

Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft

Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen

1. Ausgangslage
 - 1.1 Suchtmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg
 - 1.2 Gefahren des Suchtmittelkonsums für Kinder und Jugendliche
 - 1.3 Risikofaktoren und Risikogruppen für Suchtmittelgefährdung bei Kindern und Jugendlichen
 - 1.4 Politische, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen des Suchtmittelkonsums bei Kindern und Jugendlichen
2. Leitbild „Drogenfreie Kindheit und Jugend“
 - 2.1 Zielsetzungen
 - 2.2 Suchtprävention und Frühintervention: Begriffsbestimmung
3. Stand der Suchtprävention und Frühintervention in Hamburg
 - 3.1 Hamburg übergreifende und bezirkliche Einrichtungen zur allgemeinen und spezifischen Suchtprävention
 - 3.2 Suchtprävention an Schulen
 - 3.3 Beratung und Behandlung für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Suchtrisiko
 - 3.4 Umgang mit Suchtmittel missbrauchenden und suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Jugendhilfe und Schule
 - 3.5 Verbesserungspotentiale des derzeitigen Angebots der Suchtprävention und -hilfe für Kinder und Jugendliche
 - 3.5.1 Einrichtungen der Suchtprävention und Suchtberatung
 - 3.5.2 Frühe Intervention im Rahmen von Jugendhilfe und Schule
4. Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen
 - 4.1 Verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention
 - 4.2 Aufgabenzuordnung und arbeitsfeldübergreifende Kooperation
 - 4.3 Erhöhung der Handlungskompetenz zur selektiven und indizierten Suchtprävention
 - 4.3.1 Einrichtung des „Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters“
 - 4.3.2 Öffentlichkeitsarbeit
 - 4.3.3 Fachöffentlichkeit und Angehörige
 - 4.4 Stärkung der selektiven und indizierten Suchtprävention bzw. Suchtberatung für Kinder und Jugendliche
 - 4.4.1 Regionale Suchtberatung für Jugendliche
 - 4.4.2 Ansprache von Risikogruppen
 - 4.4.3 Frühzeitige Ansprache von suchtbelasteten Familien
 - 4.4.4 Spezifische Angebote im Rahmen allgemeiner pädagogischer Arbeit der Jugendhilfe
 - 4.5 Optimierung der Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und stationärer Suchthilfe
 - 4.6 Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten für suchtkranke Kinder und Jugendliche in Hamburg
 - 4.7 Intensivierung von Maßnahmen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes
 - 4.8 Rauchverbot an Hamburger Schulen
 - 4.9 Polizeiliche Maßnahmen

1. Ausgangslage

Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit haben gravierende persönliche, soziale und gesellschaftliche Folgen. Erhebliches persönliches Leid entsteht und gesellschaftliche Ressourcen werden dadurch gebunden. Um diesen Entwicklungen frühzeitig entgegen zu wirken, hat der Senat in seinem Regierungsprogramm „Hamburg im Aufwind – die Zukunft der wachsenden Stadt gestalten“ das Leitbild der „Drogenfreien Kindheit“ entwickelt. Zur Umsetzung dieses Leitbildes wurde in überbehördlicher Zusammenarbeit unter Federführung der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG) das hier vorgelegte Konzept zur Prävention des Suchtmittelkonsums bei Kindern und Jugendlichen und der frühen Intervention bei bereits bestehendem Suchtmittelmissbrauch erarbeitet. Mit dem Konzept werden darüber hinaus die Empfehlungen aus dem Gutachten über das Hamburger Suchthilfesystem, soweit sie den Bereich der Kinder und Jugendlichen betreffen, weitgehend umgesetzt.¹⁾

1.1 Suchtmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg

Mit der vom Institut für Therapieforschung (IFT) in den Jahren 1990, 1997 und 2003 für Hamburg durchgeführten „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg“, die zuletzt die Altersgruppe der 18–59-Jährigen untersucht hat, und durch die „Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln (Hamburger SCHULBUS)“ des Büros für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V., bei der im Jahr 2004 Schülerinnen und Schüler von der 8. Klasse an aufwärts befragt wurden, liegen aktuelle Daten zur hiesigen Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs und dessen Veränderungen im Zeitverlauf vor. Anhand dieses Datenmaterials können die wichtigsten Erkenntnisse zur epidemiologischen Entwicklung des Suchtmittelkonsums in der Hansestadt beschrieben werden. Dabei richtet sich der Blick vor allem auf die Konsumerfahrungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, da gerade in dieser Altersphase die entscheidenden Weichen für Einstellungen gegenüber psychoaktiven Substanzen und den zukünftigen Umgang damit gestellt werden.

Alkohol

Der Konsum alkoholischer Getränke weist unter allen Suchtmitteln die größten Prävalenzwerte auf.

Im Jahr 2003 haben 85 % der jungen Männer und 70 % der jungen Frauen in Hamburg im Alter zwischen 18 und 24 Jahren in den vergangenen 30 Tagen mindestens einmal Alkohol getrunken (sog. 30-Tage-Prävalenz). Von den 14–18-jährigen Hamburger Schülerinnen und Schüler geben fast 37 % an, mehrmals wöchentlich Alkohol zu konsumieren und annähernd 10 % konsumieren Alkohol fast täglich. Zwei Drittel der Jugendlichen trinken zum ersten Mal Alkohol zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr (Durchschnitt 14 Jahre). Im Alter zwischen 16 und 19 Jahren haben gemäß der bundesweit durchgeführten Drogenaffinitätsstudie²⁾ nahezu alle Jugendlichen Erfahrungen mit Alkohol gemacht.

Gegenüber 1997 ist bei den weiblichen Befragten das Einstiegsalter in den regelmäßigen Alkoholkonsum deutlich gesunken. So haben die heute 40–49-jährigen Frauen zu etwa 20 % im Alter von 16 Jahren regelmäßig Alkohol konsumiert, während bei den befragten 18–24-jährigen Frauen der Anteil derjenigen, die mit 16 Jahren regel-

mäßigen Alkoholkonsum betrieben haben, mit fast 40 % doppelt so hoch ist.

Hinweise auf eine zunehmende Angleichung bisher bestehender geschlechtsspezifischer Unterschiede beim Konsum alkoholischer Getränke ergeben sich auch aus den SCHULBUS-Daten: Mit rund 63 % weicht die 30-Tage-Prävalenz der weiblichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, die den aktuellen Konsum eines Suchtmittels kennzeichnet, kaum vom Konsumverhalten ihrer männlichen Altersgenossen (65 %) ab. Dass diese Egalisierung auch und vor allem auf das Angebot von so genannten Alcopops zurückzuführen ist, machen Zahlen zu den Konsummustern verschiedener Alkoholika deutlich. Während junge Mädchen nach wie vor deutlich weniger Bier und etwas mehr Wein und Sekt trinken als ihre männlichen Altersgenossen, haben sie ihren Konsum von Alcopops dem hohen Niveau der jungen Männer angepasst.

Anteil der männlichen und weiblichen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, die mehrmals im Monat folgende alkoholische Getränke konsumieren (Angaben in %)

Getränk	Geschlecht	
	männlich	weiblich
Bier	39,4	15,1
Wein/Sekt	14,2	17,0
Alcopops	37,6	34,0

Hamburger SCHULBUS 2004

Trotz des im Jugendschutzgesetz geregelten Verbots der Abgabe von Branntwein und branntweinhaltigen Getränken an Personen unter 18 Jahren (§ 9, Absatz 1 Ziffer 1 JuSchG) weisen die SCHULBUS-Daten aus, dass mehr als 60 % der Jugendlichen im Alter von 15 Jahren bereits Erfahrungen mit Alcopops haben. Rund 35 % der unter 18-Jährigen trinken sie mehrmals im Monat und etwa 10 % der Jugendlichen diesen Alters sogar mehrmals in der Woche. Ob der Konsum von Alkohol insgesamt und insbesondere bei den weiblichen Jugendlichen nach der erhöhten Besteuerung der Alcopops und dem dadurch rückläufigen Umsatz entsprechend zurückgeht, werden erst die kommenden Erhebungen zeigen.

Eine besonders riskante Form des Alkoholkonsums ist das Rauschtrinken: 50 % der 18–24-Jährigen tranken fünf oder mehr Gläser Alkohol bei mindestens einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen, ca. 15 % dieser Altersgruppe taten dies mindestens vier mal oder häufiger im Monat. Rauschtrinken kommt bei Männern deutlich häufiger vor als bei Frauen.

Tabak

Dem rückläufigen Trend hinsichtlich des Rauchens bei Erwachsenen steht eine kontinuierliche Zunahme des

¹⁾ FOGS-Gesellschaft für Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich: Abschlussbericht „Evaluation des Hamburger Suchthilfesystems im Auftrag der Freien und Hansestadt Hamburg“. Köln im Mai 2004; vgl. Drucksache 18/2202

²⁾ Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln

Raucheranteils unter den 15–17-jährigen Jugendlichen gegenüber: Hier hat sich der Anteil der Tabakkonsumenten seit 1990 von 23% auf aktuell 47% verdoppelt. Für das durchschnittliche Alter des Erstkonsums von Tabak weisen die SCHULBUS-Daten für die Altersgruppe der 14–18-Jährigen einen Wert von 12,8 Jahren aus. Die Analysen der altersspezifischen Konsumtrends verdeutlichen, dass diejenigen, die bis zu einem Alter von 15 Jahren rauchfrei bleiben, vergleichsweise selten mit dem Rauchen beginnen.

Anteile der aktuellen Raucher und Raucherinnen (30-Tage-Prävalenz) in den verschiedenen Altersgruppen in den Jahren von 1990 bis 2004 (Angaben in %)

Jahr	Alter		
	15–17 Jahre	18–39 Jahre	40–59 Jahre
1990	22,9	49,9	–
1997	36,2	36,3	38,5
2003	–	37,0	34,4
2004	46,8	–	–

1990, 1997 und 2003: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg

2004: Hamburger SCHULBUS

Ähnlich wie beim Alkohol zeichnen sich auch bei den Konsummustern von Tabakwaren Angleichungsprozesse zwischen den Geschlechtern ab: Während bei den Männern von 1997 bis 2003 der Anteil der Raucher von damals 44,4% auf nunmehr 38,5% abgenommen hat, so zeigt sich bei den Frauen für den gleichen Zeitraum dagegen ein Anstieg der Raucherinnenquote um 3 Prozentpunkte. Auch unter den 14-18-Jährigen ist der Konsum von Tabak mit 47% bei den weiblichen Jugendlichen gegenüber 42% bei den männlichen Altersgenossen inzwischen deutlich stärker ausgeprägt.

Die SCHULBUS-Daten weisen außerdem auf einen engen Zusammenhang zwischen dem Tabak- und Cannabis-konsum hin: Nur etwa 5% der Tabak abstinente Jugendlichen haben Erfahrungen mit Haschisch und/oder Marihuana, und nur 2 von 100 Nichtrauchern gehen über das Probieren von Cannabisprodukten hinaus. Dagegen haben drei Viertel der gewohnheitsmäßigen Raucher (77%) schon einmal Cannabis konsumiert und deutlich mehr als ein Drittel von ihnen (38%) tun dies regelmäßig.

Cannabis

Für kein anderes Suchtmittel lassen sich in den zurückliegenden Jahren so starke Steigerungsraten ausmachen wie für Cannabis, wobei sich eine solche Entwicklung nicht nur in Hamburg, sondern auch auf Bundesebene sowie in vielen anderen europäischen Staaten und z. T. auch in den USA beobachten lässt. Die Drogenaffinitätsstudie verdeutlicht zudem, dass das Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Cannabis in Deutschland sinkt – von 17,5 Jahren im Jahr 1993 auf 16,4 Jahre im Jahr 2004. Auch die IFT-Repräsentativerhebung belegt das weiter sinkende Einstiegsalter in den Cannabis-Konsum. Während die heute 40-49-jährigen Befragten zu ca. 30 Prozent im Alter von bis zu 20 Jahren erstmals Cannabis konsumiert haben, beträgt der Anteil der heute 18–24-Jährigen, die im Alter bis zu 20 Jahren bereits Erfahrung mit Cannabis hatten, über 50 Prozent. Hamburger Schüle-

rinnen und Schüler sind beim Erstkonsum von Cannabis durchschnittlich 14 Jahre alt.

Insbesondere in der Altersgruppe der 15-17-Jährigen ist ein auffällig starker Anstieg des Konsums in den letzten 12 Monaten festzustellen. Mindestens jeder 5. männliche (22%) und etwa jede 8. weibliche (13%) Hamburger Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren kann als aktuelle/r Konsument/in von Cannabis bezeichnet werden, wenn man hierfür die 30-Tage-Prävalenz als Kriterium zu Grunde legt.

Veränderungen der 12-Monatsprävalenz von Haschisch und Marihuana seit 1990 (Angaben in %)

Jahr	Alter	
	15–17 Jahre	18–39 Jahre
1990	8,4	9,0
1997	17,9	9,1
2003	–	20,6
2004	30,5	–

1990 bis 2003: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg

2004: Hamburger SCHULBUS

Andere illegale Drogen

Auch wenn die epidemiologische Verbreitung des Konsums anderer illegaler Drogen als Cannabis unter den Jugendlichen in Hamburg deutlich unterhalb der Prävalenz von Haschisch und Marihuana liegt, ist dies keineswegs eine zu vernachlässigende Größe bei hochriskanten Drogen wie Ecstasy, LSD und Kokain. So lassen sich für die zurückliegenden Jahre im Hinblick auf die Lebenszeit-Prävalenzen (jemals ein bestimmtes Suchtmittel konsumiert) der 15-17-Jährigen für Ecstasy, LSD und vor allem bei Kokain Steigerungsraten ausmachen.

Lebenszeit- und 30-Tage-Prävalenz verschiedener Suchtmittel bei Jugendlichen (15-17-Jährige) in den Jahren 1997 und 2004 (Angaben in %)

Suchtmittel	Lebenszeit-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	1997	2004	1997	2004
Ecstasy	2,8	4,9	2,4	1,7
Kokain	1,4	5,2	0,5	2,6
LSD	1,4	2,6	0,9	1,3
Amphetamine	5,2	3,7	2,8	1,3

1997: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Hamburg

2004: Hamburger SCHULBUS

Mit Blick auf den aktuellen Konsum – gemessen an der 30-Tage-Prävalenz – zeichnet sich bei Ecstasy und Amphetaminen eine eher rückläufige Tendenz ab, während der Konsum von Kokain bei den Jugendlichen unter 18 Jahren stark zugenommen hat.

Gaben 1997 Befragte im Alter von 18-39 Jahren zu ca. 4% an, eigene Erfahrung mit Kokain zu haben, so taten dies im Jahre 2003 bereits 10%. 2004 wird dies auch von mehr Minderjährigen angegeben, als sieben Jahre zuvor: 1997 waren es kaum mehr als 1%, 2004 gaben immerhin rund 5% der minderjährigen Schülerinnen und Schüler Er-

fahrungen mit Kokain an. Der Anstieg in repräsentativen Umfragen weist darauf hin, dass Kokain nicht nur in spezifischen Außenseitergruppen genommen wird sondern durchaus auch von ansonsten gesellschaftlich integrierten jungen Menschen.

Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS)

Die Statistiken zur registrierten Rauschgiftkriminalität sind immer auch unmittelbarer Ausdruck der jeweiligen Kontrollstrategien und -intensität der Strafverfolgungsbehörden und eignen sich deshalb nur bedingt zur epidemiologischen Abschätzung des illegalen Drogenkonsums. Gleichwohl liefern sie wertvolle Hinweise auf spezifische Entwicklungen und Veränderungen.

Seit Anfang der 90er Jahre lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Rauschgiftdelikte feststellen (1994: 6.356; 2004: 13.428) wobei sich die jährliche Zuwachsrate in Hamburg mit durchschnittlich 9% nicht von der für das gesamte Bundesgebiet registrierten Deliktentwicklung unterscheidet. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der polizeilich ermittelten Tatverdächtigen im Zusammenhang mit „allgemeinen BtM-Delikten“ (Konsumentendelikte) ebenfalls auf den bisherigen Höchststand von 6.924 Personen zu. Der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 21 Jahre hieran ist beträchtlich und liegt zwischen 25% und 30%.

Entwicklung der Zahl der BtM-Tatverdächtigen („allgemeine Verstöße“) seit 1994³⁾

Jahr	allgemeine BtM-Tat- verdächtige insgesamt	Anteil in %	
		Kinder, Jugendliche und Heran- wachsende	Erwachsene
1994	3.382	24,9	75,1
1995	4.609	27,5	72,5
1996	4.917	29,0	71,0
1997	6.130	28,5	71,5
1998	6.473	28,3	71,7
1999	6.182	30,3	69,7
2000	6.151	30,1	69,9
2001	6.071	28,4	71,6
2002	5.691	26,6	73,4
2003	5.980	26,6	73,4
2004	6.924	27,2	72,8

LKA Hamburg, Polizeiliche Kriminalstatistiken (versch. Jahrgänge)

Die Anzahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (Heroin, Crack, Kokain, Ecstasy, LSD und Amphetamine) geht seit einigen Jahren zurück. Dies gilt insbesondere für die unter 25-Jährigen.

Altersentwicklung bei den Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen

Jahr	bis 13 Jahre	14 – 17 Jahre	18 – 20 Jahre	21 – 24 Jahre	25 – 29 Jahre	30 – 39 Jahre	40 Jahre und älter	gesamt
1990	1	100	242	426	390	275	25	1459
1991	2	58	147	330	265	202	38	1042
1992	1	48	129	265	274	144	16	877
1993	1	43	88	243	253	198	40	866
1994	1	56	96	181	232	184	40	790
1995	1	21	65	72	84	91	9	343
1996	4	50	101	102	107	84	26	475
1997	2	50	99	118	112	99	39	518
1998	1	46	49	69	81	121	37	404
1999		55	92	139	170	251	87	794
2000		37	80	114	140	238	81	690
2001	1	29	89	125	111	263	97	715
2002	1	16	57	103	120	219	102	618
2003		16	63	112	135	195	97	618
2004		17	56	105	101	175	98	552

LKA Hamburg, interne Statistik (versch. Jahrgänge)

³⁾ Hier werden alle, in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember eines Jahres Tatverdächtigen, aufgeführt.

Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln

Der Konsum von Suchtmitteln durch Kinder ist auf Grund ihrer psychischen und physischen Konstitution per se als Missbrauch anzusehen und mit besonderen Risiken hinsichtlich kritischer Folgen verbunden. In Bezug auf Abhängigkeit von Suchtmitteln bei Kindern und Jugendlichen liegen bundesweit keine repräsentativen Daten vor. Suchtkrankheiten kommen – nicht zuletzt wegen des notwendigen langfristigen und regelmäßigen Konsums – selten bereits im Kindesalter vor. Neugeborene weisen Entzugssymptome auf, wenn die Mutter in der Schwangerschaft kontinuierlich drogenabhängig gewesen ist. Die Krankenhausdiagnosestatistik weist für Hamburg jährlich etwa 50 solcher Fälle mit Entzugssymptomen auf, wobei im Rahmen dieser Fallstatistik Doppelnennungen nicht ausgeschlossen werden können.

Da Entzugssymptome insgesamt im Kindes- und Jugendalter auf Grund der besonderen körperlichen Konstitution weniger wahrscheinlich sind als im Erwachsenenalter, greifen die üblichen Diagnoseverfahren nur bedingt und Aussagen über das Ausmaß von abhängigem Suchtmittelkonsum im Kindes- und frühen Jugendalter sind kaum möglich.

Dagegen liegen Hinweise auf Missbrauch und Abhängigkeit im Jugend- und jungen Erwachsenenalter vor. Schädlicher und riskanter Alkoholkonsum ist bei jungen Menschen im Alter von 18–24 Jahren in Hamburg durch die Studie des IFT aus dem Jahr 2003 belegt.⁴⁾ Annähernd 50 % der 18–24-jährigen Männer und 25 % der Frauen im gleichen Alter konsumieren Alkohol in schädlicher und riskanter Weise. Die Repräsentativerhebung des IFT in Hamburg im Jahr 1997 wies bei 15–17-Jährigen darauf hin, dass 18 % der befragten Jungen und ca. 10 % der befragten Mädchen die Kriterien eines riskanten Konsums erfüllen. Ferner wurden bei 2,5 % der Jugendlichen bereits Merkmale einer Alkoholabhängigkeit festgestellt. Die Hamburger Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln ergab für das Jahr 2004, dass ca. 8 % der 14–18-Jährigen einen riskanten Alkoholkonsum betreiben.⁵⁾

Hinweise für Cannabisabhängigkeit liegen in der Gruppe der 18–24-Jährigen vor. Bei 53 % der 18–24-jährigen Konsumenten von Cannabis im letzten Jahr vor der Befragung kann auf Grund ihrer Angaben auf eine cannabisbezogene Störung⁶⁾ geschlossen werden. 31 % geben Probleme bezüglich des Cannabiskonsums an, die auf eine Abhängigkeit hinweisen. Die Hamburger Schülerbefragung von 2004 verdeutlicht, dass es ein großer Teil der Cannabis erfahrenden Jugendlichen bei einem Probiertkonsum (60 %) oder einem gelegentlichen Umgang (27 %) belässt. Für etwa 13 % der Konsumierenden (= 5 % aller Jugendlichen in dieser Altersgruppe) lässt sich jedoch riskanter Cannabisgebrauch feststellen bei signifikant geringeren Zufriedenheitswerten mit unterschiedlichen Lebensbereichen, was als Suchtgefährdung gedeutet werden muss. Diese Gruppe erbringt durchweg schlechtere Schulleistungen, ist spürbar unzufriedener mit der Familien- und Wohnsituation, konstatiert für sich einen schlechteren Gesundheitszustand und bekundet schließlich eine geringere Zufriedenheit mit der eigenen Person und dem Leben insgesamt.

Nikotinabhängigkeit muss bei 30 % der Raucher in der Altersgruppe der 18-24-Jährigen angenommen werden.⁷⁾ Ein Viertel der jugendlichen Raucher im Alter zwischen 12-13 Jahren zeigen bereits nach vier Wochen gelegent-

lichen Rauchens Entzugssymptome wie Nervosität, Unruhe und Gereiztheit. Abhängigkeit von Nikotin beginnt oft, bevor täglich geraucht wird.⁸⁾

1.2 Gefahren des Suchtmittelkonsums für Kinder und Jugendliche

Je früher mit dem Konsum von Suchtmitteln begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer späteren Abhängigkeit. Sie steigt bei Alkohol um 14 % mit jedem Jahr des früheren Beginns.⁹⁾ Bei der Einschätzung von Risiken des Suchtmittelkonsums bei Kindern und Jugendlichen stehen neben dem langfristigen Risiko der Abhängigkeitsentwicklung unmittelbare und lange wirksame soziale und körperliche Konsequenzen im Vordergrund. Soziale Folgen (Schulversagen, Ausbildungsabbruch, Kontakt- und Beziehungsstörungen u. a.) resultieren insbesondere aus dem Scheitern der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben. Aber auch Unfälle, Verletzungen, Gewalt und Delinquenz stehen oft direkt oder indirekt mit Suchtmittelkonsum in Verbindung. Dauerhafte körperliche Folgen betreffen insbesondere die Entwicklung des Zentralen Nervensystems, das bis zum Alter von 20 Jahren Phasen von besonders tief greifenden Veränderungen vollzieht.

Die im Folgenden benannten spezifischen Gefahren einzelner Suchtmittel sind durch vielfältige – auch internationale – Forschung belegt.

Rauchen

Je früher Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu regelmäßigen Rauchern werden und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie in den nächsten zwanzig Jahren aufhören werden.

Damit erhöht sich die Gesundheitsgefährdung bei frühem Beginn regelmäßigen Zigarettenkonsums. Da die Entwicklung von Lungenkrebs insbesondere von der Konsumdauer abhängt, erhöht sich das Risiko für Lungenkrebs entsprechend. Dies gilt in der Regel auch für andere Tumoren, die durch Rauchen verursacht werden (Bronchien, Kehlkopf) und für die rauchertypischen arteriosklerotischen Prozesse, die das Risiko von Bluthochdruck, Herzinfarkten und Schlaganfällen erhöhen. Fast immer durch langjähriges Rauchen verursacht sind chronische Bronchitis und Lungenemphysem.

⁴⁾ Alcohol Uses Disorders Identification Test (AUDIT)

⁵⁾ Baumgärtner, Theo: Als riskant wird das Konsummuster hier definiert, wenn bereits mehr als 25-maliger Gebrauch vorliegt, regelmäßiger sowie mindestens wöchentlicher Konsum und der Konsum alleine zu Hause oder im schulischen Kontext stattfindet.

⁶⁾ Severity of Dependence Skala (1 Punkt = Cannabisbezogene Störung; 3 Punkte = Cannabisabhängigkeit)

⁷⁾ Fagerströmtest für Nikotinabhängigkeit (FTND)

⁸⁾ Dr. Psych. Peter Lindinger: Therapieangebote für junge Raucher: Herausforderungen und Erfolge. 16. wissenschaftliches Forum der DHS, Tutzing 2005

⁹⁾ Dr. Manfred Laucht: Besondere Wirkungen des Substanzkonsums auf junge Menschen und ihre Ursachen. 16. Wissenschaftliches Symposium der DHS, Tutzing 2005

Ein weiterer Risikoaspekt des Tabakrauchens liegt in der Anbahnung des Konsums von anderen Suchtmitteln, die ebenfalls geraucht werden. Nichtraucher zeigen kaum Neigung zu Cannabis, während ca. 75 % der jugendlichen Raucher schon einmal diese Droge genommen haben. Gut ein Drittel der rauchenden Schülerinnen und Schüler geben regelmäßigen Cannabiskonsum an.

Alkohol

Jugendliche und junge Erwachsene neigen vermehrt zu riskantem und schädlichem Alkoholkonsum. Sie trinken zwar insgesamt durchschnittlich weniger als ältere, jedoch bei einem Anlass erheblich größere Mengen bis hin zu Trinkexzessen. Ein derartiges Trinkverhalten erhöht das Risiko negativer Folgen wie akute Alkoholintoxikationen, Unfälle, aggressives Ausagieren und Triebenthemmung.

Die bundesweiten Fallzahlen über stationär behandelte Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren sind seit Ende der neunziger Jahre kontinuierlich angestiegen. Im zunehmenden Ausmaß sind unter den mit einer Alkoholvergiftung eingelieferten Jugendlichen auch Mädchen und junge Frauen. Deren Anteil erreichte 2002 ca. 50 %. Die meisten Jugendlichen mit Alkoholintoxikation (ca. 70 %) sind 15-17 Jahre alt, ca. 30 % sind noch Kinder im Alter von 13-14 Jahren. In Hamburg ist die Anzahl der in Krankenhäusern mit akuter Alkoholintoxikation stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre in der Zeit von 1998 bis 2003 von 44 auf 69 Fälle angestiegen¹⁰⁾. 40 % der Betroffenen waren noch unter 15 Jahre alt. Hinzu kommt eine nicht genau bezifferbare Anzahl von Fällen, die in Krankenhäusern ambulant behandelt werden und deshalb in der Krankenhausdiagnosestatistik nicht erfasst sind.

Neben der akuten Alkoholvergiftung und deren möglichen Folgen führt langfristiger und exzessiver Konsum von Alkohol u. a. zu gravierenden neurologischen und mentalen Störungen sowie zu Leberfunktionsstörungen. Diese und weitere gesundheitliche Folgewirkungen lassen sich jedoch in der Regel erst nach chronischem Missbrauch im Erwachsenenalter beobachten.

Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft kann zu einer Alkoholembryopathie beim Neugeborenen führen. Sie ist gekennzeichnet durch unterschiedlich ausgeprägte Funktionsstörungen des Gehirns sowie weitere Fehlbildungen.

Cannabis

Regelmäßiger und langfristiger Cannabiskonsum ist mit gravierenden körperlichen und psychischen Folgen verbunden. Starker Cannabiskonsum beeinträchtigt die Lungenfunktion. Chronische Bronchitis und Krebserkrankungen der Atemwege durch jahrelanges Rauchen von Cannabis-Tabakmischungen gelten als erwiesen. Es gibt Hinweise auf hirnstrukturelle Veränderungen durch regelmäßigen Cannabiskonsum im Jugendalter. Dauerhafter Cannabiskonsum beeinträchtigt Gedächtnis und Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsleistungen. Chronisch starker Cannabiskonsum kann sich bei männlichen Jugendlichen auf die Testosteron- und Spermienbildung in der Pubertät auswirken, bei jungen Frauen besteht ein leicht erhöhtes Risiko der Unfruchtbarkeit.

Intensiver Langzeitkonsum beeinflusst die Motivation zur Setzung langfristiger Ziele und zu ihrer Durchführung. Dies kann bei ohnehin problembelasteten jungen Men-

schen mit Rückzugstendenzen und Gleichgültigkeit gegenüber den Erfordernissen des Alltags (Schule, Beruf) einhergehen. Passivität in einer Entwicklungsphase, in welcher Jugendliche diverse Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben, kann sie auf Jahre in der Entwicklung zurückwerfen.

Nach hohen Dosen des Wirkstoffs kann eine toxische Psychose ausgelöst werden, gekennzeichnet durch Desorientiertheit, Angstzustände, Halluzinationen und Paranoia. Diese Symptome klingen im Allgemeinen nach einigen Tagen Abstinenz ab. Bei in dieser Hinsicht vulnerablen Personen kann jedoch durch Cannabiskonsum der Ausbruch einer bis dahin latenten schizophrenen Psychose beschleunigt werden.

Ein erheblicher Risikofaktor ist der frühe Einstieg in den regelmäßigen Cannabiskonsum. Je früher bereits regelmäßig Haschisch und Marihuana geraucht werden, desto wahrscheinlicher ist, dass durch diesen Konsum entwicklungsverzögernde Probleme entstehen. Besonders gravierend werden diese Probleme, wenn der oder die Jugendliche zu einem Mischkonsum von Suchtmitteln neigt, also z. B. sowohl Alkohol trinkt als auch Haschisch raucht.

Ecstasy und sogenannte Partydrogen

Starker gewohnheitsmäßiger Ecstasy-Konsum hat häufig durch die Substanz induzierte psychische Störungen zur Folge. Beobachtet wurde bei regelmäßiger Einnahme auch schon von üblichen Dosen Depressivität, Ängstlichkeit und erhöhte Impulsivität. Zudem wurden, je intensiver Ecstasy konsumiert wurde, Defizite des Verbalgedächtnisses und der Lernfunktionen festgestellt. Diese Auffälligkeiten sind umso stärker, je jünger das Einstiegsalter in den Ecstasy-Konsum war. Bei fortgesetzt hohen Dosen wurden sogar ausgeprägte psychische Symptome wie Angststörungen, depressive Störungen oder auch psychotische Störungen festgestellt. Akute Komplikationen, die auch bei niedriger Dosierung beobachtet werden, sind Erhöhung der Körpertemperatur in einer ohnehin schon aufgeheizten Tanz-Atmosphäre, die zu Bewusstseinsstörungen, Gerinnungsstörungen und Störungen von Leber- und Nierenfunktionen führen können. Dies kann lebensbedrohlich verlaufen. Die Gefahr schwerer toxischer Komplikationen bis hin zu Todesfällen steigt, sobald äußerlich ähnliche Pillen mit unbekanntem Inhaltsstoffen genommen werden und unter Umständen bewusst noch mit anderen Drogen wie Cannabis, Alkohol, „Speed“ (Amphetamine) oder Kokain kombiniert werden.

Das Wirkungsspektrum von Amphetaminen und Methamphetaminen ist dem Kokain ähnlich was die Effekte auf das Zentralnervensystem und die subjektiven Wirkungen anbelangt. Auch durch Amphetamine werden Müdigkeit und Hungergefühl vertrieben. Die Empfindung von Euphorie und Energiegeladenheit bei gleichzeitiger motorischer Unruhe entspricht jedoch nicht den tatsächlichen Fähigkeiten. Bekannte Beispiele sind Kollaps und Todesfälle bei Sportlern nach Doping mit Amphetaminen.

Die akute Wirkung von Amphetaminen hält länger an als die von Kokain. Nach dem Abklingen der als positiv empfundenen Wirkungen folgt allgemeine Müdigkeit und

¹⁰⁾ Krankenhausdiagnosestatistik der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit

Dysphorie bzw. Gereiztheit. Dies ist für viele Konsumenten ein Grund, erneut nach der Droge zu verlangen. In dieser Situation kann es rasch zum Kontrollverlust kommen.

Wegen der zunehmenden Toleranz gegenüber den stimmungshebenden und auch appetithemmenden Wirkungen sind höhere Dosierungen nötig, um den Stimmungsabfall zu vermeiden. Als Folge fortgesetzten Konsums müssen viele Amphetamin- und Kokainkonsumenten feststellen, dass sie zittern, nicht schlafen können, reizbar und argwöhnisch geworden sind.

Bei hoher Dosierung und nach chronischem Konsum kann es zu paranoid psychotischen Zuständen kommen, die u. U. lange andauern können.

Kokain

Die mit dem Kokainkonsum ohnehin verbundenen gesundheitlichen Risiken werden durch den oben beschriebenen Mischkonsum verstärkt. So überdeckt Kokain den Effekt von Alkohol, ebenso wie Amphetamin. Jemand, der reichlich getrunken hat, meint nüchtern zu sein und läuft z. B. Gefahr, sich ans Steuer zu setzen, obwohl objektiv starke Trunkenheit besteht, was zu fatalen Fehleinschätzungen führen kann. Die als angenehm empfundenen Effekte können in Angstzustände und Gereiztheit münden.

Bei fortgesetztem Konsum kann es zu erheblichen Dosissteigerungen kommen, weil die euphorische Stimmung relativ schnell nachlässt und sich ein ausgeprägtes Verlangen nach den angenehmen Wirkungen herausbildet. Bei Personen, die regelmäßig schnupfen, kann es zu einer Schädigung der Nasenschleimhaut kommen. Bei längerem Konsum kommt es nicht selten zu psychotisch paranoiden Zuständen sowie zu taktilen Missempfindungen und Halluzinationen. Daneben besteht ein erhöhtes Risiko, dass durch die ständig provozierte Verengung der Blutgefäße der Blutdruck ansteigt und es zu Gehirnblutungen kommt.

Kokainüberdosierung kann tödlich sein. Die tödliche Dosis kann jedoch von Person zu Person und auch von Situation zu Situation variieren. Selbst geringe Dosen sind für Menschen mit Bluthochdruck oder Herzbeschwerden lebensgefährlich.

Weitere illegale Drogen, wie z. B. Heroin, sind im Hinblick auf den Drogenkonsum bei Kindern und Jugendlichen von untergeordneter Bedeutung und werden deshalb hier nicht berücksichtigt.

1.3 Risikofaktoren und Risikogruppen für Suchtmittelgefährdung bei Kindern und Jugendlichen

Auf Grund gesicherter Erkenntnisse über die Risikofaktoren für Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit lassen sich sowohl personenbezogene als auch soziale Risiken darstellen, die auf eine besondere Suchtgefährdung hinweisen.

1. Suchtmittel: früher Einstieg in den Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum, häufiger Drogenkonsum, misslungene Abstinenzversuche
2. Umfeld: häufiger Aufenthalt in „kontroll- und regel-freien Räumen“, Drogen konsumierender Freundeskreis

3. Familie: Gewalterfahrungen, auch sexueller Missbrauch; Suchtprobleme, schlechte Beziehungen zu den Eltern, früher Verlust der Eltern; gleichgültiger oder überprotektiver Erziehungsstil; inkonsequentes Erziehungsverhalten; schlechte finanzielle Lage
4. Schule/Beruf: häufiges Schule Schwänzen, schlechte schulische Leistungen, häufige Nichtversetzung, schlechte berufliche Zukunftschancen
5. Persönlichkeit: starkes Streben nach Anerkennung im Freundeskreis, geringes Selbstvertrauen, negative Einstellung zum Körper, Entwicklungsstörungen.

Eine Suchtgefährdung liegt erfahrungsgemäß vor, wenn der Konsum von Suchtmitteln in Kombination mit mindestens einem weiteren Risikofaktor gegeben ist. Das Maß der Suchtgefährdung nimmt zu, je mehr Risikofaktoren vorhanden sind. Die Risikofaktoren stellen in Teilen zugleich Beeinträchtigungen der personalen und sozialen Entwicklung junger Menschen dar, und sind daher nicht allein im Hinblick auf gesundheitliche Gesichtspunkte von Bedeutung. Sie können zugleich Anzeichen einer drohenden oder aktuellen Kindeswohlgefährdung sein. Bei der Eingrenzung der Zielgruppe für Maßnahmen der Prävention und Frühintervention ist insbesondere dieser Zusammenhang besonders zu beachten.

Einige, für die Suchtprävention und frühe Intervention wichtige Erkenntnisse insbesondere in Bezug auf Risikogruppen, gehen aus den Statusberichten der Hamburger Basisdatendokumentation (Bado) hervor.

Kinder aus suchtblasteten Familien

Die Kinder von Suchtkranken sind im Alltag Gefährdungen in Bezug auf ihre gesunde Entwicklung ausgesetzt. Sie haben es häufig schwerer, kindgerecht aufzuwachsen. Es fehlt oft an elementaren Voraussetzungen des Alltagslebens und der notwendigen Stabilität der materiellen und emotionalen Rahmenbedingungen. Darüber hinaus können sie in ihrem Umfeld verstärkt Stigmatisierungen und Benachteiligungen ausgesetzt sein. Schäden durch Vernachlässigungen in der frühen Kindheit, wie z. B. inkonstante Fürsorge, mangelnde Interaktion oder mangelndes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse eines Säuglings, die zu Verhaltensstörungen führen, sind dabei besonders schwerwiegend.

Mehr als die Hälfte (53,9%) der im Zusammenhang mit Alkoholproblemen und 45,1% der im Kontext des Konsums von illegalen Drogen Hilfe Suchenden geben im Jahr 2004 an, dass eines oder auch beide ihrer Elternteile bereits Suchtprobleme hatten. Dies weist auf den engen Zusammenhang zwischen der elterlichen Suchtbelastung und dem deutlich erhöhten Risiko einer eigenen Suchtgefährdung hin.

Ebenfalls dem Badobericht sind die Anteile der Hilfesuchenden, die ihrerseits Eltern sind, zu entnehmen. So haben 48% der Alkoholabhängigen und 40% der Drogenabhängigen eigene Kinder. Vor dem Hintergrund der Annahmen, dass über die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe bis zu sechzehn Prozent der Menschen mit Alkoholproblemen in Hamburg erreicht werden und der Anteil von Familien mit Kindern dem bei der verborgenen Population mit Alkoholproblemen entspricht, besteht bei schätzungsweise 10.000 Familien (mit durchschnittlich 1,8 Kindern) ein erhöhtes Risiko für die Kinder. Von 550 Kindern von Abhängigen illegaler Drogen ist bekannt, dass sie bei ihren Eltern leben.

Partygänger

Nach wie vor gilt die Partyszene als das Umfeld, in dem das Ausmaß und die Muster des Drogenkonsums auf das Engste mit den spezifischen Lebensstilorientierungen der meist jugendlichen Szeneangehörigen verknüpft sind. Der Drogengebrauch erfolgt in der Erwartung, Hemmungen überwinden und körperlich leistungsfähiger sein zu können, und dient dem Gefühl von Gruppenzugehörigkeit, dem Erleben von Rauschzuständen und der Erfüllung sexueller Phantasien. Neben Alkohol und Cannabis gehören hier vor allem Ecstasy, LSD und Amphetamine („Speed“) zu den am häufigsten konsumierten Suchtmitteln. Besorgniserregend ist darüber hinaus die Tatsache, dass die Einnahme der verschiedenen Substanzen nicht zur gezielten Verstärkung einer jeweils angestrebten euphorisierenden, sedierenden oder halluzinogenen Rauschwirkung erfolgt. Die Drogen werden offenbar willkürlich miteinander kombiniert. Einige Suchtmittel werden von manchen Betroffenen nicht als Drogen wahrgenommen oder, wie bei Cannabis, nicht auf Grund ihrer Rauschwirkung genommen, sondern zum Entspannen nach einer Konsumphase, in der vorwiegend andere Drogen konsumiert wurden.

Migrantinnen und Migranten und Jugendliche nicht-deutscher-Herkunft

Im Hinblick auf Drogenmissbrauch zählt die WHO Migrantinnen und Migranten auf Grund ihrer besonderen Belastungssituation zu den gefährdeten Gruppen. Für Hamburg liegen diesbezüglich keine konkreten Zahlen vor, u. a. weil Migrantinnen und Migranten in Suchthilfeeinrichtungen bislang statistisch nur unzureichend erfasst werden, da zum Beispiel Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler mit deutschem Pass bisher nicht berücksichtigt wurden. Die Bado-Daten zeigen jedoch, dass ausländische Mitbürgerinnen und Mitbürger nicht ihrem Bevölkerungsanteil von etwa 16% entsprechend die Beratungseinrichtungen aufsuchen. In den Jahren 2001 und 2002 betrug der Anteil der nicht-deutschen, wegen Alkoholproblemen Hilfesuchenden jeweils rund 5%, in den Jahren 2003 und 2004 waren es jeweils etwa 6%. Ob Sprachprobleme oder kulturelle Hintergründe (z. B. weniger Alkoholkonsum) die dafür maßgeblichen Gründe sind, kann nur vermutet werden.

Erreichbarkeit von Risikogruppen

Für gezielte Maßnahmen der Suchtprävention ist es von besonderer praktischer Bedeutung, die Lebenszusammenhänge zu identifizieren, in denen Risikogruppen angesprochen und entsprechend einbezogen werden können.

Schulversager

Ein zentraler Lebenszusammenhang von Kindern und Jugendlichen ist die Schule. Kinder und Jugendliche, die Gewalterfahrungen haben oder aus Elternhäusern stammen, die einen inkonsistenten Erziehungsstil praktizieren und sich in finanziell schlechter Lage befinden, haben häufig zusätzlich eher keinen oder keinen höherwertigen schulischen Abschluss und entsprechend schlechte berufliche Perspektiven. Sie besuchen häufiger Förderschulen, den Hauptschulzweig oder erreichen an Realschulen bzw. Gymnasien den angestrebten Abschluss nicht. Schulversager gehören deshalb vielfach zu der Gruppe junger Menschen, die ein höheres Risiko trägt, suchtkrank zu werden; die Prävention muss sie besonders in den Blick nehmen.

Kinder und Jugendliche in Maßnahmen der stationären Hilfen zur Erziehung

Etwa 17% der von Bado im Jahr 2004 erfassten Klientinnen und Klienten mit Alkoholproblemen und sogar mehr als ein Viertel (28,6%) der wegen illegalen Drogenkonsums Hilfesuchenden geben an, dass sie auf „Heimerfahrungen“ (bei den jüngeren: „öffentliche Erziehung“) zurückblicken. Dies zeigt, dass bei Problemkonstellationen, die zu Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII (Sozialgesetzbuch – Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe) führen, häufig gleichzeitig Risikofaktoren für die Entwicklung einer Suchtgefährdung gegeben sind. Durch die Gewährung einer Hilfe zur Erziehung wird also eine relevante Zielgruppe für Maßnahmen der Suchtprävention bereits erreicht. Damit besteht die Möglichkeit, mit pädagogischen Maßnahmen unmittelbar zu einer Verminderung der personenbezogenen und sozialen Risikofaktoren für Sucht beizutragen. Zum anderen wird die besondere Bedeutung deutlich, die gezielter Suchtprävention und Frühintervention im Rahmen der Hilfen zur Erziehung zukommt.

Jugendliche im Strafvollzug

Neuere Zahlen (2004) aus dem Jugendvollzug der JVA Hahnöfersand weisen darauf hin, dass bei rund einem Viertel der Insassen eine Suchtmittelabhängigkeit bereits vorliegt oder zumindest eine erhebliche Suchtgefährdung besteht. Auch hier besteht die Möglichkeit, eine bereits erreichte Gruppe von besonders suchtgefährdeten Jugendlichen gezielt durch Maßnahmen der Prävention und Frühintervention anzusprechen.

1.4 Politische, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen des Suchtmittelkonsums bei Kindern und Jugendlichen

Der Suchtmittelkonsum von Kindern und Jugendlichen wird nicht nur durch personenbezogene und soziale Risiken sondern auch durch die in der Gesellschaft vorherrschende Haltung zu Tabak, Alkohol und Drogen sowie durch die Verfügbarkeit entsprechender Suchtmittel beeinflusst. Es bestehen zahlreiche rechtliche Normen für Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, den Zugriff einzuschränken. Das Angebot von Tabakwaren und alkoholischen Getränken (als Genussmittel) wird durch das Lebensmittelgesetz reguliert. Spezielle Gesetze oder Verordnungen (z. B. Rauchverbote) schränken den Verbrauch an bestimmten Örtlichkeiten ein.

Der Zugang zu Tabakwaren und alkoholischen Getränken für Minderjährige wird durch das Jugendschutzgesetz in den Paragraphen 9 und 10 des zweiten Abschnitts geregelt. Nach § 9, Absatz 1 Ziffer 1 dürfen Branntwein, branntweinhaltige Getränke und branntweinhaltige Lebensmittel in Gaststätten, Verkaufsstellen und in der Öffentlichkeit an unter 18-Jährige gar nicht abgegeben werden und der Konsum in der Öffentlichkeit auch nicht gestattet werden. An unter 16-Jährige darf auch kein anderer Alkohol, wie beispielsweise Bier, Wein oder Sekt, abgegeben werden, es sei denn, sie sind in Begleitung einer personensorgeberechtigten Person, in der Regel die Eltern oder ein Elternteil. Es gibt entsprechend kein generelles Konsumverbot für Kinder und Jugendliche. Ob sie Zugang zu Alkohol erhalten, liegt bei unter 16-Jährigen im Ermessen der Personensorgeberechtigten.

In Bezug auf Tabak regelt das Jugendschutzgesetz im zweiten Abschnitt in § 10 Absatz 1, dass die Abgabe von

Tabakwaren an unter 16-Jährige sowie das Rauchen in der Öffentlichkeit und in Gaststätten und Verkaufsstellen für unter 16-Jährige nicht erlaubt ist. Automaten für Tabakwaren in der Öffentlichkeit dürfen der Altersgruppe der unter 16-Jährigen nicht zugänglich sein (§ 10 Absatz 2 – gilt auf Grund einer Übergangsfrist erst ab 1. Januar 2007). Anders als in Bezug auf Alkohol, gilt das Tabakabgabe und Rauchverbot in der Öffentlichkeit grundsätzlich auch bei von Personensorgeberechtigten begleiteten Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren. Das Gesetz gilt jedoch nicht im privaten Bereich.

Die Attraktivität von legalen Suchtmitteln wird darüber hinaus ökonomisch durch Preis und spezielle Verbrauchssteuern gesteuert, welche die Nachfrage beeinflussen. Aber auch die Werbung prägt die Bedeutung, die einem Produkt zugemessen wird, und beeinflusst damit die Nachfrage. Insofern kommen entsprechenden gesetzlichen Begrenzungen und Selbstverpflichtungen der Hersteller bezüglich der (Zielgruppen-) Werbung große Bedeutung zu.

Die Verfügbarkeit von Alkohol und Zigaretten ist für Jugendliche trotz Jugendschutzgesetz zu leicht gegeben. In Verkaufsstellen wird oft zur Vermeidung von Konflikten, aus begrenzter Kenntnis sowie aus Gleichgültigkeit der Zugang zu nicht erlaubten Tabakwaren und Alkoholika ermöglicht. Auch kommt es kaum zu Interventionen, wenn Jugendliche, die erkennbar jünger sind als 16 Jahre, in der Öffentlichkeit rauchen oder Alkohol trinken. Diesbezüglich hat sich eine problematische gesellschaftliche Permissivität entwickelt, der von den mit der Kontrolle beauftragten Instanzen allein bisher nur mit wenig Erfolg entgegengewirkt werden konnte.

Ausdrückliche Normen und Regeln für den Umgang mit alkoholischen Getränken, die ein moderates Trinkverhalten fördern, sind hierzulande schwach ausgeprägt. Rauschtrinken wird toleriert oder sogar akzeptiert. Übermäßiger Konsum wird durch Männlichkeitsrituale wie „Trinkfestigkeit“ provoziert. Insofern darf nicht verwundern, dass viele Jugendliche schon früh derartige Trinksitzen nachahmen.

Im Hinblick auf Zigarettenkonsum vollzieht sich seit Jahren eine Veränderung des gesellschaftlichen Klimas – die EU-weite Verordnung, wonach auf jeder Packung ein deutlich erkennbarer, drastischer Hinweis auf potentielle Schäden des Rauchens zu stehen hat, ist ein Ausdruck dafür. Auch hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Rauchen eine Form von Suchtmittelabhängigkeit ist. Alles in allem unterliegen Raucher und Raucherinnen einem Imageverlust. Die Werbung versucht neuerdings, diesem Imageverlust durch Bilder eines als positiv besetzten Nonkonformismus entgegenzuwirken. Folgerichtig setzt die Änderung des Hamburger Schulgesetzes mit dem Rauchverbot an Schulen einen wichtigen Orientierungspunkt in Bezug auf die Förderung des Nichtrauchens.

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) regelt den Umgang mit Betäubungsmitteln und unterscheidet hierbei zwischen nicht verkehrsfähigen, verkehrsfähigen aber nicht verschreibungsfähigen und verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln. Die von jungen Menschen hauptsächlich konsumierten Cannabis-Produkte Haschisch und Marihuana zählen zu den nicht verkehrsfähigen Betäubungsmitteln. Insbesondere sind Erwerb und Besitz strafbar (§§ 29ff. BtMG). Nach § 31a BtMG kann allerdings von einer Strafverfolgung abgesehen werden, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen ist, kein öffentliches Interesse an der Strafver-

folgung besteht und die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge dienen. Diese Regelung ist keineswegs gleichzusetzen mit einer „Legalisierung“ dieses Umgangs mit Drogen, das generelle Unwerturteil des Gesetzes bleibt vielmehr aufrechterhalten. Die Regelung schließt lediglich bei den ganz geringfügigen Verstößen eine (unverhältnismäßige) Sanktionierung mit den Mitteln des Strafrechts aus und führt damit zugleich zu einer Entlastung der Strafverfolgungsbehörden im Bereich der Kleinkriminalität.

Cannabis wird jedoch, trotz absolutem Verkehrsverbot im Betäubungsmittelgesetz und entgegen den Warnungen vor gesundheitlichen Risiken, von etwa der Hälfte der jungen Menschen zumindest ausprobiert. Trotz intensiver Bekämpfung des illegalen Verkehrs konnte die Verfügbarkeit dieser Droge bisher kaum eingeschränkt werden. Dies ist nicht zuletzt auf ein mangelndes Unrechtsbewusstsein der Jugendlichen zurückzuführen, die fälschlicherweise von einer de facto Legalisierung von Cannabis ausgehen. Direkte Konsequenzen in Bezug auf Führerschein, Lehrstelle oder Arbeitsplatz sind den betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen kaum bewusst. Motive für das Experimentieren mit illegalen Drogen sind primär Neugier und der Wunsch, Neues und Aufregendes zu erleben; etwa ein Fünftel der Hamburger Schüler bezeichnen in Umfragen das gesetzliche Drogenverbot selbst als einen Anreiz.

2. Leitbild „Drogenfreie Kindheit und Jugend“

2.1 Zielsetzungen

Der Konsum von Suchtmitteln birgt gravierende persönliche, körperliche und gesellschaftliche Risiken. Insbesondere bei Substanzen wie Alkohol, Tabak und Cannabis ist eine Zunahme der Verbreitung des Konsums im Kindes- und Jugendalter festzustellen. Der Anteil der regelmäßigen Konsumenten wächst. Konsummuster werden riskanter und das Durchschnittsalter der Konsumenten sinkt tendenziell. Diese Entwicklung geht einher mit einem weit verbreiteten indifferenten gesellschaftlichen Klima in Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln. Dieser Trend ist umzukehren. Ziel ist es, Suchtmittelabstinenz bei Kindern und messbar weniger und späteren Konsum bei Jugendlichen zu erreichen. Dafür benötigen Kinder und Jugendliche klare Orientierungspunkte im Umgang mit diesen Substanzen. Familien und andere Erziehungsinstitutionen benötigen Orientierung für ihr Sucht und Suchtmittelmissbrauch vorbeugendes Handeln gegenüber Kindern und Jugendlichen.

Das Leitbild der „Drogenfreien Kindheit und Jugend“ gibt diese Orientierung. Es ist durch folgende Handlungsfelder gekennzeichnet:

Gesellschaftliche Sensibilität für Drogen- und Suchtprobleme

Die Sensibilität für den kritischen Umgang mit Tabak, Alkohol und illegalen Drogen soll in der Hamburger Bevölkerung erhöht werden. Dabei werden insbesondere Familien, Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen angesprochen. Familien und die Institutionen, die Kindern und Jugendlichen begegnen, werden bei ihrer Aufgabe, suchtpreventiv zu wirken, unterstützt. Es gilt, in der gesamten Gesellschaft eine klare Haltung zu erzielen, die den Konsum von Suchtmitteln bei Kindern strikt ablehnt und im Hinblick auf Jugendliche einem verfrühten und unmäßigen Konsum deutlich entgegentritt. Damit ein-

hergehend sollen auch die Grenzen und Ge- und Verbote des Jugendschutzgesetzes wieder intensiver gesellschaftlich verankert werden.

Verbesserung der Früherkennung und Frühintervention

Risiken für Suchtmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit sollen frühzeitig erkannt, entsprechende Risikogruppen und -personen gezielt angesprochen und Gefährdungen durch adäquate Interventionen abgewendet werden.

Ausrichtung des Hilfesystems auf suchtgefährdete Kinder und Jugendliche

In der Hamburger Suchtkrankenhilfe werden bislang vornehmlich erwachsene und langjährig abhängige Suchtkranke erreicht. Die Jugendhilfe ist zurzeit auf die Vorbeugung von Suchterkrankungen nicht ausreichend eingestellt; ferner ist die fachliche Qualität des Umgangs mit suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen auf Grund aktueller Erkenntnisse zu verbessern. Jugendhilfe, Suchthilfe und der suchtmmedizinische Versorgungsbereich sollen künftig enger kooperieren, um Suchtmittel missbrauchende und suchtgefährdete Kinder und Jugendliche besser zu erreichen und wirksamer Hilfen anbieten zu können.

Forschung und Weiterentwicklung der Suchtprävention und frühen Intervention für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Suchtrisiko

Durch innovative und praxisorientierte Forschung sowie Entwicklung und theoretische Fundierung von Methoden soll eine deutliche Verbesserung des Wissens über Risikomerkmale für Frühintervention, Kriterien für fachliche Konzepte und die Qualität der Suchtprävention und Hilfe für Suchtmittel missbrauchende und suchtgefährdete Kinder und Jugendliche in Hamburg erreicht werden.

Reduzierung der Verfügbarkeit von legalen und illegalen Suchtmitteln für Kinder und Jugendliche

Der besorgniserregenden Entwicklung des Suchtmittelkonsums bei Kindern und Jugendlichen muss durch Maßnahmen auf der Angebotsseite entgegengetreten werden. Hierzu zählt insbesondere die konsequente Einhaltung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen, mit denen die Verfügbarkeit von Suchtmitteln für Kinder und Jugendliche eingeschränkt wird, aber auch das Rauchverbot an Schulen, das die Konsumgelegenheiten reduziert.

2.2 Suchtprävention und Frühintervention: Begriffsbestimmung

Der Senat legt der Prävention bei Suchterkrankungen den weiten Präventionsbegriff der WHO¹¹⁾ zugrunde. Dieser umfasst sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention. Suchtprävention ist somit eine umfassende, interdisziplinäre Aufgabe, deren Angebote sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene richten. Akteure der Verhaltensprävention sind z.B. Eltern, Angehörige, pädagogische Fachkräfte in Schule, Jugendhilfe und Suchthilfe, Ärzte und Vorgesetzte.

Es lassen sich allgemeine und spezifische Aufgabenfelder der Suchtprävention unterscheiden, deren Akteure in der Praxis zusammenwirken, die aufeinander aufbauen und an den jeweiligen Adressaten (je nach Geschlecht, Entwicklungsphase, Milieu, Problemschwerpunkt) ausgerichtet werden müssen. Die Akteure der Suchtprävention müssen suchtspezifische Fachkompetenz in ihr Handeln

einbeziehen, in dem sie Informationsmaterialien, Fortbildungen u.a. nutzen und/oder an den von den Fachstellen für Suchtprävention angebotenen Projekten und Kampagnen teilnehmen.

Die allgemeine (universelle) Suchtprävention wendet sich an die Gesamtpopulation, bzw. an Teilgruppen Hamburgs, eines Bezirkes oder einer Schulklasse, und soll das Wissen über diejenigen Risiken erhöhen und protektive Faktoren stärken (Rahmenbedingungen, Kompetenzen), die geeignet sind, Suchtentwicklungen, aber auch anderen damit zusammenhängenden gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen vorzubeugen.

Spezifische Suchtprävention lässt sich unterteilen in:

- selektive Prävention, die sich an Teilgruppen richtet, die auf Grund plausibler Gründe ein erhöhtes Risiko späterer Suchtentwicklung (z.B. Kinder aus suchtbelasteten Familien, Cannabiskonsumenten) haben,
- indizierte Prävention, die sich an Individuen mit erkanntem Risiko richtet.

Ziele der Suchtprävention in Bezug auf Kinder sind die Abstinenz von allen legalen und illegalen Drogen sowie die Förderung von Verhaltensweisen und Kompetenzen, die vor einem Suchtmittelmissbrauch oder einer Sucht schützen können. Hierzu gehören Selbstwahrnehmungskompetenz, Selbstvertrauen und Empathie, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit mit belastenden Gefühlen und schwierigen Situationen konstruktiv und gesundheitsbewusst umzugehen sowie das Erlernen des kritischen Umgangs mit Konsumangeboten.

Suchtprävention im Jugendalter vermittelt, eine kompetente Haltung gegenüber Suchtmitteln, mit dem Ziel der Abstinenz von illegalen Drogen und dem reflektierten Umgang mit anderen Suchtmitteln. Das Nichtrauchen wird ausdrücklich gefördert. Der erste Konsum von psychoaktiven Substanzen (psychoaktiv wirksame Arzneimittel, Koffein, Tabak, Alkohol und die illegalen Substanzen) soll, wegen der möglichen Sensibilisierungs- und Bahnungsprozesse im Gehirn und wegen der psychischen Abhängigkeitsdynamik, verhindert, bzw. so weit wie möglich herausgezögert werden.

Frühintervention deckt sich weitgehend mit dem Begriff der indizierten Suchtprävention. Jugendliche mit Probier- und Gelegenheitskonsum sollen durch entsprechend aufbereitete Informationen zur Reflektion ihres Verhaltens angeregt werden, Verhaltensalternativen werden dabei aufgezeigt. Bei jungen Menschen mit bereits riskantem Konsumverhalten sollen die Verfestigung dieses Verhaltens aufgehalten und Suchtentwicklungen verhindert werden.

Die indizierte Suchtprävention spricht also Jugendliche und junge Erwachsene mit Missbrauch an, die noch keine manifeste Abhängigkeitssymptomatik aufweisen, aber suchtgefährdet sind. Suchtmittelkonsum wird dabei nicht als isoliertes Problem betrachtet, sondern ist Ausdruck und Folge anderer sozialer und psychischer Beeinträchtigungen oder Defizite.

Ziel ist es, frühzeitig zu intervenieren und bei gewohnheitsmäßig bestehendem Konsum die Wirkungsmenge der Substanz zu reduzieren, um den Konsum – von insbesondere illegalen Suchtmitteln aufzugeben. Bei bereits

¹¹⁾ siehe Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO von 1986

vorhandener Abhängigkeit muss eine Therapie eingeleitet werden, um das Fortschreiten der Suchtentwicklung in ein schweres Stadium der Drogenkarriere zu verhindern.

3. Stand der Suchtprävention und Frühintervention in Hamburg

3.1 Hamburg übergreifende und bezirkliche Einrichtungen zur allgemeinen und spezifischen Suchtprävention

In Hamburg werden derzeit 19 Einrichtungen zur Suchtprävention aus öffentlichen Mitteln in Höhe von insgesamt ca. 3,2 Mio Euro p. a. finanziert. Es handelt sich um staatliche Einrichtungen und Einrichtungen freier Träger, die Zuwendungen erhalten. Darüber hinaus fließen anteilig Kapazitäten der Suchtberatungsstellen sowie von übergreifenden Einrichtungen, wie der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, des Projekts HIDA von Jugend-hilft-Jugend e.V. und aus den Jugendhilfe-Projekten „Sperrgebiet“ des Diakonischen Werkes sowie KIDS des Basis e.V. in die Prävention ein.

Das „Büro für Suchtprävention“ der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. ist als zentrale Fach- und Koordinationsstelle für die Qualitätssicherung und die konzeptionelle Weiterentwicklung suchtpreventiver Aktivitäten verantwortlich. Die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen liegen dort bei Familien und Kindern, Stadtteil- und Medienarbeit sowie der Suchtprävention am Arbeitsplatz. Es werden Materialien und Medien für verschiedene Zielgruppen herausgegeben und intensive Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch die Herausgabe der „Zeitung für Suchtprävention“ und die umfassende Präsenz im Internet, betrieben. Nicht zuletzt evaluiert das Büro für Suchtprävention Maßnahmen praxisnah und in enger Kooperation mit den Beteiligten und erhebt Daten zum Konsum von Suchtmitteln bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg (siehe Kapitel 1.1).

Das Suchtpräventionszentrum (SPZ) des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) der Behörde für Bildung und Sport (BBS) fördert und qualifiziert die Suchtprävention in der Schule und entwickelt und begleitet Modellprojekte für unterschiedliche Schultypen und Problemlagen, bildet Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe fort und berät in schwierigen Einzelfällen.

Die polizeiliche Suchtprävention bietet Informationsveranstaltungen zum Thema Drogen und Sucht an.

Andere Einrichtungen betreiben mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten Suchtprävention in direktem Kontakt mit der Zielgruppe. So erreicht z. B. das Projekt „Laß' 1000 Steine rollen“ des Trägers „Trockendock e.V.“ Jugendliche durch Musikveranstaltungen und Übungsmöglichkeiten in alkohol- und drogenfreiem Rahmen. Den Bezirken sind 12 der insgesamt 19 Einrichtungen mit suchtpreventivem Schwerpunkt zugeordnet. Deren Aufgabenspektrum umfasst offene Jugendarbeit mit Musikschwerpunkt oder kreative Freizeitgestaltung ebenso wie Straßensozialarbeit mit straffälligen und/oder suchtgefährdeten Jugendlichen und manifest Drogenabhängigen.

Alle Einrichtungen arbeiten im Fachausschuss Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen unter Federführung des Büros für Suchtprävention zusammen.

3.2 Suchtprävention an Schulen

Um die Verbindlichkeit von Maßnahmen der Suchtprävention zu erhöhen, wurde in den vergangenen Jahren das Themengebiet Suchtvorbeugung in den Bildungsplänen aller Schulformen festgeschrieben. Damit diese Vorgaben qualifiziert umgesetzt werden können, finden fortlaufend Lehrerfortbildungen statt und wird standardisiertes Unterrichtsmaterial entwickelt und eingesetzt. Darüber hinaus werden alle Lehramtsreferendare und -referendarinnen während ihrer Ausbildung für schulische Suchtprävention qualifiziert. Schulische Suchtprävention besteht aus Bausteinen mit substanzunspezifischen Fragestellungen und substanzspezifischen Inhalten und wird im Unterricht flächendeckend durchgeführt. Ein großer Teil aller Aktivitäten schulischer Suchtprävention entfällt dabei auf die Behandlung der Themen Drogen, Sucht etc. im Unterricht. Im Rahmen des „Bildungs- und Erziehungsauftrags“ nimmt die Schule darüber hinaus die Aufgabe wahr, bei Kindern und Jugendlichen nicht nur kognitive sondern auch soziale und emotionale Fähigkeiten zu fördern. In erster Linie geht es dabei um die Förderung von Ressourcen und Fähigkeiten, die Kinder und Jugendliche vor Sucht schützen können.

Suchtprävention erfolgt in den Schulen fächerübergreifend vorrangig im Rahmen des Aufgabengebiets Gesundheitsförderung gemäß § 5 Hamburgisches Schulgesetz (HmbSG) sowie im Zusammenhang mit der Verkehrserziehung sowie der Sozial- und Rechtserziehung. Sachinformationen über einzelne Substanzen und Aufklärung über die Risiken des Drogenkonsums werden darüber hinaus in der Regel im Biologie- und Chemieunterricht vermittelt. Als besondere Organisationsform des Unterrichts stellen Projektwochen für Schülerinnen und Schüler eine weitere Lern- und Erfahrungsmöglichkeit dar. Die Beteiligung außerschulischer Einrichtungen, wie z. B. von Drogenberatungsstellen, Selbsthilfegruppen Betroffener, Polizei und Ärzte wird durch Lernen im Projekt organisatorisch erleichtert.

Lehrerinnen und Lehrer haben die Aufgabe, Suchtprobleme rechtzeitig zu erkennen, angemessen zu reagieren, einen Überblick über Hilfeangebote zu haben, über rechtliche und dienstrechtliche Fragen Bescheid zu wissen, sich mit inner- und außerschulischen Expertinnen und Experten gut zu vernetzen und nicht zuletzt die Grenzen der eigenen Handlungs- und Einflussmöglichkeiten zu erkennen. Ergänzende Elemente der schulischen Suchtprävention sind Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer, von denen eine Vielzahl vorgehalten wird. Dabei werden auch schulinterne Beratungs- und Weiterbildungsveranstaltungen angeboten, die sich auf eine Veränderung des gesamten Schulklimas richten.

Die Eltern der Schülerinnen und Schüler werden auf Elternabenden über Projekte informiert und einbezogen. So erhalten suchtpreventive Maßnahmen der Schule mehr Durchsetzungskraft, indem neben dem Lebenskompetenztraining und der Information über Suchtstoffe zusätzlich Teile des sozialen Umfelds der Kinder und Jugendlichen einbezogen werden. Allerdings werden gerade die Eltern der Kinder, die schulische Probleme haben und von daher ein höheres Suchtrisiko tragen, schlechter erreicht.

Missbrauch und erhöhter Suchtgefährdung unmittelbar auffallen und entsprechende Schritte eingeleitet werden können.

Schule

Bei auffälligem Suchtmittelkonsum werden zunächst die Klassenlehrerinnen und -lehrer¹³⁾ bzw. die mehr als 500 Beratungslehrerinnen und -lehrer aufmerksam und unternehmen erste Schritte, um mit dem Schüler oder der Schülerin Kontakt aufzunehmen und zu intervenieren. Das Suchtpräventionszentrum (SPZ) bietet Fortbildungen an, die hierfür qualifizieren.

Werden die Probleme nicht bewältigt, werden entweder die Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS) auf Initiative der Schule tätig oder das Suchtpräventionszentrum (SPZ). Ziel ist, die Schülerin oder den Schüler zu stabilisieren, um sie wieder in die Schule integrieren zu können. REBUS zieht das SPZ bei Suchtproblematik immer hinzu. Beide Stellen können den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) einschalten, wenn erforderlich. Das SPZ bietet für die betroffenen Schülerinnen und Schüler Beratungsgespräche und Einzelfallhilfe in Form von Kurzintervention (durchschnittlich 2–3-Beratungsgespräche) an und stellt ggf. den Kontakt zu geeigneten Suchthilfeeinrichtungen her.

Einrichtungen der ambulanten und stationären Erziehungshilfe nach SGB VIII

Der Suchtmittelkonsum von Minderjährigen ist für die Planung und Durchführung einer erzieherischen Hilfe ein wichtiges Merkmal, das sowohl bei der Bestimmung des Hilfebedarfs als auch bei der Festlegung der geeigneten und notwendigen Hilfe Berücksichtigung finden muss. Der Suchtmittelkonsum kann bereits vor Hilfebeginn bekannt sein, zum Teil fällt er aber erst im Verlauf der Betreuung auf.

Für die Fachkräfte im Jugendamt und in den Einrichtungen der Jugendhilfe stellt sich die Aufgabe, die Anzeichen für einen Suchtmittelkonsum und dessen Bedeutung im Kontext der die aktuelle Situation des jungen Menschen betreffenden Problemlagen zu erkennen, unter Beteiligung externer Fachkräfte (z. B. von Ärztinnen oder Ärzten, Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern des jugendpsychologischen, jugendpsychiatrischen Dienstes oder von Beratungsstellen) eine individuell geeignete Hilfe zu planen und durchzuführen.

Im Rahmen der Hilfeplanung geht es insbesondere darum, die Kooperation der Beteiligten am gesamten Hilfeprozess zu sichern, die Zusammenarbeit von Einrichtungen der Erziehungshilfe und Therapieeinrichtungen zu organisieren, Übergänge zwischen Hilfesystemen zu gestalten und Bezugspersonen zu aktivieren. Die pädagogischen Fachkräfte in den Einrichtungen benötigen neben der externen Unterstützung spezifische Fachkenntnisse und Kompetenzen zum Umgang mit der Suchtproblematik. Die Träger haben für entsprechende Fortbildung, Supervision und Praxisberatung zu sorgen. Bei schwerwiegenden Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum weisen die Fachkräfte der Jugendhilfe auf die zur Verfügung stehenden ambulanten und stationären Angebote der Suchthilfe und des medizinischen Versorgungsbereichs hin und begleiten gegebenenfalls in diese Einrichtungen.

3.5 Verbesserungspotentiale des derzeitigen Angebots der Suchtprävention und -hilfe für Kinder und Jugendliche

Die Angebote der Suchtprävention in Hamburg sind vielfältig und gut ausgestattet. Zwei Fachstellen und zahlreiche bezirkliche sowie zentrale Einrichtungen führen Maßnahmen der allgemeinen Suchtprävention durch und entwickeln vermehrt Projekte der selektiven Prävention, die sich an Risikogruppen richten. An den Hamburger Schulen ist die Suchtvorbeugung verbindlicher Baustein der Bildungspläne aller Schulformen. Das Suchtpräventionszentrum der BBS sichert die Qualität der schulischen Suchtprävention und gewährleistet die ständige Weiterentwicklung. Einige wenige Beratungsstellen leisten Maßnahmen der indizierten Prävention, die sich an einzelne Kinder und Jugendliche mit erkanntem Risiko richten. Darüber hinaus werden zur Weiterentwicklung insbesondere der spezifischen Suchtprävention Modellprojekte durchgeführt. Zur medizinischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtproblemen stehen sowohl ambulante als auch stationäre Kapazitäten zur Verfügung. Jugendliche, die in der Schule oder in Einrichtungen der Jugendhilfe mit Suchtmittelmissbrauch auffallen, werden zunächst innerhalb dieser Institutionen angesprochen und es werden dort erste Schritte zur Problemlösung eingeleitet. Bei weitergehendem Hilfebedarf werden die entsprechenden Fachstellen eingeschaltet.

Trotz dieser vielfältigen Maßnahmen bestehen Verbesserungspotentiale im derzeitigen Angebot der Suchtprävention und -hilfe für Kinder und Jugendliche in Hamburg.

3.5.1 Einrichtungen der Suchtprävention und Suchtberatung

Zusammenarbeit zu wenig zielgerichtet und abgestimmt

Abstimmung und Kooperation in der Suchtprävention in Hamburg müssen weiter entwickelt werden, um ein strukturell besser aufeinander aufbauendes Gesamtsystem zu erreichen. Zum einen ist die Zusammenarbeit verbesserungswürdig, insbesondere bezirkliche Einrichtungen kooperieren kaum oder nur im losen Verbund mit den zentralen Einrichtungen und zum anderen liegt keine ausreichende Konkretisierung von fachlichen Standards für alle Arbeitsfelder der Suchtprävention vor. Abgestimmtes Vorgehen, z. B. um gemeinsam ein definiertes Ziel zu erreichen, ist nur schwer möglich.

Suchtberatung für Kinder und Jugendliche sozialräumlich kaum eingebunden

Die Suchtberatung für Kinder und Jugendliche des Beratungszentrums Kö 16 a kann nur einen Bruchteil der Kinder und Jugendlichen mit Suchtmittelmissbrauch erreichen. Hier fehlt die sozialräumliche Einbindung, die eine wesentliche Voraussetzung ist, um junge Menschen und deren Bezugspersonen aktiv erreichen zu können. Die Suchtberatungsstellen, die durch die BWG gefördert werden, sprechen Jugendliche unter 18 Jahren nicht an und erreichen nur wenige junge Erwachsene.

¹³⁾ Mehr als 10.000 Lehrerinnen und Lehrer in staatlichen und privaten Schulen sind in den Klassen 1–10, in der gymnasialen Oberstufe sowie in Berufsschulen als Klassenlehrerinnen und -lehrer sowie als Tutoren tätig.

3.5.2 Frühe Intervention im Rahmen von Jugendhilfe und Schule

Die Evaluation des Suchthilfesystems in Hamburg weist darauf hin, dass zum einen die Probleme der Suchtgefährdung für Jugendliche in Hamburg bisher nicht ausreichend wahrgenommen werden und zum anderen ein stärkerer Focus auf Hilfen bei Suchtgefährdungen gelegt werden sollte. Dieser Kritik wird vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Situation und der derzeit vorhandenen Ansätze zur Frühintervention und Hilfe für suchtgefährdete Kinder und Jugendliche gefolgt.

Probleme an der Schnittstelle zwischen Schule und Suchthilfe

Es ist ungewiss, ob Jugendliche, die vom SPZ oder REBUS an die Suchtberatung verwiesen werden, diese auch aufsuchen. Da im Allgemeinen Drogenberatungsstellen Jugendliche erst dann erreichen, wenn bereits eine massive Problematik vorliegt, sind spezielle Information bzw. Beratung und die Schaffung von alternativen Zugängen zu dieser Personengruppe notwendig.

Suchtmittelkonsum wird von Teilen des pädagogischen Fachpersonals unterschätzt

Im Bereich der Jugendhilfe liegen Probleme darin, dass zum Teil von den pädagogischen Fachkräften die Gefahren, die durch Suchtmittelkonsum real vorhanden sind, unterschätzt und insbesondere der Konsum von Cannabis als vorübergehendes jugendtypisches Verhalten angesehen wird. Von den vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten wird zu wenig Gebrauch gemacht. Oftmals wird erst spät interveniert, der Übergang zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe findet entsprechend häufig in einem späten Stadium der Suchtentwicklung statt.

Fehlende Betreuungskontinuität an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe

In Fällen, in denen sich Jugendliche in stationärer Entgiftung befinden, wird in der Regel die stationäre Hilfe zur Erziehung eingestellt. Eine Betreuung durch die Jugendhilfe während der Entgiftung und auch eine Rückkehr in die entsendende Einrichtung sind dadurch nicht mehr gewährleistet. Für Jugendliche, die eine stationäre Drogentherapie durchführen wollen, wäre ein lückenloser Übergang zwischen Entgiftung und Therapieantritt wünschenswert, zumal eine Rückkehr in die entsendende Jugendeinrichtung nicht immer sinnvoll ist (z. B. in Fällen, in denen nicht vollständig ausgeschlossen werden kann, dass sich dort andere Jugendliche aufhalten, die ebenfalls Suchtmittel konsumieren). In der Praxis scheitert der lückenlose Übergang an Wartezeiten auf einen Therapieplatz oder auf die Kostenzusage der Krankenkasse.

Unterbringung von Jugendlichen mit Suchtproblemen in Einrichtungen der Jugendhilfe

Eine geeignete und aufnahmebereite stationäre Einrichtung zur Unterbringung eines Jugendlichen mit einer bestehenden Drogenproblematik zu finden, ist für den ASD meist schwierig. Die Risikoabwägung auf Seiten eines Trägers führt nicht selten dazu, dass eine Betreuung des Jugendlichen abgelehnt wird. Dies gilt auch für Jugendliche nach Abbruch einer Entgiftung oder einer stationären Therapie.

Unzureichende Kooperation zwischen Schule, Jugendhilfe und Suchthilfe

Insgesamt ist die Kooperation zwischen den Systemen Schule, Jugendhilfe und Suchthilfe in Bezug auf die indizierte Suchtprävention und Behandlung von suchtbelasteten Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend. Auch fehlt es an der direkten Ansprache von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in diesen Systemen nicht auffallen, weil sie sich diesen entziehen oder sich mit Ausnahme ihres Suchtmittelmissbrauchs unauffällig verhalten.

Unzureichender Forschungsstand zu Suchtproblemen von Kindern und Jugendlichen

Die Forschung zur Suchtprävention und Behandlung von suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen ist erst in den Anfängen begriffen. Insbesondere Wissen über Suchtrisiken und methodische Kenntnisse, die zur Entwicklung tragfähiger Konzepte notwendig sind, mit denen diese Zielgruppe erreicht, präventive Angebote entwickelt und Suchtbelastungen behandelt werden können, stehen nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung. Es mangelt deshalb an Angeboten zur Qualitätsentwicklung und -sicherung für den Bereich der indizierten Suchtprävention.

4. Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen

Suchtmittelkonsum ist bei Kindern und Jugendlichen bereits weit verbreitet. Die Folgen sind umfassende gesundheitliche und soziale Probleme. Gleichzeitig herrscht in weiten Teilen der Gesellschaft eine widersprüchliche oder gleichgültige Haltung in Bezug auf den Suchtmittelkonsum vor. Insbesondere suchtgefährdete Kinder und Jugendliche werden nicht in ausreichendem Maß angesprochen. Dieser Entwicklung ist entschieden entgegenzutreten. Dazu gehört, die Sensibilität für den kritischen Umgang mit Tabak, Alkohol und anderen Drogen zu erhöhen. Die Gesellschaft insgesamt und insbesondere die Familien, die Schulen und die Jugendhilfe werden hierzu angesprochen. Der Konsum von Suchtmitteln durch Kinder ist strikt abzulehnen. Bei Jugendlichen soll ein verfrühter und übermäßiger Suchtmittelkonsum verhindert werden. Suchtmittelkonsum bei Kindern und auffälliger Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen sind Anlässe für Interventionen.

Das Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen sieht deshalb eine Vielzahl von strukturellen Maßnahmen vor, mit denen eine Trendumkehr möglich wird. Die geplanten Vorhaben werden im Folgenden dargelegt:

Unter Federführung der Behörde für Soziales und Familie wird eine verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention geleistet. Die Koordinierung aller Maßnahmen wird in den bestehenden Gremien der Behörden sowie der Anbieter von Suchtpräventionsmaßnahmen sichergestellt.

Um die Qualität der indizierten Suchtprävention zu verbessern und praxisorientierte Forschung zu gewährleisten wird das „Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters“ eingerichtet und ressortübergreifend gefördert.

Die Ansprache der allgemeinen Öffentlichkeit wird verstärkt, um ein gesellschaftliches Klima gegen den Konsum von Suchtmitteln durch Kinder und gegen einen altersverfrühten und riskanten Konsum bei Jugendlichen zu fördern. Eltern und Angehörige sowie Fachkräfte der Jugendarbeit werden durch Information, Fortbildung und Praxisbegleitung intensiv unterstützt.

Um suchtgefährdete Jugendliche künftig besser zu erreichen, werden in Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe regionale Angebote der Suchtberatung zur Verfügung gestellt.

Risikogruppen werden gezielt mit zielgruppenspezifischen Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe angesprochen. Hierzu zählen insbesondere Kinder aus suchtblasteten Familien, denen möglichst frühzeitig Unterstützung zuteil werden muss.

An den Schnittstellen zwischen Jugendhilfe, Schule und Suchthilfe wird die fallbezogene Kooperation so gestaltet, dass Brüche in den Hilfeleistungen für Kinder und Jugendliche künftig möglichst vermieden werden.

Die Regelungen des Jugendschutzgesetzes werden wieder in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und der verantwortlichen Stellen gerückt und ihre Einhaltung wird stärker überwacht. Das gesetzlich verankerte Rauchverbot an Hamburger Schulen setzt ein deutliches Signal für das Nichtrauchen und beugt dem Missbrauch weiterer Suchtmittel vor.

4.1 Verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention

Risikofaktoren für Suchtentwicklung oder Suchtmittelmissbrauch auf der persönlichen und familiären Ebene sind nicht nur unter gesundheitlichen Aspekten zu bewerten sondern erfordern erzieherische und andere Maßnahmen in den Arbeitsfeldern von Jugendhilfe und Schule. Suchtprävention ist eine Querschnittsaufgabe unterschiedlicher Behörden, Dienste und Einrichtungen. Um die Effizienz der eingesetzten Mittel zu verbessern, ist es notwendig, dass alle beteiligten staatlichen Stellen aber auch die Freien Träger und Institutionen an gemeinsamen Zielsetzungen mit aufeinander abgestimmten Maßnahmen arbeiten. Zuständigkeiten und Kompetenzen sind dabei klar zu regeln, verbindliche Ziele müssen vereinbart, durchgesetzt und einem Controlling unterzogen werden. Dies kann nur im Zusammenwirken aller Beteiligten gelingen. Die zuständigen Fachbehörden werden die hierfür nötigen Maßnahmen innerhalb ihres Verantwortungsbereiches ergreifen. Zugleich müssen diese systemübergreifend nach vergleichbaren fachlichen Standards und mit abgestimmter Zielsetzung umgesetzt werden. Hierfür wird es eine behördenübergreifenden Abstimmung und Koordination geben.

Um eine höhere Verbindlichkeit bei der Koordinierung der suchtpreventiven Maßnahmen zu gewährleisten, wird die federführende Behörde mit zusätzlichen Steuerungskompetenzen ausgestattet. Der Schwerpunkt suchtpreventiver Aktivitäten liegt im Kindes- und Jugendalter. Ein großer Teil der Ressourcen für die Suchtprävention wird durch die Jugendhilfe, vorwiegend im Verantwortungsbereich der bezirklichen Jugendämter, eingesetzt. Hinzu kommen erhebliche personelle Ressourcen im Schulbereich. Kinder und Jugendliche sollen gemäß der Zielsetzung des Senats künftig umfassender und zielgerichteter durch Maßnahmen der Suchtprävention in Einrichtungen der Jugendhilfe erreicht werden. Aufbauend auf die durch

das Bezirksverwaltungsgesetz geschaffenen Rahmenbedingungen wird die fachliche – und soweit möglich – auch die Ressourcen- Steuerung durch die BSF geleistet werden.

Die Behörde für Soziales und Familie übernimmt daher die Federführung für die universelle, selektive und indizierte Suchtprävention (einschließlich der Suchtprävention für Erwachsene) in Hamburg. Zur Übernahme der Federführung durch die BSF soll ein Kontrakt geschlossen werden, in dem die Aufgaben und Ressourcen definiert werden und die Zusammenarbeit insbesondere zwischen BSF, BWG und BBS geregelt wird. Die übrigen Zuständigkeiten der beteiligten Behörden und der Bezirksämter im Bereich der Suchtprävention bleiben unberührt.

Die Koordination und Steuerung der Suchtprävention wird durch die Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention unter Federführung der BSF gewährleistet. Sie berät über den koordinierten Einsatz der vorhandenen Ressourcen, entwickelt Leistungsmerkmale sowie ein abgestimmtes Controlling der geförderten Projekte und einzuleitenden Maßnahmen. Die Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention schlägt Hamburgweite Schwerpunktthemen vor und berichtet den zuständigen Amtsleitern der BSF, der BBS und der BWG, die bei weitergehendem Abstimmungsbedarf die Amtsleiterrunde Drogen befassen. Zusammenfassung und Auftrag der Ständigen Arbeitsgruppe Suchtprävention werden entsprechend angepasst.

Die Umsetzung der Maßnahmen auf regionaler Ebene wird zusätzlich durch die bezirklichen Jugendämter begleitet und unterstützt. Die Jugendämter werden hierfür Ansprechpartner für regionale Belange der Suchtprävention benennen. Ziel ist es, Schwachstellen in der Koordination und Kooperation auf regionaler Ebene zu identifizieren und zu beheben.

Zu den regionalen Aufgaben können u. a. gehören:

- Förderung der Kooperation zwischen Schulen, Jugendhilfe, Kindertageseinrichtungen, Suchthilfe, medizinischer Versorgung und anderen Bereichen,
- Aufhebung von Zuständigkeitsschranken im Einzelfall,
- Information der regionalen Fachöffentlichkeit über Suchtprävention und Suchthilfe (z. B. über Fortbildungen, neue Projekte, Materialien etc.),
- Förderung der Qualität der regionalen Suchtprävention,
- schnelle Reaktion auf Jugend-Drogen-Szenebildungen im Bezirk,
- Förderung der Kooperation mit dem Büro für Suchtprävention und anderen Einrichtungen.

Bei Bedarf werden erkannte Schwachstellen der Ständigen Arbeitsgruppe Suchtprävention benannt, die ihrerseits Lösungen hierfür entwickelt und umsetzt.

4.2 Aufgabenzuordnung und arbeitsfeldübergreifende Kooperation

Im Koordinationsgremium der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention¹⁴⁾ werden grundsätzliche Fragen der Weiterentwicklung des Suchthilfesystems – auch der

¹⁴⁾ Das Koordinationsgremium der Kosten- und Leistungsträger und Anbieter der Suchthilfe und Suchtprävention hat sich am 22. September 2005 konstituiert.

Behandlung Suchtmittel missbrauchender und abhängiger Kinder und Jugendlicher – und der Suchtprävention insbesondere im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit erörtert, Schwachstellen in der Zusammenarbeit von Kosten- und Leistungsträgern analysiert und Vorschläge zur Problemlösung erarbeitet.

Die Zielsetzungen und Qualitätsmerkmale der Suchtprävention werden im Rahmen der Ständigen Arbeitsgruppe Suchtprävention definiert. Die jeweiligen Fachbehörden setzen diese in ihren Zuständigkeitsbereichen um. Die Koordinations- und Fachstellen nehmen die daraus entstehenden Aufgaben in enger Kooperation wahr.

Das neu einzurichtende „Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes und Jugendalters“ (siehe Kapitel 4.3.1) arbeitet eng mit dem Suchtpräventionszentrum (SPZ) der BBS sowie dem Büro für Suchtprävention zusammen, insbesondere mit dem Ziel, wissensbasierte fachliche Standards zu definieren, die vorhandenen Ressourcen effizient einzusetzen und die Abstimmung zu optimieren.

Die Hamburgweite Koordination der Maßnahmen der allgemeinen und selektiven Suchtprävention bleibt ein Aufgabenfeld des Büros für Suchtprävention, das zu diesem Zweck eng mit den anderen Fachstellen kooperiert. Hervorzuheben ist dabei die Funktion des SPZ, das als Fach- und Koordinationsstelle für die Suchtprävention an Schulen und in der Jugendhilfe zuständig ist. Das Büro für Suchtprävention arbeitet in enger Abstimmung mit der behördenübergreifenden Steuerung und übernimmt die fachliche Verantwortung für die Abstimmung und das Controlling Hamburgweiter suchtpreventiver Kampagnen und Schwerpunktmaßnahmen. Der Fachausschuss Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. ist das zentrale Koordinationsgremium für die regional und überregional tätigen Einrichtungen der Suchtprävention.

Mit den bestehenden Gremien und angestrebten weiteren Kooperationsvereinbarungen wird eine gute arbeitsfeldübergreifende Zusammenarbeit für den Bereich der Suchtprävention in Hamburg gewährleistet.

4.3 Erhöhung der Handlungskompetenz zur selektiven und indizierten Suchtprävention

In Bezug auf die frühe Intervention und Hilfe für Suchtmittel missbrauchende und abhängige Kinder und Jugendliche wird deutlich, dass zum einen die Fortbildung intensiviert und Handlungskompetenz der pädagogischen Fachkräfte bei Suchtgefährdungen verbessert werden muss. Zum anderen ist sowohl der Kooperation innerhalb der Systeme Jugendhilfe und Schule als auch zwischen Jugendhilfe, Schule und Suchthilfe (und gesundheitsbezogenen Angeboten) – und dabei insbesondere der Beseitigung von Schnittstellenproblemen – besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Die befassten Institutionen müssen ihre Möglichkeiten ausschöpfen und ggf. fachliche Unterstützung hinzuziehen. Diese Aufgaben sind deutlicher hervorzuheben und entsprechende Beratung bzw. Praxisbegleitung müssen im notwendigen Umfang zur Verfügung gestellt werden.

4.3.1 Einrichtung des „Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters“

Eine deutliche Verbesserung der Qualität der indizierten Suchtprävention und der Hilfe für Suchtmittel konsumierende und missbrauchende Kinder und Jugendliche in Hamburg soll durch die Einrichtung des „Deutschen

Zentrums für Suchtfragen des Kinder- und Jugendalters“ (DZSKJ) im Juli 2006 beim Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) erreicht werden. Die Aufgaben des DZSKJ umfassen Forschung, Konzeptentwicklung, Evaluation und Qualitätssicherung für den Bereich der indizierten Suchtprävention und Beratung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit erhöhter Suchtgefährdung. Ziele sind, das Wissen zu erhöhen über Suchtrisiken und methodische Kenntnisse, die zur Entwicklung tragfähiger Konzepte zur indizierten Suchtprävention und Beratung und Behandlung für Kinder- Jugendliche und junge Erwachsene beitragen und damit die Qualität in diesem Feld zu fördern und zu sichern. Gleichzeitig übernimmt das DZSKJ als Fachstelle für indizierte Suchtprävention und Suchtberatung auch Verantwortung für die Qualitätsentwicklung in der Suchtberatung für Jugendliche. Es bietet Fortbildungen für Fachkräfte der Jugendarbeit in Kooperation mit den weiteren zuständigen Stellen an, informiert die regionalen Suchtberatungsstellen mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche über aktuelle fachliche Entwicklungen und organisiert deren Austausch.

Das DZSKJ erhält über einen Zeitraum von zunächst fünf Jahren ressortübergreifend aus öffentlichen Mitteln der BBS, BSF und BWG eine Sockelfinanzierung, die die Kosten für insgesamt vier Stellen für Wissenschaftliche Mitarbeiter beinhaltet. Kosten für Räume, Verwaltung und die Leitung werden durch das UKE aufgebracht. Das DZSKJ ist angehalten, Drittmittel für die Durchführung von Forschungsprojekten einzuwerben. Im vierten Jahr der Förderung wird die Einrichtung einer Evaluation unterzogen, um die Struktur und Förderung langfristig anzupassen. Die Absicherung der Förderung erfolgt über die geplante Aktualisierung des Haushaltsplanes 2006.

4.3.2 Öffentlichkeitsarbeit

Der Suchtmittelkonsum von Kindern und Jugendlichen erfordert von Erziehungspersonen höhere Sensibilität für Gefährdungen und größere Handlungsbereitschaft. Das Leitbild „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ wird deshalb öffentlich vermittelt, um ein gesellschaftliches Klima zu unterstützen, das eine kritische Haltung zum Suchtmittelkonsum einnimmt und die Ziele der Suchtprävention transportiert.

Allerdings ändert das Wissen um Risiken von Suchtmitteln allein noch nicht die Einstellung und die Handlungsbereitschaft im Rahmen von Suchtprävention. Deshalb sind Informationskampagnen alleine nicht geeignet, Einstellungen zu ändern. Öffentlichkeitsarbeit zur Suchtprävention wird daher mit Angeboten wie Internetforen, Wettbewerben, Workshops oder Informationsveranstaltungen verbunden, die den Einzelnen zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten auffordern und Alternativen aufzeigen. Geplant wird eine Kampagne, die sich direkt an Erziehungspersonen wendet, das Ziel der „Drogenfreien Kindheit und Jugend“ und dessen Handlungsfelder verdeutlicht und zum Handeln auffordert. Es wird darüber hinaus ein Internetportal entwickelt, das Informationen zu Suchtmitteln liefert, Selbsttests anbietet, Wegweiserfunktion für die verschiedenen Suchtprobleme zu den entsprechenden Beratungsstellen übernimmt und insgesamt die Angebote der Suchtkrankenhilfe vorstellt. Mit Hilfe von unterschiedlichen Plakatmotiven wird auf dieses Angebot hingewiesen. Die Kampagne „Alkohol – irgendwann ist der Spaß vorbei“, die bereits im Jahr 2001 durchgeführt wurde, wird neu aufgelegt. Zum Nachdenken provozierende Plakatmotive, die für Jugend-

liche peinliche Situationen im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum aufgreifen, werden veröffentlicht und von verschiedenen Materialien und Aktionen begleitet.

4.3.3 Fachöffentlichkeit und Angehörige

Fachkräften der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie Eltern und Angehörigen werden Informationen über Suchtprävention in ihren verschiedenen Facetten zugänglich gemacht. Insbesondere Fortbildung und Praxisbegleitung für die indizierte und selektive Suchtprävention wird ausgebaut. Ein wichtiges Ziel ist, die gegenseitigen Kenntnisse der Hilfesysteme zu verbessern.

Das Suchtpräventionszentrum der BBS, das Büro für Suchtprävention, die Sozialpädagogische Fortbildung der BSF, das DZSKJ, Kajal, Kompass und HIDA sowie das Beratungszentrum Kö 16a arbeiten in Zukunft enger zusammen, entwickeln abgestimmte Fortbildungsangebote und beziehen dabei Fachkompetenzen von Sucht- und Jugendhilfe sowie suchtmmedizinischen Angeboten regelmäßig ein.

Das Beratungszentrum Kö 16 a wird einen zusätzlichen Schwerpunkt in der Multiplikatorenarbeit setzen. Hierzu zählen:

- fachliche Beratung, Begleitung und Unterstützung der Fachkräfte in den Regeleinrichtungen der Jugendhilfe bei der Wahrnehmung des Auftrags, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl durch den Gebrauch von Suchtmitteln zu schützen (gemäß § 1, Absatz 3, SGB VIII);
- die Unterstützung von Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit bei der Durchführung von ausgewiesenen suchtpreventiven Maßnahmen, die sich an den aktuellen Konsumtrends in der Region orientieren (im Sinne des § 14 SGB VIII);
- die fachliche Begleitung von Fachkräften oder Teams bei der Betreuung von akut suchtgefährdeten oder suchtkranken Kindern und Jugendlichen.

Das Büro für Suchtprävention und das SPZ nehmen ihre Funktion als Fach- und Koordinationsstellen für universelle, selektive – und im Fall des SPZ an Schulen, auch für die indizierte – Suchtprävention wahr und bieten umfassend Informationsmaterialien, Fortbildung und Teilnahmemöglichkeiten an Praxisprojekten an.

Zur Verbesserung der schulinternen Kooperation wird es zukünftig darauf ankommen, dass die fachlichen Voraussetzungen und die notwendige Haltung zur Intervention bei den zuständigen Klassenlehrerinnen und -lehrern sowie Beratungslehrerinnen und -lehrern weiterentwickelt werden. Zu prüfen ist, ob es den Schulen gelingt, die besonders gefährdete Klientel an das SPZ bzw. REBUS weiter zu vermitteln. Da problematischer Suchtmittelkonsum oftmals mit Schulschwänzen einhergeht, müssen Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe verknüpft werden mit Aktivitäten gegen Schulabsentismus und begleitenden Anstrengungen, diese schwierige Schülerklientel in den Schulalltag zu integrieren.

4.4 Stärkung der selektiven und indizierten Suchtprävention bzw. Suchtberatung für Kinder und Jugendliche

Angesichts des gestiegenen Suchtmittelkonsums und der großen Anzahl von Jugendlichen, die regelmäßigen und riskanten Suchtmittelkonsum und -missbrauch betreiben (siehe Kapitel 1.) ist es geboten, nach neuen Wegen zu suchen, diese Gruppen zu erreichen und vorzubeugen,

bevor sich Verhalten verfestigt und gesundheitliche und soziale Schäden entstehen. Auf Grund der speziellen Bedingungen des Jugendalters ist dies nur in enger Kooperation zwischen den verschiedenen Systemen möglich. Dabei ist auch zu prüfen, wie Kinder und Jugendliche, die weder im Rahmen von Schule und Jugendhilfe auffallen, z. B. sog. Partydrogenkonsumenten oder jugendkulturelle Gruppen, zu deren spezifischen Ausdrucksformen auch Drogenkonsum gehört, angesprochen werden können. Hierzu ist es notwendig, die Personalkapazität der Suchtberatung für Kinder und Jugendliche zu erhöhen und das Angebot stärker regional zu orientieren. Für den Bereich der indizierten Prävention, also der frühen Intervention, Beratung und Hilfe für akut Suchtmittel missbrauchende bzw. suchtgefährdete Kinder und Jugendliche wird mit dem DZSKJ eine zentrale Fachstelle geschaffen, die für methodische Weiterentwicklung, Qualitätssicherung und systemübergreifende Zusammenarbeit sorgt.

4.4.1 Regionale Suchtberatung für Jugendliche

Im FOGS-Gutachten wird kritisiert, dass es im Vergleich mit anderen Kommunen in Hamburg zu wenige Angebote für junge Menschen gibt, die riskant oder schädlich Suchtmittel konsumieren und gefährdet sind, drogenabhängig zu werden. Auch wird eine Verbesserung des Zugangs und eine Verteilung jugendbezogener Angebote über das gesamte Stadtgebiet gefordert.

In Zukunft sollen regionale Suchtberatungsangebote auch für Jugendliche zur Verfügung stehen. Die BWG öffnet hierfür in Kooperation mit den Bezirksämtern geeignete Suchtberatungsstellen, die bislang nur volljährige Suchtkranke betreut haben und künftig auch für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen qualifiziert werden. Die Beratungsstellen der Suchthilfe und die regionalen Einrichtungen der offenen Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit arbeiten in den Jugendamtsregionen zusammen und tragen gemeinsam zur Ausweitung von Beratungsmöglichkeiten für Jugendliche bei. Ziel ist es, aktiv auf suchtgefährdete Jugendliche und junge Erwachsene zuzugehen, sie über Suchtmittel und Suchtgefahren aufzuklären und ggf. an das Suchthilfesystem heranzuführen, bevor sich eine manifeste Abhängigkeit entwickelt, sowie bei bereits bestehender Sucht in die Suchtkrankenhilfe zu vermitteln.

Mit der Neufassung der Globalrichtlinie „Kinder- und Jugendarbeit /Jugendsozialarbeit in den Bezirken“ sowie der dort vorgesehenen Rahmenvereinbarung über die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Beratungsangebotes sowie die Kooperationsmodalitäten (Inhalte und Ressourcen) zwischen Jugendarbeit und Suchthilfe sind die Voraussetzungen hierfür geschaffen.

Die künftigen Suchtberatungsstellen mit Angeboten für Jugendliche sollen folgende Zielgruppen erreichen:

- suchtmittelkonsumierende Jugendliche und junge Erwachsene
- Familienangehörige sowie
- Fachkräfte, die im Kontakt mit Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen stehen.

Aufgaben des Jugendschwerpunktes der regionalen Suchtberatung sind:

- Einzel-, Familien- und Gruppenberatung
- Krisenintervention
- Aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit

- Aufsuchen von Jugendszenen, in denen Drogen konsumiert werden
- Enge Zusammenarbeit mit einer größeren Einrichtung der offenen Jugendarbeit
- Frühintervention
- Vermittlung in Entgiftung und Therapie
- Kooperation mit Schulen und Jugendeinrichtungen
- Beteiligung an Hilfekonferenzen
- Teilnahme an der Hamburger Basisdatendokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe.

Das Beratungszentrum Kö 16a ist als zentrale Anlauf- und Informationsstelle für Jugendliche und ihre Eltern tätig. Neben ihren unter 4.3.3 beschriebenen Leistungen für die Multiplikatoren der Jugendhilfe ist sie mit den gleichen Aufgaben befasst, wie die regionalen Suchtberatungsstellen. Beratung wird im selben Umfang wie bisher geleistet.

4.4.2 Ansprache von Risikogruppen

Polizeilich erstmals registrierte Drogenkonsumentinnen und -konsumenten

Derzeit wird in der Beratungsstelle Kö 16 a ein Projekt zur Frühintervention bei erstmals polizeilich auffälligen jugendlichen Drogenkonsumentinnen und -konsumenten (FreD/4U) durchgeführt (siehe Kapitel 3.3.). Es läuft seit dem 1. Juli 2004 und wurde nach einer ersten Auswertung im Sommer 2005 um weitere zwei Jahre bis zum 30. Juni 2007 verlängert. Die Zielgruppe wird um Cannabiskonsumentinnen und Cannabiskonsumenten, die in Einrichtungen der Jugendhilfe und in Schulen auffällig werden, erweitert.

Die zuständigen Fachbehörden werden nach Ablauf der Modellphase bewerten, ob sich die Erwartungen an dieses Projekt erfüllt haben, nämlich Jugendliche mit äußerem Druck zur Inanspruchnahme eines Frühinterventionsangebotes sowie zur konstruktiven Mitarbeit im Kurs zu bewegen. Es soll geprüft werden, ob die Interventionen länger anhaltenden Erfolg haben.

Jugendliche im Strafvollzug

Die suchtpreventiven Maßnahmen im Jugendstrafvollzug werden ausgeweitet. Ein umfassendes Projekt zur Gesundheitsförderung und Suchtprevention im Jugendvollzug ist für das erste Halbjahr 2006 in Vorbereitung. Zu den Unterthemen sollen u. a. Ernährung, Sport, Gesundheitsbewusstsein und Abhängigkeitserkrankungen gehören.

Migrantinnen und Migranten

Da nur ein geringer Teil der in Hamburg lebenden Migrantinnen und Migranten die Einrichtungen der Suchthilfe und Suchtprevention nutzt, wird das Büro für Suchtprevention gemeinsam mit verschiedenen Kooperationspartnern ein Konzept entwickeln und umsetzen, das auf Grundlage der engen Kooperation mit Multiplikatoren und Schlüsselpersonen aus den jeweiligen Kulturgruppen das Wissen über Suchtvorbeugung, Suchthilfe und entsprechende Einrichtungen vergrößern soll.

Partydrogenkonsumentinnen und -konsumenten

Jugendliche und Heranwachsende sollen im Rahmen ihrer „Ausgekkultur“ über die Risiken des Konsums der hier verbreiteten Suchtmittel sowie die zur Verfügung stehenden Hilfemöglichkeiten informiert werden. Erfahrungen

liegen z. B. beim Träger Jugendhilft-Jugend e.V. vor, der zu diesem Zweck mit verschiedenen Kooperationspartnern wie z. B. einem Konzertveranstalter zusammenarbeitet. Weitere Angebote sollen entwickelt und evaluiert werden.

4.4.3 Frühzeitige Ansprache von suchtblasteten Familien

In Familien mit suchtblasteten Eltern liegen häufig Mehrfachprobleme vor, in Extremfällen kann auch eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegen. Ein erhöhtes Suchtrisiko für Kinder aus diesen Familien ist belegt. Deshalb sollen suchtblastete Familien, frühzeitig angesprochen werden, bereits in der Schwangerschaft und im Kleinkindalter. Ziele sind die Unterstützung bei der Überwindung der Suchterkrankung der Eltern, Vermeidung suchtmittelinduzierter Behinderungen bei den Kindern, Voraussetzungen zu schaffen für eine gesunde Geburt und Entwicklung der Kinder sowie Schutz vor Gefährdungen. Die Planungen des Senats, das Familienhebammenprojekt zu verstetigen und auszubauen, wird hierbei auch der Zielgruppe der suchtblasteten Familien zugute kommen. Die Erziehungskompetenz der Eltern und Schutzfaktoren bei den Kindern sollen gestärkt werden. Die größere Bereitschaft schwangerer Frauen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise ist als zusätzliche Motivation zu nutzen.

Schwangerschaft und Geburt

Insbesondere drogenabhängige Frauen erkennen ihre Schwangerschaft häufig erst zu einem sehr späten Zeitpunkt, nehmen selten Vorsorgeuntersuchungen wahr und sind wenig auf ihre zukünftige Rolle vorbereitet. Es wird darauf hingewirkt, Schwangerschaften in Zukunft frühzeitiger zu erkennen. Schwangere Suchtkranke sollen durch die Suchthilfe gezielt angesprochen und ihnen konkrete Angebote zur Behandlung ihrer Suchterkrankung, zur Verbesserung der Lebensbedingungen (z. B. gesundheitliche Versorgung, Wohnen) und Krisenbewältigung sowie Entlastung bei der Versorgung des Kindes gemacht werden. Darüber hinaus sollen verstärkt Hilfen für die betroffenen Kinder angeboten werden. In die Behandlung, Betreuung und Begleitung von schwangeren Suchtkranken und Familien mit Suchtblastungen fließen medizinische und psychosoziale Aspekte ein, die von mehreren Berufsgruppen (Sozialpädagogen, Ärzte, (Familien-)Hebammen, Pflegedienste und andere) in verschiedenen Arbeitsbereichen (niedergelassene Ärzte, Krankenhäusern, Drogenhilfe, Jugendhilfe, Mütterberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Schule und anderen) gemeinsam wahrgenommen werden. Um die Zusammenarbeit dieser Institutionen zu gewährleisten, ist eine Vernetzung und enge Kooperation erforderlich. Eine Kooperationsvereinbarung¹⁵⁾ zwischen den beteiligten Institutionen wird angeregt und aktiv gefördert.

Mütter und Väter in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe

Bei Klientinnen und Klienten in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die auch Mütter und Väter sind, soll regelhafte die Situation von Kindern, die in den betroffenen Familien leben, berücksichtigt werden. Bei der Beurteilung der Situation der Kinder sollen ggf. externe Kompetenzen genutzt werden. Bei Verdacht auf

¹⁵⁾ Vergleichbare Kooperationsvereinbarungen liegen in München und Essen bereits vor.

Kindeswohlgefährdung sind die zuständigen allgemeinen sozialen Dienste hinzuzuziehen. Standardisierte Verfahrensweisen für die Einschätzung der Situation der Kinder stehen zur Verfügung und sollen flächendeckend von den Trägern der Suchthilfe angewendet werden. Grundlage der Zusammenarbeit zwischen der Suchthilfe und der Jugendhilfe sind die in der Drucksache 18/2926 „Hamburg schützt seine Kinder“ beschriebenen Verfahrensgrundsätze und Maßnahmen.

Modellprojekt „Connect“

Mit dem Ziel, die Entwicklungschancen von Kindern aus suchtbelasteten Familien zu verbessern und der Herausbildung von Suchtstrukturen bei diesen Kindern frühzeitig entgegenzutreten, führt die BSF in Kooperation mit der BWG, der BBS und dem Bezirksamt Altona in Osdorf das Modellprojekt „Connect“ durch. Mit dem Projekt soll auf der Basis einer systematischen Vernetzung der in der Projektregion zuständigen Einrichtungen, Träger und Institutionen die Effektivität der verfügbaren Regel- und abrufbaren Hilfeangebote zielgruppengerecht optimiert werden. Der Träger dieses arbeitsfeldübergreifenden Modellprojekts, das Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e. V., hat im IV. Quartal 2005 einen Endbericht vorgelegt. Die federführende Behörde prüft, ob und wie das Projekt in die Fläche übertragen werden soll.

4.4.4 Spezifische Angebote im Rahmen allgemeiner pädagogischer Arbeit der Jugendhilfe

Jugendhilfe entfaltet im Rahmen ihrer sozialpädagogischen Arbeit bereits eine – allerdings schwer messbare – präventive Wirkung, indem sie dazu beiträgt, protektive Faktoren (Selbstwert, psychische Stabilität, personale Identität, soziale Kompetenzen der Lebensbewältigung etc.) zu stärken und Risikofaktoren zu mindern bzw. ihren Einfluss abzuschwächen. Im Sinne von § 14 SGB VIII ist es darüber hinaus auch eine Aufgabe der Jugendhilfe (neben den Eltern und Schulen), Kinder und Jugendliche zu befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und ihre Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit auch im Umgang mit Suchtmitteln und Suchtgefahren zu stärken. Fachkräfte der Jugendhilfe üben eine Vorbildfunktion für die zu betreuenden Kinder und Jugendlichen aus. In den Einrichtungen der Jugendhilfe soll deshalb vermehrt über Risiken und Gefahren des Suchtmittelkonsums aufgeklärt und über das Thema Sucht mit den Jugendlichen gesprochen werden. Dazu ist ein Konsens über den Umgang mit Suchtmitteln sowie mit Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen herzustellen.

Es werden verstärkt suchtpreventive Angebote in den Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit durchgeführt, die sich an den aktuellen Konsumtrends der Besucherinnen und Besucher und/oder der jungen Menschen im Umfeld der Einrichtung orientieren. Hierzu gehören z. B. Maßnahmen zur Nichtraucherförderung, die dem Einstieg in den regelmäßigen Zigarettenkonsum entgegenwirken, oder Maßnahmen zur Eindämmung des Alkohol- oder sonstigen Drogenmissbrauchs. Zur Qualitätssicherung und um die suchtpreventiven Angebote möglichst effektiv zu gestalten, sollen sich die Angebote an den gängigen Standards der Suchtprävention orientieren. Die BSF wird entsprechende Regelungen in die Globalrichtlinie „Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit in den Bezirken“ aufnehmen.

Unterstützung erhalten die Fachkräfte der Regeleinrichtungen bei der Planung und Durchführung von suchtpreventiven Maßnahmen durch die spezialisierten Suchtpreventionsfachkräfte sowie durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe. Schon bei der Planung von Angeboten sind Jugendliche möglichst einzubeziehen.

4.5 Optimierung der Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und stationärer Suchthilfe

Probleme in der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe (einschließlich des suchtmmedizinischen Versorgungsbereichs) entstehen im Hinblick auf die Zielgruppe der drogenabhängigen Minderjährigen vor allem an den Übergängen zwischen stationären Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung und stationären Angeboten zur Entgiftung und Therapie. Notwendig sind Absprachen über gestaltete Übergänge zwischen den Hilfesystemen, wenn neben stationären Hilfen zur Erziehung Maßnahmen der stationären Suchthilfe erforderlich sind. Diese Absprachen müssen im Rahmen der regelhaft vom ASD einberufenen Hilfeplangespräche stattfinden und im Hilfeplan festgehalten werden. Grundsätzlich soll der ASD in diesen Fällen für das Case Management verantwortlich sein. Die Fallverantwortung soll auch dann erhalten bleiben, wenn ein Jugendlicher sich in einer stationären Entgiftung oder Therapie befindet und ein weiterer erzieherischer Hilfebedarf festgestellt ist. Ziel ist, in geeigneten Fällen auch bei einem Abbruch einer Entgiftung oder Therapie eine erzieherische Maßnahme fortzusetzen, um die Jugendlichen erneut in Maßnahmen der Suchthilfe zu vermitteln.

Die strukturellen Voraussetzungen für eine Verzahnung der Hilfesysteme sind geschaffen. Die BSF wird im Rahmen einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung der bezirklichen Jugendämter und von Trägern der Suchthilfe Empfehlungen für die Zusammenarbeit beider Systeme erstellen, um Lösungen für typische Fallkonstellationen zu erarbeiten und zu einer weiteren Verbesserung und Verstärkung der Kooperation beizutragen.

Bei suchtbelasteten Jugendlichen, die aus allen Bezügen herausfallen, oder heraus zu fallen drohen, (jugendliche Trebegänger oder Prostituierte) ist von einer Gefährdung des Kindeswohls auszugehen. Hier werden die in der Drucksache „Hamburg schützt seine Kinder“ beschriebenen Verfahren und Maßnahmen angewendet.

4.6 Weiterentwicklung der Behandlungsmöglichkeiten für suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche in Hamburg

Die stationären Behandlungskapazitäten für suchtbelastete Kinder und Jugendliche sind derzeit ausreichend. Die Fallzahlen für die ambulante Behandlung suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder und Jugendlicher in der Drogenambulanz des UKE wurden begrenzt. Ob der Bedarf an Behandlungsplätzen auf Grund der stärkeren Fokussierung von Jugendhilfe, Suchthilfe und Suchtprävention auf Gruppen mit erhöhter Suchtgefährdung ansteigt, ob entsprechend Angebote stationärer Versorgung ausgebaut werden sollten und ob die bestehenden Angebote einer stärkeren kinder- und jugendpsychiatrischen Ausrichtung bedürfen, ist unter anderem im Rahmen der Fortschreibung des Krankenhausplans zu prüfen. Die Frage der ambulanten Behandlungskapazitäten für suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche soll darüber hinaus in dem neu eingerichteten

Koordinationsgremium für die Suchtkrankenhilfe beraten werden (s. Kapitel 4.2).

4.7 Intensivierung von Maßnahmen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes

Die konsequentere Umsetzung des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) gegenüber Gewerbetreibenden ist ein wichtiger Baustein im Gesamtkonzept von Prävention und Intervention. Dazu muss einerseits eine breitere Kenntnis des Gesetzes bei Gewerbetreibenden erreicht werden, andererseits müssen Verstöße insbesondere hinsichtlich des Verkaufes bzw. Zugangs für Kinder und/oder Jugendliche zu Alkoholika und Tabakwaren deutlich geahndet werden.

Im Rahmen einer Kampagne und in Kooperation zwischen den Bezirksämtern, der Polizei und dem Büro für Suchtprävention sollen Informationsmaterialien für Kioskbesitzer, Einzelhändler und Tankstellen entwickelt und durch die Bezirksämter versandt werden, um auf das Thema aufmerksam zu machen und zur Mitarbeit bei der Einhaltung des Jugendschutzgesetzes zu motivieren. Begleitend sind in den Bezirken verschiedene Aktionen zum Thema geplant.

Zur Umsetzung des Jugendschutzgesetzes wird die bisherige Globalrichtlinie novelliert. Darüber hinaus wird die BSF den Bezirken eine Bußgeldempfehlung mit deutlich höheren Bußgeldern als bisher bei Verstößen gegen die Ge- und Verbote auch hinsichtlich des Zugangs und der Abgabe von Tabak- und Alkoholprodukten zur Verfügung stellen. Schwerpunktmaßnahmen der Behörden zur Umsetzung des Jugendschutzgesetzes sollen koordiniert erfolgen.

Bei Verstößen gegen das JuSchG werden Verfahren primär durch die zuständigen Stellen und subsidiär durch die Polizei eingeleitet. Darüber hinaus werden Erziehungsberechtigte oder ggf. die Jugendhilfe informiert. Derartige Maßnahmen werden von allen Polizeidienststellen getroffen.

4.8 Rauchverbot an Hamburger Schulen

Suchtprävention soll stärker als bisher strukturell wirksame Maßnahmen einbeziehen; dazu gehört das generelle Rauchverbot an Schulen, das am 1. August 2005 in Kraft getreten ist (vgl. Drucksache 18/1706).

Ein verbindliches, im Gesetz verankertes generelles Rauchverbot unterstützt die Nichtraucherförderung bei Kindern und Jugendlichen und bringt damit stärker zum Ausdruck, dass der Konsum von Tabakwaren abzulehnen ist. Es soll den Tabakkonsum von Schülerinnen und Schülern einerseits durch Verhinderung und Verzögerung des Einstiegs reduzieren, andererseits dadurch, dass die Möglichkeit eingeschränkt wird, im Laufe eines Schultages zu rauchen. Zugleich soll das Verbot dem Missbrauch

weiterer psychotroper Substanzen durch Schülerinnen und Schüler vorbeugen. Das Rauchverbot in Schulen gilt auch für Lehrkräfte und das nicht pädagogische Personal, Elternschaft, Besucherinnen und Besucher. Die Erwachsenen und älteren Schülerinnen und Schüler sollen durch das Verbot zu vorbildlichem Verhalten angehalten werden und damit die Glaubwürdigkeit von Maßnahmen zur Aufklärung, Vorbeugung und Entwöhnung künftig unterstützen.

Mit der SCHULBUS-Untersuchung wird in den folgenden Jahren erhoben, ob das generelle Rauchverbot einen messbaren Einfluss auf den Nikotinkonsum von Kindern und Jugendlichen hat. Als Indikatoren eignen sich die Raucherquote in der Altersgruppe der 14–18-Jährigen, das Einstiegsalter beim Konsum der ersten Zigarette und die Menge der gerauchten Zigaretten.

4.9 Polizeiliche Maßnahmen

Zusätzlich zu den oben bereits benannten Maßnahmen setzt die Polizei ihr Konzept fort, die Drogenkriminalität konsequent zu bekämpfen, um unter anderem die Verfügbarkeit illegaler Drogen – auch für Kinder und Jugendliche – zu erschweren bzw. zu verhindern. Dieses betrifft insbesondere die Bekämpfung des Drogenhandels und die sich hieraus ergebenden öffentlich sichtbaren Auswirkungen. Beim Vorgehen gegen die öffentlich sichtbare Drogenkriminalität priorisiert die Polizei dabei weiterhin das Konzept der Strafverfolgung vor der Gefahrenabwehr. Ebenso geht die Polizei besonders gegen Personen vor, die öffentlich sichtbar insbesondere im Umfeld von Schulen oder sonstigen von Jugendlichen genutzten Einrichtungen illegale Drogen konsumieren. Mit diesen Maßnahmen trägt die Polizei dazu bei, dass der Zugang zu illegalen Drogen erschwert und zugleich die Verfügbarkeit reduziert wird.

Die Polizei hat darüber hinaus ein Maßnahmenkonzept zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch im Straßenverkehr entwickelt. Entsprechend diesem Konzept führen erfahrene Polizeibeamte, die intensiv und praxisorientiert hinsichtlich der Erkennung und Nachweisbarkeit unter Einfluss illegaler Drogen stehender Verkehrsteilnehmer fortgebildet werden, kontinuierlich mobile Kontrollen sowie bei entsprechenden Anlässen auch große Standkontrollen im Straßenverkehr durch. Ziel ist es insbesondere, junge Fahrerinnen und Fahrer mit diesen Maßnahmen zu erreichen und auch dem im Straßenverkehr erkannten Missbrauch illegaler (aber auch legaler) Drogen und Suchtmittel konsequent entgegenzutreten.

Petition

Die Bürgerschaft wird gebeten, von den Ausführungen in dieser Drucksache Kenntnis zu nehmen.