 der insgesamt 6.256 ermittelten Tatverdächtigen bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluss standen. Das entspricht einem Anteil von 12,79 % gegenüber 10,70 % im Vorjahr.

Von den insgesamt 1.076 minderjährigen Tatverdächtigen standen 87 (1999 = 71) bei der Tatausführung unter Alkoholeinfluss. Dieses bedeutet einen Anteil an der Gesamtzahl der minderjährigen Täter von 8,09 % (1999 = 5,66 %). 3 der minderjährigen „alkoholisierten“ Tatverdächtigen waren sogar noch nicht einmal 14 Jahre alt. Seit 1997 ist diesbezüglich ein stetiger Anstieg zu verzeichnen.

2.3.2.2 Zusammenhänge zwischen illegalen Drogen und Kriminalität

Unmittelbare Rauschgiftkriminalität

Laut Polizeilicher Kriminalstatistik 2000 des Bundeskriminalamtes Wiesbaden wurden im letzten Jahr insgesamt 240.135 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz registriert. Gegenüber 1999 ergab sich ein Anstieg von 8,2 %. Den höchsten Anteil wiesen die Fälle im Zusammenhang mit Cannabis auf, bei denen sich der stark ansteigende Trend der Vorjahre fortsetzte. Weitere Anstiege wurden bei Ecstasy festgestellt, während die Fallzahlen bei Heroin und LSD konstant blieben, bei Kokain sogar rückläufig waren. In der Polizeilichen Kriminalstatistik Niedersachsen wurden im Jahr 2000 insgesamt 564.469 Straftaten erfasst worden. Dabei handelte es sich in 24.409 Fällen um Rauschgiftkriminalität, was einen Anteil dieser Delikte von 4,32 % an der Gesamtkriminalität in Niedersachsen bedeutet. Während bei den gesamten gemeldeten Straftaten gegenüber 1999 lediglich ein Anstieg von 3,02 % zu verzeichnen war, ergab sich bei den Rauschgiftdelikten eine Steigerung von 16,85 %. Während die Zahl der bekannt gewordenen Fälle von direkter Beschaffungskriminalität konstant geblieben sind, hat sich bei allen anderen Rauschgiftdelikten wie Besitz und Konsum (+ 20,30 %), Handel und Schmuggel (+ 10,90 %) und illegale Einfuhr (+ 20,52 %) ein recht gravierender Anstieg ergeben.

Dem Bundes- und Landestrend entgegen lief im Jahr 2000 die Entwicklung im Bereich der Polizeiinspektion Osnabrück-Stadt. Hier wurden insgesamt 18.602 Straftaten registriert. Gegenüber 1999 ergab sich ein leichter Rückgang um 1,26 %. Allerdings musste bei der Rauschgiftkriminalität nach Rückgängen in den Jahren 1998 und 1999 im letzten Jahr ein Anstieg um 2,86 % festgestellt werden, der damit aber deutlich geringer als im Landesdurchschnitt ausfällt. Es wurden 468 Verstöße gegen das BTMG verzeichnet (1999 = 455). Dadurch ist der Anteil der Drogendelikte an der Gesamtkriminalität mit 2,51 % in Osnabrück ebenfalls wesentlich geringer als auf Landesebene.

Während die Verstöße wegen Heroin in Osnabrück von 1997 mit 102 Fällen, über 1998 mit 105 Fällen und 1999 mit 62 Fällen im Jahr 2000 auf 60 Fälle zurückgingen, ist beim Kokain im Jahresvergleich eine Steigerung zu

beobachten. Nach 70 Fällen im Jahr 1997, 32 Fällen 1998 und 46 Fällen 1999 wurden im letzten Jahr 84 Fälle mit Kokain verzeichnet. Dieses widerspricht dem Bundestrend. Die in Osnabrück im Jahr 2000 festgestellten 468 Verstöße gegen das BTMG konnten 414 Tatverdächtigen zugeordnet werden. Diesbezüglich ergab sich mit einem Plus von 23 ermittelten Personen gegenüber 1999 eine Steigerung von 5,88 %. Von den Tatverdächtigen waren 370 männlich und 44 weiblich.

Ein Blick auf die Altersstruktur ergibt folgendes Ergebnis :

| Kinder (bis 13 J.) | Jugendliche (14 – 17 J.) | Heranwachsende (17 – 20 J.) | Erwachsene |
|--------------------|--------------------------|-----------------------------|------------|
| 0 | 52 | 78 | 284 |

Gegenüber dem Vorjahr ist sowohl bei den Minderjährigen mit 23,89 % als auch bei den Heranwachsenden mit sogar 36,84 % ein wesentlich deutlicher Anstieg ist als bei den sonstigen Tatverdächtigen im Bereich der Rauschgiftkriminalität zu beobachten.

Das Bundeskriminalamt kommt in der Polizeilichen Kriminalstatistik 2000 in diesem Zusammenhang zu dem Ergebnis, dass fast die Hälfte der ermittelten Tatverdächtigen bei den Rauschgiftdelikten Heranwachsende und junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren waren. Jugendliche und Heranwachsende weisen z. B. in Fällen mit Cannabis, LSD und Amphetaminderivaten (einschl. Ecstasy) relativ hohe Tatverdächtigenanteile auf, deutlich niedrigere dagegen bei Heroin und Kokain. Mit zunehmendem Alter wächst bei den jungen Menschen dann aber der Anteil harter Drogen.

Konzentriert man sich im Weiteren nunmehr auf die jugendlichen und heranwachsenden Straftäter aus diesem Teilbereich der Kriminalität, fällt bei Betrachtung des Geschlechts auf, dass junge Mädchen mit einem Anteil von 5,7 % bei den Jugendlichen und 8,9 % bei den Heranwachsenden deutlich unterrepräsentiert sind und weit unter ihrem sonstigen Anteil an der Kriminalität von Jugendlichen und Heranwachsenden, der ca. 25 % ausmacht, liegen.

Nachfolgende Tabelle schlüsselt noch einmal näher auf, durch welche Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz die Tatverdächtigen im Jahr 2000 in Osnabrück aufgefallen sind :

| | Heroin | Kokain | Ecstasy | Cannabis | Sonst. | Handel |
|-------------|--------|--------|---------|----------|--------|--------|
| Kinder | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jugendliche | 0 | 1 | 1 | 31 | 2 | 21 |
| Heranwachsd | 10 | 6 | 1 | 29 | 2 | 28 |
| Erwachsene | 45 | 65 | 2 | 58 | 6 | 105 |
| Gesamt | 55 | 72 | 3 | 117 | 10 | 154 |

Anmerkung: Kinder – bis 13 J., Jugendliche – 14 bis 17 J.; Heranwachsende – 18 bis 20 J.

In der Tabelle fällt auf, dass kein Kind als Tatverdächtiger im Zusammenhang mit einem Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz ermittelt wor-

den ist. Außerdem sind Jugendliche bei den harten Drogen wie Heroin und Kokain mit nur 1 Tatverdächtigen vertreten, während es im Jahr zuvor noch 4 Jugendliche gab, denen ein derartiges Delikt zur Last gelegt wurde. Einen Anstieg in dieser Deliktgruppe hat es aber bei den Heranwachsenden mit 16 Tatverdächtigen gegenüber 10 im Vorjahr gegeben. Bei den Jugendlichen ist eine Steigerung bei den Cannabisprodukten von 22 Tatverdächtigen im Vorjahr auf 30 im Jahr 2000 zu verzeichnen.

Da die Polizeilichen Kriminalstatistiken nur wenige Angaben über die Person der Tatverdächtigen machen, sollen zur weiteren Konkretisierung nunmehr Daten aus der Statistik der Jugendgerichtshilfe der Stadt Osnabrück verwandt werden.

Im Jahr 2000 standen in der Jugendgerichtshilfe 50 Verfahren wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz gegen Jugendliche und Heranwachsende an. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung seit 1995 :

| 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|------|------|------|------|------|------|
| 8 | 25 | 42 | 40 | 39 | 50 |

Damit wurde im Jahr 2000 der bislang höchste Stand erreicht. Mit einer Zunahme von 11 Verfahren gegenüber 1999 hat sich außerdem eine deutliche Steigerung von 28,20 % ergeben.

Die 50 im Jahr 2000 registrierten Verfahren verteilen sich auf 45 Jugendliche bzw. Heranwachsende, was bedeutet das einige Personen wegen mehrerer derartiger Verfahren auffielen. Insgesamt wurden im Jahr 2000 in der Jugendgerichtshilfe 725 Jugendliche und Heranwachsende bekannt. Der Anteil der jungen Leute, die durch einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz auffiel betrug 6,8 %. Ein Blick auf das Geschlecht und die Altersstruktur der TäterInnen ergibt folgendes Bild :

| | 14 J. | 15 J. | 16 J. | 17 J. | 18 J. | 19 J. | 20 J. |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| weiblich | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 0 |
| männlich | 0 | 3 | 5 | 10 | 8 | 8 | 5 |
| Gesamt | 0 | 4 | 5 | 11 | 11 | 9 | 5 |

Mit lediglich 6 Täterinnen ist der Anteil der Mädchen äußerst gering. Der Altersschwerpunkt liegt bei den 17- bis 19-Jährigen.

Die nächste Tabelle sagt etwas über die Nationalität und das Geschlecht der TäterInnen aus :

| | Deutsche | AussiedlerInnen | AusländerInnen |
|----------|----------|-----------------|----------------|
| weiblich | 4 | 2 | 0 |
| männlich | 24 | 8 | 7 |
| Gesamt | 28 | 10 | 7 |

Der Anteil der jugendlichen und heranwachsenden Aussiedler ist mit 22,22 % als recht hoch zu bewerten. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in Osnabrück in dieser Altersgruppe beträgt nämlich nur 11,05 %. Da sie aber an der Gesamtzahl der in der Jugendgerichtshilfe registrierten jugendlichen und Heranwachsenden mit 21,79 % partizipieren, decken sich die Zahlen in etwa. Die Unterschiede zwischen den Zahlen der Jugendgerichtshilfe und der Polizeilichen Kriminalstatistik hinsichtlich der registrierten Verfahren bzw. Delikte und TäterInnen bzw. Tatverdächtige sind einerseits mit der unterschiedlichen Zählweise zu erklären. So werden in der Jugendgerichtshilfe Verfahren und nicht einzelne Taten registriert. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass gerade im Bereich der Rauschgiftkriminalität viele Straftaten schon im Vorfeld wegen der Geringfügigkeit der aufgefundenen Menge weicher Drogen ohne Beteiligung der Jugendgerichtshilfe eingestellt werden.

Mittelbare Rauschgiftkriminalität

Die bisher getätigten statistischen Auswertungen haben sich allein auf direkte Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz und die Person der in diesem Zusammenhang jeweils ermittelten TäterIn bezogen. Für den Zusammenhang zwischen Sucht und Delinquenz sind aber insbesondere auch die Straftaten und deren TäterInnen von Bedeutung, bei denen es sich nicht um direkte Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, sondern um Delikte handelt, die zur Beschaffung von Drogen dienen und somit *mittelbare bzw. indirekte Beschaffungsdelikte* sind.

Hinweise auf Umfang und Struktur der indirekten Beschaffungskriminalität zur Finanzierung der Sucht von Drogenabhängigen geben die Straftaten, bei denen Tatverdächtige ermittelt wurden, die der Polizei als Konsumenten harter Drogen bekannt sind. Laut Bundeskriminalamt wurde dies 2000 bei insgesamt 249.075 aller aufgeklärten Fälle erkannt, was einen Anteil von 7,8 % an der Gesamtkriminalität bedeutet. In diesem Zusammenhang ist aber zu berücksichtigen, dass die Dunkelziffer hier besonders hoch ist. So ist davon auszugehen, dass bei vielen Straftaten, die nicht direkt etwas mit Betäubungsmitteln zu tun haben, der Anteil wesentlich höher liegt als statistisch registriert. Statistisch belegt ist, dass die Zahl der Straftaten, die von als „Konsumenten harter Drogen“ der Polizei bekannten Personen begangen wurden, fast kontinuierlich gestiegen sind. Die Zahlen des Bundeskriminalamtes dazu beziehen sich für die Jahre 1986 –1990 auf die alten Bundesländer, für 1991 und 1992 auf die alten Länder mit Gesamt-Berlin und ab 1993 auf das Bundesgebiet insgesamt.

| Jahr | Aufgeklärte Fälle verübt durch KonsumentInnen harter Drogen | Prozentualer Anteil an der Gesamtkriminalität |
|------|---|---|
| 1986 | 51.691 | 2,6% |
| 1987 | 58.283 | 3,0% |
| 1988 | 69.557 | 3,5% |
| 1989 | 83.172 | 4,0% |
| 1990 | 99.025 | 4,7% |
| 1991 | 128.614 | 6,0% |
| 1992 | 181.116 | 7,8% |
| 1993 | 173.429 | 5,9% |
| 1994 | 166.334 | 5,7% |
| 1995 | 202.447 | 6,6% |
| 1996 | 220.990 | 6,8% |
| 1997 | 240.554 | 7,2% |
| 1998 | 240.590 | 7,1% |
| 1999 | 248.724 | 7,5% |
| 2000 | 249.075 | 7,8% |

Relativ hohe Anteile von „Konsumenten harter Drogen“ wurden laut Bundeskriminalamt bei den folgenden aufgeklärten Straftaten festgestellt :

| Straftaten | Straftaten insgesamt | Straftaten durch KonsumentInnen harter Drogen | % |
|---|----------------------|---|-------|
| Raub | 28.871 | 4.472 | 15,5% |
| ▪ Raubüberfälle auf Geschäfte | 2.151 | 493 | 22,9% |
| ▪ Handtaschenraub | 1.528 | 417 | 27,3% |
| Diebstahl unter erschwerenden Umständen | 197.743 | 34.090 | 17,2% |
| ▪ Ladendiebstahl | 7.089 | 3.528 | 49,9% |
| ▪ Aus Kraftfahrzeugen | 38.769 | 10.079 | 26,0% |
| Diebstahl ohne erschwerende Umstände | 685.282 | 55.344 | 8,1% |
| ▪ Ladendiebstahl | 502.142 | 39.298 | 7,8% |

Der Anteil der als „KonsumentInnen harter Drogen“ bekannten Tatverdächtigen an der Gesamtzahl der Täter betrug im Jahr 2000 4,1 %. Der Anteil der Straftaten, der dieser Gruppe zugeordnet wurde, war allerdings im Durchschnitt mit 7,8 % beinahe doppelt so hoch, bei einigen Straftaten wie Raub und schweren Diebstählen sogar noch wesentlich höher. Berücksichtigt man dabei noch einmal, dass die Erfassung von „KonsumentInnen harter Drogen“ sehr lückenhaft ist, lässt sich feststellen, dass insbesondere bei Drogenabhängigen häufig Mehrtäterschaft gegeben und diese Gruppe besonders stark kriminalitätsbelastet ist.

Konkretes Datenmaterial hierzu liegt für den Bereich Osnabrück allerdings nicht im Detail vor. Es soll daher im Weiteren erneut auf Datenmaterial der Jugendgerichtshilfe zurückgegriffen werden, die aufgrund der Kontaktaufnahme zu den Jugendlichen und Heranwachsenden schon recht gute Möglichkeiten hat, zumindest eine Einschätzung hinsichtlich des Umgangs mit Drogen zu treffen. Hier ist allerdings beim Konsum von Alkohol, Medi-

kamenten und Cannabisprodukten ebenfalls von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Zu dem Zweck wurden von den Mitarbeitern der Jugendgerichtshilfe zu den im Jahr 2000 in der Jugendgerichtshilfe bekannt gewordenen 725 Jugendlichen und Heranwachsenden Einschätzungen zu deren Umgang mit Drogen vorgenommen. Dabei wurde eine Unterscheidung zwischen riskantem Konsum (gefährdet) und bereits sehr stark verfestigtem Drogengebrauch (abhängig) gemacht und auch nach den verschiedenen Suchtmitteln differenziert. Dabei ist unberücksichtigt geblieben, dass mehrere Drogen oft in Kombination genommen werden. In den Fällen wurde die Person dann dem Suchtmittel zugeordnet, das vermeintlich die gravierendsten Folgen befürchten lässt. Diese Einschätzung ist sicherlich subjektiv gefärbt und stimmt wohl zumindest teilweise auch nicht mit den in der Drogenhilfe bzw. den im Rahmen des ICD10 verwandten Kriterien überein. Es ergeben sich daraus aber vielleicht doch wichtige Hinweise auf den Problembereich Jugend und Sucht.

| | Gefährdet | Abhängig |
|---------------|------------------|-----------------|
| Alkohol | 37 | 6 |
| Weiche Drogen | 82 | 9 |
| Harte Drogen | 36 | 47 |
| Esssucht | 0 | 1 |
| Medikamente | 1 | 1 |
| Gesamt | 156 | 64 |

Demnach wurden von den insgesamt 725 Jugendlichen und Heranwachsenden, die im Jahr 2000 in der Jugendgerichtshilfe bekannt wurden, 156 (21,51 %) als suchtgefährdet und 64 (8,83 %) sogar als suchtmittelabhängig bewertet. Zusammengerechnet machen die Suchtgefährdeten und -abhängigen somit einen Anteil von ca. 30 % aus.

Die als suchtgefährdeten Jugendlichen und Heranwachsenden waren an 277 (26,55 %) und die als abhängig eingestuften an 153 (14,67 %) der insgesamt 1.043 im Jahr 2000 in der Jugendgerichtshilfe angefallenen Strafverfahren beteiligt. Zusammengerechnet ist dieser Anteil mit 41,22 % noch einmal deutlich höher als der bei den TäterInnen, was bedeutet, dass die jungen Leute mit Suchtproblemen fast an der Hälfte aller Strafverfahren beteiligt waren und somit wohl sehr stark kriminalitätsgefährdet sind.

Im Weiteren wird eine Differenzierung nach dem Geschlecht vorgenommen :

| | Gefährdet | Abhängig |
|---------------|------------------|-----------------|
| Weiblich | 25 | 12 |
| Männlich | 131 | 52 |
| Gesamt | 156 | 64 |

Der Anteil der Mädchen mit 16,03 % bei den Gefährdeten und 18,75 % bei den Abhängigen liegt unter dem Anteil bei der Kriminalitätsbelastung.

Betrachtet man die Personen nach ihrer Nationalität ergibt sich folgendes Bild :

| | Gefährdet | Abhängig |
|------------|------------------|-----------------|
| Deutsche | 86 | 25 |
| Aussiedler | 43 | 34 |
| Ausländer | 27 | 5 |
| Gesamt | 156 | 64 |

An dieser Tabelle fällt auf, dass die Aussiedler erneut deutlich überrepräsentiert sind. Ihr Anteil bei den Gefährdeten beläuft sich auf 27,56 %, bei den Abhängigen sogar auf 53,12 %. Noch einmal verwiesen auf ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe (11,05 %), sind diese schon besorgniserregende Zahlen und machen deutlich, dass besonders bei dieser Bevölkerungsgruppe der Zusammenhang zwischen Sucht und Delinquenz recht gravierend ist.

Nunmehr noch ein Blick auf die Altersstruktur der als gefährdet bzw. abhängig eingestuften Jugendlichen und Heranwachsenden :

| | 14 J. | 15 J. | 16 J. | 17 J. | 18 J. | 19 J. | 20 J. |
|-----------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Gefährdet | 6 | 15 | 27 | 28 | 38 | 26 | 16 |
| Abhängig | 1 | 5 | 6 | 6 | 13 | 15 | 18 |
| Gesamt | 7 | 20 | 33 | 34 | 51 | 41 | 34 |

Den Schwerpunkt bei den Gefährdeten stellen die 18- und 19-Jährigen, während bei den Abhängigen die 20-Jährigen am stärksten vertreten sind. In beiden Gruppen ist aber auch ein recht hohen Anteil bei den Minderjährigen zu verzeichnen.

Relevant für den Zusammenhang zwischen Sucht und Delinquenz ist sicherlich auch, welche Straftaten von dem benannten Personenkreis überwiegend begangen werden, wobei in der nachfolgenden Tabelle keine Differenzierung mehr nach als suchtgefährdet und suchtabhängig eingestuften TäterInnen vorgenommen worden ist :

| Straftat | Anzahl insgesamt | Anzahl bei den Suchtabhäng. | % |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------|
| Ladendiebstahl | 267 | 102 | 38,20% |
| vorsätzliche Körperverletzung | 125 | 61 | 48,80% |
| Diebstahl aus/von Fahrzeugen | 71 | 49 | 69,01% |
| Verstoß gegen das BTMG | 50 | 40 | 80,00% |
| Fahren ohne Fahrerlaubnis | 77 | 35 | 45,45% |
| Einbruchdiebstahl | 55 | 30 | 54,54% |
| Sachbeschädigung | 79 | 29 | 36,70% |
| sonstige Diebstähle | 63 | 24 | 38,10% |
| Nötigung/Bedrohung | 37 | 20 | 54,05% |
| Betrug | 64 | 15 | 23,44% |
| Raub/räuberischer Diebstahl | 28 | 13 | 46,43% |
| Beleidigung | 31 | 13 | 41,94% |

Obwohl der Anteil der als suchtgefährdet bzw. -abhängig bewerteten TäterInnen an der Gesamtzahl der als strafrechtlich in Erscheinung getretenen in der Jugendgerichtshilfe im Jahr 2000 bekannt gewordenen Jugendlichen und Heranwachsenden „nur“ ca. 30 % beträgt, war diese Personengruppe an der Begehung verschiedener Straftatbestände übermäßig beteiligt. Dieses betrifft insbesondere natürlich die klassischen so genannten mittelbaren Beschaffungsdelikte wie Ladendiebstähle, Diebstähle aus/von Kraftfahrzeugen und Einbruchdiebstähle. Bei diesen Delikten wurde teilweise fast jedes zweite von einer Person mit Drogenproblemen begangen. Markant ist aber auch die Beteiligung an Gewaltstraftaten wie Raub/räuberische Erpressung, Nötigung/Bedrohung und vorsätzlicher Körperverletzung. Während die beiden zuerst genannten Delikte wohl auch im Wesentlichen der Beschaffung zuzuordnen sind, deutet sich durch den hohen Anteil an der vorsätzlichen Körperverletzung an, dass bei der Personengruppe ein recht großes Aggressionspotential gegeben ist und sich diese Personen aber auch in einem häufig von Gewalt gekennzeichneten Milieu bewegen. Diese Ergebnisse bestätigen einige Thesen aus den Anfangserörterungen.

Im Weiteren nun noch einige Angaben zu Sozialdaten der Tätergruppe der als suchtmittelabhängig eingeschätzten Jugendlichen und Heranwachsenden. Zunächst werden Aussagen zur Wohnsituation getroffen :

| Wohnsituation | Anzahl |
|--|---------------|
| unbekannt | 5 |
| bei Eltern | 27 |
| bei einem Elternteil mit Stiefelternteil oder –partner | 4 |
| bei alleinerziehendem Elternteil | 12 |
| bei Großeltern/Verwandten | 2 |
| In einem Heim der Jugendhilfe | 1 |
| In eigener Wohnung | 7 |
| bei Freund/Freundin | 1 |
| ohne festen Wohnsitz | 3 |
| Sonstiges | 2 |

Bei der Tabelle überrascht, dass immerhin 27 Personen in einer Familie mit zwei Elternteilen leben. Dadurch ist aber noch nichts über das Familienleben ausgesagt. Oft sind die Familien der drogenabhängigen Jugendlichen und Heranwachsenden durch Partnerschaftskonflikte, Kommunikationsstörungen unter den Familienangehörigen oder gar eine Suchtproblematik bei den Eltern massiv belastet.

Im Folgenden wird die Tätigkeit der Jugendlichen und Heranwachsenden zum Zeitpunkt der Datenerhebung benannt :

| Tätigkeit | Anzahl |
|--|---------------|
| unbekannt | 8 |
| Sonderschüler | 1 |
| Hauptschüler | 6 |
| Realschüler | 1 |
| Gymnasiast | 1 |
| BVJ-Schüler | 1 |
| BGJ-Schüler | 1 |
| Auszubildender | 5 |
| ungelernte Arbeitskraft | 5 |
| Teilnahme an berufsvorbereitender Maßnahme | 6 |
| Wehrdienstleistender | 2 |
| arbeitslos | 27 |

27 Personen und damit 42,19 % waren arbeitslos. Allerdings befanden sich auch immerhin 18 Personen in einem Beschäftigungsverhältnis unterschiedlicher Art. 11 Personen waren noch in einer schulischen Ausbildung, ein an Bulimie erkranktes Mädchen besuchte sogar das Gymnasium. Die bloße Nennung der Tätigkeit sagt aber noch nichts dazu aus, ob die Personen ihrer Beschäftigung auch tatsächlich ordnungsgemäß nachkommen. Aus der Praxis ist bekannt, dass die Suchtproblematik diesbezüglich massiv Einfluss nimmt und es immer wieder u. a. zu umfangreichen Fehlzeiten kommt.

Von 51 Personen aus dem Kreis der als drogenabhängig bewerteten Jugendlichen und Heranwachsenden war in der Jugendgerichtshilfe bekannt, dass sie die allgemeine Schulpflicht zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits abgeschlossen hatten. Zu ihren Schulabschlüssen kann Folgendes ausgesagt werden :

| Schulabschluss | Anzahl |
|-----------------------|---------------|
| Sonderschulabschluss | 1 |
| Hauptschulabschluss | 17 |
| Realschulabschluss | 4 |
| ohne Abschluss | 26 |

Mit 26 Personen verfügt mehr als die Hälfte der Suchtabhängigen über keinen Schulabschluss und hat somit für den weiteren beruflichen Lebensweg äußerst schlechte Voraussetzungen. 21 Personen können aber immerhin einen Haupt- oder Realschulabschluss vorweisen. Bei den meisten stellt sich die Situation allerdings so dar, dass sie in ihrem weiteren Lebensweg aufgrund der Drogenproblematik aber meist nichts daraus

gemacht haben. Nach erfolgreicher Bearbeitung der Drogenproblematik hätten diese jungen Leute aber wohl bessere Chancen auf eine berufliche Integration.

An anderer Stelle wurde bereits erwähnt, dass die finanziellen Mittel der drogenabhängigen Personen in der Regel nicht ausreichen, um die Sucht zu finanzieren. Darum soll auch noch ein Blick auf die Einkommenssituation erfolgen :

| Einkommensart | Anzahl |
|-------------------------------|---------------|
| unbekannt | 8 |
| Arbeitslohn | 6 |
| Ausbildungsvergütung | 5 |
| Leistungen nach dem AFG | 6 |
| Sozialhilfe | 8 |
| Taschengeld | 26 |
| Taschengeld u. Nebenverdienst | 2 |
| sonstiges | 3 |

Aus einer der vorangegangenen Tabellen ist bekannt, dass 27 Personen aus dem Kreis der als drogenabhängig eingestuften jungen Leute arbeitslos bzw. ohne Beschäftigung sind. Leistungen vom Arbeitsamt oder Sozialamt beziehen laut Tabelle aber lediglich 14 Personen. Die anderen fallen in der Regel unter die Kategorie der Taschengeldempfänger, ohne dass hier etwas über Umfang und Regelmäßigkeit gesagt werden kann.

Demgegenüber soll abschließend nunmehr noch betrachtet werden, auf welche Weise die Familien, aus denen die Personen stammen, ihr Einkommen bestreiten :

| Einkommensart | Anzahl |
|-------------------------|---------------|
| unbekannt | 14 |
| Lohn/Gehalt | 40 |
| Leistungen nach dem AFG | 2 |
| Sozialhilfe | 4 |
| Rente | 2 |
| Lohn/Rente | 1 |
| Lohn/Sozialhilfe | 1 |

Durch den großen Anteil, bei dem keine Angaben gemacht werden konnten, ist diese Tabelle nicht besonders aussagekräftig. Es überrascht aber schon, dass immerhin 40 von 64 Familien ihr Einkommen aus einem Arbeitsverhältnis bestreiten können. Hier ist aber noch einmal auf den hohen Anteil an Aussiedlern zu verweisen. Die Datenerhebung durch die Jugendgerichtshilfe ergibt bei diesen Familien überwiegend, dass zumindest ein Elternteil arbeitet.

2.4 Sucht und Straße

Sucht und Straße sind besonders bei Drogenabhängigkeit zwei eng miteinander verknüpfte Aspekte. Da der Besitz von illegalen Substanzen mit Strafe bedroht ist, findet die Beschaffung und der Konsum von Drogen in subkulturellen Räumen statt. Eine Folge ist die Szenebildung in Straßen, Plätzen und Parks. Jugendliche in Osnabrück sind immer schon Teil dieser öffentlichen Szene gewesen, gleichwohl haben sie häufig auch ihre eigenen Treffpunkte. Berührungspunkte zur offenen Szene ergeben sich allein schon bei der Beschaffung von Drogen.

Mit der nachhaltigen und dauerhaften Verdrängung der Drogenszene aus der Innenstadt durch die Polizei ab 1996 kann von einer offenen Szene, in der sich auch Jugendliche bewegen, in Osnabrück nicht mehr gesprochen werden. Dies bedeutet nicht, dass es die Drogenszene selbst nicht mehr geben würde. Sie ist auf verschiedene Punkte in Osnabrück zersplittert, verlagert sich je nach polizeilicher Aktion immer wieder zwischen verschiedenen Punkten und bekommt lokal gelegentlich wieder größere Bedeutung, um sich dann wieder an anderen Stellen einzufinden. Sie findet stärker als früher in Häusern und Wohnungen, Parkhäusern und öffentlichen Gebäuden statt.

Für Jugendliche innerhalb der Drogenszene bedeutet diese Entwicklung, dass sie einem unterschiedlich starken, aber ständig präsenten polizeilichen Druck ausgesetzt sind. Dies führt einerseits zu einer stärkeren Tendenz zum "Abtauchen" in den nichtöffentlichen Raum und damit dazu, dass diese Personen z. T. schwerer erreichbar sind; andererseits kann sich aber auch durch den nachhaltigen Druck eine Verstärkung des Leidensdruckes ergeben, aus der sich eine Motivation nach der Veränderung der Situation entwickeln kann.

Zu dem quantitativen Aspekt von Jugendlichen innerhalb der "offenen" Drogenszene liegen daher keine klaren Zahlen vor. Sicher ist, dass es eine größere Anzahl von Jugendlichen in der Drogenszene gibt. In den vergangenen Jahren ist der Anteil von Jugendlichen in der Drogenszene, die als Aussiedler aus den ehemaligen Gebieten der Sowjetunion nach Deutschland gekommen sind, stark angestiegen. Für diese Gruppe gilt noch viel stärker, dass sie sich außerhalb öffentlicher gesellschaftlicher Strukturen bewegen und daher die Kontaktaufnahme zu ihnen schwer ist.

Trotz der Zersplitterung der Drogenszene gelingt es den Streetworkern der Drogenhilfe durch sehr offensive und aufsuchende Kontaktaufnahme, eine größere Zahl der Jugendlichen in der offenen Szene zu erreichen. Die genaue Anzahl der Jugendlichen, die durch Streetwork und die Kontaktzentrumsarbeit (Café Connection) erreicht werden können, kann allerdings nicht belegt werden, da in diesem Bereich keine einzelfallbezogenen statistischen Daten erhoben werden können. Eine ganze Reihe von Jugendlichen werden regelmäßig durch das Drogenkontaktzentrum und die Streetworker an die Drogenhilfeeinrichtungen vermittelt.

2.5 Gesundheitliche Situation

Jugendliche beschäftigen sich im Allgemeinen kaum mit dem Thema Gesundheit. Sie sind (zum Glück) gesund, Krankheit verbinden sie deshalb nur mit dem Alter. Dass der Konsum von Suchtstoffen die Gesundheit gefährden kann, kümmert sie wenig. Sie wissen, zum Beispiel, das Rauchen zu schweren Schäden an Herz, Kreislauf und Lunge führen kann, aber diese Probleme treten ja nicht unmittelbar auf. Was erst in 5 oder 10 Jahren auftritt ist viel zu weit weg, interessiert sie nicht. So stehen sie dem Suchtmittelkonsum eher neugierig und risikofreudig gegenüber. Studien haben gezeigt, dass Jugendliche in den letzten Jahren immer früher und riskanter konsumieren.

Als Folge dieser Entwicklung finden sich bei den Jugendlichen neben allgemeinen, unspezifischen Befindlichkeitsstörungen und dem Abfall der körperlichen Leistungsfähigkeit zunehmend Atemwegserkrankungen. Beginnend mit rezidivierenden Bronchitiden kann dies bis hin zu Asthma führen. Das Rauchen der Eltern und das damit verbundene zusätzlich Passivrauchen der Heranwachsenden, kann die Entwicklung dieser Krankheiten noch fördern. Allergische Erkrankungen haben bei Jugendlichen ebenfalls zugenommen. Neben und in Zusammenhang mit anderen Faktoren wird dabei als eine mögliche Ursache auch der Suchtmittelkonsum der Eltern und der Jugendlichen diskutiert.

Bei dem Konsum von illegalen Drogen zeigt sich die frühe gesundheitliche Schädigung noch deutlicher. Da das Einstiegsalter inzwischen weit gesunken ist, finden sich nun schon bei 14- bis 18-jährigen Heroinabhängigen schwere Begleit- und Folgeerkrankungen. Abszesse als Folge unsteriler Spritzen und in Verbindung damit Streuung von Eiterbakterien im gesamten Körper, Herzmuskelentzündungen, Nierenschädigungen, Lungenembolien sind zu beobachten.

Besondere Sorge bereiten aber die Infektionskrankheiten in dieser Gruppe. In den letzten Jahren wurde im Landeskrankenhaus bei Jugendlichen wiederholt die Erstinfektion mit dem HIV-Virus festgestellt. Ein solche schwerwiegende Diagnose beeinflusst natürlich das gesamte weitere Leben entscheidend. Viel häufiger und in den Auswirkung ebenfalls gravierend ist eine Hepatitis B oder C Infektion. Ohne eine kostspielige und leider bisher nur teilweise erfolgreiche Behandlung führt eine Hepatitis C in einem hohen Prozentsatz mit den Jahren zu tödlichem Leberversagen. Auffallend ist der hohe Anteil von Jugendlichen aus der Gruppe der Migranten, den so genannten „Deutsch-Russen“. Deutlich früher findet sich bei ihnen eine Hep B und C. Während "Einheimische" in der Regel erst nach ca. 6 Jahren Konsum von illegalen Drogen diese Befundkonstellation aufweisen, findet man sie bei den Migranten schon nach ca. 2 - 3 Jahren. Wie wenig die jungen Aussiedler von möglichen Infektionsgefahren wissen ist dabei erschreckend. Während sie, wenn auch nur nebulös, eine gewisse Vorstellung von AIDS haben, wissen sie von den Gefahren der Hepatitis fast nichts. Um das enorme Wissensdefizit wenigstens etwas auszugleichen, wird den Betroffenen im Landeskrankenhaus, in den Suchtberatungsstellen und den Selbsthilfegruppen eine in russisch abgefasste Broschüre zu diesem Thema zur Verfügung gestellt.

Insgesamt müsste allerdings die adäquate, nicht mit dem erhobenen Zeigefinger erteilte gesundheitliche Information für Jugendliche noch ausgebaut werden.

2.6. Besonderheiten spezifischer Bevölkerungsgruppen

Die Bevölkerungsentwicklung aller Jugendlichen sowie speziell die Gruppe der "Aussiedler" stellt sich in den Jahren 1996 - 2000 in der Stadt Osnabrück wie folgt dar:

| Jahr | Gesamtbevölkerung | 14 – unter 21jährige | Prozentualer Anteil |
|------|-------------------|----------------------|---------------------|
| 1996 | 160.542 | 10.673 | 6.65 |
| 1997 | 159.909 | 10.636 | 6.65 |
| 1998 | 157.848 | 10.642 | 6.74 |
| 1999 | 157.035 | 10.738 | 6.84 |
| 2000 | 156.353 | 10.874 | 6.95 |

Die folgende Tabelle verdeutlicht bei einer Unterscheidung von jungen Deutschen und Aussiedlern die Entwicklung der einzelnen Bevölkerungsgruppen und deren jeweilige Anteile in Prozent an allen jungen OsnabrückerInnen für die vergangenen 5 Jahre:

| Jahr | Alle 14- bis 20jährigen | Deutsche | % | Aussiedler | % | Ausländer | % |
|------|-------------------------|----------|--------|------------|--------|-----------|--------|
| 1996 | 10.673 | 8.048 | 75,4 % | 1.021 | 9,6 % | 1.604 | 15,0 % |
| 1997 | 10.636 | 7.986 | 75,1 % | 1.085 | 10,2 % | 1.565 | 14,7 % |
| 1998 | 10.642 | 8.050 | 75,6% | 1.145 | 10,8 % | 1.447 | 13,6 % |
| 1999 | 10.738 | 8.149 | 75,9% | 1.169 | 10,9 % | 1.420 | 13,2 % |
| 2000 | 10.874 | 8.328 | 76,6% | 1.202 | 11,1 % | 1.344 | 12,4 % |

Diese Tabelle vermittelt, dass sowohl die Zahl der Deutschen als auch die Zahl der Aussiedler im Alter von 14 bis 20 Jahren in der Stadt Osnabrück zunahm. Dagegen sank die Zahl der Ausländer in dieser Altersgruppe von 1.604 im Jahr 1996 auf 1.344 im Berichtsjahr.

Etwas mehr als $\frac{3}{4}$ aller jungen Osnabrücker/innen sind Deutsche. Der Aussiedler-Anteil beträgt etwa 10 bis 11 % und der der Ausländer sank von 15 auf 12,4 %.

Sucht und Kriminalität stehen in einem engen Zusammenhang. So ist die „Kriminalitätsbelastungsziffer“ bei Aussiedlern deutlich höher als der Bevölkerungsdurchschnitt.

| Nationalität | Bevölkerung absolut | | Straftäter absolut | | Straftäter in % an der Bevölkerung | |
|---------------|---------------------|-------|--------------------|------|------------------------------------|-------|
| | 1999 | 2000 | 1999 | 2000 | 1999 | 2000 |
| Deutsche ohne | 8.149 | 8.328 | 449 | 423 | 5,5 | 5,08 |
| Aussiedler | 1.169 | 1.202 | 151 | 158 | 12,9 | 13,14 |
| Ausländer | 1.420 | 1.344 | 133 | 144 | 9,4 | 10,71 |

| | | | | | | |
|---------|--------|--------|-----|-----|-----|------|
| Gesamt: | 10.738 | 10.874 | 733 | 725 | 6,8 | 6,67 |
|---------|--------|--------|-----|-----|-----|------|

Von den 8.328 deutschen Jugendlichen und Heranwachsenden wurden 423 als Straftäter bekannt. Das bedeutet, dass 5,1 % aller in Osnabrück lebenden Deutschen (ohne AussiedlerInnen) wegen einer oder mehrerer Delikte bekannt wurden. Von den 1.202 AussiedlerInnen traten 158 strafrechtlich in Erscheinung. Ihr Anteil lag mit 13,1 % am höchsten. Er betrug somit mehr als das 2,5-fache des Anteils der Deutschen.

Ein Vergleich von Bevölkerungsanteilen und Deliktarten zeigt, das straffällig gewordene Aussiedler überwiegend durch Diebstähle aus KFZ und durch andere Diebstähle auffallen:

| Delikt | Ladendiebstahl | | Körperverletzung | | Sachbeschädigung | | Diebstahl aus/von Kfz | | Fahren o. Fahrerlaubnis | |
|-----------------|----------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|-----------------------|-------|-------------------------|-------|
| | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % | abs. | % |
| männlich | | | | | | | | | | |
| Deutsche | 57 | 21,3 | 56 | 44,8 | 54 | 68,4 | 34 | 47,9 | 39 | 50,6 |
| Aussiedler | 63 | 23,6 | 29 | 23,2 | 13 | 16,5 | 27 | 38,0 | 16 | 20,8 |
| Ausländer | 27 | 10,1 | 31 | 24,8 | 9 | 11,4 | 5 | 7,0 | 19 | 24,7 |
| männlich alle | 147 | 55,1 | 116 | 92,8 | 76 | 96,2 | 66 | 93,0 | 74 | 96,1 |
| weiblich | | | | | | | | | | |
| Deutsche | 61 | 22,8 | 6 | 4,8 | 2 | 2,5 | 5 | 7,0 | 1 | 1,3 |
| Aussiedlerinnen | 32 | 12,0 | 2 | 1,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,6 |
| Ausländerinnen | 27 | 10,1 | 1 | 0,8 | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| weiblich alle | 120 | 44,9 | 9 | 7,2 | 3 | 3,8 | 2 | 7,0 | 3 | 3,9 |
| Gesamt | 267 | 100,0 | 125 | 100,0 | 79 | 100,0 | 5 | 100,0 | 77 | 100,0 |

Männliche Aussiedler sind am stärksten an den Diebstählen aus/von Kfz beteiligt. An zweiter Stelle rangiert bei ihnen der Ladendiebstahl. Sachbeschädigungen werden von ihnen bei diesen Delikten am wenigsten begangen. Beim Ladendiebstahl sind sie am häufigsten von allen Teilgruppierungen mit 63 Delikten aktiv geworden.

Ähnliches gilt für die Aussiedlerinnen. Sie fielen am häufigsten durch Ladendiebstähle auf. Sachbeschädigungen und Kfz-Diebstähle wurden von ihnen nicht einmal verübt.

Diebstahlsdelikte gehören oft in die Kategorie Beschaffungskriminalität. In der Regel, wenn es sich um Mehrfachstraftäter handelt. Auch hier ist die Gruppe der "Aussiedlerjugendlichen" überrepräsentiert.

| Nationalität | VielfachtäterInnen | | Alle TäterInnen | | Anteil der VielfachtäterInnen der jew. Nation |
|--------------|--------------------|-------|-----------------|-------|---|
| | Absolut | % | Absolut | % | |
| Deutsche | 61 | 54,5 | 423 | 58,3 | 14,4 |
| Aussiedler | 29 | 25,9 | 158 | 21,8 | 18,4 |
| Ausländer | 22 | 19,6 | 144 | 19,9 | 15,3 |
| Gesamt | 112 | 100,0 | 725 | 100,0 | |

Diese Tabelle weist hinsichtlich der MehrfachtäterInnen höhere Prozent-Anteile bei den Aussiedlern auf: Sie repräsentieren mehr als $\frac{1}{4}$ aller strafrechtlich mehrfach Vorbelasteten. Dieser Wert liegt nur bei ihnen über ihrem Anteil an allen Tätern. Zugleich ist ihr Anteil an allen TäterInnen der jeweiligen Nation mit über 18 % am höchsten.

Seit 1996 werden wir von Jahr zu Jahr deutlicher mit dem wachsenden Suchtproblem von Aussiedlern in unserer Stadt konfrontiert. Dies betrifft vom Aspekt der sichtbaren Dimension ausschließlich die Drogenproblematik. Dies heißt nicht, dass sich im Bereich der legalen Suchtmittel nicht eine ähnliche Problematik bestehen würde, sie ist jedoch weniger sichtbar. Deutlich wurde die rasante Entwicklung der Drogenproblematik bei Aussiedlern zunächst im Bereich der Drogenkriminalität. Sie steigerte sich von Jahr zu Jahr. 1999 wurden 17,1 % der BtmG-Verstöße von Aussiedlern begangen. 23 % der Personen, die aufgrund von Beschaffungsdelikten auffällig geworden waren, waren Aussiedler und 43,67 % der Beschaffungsdelikte wurden von Aussiedlern begangen. Der Anteil von Aussiedlern auf allen Entgiftungsstationen des LKH betrug 1999 10,27 %; bei den drogenabhängigen 19- bis 21-Jährigen betrug der Anteil der Aussiedler 42,22 %. Der Anteil der Aussiedler unter den Jugendlichen, die im Jahr 2000 vom Diakonischen Werkes betreut wurden, betrug im Jahr 2000 bereits 43,8 %.

Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielschichtig. Als wesentliche Aspekte einer multifaktoriellen Entwicklungslinie in süchtiges Verhalten können genannt werden:

- Unfreiwillige Immigration vieler junger Aussiedler
- Konfrontation mit unterschiedlichen Lebensformen, Normen und Werten
- elementare Verunsicherung
- Fehlen eines orientierungsstiftenden Erziehungsrahmens
- Die familiären Bindungen sind konfliktreich, da sie von der außerfamiliären Umgebung in Frage gestellt werden
- Das anonyme Zusammenleben verstärkt Vereinsamung und untermauert Fremdheitsgefühle
- Die Szene wird zum wichtigen Auffangbecken, zum Identitätsstifter und Regulativ.
- Die Diskrepanz zwischen Eltern und Jugendlichen verschärft sich dahingehend, dass die Angst der Eltern vor Entfremdung wächst, sobald die Jugendlichen beginnen, sich an ihrer peer-group stärker zu orientieren.
- Schulische und berufliche Integration missglückt
- Aussiedlerjugendliche erleben Ausgrenzung durch andere
- Konsum von Substanzen haben identitätsstiftende und fördernde Funktion
- Konsum von Substanzen fördert den Zusammenhalt der peer-group

Bis vor 3 Jahren galt, dass die Erreichbarkeit von Suchthilfeeinrichtungen für jugendliche Aussiedler deutlich schlechter war als im Vergleich zu den in Deutschland geborenen Klienten. Inzwischen hat sich in Osnabrück in dieser Situation durch die Einrichtung spezifischer, auch muttersprachlicher Hilfeangebote eine wesentliche Veränderung ergeben. Die entsprechenden Angebote werden inzwischen gut frequentiert, die Haltequote ist

erheblich gestiegen. Dies gilt jedoch nur in sehr eingeschränktem Maße für den Bereich der Primärprävention. Für die besondere Schwierigkeit, jugendliche Aussiedler in entsprechende Angebote zu integrieren und dort zu halten, gibt es eine Reihe von Ursachen, die sowohl im Kontext von Organisation und Selbstverständnis der Anbieter, als auch in der besonderen Problematik von Aussiedler liegen dürften.

Einige der wesentlichen Zugangsbarrieren für jugendliche Aussiedler für Präventiv- und Hilfeangebote:

- Geringer Bekanntheitsgrad der Angebote
- Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
- Misstrauen und Angst vor staatlichen Einrichtungen
- Unrealistische Erwartungen durch die Jugendlichen
- Ressentiments gegenüber unbekanntem Methoden
- Geringe kulturelle Kenntnisse der Anbieter
- Ressentiments bei Anbietern ("Kriminelles Image")
- Mittelschichtorientierte Umgangsformen in den Angeboten
- Gruppendruck des familiären und sozialen Umfelds, nichts nach außen dringen zu lassen

Um suchtkranken und gefährdeten jugendlichen Aussiedler stärker und besser als bisher Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. zur Bewältigung einer Suchterkrankung zur Verfügung zu stellen, werden folgende Maßnahmen für notwendig gehalten:

- Erhaltung und Fortentwicklung muttersprachlicher Angebote der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.
- Einrichtungen muttersprachlicher Angebote in Bereichen, wo sie bisher nicht bestehen
- Eine verbesserte Kenntnis von Beratern und Betreuern über den kulturellen Hintergrund und die spezielle Situation jugendlicher Aussiedler in Deutschland. Hier müssten entsprechende Fortbildungsangebote entwickelt werden
- Eine verbesserte Vernetzung von Angeboten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unter Einbeziehung bestehender Institutionen und Initiativen von Aussiedlern mit dem Ziel, Ansprechpartner für spezifische Maßnahmen zu haben und Übergänge zwischen den einzelnen Maßnahmen zu verbessern
- Weiterentwicklung von Maßnahmen der Schulförderung und von berufsbildenden Maßnahmen für junge Aussiedler. Stärkere Ausnutzung bestehender Ressourcen in diesem Bereich
- Verbesserung des Case – Managements. Es sollten in Einbindung von Einrichtungen, wie Aussiedlervereinen und Selbsthilfegruppen, Jugendhilfeeinrichtungen, Bildungs- und Weiterbildungseinrichtungen, Einrichtungen der Jugendgerichtshilfe und der Suchtkrankenhilfe verstärkt individuelle Hilfepläne erstellt und koordiniert durchgeführt werden können
- Eine Verbesserung des Bekanntheitsgrades von Maßnahmen und Angeboten durch russischsprachiges Informationsmaterial, das insbesondere auch auf den spezifischen Charakter der Einrichtungen und die angebotenen Hilfsmöglichkeiten verweist und sich auch an Angehörige wendet, könnte bestehende Schwellenängste senken

- Entwicklung neuer, spezifischer, muttersprachlich unterstützter Maßnahmen der Primärprävention für jugendliche Aussiedler. Diese Angebote müssten folgenden Kriterien gerecht werden: Frühzeitig - Zugehend - Attraktiv - Langfristig - Vernetzt

2.7 Drogen und Sexualität

Das Jugendalter bzw. das Heranwachsen von jungen Menschen birgt eine Vielzahl von Herausforderungen (wie z. B. veränderte körperliche Erscheinung, Aufbau von Beziehungen beider Geschlechter, Loslösung vom Elternhaus, Aufnahme intimer Beziehungen, Ausbildung, Zukunftsperspektive), die es zu bewältigen gilt.

In dieser Zeit machen Jugendliche auch häufig die Erfahrungen mit den Drogen ihrer jeweiligen Kultur, bei uns sind das die anerkannten Volksdrogen Alkohol und Tabak, und die so genannten illegalen Drogen. Unwissenheit und erhöhte Risikobereitschaft dieser Altersgruppe können zu Exzessen führen, die nicht selten tödlich enden.

In der Zeit der aufkommenden Lust und Liebe kommt es zur Überschneidung der Bereiche Drogen und Sexualität. Beide Themen bergen eine Anhäufung von Unsicherheiten durch mangelnde Informationen und fehlende Möglichkeiten sich außerhalb von Bewertung in niedrigschwelliger, vertrauter Atmosphäre auszutauschen.

Bei der Verknüpfung von Drogen und Sexualität gibt es die unterschiedlichsten Erwartungen. Kann es einmal darum gehen über die Wirkung der Droge die eigenen Ängste und Unsicherheiten zu überdecken und sich überhaupt mal zu trauen, so sind zum anderen die ultimativen Kicks, hemmungslose Leidenschaft, verstärktes Liebesempfinden und der Wunsch nach Nähe und Zärtlichkeit im Blickpunkt der Begierde. Die gewünschten Wirkungen als so genannte Sex-Stimulanzien bleiben in der Regel aber aus. Natürlich spielt auch das Setting und die Einstellung zu Liebe, Partnerschaft und purem Sex eine Rolle. So individuell wie Personen auf gleiche Drogen reagieren, so unterschiedlich bewerten sie auch den Konsum von Drogen als Aphrodisiaka. Hohe Dosierung lässt die herbeigesehnte Wirkung zumeist ins Gegenteil umschlagen.

2.7.1 Rauschwirkung bzw. mögliche Risiken verschiedener Drogen

Alkohol

Trotz oft anders lautender Behauptung fällt die Potenz mit zunehmendem Alkoholpegel kontinuierlich ab, während allerdings gleichzeitig das Verlangen nach Sexualität erst einmal zunimmt.

Amphetamine (Weckamine, Appetitzügler)

Berührungen und Zärtlichkeiten können aufgrund der starken inneren Unruhe nur sehr beschränkt oder aber gar nicht wahrgenommen werden. Zudem hat der Konsument große Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu erlangen.

Barbiturate (Valium etc.)

Wer Barbiturate einnimmt, der wird fast immer mit Potenzschwierigkeiten zu kämpfen haben. Oft droht ihm sogar der vorübergehende Verlust der Libido sowie des „Jagdstinkts“.

Ecstasy (Euphorika. MDMA)

Vor allem der reine Wirkstoff MDMA kann das sexuelle Erleben und das Liebesempfinden subjektiv beeinflussen bzw. verstärken. Allerdings treten sehr häufig Orgasmusschwierigkeiten auf sowie ein minderes Gefühl bei der Ejakulation.

LSD sowie Stechapfel oder Fliegenpilz u. a.

Während des (Haupt-)Trips besteht eigentlich keinerlei Aussicht auf ein tatsächliches sexuelles Erleben, da der Konsument keinem Gefühl allzu lange anhaften kann.

Liebestrank (Solanaceen)

Der Konsument rutscht nach dessen Einnahme eher in einen Zustand einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Besinnungslosigkeit oder aber in eine schwer kontrollierbare Raserei. Sehr gefährlich!

Poppers

Poppers (Amnylnitrit) wurde ursprünglich zur medizinischen Behandlung von Hals- und Mandelentzündungen und auch Geburtshilfe verwendet. Das Wort Poppers steht in der englischen Sprache für Knall; damit wird das Geräusch beschrieben, das beim Öffnen der gefüllten Ampullen zu hören ist. Der kurze leicht narkotische Zustand, der durch Amylnitrit hervorgerufen wird, kann euphorisierend und enthemmend wirken; auch erfährt der Konsument durch das Blutdruck senkende „Lösungsmittel“ im Regelfall eine Entspannung seiner Muskulatur, weshalb eine Erektion für gewöhnlich erschlafft. Doch neben den gewünschten Hauptwirkungen wartet Poppers mit einer Reihe von (unangenehmen) Nebenwirkungen auf: Atemnot, Schwindel, Verminderung der Helferzellen. Außerdem wurde in mehreren Fällen von einem plötzlichen Tod durch Herzstillstand berichtet. Es ist wissenschaftlich nicht sicher, ob die hochgiftigen Inhaltsstoffe dieser „Rauschdroge“ Krebs auslösen oder aber zu irreparablen Hirnschädigungen führen können. Abschließend sei erwähnt, dass ein gewisses (psychisches) Suchtverhalten bei einigen Konsumenten deutlich erkennbar ist, da sie sich ein Sexualeben ohne die Einnahme von Poppers nur schwerlich oder aber gar nicht vorstellen können.

Kokain

Kokain betäubt und regt dabei gleichzeitig an, führt zur Euphorie, Selbstüberschätzung, Gefühlsschwankungen und gesteigerter Sexlust. Kokain wird von einigen (schwulen) Männern fälschlicherweise als Potenzmittel eingesetzt. Wer Kokain konsumiert, der wird höchstwahrscheinlich so et-

was wie eine verstärkte Sexlust verspüren. Allerdings lässt sich diese erhöhte Libido nur schwer kanalisieren. Die Folge sind Orgasmus- und Ejakulationsprobleme.

Cannabis: Haschisch und Marihuana

Der Wunsch nach Nähe und Zärtlichkeit kann subjektiv intensiviert werden. Doch die reine Sexlust „schlafft“ demgegenüber rapide ab.

Tabak

Erwiesenermaßen führt ein längerfristiger und vor allem kontinuierlicher Tabakkonsum zu Ablagerungen in den Blutgefäßen. Dies wiederum hat zur Folge, dass bestimmte unterschiedliche Regionen des Körpers aufgrund von Durchblutungsstörungen nicht genügend mit Sauerstoff versorgt werden. Auf Sexualität bezogen können Durchblutungsstörungen zu Erektionsproblemen führen, die wiederum einen negativen Einfluss auf die gelebte Sexualität zwischen Menschen haben.

Eine erfüllte Sexualität wirkt sich positiv auf das körperliche und seelische Wohlbefinden von Jugendlichen, Frauen und Männern aus. Dies setzt aber die Fähigkeit voraus, Lust und Sinnlichkeit erleben zu können und nicht durch Vorurteile, Ängste, Schuld- und Schamgefühle abwehren zu müssen. Hier greift Sexualpädagogik (z. B. Pro Familia, Aids Prävention) nicht nur auf sexuelle Aufklärung zurück, sondern fördert Attribute, die sexuelle Zufriedenheit ermöglichen: Selbstbewusstsein, Verantwortung, Kontaktfähigkeit, Verantwortlichkeit, Angstbewältigung, Toleranz und die Fähigkeit zu Widerspruch und Abgrenzung gegenüber Wünschen und Forderungen anderer.

Grundlegend ist dabei ein Verständnis von emanzipatorischer Sexualpädagogik, die in ihrer Idee eine selbst bestimmte Sexualität des Menschen verfolgt. „Sexualität im Rausch“ ist im Rahmen der Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben als Durchgangssituation in das Erwachsenenleben zu sehen. Jugendphase bedeutet in vielfältiger Hinsicht eine Risikozeit, deshalb sollten Jugendliche auch die Fertigkeiten erlernen, um über eine Risikokompetenz (Erwerb von Erfahrungen und Entwicklungen von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen im Umgang mit gesundheitsbezogenen Risikofaktoren) zu verfügen.

Neben der traditionellen Prävention (zur Verhinderung von Konsum) sollte durch die Vermittlung von Risikokompetenz dem experimentellen Drogengebrauch schadensminimierend begegnet werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Abstinenzbemühungen nicht unbedingt mit dem Alltag eines Jugendlichen zu vereinbaren sind. So lange Konsum sich nicht vermeiden lässt, kann das Risikomanagement eine drohende Abhängigkeit, negative Sozialisation und Milieubedingungen positiv beeinflussen oder gar verhindern. Bezogen auf „Drogen und Sexualität“ sollte die Sexualpädagogik unabhängig vom Unterricht einen festen Platz in der „Durchgangssituation“ als ein wesentlicher Baustein von Risikokompetenz haben.

2.7.2 Drogen und Homosexualität

Für den Gebrauch von unterschiedlichen Drogen gerade bei jungen schwulen Männern sind zwei Aspekte von Bedeutung: zum einen die sexuelle Stimulanz, etwa durch Poppers oder Amphetamine, zum anderen als Betäubungsmittel, um den gesellschaftlichen Druck als Zugehöriger einer Randgruppe zu kompensieren. Gerade in der Phase vor und während des Coming-out kann z. B. Alkohol als gesellschaftlich anerkannte Droge eine verhängnisvolle Rolle spielen. Der Weg in die Suchtberatung fällt jugendlichen Schwulen besonders schwer, wenn deren Mitarbeiter nichts vom schwulen Alltag und dem Kontext von Sucht, gesellschaftlichem Druck und Sex wissen. Sie sehen sich also einer doppelten Tabuisierung ausgesetzt. Der Rat Suchende braucht die Gewissheit einer akzeptierenden Grundhaltung. Diesem Umstand wird u. a. in der Schwulenberatung der Aids-Hilfe Rechnung getragen.

2.8 Jugend und Sucht – Eine zusammenfassende Einschätzung

Ergebnisse in der entwicklungspsychologischen Forschung besagen, dass die Phase des Erwachsenwerdens und die damit verbundenen Anforderungen für einen Teil der Jugendlichen eine Überforderung darstellt. Dieser Teil der Jugendlichen legt sehr frühzeitig einen riskanten Umgang mit Tabak und Alkohol sowie illegalen Drogen - hier hauptsächlich Cannabis und Ecstasy – an den Tag, ohne sich der möglicherweise schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen bewusst zu sein. Diese Jugendlichen sehen sich auch nicht als suchtgefährdet und werden weder durch die Angebote der Drogenhilfe noch durch die Angebote der Jugendhilfe erreicht.

Einerseits nimmt der Konsum psychoaktiver Substanzen, angefangen von Tabak und Alkohol bis zu Heroin, langsam ab, aber gleichzeitig gibt es immer mehr Jugendliche, die im Rahmen einer „Spaßkultur“ einen risikoreichen Konsum pflegen, ohne darüber kritisch nachzudenken. Andererseits ist der Konsum legaler Drogen, wie Alkohol, noch immer stark verbreitet und wird von der großen Mehrheit der Bevölkerung relativ unkritisch eingeschätzt.

Je früher Mädchen und Jungen beginnen, mit einem Suchtstoff zu experimentieren - und das sind überwiegend Tabak, Alkohol und Cannabis – bzw. ein an keinen Stoff gebundenes Abhängigkeitsverhalten einzuüben, desto intensiver verinnerlichen sie diese Konsummuster. Die Muster für ein späteres Suchtverhalten werden so schon frühzeitig und oft ungewollt gelegt. Die Entwicklungspsychologie hat herausgefunden, dass 90 % der Jugendlichen mit dem Erwachsenwerden und der damit verbundenen Verantwortungsübernahme bzw. den damit entstehenden Verpflichtungen ihr Probierverhalten aufgeben. Die restlichen 10 % schaffen dies nicht. Diese Jugendlichen, die in ihrer Kindheit schon sehr früh schmerzhaft Verletzungen erfahren haben, konnten den Integrationsprung in die Erwachsenenwelt nicht bewältigen. Wo bei der ersten Gruppe (90 %) die Probiervphase endet, herrschen bei den restlichen 10 % exzessive Gebrauchsmuster und ein zunehmend missbräuchlicher Umgang mit psychoaktiven Stoffen vor.

Mittlerweile geht die Forschung und auch die Praxis davon aus, dass der Anteil der riskanten Konsumformen und die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Konsums psychoaktiver Substanzen von verschiedenen Faktoren abhängig sind:

- von der Verfügbarkeit,
- von der persönlichen Disposition der betroffenen Menschen und
- auch von Umfeldeinflüssen in Familie und Gesellschaft

Konsumverhalten

Cannabis-Probiertkonsum wird bei Jugendlichen immer häufiger, fast jeder zweite in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen hat Erfahrungen. Wenn auch die meisten Jugendlichen nur wenig konsumieren oder den Konsum später beenden, wächst auch die Zahl von Jugendlichen, die exzessiv konsumieren, zumeist noch zusammen mit anderen Mitteln. Die Zahl derjenigen, die in Beratungsstellen betreut werden, ist gestiegen und beträgt etwa 20 % der behandelten Klienten in ambulanten Drogenberatungsstellen, insgesamt.

Über riskanten Umgang mit Medikamenten ist noch zu wenig bekannt, insbesondere in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen. In einer Untersuchung bei Bremer Schülerinnen und Schülern haben über 60 % der befragten 14-Jährigen angegeben, dass sie Medikamente nehmen. Auch bei Kindern und Jugendlichen scheint sich in zunehmendem Maße ein lockerer Umgang mit Schmerzmitteln zu etablieren. Bei Berliner Schülern wurde registriert, dass jeder fünfte Zehntklässler (8 % der Jungen und 32 % der Mädchen) regelmäßig Medikamente einnimmt, in besonders hohem Maße Analgetika, vor allem Kopfschmerztabletten. Es ist davon auszugehen, dass in vielen Familien das „Pillen-Schlucken“ zur Befindlichkeitsbeeinflussung gängige Alltagspraxis ist.

Eine kleine Gruppe von Jugendlichen (zwischen 3 % und 4 %) konsumiert Ecstasy und Amphetamine. Auch wenn dieser Anteil nicht zunahm, ist die Zahl der polizeilich erstauffälligen EcstasykonsumentInnen stark gestiegen. Außerdem berichten szenenahe Einrichtungen von riskanteren Konsummustern gerade bei sehr jungen Konsumenten von so genannten „Partydrogen“.

Die Gruppe der Kokainkonsumenten ist zwar noch immer klein, aber sie nimmt stetig zu, auch die Zahl derjenigen, die in Behandlungseinrichtungen wegen Problemen mit Kokainkonsum behandelt werden. Der Konsum von Opiaten, hier vor allem Heroin, stagniert auf einem leider zu hohen Niveau, denn die gesundheitlichen und sozialen Folgen einer Heroinabhängigkeit sind gravierend.

In folgendem Umfang wird für Osnabrück das Vorliegen von Süchten bei Jugendlichen eingeschätzt:

| | Absolut | Prozentual |
|--|----------------|-------------------|
|--|----------------|-------------------|

| | | |
|---------------------|--------------|---------------|
| Tabak | 990 – 1.500 | 24,0 – 36,5 % |
| Alkohol | bis zu 1.000 | bis zu 24,4 % |
| Arzneimittel | --- | --- |
| Spielsüchte | --- | --- |
| Essstörungen | --- | --- |
| Synthetische Drogen | 40 | 1,0 % |
| Cannabisprodukte | 300 | 7,0 % |
| Kokain | 12 | 0,3 % |
| Heroin | 50 - 60 | 1,2 – 1,5 % |

Die Studie Drogenaffinität Jugendlicher aus dem Jahr 2001^{FB} versucht, den Substanzgebrauch und –missbrauch aller 12- bis 15-Jährigen zu dokumentieren. Darauf basierend lassen sich vier Aussagen treffen:

- Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und illegalen Drogen sind weit verbreitet. 92 % der Jugendlichen kennen Alkohol aus eigener Trinkerfahrung, 69 % haben schon einmal geraucht und 27 % haben schon einmal illegale Drogen probiert.
- Vielfach beschränken sich diese Erfahrungen auf Experimentier- und Probierkonsum; aber es gibt unterschiedliche Teilgruppen von Jugendlichen, die regelmäßig (mind. 1x pro Woche) Alkohol trinken (30 %), ständig oder gelegentlich Tabak rauchen (38 %) oder aktuell illegale Drogen (5 %) konsumieren.
- Regelmäßiger Konsum ist langfristig rückläufig - wie beim Alkoholkonsum oder beim Rauchen - oder er bleibt, wie bei den illegalen Drogen, im Wesentlichen unverändert.
- Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass erhebliche Teile der Jugendlichen mittlerweile mäßig konsumieren oder völlig abstinent sind: Danach trinken 34 % selten oder nie Alkohol, 49 % haben nie oder kaum geraucht und 73 % haben nie Cannabis oder andere illegale Drogen genommen.
- Als weitere Erkenntnis ist festzuhalten, dass der riskante Konsum von Drogen durch Jugendliche zunimmt.

3. Angebote in Osnabrück

3.1 Allgemeine Angebote

Im Folgenden werden die Angebote der verschiedenen Träger im Gebiet der Stadt Osnabrück aufgeführt, die auch für Jugendliche und junge Erwachsene offen stehen, ohne dass es sich hierbei um spezielle Jugendangebote handeln würde.

3.1.1 Ambulante Angebote

| Einrichtung | Angebote |
|---------------|---|
| Psychosoziale | ▪ Beratung u. Betreuung v. Betroffenen u. deren Angehöriger |

^{FB} Affinitätsstudie der Bundesregierung

| | |
|--|--|
| Beratungs- und Behandlungsstelle f. Drogenabhängige d. Caritasverbandes f. d. Stadt und d. Landkreis Osnabrück | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung u. Behandlung v. Jugendlichen ▪ Beratung u. Behandlung v. Migranten (auch muttersprachlich) ▪ Vermittlung u. Begleitung in Entgiftungsbehandlungen ▪ Vorbereitung u. Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlungen ▪ Nachsorgebehandlung nach stationären Therapien ▪ Durchführung ambulanter Entwöhnungsbehandlungen ▪ Durchführung v. Behandlung nach dem EMS-Modell ▪ Krisenintervention ▪ Rückfallbearbeitung ▪ Psychosoziale Begleitung von Substituierten ▪ Aufsuchende Arbeit in d. JVA ▪ Hausbesuche ▪ Kurse f. verkehrsauffällige Kraftfahrer ▪ Unterstützung der Selbsthilfe ▪ Prävention |
| Suchtkrankenhilfe d. Diakonischen Werkes Stadt Osnabrück | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstkontakt u. Erstberatung ▪ Aufsuchende Kontaktaufnahme ▪ Sprechstundenangebote ▪ Krisenintervention ▪ Psychosoziale Begleitung Substituierter ▪ Motivationsarbeit u. Therapievermittlung ▪ Angehörigenberatung u. Angehörigentherapie ▪ Psychosoziale Beratung ▪ Sozialtherapeutische Behandlung in Gruppen- und Einzeltherapie ▪ Nachsorgebehandlung ▪ Unterstützung v. Selbsthilfe ▪ Beratungs- u. Behandlungsangebote f. suchtgefährdete Personen ▪ Akupunkturgestützte Behandlung v. Suchtkranken und Gefährdeten ▪ Gruppenangebot f. Kinder aus suchtkranken Familien ▪ Freizeitangebote und tagesstrukturierende Maßnahmen f. Suchtkranke und Gefährdete ▪ Muttersprachliche Angebote f. suchtkranke u. gefährdete russlanddeutsche Aussiedler |
| Substitutionsambulanz des Diakonischen Werkes d. Stadt Osnabrück | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinische Behandlung v. Drogenabhängigkeit (Substitution) ▪ Medizinische Diagnostik u. Behandlung ▪ Substitutionsvergabe ▪ Psychosoziale Begleitbetreuung ▪ Spezielle Freizeitangebote f. Substituierte ▪ Ambulante Rehabilitation f. Substituierte |
| Präventionsfachstelle des Diakonischen Werkes d. Stadt Osnabrück | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information ▪ Seminare u. Multiplikatorenschulungen ▪ Öffentlichkeitsarbeit ▪ Zielgruppenspezifische Arbeit m. gefährdeten Jugendlichen ▪ Erlebnispädagogik ▪ Konzeptentwicklung ▪ Unterstützung betrieblicher Suchtkrankenhilfe |

| | |
|--|---|
| Aids-Hilfe Klinikum HIV/STD- Präventionszent- rum | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikomanagement u. Gesundheitsförderung ▪ Streetwork/Spritzentausch ▪ Safer-use/Safer-sex Beratung ▪ Vermittlung ▪ Überlebenshilfe ▪ Selbsthilfeförderung ▪ Frühstücksangebot ▪ Anonyme Telefonberatung ▪ Testberatung ▪ Beratung zum Thema HIV u. AIDS ▪ Schwulenspezifische HIV- u. Drogenberatung ▪ Krisenintervention |
| Psychosoziales Beratungszent- rum in d. Infekti- onsambulanz Klinikum Osnab- rück | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung/Begleitung/Pflegekoordination ▪ Beratung zu Fragen um HIV/Drogen ▪ Krisenintervention ▪ Sozialrechtliche Beratung ▪ Begleitung in Lebensprozessen ▪ Psychosoziale Begleitung bei Substitution ▪ Begleitung v. Migranten ▪ Angehörigenarbeit ▪ Frühstücksangebot/Sportgruppe ▪ Freizeit- u. Urlaubsprojekte |
| Infektionsambu- lanz Klinikum Osnabrück GmbH | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Methadonsubstitution ▪ Medizinische Versorgung HIV-Infizierter ▪ Medizinische Versorgung Hepatitis-Infizierter |

3.1.2 Stationäre und teilstationäre Angebote

| Einrichtung | Angebote |
|------------------------------|---|
| NLKH Osnab- rück | <p>Fünf Stationen u. eine Tagesklinik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual. Entgiftung f. Alkohol- u. Medikamentenabhängige sowie Abhängige v. illegalen Drogen ▪ Einstellung auf Anti-graving-Substanzen ▪ Methadoneinstellung ▪ Akupunktur ▪ Entgiftung v. Beikonsum bei bestehender Methadonsubstitu- tion ▪ Forcierte Opiatentgiftung in Narkose ▪ Spezialstation Psychose u. Sucht ▪ Ambulanz sowie ambulante Methadonsubstitution |
| Marienhospital Osnabrück* | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forcierte Opiatentgiftung in Narkose (in Zusammenarbeit mit dem NLKH) |
| Fachklinik Nette- tal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Langzeit- u. Kurzzeittherapie ▪ Sucht- und Psychosebehandlung |
| Theresien-Haus | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfe zur Wiedereingliederung |
| Arbeiterwohlfahrt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soziale Gruppenarbeit |

| | |
|---------------------|---|
| Projekt Perspektive | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelfallhilfen als Begleitung von Entgiftung, Therapie, Haft, Szene, schulischer oder beruflicher Tätigkeit |
|---------------------|---|

* in dieser Einrichtung gibt es keine spezielle Station für SuchtpatientInnen

3.1.3 Komplementäre Angebote

| Einrichtung | Angebote |
|--|--|
| Anschlussbehandlung u. Nachsorge d. Fachklinik Nette-tal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anschlussbehandlung u. Nachsorge d. Drogenentwöhnungsbehandlung ▪ Langzeittherapie ▪ Krisenlösungstherapie |

| | |
|--|---|
| Betreutes Wohnen d. Caritasverbandes f. d. Stadt Osnabrück | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreutes Wohnen für gefährdete Drogenabhängige |
| Saftladen (DW Osnabrück) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freizeitangebote f. alkoholabhängige u. politoxikomankonsumierende Suchtkranke u. Gefährdete sowie f. abstinent lebende Menschen ▪ Unterstützung v. Selbsthilfe ▪ Beratung u. Betreuung ▪ Krisenintervention u. Rückfallprophylaxe ▪ Betreuung chronisch mehrfach geschädigter Abhängiger |
| Café Connection (DW Osnabrück) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Streetwork (auch für drogenabhängige sich prostituierende Frauen) ▪ Infektionsprophylaxe ▪ Safer-use-Beratung ▪ Hygienemaßnahmen ▪ Primäre Wundversorgung ▪ Angebot v. Speisen u. Getränken ▪ Beratungs- u. Kontaktangebot ▪ Vermittlung in andere Einrichtungen ▪ Freizeitpädagogische Maßnahmen |
| Elrond e.V. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbsthilfe-, Wohn- u. Arbeitslosenprojekt ▪ Beratungs- u. Beschäftigungsangebot ▪ Prävention |
| Förderkreis Drogenhilfe Osnabrück e.V. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung ▪ Prävention ▪ Unterstützung v. Selbsthilfegruppen |

3.2 Jugendspezifische Suchthilfeangebote in Osnabrück

Arbeiterwohlfahrt in der Region Osnabrück

Projekt Perspektive

Bei diesem Angebot der Jugendhilfe handelt es sich um eine psychosoziale Intensivbetreuung zur Reintegration vorwiegend rußlanddeutscher, häufig vorbestrafter, drogenabhängiger z T methadon-(bzw. subutex) substituierter Jugendlicher und junger Erwachsener in Form einer tagesstrukturierenden Maßnahme. Dieses Projekt wird neben der Arbeiterwohlfahrt u.a. von einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der Jugendgerichtshilfe/ Fachbereich für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Osnabrück, der Drogenberatungsstelle des Diakonischen Werkes Osnabrück sowie der Therapiegemeinschaft Nettetal vom Caritasverband Osnabrück begleitet und nutzt somit die Fachkompetenz verschiedener Hilffssysteme, Ziel dieser ambulanten Maßnahme nach § 35 KJHG, die sowohl Gruppen- als auch Einzelbetreuung zulässt, ist es, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu einer stationären Therapie in einer anerkannten Therapieeinrichtung zu motivieren oder aber andere geeignete Wege zu finden, die

ein schrittweises Heranführen an einen „normalen“ Alltag ohne Drogen und Einbeziehung der individuellen Voraussetzungen und auch der Rückfälle als Bestandteil des Heilungs- und Reifungsprozesses ermöglichen.

Arbeitsschwerpunkte

- Bearbeitung der Drogenkonsumgewohnheiten der Jugendlichen; gegebenenfalls Modifizierung der Sucht: Substitution (schadensreduzierender Ansatz)
- Bearbeitung des Freizeit Verhaltens
- Bearbeitung von persönlichen bzw. familialen Schwierigkeiten
- Neuorientierung der aktuellen Lebensinhalte
- Soziale, schulische bzw. berufliche Reintegration
- Entkriminalisierung, Reduzierung von Gewaltbereitschaft und Aggressivität
- Haftvermeidung
- Erarbeitung konkreter Perspektiven

Es sollen neue positive Erfahrungsfelder aufgebaut, das Selbstwertgefühl gestärkt und soziale Kompetenz erarbeitet werden, z.B. durch

- Das Erleben von Gruppe, Vertrauen und Wir-Gefühl
- Tagesstruktur, gemeinsames Kochen und Essen, Arbeit, Bildung, Freizeit, Sport
- Individuelle Beratung und Betreuung

Tagesablauf und Tagesinhalte

- Methadon-, (Subutex)- bzw. Nemexin- (Opiat(blocker-) Vergabe
- Gemeinsames Frühstück
- Täglich wechselndes Programm: Sport, Fitnesstraining, Reitunterricht, Kochkurs,
- Computer-Kursus, Video, Arbeitsprojekt (mit Entlohnung)
- Exkursionen und Spiele (Zoo, Schwimmen, Klettern, ans Meer, Billard.)
- Einzelbetreuungen, Elternarbeit, Besuche zu Hause
- Begleitung zu Behörden, Gericht, Bewährungshilfe, Arzt (wenn nötig)
- Zur Drogenberatungsstelle zwecks Therapieeinleitung (regelmäßig)
- Besuche während der Entgiftung im I.KH, Besuche in der JVA
- Therapiebesichtigungen.

Diakonisches Werk

Aussiedlerprojekt

Das Aussiedlerprojekt hat als Zielgruppe suchkranke russlanddeutsche Aussiedler. Es wird zu einem großen Anteil von drogenabhängigen Jugendlichen genutzt. Hauptaufgabe des Projekts ist die Beratung, Betreuung und Vermittlung in Drogentherapie. Diese kann in russischer Sprache erfolgen. Ein wichtiger Teil des Projekts ist die Arbeit mit den Angehörigen und Familien.

Präventionsfachstelle

Begrenzte erlebnispädagogische Projekte über freizeitpädagogische Maßnahmen und bis hin zu länger andauernden Erlebnisfreizeiten. Weiterhin bietet die Präventionsfachstelle Weiterbildungsmaßnahmen und Informationsvermittlung für Jugendhilfeeinrichtungen an.

Bundesmodellprojekt „Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten“ FreD

Das Bundesmodellprojekt "FreD" zielt darauf ab. erstauffälligen Drogengebrauchern

- zur Reflektion des eigenen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen und den zugrundeliegenden Situationen anzuregen.
- die Konfrontation mit den persönlichen Grenzen sowie den Folgen des eigenen Drogengebrauches zu ermöglichen,
- zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren,
- fundierte Informationen über die verschiedenen Drogen, deren Wirkungen und Risikopotenziale zu vermitteln.
- eigenverantwortliche Entscheidungen vor dem Hintergrund der Selbst- und Fremdeinschätzung sowie der persönlichen Risikowahrnehmung treffen zu lernen.
- Arbeitsweisen und Hilfen (ggf. auch Personen) der regionalen Drogenhilfe bekannt zu machen.

Grundlegendes Ziel ist es zudem, die Entwicklung zu einem missbräuchlichen bzw. abhängigen Drogenkonsum sowie eine erneute strafrechtliche Auffälligkeit - verbunden mit ihren negativen Folgen - zu verhindern. "FreD" richtet sich an Jugendliche, Heranwachsende sowie Junge Erwachsene, die mit Drogen experimentieren und/oder illegale Drogen konsumieren und dabei strafrechtlich (polizeilich) auffällig geworden sind, ohne bereits in ihrem Konsum eine Abhängigkeit entwickelt zu haben. Vor Beginn der Kursphase wird zur persönlichen Kontaktaufnahme und Erfassung der individuellen Situation des Interessenten sowie zur Information über Inhalte und Bedingungen des Kursangebotes ein Einzelgespräch (Intake - Gespräch) durchgeführt.

Das Gespräch zielt - u.a. durch die Anwendung der Methode des Motivational Interviewing auf eine Motivierung der Interessenten und befindet über eine Eignung zur Teilnahme an den FreD-Kursen.

Nach Beendigung des Kursangebotes findet ein individuelles Auswertungsgespräch statt. Gegenstand dieses Gespräches kann auch die Planung einer evtl. erforderlichen Anschlussmaßnahme sein. Die einzelnen "Kurseinheiten" sind didaktisch und methodisch vorbereitet und werden von zwei Präventions- bzw. Drogenhilfefachkräften geleitet. Bei ausgewählten Themenbereichen ist der Einsatz von externen Fachkräften (z.B. Rechtsanwalt, Arzt) möglich.

Bei vollständiger Kursteilnahme erhalten die Teilnehmer/innen auf Wunsch hierüber eine Bescheinigung.

„drogenkurse“

Das Angebot der „Drogenkurse“ richtet sich an Jugendliche, die auf Grund ihres Drogenkonsums Probleme in der Schule, am Ausbildungsplatz, in der Familie oder dem Bekanntenkreis haben, aber noch nicht abhängig sind und noch nicht polizeilich aufgefallen sind. Inhaltlich sind die Kurse

ähnlich gestaltet wie die FreD - Kurse.

Hilfeangebote für Jugendliche im Bereich der sekundär- und Tertiärprävention

Caritasverband

AMOG-Gruppe(Motivationsgruppe):

Die Zielgruppe sind drogenabhängige und substituierte junge Menschen, die mit ihrer Situation unzufrieden sind, deshalb nach Alternativen suchen und neue Ideen und Perspektiven finden möchten. Die Gruppe bietet Aufnahmefähigkeiten in Krisen, Unterstützung und Austausch in der Gruppe professionelle Beratung. Hilfe und Begleitung und Informationen zu Ausstiegsmöglichkeiten. Suchtverlagerung und Therapie. Die Förderung von Arbeit. zufriedenstellender Freizeit und Hilfestellung beim Aufbau sozialer Kontakte wird geboten. Die Gruppe findet regelmäßig mittwochs in der Zeit von 17.00 – 18.00 Uhr in der Johannisstraße 91 statt.

Jugendsprechstunde:

Dienstags in der Zeit von 18.00 - 19.00 Uhr und mittwochs in der Zeit von 15.00 - 16.00 Uhr findet eine offene Sprechstunde für Jugendliche statt. Adressaten sind Jugendliche und junge Erwachsene, die selbst Probleme mit Spielsucht, Essstörungen und psychoaktiven Substanzen wie Drogen. Alkohol und Medikamente haben, oder die in ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis diese Problematik erkennen, aber nicht wissen, wie sie sich diesbezüglich verhalten sollen. Angeboten werden im Rahmen der offenen Jugendsprechstunde:

Informationen zum Thema Sucht, Drogen und Abhängigkeiten, Hilfestellung bei Problemen, die allein nicht mehr bewältigt werden können, Rat und Information bzw. Unterstützung im Umgang mit Freunden und Bekannten, die hier Probleme entwickelt haben. Die Jugendsprechstunde bietet einen anonymen und vertraulichen Rahmen, in dem über alles gesprochen werden kann, was die Jugendlichen bewegt.

E-Mail-Beratung:

Die E-Mail-Beratung ist in erster Linie für Jugendliche und Erwachsene eingerichtet worden, wendet sich aber auch an Eltern, Angehörige und alle anderen Interessenten. Über den Weg der E-Mail-Beratung kann zunächst ganz anonym der Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen werden, so dass Schwellenängste erst gar nicht auftreten müssen.

Die Interessentinnen und Interessenten können unter der Adresse jugend-undsuchtberatung@caritas-os.de rund um die Uhr Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen, die Anfragen werden binnen kürzester Zeit beantwortet. Persönliche Kontaktaufnahme (auch aufsuchend) wird angeboten. Die Kooperation mit der FABI im Stadtteiltreff Haste, wo wir auftragsorientiert und regelmäßig Sprechstundenangebote durchführen haben ebenfalls insbesondere gefährdete Jugendliche im Focus.

3.3 Die Betreuungssituation in Osnabrück

3.3.1 Betreute junge Menschen mit Suchtproblemen in Osnabrück

Im Jahre 2000 wurden von den Suchtkrankenhilfeeinrichtungen in Osnabrück 715 Menschen im Alter unter 29 Jahren betreut. 46 waren hiervon noch minderjährig und darüber hinaus mehr als 150 im Alter unter 21 Jahren. Von den PatientInnen waren 90 weiblichen Geschlechts.

| Sucht | Unter 18 Jahre | | 18 – 19 Jahre | | 20 – 24 Jahre | | 25 – 29 Jahre | |
|-----------------|----------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
| | Weibl. | Männl. | Weibl. | Männl. | Weibl. | Männl. | Weibl. | Männl. |
| Tabak | 5 | 10 | | | | 2 | 1 | 57 |
| Alkohol | | 4 | 1 | 5 | | 9 | 7 | 63 |
| Medikamente | | | | | | 1 | 1 | 14 |
| Spielsucht | | | | | | 6 | | 4 |
| Essstörungen | | | 5 | | | | 4 | 1 |
| Biogene Drogen | | | | | | | | |
| Synthet. Drogen | | | | | | 2 | | 5 |
| Cannabis | 2 | 8 | 6 | 16 | 2 | 12 | 1 | 46 |
| Kokain solo | | | | 7 | | 24 | 6 | 28 |
| Polytoxikomanie | 4 | 5 | 9 | 47 | 5 | 51 | 1 | 66 |
| Methadon | 1 | | 4 | 1 | 2 | 6 | 3 | 12 |
| Heroin | 1 | 2 | 3 | 23 | 6 | 48 | 9 | 27 |
| Sonst. Drogen | | 4 | | 9 | 1 | | | |

Anmerkungen: ❶ Die Zahlen konnten im Hinblick auf die Altersaufteilung nicht von allen Trägern in der gleichen Form geliefert werden. Die hier angegebene Altersaufteilung ist daher in einem geringen Maße unscharf. ❷ In den Angaben sind auch Doppelbetreuungen enthalten, etwa in der Form, dass ein Patient, der von einer Suchtberatungsstelle betreut und vom NLKH entgiftet wird, bei beiden Einrichtungen gezählt wurde. ❸ Erfasst wurden nur die Angaben der Beratungsstellen für Suchtkranke erster Ordnung. Zahlen der allgemeinen Beratungsstellen, die nicht im Hinblick auf Sucht spezialisiert sind, fanden keinen Eingang.

Betrachtet man die Angaben nach Süchten differenziert, so ergibt sich ein eindeutiges Bild. Ganz im Vordergrund stehen die Hartdrogen (Polytoxikomanie und Heroin), gefolgt von Cannabis und – mit nur geringem Abstand – von Alkohol und Tabak.

Damit deckt sich die Betreuungssituation rein quantitativ betrachtet nicht mit den Zahlen der Süchtigen. Während rein rechnerisch beispielsweise jede/r Heroinabhängige doppelt betreut wird, wird von den Tabakabhängigen nur jede/r 17. und von den Alkoholkranken nur jede/r 10. erreicht. Hierin kommt auch eine Verharmlosung der legalen Suchtstoffe zum Ausdruck, die schon allein im Hinblick auf die Pionierfunktion für die illegalen Suchtstoffe, aber auch aus deren originären verheerenden Erscheinungen nicht länger akzeptiert werden kann.

| Sucht | Anzahl absolut | Anteil in v.H. | Anteil weibl. | Betreuungsquote |
|-------|----------------|----------------|---------------|-----------------|
|-------|----------------|----------------|---------------|-----------------|

| | | | | |
|---------------------|-----|---------|--------|---------|
| Tabak | 75 | 10,5 % | 8,0 % | 6,0 % |
| Alkohol | 89 | 12,4 % | 9,0 % | 10,0 % |
| Medikamente | 16 | 2,2 % | 6,3 % | ? |
| Spielsucht | 10 | 1,4 % | 0,0 % | ? |
| Essstörungen | 10 | 1,4 % | 90,0 % | ? |
| Biogene Drogen | 0 | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Synthetische Drogen | 7 | 1,0 % | 0,0 % | 17,5 % |
| Cannabis | 93 | 13,0 % | 11,8 % | 30,0 % |
| Kokain (solo) | 65 | 9,1 % | 9,2 % | 540,0 % |
| Polytoxikomanie | 188 | 26,3 % | 10,1 % | ? |
| Methadon | 29 | 4,1 % | 34,5 % | ? |
| Heroin | 119 | 16,6 % | 16,0 % | 200,0 % |
| Sonstige | 14 | 2,0 % | 7,1 % | ? |
| Gesamt | 715 | 100,0 % | 12,6 % | ? |

3.3.2 Formen der Betreuung

Insgesamt ist die Betreuungs- und Versorgungssituation in Osnabrück als gut einzuschätzen. In der folgenden Tabelle ist die Zahl der Angebote eingetragen, die es jeweils gibt. Die schraffierten Felder weisen darauf hin, dass es dort jeweils kein Angebot gibt. Auffällig ist dabei, dass es vergleichsweise wenige Möglichkeiten für eine ambulante Therapie gibt. Des Weiteren sind gesamt die Angebote bei Abhängigkeit von biogenen Drogen sowie von Kokain lückenhaft.

| Sucht | Einm. Beratungsgespräch | Regelm. Einzelberatung | Regelm. Gruppenberatung | Unterst. Betreuung | Ambulante Therapie | Stat. Betr. und Therapie |
|-----------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| Tabak | | 1 | 1 | 1 | | 2 |
| Alkohol | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Medikamente | 2 | 1 | 1 | 1 | | 1 |
| Spielsucht | 2 | 2 | | 1 | | |
| Essstörungen | 2 | 2 | 1 | 1 | | 2 |
| Biogene Drogen | 1 | | | | | |
| Synthet. Drogen | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Cannabis | 2 | 1 | | 1 | | 2 |
| Kokain solo | | | | 1 | | |
| Polytoxikomanie | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| Methadon | 2 | 1 | 1 | 1 | | |
| Heroin | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 |

3.3.3 Die Entwicklung in Osnabrück

Im Hinblick auf die Entwicklung in den letzten 5 Jahren wurde von den befragten Hilfeinrichtungen ein differenziertes Bild gezeichnet:

| | |
|-------------|--|
| Tabak | Es gab keine Einschätzung der vergangenen Entwicklung. Man muss davon ausgehen, dass die Beratung und Unterstützung bei Nikotinabhängigkeit erst in jüngster Zeit zunimmt. |
| Alkohol | Bei den männlichen Betroffenen wird eine – teilweise sehr starke – Zunahme in den letzten 5 Jahren verzeichnet. Bei den Frauen wird eher eine Abnahme gesehen. Schwerpunkt sind die Altersjahrgänge kurz unter 21 Jahren und über 25 Jahren. |
| Medikamente | Es zeigt sich eine durchgehende Zunahme der Anzahlen der weiblichen Betroffenen. Bei den Männern gibt es kein einheitliches Bild. |
| Spielsucht | Im Alter über 21 Jahren wird eine Zunahme bei beiden Geschlechtern beobachtet. |

| | |
|---------------------|---|
| Essstörungen | Bei den weiblichen Betroffenen wird durchweg eine Zunahme festgestellt. Dies trifft auch zu bei den älteren Männern über 21 Jahren. |
| Biogene Drogen | Es liegen keine quantifizierbaren Beobachtungen vor. |
| Synthetische Drogen | Hier wird mit Ausnahme der älteren Betroffenen (ab 25 Jahren) eine Abnahme in den letzten 5 Jahren beobachtet. |
| Cannabis | Die Anzahl der Cannabis-PatientInnen ist nach übereinstimmender Beobachtung teilweise mäßig, teilweise aber sehr stark gestiegen. Ein besonders starker Anstieg ist bei den männlichen Patienten festzustellen. Hiervon ausgenommen ist die Gruppe der 21- bis 24-Jährigen; hier ist eine Abnahme zu verzeichnen. |
| Kokain (solo) | Hier gibt es nach Beobachtung eines Trägers einen starken Anstieg bei den über 20-Jährigen und ein leichter Anstieg bei den unter 21-jährigen Männern. In den anderen Populationen gibt es keine auffälligen Entwicklungen |
| Polytoxikomanie | Bei den unter 18-Jährigen gibt es leichte Abnahmen, aber bei den anderen Altersgruppen durchweg Zunahmen, die bei den Männern aller Altersgruppen über 18 Jahren als stark eingeschätzt wurden. |
| Heroin | Die Entwicklung im Bereich des Heroin wird nicht so eindeutig bewertet. Als stark ansteigend wird von einem Träger die Situation bei den 21- bis 25-jährigen Männern angesehen. Bei den Frauen wird durchgängig ein Rückgang beobachtet. |

Kommentierung

Im Rahmen einer Befragung der Träger wurde auch darum gebeten, die Situation der aktuellen Entwicklung zu beschreiben. Diese Beschreibungen werden hier im Folgenden wiedergegeben.

- Seit Einrichtung der Jugendsprechstunde im August 2000 stieg die Zahl der Jugendlichen deutlich an (47 Jugendliche).
- Das Wohnhilfeprojekt stand bisher Substituierten nicht zur Verfügung. Hier sind Konzeptveränderungen geplant. Wir haben jedoch in den Informationsgesprächen eine vermehrte Anfrage nach unterstützender Hilfe festgestellt. Es wurde eine vermehrte Anfrage von jugendlichen AussiedlerInnen (Häufig polytoxikomanes Krankheitsbild, bei Cleanstatus Suchtverlagerung auf Alkohol). Ebenfalls wurde ein Anstieg der Anfragen von Doppeldiagnosepatienten (Sucht und Psychose) festgestellt. In dem Informationsgespräch im Niedersächsischen Landeskrankenhaus wenden sich vermehrt sehr

junge (unter 18 J.) KonsumentInnen von synthetischen Drogen und Cannabis an uns.

- Die durchschnittliche Verweildauer in der Anschlussbehandlung und Nachsorge ist gestiegen. Es werden vermehrt PatientInnen mit einer Doppeldiagnose betreut. Der Altersdurchschnitt der zu betreuenden PatientInnen sinkt. Die Vermittlung in ein Arbeitsverhältnis, Fort- und Weiterbildung der zu betreuenden PatientInnen lag im Jahr 2000 bei 90 %.
- Die Entwicklung der letzten fünf Jahre ist vor allem durch eine drastische und kontinuierliche Zunahme männlicher Heroinabhängiger und männlicher Polytoxikomaner gekennzeichnet, die im Wesentlichen durch die Zunahme drogenabhängiger Aussiedler bedingt ist. Parallel dazu ist die Zahl der jugendlichen Cannabis-KonsumentInnen gestiegen, von denen jedoch nur ein geringer Anteil als abhängig anzusehen ist. Gestiegen ist auch die Zahl essgestörter Mädchen und die Zahl männlicher Spieler zwischen 21 und 25 Jahren.

4. Die beiden Hilfesysteme „Jugendhilfe“ und „Suchtkrankenhilfe“ und ihre Arbeitsweise

In den folgenden Kapiteln werden jeweils die Grundpositionen der Kinder- und Jugendhilfe und der Suchtkrankenhilfe wiedergegeben. Dabei werden die in Kapitel 4.1 beschriebenen Positionen der Kinder- und Jugendhilfe nicht vollständig durch die Suchtkrankenhilfe geteilt sowie umgekehrt die in Kapitel 4.2 beschriebenen Positionen der Suchtkrankenhilfe nicht vollständig durch die Kinder- und Jugendhilfe geteilt werden.

Die Arbeitsgruppe einigte sich darauf, mit diesen unterschiedlichen Auffassungen leben zu wollen. Zu lange haben sich die beiden Systeme weitgehend getrennt voneinander und ohne Dialog entwickelt, als dass nun im Rahmen einer solchen Arbeitsgruppe erwartet werden könnte, dass diese Unterschiede aufgehoben würden. Die weitere Zusammenarbeit wird hier vermutlich mehr Impulse setzen, als dies durch Diskussionen in der AG möglich wäre. Allerdings hat es dennoch eine erste nennenswerte Verständigung gegeben. In Kapitel 4.3 wird versucht, eine gemeinsame Grundlage für die zukünftige Zusammenarbeit zu formulieren. Dieses Kapitel 4.3 wird durch die gesamte Arbeitsgruppe, also durch alle dort vertretenen Disziplinen, unterstützt.

4.1 Handlungsmaximen und grundsätzliche methodische Aussagen im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe

Die Situation von Jugendlichen zum Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist gleichzeitig chancenreicher und risikoreicher geworden. Jugendliche unterliegen einerseits nicht mehr den Fesseln der alten an Klassen und Schichten orientierten Gesellschaft. Sie haben Freiheiten, sich beruflich, sozial, politisch oder im Hinblick auf die Gestaltung ihres konkreten Lebensalltages vom Vorbild des Elternhauses abzulösen und eigene Wege zu gehen. Deshalb müssen aber schon sehr früh und vielfältig weichenstellende Entscheidungen getroffen werden. Das Risiko, dass der jugendliche Lebensentwurf (erst einmal) scheitert, ist für einen großen Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen erheblich gestiegen. Dabei ist von Bedeutung, dass psychiatrisch und auf Krankheitsbilder hin orientierte Erklärungsmodelle oft nicht greifen, da eine individuelle Bezugnahme fehlt. Hier ist das Scheitern individueller Lebensentwürfe als Risiko für Präferenzen zum Konsum suchterzeugender Stoffe deutlich zu unterstreichen. Dies macht auch deutlich, dass Lösungsansätze umfassend und ganzheitlich die Lebenssituation der Betroffenen berücksichtigen müssen. Es bedeutet auch, dass eine generelle Therapeutisierung drogenabhängiger Jugendlicher und junger Erwachsener fehl am Platze ist.

4.1.1 Grundsätzliches

Der Anteil junger Menschen, die riskant Drogen konsumieren oder bereits abhängig sind, steigt. In einzelnen Volksgruppen - hier v. a. bei den AussiedlerInnen - hat diese Zunahme große Dimensionen angenommen. Vor diesem Hintergrund hat die Jugendhilfe ihre Position zu der Problemlage neu zu überdenken. Dabei stehen einerseits die Überprüfung der generellen Zuständigkeit und andererseits der Einsatz der in anderen Feldern der Jugendhilfe erprobten Ansätze und Prinzipien für dieses Aufgabenfeld im Vordergrund. Gleichzeitig steht die Diskussion mit Fachleuten der Suchtkrankenhilfe über die Frage der Zusammenarbeit auf der Tagesordnung. Nur wenn beide Systeme aufeinander zu gehen und die sich entwickelnden Probleme gemeinsam angehen, besteht Aussicht auf Erfolg.

Aus Sicht der Jugendhilfe sind drogenabhängige Jugendliche in erster Linie Jugendliche und erst in zweiter Linie Drogenabhängige.

In der Konsequenz bedeutet dieser Grundsatz, dass die betroffenen Jugendlichen mit den Methoden der Jugendhilfe - auch in Abgrenzung zu den Methoden der Suchtkrankenhilfe - (noch) erreichbar sind. Sie sind - etwa in Abgrenzung zu älteren Drogenkonsumenten - in ihrer Persönlichkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen und weisen viele der Probleme, Verhaltensweisen und Orientierungen auf, die für die gesamte Gruppe Jugendlicher und junger Erwachsener charakteristisch sind. Vor diesem Hintergrund ist bedeutsam, die zentralen fachlich-inhaltlichen Säulen der Kinder- und Jugendhilfe zu beschreiben.

Zielgruppe

Grundsätzlich sind alle minderjährigen Drogenabhängigen als Zielgruppe der Kinder- und Jugendhilfe anzusehen. Bei den volljährigen Drogenabhängigen müssen die Bedingungen der §§ 35a und 41 SGB VIII erfüllt sein.

4.1.2 Strukturmaximen der Kinder- und Jugendhilfe

Die Sachverständigenkommission zum Achten Jugendbericht der Bundesregierung hat 1990 die folgenden Strukturmaximen für die Kinder- und Jugendhilfe beschrieben, über die seither fachlich weitgehend Einigkeit besteht. Diese Maximen bestimmen alle Felder der Kinder- und Jugendhilfe, mithin also auch die Arbeit im Feld der Sucht. Sie sind gleichzeitig bedeutsam, wenn versucht werden soll, zwischen Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe zu einer Annäherung in den theoretischen und methodischen Grundlagen zu kommen:

Prävention

Im Zusammenhang der Suchtdiskussion sind hier in erster Linie die Maßnahmen des Kinder- und Jugendschutzes zu benennen, die in aller Regel darauf zielen, die Persönlichkeiten der Kinder und Jugendlichen so zu stärken, dass diese den Verlockungen des Konsums der verschiedenen Suchtstoffe nicht erliegen.

Bezüglich sekundärpräventiver Arbeit im Bereich der Sucht sieht die Situation ungleich schwieriger aus. Sekundärpräventive Arbeit muss sich an bereits gefährdete und riskant konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene wenden. Im Rahmen des Kinder- und Jugendschutzes passiert dies nur im Rahmen einzelner, begrenzter Projekte und im Sinne von Aufklärung. Eine systematische Arbeit mit der Gruppe der suchtgefährdeten Minderjährigen findet nicht statt. Dieser Mangel sollte in der Zukunft behoben werden.

In der tertiärpräventiven Arbeit, also der "rehabilitativen" Arbeit mit Süchtigen ist die Kinder- und Jugendhilfe faktisch nicht vertreten. Innerhalb der Kommunalverwaltungen liegt die Zuständigkeit fast ausschließlich bei den Sozial- oder Gesundheitsämtern; die Jugendhilfe hat hier im Rahmen der Aufgabenverteilung in der Regel keine Verantwortung. Des Weiteren hat sie auf dem Hintergrund der Geschichte, in der Probleme mit illegalen Suchtstoffen fast ausschließlich Probleme Erwachsener waren, keine spezifische Fachlichkeit in der Arbeit mit Drogenabhängigen entwickelt.

Stadtteilorientierung bzw. Regionalisierung

„Regionalisierung meint die Einbettung der Arbeit in die gleichsam gewachsenen, konkreten lokalen und regionalen Strukturen, wie sie gegeben sind in den Lebenswelt- und Alltagstraditionen und in den sozialen Versorgungsangeboten. Regionalisierung meint also die Verortung der sozialen Arbeit, z. B. in einem Stadtbezirk mit seiner alten Arbeiterkultur oder mit seinem Netz kirchlicher Einrichtungen oder mit seinem Geflecht von Nachbarschafts- und Freundschaftssystemen, seinem Miteinander unterschiedlicher Nationalitäten, meint die Verortung z. B. in der Besonderheit städtischer Zonen mit hohen Problembelastungen.“ (BMJFFG, 1990, S. 86)

Alltagsorientierung

soll sich erfüllen über:

- Räumliche und zeitliche Zugänglichkeit der Hilfe Bietenden im Alltag
- Situationsbezogene individuelle Überlegungen durch systemische Einbindung des sozialen Umfeldes
- Ganzheitliche Betrachtung des „Problems“

Daraus folgt, dass die Betreuten möglichst weitgehend auch dann in ihrem räumlichen, familiären und sozialen Umfeld zu belassen sind, wenn diese keine förderlichen Bedingungen für die Stabilisierung der Betroffenen bereithalten. Aber auch andere wesentliche Sichtweisen, wie etwa eine Ablehnung von Clean-Positionen und eine Grundakzeptanz für den Konsum von Drogen können aus diesen Prämissen abgeleitet werden.

Integration und Normalisierung

Integration und Normalisierung meint Sozialarbeit, die Kinder, Jugendliche und ihre Familien nicht absondert, bevor sie ihnen hilft, sondern die ihnen hilft, ohne sie auszugrenzen. Dies bedeutet beispielsweise, dass Hilfe für süchtige oder gefährdete Jugendliche nicht an Bedingungen geknüpft werden darf (wie dies in Teilen der Suchtkrankenhilfe der Fall ist) oder dass diese Betroffenen nicht aus Jugendhilfeeinrichtungen abgeschoben werden dürfen, weil diese Einrichtungen sich für diese Zielgruppe für nicht zuständig erklären.

Partizipation

Partizipation meint in einem engeren Sinne Mitbestimmung, wie etwa die Mitbestimmung von Jugendlichen in Jugendhäusern oder in Heimen, die Mitbestimmung von Kindern in Tageseinrichtungen usw.. Dieses Verständnis von Partizipation ist durch das SGB VIII schon überholt. Hier meint der Begriff eine Form sozialer Arbeit, bei der die Betroffenen nicht der „hoheitlichen Institution Jugendamt“ gegenüber stehen, sondern bei dem zwischen Betroffenen und SozialarbeiterInnen ein gleichberechtigtes Verhältnis besteht. Hilfen werden hierbei nicht dekretiert bzw. gegen die Betroffenen durchgesetzt, sondern in Art, Umfang und Ausgestaltung nach den Bedürfnissen der Hilfesuchenden gestaltet.

4.1.3 Ziele der Arbeit mit süchtigen Jugendlichen

- Unterstützung der Betroffenen bei der Suche nach ihren persönlichen Perspektiven
- Herauslösung aus den Suchtstrukturen
- Minderung des Suchtdruckes und gesundheitliche Stabilisierung
- Aufbau bzw. Wiedergewinnung von stabilisierenden Alltagsbedingungen (Wohnung, Ausbildung bzw. Maßnahmen, finanzielle Absicherung usw.)
- Aufbau einer Unterstützung im Rahmen der peer-groups.
- Einübung eines risikoarmen Umgangs mit Drogen

4.1.4 Methodische Besonderheiten

Kinder- und Jugendhilfe basiert im Bereich der Arbeit mit Abhängigen auf sozialpädagogischer Fachlichkeit.

Gruppenarbeit ist fester Bestandteil der Arbeit mit dieser Zielgruppe. Sie wird kombiniert mit Einzelfallhilfen, wenn die Betroffenen durch ihren Alltag (etwa Berufsausbildung) nicht oder nur teilweise in der Lage sind, am Gruppengeschehen teilzunehmen. Zur Minderung des Suchtdruckes können mit der Perspektive der Stabilisierung zeitlich befristet substituierende Mittel (Methadon usw.) eingesetzt werden. Kinder- und Jugendhilfe bleibt auch in der Betreuung, wenn die Betroffenen zeitweilig (beispielsweise Entgiftung) oder längerfristig (beispielsweise JVA) einen anderen Mittelpunkt erhalten.

Alltagsstrukturierende Hilfen haben nach der ersten gesundheitlichen Stabilisierung äußerst hohe Bedeutung.

In vielen Fällen ist es sinnvoll, dass die Betroffenen eine Therapie machen. Hiervon unberührt bleibt die generelle fachliche Perspektive, die erforderliche Stabilisierung und Gesundung der Betroffenen auf jeden Fall herbeizuführen und nicht an den Schritt einer Therapie zu binden.

4.1.5 Zusammenarbeit mit der Suchthilfe

Die Zusammenarbeit mit der Suchtkrankenhilfe ist nicht ohne weiteres konfliktfrei: Einerseits gibt es eine unmittelbare Konkurrenzsituation; die Kinder- und Jugendhilfe samt ihrer Trägerstrukturen begibt sich in ein Arbeitsfeld, welches bereits als besetzt betrachtet wird. Dies ist gerade angesichts knapper werdender Mittel von erheblicher Bedeutung. Andererseits gibt es auch eine fachliche Konkurrenzsituation. Es stehen sich zwei ausdifferenzierte fachliche Systeme gegenüber, die an wesentlichen Punkten von unterschiedlichen Positionen ausgehen.

In dieser Situation ist eine konstruktive Zusammenarbeit nur möglich, wenn eine klare Abgrenzung der Zuständigkeit und Kompetenzen erfolgt. Grob formuliert bietet sich an, dass der klinische Bereich, der stationär-therapeutische Bereich sowie der medizinische Bereich zu den originären Aufgabenbereichen der Suchtkrankenhilfe gehört. Demgegenüber sind die sozialpädagogischen Handlungsfelder - Aufsuchen der Betroffenen, Begleitung, Stabilisierung, Perspektiventwicklung usw. - als eigentliche Aufgabenbereiche der Kinder- und Jugendhilfe zu formulieren.

Unschärfen in der Zuständigkeit gibt es im ambulanten therapeutischen Bereich sowie in Bezug auf diejenigen sozialpädagogischen Handlungsfelder, die gerade in den letzten Jahren durch die Suchtkrankenhilfe selber entwickelt wurden, um die eigene Wirksamkeit zu erhöhen. Hier wird empfohlen, im Einzelfall zu pragmatischen Lösungen zu kommen.

Die Hilfe für süchtige Jugendliche und junge Erwachsene ist nur in Kooperation der beiden Systeme (Suchtkrankenhilfe und Kinder- und Jugendhilfe) erfolgreich zu bearbeiten. Die Erfolge der etablierten Suchtkrankenhilfe im Hinblick auf die Stabilisierung süchtiger Jugendlicher reichen bei weitem nicht aus. Umgekehrt ist die Kinder- und Jugendhilfe allein nicht in der Lage, die Probleme fachlich angemessen anzugehen.

4.2 Handlungsmaximen und grundsätzliche methodische Aussagen im Kontext der Suchtkrankenhilfe

4.2.1 Grundsätzliches

Die Begrifflichkeit „Sucht“ gilt im Rahmen der Diskussion einer nach wie vor so genannten „Sucht“krankenhilfe zunehmend als problematisch, da er eine Einschränkung auf die Gruppe der schwer abhängigen Menschen impliziert. Schon 1965 hat die WHO vorgeschlagen, den Begriff „Sucht“ durch Abhängigkeit zu ersetzen. Allerdings beschreibt auch „Abhängigkeit von psychotropen Substanzen“ nur unzureichend jene Adressatengruppe, für die aufgrund ihres Konsums von einem Bedarf an Interventionen und Hilfen auszugehen ist. „Menschen mit substanzbezogenen Störungen oder Risiken“ erscheint daher in diesem Zusammenhang als geeignetere Terminologie. Grundlage aller Entwicklung der modernen Suchtkrankenhilfe ist zum einen die Ausrichtung an einer gleichgewichtigen Bedeutung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, also an gesellschaftlichen wie individuellen Ansätzen der Intervention und zum anderen der Handlungsansatz personenbezogener statt institutionenzentrierter Hilfen. Primärpräventive Maßnahmen versuchen, den Konsum psychotroper Substanzen durch Interventionen auf der Angebotsseite wie z. B. Herstellungs- und Handelsverbote von Heroin, und auf der Nachfrageseite z. B. durch Information über Risiken und Hilfeangebote, gesellschaftsbezogen zu reduzieren. Da ihre Entwicklung und Umsetzung grundsätzlich Aufgaben der Politik sind, werden sie hier nur randständig thematisiert. Auch deshalb weil primärpräventive Maßnahmen prinzipiell Gesundheit zu erhalten, nicht jedoch wieder herzustellen trachten. Eine Konzentration auf sekundär- und besonders tertiärpräventive Maßnahmen erscheint daher folgerichtig. Dies umfasst die Aufgaben der Risikoreduzierung, Schadensreduzierung sowie Behandlung und Rehabilitation.

4.2.2 Zielgruppe

Neben den Menschen mit vorliegender Substanzabhängigkeit bzw. –missbrauch stellen Personen mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen eine grundsätzlich wichtige Zielgruppe der Suchtkrankenhilfe dar. Die Suchtkrankenhilfe in Deutschland hat sich bisher auf die Gruppe der Substanzabhängigen und damit auf den Bereich der Tertiärprävention konzentriert. Sie kann auf dem Gebiet der Rehabilitation auch im internationalen Vergleich große Erfolge aufweisen. Dies gilt weniger für den Bereich der Sekundärprävention. Um diesen innerhalb des Gesamtsystems der Suchtkrankenhilfe stärker zu berücksichtigen, ist es erforderlich, die Zielgruppe der Interventionen wie beschrieben zu erweitern. Der Begriff „Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken“ umfasst in diesem Sinne:

- Personen mit einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Alkohol, ill. Drogen, Medikamenten, etc.)
- Personen mit schädlichem Gebrauch (Missbrauch) psychotroper Substanzen
- Personen mit riskantem Gebrauch psychotroper Substanzen

4.2.3 Ziele und Aufgaben

Inzwischen haben sich in Deutschland die Mehrzahl der Träger, Verbände und Institutionen der Suchtkrankenhilfe sowie Bund, Länder und Kommunen auf eine Zielsystematik der Suchtkrankenhilfe verständigt:

- Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzmissbrauchs
- Verhinderung körperlicher Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen
- Verhinderung bzw. Milderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung
- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken zur Förderung von Veränderungsbereitschaft
- Verlängerung der konsumfreien Phasen bzw. Reduzierung der Konsummengen und der Konsumexzesse
- Erreichung dauerhafter Abstinenz
- Behandlungsmotivation und Akzeptanz professioneller Hilfeangebote
- Erreichen einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung eventueller Rückfälle
- Autonome Lebensgestaltung in freier persönlicher Entscheidung
- (Re-)Integration in soziale und berufliche Zusammenhänge
- Stabilisierung der Interventionsfolge

4.2.4 Grundprinzipien der Hilfe

Bei aller Unterschiedlichkeit einzelner Arbeitsansätze und Handlungsmaximen skizzieren diese Grundprinzipien den allgemeinen Stand der Fachlichkeit. Sie stellen keine therapeutische Anleitung für den Einzelfall, sondern vielmehr einen Konsens dar, der die Arbeit des Hilfesystems grundsätzlich charakterisiert. Oberstes Prinzip der Suchtkrankenhilfe ist die individuelle Hilfeplanung und –durchführung. Sie muss personen- und problemadäquate Hilfe anbieten und darf sich nicht in fachlichem Separatismus verlieren. Vielmehr ist anzustreben, die Basisversorgungssysteme (Hausarzt, Allgemeinkrankenhäuser, Allgemeine Soziale Dienste) fachlich angemessen weiterzubilden und mit den spezifischen Angeboten der Suchtkrankenhilfe zu koordinieren. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich folgende Grundprinzipien formulieren:

Frühe Intervention

Je eher Interventionen erfolgen desto größer sind die noch vorhandenen Ressourcen, umso geringer sind bereits eingetretene Störungen und umso weniger einschneidende Maßnahmen sind zu einer Erfolg versprechenden Intervention erforderlich.

Ressourcenorientierung

Nutzung, Stärkung und Ausbau der vorhandenen Ressourcen, da ohne eine Aktivierung der Selbstheilung keine Veränderung möglich ist. Professionelle Intervention sollte es daher so weit wie möglich vermeiden, in die Lebenszusammenhänge der Menschen mit Substanzproblemen einzugreifen. Vielmehr sind in der Behandlung vorhandene Ressourcen im Lebensumfeld ebenso einzubeziehen wie vorhandene Belastungen.

Selbsthilfe vor Fremdhilfe

Der Selbsthilfe gelingt es, Selbstheilungskräfte zu aktivieren, soziale Ressourcen zu erschließen und das soziale Umfeld zu integrieren. Aus dem Subsidiaritätsprinzip ergibt sich die Nachrangigkeit professioneller Hilfen gegenüber der Selbsthilfe. In der Regel ergänzen sich Selbsthilfe und professionelle Hilfe. Diese ist vor allem dann gefragt, wenn die Selbsthilfe alleine nicht ausreicht.

Basisversorgung

Die ausdifferenzierten medizinischen, psychosozialen und sonstigen Hilfesysteme stehen auch Menschen mit substanzbezogenen Störungen zur Verfügung. Soweit die Versorgungssysteme an ihre Grenzen stoßen, sind besondere Hilfeangebote und –einrichtungen erforderlich.

Vorrang ambulanter Hilfen

Die gebotene individuelle Hilfeplanung impliziert die Berücksichtigung aller vorhandenen Versorgungsformen. Je nach Einzelfall ist zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen zu entscheiden oder diese zu kombinieren. Sie sind gleichermaßen versorgungspolitisch unverzichtbar. Ambulante und teilstationäre Hilfeformen übernehmen dabei den mehrheitlichen Teil der Interventionen. Dessen ungeachtet bleibt vielfach die stationäre Therapie die einzig mögliche Form der Hilfe.

Prinzip der Wohnortnähe

Sollen individuell vorhandene soziale Ressourcen genutzt werden, so gelingt dies am ehesten in räumlicher Nähe zum Lebensmittelpunkt der Betreuten. Allerdings können individuelle Gründe auch für eine wohnortferne Behandlung sprechen.

Kooperation der Hilfesysteme

Effektive und effiziente Hilfen erfordern die Kooperation unterschiedlicher Angebotsformen und Hilfesysteme. Hierzu zählt auch die Zusammenarbeit zwischen speziellen Einrichtungen zur Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Institutionen der psychosozialen und medizinischen Basisversorgung.

Aus den beschriebenen Zielen und Maximen lassen sich differenzierte Hilfeangebote und Behandlungsansätze ableiten. Dabei ist zu beachten, dass sich Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken in vielerlei Hinsicht unterscheiden: Die Angebote der Suchtkrankenhilfe rich-

ten sich an Männer und Frauen, Alte und Junge, Deutsche und nicht Deutsche, stark und weniger Belastete sowie an Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus und Schichten, deren Problemverläufe und –ausprägungen stark variieren. Eine nahe liegende Antwort hierauf ist die Entwicklung zielgruppenspezifischer Interventionen, aber auch die Vernetzung dieser speziellen Hilfeansätze. Inzwischen wurde ein diesbezügliches Netzwerk ambulanter und stationärer Einrichtungen aufgebaut, dessen bedarfsgerechte Ausgestaltung und Absicherung jedoch noch nicht abgeschlossen ist.

4.2.5 Die Versorgungsstrukturen

4.2.5.1 Selbsthilfe

Selbsthilfeorganisationen von und für Menschen mit substanzbezogenen Störungen sind nicht nur als eine Ergänzung der professionellen Suchtkrankenhilfe zu betrachten, sondern stellen ein eigenständiges Unterstützungssystem dar, das einen quantitativ und qualitativ wesentlichen Beitrag zur Überwindung von Substanzproblemen leistet. Vor allem in Bezug auf Menschen mit Alkoholproblemen kommt der Selbsthilfe traditionell ganz wesentliche Bedeutung zu. Eine sehr große Zahl diesbezüglicher Selbsthilfegruppen bildet in Deutschland eine Infrastruktur, die es jedem Menschen ermöglicht, sehr kurzfristig und in seinem Lebensumfeld eine entsprechende Gruppe aufzusuchen.

Im Bereich der Illegalen Drogen ist das Selbsthilfekzept wesentlich geringer verbreitet. Zwar bestehen in allen größeren Städten aktive anonyme Gruppen, die sich für die Rechte der KonsumentInnen einsetzen und Partizipation bei der Planung und Ausgestaltung des Hilfesystems einfordern. Ein parallel zum professionellen Behandlungssystem existierenden Verbund von Gruppen ist jedoch nicht vorhanden. Dies ist vermutlich auch darin begründet, dass Selbsthilfe ein Mindestmaß an persönlichen Ressourcen voraussetzt.

Allgemein betrachtet hat sich in der mehr als hundertjährigen Geschichte des Systems der Selbsthilfe eine Akzentverschiebung von eher isoliert agierenden Abstinenzverbänden hin zu den an wechselseitiger Unterstützung orientierten Selbsthilfegruppen ereignet. Möglicherweise steht in der Selbsthilfebewegung ein weiterer Modernisierungsschritt bevor, der zur vermehrten Einbindung junger Menschen mit Alkohol- oder Drogenproblemen führt. Hier sind noch genauere Überlegungen erforderlich, wie die erfolgreichen Prinzipien der Verbände und Gruppierungen den Bedürfnissen und Lebensgewohnheiten der jüngeren Generationen angepasst werden können.

4.2.5.2 Professionelle Hilfeformen

4.2.5.2.1 Basisversorgungssysteme und Sekundärprävention

Sekundärpräventive Maßnahmen wenden sich an Menschen, die ein missbräuchliches oder riskantes Konsumverhalten aufweisen, ohne dass

bereits manifeste Abhängigkeit oder Folgeprobleme festzustellen sind. Da viele Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken zunächst mit Institutionen des allgemeinen medizinischen Versorgungssystem (niedergelassene Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser) in Kontakt geraten, sind diese Institutionen zur Frühintervention und Motivationsarbeit hervorragend geeignet. Zum Beispiel suchen 70 - 80 % der Alkoholabhängigen einmal oder mehrmals im Jahr eine ärztliche Praxis auf und in den 2.000 Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland werden jährlich ca. 15 Millionen stationäre Patientenbehandlungen durchgeführt. Im psychiatrischen Bereich schwankt der Anteil von Menschen mit substanzbezogenen Störungen zwischen 20 und 50 %. Alle Untersuchungen weisen daraufhin, dass Menschen mit substanzbezogenen Störungen die ambulante medizinische Versorgung quantitativ in höherem Maße in Anspruch nehmen als der Bevölkerungsdurchschnitt. Dies macht deutlich, dass die Praxen und Allgemeinkrankenhäuser den quantitativ größten Anteil der medizinischen Versorgung von PatientInnen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken leisten. Es ist jedoch erforderlich, die Fachkräfte der medizinischen Basisversorgung intensiver für dieses Tätigkeitsgebiet zu qualifizieren. Auch die Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe sind gefordert, ihre Angebote der Frühintervention zu überprüfen, zu verbreitern und weiterzuentwickeln. Ein großer Entwicklungsbedarf besteht hinsichtlich sekundärpräventiver Maßnahmen für junge Menschen. Ein weiterer Ansatz zur Frühintervention und Motivationsarbeit bietet die Kooperation von Drogen- und Suchtkrankenhilfe mit der Kinder- und Jugendhilfe. Inzwischen ist aus vielen Studien bekannt, dass das Alter beim Beginn eines problematischen Substanzkonsum, eine der wenigen Variablen ist, von der auf den eventuellen Beginn einer Abhängigkeitserkrankung geschlossen werden kann. Um hier effektive Angebote unterbreiten zu können, müssen Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe zu neuen und verbesserten Kooperationsformen finden.

4.2.5.2.2 Niedrigschwellige Hilfen und Schadensreduzierung

Der Bereich der niedrigschwelligen Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen durch Drogenkonsum kann allgemein als relativ gut ausgebaut bezeichnet werden.

Inzwischen unterhält die Drogenhilfe in nahezu allen Orten und Regionen Deutschlands niedrigschwellige Kontaktläden, die Lebensmittel, hygienische Maßnahmen, Spritzentausch, problembegleitende Beratung und Vermittlung in weiterführende medizinische und psychosoziale Hilfen anbieten. Auch viele Beratungsstellen haben inzwischen niedrigschwellige Hilfen in ihr Angebot integriert und für obdachlose Drogenabhängige wurden in vielen Großstädten Notschlafeinrichtungen eröffnet. Zur medizinischen Versorgung und Schadensminimierung gehört bei Opiatabhängigen auch die Substitution mit Methadon. In Frankfurt/Main, Hamburg und Hannover werden seit einigen Jahren so genannte Konsumräume betrieben, in denen es Abhängigen ermöglicht wird, ihre Drogen unter hygienischen Bedingungen zu konsumieren, was positive Effekte auf die Gesundheit der KonsumentInnen hat.

Eine andere Situation zeigt sich hinsichtlich Menschen mit Störungen durch Alkoholkonsum. Diesbezüglich deckt bislang die Wohnungslosenhilfe einen großen Teil des Bedarfs durch Vorhalten von vielfältigen Überle-

benshilfen und niedrighschwelligem Beratungsangeboten. Handlungsbedarf besteht vor allem hinsichtlich jener Alkoholabhängigen, die den Zugang zu den Standardangeboten der Suchtkrankenhilfe nicht oder nicht mehr finden. Auch für die Gruppe chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger (CMA-Gruppe) existieren zurzeit nur vereinzelt niedrighschwellige, nicht an eine Abstinenzmotivation gebundenen Unterstützungsangebote. Ein Teil dieser Zielgruppe kann nur über aufsuchende Formen der sozialen Arbeit erreicht werden. Darüber hinaus werden in diesem Zusammenhang dauerhafte Lebens- und Arbeitsmöglichkeiten benötigt, um eine adäquate Versorgung der CMA-Gruppe zu gewährleisten. Dies ist auch eine kommunale und gemeindepsychiatrische Aufgabe, die nur im Verbund verschiedener Einrichtungen gelöst werden kann.

4.2.5.2.3 Ausstiegshilfen und Therapie

Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote richten sich an Abhängige, die motiviert sind, ihre Abhängigkeit mit professioneller Unterstützung zu überwinden. Diese Hilfen umfassen traditionell die Angebote von ambulanten Beratungsstellen sowie ambulanten, teilstationären und stationären Entwöhnungsbehandlungen. In der jüngeren Vergangenheit ergänzend entwickelte Angebote sind unter anderem die ambulante Entgiftung und medikamentengestützte Rehabilitation. Integrationshilfen, die der Überwindung psychosozialer Folgen der Abhängigkeit dienen sollen, werden heute als wesentlicher Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung betrachtet. Die therapeutischen Angebote werden von einer großen Anzahl Menschen, die von Alkohol oder Opiaten abhängig sind, genutzt, während vergleichbare Programme bei Nikotin-, Medikamenten- und Kokainabhängigkeit weitestgehend fehlen.

4.3 Ansatzpunkte für eine Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe in Osnabrück

Grundsätzliche Erkenntnisse

- Jugendliche meinen, das Risiko ihres Suchtmittelkonsums kalkulieren zu können
- Jugendliche lehnen Institutionen mit hohen Schwellen ab
- Kurzfristig auftretende gesundheitliche Beschwerden werden ignoriert oder selten behandelt
- Hilfe und Unterstützung wird bei Folgeproblemen des Suchtmittelmissbrauchs benötigt:
 - Rauswurf aus der elterlichen Wohnung
 - Schulverweis
 - Ausbildungsplatzverlust
 - Probleme mit Polizei und Staatsanwaltschaft
- Etablierte Institutionen schrecken Jugendliche ab

- Vorstellung Jugendlicher: Suchtberatungsstellen sind Anlaufstellen für manifest Suchtmittelabhängige
- Die Bereitschaft, sich beraten zu lassen, hängt davon ab, ob ein Vertrauensverhältnis zur helfenden Person besteht.

Zwischenschritte zu einer Erfolg versprechenden Kooperation

- Aufbau von Kommunikationsstrukturen zur Abgleichung von Zielbestimmungen, Handlungsstrategien und Methoden (... ins Gespräch kommen)
- Aufbau zielgruppenspezifischer/differenzierter/lebensweltorientierter Angebote (...in Planung kommen)
- Ausbau bereichsübergreifender Angebote im Verbund Suchthilfe/Jugendhilfe (... in Kooperation kommen)

Wichtig: Beratungs- und Hilfeleistungen nicht an Finanzierungs- und Zuständigkeitsdebatten scheitern lassen.

Was können Jugend- und Suchthilfe in Osnabrück tun?

- Aufbau und Ausbau zielgruppenspezifischer/differenzierter Angebote (Suchthilfe/Jugendhilfe)
 - 1. Ziel: Zugang zu Jugendlichen in der Phase des experimentellen Umgangs mit Suchtmitteln schaffen
 - 2. Ziel: Entwicklung und Weiterentwicklung ambulanter/(teil-) stationärer Angebote für gefährdete/suchtkranke Jugendliche
- Ausbau bereichsübergreifender Angebote im Verbund Suchthilfe/Jugendhilfe
 - Die Suchthilfe kooperiert mit der Jugendhilfe
 - Die Suchthilfe macht Angebote innerhalb der Jugendhilfe
- Gemeinsame Erarbeitung von Konzeptionen im Umgang mit suchtgefährdeten Jugendlichen aller Dienste und Einrichtungen
- Die Kooperation mit Fachkräften der Suchthilfe gehört zum Standard pädagogischen Handelns der Jugendhilfe
- Anwendung des § 35a SGB VIII durch die Jugendämter als Hilfeleistung für suchtmittelkonsumierende, suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche
 - Stichwort: Jugendliche mit riskanten Konsummustern haben ein Anrecht auf Leistungen der Jugendhilfe
- Fort- und Weiterbildung für die einzelnen spezifischen Jugendhilfe- und Suchthilfefelder
 - Stichwort: Die Fachkräfte benötigen ein auf Konsens beruhendes und für alle verbindlich geltendes Konzept

Tandem als Kooperationsprinzip

- Tandemteams in der aufsuchenden und offenen Jugendarbeit

- Suchthilfe macht eine an der Fachlichkeit der Jugendhilfe ausgerichtete Arbeit
- Suchthilfe arbeitet intensiv an der Schnittstelle zwischen Cliquenarbeit, Freizeitangeboten, Alltags- und Suchtberatung
- Tandemteams in der Behandlung
 - Fallbezogenes Management
 - Hilfeplanerstellung - Erarbeitung von Behandlungsvorschlägen
 - Grundlage: gemeinsames Hilfskonzept
- Tandemteams in der Fortbildung
 - Kollegiale Fachberatung
 - Multiplikatoren-schulung; Organisations- und Kooperationsberatung
 - Einrichtungsübergreifende Fachtage

Leitziel der Kooperation

- Frühzeitige Kooperation zur Gewährleistung kontinuierlicher Beratungs- und Behandlungsverläufe

Ansatzpunkte für ein integriertes Hilfesystem

Ebene 1: Fallbezogene Arbeit

Ebene 2: Angebotsstruktur

Ebene 3: Sozialraumbezogene Planungs- und Steuerungsebene

Offene Fragen

- Wer steuert die zentralen Aktivitäten?
- Wer sichert die Vernetzung der Aufgabengebiete?
- Wer plant und entwickelt auf örtlicher Ebene?
- Wer ist an der regionalen Bedarfsplanung zu beteiligen?

5. Zuständigkeiten

5.1 Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

Grundlage für die Leistungszuständigkeit der Sozialleistungsträger für die Rehabilitation Suchtkranker sind die leistungsrechtlichen Vorschriften und die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, wonach Sucht als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen ist, wenn sie sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der zwanghaften Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen äußert und einer medizinischen Behandlung bedarf, die alle Hilfen umfassen soll, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (RehaAnglG). Im gegliederten System der sozialen Sicherung kommen als Leistungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen die Krankenversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Sozialhilfeträger, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Arbeitsverwaltung in Betracht, die je nach Zielsetzung und Inhalt der Behandlungsmaßnahme zuständig sind. Unabhängig von Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen der vorgenannten Rehabilitationsträger können Leistungen nach dem Schwerbe-

hindertengesetz in Betracht kommen. Außerhalb der sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen und diesen gegenüber nachrangig können als weitere gesetzliche Grundlage zur Gewährung von Hilfen für Suchtkranke insbesondere die Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG) oder - sofern kein PsychKG besteht - nach dem als Landesrecht fortgeltenden Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens sowie die in den Kommunalverfassungen der Länder verankerte Aufgabe der Daseinsvorsorge der Gemeinden für ihre Bürger dienen. Des Weiteren ist auf das Sozialgesetzbuch VIII hinzuweisen, welches die Zuständigkeit der Jugendhilfe für den Fall regelt, dass es sich hierbei um seelische Behinderung – bei jungen Volljährigen in Verbindung mit § 41 – handelt und ein Vorrang der Leistungen nach dem BSHG nicht gegeben ist. Ganz grundsätzlich ist weiterhin auf das Sozialgesetzbuch IX hinzuweisen, welches am 1.7.2001 in Kraft getreten ist und nun ein gemeinsames Dach für alle Rehabilitationsträger im Interesse der behinderten Menschen bildet. Schließlich ist, weniger unter Aspekten der Rehabilitation, aber der Vollständigkeit halber, auf die Leistungen aus der Pflegeversicherung hinzuweisen.

5.2 Zuständigkeiten der Leistungsträger

Bei der Gewährung von Leistungen auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung sind zum einen die Zuständigkeiten der einzelnen Leistungsträger, zum anderen die Erfüllung der jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen im Einzelfall zu berücksichtigen.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist für die ambulante und stationäre Krankenbehandlung und weiter für die medizinische Rehabilitation und ergänzende Leistungen zuständig. In diesem Rahmen erbringt sie Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung, zur Früherkennung und zur Behandlung von Krankheiten.

Die gesetzliche Rentenversicherung ist für medizinische, berufliche und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation zuständig, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die gesetzliche Unfallversicherung gewährt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, berufsfördernde Leistungen sowie Leistungen zur sozialen Rehabilitation und ergänzende Leistungen, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ursächlich für die Erkrankung ist.

Die Bundesanstalt für Arbeit gewährt Rehabilitationsleistungen, wenn besondere Hilfen erforderlich sind, um bei einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung die berufliche Wiedereingliederung zu erreichen oder zu sichern.

Entsprechend dem Nachrang öffentlicher Leistungen gegenüber Leistungen der Sozialversicherungsträger kommt die Sozialhilfe in den Fällen als Leistungsträger in Betracht, in denen zum einen keiner der anderen Leistungsträger zuständig ist, zum anderen die Betroffenen nicht über ausreichende Mittel verfügen, um erforderliche Hilfen aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Die öffentliche Jugendhilfe, die mit Inkrafttreten des SGB IX zum Rehabilitationsträger wurde, hat im Nachrang zur Sozialhilfe Leistungen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche zu übernehmen, wenn deren

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder bedroht ist und diese darauf zurückzuführen ist, dass die seelische Gesundheit der Betroffenen länger als 6 Monate vom typischen Zustand für ihr Lebensalter abweicht.

5.3 Vorrangige Träger von Maßnahmen

5.3.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Mit dem Ziel einer wirkungsvollen und die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit weitestmöglich fördernden Behandlung und Rehabilitation hat der Gesetzgeber dem Leistungsrecht die Prinzipien „Prävention vor Rehabilitation“, „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ vorangestellt. Entsprechend diesen Vorgaben hat die gesetzliche Krankenversicherung eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung Kranker und Behinderter mitzugestalten und mitzufinanzieren.

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) festgeschrieben.

Um den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker gerecht zu werden, sind bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung die Besonderheiten dieses Krankheitsbildes zu berücksichtigen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Diese Auflage ist auch bei Suchtkranken zu berücksichtigen, da Suchtkrankheit durch psychische und körperliche Abhängigkeit vom Suchtmittel geprägt ist.

Ärztliche Behandlung

Grundlage der ambulanten Krankenversorgung ist die ärztliche Tätigkeit. Sie umfasst die Maßnahmen des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind.

Arzneimittel

Medikamentös gestützte Suchtbehandlungen erhalten vor allem in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung. Im Bereich der Drogenabhängigkeit ist dies einerseits die Ersatzstoffbehandlung mit Methadon oder bei Unverträglichkeit auch Codein. Aber auch die Behandlung mit dem Opiatantagonisten Naltrexon wird auf ambulanter Ebene immer häufiger durchgeführt. Durch die regelmäßige Einnahme eines Opiatblockers wird ein Opiat wie Heroin unwirksam, sodass eine Art zusätzliche Entwöhnungshilfe gewährt wird, die meist nur dann zum Erfolg führt, wenn zusätzlich ein intensives psychosoziales oder psychotherapeutisches Behandlungsprogramm gegeben ist.

Ähnlich verhält sich dies auch im Alkoholbereich. Dort hat seit vielen Jahren das Antabus seine Bedeutung als Entwöhnungshilfe behalten. Zusätzlich machte vor allem in den letzten Monaten das Mittel Akamprosat (Campral) von sich reden, mit dem nach dem Entzug des Alkohols durch Verminderung des Cravings (Trinkdrang) ebenfalls eine Entwöhnungshilfe

gewährt wird. Auch diese Mittel greifen meist nur dann, wenn eine entsprechende ambulante suchtherapeutische bzw. psychotherapeutische Maßnahme parallel zur medikamentösen Behandlung gegeben ist.

Psychotherapie

Psychotherapeutische Maßnahmen können im Grundsatz nur durch Ärzte mit einer anerkannten Zusatzausbildung durchgeführt werden. Die Gegebenheiten zur Durchführung von Psychotherapie sind in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 04.05.1990 geregelt, nach denen folgende Behandlungsformen anerkannt werden:

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- analytische Psychotherapie,
- Verhaltenstherapie,
- Maßnahmen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Diese Leistungen werden nur für die zugelassenen Verfahren über die Krankenkassen finanziert. Psychotherapie durch nichtberechtigte Therapeuten oder Maßnahmen bei Störungen ohne Krankheitswert werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

Heilmittel

Unter die Heilmittel fallen die so genannten therapeutischen Dienstleistungen. Für Suchtkranke sind wie für psychisch Kranke dabei die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Ergotherapie) von besonderer Bedeutung. Seit dem 14.08.1990 können Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Belastungserprobung bei psychischen Funktionseinschränkungen zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden.

Krankenhausbehandlung

Ist das Behandlungsziel durch ambulante Maßnahmen nicht zu erreichen, besteht ein Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Eine Krankenhausbehandlung kommt für Suchtkranke entweder zur Behandlung somatischer Folgeschäden oder als Entzugsbehandlung in Betracht.

Die vollstationäre oder teilstationäre Behandlung in einem Krankenhaus ist eine von der gesetzlichen Krankenversicherung vollfinanzierte Komplexleistung.

Rehabilitation

Für die Rehabilitation Suchtkranker kommen von ihrer Aufgabenstellung her vorrangig die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung in Betracht. Alle vorgenannten Leistungen der ambulanten und stationären Krankenhausbehandlung sind zu rehabilitativen Zwecken einzusetzen, wenn sie erforderlich sind, um

- einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen,

- eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten,
- eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern

Aufgrund dieser Vorgabe können stärker als bisher alle Rehabilitationsmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Gerade für chronisch Kranke ist dies in Verbindung mit § 43 SGB V von Bedeutung, wonach die Krankenkasse als ergänzende Leistungen solche Leistungen zur Rehabilitation erbringen kann, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Ambulante Rehabilitation

Entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist bei der Rehabilitation Suchtkranker zunächst zu prüfen, ob ambulante Leistungen ausreichend sind. Das ist insbesondere im frühen Stadium eines Krankheitsverlaufs oder zur Abkürzung einer stationären Entwöhnungsbehandlung möglich.

Stationäre Rehabilitation

Kann der Rehabilitationserfolg durch ambulante Maßnahmen nicht gesichert werden, kommt eine stationäre Rehabilitation in einer dafür geeigneten Einrichtung in Betracht. Stationäre Leistungen können zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur von Einrichtungen erbracht werden, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen und mit denen die Krankenkassen Versorgungsverträge abgeschlossen haben.

Im Rahmen der stationären Rehabilitation sind alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Leistungen einschließlich der pflegerischen Hilfen durch Pflegesätze abgedeckt. Nach derzeitigem Recht zahlen Versicherte, die eine stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, einen gesetzlich vorgesehenen Betrag als Eigenleistung an die Einrichtung nach den jeweils geltenden Richtlinien.

Stufenweise Wiedereingliederung

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer schweren Erkrankung mit lang andauernder Arbeitsunfähigkeit ist oftmals für gerade Genesende oder Behinderte mit erheblichen Belastungen verbunden. Dies kann zu einem Hinauszögern der Arbeitsaufnahme oder auch zu Rückschlägen führen, was sowohl medizinisch als auch arbeitsphysiologisch und psychologisch problematisch sein kann. Um durch einen „ungeschützten“ Arbeitsbeginn missglückte Versuche der Arbeitsaufnahme, vorzeitiges Rentendenken oder die Notwendigkeit kostenintensiver berufsfördernder Rehabilitationsmaßnahmen zu vermeiden, gibt es die Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Dabei wird der/die Betroffene im Rahmen eines Stufenplanes schrittweise an die Belastungen des alten Arbeitsplatzes herangeführt. Je nach Krankheitsbild, bestehenden Funktionseinschränkungen, bisheriger Dauer der Arbeitsunfähigkeit und den organisatorischen Möglichkeiten des Betriebes wird der Kranke zu-

nächst nur stundenweise pro Woche beschäftigt, bis nach einigen Wochen oder Monaten die volle Arbeitsfähigkeit erreicht wird.

Ein Wiedereingliederungsplan kann, nachdem der Kranke zugestimmt hat, durch eine Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt, der zuständigen Krankenversicherung und dem Arbeitgeber erstellt werden. Für den Arbeitgeber besteht allerdings keine Verpflichtung zur Abwicklung stufenweiser Wiedereingliederungsmaßnahmen. Der Kranke bleibt während der gesamten Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahmen arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihm steht Krankengeld unter Anrechnung des ggf. vom Arbeitgeber gezahlten Teilarbeitsentgeltes zu.

5.3.2 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

Rehabilitationsleistungen in der Rentenversicherung haben das Ziel, den Versicherten in das Erwerbsleben einzugliedern und damit nicht zuletzt die Gewährung von Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben. Für Leistungen zur Rehabilitation haben Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt,

- deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- bei denen voraussichtlich durch die Leistungen
 - bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann,
 - bei geminderter Erwerbsfähigkeit, wenn diese wesentlich gebessert oder wieder hergestellt werden kann oder der Eintritt von Erwerbsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit oder im Bergbau verminderter Berufsfähigkeit abgewendet werden kann

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen richten sich nach der vorausgegangenen Erwerbstätigkeit. Bei Suchterkrankungen sind für die sozialmedizinische Begutachtung, ebenso wie bei den körperlichen Erkrankungen, nicht die klassifizierenden Diagnosen maßgebend, sondern der Umfang der Behinderung sowie deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Medizinische Leistungen

Die Regelung, dass im Rahmen der Rentenversicherung die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation vor allem stationär erbracht werden, beinhaltet auch die Möglichkeit der Gewährung ambulanter oder teilstationärer Maßnahmen. Die Leistungen umfassen neben der ärztlichen Behandlung insbesondere

- Arznei- und Verbandmittel

- Heilmittel einschließlich Krankengymnastik
- Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie

Stationäre Leistungen der Rentenversicherung haben Vorrang vor gleichartigen Leistungen der Krankenversicherung.

Berufsfördernde Leistungen

Die Leistungen der beruflichen Rehabilitation umfassen insbesondere Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber, Berufsvorbereitung sowie berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung.

Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen können nach den derzeitigen gesetzlichen Vorschriften in der Regel nur für zwei Jahre gewährt werden, es sei denn, dass der Betreute nur durch eine längerdauernde Maßnahme eingegliedert werden kann.

Ergänzende Leistungen

Als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation können außer dem Übergangsgeld erbracht werden:

- Haushaltshilfe und Reisekosten
- ärztlich verordneter Rehabilitationssport unter ärztlicher Betreuung und
- Übernahme der Kosten, die mit den berufsfördernden Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen (Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte)

Sonstige Leistungen

Die Rentenversicherungsträger können darüber hinaus sonstige Leistungen zur Rehabilitation erbringen, u. a. zur Eingliederung von Versicherten in das Erwerbsleben, insbesondere nachgehende Leistungen zur Sicherung des Rehabilitationserfolges. Diese Leistungen setzen voraus, dass die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

6. Handlungsbedarf

Die Arbeitsgruppe Jugend und Sucht hat als Konsequenz aus der Erstellung des vorliegenden Berichtes verschiedene Handlungsvorschläge erarbeitet, die im Folgenden dargestellt sind. Diese gehen teilweise auf die originäre Diskussion in der Arbeitsgruppe zurück, zum Teil sind sie aber auch Ergebnis eines Workshops, den die Arbeitsgruppe zwischenzeitlich mit verschiedenen Trägern – vornehmlich solchen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe – organisiert und durchgeführt hat und an dem

rund 30 Personen teilgenommen haben. Die Ergebnisse dieses Workshops sind im Detail als Anlage 1 abgedruckt.

6.1 Die Ergebnisse im Überblick

Die Arbeitsgruppe hat die einzelnen Empfehlungen mit einer Priorität versehen. Da nur Vorschläge eingearbeitet wurden, die im Grundsatz als sinnvoll angesehen wurden, beschränkte sich die AG auf zwei Prioritätsstufen, und zwar:

- 1 = dringend, unmittelbar
- 2 = wünschenswert

Die Angaben zu den Kosten sind vorläufige Schätzungen, um das Volumen bei den Beratungen bedenken zu können. Diese können später noch variieren.

| Nr. | Empfehlung | Kosten | Priorität |
|-----|--|--|-----------|
| 1. | Aufbau eines gemeinsamen Fallmanagements für drogenkonsumierende Jugendliche und junge Erwachsene (Erstkontakt, Anamnese, Hilfeplanung usw.) im Sinne des § 36 SGB VIII. | ohne gesonderte Kosten | 1 |
| 2. | Einrichtung einer Kontaktstelle für suchtgefährdete Jugendliche (siehe Konzept CV und DW). | ? | 1 |
| 3. | Flexibilisierung des quantitativen Umfangs der Betreuung im Projekt Perspektive (Nachfrageanpassung). | derzeit ohne gesonderte Kosten oder Einsparungen | 1 |
| 4. | Entwicklung einer konzertierten Aktion mit Beteiligung möglichst vieler gesellschaftlicher Kräfte zur Eindämmung des Konsums von Lealdrogen (hier besonders von Tabak). | 0 € | 1 |
| 5. | Entwicklung und Finanzierung von Einzelprogrammen zur Eingrenzung des Tabakkonsums unter jungen Menschen. | 20.000 € | 1 |
| 6. | Jugendspezifische Präventionsarbeit mit einem Drogenbus (Schwerpunkt Partydrogen usw.). | ? | 2 |
| 7. | Ausbau zielgruppenspezifischer/ differenzierter Angebote (Suchthilfe/Jugendhilfe) | ? | 1 |
| 8. | Ausbau bereichsübergreifender Angebote im Verbund Suchthilfe/Jugendhilfe. | ? | 1 |

| | | | |
|-----|--|----------|---|
| 9. | Gemeinsame Erarbeitung von Konzeptionen im Umgang mit suchtgefährdeten Jugendlichen aller Dienste und Einrichtungen. | ? | 1 |
| 10. | Fort- und Weiterbildung für die einzelnen spezifischen Jugendhilfe- und Suchthilfefelder. | ? | 1 |
| 11. | Aufbau einer Internetberatung (Jugendberatung nach § 11 SGB VIII) und Internetinformation für junge Menschen mit Schwerpunkt „Suchtprobleme“ | ? | 2 |
| 12. | Ausbau einzelner Projekte im Bereich der Suchtprävention. | 30.000 € | 1 |
| 13. | Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeit und Suchtkrankenhilfe. | 0 € | 1 |
| 14. | Systematische Hilfen für jugendliche Aussiedler mit Drogenproblemen. | ? | 1 |
| 15. | Schaffung stationärer therapeutischer Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene. | 0 € | 2 |
| 16. | Umbau der AG Jugend und Sucht zu einem Beirat Jugend und Sucht des Rates und JHA der Stadt Osnabrück | 0 € | 1 |
| 17. | Wissenschaftliche Auswertung und Begleitung des Projektes Perspektive | 45.000 € | 1 |

6.2 Erläuterungen der einzelnen Vorschläge

1. **Aufbau eines gemeinsamen Fallmanagements für drogenkonsumierende Jugendliche und junge Erwachsene (Erstkontakt, Anamnese, Hilfeplanung usw.) im Sinne des § 36 SGB VIII.**

Beim gemeinsamen Fallmanagement geht es darum, in einem multidisziplinären Hilfeplanverfahren unter Beteiligung aller für den Hilfeprozess nützlichen Personen die Situation zu analysieren und für die jeweiligen Betroffenen die passgenaueste Hilfe zu etablieren. Die Geschäftsführung sollte bei der Kontaktstelle angesiedelt werden. Die Federführung ist abhängig von der Kostenträgerschaft.

2. **Einrichtung einer Kontaktstelle für suchtgefährdete Jugendliche (siehe Konzept CV und DW).**

siehe hierzu als Anlage 2 die entsprechende detaillierte Konzeption von Caritasverband und Diakonischem Werk.

3. Flexibilisierung des quantitativen Umfangs der Betreuung im Projekt Perspektive (Nachfrageanpassung).

Die Anzahl der zu betreuenden jungen Menschen schwankt relativ stark. Hier sollen über geeignete Maßnahmen die Nachfrageschwankungen ausgeglichen werden, sodass bei hoher Nachfrage niemand abgewiesen werden muss, ohne dass hierdurch in Phasen niedriger Nachfrage eine Überkapazität entsteht.

4. Entwicklung einer konzertierten Aktion mit Beteiligung möglichst vieler gesellschaftlicher Kräfte zur Eindämmung des Konsums von Legaldrogen (hier besonders von Tabak).

Eine solche konzertierte Aktion müsste ausgehen von den RepräsentantInnen der Selbstverwaltungsorgane der Stadt Osnabrück und somit auch die Ernsthaftigkeit des Anliegens und den gesellschaftlichen Charakter unterstreichen.

5. Entwicklung und Finanzierung von Einzelprogrammen zur Eingrenzung des Tabakkonsums unter jungen Menschen.

Es soll ein Finanztopf eingerichtet werden, mit dem Einzelprojekte der Schulen und der Träger gestartet und durchgeführt werden können. Die Existenz eines solchen Topfes/Programms wirkt sich dabei beflügelnd für die Entwicklung solcher Projekte aus. Die Vergabe könnte jeweils über den Beirat erfolgen (siehe Punkt 16).

6. Jugendspezifische Präventionsarbeit mit einem Drogenbus (Schwerpunkt Partydrogen usw.).

Der Drogenbus soll als niederschwellige Hilfe für Jugendliche angeboten werden, die in der konkreten Alltagssituation (etwa bei Partys oder in der Disco) Fragen und/oder Probleme haben, und sei es, dass sie sich vergewissern wollen, ob über spezielle Drugs – etwa bei Ecstasy – Warnungen vorliegen. Der Bus könnte an die Kontaktstelle angebunden werden und es könnte konkret der bereits bestehende Bus des Diakonischen Werkes Verwendung finden.

7. Ausbau zielgruppenspezifischer/differenzierter Angebote (Suchthilfe/Jugendhilfe)

1. Ziel: Zugang zu Jugendlichen in der Phase des experimentellen Umgangs mit Suchtmitteln schaffen

2. Ziel: Entwicklung und Weiterentwicklung ambulanter/(teil-) stationärer Angebote für gefährdete/suchtkranke Jugendliche

8. Ausbau bereichsübergreifender Angebote im Verbund Suchthilfe/Jugendhilfe.

Die Suchthilfe kooperiert mit der Jugendhilfe.

Die Suchthilfe macht Angebote innerhalb der Jugendhilfe.

9. Gemeinsame Erarbeitung von Konzeptionen im Umgang mit suchtgefährdeten Jugendlichen aller Dienste und Einrichtungen.

Die Frage der Sucht ist nicht erst eine solche, wenn ein/e Betroffene/r vor den Türen einer Suchtberatungsstelle steht. Die meisten Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe haben in ihrem Alltag vielfältig mit dieser Frage zu tun. Allerdings versucht jeder individuell für sich, eine Lösung zu erzielen. Statt dieser individuellen Herangehensweisen sollte der Versuch unternommen werden, eine gemeinsame Konzeption der Einrichtungen, Dienste und Träger der Jugendhilfe zu erarbeiten.

10. Fort- und Weiterbildung für die einzelnen spezifischen Jugendhilfe- und Suchthilfefelder.

Stichwort: Die Fachkräfte benötigen ein auf Konsens beruhendes und für alle verbindlich geltendes Konzept

11. Aufbau einer Internetberatung (Jugendberatung nach § 11 SGB VIII) und Internetinformation für junge Menschen mit Schwerpunkt „Suchtprobleme“.

Die Akzeptanz von Beratungsstellen ist eines der großen Probleme innerhalb der Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Nach einer Untersuchung der Universität – GHS Kassel muss gerade bei Beratungsgegenständen, die von anderen Jugendlichen als „peinlich“ bewertet werden könnten, sicher sein, dass sie nicht gesehen werden.

Die Internetberatung ist als Instrument inzwischen bundesweit erprobt. Sie bietet die Sicherheit, dass eine hohe Anonymität erhalten bleibt. Denkbar ist auch, dass es für Osnabrück ein spezielles Portal für Jugendliche mit Suchtproblemen gibt, welches in erster Linie die Angebote in der Stadt präsentiert und zu Internetberatungen bundesweiter Träger verlinkt ist (also auf eine eigene Beratung verzichtet wird).

12. Ausbau einzelner Projekte im Bereich der Suchtprävention.

Die Suchtsituation ist außerordentlich differenziert. Ganz unterschiedliche Suchtstoffe, unterschiedliche Zielgruppen usw. sind hier anzutreffen. Dieser Situation wird man nicht gerecht, indem man ein Globalprogramm entwickelt. Vielmehr müssen hier zahlreiche Einzelprogramme entwickelt werden, die das Problem von ganz unterschiedlichen Seiten her angehen.

Hier wird vorgeschlagen, einen Projekttopf einzurichten, aus dem dann Projekte der Suchtprävention unterstützt werden können. Ähnlich wie beim Titel für Nikotinprävention (siehe Punkt 5) wird dabei unterstellt, dass das Vorhandensein eines solchen Förderprogramms die Situation deutlich belebt.

13. Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeit und Suchtkrankenhilfe.

Multiplikatoren, Fortbildungen, Themenworkshops, aktive Freizeit, Vernetzung von Eltern, Jugendhilfe, Suchthilfe und Schule, Gruppenangebote

- Warum: durch diese Maßnahme werden große Teile von Jugendlichen und deren Familie erreicht. (GSS sind ca 1500 Schüler) Multiplikatoren
- Prävention, Vermeidung von Straffälligkeit, Entkriminalisierung, Eindämmen, Reduzierung von Konsum, Enttabuisierung, Thema wird nicht mehr verschwiegen, mehr Sicherheit für Eltern, Lehrer
- Wann: 12 Monate
- Wer: Fachbereich für Kinder, Jugendliche und Familien lädt ein, Fachleute, freie Träger, Schule (Brennpunktschulen Grundschulen,), Stadtelternrat, Politik, Parteien, Jugendhilfeausschuss, Sozialausschuss, Rat (muss gewonnen werden), Kirchen

14. Systematische Hilfen für jugendliche Aussiedler mit Drogenproblemen.

Die jungen Aussiedler sind die größte Einzelgruppe sowohl innerhalb der Jugendkriminalitätsstatistik, als auch innerhalb der Gruppe der suchgefährdeten Jugendlichen insgesamt. Es reicht nicht aus, Programme an der Frage der Sucht aufzulegen, es müssen auch Programme entwickelt und intensiviert werden, die die Integrationsmöglichkeiten und die Entwicklungsmöglichkeiten von Aussiedlerjugendlichen nachhaltig verbessern.

15. Schaffung stationärer therapeutischer Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene.

Nur sehr wenige therapeutische Einrichtungen in der Bundesrepublik sind auf die Zielgruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

spezialisiert. Therapieprogramme für Erwachsene greifen aber oft nicht richtig und zusätzlich stellt sich als Problem, dass die Jugendlichen, für die die peer-group so wichtig ist, vorwiegend mit älteren Erwachsenen zusammenleben müssen.

Auf diesem Hintergrund besteht die Notwendigkeit, in Osnabrück oder im Einzugsbereich eine therapeutische Einrichtung für diese Zielgruppe aufzubauen.

16. Umbau der AG Jugend und Sucht zu einem Beirat Jugend und Sucht des Rates und JHA der Stadt Osnabrück.

Das Thema Jugend und Sucht sollte in den nächsten Jahren einen besonderen Stellenwert in Osnabrück erhalten. Daher sollte ein Beirat eingerichtet werden, in dem die Fachleute der beiden Betroffenen Disziplinen – der Suchtkrankenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe – vertreten sind. Der Beirat sollte sowohl in Richtung Rat und Jugendhilfeausschuss, als auch in Richtung der Träger Vorschläge zu aktuellen Entwicklungen machen. Er sollte die politischen Organe beraten. Er könnte darüber hinaus die Verteilung der Mittel einzelner Programme (besonders P 5 und P 12) verantworten.

17. Wissenschaftliche Auswertung und Begleitung des Projektes Perspektive.

Das Projekt Perspektive ist aus der Osnabrücker Praxis entstanden und weist – neben den ganz erstaunlichen Erfolgen – einige Probleme der Weiterentwicklung auf. Hier sollte eine wissenschaftliche Auswertung und Begleitung durch entsprechende Fachleute der Universität Bremen erfolgen.

7. Quellenverzeichnis

0. Vorbemerkung

1. Auftrag

2. Problembeschreibung

2.1 Sucht und Suchtstoffe

2.1.1 Was ist eigentlich Sucht ?

Q1: Klaus Wanke und Karl Ludwig Täschner, Rauschmittel, Stuttgart 1985, S. 13, zitiert nach: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren

Q2: K. Wanke , in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Süchtiges Verhalten, 1985, S. 20

Q3: s. Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.): Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule, Baustein 1: Konzeption zur Suchtvorbeugung in der Schule, Soest, 1988, S. 14

Q4: vergl. Sucht- und Drogenvorbeugung in der Schule, Soest, 1988, S. 18 f

2.1.2 Die einzelnen Suchtstoffe

Q5: Alle unter 2.1.2 genannten Daten aus: Jahrbuch Sucht 2001 (2000). Geesthacht, S. 11f

2.1.2.1 Tabak

Q6: <http://gewi.k.funigraz.ac.at/~hstigler/drogen/alkohol.htm>

Q7: (Petra Kollip: Tabak- und Alkoholkonsum bei Jugendlichen, in: Leppin, Hurrelmann u.a.: Jugendliche und Alltagsdrogen)

Q8: Jahrbuch Sucht 2001 (2000). a.a.O., S. 10 und S. 31ff.

Q9: Wetzels, Peter, Alkohol und Jugendgewalt. in: Nieders. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Aktionsplan Alkohol (2000), Hannover, S. 28

Q10: Hunsicker, Ernst u.A. (1998): Projekt Kriminologische Regionalanalyse 1996/97 (KRA OS 1996/97) zum Thema „Mehr Sicherheit für uns in Osnabrück“. Osnabrück, S. 172ff.

Q11: Jahrbuch Sucht 2001 (2000). a.a.O., S. 46

2.1.2.2 Alkohol

Q12: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O. S. 17 ff.

Q13: Wetzels, Peter, ebda.

Q14: Hunsicker, Ernst u.A. (1998): a.a.O, S. 175 ff.

2.1.2.3 Medikamente

Q15: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O., S. 63 ff.

2.1.2.4 Spielsüchte

Q16: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O., S.92 ff.

2.1.2.5

Essstörungen

Q17: <http://cd.web.med.uni-muenchen.de/ALL/F50-F59.html>

Q18: Essstörungen, Jahresbericht im Gesundheitszentrum Osnabrück (02/95-02/96), S. 3f.

2.1.2.6

Biogene Drogen

Q19: www.bads.de/biogene_drogen.htm

2.1.2.7

Synthetische Drogen

Q20: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O., S. 85 f.

Q21: Wetzels, Peter, ebda

2.1.2.8

Cannabis: Haschisch - Marihuana

Q22: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O., S. 86 f.

Q23: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O., S. 10.

Q24: Jahrbuch Sucht 2001, a.a.O., S. 114.

Q25: Wetzels, Peter, ebda.

2.1.2.9

Kokain

Q26: Jahrbuch Sucht 2001, S.84.

Q27: Wetzels, Peter, ebda.

2.1.2.10

Heroin

Q28: Jahrbuch Sucht 2001, S. 83f.

Q29: Wetzels, Peter, ebda.

2.2

Geschlechterspezifische Unterschiede

2.4

Sucht und Delinquenz

Q30: Zusammenhänge zwischen Sucht und Delinquenz in der Kriminalität

Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechtes, Hrsg.: Arthur Kreuzer, Verlag C.H.Beck, München 1998

Q31: Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch, Hrsg.: Nds. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover 1999

Q32: Expertise über Zusammenhänge zwischen Devianzbereitschaft, kriminellem Verhalten und Drogenmissbrauch, Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Schriftenreihe Band 103

Q33: Polizeiliche Kriminalstatistik 2000, Bundeskriminalamt Wiesbaden

Q34: Polizeiliche Kriminalstatistik 2000, Landeskriminalamt Niedersachsen

Q35: Jahresbericht 2000, Jugendgerichtshilfe Stadt Osnabrück

Q36: Statistik 2000, Jugendgerichtshilfe Stadt Osnabrück

2.4.1

Theoretische Überlegungen zu Zusammenhängen

2.4.2

2.4

Sucht und Straße

- 2.5** **Gesundheitliche Situation**
- 2.6** **Besonderheiten spezifischer Bevölkerungsgruppen**
Q37: Datenmaterial der Jugendgerichtshilfe Osnabrück
- 2.7** **Drogen und Sexualität**
- 2.7.3** **Rauschwirkung bzw. mögliche Risiken verschiedener Drogen**
- 2.7.4** **Drogen und Homosexualität**
- 2.8** **Jugend und Sucht - Eine zusammenfassende Einschätzung**
Q38: Drogen- und Suchtbericht 2002 der Bundesregierung
Q39: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD 2001 (Eine Wiederholungsbefragung der BzgA)
- 3.** **Angebote in Osnabrück**
Q40: Alle unter 3. Genannten Daten aus „Bestandsanalyse Sucht“
- 4.** **Die Hilfesysteme „Jugendhilfe“ und „Suchtkrankenhilfe“ und ihre Arbeitsweise**
Q41: Jugendhilfe und Sucht- Eine Positionsbestimmung der AGJÄ
Q42: Situationen und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe, Informationen zur Suchtkrankenhilfe 1/2001
- 4.3** **Ansatzpunkte für eine Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe in Osnabrück**
- 5.** **Zuständigkeiten**
- 6.** **Handlungsbedarfe**
Q43: Alle unter 6. genannten Daten aus dem Informationsaustausch zum Thema „Jugend und Sucht in Osnabrück“ am 27.02.2002

Anlage 1

1. Ergebnisse eines Ideenwettbewerbes

Präventionsarbeit mit einem "Drogenbus"

Suchtberater fahren mit dem "Drogenbus" zu von Jugendlichen häufig frequentierten Orten (Schulen, Großveranstaltung, wie Maiwoche, Discos, Innenstadt, Sportvereine, Fitnesscenter, Kino,...). Spezielles Angebot: Jugendliche können ihre Drogen (insbesondere Ecstasy) auf ihre Substanzen untersuchen lassen. Anonymes Beratungsangebot wird vorgehalten, Infos zum Hilfesystem und zu den verschiedenen Drogen. Als zusätzliches Angebot: Events wie Theaterstücke zur Drogenproblematik.

- Warum: offensivere Präventionsarbeit, gute Erreichbarkeit für die Jugendlichen
- Wann: sofort
- Wer: Suchtberatungsstellen, Jugendschutz, Streetworker
- Umsetzbarkeit: 5,71

Regelmäßig öffentlich geförderte multiprofessionelle Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen speziell zum Thema Sucht und Drogen in der Jugendhilfe

- Warum: mangelndes Fachwissen der pädagogischen Mitarbeiter soll trägerunabhängig behoben werden, um bedarfsorientierte und qualifizierte Konzepte anbieten zu können
- Wann: sofort und in regelmäßigen Intervallen
- Wer: Kostenträger
Schulen
Bildungsträger
Jugendhilfeinstitutionen
- Umsetzbarkeit: 5,71

Unterstützende Hilfsangebote für Jugendzentren entwickeln, um adäquat auf Drogenkonsum reagieren zu können

Qualifizierungsangebote für JugendzentrumsmitarbeiterInnen, externer DrogenberaterInnen, vernetzende Kooperationen, erlebnisorientierte Angebote wegen der Grenzerfahrung

- Warum: Spontan auf Situationen reagieren. Langfristig präventiv wirken und das Präventivangebot ausweiten. Stärkung von Selbst- und Fachkompetenz. Minderung der Zahl der Ersteinsteiger. Hilfsmaßnahmen anbieten können.
- Wann:
 - 1. Qualifizierung der Mitarbeiter 3 Monate
 - 2. Problemdiskussion mit den Jugendlichen 1 Monat
 - 3. Veranstaltung mit externem Drogenberater direkt danach
 - 4. Wiederholung nach Bedarf
- Wer:

- Fachkompetenter Partner (diakonisches Werk/Drogenberatungsstelle)
- Drogenberater oder Blaukreuz oder ehemalige Drogenabhängige
- Zusammenarbeit mit anderen Trägern, Jugendamt oder Schulen (Vernetzung)
- Umsetzbarkeit: 5,41

Ausbau der Suchtprävention

Sicherung und Ausbau von Maßnahmen der Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit.

- Warum:
 - Stärkung der Identität/Selbstbewusstsein
 - Senkung der Anzahl der Drogengefährdeten/-abhängigen
- Wann: innerhalb von 4 Jahren
- Wer: Politik, Vernetzung verschiedener Dienste/Einrichtungen,
- Umsetzbarkeit: 5,10

Verbindliche Zusammenarbeit Schule - Jugendhilfe mit Elterneinbindung

- Warum: Damit Auffälligkeiten schon frühzeitig mit Prävention und Intervention begegnet werden können, durch:
 - Elternforum mit Schule und Jugendhilfe
 - Erlebnisorientierte Projekte zur Thematik
 - Vernetzung der Arbeitsbereiche: dadurch kürzere Dienstwege
 - persönliche kollegiale Zusammenarbeit; regelmäßiger Austausch
 - Gezielte Einzelfallhilfe
- Umsetzbarkeit: 4,50

Langfristige und systematische Hilfen für jugendliche Aussiedler mit Drogenproblemen.

- Warum: Die Hartdrogenszene im Bereich der Jugendlichen besteht zu einem großen Teil aus Aussiedlern. Dieser Personenkreis muss lang-fristig individuell, sozial und beruflich stabilisiert werden. Deswegen müssen in diesem Bereich zusätzliche Hilfsangebote geschaffen werden. Dazu gehören intensivere und längerfristige Integrationshilfen im Bereich Alltag, Schule, Ausbildung und Arbeit. Hierfür sind neue Projekte nötig, die mit langfristigen Zielen arbeiten und Aus- und Wiedereinstieg ermöglichen. Darüber hinaus müssen eigene Arbeitsmöglichkeiten angeboten werden.
- Wann: Diese Maßnahme soll zeitlich und inhaltlich bedarfsgerecht umgesetzt werden.
- Wer: Netzwerk von Praktikern und Entscheidungsträgern, z. B. Firmen, Arbeitsamt, Politik und Verwaltung, Facharbeitskreise, therapeutische Einrichtungen, Jugendgerichtshilfe, Drogenberatungsstellen
- Umsetzbarkeit: 4,30

Schulen und Jugendhilfe müssen offensiv das Thema Drogen gemeinsam angehen

Multiplikatoren, Fortbildungen, Themenworkshops, aktive Freizeit, Vernetzung von Eltern, Jugendhilfe, Suchthilfe und Schule, Gruppenangebote

- Warum: durch diese Maßnahme werden große Teile von Jugendlichen und deren Familie erreicht. (GSS sind ca. 1500 Schüler) Multiplikatoren
- Prävention, Vermeidung von Straffälligkeit, Entkriminalisierung, Eindämmen, Reduzierung von Konsum, Enttabuisierung, Thema wird nicht mehr verschwiegen, mehr Sicherheit für Eltern, Lehrer
- Wann: 12 Monate
- Wer: Fachbereich für Kinder, Jugendliche und Familien lädt ein, Fachleute, freie Träger, Schule (Brennpunktschulen Grundschulen,), Stadtelternrat, Politik, Parteien, Jugendhilfeausschuss, Sozialausschuss, Rat (muss gewonnen werden), Kirchen
- Umsetzbarkeit: 4,21

Fachübergreifendes Netzwerk von Ambulanten, Teilstationären, Stationären Hilfen

- Warum: Besseres Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Probleme Ressourcen des betroffenen Jugendlichen. Dadurch:
 - Schnellere Umsetzung adäquater Hilfen
 - Verhinderung von Konkurrenzdenken
 - Besseres Ineinandergreifen verschiedener Hilfsangebote, Einrichtungen etc. und bei Bedarf einfacherer Wechsel aus diesen in diese
 - Bessere und offenere Informationspolitik unter den einzelnen Hilfen.
 - Bessere gegenseitige Nutzung der verschiedenen Fachlichkeiten.
- Wann: Bildung einer Netzwerkarbeitsgruppe innerhalb der nächsten sechs Monate
- Wer: Schule, Eltern, Jugendliche, Jugendamt, Drogenberatung, Jugendhilfeeinrichtungen etc.
- Umsetzbarkeit: 4,10

Schule als Handlungsort der Hilfe für suchtgefährdete Jugendliche stärken

Die Zielgruppe ist in der Schule am ehesten erreichbar. Vom Suchthilfesystem wird die Zielgruppe kaum erreicht.

- Warum:
 - Frühzeitige Erreichung der Jugendlichen.
 - Einsatz eines breiten Methodenspektrums (aus schulischer und sozialpädagogischer Sicht).
 - Genauere Kenntnisse der Probleme der jeweiligen Jugendlichen.
 - Jugendliche/r wird in seinen/ihren Systemen (peer-group, Familie usw.) erreicht.
 - Kooperationswege zwischen Schule, Jugendhilfe und Eltern sind kürzer.

- Multiplikatorenarbeit
- Wann: sofort
- Wer: Schulen (Schulleitungen, Lehrerkollegien, Schulsozialarbeiter/innen, Eltern); Bezirksregierung; Jugendhilfe (Jugendamt und freie Träger); externe Fachleute (Suchthilfe, Beratungsstellen, Sozialer Dienst); Politik (JHA, Schulausschuss, Sozial- und Gesundheitsausschuss).
- Umsetzbarkeit: 3,80

Anbindung von jugendspez. Projekten an die fachl. Ressourcen der Suchthilfe

Sind Jugendliche drogengefährdet oder -abhängig brauchen sie spez. Angebote, die den Jugendlichen ganzheitlich begegnen, so wie sie in den Konzepten der Suchthilfen vorliegen und bei vergleichbarer finanzieller Ausstattung verwirklicht werden können.

Die Träger der Suchthilfe sehen in erster Linie den Jugendlichen mit seiner Suchtproblematik und die Suche nach adäquaten Lösungsmöglichkeiten und nicht die theoretische Frage, ob Jugend oder Sucht im Vordergrund steht. Im Vordergrund steht der Mensch, der dort abgeholt werden muss, wo er steht.

- Warum: Eine Anbindung der Hilfen für Jugendliche an das bestehende und qualifizierte Drogenhilfenetzwerk von Diakonie, Caritas und Aids-Hilfe
- Wann: umgehend
- Wer: Fachbereich Kinder, Jugendliche und Familien, Fachbereich Soziales und Gesundheit, NLKH, Suchtabtlg., Diakonie, Caritas und Aids-Hilfe
 - beratend: Träger der Jugendhilfe und der verbandl. Jugendsozialarbeit
- Umsetzbarkeit: 3,40

2. Welche Erfolgsbedingungen müssen erfüllt werden?

- Gute jugendspezifische Infrastruktur
- Finanzielle Voraussetzungen müssen geschaffen werden
- Bedarfsorientierte, qualifizierte Konzepte
- Gut bezahlte MitarbeiterInnen
- Politisch/Rechtliche Voraussetzungen müssen geschaffen sein
- Muttersprachliche MitarbeiterInnen
- Zusammenarbeit mit Schule und Jugendhilfe
- Multiprofessionelle Fortbildungen
- Sicherheit und Verlässlichkeit für bestehende und zu entwickelnde Projekte
- Fachbereichsübergreifendes Netzwerk
- Mehr Geld für Prävention
- Methodische und fachliche Angleichung von Jugendhilfe und Suchthilfe
- Guter Mitarbeiterschlüssel
- Präventionsangebote geschlechtsspezifisch ausrichten

- Ausbau des außerschulischen Bildungssektors
- Hilfsangebote für betroffene AusländerInnen erweitern
- Schaffung fester Arbeitsplätze im Jugendhilfebereich
- Probleme der „weichen Drogen“ nicht unterschätzen
- Professionalisierung
- Schulen, die in der Lage sind, mit den Problemen besser umzugehen
- Gemeinsame Sprache finden
- Effektive Beziehungsangebote
- Abschaffung des Konkurrenzdenkens (Hilfesysteme)
- Netzwerk/Arbeitskreis mit Praktikern und Entscheidungsträgern
- Ausbau der Jugendberufshilfe
- Spezielle Jugendhilfeeinrichtungen
- Bessere Vernetzung zwischen Eltern, Schule, Jugendhilfe, Jugendlichen
- Weiterbildung der Pädagogen in der offenen Arbeit
- Akzeptanz in der Politik/Rat
- Gute, eigenständige Arbeitsbedingungen
- Mischfinanzierungssystem
- Stellenausbau
- Drogenspezifische Angebote

3. Welche Hindernisse müssen überwunden werden?

- Sparmaßnahmen im Jugendhilfebereich stoppen
- Kürzungen von Berufsvorbereitungs- und -qualifizierungsprojekten
- Fehlende Angebote der Frühintervention
- Fehlende Kenntnisse von MitarbeiterInnen der Jugendhilfe
- Suchthilfe ist an Alt-Usern ausgerichtet – Perspektivwechsel erforderlich
- Politische Unterschätzung
- Zu wenig Fachpersonal
- Fehlendes Geld
- Suchtprävention hat noch immer eine zu geringe Akzeptanz
- Verdrängung der Problematik
- Keine ausreichende Wissensvermittlung in der Ausbildung der Pädagogen
- Dealer härter bestrafen
- Mangelnde Elternaufklärung
- Trägerkonkurrenz
- Fehlende Akzeptanz für die Drogenarbeit in der Öffentlichkeit
- Suchthilfe muss im Bereich der Jugendhilfe höhere Bedeutung erlangen
- Ordnungspolitische Betrachtung zu dominierend – Aufhebung des Platzverweises in der Innenstadt
- Integrationshindernisse aus dem Weg räumen
- Thema ist ideologisiert und tabuisiert
- Mangelndes Fachwissen
- Angst der Jugendhilfeträger und Schulen, Probleme mit Drogen zuzugeben
- Ängste Dritter gegenüber Drogenabhängigen abbauen
- Fehlende Offenheit bei den Trägern der Jugendhilfe

- Mangelnde Kooperation
- Mangelnde Mündigkeit der betroffenen Jugendlichen
- Trägervielfalt unterentwickelt
- Zu hohes Drogenangebot
- Jetziges Rechtssystem
- Grundsätzliche Klärung der Zuständigkeit bei der Kommune

4. Gesamtliste Erfolgsbedingungen und Hindernisse

Erfolgsbedingungen

- Gute jugendspezifische Infrastruktur
- Finanzielle Voraussetzungen müssen geschaffen werden
- Bedarfsorientierte, qualifizierte Konzepte
- Gut bezahlte MitarbeiterInnen
- Politisch/Rechtliche Voraussetzungen müssen geschaffen sein
- Muttersprachliche MitarbeiterInnen
- Zusammenarbeit mit Schule und Jugendhilfe
- Multiprofessionelle Fortbildungen
- Sicherheit und Verlässlichkeit für bestehende und zu entwickelnde Projekte
- Fachbereichsübergreifendes Netzwerk
- Mehr Geld für Prävention
- Methodische und fachliche Angleichung von Jugendhilfe und Suchthilfe
- Guter Mitarbeiterschlüssel
- Ausbau der Jugendberufshilfe
- Präventionsangebote geschlechtsspezifisch ausrichten
- Ausbau des außerschulischen Bildungssektors
- Ausbau des außerschulischen Bildungssektors
- Hilfsangebote für betroffene AusländerInnen erweitern
- Schaffung fester Arbeitsplätze im Jugendhilfebereich
- Probleme der „weichen Drogen“ nicht unterschätzen
- Schulen, die in der Lage sind, mit den Problemen besser umzugehen
- Abschaffung des Konkurrenzdenkens (Hilfesysteme)
- Professionalisierung
- Gemeinsame Sprache finden
- Effektive Beziehungsangebote
- Weiterbildung der Pädagogen in der offenen Arbeit
- Ausbau der Jugendberufshilfe
- Netzwerk/Arbeitskreis mit Praktikern und Entscheidungsträgern
- Gute, eigenständige Arbeitsbedingungen
- Akzeptanz in der Politik/Rat
- Spezielle Jugendhilfeeinrichtungen
- Bessere Vernetzung zwischen Eltern, Schule, Jugendhilfe, Jugendlichen
- Drogenspezifische Angebote
- Mischfinanzierungssystem
- Stellenausbau

Hindernisse

- Sparmaßnahmen im Jugendhilfebereich stoppen
- Kürzungen von Berufsvorbereitungs- und Qualifizierungsprojekten
- Fehlende Angebote der Frühintervention
- Fehlende Kenntnisse von MitarbeiterInnen der Jugendhilfe
- Politische Unterschätzung
- Zu wenig Fachpersonal
- Suchthilfe ist an Alt-Usern ausgerichtet – Perspektivwechsel erforderlich
- Dealer härter bestrafen
- Fehlendes Geld
- Mangelnde Elternaufklärung
- Suchtprävention hat noch immer eine zu geringe Akzeptanz
- Verdrängung der Problematik
- Keine ausreichende Wissensvermittlung in der Ausbildung der Pädagogen
- Fehlende Akzeptanz für die Drogenarbeit in der Öffentlichkeit
- Suchthilfe muss im Bereich der Jugendhilfe höhere Bedeutung erlangen
- Ordnungspolitische Betrachtung zu dominierend – Aufhebung des Platzverweises in der Innenstadt
- Integrationshindernisse aus dem Weg räumen
- Trägerkonkurrenz
- Angst der Jugendhilfeträger und Schulen, Probleme mit Drogen zuzugeben
- Mangelndes Fachwissen
- Fehlende Offenheit bei den Trägern der Jugendhilfe
- Ängste Dritter gegenüber Drogenabhängigen abbauen
- Thema ist ideologisiert und tabuisiert
- Mangelnde Mündigkeit der betroffenen Jugendlichen
- Mangelnde Kooperation
- Jetziges Rechtssystem
- Grundsätzliche Klärung der Zuständigkeit bei der Kommune
- Trägervielfalt unterentwickelt
- Zu hohes Drogenangebot

Anlage 2



**Caritasverband
Werk Osnabrück für die Stadt und den Landkreis
Osnabrück**

Diakonisches

Konzept

Kontaktstelle für suchtgefährdete Jugendliche

1. Ausgangslage

Die Zahl drogenabhängiger Jugendlicher hat in den letzten Jahren zugenommen. Diese Tendenz spiegelt sich sowohl in den Statistiken der Strafverfolgungsbehörden wie auch der medizinischen und sozialpädagogischen Einrichtungen wider. Neben einer leicht steigenden Tendenz von Drogenabhängigkeit bei in Deutschland geborenen Jugendlichen ist diese Entwicklung insbesondere auf die stark angestiegene Zahl von Drogenabhängigen zurückzuführen, die aus den ehemaligen Gebieten der Sowjetunion stammen und als Spätaussiedler nach Osnabrück gekommen sind.

Aufgrund dieser Problemlage hat die Entwicklung relevanter Handlungskonzepte den besonderen Gegebenheiten der entsprechenden Risikogruppen Rechnung zu tra-

gen. Für die überwiegende Zahl der drogenabhängigen Aussiedler-Jugendlichen muss davon ausgegangen werden, dass diese Jugendlichen generell unterschiedliche Dispositionen für die Möglichkeit der Entwicklung einer Abhängigkeit haben als die in Deutschland geborenen Jugendlichen. Auffällig ist bei den Aussiedler-Jugendlichen die stark risikofreudige Umgangsweise mit Suchtmitteln, der unbedenkliche und von keiner Prophylaxe bestimmte Konsum von Suchtmitteln, die rasche Entwicklung vom Erstkonsum bis zur stofflichen und körperlichen Abhängigkeit sowie die unterschiedliche Motivlage bezüglich des Konsums. Ziel ist häufig die unmittelbare und sofortige Narkotisierung.

Aber auch die Zahl der drogenkonsumierenden Jugendlichen, die in Deutschland geboren sind, hat zugenommen. Die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Bundesstudie (Repräsentativerhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit) belegen eine steigende Tendenz von Konsum von Drogen durch Jugendliche. So stieg nach den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie der Anteil der Jugendlichen, die zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis genommen haben, von 15 % 1989 auf 18 % 1993 und schließlich 20 % 1997 (Jahrbuch SUCHT '99, DHS).

Auch in Osnabrück spiegelt sich diese Tendenz in den Erfahrungen der mit Prävention beschäftigten Fachkräfte wider, die einen verstärkten Trend zu riskantem Konsum von Alkohol und illegalen Drogen feststellen. Bedenklich ist dabei insbesondere der Umgang mit Alkohol. Dieser schlägt sich vor allem deshalb weniger in einer Zunahme alkoholabhängiger Jugendlicher nieder, weil die Entwicklung vom riskanten Konsum zur stofflichen Abhängigkeit zumeist mehrere Jahre beträgt und die Betroffenen bei Beginn der kritischen Phase der Suchtentwicklung bereits aus dem Jugendalter in der Regel herausgetreten sind. Anders ist die Situation bei illegalen Drogen, wo der Zeitraum vom Erstkonsum bis zur stofflichen Abhängigkeit sehr viel kürzer ist. Hier ist die Besonderheit bei jugendlichen Aussiedlern darin zu sehen, dass die Latenzzeit bezüglich der Abhängigkeitsentwicklung bei ihnen manchmal nur Monate beträgt.

Eine Veränderung der Altersstruktur betreuter Drogenabhängiger ist in der Statistik der Drogenberatungsstellen des Diakonischen Werkes und des Caritasverbandes ebenfalls deutlich ablesbar. So stieg die Zahl der betreuten Klienten beider Suchtberatungsstellen unter 24 (mit riskanten und abhängigen Konsummustern) von 110 im Jahr 1999 auf 197 im Jahr 2001 an. Dieser erhebliche Anstieg ist im Wesentlichen zurückzuführen auf die speziellen von Caritasverband und Diakonischem Werk neu durchgeführten Projekte wie das Aussiedlerprojekt des Diakonischen Werkes und die Jugendsprechstunde des Caritasverbandes, mit dem wir vor allem die Zielgruppe der drogenabhängigen Aussiedler-Jugendlichen ansprechen. Hinzu kommt eine Zunahme der Zahl der Klienten mit riskanten Konsummustern, die zunehmend die Beratungsstelle aufsuchen oder durch das Frühinterventionsprojekt "FreD" und das Angebot der „Drogenkurse“ angesprochen wurden.

Bereits bis 1997 war die Tendenz deutlich geworden, dass der Anteil von Aussiedlern innerhalb der Drogenszene Osnabrücks immer mehr zunahm. Wir konnten zu diesem Zeitpunkt für die ambulanten Hilfeeinrichtungen ein Defizit feststellen, da der Anstieg der abhängigen Aussiedler nicht einherging mit einer ansteigenden Zahl der betreuten Aussiedler in der Suchtberatungsstelle. 1998 - 1999 entwickelte das Diakonische Werk das Aussiedlerprojekt, das auf dem Prinzip muttersprachlicher Betreuung in Kombination mit einer fachlichen Spezialisierung in Bezug auf die besonderen Probleme drogenabhängiger Aussiedler beruht. In den folgenden Jahren

stieg die Zahl der vom Diakonischen Werk und vom Caritasverband betreuten Aussiedler von 71 im Jahr 1998 auf 162 im Jahr 2001. Mit der Entwicklung des Projekts "Perspektive" gibt es seit 1999 ein Betreuungsangebot für drogenabhängige, mehrfach straffällige Aussiedler. Über diese beiden Projekte hinaus hat sich durch eine Intensivierung der Zusammenarbeit und eine größere Vernetzung der Hilfsangebote im ambulanten (Beratungs- und Behandlungsstellen), stationären (Fachklinik Nette-tal) und teilstationären (Betreutes Wohnen Martinistrasse) Angebotsspektrum das Hilfeangebot für junge Suchtkranke und speziell die Gruppe der jugendlichen suchtkranken Aussiedler deutlich verbessert.

Als grundlegend anders muss die Situation bezüglich der Gruppe von Jugendlichen gesehen werden, die in riskanter Weise Suchtmittel konsumieren und erheblich gefährdet sind, abhängig zu werden. Im Bereich der Primärprävention haben wir in den letzten Jahren eine quantitative wie qualitative Verbesserung der Angebote und Möglichkeiten erreichen können (z. B. durch das Projekt Suchtprävention in der Schule – **SpidS**). Zwischen diesen gut ausgebauten und vernetzten Angeboten der Primärprävention und die Angebote für die bereits Abhängigen besteht eine erhebliche Lücke. Diese ist vor allem auch darauf zurückzuführen, dass die Gruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen sich oft außerhalb solcher Strukturen aufhalten (oder in einem Prozess befinden, aus diesen Strukturen herauszufallen), mit denen die Präventionsstellen vernetzt sind. Sie sind ausgesprochen schwer zu erreichen.

Das Diakonische Werk hat mit der Teilnahme am Bundesmodellprojekt "FreD" (Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten) und die Angebote von "Drogenkurse" erste Ansätze für Kurzinterventionsangebote für drogenkonsumierende Jugendliche entwickelt. Der Grundgedanke der Frühinterventionsprojekte FreD und „Drogenkurse“ besteht vor allem darin, Jugendlichen, die erste negative Folgeerscheinungen ihres Konsums erfahren haben, eine Auseinandersetzung mit ihrer Situation zu ermöglichen und ihnen Orientierungshilfen in Form einer Kurzinterventionsgruppe zu bieten. Aufgrund dieser eingeschränkten Zielsetzung und der Kürze des Interventionszeitraums von 2 bis 3 Wochen kann FreD ebenso wie die Sprechstunde in Haste aber nur einen Teilaspekt eines notwendigerweise umfassenden Handlungskonzepts für die Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen darstellen.

Auch die Sprechstunde des Caritasverbandes für Jugendliche, die Angebote des Caritasverbandes im Stadtteiltreff Haste und die Tätigkeit des Jugendgemeinschaftswerkes, Fachstelle für zugewanderte Jugendliche stellen Ansatzpunkte für neue Angebote an suchtgefährdete Jugendliche dar.

Das Projekt "Kontaktstelle für suchtgefährdete Jugendliche" soll die Lücke schließen zwischen den Angeboten der Primärprävention und den Hilfeangeboten für bereits abhängige Menschen.

2. Zielgruppen und Ziele

Zielgruppe sind alkohol- und drogenkonsumierende Jugendliche von 13 - 18 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Gruppe der Spätaussiedler. Dabei finden folgende Gruppen von Jugendlichen besondere Berücksichtigung:

- Jugendliche, die aus hedonistischen Gründen in riskanter Weise Drogen konsumieren und wegen ihres Konsums in bestimmten Lebensbereichen auffällig werden (Familie, Schule, Ausbildung, Betrieb, Freizeiteinrichtungen)
- Jugendliche mit psychosozialen Problemen, bei denen der Drogenkonsum kompensatorische Funktion bei der Regulierung dieser Probleme einnimmt
- Jugendliche Aussiedler und Jugendliche aus Migrantengruppen

Übergreifendes Ziel der Kontaktstelle ist es, Suchtmittelabhängigkeit bei Jugendlichen zu vermeiden, die riskant Suchtmittel konsumieren. Es sind dies Jugendliche, die häufig Schwierigkeiten in Familie, Schule und Ausbildung haben und aufgrund von Defiziten im sozialen Kontakt sich an Peergruppen anschließen, in denen der Konsum von psychotropen Substanzen eine erhebliche Bindefunktion hat. Der Konsum von Suchtmitteln ist Anlass, Mittelpunkt und Medium des sozialen Kontakts. Über den Konsum kann das Gefühl von Gemeinschaft vermittelt werden, er definiert Zugehörigkeit und schafft Anlässe zum Treffen. Gerade beim Konsum illegaler Drogen verstärkt das gemeinsame Rauscherleben die Binnenkohäsion der Gruppe, verschafft eine spezifische Form von Erfolgserlebnis und grenzt die Gruppe nach außen ab. Es besteht eine besondere Gefahr darin, dass mit der Verselbständigung des gemeinsamen Suchtmittelkonsums insbesondere infolge von Sanktionen von Einrichtungen, in denen der Konsum stattfindet, eine Loslösung von herkömmlichen Einrichtungen und Institutionen geschieht, in denen Freizeitgestaltung stattfindet. Dadurch ist die Einwirkungsmöglichkeit der Vertreter der Institutionen behindert, die konsumierende Gruppe verselbstständigt sich und die Teilnehmer der Gruppe sind nicht mehr mit konsumsanktionierenden Normen und Maßnahmen konfrontiert. Der Konsum verlagert sich aus den Einrichtungen heraus in eigene private Treffs.

Das Ziel der Kontaktstelle ist es, durch aufsuchende Sozialarbeit in Kontakt mit drogenkonsumierenden Jugendlichen zu kommen und ihnen durch die offenen Angebote der Kontaktstelle Raum und Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung zur Verfügung zu stellen. Dadurch besteht die Möglichkeit, die suchtgefährdeten Jugendlichen wieder in einen institutionellen Rahmen zurückzuholen, in dem präventiv auf sie eingewirkt werden kann. Ziel ist hier insbesondere, die Entwicklung von riskantem zu missbräuchlichen Konsum oder gar zu einer Abhängigkeit zu verhindern. Dabei nimmt die Förderung von Lebenskompetenzen eine entscheidende Funktion ein sowie die Stärkung der Durchsetzungsfähigkeit und die Entwicklung von Ansätzen zu suchtmittelfreier Genussfähigkeit.

Über diesen Lebenskompetenz - orientierten Ansatz sekundärpräventiver Arbeit hinaus hat die Kontaktstelle eine wichtige Funktion als Clearingstelle im Netz unterschiedlicher Hilfeangebote. Hier besteht das Ziel darin, Jugendliche aus der oben genannten Zielgruppe in Kontakt mit Einrichtungen zu bringen, die für die jeweiligen besonderen Problemstellungen angemessene Hilfeangebote haben.

3. Handlungskonzept

3.1 Kontaktstelle

Die Kontaktstelle für suchtgefährdete Jugendliche befindet sich im Haus der Diakonie in der Lohstraße 65. Durch ein offenes Angebot an zunächst 2 Wochentagen (Dienstag 14 - 18 Uhr; Donnerstag 14 - 18 Uhr) besteht für die oben beschriebene Zielgruppe die Möglichkeit, die Räume des Saftladens zur Freizeitgestaltung zu nutzen.

Hier können Gespräche geführt werden, Gesellschaftsspiele gespielt werden sowie der im Keller befindliche Kicker benutzt werden. Auch besteht die Möglichkeit, im Internet zu surfen. Durch das Angebot von Getränken und Mahlzeiten sowie die Organisation von punktuellen Freizeitangeboten erhält die Kontaktstelle eine Attraktivität für die Zielgruppe. In der Kontaktstelle stehen 2 Sozialpädagogen als Ansprechpartner für die Jugendlichen und als Organisatoren der freizeitpädagogischen Angebote zur Verfügung.

3.2 Offene Sprechstunde

An weiteren Tagen besteht im Rahmen von offenen Sprechstunden die Möglichkeit für Jugendliche, mit den Sozialpädagogen der Kontaktstelle über ihre Probleme ins Gespräch zu kommen. Die Sprechstunde dient hauptsächlich der Kontaktabahnung und einer Analyse der Problemsituation des Kontakt suchenden Jugendlichen. Hier besteht die Möglichkeit, den Jugendlichen in das offene Angebot zu vermitteln bzw. bei entsprechender Problemlage in andere Hilfeeinrichtungen oder Projekte (Suchtberatungsstellen, FreD, Drogenkurse, Selbsthilfe, Projekt Perspektive, Betreutes Wohnen, stationäre Angebote, Familienberatungsstellen etc.) weiterzuleiten. Hierbei finden die Sozialpädagogen der Kontaktstelle Formen des Übergangs, die der besonderen Bedeutung der gewachsenen Beziehung zu den Jugendlichen Rechnung tragen und sicherstellen, dass die Jugendlichen einen Kontakt zur zuständigen Stelle finden (z. B. durch Begleitung bzw. gemeinsames Erstgespräch in den Beratungsstellen von Diakonischem Werk und Caritasverband).

Über die offene Sprechstunde hinaus besteht die Möglichkeit, mit den Jugendlichen bei Bedarf weitere Einzelgesprächstermine zu vereinbaren. Nach Möglichkeit werden längerfristige Beratungs- und Betreuungsprozesse vermieden, bei entsprechender Notwendigkeit erfolgt eine Vermittlung in andere Einrichtungen.

3.3 Freizeitpädagogik

Die Kontaktstelle bietet über das offene Angebot und die offene Sprechstunde hinaus Angebote im Rahmen freizeitpädagogischer Maßnahmen an. Diese werden von den Mitarbeitern der Kontaktstelle oder von Honorarkräften geleitet. Es bestehen folgende Möglichkeiten:

- Sportangebote (Fußball, Volleyball, Kampfsportarten)
- Computer- und Internetclub
- Kulturelle Angebote wie Kinobesuche etc.
- Durchführung von Jugendfreizeiten unter Nutzung der Trägerressourcen

Da die Entwicklung eines umfassenden freizeitpädagogischen Angebots die personellen Kapazitäten der Kontaktstelle überfordern würde, ist auch für diesen Bereich die Vermittlung in bestehende Möglichkeiten und die Schaffung entsprechender Vernetzungsstrukturen eine wichtige Aufgabe der in der Kontaktstelle tätigen Fachkräfte. Hier bestehen vielfältige Möglichkeiten, diesen Jugendlichen, die Freizeitverhalten in der Regel in Verbindung mit Suchtmittelkonsum erlernt haben, mit den Möglichkeiten im Bereich von Sport, Kulturangeboten und Kreativangeboten in Kontakt zu bringen. Gerade für die Gruppe der Aussiedler-Jugendlichen bestehen auf der Basis der vorausgegangenen Kontakt- und Beziehungsarbeit gute Möglichkeiten, vorhandene Interessen für bestimmte Sportangebote zu nutzen (Kampfsport, Fußball usw.).

3.4 Aufsuchende Arbeit

Die aufsuchende Arbeit dient vor allem dem Ziel, Kontakt zu der oben beschriebenen Zielgruppe aufzubauen, Beziehungen zu knüpfen und die Jugendlichen mit den Möglichkeiten und Angeboten der Kontaktstelle in Verbindung zu bringen. Die Sozialpädagogen der Kontaktstelle suchen offensiv den Kontakt zu den Jugendlichen vor Ort. Dadurch besteht die Möglichkeit, Jugendlichen über die Beziehungsarbeit in die Kontaktstelle einzubinden. Aufgabe der aufsuchenden Arbeit ist es auch, Kontakt zu den in der offenen Jugendarbeit tätigen Mitarbeiter und den entsprechenden Einrichtungen aufzunehmen und zu pflegen. Bei auftretenden Problemen mit drogenkonsumierenden Jugendlichen in den Einrichtungen können die Sozialpädagogen der Kontaktstelle hinzugezogen werden. So besteht auch die Möglichkeit, über u. U. notwendige disziplinarische Maßnahmen gegen bestimmte Jugendliche aufgrund von Suchtmittelkonsum hinaus mit den Möglichkeiten der Kontaktstelle ein konstruktives Angebot machen zu können. Für die Mitarbeiter der Einrichtungen besteht die Möglichkeit, sich von den Fachkräften der Kontaktstelle in Bezug auf einen adäquaten Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen beraten zu lassen. Diese Angebote stehen insbesondere den Stadtteiltreffs, Heimen und deren Jugendhilfeeinrichtungen zur Verfügung.

3.5 Einrichtung und Entwicklung von Vernetzungsstrukturen

Die Kontaktstelle kann aufgrund Beschränktheit der personellen Möglichkeiten kein breit gefächertes und eigenständiges Kontakt- und Freizeitangebot für suchtgefährdete Jugendliche anbieten. Dies ist auch aufgrund der bereits bestehenden Möglichkeiten nicht zwingend notwendig. Aufgabe der Mitarbeiter der Kontaktstelle ist es jedoch, die Zielgruppe über die eigenen Angebote anzusprechen und sie in Kontakt mit den vielfältigen Möglichkeiten offener Jugendarbeit, kommunaler und kirchlicher Freizeitangebote, Jugendzentren, Vereine, Selbsthilfegruppen etc. zu bringen. Darüber hinaus besteht entsprechend der Einschätzung der individuellen Problematik die Aufgabenstellung der Kontaktstelle darin, die Jugendlichen in die entsprechenden Hilfeangebote und Projekte zu vermitteln. Aus diesem Grunde besteht ein erheblicher Anteil der Tätigkeit der projektdurchführenden Mitarbeiter in Vernetzungsarbeit. Erforderlich ist eine enge Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, der offenen Jugendarbeit, aber auch der Jugendgerichtshilfe, der Schulen und Ausbildungsbetriebe.

3.6 Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit der Kontaktstelle ist in zweifacher Hinsicht eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der formulierten Zielsetzung. In Bezug auf die Einrichtungen und Institutionen, die mit riskant konsumierenden Jugendlichen zu tun haben, besteht die Notwendigkeit, dass die Angebote, Zielsetzungen und Methoden der Kontaktstelle bekannt sind, damit Jugendliche dahin vermittelt werden. Auf Anfrage führen die Mitarbeiter der Kontaktstelle Informationsveranstaltungen durch. Diese werden in Kooperation mit der Präventionsfachstelle durchgeführt. Die Annahme der Angebote der Jugendlichen hängt wesentlich von der Form des Kontakts zu den Fachkräften ab und davon, ob es gelingt, Vertrauen herzustellen. Über die oben beschriebene Kontakt- und Beziehungsarbeit hinaus wirbt die Kontaktstelle mit Hilfe von Flyern, Presseveröffentlichungen, Aushängen und Plakaten für ihre Angebote.

4. Projektträgerschaft

Die Projektträgerschaft durch den Caritasverband und das Diakonische Werk ermöglicht eine enge Anbindung an die ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und an die Präventionsfachstelle. Dadurch ist eine gute Durchlässigkeit zu den primärpräventiven und sekundärpräventiven Angeboten gegeben. Bei entsprechendem Bedarf können Jugendliche in sehr kurzer Zeit bei entsprechender Problemlage in die Beratung, Betreuung und Therapie der Beratungsstellen, die Frühinterventionsprojekte und die Projekte der offenen Freizeitpädagogik der Suchtkrankenhilfe integriert werden. Durch den hohen Vernetzungsgrad der Suchtkrankenhilfe besteht aber auch die Möglichkeit, eine rasche Überleitung in die Angebote anderer Hilfesysteme, insbesondere der Jugendhilfe, zu ermöglichen.

5. Personal

Die personelle Besetzung für das Projekt beträgt 2 Sozialpädagogenstellen und ein Jahrespraktikanten / eine Jahrespraktikantin. Der entsprechende Stellenplan ist zu ergänzen durch Einbeziehung von Mitarbeitern auf Honorartätigkeit, die bestimmte freizeitpädagogische Maßnahmen anbieten bzw. Kurse durchführen.

Hinrich Haake

Leiter
der Suchtkrankenhilfe
im Diakonischen Werk Osnabrück

Conrad Tönsing

Referent
Fachbereich Suchtkranken- und Drogenhilfe Caritasverband Osnabrück