



Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen

Inhalt:

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
2. Suchtmittelkonsum im Jugendalter – aktuelle Forschungsergebnisse	5
2.1. Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	5
2.2. Bremer Untersuchung SCHULBUS	8
3. Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen	10
3.1. Untersuchungsziele und Untersuchungsmethode	10
3.2. Untersuchungsergebnisse	11
3.2.1. Teilnahmeverhalten der beteiligten Institutionen	11
3.2.2. Klientenbezogene Ergebnisse	12
3.2.3. Strukturelle Ergebnisse	26
4. Analyse und Bewertung	29
4.1. Prävalenzschätzung	29
4.2. Fachliche Ergebnisse der Untersuchung	30
4.3. Strukturelle Probleme des Hilfesystems	34
5. Resümee	38
6. Literatur	40
7. Glossar	41
Tabellenanhang	43
Fragebogen	48

Impressum

Herausgeber

Gesundheitsamt Bremen
Horner Str. 60/70
28203 Bremen
www.gesundheitsamt.bremen.de

verantwortlich

Dr. Günter Tempel
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Dr. Gerd Möhlenkamp
Sozialpsychiatrische Abteilung

Autor

Frank Schmidt (Dipl. Sozialwirt)
Gesundheitsamt Bremen
Steuerungsstelle Drogenhilfe
Horner Str. 60/70
28203 Bremen
frank.schmidt@gesundheitsamt.bremen.de

unter Mitarbeit von
Marie-Luise Hegner und
Dr. Alfred Lorenz

Gedruckte Auflage: 250

Erscheinungsdatum: April 2008

Zusammenfassung

In der „Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen“ wurden Daten über 291 Jugendliche und Heranwachsende im Alter zwischen 12 und 19 Jahren ausgewertet, die im Jahr 2005 in Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch oder Suchtmittelabhängigkeit durch Einrichtungen des Bremer Hilfesystems beraten, betreut oder behandelt wurden. Jugendliche, die gelegentlich und vorübergehend Cannabis bzw. Alkohol in „jugendtypischen“ Ausmaß konsumieren, waren nicht Gegenstand der Studie.

Am häufigsten von den untersuchten Jugendlichen missbräuchlich konsumiert wurde Cannabis (70% der Fälle), gefolgt von Alkohol (15%), Heroin (9%) und Kokain (4%). In vielen Fällen wurde sowohl Cannabis als auch Alkohol missbräuchlich konsumiert.

Eine Prävalenzschätzung kommt zum Ergebnis, dass für Bremen von etwa 450 - 600 Jugendlichen ausgegangen werden muss, die zumindest suchtgefährdet sind und professioneller Hilfe bedürfen. Dies entspricht einem Anteil von 1,5 - 2 % aller Bremer Jugendlichen und 3,5 % - 5 % der Jugendlichen, die schon einmal Cannabis konsumiert haben.

Nach den Ergebnissen der Studie besteht ein enger Zusammenhang zwischen Suchtgefährdung und biografischen Risikofaktoren. Zwei Drittel der Jugendlichen wuchsen überwiegend mit nur einem Elternteil auf, jeder vierte Jugendliche sogar ohne leibliche Eltern bei Angehörigen, in Pflegefamilien oder in Heimen. Jede zweite Familie war von sozialen Notlagen oder Arbeitslosigkeit betroffen, fast 40 % der Jugendlichen waren Opfer von körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Weitere häufig genannte Risikofaktoren waren Suchtprobleme in der Familie, Trennung der Eltern oder schwere Erkrankungen bzw. Todesfälle von Eltern oder Elternteilen.

Bei fast allen Jugendlichen geht der Suchtmittelmissbrauch einher mit einer Vielzahl weiterer Probleme und Auffälligkeiten. Besonders häufig sind schulische Probleme, Kontaktschwierigkeiten und Delinquenz. Psychische Störungen wurden bei jedem zweiten Jugendlichen diagnostiziert, bei weiteren 20 % lag zumindest ein Verdacht auf eine psychische Störung vor.

Die Ergebnisse der Studie stützen die von Experten zunehmend vertretene Auffassung, dass der Suchtmittelbrauch bei Jugendlichen zwar bestehende Probleme verstärken kann, er aber in den meisten Fällen als (missglückter) Versuch der Jugendlichen interpretiert werden muss, die Folgen bereits zuvor bestehender individueller psychischer und psychosozialer Belastungen zu lindern bzw. zu bewältigen.

Da der Mehrzahl der betroffenen Jugendlichen kaum geeignete Unterstützung im familiären Umfeld zur Verfügung steht, sind sie bei der Bewältigung ihrer Probleme auf professionelle Hilfen angewiesen. Gleichzeitig weist diese Problemgruppe jedoch in der Regel eine nur geringe Bereitschaft auf, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Das Problembewusstsein für Suchtmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit ist bei Jugendlichen in der Regel noch geringer als bei Erwachsenen.

Die Stadt Bremen verfügt zwar prinzipiell über differenzierte Hilfsangebote in der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Drogenhilfe, es gibt jedoch im Umgang mit der Zielgruppe sehr uneinheitliche Konzepte, Standards und Kompetenzen. In der Praxis erfolgt ein häufiger Wechsel der beratenden bzw. betreuenden Einrichtungen, der sich nicht zuletzt auch auf Grund der bei vielen Klienten bereits vorhandenen Bindungs- und Beziehungsstörungen kontraproduktiv auswirkt.

Die Studie empfiehlt unter anderem eine engere Vernetzung der Hilfesysteme, die Bündelung von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskompetenzen für Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in einer Anlaufstelle bzw. Einrichtung, verbesserte Konzepte der Frühintervention sowie zielgruppenspezifische Betreuungskonzepte im Bereich der Jugendhilfe.

**Sucht kommt nicht von Drogen
sondern von betäubten Träumen
verdrängten Sehnsüchten
verschluckten Tränen
erfrorenen Gefühlen**

unbekannt

1. Einleitung

Während es zur Verbreitung des Drogen- und Alkoholkonsums bei Jugendlichen Suchtmittelkonsums verlässliche Untersuchungen gibt, fehlt es an Erkenntnissen darüber, wie viele der suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen auf Grund ihres Suchtmittelkonsums professionelle Hilfen in Anspruch nehmen. Diese Gruppe und ihre spezifischen Merkmale stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung.

Die Initiative zur Durchführung der Studie geht auf den „Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie“¹ zurück, der im Jahr 2006 eine Arbeitsgruppe eingerichtet hat, um nähere Erkenntnisse zu Bedarfslagen und zum Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen zu gewinnen. Da die verfügbaren Zahlen und Fakten für diese Fragestellung wenig aussagefähig waren, wurde die Durchführung einer eigenen Untersuchung beschlossen, die dann in Kooperation mit dem Referat „Kommunale Gesundheitsberichterstattung“ (GBE) des Bremer Gesundheitsamtes durchgeführt wurde.

Die vorliegende Untersuchung hatte im wesentlichen folgende Zielsetzungen:

- Ermittlung der Zahl hilfebedürftiger Jugendlicher und Heranwachsender mit einem problematischen Suchtmittelkonsum in der Stadtgemeinde Bremen
- Qualitative Differenzierung der Zielgruppe anhand ausgewählter biografischer bzw. anamnestischer Daten; gegebenenfalls Ermittlung vorrangiger Hilfebedarfe
- Ermittlung der Inanspruchnahme unterschiedlicher Institutionen/ Dienste
- Ermittlung von Stärken und Schwächen des Hilfesystems
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung des Hilfesystems

Untersuchungsgruppe waren suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche und Heranwachsende im Alter von 10 – 19 Jahren, die im Jahr 2005 in den Bremer Hilfesystemen der Jugendhilfe, der Drogen- bzw. Suchtkrankenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie beraten oder betreut wurden. Ermittelt wurden die untersuchten Fälle durch eine teilstandardisierte Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der jeweiligen Einrichtungen und Dienste.

Ein „problematischer“ Suchtmittelkonsum bzw. Suchtmittelmissbrauch wird in dieser Studie im Unterschied zu den meisten vorliegenden Untersuchungen nicht primär von der Konsummenge oder den Konsumgewohnheiten abgeleitet, sondern dann angenommen, wenn es auf Grund des Suchtmittelkonsums zu einer Inanspruchnahme des Hilfesystems gekommen ist.

Für dieses Vorgehen spricht, dass es selbst unter Fachleuten keinen Konsens in der Frage gibt, welche Konsumgewohnheiten bei Suchtmitteln für Jugendliche als problematisch angesehen werden müssen. Gleichzeitig besteht jedoch ein weitgehender Konsens in der Einschätzung, dass auch ein objektiv problematisches, weil gesundheitsschädliches Konsumverhalten bei vielen Jugendlichen ein zeitlich befristetes Übergangsverhalten bleibt, das sie auch ohne professionelle Hilfe selbst überwinden.

Zur besseren Einordnung der Untersuchungsergebnisse wurden Ergebnisse aktueller repräsentativer Studien zum Suchtmittelkonsum Jugendlicher an den Beginn des Berichts gestellt.

¹ Der Fachausschuss ist ein Unterausschuss der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch-kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG)

2. Suchtmittelkonsum im Jugendalter – aktuelle Forschungsergebnisse

Zum Suchtmittelkonsum von Jugendlichen und Heranwachsenden liegen zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen vor, die auch Aussagen zu Veränderungen des Konsumverhaltens ermöglichen. Dargestellt werden im Folgenden aktuelle Ergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und einer Befragung an Bremer Schulen zum Umgang mit Suchtmitteln².

2.1. Repräsentativbefragung der BZgA

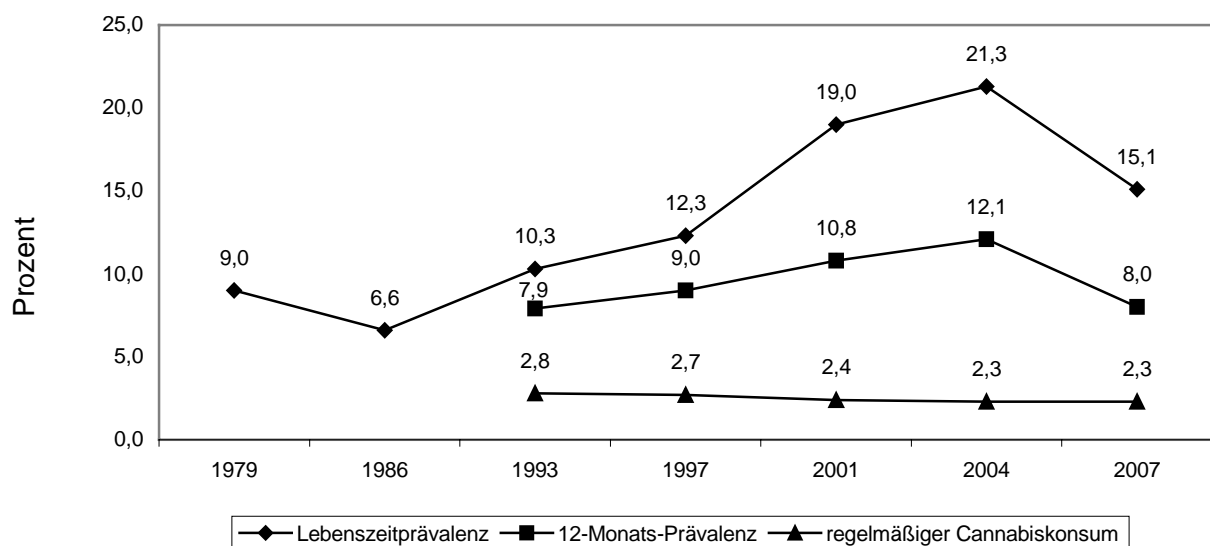
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führt bereits seit 1973 in dreijährigen Abständen repräsentative Untersuchungen zum Suchtmittelkonsum Jugendlicher durch. Die regelmäßige Wiederholung der Untersuchung ermöglicht auch Aussagen über langjährige Konsumtrends und Verhaltensänderungen.

Cannabiskonsum

Unter den illegalen Suchtmitteln ist Cannabis die in Deutschland mit weitem Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nach der letzten bereits vollständig veröffentlichten Befragung im Jahr 2004 hatten 31 % aller Befragten im Alter von 12 bis 25 Jahren schon einmal Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz)³. Erfahrungen mit anderen Drogen haben nur wenige: je 4 % haben schon einmal psychoaktive Pflanzen und Pilze bzw. Ecstasy konsumiert, 2 % Kokain und 0,3 % Heroin.

Für Cannabis hat die BZgA im Juni 2007 aktuelle Befragungsergebnisse veröffentlicht. Die untersuchte Altersgruppe (12 bis 19 Jahre) entspricht fast exakt der vorliegenden Studie.

Grafik 1: Entwicklung des Cannabiskonsums bei 12 – 19-Jährigen



Quelle: BZgA, Kurzbericht Juni 2007

Die Grafik verdeutlicht, dass die große Mehrheit der Konsumenten Cannabis nur ein- oder zweimal ausprobiert hat oder allenfalls gelegentlich konsumiert. Für die vorliegende Untersuchung sind in erster Linie die „regelmäßigen“ Konsumenten relevant, deren Anteil im Jahr 2007 bei 2,3 % lag

² Der Konsum von Zigaretten/ Nikotin sowie Medikamenten mit Suchtpotential war nicht Gegenstand der Untersuchung und wird deshalb im Folgenden ausgeklammert.

³ BZgA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004, Teilband illegale Drogen

und sich – im Gegensatz zur Gruppe der einmaligen oder gelegentlichen Konsumenten – in der Vergangenheit kaum verändert hat.⁴

Während in der Altersgruppe der 12 – 25 Jährigen seit Beginn der Erhebungen der BZgA im Jahr 1973 der Anteil derjenigen, die schon einmal Drogen konsumiert haben, langsam aber kontinuierlich von 19 % auf 32 % gestiegen ist, ist der Anteil der aktuellen Konsumenten entgegen „landläufiger“ Meinung in den vergangenen 30 Jahren nicht gestiegen. Er lag 2004 mit 5 % genauso hoch wie bereits im Jahr 1973.

Untersucht wurden auch die Einstellungen gegenüber den verschiedenen Drogen. Fast die Hälfte (47 %) der im Jahr 2004 Befragten könnten sich vorstellen, Cannabis zu konsumieren; noch im Jahr 1989 waren es lediglich 21 %.

Während also die Vorbehalte gegenüber dem Konsum von Cannabis in den letzten 15 Jahren kontinuierlich gesunken sind, ist die Distanz zu anderen Drogen, insbesondere auch zu Heroin, unverändert groß. 9 von 10 Jugendliche können sich nicht vorstellen, einmal andere Drogen als Cannabis zu konsumieren, und diese Quote ist – auch hier im Gegensatz zu einem häufigen Vorurteil – bei den „Drogenerfahrenen“ genauso hoch wie bei denen, die noch nie Drogen konsumiert haben.⁵

Die Ende der neunziger Jahre beginnende „Haschischwelle“ mit einem kontinuierlich zunehmenden Anteil Jugendlicher, die Haschisch zumindest einmal probiert haben, scheint ihren Höhepunkt überschritten zu haben. Da es vergleichbare Wellen schon in früheren Jahren gegeben hat⁶, unterliegt die Bereitschaft zum Haschischkonsum offenbar auch jugendtypischen „Mode“-Entwicklungen.

Dieses Phänomen gilt jedoch offenbar nicht für die Gruppe derjenigen, die Haschisch häufiger oder regelmäßig konsumieren. Seit Beginn der BZgA-Befragungen ist der Anteil dieser Konsumentengruppe mit geringen Schwankungen praktisch konstant. Dies stützt die These, dass die Zahl derjenigen, die Cannabis regelmäßig oder problematisch konsumieren, nicht von der Gesamtzahl der Konsumenten abhängt, oder umgekehrt: Cannabiskonsum allein oder seine Drogenwirkung sind zumindest statistisch kein ausschlaggebender Faktor für die Entwicklung eines problematischen Konsumverhaltens⁷.

⁴ Die BZgA bewertet es als regelmäßigen Konsum, wenn mehr als 10mal im Jahr Cannabis konsumiert wird.

⁵ BZgA: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004, Teilband illegale Drogen

⁶ Bereits Anfang der 70er Jahre lagen die Konsumenten-Zahlen vorübergehend auf ähnlichem Niveau wie heute.

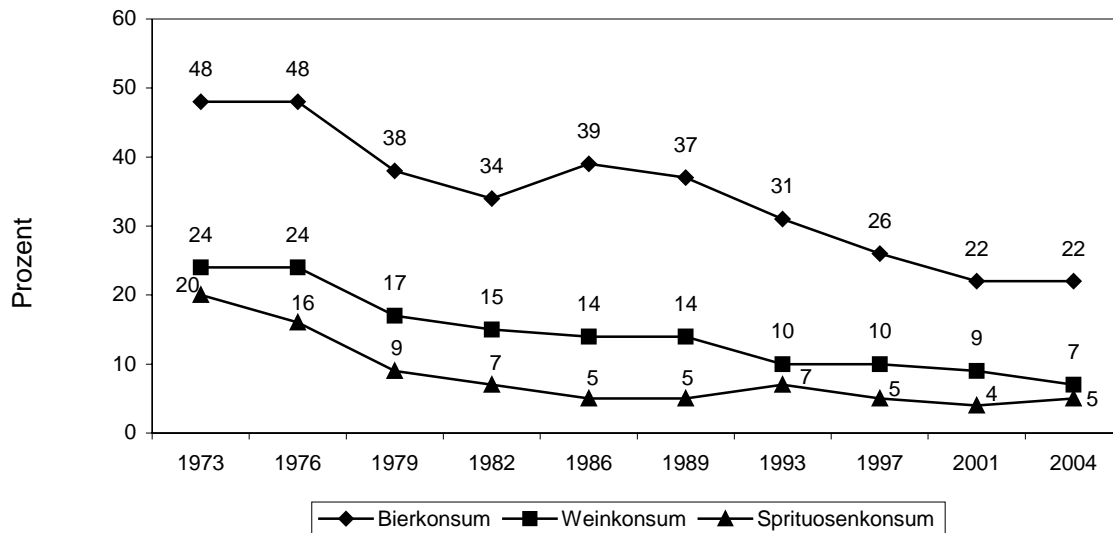
⁷ Selbst in der Fachliteratur wird entgegen den vorliegenden Erkenntnissen noch häufig die These vertreten, dass von allen Cannabiskonsumenten immer ein etwa gleicher Anteil problematische Konsumgewohnheiten entwickelt. Unstrittig ist, dass die Statistik keine Aussage über die sehr unterschiedlichen individuellen Kausalitäten der Suchtentstehung treffen kann.

Alkoholkonsum

Entgegen weit verbreiteter Vorstellungen in der öffentlichen Diskussion ist der Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland seit Beginn der BZgA-Untersuchungen im Jahr 1973 bis zur Untersuchung 2004 kontinuierlich zurückgegangen.

Grafik 2: Entwicklung des Alkoholkonsums bei 12 – 25-Jährigen

Alkoholkonsum mindestens einmal pro Woche:



Quelle: BZgA, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004, Teilband Alkohol, November 2004

In der neuesten BZgA - Untersuchung von 2007 zeichnet sich eine leichte Trendumkehr ab, wobei die Entwicklung bei den verschiedenen alkoholischen Getränken unterschiedlich ist. Auffällig ist der deutlich steigende Bierkonsum bei Mädchen, offenbar auch eine Folge der neuen, mildereren Bierprodukte.

Das sogenannte Binge Drinking oder Koma-Saufen, das von Politik und Medien in den letzten Jahren zunehmend thematisiert wurde, ist von der BZgA bereits in der Untersuchung des Jahres 2004 ausführlich untersucht und problematisiert worden⁸. Die aktuellen Zahlen aus 2007 belegen für dieses Jahr tatsächlich eine Zunahme dieses gesundheitlich riskanten Konsummusters, insbesondere in der Gruppe der 16 und 17-Jährigen männlichen Jugendlichen. 63 % der Jungen dieser Altersgruppe (Mädchen 37 %) gaben an, innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal Binge Drinking praktiziert zu haben.

Interessant ist, dass Binge Drinking offenbar weitgehend unabhängig ist vom Bildungsgrad bzw. sozialen Status. Bei Jugendlichen in Gymnasien (Sekundarstufe 2) ist Binge Drinking genauso verbreitet wie bei gleichaltrigen Jugendlichen in Berufsausbildung (je 48 %), während es bei Studenten häufiger vorkommt (43 %) als bei gleichaltrigen Erwerbstätigen (39 %).

Aktuelle Zahlen belegen eine zunehmende Zahl Jugendlicher, die auf Grund von akuter Alkoholvergiftung in Krankenhäusern stationär behandelt werden müssen. In der Suchthilfe tritt diese Klientel jedoch bisher kaum in Erscheinung.

⁸ BZgA-Definition für *binge drinking*: Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken an einem Tag

2.2. SCHULBUS - Schüler- und Lehrerbefragung in Bremen zum Umgang mit Suchtmitteln

In dieser Bremer Untersuchung wurde im Jahr 2005 eine repräsentative Stichprobe von 2.367 Schülerinnen und Schülern aller Schulformen zum Umgang mit Suchtmitteln befragt. Vergleichbare Untersuchungen wurden auch in Hamburg und Frankfurt/M. durchgeführt.

Nach der Bremer Studie haben knapp die Hälfte aller 16-Jährigen (48 %) schon einmal Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Dieser Wert steigt bis zum 18. Lebensjahr kaum noch an (49 %). Erfahrungen mit anderen Drogen werden bis zum 18. Lebensjahr erheblich seltener gemacht: Pilze 6,1 %, Ecstasy 4,9 %, Kokain 6,1 %, Heroin 0,8 %.

Tabelle 1a: Suchtmittelkonsum Bremer Schüler, Lebenszeit-Prävalenz

Suchtmittelart	Angaben in %							
	insgesamt	Geschlecht		Alter				
		männlich	weiblich	14 J.	15 J.	16 J.	17 J.	18 J.
Alkohol	89,3	87,9	90,7	80,8	84,8	91,6	93,5	95,8
Tabak	71,4	70,8	72,2	59,2	62,6	79,0	77,0	79,1
Medikamente:								
- Schmerzmittel	69,1	61,9	76,6	59,6	64,6	72,1	72,0	76,8
- Beruhigungsmittel	17,0	16,2	17,8	15,9	13,6	20,2	13,8	21,7
- Aufputzmittel	9,0	11,3	6,6	6,3	6,3	9,9	10,7	11,4
Cannabis	40,2	45,0	35,2	24,3	30,7	48,3	48,3	48,5
Ecstasy	2,8	3,8	1,7	0,0	2,7	3,8	2,3	4,9
Pilze	4,0	6,5	1,4	2,0	2,3	5,0	4,6	6,1
LSD	1,1	1,8	0,3	0,0	1,6	1,5	0,4	1,9
Amphetamine	2,5	4,2	0,8	0,4	1,9	3,8	3,1	3,0
Kokain	3,6	5,1	2,0	2,0	2,3	3,4	4,2	6,1
Crack	1,8	2,4	1,1	1,6	2,7	1,9	1,9	0,8
Heroin	0,8	1,2	0,2	0,4	1,2	1,1	0,4	0,8

Quelle: ISAPP e.V., Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Bericht 2005

Die im Vergleich zur BZgA-Studie höheren Werte sind wahrscheinlich vor allem darauf zurückzuführen, dass in Städten die Konsumzahlen bei illegalen Drogen generell höher sind als in ländlichen Regionen, die in den BZgA-Untersuchungen mit enthalten sind⁹.

⁹ Ein genauer Vergleich der Bremer Daten mit den BZgA- Untersuchungen ist auf Grundlage der veröffentlichten Zahlen leider nicht möglich, weil die Fragestellungen und die Altersgruppen voneinander abweichen.

Deutlich niedriger werden die Werte auch in Bremen, wenn nach Konsum in den letzten 30 Tagen gefragt wird:

Tabelle 1b: Suchtmittelkonsum Bremer Schüler, 30 Tage-Prävalenz

Suchtmittelart	Angaben in %							
	insgesamt	Geschlecht		Alter				
		männlich	weiblich	14 J.	15 J.	16 J.	17 J.	18 J.
Alkohol	73,3	74,2	72,4	56,9	65,4	78,7	81,2	83,7
Tabak	45,1	44,9	45,4	34,5	35,2	54,2	48,1	53,0
Medikamente:								
- Schmerzmittel	33,4	21,9	45,4	29,0	31,1	36,3	32,6	38,0
- Beruhigungsmittel	2,9	2,9	3,0	3,5	2,7	3,8	2,3	2,3
- Aufputzmittel	3,8	5,1	2,5	2,4	3,5	3,4	5,0	4,9
Cannabis	15,4	18,9	11,6	11,0	12,8	20,9	18,0	14,0
Ecstasy	0,8	1,4	0,5	0,0	1,2	1,1	0,8	1,1
Pilze	0,7	0,9	0,3	0,0	1,2	0,8	0,4	1,1
LSD	0,5	0,8	0,2	0,0	1,2	0,8	0,0	0,4
Amphetamine	0,9	1,7	0,2	0,0	1,2	1,1	1,9	0,4
Kokain	1,0	1,5	0,5	0,0	1,2	1,9	1,5	0,4
Crack	0,4	0,5	0,2	0,0	0,4	0,8	0,8	0,0
Heroin	0,4	0,6	0,2	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0

Quelle: ISAPP e.V., Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Bericht 2005

Differenziertere Auswertungen zum Suchtmittelkonsum, insbesondere zu Intensivkonsumenten sind vorgesehen, aber von den Autoren der Studie noch nicht veröffentlicht.

Geplant, aber noch nicht gesichert sind regelmäßige Wiederholungsbefragungen. Ein solches kontinuierliches regionales Monitoring des Suchtmittelkonsum von Bremer Schülern wäre in jedem Fall wünschenswert.

3. Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen

3.1. Untersuchungsziele und Untersuchungsmethodik

Die Untersuchung hatte im wesentlichen folgende Zielsetzungen:

- Ermittlung der Zahl hilfebedürftiger Jugendlicher und Heranwachsender mit einem problematischen Suchtmittelkonsum
- Qualitative Differenzierung der Zielgruppe anhand ausgewählter biografischer bzw. anamnestischer Daten; gegebenenfalls Ermittlung vorrangiger Hilfebedarfe
- Ermittlung der Inanspruchnahme unterschiedlicher Institutionen/ Dienste
- Ermittlung von Stärken und Schwächen des Hilfesystems
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung des Hilfesystems

Untersuchungsgruppe waren suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche und Heranwachsende im Alter von 10 – 19 Jahren, die im Jahr 2005 in den Hilfesystemen der Jugendhilfe, der Drogen- bzw. Suchtkrankenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie beraten oder betreut wurden.

An der Untersuchung beteiligt waren folgende Institutionen und Dienste:

- Ambulanter Sozialdienst Kinder und Jugendliche (Amt für Soziale Dienste)
- Drogenberatungsstellen
- Suchtprävention Bremen/ Beratung suchtgefährdeter Schülerinnen und Schüler
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Ost (inkl. Institutsambulanz)
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle Kipsy (Gesundheitsamt Bremen)
- Einrichtungen der Bremer Jugendhilfe (ambulant und stationär)
- Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Erziehungsberatungsstellen
- Jugendgerichtshilfe

Die genannten Institutionen repräsentieren das Bremer Hilfesystem für die Zielgruppe. Auf Grund des begrenzten zeitlichen Rahmens der Untersuchung konnte das (allgemein-) medizinische Hilfesystem (niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Kinderkliniken sowie allgemeinmedizinischen Kliniken) nicht berücksichtigt werden.

In die Untersuchung aufgenommen werden sollten ausschließlich Jugendliche bzw. Heranwachsende, die – neben anderen Hilfebedarfen – nach Einschätzung der jeweiligen Institution einen suchtmittelbezogenen Hilfebedarf aufwiesen. In Anlehnung an den ICD-10 Kapitel V (F)¹⁰ wurde als Abgrenzungskriterium die Feststellung eines zumindest „schädlichen Gebrauchs von Suchtmitteln“ gewählt. Fälle von gelegentlichem unauffälligen Cannabis-, Partydrogen- oder Alkoholkonsum in jugendtypischem Ausmaß sollten ausdrücklich nicht erfasst werden.

Zentrales Untersuchungsinstrument war ein einseitiger, teilstandardisierter Fragebogen (Anlage), der von den jeweils zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der beteiligten Institutionen für jeden Einzelfall ausgefüllt werden musste.

Die Untersuchung erfolgte in anonymisierter, codierter Form. Durch die Codierung (sog. HIV-Code, s. Glossar) konnte die Zahl der Klienten ermittelt werden, die im Laufe des Jahres 2005 von mehr als einer Institution beraten oder betreut worden sind. Zudem verhinderte die Codierung, dass die Auswertungsergebnisse durch eine Mehrfacherfassung von identischen Klienten

¹⁰ Internationale Klassifikation psychischer Störungen

verfälscht werden. Voraussetzung für die Codierung war, dass in der jeweiligen Institution der vollständige Name und das Geburtsjahr der Klienten bekannt und dokumentiert war.

Auf Grund zeitlicher Vorgaben und beschränkter personeller und finanzieller Ressourcen kam nur die Form einer retrospektiven Untersuchung (Klienten des Jahres 2005) in Betracht. Abgefragt wurden im Fragebogen deshalb nur Informationen, die allen teilnehmenden Institutionen in der Fallbearbeitung gleichermaßen zur Verfügung standen.

Statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen mehreren Merkmalen wurden über den sogenannten Chi²-Test (s. Glossar) ermittelt¹¹. Auswertungsergebnisse bzw. Zahlenwerte, die nicht bereits im Textzusammenhang tabellarisch dargestellt sind, sind im Tabellenanhang zusammengestellt worden.

3.2. Untersuchungsergebnisse

3.2.1. Teilnahmeverhalten der beteiligten Institutionen

Alle angefragten Dienste und Institutionen hatten im Vorfeld der Untersuchung grundsätzlich ihre Bereitschaft erklärt, sich an der Untersuchung zu beteiligen.

Abgegeben wurden schließlich insgesamt 323 klientenbezogene Fragebögen, die sich wie folgt auf die Hilfesysteme verteilten:

Jugendhilfe: 152 Fragebögen

Kinder- und Jugendpsychiatrie: 126 Fragebögen

Drogen- und Suchtkrankenhilfe: 45 Fragebögen.

Aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Drogen- und Suchtkrankenhilfe gab es einen vollständigen Rücklauf der Fragebogen. Auch aus dem Bereich der freigemeinnützigen Jugendhilfeträger war der Rücklauf weitgehend vollständig, lediglich von zwei kleineren Trägern blieben Rückmeldungen aus, was möglicherweise darauf zurückzuführen sind, dass dort keine Klienten der Untersuchungsgruppe betreut wurden.

Von den ambulanten Sozialdiensten für Kinder und Jugendliche des Amtes für soziale Dienste haben sich trotz mehrfacher Verschiebung der Abgabefrist letztlich leider nur etwa die Hälfte der regionalen Dienste an der Untersuchung beteiligt. Auch die Jugendgerichtshilfe und die Erziehungsberatungsstellen (beides Dienste des Amtes für Soziale Dienste) haben sich nicht vollständig an der Untersuchung beteiligt.

Nicht erfassen ließen sich darüber hinaus Teile der Klientel der Drogenberatungsstellen und der Suchtberatung/ Suchtprävention im Landesinstitut für Schulen. In diesen Diensten werden zumindest bei einmaligen Beratungskontakten in der Regel keine persönlichen Daten festgehalten. Da die Ergebnisse zu den Vorbetreuungen (s. S. 23) darauf hindeuten, dass die tatsächlichen Fallzahlen deutlich über den zur Verfügung gestellten Fällen liegen, wäre in diesen Einrichtungen eine verbesserte Klientendokumentation wünschenswert.

Angefragt wurden auch die regionalen Behandlungszentren (ehemalige SPsD – Beratungsstellen), die für die Suchtberatung für Erwachsene (ab 18 J.) zuständig sind (für legale Suchtmittel, insb. Alkohol und Medikamente). Die Behandlungszentren berichteten allerdings über sehr geringe Fallzahlen aus der Untersuchungsgruppe, so dass auf eine Einbeziehung verzichtet wurde.

¹¹ als statistisch signifikant gelten Unterschiede auf dem Signifikanzniveau < 5 %

Zur Frage, welche Relevanz diese Erfassungslücken für die Gesamtbewertung haben, wird unter Punkt 4.1. Stellung genommen.

Mit den insgesamt 323 Fragebögen wurden 291 unterschiedliche Klienten erfasst; 32 Klienten wurden im Untersuchungsjahr 2005 von zwei oder mehreren Institutionen betreut und dokumentiert.

3.2.2. Klientenbezogene Ergebnisse

Soziobiografische Daten¹²

Tabelle 2: Geschlecht

Geschlecht	Anzahl	%
männlich	199	68,4
weiblich	92	31,6
Gesamt	291	100

Quelle: eigene Untersuchung

Während nach der amtlichen Bremer Bevölkerungsstatistik 2005 das Geschlechterverhältnis in der Altersgruppe der 10 – 19-jährigen Jugendlichen nahezu ausgeglichen ist (50 zu 50), sind in der vorliegenden Untersuchung die männlichen Jugendlichen deutlich überrepräsentiert.

Dies gilt auch für die Gesamtklientel der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Drogen- und Suchthilfe.

Tabelle 3: Alter (zum Zeitpunkt der Erfassung)

Alter	Anzahl	%	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
10 Jahre	0	0	0	0
11 Jahre	0	0	0	0
12 Jahre	2	0,7	1	0
13 Jahre	5	1,7	2,5	0
14 Jahre	13	4,5	5,5	2,2
15 Jahre	50	17,2	15,1	21,7
16 Jahre	67	23,0	20,6	28,3
17 Jahre	60	20,6	19,6	22,8
18 Jahre	55	18,9	19,1	18,5
19 Jahre	39	13,4	16,6	6,5
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

¹² In den folgenden Texten werden die einzelnen Gruppen teilweise sprachlich vereinfacht bezeichnet: „Jugendliche“ statt „Jugendliche und Heranwachsende“, „Jungen“ bzw. „Mädchen“ statt „männliche bzw. weibliche Jugendliche und Heranwachsende“, „Migranten“ statt „Jugendliche und Heranwachsende mit Migrationshintergrund“.

Wenn nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, sind im Folgenden immer nur die Jugendlichen gemeint, die in der Untersuchung erfasst wurden.

Beim Durchschnittsalter der Klienten gibt es zwischen Jungen (16,7 J.) und Mädchen (16,5 J.) nur geringe Unterschiede. Deutlicher sind die Unterschiede in der Altersverteilung: Sowohl bei den ganz jungen Klienten als auch in der Gruppe der 19-jährigen Klienten ist der Anteil der männlichen Klienten überdurchschnittlich hoch.

In der Bremer SCHULBUS- Untersuchung haben von den 14 jährigen Schülern immerhin 11 % angegeben, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben, und 12 % haben angegeben, fast täglich oder mehrmals in der Woche Alkohol zu konsumieren. Statistisch wären dies jeweils gut 500 Schülerinnen und Schüler. In den Hilfesystemen traten jedoch erst die 15-jährigen Jugendlichen in einer größeren Zahl in Erscheinung. Die zahlenmäßig und prozentual größte Gruppe sind die 16-Jährigen.

Um zu ermitteln, ob die hilfebedürftigen Jugendlichen überdurchschnittlich häufig in sozial benachteiligten Stadtteilen aufgewachsen sind, wurde neben der Frage nach der aktuellen Wohnsituation (siehe Tab. 4) die Frage gestellt, wo der Jugendliche überwiegend aufgewachsen ist.

Tatsächlich wuchsen 70 % der untersuchten Jugendlichen in Ortsteilen mit einem negativen Sozialindikatoren-Index¹³, also einem geringem Sozialstatus auf. Dies gilt allerdings auch für die die Mehrheit aller Bremer Jugendlichen der untersuchten Altersgruppe (59 %). Für eine differenzierte Beurteilung von sozialräumlichen Zusammenhängen reichten die Fallzahlen der Untersuchung nicht aus.

Die Wohnsituation der Jugendlichen zum Zeitpunkt der Betreuung stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 4: Wohnsituation zum Zeitpunkt der Betreuung

Wohnsituation	Anzahl	% (N = 289)	männlich (N=199) %	weiblich (N=90) %
Bei den Eltern	150	51,9	55,8	43,3
Eigene Wohnung	24	8,3	5,5	14,4
In privater Wohngemeinschaft	2	0,7	0,5	1,1
In einer Jugendhilfeeinrichtung	95	32,9	32,2	34,4
Anders	18	6,2	6,0	6,7
Keine Angabe	2	-	-	-
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Etwas mehr als die Hälfte der untersuchten Jugendlichen lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung im Elternhaus, wobei der Anteil bei den Jungen höher ist als bei den Mädchen. Umgekehrt ist die Relation bei den Jugendlichen, die bereits über eine eigene Wohnung/ Zimmer verfügen.

Ein auffällig hoher Anteil der untersuchten Jugendlichen lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Jugendhilfeeinrichtung, befand sich also in einer pädagogischen Jugendhilfemaßnahme auf Grundlage des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG/ SGB VIII).

¹³ Der Sozialindikatoren-Index wird vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales alle drei Jahre für die 79 Bremer Ortsteile auf der Grundlage von 24 Indikatoren ermittelt. Im Jahr 2005 wiesen 39 Ortsteile einen negativen Sozialindikatoren-Index auf.

Mit der Frage nach der ethnischen Verbundenheit bzw. ethnischen Herkunft der Familie sollte untersucht werden, ob und welche Unterschiede zwischen Klienten aus unterschiedlichen Kulturkreisen bestehen.

Tabelle 5: Ethnische Verbundenheit/ Herkunft der Familie

Ethnische Verbundenheit	Anzahl	(N = 288) %	männlich (N=196) %	weiblich (N=92) %
deutsch	234	81,3	81,6	80,4
türkisch/ kurdisch	17	5,9	6,1	5,4
afrikanisch	2	0,7	0,5	1,1
polnisch	4	1,4	1,5	1,1
russisch	18	6,3	7,1	4,3
arabisch/ islamisch	5	1,7	0,5	4,4
asiatisch	3	1,0	1,0	1,1
Anders (europäisches EU)	2	0,7	0,5	1,1
Anders (europäisches nicht EU)	3	1,0	1,0	1,1
Anders(unbekannt)	1	-	-	-
Keine Angabe	2	-	-	-
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Nach der amtlichen Bevölkerungsstatistik hatten im Jahr 2005 etwa 40 % aller Bremer Jugendlichen einen Migrationshintergrund.

Der deutlich geringere Anteil Jugendlicher mit Migrationshintergrund in der Untersuchungsgruppe könnte darauf zurückzuführen sein, dass in dieser Gruppe größere Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme der Hilfesysteme bestehen. Darüber hinaus ist bekannt, dass Migrationsfamilien zumindest über längere Zeiträume versuchen, Probleme „innerfamiliär“ zu lösen. Auf Grund der relativ geringen Fallzahlen. Die relativ geringen Fallzahlen lassen verlässliche Interpretationen jedoch nicht zu.

Jugendliche mit Migrationshintergrund sind in der Untersuchungsgruppe durchschnittlich etwas älter als die deutschen Klienten. Interessant ist, dass auch unter den Jugendlichen mit Migrationshintergrund insgesamt der Anteil der hilfebedürftigen Mädchen ähnlich hoch ist wie der der Jungen.

Suchtmittelmissbrauch/ -abhängigkeit

In Anlehnung an die ICD-10, Kap.V wurde danach gefragt, ob ein Suchtmittelmissbrauch¹⁴ oder bereits eine Suchtmittelabhängigkeit vorliegt. Darüber hinaus wurde gefragt, ob neben der Suchtmittelproblematik eine weitere psychische Störung vorliegt (sogenannte Komorbidität).

Bei den Ergebnissen muss berücksichtigt werden, dass nur im kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfesystem Diagnoseinstrumente wie die ICD-10 durchgängig angewendet werden. Darüber

¹⁴ Mit „Suchtmittelmissbrauch“ oder „schädlicher Gebrauch“ ist nach der ICD 10 ein Konsummuster gemeint, das zu einer körperlichen oder psychischen Gesundheitsschädigung führt, ohne jedoch bereits die Kriterien für eine Suchtmittelabhängigkeit zu erfüllen.

hinaus ist auch unter Fachleuten strittig, ob bei unter 16-jährigen Jugendlichen überhaupt schon eine gesicherte Suchtdiagnose gestellt werden kann.

Tabelle 6: Art der Störung

	Anzahl	(N=291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Missbrauch/ Abhängigkeit				
Suchtmittelmissbrauch	196	67,4	60,3	82,6
Suchtmittelabhängigkeit	95	32,6	39,7	17,4
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Eine Suchtmittelabhängigkeit lag bei den männlichen Jugendlichen signifikant häufiger vor (40 %) als bei den weiblichen Jugendlichen (17 %). Auch von den jüngeren Klienten (bis 15 Jahre) wurden bereits 23 % (N=16) als süchtig eingestuft, bei den älteren waren es 36 % (N=79).

Deutliche Unterschiede gab es erwartungsgemäß je nach vorrangig konsumiertem Suchtmittel: Bei Alkoholkonsumenten betrug der Anteil Süchtiger 18 %, bei Cannabiskonsumenten 27 % und bei Konsumenten harter Drogen 78 % (s. Bewertung unter 4.2.).

Zwischen Deutschen und Klienten mit Migrationshintergrund zeigten sich kaum Unterschiede.

Psychische Störungen/ Komorbidität

Die Erkenntnis, dass eine Suchtmittelproblematik häufig mit psychischen Störungen einhergeht (Komorbidität) ist zwar nicht neu, wird aber in der Fachöffentlichkeit erst in den letzten Jahren verstärkt zur Kenntnis genommen und diskutiert.

Wie notwendig diese Diskussion ist, zeigen die Ergebnisse der Untersuchung. Bei der Hälfte der Jugendlichen lag nach Einschätzung der betreuenden Institutionen neben der Suchtmittelproblematik mindestens eine zusätzliche psychische Störung vor, bei weiteren 21 % waren sich die Betreuer in dieser Frage nicht sicher.

Tabelle 7: Zusätzlich zum Suchtmittelproblem besteht eine psychische Störung

Zusätzliche psychische Störung	Anzahl	(N=291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Ja	139	50,2	41,1	68,5
Nein	95	29,2	33,5	20,7
Weiß nicht	57	20,6	25,4	10,9
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Besonders häufig wurden psychische Störungen bei Mädchen festgestellt (69 %); bei den Jungen lagen die Anteile niedriger (41 %), wobei bei ihnen der Anteil diagnostisch unklarer Fälle deutlich höher als bei den Mädchen ist (25 % vs. 11 %).

Bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund wurden psychische Störungen deutlich seltener diagnostiziert (37 %) als bei deutschen Jugendlichen (53 %).

Keine gravierenden Unterschiede zeigen sich in den unterschiedlichen Altersgruppen. Unter den jüngeren Klienten (bis 15 Jahre) wurden psychische Störungen sogar etwas häufiger festgestellt (52 %) als bei den Älteren (49 %).

Bei den bereits suchterkrankten Klienten wurden seltener (46 %) zusätzliche psychische Störungen diagnostiziert als bei der Klientel, die lediglich einen Suchtmittelmissbrauch aufwies (52 %); allerdings traten bei dieser Gruppe auch besonders häufig diagnostische Unklarheiten auf: bei 31 % der süchtigen Klienten war sich der betreuende Dienst nicht sicher („weiß nicht“), ob eine zusätzliche psychische Störung gegeben war.

Insgesamt weist der hohe Anteil der diagnostisch unklaren Fälle auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen und umfassenden Diagnosestellung hin, um geeignete Hilfen möglichst frühzeitig einzuleiten und chronischen Entwicklungen vorzubeugen.

Am häufigsten traten psychische Störungen in Verbindung mit Alkoholmissbrauch auf (58 %), am niedrigsten waren die Werte bei den Konsumenten harter Drogen. Höchstwahrscheinlich liegt hier allerdings eine Unterschätzung vor, da u.a. die Drogenberatungsstellen über keine Fachkräfte für eine entsprechende Diagnostik verfügen (siehe dazu auch 4.3.).

Tabelle 8: Art der psychischen Störungen (Einteilung nach ICD 10, Kap. V)

Diagnosen	Anzahl Fälle	Anteile an Fällen mit Diagnose % (N=124)	männlich % (n=68)	weiblich % (n=56)	Anteile bezogen auf alle Klienten % (N=291)
Psychotische Störung	8	6,5	11,8	0,0	2,7
Depressive Störung	16	12,9	10,3	16,1	5,5
Ängste, Phobie, Zwänge (spezifische Störung)	10	8,1	13,2	1,8	3,4
Anpassungsreaktion (häufig mit depressiver Störung)	16	12,9	13,2	12,5	5,5
Posttraumatische Belastungsstörung	4	3,2	0,0	7,1	1,4
Essstörung	3	2,4	0,0	5,4	1,0
Persönlichkeitsstörung (häufig Borderline)	17	13,7	7,4	21,4	5,8
Asperger-Autismus	1	0,8	1,5	0,0	0,3
ADHS (häufig mit Störung des Sozialverhaltens)	5	4,0	5,9	1,8	1,7
Störung des Sozialverhaltens (u.a. mit dissozialem Verhalten)	16	12,9	14,7	10,7	5,5
Emotionale Störung (u.a. mit Störung des Sozialverhaltens)	20	16,1	16,2	16,1	6,9
Bindungsstörung (häufig mit aggressiver Störung)	2	1,6	1,5	1,8	0,7
Andere Diagnosen	6	4,8	4,4	5,4	2,1
Fälle mit Angabe der Diagnose	124		65	53	
Fälle ohne Angabe der Diagnose	15	-			-
Gesamt: Fälle mit psychischen Störungen	139	-	-	-	-

Quelle: eigene Untersuchung

Bei 9 Fällen wurden zwei Diagnosen, bei zwei Fällen drei Diagnosen angegeben; in der Tabelle ist nur die jeweils erste Diagnose berücksichtigt.

Die häufigsten Komorbiditäten finden sich bei jungen Menschen mit typischen Störungen des Sozialverhaltens (anhaltend aggressives Verhalten, Dissozialität und Aufsässigkeit). Auffällig ist jedoch, dass der größere Anteil zugleich deutliche emotionale Störungen zeigt (Depressionen, Ängste). Bei diesen jungen Menschen kann angenommen werden, dass der

Substanzmittelmissbrauch – vor allem Cannabis – sowohl Element des gestörten sozialen Lebens als auch eine versuchte Selbstbehandlung für die emotionale Störung ist.

Aber auch bei anderen psychischen Störungen ist der Suchtmittelkonsum nach Einschätzung der Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrscheinlich eine Selbstbehandlungsstrategie: junge Menschen mit Borderlinestörungen (Mädchen 21,4 %; Jungen 7,4 %) nutzen die Suchtmittel auch, um ihre schweren Stimmungsschwankungen auszugleichen.

Bei spezifischen psychischen Störungen wie Ängsten, Phobien und Zwängen (8,1 %) wird man diesen Zusammenhang ebenfalls annehmen können; der hohe Anteil von Jungen kann darauf hinweisen, dass Jungen mit diesen Problemen eher zur „Selbsthilfe durch Suchtmittel“ greifen als Mädchen.

Psychotische Störungen (die in der Untersuchung ausschließlich bei männlichen Jugendlichen auftraten) können nach heutigem Stand der Kenntnis auch Folgen eines früh einsetzenden Cannabismissbrauchs sein – immer wieder sind in der stationären Behandlung aber auch Menschen mit psychotischen Erkrankungen anzutreffen, die vorübergehend ihre Psychose mit Cannabis und/oder anderen Drogen unter Kontrolle halten wollten.

Die gesamte Palette von psychischen Störungen nach ICD- 10 sind in der untersuchten Gruppe mit berichteter Komorbidität nicht wesentlich anders als bei der Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen: Klinik in Bremen Ost, Institutsambulanz in Bremen Ost und Kipsy¹⁵.

Die deutlich überdurchschnittliche psychische Belastung der Untersuchungsgruppe belegt der Vergleich mit den Ergebnissen der sogenannten BELLA-Studie, einer Teiluntersuchung des vom Robert-Koch-Institut in den Jahren von 2003 bis 2006 durchgeführten sogenannten Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KIGGS). In dieser Teilstudie wurden erstmals bundesweit repräsentative Daten zum Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Altersgruppe 7 – 17 Jahre) ermittelt. Danach zeigen 22 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland Hinweise auf psychische Auffälligkeiten, 10 % wurden als „wahrscheinlich“ psychisch auffällig klassifiziert¹⁶.

Vorrangige Suchtmittel

Bei der Frage nach dem „vorrangigen Suchtmittel“ sollten sich die Institutionen auch bei den Klienten, die verschiedene Suchtmittel konsumierten, für ein Suchtmittel entscheiden.

Tabelle 9: Vorrangiges Suchtmittel

Vorrangig konsumiertes Suchtmittel	Anzahl	(N=291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Alkohol	45	15,5	11,6	23,9
Cannabis	205	70,5	75,4	59,8
Partydroge	4	1,4	0	4,3
Kokain	11	3,8	4,0	3,3
Heroin	15	5,2	5,0	5,4
Heroin (intravenöser Konsum)	5	1,7	1,0	3,3
Anderes	6	2,1	3,0	0
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

¹⁵ Klinikum Bremen-Ost/ Gesundheitsamt Bremen: Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen 2006; Bearbeitung: Dr. Alfred Lorenz, 2007

¹⁶ Veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 5/6, 2007

Bei mehr als zwei Drittel (70 %) der erfassten Jugendlichen wurde Cannabis als vorrangiges Suchtmittel angegeben, mit weitem Abstand gefolgt von Alkohol (15,5 %).

In etwa 20 % der Fragebögen wurde zusätzlich auf einen Mischkonsum mehrerer Drogen hingewiesen, in den weitaus meisten Fällen in der Kombination von Cannabis- und Alkoholkonsum. Da in 5 von 6 Fällen bei „Anderes“ ein Mehrfachkonsum unterschiedlicher Drogen unter Einschluss von Kokain und/ oder Heroin angegeben wurde, haben insgesamt 36 Jugendliche vorrangig sogenannte „harte“ Drogen konsumiert.

Die sogenannten „Partydrogen“ (Ecstasy, Amphetamine) spielen als vorrangige Suchtmittel in der Untersuchungsgruppe praktisch keine Rolle und wurden auch bei den Mischkonsumenten in lediglich 7 Fällen erwähnt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es vornehmlich beim Alkohol- und Cannabiskonsum. Während ein problematischer Alkoholkonsum vornehmlich bei Mädchen festgestellt wurde (23,9 % gegenüber 11,6 % bei Jungen), zeigt sich bei Cannabis ein umgekehrtes Bild (75,4 % der Jungen gegenüber 59,8 % der Mädchen)

Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums

Tabelle 10: Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums

Beginn des problematischen Konsums (Lebensjahr)	Anzahl	(N = 268) %	männlich (N=181) %	weiblich (N=87) %
9	1	0,4	0,6	0,0
10	8	3,0	3,3	2,3
11	9	3,4	3,3	3,4
12	41	15,3	15,5	14,9
13	63	23,5	24,9	20,7
14	70	26,1	25,4	27,6
15	50	18,7	17,7	20,7
16	22	8,2	8,3	8,0
17	4	1,5	1,1	2,3
keine Angabe	23	-	-	-
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Fast drei Viertel aller untersuchten Jugendlichen haben bereits bis zum vollendeten 14. Lebensjahr mit einem problematischen Konsum von Suchtmitteln begonnen, fast ein Viertel aller Fälle bis zum Alter von 12 Jahren. Im Durchschnitt begann der problematische Suchtmittelkonsum in der Untersuchungsgruppe im Alter von 13,6 Jahren, wobei dieses durchschnittliche „Einstiegsalter“ bei Jungen und Mädchen praktisch identisch war.

Damit liegt das Einstiegsalter der Untersuchungsgruppe deutlich unter den im Jahr 2004 von der BZgA für alle Suchtmittelkonsumenten ermittelten Werten¹⁷.

¹⁷ Die BZgA ermittelte als durchschnittliches Einstiegsalter für Alkohol 15,5 Jahre (Kriterium: erster Alkoholrausch) und für Cannabis 16,4 Jahre (Kriterium: Erstkonsum), wobei sich diese Zahlen auf die Gesamtpopulation der Konsumenten beziehen und deshalb nur eingeschränkt mit den für die Untersuchungsgruppe ermittelten Werten vergleichbar sind.

Hinsichtlich vieler Merkmale (Geschlecht, ethnische Herkunft, Anteil Süchtiger, Klienten mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen) gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Klienten mit besonders frühem Suchtmittelmissbrauch (bis 13 J.) und denen, die vergleichsweise später mit dem Suchtmittelmissbrauch begonnen haben.

Ein früher Suchtmittleinstieg findet sich erwartungsgemäß signifikant häufiger bei den Konsumenten harter Drogen. Ein signifikanter Zusammenhang besteht auch zwischen frühem Suchtmittelmissbrauch und der Belastung mit weiteren Problemen (s.u.).

Die Differenz zwischen dem Durchschnittsalter beim Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums (13,6 J.) und dem Durchschnittsalter der gesamten Untersuchungsgruppe (16,7 J.) könnte darauf hindeuten, dass die Jugendlichen durchschnittlich erst drei Jahre nach Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums in Kontakt mit den Hilfesystemen kamen. Möglich wäre allerdings auch, dass bei Jugendlichen, die nicht durch eine spezifische Suchthilfeeinrichtung betreut werden, der Suchtmittelmissbrauch erst längere Zeit nach dem Erstkontakt erkannt wird.

Andere Probleme und Auffälligkeiten

Tabelle 11a: Zusätzliche Probleme und Auffälligkeiten (Mehrfachnennungen möglich)

Zusätzliche Probleme und Auffälligkeiten	Anzahl	(N = 291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Probleme mit der deutschen Sprache	19	6,5	9,0	1,1
Lern-/Leistungsschwierigkeiten	204	70,1	72,9	64,1
Schulvermeidung	210	72,2	74,9	66,3
Kontaktprobleme, Neigung zu sozialer Isolation	134	46,0	50,3	37,0
(Neigung zu) Gewalttätigkeiten	142	48,8	54,8	35,9
Delinquenz (Diebstahl und ähnliche Delikte)	179	61,5	70,4	42,4
BTM-Delikte und BTM-Strafverfahren	72	24,7	33,7	5,4
Hafterschaft (ohne BTM-Delikte)	23	7,9	10,1	3,3
Hafterschaft (mit BTM-Delikte)	12	4,1	6,0	0,0
Suizidversuche	36	12,4	7,0	23,9
Andere Probleme	29	10,0	5,0	20,7
Nennungen	1050			

Quelle: eigene Untersuchung

Probleme mit der deutschen Sprache hatten insgesamt nur wenige Klienten, naturgemäß fast ausschließlich Jugendliche mit Migrationshintergrund. Aber selbst unter den Migranten hatten fast drei Viertel (74 %) keine Probleme mit der deutschen Sprache. Unter den 19 Fällen mit Sprachproblemen war nur ein Mädchen.

Lern- und Leistungsschwierigkeiten und Schulvermeidung wurden am häufigsten als zusätzliche Probleme genannt. Erwartungsgemäß treten sie bei Haupt- und Sonderschülern deutlich häufiger auf als bei Jugendlichen, die eine weiterführende Schule besuchen. Sie finden sich aber auch besonders oft bei Klienten, die früh mit dem Missbrauch von Suchtmitteln begonnen haben.

Deutsche Jugendliche hatten signifikant größere Probleme in der Schule als Jugendliche mit Migrationshintergrund. Während unter den Deutschen 75 % Schulvermeider waren, lag der Anteil

bei den Migranten „nur“ bei 60 %. Lern- und andere Schulleistungsschwierigkeiten traten bei 73 % der Deutschen und 58 % der Migranten auf.

Die geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass Jungen häufiger Lern- und Leistungsschwierigkeiten (73 %) als Mädchen (64 %) haben und auch häufiger als Schulverweider in Erscheinung treten (Jungen 75 %, Mädchen 66 %).

Zwischen Schulschwierigkeiten und bevorzugtem Suchtmittel sind nur zwei Zusammenhänge signifikant: Lern- und Leistungsschwierigkeiten sind besonders ausgeprägt bei den Alkoholkonsumenten (80%), während Schulvermeidung am häufigsten bei den Heroinkonsumenten auftritt (75 %).

Fast die Hälfte der untersuchten Jugendlichen haben Kontaktprobleme bzw. eine Neigung zu sozialer Isolation. Bei männlichen Jugendlichen treten Kontaktprobleme signifikant häufiger auf (50 %) als bei Mädchen (37 %), bei Deutschen ebenso signifikant häufiger (49 %) als bei Migranten (35 %). Auch beim bevorzugten Suchtmittel gibt es signifikante Zusammenhänge: mit Abstand am Häufigsten wurden Kontaktprobleme bei Alkoholkonsumenten festgestellt (60 %), während sie bei den Konsumenten illegaler Drogen unterdurchschnittlich oft auftreten. Signifikant ist schließlich auch der Zusammenhang zwischen frühem Suchtmittelmissbrauch und Kontaktproblemen.

Bei immerhin jedem zweiten Jugendlichen wurde eine Neigung zu Gewalttätigkeiten festgestellt. Zwar tritt gewalttätiges Verhalten erwartungsgemäß bei den männlichen Jugendlichen signifikant häufiger auf als bei den weiblichen Jugendlichen. Überraschend ist aber, dass auch mehr als ein Drittel der Mädchen (36 %) als potenziell gewalttätig eingestuft wurde. Relativ, aber nicht signifikant häufiger tritt Gewalttätigkeit unter den Migranten auf, während bei Jugendlichen mit niedrigem Bildungsniveau und bei Jugendlichen mit besonders frühem Suchtmittelmissbrauch eine signifikant höhere Neigung zu Gewalttätigkeiten besteht.

Fast zwei Drittel der Jugendlichen sind bereits mit delinquentem Verhalten in Erscheinung getreten. Signifikante Zusammenhänge gibt es zwischen Delinquenz und männlichem Geschlecht, frühem Suchtmittelkonsum und niedrigem Bildungsgrad.

Keine signifikanten Unterschiede gab es zwischen Deutschen und Migranten und zwischen Konsumenten legaler und illegaler Suchtmittel. Letztere Feststellung zeigt, dass zwischen der Neigung zu Delinquenz und der sogenannten Beschaffungskriminalität bei illegalen Drogen deutlich unterschieden werden muss.

In Zusammenhang mit Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz ist ein Viertel der Jugendlichen bereits polizeilich auffällig geworden. Erwartungsgemäß sind BTM-Delikte¹⁸ bei Konsumenten illegaler Drogen signifikant häufiger als bei Jugendlichen, die vorrangig Alkohol konsumieren. Mehr als die Hälfte der Konsumenten harter Drogen, aber auch 24 % der Cannabis-Konsumenten sind mit BTM-Delikten in Erscheinung getreten.

BTM-Delikte wurden fast ausschließlich von männlichen Jugendlichen verübt, wobei Jugendliche mit Migrationshintergrund signifikant häufiger (39 %) mit BTM-Delikten in Erscheinung getreten sind bzw. von der Polizei ergriffen wurden als deutsche Jugendliche (21 %).

Hafterfahrung haben mit wenigen Ausnahmen nur männliche Jugendliche, die harte Drogen konsumieren. Dies gilt sowohl für Inhaftierungen auf Grund von BTM-Delikten als auch für Inhaftierungen auf Grund anderer Delikte. Jugendliche mit Migrationshintergrund sind unter den Klienten mit Hafterfahrung leicht überrepräsentiert.

¹⁸ Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG)

28 % der Mädchen, gegenüber 9 % der Jungen, haben bereits Suizidversuche unternommen, bei weiteren 12 % der Jugendlichen waren sich die Betreuer diesbezüglich unsicher¹⁹. Bezogen auf andere untersuchte Merkmale gab es keine signifikanten Zusammenhänge.

Bei 29 Jugendlichen (10 %) wurden zusätzlich zu den standardisierten Antwortmöglichkeiten weitere Probleme und Auffälligkeiten genannt, davon am häufigsten (13 Fälle) massive Beziehungsstörungen zwischen Eltern bzw. Elternteilen und dem Jugendlichen. Mehrfach erwähnt (5 Fälle) wurde auch selbstverletzendes Verhalten.

Neben der Betrachtung der einzelnen Probleme wurde auch die Häufigkeit zusätzlicher Probleme pro Jugendlichen ausgewertet. Kein zusätzliches Problem wurde nur bei 9 Fällen (3 %) festgestellt. Ein bis drei zusätzliche Probleme hatten 48 % der erfassten Klienten, 49 % hatten sogar vier oder mehr zusätzliche Probleme.

Tabelle 11b: Zusätzliche Probleme und Auffälligkeiten

Zusätzliche Probleme und Auffälligkeiten	Anzahl	(N = 291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Keine Probleme	9	3,1	2,5	4,3
1-3 Probleme	139	47,8	41,7	60,9
4 und mehr Probleme	143	49,1	55,8	34,8
Gesamt	291	100	100	100

Die Gesamtbelastung der männlichen Jugendlichen war signifikant höher als die der weiblichen Jugendlichen; 55,8 % der Jungen und 34,8 % der Mädchen hatten 4 oder mehr Probleme.

Überraschenderweise hatten jüngere Klienten (12-15 J.) eine deutlich höhere Problembelastung als ältere Klienten (16-19 J.). 54 % der Jüngeren wiesen 4 oder mehr Probleme auf gegenüber 47 % der Älteren.

Keine signifikanten Unterschiede bei der Problembelastung gab es dagegen zwischen Deutschen und Migranten.

Erwartungsgemäß wiesen Suchtmittelabhängige eine insgesamt signifikant höhere Problembelastung auf als Klienten, bei denen lediglich ein Suchtmittelmissbrauch vorlag. Am höchsten war die Problembelastung bei den Konsumenten von harten Drogen; an zweiter Stelle lagen die Alkoholkonsumenten, während die Cannabiskonsumenten die (relativ) geringste Problembelastung aufwiesen.

Signifikant höher war die Problembelastung schließlich bei denen, die besonders früh mit dem kritischen Suchtmittelkonsum begonnen haben und bei denen mit einem niedrigeren Bildungsniveau.

¹⁹ der Anteil tatsächlich verübter Selbsttötungen ist allerdings bundesweit bei den männlichen Jugendlichen fast dreimal so hoch wie bei den weiblichen Jugendlichen; Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Schule, Ausbildung, Beruf

Tabelle 12: Schulbesuch

Schulbesuch (zuletzt besuchte Schule)	Anzahl	(N=282) %	männlich (N=193) %	weiblich (N=89) %
Sonderschule	47	16,7	18,1	13,5
Hauptschule	161	57,1	58,5	53,9
Realschule	52	18,4	16,1	23,6
Gymnasium	22	7,8	7,3	9,0
Keine Angabe	9	-	-	-
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Vergleicht man die Zahlen der Untersuchungsgruppe mit der offiziellen Schülerstatistik Bremens, wird deutlich, dass das Bildungsniveau der Klienten, die in Zusammenhang mit Suchtmittelproblemen in den verschiedenen Hilfesystemen betreut wurden, gravierend unter dem durchschnittlichen Niveau der Jugendlichen in Bremen liegt. Im stadtbremischen Durchschnitt besuchen nur etwa 20 % aller Jugendlichen eine Hauptschule und etwa 5 % eine Sonderschule.²⁰

Obwohl das Bildungsniveau in allen Teilgruppen der Untersuchung deutlich unterdurchschnittlich ist, gibt es doch Unterschiede: Männliche Jugendliche haben zu einem noch höheren Anteil als weibliche Jugendliche nur eine Sonder- oder Hauptschule besucht (77 % gegenüber 67 %). Auch das Bildungsniveau der Jugendlichen mit Migrationshintergrund ist noch einmal signifikant schlechter als das ihrer deutschen Altersgenossen (Anteil Sonder-/ Hauptschüler 83 %).

In der Gruppe der Sonder- und Hauptschüler findet sich ein signifikant höherer Anteil von bereits Suchtmittelabhängigen und eine insgesamt signifikant höhere Belastung mit zusätzlichen Problemen.

Lediglich psychische Störungen wurden bei Realschülern bzw. Gymnasiasten häufiger diagnostiziert als bei Sonder- oder Hauptschülern, wobei dieses Ergebnis auch dadurch verursacht sein könnte, dass Realschüler und Gymnasiasten von ihren Eltern oder einer betreuenden Institution häufiger einem Psychiater vorgestellt werden.

²⁰ Bericht der Arbeiterkammer Bremen 2005: Armut in Bremen.

Tabelle 13: Ausbildung/ Beruf

Ausbildung/ Beruf	Anzahl	(N = 288) %	männlich (N=197) %	weiblich (N=91) %
Ohne Abschluss/ unbekannt	87	30,2	31,0	28,6
Geht noch zur Schule	141	49,0	46,2	54,9
Lehre und Berufsschule	10	3,5	2,0	6,6
Berufsschule/Berufsfachschule	17	5,9	6,6	4,4
Andere Ausbildung	4	1,4	1,0	2,2
Schulvermeiderprojekt	11	3,8	4,1	3,3
Beschäftigungsmaßnahme	11	3,8	5,6	0,0
Gelegenheitsjobs	7	2,4	3,5	0,0
Keine Angabe	3	-	-	-
Gesamt	291	100	100	100

Quelle: eigene Untersuchung

Auf Grund der Altersspanne der Untersuchungsgruppe von 12 bis 19 Jahre sind die Zahlen nur bedingt aussagekräftig.

Dennoch fällt die große Gruppe (N = 87) derer ins Auge, die weder zur Schule geht noch über einen Schulabschluss verfügt. 83 % dieser Gruppe besuchten zuletzt eine Haupt- oder Sonderschule. Diese Jugendlichen und Heranwachsenden weisen hinsichtlich aller untersuchten Problemlagen noch einmal deutlich höhere Belastungswerte auf als der Durchschnitt der Untersuchungsgruppe.

Biografische Risikofaktoren

Ermittelt wurden hier biografische Risikofaktoren, die möglicherweise einen Einfluss auf die Entstehung der Suchtmittelproblematik und/ oder weiterer Störungen und Belastungen hatten.

Tabelle 14: Risikofaktoren (Mehrfachnennungen möglich)

Risikofaktoren	Anzahl	(N=291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
(Überwiegend) bei nur einem Elternteil aufgewachsen	183	62,9	61,8	65,2
(Überwiegend) bei Angehörigen oder in Pflegefamilien aufgewachsen	36	12,4	9,5	18,5
(Überwiegend) in stationären Jugendhilfeeinrichtungen (Heimen) aufgewachsen	38	13,1	10,1	19,6
Auffälligkeiten der Familie: Soziale Notlage/Arbeitslosigkeit	134	46,0	46,7	44,6
Gewalt/körperliche/sexuelle Misshandlungen	110	37,8	34,2	45,7
Andere bzw. weitere Risikofaktoren	82	28,2	25,1	34,8
Keine besonderen Probleme/ „normale“ Kindheit	43	14,8	13,6	17,4
Nennungen	626	-	-	-

Quelle: eigene Untersuchung

Augenfällig ist zunächst, dass bei nur 15 % der Jugendlichen angegeben wurde, dass sie eine „normale“ Kindheit ohne besondere (erkennbare oder bekannte) Probleme gehabt haben.

Zwei Drittel der Jugendlichen sind in einer unvollständigen Familie (nur ein Elternteil) aufgewachsen, 26 % überwiegend ohne leibliche Eltern bei Angehörigen oder in Heimen. Damit sind fast 90 % der Jugendlichen überwiegend nicht in einer vollständigen Familie mit beiden Elternteilen aufgewachsen.

Bei fast der Hälfte der Jugendlichen gab es eine soziale Notlage der Familie, mehr als ein Drittel wurden Opfer von Gewalt und/oder Misshandlungen.

Weibliche Jugendliche wiesen eine durchschnittlich etwas höhere Anzahl von Risikofaktoren auf und wuchsen, verglichen mit den Jungen, auch doppelt so häufig bei anderen Angehörigen, in Pflegefamilien oder in Heimen auf. Darüber hinaus waren sie häufiger Opfer von Gewalt bzw. körperlicher und/oder sexueller Misshandlung (46 % gegenüber 34 % der Jungen).

Ausgiebig wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, im Fragebogen auf weitere Probleme, Risikofaktoren und Auffälligkeiten in der Familie hinzuweisen (82 Fälle), von denen insbesondere Jungen betroffen waren (35 % gegenüber 25 % bei den Mädchen). Am häufigsten wurden genannt:

- Suchtprobleme bei Eltern/ Elternteilen (überwiegend Alkohol): 30 Fälle
- Eheprobleme/ Trennung der Eltern: 18 Fälle
- Psychische Erkrankung bei Eltern (überwiegend Mutter): 11 Fälle
- Schwere Krankheit oder Tod von Eltern/ Elternteilen: 9 Fälle

Die Gesamtzahl der Risikofaktoren ist bei den deutschen Jugendlichen etwas höher als bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund, was im Wesentlichen daran liegt, dass ein größerer Teil der Migranten in einer vollständigen Familie aufgewachsen ist.

Signifikante Zusammenhänge bestehen zwischen der Zahl der Risikofaktoren und einem frühem Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums sowie einem niedrigem Bildungsniveau.

Weitere interessante Einzelergebnisse:

- Jugendliche aus Pflegefamilien als auch aus Jugendhilfeeinrichtungen/ Heimen begannen relativ später mit dem Suchtmittelmissbrauch als Jugendliche, die mit nur einem leiblichen Elternteil aufwuchsen, was möglicherweise auf eine intensivere erzieherische Aufmerksamkeit zurück zu führen sein könnte.
- Jugendliche, die in schlechten sozialen Verhältnissen aufwuchsen oder lebten, konsumierten signifikant häufiger Alkohol und harte Drogen (seltener dagegen Cannabis), begannen überdurchschnittlich früh mit dem Missbrauch von Suchtmitteln und hatten ein signifikant geringeres Bildungsniveau.
- Mädchen und Jugendliche mit Migrationshintergrund wurden etwas häufiger Opfer von Gewalt und/oder Misshandlungen. Signifikante Zusammenhänge bestanden zwischen Gewalterfahrungen und Alkoholmissbrauch sowie Gewalterfahrungen und niedrigem Bildungsniveau.
- In der Gruppe der Jugendlichen, die eine vergleichsweise normale Kindheit hatten, waren zwei Zusammenhänge signifikant: die Gruppe hatte ein deutlich überdurchschnittliches Bildungsniveau, und Alkoholmissbrauch trat in dieser Gruppe überhaupt nicht auf.

Vorbetreuungen und -Vorbehandlungen

Bei dieser Frage ging es darum herauszufinden, ob die Jugendlichen vor der Betreuung durch die Institution, die den Fragebogen ausgefüllt hat, bereits durch andere Einrichtungen beraten, betreut oder behandelt wurden.

Tabelle 15a: Vorbetreuungen bzw. –behandlungen

Häufigkeit von Vorbetreuungen	Anzahl	(N=291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Keine Vorbetreuung	18	6,2	5,0	8,7
1 bis 2 Vorbetreuungen	114	39,2	41,7	33,7
3 bis 4 Vorbetreuungen	101	34,7	34,2	35,9
5 und mehr Vorbetreuungen	58	19,9	19,6	21,7
Gesamt	291	100	100	100

Tabelle 15b: Vorbetreuungen bzw. –behandlungen (Mehrfachnennungen möglich)

Vorbetreuungen bzw. –behandlungen	Anzahl	(N=291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Kinder- Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (ambulant)	112	38,5	36,2	43,5
Kinder- Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie (stationär oder teilstationär)	76	26,1	22,1	34,8
Jugendhilfe (ambulante Maßnahme/n)	156	53,6	53,3	54,3
Jugendhilfe (stationäre Maßnahme/n)	117	40,2	35,7	50,0
Jugendgerichtshilfe	103	35,4	42,7	19,6
Erziehungsberatungsstelle	91	31,3	33,2	27,2
Suchtberatung	97	33,3	35,7	28,3
Drogenberatung	102	35,1	37,2	30,4
Andere Betreuungen	18	6,2	4,0	10,9
Nennungen	872	-	-	-

Quelle: eigene Untersuchung

Vorbetreuungen durch andere Institutionen waren in der Untersuchungsgruppe die Regel. Nur in 18 Fällen hatte es noch keine Vorbetreuungen gegeben, d.h. die Klienten hatten zum ersten Mal Kontakt zu einem der Hilfesysteme. 114 Jugendliche wurden vorher von 1 oder 2 Institutionen betreut, 101 Jugendliche von 3 oder 4 Institutionen und 58 Jugendliche hatten sogar bereits Kontakt zu 5 oder mehr Institutionen. Durchschnittlich hatte jeder erfasste Jugendliche bereits Kontakt zu drei Institutionen.

32 Jugendliche wurden bereits innerhalb der Untersuchung von mehreren Institutionen erfasst, d.h. sie wurden während des Jahres 2005 von mehr als einer Institution beraten oder betreut.

Zwischen Mädchen und Jungen gibt es bezüglich der Zahl der Vorbetreuungen insgesamt nur geringe Unterschiede, ebenso zwischen jüngeren und älteren Klienten. Selbst von den 12 bis 15-jährigen Jugendlichen hatten 26 % (N=18) bereits 5 oder mehr Vorbetreuungen.

In anderen Bereiche zeigten sich dagegen signifikante Zusammenhänge: Signifikant mehr Vorbehandlungen bzw. –betreuungen hatten

- deutsche Jugendliche gegenüber Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- Jugendliche mit Suchtmittelabhängigkeit gegenüber Jugendlichen mit Suchtmittelmissbrauch
- Konsumenten harter Drogen
- Jugendliche, die besonders früh in problematischer Weise Suchtmittel konsumiert haben und
- Jugendliche mit überdurchschnittlich vielen zusätzlichen Problemen.

Insgesamt zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen der individuellen Gesamtbelastung bzw. Gesamtproblematik der Jugendlichen und der Zahl der in Anspruch genommenen Institutionen des Hilfesystems.

3.2.3. Strukturelle Ergebnisse

Probleme bei der Beratung und/ oder Behandlung

Aus Sicht der betreuenden Institution sollten strukturelle Mängel und Probleme benannt werden, die bei der Betreuung des/ der Jugendlichen aufgetreten sind.

Tabelle 16: Strukturelle Schwächen/ Defizite (N = 160; Mehrfachnennungen möglich)

Strukturelle Schwächen/ Defizite	Anzahl	(N = 291) %	männlich (N=199) %	weiblich (N=92) %
Kooperationsmängel zwischen betreuenden Diensten	45	15,5	15,1	16,3
Fehlende Betreuungs-/Behandlungsangebote	83	28,5	31,7	21,7
Unklare Zuständigkeiten	24	8,2	8,5	7,6
Probleme bei Kostenregelungen	22	7,6	10,1	2,2
Andere Probleme	63	21,6	23,1	20,7
Nennungen	237			
Fälle ohne Angaben	131	-	-	-

Quelle: eigene Untersuchung

In knapp der Hälfte der Fälle (N=131) wurden zur Frage nach strukturellen Schwächen oder Defiziten in der Betreuung keine Angaben gemacht; die Anteilswerte in Tabelle 16 unterstellen, dass bei diesen Fällen zumindest keine gravierenden strukturellen Probleme in der Betreuung aufgetreten sind.

In der Mehrzahl der Betreuungen traten strukturelle Probleme auf. Häufigstes Problem waren fehlende geeignete bzw. weiterführende Betreuungs- oder Behandlungsangebote. In gut jedem vierten Fall bestand aus Sicht der betreuenden Institution dieses Problem. Kooperationsmängel zwischen betreuenden Diensten traten bei etwa jedem sechsten Fall auf. Seltener, aber immerhin noch bei 7,6 % der Fälle, bestanden unklare Zuständigkeiten oder Probleme mit Kostenträgern.

Kooperationsmängel wurden am häufigsten vom Ambulanten Sozialdienst des AfSD und von der Drogenhilfe beklagt.

Signifikant häufiger traten sie bei jüngeren Klienten auf, bei Klienten mit einem besonders frühen Suchtmittelmissbrauch und bei Klienten mit einer besonders komplexen Gesamtproblematik. Erwartungsgemäß gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kooperationsmängeln und der Zahl bereits an der Betreuung beteiligten Institutionen (Vorbetreuungen bzw. Behandlungen).

Signifikante Zusammenhänge gibt es auch zwischen Kooperationsmängeln und fehlenden Betreuungsmöglichkeiten, unklaren Zuständigkeiten und Problemen bei der Kostenregelung.

Fehlende geeignete Betreuungs- und Behandlungsangebote treten als Problem häufiger auf bei männlichen Klienten und sind deutlich häufiger bei Klienten, die bereits suchtmittelabhängig sind. Weitere signifikante Merkmale sind ein früher Einstieg in den Suchtmittelkonsum und eine hohe Belastung mit zusätzlichen Problemen. Signifikante Zusammenhänge gibt es auch hier zu anderen Strukturmängeln, besonders eng ist der Zusammenhang zwischen fehlenden Angeboten und Problemen bei der Kostenregelung.

Angesichts der großen Zahl von Fällen, bei denen das Problem fehlender geeigneter Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen auftrat, ist es im nachhinein bedauerlich, dass nicht explizit gefragt wurde, welche Angebote gefehlt haben. In Einzelfällen gab es trotzdem einige Hinweise (s. 4.3.).

Keine ähnlich eindeutigen Merkmale wiesen die Fälle auf, bei denen unklare Zuständigkeiten oder Probleme bei der Kostenregelung auftraten. Allerdings gab es in diesen Fällen auch eine Häufung anderer struktureller Mängel.

Bemerkenswert ist, dass die größten Probleme bei der Kostenregelung für Hilfemaßnahmen beim Ambulanten Sozialdienst des AfSD auftraten, obwohl das Amt in den meisten Fällen selbst Kostenträger der Maßnahmen ist.

Bei 67 Fällen nutzten die betreuenden Institutionen die Möglichkeit, auf weitere Probleme in der Betreuung hinzuweisen. Am häufigsten wurden genannt:

- Fehlende Motivation und Mitwirkungsbereitschaft beim Jugendlichen (33 Fälle)
- Fehlende Mitwirkungsbereitschaft und Konsequenz bei Eltern (18 Fälle)
- Kritik am Vorgehen anderer Institutionen (7 Fälle)

Insbesondere die häufig beklagte geringe Motivation bzw. Bereitschaft der Klienten, angebotene Hilfen anzunehmen, scheint ein typisches Phänomen der Untersuchungsgruppe zu sein.

Klientenprofile der Einrichtungen

Ausgewertet wurden die Klientenprofile für 5 Einrichtungen bzw. Einrichtungsgruppen:

Tabelle 17: Betreute Klienten nach Einrichtungen

Betreute Klienten nach Einrichtungen	Anzahl	(N = 291) %	männlich* %	weiblich* %
Ambulanter Sozialdienst für Kinder und Jugendliche des AfSD	62	21,3	80,6	19,4
Jugendhilfeträger (ambulante und stationäre Maßnahmen)	65	22,3	70,8	29,2
Drogenhilfeeinrichtungen	35	12,0	71,4	28,6
Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle KIPSY	32	11,0	62,5	37,5
Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Bremen Ost	70	24,1	54,3	45,7
Andere Einrichtungen	27	9,3	-	-
Erfasste Gesamtfälle	291	100	-	-

* bezogen auf die jeweiligen Einrichtungen; Quelle: eigene Untersuchung

Lediglich beim Alter der Klienten sind die Unterschiede zwischen den an der Untersuchung beteiligten Einrichtungen nur geringfügig. Bei anderen Merkmalen zeigten sich zum Teil signifikante Unterschiede²¹.

Der Ambulante Sozialdienst des AfSD hat den höchsten Anteil männlicher Klienten (81 %), den zweithöchsten Anteil von Klienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit (45 %), die Klientel mit der höchsten Problembelastung und mit dem niedrigsten Bildungsniveau (90 % Sonder- und Hauptschule), sowie die Klienten mit den meisten Vorbehandlungen.

Die Klientel der Jugendhilfeträger hat am seltensten einen Migrationshintergrund (14 %), konsumiert am häufigsten Cannabis (82 %) und hat ein deutlich unterdurchschnittliches Bildungsniveau (80 % Sonder- und Hauptschule).

Die Drogenhilfeeinrichtungen haben den höchsten Anteil Klienten mit Migrationshintergrund (34 %) sowie erwartungsgemäß die höchsten Anteile suchtmittelabhängiger Klienten (54 %) und Klienten, die harte Drogen konsumieren (29 %).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle KIPSY hat von allen Einrichtungen die jüngste Klientel, die meisten weiblichen Jugendlichen (44 %) und weicht auch beim hohen Anteil von Klienten mit zusätzlichen psychischen und psychosozialen Störungen signifikant von den Mittelwerten ab.

Die Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik (inkl. Ambulanz) weicht bei mehreren Merkmalen signifikant von den Mittelwerten ab. Die Klinik hat den mit Abstand höchsten Anteil weiblicher Klienten (44 %), erwartungsgemäß den höchsten Anteil von Klienten mit zusätzlichen psychischen Störungen (90 %), den höchsten Anteil Klienten mit (vorrangigem) Alkoholproblem (21 %), aber den niedrigsten Anteil mit einer Suchtmittelabhängigkeit (14 %). Unterdurchschnittlich ist auch der Anteil an Klienten mit einer hohen Belastung durch zusätzliche Probleme (27 %). Das Bildungsniveau der Klientel ist am zweithöchsten (43 % Realschule oder Gymnasium).

²¹ die detaillierten Vergleichswerte sind im Anhang, Tabelle 3, dargestellt.

4. Analyse und Bewertung

4.1. Prävalenzschätzung

Ein wichtiges Ziel der Untersuchung war eine möglichst verlässliche Einschätzung der Zahl hilfebedürftiger Jugendlicher und Heranwachsender mit einem problematischen Suchtmittelkonsum in der Stadt Bremen.

291 Jugendliche und Heranwachsende konnten durch die Untersuchung erfasst werden. Gravierendere Erfassungslücken traten nur im Ambulanten Sozialdienst für Kinder und Jugendliche des Amtes für Soziale Dienste auf. Hier haben sich nur etwa die Hälfte der regionalen Sozialdienste an der Untersuchung beteiligt, so dass die tatsächliche Fallzahl um etwa 60-80 Fälle höher sein dürfte. Nicht auszuschließen ist allerdings, dass ein Teil der im AfSD nicht erfassten Fälle in anderen Institutionen (z.B. bei den Jugendhilfeträgern) erfasst wurden (Mehrfachbetreuungen).

Nicht erfasst werden konnten die Fälle, die in den Drogenberatungsstellen und der Suchtberatung im schulpsychologischen Dienst in der Regel einmalig beraten wurden und dort nicht namentlich erfasst wurden (s.3.2.1.).

Eine Unterschätzung der tatsächlichen Zahl Hilfebedürftiger könnte sich noch durch zwei weitere Aspekte ergeben: Zum einen wurden lediglich die Klientenzahlen *eines* Jahres erfasst, zum anderen vergeht zwischen dem Beginn des problematischen Konsums, dem Auftreten des Hilfebedarfs und dem ersten Kontakt zum Hilfesystem immer ein mehr oder weniger langer Zeitraum. Welche Fehlerquote sich aus diesen beiden Faktoren ergibt, ist schwer einzuschätzen. Die Dunkelziffer dürfte jedoch bei Jugendlichen erheblich niedriger liegen als bei Erwachsenen, da es bei ihnen auf Grund der „kontrollierenden“ Systeme Schule und Elternhaus sehr viel wahrscheinlicher ist, dass ein Suchtmittelmissbrauch auffällt und – auch gegen den Willen der Betroffenen – eine Hilfsinstitution eingeschaltet wird.

Letztlich hängt die Dunkelziffer auch von der Intensität des Hilfebedarfs ab: je höher der Hilfebedarf ist, desto wahrscheinlicher sind die Fälle in der Untersuchung erfasst.

Unter Abwägung der genannten Ungenauigkeiten erscheint es insgesamt realistisch, dass die tatsächliche Zahl hilfebedürftiger Jugendlicher um etwa 50 % über der Zahl der erfassten Fälle liegt. Als maximaler Fehler wird eine Quote von 100 % angenommen, so dass sich folgende, gerundete Prävalenzschätzungen ergeben:

In der Untersuchung erfasste Fälle: **291**

Realistische Fallzahl: ca. **450**

Maximale Fallzahl: ca. **600**

Bezogen auf die relevanten Altersgruppen der 14 – 19-Jährigen (97 % der erfassten Fälle) bedeuten diese Zahlen, dass in Bremen wahrscheinlich etwa 1,4 % (max. 1,9 %) aller Jugendlichen und Heranwachsenden einen Hilfebedarf (auch) in Zusammenhang mit einem Suchtmittelmissbrauch oder einer Suchtmittelabhängigkeit haben²².

²² Nicht berücksichtigt wird hier, dass insbesondere bei Eltern und/oder Angehörigen auch ein aus fachlicher Sicht eher unproblematischer, jugendtypischer Suchtmittelkonsum der eigenen Kinder einen Informations-, Beratungs- und Hilfebedarf auslösen kann. Nach wie vor löst insbesondere der Konsum von Cannabis häufig Ängste und Unsicherheit aus. Solche Eltern- und Angehörigenberatungen spielen vor allem in der Arbeit der Suchtberatung des Schulpsychologischen Dienstes und in den Drogenberatungsstellen eine wesentliche Rolle.

Direkte Vergleichstudien zur vorliegenden Untersuchung und ihren Ergebnissen gibt es nach Kenntnis des Autors nicht. Dennoch seien hier zwei Studien kurz erwähnt, deren Ergebnisse dafür sprechen, dass die quantitativen Einschätzungen realistisch sind.

Die aktuelle Studie der von der Weltgesundheitsorganisation unterstützten internationalen Untersuchung „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“, an der auch fünf deutsche Bundesländer beteiligt sind, beziffert den Anteil der Cannabis-Konsumenten, der „die größte Gefährdung für die Entwicklung psychischer Abhängigkeit birgt und sehr wahrscheinlich deutliche Symptome des Cannabismisbrauchs zeigt“²³, auf 1,4 % der männlichen und 0,8 % der weiblichen Jugendlichen.

In den Jahren 1996 und 1997 führte das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) ein „Erprobungsvorhaben zur Prävalenzschätzung des regionalen illegalen Drogenmissbrauchs und seiner Folgen“ durch. Wie in der vorliegenden Studie wurde die Prävalenzschätzung damals durch die Ermittlung der Nutzer des sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystems vorgenommen, ebenfalls für einen Zeitraum von 12 Monaten. Zusätzlich wurden in dieser, im Vergleich zur vorliegenden Studie erheblich aufwändigeren Untersuchung Fälle aus dem (allgemein-) medizinischen Versorgungssystem und den Bereichen Polizei und Justiz erfasst. Ermittelt wurden damals 284 jugendliche und heranwachsende Konsumenten illegaler Drogen im Alter zwischen 10 und 19 Jahren, die das soziale und/oder gesundheitliche Versorgungssystem in Bremen in Anspruch genommen hatten²⁴.

4.2. Wichtige fachliche Ergebnisse der Untersuchung

Gemessen an allen Konsumenten von Suchtmitteln in der Gruppe der 10 – 19-Jährigen ist die Zahl derjenigen, die bereits als Jugendliche oder heranwachsende (auch) auf Grund eines problematischen Suchtmittelkonsums das Hilfesystem in Anspruch nehmen (müssen), gering. Auf Grund der vorliegenden Untersuchungen ergeben sich für das Jahr 2005 etwa folgende Relationen²⁵:

- Gesamtzahl Jugendlicher in der Stadtgemeinde Bremen (14-19 Jahre): ca. 32.000
- Davon haben schon einmal Cannabis konsumiert (Lifetime): ca. 13.000 (40 %)
- In den letzten 30 Tagen haben Cannabis konsumiert: ca. 4800 (15 %)
- Fälle mit suchtmittelbezogenem Hilfebedarf: 291 (hier erfasste), 450 – 600 (geschätzte)
- Anteil an allen Jugendlichen: 0,09 % (Untergrenze), 1,4 % (Mittelwert), 1,9 % (Obergrenze)

Dies bedeutet, dass für die weit überwiegende Zahl drogenkonsumierender Jugendlicher und Heranwachsender der Suchtmittelkonsum ein entwicklungstypisches Übergangsphänomen bleibt, das in den meisten Fällen nicht die Inanspruchnahme professioneller Hilfen erfordert²⁶.

Zwei Drittel aller erfassten Jugendlichen und Heranwachsenden sind männlich. Damit bestätigt auch diese Untersuchung, dass Jungen nicht nur insgesamt eine höhere Bereitschaft zum Konsum von Suchtmitteln aufweisen, sondern bei Jungen ein im Vergleich zu Mädchen etwa

²³ Wolfgang Settertobulte/ Matthias Richter: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006, S. 24 in: Mann/Havemann-Reinicke/Gassmann (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum, 2007

²⁴ Zenker, C./ Greiser, E.: Erprobungsvorhaben zur Prävalenzschätzung des regionalen illegalen Drogenmissbrauchs und seiner Folgen, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen, 1998

²⁵ Zahlenbasis: Bremer SCHULBUS Untersuchung, z.T. hochgeschätzt. Nicht berücksichtigt wurden die 10-13-jährigen Jugendlichen, da in dieser Altersgruppe Suchtmittelmissbrauch noch relativ selten ist (7 Fälle in der Untersuchungsgruppe)

²⁶ Unstrittig ist, dass *jeder* Konsum legaler und illegaler Suchtmittel insbesondere gesundheitliche Risiken für den Konsumenten birgt. Diese Risiken und ihre Bewertung waren jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

doppelt so hohes Risiko für einen Suchtmittelmissbrauch oder eine Suchtmittelabhängigkeit besteht. Besonders ausgeprägt sind die Geschlechtsunterschiede beim Konsum illegaler Suchtmittel. Auch von den erwachsenen Klienten des Drogenhilfesystems sind bundesweit in der Regel drei Viertel Männer und nur ein Viertel Frauen, wobei sich dieses Verhältnis seit Beginn der systematischeren Klientenstatistik in der deutschen Drogenhilfe Ende der 80er Jahre kaum verändert hat.²⁷

Cannabis ist das in der Untersuchungsgruppe mit Abstand am häufigsten missbräuchlich konsumierte Suchtmittel (N=205). 31 überwiegend ältere Klienten konsumierten bereits „harte“ Drogen wie Kokain und Heroin. Die relativ kleine Zahl Jugendlicher und Heranwachsender, die aus Sicht der betreuenden Institutionen vorrangig ein Alkoholproblem haben (N=45) kann auch damit zusammenhängen, dass ein problematischer Alkoholkonsum gesellschaftlich, aber möglicherweise auch in den Hilfesystemen eher noch als „normal“ angesehen wird als dies beispielsweise bei Cannabiskonsum der Fall ist.

Von vielen Jugendlichen wird sowohl Cannabis als auch Alkohol missbräuchlich konsumiert. Der Konsum sogenannter Partydrogen (Ecstasy, Amphetamine) spielte in der Untersuchungsgruppe praktisch keine Rolle.

Ein Drittel der Untersuchungsgruppe wurde von den Hilfesystemen als süchtig eingeschätzt. Erwartungsgemäß besonders hoch war der Anteil der Süchtigen bei den Konsumenten harter Drogen (78 %). Aber auch bei jedem vierten Cannabiskonsumenden (27 %) und fast jedem fünften Alkoholkonsumenten (18 %) bestand bereits eine Abhängigkeit vom Suchtmittel.

Für die Bewertung dieser Ergebnisse ist wichtig, dass gerade bei Jugendlichen nicht von einem linearen Muster der Suchtentwicklung im Sinne einer zwingenden Abfolge: Konsum – Missbrauch – Abhängigkeit ausgegangen werden kann. Vielmehr unterliegt die Konsumintensität häufig erheblichen Schwankungen, und auch diejenigen, bei denen ein Suchtmittel*missbrauch* festgestellt wurde, sind potenziell durchaus in der Lage, ihre Konsumintensität zu steuern bzw. zu kontrollieren.

Ein verbreitetes Vorurteil ist auch, dass Süchtige in jedem Fall eine suchtspezifische Behandlung/ Therapie benötigen, um sich aus ihrer Abhängigkeit zu befreien. Tatsächlich können eine stationäre Entgiftungsbehandlung und eine Suchttherapie wesentliche Hilfen für die Betroffenen sein, eine zwingende Voraussetzung für die Überwindung einer Abhängigkeit sind sie jedoch nicht. Viele Jugendliche wachsen mit zunehmendem Alter aus ihrer Suchtproblematik heraus, insbesondere dann, wenn sie Unterstützung bei der Bewältigung der ursächlichen psychischen und/ oder psychosozialen Probleme erhalten.

Das Durchschnittsalter der in der Untersuchung erfassten Klienten lag bei knapp 17 Jahren, wobei es zwischen Jungen und Mädchen nur minimale Unterschiede gab.

Das Durchschnittsalter, in dem der problematische Konsum von Suchtmitteln begann, lag drei Jahre unter dem aktuell erfassten Alter der Jugendlichen, wobei jeder vierte Jugendliche bereits vor dem 13. Lebensjahr mit einem problematischen Suchtmittelkonsum begonnen hatte.

Zwar lässt sich aus der Untersuchung nicht sicher ableiten, dass der Erstkontakt zu den Hilfesystemen tatsächlich im Durchschnitt erst drei Jahre nach Beginn des problematischen Konsums erfolgte, gleichwohl vergeht in den meisten Fällen sehr wahrscheinlich (zu) viel Zeit bis zur (ersten) Inanspruchnahme professioneller Hilfen.

Ein vielen Fachleuten zwar bekanntes, aber in seinen Konsequenzen für das Hilfesystem noch wenig diskutiertes Phänomen ist die hohe Komorbidität bei Jugendlichen und Heranwachsenden mit einem problematischen Suchtmittelkonsum. Bei jedem zweiten Jugendlichen bestanden zusätzlich zum Suchtmittelkonsum eine oder mehrere psychische Störungen. Zählt man die Fälle hinzu, bei denen sich die betreuenden Institutionen in der Diagnose unsicher waren, also eine

²⁷ Dokumentiert u.a. in den Jahrbüchern SUCHT der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)

psychische Störung nicht ausschließen konnten, erhöht sich der Anteil der Jugendlichen mit komorbiden Störungen auf bis zu 70 % der erfassten Klienten.

Nicht aufrechterhalten werden kann nach den Ergebnissen der Untersuchung das immer noch verbreitete (Vor-)Urteil, dass in den meisten Fällen die psychischen Störungen erst durch den Suchtmittelkonsum ausgelöst werden. Zutreffend ist, dass Cannabiskonsum an der Auslösung von akuten Psychosen beteiligt sein kann; diese Fälle sind jedoch in der Untersuchung die Ausnahme. Sehr viel häufiger sind nach Einschätzung der Fachleute die Fälle, in denen der Suchtmittelmissbrauch (auch) einen Versuch der Jugendlichen darstellt, die Symptome psychischer Störungen bzw. Belastungen zu lindern.

Wie gravierend sich die Untersuchungsgruppe vom Durchschnitt aller Jugendlichen unterscheidet, zeigt die Auflistung der zusätzlichen Probleme und Auffälligkeiten. Mehr als zwei Drittel aller Jugendlichen hatten Lern- und Leistungsschwierigkeiten und waren Schulverweider, fast zwei Drittel sind bereits mit delinquentem Verhalten in Erscheinung getreten, und jeweils etwa die Hälfte hatten Kontaktprobleme und/ oder zeigten eine Neigung zu gewalttätigem Verhalten.

Die Art der Auffälligkeiten und die Tatsache, dass die jüngeren Klienten (12 bis 15-Jährige) eine insgesamt höhere Problembelastung aufweisen als die Älteren (16 bis 19 Jahre), lassen darauf schließen, dass die Probleme in der Regel nicht erst durch den Suchtmittelmissbrauch verursacht wurden, sondern bereits vorher bestanden und gegebenenfalls durch den Suchtmittelmissbrauch verstärkt wurden.

Gravierende Unterschiede zwischen der Gesamtgruppe aller Suchtmittelkonsumenten und der Untersuchungsgruppe zeigen sich beim Bildungsniveau. Bei der großen Mehrheit der Jugendlichen gibt es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Konsumverhalten und Bildungsniveau. Selbst riskante Konsummuster wie das sogenannte „Binge Drinking“ sind bei Gymnasiasten genauso verbreitet wie bei Hauptschülern.

Dagegen liegt das Bildungsniveau der Untersuchungsgruppe mit einem Anteil von 74 % Haupt- und Sonderschülern erheblich unter dem Bremer Durchschnitt.

Problematische familiäre Verhältnisse, Suchtmittelmissbrauch bei Eltern und Angehörigen, soziale Benachteiligung und Gewalterfahrungen gelten seit langem als zentrale Risikofaktoren für die Entstehung von Suchterkrankungen²⁸.

Die Untersuchungsergebnisse bestätigen diese Zusammenhänge: 9 von 10 Jugendlichen sind überwiegend nicht in einer vollständigen Familie mit beiden Elternteilen aufgewachsen, bei fast der Hälfte befand sich die Familie in einer sozialen Notlage, und mehr als ein Drittel aller Jugendlichen war Opfer von körperlicher Gewalt und/oder sexuellem Missbrauch. Weitere häufig genannte psychische Belastungen und damit Risikofaktoren waren Suchterkrankungen bei Eltern und Angehörigen, Ehestreitigkeiten, psychische Erkrankungen der Eltern sowie schwere Krankheiten oder Tod von Elternteilen.

Die Ergebnisse der Studie belegen auch, dass in den meisten Fällen die zusätzlichen Belastungen und Risikofaktoren schon vor Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums bestanden. Auch wenn sich unmittelbare Kausalitäten durch die Studie nicht sicher belegen lassen: die Ergebnisse sprechen dafür, dass bei Jugendlichen und Heranwachsenden in den meisten Fällen ein problematischer Suchtmittelkonsum weniger als Ursache, sondern eher als Folge gravierender Belastungsfaktoren gesehen werden muss.

²⁸ Nach einer Längsschnittunteruntersuchung von 2446 Cannabiskonsumern in Deutschland (von Sydow u.a., 2002) erhöht ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko einer späteren Cannabisabhängigkeit um das 24,7-fache. Ein noch höheres Risiko stellt lediglich der Tod eines Elternteils vor dem 15. Lebensjahr dar (Risiko um das 39,7-fache erhöht). Andere überprüfte Risikofaktoren waren erheblich weniger bedeutsam; der gleichzeitige Konsum anderer illegaler Substanzen erhöht das Suchtrisiko z.B. lediglich um das 7,1-fache. (zitiert nach Dieter Henkel: Sucht und Soziale Lage, in Jahrbuch Sucht, Neuland 2007)

Für diese These sprechen auch die beiden am häufigsten konsumierten Suchtmittel Cannabis und – in geringerem Umfang – Alkohol. Beide Suchtmittel gehören, ebenso wie Heroin, zu den sedierenden Substanzen und sind damit geeignet, emotionale Belastungssituationen zumindest für den begrenzten Zeitraum der Drogenwirkung besser ertragen zu können bzw. zeitweise zu vergessen. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachdiskussion findet dieses Phänomen zunehmende Aufmerksamkeit: „Besonderes Augenmerk ist auch auf Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und begleitenden psychiatrischen Störungen wie Depression zu richten, da diese auf Grund ihrer mangelnden Impulsteuerungsfähigkeit und niedrigen Frustrationsschwelle besonders zu sedierenden Substanzen wie Alkohol oder Cannabis neigen, um auf diesem Wege bewusst oder unbewusst ihre Impulsschwankungen zu steuern.“²⁹

Die durch die Untersuchung identifizierten psychischen und psychosozialen Belastungsfaktoren führen nicht zwingend zu problematischem Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit. Andere Kinder und Jugendliche mit ähnlichen Belastungen entwickeln andere Auffälligkeiten oder werden gar nicht krank. Auch die Suchtforschung hat für dieses Phänomen noch keine befriedigende Erklärung gefunden: „Warum bei ähnlichen Erfahrungen Frauen und Männer gar nicht krank, zumindest nicht medizinisch auffällig werden, Süchte oder andere seelische Störungen entwickeln, kann nur auf dem Hintergrund des Zusammentreffens von unterschiedlichen Risiken in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen und dem Vorhandensein nur weniger oder ausreichender protektiver Faktoren verstanden werden.“³⁰

Unstrittig ist: Je mehr Risikofaktoren zusammenkommen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, eine Suchterkrankung zu entwickeln. Für das Hilfesystem muss es deshalb darum gehen, Risikokonstellationen möglichst frühzeitig zu identifizieren und durch präventive Maßnahmen und geeignete individuelle Hilfen Belastungsfaktoren zu reduzieren und die Kinder und Jugendlichen bei der Entwicklung positiver Bewältigungskompetenzen zu unterstützen.

²⁹ Bilke, Dr. med Oliver: Die klinische Diagnostik der Cannabisabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen – die jugendpsychiatrische Perspektive; in: Sonderheft Suchttherapie 3/ 2005

³⁰ Zenker C, Bamann K, Jahn I (2002) Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen; Bd. 148 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung.

4.3. Das Hilfesystem

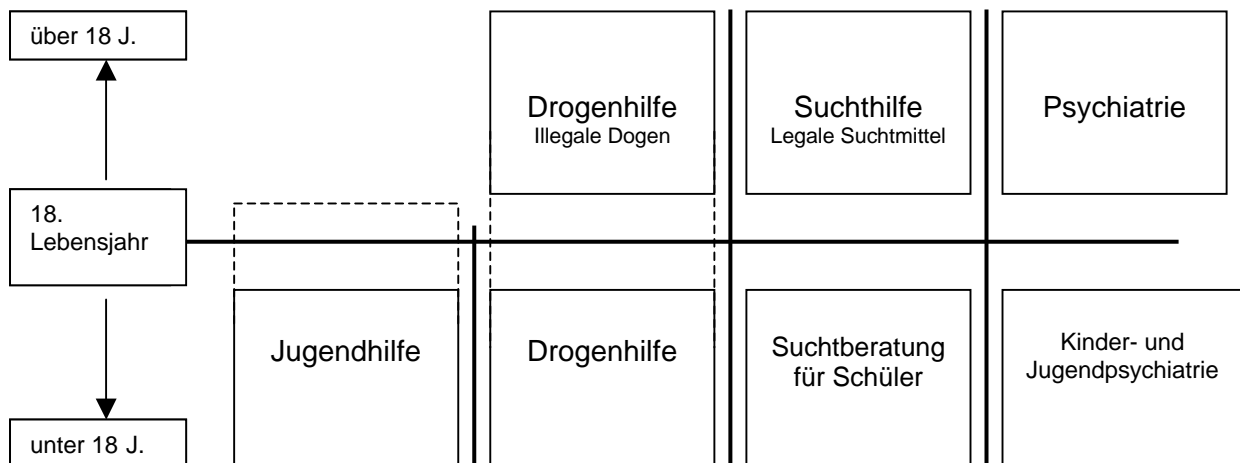
Jugendlichen und Heranwachsenden mit einem problematischem Suchtmittelkonsum stehen in Bremen prinzipiell zahlreiche Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung:

- Ambulanter Sozialdienst Kinder und Jugendliche (AfSD)
- Drogenberatungsstellen
- Drogentherapieeinrichtungen für junge Drogenabhängige (außerhalb Bremens)
- Suchtberatung in den regionalen Behandlungszentren des Klinikum Nord und Klinikum Bremen-Ost
- Suchtprävention Bremen/ Beratung suchtgefährdeter Schülerinnen und Schüler
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (inkl. Institutsambulanz)
- Kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle KIPSY (Gesundheitsamt Bremen)
- Einrichtungen der Bremer Jugendhilfe (ambulant und stationär)
- Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Erziehungsberatungsstellen
- Jugendgerichtshilfe

Ein zentrales strukturelles Dilemma, das seit einigen Jahren auch im Mittelpunkt der bundesweiten Fachdiskussion steht, besteht darin, dass einer Zielgruppe mit einer hochkomplexen Problemlage bzw. Problembelastung institutionell stark zergliederte Hilfesysteme gegenüberstehen.

Die wichtigsten Schnittstellen verdeutlicht das folgende, vereinfachte Schema:

Schnittstellenproblematik der Hilfesysteme für Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtmittelproblemen³¹



Zusätzlich zur dargestellten fachlichen Ausdifferenzierung der Hilfesysteme bestehen Schnittstellen auf Grund unterschiedlicher, z.T. konkurrierender Kostenträger- und Finanzierungssysteme³².

³¹ Die Zuständigkeit der Jugendhilfe reicht gesetzlich über das 18. Lebensjahr hinaus; im Einzelfall sind Hilfen nach dem KJHG bis zum 27. Lebensjahr möglich. Auch die Drogenberatungsstellen sind prinzipiell sowohl für Minderjährige als auch für Erwachsene Klienten zuständig.

³² Für die medizinische Rehabilitation erwachsener Suchtkranker ist die Rentenversicherung vorrangiger Kostenträger, für Entgiftungsbehandlungen und medizinische Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind vorrangig die Krankenkassen zuständig, Jugendhilfemaßnahmen und ambulante Beratungsangebote werden von der Kommune finanziert.

Im Bericht der Arbeitsgruppe des Fachausschusses für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der dieser Untersuchung vorausging, heißt es:

„Von einem Versorgungssystem oder gar einer Versorgungskette kann in Bremen nicht gesprochen werden; Zwar existieren zwischen den Institutionen vielfältige Kooperationsbezüge, diese sind jedoch in der Regel personengebunden und nicht institutionell vereinbart.

Entsprechend „zufällig“ vollzieht sich auch der Zugang der Klientel zu den Hilfesystemen, wobei dieser in der Regel entweder über Eltern und Angehörige oder über Institutionen erfolgt, in denen Jugendliche „auffällig“ geworden sind (z.B. Schule, Justiz). Zu vermuten ist, dass Diagnostik, Beratung und Betreuung nach sehr unterschiedlichen fachlichen Standards erfolgt und auch die Vermittlung von passgenauen weiterführenden Hilfen durch selektive Kenntnisse und systemimmanente Blickwinkel (Jugendhilfe vermittelt in Jugendhilfe, Drogenhilfe in Drogenhilfe) beeinträchtigt ist.

Als Bremer Besonderheit kann gelten, dass die Versorgungsdefizite dieser Zielgruppe zwar langjährig bekannt sind, sie aber in der kommunalen Planung bislang weitgehend vernachlässigt wurden. Auch hier besteht das Problem traditioneller Abgrenzungen; zwar gibt es erste Ansätze einer gemeinsamen Sucht- und Psychiatrieplanung, die Versorgungssituation der Zielgruppe taucht in dieser aber ebenso wenig auf wie in der Jugendhilfeplanung, die die Zuständigkeit bislang immer an die Sucht- bzw. Drogenhilfe verwiesen hat.

Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass die zunehmend engeren finanziellen Ressourcen und die bereichsbezogene Budgetierung durchaus vorhandene Einsichten in die Notwendigkeiten einer schnittstellenübergreifenden Planung konterkariert.“³³

Nach der vorliegenden Untersuchung muss diese kritische Bewertung zumindest teilweise relativiert werden: Zwar traten in der Betreuung sowohl Kooperationsmängel (15 % der Fälle) als auch unklare Zuständigkeiten (8 %) und Probleme bei Kostenregelungen (8 %) auf, sie sind aber zumindest aus Sicht der Institutionen weniger ausgeprägt als nach Einschätzung der Arbeitsgruppe.

Die Tabelle der Vorbehandlungen und -betreuungen (Tab. 15) zeigt, dass alle dort aufgeführten Einrichtungen bzw. Einrichtungsgruppen in erheblichem Umfang zumindest Kontakt zur Untersuchungsgruppe hatten. Mehr als jeder dritte Klient hatte bereits Kontakt zu 3 oder 4 Institutionen, fast jeder fünfte Klient sogar zu 5 oder mehr Institutionen.

Insofern belegt die Untersuchung, dass sich zumindest die Abgrenzungstendenzen, die in der Vergangenheit in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber jugendlichen Konsumenten illegaler Drogen bestanden, deutlich verringert haben.

In der Untersuchung wurde nicht nach den Zugangswegen der Klienten zu den einzelnen Einrichtungen gefragt. Deshalb gibt es keine Aussagen darüber, in welchem Umfang die Einrichtungen auf Initiative der Klienten selbst (bzw. der Eltern oder Angehörigen) aufgesucht wurden oder von anderen Einrichtungen vermittelt wurden.

Vermutlich trifft beides zu: Einerseits neigen insbesondere Eltern und Angehörige in ihrer Hilflosigkeit und Sorge um die Jugendlichen dazu, die unterschiedlichsten Hilfsangebote aufzusuchen in der Hoffnung, dass irgendeine Einrichtung ihr Problem „löst“. Andererseits sind insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Drogenhilfe auch Dienste mit spezifischen Kompetenzen, die im Rahmen einer Hilfeplanung von anderen Institutionen (z.B. der Jugendhilfe) durchaus sinnvoll und zielgerichtet ergänzend in Anspruch genommen werden können.

So bildet sich in der Inanspruchnahme vieler Einrichtungen wahrscheinlich einerseits die komplexe Problemlage der Zielgruppe ab, andererseits stellt sich die Frage, ob es nicht schon für

³³ Interner Bericht der Arbeitsgruppe „Sucht bei Kindern und Jugendlichen, Komorbidität von Sucht und psychiatrischen Erkrankungen, Versorgungskette, Behandlungsangebote“ des Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie, November 2005.

sich problematisch ist, wenn Jugendliche im Alter von 14,15 oder 16 Jahren bereits von vier, fünf oder mehr Institutionen und damit auch stets wechselnden Bezugspersonen beraten, betreut und behandelt werden.

Die hohe Zahl der an der Betreuung einzelner Jugendlicher beteiligten Institutionen und Einrichtungen stellt in jedem Fall hohe Anforderungen an ein funktionierendes Case Management und an funktionierende Kooperationsbezüge zwischen den Institutionen und Hilfesystemen. Im Regelfall liegt das Case Management für Jugendliche und auch für Heranwachsende beim Ambulanten Sozialdienst (ASD) des Amtes für Soziale Dienste. Insofern erscheint es nicht überraschend, dass dieser Dienst in der vorliegenden Untersuchung auch am häufigsten Kooperationsmängel mit anderen Institutionen beklagt. Zwischen dem ASD und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Jahr 2005 Verfahrensregeln für die Zusammenarbeit vereinbart, deren Auswirkungen sich in der Untersuchung jedoch noch nicht niedergeschlagen haben dürften. Zwischen dem ASD und den (damals noch städtischen) Drogenberatungsstellen gibt es lediglich eine etwa 10 Jahre alte Dienstvereinbarung, die vornehmlich kostenrechtliche Zuständigkeiten regelt.

Angesichts der Vielzahl beteiligter Institutionen, aber auch angesichts der Tatsache, dass in allen an der Untersuchung beteiligten Institutionen und Einrichtungen die Klientel der Untersuchungsgruppe jeweils nur einen mehr oder weniger kleinen Teil der Gesamtklientel der Einrichtungen ausmacht und dass sich – mit Ausnahme der Drogenberatungsstellen, bei denen die Zielgruppe zumindest in der Konzeption auftaucht - keine Einrichtung mit ihrem Angebot explizit an die Zielgruppe wendet, drängt sich die Frage auf, ob nicht die Zusammenführung von Hilfsangeboten in *einer* spezifischen Einrichtung für die Zielgruppe zweckmäßig wäre.

Diese Frage muss auch hinsichtlich der erforderlichen fachlichen Kompetenzen gestellt werden. Die Untersuchungsergebnisse, insbesondere aber der hohe Anteil komorbider Klienten, lassen es nahe liegend erscheinen, dass bereits die *erste* in Anspruch genommene Institution über die fachlichen Qualifikationen für eine umfassende Anamnese und Diagnostik verfügen müsste, da dies die Voraussetzung ist für eine qualifizierte und zielgerichtete Hilfeplanung. Unter den an der Untersuchung beteiligten Institutionen verfügen jedoch nur die kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen über multidisziplinäre Arbeiterteams mit psychotherapeutischen Fachkräften.

In vielen anderen deutschen Städten existieren spezielle Beratungsstellen für Jugendliche und Heranwachsende mit Suchtmittelproblemen mit unterschiedlichen Trägerstrukturen (Jugendhilfe, Drogenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie)³⁴. Viele dieser Einrichtungen verfügen über multiprofessionell zusammengesetzte Teams. In der Regel sind diese Einrichtungen sowohl für Konsumenten legaler als auch illegaler Suchtmittel zuständig. Auffällig ist, dass diese Einrichtungen offenbar auch über eine deutlich größere konzeptionelle Innovationsbereitschaft verfügen, die sich insbesondere auch auf den wichtigen Bereich der Frühintervention richtet³⁵.

³⁴ Das Kölner Forschungsinstitut FOGS hat im Jahr 2006 im Auftrag des Landschaftsverbands Westfalen/Lippe und mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit 178 sogenannte „good-practice“-Projekte untersucht, die konzeptionell schwerpunktmäßig auf die Beratung und Betreuung junger Cannabiskonsumenten (in der Regel bis 21 Jahre) mit einem problematischen Suchtmittelkonsum ausgerichtet sind. Die Projekte sind überwiegend aus der Sucht- und Drogenhilfe entstanden, einige jedoch auch aus der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Forscher kamen in ihrer Expertise u.a. zu dem Ergebnis, dass räumlich und konzeptionell eigenständigen Projekten, die sich auf die Beratung und Betreuung Jugendlicher und Heranwachsender konzentriert haben, ein erheblich früherer und besserer Zugang zur Zielgruppe gelingt als Projekten mit einer breiteren altersmäßigen und konzeptionellen Ausrichtung. Weitere wichtige Erfolgskriterien waren der Verzicht auf die traditionellen Trennung zwischen Konsumenten legaler und illegaler Suchtmittel und verbindliche Kooperationsstrukturen mit der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulen und der Justiz. (Rometsch, W., LWL (Hrsg.): Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten/innen“, Münster 2007)

³⁵ Als besonders erfolgreich gilt das Projekt „FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“, das seit 2000 im Rahmen eines Bundesmodells eingeführt wurde und zwischenzeitlich in 140 Einrichtungen in Deutschland als Regelangebot etabliert ist. Der (inzwischen teilweise modifizierte)

Häufigster in der Untersuchung genannter struktureller Mangel ist das Fehlen geeigneter Betreuungs- und Behandlungsangebote (34 % aller Fälle). Leider wurde nur in wenigen Fällen von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, die fehlenden Angebote konkret zu benennen bzw. zu beschreiben..

Mehrfach genannt wurde das Fehlen einer regionalen Entgiftungs- und Therapiemöglichkeit für Jugendliche. Ein entsprechendes Konzept wurde von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhaus Bremen Ost bereits 1997 erarbeitet und vorgestellt. Die Realisierung scheiterte damals an der Einschätzung, dass in Bremen kein hinreichender Bedarf bestünde, um die für einen wirtschaftlichen Betrieb erforderliche Stationsgröße (10 Betten) auszulasten.

Ob sich die Situation heute anders darstellt, kann aus der vorliegenden Untersuchung nicht sicher abgeleitet werden. Die Realisierungsmöglichkeiten für ein solches regionales Angebot sollten jedoch erneut geprüft werden, da die verfügbaren Entgiftungs- und Therapieangebote in Schleswig-Holstein und Hamburg schon auf Grund ihrer Entfernung eher hochschwierig sind und in der Praxis auch nur in wenigen Fällen durch Bremer Jugendliche in Anspruch genommen werden.

In der Bundesrepublik gibt es nur vergleichsweise wenige suchtherapeutische Behandlungseinrichtungen für Jugendliche. Trotzdem scheint das bestehende Angebot – von längeren Wartezeiten bei einzelnen Einrichtungen abgesehen – insgesamt bedarfsdeckend zu sein. Das vorrangige Problem besteht darin, dass eine suchtherapeutische Behandlung zwar fachlich bei einem Teil der Klientel unzweifelhaft indiziert wäre, es faktisch aber nur in wenigen Fällen gelingt, Jugendliche zur Durchführung einer zumeist langwierigen (Regelaufenthalt 12-24 Monate) stationären suchtherapeutischen Behandlung zu motivieren. Eine sinnvolle Konsequenz wären vermehrte ambulante und kurzzeit-stationäre Behandlungsangebote.

Die auch in der Untersuchung häufig beklagte „fehlende Behandlungsmotivation“ der Jugendlichen, die tatsächlich in vielen Fällen auch als fehlende Abstinenzmotivation interpretiert werden muss, darf nicht dazu führen, dass sie von den Hilfesystemen allein gelassen werden. Vielmehr erscheint es notwendig, das in der Betreuung langjährig Drogenabhängiger inzwischen selbstverständliche Zwischenziel der Schadensbegrenzung (harm reduction) auch und gerade bei jungen Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum als Betreuungs- und Behandlungsziel zu akzeptieren. Im Unterschied zu erwachsenen Drogenabhängigen dürfen dabei jedoch nicht medikamentöse Ersatzstoffbehandlungen (Substitution) im Vordergrund stehen, sondern pädagogische und evtl. psychotherapeutische Betreuungskonzepte.

Bereits jetzt spielen in der Praxis Jugendhilfemaßnahmen bei Jugendlichen und Heranwachsenden mit einem problematischen Suchtmittelkonsum zahlenmäßig eine größere Rolle als die Behandlung in suchtspezifische Einrichtungen. Jeder dritte in dieser Untersuchung erfasste Jugendliche befand sich in einer Jugendhilfemaßnahme. Nach einer im März 2005 erfolgten Stichtagserhebung bei Bremer Jugendhilfeträgern wiesen etwa 25 % der dort betreuten Jugendlichen und Heranwachsenden einen zumindest problematischen Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln auf; in gut 10 % der Fälle stand der Suchtmittelkonsum sogar „im Lebensmittelpunkt der Klienten“³⁶.

Gleichzeitig kommt die Untersuchung der Jugendhilfeträger aber auch zu dem Ergebnis, „dass die Betreuungskonzepte der Einrichtungen in der Regel keine spezifischen Aussagen zum Umgang mit Suchtmitteln enthalten.“ Ursache sind offenbar weniger fehlende Konzepte oder

Grundgedanke des Konzepts besteht darin, polizeilich erstauffällige Drogenkonsumenten zur Teilnahme an spezifischen Beratungs- und Kursangeboten in Beratungsstellen aufzufordern.

³⁶ Untersuchung der „Netzwerk-AG“ Bremer Jugendhilfeträger, Abschlussbericht November 2006

Praxiserfahrungen³⁷, sondern die bislang zu geringe Bereitschaft von Bremer Jugendhilfeträgern und kommunaler Jugendhilfe, die Versorgung auch von Jugendlichen mit Suchtmittelproblemen als Querschnittsaufgabe und spezifisches Leistungsfeld von Jugendhilfe anzunehmen.

Eine Umorientierung in dieser Frage wäre auch deshalb sinnvoll, weil die Jugendhilfe auf der Grundlage des Kinder- und Jugendhilfegesetzes im Vergleich zur Drogen- und Suchtkrankenhilfe und zur Kinder- und Jugendpsychiatrie prinzipiell über ein erheblich flexibleres und differenzierteres System von Hilfen verfügt.

Nicht zuletzt sollten Jugendliche mit Suchtmittelproblemen auch deshalb so lange wie irgend möglich im Regelsystem der Jugendhilfe verbleiben, weil die Anbindung an die Sucht- und Drogenhilfe immer auch eine Stigmatisierung und Ausgrenzung bedeutet und die Gefahr einer dauerhaften subkulturellen Orientierung in der „Drogenszene“ verstärkt.

Konzeptionelle Defizite bestehen jedoch nicht nur in der Jugendhilfe. Letztlich kann man allen Hilfesystemen den Vorwurf nicht ersparen, dass sie die besonderen Probleme der Zielgruppe in der Vergangenheit konzeptionell vernachlässigt bzw. ihnen nur einen geringen Stellenwert eingeräumt haben.

Auch die „Netzwerk-AG“ der Bremer Jugendhilfe spricht in ihrem Abschlussbericht dieses Defizit an: „Zentrales Ziel der Arbeitsgruppe und der Untersuchung war und ist es deshalb, auch in Bremen eine Fachdiskussion über die Versorgung der Zielgruppe innerhalb der Jugendhilfe und in den angrenzenden Hilfesystemen anzuregen. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe muss diese Diskussion auf allen Ebenen (Jugendhilfeplanung, ambulante Dienste und Einrichtungen) geführt werden“³⁸.

5. Resümee

In Bremen gibt es eine Gruppe von bis zu 600 Jugendlichen und Heranwachsenden, von denen hohe Anteile neben einem problematischen Konsum von Suchtmitteln zahlreiche psychische Störungen aufweisen und vielfältigen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind.

Die Grundlagen für den Suchtmittelmissbrauch werden in den meisten Fällen bereits im Kindes- und (frühen) Jugendalter gelegt. Eine bedeutsame Rolle spielen dabei die soziale Lage der Familien und innerfamiliäre Risikofaktoren wie Sucht oder psychische Erkrankungen der Eltern, Gewalt oder Missbrauch. Die Untersuchung belegt, dass ein enger Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und der Entstehung von Suchterkrankungen besteht.

Da der Mehrzahl der Betroffenen kaum geeignete Unterstützung in ihrer Herkunftsfamilie zur Verfügung steht, sind sie bei der Bewältigung ihrer Probleme auf professionelle Hilfesysteme angewiesen.

Gleichzeitig weist diese Problemgruppe jedoch in der Regel nur eine geringe Bereitschaft auf, professionelle Hilfen in Anspruch zu nehmen. Insbesondere das Problembewusstsein für Suchtmittelkonsum, -missbrauch und -abhängigkeit ist bei Jugendlichen in der Regel noch geringer als bei Erwachsenen.

Ein zusätzliches Problem besteht darin, dass die Jugendlichen häufig erst (zu) spät mit den Hilfesystemen in Kontakt kommen, die Hilfesysteme dann aber nicht selten mit einem massiven und kurzfristigem Handlungsbedarf konfrontiert sind.

³⁷ Beispielsweise hat die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) bereits 2002 ein umfangreiches „Manual zum Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe“ veröffentlicht.

³⁸ Abschlussbericht der Arbeitsgruppe November 2006

Den Jugendlichen stehen in den Hilfesystemen der Jugendhilfe, der Drogen- und Suchtkrankenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwar prinzipiell vielfältige Hilfeangebote zur Verfügung, diese sind allerdings auf allen Ebenen konzeptionell und organisatorisch zu wenig oder gar nicht vernetzt.

Die zergliederte Angebotsstruktur und der vielfach erhebliche Problemdruck insbesondere der Eltern fördert eine scheinbar wahllose, nicht selten parallele Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfsangebote. Die in dieser Altersgruppe typische geringe Problemeinsicht und die damit einhergehende geringe Behandlungsmotivation werden durch den häufigen Wechsel der Institutionen und der Bezugspersonen tendenziell weiter verringert

Auffällig ist, dass die bundesweite Diskussion über Versorgungsdefizite dieser Zielgruppe Bremen bislang kaum erreicht hat. Dies gilt insbesondere für die Erprobung innovativer und schnittstellenübergreifender Handlungsansätze für junge Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum, die anderenorts nicht selten bereits als Regelangebote etabliert sind. Möglicherweise stellt der erhebliche Spardruck, dem die sozialen und gesundheitlichen Hilfesysteme in Bremen seit Jahren unterliegen, ein wesentliches Innovationshemmnis dar.

Gleichwohl muss auch in Bremen auf allen Ebenen (Senatorische Dienststellen, kommunale Ämter, Träger und Einrichtungen) eine Fachdiskussion beginnen, an der die an der Versorgung vornehmlich beteiligten Hilfesysteme der Jugendhilfe, der Sucht- und Drogenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsam beteiligt sind.

Vorrangige Zielrichtungen sollten sein:

- eine bessere Vernetzung der Hilfesysteme und Einrichtungen
- eine Reduzierung der Zahl in Anspruch genommener Einrichtungen und Institutionen
- ein früheres Erreichen der Klientel
- eine Überprüfung der Hilfesysteme auf Angebotslücken

Als konkrete Maßnahmen erscheinen nach den Untersuchungsergebnissen vordringlich sinnvoll und wünschenswert:

- Vereinbarung verbindlicher Verfahrens- und Kooperationsregelungen zwischen den Hilfesystemen bzw. beteiligten Diensten und Einrichtungen
- Entwicklung von Jugendhilfeangeboten, die über spezifische Konzepte und Kompetenzen für Jugendliche mit einem problematischen Suchtmittelkonsum verfügen bzw. spezifische Qualifizierung bestehender Angebote
- Bündelung von spezifischen ambulanten Beratungs-, Betreuungs- und gegebenenfalls Behandlungsangeboten für junge Menschen mit Suchtmittelproblemen und ihren Angehörigen in einer Einrichtung
- Schaffung eines regionalen Angebots zur stationären Entgiftung und (Kurzzeit-) Behandlung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Übernahme innovativer zielgruppenspezifischer Konzepte (z.B. Frühintervention/ FreD, motivierende Kurzintervention, Gruppenangebote)

Ergänzt werden sollten die Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfesysteme durch präventive Maßnahmen, die insbesondere das Ziel haben müssen, der Entstehung und Entwicklung von Problembelastungen, wie sie die untersuchten Jugendlichen und Heranwachsenden aufweisen, so früh wie möglich entgegenzuwirken.³⁹

³⁹ Diese Diskussion wird gegenwärtig unter den Stichworten Kinderarmut, soziale Polarisierung und ungleiche Lebenschancen bundesweit geführt. Siehe dazu auch den Bericht „Gefährdete Kindheit – Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Entwicklungschancen von Kindern in Bremen“ (Gesundheitsamt Bremen, Gesundheitsberichterstattung, Januar 2007)

Literatur:

Arbeiterkammer Bremen, Bericht 2005: Armut in Bremen

Bilke, Dr. med. Oliver: Die klinische Diagnostik der Cannabisabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen – die jugendpsychiatrische Perspektive; in: Sonderheft Suchttherapie 3/ 2005

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

- Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Teilband Alkohol, November 2004
- Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Teilband illegale Drogen, November 2004
- Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007, Kurzbericht Juni 2007
- Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland, Kurzbericht Juni 2007

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS): „Manual zum Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe“, Hamm, 2002

Henkel, Dieter: Sucht und Soziale Lage, in Jahrbuch Sucht, Neuland 2007

Horstkotte, Elisabeth (Red): Bericht „Gefährdete Kindheit – Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Entwicklungschancen von Kindern in Bremen“ (Gesundheitsamt Bremen, Gesundheitsberichterstattung, Januar 2007)

Institut für Suchtprävention und angewandte Pädagogische Psychologie e.V. (ISAPP): Bremer SCHULBUS, Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln, Bremen 2005

Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS) des Robert Koch Instituts Berlin, Teilstudie BELLA, veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 5/6, 2007

Klinikum Bremen-Ost/ Gesundheitsamt Bremen: Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungsdokumentation Bremen 2006; Bearbeitung: Dr. Alfred Lorenz, 2007

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinierungsstelle Sucht: Abschlussbericht der Nachbefragung zum Bundesmodellprojekt FreD, 2007

Rometsch, W. , LWL (Hrsg.): Expertise „Zugang zu jungen Cannabiskonsumenden/innen“, Münster 2007

Settertobulte, Wolfgang / Richter, Matthias: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/2006, S. 24 in: Mann/Havemann-Reinicke/Gassmann (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum, Lambertus 2007

Zenker C, Bamann K, Jahn I :Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen; Bd. 148 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. NOMOS Baden-Baden 2002

Zenker, C./ Greiser, E.: Erprobungsvorhaben zur Prävalenzschätzung des regionalen illegalen Drogenmissbrauchs und seiner Folgen, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Bremen, 1998

Glossar

AfSD

Amt für Soziale Dienste

ASD

Ambulanter Sozialdienst für Kinder und Jugendliche des Amtes für Soziale Dienste (AfSD)

Binge Drinking

Über das Binge Drinking gibt es in der Fachliteratur verschiedene Definitionen. Zum einen wird damit ein über mehrere Tage andauernder Alkoholausschuss beschrieben, zum anderen eine zugeführte Menge von mindestens 5 Gläsern alkoholhaltiger Getränke (mit insgesamt 60g Reinalkohol) ohne zeitliche Begrenzung. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verwendet letztere Definition.

Borderline- Störung

Die am häufigsten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (Schätzungen zufolge sind 1-2% der Menschen davon betroffen). Sie ist von Instabilität in vielen Bereichen, einschließlich im zwischenmenschlichen Verhalten, der Stimmung und des Selbstbildes geprägt. Häufig kommt impulsives und unberechenbares Verhalten vor, das potentiell selbstschädigend/ -verletzend ist.

BTM-Delikte

Straftaten, die im Zusammenhang mit unrechtmäßiger Handel, Kauf, Verkauf, Anbau, Diebstahl oder Besitz von Betäubungsmitteln(BTM) stehen. Näheres ist im Betäubungsmittelgesetz (BtmG) geregelt.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Eine sogenannte obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Seit ihrer Gründung im Jahr 1967 verfolgt sie das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen. Durch gesundheitliche Aufklärung soll eigenverantwortliches Gesundheitshandeln ermöglicht werden.

Case Management

Auch Fallmanagement genannt, bezeichnet ein Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten durch den Case Manager (Betreuer) geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird.

Chi²- Test

Ein statistisches Verfahren, mit dem Verteilungseigenschaften einer statistischen Grundgesamtheit untersucht werden können. Er basiert auf dem Vergleich zwischen erwarteten und beobachteten Werten zweier Merkmale in einer Kreuztabelle und sagt aus, ob zwischen den beobachteten Merkmalen (wahrscheinlich) ein Zusammenhang besteht oder nicht (Signifikanz).

Delinquenz

Ist die Tendenz vor allem rechtliche Grenzen zu überschreiten, also straffällig zu werden.

HIV- Code

Ein anerkannter und bundesweit üblicher Anonymisierungsschlüssel. Er wird aus Vor- und Nachnamen, dem Geschlecht sowie dem Geburtsdatum der jeweiligen Person gebildet. Dabei besteht nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, dass zwei Personen denselben HIV-Code zugewiesen bekommen. Dieses Verfahren erlaubt keine Re-Identifizierung der Klienten und Klientinnen und ist datenschutzrechtlich abgesichert.

ICD-10

Diese von der WHO erstellte „Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) definiert Diagnosen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und verschlüsselt sie. Für den Bericht relevant ist das Kapitel V: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Die Ziffer 10 bezeichnet die jeweilige Revision.

Komorbidität

Das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch zu unterscheidenden Krankheiten bei einem Patienten, wobei die eine Krankheit ursächlich nichts mit den anderen zu tun haben muss. Für den Bericht relevant ist das Zusammentreffen von Suchtmittelmissbrauch oder Suchtmittelabhängigkeit mit einer oder mehreren anderen psychischen Störungen bzw. Erkrankungen.

Migrationshintergrund

Beschreibung eines Bevölkerungsteils, deren Mitglieder ihren Wohnsitz in Deutschland haben und zu einer der folgenden Personengruppen gehören: zugewanderte Ausländer, in Deutschland geborene Ausländer, eingebürgerte Ausländer, Spätaussiedler, sowie Kinder mit zumindest einem Elternteil, das eines dieser Merkmale erfüllt.

Prävalenz

Ein Begriff aus der Gesundheits- und Krankheitslehre (Epidemiologie), der auch in wissenschaftlichen Disziplinen, wie der Drogenkonsumforschung, verwendet wird.

Beschreibt den Anteil der beschriebenen Bevölkerung, der jemals (Lebenszeitprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (z.B. 30-Tage-Prävalenz, 12 Monats-Prävalenz) an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist / ein definiertes Suchtmittel konsumiert hat.

Psychose

Ist ein krankhafter Geisteszustand, der geprägt ist durch Wahnerleben und veränderte Wahrnehmung bzw. Interpretation der Realität. Dieser Zustand tritt am häufigsten bei der bipolaren Störung (manische Depression) und bei der Schizophrenie auf.

Meist ein vorübergehender Zustand, der jedoch mehrmals im Leben auftreten kann.

Sozialindikatoren-Index

Seit 1991 wird der Sozialindikatoren-Index vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales alle drei Jahre für die 79 Bremer Ortsteile ermittelt. Auf der Grundlage von derzeit 23 Indikatoren (u.a. Altersstruktur, Bildungsstand, Arbeitslosenquote) wird eine Rangfolge von sozial besonders benachteiligten Ortsteilen bis hin zu privilegierten Ortsteilen festgestellt.

SPSS (Software)

Die Software SPSS ist ein modular aufgebautes Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten. Das Basismodul ermöglicht das grundlegende Datenmanagement und umfangreiche statistische und grafische Datenanalysen mit den gängigsten statistischen Verfahren.

Sucht / Suchtmittelabhängigkeit/ Suchtmittelmissbrauch

Der ältere Begriff der Sucht wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt. Dabei wird zwischen der psychischen Abhängigkeit, d.h. dem übermächtigen und unwiderstehlichen Verlangen, eine bestimmte Substanz wieder aufzunehmen, und körperlicher Abhängigkeit, die durch Dosissteigerung und das Auftreten von Entzugserscheinungen gekennzeichnet ist, unterschieden. Der Suchtmittelmissbrauch ist nach der ICD-10 eine eigenständige Diagnose, die eine Vorstufe zur Suchtmittelabhängigkeit sein kann, aber keineswegs sein muss.

TABELLENANHANG

Tabelle 1a: Suchtmittelkonsum und psychische Störungen (Angaben in Prozent)

	Geschlecht		Altersgruppen		ethnische Verbundenheit		Bildungsstatus ⁴⁰		Häufigkeit zusätzlicher Probleme			Risikofaktoren					
	Männlich (N=199)	Weiblich (N=92)	10 –15 J.	16 – 19 J.	deutsch	Migrant	niedrig	hoch	keine	1-3 Probleme	4 und mehr Probleme	(überwiegend) aufgewachsen			soziale Notlage der Familie	Gewalt/ Missbrauch in Familie	„normale“ Kindheit
												mit nur 1 Elternteil	Angehörige/ Pflegetam.	in Heimen			
Art der Störung																	
Missbrauch	60,3	82,6	77,1	64,3	67,9	64,9	64,4	78,4	66,7	75,5	59,4	71,0	66,7	68,4	63,4	68,2	74,4
Abhängigkeit	39,7	17,4	22,9	35,7	32,1	35,1	35,6	21,6	33,3	24,5	40,6	29,0	33,3	31,6	36,6	31,8	25,6
Zusätzliche psych. Störung																	
Ja	41,1	68,5	52,3	49,5	53,4	37,0	46,0	61,6	14,3	53,8	48,6	52,0	47,2	75,7	44,5	52,3	37,2
Weiß nicht	25,4	10,9	16,9	21,7	19,3	25,9	22,7	12,3	28,6	12,9	27,5	18,1	30,6	8,1	25,8	20,6	14,0
Nein	33,5	20,7	30,8	28,8	27,4	37,0	31,3	26,0	57,1	33,3	23,9	29,9	22,2	16,2	29,7	27,1	48,8
Vorrangiges Suchtmittel																	
Alkohol	11,6	23,9	10,0	17,2	16,2	12,3	18,3	6,8	11,1	14,4	16,8	15,8	16,7	23,7	22,4	23,6	0,0
Cannabis	75,4	59,8	81,4	67,0	72,6	61,4	67,8	82,4	55,6	75,5	66,4	73,2	66,7	55,3	59,7	59,1	86,0
Partydrogen	0,0	4,3	1,4	1,4	1,7	0,0	1,0	2,7	0,0	2,2	0,7	1,1	2,8	2,6	1,5	0,9	4,7
Kokain	4,0	3,3	0,0	5,0	2,6	8,8	4,3	1,4	0,0	2,9	4,9	2,2	5,6	7,9	6,0	7,3	2,3
Heroin	6,0	8,7	4,3	7,7	5,1	14,0	6,7	4,1	22,2	4,3	8,4	4,9	5,6	10,5	7,5	6,4	7,0
Andere	3,0	0,0	2,9	1,8	1,7	3,5	1,9	2,7	11,1	0,7	2,8	2,7	2,8	0,0	3,0	2,7	0,0
Beginn d. problematischen Konsums																	
Bis 13. Lebensjahr	47,6	41,4	60,0	36,2	41,5	43,9	46,2	28,4	33,3	28,8	55,2	43,2	33,3	28,9	49,3	48,2	30,2
Nach 13. Lebensjahr	52,4	58,6	40,0	63,8	58,5	56,1	53,8	71,6	66,7	71,2	44,8	56,8	66,7	71,1	50,7	51,8	69,8

⁴⁰ Bildungsstatus: niedrig: Sonder- oder Hauptschule, hoch: Realschule oder Gymnasium

Tabelle 1b: Suchtmittelkonsum und psychische Störungen (Angaben in Prozent)

	Vorbehandlungen/-betreuungen durch andere Einrichtungen (Anzahl Einrichtungen)				Strukturelle Mängel und Defizite in der Betreuung					Einrichtungen					
	keine	1 oder 2	3 oder 4	5 und mehr	Kooperationsmängel	Fehlende Angebote	Unklare Zuständigk.	Probleme bei Kostenr.	Andere Probleme	Jugendamt (ASD)	Jugendhilfe-träger	Drogenhilfe	Kipsy	Klinik Ost (mit Ambulanz)	andere
Art der Störung															
Missbrauch	55,6	75,4	68,3	53,4	68,9	55,4	54,2	54,5	65,1	54,8	30,8	66,2	85,9	62,5	68,3
Abhängigkeit	44,4	24,6	31,7	46,6	31,1	44,6	45,8	45,5	34,9	45,2	69,2	33,8	14,1	37,5	31,7
Zusätzliche psych. Störung															
Ja	38,5	45,4	54,0	55,4	55,8	51,2	60,9	45,5	54,8	30,0	36,4	30,0	90,8	71,9	18,4
Weiß nicht	30,8	20,4	17,0	25,0	20,9	25,6	17,4	31,8	21,0	26,7	27,3	28,3	0,0	21,9	36,8
Nein	30,8	34,3	29,0	19,6	23,3	23,2	21,7	22,7	24,2	43,3	36,4	41,7	9,2	6,3	44,7
Vorrangiges Suchtmittel															
Alkohol	22,2	15,8	15,8	12,1	20,0	15,7	12,5	9,1	20,6	19,4	7,7	15,4	20,5	9,4	7,3
Cannabis	66,7	71,9	74,3	62,1	62,2	65,1	75,0	68,2	68,3	66,1	15,4	81,5	74,4	81,3	61,0
Partydrogen	5,6	1,8	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	1,3	3,1	2,4
Kokain	0,0	3,5	4,0	5,2	4,4	6,0	4,2	13,6	4,8	8,1	15,4	1,5	1,3	0,0	4,9
Heroin	5,6	6,1	5,0	12,1	11,1	9,6	8,3	4,5	4,8	4,8	30,8	0,0	2,6	6,3	22,0
Andere	0,0	,9	1,0	6,9	2,2	3,6	0,0	4,5	1,6	1,6	30,8	0,0	0,0	0,0	2,4
Beginn d. problematischen Konsums															
Bis 13. Lebensjahr	33,3	38,6	38,6	56,9	60,0	55,4	58,3	72,7	46,0	51,6	61,5	40,0	37,2	56,3	22,0
Nach 13. Lebensjahr	66,7	61,4	61,4	43,1	40,0	44,6	41,7	27,3	54,0	48,4	38,5	60,0	62,8	43,8	78,0

Tabelle 2a: Zusätzliche Probleme und Risikofaktoren (Angaben in Prozent)

	Geschlecht		Altersgruppen		ethnische Verbundenheit		Bildung		Art der Störung		Psychische Störung			Vorrangiges Suchtmittel				
	männlich	weiblich	10 – 15 J.	16 – 19 J.	deutsch	ausländisch	Haupt- u. Sondersch.	Realschule Gymnasium	Missbrauch	Sucht	ja	Weiß nicht	nein	Alkohol	Cannabis	Heroin/ Kokain	andere	
Zusätzliche Probleme u. Auffälligkeiten																		
Probleme mit deutscher Sprache	9,0	1,1	4,3	7,2	1,7	26,3	7,2	2,7	3,6	12,6	3,6	12,3	4,9	14,3	6,7	3,9	25,0	
Lern-/ Leistungsschwierigkeiten	72,9	64,1	80,0	67,0	73,1	57,9	75,0	58,1	70,9	68,4	75,5	77,2	58,0	47,6	80,0	70,2	70,0	
Schulvermeidung	74,9	66,3	70,0	72,9	75,2	59,6	75,5	67,6	71,9	72,6	77,7	73,7	64,2	66,7	64,4	74,1	75,0	
Kontaktprobleme	50,3	37,0	38,6	48,4	48,7	35,1	48,6	41,9	46,4	45,3	57,6	40,4	33,3	23,8	60,0	46,8	30,0	
(Neigung zu) Gewalttätigkeiten	54,8	35,9	60,0	45,2	46,2	59,6	53,8	36,5	45,9	54,7	49,6	59,6	44,4	57,1	53,3	47,8	40,0	
Delinquenz	70,4	42,4	71,4	58,4	60,3	66,7	70,7	37,8	54,6	75,8	46,0	84,2	69,1	76,2	55,6	61,5	60,0	
BTM-Delikte und -Strafverfahren	33,7	5,4	20,0	26,2	21,4	38,6	27,9	14,9	16,3	42,1	13,7	38,6	33,3	52,4	6,7	23,9	45,0	
Hafterschaft (ohne BTM-Kontext)	10,1	3,3	4,3	9,0	7,3	10,5	10,1	2,7	4,6	14,7	6,5	14,0	7,4	23,8	6,7	5,9	15,0	
Hafterschaft (mit BTM-Kontext)	6,0	0,0	2,9	4,5	2,6	10,5	4,3	1,4	1,0	10,5	2,9	5,3	3,7	28,6	2,2	1,5	10,0	
Suizidversuche	7,0	23,9	8,6	13,6	12,0	14,0	11,5	13,5	12,2	12,6	18,0	12,3	4,9	14,3	13,3	11,7	15,0	
Risikofaktoren																		
überwiegend aufgewachsen	Bei nur 1 Elternteil	61,8	65,2	72,9	59,7	65,8	50,9	66,3	58,1	66,3	55,8	66,2	56,1	65,4	52,4	64,4	65,4	45,0
	Angeh./Pflegefamilie	9,5	18,5	11,4	12,7	13,2	8,8	13,9	8,1	12,2	12,6	12,2	19,3	9,9	19,0	13,3	11,7	10,0
	Heim(e)	10,1	19,6	11,4	13,6	14,5	7,0	14,9	6,8	13,3	12,6	20,1	5,3	7,4	19,0	20,0	10,2	20,0
Soziale Notlage der Familie	46,7	44,6	45,7	46,2	44,0	54,4	54,3	24,3	43,4	51,6	41,0	57,9	46,9	66,7	66,7	39,0	50,0	
Gewalt/ Missbrauch in Familie	34,2	45,7	31,4	39,8	36,3	43,9	43,8	20,3	38,3	36,8	40,3	38,6	35,8	57,1	57,8	31,7	35,0	
Andere Risikofaktoren	25,1	34,8	32,9	26,7	29,1	24,6	24,0	36,5	27,0	30,5	42,4	12,3	18,5	28,6	31,1	26,8	35,0	
„normale“ Kindheit	13,6	17,4	11,4	15,8	14,1	17,5	7,2	36,5	16,3	11,6	11,5	10,5	25,9	14,3	0,0	18,0	15,0	

Tabelle 2b: Zusätzliche Probleme und Risikofaktoren (Angaben in Prozent)

	Vorbehandlungen/-betreuungen durch andere Einrichtungen (Anzahl Einrichtungen)				Strukturelle Mängel und Defizite in der Betreuung					Einrichtungen						
	keine	1 oder 2	3 oder 4	5 und mehr	Kooperationsmängel	Fehlende Angebote	Unklare Zuständigk.	Probleme bei Kostenr.	Andere Probleme	Jugendamt (ASD)	Jugendhilfe-träger	Drogenhilfe	Kipsy	Klinik Ost (mit Ambulanz)	andere	
Zusätzliche Probleme u. Auffälligkeiten																
Probleme mit deutscher Sprache	11,1	9,6	3,0	5,2	8,9	8,4	8,3	13,6	4,8	6,5	30,8	0,0	0,0	12,5	17,1	
Lern-/ Leistungsschwierigkeiten	44,4	62,3	73,3	87,9	75,6	77,1	79,2	63,6	74,6	77,4	76,9	61,5	80,8	68,8	51,2	
Schulvermeidung	44,4	65,8	74,3	89,7	77,8	79,5	87,5	68,2	79,4	66,1	84,6	80,0	71,8	87,5	53,7	
Kontaktprobleme	22,2	50,0	42,6	51,7	64,4	51,8	58,3	81,8	50,8	67,7	23,1	43,1	42,3	43,8	34,1	
(Neigung zu) Gewalttätigkeiten	11,1	44,7	50,5	65,5	55,6	62,7	62,5	54,5	63,5	58,1	69,2	49,2	50,0	43,8	29,3	
Delinquenz	33,3	53,5	63,4	82,8	73,3	74,7	70,8	77,3	55,6	80,6	84,6	69,2	29,5	62,5	73,2	
BTM-Delikte und -Strafverfahren	0,0	21,1	21,8	44,8	31,1	37,3	25,0	45,5	25,4	40,3	84,6	26,2	6,4	9,4	26,8	
Hafterfahrung (ohne BTM-Kontext)	0,0	6,1	4,0	20,7	8,9	9,6	0,0	18,2	12,7	14,5	38,5	9,2	0,0	0,0	7,3	
Hafterfahrung (mit BTM-Kontext)	0,0	3,5	1,0	12,1	4,4	6,0	0,0	13,6	3,2	3,2	61,5	1,5	0,0	0,0	2,4	
Suizidversuche	5,6	7,9	13,9	20,7	31,1	15,7	12,5	9,1	20,6	9,7	15,4	15,4	11,5	12,5	12,2	
Risikofaktoren																
überwiegend aufgewachsen	bei nur 1 Elternteil	38,9	56,1	67,3	75,9	68,9	62,7	58,3	63,6	60,3	67,7	53,8	60,0	65,4	68,8	53,7
	Angeh./Pflegefamilie	11,1	7,9	17,8	12,1	13,3	15,7	12,5	13,6	11,1	11,3	15,4	21,5	6,4	3,1	17,1
	Heim(e)	5,6	5,3	18,8	20,7	17,8	18,1	16,7	9,1	11,1	14,5	7,7	12,3	19,2	3,1	9,8
Soziale Notlage der Familie	16,7	42,1	46,5	62,1	57,8	55,4	41,7	77,3	41,3	72,6	69,2	43,1	32,1	25,0	46,3	
Gewalt/ Missbrauch in Familie	5,6	34,2	39,6	51,7	40,0	49,4	41,7	59,1	39,7	58,1	53,8	40,0	35,9	12,5	22,0	
Andere Risikofaktoren	11,1	29,8	28,7	29,3	35,6	26,5	29,2	31,8	47,6	32,3	7,7	18,5	42,3	25,0	19,5	
„normale“ Kindheit	38,9	19,3	12,9	1,7	8,9	7,2	8,3	18,2	19,0	9,7	15,4	10,8	16,7	12,5	26,8	

Tabelle 3 Klientenprofile der Einrichtungen

		Einrichtungen						
		Jugendamt (ASD) (n=62)	Drogenhilfe (n=35)	Jugendhilfe- träger (n=65)	Klinik Ost (mit Ambulanz) (n=70)	Kipsy (n= 32)	Andere (n=27)	
Geschlecht	männlich	80,6	71,4	70,8	54,3	62,5	74,1	
	weiblich	19,4	28,6	29,2	45,7	37,5	25,9	
Altersgruppen	10-15 J.	27,4	20,0	21,5	27,1	31,3	11,1	
	16-19 J.	72,6	80,0	78,5	72,9	68,8	88,9	
Ethnische Verbundenheit	deutsch	80,6	65,7	86,2	84,3	81,3	74,1	
	ausländisch	19,4	34,3	13,8	15,7	18,8	25,9	
Bildungsstatus	niedrig	90,2	26,5	79,7	56,1	75,0	77,8	
	hoch	9,8	37,5	20,3	43,9	25,0	22,2	
Art der Störung	Missbrauch	54,8	45,7	66,2	87,1	62,5	81,5	
	Sucht	45,2	54,3	33,8	12,9	37,5	18,5	
Psychische Störungen	Ja	30,0	23,3	30,0	89,7	71,9	44,4	
	Weiß nicht	26,7	30,0	28,3	0,0	21,9	29,6	
	Nein	43,3	46,7	41,7	10,3	6,3	25,9	
Vorrangiges Suchtmittel	Alkohol	19,4	28,6	15,4	21,4	9,4	14,8	
	Cannabis	66,1	40,0	81,5	72,9	81,3	74,1	
	Heroin/ Kokain	4,8	28,6	0,0	2,9	6,3	11,1	
	Andere	9,7	28,6	3,1	2,9	3,1	0,0	
Zusätzliche Probleme (Häufigkeit)	keine	0,0	10,0	1,7	1,4	3,3	3,7	
	1 bis 3	27,9	43,3	44,8	70,0	50,0	48,1	
	4 und mehr	72,1	46,7	53,4	28,6	46,7	48,1	
Risiko- faktoren	Überwiegend aufgewachsen	Mit 1 Elternteil	67,7	51,4	60,0	62,9	68,8	66,7
		Angeh./Pflegef.	11,3	20,0	21,5	7,1	3,1	7,4
		Heim(e)	14,5	5,7	12,3	15,7	3,1	25,9
	Soziale Notlage der Familie		72,6	45,7	43,1	32,9	25,0	51,9
	Gewalt/ Missbrauch in Familie		58,1	34,3	40,0	37,1	12,5	22,2
	„normale“ Kindheit		9,7	25,7	10,8	15,7	12,5	22,2
Vorbetreuungen/ -behandlungen (Anzahl Einrichtungen)	keine	0,0	2,9	12,3	1,4	15,6	11,1	
	1 oder 2	35,5	37,1	35,4	45,7	34,4	48,1	
	3 oder 4	30,6	34,3	33,8	41,4	28,1	37,0	
	5 und mehr	33,9	25,7	18,5	11,4	21,9	3,7	
Strukturelle Mängel und Defizite	Kooperationsmängel	24,2	20,0	12,3	14,3	15,6	12,2	
	Fehlende Angebote	40,3	42,9	29,2	20,0	25,0	17,1	
	Unklare Zuständigk.	4,8	5,7	15,4	7,1	12,5	2,4	
	Probl. bei Kostenregel.	19,4	5,7	6,2	1,4	3,1	80,6	
	Andere Probleme	30,6	8,6	13,8	31,4	15,6	18,5	

Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Bremen

Durchgeführt vom Referat "Gesundheitsberichterstattung" (GBE) des Gesundheitsamtes Bremen in Kooperation mit dem Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an Frank Schmidt, GBE, Tel. 361 55 95, oder E-Mail: >frank.schmidt@afsd.bremen.de<

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen für jeden jungen Menschen im Alter zwischen 10 und 19 Jahren, den Sie im Jahre 2005 in ihrer Einrichtung oder Ihrem Beratungsdienst betreut haben und bei dem Sie zumindest einen schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln* festgestellt haben.

*Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis der zu erwartenden Probleme, d.h. Fälle von gelegentlichem "unauffälligem" Cannabis, Partydrogen- oder Alkoholkonsum in "jugendtypischem Ausmaß" werden nicht erfasst.

Name Ihres Beratungsdienstes / Ihrer Einrichtung:

1. Anonymisierung:

Tragen Sie in die Felder bitte nacheinander ein:
3. Buchstabe des Vornamens, 3. Buchstabe des Nachnamens, Geschlecht M oder W und das Geburtsjahr zweistellig

--	--	--	--	--	--	--	--

Beispiele
Kevin Müller, * 1991: VLM91
Sandra Plüsch, *1988: NÜW88

2. Wohnort

Uns interessiert, wo der junge Mensch überwiegend aufwuchs.
PLZ Straße:

--	--	--	--	--	--	--	--

Wohnsituation zum Zeitpunkt der Betreuung

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

1 bei den Eltern 3 in privater WG
2 eigene Wohnung 4 in einer Jugendhilfeeinrichtung

0 anders, und zwar: _____

3. Ethnische Verbundenheit / Herkunft der Familie

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

1 deutsch 6 arabisch /islamisch
2 türkisch / kurdisch 7 asiatisch
3 afrikanisch 8 anders europäisch EU
4 polnisch 9 anders europäisch nicht EU
5 russisch (ehem. Sowjetunion) 0 anderes / unbekannt

4. Art der Störung

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

1 Suchtmittelmissbrauch 2 Suchtmittelabhängigkeit

Vermuten oder wissen Sie, dass zusätzlich zum Suchtmittelproblem eine psychische Störung besteht?
0 = nein, 1 = Ja, 2 = weiß nicht

Wenn ja, welche? _____

5. Vorrangiges Suchtmittel

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein und entscheiden Sie sich auch beim Konsum verschiedener Suchtmittel für das Vorrangige.

1 Alkohol 4 Kokain
2 Cannabis 5 Heroin
3 Partydrogen 6 Heroin (intravenös)

7 anderes, und zwar: _____

6. Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums

Tragen Sie bitte das Alter in Jahren ein

--	--

7. Andere Probleme und Auffälligkeiten

Probleme mit der deutschen Sprache Delinquenz (Diebstahl und ähnliche Delikte)
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Lern-/ Leistungsschwierigkeiten BTM-Delikte und BTM-Strafverfahren
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Schulvermeidung Hafterfahrung (ohne BTM-Delikte)
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Kontaktprobleme, Neigung zu sozialer Isolation Hafterfahrung (mit BTM-Delikten)
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

(Neigung zu) Gewalttätigkeiten Suizidversuche
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja, 2 = unbekannt

Andere Probleme und Auffälligkeiten? Bitte kurz beschreiben: _____

8. Schulbesuch (zuletzt besuchte Schule)

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

1 Sonderschule/Förderzentrum 3 Hauptschule
2 Realschule 4 Gymnasium

Mit Schulabschluss? 0 = Nein, 1 = Ja

9. Ausbildung / Beruf

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

1 Geht noch zur Schule 6 Schulvermeiderprojekt
2 Lehre und Berufsschule 7 Beschäftigungsmaßnahme
3 Berufsschule /Berufsfachschule 8 Gelegenheitsjobs
4 andere Ausbildung 9 Erwerbstätig (fester Arbeitsplatz)
5 Studium 0 ohne / unbekannt

10. Risikofaktoren

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

(Überwiegend) bei nur einem Elternteil aufgewachsen Soziale Notlage / Arbeitslosigkeit in der Familie (bei Eltern, Geschwistern, anderen Angehörigen, die in der Familie leben)
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja, 2 = unbekannt

(Überwiegend) bei Angehörigen oder in Pflegefamilien aufgewachsen Gewalt / körperliche Misshandlungen / sexuelle Misshandlungen
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja, 2 = unbekannt

(Überwiegend) in stationären Jugendhilfeeinrichtungen (Heimen) aufgewachsen Keine besonderen Probleme / "normale Kindheit"
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Andere besondere Probleme / Auffälligkeiten der Familie: _____

11. Vorbehandlungen, frühere Jugendhilfemaßnahmen

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein:

Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulant) Jugendgerichtshilfe
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Kinder- und Jugendpsychiatrie (teil-/stationär) Erziehungsberatungsstelle
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Jugendhilfe (ambulante Maßnahme/n) Suchtberatung/Schulpsychologischer Dienst
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja,

Jugendhilfe (stationäre Maßnahme/n) Drogenberatung
0 = nein, 1 = Ja. 0 = nein, 1 = Ja.

Andere Vorbehandlungen oder Betreuungen: _____

12. Welche strukturelle Schwächen / Defizite traten bei der bisherigen Betreuung / Behandlung auf?

Tragen Sie bitte die zutreffende Ziffer ein (3 Nennungen möglich):

1 Kooperationsmängel zwischen den betreuenden Diensten
2 Fehlende geeignete Betreuungs- und Behandlungsangebote
3 Unklare Zuständigkeiten
4 Probleme bei Kostenregelungen
5 andere Probleme, nämlich: