

Suchtprävention in der Heimerziehung



Handbuch zum Umgang
mit legalen wie illegalen Drogen,
Medien und Ernährung

Arbeitshilfen für die Praxis

Impressum

Herausgeber



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de
Nadja Wirth

Kooperationspartner



LWL-Landesjugendamt Westfalen

Projektleitung und Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann
Christa Merfert-Diete

Autoren und Autorinnen

Nadja Wirth, LWL-Landesjugendamt (wo im
Inhaltsverzeichnis nicht anders gekennzeichnet)

Prof. Dr. phil. Menno Baumann, Fliegener-
Fachhochschule Düsseldorf, Leinerstift e. V.,
Großefehn

Prof. Dr. Ernst Fricke, Mag.rer.publ., Rechtsanwalt,
Mediator, Hochschullehrer, Landshut, Kath. Uni-
versität Eichstätt

Dr. pol. Hildegard Pamme, LWL-Landesjugendamt
Beate Rotering, LWL-Landesjugendamt

Gestaltung

Volt Communication GmbH, Münster

Lektorat

Dr. Christine Hutterer, München

Druck

Warlich, Meckenheim

Auflage

2. Auflage 2018
2.25.03.18

ISBN 978-3-937587-06-6

Fachbeirat Wissenschaft und Praxis

Prof. Dr. Menno Baumann

Prof. Dr. Tanja Legenbauer, LWL Universitätsklinik
Hamm der Ruhr-Universität Bochum

Dr. Hildegard Pamme

Beate Rotering

Jürgen Schlieckau, Dietrich-Bonhoeffer-Klinik

Sonja Vennhaus, Ev. Jugendhilfezentrum Johannes
Falk

Dr. Monika Weber, LWL-Landesjugendamt

Zitierweise

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS),
Wirth, Nadja (Hrsg.) (2017): Suchtprävention in
der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit
legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernäh-
rung. Hamm.

Diese Veröffentlichung wird von der Deutschen
Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369,
59003 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszen-
trale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln
(order@bzga.de), kostenfrei abgegeben Sie ist nicht
zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den
Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer

33240100



Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheits-
liche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundes-
ministeriums für Gesundheit

Suchtprävention in der Heimerziehung

Handbuch zum Umgang
mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung

Inhalt

Vorwort	4
1 Einführung	6
1.1 Besonderer Bedarf an Gesundheitsförderung in der Heimerziehung	7
1.2 Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf das Konsumverhalten (M. Baumann)	11
1.3 Gesundheitsförderung und Prävention	13
1.3.1 Zielgruppenspezifische Ansätze und Ziele	13
1.3.2 Emotionsregulation und Handlungsalternativen als Kern der Konsumthematik	16
1.3.3 Prävention im Heim: Strukturell, phänomenübergreifend und risikospezifisch	19
2 Rauschmittel, Medien und Ernährung	20
2.1 Legale und illegale Rauschmittel	21
2.2 Medien	26
2.3 Ernährung	30
3 Konsumverhalten erlernen, verstehen und einschätzen	34
3.1 Konsumverhalten als Entwicklungsaufgabe (M. Baumann)	35
3.2 Entwicklung einer Abhängigkeit: Schutz- und Risikofaktoren Exkurs: Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)	38 41
3.3 Unterschiedliche Konsummuster	42
3.4 Zusammenhänge zwischen riskantem Konsumverhalten, psychischen Erkrankungen und psychosozialen Auffälligkeiten	46
4 Rechtliche Hinweise: FAQs (E. Fricke)	48
5 Kooperationspartner im Hinblick auf Suchtprävention und Abhängigkeitsbehandlung	56
5.1 Suchtprävention und ambulante Suchthilfe	58
5.2 Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung	61
5.3 Stationäre Einrichtungen: medizinische und pädagogische Angebote für abhängige Jugendliche	62
6 Konzeptionelle Anregungen zur Suchtprävention in Heimen	66
6.1 Grundlagen der Konzepterstellung	68
6.1.1 Konzeptionelle Grundhaltungen und Ziele	68
6.1.2 Pädagogischer Umgang mit Abhängigkeit bei Jugendlichen	70
6.2 Strukturelle, verhältnispräventive Maßnahmen	74
6.2.1 Regeln zum Umgang mit Konsum	75
6.2.2 Konsumverhalten in Diagnostik und Hilfeplanung integrieren	77
6.2.3 Partizipation von Kindern und Jugendlichen	81
6.2.4 Personalentwicklung (H. Pamme / M. Baumann / N. Wirth)	82
6.2.5 Kooperationsstrukturen ausbauen und pflegen	86

6.3	Verhaltenspräventive Maßnahmen	90
6.3.1	Förderung der Persönlichkeitsentwicklung für alle (universelle Prävention)	92
6.3.2	Maßnahmen für Risikogruppen (selektive Prävention)	98
6.3.3	Maßnahmen für auffällig gewordene junge Menschen (indizierte Prävention)	100
6.4	Umsetzung des Konzeptes	106
6.4.1	Erste Schritte zur strategischen Umsetzung	106
6.4.2	Bestandserhebung	108
6.4.3	Einbindung in die Qualitätsentwicklung (B. Roterung / N. Wirth)	110
6.5	Beispiele für Konsum-Situationen und mögliche Lösungen	115
7	Arbeitshilfen	121
7.1	Checklisten für Leitungen und Fachkräfte	121
7.1.1	Aufgabenverteilung zwischen Leitungs- und Fachkräften	121
7.1.2	Was können Fachkräfte bei welchem Konsummuster tun?	124
7.2	Motivational Interviewing als Haltung und Beratungsform	125
7.3	Erhebungs- und Screening-Instrumente zum riskanten Konsumverhalten	127
7.3.1	Instrument zur Erhebung des Konsumverhaltens im Rahmen sozial- pädagogischer Diagnostik	127
7.3.2	Kriterien zur Diagnose substanzbezogener Störungen	133
7.3.3	Screening-Instrument CSVk-S für exzessiven Mediengebrauch	134
7.3.4	Essstörungen und Adipositas im Überblick	140
7.4	Übungen zur Reflexion: Umgang mit Substanzen	142
7.4.1	Wie erkennt man seelische Abhängigkeit?	142
7.4.2	Konsumdiagramm erstellen	144
7.4.3	Mögliche Themen und Strategien bei der Veränderung des Cannabiskonsums	145
7.4.4	Ambivalenzenwaage nach Miller und Rollnick	147
7.5	Hinweise zum risikomindernden Umgang mit Substanzen und Verhalten im Drogen-Notfall	148
7.6	Literaturtipps: (Nicht-)Rauchen und Förderung der Kooperation	150
8	Literaturverzeichnis	152
9	Verzeichnis der Autoren und weiterer Beteiligter	159

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,*

wir freuen uns, Sie zum Handbuch „Suchtprävention in der Heimerziehung“ zu begrüßen – zu einem spannenden und facettenreichen Thema, das mit anderen pädagogischen Themen eng verknüpft ist. Viele der hier zusammengestellten Maßnahmen können in Heimen selbständig umgesetzt werden, für andere Ansätze ist die Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen sinnvoll. Einrichtungen der öffentlichen Erziehung bieten Kindern und Jugendlichen, die vorübergehend oder nicht mehr bei ihren Eltern leben können, einen sicheren Ort, um (nach-)reifen und ihre Potenziale entfalten zu können. Dabei kann es für Pädagogen eine herausfordernde Aufgabe darstellen, mit riskantem Konsumverhalten angemessen umzugehen: Doch was ist überhaupt „riskant“? Wie können Fachkräfte auf welches Konsumverhalten frühzeitig und erfolgversprechend reagieren? Und gleichzeitig den Schutz von Gruppenmitgliedern sicherstellen?

Zu diesen und weiteren Fragestellungen möchte dieses Handbuch einen Beitrag leisten.

Es soll

- ▶ praktisch orientiert sein und konkrete Tipps geben, die sofort im Arbeitsalltag erprobt und angewandt werden können,
- ▶ in kompakter Weise Hintergrundwissen vermitteln und auf weiterführende Informationsquellen verweisen,
- ▶ Anregungen geben, einzelne Bausteine oder ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention zu erarbeiten und in das bestehende pädagogische Konzept der Einrichtung zu integrieren – am besten gemeinsam mit betreuten jungen Menschen –, und
- ▶ Ihnen Lust auf (verstärkte) suchtpräventive Aktivitäten machen.

Die Gliederung ist thematisch aufeinander aufgebaut. Aufgrund vieler Verweise ist es jedoch für Leserinnen mit wenig Zeit durchaus möglich, interessengeleitet gezielt einzelne Kapitel anzusteuern. Kapitel 7.1.1 weist zudem aus, welche Abschnitte des Handbuchs besonders für Leitungs- und welche für Fachkräfte wissenswert sind.

Schwerpunkt des Handbuchs bildet das Thema „legale und illegale Drogen“. Erfahrungen und Wünsche aus der Praxis legten nahe, ebenso Medien und Ernährung in den Blick zu nehmen. Die Gründe für diesen verbindenden Blick sind dem ersten Kapitel zu entnehmen.

Die Kapitel 2 bis 5 bieten Hintergrundwissen

- ▶ zu den angesprochenen Konsummitteln,
- ▶ zur Einschätzung des Risikopotenzials bei unterschiedlichen Konsummustern,
- ▶ zur rechtlichen Perspektive und
- ▶ zur Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern aus anderen Hilfesystemen.

Kapitel 6 liefert Bausteine für ein umfassendes Konzept zur Gesundheitsförderung mit einem Schwerpunkt auf Konsumpädagogik. Es spricht die zentralen Themen an, die im 13. Kinder- und Jugendbericht des Deutschen Bundestags als Herausforderungen genannt werden: Übergewicht und Essstörungen, seelische Erkrankungen wie Depressionen, psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen. Diese Bausteine können Sie entsprechend dem individuellen Bedarf Ihrer Einrichtung – ggf. mit eigenen Ansätzen verknüpft und ggf. in zeitlichem Abstand eingeführt – zu einem eigenen gesundheitsförderlichen Konzept zusammenstellen.

Zentrales Ziel ist es, konsumbedingten Schäden und einer potenziellen Abhängigkeitsentwicklung vorzubeugen. Das geschieht einerseits über den Weg, dass Kinder und Jugendliche in ihrer Persönlichkeit so gestärkt werden, dass sie es möglichst nicht „nötig haben“, Konsum jeglicher Art als Hilfsmittel einzusetzen, um seelische Spannungszustände abzumildern. Andererseits geben wir Hinweise, wie bei riskantem Konsumverhalten pädagogische Grenzen gesetzt werden können, machen also konkrete Interventionsvorschläge. „Den“

richtigen Tipp gibt es dabei nicht – zum Glück sind Menschen so individuell, dass ihre Persönlichkeit, ihre Schutz- und Risikofaktoren und ihre psychosoziale Situation immer einzeln betrachtet und individuelle Wege gefunden werden müssen.

Junge Menschen in stationären Hilfen zur Erziehung sind zu einem hohen Anteil psychosozial komplex belastet. Sie zu unterstützen, erfordert (multiprofessionelle) Kompetenz, ausreichende Qualifizierung, sichernde Strukturen und emotionalen Schutz der Fachkräfte – auch darauf geht dieses Handbuch ein.

Kapitel 6 versteht sich als Beitrag zur Umsetzung der Änderungen im § 45 Abs. 2 SGB VIII durch das Präventionsgesetz (Erlaubnis zum Betrieb einer Einrichtung). Die Gewährleistung des Wohls der Kinder und Jugendlichen (und damit die Betriebs-erlaubnis) wird nun auch so definiert, dass die Einrichtungen ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld unterstützen.

In Kapitel 7 stehen Ihnen Arbeitshilfen in Form von z. B. Checklisten, einem strukturierten Erfassungsbogen zum Konsumverhalten und Übungen für Konsumierende zur Verfügung.

Die Jugendhilfe kann im Schulterschluss mit der Suchtprävention und Suchthilfe sowie mit der Kinder-/Jugendpsychiatrie und Psychotherapie viel dazu beitragen, dass junge Menschen einen möglichst risikoarmen Umgang mit Rausch- sowie anderen Konsummitteln erlernen und nicht von diesen abhängig werden.

Dabei ist (Nicht-)Rauchen ein Thema von großer Bedeutung in der Heimerziehung. Grundsätzlich sind die Vorschläge zum Umgang mit Konsumverhalten aus Kap. 6 und die Arbeitshilfen in Kap. 7 auch auf Tabak übertragbar. An einigen Stellen wird Tabak auch explizit erwähnt. Allerdings ist das Thema „Umgang mit (Nicht-)Rauchen in Einrichtungen“ sehr vielschichtig. Bisher liegt beispielsweise keine Forschung zu den Fragen vor, warum besonders Mädchen bzw. junge Frauen in der Heimerziehung zur Zigarette greifen und welche Maßnahmen die Akzeptanz und Unterstützung der Mitarbeiterschaft finden bzw. fördern. Daher wäre eine spezifische Veröffentlichung zu diesem Thema sinnvoll. Literaturtipps zur Förderung des Nicht-Rauchens und zur Kooperation zwischen den Hilfesystemen finden Sie in Kap. 7.6.

Bereits im Jahr 2003 hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) das Handbuch „Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe“ veröffentlicht. Es erschien aufgrund der großen Nachfrage in mehreren Auflagen. Um nach mehr als einem Jahrzehnt aktuelle Themen und den Bedarf der Zielgruppen neu zu erfassen, hat die DHS zunächst einen Workshop mit multidisziplinär zusammengesetzten Fach- und Leitungskräften veranstaltet (Teilnehmende s. Kap. 9). Andererseits wurde bei Prof. Dr. Michael Macsenaere vom Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH ein Gutachten in Auftrag gegeben. Neben dessen Expertenbewertung flossen auch die Ergebnisse aus seinen Interviews mit 21 pädagogischen Fach- und Leitungskräften in die Neufassung des Handbuchs ein.

Mit den so gewonnenen Hinweisen wurde das Handbuch zur Unterstützung der Heimerziehung vollkommen neu konzipiert und erstellt. Darüber hinaus möchten wir auch Pflegeeltern, Leitungs- und Fachkräfte in Jugendämtern, in der Suchtprävention und Suchthilfe sowie weitere Interessierte z. B. aus der Politik oder angrenzenden Systemen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie ansprechen.

Beim Lesen und Erproben des Handbuchs wünschen wir spannende Erfahrungen, engagierte neue und bewährte Kooperationspartner an Ihrer Seite, viel Vergnügen und Erfolg!

Dies verbinden wir mit unserem herzlichen Dank an alle Genannten und Ungenannten aus Jugendhilfe, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Rechtswesen, die mit Beiträgen, Unterstützung, Inspiration, Erfahrung, fachlichem Wissen und neuen Ideen die Entstehung dieses Handbuchs bereichert haben.

Die Herausgeber

* Hinweis zur geschlechtsspezifischen Schreibweise:

Wir verwenden, vor allem für Berufe, sowohl weibliche als auch männliche Bezeichnungen. Dies schließt in jedem Fall das jeweils ungenannte Geschlecht mit ein.



Wie zu erwarten, sind junge Menschen in der Heimerziehung psychosozial stärker belastet als die gleichaltrige Durchschnittsbevölkerung. Der Vergleich der beiden Gruppen junger Menschen zeigt den erhöhten Bedarf von Kindern und Jugendlichen in stationärer Erziehungshilfe, professionell mit den entsprechenden Herausforderungen umzugehen (Kap. 1.1).

Kapitel 1.2 erläutert die vier grundsätzlichen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe (versorgende, erzieherische, bildungsorientierte und therapeutische Dimensionen) und überträgt diese auf den Umgang mit Konsumverhalten junger Menschen. Suchtpräventives Handeln lässt sich auf unterschiedliche Phänomene übertragen. Beim vorliegenden Handbuch liegt der Schwerpunkt auf dem pädagogischen Umgang mit Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen. Die Grundhaltungen und Interventionen, die dabei vorgestellt werden, sind prinzipiell auf den Umgang mit Süßigkeiten, Computerspielen usw. übertragbar. Dadurch wird das Ziel verfolgt, einerseits unterschiedliches Konsumverhalten als pädagogischen Gesamtkomplex zu betrachten (Kap. 1.3.2, Förderung von Handlungsalternativen zum Konsum und der Emotions-

regulation als „Klammer“ um unterschiedliches Konsumverhalten). Andererseits sind mit unterschiedlichem Konsumverhalten natürlich auch spezifische Wirkungen und Risiken verbunden, die getrennt voneinander betrachtet werden müssen (vgl. Kap. 2).

Den präventiven Blick weiten und Zusammenhänge herstellen

Die größten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter werden im 13. Kinder- und Jugendbericht wie folgt zusammengefasst:

- ▶ Übergewicht und Essstörungen
- ▶ Depressive Erkrankungen (bis hin zu Suizidalität)
- ▶ Psychosoziale Auffälligkeiten
- ▶ Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol und Drogen

Die Sachverständigenkommission weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich diese Beeinträchtigungen langfristig auswirken (Deutscher Bundestag, 2009, S. 36).

Sehr viele Anlässe für die Unterbringung junger Menschen in Heimen (z. B. Misshandlungen mit traumatischen Erfahrungen) haben gravierende Auswirkungen auf deren psychosoziale Entwicklung. Daher ist davon auszugehen, dass junge Menschen in Heimen von den eben beschriebenen Beeinträchtigungen besonders betroffen sind. Wie diese Auffälligkeiten miteinander in Zusammenhang und Wechselwirkung stehen, erläutert Kapitel 3.4.

1.1 Besonderer Bedarf an Gesundheitsförderung in der Heimerziehung

Wenn im Folgenden Risikofaktoren beschrieben werden, von denen junge Menschen in stationären Hilfen zur Erziehung betroffen sind, handelt es sich dabei um erhöhte statistische Wahrscheinlichkeiten, nicht um die Etikettierung bestimmter Gruppen oder gar Individuen. Suchtpräventive Maßnahmen sind für alle Bevölkerungsgruppen wichtig, darunter besonders für junge Menschen, weil in den ersten Lebensjahren Weichen für das Erwachsenenalter gestellt werden. Sie sind besonders wichtig für Gruppen von Menschen, von denen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit angenommen wird, dass sie im Laufe ihres Lebens in Schwierigkeiten im Umgang mit Substanzen, Medien oder Ernährung geraten könnten. Diese Risikofaktoren sind beispielsweise eine Abhängigkeit von Sozialleistungstransfers, ein niedriges Bildungsniveau, eigene seelische Erkrankungen oder Eltern mit psychischer Erkrankung, u. a. mit Substanzabhängigkeiten.

Aufgrund begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen sollen besonders Menschen mit diesen Risikofaktoren von suchtpreventiven Maßnahmen profitieren.

Die folgenden ausgewählten Studien zeigen, dass Kinder und Jugendliche in Heimen in besonderem Maße Träger solcher Risikofaktoren sind und auch im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung früher und teilweise mehr Rauschmittel konsumieren. Dabei sei angemerkt, dass es sich hier um themenspezifische Schlaglichter handelt und die Studien z. B. aufgrund unterschiedlicher Größe und thematischer Schwerpunktsetzung nicht direkt untereinander vergleichbar sind.

Riskantes Konsumverhalten – ein Thema, das knapp 75 % der Bevölkerung betrifft

Die Gesundheit eines Menschen hängt wesentlich von vier verhaltensbezogenen Risiken ab: gesundheitsriskanter Alkoholkonsum, Tabakrauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht. Diese vier Faktoren stellen zentrale Risiken für Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen dar und verursachen 40 % aller Todesfälle zwischen 18 und 64 Jahren (John et al., 2015, S. 756). Knapp drei Viertel

der deutschen Bevölkerung (72,5 %) verhalten sich in mindestens zwei dieser Bereiche gesundheitlich riskant (ebenda, S. 757).

Das heißt: Viele Menschen haben ein oder mehrere „Konsumthemen“. Davon sind nicht einzelne soziale Gruppen betroffen, sondern alle sozialen Schichten und Berufe – auch die politisch verantwortlichen Personen, die Leitungen und die Fachkräfte in sozialen Einrichtungen, Verwaltungen oder im Gesundheitswesen. Wo noch nicht geschehen, möchte dieses Handbuch deshalb zunächst dazu ermuntern, sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinanderzusetzen. Auf dieser Grundlage können Pädagoginnen (selbst-)reflektiert mit jungen Menschen in den Diskurs gehen – gerne und gerade als „unperfekter“ Mensch.

Risikofaktoren seelische Erkrankung, Gewalterfahrung, niedriger sozioökonomischer Status

Schmid untersuchte die **seelische Gesundheit** von Jugendlichen in Heimen Baden-Württembergs. Die Probanden waren zwischen 4 und 18, im Durchschnitt 14,36 Jahre alt (Schmid, 2007, S. 81). Er ermittelte einen Anteil von 59,9 % für psychische Störungen (mindestens eine ICD-10-Diagnose) und – darin enthalten – eine Rate von 37 % Komorbidität, das heißt komplexe Störungsbilder, bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen (ebenda, S. 129). Am häufigsten wurden Störungen des Sozialverhaltens (26,0 %), Hyperkinetische Störung (22,0 %), Depression (10,4 %) und Substanzmissbrauch (8,8 %) diagnostiziert (ebenda, S. 102).

Im Leben vieler junger Menschen in Heimen spielt **Gewalt** eine Rolle. 69,2 % sind Opfer von Gewalt, 58,2 % haben selbst Gewalt ausgeübt (Schu, Mohr, Hartmann, 2014, S. 43). Gewalterfahrungen sind als potenzieller Schrittmacher für eine Abhängigkeitserkrankung zu sehen: Wie eine Übersichtsarbeit entsprechender Studien ermittelte, waren von den abhängigkeitserkrankten Frauen zwischen 27 und 69 % von körperlichen Misshandlungen in der Kindheit betroffen (Simpson, Miller, 2002, S. 27).

Deutschland ist weit von gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bevölkerung entfernt. Der **sozioökonomische Status** ist eine zentrale Ein-

flussgröße auf die Gesundheit: Frauen mit hohem Sozialstatus leben durchschnittlich 8,4 Jahre länger als Frauen mit niedrigem; unter Männern beträgt dieser Unterschied sogar 10,8 Jahre (RKI, 2015a). Rein statistisch gesehen sind die Startbedingungen für viele Kinder und Jugendliche in Heimen daher deutlich schwieriger als im Durchschnitt der Bevölkerung. 61 % der Familien, die in NRW Hilfe zur Erziehung erhalten (außer Erziehungsberatung), sind gleichzeitig von staatlichen Transferleistungen abhängig (Tabel, Pothmann, Fendrich, 2015, S. 7). Die Chancen für gesundes Aufwachsen liegen für junge Menschen aus gut gebildeten und finanziell abgesicherten Familien deutlich höher. Kinder mit hohem Sozialstatus ernten mit vergleichsweise wenig Anstrengung eher Profit, z. B. in Form von hoher Schulbildung und interessanten, gut bezahlten Arbeitsplätzen. Kinder mit niedrigem Sozialstatus müssen sich deutlich mehr anstrengen, um Gleiches zu erreichen.

Substanzkonsum in Heimen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung

Es sind nur relativ wenige Daten speziell zum **Substanzkonsum in stationären Hilfen zur Erziehung** verfügbar. Der Hilfeartspezifische Gesamtbericht zum § 34 SGB VIII 2013 „EVAS“ ermittelte für die interventionsbedürftige Problemlage „Alkohol-/Drogen-/Medikamentenmissbrauch“ bei Hilfebeginn einen Anteil von 16,3% aller Betreuten der teilnehmenden Heime (Institut für Kinder- und Jugendhilfe, 2014, S. 28). Bei diesem Anteil muss berücksichtigt werden, dass die Erhebung alle jungen Menschen in den teilnehmenden Heimen umfasste, also die Altersspanne der „unter 6-Jährigen“ bis „über 18-Jährigen“ (ebenda, S. 3).

Im Rahmen des Projektes „JaN – Jugendhilfe auf dem Weg zum Nichtrauchen“ wurde 2005 eine schriftliche Fragebogen-Erhebung zum Rauchverhalten junger Menschen in LWL-Jugendheimen durchgeführt. Unter den 6- bis 14-Jährigen lag der Anteil der rauchenden Kinder bei 54 % und unter den 15- bis 21-Jährigen bei 84 % (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2007, S. 5). Im Alter von 9 Jahren rauchten 20 % mindestens eine Zigarette pro Tag. 49 % äußerten den Wunsch nach Unterstützung beim Beenden des Tabakkonsums (ebenda, S. 10).

Acht Jahre später fand eine weitere, größer angelegte Studie in LWL-Jugendheimen statt (Schu, Mohr, Hartmann, 2014, im Auftrag der LWL-Koordinationsstelle Sucht). Die Untersuchung erhob Angaben zum Rauschmittelkonsum und zu weiteren psychosozialen Themen von 44 Mädchen und 47 Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Wenn gleich nach den Ergebnissen der Anteil der täglich Rauchenden auf 29,7 % deutlich zurückgegangen ist, verbleibt er immer noch auf sehr hohem Niveau – gerade im Vergleich zur gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung: Wie die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ermittelte, rauchen 3,5 % der 12- bis 17-Jährigen täglich (Orth, 2016, S. 23). Besonders auffällig ist das Rauchverhalten der Mädchen in stationären Hilfen zur Erziehung. Doppelt so viele Mädchen wie Jungen rauchen hier täglich (Jungen: 19,1 %; Mädchen: 40,9 %) (Schu, Mohr, Hartmann, 2014, S. 93).

In der 12- bis 17-jährigen Durchschnittsbevölkerung trinken deutlich mehr Jungen als Mädchen regelmäßig (mindestens wöchentlich) Alkohol: 14,9 % der Jungen und 6,7 % der Mädchen (Orth, 2016, S. 43). Bei den 12- bis 17-Jährigen in der Heimerziehung verkehrt sich der Anteil der regelmäßig Alkoholkonsumierenden bei den Geschlechtergruppen nahezu: 8,5 % der Jungen und 13,6 % der Mädchen trinken regelmäßig Alkohol (Schu, Mohr, Hartmann, 2014, S. 20). Vier der befragten Mädchen und zwei der Jungen in Heimen wurden infolge einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt (ebenda, S. 91). Verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung ist dieser Anteil

etwa 20-fach erhöht (ebenda, S. 21). Wenngleich die geringe Stichprobengröße berücksichtigt werden muss, deuten diese Zahlen auf eine besondere Bedeutung von Alkoholintoxikationen junger Menschen, besonders Mädchen, in Heimen hin.

Während Jungen in der Heimerziehung im Vergleich zu ihren Geschlechts- und Altersgenossen in der Allgemeinbevölkerung beim regelmäßigen Alkoholkonsum deutlich zurückhaltender sind, greifen sie wesentlich häufiger zu Cannabis. Im letzten Monat vor der Befragung hatten 10,6%

Cannabis konsumiert (Schu et al., 2014, S. 32) versus 2,7% in der BZgA-Studie (Orth, 2016, S. 84). Eine mögliche Erklärung dafür liegt in der aggressionshemmenden Wirkung von Cannabis, besonders im Vergleich zu Alkohol. Auch unter den Mädchen in der Heimerziehung war der Anteil derjenigen, die im vergangenen Monat „gekiff“ hatten, deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung: 6,8% versus 1,6% (ebenda).

Zu dem hier dargestellten Zahlen-Verhältnis gibt die nachfolgende Tabelle einen Überblick:

	12- bis 17-jährige in der Durchschnittsbevölkerung, Angaben in Prozent (Orth / BZgA, 2016, S. 23, S. 43, S. 84)		12- bis 17-Jährige in Heimen, Angaben in Prozent (Schu, Mohr, Hartmann, 2014, S. 93, S. 20, S. 32)	
	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen
Täglicher Tabakkonsum	3,5	3,4	40,9	19,1
Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens ein Mal pro Woche in den letzten 12 Monaten)	6,7	14,9	13,6	8,5
Cannabiskonsum im letzten Monat	1,6	2,7	6,8	10,6

Vergleich des durchschnittlichen Konsumverhaltens von jungen Menschen in stationären Erziehungshilfen mit der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung

Je früher der **Einstieg in den Substanzkonsum** stattfindet, desto größer ist das Risiko gesundheitlicher Schäden und einer Abhängigkeitsentwicklung (vgl. Kap. 3.4). Die nachfolgende Tabelle zeigt, dass junge Menschen in der Heimerziehung deutlich früher mit dem Substanzkonsum beginnen als die gleichaltrige Durchschnittsbevölkerung:

	12- bis 17-jährige in der Durchschnittsbevölkerung, Angaben in Prozent (BZgA, 2015)	12- bis 17-Jährige in Heimen, Angaben in Prozent (Schu, Mohr, Hartmann, 2014)
	Einstiegsalter Tabak	14,8
Einstiegsalter Alkohol	13,8	nicht erhoben
Einstiegsalter Cannabis	16,7 (BZgA, 2012)	14,3

Vergleich des durchschnittlichen Einstiegsalters in den Konsum unterschiedlicher Substanzen von jungen Menschen in stationären Erziehungshilfen mit der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung

Die in der Studie ebenfalls befragten Fachkräfte wurden um die Einschätzung des Konsumverhaltens der betreuten jungen Menschen gebeten. Sie unterschätzten sowohl die Verbreitung als auch die Intensität des Konsums (Schu, Mohr, Hartmann, 2014, S. 73).

Eine Studie aus Utrecht kam bereits 2011 zu dem Ergebnis, dass 12- bis 18-Jährige in niederländischen Heimen deutlich wahrscheinlicher in riskanter Weise mit Substanzen umgehen als die Referenzgruppe gleichen Alters in Regelschulen. Wenn die Jugendlichen aus Heimen gleichzeitig auch eine Förderschule für Verhaltensauffällige oder Lernbehinderte besuchten, stieg die Wahrscheinlichkeit riskanten Konsums noch weiter an. Diese Zahlen werden nachfolgend in Klammern dargestellt:

- ▶ 10,4-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, täglich Zigaretten zu rauchen (mit Förderschule OR 16,9),
- ▶ 2,3-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, erhebliche Mengen an Alkohol zu trinken (mit Förderschule OR 3,5),
- ▶ 5,5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, Erfahrungen mit Cannabis zu haben (mit Förderschule OR 9,6),
- ▶ 5,5-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, Erfahrungen mit (hier sogenannten) harten Drogen zu haben (mit Förderschule OR 8,1).

(Kepper et al., 2011, S. 317)

Vor dem Hintergrund statistisch deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit für Belastungsfaktoren und für das Auftreten riskanter Konsumformen ist es also sehr sinnvoll, den Substanzkonsum und weitere Verhaltensrisiken in der Heimerziehung besonders in den Blick zu nehmen.

1.2 Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Hinblick auf das Konsumverhalten (M. Baumann)

Die Grundfrage jeder konzeptionellen Überlegung im Umgang mit riskantem Konsumverhalten in der Kinder- und Jugendhilfe ist und bleibt, welches Aufgabenprofil sich dieser pädagogische Professionsbereich selbst zuschreibt. Ein souveräner Umgang mit riskantem oder illegalem Konsum ist nur dann möglich, wenn sich Fachkräfte ihrer beruflichen Identität sicher sind und das Verhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf dieser Grundlage reflektieren können. Dabei stehen das (emotionale) Alter des jungen Menschen, Eigenverantwortung und Aufsichtspflicht wie z. B. Kindeswohlsicherung mitunter in einem Spannungsverhältnis.

Die pädagogische Arbeit in Einrichtungen der erzieherischen Hilfen hat vier grundlegende Dimensionen, die auch im Falle konsumierender junger Menschen zu reflektieren sind:

1. Gewährleistung der Versorgung und des Schutzes des jungen Menschen (versorgende Dimension)

Diese Dimension ist grundlegend für jeden pädagogischen Prozess. Sie bereitet in der Arbeit mit konsumierenden jungen Menschen häufig Schwierigkeiten. Gleichzeitig gilt sie als Voraussetzung, damit Kinder und Jugendliche z. B. von psychotherapeutischen Angeboten profitieren können. Die Versorgung eines jungen Menschen zu gewährleisten, wenn sich dessen Bedürfnisbefriedigung mehr auf eine Substanz bzw. Verhaltensweise hin verschiebt (riskanter Konsum bis zur Abhängigkeit) und andere Grundbedürfnisse in den Hintergrund treten (Taschengeld wird sofort umgesetzt), ist die eine Seite. Ab welchem Zeitpunkt ein Konsumverhalten so stark wird, dass es die Entwicklung des jungen Menschen nachhaltig gefährdet oder dieser sich durch Beschaffungshandlungen wie Prostitution selbst traumatisiert, ist dabei die andere Frage. An diesem Punkt stellt sich für jeden Beteiligten der öffentlichen wie auch der freien Jugendhilfe das Problem der Verantwortung: Wie gewährleiste ich Schutz für einen Menschen, der sich selbst (massiv) gefährdet?

2. Konfrontation des jungen Menschen mit gesellschaftlichen Werten und Normen des Zusammenlebens (erzieherische Dimension)

Diese Dimension benötigt im Umgang mit jeglichem Konsumverhalten eine Haltung der pädagogischen Präsenz. Die Arbeit mit jungen Menschen erfordert eine Positionierung, auch wenn nicht erwartet werden kann, dass junge Menschen diese Haltung übernehmen. Die kommunikative Begegnung kann nur im Sinne der Botschaft erfolgen:

„Letztlich entscheidest du selbst, was und wie viel du konsumierst. Wenn ich jedoch den Eindruck habe, dass du dir selbst schadest, versuche ich Einfluss zu nehmen, damit du Risiken so weit wie möglich minderst.“ Wenn der junge Mensch dann aber in eine Situation gerät, in der er konkrete Unterstützung braucht (z. B. medizinisch, siehe Dimension 1), dann gilt es, ihm nicht belehrend oder besserwisserisch zu begegnen, sondern ihm zu signalisieren, dass man zur Erfüllung der ersten Dimension bedingungslos bereit ist. Nur dann wird der junge Mensch die Rückmeldung, die diese Dimension voraussetzt, auch als solche auf sich wirken lassen können.

3. Unterstützung bei der Entwicklung einer (glaubhaften) Zukunftsperspektive und Eröffnung möglichst vielfältiger Handlungsspielräume (bildungsorientierte Dimension)

Im Fokus dieser Frage steht ein wesentlicher Aspekt pädagogischer Arbeit in Krisensituationen insgesamt. Fachkräfte sind sehr mit der Frage beschäftigt: „Wie verhindern wir, dass ...?“ – Im Zentrum aber sollte vielmehr die Frage stehen: „Welche guten Gründe können wir anbieten, dass stattdessen ...?“ Alle einschlägigen Studien belegen, dass die Entwicklung einer glaubhaften Zukunftsperspektive die beste Intervention ist, um Alternativen zu Problemverhalten zu entwickeln. Wenn es gute Gründe gibt und an ernstzunehmenden Alternativen gearbeitet wird, z. B. im Bereich des Umgangs mit den eigenen Emotionen und Affekten, kann das riskante Konsumverhalten im Rahmen der Biographie überflüssig werden. Langfristig ist das wirkungsvoller als Verbote oder Schock-Kampagnen.

4. Etablierung tragfähiger Beziehungs- und Bindungsangebote für den jungen Menschen, die Sicherheit geben und eine Identitätsentwicklung zulassen (therapeutische Dimension)

Jede Erziehungsarbeit ist in erster Linie professionell gestaltete Beziehungsarbeit. Eine tragfähige Beziehung – auch wenn sie bei einigen jungen Menschen vielleicht zunächst einem inszenierten desorganisierten Muster folgt – ist die einzige Chance, das reale Ausmaß des Konsums überhaupt einschätzen und dem jungen Menschen spiegeln zu können. Daneben bietet sie die Sicherheit, dass es einen Ankerpunkt für den jungen Menschen gibt, an den er sich wenden kann und wird, wenn er in Not gerät und ihm der Konsum zu entgleiten droht. Gerade in dieser Phase braucht der Mensch eine enge Begleitung, die durch verlässliches An-ihm-Festhalten im Vorfeld aufgebaut werden muss.

1.3 Gesundheitsförderung und Prävention

1.3.1 Zielgruppenspezifische Ansätze und Ziele

Der Ansatz der **Gesundheitsförderung** entwickelt sich seit den 1980er Jahren (Kaba-Schönstein, 2011). Er ist eng verknüpft mit der Salutogenese (Aaron Antonovsky). Antonovsky ging in den 1970er Jahren der Frage „Was hält Menschen gesund?“ nach und ergänzte damit die Perspektive der bis dahin vorherrschenden Pathogenese („Was macht Menschen krank?“). Damit nahm Antonovsky die Erforschung von Ressourcen in den Blick. Das Ziel, die Bevölkerung gesund zu erhalten, lässt sich also einerseits über die „Förderung von Ressourcen“ (Gesundheitsförderung) und andererseits über „Vorbeugung spezifischer Risikofaktoren“ erreichen (Prävention) – idealerweise erfolgt die Entwicklung entsprechender Maßnahmen in Kombination (Kaba-Schönstein, 2011).

Übertragen auf den Bereich der Jugendhilfe führt das zur Fragestellung: Wie können Pädagoginnen (junge) Menschen unterstützen, ihre individuellen Ressourcen zu erkennen und optimal zu nutzen, um lebensgeschichtlichen Risikofaktoren (z. B. Gewalterfahrungen, Aufwachsen in prekären Bedingungen) und auch Verhaltensrisiken (z. B. ungesunde Ernährung, riskanter Substanzkonsum) abzufedern bzw. zu verringern, um möglichst gesund zu bleiben oder zu werden?

Die Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung umfassen Individuen, Gruppen, Institutionen, Gemeinwesen und Politik. Die Methoden auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sind diesen Handlungsbereichen angepasst. Strategien bei Individuen und Gruppen sind Kompetenzförderung und Empowerment. Grundlegende Möglichkeiten der Einflussnahme sind in den Bereichen der Institutionen, des Gemeinwesens und der Politik einerseits die Förderung von Vernetzung und Kooperation unterschiedlichster Akteure und andererseits die Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer oder kultureller Faktoren, die für die Gesundheit der Bevölkerung von Bedeutung sind (ebenda).

Ethische Fragestellungen in der Gesundheitsförderung und Prävention beziehen sich auf die Lebensführung des Menschen, die Grundwerte der Freiheit, Gleichheit und Solidarität, die biopsychosoziale Integrität der Gesundheit und die Autonomie des Menschen (Schlieckau, 2015, S. 36).

Die (Sucht-)Prävention unterscheidet Ansätze, die einerseits auf Strukturen bzw. „Verhältnisse“ gerichtet sind und andererseits auf das individuelle Verhalten der Bevölkerung:

Verhältnisprävention verändert Strukturen und dadurch Lebensbedingungen, damit Menschen gesünder leben können. In gesellschaftspolitischen Zusammenhängen sind dies beispielsweise Preiserhöhungen bei alkoholischen Getränken, die Anhebung des Legalitätätsalters zum Kauf von Alkohol, Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen oder der Bau von Radwegen, damit sich Menschen gesund und sicher durch die Stadt bewegen können.

Verhaltensprävention möchte das Verhalten unterschiedlicher Teile der Bevölkerung gesundheitsförderlich beeinflussen. Entsprechend einer Unterteilung des Institute of Medicine aus dem

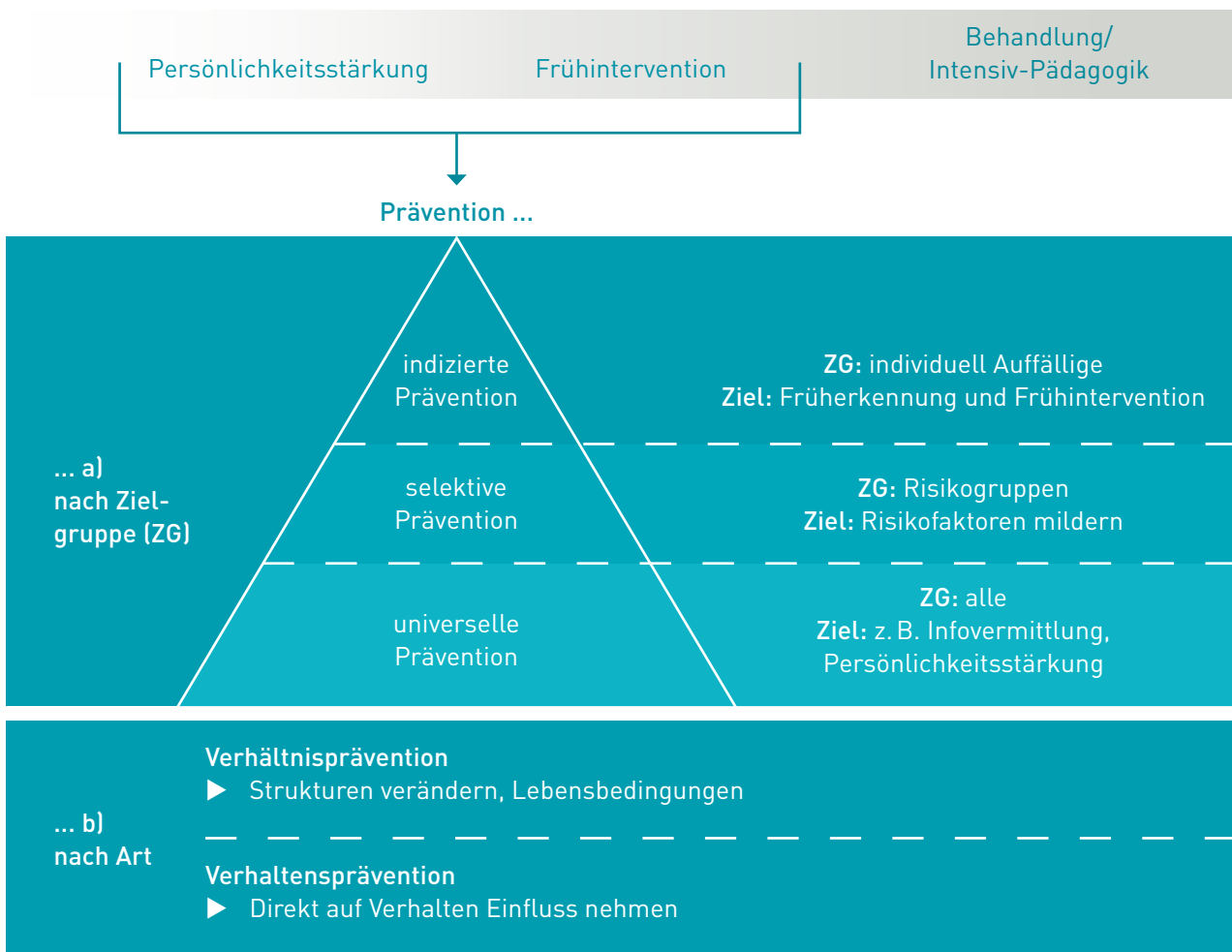
Jahr 1994 passt sie dabei Maßnahmen und Ziele den Zielgruppen wie folgt an:

- ▶ **Universelle Prävention** hat heterogene Bevölkerungsausschnitte als Zielgruppe, z. B. Eltern, Beschäftigte einer bestimmten Firma oder Grundschulkindern. Typische Maßnahmen in diesem Feld sind Wissensvermittlung, z. B. über Plakate oder Broschüren, und sogenannte Lebenskompetenzprogramme mit dem Ziel der Persönlichkeitsstärkung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte 1994 zehn Kernkompetenzen, die bei Kindern und Jugendlichen gefördert werden sollen: eine angemessene Selbstwahrnehmung, Emotions- und Stressbewältigung, Empathie, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, Problemlösekompetenz, kritisches sowie kreatives Denken und die Fähigkeit, Entscheidungen treffen zu können (WHO, 1994, S. 1 f.).

- ▶ **Selektive Prävention** richtet sich an Gruppen der Bevölkerung, von denen ein erhöhtes Risiko angenommen wird, spezifische psychosoziale Schwierigkeiten zu entwickeln (z. B. Kinder abhängiger bzw. anders psychisch erkrankter Eltern oder Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status). Ihnen werden themenspezifische Angebote gemacht oder die o. g. Lebenskompetenzprogramme werden bewusst in einem sozialen Brennpunkt durchgeführt.
- ▶ **Indizierte Prävention** reagiert auf individuell auffällig Gewordene, z. B. auf diejenigen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden, oder Menschen, die dauerhaftes Risikoverhalten zeigen, bei denen jedoch keine manifeste Abhängigkeit eingetreten ist. Es handelt sich um freiwillig anzunehmende Angebote oder Angebote, die mit (sozialem oder juristischem) Druck arbeiten.

Die folgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Ebenen der Prävention sowie ihre Zielgruppen im Überblick.

Ebenen der Prävention im Überblick



Die Forderung nach Evidenzbasierung ist in der Suchthilfe und Suchtprävention – ähnlich wie in den erzieherischen Hilfen – fachlich umstritten. Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) empfiehlt folgende Kriterien, nach denen Präventionsprojekte ausgewählt bzw. konzipiert werden sollen (BVPG, 2013, S. 1):

1. Autonomie und Empowerment
2. Partizipation
3. Lebenswelt- und Lebensstilbezug
4. Gesundheitliche Chancengleichheit
5. Konzeptbasierung
6. Evaluation
7. Nachhaltigkeit

Gerade wenn Fachkräfte mit Präventionsmaßnahmen noch nicht gut vertraut sind, können diese Kriterien eine hilfreiche Orientierung bei der Suche und Entscheidung zur Umsetzung von Projekten oder anderen Maßnahmen sein. Fachkräfte sollten besonders darauf achten, dass die Ansätze mit guten Ergebnissen evaluiert wurden.

1.3.2 Emotionsregulation und Handlungsalternativen als Kern der Konsumthematik

Selbstverständlich bergen unterschiedliche Arten von Konsum (z. B. Substanzen, Medien und Essen) ihre spezifischen Risiken und erwünschten Wirkungen (vgl. Kap. 2).

Dieses Kapitel beleuchtet die Klammer um unterschiedliches Konsumverhalten: Das Verbindende zwischen unterschiedlichen Arten des Konsums ist ihre Bedeutung beim Umgang mit Gefühlen. Im positiven Fall wird Konsum genussorientiert eingesetzt, also um positive Gefühle zu verstärken. Im (auf die Dauer) riskanten Fall dient er als Kompensations- bzw. Hilfsmittel, also um unangenehme Gefühle abzuschwächen.

Schwierigkeiten bei der Regulierung von Emotionen gelten seit einigen Jahren als transdiagnostischer Risikofaktor für seelische Erkrankungen, darunter auch Abhängigkeit (Shadur, Lejuez, 2015, S. 354). Daher greift das folgende Kapitel die besondere Bedeutung einer konstruktiven Emotionsregulation für die seelische Gesundheit auf.

Eng verknüpft mit dem Thema der Emotionsregulation ist die Förderung von Handlungsalternativen zum Konsum.

Konsum und Produktion

In unserer Gesellschaft wird allgemein das Thema „Konsum“ in gespaltener Weise betrachtet. Auf der einen Seite der Extreme findet sich der Umgang mit Abhängigkeit. Eine Suchtentwicklung löst im Erleben vieler Betroffener, ihrer Angehörigen und des sozialen Umfeldes Angst und Unsicherheit aus, und nicht zuletzt auch Gefühle von Versagen, Schuld und Scham.

Auf der anderen Seite der Extreme finden sich die gesellschaftlich anerkannten, oft auch geforder-

ten Arten unterschiedlichen Konsumverhaltens: kaufen, um die Wirtschaft anzukurbeln und um seine Identität, seinen Stil oder sozialen Status nach außen sichtbar machen. Oder auch gemeinsam Alkohol zu trinken, um das Feierliche einer Situation herauszustellen bzw. Gruppenerlebnisse intensiver zu spüren. Die große gesellschaftliche und individuelle Bedeutung des Konsumverhaltens auf unterschiedlichen Ebenen verdeutlicht die Relevanz, damit pädagogisch angemessen und wirksam umzugehen.

Das vorliegende Handbuch verwendet den Begriff „Konsum“, wenn Güter (Substanzen, Medien, Nahrungsmittel) eingesetzt werden, um sich damit Spannung oder Entspannung zu verschaffen: durch Tabak oder Cannabis, Alkohol, Computerspiele, Süßigkeiten, Fernsehen, durch den Kauf einer (eigentlich nicht benötigten) neuen Hose usw.

Im Gegensatz zum Konsum steht „Produktion“, ein in diesem Zusammenhang ungewohnter Begriff. Produzieren meint in diesem Handbuch, sich über eigenes Tun gute Gefühle, Wahrnehmungen und Beziehungserlebnisse selbst zu verschaffen, z. B. über kreative Prozesse wie malen, eine Geschichte schreiben oder einen Song entwickeln oder über Sport, kochen, tanzen, singen, Yoga, Engagement für eine gute Sache oder über eine konstruktive Konfliktlösung. Produktion ist mitunter damit verbunden, sich aufzuraffen oder anzustrengen. „Handlungsalternativen zum Konsum“ und „Produktion“ wird nachfolgend gleichbedeutend verwendet.

Es kann auch Mischformen aus Konsum und Produktion geben, z. B. wenn jemand unter dem Einfluss von Alkohol musiziert oder von Cannabis ein Bild malt.

Emotionsregulation: Prinzip und Zusammenhänge mit seelischen Erkrankungen sowie riskantem Substanzkonsum

Menschen streben danach, unangenehme Gefühle zu reduzieren und angenehme zu steigern. Sowohl mit Konsum als auch mit Produktion nehmen Menschen auf das eigene Wohlergehen steuernd Einfluss, um

- ▶ sich zu entspannen,
- ▶ sich von Enttäuschung abzulenken,
- ▶ sich zu belohnen,
- ▶ Spannung bzw. Lebendigkeit zu erzeugen (über einen längeren Zeitraum oder als kurzer „Kick“),
- ▶ aktuelle oder lang andauernde Belastungen auszugleichen,
- ▶ ein emotionales Hoch zu verstärken oder zeitlich hinauszuziehen.

Emotionsregulation ist nach Gross (2002) „das Erleben, Ausdrücken und Beeinflussen von Emotionen“ (zitiert nach In-Albon, 2013, S. 20). Die Art, wie der Umgang mit Gefühlen gelingt, kann angemessen und konstruktiv oder auch unangemessen und (selbst- bzw. fremd-)schädigend sein.

Eine adaptive Emotionsregulation geschieht nach Werner und Gross (2010) in vier Schritten:

1. Innehalten und Durchatmen,
2. Wahrnehmen und Erkennen der Emotion,
3. Entscheiden, wie die Emotion und die Situation kontrollierbar sind, und
4. Handeln im Sinne langfristiger Ziele

(ebenda, S. 19).

Grundsätzlich erfolgt die Regulation von Emotionen durch das Individuum selbständig oder durch Hilfestellung anderer Personen, z. B. wenn diese Trost, Beruhigung oder Ermutigung vermitteln (Zimmermann, Iwanski, 2013, S. 29). Kinder sind zunächst auf eine Emotionsregulation durch ihre engen Bezugspersonen angewiesen. Im Rahmen ihrer Entwicklungsaufgaben sollten sie dann lernen, mit Emotionen immer selbständiger umzugehen.

Seit einigen Jahren wird erforscht, wie Schwierigkeiten in der Emotionsregulation mit unterschiedlichen seelischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen. Diese Zusammenhänge sind für vielfältige Erkrankungen aufgezeigt, darunter Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Traumafolgestörungen und Essstörungen (In-Albon, 2013). Berking verweist auf mehrere Studien, die den Zusammenhang zwischen Defiziten in der Emotionsregulation und substanzbezogenen Störungen herstellen (Berking, 2014, S. 10).

Shadur und Lejuez ziehen in ihrer Literaturanalyse folgendes Fazit: Die individuelle Fähigkeit, Emotionen konstruktiv regulieren zu können, tritt in Wechselwirkung mit weiteren Faktoren, die eine Abhängigkeit und/oder andere seelische Erkrankungen beeinflussen können: genetische und umweltbezogene Risikofaktoren, Trauma, psychische Erkrankung bzw. Substanzkonsum der Eltern sowie der Einfluss Gleichaltriger. Defizite in der Emotionsregulation stellen einen zentralen Risikofaktor dar. Aus diesem Grund sei es angezeigt, die Förderung der Emotionsregulation als Schlüsselziel bei der Prävention und Intervention einzusetzen (Shadur, Lejuez, 2015, S. 359).

Emotionsregulation durch Produktion (Handlungsalternativen) fördern

Basis pädagogischer – und darin auch suchtpreventiver – Arbeit ist es demnach, dass Menschen Gründe erkennen können, warum sie gerade etwas Bestimmtes zu sich nehmen oder machen möchten. Grob unterschieden: zum Genuss oder als Hilfsmittel. Auf dieser Grundlage sollen junge Menschen bewusst entscheiden können, wann sie den „kurzen“ oder den „langen“ Weg gehen möchten. Dazu ein Beispiel: Jemand ärgert sich über seine Freundin. Der „lange Weg“ wäre es, die Freundin auf die Ärger auslösende Situation anzusprechen und – ggf. auch im Konflikt – die Situation zu klären. Der „kurze Weg“ wäre es, den Fernseher anzustellen oder zu versuchen, den Ärger mit Alkohol bzw. Süßigkeiten hinunterzuschlucken.

Auch die „kurzen Wege“ sind zu respektieren. Ziel der Suchtprevention ist es jedoch, dass Menschen selbstkritisch bemerken und gegensteuern, wenn sie diese allzu oft nutzen und sich nicht (mehr) auf eigene, produzierende Bewältigungskompetenzen stützen.

Hierbei benötigen gerade Kinder und Jugendliche in stationären Hilfen zur Erziehung Unterstützung. Viele von ihnen sind in ihren Familien nicht ausreichend gefördert worden, was nun – oft mühsam für alle Beteiligten – nachgeholt werden muss und entsprechende personelle Kapazität erfordert.

1.3.3 Prävention im Heim: Strukturell, phänomenübergreifend und risikospezifisch

Ein gesundheitsförderliches und (sucht-)präventives Konzept in Heimen ist aus zwei Hauptkomponenten mit dazugehörigen Bausteinen zusammengesetzt:

Verhältnispräventive (strukturelle) Maßnahmen

wie z. B. das Einbeziehen des Konsumverhaltens in die sozialpädagogische Diagnostik oder Fortbildung der Beschäftigten (vgl. Kap. 6.2).

Verhaltenspräventive Maßnahmen (vgl. Kap. 6.3)

► Phänomenübergreifend

Diese Maßnahmen beziehen sich nicht auf ein spezifisches Konsumverhalten, sondern haben zum Ziel, allgemein die seelische und körperliche Gesundheit zu fördern sowie psychosozialen Schwierigkeiten und Abhängigkeiten vorzubeugen. Als konsumphänomenübergreifender Wirkfaktor zur Erreichung dieses Zieles gilt die Förderung der Emotionsregulation.

► Risikospezifisch

Selbstverständlich ist auch der risikospezifische Blickwinkel wichtig: Unterschiedliche Substanzen und Verhaltensweisen sind nach ihrem Risikopotenzial und nach ihren erwünschten Wirkungen zu unterscheiden. Diese individuellen Potenziale einer Substanz oder Verhaltensweise stehen zudem in Wechselwirkung mit der Persönlichkeit, der körperlichen und seelischen Verfassung, dem Alter, der psychosozialen Situation sowie dem Geschlecht der Konsumierenden. Ziel risikospezifischer Ansätze ist es, einer Abhängigkeit und konsumbezogenen Schäden vorzubeugen. Beispiele für risikospezifische Maßnahmen sind die Förderung der Medienkompetenz oder eine Intervention bei riskantem Alkoholkonsum.

Idealerweise ist solch ein Konzept in die **fortlaufende Qualitätsentwicklung** eingebunden (vgl. Kap. 6.4.3).

Es zählt zu den zentralen Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen, mit Rauschmitteln, Medien und Ernährung möglichst risikoarm und damit selbstverantwortlich umgehen zu lernen. „Selbstverantwortlich“ kann abhängig von Alter, seelischen Erkrankungen oder anderen Kriterien auch „Verzicht“ bedeuten. Wenn Verzicht in diesen Fällen nicht gelingt, gilt es, mit dem Konsum verbundene Risiken zu mindern und einem eskalierenden Konsumverhalten vorzubeugen.

Ansätze der Gesundheitsförderung und Frühintervention unterstützen Kinder und Jugendliche dabei: Pädagoginnen stärken die emotionalen und sozialen Kompetenzen, bieten Informationen und regen zur Auseinandersetzung an. Sie achten auf die Einhaltung von Regeln, die auch Möglichkeiten der Reibung umfassen. Sie erkennen riskante Konsummuster, unterstützen bei der Suche nach Handlungsalternativen, motivieren – wenn angezeigt – zur Verhaltensänderung und vermitteln ggf. ergänzende spezialisierte Hilfe.

Suchtpräventive Maßnahmen greifen dabei ein grundlegendes Ziel der Pädagogik auf: junge Menschen im Spannungsfeld zwischen Freiheitsräumen und Grenzsetzungen in ihrer Identitätsentwicklung zu fördern.

In diesem Sinne lassen sich Bausteine aus Kapitel 6 zu einem **„Konzept der Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt Konsumerziehung“** entsprechend dem Bedarf der Einrichtung individuell zusammenstellen.

Der Umgang mit Rauschmitteln und Ernährung hat großen Einfluss auf die individuelle körperliche und seelische Gesundheit. Bis vor 150 Jahren waren Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache. Heute sind vor allem chronische Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Diabetes) ursächlich dafür, vorzeitig zu sterben (RKI, 2015a, S. 25). Diese stehen häufig in Zusammenhang mit riskantem Substanzkonsum und Fehlernährung (ebenda, S. 492 f.).

Viele Menschen nutzen Substanzen als Möglichkeit, auf einfache Weise Spaß oder Entspannung zu erreichen. Dabei ist besonders der Konsum von Alkohol in Deutschland weit verbreitet. 96,4 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren trinken Alkohol (DHS-Homepage, Aktionswoche Alkohol¹). Doch Substanzkonsum birgt neben den erwünschten Wirkungen auch Risiken: Problematischer Alkoholkonsum ist bei Männern der zweithäufigste Grund für Krankenhauseinlieferungen (Statistisches Bundesamt, 2015). Auf der Liste der Ursachen vorzeitiger Sterblichkeit nimmt Rauchen den ersten und Alkohol den dritten Platz ein (RKI, 2015a, S. 492 f.). Der hohe Verbreitungsgrad einerseits und die massiven Folgen andererseits

verdeutlichen die Notwendigkeit, eine Haltung zum eigenen Umgang zumindest mit Alkohol sowie Tabak und oft auch weiteren Substanzen zu entwickeln.

Gesunde Ernährung und Bewegung ist ein großes Thema in Deutschland. Einerseits ist kreatives Kochen für viele Menschen ein wichtiges Hobby. Andererseits stellen Fehlernährung und Bewegungsmangel eine gesundheitspolitische Herausforderung dar. 15 % der Kinder und Jugendlichen sind (stark) übergewichtig, was Risiken für ihre körperliche und psychosoziale Entwicklung darstellt.

„Der kompetente Umgang mit Medien ist eine Kulturtechnik, die so wichtig ist wie Lesen und Schreiben“, sagt der Medienkompetenzbericht (Die Medienanstalten, 2016, S. 10). Auf der anderen Seite birgt besonders der exzessive Umgang mit Medien auch Risiken.

Wie in Kapitel 1.3.2 dargelegt, ist einer der Hauptgründe für riskante Konsumformen von Substanzen, Medien und Ernährung der Versuch, mit Gefühlen umzugehen (Emotionsregulation). Trotz dieser gemeinsamen Basis müssen verschiedene Substanzen, Medien und Ernährung hinsichtlich erwünschter Wirkungen und Risiken auch individuell betrachtet werden.

Zu diesem individuellen Blick auf unterschiedliche Substanzen, auf Medien und Ernährung möchte dieses Kapitel grundlegende Hinweise geben.

1 <http://www.aktionswoche-alkohol.de/hintergrund-alkohol/zahlen-fakten.html> (Zugriff: 17.10.2016)

2.1 Legale und illegale Rauschmittel

Dieses Kapitel stellt Wirkungen und Risiken sowie Gründe für den Konsum sogenannter psychoaktiver Substanzen vor. Wir beschränken uns aus Platzgründen auf die Beschreibung von Substanzgruppen. „Psychoaktiv“ verweist auf die Veränderung von Bewusstsein, Wahrnehmung oder Gefühlen durch die Einnahme einer Substanz. Diese Veränderung wird in der Regel durch die Beeinflussung von Botenstoffen im Gehirn erzeugt (Botenstoffe/Neurotransmitter sind beispielsweise Dopamin, Glutamat oder Serotonin).

Wir verwenden hier in erster Linie den Begriff Rauschmittel statt Suchtmittel, um Alkohol, Cannabis, Amphetamine usw. wertfreier zu benennen: Zunächst sind alle diese Substanzen „Rauschmittel“. Sie können zu „Suchtmitteln“ werden, wenn Menschen sich von ihrer Wirkung abhängig machen.

In Deutschland sind 3,4% der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren alkoholabhängig, weitere 3,1% gehen missbräuchlich mit Alkohol um (Lehner, Kepp, 2016, S. 15). Damit sind geschätzt rund 1,9 bis 3,9 Millionen Menschen in dieser Altersgruppe von alkoholbezogenen Störungen betroffen. Innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe sind geschätzt 319.000 Erwachsene zusätzlich von illegalen Drogen abhängig. Jeweils 0,5% gehen missbräuchlich mit Cannabis um oder sind davon abhängig (ebenda, S. 29). Von Medikamenten sind insgesamt mindestens 1,5 Millionen aller Menschen in Deutschland abhängig, vor allem von unterschiedlichen Arten von Benzodiazepinen (Beruhigungsmitteln) (ebenda, S. 28).

Ein Vergleich des Substanzkonsums junger Menschen in stationären Hilfen zur Erziehung mit der gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung findet sich in Kapitel 1.1. Zusammenhänge zwischen riskantem Konsumverhalten und seelischen Erkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten sind in Kapitel 3.4 dargestellt.



Zur Wirkung von Rauschmitteln im Gehirn finden sich ausführliche Informationen und Animationen unter www.ginko-stiftung.de/drugsandbrain (Zugriff: 17.10.2016)

Wirkungen von Substanzen

Wie Substanzen wirken, hängt immer auch vom Zusammenspiel zwischen „Set“ und „Setting“ ab. „Set“ meint die Persönlichkeit und die individuelle gegenwärtige Gefühlslage des/der Konsumierenden sowie die beabsichtigte Funktion der Substanz/en. „Setting“ meint die Umgebung bzw. den sozialen Kontext wie z. B. die Beteiligten und die Unterscheidung zwischen Konsum in privaten oder öffentlichen Räumen.

Nach Böckem und Jungaberle verändert sich, auch abhängig von der Substanz und deren Dosierung, das Erleben auf unterschiedlichen Ebenen leicht bis radikal:

- ▶ das Denken
- ▶ das Zeitempfinden
- ▶ teilweiser Kontrollverlust
- ▶ Emotionalität
- ▶ Körperwahrnehmung
- ▶ Sinneswahrnehmung
- ▶ das Bedeutungserleben
- ▶ die sprachliche Ausdrucksfähigkeit
- ▶ höhere Beeinflussbarkeit durch andere Personen

(Böckem, Jungaberle, 2015, S. 18)

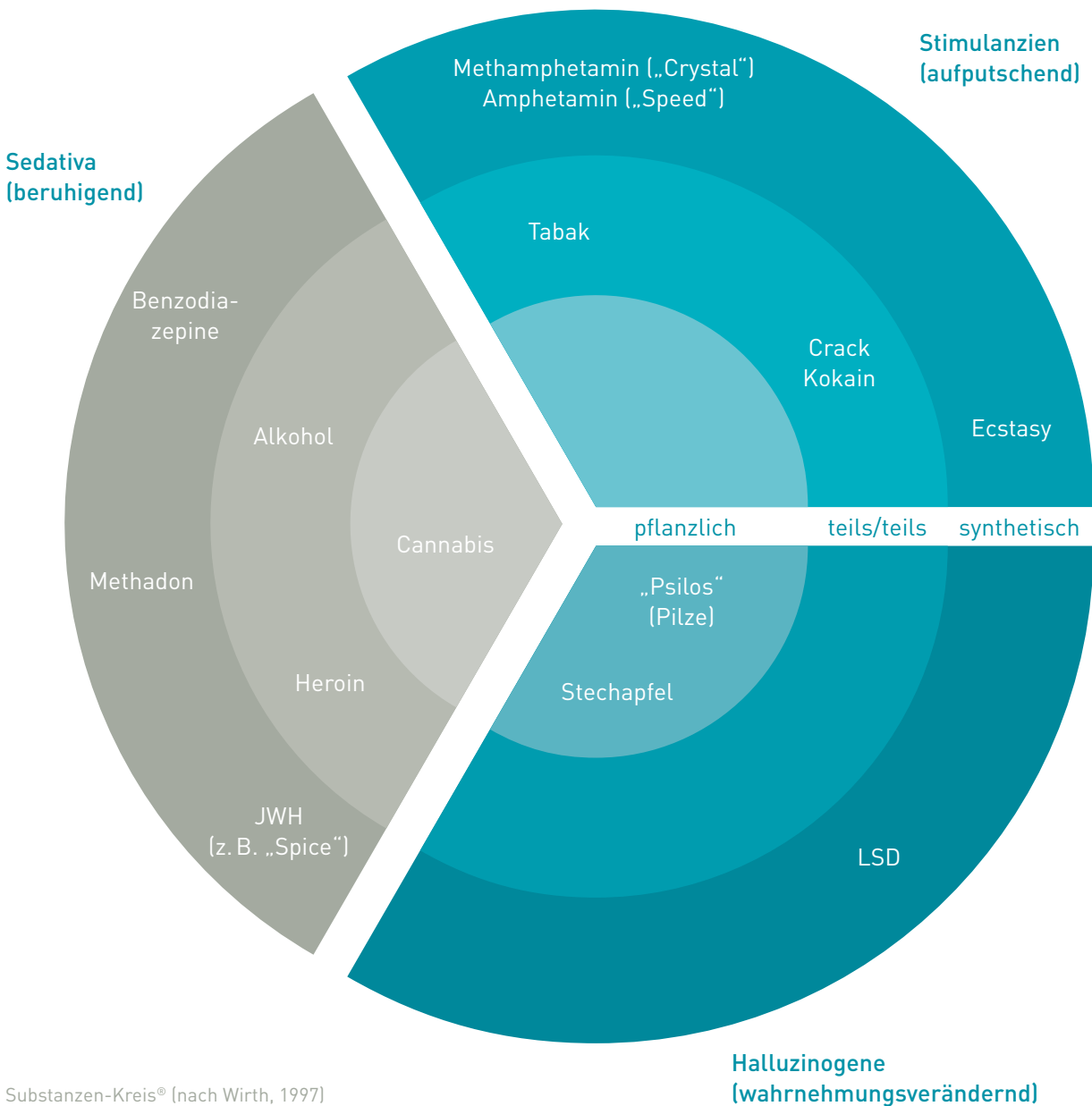
Der nachfolgende Substanzen-Kreis (nach Wirth, 1997, S. 42) ordnet einige der gebräuchlichsten Substanzen auf zweierlei Weise in Gruppen ein.

Nach ihrer Wirkung:

- ▶ aufputschend
- ▶ wahrnehmungsverändernd
- ▶ beruhigend

Nach ihrem Ursprung:

- ▶ pflanzliche Stoffe (innerer Kreis)
- ▶ Wirkstoffe, die mittels chemischer Verfahren aus Pflanzen extrahiert werden (mittlerer Kreis)
- ▶ vollsynthetisch hergestellte Stoffe (äußerer Kreis)



Substanzen-Kreis® (nach Wirth, 1997)

Die folgende Einteilung erfolgt nach einer groben Unterscheidung der Wirkung.

Stimulanzien (leistungssteigernde Drogen)

Stimulanzien fahren Körperfunktionen wie Blutdruck oder Puls nach oben. Die Intensität ist von der verwendeten Substanz abhängig. Dabei werden Schutzfunktionen wie Müdigkeit weniger bis gar nicht mehr wahrgenommen. Die jeweiligen Substanzen täuschen dem Gehirn eine Alarmsituation vor. Konsumierende spüren diese Wirkung durch (extrem) gesteigerte Energie, gesteigertes Selbstwertgefühl, höheres Aggressivitätslevel und sinkenden Appetit. Mild wirkt Koffein, sehr potent das Methamphetamin („Crystal“).

Sedativa (beruhigend wirkende Drogen)

Wie der Name sagt, haben betäubende Stoffe die gegenteilige Wirkung von Stimulanzien: Blutdruck und Puls werden gesenkt; ggf. entsteht bei gerin-

ger Dosierung ein kurzer „Kick“. Im extremsten Fall, z. B. bei Überdosierung von Alkohol, Heroin oder Benzodiazepinen, werden Körperfunktionen bis zum tödlich verlaufenden Atemstillstand gesenkt. Eine typischerweise erwünschte Wirkung ist Entspannung. Ebenfalls häufig erwünscht ist es, Ängste und Aggressionen weniger zu spüren.

Halluzinogene (wahrnehmungsverändernde Drogen)

Halluzinogene verändern die Realität in der Wahrnehmung der Konsumierenden. Das Ausmaß (von leicht bis extrem) ist von der verwendeten Substanz und Dosierung abhängig. Diese Realitätsveränderung kann sich auf Farben, Formen, Musik, sexuelles Empfinden, Zeit, räumliche Wahrnehmung, aber auch (besonders) auf das eigene „Ich-Empfinden“ beziehen. Die eigenen Sinne und Vorstellungen (radikal) anders zu spüren, kann einerseits lustig und/oder intensiv, andererseits aber auch stark Angst auslösend sein. Konsumierende können den Kontakt zu sich selbst verlieren.



Weitere Informationen zu Substanzen

- ▶ Informationen zu einzelnen Substanzen erhalten Sie in den Informationsfaltblättern „Die Sucht und ihre Stoffe“ der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Sie liegen diesem Handbuch bei, können kostenlos bestellt werden oder stehen als Download unter www.dhs.de/informationmaterial (Zugriff: 17.10.2016) zur Verfügung.
- ▶ Die DHS bietet mit den Broschüren „Alkohol ist gefährlich“, „Rauchen ist gefährlich“ und „Kiffen ist gefährlich“ auch Information in Leichter Sprache an.
- ▶ Informationen über einzelne Substanzen sind auch unter www.partyrack.de oder www.drugcom.de zu finden.
- ▶ Eine Zuordnung, welche Symptome möglicherweise auf welche Substanz hindeuten, kann im Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nachgelesen werden (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012).

Gründe für Substanzkonsum

Kapitel 3.1 behandelt Gründe für Konsum, die in Zusammenhang mit Entwicklungsaufgaben stehen. An dieser Stelle seien Motive für Substanzkonsum genannt, die für junge wie erwachsene Menschen gleichermaßen zutreffen.

Krollpfeiffer hat anhand von Tiefeninterviews mit Ecstasy-Konsumierenden vier Hauptmotive ermittelt. Diese lassen sich auch auf andere Substanzen übertragen und können gemischt auftreten:

- ▶ **Erkenntnis-Aspekt:** Konsumierenden geht es darum, in einem anderen Bewusstseinszustand neue Einsichten über sich selbst, über andere und/oder gesellschaftliche Zusammenhänge zu gewinnen.
- ▶ **Hedonismus-Aspekt:** Konsumierende möchten über den Substanzkonsum Lust und Genuss empfinden. Dabei kann es um sehr unterschiedliche Genüsse gehen: Spaß, Vergnügen, Sex und allgemein verstärkte Sinneseindrücke, Kommunikation, Tanz bzw. Bewegung und/oder Freiheitsgefühl.
- ▶ **Sucht-Aspekt:** Die Substanz/en werden als Kompensationsmittel für nicht (ausreichend) erfüllte Bedürfnisse eingesetzt oder um bedrohliche Gefühle weniger zu spüren.
- ▶ **Grenzerfahrungs-Aspekt:** Aufhebung von Subjekt-Objekt-Grenzen, Ganzheitserfahrung, Zeitlosigkeit, Überwältigung, ein Gefühl von Todesnähe, Kontrollverlust bzw. verringerte Abwehr können Elemente einer Grenzerfahrung sein. Es kann sich dabei um eine jugendtypische Grenzsuche handeln, um eine (eher verzweifelte) Suche nach Identität von Erwachsenen oder um eine sehr weit getriebene Mischung mit dem Erkenntnis-Aspekt.

(Krollpfeiffer, 1995)

Risiken des Substanzkonsums

Jedem Substanzkonsum wohnt seine eigene Ambivalenz inne: erwünschte Wirkungen und Risiken. Die Ausprägung sowohl der Wirkungen als auch der Risiken hängt u. a. von der individuellen Persönlichkeit und körperlichen Konstitution ab. Der Legalitätsstatus einer Substanz sagt daher nicht zwingend etwas über den Grad ihrer Gefährlichkeit aus. Häufig gilt für Rauscherleben der Deal, sich erwünschte, gute Gefühle auf Kredit zu holen. Je nach „Höhe dieses Kredits“ (Potenz und Dosierung der Substanz) bezahlt man im Nachhinein mit einem entsprechenden Grad an Schlaptheit, Kopfschmerzen oder auch depressiven Gefühlen.

Risiken durch Substanzkonsum steigen, je stärker psychosoziale Belastungen bestehen und je früher der Einstieg in den Konsum stattgefunden hat. Naturgemäß befindet sich der Körper von Kindern und Jugendlichen in der Entwicklung. Schäden an Organen, z. B. dem Gehirn, entstehen schneller und schon bei niedrigeren Dosierungen als bei Erwachsenen. Es ist möglich, dass sich geistige Fähigkeiten nicht dem Potenzial entsprechend ausbilden. Ähnliches gilt für die psychosoziale Entwicklung. Wer sich als junger Mensch dauerhaft auf Substanzen verlässt, um herausfordernde Situationen zu meistern, stützt sich auf eine emotionale Krücke, statt aus eigener Kraft laufen zu lernen.

Einen Rauschmittelkonsum ohne Risiken gibt es nicht, auch nicht für Erwachsene. Diese Risiken liegen auf körperlicher, seelischer sowie sozialer Ebene und werden nachfolgend näher beschrieben.

Körperliche Risiken

Bei den Risiken für die körperliche Gesundheit werden einerseits langfristige Risiken durch Dauerkonsum (z. B. Lungenkrebs durch Rauchen) und andererseits kurzfristige, konsumbezogene Risiken unterschieden (z. B. erhöhtes Unfallrisiko im Rausch). Zudem können sich Risiken durch die Applikationsform verändern: Der intravenöse Konsum (Spritzen) ist im Gegensatz zum Schlucken die riskanteste Form für körperliche Schäden. Weitere Applikationsformen sind das Ziehen durch die Nase („Sniefen“), Inhalieren und Rauchen.

Seelische Risiken

Erwünschte Wirkungen durch Rauschmittelkonsum wie beispielsweise Entspannung, Steigerung der Leistungsfähigkeit oder Heiterkeit können umschlagen oder ganz ausbleiben. An ihre Stelle können dann Angst, Verfolgungsgedanken oder Traurigkeit treten.

Substanzkonsum und seelische Schwierigkeiten bzw. Störungen können sich gegenseitig auslösen bzw. verstärken (vgl. Kapitel 3.4). Bestimmte Rauschmittel können, entsprechend ihrem Wirkungsspektrum, psychische Erkrankungen eher begünstigen oder auch deren Symptome lindern. Beispielsweise wirkt Heroin den Symptomen einer Psychose eher entgegen, Amphetamin kann diese verstärken.

Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung

Zur ersten Einschätzung des Abhängigkeitspotenzials einer Substanz gilt als „Faustregel“: Je intensiver und kürzer die Wirkung, umso höher das Abhängigkeitsrisiko. Deutlich wichtiger ist jedoch die Frage, inwieweit die Substanz bei ihrer erwünschten Wirkung zu (vermeintlichen oder echten) Schwächen passt. Für Menschen, die Schwierigkeiten mit der Steuerung aggressiver Impulse oder sogar Gewaltausübung haben, ist Cannabis eine gefährlichere Droge als für diejenigen, die kompetent mit Konflikten umgehen können.

Abhängigkeit ist eine psychische Erkrankung. Sie wird entsprechend festgelegten medizinischen Kriterien diagnostiziert (vgl. Kapitel 3.3 und 7.3.2).

Risiko durch die Illegalität einer Substanz

Bei illegalen Drogen bestehen zusätzliche Risiken.

► Bei jedem Kauf besteht Ungewissheit über Inhaltsstoffe und Qualität:

- mögliche giftige Beimischungen wie z. B. Haarspray auf Marihuana, Beimengungen von Blei
- mögliche zusätzliche, ungewollte Wirkstoffe wie z. B. mit LSD beträufeltes Ecstasy oder komplett andere Wirkstoffe als die beabsichtigten
- kaum bis nicht kalkulierbare Wirkstoffgehalte, besonders bei (halb-)synthetisch hergestellten Substanzen

► Kontakte in ein kriminelles Milieu:

Besonders seelisch labile junge Menschen tragen das Risiko, in weitere illegale Geschäfte oder Prostitution hereingezogen zu werden. Illegale Drogen zu verkaufen, kann dabei eine doppelte Funktion einnehmen: den eigenen Konsum finanzieren zu können (bzw. je nach Ausmaß auch deutlich darüber hinaus) und zudem eine selbstwertsteigernde „Ersatzidentität“ zu erhalten – als erfolgreicher, cooler, fairer und/oder kenntnisreicher „Ticker“ mit zufriedener Kundschaft.

► Kriminalisierung:

Wer illegale Drogen besitzt oder sogar verkauft, kann in große Schwierigkeiten geraten, vor allem in Bundesländern mit vergleichsweise repressiver Drogenpolitik:

- Strafrechtlich: Es drohen Anzeige, Strafverfahren, Gerichtsverhandlung mit einhergehenden Konsequenzen.
- Sozial: Wer Drogen nicht von der Schule oder dem Arbeitsplatz trennen kann/will, läuft Gefahr, Auflagen erfüllen zu müssen oder sogar entlassen zu werden.
- Verkehrsrechtlich: Der Konsum illegaler Drogen wird von Straßenverkehrsbehörden radikaler sanktioniert als der von Alkohol (vgl. Kap. 4).

2.2 Medien

Die Bedeutung von Medien im Leben junger wie auch erwachsener Menschen steigt beständig. Bis Anfang der 1990er Jahre war lediglich ein Zugriff auf analoge Medien wie Fernsehen, Print, Festnetztelefon und Radio möglich. Die Entwicklung digitaler Medien ist rasant – bezogen auf Menge, Geschwindigkeit, Qualität der Technik, Anzahl der Nutzerinnen und Zeit, die damit verbracht wird. Ein Beispiel: Nach Angaben des Marktforschungsunternehmens IDC hat die Industrie im Jahr 2013 erstmals mehr internetfähige, multifunktionale Smartphones als herkömmliche Mobiltelefone verkauft. Handys, (Online-)Computerspiele und Internet inklusive Sozialer Netzwerke werden genutzt, um sich zu informieren, zu kommunizieren, zu entspannen, zu spielen, sich zu vernetzen, sich (kreativ) zu beteiligen und zu Weiterem mehr. Sie werden häufig „konsumiert“, jedoch lässt sich mit bzw. über Medien auch gestalten (produzieren).

Übersicht zur Mediennutzung

Anfang 2014 nutzten 80 % der Bevölkerung ab 10 Jahren in Deutschland das Internet. In der Gruppe der 10- bis 24-Jährigen liegt der Anteil zwischen 97 und 99 % (Statistisches Bundesamt, 2014). Die JIM-Studie, eine Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger, ermittelte u. a. die durchschnittlichen Mediennutzungszeiten junger Menschen:

Art des Mediums	gesamt (in Minuten)	Mädchen	Jungen
Fernsehen (S. 20)	102	103	100
Internet (S. 24)	192	192	192
Computer-, Konsolen-, Online-, Tablet- und Handy-Spiele (S. 43)	77	48	105

Tägliche durchschnittliche Nutzungsdauer in Minuten an einem typischen Tag (Montag bis Freitag) von 12- bis 19-Jährigen (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs), 2014)

Ihr Handy nutzen die befragten jungen Menschen vor allem zum Musikhören (78 %) und als mobilen Internetzugang (75 %). Erst an dritter Stelle rangiert das Telefonieren (70 %), gefolgt vom Besuch Sozialer Netzwerke (62 %) (ebenda, S. 47).

Junge Menschen mit niedrigem Sozialstatus verbringen bedeutend mehr Zeit mit elektronischen Medien als sozial besser gestellte junge Menschen (RKI, 2015b, S. 1). In der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-

rung werden 2,5% der 12- bis 25-Jährigen in Deutschland als exzessive Nutzer von Internet bzw. Computerspielen eingestuft. Einen statistisch bedeutsam großen Teil nimmt dabei die Gruppe mit Migrationshintergrund „Türkei / östliches Mittelmeer / Asien“ ein (BZgA, 2013, S. 10).

Medienkompetenz

Damit junge Menschen einen möglichst hohen Nutzen bei möglichst geringen Risiken durch Mediengestaltung und Medienkonsum erfahren, benötigen sie Kompetenzen im Medieneinsatz. Nach Schorb und Wagner umfasst Medienkompetenz drei Dimensionen: Wissen, Bewerten und Handeln. Die (Weiter-)Entwicklung von Medienkompetenz stellt einen lebenslangen Prozess dar.

Die **Wissensdimension** ist in Funktions- und Strukturwissen unterteilt. Funktionswissen meint Fähigkeiten, mit Hard- und Software umzugehen (z. B. Bedienung einer Videokamera oder Installation eines Virenschutzprogramms), und auch ästhetisches Wissen über die gestalterischen Möglichkeiten der Mediennutzung. Strukturwissen umfasst Kenntnisse über einzelne Medienangebote und ihre Einbettung in unterschiedliche (lokale und globale) Mediennetze: ihre Verbindungen, ihre jeweilige Beschaffenheit, ihre Akteure und Eigentümer sowie deren politisch-ökonomische Interessen.

Die **Bewertungsdimension** ist eng mit einer kritischen Reflexion des o. g. Wissens verknüpft: Wie passen die Strukturen und Interessen unterschiedlicher Medien zum eigenen ethisch-sozialen Wertgefüge? Welche Folgen können aus der Nutzung der jeweiligen Medien resultieren – für die eigene Person und für andere? Als wie relevant sind die Quellen und ihr jeweiliger Inhalt einzuschätzen?

Die **Handlungsdimension** beschreibt, wie Wissen und Bewertungen selbstbestimmt und zielgerichtet in praktisches Tun umgesetzt werden. Dabei können Menschen eigene Fähigkeiten entdecken, Beiträge gestalten und veröffentlichen, mit anderen kooperieren, Anerkennung geben und erhalten. Auf diese Weise können sie aktiv an der medialen Informations- und Kommunikationswelt teilnehmen und an der Gestaltung einer Gemeinschaft mitwirken.

(Schorb, Wagner, 2013, S. 20 f.)



Die BZgA bietet für Eltern, Lehr- und Fachkräfte ein Portal zur Förderung des maßvollen Computerspiel- und Internetgebrauchs. Die Homepage ist nach Materialien, zielgruppenspezifischen Informationen und Beratung unterteilt. Zudem steht eine Datenbank zur Verfügung, mit der man eine Beratungsstelle in der Nähe finden kann: www.multiplikatoren.ins-netz-gehen.de

Chancen und Risiken der Mediennutzung

Wie viele Themen im Alltag birgt auch die Nutzung elektronischer Medien Chancen und Risiken.

Chancen

- ▶ Möglichkeit der Beteiligung für unterschiedlichste Bevölkerungsgruppen
- ▶ Kommunikation und Informationsaustausch, auch über weite Entfernungen hinweg
- ▶ Gemeinschaftsgefühl
- ▶ Vielfältige Möglichkeiten für Kreativität
- ▶ Bildungsangebote auf verschiedensten Ebenen
- ▶ Training von Geschicklichkeit in Computerspielen und Zuwachs von Fähigkeiten, die zum Umgang mit Medien notwendig sind.

Risiken

- ▶ Reiz- und Informationsflut durch eingehende Nachrichten: Im Rahmen der JIM-Studie 2014 stimmte mehr als die Hälfte der befragten 12- bis 19-Jährigen in Deutschland zu, viel Zeit mit dem Smartphone zu verbringen. Rund ein Viertel der Befragten befürchtet, etwas zu verpassen, wenn das Handy ausgeschaltet ist (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2014, S. 53)
- ▶ Unzureichender Datenschutz: durch einerseits vielfältige Verwertungs- und Ausspähhmethoden und andererseits sorglose Weitergabe persönlicher Daten
- ▶ Konfrontation mit gewalttätigen und/oder pornographischen Inhalten: 14 % der Befragten in der JIM-Studie haben ungefragt brutale Gewaltdarstellungen oder pornographische Filme auf ihr Handy erhalten, vor allem männliche Jugendliche (ebenda, S. 52)
- ▶ Zugang zu Internetseiten bzw. -foren, die selbstschädigendes Verhalten verharmlosen und dazu auffordern, z. B. Techniken der Selbstverletzung oder Nahrungsreduktion bei Essstörungen (sog. „Pro-Ana“- / Anorexie-Websites)
- ▶ Cybermobbing und Cyberstalking: In der JIM-Studie wurden Jugendliche gefragt, ob in ihrem Bekanntenkreis schon jemand „im Internet oder über das Handy fertiggemacht“ wurde. Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Anteil derjenigen, die diese Frage bejahten, von 32 % auf 38 % aller Befragten. Besonders Mädchen sind davon betroffen (44 %) (ebenda, S. 40)

Ein Teil junger Menschen nutzt Medien exzessiv, besonders Computerspiele. Frölich und Lehmkuhl verdeutlichen Einflussfaktoren, die bei dafür anfälligen Menschen die Sogwirkung ausüben können, immer mehr Zeit in das Spielen zu investieren. Viele begeisterte Computerspieler kennen das sogenannte Flow-Erleben: komplett in etwas vertieft und emotional hoch beteiligt zu sein, keine Mühe zu spüren, in verändertem Zeitgefühl zu leben und äußere Einflüsse auszublenden. Dabei stellt sich ein sehr angenehmes, manchmal sogar euphorisches Gefühl ein (Frölich, 2012, S. 83). Spieler nehmen dabei andere soziale Rollen und Positionen ein. Speziell Online-Spiele laufen immer weiter, gleichgültig ob das eigene Medium an- oder ausgeschaltet ist. Wie stark solch eine Sogwirkung ausfallen kann, hängt auch von der Verfügbarkeit bzw. Platzierung des Mediums ab (S. 86).

Mit exzessiver Mediennutzung sind Risiken für die motorische, kognitive und sprachliche Entwicklung verbunden. Falls es im Zusammenhang mit interaktiven Gewaltspielen zu einem Anstieg aggressiven Verhaltens kommt, ist dabei unklar, ob diese Veränderung auf das Spielen oder auf unzureichenden Schlaf und fehlende Erholungszeit zurückzuführen ist (Schlack, zitiert nach RKI, 2015b, S. 1).

Zudem steigt mit exzessivem Medienkonsum das Risiko für Bewegungsmangel, Übergewicht und Adipositas (Graf et al., 2013, S. 5). Ein Screening zum problematischen Medienkonsum ist im Kap. 7.3.3 zu finden.

In Fachkreisen wird seit einigen Jahren diskutiert, ob es eine Sucht nach Computerspielen, Internet oder auch Glücksspiel vergleichbar mit einer Abhängigkeit von Substanzen gibt. Petry sieht im Konzept der „Verhaltensüchte“ einen „Kategorienfehler mit Bedeutungsverschiebung“, da vier der sechs Kriterien zur Diagnose einer Abhängigkeit nicht vergleichbar auftreten: Verlangen/Craving, Toleranz, Entzugerscheinungen und Kontrollverlust (Petry, 2014, S. 355), vgl. zu „Diagnosekriterien“ Kap. 7.3.2. Es existieren zwei zentrale Klassifikationssysteme zur Diagnostik seelischer Erkrankungen: DSM-5 listet „Internet Gaming Disorder“ („Störung durch Spielen von Internet-spielen“) unter „Sucht und zugehörige Störungen“. Der ICD-10 verschlüsselt „pathologisches Spielen“ dagegen nicht unter dem Kapitel 2 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, sondern als „Störung der Impulskontrolle“ in Kapitel 6, F.63.

Doch gleich ob pathologisches Verhalten oder Abhängigkeit: Die Herausforderungen im pädagogischen Umgang mit Medien steigen – einerseits die Medienkompetenz zu fördern und andererseits die wirksam bei exzessivem Konsum zu intervenieren.

2.3 Ernährung

Die Themen Ernährung und Bewegung sind eng miteinander gekoppelt. Aus physiologischer Sicht besteht die Koppelung aus der Bilanz zwischen Energiezufuhr und Energieverbrauch. Aus psychischer Sicht fördert Bewegung im positiven Fall Freude, Selbstbewusstsein sowie emotionalen Ausgleich und macht damit „Frustessen“ aus Langeweile, als Übersprunghandlung oder zum „Herunterschlucken“ von unangenehmen Gefühlen weniger wahrscheinlich. Im problematischen Fall, bei einer Essstörung wie Magersucht, wird Bewegung jedoch eingesetzt, um noch mehr Gewicht zu verlieren.

Ausreichende Bewegung und ausgewogene Ernährung

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass Kinder und Jugendliche täglich 60 Minuten mäßig bis anstrengend körperlich aktiv sein sollten. Gemessen an dieser Empfehlung, bewegt sich lediglich ein gutes Viertel der 3- bis 17-Jährigen in ausreichendem Maße. Der Anteil derjenigen, die sich genügend bewegen, nimmt mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern ab, jedoch besonders bei Mädchen ab 11 Jahren. Bezogen auf den Sozialstatus, finden sich statistisch bedeutsame Unterschiede in der Gruppe der körperlich sehr Inaktiven, also derjenigen, die sich seltener als zwei Mal wöchentlich für mindestens 60 Minuten bewegen. Bei den 3- bis 17-Jährigen, die einen hohen Sozialstatus aufweisen, liegt dieser Anteil bei 1,3% und bei denjenigen mit niedrigem Sozialstatus bei 10,9% (RKI, 2014, S. 1 f.).

Ein interdisziplinär verfasster Expertenkonsens bemängelt die fehlende Evidenz, auf deren Grundlage die WHO sich für 60 Minuten täglicher Bewegung ausgesprochen hat. Die Expertinnen empfehlen nach einer systematischen Literaturrecherche für Kinder und Jugendliche 90 Minuten mit körperlicher Aktivität und eine Limitierung der Medienzeiten (Graf et al., 2013, S. 5).

Kinder, die sich ausreichend bewegen, verfügen im Vergleich zu inaktiven Kindern über eine höhere Knochendichte und besseres seelisches Wohlbefinden (RKI, 2014, S. 3).

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) weist auf ihrer Homepage – visualisiert über den Ernährungskreis und die Ernährungspyramide – auf zehn Regeln für eine gesunde Ernährung hin: www.dge.de/ernaehrungspraxis (Zugriff: 17.10.2016). Diese Regeln sind jedoch von verschiedenen Seiten kritisiert worden, z. B. im Hinblick auf die DGE-Empfehlung für kohlehydratreiche Kost. Allgemein gültige Regeln scheint es also kaum zu geben – was „gesund“ ist, hängt von der individuellen körperlichen Konstitution ab. Eine persönliche, qualifizierte Ernährungsberatung geht auf diese individuellen Faktoren ein.

Eine erste Beurteilung und Einordnung des Gewichtes findet bei Erwachsenen über den Body-Mass-Index (BMI) statt. Dieser lässt sich über Rechenhilfen im Internet leicht ermitteln. Der BMI ist bei Kindern nicht ausreichend – ihr BMI-Wert wird in alters- und geschlechtsspezifische Gewichtskurven eingeordnet. Diese Kurven sind auf einer Website der BZgA einsehbar: www.bzga-kinderuebergewicht.de.

Ausreichende Bewegung hat – wie eine ausgewogene Ernährung – Bedeutung für das Erwachsenenalter: Der Lebensstil, den sich Kinder und Jugendliche angewöhnt haben, bleibt wahrscheinlich im Erwachsenenalter bestehen und hat damit großen Einfluss auf die Gesundheit.

Essstörungen

Neben den klassischen Formen von Essstörungen wie der Anorexie und der Bulimie wurden in den letzten Jahren weitere Formen klinisch relevanter Essstörungen identifiziert, welche bislang nur im aktualisierten Diagnosesystem DSM-5 der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie ihren Platz gefunden haben. Dabei handelt es sich um die

sogenannte Binge-Eating-Störung und das Night-Eating-Syndrom. „Binge“ meint „im Übermaß“. Bei der Binge-Eating-Störung handelt es sich um Essattacken. Die Erkrankung hat in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erfahren, ist sie doch die häufigste Form von Essstörungen. Im aktuellen, in Deutschland angewendeten Diagnoseinstrument ICD-10 ist die Binge-Eating-Störung für sich genommen (noch?) nicht verankert.

Im ICD-10 werden „Essstörungen“ im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ unter F50 kategorisiert. Enthalten sind die Anorexie, die Bulimie, Essattacken bei anderen psychischen Störungen und untypische Formen dieser Erkrankungen.

Adipositas (starkes Übergewicht) ohne unkontrollierte Essanfalle ist keine Essstörung, sondern unter den Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten aufgeführt.

Magersucht und Bulimie sind kein „Konsumproblem“ im Sinne dieses Handbuchs, daher werden sie hier als „Exkurs“ behandelt. Besonders von Anorexie Betroffene wenden ein übermäßiges Maß an Kontrolle auf, um gerade nicht zu „konsumieren“ (essen). In diesem Fall übernimmt ein Kontrollverhalten die Funktion von Konsumverhalten, um von bedrohlichen Gefühlen abzulenken². Charakteristisch für die Bulimie ist der Wechsel zwischen Kontrolle (Einhalten rigider Diätregeln) und Kontrollverlust (Essattacken).

Binge Eating tritt häufig im Zusammenhang mit starkem Übergewicht auf. Im Rahmen der Forschung zu Essattacken wird angenommen, dass die Attacken dazu dienen, unangenehme Gefühle zu reduzieren (Legenbauer, Vocks, 2014, S. 34).

Im Rahmen der Untersuchung zur Kinder- und Jugendgesundheit „KIGGS“ wurde der Screeningbogen SCOFF eingesetzt, um Auffälligkeiten im Essverhalten festzustellen³. Bei knapp 22% der befragten 11- bis 17-Jährigen lagen Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten vor (Robert Koch-Institut, BZgA, 2008, S. 52). Von den „SCOFF-Auffälli-

gen“ sind rund 35% übergewichtig und rund 63% normalgewichtig. Von diesen Normalgewichtigen halten sich rund drei Viertel der Jungen und Mädchen für „viel zu dick“ bzw. „etwas zu dick“ (ebenda, S. 54).

Der Hilfeartspezifische Gesamtbericht zum § 34 SGB VIII 2013 „EVAS“ ermittelte für die interventionsbedürftige Problemlage „Auffälligkeiten im Essverhalten“ bei Hilfebeginn einen Anteil von 20,2% aller Betreuten der teilnehmenden Heime (Institut für Kinder- und Jugendhilfe, 2014, S. 28). Bei diesem Anteil muss im Vergleich zu „KIGGS“ berücksichtigt werden, dass EVAS die Altersspanne „unter 6-Jährige“ bis „über 18-Jährige“ umfasste und der Anteil von Mädchen bzw. jungen Frauen bei 38,6% lag (ebenda, S. 3 und 2).

Als Risikofaktoren zur Ausbildung einer Essstörung (einschließlich Binge Eating) lassen sich anhand der „KIGGS“-Untersuchung folgende Merkmale ableiten:

- ▶ Niedriger Sozialstatus
- ▶ Familiäre Schwierigkeiten und geringe soziale Unterstützung
- ▶ Weibliches Geschlecht (Mädchen sind häufiger betroffen; ihr Risiko für Essstörungen nimmt in der Pubertät zu, das der Jungen dagegen ab)
- ▶ Migrationshintergrund

(RKI, BZgA, 2008, S. 51)

Vor dem Hintergrund seelischer, psychosozialer, soziokultureller und genetischer Faktoren gilt häufig ein rigides Diätverhalten als direkter Auslöser für Essstörungen (Legenbauer, Vocks, 2014, S. 19).

- 2 Einer Magersucht und Bulimie können Fachkräfte mit Programmen und Einzelmaßnahmen der Gesundheitsförderung bzw. universellen Prävention vorbeugen. Ein kleines Beispiel: Sie reflektieren immer mal wieder im pädagogischen Alltag mit jungen Menschen, vor allem mit Mädchen, inwieweit sie ihr Selbstwertgefühl an ihre Figur koppeln.
- 3 SCOFF ist kein Diagnoseinstrument, sondern stellt lediglich Auffälligkeiten im Essverhalten fest, siehe auch Erhebungsbogen in Kap. 7.3.1.

Übergewicht

Die Fähigkeit zur individuellen Gewichtsregulierung hängt von vielen internen und externen Faktoren ab, z. B. dem Zusammenspiel von Hormonen und Botenstoffen, genetischen Gegebenheiten und kognitiv-emotionalen Steuerungsmechanismen (Wabitsch, Kunze, 2014, S. 131 f.).

Der Anteil der übergewichtigen Kinder ist seit den 1990er Jahren um 50 % gestiegen, der Anteil adipöser Kinder sogar um 100 % (RKI, 2015a, S. 492). „KIGGS“ stellte einen Anteil von 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren fest, deren Gewicht zu hoch ist. Davon sind 8,7 % übergewichtig und 6,3 % adipös (ebenda, S. 205). Neben dem Zweck, möglichst schmackhaft satt zu werden, bietet Essen weitere angenehme Wirkungen wie z. B. eine feierliche Stimmung, Trost und Ablenkung von unangenehmen Gefühlen wie Enttäuschung, Langeweile oder Traurigkeit.

Die „Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)“ ermittelte folgende Risikofaktoren zur Entwicklung von Übergewicht bei Kindern: niedriger sozioökonomischer Status, geringe körperliche Aktivität, lange Medienzeiten und Übergewicht eines oder beson-

ders beider Elternteile (Müller, 2009). Aufgrund der hohen Verbreitung und der facettenreichen Folgen wird Übergewicht als eine der größten gesundheitspolitischen und gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen angesehen (BZgA, 2010, S. 11).

In der Broschüre „Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ sind Studienergebnisse zu **möglichen körperlichen und seelischen Risiken von Übergewicht** aufgeführt. Diese sind nachfolgend zusammengefasst:

- ▶ Wenn Adipositas schon früh im Alter zwischen 6 und 9 Jahren beginnt, bleibt sie bei 55 % der Betroffenen im Erwachsenenalter bestehen. Bei frühem Beginn ist sie im Erwachsenenalter stärker ausgeprägt und geht mit höherem Erkrankungsrisiko und erhöhtem Risiko für vorzeitigen Tod einher (ähnlich dem frühen Einstieg in den Tabakkonsum, vgl. Kap. 3.4).
- ▶ Je höher das Übergewicht ist, desto mehr Risikofaktoren für Erkrankungen des Herzens und der Gefäße bestehen.
- ▶ Es bestehen erhöhte Risiken für Diabetes Typ 2 und orthopädische Störungen, z. B. in Gelenken.
- ▶ Übergewicht führt zu reduzierter körperlicher Leistungsfähigkeit. Es kann ein Teufelskreis in Gang kommen, wenn aus Frustration über die eingeschränkten motorischen Fähigkeiten Bewegung (noch) stärker vermieden wird.
- ▶ Übergewicht kann zu beeinträchtigter Lebensqualität durch Hänseleien, erniedrigtem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen führen. Das kann mit (weiterem) sozialem Rückzug einhergehen.

(BZgA, 2010, S. 21 f.)

Übergewicht und Essattacken werden in diesem Handbuch als ein „Konsumthema“ betrachtet. Daher greift Kapitel 6 dieses riskante Ernährungsverhalten wieder auf, indem es entsprechende Maßnahmen vorschlägt.

Die Tabelle in Kap. 7.3.4 stellt Adipositas und die Hauptkategorien der Essstörungen im Überblick dar.



Medizinische Leitlinien lesen

Bei der Entwicklung von medizinischen Leitlinien wird das aktuelle Wissen zu einer Erkrankung systematisch aufbereitet, und daraus werden Behandlungsempfehlungen abgeleitet (allerdings oft unter dem Einfluss von Interessengruppen aus Medizin und Pharmazie). Neben körperlichen Erkrankungen existieren auch Leitlinien für (kinder- und jugend-)psychiatrische Erkrankungen wie z. B. Hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens und auch alkohol- sowie tabakbezogene Störungen.

Für Essstörungen und Adipositas liegen die nachfolgenden Leitlinien vor:

- ▶ S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen in der Kurzfassung (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2011). Dort finden sich Hinweise zum Erkennen einer Essstörung sowie Empfehlungen für die Behandlung.
- ▶ Diese Leitlinie ist auch (laienverständlich „übersetzt“) als Patientenleitlinie für Betroffene, Angehörige und nahestehende Personen herausgegeben worden (Zeeck, Herpertz, DGEES, 2015).
- ▶ „Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (Wabitsch, Kunze, 2014).

Leitlinien stehen auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., kurz AWMF, zum kostenlosen Download zur Verfügung: www.awmf.de

3

Konsumverhalten erlernen, verstehen und einschätzen

Kapitel 2 zeigte mit Blick auf Rauschmittel, Medien und Ernährung einen Ausschnitt aus dem Überangebot von Konsummöglichkeiten in unserer Gesellschaft. Angesichts dessen zählt es zu den zentralen Entwicklungsaufgaben junger Menschen, ein möglichst risikoarmes Konsumverhalten zu erlernen. Darauf geht das Kapitel 3.1 ein.

Um das Konsumverhalten junger Menschen verstehen und eine potenzielle Gefährdung einschätzen zu können, ist es zudem hilfreich,

- ▶ individuelle Schutz- und Risikofaktoren auf den drei Ebenen der Persönlichkeit, der Substanz bzw. Verhaltensweise sowie der (sozialen) Umwelt zu kennen (Kap. 3.2),
- ▶ die Konsummuster „genussorientierter Konsum“, „Missbrauch“, „Gewöhnung“ und „Abhängigkeit“ zu unterscheiden (Kap. 3.3) und
- ▶ mögliche Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum, seelischen Erkrankungen und psychosozialen Auffälligkeiten herstellen zu können (Kap. 3.4).

Das Konsumverhalten eines jungen Menschen individuell bezüglich seiner positiven Wirkungen und Risiken einzuschätzen und in Zusammenhänge einzuordnen, ist die Voraussetzung, darauf pädagogisch angemessen reagieren zu können.

3.1 Konsumverhalten als Entwicklungsaufgabe (M. Baumann)

Konsumieren gehört zu den Verhaltensweisen, die im Laufe der Entwicklung erlernt werden wollen und müssen. Dies gilt sowohl für den wirtschaftlich geprägten Begriff „Konsum“ in der Rolle des „Endverbrauchers“ als auch für den in diesem Handbuch verwendeten Begriff von Konsum als Emotions- und Selbstregulationsprinzip.

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben, wie es von bedeutenden Entwicklungspsychologen wie Erik Erikson und John Havighurst entwickelt wurde, geht davon aus, dass Menschen im Laufe ihrer Entwicklung oft widersprüchliche Aufgaben zu erfüllen haben, deren erfolgreiche Bewältigung für den weiteren Entwicklungsverlauf entscheidend ist (vgl. Fend, 2003).

Erich Westphal, Manfred Wittrock und Peter Wachtel haben in den 1980er und 1990er Jahren ein Konzept der Entwicklungsaufgaben für junge Menschen in Risikolagen entwickelt, das als Systematisierungsrahmen im Kontext der Jugendhilfe besonders geeignet erscheint. Sie nennen diesen Ansatz die Lebensproblemzentrierte Pädagogik (vgl. Wittrock, 2008): Diese kann einen Verstehensrahmen bieten, der hilft zu prüfen, wie mit jungen Menschen in die Kommunikation über ihren Konsum gegangen werden könnte.

Die Lebensproblemzentrierte Pädagogik geht davon aus, dass junge Menschen widersprüchliche Entwicklungsaufgaben zu lösen haben, deren Balance in sich und zu den jeweils anderen besonders entscheidend ist. Gelingt diese Balance nicht, muss der Mensch zu Lösungsmechanismen greifen, um diese Spannungen abzubauen. Und diese Lösungsmechanismen werden von der sozialen Umwelt häufig als „gestört“ wahrgenommen.

Die wesentlichen Widerspruchseinheiten der Lebensproblemzentrierten Pädagogik sind:

- ▶ Entwickeln vs. Versorgen – die vermittelnde Einheit ist der Austausch.
- ▶ Handeln vs. Ordnen – die vermittelnde Einheit ist die Orientierung.
- ▶ Ausbreiten vs. Anpassen – die vermittelnde Einheit ist die Sicherung.

Auf der Grundlage dieser Systematisierung lässt sich Konsumverhalten als „normale“ Bewältigungsstrategie des Jugendalters beschreiben, die in Einzelfällen einer steuernden Reflexion bedarf.

Entwickeln vs. Versorgen – Konsum als Möglichkeit zum Austausch

Auf der einen Seite ist es Bestandteil der Entwicklung, Konsum zu erlernen. Der Mensch kann nicht nicht konsumieren. Insofern ist Konsum immer ein gewöhnliches Verhalten. Zwar kann ein junger Mensch entscheiden, abstinente von bestimmten Substanzen zu leben – Tabak, Alkohol oder illegalen Rauschmitteln beispielsweise. Dies ist aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Rauschmittel jedoch selten möglich. Zudem sind viele der ebenfalls als potenziell problematisch einzustufenden Konsumarten wie Essverhalten, Mediennutzung oder auch ein an die Grenzen gehender Umgang mit der eigenen Leistungsfähigkeit (Suche nach dem „Kick“ im Extremsport, Phänomene des „Workaholic und Burnout“) in angemessenem Umfang wichtig und erst bei übertriebener Nutzung gefährlich oder problematisch. Somit ist Abstinenz nicht grundsätzlich die Lösung

für kritisches Konsumverhalten. Im Rahmen einer gesunden Entwicklung ist es also eine zentrale Aufgabe, Konsum als Verhaltensweise, die einem guttun kann, verantwortungsvoll und bewusst zu erlernen.

Wie in Kapitel 1.3.2 dargestellt, gehört als Gegengewicht zum Konsumieren auch das Produzieren in dem Sinne, sich selbst und seine Gefühle auch aus eigener Kraft regulieren zu können (Sport, Kreativität usw.). Dies geschieht im Spannungsfeld der Versorgung – Bedürfnisbefriedigung als Grundlage eines sicheren Selbstbewusstseins, aber auch Trost bei gebotemem Bedürfnisverzicht sind Erfahrungen, die unter gesunden Entwicklungsbedingungen der Säugling erlernt. Viele junge Menschen aus sogenannten multiproblembelasteten Kontexten haben diese Erfahrungen aber nur rudimentär erlernen können, so dass ein Nachlernen auch in der Pubertät noch wichtig sein kann. Überschätzen Erwachsene die Selbststeuerungsfähigkeit der jungen Menschen in diesen Bereichen, ist es wenig verwunderlich, wenn Konsummittel als „Knopfdruck-Befriedigung“ genutzt werden, da soziale Unterstützung zur Stressregulation nicht verfügbar scheint, die notwendigen Kompetenzen für einen produktiven Umgang noch nicht erworben werden konnten.

Auf der anderen Seite müssen wir in unserem Erziehungsverhalten auch reflektieren, inwieweit wir Kindern sehr früh antrainieren, auf Stress und Frustrationserlebnisse mit Konsum zu reagieren. Gegen quasi jedes körperliche Unwohlsein gibt es das passende „Kügelchen“ in der Hausapotheke – bis hin zu schweren Schmerzmitteln bei jedem Kopfweg. Jeder Erfolg wird mit einer konsumorientierten Belohnung versehen und jeder Frust gibt ein „Trösterchen“, jede Enttäuschung wird durch ein Geschenk vertuscht – diese Formen der Versorgung begünstigen, dass junge Menschen nicht selbstkompetenten Umgang mit unterschiedlichen Arten des Konsums erlernen.

Handeln vs. Ordnen – Konsum als Orientierungsstrategie

Um kompetent handeln zu können, muss ein Mensch die Ordnungsstrukturen der Umwelt erfassen können. Dies tut er, indem er in ihr handelt. Insofern sind Handeln und Ordnen untrennbar miteinander verbunden.

An die Handlungskompetenzen von Jugendlichen sind besondere Erwartungen geknüpft. So zeigt sich als normaler Entwicklungsprozess ein gewisser Hang zu Grenzerfahrungen und risikobereitem Verhalten, vor allem in der Gruppe. Diese dienen sowohl dem Erfassen der Ordnungsstrukturen der „realen Welt“ (sogenanntes „Grenzen-Austesten“) als auch der Reibung mit als „altmodisch“ und „spießig“ erlebten Ordnungsstrukturen. Insofern ist Orientierung als Prozess der Abgrenzung von den Erwachsenen eine zentrale Entwicklungsaufgabe.

Hierbei sind Konsummuster im zweifachen Sinne bedeutsam: Einerseits kann Konsumverhalten eingesetzt werden, um die eigene Risikobereitschaft sowie das Erleben der eigenen Grenzen spürbar zu machen. Hierzu zählen sowohl das Essverhalten als auch der Konsum von Rauschmitteln. Alkohol senkt die Hemmungen und steigert das Risikoverhalten. Auch gibt es viele Substanzen, die den Umgang mit der eigenen Sexualität beeinflussen.⁴

Auf der anderen Seite kann Konsumverhalten selbst zur Orientierungsstrategie werden. Wer ist „in“, wer ist „out“, entscheidet sich bei Jugendlichen wesentlich über Verhaltensweisen, die mit Konsum assoziiert sind. Vernunft ist nicht besonders gefragt, und die Auslotung, wann die Grenze der Erwachsenenwelt endgültig überschritten ist, ist Teil jugendlicher Orientierung. Auch im Umgang mit dem eigenen, in der Veränderung befindlichen Körper sind die Konsum-Bereiche Kleidung/Mode, Ernährung, Extremsport etc. Möglichkeiten der Orientierung und des bewussten Orientierungsverlustes.

⁴ In der Suchtprävention ist die Förderung von Risikokompetenz ein wichtiges Ziel. Statt der Botschaft „Vermeide Risiko!“ lautet bei diesem Ansatz die Botschaft: „Gehe bewusst und kompetent Risiken ein, lerne sie einzuschätzen, mindere Risiken, sichere dich und andere ab, gehe keine unkalkulierbaren Risiken ein!“

Ausbreiten vs. Anpassen – Konsum als Sicherung sozialer Identität

Nicht umsonst wird die Wirkung vieler Drogen als „Bewusstseinsveränderung“ beschrieben (wenngleich die wertfreiere Bezeichnung „Bewusstseinsveränderung“ angemessener ist). Durch den Konsum kann der Mensch sein Erleben ausweiten (und natürlich auch verengen). Insgesamt hat Konsum eine enge Verknüpfung mit dem Thema Ausbreiten als Teil der Identitätsstiftung. In westlichen Industrienationen definiert sich die Identität nicht unwesentlich über das, was man hat. Konsumgüter stellen etwas nach außen Sichtbares dar. Man besitzt die angesagtesten Klamotten – kann sich dies leisten. Man schmeißt sich ein, was gerade in ist – man kann es besorgen. Man hat die höchste Punktzahl im angesagtesten Spiel – hat Erfolg. Und: Man schafft es, eine superschlanke Figur zu haben – ist also diszipliniert. An dieser Stelle zeigt sich erneut die zwiespältige Haltung unserer Gesellschaft gegenüber Konsumverhalten und wie künstlich die Trennung zwischen legal und illegal/deviant aus Jugendsicht oft ist.

Eine wichtige Bedeutung hat Konsum aber im Rahmen der Entwicklungsaufgabe der Anpassung.

Wer dazugehört, wer draußen bleibt, entscheiden nicht selten die Bereitschaft und das Ausmaß des Konsums – von bestimmter Musik, Medien, legalen und illegalen Drogen, Kleidungsstilen etc. Wer sich bestimmten Konsumgewohnheiten und -erwartungen entzieht, ist ganz schnell draußen. Konsum wird damit zu einem identitätsstiftenden Element. Die elterliche Idealisierung „Es ist egal, was andere über dich denken“, ist an der Stelle nicht hilfreich da sie einen Lebensstil beschreibt, der für den Menschen als soziales Wesen in der Regel nicht durchzuhalten ist.

Neben diesen drei Gegensatzeinheiten von Entwicklungsaufgaben spielt Konsum darüber hinaus noch eine Rolle bei der Frage, wie der junge Mensch damit umgeht, wenn ihn die Herausforderungen seiner Entwicklung, unabhängig vom Konsumverhalten, gerade überfordern bzw. unter Stress setzen. Dann benötigt der junge Mensch Strategien der Selbstregulation. Wenn diese Form des Konsumverhaltens dann scheinbare Lösungen für die Entwicklungsaufgabe selbst bietet – z. B. Sicherung von Zugehörigkeit –, ist das Potenzial für einen schädlichen Gebrauch als (extrem) hoch einzuschätzen.

3.2 Entwicklung einer Abhängigkeit: Schutz- und Risikofaktoren

Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Abhängigkeitsentwicklung nach George L. Engel stellt dieses Kapitel drei Ebenen von Risiko- und Schutzfaktoren vor: Persönlichkeit, Substanz/Verhaltensweise und Umwelt.

Im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnostik können Fachkräfte die folgende Übersicht einsetzen, um einzuschätzen, ob bzw. wie gefährdet ein Kind oder ein Jugendlicher ist. Individuelle Faktoren werden zunächst gesammelt und dann in ihrer Bedeutung gewichtet, ggf. unter Beteiligung des jungen Menschen. Um ein Schutz- und Risikoprofil

zu erstellen, ist eine kollegiale Beratung hilfreich. So finden unterschiedliche Eindrücke Berücksichtigung. Auf dieser Grundlage kann (altersabhängig) der junge Mensch mit Unterstützung der Betreuungsperson überlegen, wie er Schutzfaktoren nutzen kann, um Risikofaktoren zu mildern. Bei den aufgeführten Faktoren handelt es sich nicht um eine abgeschlossene Liste. Sie dienen eher der Anregung. Die von der WHO genannten Lebenskompetenzen (vgl. Kap. 1.4) tauchen an dieser Stelle teilweise wieder auf.

Persönlichkeit

Schutz

Selbstwirksamkeitserwartung
Sicher gebunden
Fähigkeit, Gefühle differenziert zu unterscheiden und zu benennen
Konstruktive Emotionsregulation (z. B. Gefühle neu bewerten)
Probleme und Konflikte konstruktiv lösen können
Positive Zukunftsperspektive (Schule/Ausbildung)
Seelisch stabil
Eigene Talente gefunden / Spaß an bestimmten produzierenden Tätigkeiten
Humor
Ehrgeiz
Durchschnittliche oder hohe Intelligenz
Altersentsprechender, entspannter Umgang mit eigener Sexualität
Risikokompetenz: Risiken einschätzen und im Sinne einer förderlichen Persönlichkeitsentwicklung „dosiert“ eingehen können

Risiko

Sich hilflos, ausgeliefert fühlen
Unsichere oder desorganisierte Bindung
Kann lediglich zwischen „mir geht's gut“ und „mir geht's schlecht“ unterscheiden
Maladaptive, eher schädliche Emotionsregulation (z. B. Gefühle dauerhaft unterdrücken)
Impulsdurchbrüche / Neigung zur Gewaltausübung
Andauernde Misserfolge in Schule/Ausbildung
Seelisch erkrankt
Ausschließlich Hobbys oder Interessen, die konsumbezogen sind
Antriebslosigkeit
Unterdurchschnittliche Intelligenz
Sexuelle Gefühle sind angst- oder schambesetzt
Risiken in der Regel deutlich über- oder unterschätzen; keine oder (lebens-)gefährliche Risiken eingehen

Substanz/en bzw. Verhalten

Schutz

Spätes Einstiegsalter

Konsumfreie Tage (ohne nervös zu werden)

Keine Substanz bzw. Verhaltensweise, mit deren Umgang Probleme bestehen

Person konsumiert aus angenehmen Gefühlen heraus

Risiko

Früher Einstieg in Rauschmittelkonsum

Der junge Mensch nimmt Medikamente ein, die in riskante Wechselwirkung mit psychoaktiven Substanzen treten

Eine vorliegende seelische Erkrankung wird durch die bevorzugte Substanz begünstigt (z. B. Schizophrenie und Amphetamine)

Mischkonsum (z. B. exzessives Computerspielen mit Cannabis oder durchgängiger Cannabis- und Alkoholkonsum)

Person konsumiert, um unangenehme oder bedrohliche Gefühle weniger spürbar zu machen

Weitere Informationen zu Schutz- und Risikofaktoren bezüglich Substanz- bzw. Verhaltensweisen und Hinweise für seelische Abhängigkeit finden sich in Kapitel 7.4.1. Medizinische Kriterien zur Diagnose schädlichen Gebrauchs bzw. Abhängigkeit werden in Kapitel 7.3.2 behandelt.

(Soziale) Umwelt

Schutz

Sozial/schulisch oder beruflich eingebunden

Sichere Tagesstruktur

Wechselseitige, verlässliche Beziehungen

Freundschaften, in denen Konsum eine möglichst kleine Rolle spielt

Person wird gebraucht

Altersangemessene Liebesbeziehung /en

Eltern seelisch stabil /keine Konsumprobleme (z. B. stark übergewichtig)

Beziehung zu den Eltern weitgehend geklärt

Weitgehend regelkonformes Verhalten

Risiko

Einzelgänger, soziale Ängste

Es gibt wenig Gründe, morgens aufzustehen

Beziehungen, in denen Macht und Ohnmacht eine große Rolle spielen

Konsumorientierte Freundschaften

Es gibt wenig zu verlieren

Sehr früher Einstieg in sexuelle Beziehungen oder extremer Altersunterschied zwischen Partnern

Eltern seelisch erkrankt /Konsumprobleme

Starke (ggf. unbewusste) Konflikte mit den Eltern

Person ist delinquent /fällt in Gruppen regelmäßig unangenehm auf

Über diese individuellen Schutz- und Risikofaktoren gegen bzw. zur Entwicklung einer Abhängigkeit hinaus existieren auch Faktoren, die gesellschaftlich oder im Verhalten erwachsener Bezugspersonen verankert sind.

Sehr wichtige negative Einflussgrößen sind Werbung für legale Drogen und deren niedrige Preise. Pädagogische Fachkräfte können darauf insofern reagieren, indem sie Strategien der Werbung mit jungen Menschen reflektieren und eine kritische Einstellung dazu fördern. Eine ebenfalls wichtige Rolle spielt die Verfügbarkeit (Griffnähe).

Wurdak und Wolstein haben im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche fünf Faktoren gefiltert, wie Eltern schützenden Einfluss auf den Alkoholkonsum ihrer Kinder ausüben können:

- ▶ Eltern fördern Beziehungen und Kommunikation in der Familie, z. B. über Rituale wie gemeinsame Mahlzeiten.
- ▶ Eltern fungieren als Vorbild. Sie konsumieren Alkohol selbst zurückhaltend und vermitteln ihren Kindern eine ablehnende Haltung gegenüber Alkoholkonsum im Jugendalter.
- ▶ Eltern stellen Regeln zum Umgang mit Alkohol auf und kommunizieren Konsequenzen bei Nichtbeachtung.
- ▶ Eltern interessieren sich für die Freizeitbeschäftigungen ihrer Kinder und fragen diese gezielt danach.
- ▶ Der Erziehungsstil der Eltern findet eine Balance zwischen Wärme und Strenge.

(Wurdak, Wolstein, 2015, S. 29 ff.)

Exkurs: Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

In Europa wird der Anteil der Schwangeren, die wiederholt und wissentlich während ihrer Schwangerschaft Alkohol trinken, auf 14,4 bis 30 % geschätzt (Landgraf, Heinen, 2012, S. 12). Die Risiken für das ungeborene Kind sind dadurch (extrem) hoch, körperlich und/oder geistig Schaden zu nehmen. Zusammengefasst stehen folgende pränatale Folgeschäden durch Alkohol im Vordergrund:

- ▶ Wachstums-minderung
- ▶ Gesichtsauffälligkeiten
- ▶ Verhaltensstörungen
- ▶ Fehlende Alltagskompetenz
- ▶ Kognitive Einschränkungen

(Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014, S. 4)

Es ist ein gefährlicher Trugschluss zu glauben, lediglich Alkoholikerinnen würden ihr Kind dem Risiko alkoholbedingter Entwicklungsstörungen aussetzen. Auch kleine Mengen sind potenziell schädlich für den Embryo bzw. Fötus. Schädigungen, die das Kind durch Alkohol im Mutterleib erfährt, werden in vier Ausprägungen diagnostiziert. Der Oberbegriff lautet Fetale Alkoholspektrumstörungen, abgekürzt FASD, entsprechend der englischen Übersetzung „fetal alcohol spectrum disorders“ (Landgraf, Heinen, 2012, S. 3). Das Vollbild Fetales Alkohol-Syndrom (FAS) tritt geschätzt bei 10 % der alkoholgeschädigten Kinder auf (ebenda, S. 13). Schätzungen für Deutschland gehen von 2.000 bis 4.000 Kindern im Jahr aus, die mit FAS geboren werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012, S. 2). Entsprechend liegt die Anzahl an Kindern, die nicht (unmittelbar) sichtbare Schäden durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft erleiden, deutlich höher.

Das Thema „FASD“ lässt sich für dieses Handbuch aus **zwei Perspektiven** betrachten.

Ein Mädchen bzw. eine junge Frau, die eine Jugendhilfe-Leistung erhält, wird schwanger

Fachkräfte sollten mit der Schwangeren über den Konsum von Alkohol und anderen Substanzen sprechen und auf die Risiken für das ungeborene Kind hinweisen. Das Gespräch bzw. die Gespräche münden in eine Selbst- und Fremdeinschätzung, inwieweit es der Schwangeren gelingen wird, auf Alkohol und andere Drogen während der Schwangerschaft zu verzichten. Das ist besonders vor dem Hintergrund zu betrachten, wie sie selbst zuvor mit Substanzen umgegangen ist und wie derzeit ihr soziales Umfeld konsumiert. Wenn Unsicherheit besteht, ist es sinnvoll, multiprofessionelle Unterstützung zu suchen.

Das Handbuch „Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft – Praxismodule für die Beratung von Schwangeren“ (BZgA, 2015 b) kann hilfreich sein, Gespräche strukturiert zu führen.

Fachkräfte vermuten, dass ein betreuter junger Mensch von FASD betroffen sein könnte

In der S3-Leitlinie „Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. Kurzfassung“ ist eine kurze Liste mit spezialisierten Anlaufstellen zur Klärung eines Verdachts auf FAS aufgeführt (Landgraf, Heinen, 2012, S. 19 f.). Für weitere Informationen empfiehlt die Leitliniengruppe die Patientenvertretung FASD Deutschland e.V. Der Verein nennt auf seiner Internetseite www.fasd-deutschland.de weitere Adressen. Ziel einer professionellen Diagnostik ist es, FASD möglichst früh zu erkennen, um spezifische Förderung einleiten zu können.

In der Praxis der erzieherischen Hilfen ist FASD derzeit ein vieldiskutiertes Thema. Dabei geht es u. a. um die Auswirkungen von FASD und mögliche pädagogische Konsequenzen. In der Vorbereitung dieses Handbuchs wurde beispielsweise die Frage aufgeworfen, ob der Alkoholkonsum von Jugendlichen mit FASD und alkoholabhängigen Eltern restriktiver behandelt werden sollte als bei anderen –

auch aufgrund einer möglichen genetischen Vorbelastung. Studien aus der Zwillingsforschung kamen hierbei zu folgendem Ergebnis: Wenn mindestens ein Elternteil bei der Zeugung oder während der Schwangerschaft alkoholabhängig war, tragen die Kinder ein vierfach erhöhtes Risiko, selbst alkoholabhängig zu werden, besonders Söhne (Borowiak, 2015, S. 135). Kinder von Alkoholabhängigen nehmen im Vergleich zur Kontrollgruppe die Wirkung von Alkohol geringer wahr: einerseits die berauschende Wirkung, andererseits unangenehme körperliche Effekte wie Gleichgewichtsstörungen (Schmidt, 2009, zitiert in Schlieckau, 2015, S. 473). Neben genetischen Faktoren spielen vor allem auch die psychosozialen Bedingungen, unter denen Kinder abhängiger Eltern aufwachsen, eine besondere Rolle.

Das erhöhte Risiko, das Alkohol für Kinder alkoholabhängiger Eltern birgt, sollte also mit betroffenen jungen Menschen besprochen werden. Der Unterschied in der Wahrnehmung der Alkoholwir-

kung sowie statistische Wahrscheinlichkeiten werden jedoch die wenigsten jungen Menschen davon abhalten, eigene Erfahrungen mit Alkohol oder anderen Substanzen zu machen. Fachkräften ist also zu empfehlen, Jugendliche, die von FASD und/oder einer Abhängigkeit ihrer Eltern betroffen sind, nicht anders zu behandeln als nicht davon betroffene, nämlich individuell. Sie besprechen mit jungen Menschen ihr individuelles Schutz- und Risikoprofil und wie dieses in Wechselwirkung mit (möglichem) Substanzkonsum treten kann. Wichtige Kriterien sind dabei seelische Erkrankungen und die Einnahme von Medikamenten. Fazit kann beispielsweise sein, dass der gleichzeitige Konsum einer Substanz „XY“ mit dem notwendigen Medikament „Z“ eine zu gefährliche Mischung ergibt. Dann sollte der junge Mensch motiviert werden, von dieser bzw. allen Substanzen abstinenter zu leben, bis sich das Schutz- und Risikoprofil positiv verändert. Der Grund liegt dann jedoch in der eigenen Situation und nicht im (Konsum-)Verhalten der Eltern.



Weitere Informationen

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): Du bist schwanger ... und nimmst Drogen? Informationen und Hilfen für Drogen, Alkohol und Nikotin konsumierende Schwangere

Literatur für junge FASD-Betroffene: Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016): Fetale Alkoholspektrumstörung – und dann? Ein Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene. Berlin

3.3 Unterschiedliche Konsummuster

Konsummotive (vgl. Kap. 2.1) stehen in engem Zusammenhang mit Konsummustern. Der Begriff „Konsummuster“ im engeren Sinne fasst folgende Kriterien zusammen:

- ▶ (Kombination der) Art/en der genutzten Substanz/en bzw. Verhaltensweise/n,
- ▶ ihre Dosierung, gemessen beispielsweise in Stunden, Litern, Gramm, und
- ▶ die Häufigkeit ihrer Anwendung.

Wenn dagegen eine individuelle Bewertung, eine Einordnung in ein bestimmtes Risikoprofil vorgenommen werden soll, sind zusätzlich auch die folgenden Kriterien heranzuziehen:

- ▶ Gründe für den Konsum: grob unterschieden in Genuss- und Hilfsmittel
- ▶ Handlungsalternativen zum Konsum, um Emotionen regulieren zu können
- ▶ Potenzielle Symptome einer Abhängigkeit
- ▶ Potenzielle negative Konsequenzen durch den Konsum

Konsummuster sind individuell sehr unterschiedlich und nur in ihren Extremformen (Abstinenz und Abhängigkeit) eindeutig zu kategorisieren. Die Abstufungen dazwischen sind deutlich schwieriger

einzuordnen. Die nachfolgende Tabelle stellt eine Orientierungshilfe und ggf. Diskussionsgrundlage dar.

Konsummuster	Genuss	Missbrauch	Gewöhnung	Abhängigkeit
Kriterien				
Häufigkeit	zu besonderen Gelegenheiten	in Ausnahmesituationen	häufig, sehr regelmäßig	(fast) täglich
Menge bzw. Dosierung	begrenzt, niedrig	hoch	begrenzt	(sehr) hoch
Handlungsalternativen	ja, möglichst viele	ja, möglichst viele	eingeschränkt	nein
Gründe für Konsum	gute Stimmung noch verstärken	Gefühl von augenblicklicher Überforderung oder „Konsum-Unfall“ (unbewusste Überdosierung)	keine besonderen Gründe, aber eher um unangenehme Gefühle wie Anspannung nicht mehr zu spüren	um sich „normal“ zu fühlen, Symptome seelischer Abhängigkeit zu dämpfen
Körperliche oder seelische Entzugssymptome?	nein	nein	Unwohlsein, Nervosität; beginnende seelische Abhängigkeit	seelische Abhängigkeit, bei einigen Substanzen auch körperliche Abhängigkeit
Werden negative Konsequenzen in Kauf genommen?	nein	nur kurzfristige	Ja, aber Konsument achtet auf Vermeidung gravierender negativer Konsequenzen.	ja, auch erhebliche
Beispiel	Janina freut sich auf die Geburtstagsparty ihrer Freundin. Sie feiert ausgelassen und kommt mit einem leichten Rausch nach Hause.	Kira hat sich heute mit ihrer Chefin heftig gestritten. Sonst redet sie mit Freundinnen über Konflikte, heute will sie nur „vergessen“. Sie trinkt so viel, dass sie mit einem „Kater“ aufwacht.	Dennis bekommt seinen Job gut geregelt und geht gern skaten. Er kifft fast jeden Abend. Heute geht er mit zu einer Party, ist aber zuerst mürrisch, weil er dort nicht kiffen kann.	Ohne seine Wasserpfeife schafft es Gunnar nicht aus dem Bett.

Differenzierung von Konsummustern (Grundlage entwickelt von inEchtzeit, Krisenhilfe Bochum)

Riskanter Konsum

An unterschiedlichen Stellen in diesem Handbuch sprechen wir von „riskantem Konsum“. Wir nutzen diesen Begriff, um zu verdeutlichen, dass wir gerade junge Menschen meinen, deren Konsumverhalten Anlass zur Sorge gibt. Wir beziehen uns in diesen Zusammenhängen einerseits auf das Risiko konsumbezogener Schäden (z. B. Unfall, Strafverfolgung, Überdosierung) und/oder andererseits auf das Risiko einer manifesten Abhängigkeitsentwicklung, wenn das Konsummuster bei „Missbrauch“, „Gewöhnung“ oder ggf. auch einer beginnenden Abhängigkeit einzuordnen ist.

In Kapitel 2.1 wurden unterschiedliche Risikoebenen des Substanzkonsums dargestellt, grob unterschieden in körperliche, seelische und soziale Risiken. In einer engeren Definition bedeutet demnach jeder Konsum psychoaktiver Substanzen ein Risiko. Ähnlich jeder Teilnahme am Straßenverkehr, die ebenfalls grundsätzlich risikobehaftet ist.

Wenn man also von „riskantem Konsum“ spricht, ist zum genauen Verständnis oft eine nähere Erklärung nötig. „Riskanter Konsum“ kann alle Abstufungen in der breiten Palette zwischen risikoarmen Konsumformen (z. B. ein Mann trinkt selten Alkohol und wenn, bis zu einem halben Liter Bier), hochriskanten Konsumformen (z. B. betrunken Auto fahren) oder auch Abhängigkeit meinen, wenn man im Gespräch eine Etikettierung vermeiden möchte.

Da jeder Substanzkonsum mit Risiken behaftet ist, erfordert jeder Konsum psychoaktiver Substanzen durch Minderjährige eine pädagogische Reaktion: auf niedrigem Risikolevel ein kurzes Signal an den jungen Menschen, dass der Konsum wahrgenommen wurde, auf hohem Risikolevel abgestufte Interventionen über einen längeren bzw. langen Zeitraum, ggf. in Kooperation mit Fachkräften anderer Institutionen.

Einschätzung des Risikopotenzials bzw. einer Abhängigkeit(sgefährdung)

Zum Problem werden Rauschmittel, Medien und Ernährung, wenn sie dauerhaft dazu dienen, unangenehmen Gefühlen wie Langeweile oder Ärger auszuweichen, oder – massiver – wenn sie zum Ausweichen vor der Bewältigung seelischer Schwierigkeiten genutzt werden.

Es besteht umso mehr Anlass zur Sorge,

- ▶ je niedriger das aktuelle (emotionale) Lebensalter ist,
- ▶ je früher der Einstieg in den Konsum stattgefunden hat (Orientierungsrahmen: statistisch durchschnittliches Einstiegsalter),
- ▶ je mehr konsumiert wird (Dosierung, Anzahl konsumfreier Tage, Anzahl der konsumierten Mittel),
- ▶ je mehr Zeit damit verbracht wird (auch gedanklich),
- ▶ je gereizter/aggressiver jemand wird, wenn die Substanz/Verhaltensweise nicht zur Verfügung steht,
- ▶ je mehr negative Konsequenzen durch den Konsum in Kauf genommen werden,
- ▶ wenn zudem weitere seelische oder psychosoziale Auffälligkeiten bestehen und je schwerwiegender diese sind,
- ▶ je weniger persönliche und soziale Schutzfunktionen vorhanden sind (vgl. Kap. 3.2),
- ▶ je mehr Beispiele für Hinweise auf seelische Abhängigkeit zutreffen (vgl. Kap. 7.4.1),
- ▶ je mehr Kriterien unter den oben beschriebenen Konsummustern zu „Gewöhnung“ oder „Abhängigkeit“ zutreffen.

Kriterien zur medizinischen Diagnose einer Abhängigkeit sind in Kap. 7.3.2 aufgelistet. Neben anderen Substanzen kann auch eine Koffein-Abhängigkeit (z. B. Energydrinks) bestehen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012).

Eine Substanzabhängigkeit ist eine seelische Erkrankung (im ICD-10 verschlüsselt unter F10 bis F19). Die ärztliche Diagnose einer Abhängigkeits-erkrankung **eröffnet u. a. einen Leistungsanspruch nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung)**.

Praxiserfahrungen aus der Arbeit mit Konsumierenden zeigen immer wieder, wie schnell und unvermutet Konsummuster gerade in jungem Alter wechseln können, zum Positiven beispielsweise, wenn jemand einen Ausbildungsplatz erhält oder eine neue Partnerin dem Konsumverhalten sehr ablehnend gegenübersteht. Eine niederländische Studie begleitete 207 Cannabiskonsumierende im Alter zwischen 18 und 30 Jahren, die nach dem Diagnoseinstrument DSM-IV als abhängig eingestuft wurden. Nach 1,5 Jahren und zum Ende der Studie nach drei Jahren wurden die Diagnosekriterien erneut angewendet. Zum Ende der Studie galten 28 % der Teilnehmenden weiterhin als abhängig. Knapp 41 % konnten hingegen sowohl zur ersten als auch zweiten Nachbefragung nicht mehr als abhängig eingestuft werden (van der Pol et al., 2015, S. 279).

Statistisch gesehen dauert es bei verschiedenen Substanzen unterschiedlich lange, bis sich eine Abhängigkeit einstellt oder bis Betroffene (ggf. unter sozialem Druck) Unterstützung suchen. Beim problematischen Alkoholkonsum vergehen beispielsweise durchschnittlich 11,4 Jahre vom ersten Erkennen negativer Begleiterscheinungen bis zur Annahme suchtspezifischer Hilfe (Martens, 2011, S. 11). Das Fundament für eine später eintretende Abhängigkeit wird häufig bereits im Jugend- oder sogar Kindesalter gelegt.

Körperliche Abhängigkeit bedeutet, dass sich der Körper so an die regelmäßige Zufuhr einer bzw. mehrerer Substanzen gewöhnt hat, dass diese in den Stoffwechsel integriert sind. Bleibt die Substanz plötzlich aus, reagiert der Körper mit Entzugssymptomen:

- ▶ Zittern bis Schüttelfrost
- ▶ Schwitzen
- ▶ Übelkeit und Erbrechen
- ▶ Gliederschmerzen
- ▶ Schwindel
- ▶ Schlafstörungen
- ▶ Krampfanfälle

Typische Substanzen, die eine körperliche Abhängigkeit auslösen können, sind vornehmlich in der Substanzgruppe der betäubend wirkenden Drogen zu finden, z. B. Alkohol, Benzodiazepine, Heroin, Methadon.

Ein körperlicher Entzug kann lebensbedrohlich sein. Daher sollte bei Verdacht auf eine körperliche Abhängigkeit nie ohne ärztliche Rücksprache mit einem Entzug begonnen werden!

Wie viel ist zu viel? Grenzmengen des risikoarmen Konsums für Alkohol

Das Wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat Grenzwerte zum Konsum alkoholischer Getränke für Erwachsene herausgegeben (Seitz, Bühringer, 2010). Als risikoarme Schwellendosis gelten für Männer 24 g und für Frauen 12 g Alkohol pro Tag. 24 Gramm Alkohol entsprechen 0,5 bis 0,6 Liter Bier oder 0,25 bis 0,3 Liter Wein. Dabei sollten zwei konsumfreie Tage in der Woche eingehalten werden. Diese Grenzwerte gelten für gesunde Erwachsene. Jugendlichen wird empfohlen, Alkohol weitgehend zu meiden (ebenda, S. 3). Für andere Substanzen liegen keine Grenzwerte vor.

Alkohol ist ein Zellgift und besonders für heranwachsende Menschen gefährlich. Zur Reduzierung von körperlichen und seelischen Schäden bei Jugendlichen empfiehlt die DHS folgende drogenpolitische, verhältnispräventive Maßnahme: Der Jugendschutz vor sämtlichen Alkoholprodukten soll in Deutschland – in Übereinstimmung mit den Jugendschutzgesetzen der großen Mehrheit europäischer Staaten – einheitlich auf alle Heranwachsenden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ausgedehnt werden (DHS, 2015a).

3.4 Zusammenhänge zwischen riskantem Konsumverhalten, psychischen Erkrankungen und psychosozialen Auffälligkeiten

Ein riskanter Umgang mit Rauschmitteln, Medien oder Ernährung tritt nicht immer als isoliertes Phänomen auf, sondern häufig gemeinsam mit einer psychischen Erkrankung (z. B. Depression, Persönlichkeitsstörungen, ADHS) und/oder psychosozialen Schwierigkeiten (z. B. Schulprobleme, Gewalt, Kriminalität). Es stellt eine große pädagogische Herausforderung dar, bei betroffenen jungen Menschen einzelne Phänomene für sich, und gleichzeitig auch in ihren potenziellen Wechselwirkungen miteinander, wahrzunehmen.

Die Basis, auf der sich diese Auffälligkeiten entwickeln, liegt in vielen Fällen in unzureichenden Strategien, Emotionen regulieren zu können (vgl. Kap. 1.3). Früh auf einzelne und gemeinsam auftretende Auffälligkeiten zu reagieren, ist sinnvoll und notwendig, damit sich die Symptome auf unterschiedlichen Ebenen nicht gegenseitig „be-feuern“. Nachfolgend sind Studien zusammengetragen, die diese Zusammenhänge für riskanten Substanz- und Medienkonsum sowie riskantes Ernährungsverhalten aufzeigen (Wirth, 2013).

Zusammenhang zwischen Substanzproblematik und dem Risiko für seelische Erkrankungen

Seelische Schwierigkeiten erhöhen das Risiko für problematischen Rauschmittelkonsum und umgekehrt. Eine Forschungsgruppe begleitete junge Teilnehmende über zehn Jahre und kam zu folgendem Ergebnis: Beim Auftreten von Verhaltens-, posttraumatischen Belastungs- oder Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeit von illegalen Drogen oder Alkohol zu entwickeln, um das 3- bis 4-Fache (Swendsen et al., 2010).

Umgekehrt gilt: Je riskanter das Alkoholkonsumverhalten im Alter zwischen 14 und 18 Jahren ist, umso eher ist es eine Vorhersagevariable für Depressionen sowie antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Alter von 24 Jahren (Rohde et al., 2001, S. 83).

Zusammenhang zwischen Einstiegsalter und Abhängigkeitsrisiko

Ein früher Konsumbeginn ist grundsätzlich als Risikofaktor zu betrachten. Ein Einstieg und regelmäßiger Konsum von Cannabis ab dem 15. Lebensjahr erhöht das Risiko einer Abhängigkeit um 2,5 im Vergleich zu denjenigen, die nach dem 18. Lebensjahr in den Konsum eingestiegen sind (Dennis et al., 2002, S. 16). Ähnliche Ergebnisse liegen für den frühen Tabakkonsum vor: Eine Studie wählte Zwillingspaare, die mindestens zwei Jahre zeitversetzt mit dem Rauchen begonnen hatten. Der Zwilling, der früher in den Zigarettenkonsum eingestiegen ist, erreichte statistisch bedeutsam höhere Werte beim Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit als der Zwilling, der später mit dem Rauchen begonnen hat (Kendler et al., 2013). Ein ähnlicher Zusammenhang besteht auch bei Übergewicht, vgl. Kap. 2.3.

Zusammenhang zwischen riskantem Substanzkonsum und psychosozialen Auffälligkeiten

Ein riskanter Substanzkonsum senkt die (Hemm-) Schwelle für anderes Risikoverhalten (Feldstein, Miller, 2006, S. 635). Besonders seelisch erkrankte Jugendliche verhalten sich zwei- bis viermal häufiger sexuell hochriskant, wenn sie Alkohol trinken. Wer gleichzeitig Verhaltensprobleme aufweist und Substanzen missbraucht, unterliegt auch einem höheren Risiko, kriminell zu werden (ebenda).

Junge Menschen, die riskant Alkohol konsumieren, sind überproportional häufig in Gewalttaten verwickelt, sowohl als Täter wie auch als Opfer. Die kleinere Gruppe der hoch risikohaft Konsumierenden (Jungen rund 25%; Mädchen 15%) ist dabei für einen Großteil der körperlichen Gewalt verantwortlich (Jungen 60%; Mädchen 40–50%) (Kuntsche et al., 2006, S. 3).

Zusammenhang zwischen pathologischem Medienkonsum und seelischen Erkrankungen

Rehbein und Kollegen stellen in einer Studie mit jungen Menschen der neunten Klasse Zusammenhänge zwischen der Dauer der Spielzeit und Schulabsentismus sowie gesundheitsbezogenen Faktoren her: Je mehr Zeit die Befragten mit Computerspielen verbringen, umso mehr Schulstunden schwänzen sie, umso kürzer schlafen sie und umso höher ist der Anteil derjenigen, die häufige Selbstmordgedanken haben. In der Gruppe der gefährdeten Spieler liegt der Anteil der Jugendlichen mit häufigen Selbstmordgedanken bei 6,3%. In der als „abhängig“ kategorisierten Gruppe verdoppelt sich dieser Anteil nahezu – er beträgt 12,3% (Rehbein et al., 2009, S. 144).

Die meisten Studien, die das gleichzeitige Auftreten von pathologischem Internetgebrauch und seelischen Erkrankungen untersuchen, stammen aus Asien. Darauf verweist eine systematische Übersichtsarbeit aus Schweden (Carli et al., 2012). Aus einem Vergleich der einzelnen Studien geht hervor, dass der stärkste Zusammenhang zwischen pathologischem Internetgebrauch und Depression besteht. In allen Studien konnte ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang mit ADHS festgestellt werden. Statistisch bedeutsame Verbindungen zu Angststörungen wurden in 57% und zu Zwangsstörungen in 60% der Studien gezogen (ebenda). Frölich und Lehmkuhl zitieren vergleichbare Ergebnisse aus Untersuchungen, die im Hinblick auf mögliche Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und pathologischem Internetgebrauch oder Computerspielen durchgeführt wurden (Frölich, Lehmkuhl, 2009, S. 105 ff.). Zur Frage, ob pathologischer Internetgebrauch und Substanzmissbrauch statistisch bedeutsam gleichzeitig auftreten, liegen widersprüchliche Befunde vor (Petersen et al., 2009, S. 268).

Zusammenhang zwischen Adipositas bzw. Essstörungen und seelischen Erkrankungen

Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter verweist auf ihrer Homepage auf die Schwierigkeit, beim gleichzeitigen Auftreten von starkem Übergewicht und psychischen Erkrankungen zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden. Sie fassen die Ergebnisse einer deutschen Studie aus dem Jahr 2000 von Britz und Kollegen zusammen: Extrem adipöse Jugendliche waren gleichzeitig vor allem an einer Depression (43%) und an einer Angststörung (40%) erkrankt (www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=321 (Zugriff 18.03.2016)).

Legenbauer und Vocks verweisen auf unterschiedliche Studien, die weitere psychische Begleiterkrankungen von Bulimie-Patientinnen untersucht haben. Rund ein Drittel ist von einer Persönlichkeitsstörung betroffen, darunter vor allem von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es scheint zwei Subtypen von Bulimie zu geben: eine mit Verbindung zu Depressionen und eine zweite mit Verbindung zu Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Die zweite weist vermehrten Alkohol- und Tabakkonsum, eine höhere Suizidalitätsrate und mangelnde Impulskontrolle auf (Legenbauer, Vocks, 2014, S. 17).

Das gleichzeitige Auftreten unterschiedlicher Auffälligkeiten verdeutlicht die Notwendigkeit, Säulen in den Hilfesystemen deutlich durchlässiger zu gestalten. Dazu sind politisch-strukturelle Maßnahmen von zentraler Bedeutung, doch auch die Praxis kann Beiträge zur Verbesserung der Kooperation zwischen den Hilfesystemen leisten. Darauf geht Kapitel 6.2.5 ein.

In den anderen Kapiteln dieses Handbuchs geht es vor allem um den pädagogischen Umgang mit Rauschmitteln und riskanten Verhaltensweisen in Einrichtungen. Dieses Kapitel nähert sich dem Thema aus (straf-)rechtlicher Sicht. Die Antworten auf die Fragen 1 bis 7 befassen sich vor allem damit, was (jungen) Menschen in Deutschland gesetzlich erlaubt bzw. verboten ist. Die Antworten 8 bis 11 geben Hinweise, welche Rechte und Pflichten Leitungs- und Fachkräfte in Einrichtungen der erzieherischen Hilfen beim Umgang mit Rauschmittelkonsum der Betreuten haben.

Die Bedeutung des Kinder- und Jugendhilferechts als „Gesamtheit der öffentlichen Sozialisationshilfen für junge Menschen sowie der Unterstützungsleistungen für deren Familien“ nimmt ständig zu. Das ist u. a. an den kontinuierlich steigenden Ausgaben in öffentlichen Haushalten abzulesen.

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen ist vor allen Dingen im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilferecht) normiert. Die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland stellt inzwischen ein sehr großes Aufgabengebiet innerhalb des immer komplexer werdenden „Sozialstaats“ dar.

Wenn man das Kinder- und Jugendhilferecht als „Gesamtheit der Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder“ bezeichnet, die die Förderung der Entwicklung und Erziehung junger Menschen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zum Gegenstand haben, ist ergänzend auch an weitere Gesetze zu denken, die in diesem Bereich zu beachten sind. Das sind das Jugendschutzgesetz, das Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas, ebenso das Drogenstrafrecht, das im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt ist. Auch das Jugendgerichtsgesetz (JGG) und das allgemeine Strafrecht sowie die Strafprozessordnung (StPO) haben den Schutz von Kindern und Jugendlichen im Blick.

Einige konkrete Fragestellungen sollen im Folgenden eine allgemeine Orientierung geben. Es ist grundsätzlich empfehlenswert, sich Rechtsrat bei entsprechend spezialisierten Rechtsanwältinnen einzuholen. Insoweit sind die folgenden Ausführungen lediglich als eine „Einführung“ in die Problematik und nicht als konkrete Handlungsanweisungen zu verstehen.

Frage 1:

Welche Gesetze sind für den Umgang mit riskant konsumierenden jungen Menschen in Einrichtungen der Jugendhilfe relevant?

Das Drogenstrafrecht der Bundesrepublik Deutschland ist nicht im Strafgesetzbuch, sondern im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt. Außerdem ist das Strafgesetzbuch (StGB) ganz allgemein anwendbar. Auch das SGB VIII (Kinder- und Jugendhilferecht) hat eine rechtliche Relevanz in Hinblick auf Beratung, Fürsorge und Gefahrenabwehr in diesem Bereich.

Frage 2:

Ab welchem Alter dürfen junge Menschen Alkohol kaufen? Machen sich Jugendliche strafbar, wenn es ihnen gelingt, unterhalb des Legalitätätsalters Alkohol zu kaufen?

Das Jugendschutzgesetz (JuSchG) ist dazu da, Kinder und Jugendliche vor Gefahren und negativen Einflüssen in der Öffentlichkeit zu schützen. Es soll sie stärken und schützen, indem es bestimmte Aktivitäten und Handlungen an bestimmte Altersstufen bindet. Dabei liefert das Jugendschutzgesetz Eltern und Erziehungsberechtigten eine Orientierungshilfe für die verantwortungsbewusste Erziehung der Kinder.

Das Gesetz regelt u. a. den Konsum von Alkohol und Zigaretten und gibt vor, ab welchem Alter und wie lange sich Jugendliche in Diskos, Spielhallen und Gaststätten aufhalten dürfen. Bei Verstößen gegen das Jugendschutzgesetz, beispielsweise wenn an Jugendliche unter 16 Jahren Alkohol ausgetrenkt oder verkauft wird, drohen Gewerbetreibenden und Veranstaltern hohe Bußgelder. Es ergibt sich hinsichtlich der Altersgrenzen bei Alkoholkonsum folgende Tabelle:

	unter 14 Jahren	14 bis 15 Jahren	16 bis 17 Jahren	ab 18 Jahren
Bier, Wein, Sekt	verboten	nur in Begleitung eines Sorgeberechtigten erlaubt	erlaubt	erlaubt
Mix-Getränke mit Wein oder Bier	verboten	nur in Begleitung eines Sorgeberechtigten erlaubt	erlaubt	erlaubt
Mix-Getränke mit Spirituosen	verboten	verboten	verboten	erlaubt
Spirituosen	verboten	verboten	verboten	erlaubt

Jugendliche selbst machen sich nicht strafbar, wenn sie gegen das JuSchG verstoßen. Wenn Jugendliche unter Alkoholeinfluss Straftaten begehen, wird das Jugendstrafrecht angewendet.

Frage 3:

Was ist das Legalitätsalter für den Kauf von Tabakprodukten, E-Zigaretten und Shisha-Tabak?

Seit 2016 gilt das „Gesetz zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Konsums von elektronischen Zigaretten und elektronischen Shishas“. Damit dürfen E-Zigaretten und E-Shishas nicht an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren verkauft werden. Mit dem Gesetz wurde das bereits bestehende Abgabeverbot für Tabakwaren an Minderjährige auf elektronische Zigaretten und elektronische Shishas ausgedehnt. Das Verbot gilt auch für den Versandhandel.

Frage 4:

Was passiert, wenn die Polizei bei jemandem 3 Gramm Cannabis zum Eigenverbrauch findet?
Welchen Unterschied macht es dabei, ob die betreffende Person erwachsen oder minderjährig ist?

In den einzelnen Bundesländern werden die im BtMG enthaltenen unbestimmten Rechtsbegriffe wie „geringe Menge“ unterschiedlich bewertet. Eine „geringe Menge“ bezeichnet die (Brutto-)Menge einer illegalen Droge, bis zu welcher nach § 29 Abs. 5 in Verbindung mit § 31 a BtMG von einer zwangsläufigen strafrechtlichen Verfolgung abgesehen werden kann. Es ist ein weit verbreiteter Irrtum, insoweit eine grundsätzliche Straflosigkeit anzunehmen. Der Gesetzgeber geht nämlich von einem strafrechtlich relevanten Delikt nach § 29 BtMG aus, auch wenn es „nur“ 3 Gramm Cannabis sind. Es kann Anklage erhoben werden, muss aber nicht.

Ein Absehen von Verfolgung setzt weiter voraus, dass die Betäubungsmittel zum Eigenverbrauch bestimmt waren und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung liegt aber vor, wenn der Eigenverbrauch mit einer Fremdgefährdung verbunden ist. Fremdgefährdung ist anzunehmen, wenn die Tat Anlass zur Nachahmung gibt, etwa in Schulen oder Jugendheimen begangen wurde oder der Täter dort als Erzieherin, Ausbilder oder Ähnliches tätig ist.

Auch die Abgabe auch von nur einer Konsumeinheit von einem Erwachsenen (also mindestens 21 Jahre alt⁵) an einen Minderjährigen ist ein Verbrechen nach § 29a Abs. 1 Nr. 1 BtMG.

In manchen Bundesländern gilt bei Cannabis als „geringe Menge“ ein Bruttogewicht von maximal 6 Gramm, wobei es auch noch auf den prozentualen Wirkstoffgehalt von Cannabis ankommt. Nach der Rechtsprechung des BGH sind das maximal drei „Konsumeinheiten“ mit 0,045 g THC-Wirkstoff. Für den Umgang mit einer nicht geringen Menge ist gem. § 29 a BtMG eine Strafdrohung von nicht unter einem Jahr Freiheitsstrafe vorgesehen.

Bei Jugendlichen ist Jugendstrafrecht anzuwenden. Die entsprechenden jugendrechtlichen Sanktionen und Erziehungsmittel ergeben sich aus dem Jugendgerichtsgesetz (JGG).

In manchen Bundesländern (z. B. NRW) hat § 45 JGG Vorrang gegenüber dem § 31a BtMG: Hier darf die Staatsanwaltschaft bei minderjährigen Beschuldigten das Verfahren nicht folgenlos einstellen, sondern muss z. B. eine Ermahnung aussprechen oder die Weisung zu einer erzieherischen Maßnahme erteilen, z. B. zur Teilnahme an einem FreD-Kurs, einem achtstündigen Gruppenangebot zur Reflexion des Substanzkonsums.

⁵ Im Strafrecht werden Volljährige zwischen dem 18. und 21. Geburtstag als „Heranwachsende“ bezeichnet, erst ab Vollendung des 21. Lebensjahres als „Erwachsene“. Im SGB VIII sind „junge Volljährige“ diejenigen, die 18, aber noch nicht 27 Jahre alt sind.

Frage 5:

Macht es einen Unterschied, wenn sich die letzte Frage nicht auf 3 Gramm Cannabis, sondern ein halbes Gramm Amphetamin bezieht?

Es macht keinen Unterschied, ob 3 Gramm Cannabis oder ein halbes Gramm Amphetamin in Besitz sind. Die Strafbarkeit hängt von den gleichen Voraussetzungen ab (siehe Frage 4). Nach der Rechtsprechung des BGH ist die Obergrenze 0,15 g Amphetamin-Base (Wirkstoffgehalt).

Frage 6:

Legale und illegale Drogen und Führerschein: Was müssen (junge) Menschen wissen?

In der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) ist dieser Problemkern geregelt: Die Frage der Fahruntüchtigkeit wird für die unterschiedlichen illegalen Drogen durchaus differenziert behandelt, auch der Konsum illegaler Drogen wird schwerpunktmäßig unter dem Aspekt der Sucht behandelt.

Wer von illegalen Drogen (einschließlich Cannabis) abhängig ist oder sie missbräuchlich oder regelmäßig nimmt, gilt als „ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen“. Zur Wiedererteilung der Fahrerlaubnis muss eine mindestens einjährige Abstinenz nachgewiesen werden. Diese „Ungeeignetheit“ besteht unabhängig davon, ob es eine Verbindung mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs gibt. Aktenkundiger, auch einmaliger Gebrauch irgendeiner Droge außer Cannabis in irgendeinem Zusammenhang reicht aus.

Wer Cannabis gelegentlich konsumiert und Konsum und Fahren trennen kann, keine anderen psychoaktiven Stoffe konsumiert oder Alkohol missbraucht, keine Störung der Persönlichkeit und keinen Kontrollverlust beim Konsum aufweist, der kann aufgrund einer MPU-Untersuchung gerade noch als geeignet eingestuft werden. Hier gibt es eine sehr umfangreiche Judikatur, die nicht einheitlich ist.

Wenn ein Minderjähriger mit illegalen Drogen strafrechtlich aufgefallen ist, ist es möglich, dass der Betreffende bei der Beantragung eines Führerscheins im Alter von 18 Jahren von der Straßenverkehrsbehörde zunächst bezüglich des Substanzkonsums geprüft wird.

Bei Radfahren unter dem Einfluss von Alkohol gilt derzeit: Ab einer Blutalkoholkonzentration von 1,6 Promille gilt die Person als „absolut fahruntüchtig“ und kann ihren Führerschein verlieren. Auch bei Werten darunter kann sie bei etwaigen Unfällen für mitschuldig erklärt werden.

Frage 7:

Jemand wird von der Polizei mit einer illegalen Droge angetroffen. Welche Verhaltensregeln sollte sich die Betreffende im eigenen Interesse für eine solche Situation merken?

Das vornehmste Recht eines jeden Beschuldigten ist das Aussageverweigerungsrecht nach § 136 Abs. 1 Satz 2 StPO im Ermittlungsverfahren und bei polizeilichen Vernehmungen aus § 163 a Abs. 4 Satz 2, § 136 Abs. 1 Satz 2 StPO. Jeder Polizeibeamte und jede Staatsanwältin muss vor dem Beginn der ersten Vernehmung darauf hinweisen, dass es „dem Beschuldigten nach dem Gesetz freistehe, sich zu der Beschuldigung zu äußern oder nichts auszusagen, insbesondere wenn er sich durch eine wahrheitsgemäße Aussage selbst belasten müsste, und jederzeit, auch schon vor der Vernehmung, einen von ihm zu wählenden Rechtsanwalt zu beauftragen“. Von diesem Recht kann so ein Beschuldigter nach § 163 a Abs. 4 S. 2 StPO bereits bei der polizeilichen Anhörung zur vorgeworfenen Tat Gebrauch machen. Ferner ist der Beschuldigte zu belehren, dass er zu seiner Entlastung einzelne Beweiserhebungen beantragen kann.

Menschen, die mit illegalen Drogen umgehen, sollten sich als „Faustregel“ bei Vernehmungen durch die Polizei merken: Lieber schweigen als lügen.

Jeder Beschuldigte kann sich zur Vertretung einen Anwalt suchen. Das ist auch zu empfehlen.

Frage 8:

Wenn eine Fachkraft in der stationären Jugendhilfe eine (vermutlich) illegale Substanz findet: Was sollte sie damit tun?

Entgegen einer weit verbreiteten Laienansicht gibt es in Deutschland keine „allgemeine Anzeigepflicht“ von Straftaten, weder für den einzelnen Bürger noch für Sozialarbeiter. Nach § 138 StGB ist die Nichtanzeige von Straftaten nur dann strafbar, wenn es sich um ausdrücklich in § 138 Abs. 1 StGB genannte, besonders schwere Straftaten wie Mord und Totschlag, schwerer Menschenhandel oder erpresserischer Menschenraub, Raub und gemeingefährliche Straftaten handelt, die noch bevorstehen oder deshalb noch abgewendet werden können.

Über § 138 StGB hinaus besteht auch für Sozialarbeiter keine besondere Anzeigepflicht, weder gegenüber der Polizei, der Staatsanwaltschaft noch dem Gericht. Im Hinblick auf die in der Vergangenheit liegenden Straftaten besteht vielmehr grundsätzlich die Pflicht zur Verschwiegenheit von Sozialarbeitern nach § 203 Abs. 1 Nr. 5 StGB.

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind grundsätzlich zum umfassenden Daten- und Vertrauensschutz verpflichtet. Die Pflicht zur Verschwiegenheit ergibt sich im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs (SGB) bereits aus dem § 35 Abs. 1 und 2 SGB I, und dem § 67–78 SGB X und im Übrigen auch aus arbeitsrechtlichen oder vertraglichen Regelungen.

Insoweit ist zu empfehlen, die unbekannte und möglicherweise illegale Substanz sicherzustellen und in einer Apotheke abzugeben. Gegen Gebühr kann ein Test erfolgen, um welche Substanz es sich handelt (nur geläufige Substanzen können in diesem Rahmen nachgewiesen werden).

Die Fachkraft sollte eine kollegiale Beratung im Team und mit dem Vorgesetzten durchführen. Ebenso sollte mit dem (vermutlichen) Besitzer bzw. der Gruppe ein Gespräch geführt werden. In Zweifelsfällen empfiehlt es sich, anwaltlichen Rat einzuholen.

Frage 9:

Welche rechtlichen Regelungen existieren, wann Einrichtungen bei riskantem (legalem und illegalem) Konsumverhalten junger Menschen folgende Personen bzw. Institutionen einschalten müssen?

- a. Eltern
- b. Jugendamt
- c. „Heimaufsicht“ (Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen)
- d. Polizei

a. Eltern:

Soweit die Eltern das Sorgerecht haben, sind sie im Rahmen ihrer Elternrechte über solche Sachverhalte zu informieren.

b. Jugendamt:

Das Jugendamt ist dann zu informieren, wenn sich die Frage stellt, ob angemessene erzieherische Reaktionen im sozialen Umfeld des Jugendlichen erfolgt sind oder sich entsprechende Möglichkeiten eröffnen.

Je nach Ausmaß des riskanten Konsums ist dem Jugendamt als Teil des Leistungsdreiecks (und in Verantwortung für die Steuerung der Hilfe) der Substanzkonsum, ggf. in Verbindung mit Gesetzeskonflikten, mitzuteilen. Diese Auffälligkeit sollte in Hilfeplangespräche aufgenommen werden. Das Jugendamt muss in diesem Rahmen regelhaft prüfen, ob die Hilfe weiterhin geeignet und notwendig ist (§ 36 SGB VIII). Im Hilfeplan sollten ggf. konkrete Maßnahmen zur Unterstützung des jungen Menschen festgelegt werden.

Es ist auch zu prüfen, ab wann die Schwelle zu einer Kindeswohlgefährdung überschritten ist und für die Einrichtung die Verpflichtung besteht, eine Gefährdungsmeldung gemäß § 8a Abs. 5 SGB VIII an das zuständige Jugendamt zu übermitteln.

Falls zusätzlich zum riskanten Konsumverhalten auch eine Strafanzeige gestellt wurde: § 52 Abs. 2 SGB VIII verpflichtet das Jugendamt (die Jugendhilfe im Strafverfahren), frühzeitig (das heißt vor einer Anklage!) zu prüfen, ob und welche Leistungen für den Jugendlichen in Betracht kommen, und diese zu initiieren, gerade um die Diversion/Erledigung von minderschweren Straftaten im Jugendstrafrecht ohne Eröffnung eines förmlichen Strafverfahrens zu ermöglichen. Beispiele für Auflagen im Rahmen eines Diversionsverfahrens sind die Ableistung von Sozialstunden oder die Teilnahme an sozialen Trainingskursen, darunter auch der unter Frage 4 angesprochene FreD-Kurs.

c. „Heimaufsicht“:

Die Schutzvorschriften für Minderjährige in Heimen und Tageseinrichtungen sollen sicherstellen, dass das leibliche, geistige und seelische Wohl der dort untergebrachten Kinder und Jugendlichen gewährleistet ist. Der Staat legt im Rahmen der Erteilung der Betriebserlaubnis Mindeststandards fest und achtet darauf, dass diese eingehalten werden. So spielt auch die Eignung der eingesetzten Fachkräfte eine zentrale Rolle für die Sicherung des Qualitätsstandards, der maßgeblich für die Gewährleistung des Kindeswohls ist. Qualifizierte Beratung der Einrichtung durch die Heimaufsicht soll aktuelle pädagogische Erkenntnisse und Entwicklungen berücksichtigen. Heimaufsichtliche Maßnahmen müssen Fehlentwicklungen vorbeugen und diese korrigieren (§§ 45–48 a SGB VIII).

Nach § 47 Abs. 2 SGB VIII besteht für Einrichtungen der stationären Erziehungshilfe eine Meldepflicht bei „Ereignissen oder Entwicklungen, die geeignet sind, das Wohl der Kinder und Jugendlichen zu beeinträchtigen“. Bezogen auf illegale Drogen wäre solch ein Ereignis beispielsweise der Handel mit Drogen in der Einrichtung.

d. Polizei:

Hier wird auf die obigen Ausführungen zu Frage 8 verwiesen. Es besteht in der Regel keine Pflicht, die Polizei einzuschalten.

Frage 10:

Existieren im Zusammenhang mit Drogendelikten Gründe, die Einrichtungsleitungen verpflichten, die Polizei einzuschalten?

Diese Frage ist rechtlich umstritten. Dabei geht es um das Abwägen der Rechtsgüter „Geheimhaltungspflicht“ versus „Strafverfolgung“. Einrichtungsleitungen könnten zu einer Strafanzeige berechtigt sein, wenn möglicherweise ein Verbrechen vorliegt, beispielsweise wenn ein Jugendlicher andere (jüngere) Gruppenmitglieder durch (wiederholten) Verkauf von Cannabis/Amphetamin gefährdet.

Frage 11:

Eine Betreuerin wird a) von der Polizei und b) vom Gericht zu einer Zeugenaussage aufgefordert, ob bzw. in welchem Umfang ein Jugendlicher, der in ihrer Wohngruppe lebt, mit illegalen Drogen handelt. Kann die Betreuerin diese Aussage verweigern?

Als Befugnis, Sozialgeheimnisse zu offenbaren, gilt auch die vom Gericht auferlegte Pflicht zur Zeugenaussage. Insoweit ist es allerdings umstritten, ob Sozialarbeiter zur Zeugnisverweigerung befugt oder sogar verpflichtet sind, wenn sie in ihrer Eigenschaft als Betreuer von Klienten vor Gericht aussagen sollen.

Ausdrücklich geregelt ist in der Strafprozessordnung das Recht auf Zeugnisverweigerung nur für Mitarbeiter der Sucht- und Drogenberatung (§ 53 Abs. 1 Nr. 3b StPO). Während ein allgemeines Zeugnisverweigerungsrecht von Sozialarbeitern in den Verfahren vor den Zivil- und Verwaltungsgerichten (§ 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO, § 29 FamFG, § 98 VwGO) im Hinblick auf die Schweigepflicht nach § 203 StGB anerkannt ist, wird ein solches mangels einer ausdrücklichen Regelung im Strafverfahren mit Verweis auf eine überholte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1972 (NJW 1972, 2214) von der strafrechtlichen Literatur noch weitgehend abgelehnt.

Aufgrund der bereichsspezifischen Regelung in der Jugendhilfe nach §§ 61 ff. SGB VIII wird zumindest mit Blick auf die Mitarbeiterinnen des Jugendamtes ein Zeugnisverweigerungsrecht zu bejahen sein. Außerdem brauchen Mitarbeiter des Jugendamtes ohnehin wie alle im öffentlichen Dienst Beschäftigten von ihrem Dienstherrn eine Aussagegenehmigung. Diese kann vom Dienstherrn verweigert werden. Auch hier ist die Einschaltung eines Anwalts als „Zeugenbeistand“ zu empfehlen.

Kooperationspartner im Hinblick auf Suchtprävention und Abhängigkeitsbehandlung

Einrichtungen der stationären Erziehungshilfe sind in aller Regel mit einer Vielzahl unterschiedlicher Partner vernetzt. Das nachfolgende Schaubild zeigt einen Ausschnitt der Kooperationspartner, die unterschiedliche Aufgaben im Rahmen von Bildung, Freizeitgestaltung, Suchtprävention, Beratung und Behandlung übernehmen. Einige der Aufgaben können von einem Partner allein umgesetzt werden, andere benötigen Kooperation. Es ist notwendig, sich vor Ort darüber abzustimmen, welche Partner wofür zuständig sind und wie sich Angebote gegenseitig flankieren können.

Überblick zu den unterschiedlichen Akteuren und Beispiele ihrer Aufgaben



5.1 Suchtprävention und ambulante Suchthilfe

Ambulante Suchtberatungsstellen und die Fachstellen für Suchtvorbeugung vor Ort sind für Wohngruppen der erzieherischen Hilfen zentraler Kooperationspartner für Fragen des Umgangs mit Rauschmitteln.

Grundsätzliches

Die Rechtsgrundlagen der Suchthilfe setzen sich aus vielfältigen Bundes- und föderalen Gesetzgebungen zusammen. Grundlage aller Regelungen ist eine Entscheidung des Bundessozialgerichtes im Juni 1968, das höchstrichterlich (Alkohol-)Abhängigkeit als Krankheit (Trunksucht) definierte. In der Verordnung zum § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe-Verordnung) werden zudem im § 3 Abhängigkeitserkrankte als seelisch behindert definiert.

Die elementaren Aufgaben der Suchthilfe umfassen die Vorbeugung einer Abhängigkeit, die Beratung, Betreuung und (Nach-)Behandlung bei (drohender) Abhängigkeit sowie die berufliche und soziale (Re-)Integration der von Abhängigkeit Betroffenen.

Nicht nur bezogen auf ihre Inhalte und Aufgaben, sondern auch auf ihre Strukturen sowie ihre Finanzierung lassen sich ambulante und stationäre Maßnahmen der Suchthilfe unterscheiden.

Ambulante Suchtberatungsstellen finanzieren sich schwerpunktmäßig über institutionelle kommunale Mittel und Landesmittel (meist Pauschalfinanzierungen) sowie über die Deutsche Rentenversicherung (meist Einzelfall-Abrechnung innerhalb der ambulanten Rehabilitation) (Pfeiffer-Gerschel, 2011, Tabelle E 11).

Stationäre Maßnahmen zur Suchtbehandlung werden dagegen – je nach den individuellen Versicherungsvoraussetzungen – durch die Deutsche Rentenversicherung (SGB VI), die Krankenkassen (SGB V) oder nachrangig durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe (SGB XII) finanziert.

Vor allem in (Groß-)Städten besteht traditionell noch eine Trennung der Beratungsstellen für legale und illegale Drogen. Zudem sind die Zuständigkeiten für stoffungebundene Problematiken wie z. B. pathologisches Glücksspiel, problematischer Medienkonsum oder Essstörungen nicht einheitlich geregelt. Die Versorgungslücke in Form von spezifischen Angeboten für junge Menschen mit Substanzproblemen schließt sich langsam, dennoch bestehen weiterhin Schnittstellenprobleme (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2014a, S. 37).

Auf der Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen findet sich unter „Einrichtungssuche“ eine Adress-Datenbank mit Beschreibungen mehrerer tausend ambulanter und (teil-)stationärer Angebote der Suchthilfe: www.dhs.de



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hält weitere Datenbanken mit Adressen für Beratungs- und Behandlungsangebote vor:

Bei Schwierigkeiten im Umgang mit Medien: www.ins-netz-gehen.de

Bei Essstörungen: www.bzga-essstoerungen.de

Aufgabenbeschreibung

Das Leistungsspektrum der Suchthilfe ist komplex und richtet sich mit spezialisierten Segmenten an unterschiedlichste Zielgruppen: von den noch nicht Konsumierenden bis hin zu chronisch mehrfach geschädigten, abhängigen Menschen. Im Folgenden gehen wir auf diejenigen Angebote ein, die für riskant konsumierende junge Menschen sowie deren Bezugspersonen wichtig sind.

► Suchtprävention

Als Querschnittsthema ist die Suchtprävention Aufgabe der Politik, Forschung und Praxis in unterschiedlichsten Arbeitsfeldern: Gesundheitswesen, Bildung, Jugend-, Behinderten- und Sozialhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2014b, S. 3).

Innerhalb der Suchthilfe sind Fachbereiche der Suchtprävention häufig an Sucht- und Drogenberatungsstellen angegliedert. Diese Fachstellen für Suchtvorbeugung sind relativ frei in ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Einige setzen aufgrund knapper personeller Ressourcen ausschließlich Aktionen zur Öffentlichkeitsarbeit, Fachberatung sowie Fortbildungen für Multiplikatoren um, andere auch Projekte für Kinder und Jugendliche.

► Frühintervention

Im Übergang zwischen Suchtprävention und Suchtbehandlung hat die Frühintervention zum Ziel, riskant Konsumierende möglichst früh zu erreichen, um einer Abhängigkeitsentwicklung vorzubeugen. Typische Programme dieses Arbeits-

bereiches sind die Gruppenangebote FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (LWL-Koordinationsstelle Sucht) – und HaLT – Hart am Limit (Villa Schöpfung). Im Rahmen dieser kurz-interventiven Angebote vermitteln die Gruppenleitungen Wissen über rechtliche Hintergründe sowie Wirkungen und Risiken unterschiedlicher Substanzen. Sie fördern Risikokompetenz und motivieren die Teilnehmenden durch interaktive Übungen, über ihr Konsumverhalten ins Gespräch zu kommen, eigene Ziele im Umgang mit Substanzen zu definieren sowie Konsumregeln und Handlungsalternativen zum Konsum zu entwickeln.

► Beratung und Betreuung

In der ambulanten Suchthilfe werden einerseits von einer (drohenden) Abhängigkeit Betroffene, andererseits deren Bezugspersonen beraten. Nach einer Einschätzung der Veränderungsbereitschaft werden Ziele der Klienten erarbeitet, ggf. wird entsprechend in weiterführende Angebote vermittelt. Fachkräfte in Beratungsstellen spielen eine wichtige Rolle im Vorfeld einer stationären Suchtbehandlung, in der sogenannten Motivierungsphase. Sie begleiten Klientinnen dabei, individuelle Vor- und Nachteile einer Veränderung im Konsumverhalten abzuwägen, besprechen also deren Ambivalenz und motivieren zur Veränderung (vgl. Kapitel 7.2 Motivational Interviewing). Ebenso unterstützen sie dabei, den individuell passenden Weg einer Veränderung herauszufinden: Strategien des kontrollierten Konsums erlernen bzw. verbessern oder Abstinenz erreichen mit Hilfe ambulanter, (teil-)stationärer bzw. stationärer Therapie

mit jeweils unterschiedlichen Ansätzen/Verfahren. Häufig funktioniert der erste Weg nicht auf Anhieb. Dann geht es darum, Unterstützung beim Verarbeiten des Rückschlags zu leisten und erneut zu motivieren, sich auf die Suche nach dem passenden Weg zu machen.

Wenn Betroffene längerfristige Unterstützung ohne konkrete Veränderungsabsicht benötigen, wird meist von „Betreuung“ gesprochen.

Einige Beratungsstellen bieten ambulante Sucht-

therapie an. Voraussetzung dafür sind speziell ausgebildete Fachkräfte – meist der Sozialen Arbeit mit (von der Deutschen Rentenversicherung anerkannter) dreijähriger Zusatzausbildung.

Weitere zentrale Angebote der ambulanten Suchthilfe umfassen u. a. die niedrighwelligen (Überlebens-)Hilfen wie drogentherapeutische Ambulanzen, Drogenkonsumräume oder Kontakt-Cafés, psychosoziale Betreuung bei Substitution, Nachsorge im Anschluss an eine Suchttherapie sowie ambulant betreutes Wohnen.



Literaturtipp

Broschüre, in der sich Jugendhilfe und Suchthilfe gegenseitig vorstellen, inkl. umfangreichen Link- und Adressenverzeichnisses:

- ▶ Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (2011): Jugend Sucht Hilfe – Kooperationen zwischen den Hilfesystemen. Münster. Kostenlos zu bestellen oder als Download unter: www.lwl-ks.de

5.2 Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein eigenes medizinisches Fachgebiet und als solches seit 1968 anerkannt. Psychisch erkrankten jungen Menschen steht ein Versorgungsnetz aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten zur Verfügung. Dabei gilt der Grundsatz, zunächst ambulante Behandlungsmöglichkeiten auszu-schöpfen.

Grundsätzliches

Folgende ambulante Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung:

- ▶ Niedergelassene Praxen von Ärzten und Psychiaterinnen
- ▶ Niedergelassene Praxen von Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen
- ▶ Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes oder Sozialpsychiatrischer Dienst
- ▶ Psychiatrische Institutsambulanzen, die an stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrien angegliedert sind

Kinder- und Jugendpsychiater haben ein Medizin-studium und eine Facharztausbildung absolviert. Ebenfalls auf dem Gebiet der Behandlung psychischer Störungen bei jungen Menschen arbeiten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen. Voraussetzung zur Ausbildung und Approbation ist nach dem Psychotherapeutengesetz eine Grundausbildung in der Regel in Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik.

Die Finanzierung kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen durch die Krankenkassen wird schwerpunktmäßig über den § 27 SGB V sichergestellt:

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“

Aufgabenbeschreibung

Dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen entsprechend der Richtlinien der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1992 folgende Aufgaben zu:

„Erkennung, nicht-operative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen im Kindes- und Jugendalter, d. h. vom Säuglingsalter bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“

(Häßler, 2012, S. 108).

Die Aufgaben der nichtärztlichen Therapeutinnen sind im § 1 Absatz 3 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998 definiert:

„Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Methoden, die zur Behandlung seelischer Störungen eingesetzt werden, sind vor allem:

- ▶ Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie
- ▶ Familientherapie
- ▶ Heilpädagogik
- ▶ Psychopharmakotherapie (Medizinern vorbehalten, nicht Therapeuten)

5.3 Stationäre Einrichtungen: medizinische und pädagogische Angebote für abhängige Jugendliche

Bei einer Suchtbehandlung geht es schwerpunktmäßig um die Bearbeitung der psychischen Ursachen der Abhängigkeit. Junge Menschen haben mit Blick auf stationäre Maßnahmen die Wahl zwischen drei Hilfesystemen:

- ▶ spezifische Abteilungen der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** – finanziert über Krankenkassen
- ▶ Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation, versorgungsstrukturell der **Suchthilfe und dem Gesundheitswesen** zugeordnet – finanziert über Rentenversicherungsträger (SGB VI), Krankenkassen (SGB V), überörtlichen Sozialhilfeträger (SGB XII) oder Jugendhilfe (SGB VIII)
- ▶ Einrichtungen der **Jugendhilfe** mit Schwerpunkt auf Pädagogik – finanziert über die Jugendhilfe

Schritte einer medizinisch-therapeutischen Suchtbehandlung

Ein klassischer Ablauf der Suchtbehandlung umfasst – nach der unter 5.1 beschriebenen Motivierungsphase in ambulanten Beratungsstellen – die körperliche Entzugsbehandlung, die Entwöhnungstherapie zur seelischen Stabilisierung ohne Substanzen bzw. riskante Verhaltensweisen und abschließend die Nachsorge zur (Re-)Integration in Schule bzw. Arbeit, Freizeit und soziale Kontakte.

Dieser Ablauf wird nachfolgend beschrieben.

a) Qualifizierte Entzugsbehandlung

Meistens steht vor der (psychischen) Suchtbehandlung eine körperliche Entzugsbehandlung in psychiatrischen Kliniken, seltener in Allgemeinkrankenhäusern. Obwohl beispielsweise Cannabis kein (lebensgefährliches) körperliches Entzugssyndrom wie Alkohol, Medikamente oder Heroin hervorruft, kann es sinnvoll sein, zum Entzug dieser Substanzen einen dafür spezialisierten Ort zu nutzen. „Qualifizierte“ Entzugsbehandlung bedeutet, dass neben dem Körper auch die Psyche im Mittelpunkt steht. Entzugssymptome werden z. B. durch Medikamente oder Akupunktur gelindert. Es gibt Gesprächsangebote und tagesstrukturierende Angebote wie beispielsweise Ergo- oder Kunsttherapie oder Sport. Neben dem möglichst schonenden körperlichen Entzug von Substanzen ist wichtiges Ziel der Behandlung, Motivation zur Weiterbehandlung der Abhängigkeit und ggf. weiterer psychischer Erkrankungen aufzubauen bzw. zu stärken.

Mittlerweile bieten viele Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Entzugsbehandlungen an. Für junge Erwachsene kann die Suche nach einem geeigneten Angebot zum Entzug eine Schwierigkeit darstellen. Sie stehen zwischen den Systemen. In Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfen junge Menschen in der Regel bis zum 18. Lebensjahr aufgenommen werden, danach ist die Erwachsenenpsychiatrie zuständig. Psychiatrien für Erwachsene teilen ihr Angebot zur Entzugsbehandlung meistens in legale und illegale Drogen. Die Patienten dieser Stationen sind meist deutlich älter als Jugendhilfe-Klientel und über Jahrzehnte abhängig. Es lohnt sich also, ggf. mehrere Informationsgespräche zu führen, um das passende Angebot zu finden.

Eine Entzugsbehandlung dauert meistens zwischen zwei und drei Wochen. Die Kosten tragen die Krankenkassen nach dem SGB V. Plätze vermitteln Sucht- und Drogenberatungsstellen. Dortige Fachkräfte können ggf. auch Erfahrungswerte anderer junger Menschen weitergeben und einschätzen, wer wo gut aufgehoben ist. Jeder kann sich aber auch direkt in der Ambulanz der Klinik melden, um einen Informationstermin zu vereinbaren.

Falls eine Entwöhnungsbehandlung geplant ist, sollte der Übergang nach Möglichkeit nahtlos stattfinden. Natürlich kann auch eine Entzugsbehandlung losgelöst von nachfolgenden stationären Angeboten erfolgen. Das Rückfallrisiko ist dann jedoch umso größer, je massiver sich die Problematik darstellt. Es ist zu empfehlen, zumindest eine ambulante Psychotherapie anzuschließen bzw. fortzuführen.

b) Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation

Bei diesem „Kernstück“ der Suchtbehandlung ist das Ziel, sich seelisch von Substanzen oder Verhaltensweisen unabhängig zu machen. In der Regel ist dabei die Maßgabe, abstinent leben zu wollen – zumindest von den eigenen „Problem-Substanzen und/oder -Verhaltensweisen“.

In Fachkliniken arbeiten multiprofessionelle Teams: Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Psychologie, Ergotherapie, Pädagogik, Medizin, Pflege, Physiotherapie und ggf. Lehrkräfte für Klinikunterricht.

Nach einer Eingewöhnungsphase entwickeln Patientinnen Strategien, wie sie sich vor Rückfällen schützen können. Weitere Ziele sind, die Ursachen für ihre Abhängigkeit zu verstehen und neue Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit schwierigen Situationen zu erlernen. Das geschieht in Gruppen- und Einzelgesprächen, aber auch im alltäglichen Miteinander und während der weiteren Angebote aus Bereichen wie z. B. Freizeit, Kreativität, Musik, Tanz, Sport, Entspannungstechniken, Physiotherapie, Psychomotorik, Schule (Klinikunterricht), Haushaltsführung, Handwerk oder in Indikationsgruppen zu bestimmten Themen wie gesunder Ernährung oder Umgang mit Aggression. Zum Ende der Therapie werden Perspektiven entwickelt, wie es in der Schule bzw. im Job und mit sozialen Kontakten weitergehen kann. Zudem soll realistisch eingeschätzt werden, welches Lebensumfeld dafür am besten geeignet ist: zurück an den Ort vor der Suchtbehandlung? In eine Nachsorgeeinrichtung? Einen dritten Ort?

Eine Entwöhnungsbehandlung umfasst vier bis sechs Monate. Gerade in den ersten Wochen oder Monaten gelten zum Schutz der Patienten oft recht strenge Regeln (z. B. Kontaktsperre) und damit haltgebende Strukturen. Meistens arbeiten Einrichtungen nach einem Stufensystem, das nach und nach mehr Freiheiten lässt.

Kostenträger können je nach individuellen Voraussetzungen (Alter, Sozialversicherungsstatus) die Rentenversicherungsträger (SGB VII), Krankenkassen (SGB V), die überörtlichen Sozialhilfeträger (SGB XII) oder nachrangig die Jugendhilfe (SGB VIII) sein.

Entwöhnungsbehandlungen der medizinischen Rehabilitation sind strukturell dem Gesundheitswesen und der Suchthilfe zugeordnet. Es handelt sich immer weniger um kleinere „therapeutische Gemeinschaften“, immer mehr um größere Sucht-Fachkliniken. Viele Kliniken machen spezifische Angebote für junge Menschen und spezifische Problematiken. Auch einige (Kinder- und Jugend-) Psychiatrien halten nach der Entzugsbehandlung weiterführende Angebote der medizinischen Rehabilitation vor oder führen die Behandlung von Abhängigkeit in Kombination mit weiteren seelischen Erkrankungen durch.

c) Nachsorge

Einrichtungen der sogenannten „Adaption“ unterstützen ihre Klienten nach der Suchtbehandlung im engeren Sinne dabei, den Alltag mit all seinen Anforderungen wie Integration in Schule oder Beruf, Aufbau sozialer Kontakte und Freizeitgestaltung bewältigen zu können. Es gibt ambulante und stationäre Angebote. Im „Strang“ der medizinischen Rehabilitation werden sie meist von freien Trägern der Suchthilfe vorgehalten; als Leistungen der sozialen Rehabilitation auch auf Grundlage der SGB VIII und XII, also auch von Trägern der Jugendhilfe. Eine flächendeckende Versorgung der (teil-)stationären Nachsorgebehandlung nach einer medizinischen Rehabilitation ist noch nicht gegeben, besonders für abhängigkeitskranke Jugendliche mit komorbiden Störungen wie z. B. „Psychose und Sucht“.

Pädagogisch-therapeutische Einrichtungen für abhängige Jugendliche und junge Erwachsene

Die Jugendhilfe bietet – wenngleich nicht flächendeckend – eine breite Palette von Angeboten, die dem unterschiedlichen Bedarf junger Menschen mit Substanz- oder Verhaltensproblematiken angepasst sind. Diese Einrichtungen der Jugendhilfe mit Schwerpunkt auf Pädagogik werden vor allem über die Jugendhilfe als Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII finanziert oder, wenn eine seelische Behinderung im Vordergrund steht, als Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII; für junge Volljährige jeweils in Verbindung mit § 41 SGB VIII.

Typischerweise hält die Jugendhilfe Wohngruppen zur Nachsorge nach einer Suchtbehandlung vor.

Seit rund zehn Jahren existieren immer mehr innovative Konzepte der Jugendhilfe, um auf die unterschiedlichen Facetten des riskanten Konsumverhaltens reagieren zu können. Die Palette reicht von sehr niedrigschwelligen Hilfen mit nur sehr geringen Anforderungen an die Bewohnerinnen über Angebote mit unterschiedlichen Abstufungen mit neunmonatigem intensivem Beginn und dann Überleitung in therapeutische Wohngruppen bis hin zum ambulant betreuten Wohnen.

Angebote der Jugendhilfe werden in der Regel durch das Jugendamt, seltener von Sucht- und Drogenberatungsstellen vermittelt.

Je besser Fachkräfte über die Angebote des jeweils anderen Systems Bescheid wissen – also Kollegen im Jugendamt, bei Trägern der freien Jugendhilfe, in Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen bzw. der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie/Psychotherapie um Rat fragen –, umso passgenauer können Hilfen für junge Menschen gefunden werden.



Angebote der Jugendhilfe

proJugend, die Fachzeitschrift der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V., stellt in Heft Nr. 3/2013 neben einem Grundsatzbeitrag unterschiedliche Konzepte für niedrig- und höherschwellige Angebote der Jugendhilfe für junge Menschen mit riskantem Substanzkonsum vor: „Suchtmittelkonsum in der stationären Jugendhilfe“.



Die passende Einrichtung finden

Um sich einen ersten Eindruck von Einrichtungen der Suchtbehandlung zu verschaffen, lohnt eine Online-Suche in der Datenbank der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Interessierte können bestimmte Zielgruppen, Orte, Arten des Angebotes und/oder eine bevorzugte Sprache auswählen:
www.dhs.de/einrichtungssuche
(Zugriff: 18.10.2016)

Konzeptionelle Anregungen zur Suchtprävention in Heimen



Dieses Kapitel bietet Anregungen zur Umsetzung von Suchtprävention in der Heimerziehung. Es lassen sich einzelne oder mehrere Bausteine zu einem Gesamtkonzept zusammenstellen. Dabei bedarf es einer Anpassung auf das spezifische Aufgabenprofil und den Bedarf der Einrichtung.

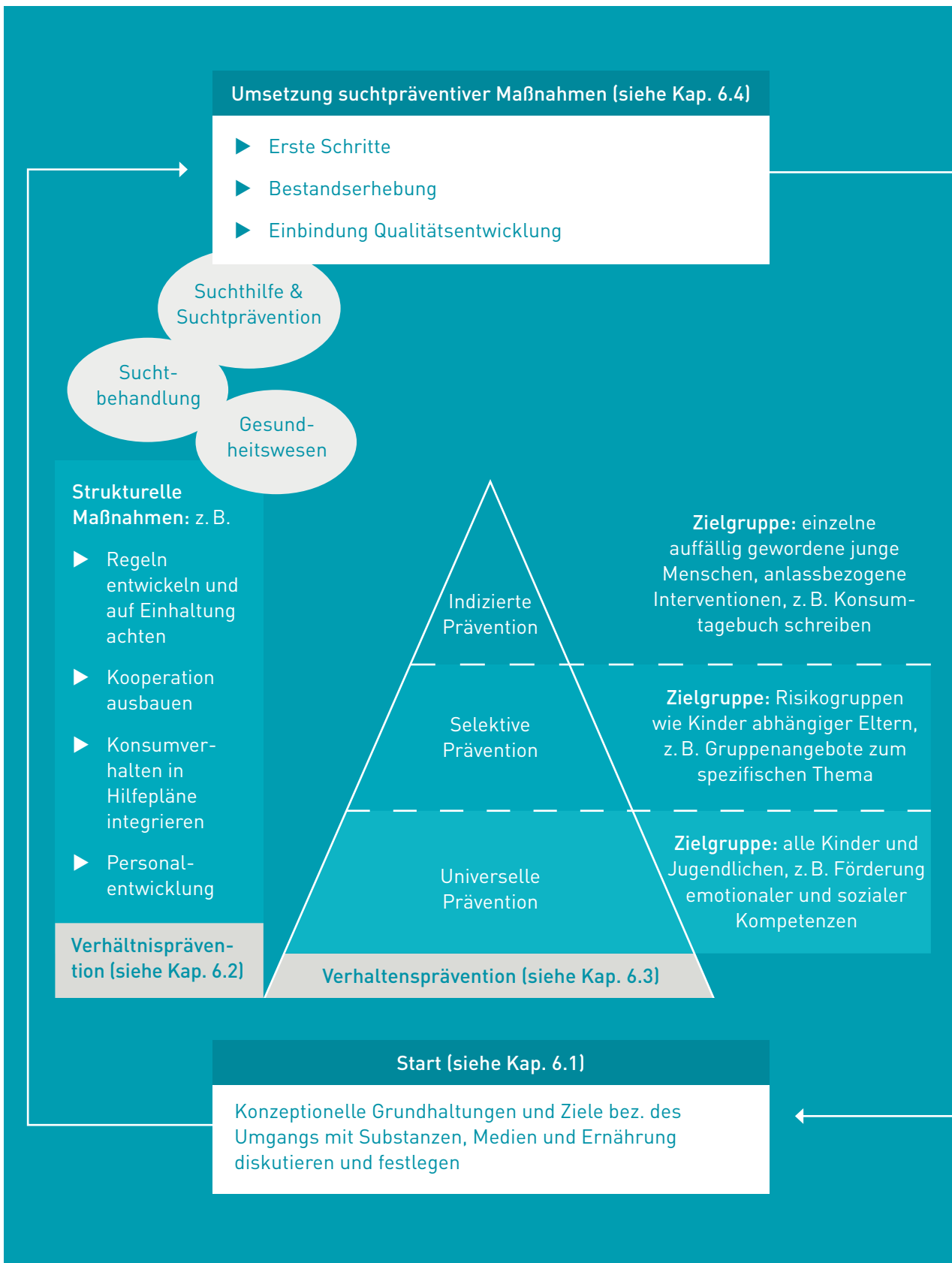
Den spezifisch zugeschnittenen Interventionen liegen konzeptionelle Grundhaltungen und Ziele zugrunde. Kapitel 6.1 gibt dazu Anregungen. Bei den zur Verfügung stehenden Maßnahmen lassen sich Verhaltens- und Verhältnisprävention unterscheiden. Strukturelle Maßnahmen nehmen Einfluss auf „Verhältnisse“ (Kap. 6.2). Die Verhaltensprävention soll dagegen das Verhalten unterschiedlicher Zielgruppen positiv beeinflussen (Kap. 6.3).

Kapitel 6.4 gibt Hinweise darauf, in welchen Schritten das Konzept eingeführt und dann in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess in das Qualitätsmanagement der Einrichtung integriert werden kann.

Die nachfolgende Abbildung zeigt das Kapitel 6 mit Beispielen im Überblick.

Im Kapitel 6.5 (nicht in der Abbildung) werden Alltagssituationen vorgestellt und Hinweise für mögliche Umgangsweisen damit gegeben.

Überblick zum Aufbau der konzeptionellen Anregungen in Kapitel 6



6.1 Grundlagen der Konzepterstellung

Neue Umgangsweisen mit bestimmten Phänomenen als Konzept strukturiert aufzuschreiben, unterstützt bei einer klaren Gedankenführung, gibt mehreren Menschen die Möglichkeit, sich daran zu beteiligen, und ist verbindlicher. Auch wenn nur kleine Bausteine umgesetzt werden, empfiehlt es sich daher, dies schriftlich niederzulegen.

Zuständigkeiten

Auch wenn Veränderungsprozesse auf Ebene der Fachkräfte angeregt werden können, liegt es doch in der Verantwortung der (Gesamt- bzw. Erziehungs-)Leitung, einen entsprechenden Auftrag zu geben. Die Umsetzung dieses Konzeptes, das

von der Leitung abgezeichnet ist, erfolgt – je nach Inhalt der Aufgabe und Absprache – in Verantwortung der Fachkräfte bzw. der Leitung.

In jeder Einrichtung sollte es eine beauftragte Person geben, die in regelmäßigen Abständen überprüft, inwieweit konzeptionelle Absprachen umgesetzt werden. Das sind in aller Regel die Gruppenleitungen, die generell für die Umsetzung der Konzeption verantwortlich sind.

In den Arbeitshilfen findet sich eine Checkliste mit Vorschlägen, welche Aufgaben zur Suchtprävention Leitungen und/oder Fachkräfte übernehmen, vgl. Kap. 7.1.1.

6.1.1 Konzeptionelle Grundhaltungen und Ziele

Das konzeptionelle Fundament der Suchtprävention ist im Wesentlichen vom Aufgabenprofil und den Zielen einer Einrichtung abhängig. Um das Thema Suchtprävention im Konzept der Einrichtung neu zu verankern oder ein bestehendes Konzept umzugestalten, ist es in einem ersten Schritt hilfreich, wenn sich Leitung und Fachkräfte ihre eigene Haltung und den persönlichen Umgang mit Rauschmitteln und anderen Konsumformen bewusst machen, ggf. auch, inwieweit die persönlichen (positiven und negativen) Erfahrungen die fachlichen Haltungen prägen:

- ▶ Welches sind die eigenen Lieblingssubstanzen und Verhaltensweisen?
- ▶ Welche Substanzen oder Verhaltensweisen sind persönlich riskant bzw. könnten es werden?
- ▶ Welche (un-)bewussten Konsumregeln haben Sie?
- ▶ Gab es in Ihrer Kindheit enge Bezugspersonen, die ein Abhängigkeitsproblem hatten?
- ▶ Welchen Einfluss haben Ihre eigenen (früheren und aktuellen) Konsumerfahrungen auf Ihre Einstellung gegenüber erwachsenen und jungen Konsumierenden? Wie beeinflussen diese Ihre pädagogische Haltung?

Nachfolgend sind Beispiele für pädagogische Haltungen zum Umgang mit Konsumverhalten aufgeführt. Im Rahmen einrichtungsübergreifender und/oder teaminterner Diskussionen sollte es möglichst zu einem Konsens in der Organisation über spezifische Haltungen kommen.

Beispiele für Haltungen

- ▶ Es gehört zu den zentralen Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen, mit Rausch- und anderen Konsummitteln umgehen zu lernen. Unter Beachtung der Regelungen des Jugendschutzgesetzes unterstützt die Einrichtung dabei aktiv.
- ▶ Legale und illegale Drogen sind im Hinblick auf ihr Gefährdungspotenzial nicht per se unterschiedlich, sondern individuell zu bewerten.
- ▶ Bei der Einschätzung des Risikopotenzials des Substanzkonsums eines jungen Menschen unterscheiden Fachkräfte weniger nach harten bzw. weichen Drogen, sondern nach harten bzw. weichen Konsummustern.
- ▶ Es ist nichts dagegen einzuwenden, zur Emotionsregulation hin und wieder „den kürzeren Weg“ (Konsum) zu nehmen statt des längeren Wegs („Produktion“). Dabei soll jungen Menschen jedoch möglichst bewusst sein, wann sie diesen wählen, und sie sollen sich dabei an (u. a. altersspezifische) Regeln halten.
- ▶ Der pädagogische Umgang mit Substanzkonsum und Verhaltensrisiken ist weder ignorierend noch dramatisierend: Entsprechend dem Risikopotenzial des Konsumverhaltens finden Interventionen abgestuft statt – auch weit im Vorfeld einer Abhängigkeitsentwicklung.
- ▶ Auch beim Thema „Umgang mit Substanzkonsum und anderen Verhaltensrisiken“ bewegt sich Erziehung im Spannungsfeld zwischen der Förderung von Selbstverantwortung (Freiheit geben, vertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung stärken) und Schutz (Verbote aussprechen, Struktur geben, Regeln aufstellen). Schlieckau vertritt dabei die Haltung: „Erziehung zielt auf Mündigkeit, ist aber auch Paternalismus, oder anders gesagt, ohne Paternalismus ist Erziehung und zivilisatorische Emanzipation nicht denkbar.“ (Schlieckau 2015, S. 40)
- ▶ Fachkräfte verstehen sich – in Absprache mit dem Jugendamt – als Case Managerinnen für Kinder und Jugendliche und generell Zuständige innerhalb des pädagogischen Alltags. Spezialwissen wird in Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen/Professionen hinzugezogen, z. B. die Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulante sowie stationäre medizinische und therapeutische Fachkräfte), Drogenhilfe und Suchtprävention. Gerade junge Menschen mit komplexem Hilfebedarf erhalten auf diese Weise frühzeitig multiprofessionelle Unterstützung.
- ▶ Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist innerhalb der Einrichtung nicht erlaubt (bis auf verordnete Medikamente). Soll es bezogen auf Alkohol eine Ausnahme geben?
 - Ja: Alkohol wird voraussichtlich zum Leben der meisten Jugendlichen dazugehören. Wer mindestens 16 Jahre alt ist und Alkohol ausprobieren möchte, darf dies im geschützten Rahmen der Einrichtung in begrenztem Maße, z. B. am Wochenende bei einem Grillfest. Betreuungspersonen vermitteln den Jugendlichen u. a. Hinweise zum risikomindernden Gebrauch. Ihnen selbst ist der Konsum von Alkohol dabei ... erlaubt? ... oder nicht erlaubt?

ODER:

- Nein (Empfehlung): Alkohol ist ein Zellgift und besonders für heranwachsende Menschen gefährlich. Daher darf Alkohol innerhalb der Einrichtung zum Schutz junger Menschen nicht konsumiert werden. Das gilt auch für Beschäftigte und Gäste. Damit dokumentiert die Einrichtung ihre Haltung, dass sie den Alkoholkonsum Jugendlicher nicht unterstützt. Mit jungen Menschen, die außerhalb der Einrichtung Alkohol trinken, besprechen Fachkräfte u. a. Hinweise zum risikomindernden Gebrauch.

Auf der Grundlage gemeinsamer, einrichtungsbezogener Haltungen können Ziele entwickelt werden.

Mögliche Ziele

Die Einrichtungen können ihre pädagogischen Ziele entlang der verhaltensbezogenen Ziele der deutschen Suchtpolitik aufbauen:

1. Nichtkonsumierende schützen: Fachkräfte bestärken und unterstützen junge Menschen, die nicht konsumieren, in ihrer Entscheidung.
2. Konsumierende zu möglichst risikoarmen Konsummustern motivieren: Der Einstieg in den Konsum erfolgt möglichst spät, und junge Menschen halten sich an Konsumregeln, die Risiken mindern.
3. Bei riskantem Konsum früh intervenieren: Fachkräfte erkennen riskante Konsummuster frühzeitig und unterstützen junge Menschen darin, die mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden zu verringern.
4. Zugang zu weiterführenden Hilfeangeboten sichern: Fachkräfte vermitteln jungen Menschen entsprechend ihrem Bedarf Angebote einer qualifizierten Beratung, ggf. auch zu Behandlung sowie Rehabilitation.

Zusammengefasst verfolgt eine Einrichtung damit das Ziel, Abhängigkeitsentwicklungen und (körperliche sowie psychosoziale) Schäden durch Rauschmittel oder andere Verhaltensrisiken zu verhindern oder zu reduzieren und die gesellschaftliche Teilhabe ihrer Klientel zu fördern bzw. zu sichern (vgl. zu diesem Zielaufbau auch Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2015b, S. 3).

Ergänzend zu den pädagogischen Zielen ergeben sich mögliche einrichtungsbezogene Ziele aus den strukturellen Maßnahmen, die in Kapitel 6.2 vorgeschlagen werden, z. B. gezielte Fort- und Weiterbildung oder die Weiterentwicklung von Kooperationsstrukturen.

6.1.2 Pädagogischer Umgang mit Abhängigkeit bei Jugendlichen

Riskante Konsumformen gehören bei vielen „durchschnittlichen“ und besonders auch bei jungen Menschen in Hilfen zur Erziehung zum Erwachsenwerden. Jede Einrichtung ist also gefordert, mit Risikoverhaltensweisen pädagogisch umzugehen. Die Bandbreite riskanten Verhaltens ist jedoch groß. Es reicht vom vorsichtigen Ausprobieren von Alkohol im Alter von 15 Jahren bis hin zum Eingehen lebensgefährlicher Risiken.

Junge Menschen verlieren niemals ihr Recht auf Erziehung und Förderung. In wenigen Einzelfällen wie z. B. bei einer manifesten Abhängigkeit oder massiven Gefährdung anderer Gruppenmitglieder kann jedoch eine eingeschobene Suchtbehandlung sinnvoll sein. Hier gilt es, Vor- und Nachteile für den betreffenden jungen Menschen sowie die Gruppendynamik abzuwägen.

Aufgabenprofil der Einrichtung

Einrichtungen sollten nach außen und innen transparent darstellen, für welche Risikoverhaltensweise/n der Jugendhilfeklientel sie ihr Angebot ausrichten. Wie „facettenreich“ und schwerwiegend dürfen das Konsumverhalten und ggf. weitere Symptome des jungen Menschen sein, um in dieser Einrichtung noch adäquate Unterstützung erhalten zu können? Vor allem Jugendliche, die möglicherweise aufgenommen werden, aber auch Fachkräfte in Jugendämtern müssen wissen, inwieweit Einrichtungen mit riskantem Konsumverhalten arbeiten.

Auf der einen Seite stehen sehr niedrigschwellige, auf riskanten Rauschmittelkonsum spezialisierte Angebote der Jugendhilfe. Sie nehmen junge Menschen auf, die auf Substanzkonsum aktuell nicht verzichten können oder wollen, ggf. nicht zum Schulbesuch bereit sind und aufgrund früherer Traumatisierung in Gefahr sind, seelisch oder körperlich zu verwaizen oder obdachlos zu werden, die vielfältig delinquent sind und/oder viele Beziehungsabbrüche erlebt haben (Bengl, 2013, S. 22). Auf der anderen Seite stehen Regelgruppen. Für junge Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind diese meistens nicht das geeignete Angebot.

Bereitschaft zum Umgang mit Abhängigkeiten: Möglichkeiten und Grenzen

Bei Überlegungen zum Umgang mit Abhängigkeiten ist zu bedenken, dass sich gerade bei jungen Menschen das Konsumverhalten unvermittelt verändern kann, wenn eine neue Lebenssituation eintritt (neue Beziehung, Ausbildungsbeginn usw.).

Die Frage, welches Konsumverhalten als zu riskant betrachtet wird, als dass eine Einrichtung damit umgehen kann/will, ist nur entsprechend

dem Aufgabenprofil der Einrichtung, dem Ausbildungsstand der dort tätigen Fachkräfte und den Träger-spezifischen Schutzmaßnahmen für das Personal zu beantworten. Die Konzeption sollte dazu eine grundsätzliche Richtung bzw. Zielgruppen angeben.

Häufig geht es hier um eine Gratwanderung zwischen unterschiedlichen Interessen:

- ▶ **Jugendlicher selbst:** Was ist die hilfreichste Lösung für den betreffenden jungen Menschen?
 - In der Einrichtung zu bleiben, z. B. weil die Jugendliche mit dem Verhalten unbewusst auch die Stabilität der Betreuungs-Beziehung auf die Probe stellt?
 - Mit oder ohne Rückkehroption in eine andere Einrichtung zu wechseln, die mehr Struktur, Kontrolle, spezifische Behandlung vorhält?
- ▶ **Gruppenmitglieder:** Inwieweit sind andere Gruppenmitglieder durch das Agieren des betreffenden Jugendlichen gefährdet?
- ▶ **Fachkräfte:** Zu welchen psychischen Belastungen, ggf. auch körperlichen Gefährdungen ist das Personal qualifiziert und bereit?

Wegehaupt und Wieland nehmen zu Argumenten Stellung, aufgrund deren junge Menschen aus Einrichtungen entlassen werden:

- ▶ „Wir können ihr hier nicht mehr helfen!“ Auch wenn es dafür gute Gründe gibt, z. B. fehlendes qualifiziertes Personal oder eine ungeeignete soziale Struktur: Auch ein riskant konsumierender Jugendlicher bleibt prinzipiell jugendhilfeberechtigt. Das verpflichtet jeden Leistungserbringer, den Jugendlichen im Rahmen der Hilfeplanung in enger Abstimmung

mit dem zuständigen Jugendamt bis in eine geeignetere Einrichtung zu begleiten und ihn nicht einfach vor die Tür zu setzen.

- ▶ „Der Jugendliche kommt seiner Mitwirkungspflicht nicht nach.“
Dieses Argument kann nur vorgebracht werden, wenn ein Jugendlicher jeglichen Kontakt verweigert, nicht aber wenn er eine konkrete Maßnahme ablehnt. Dann ist vielmehr vom zuständigen Jugendamt und der Einrichtung zu prüfen, welche Maßnahme geeigneter wäre, und diese anzubieten.

Die Autoren legen nahe, die eigenen Möglichkeiten und Grenzen sorgfältig zu prüfen, bevor ein Abbruch oder Wechsel in eine andere Einrichtung initiiert wird (Wegehaupt, Wieland, 1996). Mitunter geht das Argument der fehlenden Mitwirkung auch von Fachkräften des Jugendamtes aus.

Im Folgenden ist ein möglicher Umgang mit sehr problematischen Konsummustern bei Jugendlichen beschrieben:

Situation 1:

Eine Fachkraft des Jugendamtes fragt, ob die Einrichtung einen Jugendlichen mit (Tendenz zur) Abhängigkeit aufnimmt.

Die Einrichtung sollte den Bedarf des Jugendlichen mit dem bestehenden Angebot vergleichen, z. B. im Hinblick auf Struktur und Kontrolle sowie die aktuelle Gruppenzusammensetzung der Einrichtung. Passt das Angebot grundsätzlich zu den Ressourcen, dem Ausmaß des Konsums sowie der Veränderungsbereitschaft des jungen Menschen?

- ▶ Wenn „ja“:
Der Jugendliche sollte zunächst einen qualifizierten Entzug durchführen und danach aufgenommen werden.
- ▶ Wenn „nein“:
Die Fachkraft des Jugendamtes sucht eine Einrichtung, die auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert ist:
 - eine Einrichtung für Jugendliche, die sich voraussichtlich noch nicht an Begrenzungen und Konsumverbote halten können/wollen,
 - eine Einrichtung oder Klinik für Jugendliche, denen eine engmaschige therapeutische Begleitung, eine starke Tagesstruktur und Kontrolle einen Schutzraum verschaffen.

Situation 2:

Ein Jugendlicher entwickelt während seines Aufenthalts in der Wohngruppe eine Abhängigkeit.

- ▶ Die Einrichtung verfolgt das Ziel, eine Entlassung und damit Beziehungsabbrüche zu verhindern, und nutzt dafür intensiv die abgestuften Interventionen und Kooperationspartner (vgl. Kap. 6.3).
- ▶ Der Schutz anderer Gruppenmitglieder kann dabei als Gradmesser gelten, ob das Verhalten des Jugendlichen noch tragbar ist.

Stationäre Suchtbehandlung

Kapitel 6.3 schlägt als eine der letzten Interventionsmaßnahmen eine stationäre Suchtbehandlung vor. Der Haken daran: Eine Suchtbehandlung umfasst drei bis sechs Monate (vgl. Kap. 5), viele Jugendämter begrenzen das „Leistungsentgelt bei Abwesenheit“⁶ innerhalb eines Jahres auf rund 28 Tage à 80 %. Den Platz für den Jugendlichen frei zu halten, würde für den Träger also finanzielle Einbußen bedeuten. Wenn es für die betreffenden jungen Menschen und die weiteren Gruppenmitglieder angezeigt ist, muss der Träger einerseits mit dem Jugendamt verhandeln, ob diese „Freihaltepauschale“ länger gezahlt wird, und andererseits prüfen, ob bzw. wie er den finanziellen Ausfall hinnehmbar ausgleichen kann.

Wenn solch ein Konstrukt hergestellt wird, sollte folgende Absprache erfolgen: Die Einrichtung zur Suchtbehandlung gibt sofort Bescheid, falls vermutet werden kann, dass die vorherige Heimunterbringung doch nicht als Entlass-Adresse geeignet ist, z. B. weil sich eine Adaptionseinrichtung als hilfreicher herausstellt.

⁶ Siehe beispielsweise Rahmenverträge für die Übernahme von Leistungsentgelten in der Jugendhilfe nach § 78 a–f SGB VIII in Bayern und NRW (2003). Deren Gültigkeit ist zwar abgelaufen, doch die Vertragspartner beziehen sich weiterhin darauf.

Entlassung ohne Rückkehroption als letzte Konsequenz

Folgende Anregungen sollen bei der Entscheidung unterstützen, ob eine Entlassung ohne Rückkehroption angezeigt ist oder nicht:

Entlassung als letzte Konsequenz vertretbar?

ja	nein
<ul style="list-style-type: none">▶ Gruppenmitglieder sind durch das Verhalten des betreffenden jungen Menschen nachhaltig gefährdet.▶ Der Betreffende hat wenige Beziehungsabbrüche in der Vergangenheit erlebt.▶ Eine Überleitung in eine andere Einrichtung ist möglich.▶ Es wurde deutlich, dass das Konzept der Einrichtung nicht zum betreuten jungen Menschen passte.▶ Es konnte sich zwischen jungem Menschen und (Bezugs-)Betreuerin keine relativ stabile Beziehung entwickeln.▶ Im Verlauf der Betreuung stellte sich heraus, dass die Ausbildung der Fachkräfte nicht spezifisch genug ist, um mit der Komplexität der Symptomatik umzugehen.	<ul style="list-style-type: none">▶ Gruppenmitglieder können sich vom Verhalten des Betroffenen distanzieren.▶ Die Betroffene ist früh bzw. strukturell in der Persönlichkeitsentwicklung gestört, weist viele weitere Symptome und Beziehungsabbrüche in der Lebensgeschichte auf.▶ Die Einrichtung kann ausreichenden Schutz und Kontrolle gewährleisten.▶ Dem jungen Menschen stehen Fachkräfte zur Verfügung, die ausreichend ausgebildet und selbst geschützt sind.▶ Die Einrichtung ist groß genug und damit finanziell abgesichert, so dass sie eine längerfristige Abwesenheit des Jugendlichen (Suchtbehandlung) finanzieren kann.

Wenn es zu einer Entlassung kommt, können Leitung und Fachkräfte der Einrichtung im Rahmen der Qualitätsentwicklung reflektieren, welche Kriterien dabei eine Rolle gespielt haben (vgl. Kap. 6.4.3).

6.2 Strukturelle, verhältnispräventive Maßnahmen

Kapitel 1.3.1 hat auf theoretischer Ebene den Unterschied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention dargestellt. Das nachfolgende Kapitel macht Vorschläge, mit welchen strukturellen, verhältnisbezogenen Maßnahmen Einrichtungen positiven Einfluss auf das Konsumverhalten von Betreuten nehmen können.

6.2.1 Regeln zum Umgang mit Konsum

Die Entwicklung von Regeln als strukturelle Maßnahme zur Beeinflussung des Konsumverhaltens nimmt einen zentralen Stellenwert ein. Am Beispiel sinkender Zahlen von jugendlichen Raucherinnen und Rauchern lässt sich das gut nachvollziehen. Mit der Einführung des Rauchverbots in öffentlichen Gebäuden (2007), darunter Schulen und stationäre Erziehungshilfen, mehreren Steuererhöhungen sowie der Anhebung des Legalitätsalters von 16 auf 18 Jahre ist der Anteil der jungen Menschen, die Tabakprodukte konsumieren, kontinuierlich zurückgegangen (Orth, 2016, S. 27). Diese strukturellen Maßnahmen haben einen entscheidenden Beitrag dazu geleistet, dass sich der Anteil der rauchenden jungen Menschen in (LWL-) Kinder- und Jugendheimen (mehr als) halbiert hat (vgl. Kap. 1.1).

Das Aufstellen von Regeln erfordert notwendigerweise auch Überlegungen zu Konsequenzen bei Verstößen. Mögliche Interventionen sind unter Kapitel 6.3 (indizierte Prävention) aufgeführt. Regeln und Konsequenzen sollten realistisch, verlässlich und frei von Doppelbotschaften sein.

Jungen Menschen und auch Fachkräften sollte klar sein, wie viel Vertraulichkeit Kindern und Jugendlichen in Gesprächen über riskantes Konsumverhalten konkret zugesichert werden kann: Unter welchen Umständen werden Kolleginnen oder das Jugendamt informiert? Diese Klarheit muss für die Einrichtung als Ganze gesichert bzw. definiert sein und bezieht sich nicht nur auf Konsumverhalten, sondern z. B. auch auf den Umgang mit körperlichen, sexuellen oder emotionalen Übergriffen.

Mögliche Regeln zum Umgang mit Rauschmitteln

- ▶ In der Einrichtung werden keine Rauschmittel konsumiert oder aufbewahrt. Ausnahme: Zigaretten bzw. Tabak dürfen über 18-Jährige in kleinen Mengen aufbewahren, ohne sie sichtbar „herumliegen“ zu lassen.
- ▶ Medikamente werden nach ärztlicher Verordnung eingenommen und dürfen nicht weitergegeben werden. Verschreibungspflichtige Medikamente werden nur vom Fachpersonal aufbewahrt und vergeben. Bei zunehmender Verselbständigung wird der verantwortliche Umgang eingeübt und kontrolliert.
- ▶ Orientierung am Jugendschutzgesetz:
 - Wer vor dem Legalitätsalter für Alkohol oder Tabak beginnt, diese Substanzen zu konsumieren, wird regelmäßig motiviert, den Konsum wieder einzustellen.
 - Filme und Computerspiele sind ab dem jeweils angegebenen FSK-Alter erlaubt.
- ▶ Wenn Betreute riskante Konsummuster entwickeln oder mit diesen aufgenommen werden, erfolgen abgestufte Interventionen. Ziele dieser Interventionen sind die Förderung von Selbstverantwortung und bezogen auf das Konsumverhalten Abstinenz oder möglichst risikoarme Konsumformen.
- ▶ Substanzen dürfen nicht an andere Gruppenmitglieder verschenkt, verkauft oder ihnen angeboten werden.

Mögliche Regeln zum Umgang mit Medien

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verweist in einer kostenlosen Broschüre auf die „3-6-9-12-Regel“ (BZgA, 2014, S. 19):

- ▶ Bildschirmmedien nicht unter 3 Jahren
- ▶ Spielkonsolen nicht unter 6 Jahren
- ▶ Handy oder Smartphone nicht unter 9 Jahren
- ▶ Keine unbeaufsichtigte Computer- und Internetnutzung vor 12 Jahren

Dabei handelt es sich jedoch um Faustregeln, die dem aktuellen Medien-Nutzungsmuster innerhalb der Familie/Einrichtung und dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst werden sollen (ebenda).

Bezüglich Begrenzungen für die Mediennutzung empfiehlt ein Expertenkonsens die folgenden Zeitlimitierungen pro Tag (Graf et al., 2013, S. 9):

- ▶ unter 3 Jahren – 0 min
- ▶ bis 6 Jahre – maximal 30 min
- ▶ bis 11 Jahre – maximal 60 min
- ▶ ab 12 Jahren – maximal 120 min

Die Autorengruppe empfiehlt weiter, Fernseher im Kinderzimmer zu vermeiden (ebenda).

Mögliche Regelungen zum Umgang mit der Polizei und Justiz

„Die Pflicht zur Verschwiegenheit ergibt sich im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuchs (SGB) bereits aus dem § 35 Abs. 1 und 2 SGB I, und den §§ 67–78 SGB X und im Übrigen auch aus arbeitsrechtlichen oder vertraglichen Regelungen.“ (Auszug aus der Antwort auf Frage 8 im Kapitel 4 „Rechtliche Hinweise“)

Folgende Vorgehensweise kann sinnvoll sein, um pädagogische Rollen zwischen Leitungs- und Fachkräften im Umgang mit einer möglichen Strafverfolgung aufgrund von Drogendelikten betreuter junger Menschen zu trennen: Im Arbeitsvertrag wird hinterlegt, dass die Fachkraft gegenüber der Polizei, der Staatsanwaltschaft und dem Gericht keine Auskunft über junge Menschen geben darf, sondern bei Anfragen dieser Organe (zunächst) an die Leitung zu verweisen hat.

Vorteile: Die Fachkraft bleibt in der Regel in ihrer Rolle als „pädagogischer Anwalt“ für den von ihr betreuten Jugendlichen. Zugleich ist sie dem (belastenden) Umgang mit Polizei bzw. Justiz nicht ausgesetzt.

Die Leitung entscheidet nach Rücksprache mit den betreuenden Fachkräften, ob es pädagogisch sinnvoll ist, zu versuchen, den Jugendlichen vor weiterer Strafverfolgung zu schützen oder nicht, also ob eine mögliche Aussageverweigerung genutzt werden soll.

Die Entscheidung, welcher Weg eingeschlagen wird, gründet auf mehreren Ebenen der Abwägung:

- ▶ Gefährdet der betreffende Jugendliche andere Gruppenmitglieder (wenn „ja“ – inwieweit)? Muss die Leitung andere vor dem Verhalten des betreffenden Jugendlichen schützen?
- ▶ Schätzen Fach- und Leitungskraft eine strafrechtliche Grenzziehung für den betreffenden Jugendlichen als pädagogisch hilfreich oder schädlich ein?

Hintergrund/Haltung: In Extremfällen (andauernder Verkauf illegaler Substanzen in der Einrichtung, wiederholtes Verschenken an Gruppenmitglieder sowie Konsum in der Einrichtung trotz Interventionen, die aber zu keiner Verhaltensänderung führen) kann eine strafrechtliche Intervention zugleich eine pädagogische sein.

Falls das Jugendhilfe-Angebot für den jungen Menschen passend ist und keine Gefängnisstrafe droht, ist aufgrund (erneuter) Beziehungsabbrüche eine Entlassung als riskanter für die Persönlichkeitsentwicklung des Jugendlichen einzuschätzen als eine strafrechtliche Verfolgung.

6.2.2 Konsumverhalten in Diagnostik und Hilfeplanung integrieren

Die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII ist ein „kontinuierlicher sozialpädagogischer Prozess (...), der die betroffenen Kinder, Jugendlichen und/oder Familien befähigen soll, die für die Hilfe ursächlichen Probleme mit Unterstützung der freien und öffentlichen Träger der Jugendhilfe zu lösen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, 2015, S. 12).

Hilfeplanung ist prozesshaft angelegt. Regelmäßig soll überprüft werden, ob sich Hypothesen als stimmig herausgestellt haben, ob die Hilfe wirksam ist bzw. Ziele und Aufgaben für die Beteiligten angepasst oder ganz verändert werden müssen (Merchel, 2015, S. 186). Als wichtige Elemente der Hilfeplanung gelten Fallverstehen/Diagnose, Ressourcenorientierung, Partizipation und Zielorientierung (Matzner, 2014, S. 211 ff.).

Die Organisation und Steuerung der Hilfe liegt in der Verantwortung des Jugendamtes – auf Grundlage der Ziele, die Kinder bzw. Jugendliche und Sorgeberechtigte erreichen möchten. Die Fachkräfte des Jugendamtes sollen neben den Leistungsempfängern weitere Beteiligte wie den Leistungserbringer in die Hilfeplanung einbeziehen, beispielsweise auch die Mitarbeiterin der Drogenberatungsstelle, die behandelnde Psychiaterin oder den Schulpsychologen.

Diagnostik

Grundlage für die Zielentwicklung im Rahmen des Hilfeplans ist die sozialpädagogische Diagnostik. Es gilt, Informationen aus unterschiedlichen Quellen zu bündeln, die Situation und innere Logik der Symptomatik aus der Perspektive der Beteiligten zu verstehen, Ressourcen zu identifizieren, Hypothesen zu entwickeln, zu überprüfen und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. Für diesen Prozess stehen als Instrumente unterschiedliche Konzepte zur Verfügung, wie z. B. „Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen“ (Schrapper, 2010) oder „Verstehende subjektlogische Diagnostik bei Verhaltensstörungen“ (Baumann, 2009).

Eine fundierte Diagnostik ist umso notwendiger, je komplexer der absehbare Hilfebedarf ist. Sie gilt als eine Voraussetzung, um sogenannten „Dreh-türeffekten“ zwischen Hilfesystemen vorzubeugen. Wie in Kapitel 3.4 dargestellt, stehen psychosoziale Auffälligkeiten, seelische Erkrankungen und Konsumverhalten in enger Beziehung miteinander. Daher ist die Erhebung des Konsumverhaltens ein zentraler Baustein der sozialpädagogischen Diagnostik. Entsprechend sollte vor der Aufnahme in eine stationäre Erziehungshilfeeinrichtung so weit wie möglich Klarheit darüber bestehen, ob bzw. welche Schwierigkeit der junge Mensch im Umgang mit Substanzen und/oder Verhaltensweisen hat. Ein Erhebungsinstrument dafür findet sich in Kapitel 7.3.1.

Screenings im Rahmen der Diagnostik

Screening-Instrumente sind nicht dazu geeignet, um eine gesicherte Diagnose zu stellen. Sie dienen dazu, sich einen ersten Eindruck zu verschaffen, ob ein bestimmtes Konsumthema näher in den Blick genommen werden sollte und/oder möglicherweise in Zusammenhang mit anderen Schwierigkeiten steht.

Zur möglichst frühzeitigen Identifizierung von problematischem Konsumverhalten stehen beispielsweise folgende Screening-Instrumente zur Verfügung:

- ▶ Alkohol: „Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption“ (AUDIT-C)
- ▶ Cannabis: „Cannabis Problems Questionnaire for Adolescents – short (CPQ-A-S)“ (Fernandez-Artamendi, 2012)
- ▶ Zum Erkennen von Symptomen unterschiedlicher Essstörungen: SCOFF-Fragebogen (Robert Koch-Institut, 2008, S. 52, siehe auch Kapitel 7.3.1) oder Fragen in der S-3-Leitlinie „Essstörungen“ (DGPM, 2011, S. 6)
- ▶ Problematischer Medienkonsum:
 - Skala zum Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen (CSVk-S), (Wölfling, Müller, Beutel, 2009, vgl. Kap. 7.3.3)
 - Frölich und Lehmkuhl haben einen Fragenkatalog für Eltern entwickelt, anhand dessen problematischer Computer- bzw. Internetkonsum erkannt werden kann. Relevant ist beispielsweise, ob das Kind zugunsten des Konsums andere Interessen, Ernährung oder Schlaf vernachlässigt; ob es online in sogenannten Gilden oder Communitys spielt, die das Beenden des Spiels erschweren; ob es zur psychischen Entlastung spielt oder unruhig/aggressiv wird, wenn es nicht spielen darf (Frölich, Lehmkuhl, 2012, S. 151).

Im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnostik soll also zunächst erhoben werden, ob unterschiedliche Arten von Konsumverhalten eine Rolle spielen:

- ▶ Was wird konsumiert? Seit wann? Wie häufig? In welcher Dosierung? Hat sich das Konsummuster verändert?

Im Anhang findet sich ein Erhebungsbogen, mit dem Fachkräfte strukturiert das Konsumverhalten junger Menschen erfassen können (vgl. Kap. 7.3.1).

In einem weiteren Schritt kann das Konsumverhalten gemeinsam mit der Jugendlichen bewertet werden. Beispiele:

- ▶ nach der Funktionalität, d. h. grob unterschieden in Genuss- oder Hilfsmittel;
- ▶ wie es möglicherweise in Zusammenhang mit anderen psychosozialen Auffälligkeiten oder seelischen Erkrankungen steht;
- ▶ nach dem individuellen Gefährdungspotenzial, z. B. im Zusammenhang mit der Persönlichkeit, persönlichen Schutzfaktoren, Alter;
- ▶ nach dem Legalitätsstatus, z. B. Altersbeschränkungen, Risiko der Strafverfolgung durch Einordnung in das BtMG;
- ▶ ob das Konsumverhalten negative Konsequenzen zur Folge hatte;
- ▶ ob Veränderungsbereitschaft oder sogar -absicht besteht;
- ▶ ob von Seiten der Einrichtung die Notwendigkeit gesehen wird, dass der junge Mensch sein Konsumverhalten ändert.

Einbeziehung der Sorgeberechtigten

Wenn die stationäre Erziehungshilfe die Rückkehr in die Familie zum Ziel hat, ist es besonders wichtig, den Sorgeberechtigten Angebote zu machen, wie sie ihre Erziehungsfähigkeit im Umgang mit dem Konsumverhalten ihres Kindes stärken können. Nachfolgende Absprachen bzw. weiterführende Angebote können dabei hilfreich sein:

- ▶ Regeln, die mit dem Kind/Jugendlichen in der Einrichtung abgesprochen sind, sollten auch bei Besuchen im Elternhaus gelten.
- ▶ Für den Fall, dass Eltern selbst riskant oder abhängig konsumieren, sollten zum Schutz des jungen Menschen spezifische Regeln mit den Eltern abgesprochen werden.
- ▶ Vermittlung in eine (Sucht- oder Familien-) Beratungsstelle, in der spezifische Elternkurse angeboten werden. Schlieckau listet verschiedene Angebote auf, darunter das „Strengthening Families Program (SFP) 10-14“ und das „Triple-P“[®]-Programm (Schlieckau, 2015, S. 466 f.).
- ▶ Niedrigschwellige Hilfe bietet auch die Homepage „ELSA – Elternberatung bei Suchtgefährdung und Abhängigkeit von Kindern und Jugendlichen“ mit Informationen und kostenfreier Online-Beratung: www.elternberatung-sucht.de
- ▶ Nach der stationären Maßnahme können eine ambulante Hilfe zur Erziehung, die „Multidimensionale Familientherapie zur Behandlung Jugendlicher mit Substanzstörungen (MDFT)“ oder andere familientherapeutische Angebote zur Festigung des bisher Erreichten sinnvoll oder auch unabdingbar sein.

Absprachen

Wenn das Konsumverhalten als riskant eingeschätzt wird, werden gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen Ziele und Strategien entwickelt, wie es/er sich vor konsumbezogenen Schäden oder/und dem Risiko einer Abhängigkeit schützen kann. Diese Absprachen werden – in Zusammenarbeit mit der Fachkraft des Jugendamtes – im Hilfeplan festgehalten und in angemessenen Abständen überprüft und ggf. angepasst. Dies ist spätestens bei der Fortschreibung des Hilfeplans angezeigt. Wichtig: Kinder und Jugendliche sollen sich im Rahmen der Einrichtungsregeln so weit wie möglich selbst für Ziele und entsprechende Strategien entscheiden, d. h. Alternativen haben.

Im Hilfeplangespräch einigen sich die drei Akteure (junger Mensch/Sorgeberechtigte, Jugendamt, Jugendhilfeträger) auf die Maßnahmen, die für die Erreichung des Zieles des jungen Menschen bzw. der Sorgeberechtigten am besten geeignet sind. Bei der Formulierung von Zielen ist es hilfreich, sich an die SMART-Kriterien zu halten: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert. Die bislang entwickelten Zielmodelle beziehen sich meist auf drei Hierarchie-Ebenen, z. B. Leitziel, Mittlerziele und Handlungsziele (Bewyl, 1999, nach Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, 2015, S. 26).

Dazu folgt ein Beispiel.

Beispiel für einen Hilfeplan, in dem das Konsumverhalten in die Ziele integriert ist:

Nico, 15 Jahre, „kifft“ täglich. Als eine wichtige erwünschte Wirkung nennt er: „nicht mehr so aggressiv sein“. Durch den Cannabiskonsum haben in der Schule seine Leistungen abgenommen. Er hat dort und in seiner Freizeit Probleme mit körperlichen Übergriffen.

Leitziel:

Nico schafft in zwei Jahren einen guten Realschulabschluss, um eine Ausbildung als Mechatroniker machen zu können.

Mittlerziele:

1. Nico gelingt es mindestens vier Mal in der Woche, pünktlich und vorbereitet in der Schule zu sein.
2. Nico hat vor allem in der Schule keinen Ärger mehr wegen körperlicher Auseinandersetzungen (z. B. Schubsen oder Schlagen).
3. Nico schützt sich vor Abhängigkeit. Er schränkt seinen Cannabiskonsum ein und kifft höchstens freitag- und/oder samstagsabends.

Handlungsziele:

Tina Müller von der WG Sonnenschein hilft Nico, passende Strategien zu finden, um die Mittlerziele zu erreichen. Nico erprobt in den folgenden Monaten diese Strategien:

1. Schule

- Nico nimmt das Angebot von Hannah an, ihm dienstags bei Englisch zu helfen.
- Nico zeigt Tina oder einer anderen Erzieherin montags bis freitags seine gemachten Hausaufgaben.
- Nico geht in der Woche um 22 Uhr schlafen und stellt sich einen Wecker auf die Fensterbank.

2. Aggression

- Nico meidet Alkoholkonsum, da dieser die Hemmschwelle für Gewalt herabsetzt.
- Nico nimmt gemeinsam mit anderen Jugendlichen an einem Anti-Gewalt-Training teil.
- Wenn Nico denkt, dass er seine Aggression nicht kontrollieren kann, versucht er, diese Situation so schnell wie möglich zu verlassen.

3. Kiffen

- Das Geld, das Nico nicht für Cannabis ausgibt, steckt er täglich in eine Spardose, um sich ca. im März ein neues Skateboard zu kaufen.
- Nico führt ein Konsumtagebuch. Mindestens ein Mal pro Woche bespricht er mit Tina, wie es klappt, weniger zu kiffen.

Zu 2. und 3.:

Nico probiert über Sport einen alternativen Weg, um sich zu entspannen und Frust loszuwerden. Er nimmt Kontakt zu einem Boxverein auf und nimmt Probestunden.

Hinweise: In der Realität sollten weniger Ziele benannt werden. Hier sind zu Beispielszwecken mehrere aufgeführt. Im Hilfeplan werden nicht alle Unterstützungsmaßnahmen aufgeführt.

6.2.3 Partizipation von Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 8 SGB VIII sind die Sorgeberechtigten und die Kinder/Jugendlichen entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen zu beteiligen. Damit ist die Partizipation von jungen Menschen an der Entwicklung und Fortschreibung des Hilfeplans verpflichtend. Den Ergebnissen eines Bundesmodellprojektes zufolge ist die Beteiligung junger Menschen an Entscheidungen zum pädagogischen Alltag ein mindestens ebenso zentraler Wirkfaktor von Hilfen wie ihre Beteiligung am Hilfeplanprozess (ISA Planung und Entwicklung, 2009, S. 57). Auf diese Weise fördert die Erziehungshilfe u. a. Selbstwirksamkeitserwartung und Eigenverantwortung junger Menschen.

§ 79 a SGB VIII verpflichtet die Einrichtungen, Qualitätsmerkmale für die Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen und ihren Schutz festzulegen. Der Umgang mit Medien und Rauschmitteln ist ein wichtiges Alltagsthema für junge Menschen. Eine Beteiligung der Betreuten an entsprechenden Entscheidungen sollte sowohl bezogen auf den individuellen Hilfeplan als auch auf Regeln innerhalb der Einrichtung erfolgen:

- ▶ **Einbeziehung in den Hilfeplan:** Was sind Ziele im Umgang mit Rauschmitteln und Verhaltensweisen? Mit welchen Strategien sollen die Ziele erreicht werden?
- ▶ **Einbeziehung der Bewohnerinnen bei der (Weiter-)Entwicklung eines Konzeptes zum Umgang mit Konsumverhalten:** Welche grundsätzlichen Regeln sollen gelten? Wie können Nichtkonsumierende geschützt werden? Wie klappt die Umsetzung des Konzeptes? Beteiligung kann beispielsweise in Form von Gruppengesprächen, im Rahmen des Beschwerdemanagements oder bei einer Zusammenkunft der Gruppensprecher („Jugendparlament“) erfolgen. Die Rückmeldungen und Vorschläge aus diesen unterschiedlichen Beteiligungsverfahren können kontinuierlich in das Qualitätsmanagementsystem der Einrichtung einbezogen werden.

Beteiligung meint viel mehr als Zuhören, wie Car-releaver verdeutlichen (Erhard, Seyboldt, 2015, S. 283 f.). Sie fordern mehr Entscheidungsspielräume und machen folgende Vorschläge, wie junge Menschen in Erziehungshilfen „wirklich“ beteiligt werden können (Beispiele):

- ▶ Vertrauen in junge Menschen als Grundvoraussetzung für Beteiligung
- ▶ Hilfeplangespräche vor- und nachbereiten
- ▶ Ein offener, ehrlicher und konstruktiver Umgang mit Fehlern, was sich beispielsweise darin zeigen kann, dass sich Pädagogen bei gemachten Fehlern entschuldigen
- ▶ Beschwerdestellen bekannt machen
- ▶ Jungen Menschen nicht Betreuerinnen zu sein, sondern Wegbegleiterinnen – also nicht nur Regeln und Strukturen aufzustellen (betreuen), sondern den jungen Menschen zu kennen und ebenso den Weg, den er bzw. sie gehen möchte, (begleiten)
- ▶ Junge Menschen Verantwortung übernehmen lassen

(ebenda)

Als Voraussetzung für eine beteiligungsförderliche Pädagogik gilt ein Betriebsklima, das die Mitbestimmung der Fachkräfte fördert, beispielsweise bei der Regelerstellung (Grabert, 2005, nach Wolff, 2014, S. 442). In diesem Sinne sieht Wolff Partizipation und Beteiligung als „ein umfassendes Organisationskonzept, das auf Mitbestimmung und Mitsprache aller Personen in einer Einrichtung fußt.“

(Wolff, ebenda)

6.2.4 Personalentwicklung (H. Pamme/M. Baumann/N. Wirth)

In diesem Handbuch ist häufig die Rede von Kompetenzen, die notwendig sind, um Kinder und Jugendliche bei der Entwicklung eines selbstverantwortlichen Konsumverhaltens zu unterstützen.

In der Personalentwicklung geht es um die Förderung der professionellen Kompetenzen der Fachkräfte einer Einrichtung. Sie umfasst alle Dimensionen des Organisationshandelns, die geeignet sind, die Handlungskompetenz der Fachkräfte weiterzuentwickeln, zu erhalten und ständig zu erneuern. In diesem Sinne verfolgt Personalentwicklung das Ziel, die Qualifizierung der Fachkräfte zu gewährleisten und kontinuierlich aufrechtzuerhalten (Merchel, 2010, S. 80 ff.).

Um professionelle Handlungskompetenzen fördern zu können, ist aus Sicht der Personalentwicklung zuerst zu überlegen, welche Fach- und Methodenkompetenz, soziale Kompetenz und welche persönlichen Eignungsvoraussetzungen die Fachkräfte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe haben sollten. Dazu sind Kompetenzprofile zu entwickeln. Ausgehend von diesen Profilen können einzelne Fachkräfte in ihrer professionellen Entwicklung begleitet und gefördert werden. Darauf aufbauend können Maßnahmen der Personalentwicklung gewählt werden, die entweder an den Strukturen und Prozessen der Einrichtung ansetzen (organisationsbezogen) oder an der Fachkraft selbst (personenbezogen).

Folgende Ansatzpunkte für organisations- und personenbezogene Maßnahmen haben eine besondere Bedeutung für stationäre Einrichtungen der erzieherischen Hilfen (spezifisch für diese Einrichtungen ist der dritte Punkt):

1. Personalauswahl und Einarbeitung
2. Qualifizierung über Fort- und Weiterbildung
3. Organisationsbezogene Maßnahmen, die Leitungs- und Fachkräften Reflexionsmöglichkeit und Schutz bieten

Im Folgenden werden diese drei wichtigen Aspekte und spezifischen Besonderheiten zur Personalentwicklung in den stationären erzieherischen Hilfen kurz hervorgehoben. Einen umfassenden Überblick über Instrumente der Personalentwicklung bietet z. B. Pamme, Merchel, 2014.⁷

⁷ Das Buch ist zwar auf den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) ausgerichtet, macht jedoch exemplarisch deutlich, wie betriebswirtschaftliche Ansätze von Personalentwicklung sinnvoll auf Handlungsfelder der Sozialen Arbeit übertragen werden können.

1. Personalauswahl und Einarbeitung

Bei der Personalauswahl sollte darauf geachtet werden, auch Quereinsteiger aus den Bereichen Suchtberatung, Suchtprävention oder Psychiatrie besonders zu berücksichtigen.

Für einen gelingenden Start in eine neue Stelle ist eine zeitlich begrenzte Schonfrist in Kombination mit einer strukturierten Einarbeitung zu empfehlen. Strukturiert heißt hier, dass die Einrichtung konkrete Einarbeitungspläne erstellt. Darin ist auch festgelegt, welche Handlungskompetenzen am Ende der Einarbeitungsphase vorhanden sein sollen, damit neue Fachkräfte Handlungssicherheit haben. Ergänzend kann ein (einrichtungsin-ternes oder -externes) Mentoring oder Coaching eingesetzt werden. Eine weitere Maßnahme im Rahmen der Einarbeitung ist das klassische Anleiten, z. B. mit der Vierstufenmethode Vorbereiten, Vormachen, Nachmachen, Üben.

2. Qualifizierung über Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten allen Fach- und Führungskräften angeboten werden, be-

sonders denjenigen, die neue Aufgaben übernehmen. Wenn Führungskräften auffällt, dass wichtige Kompetenzen im Team fehlen, sollten sie gezielt eine Fachkraft motivieren, sich spezifisch aus- oder fortbilden zu lassen, z. B. als Spezialkraft zum Thema Konsumverhalten.

Qualifizierung kann im Rahmen von Inhouseveranstaltungen für das gesamte Team oder außerhalb der eigenen Einrichtung angeboten werden. Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Hilfen zur Erziehung haben in Studien darauf hingewiesen, dass sie (mehr) Fortbildung und Qualifikation benötigen, um mit riskant konsumierenden jungen Menschen handlungssicher umgehen zu können (Schu, Mohr, Hartmann, 2014; Macsenaere, 2014).

Folgende Inhalte werden in diesem Zusammenhang empfohlen:

- ▶ Integration des Konsumverhaltens in die sozialpädagogische Diagnostik
- ▶ „Motivational Interviewing“ (MI) nach Miller und Rollnick (2015, vgl. Kap. 7.2)⁸
- ▶ Förderung von Emotionsregulation sowie emotionalen Kompetenzen⁹
- ▶ Wirkungen und Risiken von Substanzen und riskanten Verhaltensweisen
- ▶ Verhalten im Drogen-Notfall
- ▶ Medienpädagogisches Grundwissen¹⁰
- ▶ Training zur Deeskalation gewalttätiger und emotionaler Übergriffe
- ▶ Psychische Erkrankungen und pädagogischer Umgang mit ihnen¹¹
- ▶ Typische Zusammenhänge zwischen riskanten Verhaltensweisen, Substanzkonsum und seelischen Erkrankungen

8 Weiterbildungsträger und Hochschulen bieten Fortbildungen in MI an, auch von unterschiedlicher Dauer. Einrichtungsleitungen können Trainerinnen und Trainer für MI jedoch auch über das MINT-Netzwerk finden: www.motivationalinterviewing.org/trainers/Germany (Zugriff: 18.10.2016)

Die ginko Stiftung in NRW hat das Fortbildungskonzept „Motivierende Kurzintervention – MOVE“ entwickelt. MOVE ist an MI angelehnt. Die dreitägige Fortbildung wird in sieben Bundesländern sowie in Österreich und der Schweiz meist von Fachstellen für Suchtvorbeugung angeboten (<http://www.ginko-stiftung.de/move/Kooperationspartner-Bundeslaender.aspx>).

9 Fachkräfte können sich zum Thema „Training emotionaler Kompetenzen“ (kurz TEK) fortbilden. Einen Einblick geben die Homepage <http://tekonline.info/> und das Manual von Matthias Berking (2014).

10 Die Gesellschaft für Medienpädagogik und Kommunikationskultur (GMK) bietet unter nachfolgendem Link eine Sammlung von Anbietern medienpädagogischer Weiterbildungen: www.gmk-net.de/index.php?id=21 (Zugriff: 18.10.2016)

11 Literaturtipps dazu:

Amt für Gesundheit, Frankfurt am Main (Hrsg.) (2013): Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und Soziale Arbeit. Ein Handbuch für die Praxis.

Denner, S. (Hrsg.) (2008): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer

Auch Ausbildungen in Ansätzen der Frühintervention, idealerweise im Tandem mit einer Suchtberatungsstelle, z. B. als FreD-Trainerin (LWL-Koordinationsstelle Sucht), können eine sinnvolle Maßnahme sein.

Ebenso sind gegenseitige Hospitationen, z. B. mit Fachstellen für Suchtprävention oder Suchtberatungsstellen, für beide Seiten ein Gewinn.

Fachkräften sollte grundsätzlich Arbeitszeit für Internetrecherche und Literaturstudium zur Verfügung stehen.

3. Organisationsbezogene Maßnahmen für Leitungs- und Fachkräfte

Maßnahmen, die Leitungs- und Fachkräften Reflexionsmöglichkeit bieten

Zur Handlungskompetenz der Fachkräfte in Einrichtungen der stationären Erziehungshilfe gehört der Umgang mit jungen Menschen, die eine komplexe Symptomatik aufweisen und entsprechend herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Wenn das Ausmaß des Konsumverhaltens massiv ist, gehen damit nicht unwesentliche psychische Belastungen für die Fachkräfte einher. Massives Konsumverhalten neigt darüber hinaus dazu, Krisen zu produzieren. In der stationären Erziehungshilfe muss es daher Teil der Personalentwicklung sein, aktiv mit Aspekten der psychischen Belastung und der Sicherheit von Fachkräften umzugehen.

Grundsätzlich sollten in Einrichtungen folgende Maßnahmen vorgehalten werden, um Mitarbeitenden die Möglichkeit zur Reflexion ihres pädagogischen Handelns zu geben:

- ▶ Supervision, Coaching und interne kollegiale Beratung als Reflexionshilfen für herausfordernde Situationen mit konsumierenden jungen Menschen
- ▶ Mitarbeiterentwicklungsgespräche, die in engem Austausch zwischen Leitungskraft und Fachkraft die Qualifizierungsinteressen sondieren und im Weiteren umsetzen

Zu empfehlen ist auch die Möglichkeit zu multiprofessionellen Fallbesprechungen mit Fachkräften externer Institutionen.

Wenn die Fachkräfte gesundheitsbewusstes Verhalten bei jungen Menschen fördern sollen, ist es hilfreich, dass auch ihnen selbst diese Unterstützung zukommt. Dabei ist beispielsweise an gesundheitsfördernde Kurse zur Tabakentwöhnung, zu gesunder Ernährung oder Entspannungstechniken zu denken. Diese Kurse sollten kostenfrei angeboten werden.

Maßnahmen, die Leitungs- und Fachkräften Schutz und Sicherheit bieten (M. Baumann)

Typische belastende Situationen, in denen es häufig auch zu Krisensituationen kommen kann, sind zum Beispiel:

- ▶ Junge Menschen, die sich durch ihr (Konsum-) Verhalten bzw. dessen Begleiterscheinungen in (Lebens-)Gefahr begeben, wie z. B. bei Essstörungen, neurologischen Folgeschäden durch „Schnüffeln“ oder wenn Substanzkonsum mit Beschaffungsdelikten oder Prostitution einhergeht
- ▶ Junge Menschen, die die Regeln der Einrichtung, aber auch Gesetze brechen
- ▶ Junge Menschen, die Gruppenmitglieder oder eine Fachkraft verbal und/oder körperlich angreifen

Insofern ist der Umgang mit sehr riskant konsumierenden Jugendlichen immer auch eine Frage des Umgangs mit Ausnahmesituationen, Ängsten und der Sorge um die eigene Fürsorgepflicht. Studien im Bereich der Jugendhilfe zeigen, dass Phänomene wie eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine sekundäre Traumatisierung auf Seiten der Mitarbeitenden im Kontext Jugendhilfe nicht selten auftreten, jedoch unter der Platzhalter-Diagnose „Burnout“ oft verschleiert bleiben (Steinlin, 2015).

Für diejenigen Einrichtungen, deren Zielgruppe (sehr) riskant konsumierende junge Menschen sind, sollte daher neben den grundlegenden Ansatzpunkten der Personalentwicklung immer auch die (emotionale) Mitarbeitersicherung im Zentrum stehen. Hierbei sind drei Aspekte entscheidend:

1. Rollendistanz

Pädagoginnen werden von den jungen Menschen direkt oder indirekt in bestimmte Rollen gedrängt, die eigentlich nicht ihrem eigenen Selbstbild entsprechen. Typische Rollen sind dabei z. B. die Kontrolleurin, der Retter, die Vertraute, der Moralapostel, die hilflose Beobachterin. Alle diese Rollen führen über kurz oder lang in die Handlungsunfähigkeit. Entscheidend für eine souveräne und auf Dauer gesunde Arbeitshaltung ist es, sich von diesen Rollen zu distanzieren und nicht in diese hineinziehen zu lassen. Sie können betrachtet werden als aus der Lebensproblematik der jungen Menschen heraus erwachsene Stereotype (psychoanalytisch: Übertragungen). Dies gilt besonders auf der Teamebene, auf der jeder Versuchung, die entstehenden Rollen als Zuschreibung an Kollegen zu bekräftigen, widerstanden werden muss. Hierfür bedarf es eines regelmäßigen, am Fallverstehen orientierten Reflexionsrahmens.

Umgekehrt ist es für Fachkräfte auch wichtig zu reflektieren, in welcher Rolle und mit welcher Haltung sie auf ihre Klientel zugehen (vgl. dazu Kap. 6.2.3).

2. Erarbeitung von Notfall- und Krisenverfahrensplänen

Zu einem souveränen Umgang mit Grenzerfahrung gehören fest etablierte Verfahrensabläufe, welche sicherstellen, dass Kollegen in schwierigen Situationen schnelle Unterstützung erhalten. Dazu sind verlässliche Sicherheits- und Rufbereitschaftsdienste wichtig. Neben der Unterstützung im Umgang mit der akuten schwierigen Situation zählen hierzu vor allem die Übernahme von Entscheidungen, welche der betroffene Mitarbeiter im emotionalen Ausnahmezustand selbst kaum treffen kann: Wie wird die Situation aufgelöst? Wie sieht die nächste Begegnung zwischen dem jungen Menschen und dem Mitarbeiter aus? Wer bespricht die kritische Situation mit dem jungen Menschen? Wer kümmert sich ggf. um eine Wiedergutmachung?

Neben der entlastenden Funktion für Mitarbeiterinnen im Krisenfall liegt der Effekt dieser Interventionsform vor allem auch darin, dass allein durch die Transparenz solcher Verfahren und ihre verlässliche Verfügbarkeit von Unterstützung das Sicherheitsempfinden der Mitarbeitenden steigt und somit viele Situationen als gar nicht so bedrohlich wahrgenommen werden müssen. Fachkräfte können und sollten in diesen Verfahren regelmäßig fortgebildet werden.

Ebenso können technische Maßnahmen Beiträge zu einem (erweiterten) Sicherheitskonzept leisten, z. B. ein Notruftaster mit Verbindung zur Polizei, Beleuchtungs- und Alarmvorrichtungen am Gebäude oder sichere Rückzugsräume.

3. Emotionale erste und weiterführende Hilfe

Das Konzept der emotionalen ersten Hilfe umfasst Strategien, die Mitarbeitern in und nach einer belastenden Situation schnell wieder zur psychischen Stabilität verhelfen sollen. Hierfür sind als sinnvoll zu betrachten:

In der Krisensituation: Versorgung mit Symbolen des Wohlfühlens (warmes Getränk, Decke zum Einwickeln); erzählen lassen (ohne Wertung und kritische Rückfragen).

Am Abend: Kurzer Anruf: „Wie geht es dir?“ (die meiste Belastung entsteht durch nicht einschlafen können).

Nach wenigen Tagen: Nochmalige Einladung zum Erzählen, nach ca. einer Woche strukturiertes Reflexionsgespräch mittels der Fragetechniken des zirkulären Fragens und der „Weil-Fragen“.

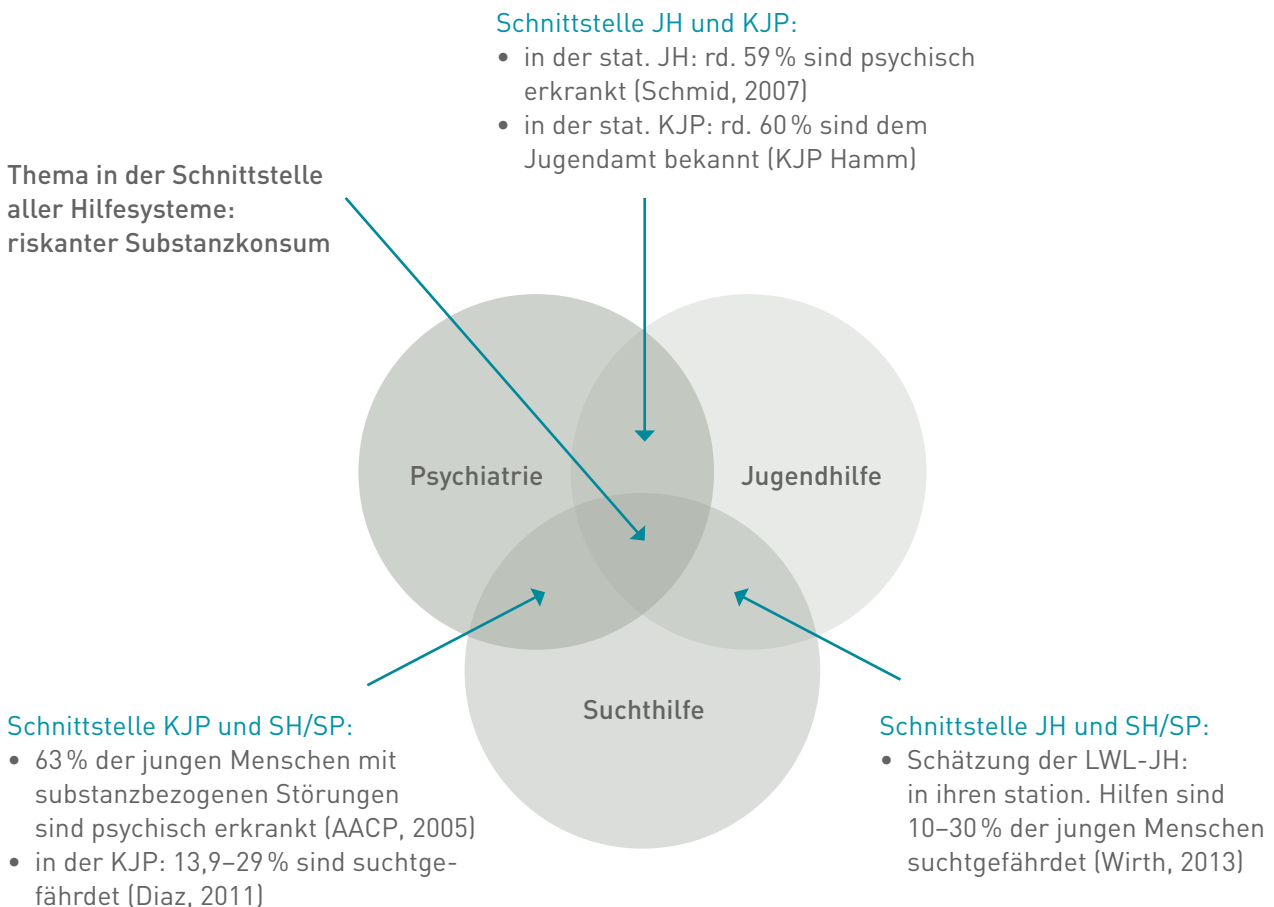
Ein solcher Ablauf gewährleistet, dass ein Mitarbeiter mit Gefühlen der Überforderung nicht allein bleibt und sich somit Gefühle der Angst, des Versagens o.Ä. nicht aufstauen und chronifizieren.

6.2.5 Kooperationsstrukturen ausbauen und pflegen

Multiprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb und über die Hilfesysteme hinweg ist eine zentral wichtige Anforderung. Wie in Kapitel 3.4 dargestellt, bestehen häufig enge Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum, seelischen Schwierigkeiten bzw. Störungen und psychosozialen Auffälligkeiten. Bei komplexem Hilfebedarf sind

auch komplexe professionelle Kompetenzen erforderlich. Die nachfolgende Abbildung (nach Wirth, 2013) zeigt Beispiele für die gemeinsamen Zielgruppen der Jugendhilfe (erzieherische Hilfen), der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Suchthilfe bzw. Suchtprävention:

Zielgruppen in den Schnittstellen der Hilfesysteme



gemeinsame Zielgruppen in den Hilfesystemen (nach Wirth, 2013)

An der Notwendigkeit zur verbesserten Kooperation wird fachlich in keinem System (ernsthaft) gezweifelt, doch viele Konferenzen, Tagungen, Studien, Arbeitshilfen und mehr verdeutlichen die damit verbundenen **Hürden**. Diese Hürden sind beispielsweise:

- ▶ Das Spannungsfeld im Selbstbild der Hilfesysteme: die Jugendhilfe als „Generalist in Erziehungsfragen“ und die (hier auf illegale Substanzen bezogene) Drogenhilfe als „Spezialist in Drogenfragen“ (Wieland, 2001, S. 52)
- ▶ Unterschiedliche berufliche Sozialisation und unterschiedliche berufliche Haltungen
- ▶ Unterschiedliche Fachsprache und damit Schwierigkeiten, sich zu „verstehen“
- ▶ Konkurrenz um Anerkennung und Finanzierungen; mitunter auch Konkurrenz, wer Klienten „besser“ unterstützen kann (wenn falsch verstanden wird, dass es um „andere“ Unterstützung geht)
- ▶ Frühere Enttäuschungen, Kränkungen, Missverständnisse
- ▶ Machtgerangel
- ▶ Zusammenarbeit hängt mitunter von engagierten Einzelpersonen ab, die fallbezogen kooperieren. Diese Ansätze sind jedoch nicht strukturell abgesichert. Wechseln die Personen, bricht die Kooperation ein
- ▶ Die Suchthilfe und Suchtprävention bietet Heimen (offensiv oder in „Komm-Struktur“) Unterstützung in Einzelfällen oder konkrete Suchtpräventionsprogramme an, bittet jedoch in der Regel im Gegenzug um nichts (hilfreich für die Suchthilfe/-prävention wären z. B. Gesprächsführung mit jungen Menschen und Familien, Fallbesprechungen in schwierigen Beratungsfällen). Das kann zu „Expertendünkel“ und „Beziehungs-Schief lagen“ führen, was es für die Jugendhilfe unattraktiv machen kann, die Angebote der Suchthilfe/-prävention anzunehmen

Schlieckau verweist auf eine weitere Hürde in der Zusammenarbeit, die in einer unklaren Auffassung von Zuständigkeiten begründet ist. Diese Unklarheit führt zu vier häufigen Missverständnissen zwischen Fachkräften aus verschiedenen Hilfesystemen. „Kunstfehler“ in der Hilfe für Betroffene sind eine mögliche Folge:

- a) Pädagogen unterschätzen ihre fachlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten: Im Augenblick wahrgenommener Hilflosigkeit bitten Pädagogen um fachliche Unterstützung durch andere Berufsgruppen und Institutionen, obwohl sie aufgrund ihrer Ausbildung selbst zuständig und zur Handlung fähig wären.
- b) Pädagogen überschätzen ihre Möglichkeiten: Sie verzichten auf eine (rechtzeitige) indizierte Überweisung an andere Fachkräfte bzw. Hilfefelder.
- c) Berufsgruppen in anderen Hilfefeldern unterliegen mitunter dem Selbst(-miss-)verständnis, sie müssten vermeintliche „Erziehungsfehler“ von Pädagogen aufarbeiten. Sie neigen dann ggf. zur Entwertung der pädagogischen Arbeit oder gar zum Eingriff in erzieherische Arbeitsprozesse und Kompetenzen der pädagogischen Fachkräfte.
- d) Andere Berufsgruppen zeigen die Tendenz, ihre jeweiligen fachlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu überschätzen, und überweisen trotz Indikation nicht in den Jugendhilfekontext.

(Schlieckau, 2011, S. 7)

Unterscheidung von Ebenen der Zusammenarbeit

Kooperationsarbeit kann grob in zwei Ebenen unterschieden werden:

- ▶ Kooperation auf struktureller Ebene (Leitungsaufgabe): Die Leitung trifft die strategische Entscheidung, zu welchen Institutionen Kontakt aufgenommen bzw. vertieft werden soll. Sie führt oder delegiert konkrete Absprachen mit diesen Institutionen. Schriftliche Absprachen, u. a. zu gemeinsamen Prozessen, sind hilfreich.
- ▶ Kooperation auf operativer Ebene (Aufgabe der Fachkräfte): Fachkräfte setzen die abgesprochenen Maßnahmen auf praktischer Ebene um.

Umsetzung des Aufbaus und der Weiterentwicklung von Kooperationsbezügen

Auf Grundlage der Bestandserhebung (vgl. Kap. 6.4) und ggf. Diskussion mit Teilen der Mitarbeiterschaft legt die Leitung Ziele fest: Aus welchen Gründen sollen zu welchen Institutionen Kooperationsstrukturen (weiter-)entwickelt werden? Falls die Leitung diese Aufgabe nicht selbst übernimmt, muss sie eine Person bestimmen, die Verantwortung für die Umsetzung übernimmt, und ein entsprechendes Zeitkontingent zur Verfügung stellen. Je nach Umfang und Inhalt kann es sinnvoll sein, eine weitere Person „beizuordnen“. Es werden Strategien erarbeitet, wie und in welchem Zeitraum die Ziele erreicht werden sollen. Diesen Strategieplan arbeitet die Leitung bzw. beauftragte Person mit den jeweils Beteiligten ab. Je nach Umfang des Plans empfiehlt es sich, Zwischenziele mit jeweiligem Fazit einzubauen, um ggf. Anpassungen vornehmen zu können (vgl. dazu auch den Demingkreis „Planen – Erproben – Prüfen – Handeln“ in Kap. 6.4.3).

Erfolgsfaktoren für gelingende Kooperation

Der Aufbau und die Weiterentwicklung von Kooperationsbezügen stellen eine zeitliche und personelle Investition in die Qualitätssicherung der eigenen Arbeit dar. Leitungen sollten die Entscheidung für diese Investition im Hinblick auf Ressourcenplanung und inhaltliche Schwerpunkte bewusst treffen. Folgende Faktoren tragen zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Institutionen bei:

- ▶ Grundwissen zu Strukturen sowie Aufgaben anderer Systeme und deren Angebote vor Ort
- ▶ Offenheit, Loyalität, Wertschätzung, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit
- ▶ Den Kooperationspartner nicht in seiner Autonomie angreifen, z. B. statt „Empfehlungen“ „Anregungen“ geben
- ▶ Konkrete gemeinsame Ziele und Strategien formulieren, eine „Win-win“-Situation herstellen sowie Entscheidungsprozesse transparent darstellen
- ▶ Verantwortliche Personen (mit Entscheidungsbefugnis) benennen und Fachkräfte sowie junge Menschen an Veränderungsprozessen frühzeitig beteiligen
- ▶ Absprachen treffen, z. B. wie Rückmeldungen über die Teilnahme junger Menschen an Suchthilfe-Angeboten erfolgen können (ohne Weitergabe schweigepflichtiger Inhalte von Gesprächen)
- ▶ Klarheit bei Zuständigkeiten, Strukturen, Kompetenzen, Möglichkeiten und Grenzen
- ▶ Begrifflichkeiten einheitlich verwenden, z. B. „Sucht“ und „riskanter Konsum“ nicht gleichbedeutend benutzen (generell besser „Abhängigkeit“ statt „Sucht“)
- ▶ Sich regionalen Arbeitskreisen anschließen (z. B. AG Prävention)
- ▶ Zeitliche und materielle Ressourcen für Kooperationsarbeit zur Verfügung stellen

Wie können erzieherische Hilfen und Suchthilfe/ Suchtprävention voneinander profitieren?

Leitungs- und Fachkräfte der jeweiligen Institutionen können sich fachlich-inhaltlich, gesellschaftspolitisch und ressourcensparend gegenseitig nützen. Dazu folgende Beispiele:

- ▶ Interdisziplinäre Zusammenarbeit erweitert den Horizont durch Kennenlernen von Theorien und Vorgehensweisen des jeweils anderen Hilfesystems.
- ▶ Erweitertes Fallverstehen und gegenseitige Unterstützung, besonders bei herausfordernden jungen Menschen bzw. Familien, erhöhen die Qualität der Arbeit und entlasten Fachkräfte. Dies kann z. B. durch regelmäßige Fallbesprechungen geschehen, bei denen beide Seiten komplexe „Fälle“ anonymisiert einbringen können.
- ▶ Angebote, die eine Institution aufgrund knapper Ressourcen allein nicht realisieren kann, können als gemeinsames Angebot eher ermöglicht werden (vgl. Kap. 6.3, Indikationsgruppen).
- ▶ Sie können als Partner in der sozialen Landschaft der Kommunen gemeinsam auftreten. Ihre Stimmen sind gemeinsam deutlicher als allein.

Die **erzieherischen Hilfen können** von der Suchthilfe und Suchtprävention wie folgt **profitieren**:

- ▶ Bei riskantem Konsum junger Menschen: Beratungsstellen bieten Einzel- oder Gruppenangebote zur Reflexion des Konsumverhaltens an. Diese Angebote können junge Menschen und ihre Bezugspersonen freiwillig nutzen, jedoch auch als Auflage aufgrund eines Regelverstößes in der Einrichtung.
- ▶ Bei Abhängigkeit junger Menschen: Manche Beratungsstellen verfügen über das Angebot ambulanter Suchttherapie. Zum Kerngeschäft von Beratungsstellen gehört es, in stationäre Behandlungsangebote zu vermitteln, also in Krankenhäuser zur Entzugsbehandlung und/oder medizinischen Rehabilitation. Die Fachkräfte übernehmen auch die Vorbereitung der Anträge auf Kostenübernahme. Gemeinsam mit dem jungen Menschen und/oder im Rahmen von Fallbesprechungen können Fachkräfte der Suchthilfe behilflich sein, die spezifischen Chancen, aber auch Risiken unterschiedlicher Angebote individuell abzuwägen.
- ▶ Beratung zur Auswahl und ggf. gemeinsame Umsetzung von Maßnahmen zur Suchtprävention mit der Dauer zwischen zwei Stunden und Projekten aus mehreren Modulen.
- ▶ Ausleihe von Materialien zur Suchtprävention.
- ▶ Fortbildungsangebote für Fachkräfte, z. B. MOVE (vgl. Kap. 6.2.4).

Zur Beschreibung der Angebote der Suchthilfe/-prävention siehe auch Kap. 5.1.

Die **Suchthilfe und Suchtprävention kann** vom Wissen und der praktischen Umsetzung der erzieherischen Hilfen in nachfolgenden Themengebieten **profitieren**:

- ▶ Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen
- ▶ Pädagogische Interventionen
- ▶ Deeskalationsstrategien
- ▶ Vermittlung zwischen Eltern und ihren Kindern mit komplexer Beziehungsstörung
- ▶ Regionale Beschäftigungs- und Hilfelandschaft für Kinder und Jugendliche

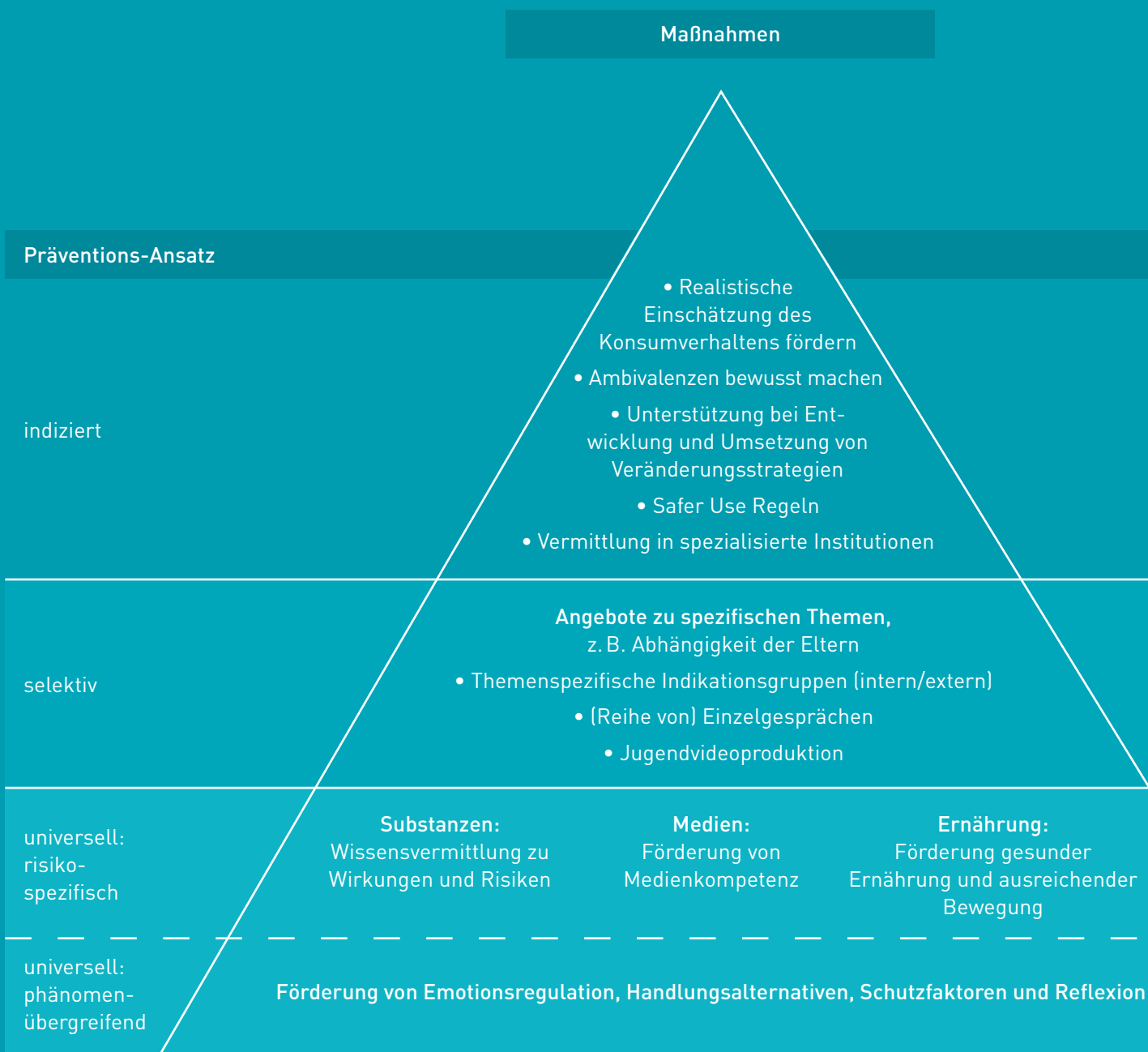
Im Kapitel 7.6 sind Beispiele für Studien und Arbeitshilfen zum Thema „Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe/Suchtprävention“ aufgelistet.

6.3 Verhaltenspräventive Maßnahmen

Das vorangegangene Kapitel hat Vorschläge für Verhältnisprävention gemacht, das heißt für strukturelle Maßnahmen. Nun geht es um Verhaltensprävention, also um Maßnahmen, die direkt das Verhalten von Kindern und Jugendlichen gesundheitlich positiv beeinflussen.

Kapitel 1.3.1 hat theoretisch darüber informiert, welche Ebenen der Prävention für welche Zielgruppen angewandt werden. Diese Ebenen – universelle, selektive und indizierte Prävention mit ihren unterschiedlichen Zielgruppen – werden an dieser Stelle wieder aufgegriffen.

Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick, wie dieses Kapitel zu verhaltenspräventiven Maßnahmen aufgebaut ist:



Zielgruppen

individuell
Auffällige
(kurz- oder
längerfristig)

Risikogruppen

ALLE

Aufbau Kapitel 6.3

Zum Verständnis der Zielgruppen ist es wichtig, hervorzuheben, dass die Zielgruppe der indizierten Prävention auch Zielgruppe von Maßnahmen der selektiven und universellen Prävention ist.

Das nachfolgende Kapitel gibt Tipps, wie Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention praktisch umgesetzt werden können. Besonders im Hinblick auf die Nennung unterschiedlicher Ansätze und Projekte erheben die Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sollen vielmehr beispielhaft als Anregungen dienen, für die spezifische Art der eigenen Einrichtung, die Persönlichkeit der Fachkräfte und nicht zuletzt der Bewohnerinnen geeignete Maßnahmen umzusetzen.

Ergänzend zu diesem Kapitel findet sich in den Arbeitshilfen ein kurzer Überblick, was bei welchem Konsummuster pädagogisch zu tun sein kann (vgl. Kap. 7.1.2). Ebenso sind in Kapitel 6.5 praktische Beispiele für schwierige Situationen und mögliche Interventionen dargestellt.

6.3.1 Förderung der Persönlichkeitsentwicklung für alle (universelle Prävention)

Zielgruppe:

- ▶ Alle Kinder und Jugendlichen.

Ziele:

- ▶ Fachkräfte fördern emotionale und soziale Kompetenzen junger Menschen. Sie entwickeln mit ihnen Ziele und Perspektiven, wofür sich Anstrengungen lohnen.
- ▶ Fachkräfte fördern Medienkompetenz, ausreichende Bewegung von rund 90 Minuten täglich sowie eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen.
- ▶ Fachkräfte entwickeln gemeinsam mit jungen Menschen Handlungsalternativen zum Konsum, bieten diese attraktiv an und fördern deren Nutzung.
- ▶ Fachkräfte interessieren sich für die Mittel, die junge Menschen in ihrer Gruppe zur Selbstregulation einsetzen.
- ▶ Fachkräfte vermitteln interaktiv Wissen bezüglich Rauschmitteln und Verhaltensrisiken. Sie regen junge Menschen zu Reflexion und kritischem Denken an.
- ▶ Fachkräfte verhindern oder verzögern bei jungen Menschen den Einstieg in Rauschmittelkonsum und Verhaltensrisiken.

Mögliche Inhalte oder Methoden

Nachfolgende Inhalte beziehen sich a) übergreifend auf jedes Konsumverhalten und b) auf spezifisches Konsumverhalten.

a)

Konsumverhalten übergreifend

Universelle Prävention als Förderung von Lebenskompetenzen und Identitätsentwicklung junger Menschen ist ein umfassendes pädagogisches Ziel und damit in Heimen „Alltagsgeschäft“. Nachfolgende Maßnahmen sind aufgeführt, um auch ihre Bedeutung für die Suchtprävention darzustellen.

Förderung von Erfahrungen sicherer Bindung und von Schutzfaktoren

Eine tragfähige pädagogische Beziehung ist die Grundlage allen erzieherischen Handelns. Pädagogen bieten jungen Menschen eine verlässliche, wohlwollend-kritische, zugewandte Beziehung an, damit diese **Erfahrungen sicherer Bindung nachholen** können. In Bezug auf Maß und Geschwindigkeit dieses Beziehungsangebotes passen sie sich dem individuellen Bindungsverhalten der Kinder und Jugendlichen an.

Im Rahmen der Hilfeplanung werden sich junge Menschen (altersentsprechend) über persönliche **Schutz- und Risikofaktoren** bewusst. Es sind Strategien etabliert, wie mit der Unterstützung der Pädagoginnen Risikofaktoren gemildert und Ressourcen weiter gestärkt und eingesetzt werden.

Als wichtiger Schutzfaktor werden individuelle **Talente** der Bewohner gefördert bzw. im ersten Schritt aufgespürt (vgl. dazu auch nachfolgend „Handlungsalternativen fördern“). Fachkräfte lassen nicht locker, bevor zumindest ein Talent gefunden ist. Talente fördern das Selbstbewusstsein und bieten die Möglichkeit, diese Erfahrung (es lohnt sich, eine Sache auch mit Anstrengung zu verfolgen) auf andere Lebenssituationen wie Schule, Beziehungen usw. zu übertragen. Kleine Erfolge in allen Lebensbereichen werden wahrgenommen und positiv verstärkt. Scheitern wird in seiner realen Bedeutung eingeordnet, das heißt ohne Verharmlosung oder Überbewertung.

Förderung zentraler Kompetenzen: Affektdifferenzierung und konstruktive Emotionsregulation

Von zentraler Bedeutung bei der Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen ist die Fähigkeit, **Gefühle unterscheiden und benennen zu können (Affektdifferenzierung)**. In einem weiteren Schritt soll geübt werden, mit **Emotionen konstruktiv umzugehen (Emotionsregulation)**, vgl. Kap. 1.3.2). Fachkräfte können beispielsweise folgende Methoden dafür nutzen:

- ▶ Wenn Kinder oder Jugendliche Schwierigkeiten haben, Gefühle zu benennen, spielen Pädagoginnen zunächst das/die jeweils wahrgenommene/n Gefühl/e: „Auf mich wirkst du traurig/wütend/enttäuscht/unsicher. Magst du beschreiben, wie es dir geht?“ Die jungen Menschen können sich häufig erst darüber einen Zugang erschließen. In Einzel- oder Gruppengesprächen fragen sie gezielt nach Gefühlen: „Das hört sich für mich nach einem ganz schönen Gefühlschaos an – was hast du alles gespürt?“, „Was denkst du, wie sich dein Gegenüber in dieser Situation gefühlt hat?“, „Wow, das hast du geschafft – bist du stolz auf dich?“
- ▶ Man kann Bücher und Gefühlskarten als Unterstützung einsetzen, z. B. „Der Gefühls- und Bedürfnisnavigator“ (Fritsch, 2010) oder „Methodenhandbuch zur Thematisierung von Gefühlen. 14 Gefühlskarten für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen“ (Pflug, 2014).
- ▶ Pädagogen können das gesamte Programm oder einzelne der neun Bausteine aus „1 x 1 der Gefühle“ umsetzen (Sit, 2008). Oberthemen: Selbstwertgefühl, Soziales Lernen und Umgang mit Gefühlen bei Kindern im Grundschulalter. Themen der einzelnen Bausteine wie z. B. Empathie, Abbau von Stress oder Konfliktlösungsbereitschaft werden mit spielerischen Methoden umgesetzt (Gefühlswürfel ausschneiden und zusammenkleben). Kostenloser Download unter <http://files.schulbuchzentrum-online.de>
- ▶ Ein evaluiertes Präventionsprogramm für ältere Kinder der Grundschule bzw. anderer pädagogischer Einrichtungen bietet das „Verhaltens-training in der Grundschule: Ein Programm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen“ (Petermann et al., 2013).

- ▶ Das Fachbuch von Holtmann, Legenbauer und Grasmann (i. Vorber.) bietet vielfältige Informationen und Materialien zur Diagnostik und multimodalen Therapie bei „Störungen der Affektregulation“.

Die Kenntnis darüber, welche Gefühle zum Konsum führen, ist eine wichtige Voraussetzung, um wirksame persönliche Handlungsalternativen zum Konsum zu finden.

Förderung von Handlungsalternativen

Um Handlungsalternativen zum Konsum fördern zu können, braucht es zunächst einen Überblick, welche Beschäftigungsmöglichkeiten im eigenen Haus und vor Ort existieren, ob diese kostenlos sind bzw. wie viel diese kosten. Diese Recherche kann auch die gesamte Gruppe als Gemeinschaftsaktion durchführen. An einer Pinnwand werden zunächst Überschriften zu „produzierenden Tätigkeiten“ gesammelt, ggf. noch weiter unterteilt und dann mit konkreten regionalen Angeboten verknüpft.

- ▶ Sport
 - Handball dienstags 17 Uhr beim TV Unsere-stadt, Jonglieren donnerstags bei der jungen VHS, Hip-Hop-Tanzen, Skateboard
- ▶ Musik
 - Instrument lernen, in einer Band spielen, alleine oder im Chor singen
- ▶ Kunst
 - Skulpturen bauen, zeichnen/malen
- ▶ Entspannung
 - Yoga, Badewanne, Gemüse anbauen
- ▶ Engagement für eine gute Sache
 - Sich einer Amnesty-/Tier-/Umweltschutz-Gruppe anschließen, sich regelmäßig um ein Tier im Tierheim kümmern
- ▶ Kreativität
 - Theatergruppe, Kurzgeschichten schreiben

„Anbieter“ sind z. B. Vereine, VHS, Jugendfreizeithäuser oder „man selbst“. Gegebenenfalls ist im Vorfeld zu klären, inwieweit Geld für Teilnahmegebühren zur Verfügung steht.

Konzeptionell kann verankert werden, Begleitete zu motivieren oder auch zu verpflichten, mindestens einmal pro Woche einer „produzierenden“ Tätigkeit nachzugehen. Solch eine Verpflichtung kann als Brücke dringend erforderlich sein: „Kein Bock“ ist ein häufiges Argument in der Pubertät, und Jugendliche, selbst wenn sie Lust hätten, wollen von den anderen nicht als „uncool“ gesehen werden.

Förderung von Reflexion

Wenn Fachkräften **ausweichendes** Verhalten bei Kindern oder Jugendlichen auffällt, **sprechen** sie diese Beobachtung **vorwurfsfrei** gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen an. Ziel ist, dass junge Menschen spüren, in welchen Situationen sie sich so verhalten, und sich dann möglichst bewusst für eine Handlungsoption entscheiden können, beispielsweise die Entscheidung für a) den Versuch, den Ärger mit Schokolade herunterzuschlucken, oder b) den Versuch, einen konstruktiven Streit zu beginnen, um den Ärger loszuwerden.

Um Konsum- bzw. Selbstregulations-Themen in **Alltagsgespräche** aufzunehmen, können Betreuerinnen kurze Diskussionen im Einzelgespräch und innerhalb der Gruppe anstoßen, z. B. beim Abendessen:

- ▶ Was macht einen Menschen für euch attraktiv? Welche Bedeutung haben dabei einerseits äußere Merkmale und andererseits Persönlichkeit bzw. Verhalten?
- ▶ Wer hat welche Strategien, um mit Wut umzugehen?
- ▶ Was haltet ihr von Doping im Sport?
- ▶ Welche Strategien wendet die Werbeindustrie an, um gezielt Mädchen /junge Frauen und Jungen /junge Männer für ihre Produkte zu gewinnen (vor allem Alkohol, Tabak, Fast Food)?
- ▶ Angenommen, ihr macht euch Sorgen aufgrund des Cannabiskonsums einer Schulfreundin /eines Mitbewohners unserer Gruppe: Was würdet ihr tun?
- ▶ Wie verändern sich Menschen, die ihr kennt, wenn sie betrunken werden?
- ▶ Gedankenexperiment: Stellt euch vor, ihr wärt Eltern eines 13-jährigen Sohnes: Warum würdet ihr (nicht) erlauben, dass er in seinem Zimmer einen eigenen Fernseher oder eine PlayStation hat?

Ausführlicher als „Alltagsgespräche“ sind beispielsweise **Themennachmittage**. Betreuerinnen oder Bewohner bereiten reihum ein Thema vor, das sie interessiert. Sie geben eine kurze Einführung, dann wird eine Diskussion dazu eröffnet. Alternativ kann die Gruppe Expertinnen einladen, z. B. von pro familia, der Drogen-/Suchtberatung oder der Fachstelle für Suchtvorbeugung.



Präventions-Projekte

Unterschiedliche Datenbanken im Internet bewerten Programme hinsichtlich ihrer Qualität. Es lässt sich nach spezifischen Schlagworten suchen.

- ▶ Grüne Liste Prävention: www.gruene-liste-praevention.de
- ▶ Fachportal der Suchtvorbeugung: www.prevnet.de
- ▶ Datenbank „EDDRA“ mit Ansätzen aus den Bereichen Prävention und Behandlung aus ganz Europa: www.emcdda.europa.eu

Grundsätzlich ist es möglich, dass bestimmte Programme (für eine bestimmte Zielgruppe) nicht nur unwirksam sind, sondern sogar schaden können (Bühler, Thruß, 2013, S. 86). Bevor also bestimmte Projekte installiert werden, sollten Leitungen bzw. Fachkräfte deren Konzepte mit den Qualitätskriterien guter Gesundheitsförderung und Prävention abgleichen (vgl. Kap. 1.3.1).

b)

Konsumverhalten-spezifisch

Um spezifisch auf ein bestimmtes Konsumverhalten zugeschnittene Projekte durchzuführen, empfiehlt sich für Leitungen und Fachkräfte zunächst ein (über-)regionaler Blick in die „Präventions-Landschaft“. Das eröffnet die Möglichkeit, Konzepte oder Projekte ggf. in Kooperation durchführen zu können. Die regionalen Fachstellen für Suchtprävention oder Familienberatungsstellen sind als erste Anlaufstelle gute Adressen dafür.

Substanzen

Fachkräfte vermitteln (möglichst interaktiv) **Wissen zu unterschiedlichen Substanzen**. Bei der Themenauswahl orientieren sie sich an dem, was Kinder und Jugendliche wissen möchten, was in deren sozialem Umfeld konsumiert wird bzw. wurde, und am durchschnittlichen Einstiegsalter der jeweiligen Substanz. Viele Beratungsstellen oder Fachstellen für Suchtvorbeugung bieten dabei Unterstützung an.

Konzeptionell können Strategien überlegt werden, die bei Kindern und Jugendlichen die Freiheit von Alkohol, Tabak und/oder anderen Substanzen gezielt fördern und belohnen.

In der Suchtprävention und der Jugendhilfe ist Klettern eine gängige und erfolgreiche Methode, um **Risikokompetenz** zu fördern. Eine erfahrene Klettertrainerin leitet eine Gruppe junger Menschen an, wie Sicherungsgeräte technisch zu benutzen sind und wie die Person, die klettert, von einer anderen gesichert wird. Nach der Aktion folgt die Reflexion. Die Teilnehmenden werden sich klar darüber, welcher Risikotyp sie sind, worauf sie (nicht) geachtet haben, wie das Zusammenspiel zwischen kletternder und sichernder Person geklappt hat und wie diese Erfahrungen in den Alltag zu übertragen sind.

Der Ansatz „Risiflecting®“ setzt sich theoretisch und praktisch mit der Förderung von Risikokompetenz auseinander. Fachkräfte können sich auch zum Trainer ausbilden lassen (www.risiflecting.at).

Medien

Im Rahmen der universellen Verhaltensprävention fördern Fachkräfte die Medienkompetenz junger Menschen. Um Konzept und Handlungsoptionen zur Förderung der Medienkompetenz in unterschiedlichen Altersstufen zu entwickeln, können sich Leitungen oder Fachkräfte zunächst erkundigen, ob vor Ort eine entsprechende Institution darauf spezialisiert ist.

Im „Medienkompetenzbericht“ der Landesmedienanstalten (Die Medienanstalten, 2016) sind ein fachlich-inhaltlicher Überblick zum Thema und auch praktische Ansätze, Projekte und (interaktive) Webseiten der Landesmedienanstalten in Deutschland abgebildet. Der Bericht steht als freier Download zur Verfügung.

Die Landesanstalt für Medien Nordrhein-Westfalen bietet umfangreiche Materialien zum kostenlosen Download an. Diese sind beispielsweise in folgenden Kategorien gelistet:

- ▶ Zielgruppe, u. a. Kinder, Jugendliche, Erzieherinnen
- ▶ Art des Mediums, u. a. Handy, Internet, Fernsehen
- ▶ Nutzungskontext, u. a. Kindertagesstätte, außerschulische Jugendarbeit, fremdsprachiges Material
- ▶ Themenfelder, u. a. Cybermobbing, exzessive Nutzung

<http://lfmpublikationen.lfm-nrw.de>

Die EU-Initiative für mehr Sicherheit im Netz „www.Klicksafe.de“ bietet ebenfalls Informationen und Materialien an:

- ▶ Geschütztes Surfen für junge Menschen
- ▶ Umgang mit Cybermobbing
- ▶ Hinweise für Eltern und andere Bezugspersonen

www.klicksafe.de

Ernährung und Bewegung

Fachkräfte vermitteln jungen Menschen im Alltag Wissen über gesunde Ernährung. Dabei bietet sich die naheliegende Gelegenheit, Bewohner in die Essenszubereitung einzubeziehen. Gemeinsames Essen am Tisch fördert nicht nur den Austausch, wie es wem am Tag ergangen ist, sondern zugleich auch den bewussten Umgang mit Ernährung. Das setzt jedoch voraus, dass beim Essen nicht gleichzeitig der Fernseher läuft oder das Handy benutzt wird.

In der Gruppe sollte der Konsum von stark koffein-, zucker- oder fetthaltigen Lebensmitteln problematisiert und ggf. begrenzt werden. Diäten gelten als bedeutsamer Risikofaktor zur Entwicklung einer Essstörung (vgl. Kapitel 2.3). Wenn junge Menschen also eine Diät machen (wollen), ist Fachkräften zu empfehlen, den Sinn, die Wirkung und die Risiken mit jungen Menschen kritisch zu reflektieren.

In einem Expertenkonsens zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Kindern und Jugendlichen gibt es u. a. folgende Empfehlungen: Junge Menschen sollen sich – als Dauer- oder Intervallbelastung – täglich mindestens 90 Minuten bewegen. Diese Bewegungszeit kann beispielsweise über

strukturierte und unstrukturierte Angebote der Einrichtung, einen aktiven Schulweg und Berücksichtigung von Neigungen sowie den Abbau möglicher Barrieren erreicht werden (Graf et al., 2013, S. 8).

Projekte zum Thema „Bewegung und Ernährung“ können mit Unterstützung folgender kostenfreier Informationen ggf. auch in „Eigenregie“ von Fachkräften umgesetzt werden:

- ▶ Hintergrundwissen und einen Überblick zu Projekten liefert der Artikel „Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland“ (Jordan, 2011)
- ▶ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat ein Handbuch mit Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit herausgegeben, um Essstörungen wirkungsvoll vorzubeugen (BZgA, 2013)
- ▶ Das Institut für psychosoziale Medizin und Psychotherapie im Universitätsklinikum Jena hat vier Projekte mit verschiedenen Zielen und Zielgruppen zur Vorbeugung von Essstörungen entwickelt. Einige Manuals wie z. B. „PriMa“ oder „Torera“ stehen als freier Download zur Verfügung
- ▶ Die S2-Leitlinie „Prävention und Behandlung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ hält umfangreiche Informationen zum Thema vor, darunter auch in einem Kapitel, das sich der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen widmet (Wabitsch, Kunze, 2014)

6.3.2 Maßnahmen für Risikogruppen (selektive Prävention)

Zielgruppe: Risikogruppen

- ▶ Kinder und Jugendliche, deren Eltern Schwierigkeiten in der Emotionsregulation bzw. stark auffälliges (Konsum-)Verhalten zeigen oder gezeigt haben, z. B. abhängig, psychisch erkrankt, adipös, gewalttätig sind
- ▶ Kinder und Jugendliche, die Tendenzen zu oben genannten Auffälligkeiten zeigen

Ziele:

Wie universelle Prävention, zudem:

- ▶ Fachkräfte motivieren die o. g. Zielgruppen, sich mit dem spezifischen Verhalten bzw. der psychischen Erkrankung auseinanderzusetzen.
- ▶ Fachkräfte machen jungen Menschen Mechanismen bewusst und damit verstehbar, die hinter riskanten Verhaltensweisen stehen.
- ▶ Fachkräfte prüfen, wie Kinder die Erkrankung ihrer Eltern verarbeiten. Im Falle von Schuldgefühlen oder Verantwortungsübernahme entlasten sie die betreffenden jungen Menschen davon.
- ▶ Fachkräfte fördern – bezogen auf das spezifische Konsumverhalten – vielfältige Möglichkeiten der Selbstregulation, so dass sich junge Menschen auch ausweichend verhalten, jedoch nicht dauerhaft darauf angewiesen sind (Vorbeugung von Abhängigkeit).

Maßnahmen:

Die genannten Ziele können im Rahmen von Gruppen- oder Einzelgesprächen wie auch über kreative Projektarbeit erreicht werden. Dem Kind oder dem Jugendlichen werden die Erkrankung und deren Auswirkung auf die Familie interaktiv erklärt. Diese Erklärungen gleichen die Teilnehmenden mit eigenen Erfahrungen ab. Ziele sind, mögliche Loyalitätskonflikte aufzulösen und den jungen Menschen im konstruktiven Umgang mit seinen Eltern zu unterstützen. Das Risiko generationsübergreifender Erkrankungen bzw. ausweichenden Verhaltens wird gesenkt.

Themenspezifische Indikationsgruppen

Indikationsgruppen zu einem bestimmten Thema bieten den Vorteil, dass sich Gleich-Betroffene altersentsprechend über ihre Erfahrungen austauschen können. Indikationsgruppen finden in der Regel in einem geschlossenen Kreis von Teilnehmenden statt und sind meist auf eine bestimmte Zahl von Terminen begrenzt, z. B. zehn Treffen à 90 Minuten. Um den Austausch der Teilnehmenden zu fördern, nutzt die Gruppenleitung am besten interaktive Übungen. Junge Menschen spüren in einem solchen Kreis – mitunter erstmals –, dass sie mit ihren Erfahrungen und Gefühlen nicht allein sind und kein Grund für Schuld und Scham besteht.

Themengruppen wie „psychisch bzw. abhängigkeitskranke Eltern“ oder „gesunde Ernährung“ sind idealerweise gender- und kultursensibel ausgerichtet. Voraussetzung zur Leitung solcher Gruppen sind einerseits Kenntnisse der Gruppenarbeit, andererseits Kenntnisse zum spezifischen Thema. Es wird empfohlen, sich bei der Durchführung auf ein bereits erprobtes und manualisiertes Konzept zu stützen. Zur Durchführung einiger

Angebote werden auch Fortbildungen angeboten, wie z. B. zum Projekt „Trampolin“ für Kinder abhängiger Eltern.

Die Einrichtung von Indikationsgruppen erfordert zeitliche Ressourcen. Um Bewohnerinnen die Teilnahme an einer themenspezifischen Gruppe zu ermöglichen, können Einrichtungsleitungen wie folgt vorgehen:

- ▶ Fachkräfte recherchieren, ob bzw. welche Gruppenangebote in der Region bereits vorhanden werden, z. B. von Erziehungs- oder Familienberatungsstellen oder Fachstellen für Suchtvorbeugung. Wenn vorhanden, vermitteln sie den Kindern oder Jugendlichen diese Angebote.
- ▶ Der eigene Träger installiert Gruppen zu ausgewählten Themen wohngruppenübergreifend.
- ▶ Der Träger macht anderen Institutionen das Angebot, die Gruppe als Tandem umzusetzen und Zielgruppen trägerübergreifend anzusprechen. Dieses Vorgehen hätte den Vorteil, durch unterschiedliche Kompetenzen voneinander zu lernen und neue Kooperationen zu etablieren.

(Mehrere) Einzelgespräche

Es besteht natürlich auch die Möglichkeit von Einzelgesprächen. Der Bezugsbetreuer kann dabei das spezifische Thema über eine bestimmte Zeitphase bearbeiten oder häufiger ansprechen. Dabei können Geschichten in Büchern die Brücke zu eigenen Erfahrungen schlagen. Beispiele für empfehlenswerte Literatur für Kinder:

- ▶ Broschüre „Mia, Mats und Moritz“ für Kinder abhängiger Eltern (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2015). Das Heft ist kostenlos zu bestellen oder als Download erhältlich. Fachkräfte können zur Vorbereitung das ebenfalls kostenlose Handbuch zur Broschüre bestellen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2016).
- ▶ Die Evangelische Beratungsstelle Würzburg stellt im Internet eine umfangreiche Literaturübersicht für Kinder psychisch erkrankter Eltern zur Verfügung. Ein Beispiel daraus ist das „Kinderfachbuch mit Ratgeberteil für Erwachsene – Sonnige Traurigtage“ (Homeier, 2014).

Spezialisierte Psychotherapie

Auf der Homepage der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung kann man in der eigenen Region nach Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten mit spezifischen Behandlungsschwerpunkten bzw. Zielgruppen suchen, darunter auch „Kinder von Alkoholikern“.

www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de
mit dem Pfad: Patienten / Psychotherapeutensuche / erweiterte Suche / behandelte Gruppen

Jugendvideoproduktionen

Neben Büchern bzw. Broschüren sind auch Filme geeignet, um die Auseinandersetzung mit bestimmten Themen anzuregen. Unter www.medienprojekt-wuppertal.de steht ein umfangreiches Angebot von Jugendvideoproduktionen bereit, z. B. zu den Themen Neue Medien, Körperbewusstsein, Drogen und Sucht, Rassismus oder Gewalt. Diese Filme von und für junge Menschen können Fachkräfte nutzen, um die Reflexion von Kindern und Jugendlichen zu einem bestimmten Thema anzuregen und (gemeinsam) zu diskutieren.

Die Einrichtung macht ein besonderes Angebot an junge Menschen, wenn diese sich mit Unterstützung von medienpädagogischen Profis mit einem bestimmten Thema auseinandersetzen und einen eigenen Film drehen können.

6.3.3 Maßnahmen für auffällig gewordene junge Menschen (indizierte Prävention)

Zielgruppe:

- ▶ Kinder und Jugendliche, die (wiederholt) durch Regelverstöße in der Einrichtung auffällig werden

Ziele:

Wie universelle und selektive Prävention, zudem:

- ▶ Fachkräfte erkennen so früh wie möglich, wenn Kinder bzw. Jugendliche zu riskanten Konsumformen übergehen.
- ▶ Fachkräfte intervenieren abgestuft entsprechend Ausmaß und Dauer der Auffälligkeit.
- ▶ Durch frühe Intervention bleiben konsumbezogene Schäden aus oder werden reduziert.
- ▶ Einer Abhängigkeitsentwicklung wird u. a. durch folgende Strategien vorgebeugt:
 - Sowohl Fachkräfte als auch der betreffende junge Mensch haben verstanden, was die erwünschten (und unerwünschten) Wirkungen des Konsumverhaltens sind.
 - Fachkräfte fördern bei jungen Menschen die Selbsteinschätzung zum eigenen Konsumverhalten (Dosis und Häufigkeit im Vergleich zur gleichaltrigen Durchschnittsbevölkerung; individuelle Funktion des Konsums und Risikobewertung auf den unterschiedlichen Ebenen).
 - Fachkräfte fördern die Risikokompetenz im Umgang mit Substanzen bzw. riskanten Verhaltensweisen.
 - Fachkräfte achten auf die Einhaltung einrichtungsspezifischer Konsumregeln.
 - Wenn es einer Bewohnerin aktuell nicht gelingt, sich daran zu halten, werden individuelle Absprachen getroffen (z. B. Regeln zum risikomindernden Gebrauch) und Strategien entwickelt, wie und in welchem Zeitraum die Betreffende zu den allgemeingültigen Hausregeln (zurück-)finden kann.
 - Fachkräfte erarbeiten mit jungen Menschen eine Zukunftsperspektive, für die sich die Anstrengung, das Konsumverhalten zu ändern, lohnt.
 - Fachkräfte kennen (in Grundzügen) die Haltungen und Ansätze des Motivational Interviewing (vgl. Kap. 7.2) und setzen diese in Gesprächen mit jungen Menschen zur Veränderung des riskanten Verhaltens um, beispielsweise indem sich der junge Mensch Ambivalenzen bewusst macht.

Maßnahmen:

Verhaltensänderungen bei riskantem (Konsum-) Verhalten gehen in aller Regel mit Ambivalenz einher (vgl. Kap. 7.2 zu Motivational Interviewing und „Ambivalenzenwaage“ in Kap. 7.4.4). Fachkräfte unterstützen junge Menschen altersentsprechend dabei, diese Kosten-Nutzen-Analyse vorzunehmen. Unter Wahrung der größtmöglichen Autonomie des jungen Menschen motivieren Fachkräfte zu Verhaltensänderung. Dies geschieht einerseits über „Gewichtserhöhung“ in der Waagschale der Kosten (Interventionen bei Regelverstoß) und andererseits über die Stärkung von Ressourcen.

Idealerweise legen junge Menschen – in Absprache mit der Betreuungsperson – das Ziel zum Umgang mit den betreffenden Konsummitteln selbst fest (vgl. Kap. 6.2.2). Dann folgen gemeinsame Überlegungen zu Strategien, wie dieses erreicht werden kann. In aller Regel verläuft dieser Prozess nicht geradlinig, sondern über einen längeren Zeitraum in unterschiedlichen Phasen. Oft müssen junge Menschen unterschiedliche Strategien erproben, um die für sie passende zu finden. Für Fachkräfte bedeutet dies, das Konsumthema und dessen Hintergründe immer wieder anzusprechen und in einer optimistischen Haltung zu Verhaltensänderung zu motivieren. Fachkräfte befinden sich in diesem Prozess manchmal auch in einem Spannungsfeld: riskantes Konsumverhalten wahrnehmen und intervenieren, jedoch nicht im Sinne einer Sanktionsspirale. Wenn also beispielsweise offenkundig ist, dass ein Jugendlicher Cannabisprobleme hat, macht es keinen Sinn, jedes Mal zu intervenieren, wenn er konsumiert hat (außer ggf. den Hinweis zu geben: „So wie ich dich wahrnehme, bist du heute nicht nüchtern nach Hause gekommen.“).

Interventionen können Angebote oder Auflagen nach Regelverstößen sein und sollten abgestuft erfolgen. Sie sollen sich auf das Konsumverhalten beziehen. Sie können als (ggf. zuvor vereinbarte bzw. ausgesprochene) Konsequenz bei Regelverstoß fungieren. Vor allem sollen sie jedoch Strategien darstellen, wie Kinder und Jugendliche verantwortungsbewusst/er mit Rauschmitteln und Verhaltensweisen umgehen können.

Beispiele für Interventionen bzw. Strategien zur Veränderung des Konsumverhaltens

- ▶ Die Fachkraft spricht das aus ihrer Sicht auffällige Verhalten an, z. B.: „In letzter Zeit habe ich den Eindruck, dass du deutlich mehr Süßigkeiten isst. Wie nimmst du das wahr?“
- ▶ Die Erzieherin steigt mit dem betreffenden Jugendlichen in ein Gespräch ein, indem sie die erwünschten bzw. angenehmen Wirkungen des Rausch- und/oder Konsummittels erfragt. Erst im späteren Verlauf des Gesprächs oder in einem der nachfolgenden kommt sie auf die Risiken zu sprechen.
- ▶ Die Jugendliche schreibt zur Substanz, zum Medienkonsum oder zu Essattacken einen „Beipackzettel“: Unter den drei Überschriften „erwünschte Wirkungen“, „unerwünschte Nebenwirkungen“, „Risiken bei Dauerkonsum“ notiert die Jugendliche Stichwörter. Als Quellen dienen eigene Erfahrungen und auch Infobroschüren oder Internetseiten:
 - Substanzen: www.partypack.de, www.drugcom.de oder www.dhs.de
 - Medienkonsum: www.ins-netz-gehen.de
 - Ernährung: www.feel-ok.ch

Zur Reflexion – gemeinsam mit der Bezugsperson – verteilt die Jugendliche zehn Klebepunkte bei den einzelnen Stichworten: „Welche dieser Aspekte wiegen für dich bei einer Entscheidung, wie du weiterhin mit Verhaltensweise bzw. Substanz XY umgehen willst, am schwersten?“

- ▶ Die Übung „Konsumdiagramm“ (Kap. 7.4.2) ist gut geeignet, um bei jungen Menschen ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie sich ihr Konsumverhalten seit dem Einstieg entwickelt hat und in welchem Zusammenhang diese Entwicklung mit bestimmten Lebensereignissen steht.
- ▶ Junge Menschen lesen Bücher zum eigenen Konsumthema oder einzelne Kapitel daraus. Folgende Sachbücher sind Beispiele aus einer Fülle von Angeboten:
 - Jörg Böckem und Henrik Jungaberle: High Sein. Ein Aufklärungsbuch, Rogner & Bernhard, 2015 (für Konsumeinsteiger weniger, aber für riskant Konsumierende und Bezugspersonen besonders geeignet)
 - Simon Borowiak (11. Auflage 2015; Erstausgabe 2007): Alk. Fast ein medizinisches Sachbuch. Heyne Verlag

Wenn diese Intervention als Auflage aufgrund eines Regelverstößes erfolgt, kann die Aufgabe an den jungen Menschen lauten, für ihn wichtige Textpassagen zu markieren oder herauszuschreiben. Diese Stellen sollen mit der Betreuungsperson besprochen werden.

- ▶ Jugendliche können einen Selbsttest zum Konsumverhalten im Internet ausfüllen. Im Nachgang können sich Bezugspersonen anbieten, über die Inhalte des Tests („Was haben die Fragen mit Abhängigkeitsentwicklung zu tun?“) und die Ergebnisse zu diskutieren. Beispiele für Selbsttest-Instrumente (Zugriffe: 18.10.2016):
 - Allgemein zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen, entwickelt vom Therapieladen e. V. Berlin: www.drogen-und-du.de
 - Ernährungsverhalten: EAT-26 (Eating-Attitudes Test)
 - Computerspiele/Internet: www.ins-netz-gehen.de/check-dich-selbst (ein Angebot der BZgA mit Auswertung und Tipps zum individuellen Konsumverhalten)

- ▶ Ein Konsumtagebuch hilft dabei, typische Gefühle und Situationen zu erkennen, die zum riskanten Konsum führen (s. „Carina“ in Kap. 6.5). Andere Muster sind im Internet zu finden.
- ▶ Mit jungen Menschen, die Substanzen konsumieren, sollten schadensmindernde Konsumregeln verhandelt und vereinbart werden („Safer Use Regeln“, s. Kap. 7.5). In regelmäßigen Gesprächen über den Rauschmittelkonsum können Fachkräfte und Betreute feststellen, wie die Einhaltung der Regeln funktioniert.
- ▶ Die „Ambivalenzenwaage“ von Miller und Rollnick ist eine Visualisierungs- und „Abwäge-Übung“, die auf einen Blick zeigt, was für und gegen eine Veränderung des Konsumverhaltens spricht. Auf dieser Grundlage können Entscheidungen bewusster gefällt werden (s. Kap. 7.4.4). Wenn Fachkräfte die Veränderungsmotivation des jungen Menschen als sehr gering einschätzen, sollte diese Übung zunächst zurückgestellt werden.
- ▶ Der junge Mensch sollte herausfinden, wozu der Konsum dient, z. B. zur Verdrängung traumatischer Erfahrungen und damit einhergehender Angst, um Langeweile zu bekämpfen oder das Selbstwertgefühl zu stärken. Solch eine Reflexion kann in einer Beratungsstelle erfolgen oder (abhängig von der Ausbildung) mit der Bezugsbetreuerin. Wenn die erwünschten Wirkungen klarer sind (z. B. Cannabiskonsum, um Aggressionen in Schach zu halten), kann gezielter nach Handlungsalternativen gesucht und diese ggf. auch als Auflage gemacht werden (z. B. an einem Anti-Gewalt-Training teilzunehmen, um konstruktiver mit Aggressionen umgehen zu können).
- ▶ Handlungsalternativen zum Konsum bzw. zu den erwünschten Wirkungen der Substanz bzw. Verhaltensweise zu finden, ist für riskant Konsumierende von zentraler Bedeutung. Fachkräfte sollten jungen Menschen behilflich sein, Alternativen zu finden, die zu ihnen passen. Wenn sich Jugendliche nicht aufraffen können, sollten diese Hinderungsgründe besprochen und nach Möglichkeit beseitigt werden. Im nächsten Schritt können Fachkräfte die Auflage erteilen, an x Tagen in der Woche einer „produzierenden Tätigkeit“ nachzugehen.
- ▶ Gerd Rakete hat einen Leitfaden für Einrichtungen der Jugendhilfe entwickelt: „Basics 2. Frühintervention bei Jugendlichen mit Substanzmissbrauch“. Dieser steht als kostenloser Download bereit und enthält auch eine Anleitung zur Durchführung eines Reflexionskurses. Begleitend stehen zudem zwei Manuals zum Thema „Rauchen“ und „Alkoholkonsum“ zur Verfügung. Es handelt sich hier um „Arbeitsmappen“, also Zusammenstellungen unterschiedlicher Übungen, die sowohl in der Gruppe als auch im Rahmen von Einzelgesprächen bzw. „Stillarbeit“ sehr zu empfehlen sind (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, 2014).
- ▶ Junge Menschen nehmen Angebote von Beratungsstellen wahr:
 - Einzelgespräche (Jugendlicher allein oder gemeinsam mit Betreuerin)
 - Viele Sucht-/Drogenberatungsstellen bieten kurzinterventive Gruppenangebote zur Reflexion des Konsumverhaltens an, wie z. B. FreD, HaLt, realize it! oder SKOLL

Die Schweigepflicht wird in Beratungsstellen zu Recht sehr hoch gehalten. Wenn junge Menschen also Beratungstermine allein wahrnehmen, erhalten Betreuerinnen keine Information über den Inhalt des Gesprächs. Um sicherzugehen, ob Jugendliche einer Auflage nachgekommen sind, kann der junge Mensch um eine schriftliche

Bestätigung bitten, dass er an diesem Tag ein Gespräch geführt hat.

- ▶ Junge Menschen mit Substanzproblemen können Online-Ausstiegsprogramme ausprobieren, z. B. für Cannabis „Quit the Shit“ auf www.drugcom.de
- ▶ In einigen Fällen kann eine ambulante Psychotherapie überhaupt erst die Grundlage dafür schaffen, dass junge Menschen mit geringeren bzw. ohne riskante Verhaltensweisen auskommen. Eine wirkungsvolle Therapie breitet unter Patienten „emotionale Sicherungsseile“ aus, die diese im Laufe der Zeit selbst installieren können. Eine Therapie bedeutet in vielen Fällen auch Anstrengung, ebenso können Ängste davor bestehen. Fachkräften kommt die Aufgabe zu, „pro“ und „contra“ mit jungen Menschen abzuwägen und sie ggf. für therapeutische Arbeit zu motivieren.
- ▶ Kontrollen, das heißt das Eindringen in die Privatsphäre junger Menschen, sind in ihrer potenziellen Wirkung immer abzuwägen. Einigen Jugendlichen hilft es, statt ausschließlich Selbstkontrolle aufbringen zu müssen, (zunächst) äußere Kontrolle zu spüren. Unangemeldete Urinkontrollen¹² und/oder unangemeldete Kontrollen von Zimmern und Taschen können solch einen Halt von außen darstellen. Bei anderen Jugendlichen wirken Kontrollen destruktiv auf die Beziehung mit der Fachkraft.

- ▶ Ein qualifizierter Entzug in einer (Kinder-/Jugend-)Psychiatrie, der zwischen zwei und drei Wochen dauert, kann riskant Konsumierenden eine Auszeit verschaffen und einen Auftakt bieten, anders mit Substanzen umzugehen. Das Rückfallrisiko ist jedoch sehr hoch, wenn nach dem Entzug in der Psychiatrie keine oder unzureichende Strategien greifen und der junge Mensch in seinen „alten Trott“ zurückkehrt. Daher sollten Fachkräfte mit dem jungen Menschen vor und ggf. während des Entzuges weiterführende Maßnahmen bzw. Strategien absprechen.
- ▶ Die allerletzte Konsequenz, z. B. bei Gefährdung anderer Gruppenmitglieder, stellt die Entlassung bzw. ein Wechsel in eine spezialisierte Einrichtung dar (vgl. Kap. 6.1.2).

Der (vorübergehende) Wechsel in eine andere Einrichtung bedeutet für den jungen Menschen meistens sowohl Chance als auch Risiko. Die Suchthilfe steht als Kooperationspartner zur Verfügung, um gemeinsam abzuwägen, welche ambulanten bzw. stationären Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt passgenau sind. Es ist zu empfehlen, diese Unterstützung frühzeitig in Anspruch zu nehmen, damit sich riskantes bzw. abhängiges Konsumverhalten nicht manifestiert.

12 Das DIJuF-Rechtsgutachten J 4.100 LS vom 11.5.2015 sieht Drogentests als Leistungsbestandteil von Hilfen zur Erziehung und entsprechend Jugendämter als Kostenträger, sowohl im Rahmen stationärer als auch ambulanter Hilfen. Allerdings ist vorher zu prüfen, ob andere Leistungsträger vorrangig zuständig sind (Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht, 2015, S. 247).

Spezifische Interventionen bei riskantem Ernährungsverhalten

Bei auffälligem Essverhalten sollte eine medizinische Diagnostik (auch auf möglicherweise begleitende Erkrankungen) erfolgen, um ggf. multiprofessionelle Maßnahmen zur Unterstützung des jungen Menschen zu installieren. Nachfolgend Hinweise auf weiterführende Informationsquellen:

Riskantes Ernährungsverhalten – übergreifende Hinweise

Fachkräfte können sich auf der Homepage „Kinderübergewicht“ der BZgA über unterschiedliche Fragestellungen informieren, z. B. wann eine Therapie sinnvoll ist. Zudem stehen unter der Rubrik „Fachkräfte“ umfangreiche Materialien zum Bestellen oder Download bereit, darunter der Leitfaden „Qualitätskriterien zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress“: www.bzga-kinderuebergewicht.de

Übergewicht und Essanfälle

- ▶ Eine konsensbasierte Leitlinie (S2) liefert Informationen zur „Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ und hält auch ein spezifisches Kapitel für Kinder mit Behinderungen vor (Wabitsch, Kunze, 2014).
- ▶ Zertifizierte ambulante sowie stationäre Therapieangebote für übergewichtige junge Menschen finden sich auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) unter nachfolgendem Link: www.aga.adipositas-gesellschaft.de
- ▶ Die Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ (DGPM et al., 2011) bescheinigt dem Selbsthilfeprogramm „Essattacken stoppen“ von Christopher Fairburn (2015) eine gute Wirksamkeit.

Untergewicht

Im Vergleich zu anderen Essstörungen besteht bei Anorexie die Besonderheit, dass durch das niedrige Körpergewicht akut bedrohliche medizinische Komplikationen auftreten können. Bei Untergewicht und dem Verdacht auf weitere Gewichtsabnahme sollte mit medizinischen oder therapeutischen Fachkräften und der betreffenden Jugendlichen besprochen werden, ab welchem Punkt das Gewicht von Seiten der Einrichtung regelmäßig kontrolliert wird. Bei Gewichtskontrollen ist ggf. darauf zu achten, dass die Betreffende zuvor nicht große Mengen Wasser trinkt, um das wahre Ergebnis zu verschleiern (DGPM, 2011). Ebenso sollten pädagogische Fachkräfte sich dafür interessieren, ob die Betreffende im Internet auf Seiten unterwegs ist, die Magersucht verherrlichen und Strategien zur weiteren Gewichtsabnahme verbreiten. Informationen zu diesen sogenannten „Pro-Ana“-Foren und -Websites bietet eine Broschüre des BMFSFJ (2011).

6.4 Umsetzung des Konzeptes

Dieses Kapitel bietet Hinweise, wie ein Konzept zur Konsumpädagogik implementiert werden kann. Zunächst wird ein Ablauf erster Schritte vorgeschlagen. Dann folgen Informationen, wie sich eine Bestandserhebung umsetzen lässt. Auf dieser Grundlage kann eine Priorisierung von Maßnahmen erfolgen. Vorschläge, wie das Konzept in die fortlaufende Qualitätsentwicklung der Einrichtung integriert werden kann, beschließen das Kapitel.

6.4.1 Erste Schritte zur strategischen Umsetzung

Die Leitung trägt bzw. delegiert die Verantwortung für die Konzeptentwicklung, Umsetzung sowie einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Rahmen des Qualitätsmanagements. Fachkräfte sind beauftragt und verantwortlich, das Konzept entsprechend umzusetzen.

1. Schritt: Grundsätzliche Entscheidungen treffen

Die Leitung entscheidet sich dafür, ggf. gemeinsam mit Fachbereichsleitungen, im Feld der Suchtprävention (verstärkt) aktiv zu sein. Dabei sind zunächst folgende Entscheidungen zu treffen:

- ▶ Wird die gesamte Einrichtung einbezogen oder einzelne Gruppen?
- ▶ Sollen sowohl die Ebenen der Prävention (verhältnis- und verhaltenspräventive Ansätze) als auch Konsumformen (Substanzen, Medien, Ernährung usw.) gleichzeitig oder nacheinander bearbeitet werden?

Empfehlung: Auf Grundlage der Bestandserhebung werden Maßnahmen priorisiert und nacheinander bearbeitet.

2. Schritt: Organisieren und motivieren

Es kann hilfreich sein, zu Beginn eine Fachberatung hinzuzuziehen. Sie kann unterstützen, den Prozess strukturieren und/oder auch moderieren (z. B. aus den Bereichen Organisationsberatung, Beratungsstelle oder Landesjugendamt).

Eine erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes hängt stark von einer überzeugten Mitarbeiterschaft ab. Eine wichtige Schaltstelle ist dabei auch der Personalrat oder die Mitarbeitervertretung, welche die Leitung frühzeitig einbinden sollte. Es lohnt sich also, in diese Phase zu investieren, um über Fachbereiche und Hierarchieebenen hinweg einen Schulterschluss zu erwirken.

Leitungskräfte sollten dabei an die gesamte Mitarbeiterschaft motivationsfördernde Botschaften senden und auch besonders diejenigen im Blick haben, die sich (offensichtlich) gesundheitsriskant verhalten (rauchen und/oder sehr übergewichtig sind). Botschaften können dabei in folgende Richtungen gehen:

- ▶ „Wir wissen, dass rauchende oder sehr übergewichtige Fachkräfte junge Menschen bei dem Thema ‚Konsumverhalten‘ ebenso gut unterstützen können wie rauchfreie oder normalgewichtige Fachkräfte. Es kommt dabei auf die Haltung und die Botschaft an, die sie an Betreute weitergeben.“
- ▶ „Wir würden uns zwar freuen, wenn Sie sich von Zigaretten unabhängig machen, aber das liegt ganz in Ihrer Entscheidung.“
- ▶ „Ob Sie selbst rauchen oder nicht: Wir brauchen Sie, um unser Ziel zu erreichen, dass mehr Kinder und Jugendliche in unserer Einrichtung gar nicht erst mit dem Rauchen anfangen.“

3. Schritt: Arbeitsgruppe einsetzen

Die (Gesamt-)Leitung setzt eine Arbeitsgruppe ein, die aus Vertretungen folgender Gruppen zusammengesetzt sein kann: Leitungskraft, Fachkraft, Bewohner, externe Fachberatung. Ein Mitglied der Arbeitsgruppe sollte den Vorsitz übernehmen und Ziele sowie Zeitschiene im Blick behalten.

Die Arbeitsgruppe erhält einen Auftrag und ein entsprechendes Zeitkontingent.

4. Schritt: Bestandserhebung konzipieren, durchführen und auswerten

Die Arbeitsgruppe einigt sich darauf, wie die Bestandserhebung konzipiert wird (ggf. nach Rücksprache mit der Leitung):

- ▶ Inhaltliche Schwerpunkte
- ▶ Zielgruppen der Befragung
- ▶ Methoden der Durchführung und Auswertung (siehe folgendes Kapitel)

Entlang eines zuvor aufgestellten Zeitplans wird die Befragung durchgeführt und ausgewertet. Nähere Informationen dazu finden sich im nachfolgenden Kapitel.

5. Schritt: Ergebnisse diskutieren und Maßnahmen priorisieren

Die Gesamtleitung und die Arbeitsgruppe diskutieren die Ergebnisse und entwickeln daraus einen Vorschlag, welche Maßnahmen

- ▶ aus welchen Gründen,
- ▶ auf welche Weise,
- ▶ mit welchen zeitlichen Ressourcen und
- ▶ mit welchen Beteiligten umgesetzt werden sollen.

Die Leitung kann auch bestimmte Maßnahmen festlegen und andere zur Wahl stellen.

Dieser Vorschlag wird mit Fachkräften und danach mit jungen Menschen diskutiert und auf Bereitschaft zur Unterstützung geprüft. Wenn es notwendig ist, werden die Maßnahmen entsprechend den Rückmeldungen angepasst.

Zum Abschluss liegt ein Plan zur Umsetzung bestimmter Maßnahmen vor. Hier handelt es sich also um die ersten Schritte eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Rahmen des Qualitätsmanagements („Planung“). Wie es danach weitergehen kann, finden Sie in Kapitel 6.4.3.

6.4.2 Bestandserhebung

Eine sinnvolle erste Aufgabe der Arbeitsgruppe bzw. der federführenden Person ist es, den aktuellen Stand innerhalb der Einrichtung zu erheben.

Dabei kann es beispielsweise um folgende Fragestellungen gehen:

Aufgabenprofil der Einrichtung

- ▶ Wer sind (offizielle und inoffizielle) Zielgruppen der Einrichtung? Wie schwerwiegend können deren Problematik, das Ausmaß bestimmter Auffälligkeiten/Störungen und deren Kombination sein?
 - ▶ Ist das Personal dafür ausreichend fortgebildet und spezialisiert?
 - ▶ Inwieweit werden Gesundheitsförderung und Suchtprävention auf den unterschiedlichen Ebenen bereits umgesetzt?
- ### Regeln und Standards in der Einrichtung
- ▶ Welche Regeln zum Konsumverhalten existieren und wie werden diese umgesetzt? Mit welchen Regeln gibt es gute Erfahrungen, mit welchen problematische? Wie akzeptieren einerseits Fachkräfte und andererseits Betreute die Regeln? Als wie gerecht werden sie empfunden? An welchen Stellen existieren möglicherweise Doppelbotschaften? Wer wünscht sich welche Änderungen bei den Regeln? Decken sich diese mit gesetzlichen Regelungen?
 - ▶ Welche Konsequenzen bei Regelverstößen gab es schon? Wie wirksam werden diese Interventionen wahrgenommen – als hilfreich, neutral oder sogar kontraproduktiv?
 - ▶ Wie handlungssicher fühlen sich Fachkräfte im Umgang mit gesundheitsriskantem Verhalten von Kindern und Jugendlichen? Welche Fälle waren in der näheren Vergangenheit komplex und schwierig? Können daraus übergreifende konzeptionelle Fragestellungen abgeleitet werden?
 - ▶ Inwieweit bilden die derzeitigen Instrumente zur Anamnese und Hilfeplanung den Umgang der jungen Menschen mit unterschiedlichen Rausch- und anderen Konsummitteln ab?
 - ▶ An welchen Stellen in der aktuellen Konzeption wird (indirekt) Konsumverhalten bereits berücksichtigt? Bei welchen Themen bestehen Lücken?

Umfang und Arten des Konsumverhaltens

- ▶ Wie ist das Konsumverhalten von Betreuten einzuschätzen?
- ▶ Welche Probleme sehen die Beteiligten in Zusammenhang mit unterschiedlichem Konsumverhalten der Betreuten sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung (individuelle gesundheitliche und soziale Schwierigkeiten, aber auch Auswirkungen auf die Wohngruppe)?
- ▶ Was ist über Konsum in den Herkunftsfamilien bekannt?
- ▶ Wie ist das Konsumverhalten der Beschäftigten einzuschätzen?

Wissen und Kooperationsstrukturen

- ▶ Verfügen Fachkräfte über Grundwissen zu Wirkungen und Risiken von Rauschmitteln, Essstörungen, Computerspielen, Handy- und PC-Nutzung, Glücksspiel u. a.?
- ▶ Welche Hilfeinrichtungen in der Region sind den Beschäftigten bekannt? Zu welchen gab es schon einmal Kontakt? Aus welchen Einrichtungen sind konkret Fachkräfte bekannt? Was weiß man zu den Zuständigkeitsbereichen dieser Einrichtungen und zu den Wegen/Voraussetzungen der Inanspruchnahme?
- ▶ Welche Kooperationsbeziehungen bestehen bereits? Was genau wird zusammen gemacht? Wie oft wurden Kooperationspartner zur Fallarbeit hinzugezogen? Nach welchen Regeln erfolgt die Hinzuziehung? Wie zufriedenstellend ist die Zusammenarbeit?
- ▶ Zu welchen Institutionen fehlen tragfähige Strukturen der Zusammenarbeit? Welche Angebote machen diese?

Methoden zur Umsetzung einer Bestandserhebung

Von schriftlichen, anonymisierten Einzelbefragungen ist aufgrund des großen zeitlichen Aufwands eher abzuraten – es sei denn, die Einrichtung wird von einem wissenschaftlichen Institut begleitet.

Eher sind Methoden zu empfehlen, die Erfahrungsaustausch und Diskussion zwischen Leitung, Fachkräften und jungen Menschen fördern.

- ▶ Analyse und Diskussion von Fallakten im Hinblick auf Konsumverhalten
- ▶ Auswertung von Interventionen (unter Umständen auch Entlassungen) im Zusammenhang mit Konsumverhalten
- ▶ Fokusgruppen mit Angehörigen einzelner Fachbereiche oder Gruppen, intern oder extern vorbereitet und moderiert entlang eines Fragenkatalogs
- ▶ Team- und Hausbesprechungen
- ▶ Votum aus dem „Jugendparlament“ (bzw. die spezifische hausinterne Beteiligungsform)
- ▶ Auswertung der Fortbildungsstatistik der letzten Jahre
- ▶ Auswertung einer Netzwerkkarte, zu welchen Institutionen stabile, lose oder keine Kooperationsbezüge bestehen
- ▶ (Fach-)Hochschulen dieses Thema als Masterarbeit anbieten

6.4.3 Einbindung in die Qualitätsentwicklung (B. Rotering / N. Wirth)

Konzepte sind die Grundlage professionellen Handelns. Sie geben Auskunft über die Bedarfslage, den gesetzlichen Auftrag, die Ziele, die Zielgruppe und die Maßnahmen. Konzepte haben somit eine sinnstiftende Wirkung für die Mitarbeiterschaft, die Kinder und Jugendlichen und ihre Eltern, das Jugendamt und andere Kooperationspartner. Sie beantworten die Frage „**Warum** tun wir das, was wir tun?“.

Leistungsbeschreibungen konkretisieren die Konzepte. Es wird beschrieben, was und mit welchem Aufwand an Personal- und Materialeinsatz geleistet wird, also „**Was** genau wird getan?“.

Qualität ist die definierte und überprüfbare Art und Weise, in der die Leistung erbracht wird. Qualitätsbeschreibungen beantworten also die Frage nach dem „**Wie?**“.

Die stationären Einrichtungen der Erziehungshilfe sind gem. §§ 78 b, 79 a SGB VIII verpflichtet, die Qualität ihrer Leistungserbringung zu gewährleisten, transparent zu machen, fortlaufend zu prüfen und weiterzuentwickeln. Dabei ist Qualität kein statischer Begriff (Merchel, 2000). Was genau als Qualität des pädagogischen Angebotes definiert wird, erfordert einen gemeinsamen Prozess der Aushandlung mit allen Beteiligten.

Alltagssprachlich verbindet man mit dem Qualitätsbegriff eine Bewertung, z. B. gute Qualität. Im Rahmen der Qualitätsdiskussion ist der Begriff aber zunächst neutral. „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht.“ (International Organization for Standardization: www.iso.org)

Bezogen auf eine Einrichtung würde dies bedeuten, dass die pädagogischen Angebote „Eigenschaften und Merkmale“ aufweisen, die geeignet sind, das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung der betreuten Kinder und Jugendlichen zu senken.

Aus der Forschung im Bereich der Hilfen zur Erziehung ist bekannt, dass vor allem die Stärkung der Adressaten, verbindliche Abläufe, Aufgaben, Termine und Fristen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens sowie die einrichtungsinterne Entwicklungsplanung positive Effekte bei den Kindern und Jugendlichen auslösen (Albus, 2010). Deshalb sind beispielsweise die Thematisierung des Konsumverhaltens mit den Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Hilfeplanung sowie deren Partizipation bei der Entwicklung einrichtungsbezogener Konzepte zum Umgang mit Konsumverhalten wesentliche Qualitätsmerkmale (vgl. Kapitel 6.2.3).

Avedis Donabedian unterscheidet in seinem Konzept die Qualitätsdimensionen Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität (Donabedian, 1980).¹³

- ▶ **Ergebnisqualität** beschreibt die Qualität des angestrebten Zieles eines Arbeitsprozesses.
- ▶ **Prozessqualität** beschreibt die Übereinstimmung des tatsächlichen Prozesses mit dem als Standard vereinbarten.
- ▶ **Strukturqualität** meint die personellen, sachlichen und organisatorischen Ressourcen.

Anhand eines Beispiels soll Qualitätsentwicklung in den vorgenannten Dimensionen dargestellt werden.

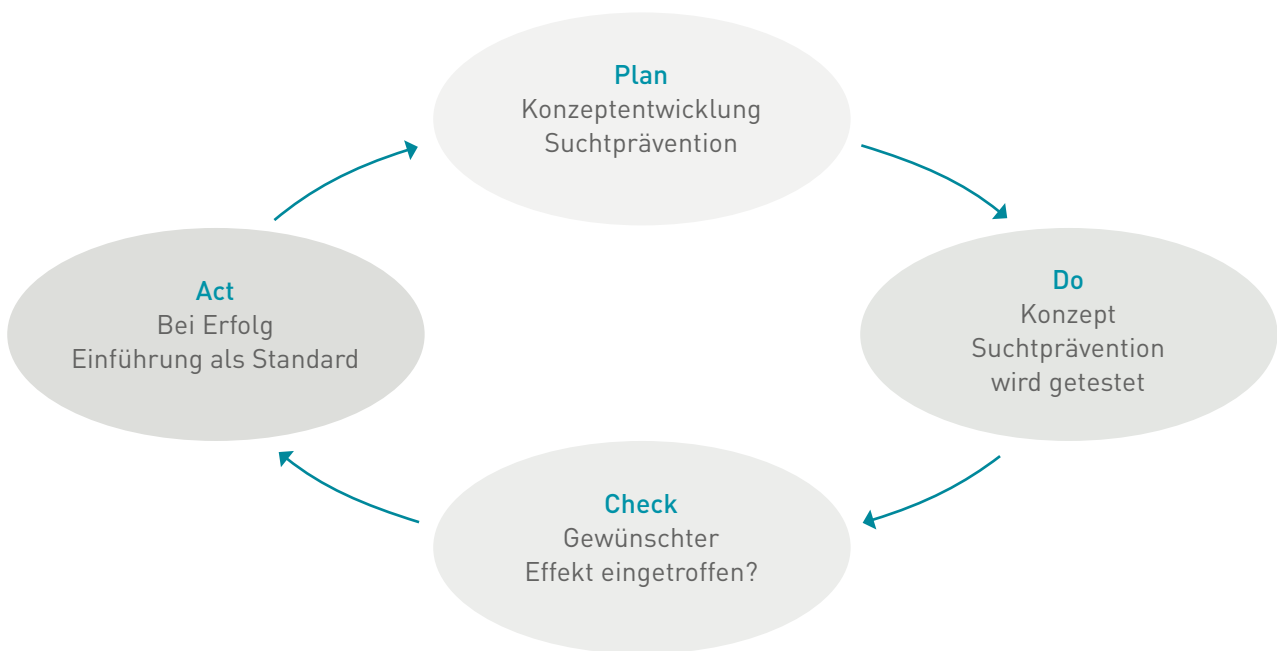
¹³ Das Konzept von Donabedian (1980) ist inzwischen in der Kinder- und Jugendhilfe weit verbreitet, wobei auch andere Qualitätsmanagementansätze in den Einrichtungen verwendet werden (z. B. EFQM, ISO 9001).

Beispielthema: „Konzept zum Umgang mit Konsumverhalten“

Qualitätsmerkmale	Indikatoren
<p>Ergebnisqualität Ein Konzept zum Umgang mit Konsumverhalten liegt vor und wird umgesetzt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Das entsprechende schriftliche Konzept liegt am Ende des Jahres vor. ▶ Alle Kinder/Jugendlichen der Gruppe kennen die Inhalte und finden sie zu 80 % gut.
<p>Prozessqualität Die Konzeptentwicklung basiert auf einem Beteiligungsverfahren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Es ist eine Entscheidung gefallen, welche Ansätze aus den unterschiedlichen Bereichen der strukturellen und/oder verhaltensbezogenen Suchtprävention verfolgt werden. ▶ Alle Kinder/Jugendlichen in der Gruppe sind im Rahmen des Jugendparlamentes bzw. der Gruppenbesprechungen beteiligt. ▶ Die Beteiligung macht den Kindern/Jugendlichen Spaß. ▶ Das Konzept wird jährlich im März auf Ebene der Kinder/Jugendlichen sowie aller Mitarbeitenden auf Praktikabilität geprüft und ggf. angepasst.
<p>Strukturqualität Die personellen, fachlichen, zeitlichen und räumlichen Ressourcen stehen zur Verfügung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Fachkräfte verfügen über das notwendige Fachwissen und die geeignete Methodenkompetenz. ▶ Der Zeitaufwand ist bei der Wochenplanung der Gruppe und der Dienstplanung der Fachkräfte berücksichtigt. ▶ Ein geeigneter Gruppenraum steht zur Verfügung.

Die Umsetzung der Qualitätsentwicklung erfordert vor dem Hintergrund der definierten Qualitätsmerkmale und Indikatoren eine differenzierte Planung und Konkretisierung. Im ersten Schritt um-

fasst dies die Konzeptentwicklung, darauf folgen weitere Umsetzungs- und Überprüfungsschritte, die mithilfe des Demingkreises (PDCA-Zyklus) beschrieben werden können (Deming, 1982).



Plan:

Der Ablauf der Konzeptentwicklung und die Beteiligten werden festgelegt. Sie erfolgt auf der Grundlage einer Bedarfserhebung (Warum notwendig?) und Bestandsaufnahme (Was liegt bereits vor?).

Do:

Es wird ein Erprobungszeitraum festgelegt (z. B. drei Monate) und entschieden, in welchen Bereichen das Konzept getestet wird. Die Auswertung erfolgt z. B. mittels einer Befragung der Fachkräfte und Kinder/Jugendlichen zur Zufriedenheit mit dem Konzept.

Check:

Überprüfung, ob die gewünschten Ziele erreicht wurden (siehe Ergebnisqualität), ggf. Konzeptveränderung und weitere Erprobung.

Act:

Die Umsetzung des Konzeptes wird als Standard eingeführt, indem es in das Gesamtkonzept der Einrichtung einfließt und sich an verschiedenen Stellen konkretisiert, z. B. in Arbeitsabläufen, Dienstabweisungen, Infomaterial für Aufnahmegespräche.

Mit der Einführung eines Standards ist zunächst die Qualitätsentwicklung an diesem Punkt beendet. Jedoch zeigt die Erfahrung, dass Standards in regelmäßigen Abständen überprüft werden sollten, da sie aufgrund des Wechsels von Personen (Fachkräften, Kindern/Jugendlichen) drohen in Vergessenheit zu geraten bzw. sinnentleert praktiziert zu werden. Deshalb sollte bei Einführung die Reflexion und Auswertung prospektiv geplant werden, z. B. Einbeziehung der Mitbestimmungsgremien der Kinder und Jugendlichen, Teamreflexion, Auswertung von auffälligen Einzelfällen.

Im Folgenden werden exemplarisch weitere Qualitätsentwicklungsthemen aufgelistet, die Anregungen für eigene, interne Prozesse geben können.

Exemplarische Fragestellungen zur Überprüfung der Ergebnisqualität

- ▶ Wie viele Hilfen enden mit der Erreichung (auch der konsumbezogenen) Hilfeplanziele erfolgreich?
 - **Prüffragen:** Wie hoch war der Anteil der jungen Menschen, bei denen konsumbezogene Hilfeplanziele a) erwogen und b) tatsächlich verfolgt wurden? Was ist an der Hilfeplanung gut verlaufen? Wurden die Hilfeplanziele in der Entwicklungsplanung berücksichtigt? Welche konsumbezogenen Interventionen hatten besonders positive Effekte?
- ▶ Wie viele Hilfen wurden aufgrund des Konsumverhaltens abgebrochen?
 - **Prüffragen:** War bei der Aufnahme das Ausmaß des Konsumverhaltens bekannt? Gab es Lücken oder Verständigungsschwierigkeiten in der sozialpädagogischen Diagnostik mit dem Jugendamt? Wie entwickelte sich das Konsumverhalten im Verlauf der Hilfe? Wann haben Fachkräfte welche Interventionen gesetzt? Wie ist die Jugendliche mit den Interventionen umgegangen? Haben die Fachkräfte aufgrund ihres Wissensstandes das riskante Konsumverhalten rechtzeitig erkennen können? Wer wollte die Hilfe aus welchen Gründen nicht weiterführen?
- ▶ Abgebrochene Hilfen bzw. Beziehungen haben eine massive Bedeutung für junge Menschen. Daher liegt die Überlegung nahe, ob jede Entlassung aufgrund des Konsumverhaltens im Hinblick auf die Kriterien, die dabei eine Rolle gespielt haben, reflektiert wird.

Exemplarische Fragestellungen zur Überprüfung der Prozessqualität

- ▶ Ist das Angebot auf Kontinuität ausgerichtet?
- ▶ Ist der Schutz der konsumierenden und der nichtkonsumierenden Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung sichergestellt?
 - **Prüffragen:** Gelingt es, zu möglichst risikoarmem Konsum zu motivieren? Sind einrichtungsbezogene Konsumregeln definiert? Sind die Kinder und Jugendlichen an der Regel- bzw. Konzeptentwicklung beteiligt? Halten sich die Kinder/Jugendlichen an die Regeln? Wie unterstützen die Fachkräfte die Kinder/Jugendlichen, die mit dem Konsum verbundenen Risiken zu reduzieren?
- ▶ Basieren die Interaktionen und pädagogischen Interventionen auf einer verstehenden Grundhaltung gegenüber den individuellen Problemlagen der Kinder/Jugendlichen?
 - **Prüffragen:** Werden Methoden des Fallverstehens im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnostik angewendet? Ist in den Abläufen vorgesehen, dass die Fachkräfte das Nähe- und Distanzverhältnis einzel-fallbezogen regelmäßig reflektieren? (Bau-mann, 2015)
- ▶ Wird der Zugang zu weiteren Hilfeangeboten sichergestellt?
 - **Prüffrage:** Werden Kinder und Jugendliche an spezialisierte Beratungsstellen, stationäre und ambulante Therapieangebote vermittelt?

Exemplarische Fragestellungen zur Überprüfung der Strukturqualität

- ▶ Ist das Thema Konsumverhalten in Einarbeitungskonzepten berücksichtigt? Wie viele Fachkräfte haben Fortbildungen besucht?
 - **Prüffragen:** Erkennen Fachkräfte riskante Konsummuster frühzeitig? Können die Fachkräfte deeskalierend handeln, Machtkämpfe erkennen und vermeiden, Konfliktsicherheit ausstrahlen? Können sie mit Kindern und Jugendlichen im Kontakt bleiben, auch wenn sich das Konsumverhalten aktuell nicht verändert?
- ▶ Verfügt die Einrichtung über Möglichkeiten des emotionalen Schutzes der Fachkräfte (vgl. Kapitel 6.2.4)?
 - **Prüffragen:** Besteht die Möglichkeit, flexibel ein Setting zu verändern (Baumann, i. Vorber.)? Wie schätzen Fachkräfte die Atmosphäre in der Einrichtung ein – wie offen kann über belastende Situationen, Angst und Wut gesprochen werden? Fühlen sich Fachkräfte von der Leitungskraft (auch proaktiv) unterstützt?

6.5 Beispiele für Konsum-Situationen und mögliche Lösungen

Kapitel 6.3 hat dargestellt, wie Fachkräfte suchtpreventiv auf unterschiedlichen Ebenen intervenieren können – bezogen auf die Art und das Ausmaß des Konsumverhaltens. In diesem Kapitel werden sehr verkürzte, mitunter typische Situationen rund um unterschiedliches Konsumverhalten vorgestellt, und es folgen Hinweise, wie damit pädagogisch umgegangen werden kann. Dabei muss natürlich beachtet werden, dass es sich hier um plakative Vorschläge handelt. In realen Situationen passen Fachkräfte ihre Interventionen u. a. der Persönlichkeit, dem Alter sowie den individuellen Schutz- und Risikofaktoren des jungen Menschen sowie den Regeln der Einrichtung an.

„Eine Erzieherin aus Desirees Wohngruppe wird von der Polizei informiert, dass Desiree mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus gebracht wurde.“

- ▶ Im Krankenhaus anrufen und fragen, wann Desiree (in Abstimmung mit dem Dienstplan) abgeholt werden kann.
- ▶ Sorgeberechtigte informieren.
- ▶ Desiree abholen und einschätzen, ob ein Gespräch am selben Tag oder besser später stattfinden sollte. Ziel des Gesprächs: Die Erzieherin und Desiree können einschätzen, wie es zu der Vergiftung kam und ob sekundäre Risikosituationen bestanden:
 - Ablauf: Was ist wann geschehen – Beschaffung des Alkohols, Orte, Beteiligte, Stimmungen der Beteiligten, (körperliche, sexuelle, aggressive) Risikosituationen?
 - Wenn Erinnerungslücken bestehen: Kontakt zu Beteiligten aufnehmen.
- ▶ Den Vorfall – beispielsweise im Rahmen einer Fallbesprechung – in die Gesamtsituation einordnen: Welche Risiko- und Schutzfaktoren gibt es bei Desiree?
(Stichworte: Alter, psychische und soziale Kompetenzen, bisheriges Konsumverhalten, weitere psychosoziale Auffälligkeiten, seelische Erkrankungen, vgl. Kapitel 4)
- ▶ Gespräch mit Desiree: „Was kannst du tun, damit du dich nicht erneut in solche Gefahr begibst? Welche Konsumregeln können wir vereinbaren und wie schaffst du es, dich daran zu halten? Wie können wir dich dabei unterstützen?“
 - Wenn Schutzfaktoren gegenüber den Risikofaktoren überwiegen: Anregen oder auferlegen, dass sich Desiree auf Websites für Jugendliche zum Thema Substanzkonsum informiert, z. B. www.kenn-dein-limit.info
 - Wenn Risiko- gegenüber den Schutzfaktoren überwiegen: Die Auflage machen, an einem Konsum-Reflexions-Kurs teilzunehmen. Angebote dazu bei der Sucht- bzw. Drogenberatungsstelle erfragen (z. B. FreD oder HaLT).
- ▶ Konsumverhalten und Einhalten von Regeln beobachten:
 - Funktioniert? Klasse!
 - Oder eher mäßig? Sucht- bzw. Drogenberatung aufsuchen, um gemeinsam zu reflektieren: Sind die Regeln angemessen?
 - Wenn nein: Neu verhandeln.
 - Wenn ja: Was hindert an der Einhaltung? Wie kann es klappen?

Ziele:

- ▶ Das Team in Desirees Wohngruppe kann einschätzen, ob es sich um einen sogenannten „Trinkunfall“ handelte oder sie sich gezielt überdosieren wollte.
- ▶ Desiree hat eine Grenze verinnerlicht. Sie festigt ihre Schutzfaktoren und hält sich an (Konsum-) Regeln.

„Carina hat manchmal ‚Essattacken‘, bei denen sie wahllos Süßigkeiten in sich ‚hineinstopft‘. Sie würde sich dann gern stoppen, schafft es aber nicht.“

- ▶ Carina erklären, was Zucker im Körper bewirkt: einen schnellen Anstieg des Blutzuckerspiegels, dann Ausschüttung hoher Mengen an Insulin, um den Zucker aus dem Blut zu entfernen, dadurch schneller Abfall des Blutzuckerspiegels. Dieser Abfall bewirkt neuen Heißhunger – ein ähnlicher Wirkmechanismus wie Nikotin in Zigaretten.
- ▶ Auf ausreichenden Schlaf achten – Müdigkeit erzeugt Heißhunger.
- ▶ Mit Carina absprechen, ihren Süßigkeiten-Konsum und ihre Gefühle in einem Tagebuch festzuhalten, je nach (emotionalem) Alter bzw. Entwicklungsstand ggf. mit Unterstützung der Bezugsperson (siehe unten). Hinweis: Mit Büchern bzw. Karten, auf denen Gefühle symbolisch abgebildet sind, können junge Menschen üben, Gefühle wahrzunehmen und zu unterscheiden (siehe Kapitel 6.3).
- ▶ Nach wenigen Wochen gemeinsam schauen, welche typischen Situationen und begleitenden Gefühle diese „Attacken“ auslösen:
 - Wenn es Beteiligte gab: Wie kann sie in solchen Situationen konstruktiv reagieren (z. B. Streitigkeiten)?
 - Welche Handlungsalternativen gibt es, um mit Wut, Angst, Enttäuschung, Scham oder den von der Jugendlichen benannten Gefühlen umzugehen?
- ▶ Absprachen zum Üben von Handlungsalternativen treffen, z. B. bevor sie einer „Süßigkeiten-Attacke“ nachgibt, zuerst drei Minuten auf einen Boxsack hauen, seilspringen, eine Betreuerin oder Freundin ansprechen usw.
- ▶ Tabelle im Konsumtagebuch erweitern: Was hat sie getan? Hat das geklappt? Warum (nicht)? Wöchentlich oder bei Bedarf besprechen.
- ▶ Wenn sie es geschafft hat, zur Gefühlsregulation keine Süßigkeiten zu essen: Erfolge feiern.

Datum	Situation	Gefühl/e dabei	Wie reagiert?	Handlungsalternative/n genutzt? Welche?	Süßigkeiten ausgewichen?
3. Aug.	Max hat mich „fette Sau“ genannt	wütend, geschämt	Nichts eingefallen, was ich sagen kann; schnell weggegangen	nein	nein
5. Aug.	Nina hat mich nicht zu ihrem Geburtstag eingeladen	traurig, enttäuscht	So getan, als wär nichts	Katja ist auch nicht eingeladen, habe mit ihr in der Pause geredet	Erst ja, dann nein

Ziele:

- ▶ Lernen, Gefühle wahrzunehmen und zu unterscheiden
- ▶ Auf dieser Grundlage: Handlungsalternativen finden und nutzen

Hinweis:

Diese und ähnliche Konsumtagebücher können mit entsprechenden Anpassungen, beispielsweise zur Menge, zum Zeitumfang oder zu den Beteiligten, auch zur Reflexion des Umgangs mit anderen Verhaltensweisen oder Substanzkonsum benutzt werden. Sie sind auch Bestandteil der Programme „Quit the Shit“ (BZgA) oder „Realize it“ (Delphi-Gesellschaft) zur Reduzierung oder Beendigung des Cannabiskonsums.

„Niklas: Strategien, um weniger/gar nicht mehr zu kiffen“

Niklas schwänzt häufig die Schule und hat sich mehrfach nicht an Regeln zum Umgang mit Rauschmitteln gehalten; z. B. hat Gilla, seine Bezugsbetreuerin, Gras auf seinem Schreibtisch gefunden. Unter Tränen sagt Niklas, dass er den Alltag nicht schaffe, wenn er nicht „dauerbreit“ sei. Eine stationäre Suchtbehandlung lehnt er ab, auch weil er sich in der Gruppe so wohl fühlt.

Folgende Bausteine sind Inhalte mehrerer Gesprächstermine:

- ▶ Betonen (wenn dem so ist), dass die Betreuerinnen sowie die anderen Gruppenmitglieder sich auch freuen, dass er in der Gruppe ist, und Fachkräfte ihn so gut wie möglich unterstützen möchten, dass er in der Gruppe bleiben kann.
- ▶ Gilla nutzt eine kollegiale Beratung, idealerweise kommt auch eine Fachkraft der Suchtberatungsstelle dazu.
- ▶ Gilla fragt Niklas, welche Stärken, Schutzfaktoren und Talente er bei sich selbst sieht. Was denkt er, worauf er sich stützen kann, wenn er an seinem Konsum etwas verändern will? Zur Unterstützung kann Niklas am Computer den „Personality Check“ ausfüllen (www.drogen-und-du.de). Die Betreuerin gibt Niklas Rückmeldung, was genau sie an ihm mag und wo sie Stärken von ihm sieht.
- ▶ Die Betreuer betonen gegenüber Niklas, dass es wichtig ist, die Gruppenregeln einzuhalten, und vermitteln ihm dabei die Botschaft: „Mir/Uns ist wichtig, dass du dich durch deinen Konsum nicht schädigst. Deswegen möchte ich, dass wir gemeinsam an dem Thema ‚dranbleiben‘ und dass du dich mit deinem Konsum auseinandersetzt.“
- ▶ Gilla stellt Skalierungsfragen aus dem Motivational Interviewing und arbeitet entsprechend seinen Antworten mit ihm weiter. Auf einer Skala zwischen 1 und 10 ...
 - Wie bereit bist du, etwas an deinem Konsum zu verändern?
 - Wie zuversichtlich bist du, dass du etwas an deinem Konsumverhalten ändern kannst?
- ▶ Gilla unterstützt Niklas, erwünschte Wirkungen und (potenzielle) Kosten des Konsums in Worte zu fassen: „Wie genau hilft Cannabis dir derzeit, deinen Alltag zu schaffen?“ versus „Was kostet dich der Konsum?“ Hier kann die Ambivalenzenwaage in Kap. 7.2, auch „Vierfelderschema“ genannt, hilfreich sein.
- ▶ Gilla verhandelt mit Niklas ein Ziel zu Niklas' weiterem Umgang mit Cannabis. Dieses Ziel muss für beide Seiten mindestens akzeptabel, besser attraktiv sein.
- ▶ Gilla erarbeitet mit Niklas eine Tabelle, in die Niklas mögliche Herausforderungen und Strategien schreibt, um das verhandelte Ziel zu erreichen. Ein Beispiel finden Sie in Kap. 7.4.3.
- ▶ Die Betreuerin wirbt dafür, dass Niklas Unterstützung in einer Beratungsstelle annimmt oder eine ambulante Psychotherapie macht. Wenn er das ablehnt, müssen seine eigenen Strategien über den vereinbarten Zeitraum so ausreichend funktionieren, dass es ihm gelingt, regelmäßig zur Schule zu gehen. Niklas weiß und akzeptiert, dass Gilla ihm Probestunden für Psychotherapie oder eine Beratungssequenz als Auflage macht, wenn er weiterhin schwänzt. Das Ziel dieser Probestunden sollte dann niedrigschwellig z. B. in die Richtung gehen, dass Niklas herausfindet, ob/wie ihn eine Beratung bzw. Therapie unterstützen kann, weniger zu kiffen.

„Michelle: Umgang mit Drehtüreffekten“ (M. Baumann)

Michelle ist die älteste Tochter ihrer unverheirateten Eltern. Ihr Vater lebt im Herkunftsland, die Mutter kam nach Deutschland, um ihren neuen Partner zu heiraten, als Michelle vier Jahre alt war. Michelle hatte große Schwierigkeiten, sich an den Umzug in eine ihr fremde Kultur und Sprache zu gewöhnen, zumal es den Eltern nicht gelang, einen Kindergartenplatz zu bekommen.

Die Grundschulzeit verlief relativ unauffällig – für ihre doch großen Sprachdefizite, die vermutlich nicht allein mit Deutsch als Zweitsprache zu erklären waren, war sie doch eine recht gute Schülerin. Mit Beginn der fünften Klasse begannen die Eltern, sich Sorgen zu machen. Michelle trank übermäßig häufig sogenannte „Energy-Drinks“, und der Mutter fiel auf, dass häufig leere Deo-Spraydosen in ihrem Zimmer lagen. Nach genauerem Hinsehen wird den Eltern klar: Sie stiehlt sowohl die Spraydosen und Energy-Drinks als auch Zigaretten und „schnüffelt“ zusätzlich noch Klebstoff. Als sie drei Wochen vor ihrem 13. Geburtstag vollkommen betrunken nach Hause kommt, stellen die Eltern einen Antrag auf stationäre Erziehungshilfe.

Zunächst kommt sie zur Entgiftung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier verbleibt sie vier Wochen, bevor deutlich wird, dass sie sich auf Therapieangebote nicht einlassen kann. Jede Form von „du sollst“ oder „du musst“ bekämpft sie mit hohem Aufwand, so dass es zu mehreren Situationen kommt, in denen sie überwältigt werden muss. In der Einrichtung nimmt sie schnell Kontakt zu älteren Jugendlichen auf. Mit fast 14 Jahren konsumiert sie Alkohol, Cannabis und nach wie vor Deo-Spray. Erschwerend kommt hinzu, dass sie unter Alkoholeinfluss extrem selbstgefährdende Dinge tut, wie z.B. mit freiem Oberkörper auf einem Brückengeländer einer Autobahnbrücke zu balancieren oder aber sich selbst mit einer Jogginghose an einem Balkongeländer anzubinden, um dann auf den nächst unter ihr gelegenen Balkon zu springen.

Mehrfach landet sie zur Krisenintervention in der KJP. Und ebenfalls mehrfach muss sie von der Polizei dort gegen ihren Willen zugeführt werden. In der KJP kommt es fast jedes Mal zu Fixierungen. Sie selbst äußert: „Warum soll ich für Drogen bezahlen, wenn ich mich auch ganz legal spritzen lassen kann?“ Schwere Psychopharmaka wie Diazepam und Tavor werden ihre neuen Begleiter.

Als Michelle eines Abends wieder betrunken nach Hause kommt, will die Erzieherin direkt die Polizei verständigen. Michelle schlägt ihr das Telefon aus der Hand und versucht, sie zu treten. Die Betreuerin schließt sich im Dienstzimmer ein, bis die Polizei da ist. In einer anschließenden Fallbesprechung werden folgende Themen deutlich:

- ▶ Haben die „emotionalen Sicherungsseile“ vonseiten des Arbeitgebers die angegriffene Erzieherin geschützt? War ihr der Rechtsrahmen der Situation bewusst?
- ▶ Mögliche Reflexion zunächst innerhalb des Teams, dann in einem Gespräch der Bezugsbetreuerin mit Michelle:
 - Bezogen auf die Aufarbeitung der Krisensituationen: Welche der beschlossenen Maßnahmen konnten im Alltag umgesetzt werden und welche waren schwierig?
 - Welche Faktoren waren die Auslöser der aktuellen Krise? An welchen Punkten hätte wer anders reagieren können? Was wären möglicherweise wirksame Hilfen gewesen? Welche Absprachen können zur Vorbeugung weiterer Notaufnahmen getroffen werden?
- ▶ Haben sich Michelles Betreuer vor der Krise handlungssicher im Umgang mit ihr gefühlt? Falls nicht: Welche Maßnahmen könnten diese Sicherheit herstellen (Fortbildungen? Unterstützung von Kollegen aus anderen Wohngruppen? Supervision? Kommunikative und körperliche Sicherungsmethoden?)?

Im Rahmen der sozialpädagogischen Diagnostik und der damit verbundenen Gespräche mit Michelle über ihre Sichtweise auf ihr Konsumverhalten wird deutlich, dass sie die unterschiedlichen Muster sehr bewusst nutzt: Cannabis, wenn sie entspannen möchte, chemische Drogen, wenn sie feiern will, Deo-Spray, wenn sie nichts mehr spüren und erinnern will, vor allem nach schwierigen Erlebnissen (z. B. Ausgrenzung in der Schule). Aber auch der sogenannte „Drehtüreffekt“ bekommt seine Bedeutung: Michelle trinkt Alkohol, weil sie sich dann „tolle Sachen“ traut und sie die Hilflosigkeit zunächst ihrer Kernfamilie und später ihrer Betreuer genießt. Sie erlebt den in Deutschland aufgewachsenen, beruflich erfolgreichen Stiefvater einerseits als faszinierend und handlungsmächtig, andererseits als „schuld“ an der Auswanderung und die Betreuer als diejenigen, die immer wissen, was gut für einen ist. Durch die Ohnmacht der Erwachsenen vor ihrem Verhalten unter Alkohol fühlt sie sich mächtig. Auch die Kämpfe mit Polizei und Psychiatrie haben eine gewisse Faszination, und sie ist fasziniert von dem Effekt, den sie durch ihr Verhalten, welches sie sich nur unter Alkohol traut, auslösen kann. Und letztlich helfen ihr die Medikamente auch, um in Situationen der Traurigkeit und der Verzweiflung wieder besser zurechtzukommen.

Insofern entsteht ein Teufelskreis: Ihr geht es schlecht (sowohl aufgrund ihrer psychosozialen Situation als auch als Folge des Konsums) → sie trinkt Alkohol → sie zeigt Risikoverhalten → sie erlebt spannende Szenen → sie erfährt Entspannung ihrer inneren Anspannung durch Medikation → sie bekommt Druck von außen und auch von innen (Nebenwirkungen, „Kater“, erste Entzugserscheinungen, Kopfschmerzen nach Schnüffeln etc.) → sie trinkt erneut Alkohol. Michelle kann also ihre Kommunikationsdefizite und ihre mangelnde Orientierung in sozialen Zusammenhängen kompensieren, indem sie Konsummuster nutzt. Die entscheidende Frage bleibt, wie diese Muster unterbrochen und durch neue Erfahrungen ergänzt werden können und was die Mitarbeiterinnen der Einrichtung brauchen, um genau diesem (pädagogischen) Prozess standhalten zu können, der zwangsweise vor jedem Therapieversuch stehen muss.

Arbeitshilfen

In diesem Kapitel finden sich Checklisten, Handlungsempfehlungen, Screening- und Diagnose-Instrumente sowie Übungen zur praktischen Umsetzung von Suchtprävention in Heimen. Die folgenden Dokumente sollen also ein sicheres Handeln unterstützen.

7.1 Checklisten für Leitungen und Fachkräfte

Die Checklisten in den nachfolgenden beiden Kapiteln beschäftigen sich zunächst mit der Frage, wie Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen Leitungs- und Fachkräften aufgeteilt werden können; danach fasst ein Überblick hilfreiche Interventionen aus Kap. 6 zusammen.

7.1.1 Aufgabenverteilung zwischen Leitungs- und Fachkräften

Die nachfolgenden Empfehlungen zur Verantwortungsübernahme für bestimmte Aufgaben richten sich spezifisch an Leitungen, an Fachkräfte sowie an beide Hierarchieebenen gleichermaßen.

Empfehlungen für Leitungen und Fachkräfte

- ▶ Entwickeln Sie eine gemeinsame einrichtungsbezogene Haltung, die sich auch in Regeln und Reaktionen im Umgang mit konsumierenden Kindern und Jugendlichen ausdrückt (Kap. 6.1.1 und 6.2.3).
- ▶ Klären Sie Begrifflichkeiten, damit immer klar ist, wer gerade worüber spricht: „Abhängigkeit“ und „riskanter Konsum“ nicht gleichbedeutend verwenden (Kap. 3.3).
- ▶ Verfügen Sie über rechtliches Hintergrundwissen, besonders bezogen auf illegale Drogen und den pädagogischen Umgang damit (Kap. 4).
- ▶ Entwickeln Sie verhältnispräventive, strukturelle Maßnahmen (Kap. 6.2): Die Leitung gibt die Richtung vor, Fachkräfte gestalten diese aus, z. B.
 - Konsumverhalten in sozialpädagogischer Diagnostik und Hilfeplan berücksichtigen: Schon vor einer möglichen Aufnahme die Fachkraft im Jugendamt nach ihrer Einschätzung zum Konsumverhalten fragen und zu Beginn der Hilfe den jungen Menschen selbst. Bei Bedarf sind Absprachen zu treffen, wie das Konsumverhalten in den Hilfeplan integriert werden kann (Kap. 6.2.2).
 - Kooperationsstrukturen weiterentwickeln: Die Leitung übernimmt die strukturelle Ebene, die Fachkräfte übernehmen die operative (Kap. 5 und 6.2.5).
- ▶ Entwickeln Sie verhaltenspräventive Maßnahmen: allgemein gesundheitsförderliche für alle jungen Menschen (Kap. 6.3.1), für Risikogruppen (Kap. 6.3.2) und spezifisch zugeschnittene Maßnahmen für einzelne, auffällig gewordene Kinder und Jugendliche (Kap. 6.3.3). Die Leitung gibt die Richtung vor, die Fachkräfte setzen Maßnahmen um.

Empfehlungen für Leitungen

- ▶ Schaffen Sie innerhalb der Einrichtung eine offene Atmosphäre für das Thema „Konsum“ und tragen Sie diese nach außen, z. B. indem Sie alltägliches Konsumverhalten ansprechen und Teams, Betreute, Leistungsträger und weitere Kooperationspartner in die Diskussionen einbeziehen.
- ▶ Entwickeln Sie ein Präventionskonzept (weiter) oder geben Sie den Auftrag dazu (Kap. 6.4.1 und 6.4.2). Für diese Zusatzaufgabe muss ein Zeitkontingent eingeplant werden. Dieses Konzept sollte in die fortlaufende Qualitätsentwicklung eingebunden werden (Kap. 6.4.3).
- ▶ Geben Sie eine grundsätzliche konzeptionelle Richtung vor, inwieweit die Einrichtung mit riskantem Konsumverhalten umgehen kann/will. Diese Richtung sollten Sie auch in Jugendämtern transparent machen und Sie sollten – bei der öffentlichen und freien Seite der Jugendhilfe – für einen ehrlichen Umgang mit Konsumverhalten werben (Kap. 6.1).
- ▶ Im Rahmen der Personalentwicklung (Kap. 6.2.4)
 - wenden Sie Strategien an, die Fachkräfte emotional sichern und unterstützen. Beispiele: Krisensituationen reflektieren, an Fallbesprechungen teilnehmen, Entscheidungen mittragen,
 - bieten Sie dem gesamten Team Fortbildung an,
 - fördern Sie multiprofessionelle Sichtweisen im Team. Beispiel: Bei Neueinstellungen positiv werten, wenn Fachkräfte Erfahrung in der Arbeit mit konsumierenden Menschen vorweisen können.

Empfehlungen für Fachkräfte und das Team

- ▶ Rund drei Viertel der Bevölkerung gehen gesundheitliche Risiken ein. Wenn Sie zu dieser Mehrheit gehören, gehen Sie damit (weiterhin) reflektiert und pädagogisch vertretbar um (Kap. 1.1 und 6.1.1).
- ▶ Integrieren Sie Suchtprävention in das „Alltagsgeschäft“. Daher das Thema regelmäßig in Teambesprechungen und mit jungen Menschen in kurzen und längeren Gruppen- und Einzelgesprächen aufgreifen.
- ▶ Diskutieren Sie mit jungen Menschen über „Konsumverhalten“ (Beispielthemen in Kap. 6.3.1) und beziehen Sie sie in die Regelentwicklung ein (6.2.3).
- ▶ Vertreten Sie entwickelte Haltung, Regeln und Konsequenzen zum Umgang mit unterschiedlichem Konsumverhalten als gemeinsame Linie solidarisch.
- ▶ Eignen Sie sich Grundwissen über Wirkungen und Risiken von Substanzen und riskanten Verhaltensweisen an (Kap. 2 mit weiterführenden Hinweisen).
- ▶ Nutzen Sie Fortbildungen, regen Sie diese ggf. gemeinsam an (Kap. 6.2.4).
- ▶ Fördern Sie bei Kindern und Jugendlichen emotionale und soziale Kompetenzen, darunter vor allem die Emotionsregulation; ebenso Handlungsalternativen zum Konsum (Kap. 1.3.2 und 6.3.1).
- ▶ Erkennen Sie riskantes Konsumverhalten und schätzen Sie dieses im Hinblick auf das Risikopotenzial ein (Kap. 3 und 7.3). Intervenieren Sie konstruktiv (Kap. 6.3.2 und 6.3.3), ggf. auch indem Sie Regeln zum risikomindernden Konsum mit dem jungen Menschen besprechen (Kap. 7.5).
- ▶ Machen Sie sich kundig, was im (körperlichen oder/und seelischen) Drogen-Notfall zu tun ist, und spielen Sie unterschiedliche Situationen in Gedanken durch (Kap. 7.5).

7.1.2 Was können Fachkräfte bei welchem Konsummuster tun?

Konsummuster	Bedarf der Zielgruppen
Abstinenz	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Individuell persönlichkeitsstärkende Methoden anwenden (z. B. Programm zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung) ▶ Interaktive Vermittlung von Wissen zu Wirkungen und Risiken der Substanzen und Verhaltensweisen, die in der sozialen Umgebung konsumiert werden ▶ Bestehende Handlungsalternativen zum Konsum stärken
Genussorientierter Konsum	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vorgehen wie bei „Abstinenz“, zuzüglich: ▶ Gesprächspartner sein, der sich für das gewählte Konsummittel interessiert und über Wissen dazu verfügt ▶ Zur Reflexion des Konsums und der Konsummotivation anregen (Zusammenhang zwischen Konsum und Umgang mit Gefühlen) ▶ Regeln zum risikomindernden Gebrauch besprechen und vereinbaren
Riskanter Konsum	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vorgehen wie bei „genussorientiertem Konsum“, zuzüglich: ▶ Kurzintervention: Zur Reflexion des Konsums bzw. der Konsummotivation anregen unter Berücksichtigung der Stadien der Veränderungsbereitschaft nach Prochaska und DiClemente und des Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick (2015) ▶ Einschätzung, ob Konsum als Hilfsmittel eingesetzt wird und, wenn ja, wofür genau? ▶ Persönliches Ziel erarbeiten, wie sich das Konsumverhalten verändern soll ▶ Prozess einleiten: Praktische Strategien erarbeiten, wie dieses Ziel erreicht werden kann, und Begleitung bei der Umsetzung anbieten ▶ Bestehende Handlungsalternativen zum Konsum stärken und neue fördern, die dem „Hilfsmittel-Bedürfnis“ entsprechen ▶ (Erneute) Diagnostik auf eventuelle Komorbidität ▶ Ggf. Verbote und Kontrollen ▶ Ggf. Vermittlung in weiterführende Angebote ▶ Unterstützung der Bezugsperson/en zum Umgang mit Konsum
Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Vorgehen wie bei „riskantem Konsum“, zuzüglich: ▶ Einschätzung, ob eine seelische Erkrankung oder eine andere psychosoziale Schwierigkeit im Vordergrund steht: Reihenfolge bzw. Parallelität der Unterstützungsmaßnahmen festlegen: Sucht- bzw. psychiatrische Behandlung

7.2 Motivational Interviewing als Haltung und Beratungsform

Motivational Interviewing (MI) ist „eine spezifische Art des Gesprächs über Veränderung“ (Homepage MINT¹⁴). Das Konzept hat seinen Ursprung in der Suchthilfe mit Erwachsenen und ist auch in der Suchtprävention weit verbreitet. Mittlerweile wurde der Ansatz neben Abhängigkeit auch auf andere Verhaltensweisen übertragen. Die Wirksamkeit von MI hat sich in vielen systematischen Übersichtsarbeiten gezeigt (z. B. Kaner, Brown, Jackson, 2012).

Wenn es um Verhaltensänderungen (aller Art) geht, ist ein zentraler Ansatz des MI, die individuelle Ambivalenz der Entscheidung herauszuarbeiten: Was spricht für eine Veränderung? Was spricht dagegen?

Goethe beschrieb im „Faust“ die Ambivalenz als „zwei Herzen wohnen, ach! in meiner Brust“. Ambivalenz kann sich beispielsweise zeigen, wenn

- ▶ sich jemand vorgenommen hat, regelmäßig joggen zu gehen, aber diesen Vorsatz immer wieder bricht, weil „der Tag schon anstrengend genug war“, er „heute keine Lust“ hat oder „es regnet“;
- ▶ eine Frau zu ihrem gewalttätigen Partner zurückkehrt;
- ▶ ein Glücksspiel-Abhängiger doch wieder Geld in Automaten steckt, obwohl die Familie hoch verschuldet ist und er seiner Frau versprochen hat, dies nie wieder zu tun.

Außenstehende reagieren besonders auf selbstschädigendes Verhalten häufig mit dem „Korrekturreflex“ (Miller, Rollnick, 2015, S. 20). Beim Korrekturreflex geschieht sehr Menschliches: Bezugspersonen versuchen (mit vielen Argumenten), der geliebten oder beruflich anvertrauten Person begreiflich zu machen, warum die Person dieses Verhalten einstellen sollte – oder sogar „muss“. Bei der betreffenden Person ruft solch einseitige Betonung der negativen Konsequenzen meist eine Abwehrreaktion hervor. Sie stellt sich ihrerseits komplett auf die „Pro-Seite“ des Verhaltens und geht aus dem Kontakt, weil sie sich bedrängt fühlt.

Beim MI wird gemeinsam versucht, zunächst die Bindekraft des Verhaltens in Worte zu fassen und zu verstehen: Welche Vorteile birgt das jeweilige Verhalten? In Anerkennung der Vorteile können beide auf die Nachteile schauen. Entscheidungen, ob oder welche Veränderungen angestrebt werden, sollen dabei von Klientinnen getroffen werden.

14 <http://www.motivationalinterviewing.org/>

Um zur Verhaltensänderung zu motivieren und diese Änderung dann zu stabilisieren, nutzt MI vier grundlegende Kommunikationsstrategien (ebenda, S. 85 ff.):

- ▶ **Offene Fragen stellen:** Offene Fragen sind eine Einladung, über ein bestimmtes Thema nachzudenken und sich darüber auszutauschen (ebenda, S. 87).
 - „Wenn du dir überlegst, wie dein Leben in einem Jahr aussehen könnte, welche Veränderung erhoffst du dir dann?“ (leicht verändert, ebenda, S. 86)
 - „Was gefällt dir am Computerspielen?“
- ▶ **Hervorheben positiver Aspekte:** Beratende würdigen die Stärken und Bemühungen der Klientin oder des Klienten. Damit vermitteln sie Wertschätzung, Ermutigung sowie Unterstützung und festigen die Beziehung (ebenda, S. 87 f.).
 - „Du hast fast alles geschafft, was du dir vorgenommen hast: drei Mal zum Training und drei Tage nicht gespielt ... schafft nicht jeder ... klasse gemacht!“
- ▶ **Reflektierendes Zuhören** kann auch mit „präziser Empathie“ umschrieben werden. Es werden Vermutungen darüber geäußert, was Klienten gemeint haben. Das spezielle Zuhören kann unterschiedliche Tiefe haben – eine einfache Wiederholung, eine komplexe Reflexion oder eine Fortführung des Gedankens der Klienten (ebenda, S. 84).
 - Klient: „Ich fühle mich heute ziemlich deprimiert.“
Berater: „Es ist etwas geschehen, seit wir uns das letzte Mal unterhalten haben.“ (ebenda, S. 80)
 - Klient: „Ich hab kein Problem mit Drogen!“
Berater: „Du willst nicht, dass dich jemand in eine Schublade steckt.“
Klient: „Ja. Die vom Jugendamt hat doch keine Ahnung – tut so, als wär ich ein Junkie.“
Berater: „Du findest, Frau Müller hat deinen Cannabiskonsum aufgebauscht. Woran würdest du denn merken, dass jemand Probleme mit Cannabis hat?“

- ▶ **Resümee ziehen:** Beratende fassen unterschiedliche Aspekte zusammen, die Klientinnen genannt haben, z. B. einerseits die angenehm empfundenen Wirkungen des Konsums, andererseits die damit verbundenen Kosten. Resümees können sammelnden Charakter haben, verbindenden (wenn ein Zusammenhang zu vorher Genanntem hergestellt wird) und überleitenden (wenn ein Thema beendet und das nächste begonnen wird) (ebenda, S. 91).

MI umfasst die folgenden zentralen **therapeutischen Ziele und Prinzipien:**

- ▶ Ziele und Wertvorstellungen der Klientinnen und Klienten erkunden (ebenda, S. 99)
- ▶ Das „Pro und Contra einer Verhaltensänderung“ (Ambivalenz) erkunden und Motivation für Veränderung wecken (ebenda, S. 187 ff.)
- ▶ Hoffnung und Selbstvertrauen wecken (ebenda, S. 249)
- ▶ Diskrepanzen herausarbeiten, also Unterschiede zwischen der derzeitigen Situation und einem persönlichen Ziel (ebenda, S. 285)
- ▶ Einen Veränderungsplan entwickeln (ebenda, S. 315)
- ▶ Veränderungsprozesse unterstützen (ebenda, S. 345)

7.3 Erhebungs- und Screening-Instrumente zum riskanten Konsumverhalten

Dieses Kapitel enthält unterschiedliche Instrumente, mit denen Fachkräfte das Konsumverhalten junger Menschen erfassen können.

Das erste Instrument (Kap. 7.3.1) können Fachkräfte im Rahmen sozialpädagogischer (Eingangs-)Diagnostik nutzen, indem sie strukturiert zunächst das Ernährungsverhalten, dann den Medienkonsum und abschließend den Substanzkonsum des jungen Menschen erheben. Angelehnt an Motivational Interviewing werden junge Menschen gefragt, ob sie mit ihrem jeweiligen Konsumverhalten zufrieden sind. Wenn nicht, wird erhoben, ob bzw. wie motiviert sie sind, daran etwas zu verändern („Wichtigkeit“ auf einer Skala von 1 bis 10).

Danach wird erfragt, inwieweit sie sich eine Veränderung zutrauen („Zuversicht“ auf einer Skala von 1 bis 10). Fachkräfte können an den Antworten erkennen, inwieweit sie Veränderungsmotivation und/oder Selbstwirksamkeitserwartung fördern sollten.

Bei den weiteren Kapiteln handelt es sich um medizinische Diagnosekriterien (substanzbezogene Störungen) sowie ein Screening-Instrument (riskanter Medienkonsum). Sie sollen pädagogischen Fachkräften Hinweise vermitteln, wann es sinnvoll ist, zur näheren Abklärung Expertinnen hinzuzuziehen. Diagnosen können nur spezifisch dafür ausgebildete Personen stellen.

7.3.1 Instrument zur Erhebung des Konsumverhaltens im Rahmen sozialpädagogischer Diagnostik

Dieses Instrument wurde aus dem SCOFF-Fragebogen und aus Fragestellungen des Motivational Interviewing zur Veränderungsabsicht („Wichtigkeit“ und „Zuversicht“) des „AUDIT-C“ entwickelt und zusammengestellt von N. Wirth.

Datum: _____

Name: _____

Geburtstag: _____

Einschätzung von:

Jungem Menschen selbst: _____

Anderer Person: _____

(Name, ggf. Institution)

1. Essverhalten

Größe: _____ BMI = Gewicht (Kilo) : [Größe (cm) x Größe (cm)] = _____

Die exakte Berechnung bezieht für Kinder und Jugendliche das Alter und Geschlecht mit ein.
Der BMI für Kinder und Jugendliche kann unter nachfolgendem Link auch online errechnet werden:
www.bzga-kinderuebergewicht.de

Der **SCOFF-Fragebogen** greift die Kernsymptome einer Essstörung auf. Wenn mindestens zwei Fragen mit „ja“ beantwortet werden, besteht ein Grund zu weiterer Diagnostik.

- 1) Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?
- 2) Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?
- 3) Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?
- 4) Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?
- 5) Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?

(Die fünf Fragen wurden dem SCOFF-Fragebogen entnommen. Quelle: Morgan, Reid und Lacey nach: RKI und BZgA, 2008, S. 52.
Original: British Medical Journal 325, 7367, 755–756. www.bmj.com/content/bmj/319/7223/1467.full.pdf, Zugriff: 18.10.2015)

Ist der junge Mensch zufrieden mit seinem Ernährungsverhalten?

Ja nein

Wenn „nein“ ...

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie wichtig ist es ihr/ihm, daran etwas zu verändern?

(1 = sehr unwichtig und 10 = sehr wichtig)



Auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie zuversichtlich ist sie/er, daran etwas verändern zu können?

(1 = gar nicht zuversichtlich und 10 = sehr zuversichtlich)



2. Medienkonsum

Welche Medien nutzt der junge Mensch?

Medium	Häufigkeit der Nutzung							Bemerkungen (z. B. „Lieblingsmedium“ ankreuzen)
	nie	selten	1 – 3 pro Woche	4 – 6 pro Woche	tgl. bis zu einer Std.	tgl. bis zu 3 Std.	tgl. über 3 Std.	
Fernsehen								
Computerspiele								
Handy/Internet, z. B. soziale Netzwerke								
Spielkonsole								
Weiteres, und zwar								
Weiteres, und zwar								

Ist der junge Mensch zufrieden mit seinem Medienkonsum?

Ja nein

Wenn „nein“ ...

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie wichtig ist es ihr/ihm, daran etwas zu verändern?

(1 = sehr unwichtig und 10 = sehr wichtig)



Auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie zuversichtlich ist sie/er, daran etwas verändern zu können?

(1 = gar nicht zuversichtlich und 10 = sehr zuversichtlich)



3. Substanzkonsum

Mit welchen Substanzen hat der junge Mensch (welche) Erfahrung?

Substanz	nie	Alter bei Erstkonsum	Aktuelles Konsumverhalten (Häufigkeit, Dosierung, ggf. Mischkonsum)	Bemerkungen (z. B. zu früherem Konsumverhalten)
Alkohol (welche Art/en?)				
Zigaretten				
Cannabis				
Amphetamin				
Weiteres, und zwar				
Weiteres, und zwar				

Wenn **Alkohol** getrunken wird, bitte die drei Fragen aus dem „AUDIT-C“ ausfüllen lassen.

Mit dem **Screeningbogen „AUDIT-C“** (Rumpf et al., 2001) können Hinweise auf riskanten Alkoholkon-

sum festgestellt werden. Vordrucke mit Fragen und Antworten zum Ankreuzen sind inklusive Auswertung leicht über Internetsuchmaschinen zu finden.

AUDIT-C

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Niemals | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 1 Mal im Monat oder seltener | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 2 bis 4 Mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2 bis 3 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4 Mal oder mehrmals in der Woche | <input type="checkbox"/> | 4 |

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholhaltiges Getränk ist z. B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| 1 – 2 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3 – 4 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 5 – 6 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 7 – 9 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 10 oder mehr | <input type="checkbox"/> | 4 |

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| Niemals | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Seltener als 1 Mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 1 Mal im Monat | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 1 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Täglich oder fast täglich | <input type="checkbox"/> | 4 |

Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2001): Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Nimmt der junge Mensch **Medikamente** ein? Falls „ja“, muss er/sie dabei etwas beachten? Falls Rauschmittel konsumiert werden, sind Wechselwirkungen mit der behandelnden Ärztin bereits abgeklärt?

Ist der junge Mensch zufrieden mit seinem Substanzkonsum?

Ja nein

Wenn „nein“ ...

Auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie wichtig ist es ihr/ihm, daran etwas zu verändern?
(1 = sehr unwichtig und 10 = sehr wichtig)



Auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie zuversichtlich ist sie/er, daran etwas verändern zu können?
(1 = gar nicht zuversichtlich und 10 = sehr zuversichtlich)



4. Bilanz

Liegt riskantes Konsumverhalten vor? Bitte skalieren zwischen 0 (sehr unauffällig) und 3 (hochriskant)

Aus der Sicht ...	Ernährungsverhalten	Medienkonsum	Substanzkonsum
des jungen Menschen			
der Fachkraft			

Soll am Konsumverhalten etwas verändert werden? Bitte skalieren zwischen 0 (nein) und 3 (unbedingt)

Aus der Sicht ...	Ernährungsverhalten	Medienkonsum	Substanzkonsum
des jungen Menschen			
der Fachkraft			

7.3.2 Kriterien zur Diagnose substanzbezogener Störungen

Nachfolgende Kriterien zur Diagnose des schädlichen Gebrauchs und des Abhängigkeitssyndroms sind dem „Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ (MAS) entnommen (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012, S. 114 ff.).¹⁵

Auf der ersten Achse dieses Klassifikationsschemas orientieren sich die Autoren am ICD-10, einem gebräuchlichen Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen bei Erwachsenen.

„Schädlicher Gebrauch

- A. Deutlicher Hinweis, dass der Substanzgebrauch verantwortlich ist für die körperlichen oder psychischen Probleme, einschließlich der eingeschränkten Urteilsfähigkeit oder des gestörten Verhaltens, das evtl. zu Behinderung oder zu negativen Konsequenzen in den zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat.
- B. Die Art der Schädigung sollte klar bezeichnet werden können.
- C. Das Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf.
- D. Auf die Störung treffen die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung bedingt durch dieselbe Substanz zum gleichen Zeitpunkt nicht zu (außer akute Intoxikation F1x.0).“

[Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012, S. 115]

„Abhängigkeitssyndrom

Bei einer Substanzabhängigkeit handelt es sich um eine psychische Erkrankung. Folgende Kriterien werden für eine Diagnose herangezogen:

Drei oder mehr der folgenden Kriterien sollten zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben:

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (über den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums, d. h., dass entweder mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, dass es erfolglose Versuche oder den anhaltenden Wunsch gibt, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren).

¹⁵ Wir danken der Hogrefe AG für die freundliche Genehmigung der Textübernahme.

3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten. Für eine Intoxikation oder um die gewünschten Effekte zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, was an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs deutlich wird. Alternativ wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen, was an dem fortgesetzten Gebrauch deutlich wird, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst war oder hätte bewusst sein können.“

(Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012, S. 115 f.)

Die Diagnose einer Substanzabhängigkeit kann auf jede Substanzart bzw. -klasse angewendet werden. Es sind Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa (Beruhigungsmittel) oder Hypnotika (Schlafmittel), Kokain, Stimulanzien einschließlich Koffein, Halluzinogene, flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelstoffe) und Tabak aufgeführt (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2012, S. 105 f.).

7.3.3 Screening-Instrument CSVk-S für exzessiven Mediengebrauch¹⁶

¹⁶ Wir danken den Autoren für die freundliche Genehmigung der Textübernahme.

Skala zum Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen (CSVk-S)

(Wölfling, K., Müller, K. W. & Beutel, M. E., 2009)

Im Folgenden findest du einige Fragen dazu, wie du im Allgemeinen mit Computerspielen umgehst. Bitte beantworte alle Fragen so wahrheitsgemäß und vollständig wie möglich.

Denke bitte daran, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Überlege bei der Beantwortung der einzelnen Fragen also nicht allzu lange, sondern kreuze diejenige Antwort an, welche dir spontan als die passendste erscheint.

1a) Ich bin _____ Jahre alt und ich bin männlich weiblich

1b) Ich besitze einen eigenen Computer ja nein

1c) Ich spiele seit ca. _____ Jahren Computerspiele

1d) Ich besuche folgende Schule:

Hauptschule

Integrierte Gesamtschule

Realschule

Gymnasium

andere Schule, nämlich: _____

Frage 1

Wie viele Stunden spielst du durchschnittlich pro Wochentag (Mo. – Fr.) Computerspiele? _____ Stunden

Frage 2

Wie viele Stunden spielst du durchschnittlich pro Tag am Wochenende / Ferien / Feiertag Computerspiele? _____ Stunden

Frage 3

Wie häufig spielst du Computerspiele?

jeden Tag (1)

2 – 3 Mal pro Woche (2)

1 Mal pro Woche (3)

1 Mal im Monat (4)

weniger als 1 Mal im Monat (5)

Frage 4

Wie lange spielst du in der Regel Computerspiele?

weniger als 1 Stunde (1)

1 – 2 Stunden (2)

2 – 4 Stunden (3)

4 – 6 Stunden (4)

mehr als 6 Stunden (5)

Frage 5

Wie stark bist du am Tag **gedanklich** mit Computerspielen beschäftigt?

- 0
gar nicht
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr stark

Frage 6

Wie häufig hast du schon Computerspiele gespielt, obwohl du dir vorgenommen hattest, dies nicht zu tun, **oder** hast du häufiger bzw. länger gespielt, als du eigentlich beabsichtigt hattest?

- 0
nie
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr oft

Frage 7

Fühlst du dich schlecht, wenn du keine Computerspiele spielen kannst?

- 0
nie
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr oft

Frage 8

Hast du bemerkt, dass du immer **häufiger** oder **länger** spielen musst, um dich wieder gut oder entspannt zu fühlen?

- 0
nie
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr oft

Frage 9

Wie stark ist dein durchschnittliches Verlangen nach Computerspielen?

- 0
nicht
vorhanden
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr stark
vorhanden

Frage 10

Wie häufig erscheint dir dein Verlangen nach Computerspielen so übermächtig, dass du diesem nicht widerstehen kannst?

- 0
nie
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr oft

Frage 11

Wie häufig vermeidest du **negative** Gefühle durch Computerspiele?
Bsp.: Spielst du oft, wenn du dich traurig, enttäuscht oder ärgerlich fühlst?

- 0
nie
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr oft

Frage 12

Wie häufig hast du bisher versucht, dein Computerspielverhalten **aufzugeben** bzw. **einzuschränken**?

- 0
nie
- 1
- 2
- 3
- 4
sehr oft

Wenn du schon einmal versucht hast, dein Computerspielverhalten zu ändern: Hast du es geschafft?

- ja
- nein

Auswertungsblatt (CSVk-S)

Item-Nr.	Item	kritische Antwort	Wertung der Antwort
Ia - Id	Demografische bzw. Nutzungsangaben	entfällt	ohne Wertung
Item 1	Wie viele Stunden spielst du durchschnittlich pro Wochentag Computerspiele?	ab 4 Stunden	1 Punkt
Item 2	Wie viele Stunden spielst du durchschnittlich pro Tag am Wochenende Computerspiele?	entfällt	ohne Wertung
Item 3	Wie häufig spielst du Computerspiele?	1	2 Punkte
Item 4	Wie lange spielst du in der Regel Computerspiele?	5 4	2 Punkte 1 Punkt
Item 5	Wie stark bist du am Tag gedanklich mit Computerspielen beschäftigt?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 6	Wie häufig hast du schon Computerspiele gespielt, obwohl du dir vorgenommen hattest ...?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 7	Fühlst du dich schlecht, wenn du keine Computerspiele spielen kannst?	4 3 2	2 Punkte 1 Punkt 1 Punkt
Item 8	Hast du bemerkt, dass du immer häufiger oder länger spielen musst ...?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 9	Wie stark ist dein durchschnittliches Verlangen nach Computerspielen?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 10	Wie häufig erscheint dir dein Verlangen nach Computerspielen so übermächtig, dass ...?	4	1 Punkt
Item 11	Wie häufig vermeidest du negative Gefühle durch Computerspiele?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 12	Wie häufig hast du bisher versucht, dein Computerspielverhalten aufzugeben/einzuschränken?	4 3	2 Punkte
	→ Wertung nur in Kombination mit: „Wenn du es schon einmal versucht hast, hast du es geschafft?“	„nein“	
Item 13	Wie häufig hast du schon etwas Wichtiges vergessen, weil du die ganze Zeit am Computer ...?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 14	Wie häufig hattest du das Gefühl, dass du zu viel oder zu lange gespielt hast?	4 3	2 Punkte 1 Punkt
Item 15	Sind aufgrund deines Computerspielverhaltens negative Folgen aufgetreten?	pro „ja“	0,5 Punkte
Item 16	Wozu nutzt du im Allgemeinen das Internet?	entfällt	ohne Wertung

Maximal erreichbare Gesamtpunktzahl: 27

Klinische Cutoffs:

7,0 bis 13,0 Punkte = Missbrauch

ab 13,5 Punkte = Abhängigkeit

7.3.4 Essstörungen und Adipositas im Überblick

Diagnose

Anorexia nervosa
(Magersucht)

Bulimia nervosa
(Ess-Brech-Sucht)

Kriterien zur Beschreibung

Im ICD-10 verschlüsselt unter:	F 50.0 ¹⁷ im Kapitel V, psychische und Verhaltensstörungen	F 50.2 im Kapitel V, psychische und Verhaltensstörungen
BMI (bei Kindern und Jugendlichen sind zusätzlich die alters- und geschlechtsspezifischen Referenzkurven zu berücksichtigen)	Mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht Erwachsene: BMI unter 17,5 Kinder und Jugendliche: unterhalb der 10. BMI-Altersperzentile (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie et al., 2011, S. 12)	Große Spannweite zwischen unterem Normal- bis leichtem Übergewicht, also BMI zwischen 18,5 bis 25
Zentrale Merkmale	<p>Charakteristisch für Anorexie und Bulimie sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starkes Streben, schlank zu sein, mit rigiden Diät-Regeln und Angst davor, dick zu werden • Anspruch, perfekt zu sein • Permanente, zwanghafte Beschäftigung mit (Nicht-)Essen • Verzerrte Wahrnehmung der eigenen Körperdimensionen (Legenbauer, Vocks, 2014, S. 18) • Das Selbstwertgefühl ist stark vom Körperbild abhängig 	
	<p>Essanfälle kommen bei einer Unterform der Anorexie vor, aber nicht so regelmäßig wie bei der Bulimie (F 50.01)</p> <p>Im Vordergrund stehen das Bemühen um Selbstkontrolle und Beherrschen von Emotionen</p> <p>Beim restriktiven Umgang mit Essen, ggf. auch exzessivem Sporttreiben, spüren Patientinnen Stolz und Kontrolle, daher eher Leugnung einer Erkrankung</p> <p>(Legenbauer, Vocks, 2014, S. 18)</p>	<p>Charakteristisch sind häufige Essanfälle mit umgehenden „Gegenmaßnahmen“</p> <p>Eher Neigung zu mangelnder Selbstkontrolle, was mit erhöhter Impulsivität und emotionaler Instabilität einhergeht</p> <p>Patientinnen erleben den Umgang mit Essen als belastend, daher kommt es eher zu einer Krankheitseinsicht</p> <p>(Legenbauer, Vocks, 2014, S. 18)</p>
Gewichtsregulierende Gegenmaßnahmen wie z. B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Appetitzüglern?	Ein Teil der Betroffenen nimmt diese Maßnahmen vor (F 50.01); ein anderer Teil nicht (F 50.00)	Ja
Selbstwahrnehmung der Betroffenen: Kontrollverlust über das Verhalten und/oder Leidensdruck?	<p>Selbstwahrnehmung: Kontrolle des Essens; besonders zu Beginn der Erkrankung kein Leidensdruck</p> <p>Fremdwahrnehmung: Kontrollverlust der restriktiven Nahrungsaufnahme</p>	Kontrollverlust und Leidensdruck
Welche Relevanz für dieses Handbuch?	Eher als Exkurs behandelt	Eher als Exkurs behandelt

¹⁷ siehe Seite 142 oben

Binge Eating
(Essattacken)

Adipositas (starkes Übergewicht)
durch übermäßige Kalorienzufuhr

<p>F 50.8 „Sonstige Essstörungen“ Im DSM-5 verschlüsselt unter 307.51</p>	<p>E 66.0 im Kapitel IV, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p>
<p>Häufig bei Personen mit einem BMI über 30. Das Übergewicht ist meist (auch) auf eine allgemeine Tendenz zum Überessen und „chaotische“ Essgewohnheiten zurückzuführen. (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie et al., 2011, S. 29)</p>	<p>Einteilung in drei Schweregrade Erwachsene: ab BMI von 30 Kinder und Jugendliche: ab der 90. BMI-Perzentile</p>
<p>„Essanfälle sind gekennzeichnet durch eine große, in kurzer Zeit aufgenommene Nahrungsmenge und Kontrollverlust. Sie treten in spezifischen Situationen auf und folgen meist negativer Stimmung. Zudem sind dysfunktionale kognitive Prozesse an der Auslösung beteiligt. Positiv verstärkend wirken die kurzfristige Erleichterung und die mögliche Ablenkung von negativen Ereignissen.“ (Legenbauer, Vocks, 2014, S. 34)</p> <p>Essanfälle können geplant und spontan auftreten</p>	<p>Adipositas ist dadurch gekennzeichnet, dass der Körper einen übermäßigen Anteil Fettgewebe aufweist. Dies entsteht durch eine positive Energiebilanz, das heißt, die aufgenommene Kalorienmenge ist höher als der Verbrauch des Körpers</p> <p>Abgrenzung zu Essstörungen: Wenn zur Adipositas ein chaotisches Essverhalten, Überessen oder Essanfälle auftreten, handelt es sich um Symptome von Essstörungen. Sie können analog der Klassifikationssysteme kategorisiert werden und sollten behandelt werden</p>
<p>Nein</p>	<p>Nein</p>
<p>Kontrollverlust und Leidensdruck</p>	<p>Offen</p>
<p>Im Sinne eines „Konsum-Themas“ behandelt – des Ausweichens vor unangenehmen Gefühlen</p>	<p>Im Sinne gesundheitsförderlicher Präventions-Maßnahmen zum „Schutz vor Überernährung“ behandelt, ggf. auch als „Konsum-Thema“ / Ausweichen vor unangenehmen Gefühlen</p>

- 17 Die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ verweist auf Studien, nach denen die Hauptkategorien des DSM-IV und der ICD-10 lediglich rund 40 bis 60 % der Patientinnen mit einer klinisch bedeutsamen Essstörung erfassen. Es soll darauf geachtet werden, auch die diagnostischen Kategorien atypischer und nicht näher bezeichneter Essstörungen anzuwenden (DGPM et al., 2011, S. 8). Die Verfasser verweisen beispielhaft auf den „Eating Disorder Examination-Questionnaire“ (EDE-Q) und auf weitere Fragebögen im Internet: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html> (Zugriff: 18.10.2016) (ebenda, S. 9).

7.4 Übungen zur Reflexion: Umgang mit Substanzen

7.4.1 Wie erkennt man seelische Abhängigkeit?

Als Interventionsmaßnahme notieren auffällig gewordene junge Menschen zunächst für sich allein, was für sie persönlich Alarmzeichen wären, die ihnen signalisieren, weniger zu konsumieren oder den Konsum zu beenden. Fachkräfte können an den Antworten erkennen, welches Ausmaß an Konsequenzen die betreffende Person bereit ist in Kauf zu nehmen.

Bei der Besprechung der Antworten können Fachkräfte unterstützen, weiter in die Tiefe zu gehen, und ggf. auch den nachfolgenden Bogen gemeinsam durchgehen.

	trifft zu	trifft nicht zu
Wenn die Gedanken (fast) täglich um das Besorgen der Substanz und Konsumgelegenheiten kreisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man Konsum verheimlicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Freunde äußern, dass sie sich Sorgen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Eltern oder Betreuer äußern, dass sie sich Sorgen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man seine eigenen Regeln und/oder Vorsätze im Umgang mit Konsum bricht (und sich das selbst „schönredet“ wie z. B. „ging ja nicht anders, weil ...“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man nicht konsumierende Menschen als „langweilig“ empfindet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man nur noch mit Menschen zusammen ist, die auch konsumieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere Beschäftigungen langweilig und unattraktiv erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere Gesprächsthemen langweilig und unattraktiv erscheinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man in der Schule zugunsten des Konsums schlechte Noten in Kauf nimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere oft „schuld sind“, dass einem etwas Missliches passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man alleine konsumiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man Geld geschenkt bekommt und einer der ersten Gedanken ist, wie viel der Liebingssubstanz, Computerspiele usw. man dafür kaufen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man mit Freunden mehr Zeit mit der Substanz bzw. Tätigkeit als ohne verbringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man unter Anspannung oder Gereiztheit direkt das Bedürfnis zu konsumieren hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man (fast) all sein Geld dafür ausgibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man sich illegal oder selbstschädigend verhält, um an Geld für die Substanz zu kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man unter dem Einfluss einer Substanz Schule oder Arbeitsplatz aufsucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man sich selbst mit seinem Konsumverhalten schon gefährdet hat (z. B. betrunken Fahrrad gefahren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man andere zum Mitkonsumieren überreden will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speziell Cannabis:		
- Wenn man ohne zu kiffen Schlafprobleme hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn man vergesslich wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man ohne Konsumgelegenheit gereizt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Zusammenstellung: N. Wirth)

7.4.2 Konsumdiagramm erstellen

Für etwas längerfristig Substanzen konsumierende junge Menschen empfehlen wir, das nachfolgende Konsumdiagramm auszufüllen (entwickelt von inEchtzeit, Beratungsstelle für synthetische Drogen und Cannabis der Krisenhilfe e.V. Bochum). Es regt die Reflexion an.

Ziel: Das bisherige persönliche Konsumverhalten soll in seiner Entwicklung auf einen Blick deutlich werden. Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und Veränderungen im Konsumverhalten sollen erkannt werden.

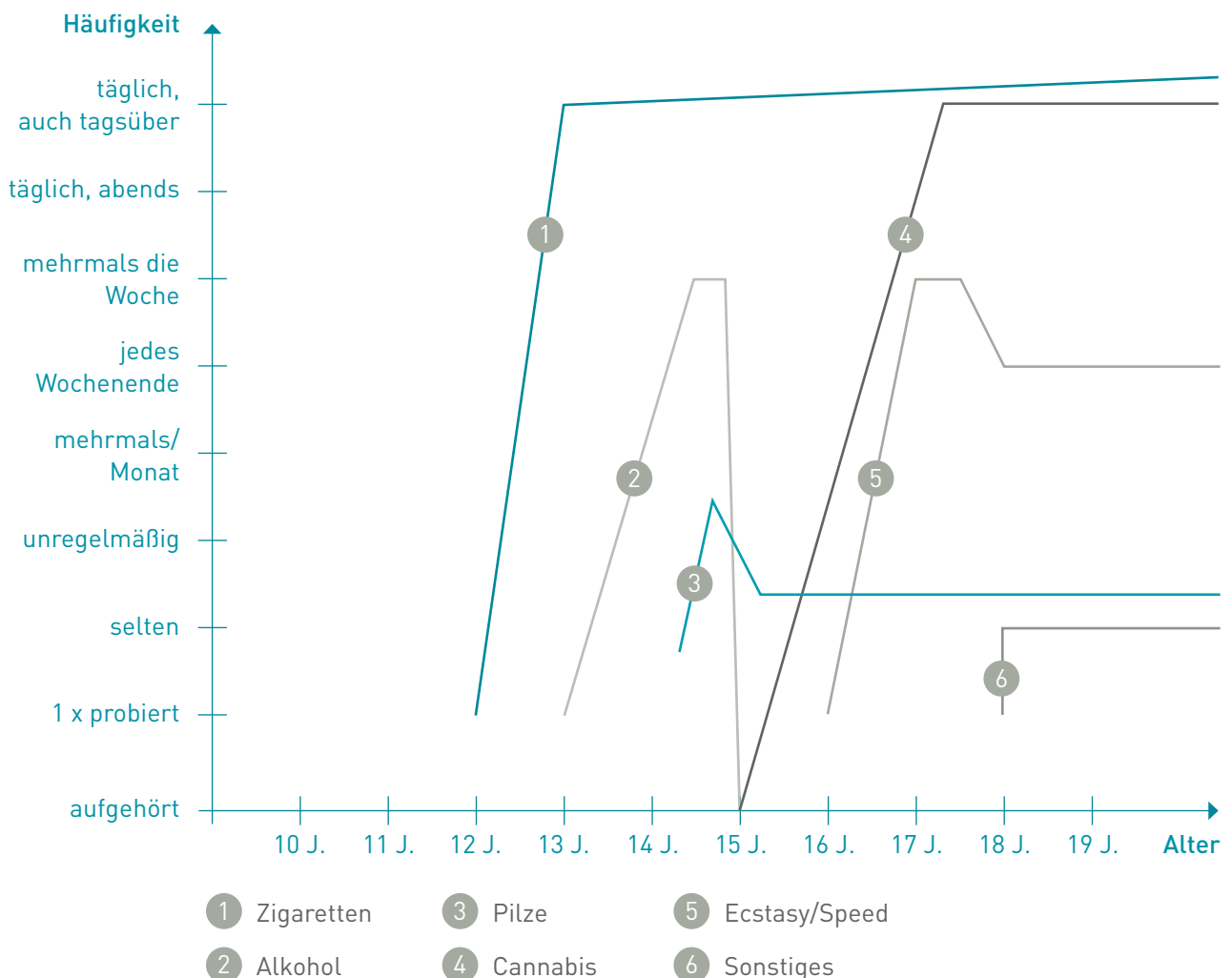
Umsetzung: Die Achsen mit Beschriftung auf ein (kariertes) Blatt übertragen. Für jede Substanz eine Farbe zuordnen (Alkohol blau, Zigaretten

gelb, Cannabis grün, Amphetamin rot, Sonstiges pink) und ggf. Farbkopien anfertigen.

Der/Die Jugendliche trägt für jede bislang konsumierte Substanz im Altersverlauf Kreuze auf der entsprechenden Höhe des Konsummusters ein. Dann werden die Kreuze mit einer Linie verbunden.

Beispiele zur Reflexion: Was fällt dir auf? Welche Gründe gab es dafür, dass sich dein Konsum gesteigert oder gesenkt hat? Wie hat es vor zwei Jahren funktioniert, deinen Konsum einzuschränken? Bist du zufrieden oder unzufrieden, wie die Kurven am rechten Ende aussehen? Wie sollen die Kurven weiter verlaufen?

Beispiel für die Konsumdiagramm-Umsetzung



7.4.3 Mögliche Themen und Strategien bei der Veränderung des Cannabiskonsums

Wenn Menschen sich mit dem Gedanken tragen, ihr längerfristiges Konsumverhalten zu reduzieren oder zu beenden, löst das oft Befürchtungen aus. Es kann hilfreich sein, sich (schriftlich) diese Befürchtungen bewusst zu machen und passende Strategien zu überlegen, wie möglicherweise auftauchende Schwierigkeiten gemeistert werden können.¹⁸ Nachfolgend ist die Tabelle mit beispielhaften Themen und Strategien für Cannabis ausgefüllt.

¹⁸ entwickelt von inEchtzeit, Beratungsstelle für synthetische Drogen und Cannabis der Krisenhilfe e.V. Bochum

Beispielhafte Themen und Strategien bei der Veränderung des Cannabiskonsums

Mögliche Themen	Mögliche Strategien
Nicht mehr dazugehören; Partner oder Freundinnen konsumieren weiter	Mit Partnern und Freundinnen, die weiterhin konsumieren, feste Absprachen treffen, z. B. „nicht in meiner Gegenwart kiffen“. Kontakt zu alten Freunden oder Bekannten suchen, für die Cannabis (und andere Drogen) keine oder eine möglichst geringe Rolle spielt
	Persönliche Stärken und Interessen nutzen, um neue Menschen kennenzulernen (z. B. humorvoll; früher gerne Handball gespielt)
Langeweile, auf nichts Lust Wenig Tagesstruktur, wenn das Beschaffen und Konsumieren wegfällt	Einen (Tages-/Wochen-)Plan erstellen, was (besonders in der ersten Zeit) zu unternehmen ist (Probetraining im Sportstudio, alte Freundin treffen usw.) Diesen Plan umsetzen, auch wenn zuvor keine Lust darauf
Sex ist langweilig, nicht mehr so intensiv; weniger oder keine Lust mehr auf Sex	Sex ohne Drogen ist anders, aber nicht schlechter. In der Übergangszeit kann es hilfreich sein, Neues auszuprobieren und sich auch mit Sex Zeit zu geben, bis sich Gefühle und Empfindungen reguliert haben
(Ein-)Schlafstörungen	Keine Angst vor Schlafstörungen haben! Es ist anstrengend, aber kein Drama, ein paar Nächte wenig zu schlafen DVDs besorgen, um über die ersten Nächte zu kommen Neue Einschlafrituale finden
Unangenehme Gefühle kommen hoch: Gereiztheit bis Aggressivität, Depressivität, Angst	Sich immer wieder bewusst machen, dass diese Gefühle gerade „normal“ sind – zuvor hat Cannabis eine „zweite Haut“ gegeben (Gefühl eines „Wattebauschs“), von der Unangenehmes sanft abgeprallt ist Die Seele bzw. Gefühlsregulation benötigt ein paar Wochen, um sich an die neue Situation zu gewöhnen
	Psychotherapie machen. Dies ist besonders zu empfehlen, wenn nach zwei bis drei Wochen Abstinenz unangenehme Gefühle stärker statt schwächer werden
Schon mehrmals versucht, das Konsumverhalten zu verändern, und immer rückfällig geworden	Mutig und optimistisch den nächsten Anlauf starten. Sich bewusst machen, was bei den letzten Versuchen die „Stolperfallen“ waren, und besonders zu diesen Rückfallgründen Strategien entwickeln
	Abschiedsritual (Abschiedsbrief an Substanz oder Verhaltensweise schreiben, Wasserpfeife beerdigen)
	Schriftlichen Notfallplan erstellen: Was ist zu tun, wenn großes Bedürfnis zu konsumieren aufkommt? Merkkärtchen mit Zielen und Wichtigkeit des Vorhabens schreiben
Ohne Beruhigung durch Cannabis: Sorge, „auszurasten“, gewalttätig zu werden	Versuchen, diese Sorge realistisch einzuschätzen
	An einem Anti-Gewalt-Training teilnehmen
Zugreifen, wenn Cannabis angeboten wird	In Gedanken durchspielen, was zu tun ist, wenn einem die Substanz/Verhaltensweise angeboten wird. Wenn diese Situation auftaucht, nicht nachdenken, sondern nur den Plan „abspulen“
Ohne Cannabis erscheint alles Grau in Grau	Erfolge feiern und sich belohnen
	Geld, das man sonst für die Substanz/Verhaltensweise ausgegeben hat, für eine reizvolle Sache in die Spardose geben

7.4.4 Ambivalenzenwaage nach Miller und Rollnick

Die Ambivalenzenwaage, manchmal auch Vierfelderschema genannt, wird im Hinblick auf Vor- und Nachteile der Veränderung des Konsumverhaltens ausgefüllt (Miller, Rollnick, 2015).

Die Übung eignet sich gut für Menschen, die bereits Nachteile durch den Konsum wahrgenommen haben. Mit Jugendlichen, die sich keinerlei Kosten durch den Konsum bewusst sind, sollte sie dagegen nicht genutzt werden.



Vorteile der Änderung

- ▶ Spannend, neue Leute kennenzulernen
- ▶ Mehr Geld
- ▶ Schule besser abschließen, dadurch wahrscheinlich bessere Lehrstelle
- ▶ Stolz auf mich, dass ich's geschafft habe

Vorteile des Konsums

- ▶ Schnelle, einfache Entspannung, vor allem wenn ich genervt bin
- ▶ Cannabis ist meine „Versicherung“, dass ich nicht vor Wut ausraсте
- ▶ Musik und Sex sind intensiver

Nachteile des Konsums

- ▶ Risiko, Ärger mit der Polizei / dem Gericht zu bekommen
- ▶ Wir hängen viel ab, das ist manchmal langweilig
- ▶ Vergesslich
- ▶ Dauernd Ärger und Gespräche mit Betreuern

Nachteile der Änderung

- ▶ Wird anstrengend
- ▶ Zu Beginn Entzugssymptome, z. B. Schlafstörungen, sehr gereizt
- ▶ Meine Kollegen werden weiter kiffen. Heißt das Verlust dieser Freundschaften?

7.5 Hinweise zum risikomindernden Umgang mit Substanzen und Verhalten im Drogen-Notfall

Minderjährige sollten motiviert werden, keinerlei Rauschmittel zu konsumieren. Dies gelingt jedoch lediglich zu einem kleinen Prozentsatz (vgl. Kap. 1.1). Dem größeren Teil der jungen Menschen, nämlich den bereits konsumierenden, sollten Regeln vermittelt werden, wie sie mit Rauschmitteln umgehen sollten. Dabei handelt es sich (neben einem Beendigungsplan) um eine Schutzmaßnahme. Botschaft: „Wir sind dagegen, dass du Rauschmittel konsumierst, und geben dir jegliche Unterstützung, mit klarem Kopf zu leben und einen etwaigen Konsumbeginn so weit wie möglich hinauszuschieben. Wenn du dich dennoch entscheidest zu konsumieren, halte dich bitte an die folgenden Konsum-Regeln.“

- ▶ Dosis/Dauer beschränken
- ▶ Mehrere konsumfreie Tage in der Woche
- ▶ Kein Konsum zur Erleichterung von unangenehmen Gefühlen
- ▶ Nicht alleine konsumieren
- ▶ Punktnüchternheit: Kein Konsum oder keine Nachwirkungen davon während der Arbeit, Schule, Verkehrsteilnahme
- ▶ Überblick über Mengen: Nicht aus Tetra Paks® oder großen Flaschen trinken, sondern aus Gläsern
- ▶ Kein Mischkonsum mehrerer Substanzen

- ▶ Füreinander Verantwortung übernehmen: Sich vor dem Konsum untereinander versichern, aufeinander zu achten. Niemand darf allein zurückgelassen werden, wenn es ihm oder ihr schlecht geht. Eine Person aus der Gruppe sollte nüchtern bleiben, um für ggf. eintretende Notfälle einen klaren Kopf zu haben.
- ▶ Kein Erwachsener, der abhängig ist, hat sich als Kind oder Jugendlicher vorgestellt, später abhängig zu werden. Die Entwicklung einer Abhängigkeit ist ein schleichender Prozess. Überleg dir, was genau dich vor einer Abhängigkeit schützt: Was sind deine Talente und Stärken? Worauf kannst du dich stützen, damit du Substanzen nicht als „Krücke“ brauchst? Was sind deine Regeln, an die du dich halten möchtest, um dich nicht von Substanzen abhängig zu machen? Was sind Signale, an denen du merken würdest, dass dein Konsum zu hoch wird? Beantworte diese Fragen schriftlich und schaue dir von Zeit zu Zeit an, ob du die Dinge noch genauso siehst. Wenn Veränderungen in deiner Haltung auftreten: Sei dir selbst gegenüber kritisch, ob du etwas „schönredest“

Der Konsum von Rauschmitteln ist immer mit deutlichen Risiken verbunden. Diese Risiken liegen auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene.

Verhalten im Notfall

Wer zusammen legale und/oder illegale Drogen konsumiert, sollte auch Verantwortung füreinander übernehmen. Es ist hilfreich, für sich allein und im Freundeskreis als Gedankenexperiment durchzuspielen, wer was unternehmen würde, wenn es einem Freund oder einer Freundin aus unterschiedlichen Gründen im Zusammenhang mit Substanzkonsum schlecht geht.

Seelische Notfälle

Besonders bei wahrnehmungsverändernden Drogen (z. B. LSD, psychoaktive Pilze), aber auch beim Dauerkonsum von Stimulanzien (z. B. Amphetamin) kann es zu Ängsten und Verfolgungsgedanken kommen. Diese können akut im Rausch auftreten.

- ▶ Es ist wichtig, selbst ruhig zu bleiben und diese Ruhe auf die betroffene Person auszustrahlen – also beruhigend mit der Person sprechen, sie von ängstigenden Ideen ablenken und leichten Körperkontakt anbieten
- ▶ Der Person versichern, dass ihre gegenwärtigen Gefühle von Drogen ausgelöst werden und gleich wieder vorübergehen
- ▶ Der Person versichern, dass sie nicht allein gelassen wird und in Sicherheit ist
- ▶ Die Person an einen ruhigen Ort bringen. Grundsätzlich können Ortswechsel beruhigend wirken
- ▶ Wenn eine HelferIn oder ein Helfer selbst durch die Situation in Angst gerät oder die betroffene Person nicht zu beruhigen ist, muss ein Arzt gerufen werden

Wenn Gefühle wie z. B. Angst, Verwirrung oder Verfolgungsgedanken über einen längeren Zeitraum anhalten, auch wenn die Person nicht mehr unter dem Einfluss von Substanzen steht, ist das als sehr bedenklich einzuschätzen. Es kann sich dabei um Symptome einer psychotischen Störung, also einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung handeln. In diesen Fällen ist es sehr wichtig, so früh wie möglich den Rat einer Psychiaterin einzuholen. Je länger der Arztbesuch hinausgeschoben wird, desto höher ist das Risiko, dass sich aus einer vorübergehenden psychotischen Episode eine (unter Umständen lebenslange) manifeste Erkrankung entwickelt.

Körperliche Notfälle

Gerade im Zusammenhang mit Alkohol kann es schnell zu körperlichen Symptomen kommen: Torkeln, Lallen und Erbrechen sind Vergiftungserscheinungen und zeigen eine Überdosierung an.

Fachkräfte wie auch (junge) Konsumenten sollten über potenzielle Risiken Bescheid wissen und sich mit Maßnahmen zur Ersten Hilfe auskennen. Die Homepage der Drugscouts (Leipzig) ist dafür zu empfehlen: www.drugscouts.de. Es gibt umfangreich Hinweise zum risikomindernden Gebrauch einzelner Substanzen und auch zum Umgang mit körperlichen Notfällen: Hier auf „Drogen & Info“ klicken, dann weiter zu „Erste Hilfe“. Besucherinnen erfahren, was beispielsweise bei Bewusstlosigkeit, Atem-/Herzstillstand oder Hitzschlag zu tun ist.

Ein Erste-Hilfe-Kurs ist nicht nur für Konsumenten sinnvoll – zumindest sollten Fachkräfte, die vom riskanten Substanzkonsum wissen, solche Notlagen mit Betreuten gedanklich durchspielen.

Als wichtige Faustregel gilt grundsätzlich: Bei körperlichen oder seelischen Drogen-Notfällen lieber einmal zu viel als einmal zu wenig einen Krankenwagen rufen.

7.6 Literaturtipps: (Nicht-)Rauchen und Förderung der Kooperation

Nachfolgend sind beispielhaft Literaturtipps zu zwei Themenbereichen aufgeführt:

- ▶ Informationen zum Tabakkonsum und zur Förderung des Nichtrauchens: in Einrichtungen der Jugendhilfe sowie Setting-unspezifisch
- ▶ Studien und Arbeitshilfen zum Thema „Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe/Suchtprävention“

Thema (Nicht-)Rauchen in Einrichtungen der stationären Hilfen zur Erziehung

Das Thema „Umgang mit (Nicht-)Rauchen in Einrichtungen“ ist sehr vielschichtig. Wir haben uns daher entschieden, es aus diesem Handbuch weitgehend für eine spezifische Veröffentlichung auszuklammern.

An dieser Stelle folgen Literaturhinweise, die das Thema aufgreifen:

- ▶ Landesinitiative „Leben ohne Qualm (LoQ)“ in Nordrhein-Westfalen: Rauchfreie Jugendhilfe. Tabakprävention in Schritten. Broschüre ohne Jahresangabe. ginko Stiftung für Prävention. Mülheim. Weitere Informationen dazu auch unter dem Link www.loq.de bzw. www.loq.de/Jugendhilfe
- ▶ LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) (Hrsg.) (2007): [Abschlussbericht des Projektes JaN – Jugendhilfe auf dem Weg zum Nichtrauchen](#). Forum Sucht, Band 40. Münster.
- ▶ Schu, M.; Mohr, S.; Hartmann, R. (2014): [Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe](#). Abschlussbericht im Auftrag der LWL-Koordinationsstelle Sucht. Münster. Als Download erhältlich.
- ▶ Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin (Hrsg.) / Rakete, G. (2007): [Basics 2. Frühintervention bei Jugendlichen mit Substanzmissbrauch](#). Ein Leitfaden für Einrichtungen der Jugendhilfe. Berlin. Download: www.rakete-konzept.de
- ▶ Vivid – Fachstelle für Suchtprävention Graz (2008): [Handlungsleitfaden für die Jugendarbeit](#). Graz. Download: www.vivid.at/_pdf/4d3fd0c488076.pdf (offene Jugendarbeit)

Zum allgemeineren Thema „Förderung des Nichtrauchens“ existiert eine Fülle von Literatur und Internetseiten. Stellvertretend seien die nachfolgenden genannt:

- ▶ **„rauch-frei“** der BZgA mit Informationen, Selbsttest und Ausstiegshilfen: www.rauchfrei.info
- ▶ **„feelok“** vom Baden-Württembergischen Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv), mit Infos, FAQs, Selbsttest und Ausstiegsprogramm in vier Schritten, zudem für Alkohol und Cannabis und mit einer Rubrik für Multiplikatorinnen: www.feelok.de
- ▶ **„Shisha Infoseite“** im Rahmen der Kampagne **„NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN“** vom Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT Nord): www.ift-nord.de/machdentest (Zugriff: 15.01.2018)

Studien und Arbeitshilfen zum Thema „Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe/Suchtprävention“

- ▶ Bella Donna (Hrsg.) (2015): **Arbeitshilfe. Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung.** Essen (als Download erhältlich)
- ▶ Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.) (2001): **Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe.** Frankfurt am Main.
- ▶ Fachverband Drogen- und Rauschmittel e. V. (2011): **Jugend Sucht Vernetzung.** Expertise. fdr-script. Hannover (als Download erhältlich)
- ▶ Wirth, N. (2013): **Wie macht Kooperation zwischen Psychiatrie, Jugend- und Suchthilfe Sinn? Eine qualitative Studie zur Optimierung der Versorgung von Jugendlichen mit einer Substanzproblematik.** Masterarbeit an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Münster
- ▶ Wolffersdorf, C. von (2009): **Komplexer Hilfebedarf. Perspektiven der Kooperation von Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule.** Abschlussbericht zum Landesmodellprojekt des Jugendamtes Leipzig und der Universität Leipzig. Stadt Leipzig (Hrsg.)

AACP Official Action (2005): **Practice Parameter für the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Abuse Disorders**. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 44(6), 609-621.

Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern (2013): **Suchtmittelkonsum in der stationären Jugendhilfe**. Fachzeitschrift „pro Jugend“, H. 3.

Albus, S. et al. (2010): **Wirkungsorientierte Jugendhilfe**. Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms „Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII. Münster.

Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt (2013): **Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädagogik und soziale Arbeit**. Ein Handbuch für die Praxis. Frankfurt am Main.

Barth, A. (2005): **Breit. Mein Leben als Kiffer**. Reinbek: Rowohlt.

Bauer, J. (2015): **Selbststeuerung. Die Wiederentdeckung des freien Willens**. 3. Auflage. München: Blessing.

Baumann, M. (2009): **Verstehende subjektlogische Diagnostik bei Verhaltensstörungen**. Hamburg: tredition Verlag.

Baumann, M. (Hrsg.) (2015): **Neue Impulse in der Intensivpädagogik – „Was tun, wenn wir nicht mehr weiter wissen?“**. Hannover: Schöneworth Verlag. (EREV-Beiträge zur Theorie und Praxis der Jugendhilfe; 11)

Baumann, M. (i. Vorb.): **Kinder, die Systeme sprengen**. Band 2: Impulse, Lösungswege und hilfreiche Settingbedingungen für Jugendhilfe und Schule. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Bella Donna (Hrsg.) (2015): **Arbeitshilfe. Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung**. Essen.

Bengl, O. (2013): **Ein geschütztes Zuhause für schwer erreichbare Jugendliche**. Das easyContact House in München. In: pro Jugend, H. 3/2013, 22–25.

Berking, M. (2014): **Training emotionaler Kompetenzen**. 3. Auflage. Berlin: Springer.

Böckem, J.; Jungaberle, H. (2015): **High Sein**. Ein Aufklärungsbuch. Berlin: Rogner & Bernhard.

Borowiak, S. (2015): **Alk**. Fast ein medizinisches Sachbuch. 11. Auflage. München: Heyne.

Bradley, K. A.; McDonell, M. B.; Bush, K.; Kivlahan, D. R.; Diehr, P.; & Fihn, S. D. (1998): **The AUDIT alcohol consumption questions: reliability, validity, and responsiveness to change in older male primary care patients**. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22, 1842–1849.

Bühler, A.; Thrul, J. (2013): **Expertise zur Suchtprävention**. Aktualisierte und erweiterte Neuauflage der „Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs“. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter (2015): **Empfehlungen. Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII**. Kiel.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011): **Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet**. Ein Ratgeber für Eltern, Fachkräfte und Provider. 4. Auflage. Berlin.

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) (2013): [Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung](#). Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg), verabschiedet am 09.04.2013 auf der Mitgliederversammlung in Berlin. Bonn.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015a): [Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014](#). Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

BZgA (2015b): [Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014](#). Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln.

BZgA (2015c): [Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft – Praxismodule für die Beratung von Schwangeren](#). Köln.

BZgA (2014): [Gut hinsehen und zuhören! Tipps für Eltern zum Thema „Mediennutzung in der Familie“](#). Aktualisierte Neuauflage. Köln.

BZgA (2013): [Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011](#). Teilband Computerspielen und Internetnutzung. Köln.

BZgA (Hrsg.) (2013): [Essstörungen vorbeugen. Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit](#). Köln.

BZgA (2012): [Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Aktuelle Verbreitung und Trends](#). Köln.

BZgA (Hrsg.) (2010): [Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und](#)

[Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen](#). Köln.

Carli, V. et al. (2012): [The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review](#). In: *Psychopathology*, 46(1), 1–13.

Deming, W. E. (1982): [Out of the Crisis](#). Cambridge.

Denner, S. (Hrsg.) (2008): [Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen](#). Stuttgart: Kohlhammer.

Dennis M. et al. (2002): [The Cannabis Youth Treatment \(CYT\) experiment: rationale, study design and analysis plans](#). In: *Addiction*, 97(Suppl. 1), 16–34.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2009): [Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland](#). 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860. 30.04.2009.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) et al. (Hrsg.) (2011): [S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen](#). AWMF-Registernummer 051-026. Kurzfassung. Version 1.1. 06. Dezember 2011.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2016): [Mia, Mats und Moritz ...](#) Das Begleitheft. Anleitung für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie für Angehörige zum Umgang mit Kindern suchtkranker Eltern. www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/2017_Mia_Matz_und_Moritz_Begleitheft.pdf, Zugriff: 16.01.2018.

DHS (2015a): [Kein Alkohol unter 18 Jahren](#). Positionspapier. Hamm.

DHS (2015b): [Cannabispolitik in Deutschland](#). Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen. Hamm.

DHS (2015c): [„Mia, Mats und Moritz“ für Kinder abhängiger Eltern](#). Hamm. Internet: www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/MiaMatsMoritz_web.pdf, Zugriff: 15.04.2016.

- DHS (Hrsg.) (2014a): [Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland](#). Hamm.
- DHS (2014b): [Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft](#). Hamm.
- Donabedian, A. (1980): [The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment](#). Volume I: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016): [Fetale Alkoholspektrumstörung – und dann?](#) Ein Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene. Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2014): [Die Fetale Alkoholspektrum-Störung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis](#). Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Pressemitteilung. [Alkoholschädigung bei Kindern besser erkennen](#). Berlin, 10. Dezember 2012.
- Erhard, S.; Seyboldt, R. (2015): [Möge die Macht mit dir sein! Care Leaver über Macht und Beteiligung in der Jugendhilfe](#). In: Forum Erziehungshilfe: Macht und Ermächtigung von jungen Menschen und Familien in den Erziehungshilfen, 21(5).
- Fairburn, C. (2015): [Essattacken stoppen](#). 2. Nachdruck 2015 der 3. überarbeiteten Auflage 2013. Bern: Hogrefe.
- Feldstein, S.; Miller, W. (2006): [Review. Substance use and risk-taking among adolescents](#). In: Journal of Mental Health, 15(6), 633–643.
- Fend, H. (2003): [Entwicklungspsychologie des Jugendalters](#). Wiesbaden: VS-Verlag.
- Fernandez-Artamendi, S. et al. (2012): [Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-A-S and CAST questionnaires](#). In: Substance Abuse Treatment Prevention and Policy, 7(1), 13.
- Fritsch, G. R. (2010): [Der Gefühls- und Bedürfnisnavigator. Gefühle & Bedürfnisse wahrnehmen](#). Orientierungshilfe für Psychosomatik- & Psychotherapiepatienten. Paderborn: Junfermann.
- Frölich, J.; Lehmkuhl G. (2012): [Computer und Internet erobern die Kindheit. Vom normalen Spielverhalten bis zur Sucht und deren Behandlung](#). Stuttgart: Schattauer.
- Graf, Ch. et al. (2013): [Vorschläge zur Förderung der körperlichen Aktivität im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – ein Expertenkonsens](#). Modifizierte Kurzversion. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Gross, JJ (2002): [Emotion regulation: affektive, cognitive, and social consequences](#). Psychophysiology, 39, 281–291.
- Häßler, F. (2012): [Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ausdruck und Herausforderung der Gesellschaft](#). In: Janßen, U.; Blum, K. (Hrsg.): [DKI-Barometer Psychiatrie 2011/2012](#). Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Holtmann, M.; Legenbauer, T.; Grasmann, D. (in Vorber.): [Störungen der Affektregulation](#). Göttingen: Hogrefe. (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie; 22)
- Homeier, S. (2014): [Sonnige Traurigtage](#). Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- In-Albon, T. (Hrsg.) (2013): [Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter](#). Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze. Stuttgart: Kohlhammer.
- Institut für Kinder- und Jugendhilfe (2014): [EVAS-Gesamtbericht Heimerziehung 2013](#). Mainz.
- ISA Planung und Entwicklung (Hrsg.) (2009): [Wirkungsorientierte Jugendhilfe](#). Münster. (Schriftenreihe des ISA zur Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung; Bd. 9)
- John, U. et al. (2015): [Verhaltensbasierte Prävention chronischer Erkrankungen. Wie kann sie gelingen?](#) In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 140(10), 756–760.
- Jordan, S. et al. (2011): [Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland](#). In: Bundesgesundheitsblatt, 55, 73–81.

- Kaba-Schönstein, L.: (2011): **Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien**. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/>, Zugriff: 11.04.2016.
- Kaner, E. F. S.; Brown, N.; Jackson, K. (2012): **A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions**. In: *Mental Health and Substance Use*, 4(1), 38–61.
- Kendler, K. S. et al. (2013): **Early Smoking Onset and Risk for Subsequent Nicotine Dependence. A Monozygotic Co-Twin Control Study**. In: *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 408–413.
- Kepper A. et al. (2011): **Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions**. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(6), 311–319.
- Krollpfeiffer, K. (1995): **Auf der Suche nach ekstatischer Erfahrung. Erfahrungen mit Ecstasy**. Berlin: VWB-Verlag.
- Kuntsche, E.; Gmel, G.; Annaheim, B. (2006): **Alkohol und Gewalt im Jugendalter**. Eine Sekundäranalyse der ESPAD-Schülerbefragung. Forschungsbericht. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- Landgraf M.; Heinen, F. (2012): **S3-Leitlinie Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms**. Kurzfassung. AWMF-Registernr.: 022-025. Internet: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>, Zugriff: 12.04.2016.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (2011): **Jugend Sucht Hilfe – Kooperationen zwischen den Hilfesystemen**. Münster.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2007): **Abschlussbericht des Projektes JaN: Jugendhilfeeinrichtungen auf dem Weg zum Nichtraucher**. Münster.
- Lehner, B.; Kepp, J. (2016): **Daten, Zahlen und Fakten**. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2016*. Lengerich: Pabst.
- Legenbauer, T.; Vocks, S. (2014): **Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie**. 2., überarb. u. erw. Auflage. Berlin: Springer.
- Martens, M.-S. et al. (2011): **Ambulante Suchthilfe in Hamburg: Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation**. Hrsg. von BADO e. V. Hamburg.
- Matzner, A.; Munsch, C. (2014): **Hilfeplan nach § 36 SGB VIII: Entwicklungen und Herausforderungen**. In: Macsenaere, M. et al. (Hrsg.): *Handbuch der Hilfen zur Erziehung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Die Medienanstalten (2016): **Medienkompetenz 2015/2016**. Leipzig: VISTAS-Verlag.
- Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (2014): **JIM-Studie 2014. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger**. Stuttgart.
- Merchel, J. (2015): **Hilfeplanung**. In: Merchel, J. (Hrsg.): *Handbuch. Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. 2. Auflage. München; Basel: Reinhardt.
- Merchel, J. (2010): **Leitung in der sozialen Arbeit. Grundlagen der Gestaltung und Steuerung von Organisationen**. 2., aktual. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Merchel, J. (Hrsg.) (2000): **Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen und Diensten der Erziehungshilfe**. Regensburg: Walhalla.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (2015): **Motivierende Gesprächsführung**. *Motivational Interviewing*: 3. Auflage. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Müller, M. J. (2009): **Epidemiologie und Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen**. Fit mit KOPS. Präsentation vom 12.12.2009. Düsseldorf.

Orth, B. (2016): **Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends**. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Pamme, H.; Merchel, J. (2014): **Personalentwicklung im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD)**. Konzeptionelle Herangehensweisen und Arbeitshilfen. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Petersen K. U. et al. (2009): **Pathologischer Internetgebrauch – Epidemiologie, Diagnostik, komorbide Störungen und Behandlungsansätze**. In: Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie, 77(5), 263–271.

Petermann, F. et al. (2013): **Verhaltenstraining in der Grundschule: Ein Programm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen**. 2., überarb. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Petry, J. (2014): **Kommentar zum Editorial von Rumpf, Batra und Mann „Pathologischer Internetgebrauch: Sucht oder psychosomatische Erkrankung?“** In: Sucht, 60(6), 354–359.

Pfeiffer-Gerschel, T.; Kipke, I.; Steppan, M. (2011): **Deutsche Suchthilfestatistik 2010. Alle Bundesländer**. Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe 1: Alle Betreuungen mit Einmalkontakten. München: Institut für Therapieforchung.

Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hrsg.) (2001): **Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe**. Frankfurt am Main.

Pflug, D. (2014): **Sich-fühlen. Mit-fühlen. Wohl-fühlen**. Methodenhandbuch zur Thematisierung von Gefühlen. 14 Gefühlskarten für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. 2. Auflage. Dortmund: Borgmann Media.

Rehbein, F.; Kleimann, M.; Mößle, T. (2009): **Exzessives Computerspielen und Computerspielabhängigkeit im Jugendalter: Ergebnisse einer deutschlandweiten Repräsentativbefragung**. In: Die Psychiatrie, 6(3), 140–146.

Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F. (2012): **Multiaxiales Klassifikationsschema psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO**. 6., korrigierte Auflage. Bern: Huber.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015a): **Gesundheit in Deutschland**. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen durch RKI und DESTATIS. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015b): **Mediennutzung**. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2014): **Körperliche Aktivität**. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Berlin.

Robert Koch-Institut (RKI); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): **Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**. Berlin: Köln.

Rohde, P. et al. (2001): **Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood**. In: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(1), 83–90.

Rumpf, H.-J.; Meyer, C.; Hapke, U. & John, U. (2001): **Deutsche Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**. Lübeck: Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

- Schlieckau, J. (2015): **Kompendium der deutschen Alkoholpolitik. Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention.** Hamburg: Diplomica.
- Schlieckau, J. (2011): **Die Behandlung im pädagogisch-therapeutischen Team. Über die Zusammenarbeit von Psychoanalytischer Pädagogik und Psychoanalytischer Psychotherapie in der stationären Behandlung von Jugendlichen mit substanzbezogenen und komorbiden Störungen.** München: GRIN-Verlag.
- Schmid, M. (2007): **Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe.** Weinheim; München: Juventa.
- Schorb, B.; Wagner, U. (2013): **Medienkompetenz – Befähigung zur souveränen Lebensführung in einer mediatisierten Gesellschaft.** In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): **Medienkompetenzförderung für Kinder und Jugendliche. Eine Bestandsaufnahme.** Berlin.
- Schrappner, C. (2010): **Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe.** Weinheim; München: Juventa.
- Schu, M.; Mohr, S.; Hartmann, R. (2014): **Suchtmittelkonsum und suchtbezogene Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe.** Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht.
- Seitz, H.; Bühringer, G. (2010): **Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke.** Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin (Hrsg.) (2014): **Basics 2. Frühintervention bei Jugendlichen mit Substanzmissbrauch.** Ein Leitfaden für Einrichtungen der Jugendhilfe. 3., überarb. Auflage. Berlin.
- Shadur, JM; Lejuez, CW (2015): **Adolescent Substance Use and Comorbid Psychopathology: Emotion Regulation Deficits as a Transdiagnostic Risk Factor.** In: *Curr Addict Rep.* 2(4), 354-363.
- Simpson, T.L.; Miller, W. R. (2002): **Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review.** In: *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77.
- Sit, M. (2008): **1 x 1 der Gefühle.** Wien: Dorner.
- Statistisches Bundesamt (2015): **Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2014.** Wiesbaden. (Fachserie 12, Reihe 6.2.1)
- Statistisches Bundesamt (2014): **80 % (58,6 Millionen) der Personen ab zehn Jahren nutzten im ersten Quartal 2014 das Internet.** Wiesbaden. Internet: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/ITNutzung/Aktuell_ITNutzung.html, Zugriff: 12.04.2016.
- Steinlin, C. et al. (2015): **Burnout. Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung – Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz.** In: *Träume & Gewalt*, 9(1), 6-21.
- Swendsen, J. et al. (2010): **Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey.** In: *Addiction*, 105(6), 1117-1128.
- Tabel, A.; Pothmann, J.; Fendrich, S. (2015): **HzE Bericht 2015. Erste Ergebnisse: Datenbasis 2013. Entwicklungen bei der Inanspruchnahme und den Ausgaben erzieherischer Hilfen in Nordrhein-Westfalen.** Hrsg. von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik; LWL-Landesjugendamt Westfalen; LVR-Landesjugendamt Rheinland. Münster; Köln; Dortmund.

- Therapieladen Berlin (1998): [Cannabis denn Sünde sein](#). Berlin.
- van der Pol, P. et al. (2015): [Three-Year Course of Cannabis Dependence and Prediction of Persistence](#). In: *European Addiction Research*, 21, 279–290.
- Wabitsch, M.; Kunze, D. (2014): [Konsensbasierte \(S2\) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter](#). Version 21.11.2014.
- Wabitsch, M. (2014): [Gegen Diskriminierung und für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas](#). In: *Ernährung im Fokus*, 14, 130–133.
- Wegehaupt, H.; Wieland, N. (Hrsg.) (1996): [In Kontakt bleiben](#). Münster: Votum.
- Werner, K.; Gross, J.J. (2010) [Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework](#). In: Kring, A.M.; Sloan, D.M. (Eds.): *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: Guilford Press.
- Wieland, N. (2001): [Kooperation von Drogenhilfe und Jugendhilfe aus Sicht der Jugendhilfe](#). In: *Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen* (Hrsg.): *Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe*. Frankfurt am Main: IGFH-Eigenverlag.
- Wirth, N. (1997): [Ecstasy, Mushrooms, Speed & Co.](#) Das Info-Buch. Düsseldorf: Econ Verlag.
- Wirth, N. (2013): [Wie macht Kooperation zwischen Psychiatrie, Jugend- und Suchthilfe Sinn? Eine qualitative Studie zur Optimierung der Versorgung von Jugendlichen mit einer Substanzproblematik](#). Masterarbeit an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf; Münster.
- Wittrock, M. (2008): [Der Ansatz der Lebensproblemlernzentrierten Pädagogik](#). In: Wittrock, M.; Ver-
nooij, M. (Hrsg.): *Verhaltensgestört!?* Paderborn: Schöningh, 138–157.
- Wölfling, K.; Müller, K. W.; Beutel, M. E. (2009) [Skala zum Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen \(CSVk-S\)](#)
- Wolff, M. (2014): [Partizipation und Beteiligung in den Erziehungshilfen](#). In: Macsenaere M. et al. (Hrsg.): *Handbuch der Hilfen zur Erziehung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- World Health Organization (WHO) (1994): [Life skills education for children and adolescents in schools](#). Genf.
- Wurdak, M.; Wolstein, J. (2015): [Alkohol und Familie. Teil I: Konsum der Eltern. Teil II: Konsum der Kinder](#). Expertise. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg.
- Zeeck, A.; Herpertz, S.; Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (Hrsg.) (2015): [Diagnostik und Behandlung von Essstörungen](#). Patientenleitlinie. 1. Ausgabe 2015.
- Zimmermann, P.; Iwanski, A. (2013): [Entwicklung der Emotionsregulation in Kindheit und Jugend](#). In: In-Albon, T. (Hrsg.) (2013): *Emotionsregulation und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Forschung und Behandlungsansätze*. Stuttgart: Kohlhammer.

Verzeichnis der Autoren und weiterer Beteiligter

Autorinnen und Autoren

Wo nicht anders gekennzeichnet, sind die Kapitel von Nadja Wirth erstellt.

Nadja Wirth, LWL-Landesjugendamt Westfalen

Dipl.-Sozialpädagogin, Sozial-/Suchttherapeutin, M.Sc. Public Health
 Fachberaterin zu den Themenschwerpunkten Eingliederungshilfe bei seelischer Behinderung; Förderung der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder-/Jugendpsychiatrie sowie Suchthilfe/-prävention

Prof. Dr. phil. habil. Menno Baumann, Fliedner Fachhochschule Düsseldorf und Leinerstift e. V.

Sonderpädagoge und Förderschullehrer, promoviert in Erziehungswissenschaften
 Bereichsleiter „Innovative Hilfen“ Leinerstift e. V. evangelische Kinder-, Jugend- und Familienhilfe Großefehn/Ostfriesland
 Professor für Intensivpädagogik und Studiengangleiter M.Sc. Intensivpädagogik, Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Prof. Dr. Ernst Fricke, Anwaltskanzlei Prof. Dr. Fricke & Coll., Landshut

Mag. rer. publ., Rechtsanwalt und Mediator, Landshut
 Lehrbeauftragter der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt
 Professor für Verwaltungs- und Sozialrecht der Hochschule Neubrandenburg (em.)
 15 Jahre Vorsitzender der Schiedsstelle für Kinder- und Jugendhilfe in Mecklenburg-Vorpommern
 Mitglied des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS

Dr. Hildegard Pamme, LWL-Landesjugendamt Westfalen

Dr. sc. pol. Politikwissenschaftlerin, Systemische Supervisorin für Team- und Organisationsentwicklung
 Fachberaterin zu den Themenschwerpunkten Qualitäts-, Personal- und Organisationsentwicklung

Beate Roterling, LWL-Landesjugendamt Westfalen

Dipl.-Pädagogin, Familientherapeutin, Organisationsberaterin
 Fachberaterin zu den Themenschwerpunkten Konzept- und Qualitätsentwicklung für den Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes und die Hilfen zur Erziehung sowie Organisationsberatung

Fachbeirat Wissenschaft und Praxis

- ▶ Prof. Dr. Menno Baumann, s. Autorenverzeichnis
- ▶ Prof. Dr. Tanja Legenbauer, Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität Bochum; Leiterin der Abteilung Forschung und Testdiagnostik der LWL-Universitätsklinik Hamm
- ▶ Dr. Hildegard Pamme, s. Autorenverzeichnis
- ▶ Beate Rotering, s. Autorenverzeichnis
- ▶ Jürgen Schlieckau, Dipl.-Pädagoge, Sozialtherapeut, Heilpraktiker für Psychotherapie, pädagogische und organisatorische Leitung der Dietrich-Bonhoeffer-Klinik, Großenkneten-Ahlhorn
- ▶ Sonja-Petra Vennhaus, Dipl.-Psychologin, Einrichtungsleiterin im Ev. Jugendhilfezentrum Johannes Falk und Fachbereichsleiterin Kinder, Jugend und Familie des Diakonischen Werkes Dortmund und Lünen gGmbH
- ▶ Dr. phil. Monika Weber, Sozialwissenschaftlerin, Fachberaterin im LWL-Landesjugendamt Westfalen mit den Themenschwerpunkten Qualitäts- und Konzeptentwicklung in den Allgemeinen Sozialen Diensten der Jugendämter und den Erzieherischen Hilfen

Lektorat

Dr. rer. nat. Christine Hutterer, Biologin und Medizinjournalistin, LEBENSWERKE, München

Vorarbeiten zur Neufassung des Handbuchs „Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe“ der DHS (Hrsg.) (2003)

a)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Workshops

- ▶ Ellen Buchholz, inehtzeit Prävention & Beratung, Bochum
- ▶ Dr. Raphael Gaßmann, DHS (Leitung)
- ▶ Gaby Kirschbaum, Bundesministerium für Gesundheit, Referat Sucht & Drogen
- ▶ Christa Merfert-Diete, DHS
- ▶ Heidrun Neuwirth, Bereichsleitung Jugendhilfe BWLV
- ▶ Jürgen Schlieckau, Dietrich-Bonhoeffer-Klinik
- ▶ Martina Schu, FOGS, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH
- ▶ Frank Schulte-Derne, LWL-Koordinationsstelle Sucht
- ▶ Verena Seefeld, LOBBY, Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche in Konfliktsituationen
- ▶ Kurt Thünemann, win2win-gGmbH, Gesellschaft für Prävention
- ▶ Sonja-Petra Vennhaus, Ev. Jugendhilfezentrum Johannes Falk
- ▶ Ralf Wilczek, Jugend- und Familienhilfe NRW Malteser Werke gGmbH
- ▶ Ines Landschek, Medizinjournalistin, Berlin (Protokoll)

b)

Gutachten

Prof. Dr. Michael Macsenaere
IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH
Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Universität zu Köln, Hochschule Niederrhein

Herzlichen Dank an

- ▶ Hans Böhl, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Frankfurt am Main
- ▶ Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Ralf Demmel, v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel, Essen
- ▶ Prof. Dr. Reiner Hanewinkel, IFT-Nord – Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, Kiel
- ▶ Andreas Herbst, Münster
- ▶ Birgit Lehner, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Sie koordiniert und unterstützt die fachliche Arbeit ihrer Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft, um ein Höchstmaß an Wirksamkeit für die präventiven und helfenden Tätigkeiten zu erreichen; in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien, Behörden, Institutionen des In- und Auslandes. Dazu zählen Öffentlichkeitsarbeit und Prävention sowie die Archivierung und Dokumentation von Veröffentlichungen. Zu den Mitgliedsverbänden der DHS gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und der Suchtselbsthilfe.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.

Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet

www.dhs.de

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Außerdem besteht ein Zugang zu allen (ca. 50) Broschüren und Faltblättern. Eine Adress-Datenbank ermöglicht den schnellen Zugriff zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.

www.unabhaengig-im-alter.de

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Diese Internetseite informiert über Alkohol, Tabak und psychoaktive Medikamente, die auch im höheren und hohen Lebensalter zu Missbrauch und Abhängigkeit sowie weiteren schweren gesundheitlichen Schäden führen.

www.sucht-am-arbeitsplatz.de

Diese Internetseite stellt Informationen zum Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ zur Verfügung, für betroffene Beschäftigte und deren Umfeld, aber auch für Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Arbeitnehmervertretungen von kleinen, mittleren und großen Unternehmen.

www.aktionswoche-alkohol.de

Der die Aktionswoche Alkohol begleitende und unterstützende Internetauftritt dient als zentrale Plattform für Veranstalter und (Fach-)Öffentlichkeit. Das Portal informiert über die Veranstaltungen und Materialbestellungen, Hintergründe zum Thema Alkohol und bietet allen Hilfesuchenden Unterstützung an.

www.medikamente-und-sucht.de

Diese Internetseite informiert über Hintergründe, Risiken, besonders gefährdete Personengruppen und über die Medikamente, die abhängig machen können. Sie klärt darüber auf, wie einer Abhängigkeit vorgebeugt werden kann, welche Warnzeichen auf einen problematischen Konsum hindeuten und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Beratungs- und Einrichtungssuche

www.suchthilfeverzeichnis.de

Auf der Internetseite www.suchthilfeverzeichnis.de finden Sie eine Adress-Datenbank aller Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland.



DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus.

Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden: www.dhs.de

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 40.000 Titel.

Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- ▶ Der „aktuelle“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- ▶ Das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Sie verfolgt das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

50819 Köln
Tel. +49 221 89920
Fax +49 221 8992300
poststelle@bzga.de
www.bzga.de

Kostenfrei kann eine Vielzahl an Materialien zur Suchtprävention bestellt werden. Über das Angebot informiert neben der Internetseite der BZgA die Broschüre „[Materialien zur Suchtprävention](#)“, Bestellnr. 33 110 100.

Zur Prävention von Alkoholmissbrauch spricht die BZgA mit drei aufeinander abgestimmten Teilkampagnen alle Altersgruppen an:

www.kenn-dein-limit.de

Die Internetseite richtet sich an die erwachsene Allgemeinbevölkerung und hält wichtige Informationen zum Thema „verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ bereit.

Interaktive Tests stehen auf der Internetseite zur Verfügung.

www.kenn-dein-limit.info

Die Internetseite richtet sich an Jugendliche im Alter von 16 bis 20 Jahren und informiert über Risiken und gesundheitliche Gefahren insbesondere durch von Jugendlichen praktizierten hohen und riskanten Alkoholkonsum.

www.null-alkohol-voll-power.de

Die Internetseite richtet sich an Kinder und Jugendliche (12 bis 16 Jahre), um eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern und den Einstieg in den Alkoholkonsum hinauszuzögern.

Broschüren zum Thema Alkoholprävention für Erwachsene:

Alles Klar

Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol
Bestell-Nr. 32010000

Alkoholfrei leben

Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen
Bestell-Nr. 32011000

für Eltern:

Alkohol – reden wir drüber!

Bestell-Nr. 32101900

für Schwangere:

Andere Umstände – neue Verantwortung

Bestell-Nr. 32041000

www.frauengesundheitsportal.de

www.maennergesundheitsportal.de

www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Die Portale der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bieten ab Mitte 2014 Informationen zum Umgang mit Medikamenten an.

BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung

Tel. 0800 8 31 31 31*

Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr

Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

*kostenfreie Servicenummer

www.drugcom.de

Drugcom.de ist ein Internetangebot, das über Wirkungen, Risiken und Gefahren illegaler und legaler Drogen informiert und die Kommunikation über diese Themen fördert. Die Kernbereiche sind ein Drogen- und Suchtlexikon, Onlineberatung per E-Mail und Chat, neun Wissenstests zu verschiedenen Substanzen, zwei Verhaltens-Selbsttests zu Alkohol und Cannabis, ein Beratungsprogramm für Cannabiskonsumierende und ein Programm zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Notizen

Notizen

Notizen



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de



Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-937587-06-6