

Expertise

# JUGEND SUCHT VERNETZUNG

fdr-script

herausgegeben vom Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.



Vorstand und wissenschaftlicher Beirat des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. bedanken sich für beim Bundesministerium für Gesundheit für die Förderung der der Expertise zugrunde liegenden Experten/-innenanhörung, für Redaktion und Lektorat bei Prof. Dr. Christel Zenker MPH, Berlin sowie für die Anregungen von Eva Egartner, Robert Frietsch, Dr. Arthur Günthner, Rüdiger Lenski , Ulrike Ohnmeiß und natürlich bei den im Literaturverzeichnis genannten Experten/-innen.

### **Expertise »Jugend Sucht Vernetzung«**

Herausgeber und Copyright  
Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.,  
Odeonstr. 14, 30159 Hannover,  
Tel.: 0511/18 333, Fax 18 326  
[mail@fdr-online.info](mailto:mail@fdr-online.info),  
[www.fdr-online.info](http://www.fdr-online.info)

Oktober 2011

## Inhalt

VORWORT.....	4
1. DAS AUSMAß JUGENDLICHEN SUCHTMITTELMISSBRAUCHS UND JUGENDLICHEN SUCHTVERHALTENS.....	5
2. BEDINGUNGSFAKTOREN JUGENDLICHEN SUCHTMITTELMISSBRAUCHS UND JUGENDLICHEN SUCHTVERHALTENS .....	8
3. FUNKTIONSFÄHIGKEIT, BEHINDERUNG UND GESUNDHEIT BEI SCHÄDLICHEM ODER ABHÄNGIGEM SUCHTVERHALTEN JUGENDLICHER .....	11
3.1. FOLGESCHÄDEN .....	11
3.2. KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN .....	13
4. BETREUUNGSMAßNAHMEN FÜR JUGENDLICHE MIT SCHÄDLICHEM ODER ABHÄNGIGEM SUCHTVERHALTEN.....	15
4.1. BEHANDLUNG UND BETREUUNG IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE .....	16
4.2. BEHANDLUNG UND BETREUUNG UND DURCH ANDERE SPEZIALISIERTE EINRICHTUNGEN.....	17
5. ZUSAMMENARBEIT BEI DER BERATUNG UND BEHANDLUNG SUCHTGEFÄHRDETER UND SUCHTMITTEL KONSUMIERENDER JUGENDLICHER.....	21
5.1. VERBESSERUNG DER BETREUUNGS- UND BERATUNGSQUALITÄT.....	21
5.2. VERSORGUNGSSTRUKTUREN VERBESSERN.....	24
5.3. NOTWENDIGE VERNETZUNG.....	27
6. AUSBLICK.....	30
6.1. PRÄVENTION UND BETREUUNG .....	31
6.2. NETZWERKE .....	32
6.3. POLITIK .....	32
4. WISSENSCHAFT .....	32
LITERATUR .....	33
BEITRÄGE DER EXPERTEN/-INNENANHÖRUNG .....	35

## Vorwort

Kinder und Jugendliche mit Suchtmittelproblemen haben einen komplexen Hilfebedarf, der sich einerseits aus den Risikofaktoren ergibt, denen die Jugendlichen, oft schon seit früher Kindheit, ausgesetzt sind und andererseits aus den Folgen des problematischen Konsums selbst. Beeinträchtigt sind Schul- und berufliche Ausbildung sowie die Teilhabe am Leben innerhalb der Gesellschaft, weitere Folgen sind gesundheitliche Schäden und Straffälligkeit. Die Kinder und Jugendlichen, oft auch die gesamte Familie, werden von unterschiedlichen sozialen, juristischen und gesundheitlichen Hilfesystemen erfasst und betreut. Die jeweilige Profession kann den Bedarfen und Bedürfnissen der Jugendlichen nur anteilig gerecht werden. Dem notwendigen gemeinsamen Handeln oder einem professionellen Schnittstellenmanagement stehen die unterschiedlichen Aufgaben und Zielsetzungen der betroffenen Systeme sowie Akzeptanz- und Verständigungsschwierigkeiten entgegen.

Um diesen Jugendlichen und deren Familien gerecht zu werden, müssen nicht nur die bestehenden Versorgungslücken geschlossen werden, auch die Zusammenarbeit der Hilfesysteme ist zwingend notwendig. Gemeinsam müssen Ziele formuliert und Absprachen bezüglich der notwendigen Kontakte und Interventionen getroffen werden. Bereits vor 25 Jahren wurde in der Ottawa-Charta (21.11.1986) formuliert: „Gesundheitsförderung verlangt (..) ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und den Medien.“ Regional haben sich in Deutschland wirksame Hilfeverbände entwickelt, allerdings ist die Kooperation der vielen unterschiedlichen beteiligten Institutionen noch wenig strukturiert., Es ist auch nicht sicher, ob mit dem bestehenden Handlungsrepertoire wirklich Erfolge zu erzielen sind, so dass Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen zur Gruppe der am schlechtesten Versorgten gehören.

Der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. legt mit dieser Schrift eine Arbeitshilfe zur Zusammenarbeit der Angehörigen relevanter Arbeitsfelder vor. Zu ihrer Erstellung wurde der Stand des Wissens in einer Experten/-innenanhörung am 12. Januar 2011 in Berlin gebündelt, wohl wissend, dass bei der Vielzahl der mit dem Thema „Kinder, Jugendliche und Substanzmissbrauch“ befassten Akteure nicht alle zu Wort kommen konnten. Die Namen der zitierten Expertinnen und Experten der Anhörung werden in eckigen Klammern aufgeführt, ihre Vorträge sind auf der Website des Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. dokumentiert. Die Namen der Autoren anderer Textzitate sind in runden Klammern aufgeführt.

## 1. Das Ausmaß jugendlichen Suchtmittelmissbrauchs und jugendlichen Suchtverhaltens

Die psychiatrische Definition „Abhängigkeit“ greift bei Jugendlichen zu kurz, weil eine manifeste Abhängigkeit selten zu beobachten ist. Toleranzentwicklung oder Entzugssymptome können fehlen, obwohl bereits ernsthafte soziale und psychische Schädigungen bemerkbar sind. Besser wäre es, wie im angelsächsischen Sprachraum, von „substanzbezogenen Störungen“ zu sprechen: Passagären Missbrauchsphänomenen stehen Suchtentwicklungen gegenüber. Behandlungsbedürftigkeit kann sich bei Substanzmissbrauch auch deshalb ergeben, weil meist komplexe familiäre Problemlagen bestehen sowie Reifungs-, Verhaltens- und weitere psychische Störungen (Stolle et al. 2007).

Der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis ist bei minderjährigen Jugendlichen (12–17 J.) und jugendlichen Erwachsenen (18–25 J.) seit 2004 deutlich gesunken. Zudem ist das Einstiegsalter in den Alkohol- und Tabakkonsum sowie das Alter bei der ersten Alkohol Rauscherfahrung gestiegen (Drogenbeauftragte 2011). Regelmäßiger und riskanter Konsum von Alkohol und Cannabis bzw. regelmäßiges starkes Rauchen spielen in der Altersgruppe der 12-15jährigen Mädchen und Jungen kaum eine Rolle. Ihr Konsum nimmt erst ab dem 16. Lebensjahr deutlich zu und die Geschlechtsunterschiede werden, zu Ungunsten des männlichen Geschlechts, zum Teil signifikant.

Riskanten *Alkoholkonsum* (Mädchen >12 Gramm Reinalkohol/Tag, Jungen >24 Gramm) betreiben ca. 2% der 12-15jährigen Mädchen und Jungen, aber 15 % der 16-17jährigen Jungen und 8,5% der gleich alten Mädchen, ab dem 18.-25. Lebensjahr sind es ca. 20% der männlichen und 10% der weiblichen jungen Erwachsenen. Häufiges Binge Drinking (in den letzten 30 Tagen an 4 Tagen oder öfter mindestens 5 Gläser Alkohol hintereinander) gaben 2010 1,6% der männlichen und 0,2% der weiblichen 12-15 Jährigen an. In den Altersgruppen 16-21 Jahre steigen diese Anteile auf ca. 20% (männlich) bzw. ca. 6,5% (weiblich) an und fallen bei den 22-25 Jährigen auf 16,2% bzw. 4,1% ab (BZgA 2011).

Mehr als 10 *Zigaretten/Tag* rauchen 3,7% der 12-17jährigen Jungen und 1,9% der gleich alten Mädchen. In den Altersgruppen 18-25 Jahre steigt der Anteil der männlichen bzw. weiblichen Raucher mit einem Konsum von 10 Zigaretten/Tag von 15,2% bzw. 10,1% (18-21 J.) auf 22,2% bzw. 20,1% (22-25 J.) an.

*Cannabis* wurde in den letzten 12 Monaten häufiger als 10 Mal von 1,5% der 14-17jährigen Jungen und 0,3% der gleich alten Mädchen konsumiert, bei den 18-21 Jährigen (22-25 Jährigen) waren es 4,3% (5,7%) der männlichen und 1,8% (0,9%) der weiblichen jungen Erwachsenen (BZgA 2011). In der Hamburger Schulbusuntersuchung 2009 gaben 2,7% der 14-18 Jährigen an (fast) täglich, 2,6% wöchentlich und 3,0% der Jugendlichen monatlich Cannabis konsumiert zu haben [Baumgärtner 2011]. Der regelmäßige Konsum anderer illegaler Drogen, außer Cannabis, ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit 2004 rückläufig und liegt bei beiden Geschlechtern unter 1% (BZgA 2010).

Dennoch scheint die Anzahl der Problemkonsumenten gleich zu bleiben und die Anzahl Behandlungen in Kinder- und Jugendeinrichtungen europaweit zu nehmen.

Das Probierverhalten Jugendlicher beschränkt sich nicht auf eine einzige Droge. Eine USA-Studie (D' Amico et al. 2001) belegt, dass Schüler der 9.-12. Klasse, die Binge Drinking praktizierten, im Gegensatz zu den Schülern, die das nicht taten, eine Monatsprävalenz für Tabak von 61% (versus 34%), für Cannabis von 59% (versus 28%) und andere illegale Drogen von 34% (versus 10%) zeigten.

Obwohl gesellschaftliche Akzeptanz und Verfügbarkeit von Drogen für Suchtentwicklungen eine Rolle spielen, können die Daten zu Konsumgewohnheiten oder über riskanten Konsum wenig über zukünftige Suchtentwicklungen voraus sagen. Riskanter Konsum legaler oder illegaler Drogen oder andere Suchtverhaltensweisen sind typischerweise eine zwar mit Risiken behaftete aber vorübergehende Erscheinung in Kindheit und Jugend. Erst wenn Drogen oder Suchtverhalten, wie z. B. Essstörungen, als Problemlösungsstrategie eingesetzt werden weil andere Copingstrategien oder protektive Faktoren nicht zur Verfügung stehen, können sich diese Konsummuster verfestigen und zu Suchtentwicklungen führen.

Hinweise auf Zusammenhänge zwischen negativen sozialen Faktoren und Suchtmittelmissbrauch finden sich auch in einigen epidemiologischen Studien. In der Hamburger Schulbusstudie (2007/2009) waren die „nicht bis moderat konsumierenden“ 14-18 Jährigen in den Lebensbereichen „Gesundheit“, „Wohnsituation“, „familiäre Situation“ und mit dem „Leben insgesamt“ deutlich zufriedener als die „problematisch konsumierenden“ [Baumgärtner 2011]. Auffallend ist weiterhin, dass Nikotin und Alkohol häufiger von den 12-17jährigen Jugendlichen der Unterschicht, verglichen mit Mittel- und Oberschicht, zur Problemlösung eingesetzt werden [Gensicke 2011]. Beim Vergleich aller Schüler der Sekundarstufe I praktizierten die Gymnasiasten (zum Teil signifikant) seltener als Schüler anderer Schulformen 4 Mal oder öfter im Monat Binge Trinken,

gehörten seltener zu den starken Rauchern oder den regelmäßigen Nutzern illegaler Drogen (vor allem Cannabis) [Orth 2011].

Neben sozialen Faktoren können auch persönliche Schwierigkeiten den riskanten Konsum von Drogen beeinflussen. Einige der 12-17jährigen Jugendlichen gaben im Rahmen der Shell Jugendstudie 2010 an, dass sie rauchen oder mehr Alkohol trinken, wenn sie in Schwierigkeiten sind oder ein größeres Problem haben: 19% in dieser Altersgruppe tun dies „ab und zu“ und 10% „öfter oder immer“ [Gensicke 2011].

## 2. Bedingungsfaktoren jugendlichen Suchtmittelmissbrauchs und jugendlichen Suchtverhaltens

Die Zeit der Jugend ist mit der Erfüllung vielfältiger Entwicklungsaufgaben verbunden, zu denen die Akzeptanz des Körpers und seiner Veränderungen sowie das Erlangen der sexuellen Identität gehören. Der Lösung der emotionalen Abhängigkeit von den Eltern steht der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen gegenüber. Ein stabiles Wertesystem muss erarbeitet und sozial verantwortliches Handeln geübt werden. Jugendliche sind „Menschen im Übergang, in hormoneller Umstellung und sozialer Labilität“ [Bilke-Hentsch 2011]. Hinzu kommt eine gesellschaftliche Realität, die durch steigenden Leistungsdruck, eine Vielfalt an Wahlmöglichkeiten, Beschleunigung, Verfall von Werten und nachlassender sozialer Kontrolle und Anteilnahme gekennzeichnet ist und bewältigt werden muss [Jüngling 2011].

Substanzkonsum kann zur Bewältigung der notwendigen Veränderungen und Entwicklungsaufgaben beitragen und hat darüber hinaus auch weitere Funktionen: Durch Alkoholkonsum kann Autonomie demonstriert werden, ein hoher Status in der Peer Group erreicht und sexuelle Kontakte können leichter geknüpft werden (Stolle et al. 2007).

Wichtig in diesem Prozess des Übergangs und Ausprobierens ist die Qualität der Beziehung zu den Eltern. Anteilnahme und elterliche Regelsetzungen sind für die Entwicklung eines Trinkverhaltens, das das Erwachsenwerden nicht beeinträchtigt, wichtig. Eine Befragung von Jugendlichen ergab, dass Eltern Klarheit und Eindeutigkeit beim Thema häufig vermissen lassen oder den Alkoholkonsum tabuisieren. Die Jugendlichen bewerten aufklärende, offene und auch kontrollierende Gespräche eher positiv, warnende und anklagende eher negativ [Jüngling 2011]. Sobald funktionale soziale Erwachsenenrollen übernommen werden, können exzessive Konsummuster eingestellt werden („maturing out“) (Stolle et al. 2009).

Nur eine Minderheit der Kinder und Jugendlichen entwickelt relevante Missbrauchs- oder Abhängigkeitsformen. Bei diesen Jugendlichen kann ein multifaktorielles sich gegenseitig verstärkendes Bedingungsgefüge für eine Suchtentwicklung verantwortlich gemacht werden. Es besteht eine „Vulnerabilität“, hervorgerufen durch kognitive und affektive Defizite, im Zusammenhang mit zusätzlichen Risikofaktoren, wie z. B. nicht bewältigte soziale Anforderungen und negative Lebensereignisse. Darüber hinaus trägt der Substanzkonsum selbst zur Manifestation der Suchtentwicklung bei. Die geschilderte negative Entwicklung kann durch protektive oder Resilienzfaktoren, wie



Bindungssicherheit, Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung ausgeglichen werden [Bilke-Hentsch 2011], (Stolle et al. 2007).

Eine nicht altersgerechte psychosoziale bzw. Suchtentwicklung wird bei genetischen Vorbelastungen (z. B. familiäre Belastung, Neugierverhalten, geringes Schadensvermeidungsverhalten, physiologisch bedingte gestörte Alkoholverwertung) und massiven psychischen und/oder sozialen Belastungen in der Familie (z. B. mangelnde Fürsorge, traumatische Erfahrungen, psychische Erkrankungen, Sucht) wahrscheinlich. Im Rahmen der prospektiven EDSP Studie zur Entwicklung seelischer Störungen (14-24 Jährige) erhöhte der Tod eines Elternteils vor dem 15. Lebensjahr das Risiko einer Cannabisabhängigkeit um das 40-fache und ein niedriger Sozialstatus um das 24-fache [Nützel 2011].

Zu den beeinflussenden sozialen Faktoren müssen auch gendertypische Risiken gerechnet werden, also diejenigen, die eng mit dem erlernten sozialen Geschlecht verknüpft sind. Dies zeigt sich z.B. bei den höheren und riskanteren Konsummustern männlicher Jugendlicher und ihrer positiveren Einstellung Drogen gegenüber, verglichen mit den weiblichen (Zenker 2009). Kognitive Faktoren, vor allem positive Alkoholbezogene Erwartungen (expectancies), wie „Entspannung“ und „Förderung des sozialen Wohlbefindens“, haben eine gute Vorhersagekraft für späteren problematischen Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit [Tossmann 2011].

Eine Bremer Untersuchung über 291 Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Betreuung hat ergeben, dass 70% der 12-19 Jährigen in einem Ortsteil mit negativen Sozialindikatoren aufgewachsen sind und häufig bei nur einem Elternteil, bei Angehörigen, in Pflegefamilien oder Jugendhilfeeinrichtungen. Die Schulbildung lag signifikant unter dem durchschnittlichen Niveau der gleich alten Bremer Jugendlichen. 34% der Jungen und 46% der Mädchen hatten körperliche Gewalt und/oder sexuellen Missbrauch erlebt. 70% der Jungen und 42% der Mädchen waren schon delinquent (Schmidt 2008).

Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern sind wiederholt Kränkungen und Verletzungen ausgesetzt. Sie leiden unter der Unzuverlässigkeit, Unberechenbarkeit und Impulsivität ihrer Eltern. Das Verhalten der Eltern löst bei den Kindern ambivalente Gefühle aus. Die hieraus und aus der verheimlichten Familiensituation entstehenden Schuld- und Schamgefühle müssen abgewehrt und die eigenen Wahrnehmungen verleugnet werden, was zu einem Realitätsverlust führen kann. Die Kinder haben massive Selbstwertprobleme und neigen zu problematischem Bindungsverhalten auch in außerfamiliären Beziehungen; die körperliche Krankheitsrate ist bei ihnen hoch (Klein 2005). Mädchen sind von diesen familiären Störungen stärker betroffen als Jungen:

Die Ergebnisse einer prospektiven Studie mit 14-24 Jährigen zeigt, dass das Risiko, selbst abhängig zu werden, bei Mädchen um das 9-fache (Jungen: 2-fache) steigt, wenn der Vater Trinker ist. Es steigt um das 16-fache (3-fache) bei mütterlichem Alkoholismus und um das 28-fache (19-fache) wenn beide Eltern alkoholabhängig sind (Lachner & Wittchen 1997).

Eine Studie mit suchtkranken Frauen ergab, dass 74% von ihnen Gewalt vor dem 16. Lebensjahr (ganz überwiegend in der Herkunftsfamilie) erlitten hatten und dass dieser Anteil sich auf 90% steigerte, wenn die Frauen vor dem 14. Lebensjahr mit ihrem Suchtverhalten begonnen hatten (Zenker 2002).

Weitere wichtige Einflussfaktoren für den Übergang vom Substanzkonsum zur Abhängigkeit sind komorbide psychische Störungen, die sich von den substanzinduzierten dadurch unterscheiden, dass sie schon vor dem Substanzkonsum bestanden haben und trotz mehrwöchiger Abstinenz bestehen bleiben [Thomasius 2011]. In einer prospektiven nationalen Studie in den USA wurden Probanden mit seelischen Störungen nach 10 Jahren erneut untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeit von illegalen Drogen oder Alkohol zu entwickeln, bei Verhaltensstörung, posttraumatischer Belastungsstörung oder Phobien um das 3-4-fache erhöht (Swendsen et al. 2010).

Besondere Aufmerksamkeit mit Blick auf einen möglichen komorbiden Substanzmissbrauch verlangen die „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend“: Neben den Teilleistungsstörungen, wie z.B. Legasthenie, werden hierzu hyperkinetische Störungen, emotionale, phobische und Störungen des Sozialverhaltens gerechnet. Häufig sind diese Störungen, besonders wenn sie durch chronische Traumatisierungen hervorgerufen wurden, mit dissozialem und aggressivem Verhalten, Delinquenz und somatischen Störungen verbunden [Bilke-Hentsch 2011].

### 3. Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei schädlichem oder abhängigem Suchtverhalten Jugendlicher

Als unspezifische Warnhinweise für Substanzmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen gelten Konzentrationsschwäche, Unruhezustände, Schulschwierigkeiten, Leistungsknick, Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug, Verwahrlosung und dissoziales Verhalten (Stolle et al. 2007). Im Rahmen der prospektiven EDSP Studie (Early Developmental Stages of Psychopathology, 14-24 J.) wurden als Prädiktoren für Cannabiskonsum mangelnde Identifikation mit den Eltern, geringes Selbstwertgefühl, unkonventionelles Verhalten bzw. die Ablehnung von Konventionen beschrieben [Nützel 2011]. Die Folgen missbräuchlichen Substanzkonsums im Kindes- und Jugendalter werden im wesentlichen auf ein Versagen bei altersgemäßen Entwicklungsaufgaben zurückgeführt [Nützel 2011].

Bei den manifesten substanzbezogenen Störungen von Kindern und Jugendlichen können zwei Formen unterschieden werden. Einerseits die sich aus dem Substanzgebrauch ergebenden akuten oder chronischen Folgeschäden und andererseits die Störungen, die das schädliche oder abhängige Suchtverhalten begleiten, unabhängig davon, ob sie schon vor dem riskanten Konsum bestanden (wie bei komorbiden seelischen Störungen).

#### 3.1. Folgeschäden

Zu den *unmittelbaren körperlichen und psychischen Folgeschäden* des übermäßigen Konsums legaler wie illegaler Drogen gehören Intoxikationen, Entzugssymptome oder auch drogeninduzierte Psychosen. Psychische Funktionsstörungen äußern sich als Wahrnehmungsstörungen, Motivationsstörungen, Ausdrucks- und emotionale Störungen (Stolle et al. 2007).

Regelmäßiger Alkoholkonsum in jungen Jahren (vor dem 15. Lebensjahr) ist signifikant assoziiert mit einer erhöhten Rate an Verkehrsunfällen, kriminellen Delikten und Suiziden (Remschmidt 2002). Bei amerikanischen Jugendlichen standen 50% aller Schädel-Hirn-Traumen mit Alkoholkonsum in Verbindung (Stolle et al. 2009) und ein systematisches Review hat gezeigt, dass 30% aller Todesfälle bei den 15-29 Jährigen auf Substanzmissbrauch zurückzuführen sind [Thomasius 2011].

Für das Binge Drinking haben unterschiedliche USA - Studien belegt, dass sich das Risiko für Suizidversuche bei Schülerinnen der 8. Klasse auf das Doppelte, bei Schüle-

rinnen und Schülern der 9.-12. Klasse auf das 4,3-fache erhöht, verglichen mit Schülerinnen und Schülern ohne Binge Drinking.

Riskanter Alkoholkonsum begünstigt (zu) frühe und ungewollte Sexualität. Bei Mädchen und jungen Frauen steigt das Risiko, Opfer ungewollter Sexualität zu werden, mit eigenem Binge Drinking um das ca. Dreifache. Von den Mädchen, die sexuelle Übergriffe erlebten, hatten ca. 50% zuvor Alkohol oder andere psychotrope Substanzen konsumiert (Stolle et al. 2009).

*Langfristige Folgeschäden* sind auf der körperlichen Ebene Begleiterkrankungen, wie sie vor allem bei chronischem illegalen und Mischkonsum auftreten: Infektionskrankheiten, Haut und Geschlechtskrankheiten, Magen-, Darm- und Zahnerkrankungen. Neurotoxische Schäden entstehen, wenn chronischer (Misch-)Konsum betrieben wird und zusätzlich weitere starke Stressoren vorhanden sind. Das jugendliche Gehirn ist besonders vulnerabel, da es noch in der Entwicklung begriffen ist und Reifeprozesse gestört werden können. Neben längerfristigen kognitiven Einschränkungen im verbalen und nonverbalen Bereich und Beeinträchtigungen des räumlichen Vorstellungsvermögens, können auch dauerhafte Hirnschädigungen nicht ausgeschlossen werden, insbesondere eine Volumenverminderung der vorderen Hirnrinde. Sie ist oberstes Kontrollzentrum für eine angemessene Handlungssteuerung und gleichzeitig intensiv an der Regulation emotionaler Prozesse beteiligt. Zu den sich daraus ergebenden psycho-sozialen Beeinträchtigungen gehören Störungen der Wahrnehmung, Ausdrucksfähigkeit und Motivation, impulsives Verhalten und die eingeschränkte Fähigkeit, Probleme angemessen zu lösen. Die Gefahr einer besonders schnellen Abhängigkeitsentwicklung ist groß [Thomasius 2011], (Stolle et al. 2009).

Wesentliche langfristige psychische Folge des chronischen Substanzmissbrauchs ist die Behinderung der Entwicklung einer eigenen Identität, wodurch es zum Scheitern bei jugendtypischer Entwicklungsaufgaben kommt und der Erwerb sozialer Fähigkeiten, Bewältigungsmechanismen und Entscheidungsstrategien eingeschränkt wird [Thomasius 2011]. Die Drogenentzugseinrichtungen clean.cick und clean.kids weisen auf die hohe bis sehr hohe Bindungsunsicherheit der Betroffenen hin [Nützel 2011].

Von der Fachklinik COME IN! werden folgende typische seelische und soziale Störungen und Defizite bei den 12-18jährigen Suchtkranken beschrieben: Geringe Frustrationstoleranz, mangelnde Konfliktfähigkeit, geringwertige Selbst- und Fremdeinschätzung, hohe Aggressivität, destruktives Verhalten, Autoaggressivität, Suizidgefährdung, Störung der eigenen Körperwahrnehmung, Ahnungslosigkeit von Körpervorgängen, von Ernährung, und Hygiene. Diese Dysfunktionen spiegeln sich in massiven Störungen des Sozial-, Lern- und Arbeitsverhaltens wider, verschärft und zementiert durch

das Fehlen eines drogenfrei funktionierenden sozialen Umfeldes. Im Rahmen einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit (13-22 Jährige) haben mehr Jungen als Mädchen in stationärer Suchtbehandlung angegeben, dass sie schon Körperverletzungen begangen haben (76% versus 54%) und / oder wegen Gewaltstraftaten gerichtlich belangt wurden (48% versus 36%) (Schu et al. 2009).

Die geschilderten Defizite lassen sich als langfristige, oft schon vor dem Substanzmissbrauch bestehende und durch den dauerhaften Konsum verstärkte Entwicklungsstörungen einordnen, die sich als dissoziale Lebenslinien darstellen können, gekennzeichnet durch aufsässiges, störendes, feindliches und Normen verletzendes Verhalten. Daraus können sich Delinquenz aber auch (antisoziale) Persönlichkeitsstörungen entwickeln [Bilke-Hentsch 2011]. Bei Mädchen entsteht häufiger eine Borderline Störung oder eine Posttraumatische Belastungsstörung.

### 3.2. Komorbide psychische Störungen

Bei einer Befragung Jugendlicher (13-22 J.) in stationärer Suchtbehandlung haben 82% der Jungen und 89% der Mädchen psychische Beschwerden mit Hilfe der Checkliste SCL-K-9 angegeben und mehr Mädchen als Jungen (21% versus 5%) Essstörungen (Schu et al. 2009).

Der Anteil der Mädchen mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte lag bei einer Befragung der Betreuerinnen Jugendlicher mit Suchtproblemen in Bremen bei 24%, der Anteil der Jungen bei 7% (Schmidt 2008). Demgegenüber liegt aber die Selbsttötungsrate bei männlichen Jugendlichen über der weiblichen.

Unabhängig von der Frage, ob diese Störungen schon vorher bestanden haben, werden insbesondere die folgenden psychiatrischen Syndrome bei Kindern und Jugendlichen mit Suchtverhalten diagnostiziert: Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne Hyperaktivität, oft kombiniert mit emotionalen Störungen, depressive Störungen, Angststörungen und Phobien, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen [Bilke-Hentsch 2011], [Thomasius 2011], (Stolle et al. 2007).

Die Ergebnisse einer Metaanalyse über betreute Jugendliche mit Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit (N= 5.606; <15 – 25 J.) in den USA zeigten, dass das Risiko, an einer zusätzlichen psychischen Störung zu leiden, bei den <15jährigen um das 5-fache erhöht war, bei den 15-17jährigen um das 6-fache und bei den 18-25jährigen um das 8-fache, verglichen mit Jugendlichen ohne Substanzmissbrauch. Der Anteil der <15 Jährigen mit zusätzlicher seelischer Störung lag bei 90%. Externalisierende seelische

Störungen (ADHS, dissoziales Verhalten, mit hohem Jungenanteil) wurden am häufigsten (81%) bei den <15 Jährigen nachgewiesen (80% bei den 15-17, 67% bei den 18-25 Jährigen), internalisierende Störungen (Depressionen, Angst- und posttraumatische Störungen, mit hohem Mädchenanteil) am häufigsten (77%) bei den 18-25 Jährigen (69% bei den 15-25 Jährigen). Der überwiegende Teil dieser Jugendlichen hatte den Substanzkonsum im Alter von 10-14 Jahren begonnen (Chan et al. 2008).

Bei ca. 90-98% der 13-21jährigen cannabisabhängigen Jugendlichen in ambulanter Behandlung wurden unterschiedliche komorbide Störungen, abhängig von der Altersgruppe, diagnostiziert. Bei den 13-18 Jährigen handelte es sich dabei vor allem um Verhaltens- und emotionale Störungen (bei ca. 80%). Bei den 19-21jährigen Cannabisabhängigen wurden affektive Störungen (bei ca. 70%) oder die Kombination von Persönlichkeits- und emotionalen Störungen gefunden (bei ca. 30%) [Thomasius 2011].

Diese genannten Diagnosen entsprechen der psychiatrischen Praxis und sichern die Finanzierung der psychiatrischen Behandlung. In der Jugendhilfe werden sie allerdings sehr kritisch als ein „vorschnelles Labeling“ angesehen, das dazu führen kann, dass Jugendliche ein Leben lang als krank gelten und aus bestimmten Teilhabeprozessen ausgeschlossen werden bzw. oder im Rahmen dieser »gelernten Hilflosigkeit« sich keine erfolgreiche Teilhabe zutrauen.

Während Suchtmittelmissbrauch im Jugendalter gesellschaftlich durchaus als vorübergehende Phase betrachtet wird, gilt eine psychiatrische Diagnose als manifeste unheilbare Krankheit, die der betroffene Mensch ein Leben lang hat. Einige dieser Störungen sind sehr gut behandelbar und „verschwinden“ im Kontext einer meist längeren pädagogisch-therapeutischen (Zusammen)arbeit mit den Jugendlichen.

## 4. Betreuungsmaßnahmen für Jugendliche mit schädlichem oder abhängigem Suchtverhalten

Die Gesamtheit der sozialen, psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen Suchtmittel konsumierender Kinder und Jugendlicher müssen Richtung weisend für professionelles Handeln sein. Die Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen sind einerseits abhängig von der Auffälligkeit der Betroffenen bzw. der Schwere der Störung andererseits vom gesetzlichen oder politischen Auftrag der Einrichtungen und der jeweiligen Professionalität.

Sehr allgemein können die beteiligten Einrichtungen folgendermaßen charakterisiert werden, wobei die beschriebenen Defizite nicht auf die in den letzten Jahren entstandenen hochspezialisierten Einrichtungen zutreffen, die nachfolgend vorgestellt werden (s. u.). In Schulen werden allgemeine oder selektive suchtpreventive Maßnahmen, oft von eigenen spezialisierten Diensten oder Referaten umgesetzt. Bei Lehrerinnen und Lehrern wurde noch kein ausreichendes Handwerkszeug für den Umgang mit den Folgen des Substanzkonsums bei Schülerinnen und Schülern entwickelt.

Die Jugendarbeit ist von pädagogischen Maßnahmen geprägt, die andere Ziele haben als die der Suchthilfe. Eine Suchtproblematik wird - auch in Heimen oder Wohngruppen - noch nicht in ausreichendem Maße suchthilfespezifisch aufgegriffen. Aus Angst vor Problemen werden Jugendliche mit süchtigem Verhalten von einigen Einrichtungen sofort oder nach Rückfällen ausgeschlossen.

In der Suchthilfe werden jugendspezifische Angebote nicht regelhaft vorgehalten und eine jugendspezifische Kompetenz ist eher in der Drogenhilfe, aber seltener in den für Erwachsene ausgelegten Hilfeeinrichtungen zu finden.

Auch auf einigen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen führt Drogenkonsum noch zum Ausschluss, erst in den letzten Jahren wurden vermehrt suchtspezifische Konzepte entwickelt. Als problematisch erweist sich die Altersgrenze von 18 Jahren beim Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenpsychiatrie (Schu et al. 2009), (Thomasius et al. 2009).

Auch die Jugendämter gewähren zunehmend keine Hilfen mehr, wenn Jugendliche die Altergrenze von 18 Jahren erreicht haben. Teilweise werden Hilfemaßnahmen auch schon in einem früheren Alter der Betroffenen (16 und 17 Jahre) abgelehnt. Dies geschieht ungeachtet der Tatsache, dass das SGB VIII nach wie vor einen Anspruch auf

Erst-Hilfeleistungen bis zu einem Alter von 21 Jahren vorsieht, Folge-Hilfeleistungen sind nach wie vor bis zum Alter von 27 Jahren zu gewähren.

Der Gesetzgeber sieht hier eine Novellierung des Gesetzes vor (§78, SGB VIII), die das Ziel hat, die Altergrenzen neu fest zu legen. Auch jetzt schon führt die veränderte Praxis dazu, dass Jugendliche ab 16, 17 oder spätestens 18 Jahren Hilfemaßnahmen nur noch über den Klageweg bekommen, da der überörtlich Sozialhilfeträger (SGB XII) seinerseits eine Zuständigkeit erst ab 21 Jahren sieht.

Der § 35 a SGB VIII sieht eine Behandlung von seelischer Behinderung in Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe vor, auch Deutsche Rentenversicherung verweist auf den Vorrang der Kinder- und Jugendhilfe.

#### 4.1. Behandlung und Betreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Psychiatrie unterscheidet zwischen Akutbehandlung (qualifizierter Entzug, 2-4 Wochen) und ambulanter oder stationärer Postakutbehandlung (Suchttherapie im eigentlichen Sinn, 8-10 Wochen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Zu den Behandlungsverfahren gehören sowohl medizinische, psychotherapeutische (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie), als auch körper- und umweltbezogene (Schule, Berufspraktika, Freizeit). Abhängig vom Schweregrad der Sucht, dem Bestehen von Begleiterkrankungen und familiärer oder sozialer Problematik, kann der Jugendliche nach der Akut- oder Postakutbehandlung in die Familie oder in ambulante suchttherapeutische Betreuung entlassen werden oder es wird, bei psychischer Komorbidität, eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische (Weiter-) Behandlung notwendig, die auch die Aufgabe hat, Rehabilitationsfähigkeit herzustellen. Bei lange bestehendem Substanzkonsum, negativ beeinflussendem sozialen Umfeld und vielen Vorbehandlungen wird eine stationäre Postakutbehandlung als rehabilitative Langzeittherapie (12 – 18 Monate) in dafür spezialisierten Einrichtungen notwendig, finanziert nach SGB V (KK) oder/und SGB VIII (Jugendhilfe). Bei fehlender sozialer Unterstützung, insbesondere dysfunktionaler Familie, kann die Unterbringung in einer geeigneten Jugendhilfeeinrichtung erfolgen (KJHG §§ 34, 35, 35a und 41 SGB VIII). Indikator für eine erfolgreiche Behandlung ist die Haltequote, das Maß für eine regulär beendete Therapie. Die Haltequoten liegen international für Jugendliche bei 60%-65%. 1-Jahreskatamnesen zeigen Abstinenzquoten von 30% -50% (Stolle et al. 2007).

Grundlage der psychiatrischen Therapieplanung ist bzw. sollte das „multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters“ (MAS) sein (WHO ICD-10). Berücksichtigt werden psychiatrische (Substanzmissbrauch und weite-



re seelische Erkrankungen) und somatische Störungen, Teilleistungsstörungen (z. B. Legasthenie), das Intelligenzniveau, abnorme psychosoziale Umstände (wie z.B. in der Herkunftsfamilie) sowie das allgemeine Funktionsniveau (soziale Teilhabe und Beeinträchtigung) [Bilke-Hentsch 2011]. Durch diesen Ansatz können die Betroffenen nicht nur bezüglich ihrer Erkrankungen sondern auch in ihrer Entwicklung und mit ihren Lebensumständen erfasst werden.

Laut [Thomasius 2011], [Tossmann 2011] ist die Mitbehandlung psychiatrischer Komorbidität bei Suchtstörungen unabdingbar. Die substanzbezogene Störung erschwert die Behandlung der komorbiden seelischen Störung. Umgekehrt kann die komorbide Störung nur behandelt werden, wenn gleichzeitig der Substanzmissbrauch therapeutisch berücksichtigt wird, was Probleme bzgl. des Abstinenzparadigmas aufwirft, da seelische Störungen oft den Einsatz von Medikamenten erfordern [Bilke-Hentsch 2011]. Allerdings ist hier auch zu beachten, dass Jugendliche nicht vorschnell mit Diagnosen belegt werden sollten, die sie später ein ganzes Leben begleiten.

Die Beziehung zwischen Behandler und Kind bzw. Jugendlichen sollte offen-vertrauensvoll und sachlich sein. Kinder und Jugendliche müssen wissen, dass fremd-anamnestische Auskünfte über die Familie und die Schule eingeholt werden. Neben der Selbstauskunft zum Drogenkonsum gehört ein Drogenscreening im Urin standardmäßig zur Untersuchung dazu, obwohl damit weder etwas über die Stärke der substanzbezogenen Störung ausgesagt noch alle Drogen (pflanzliche Drogen, Pilze) erfasst werden können (Stolle et al. 2007).

Entscheidend für den Behandlungserfolg ist eine gute Adhärenz, d. h. die Bereitschaft der Patienten, dem gemeinsam vereinbarten Behandlungsplan konsequent zu folgen. Dabei müssen nicht nur die individuellen Bedürfnisse der Patienten berücksichtigt werden sondern auch die Faktoren, die es dem Patienten erschweren, das Therapieziel zu erreichen. Um gute Adhärenz zu erreichen, muss die Betreuung / Therapie sich an der Lebenswelt des Jugendlichen orientieren, z. B. Peers und Partner/in einbeziehen. Die Störung(en), die als Ursache der Schädigung(en) identifiziert werden, müssen beseitigt und klare Ziele formuliert werden. Der wellenförmige Behandlungsverlauf und -erfolg muss akzeptiert werden [Bilke-Hentsch 2011].

#### 4.2. Behandlung und Betreuung und durch andere spezialisierte Einrichtungen

Die nachfolgend beispielhaft vorgestellten ambulanten und stationären Einrichtungen wurden überwiegend in den (1980er und) 1990er Jahren gegründet. Sie weisen auf notwendige Schwerpunkte in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit substanzbe-

zogenen Störungen hin und verdeutlichen durch ihre Arbeit wichtige Aspekte der Vernetzungsarbeit. Sie stellen mit Sicherheit nur einen Ausschnitt in der Landschaft der spezialisierten Versorgung dar und die skizzierten Arbeitsschwerpunkte bilden höchstwahrscheinlich nicht das vollständige Spektrum der Angebote und Kooperationsbezüge der jeweiligen Einrichtungen ab.

Den Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung (beispielhaft: Therapiestation „COME IN!“ (Hamburg), „Teen Spirit Island“ (Hannover); Jugendbauernhof „Freedom“ (Neureichenau / Bayern); Inizio München; JELLA Stuttgart ist gemein, dass sie Nachreife, Identitätsbildung und Wiedereingliederung in den altersgerechten gesellschaftlichen Bezugsrahmen anstreben. Dies wird auf der Basis von therapeutischer Gemeinschaft, positiver Bindungs- und Beziehungserfahrung, Psychotherapie, gekoppelt mit (heil-, sozial- und sozio-) pädagogischen und sozialen Angeboten erreicht. Das Alter der Betreuten liegt zwischen 11–18 Jahre, Dauer der Maßnahmen ca. 12 Monate. Die Kostenträger sind Rentenversicherungen, Krankenkassen, Jugend- und Sozialämter. Die genannten Einrichtungen bieten nach ihrer Behandlung Weiterbetreuungen in eng mit ihnen kooperierenden oder eigenen ambulanten oder (teil-)stationären Jugendhilfeeinrichtungen an (Thomasius et al. 2009, S.313-325).

Die Einrichtung „Balance“ (Gransee / Brandenburg) ist eine Jugendhilfeeinrichtung, die Jugendliche zwischen 14-22 Jahre nach Entgiftung aufnimmt. Ziele sind die frühzeitige Unterbrechung der Suchtkarriere, die Unterstützung des Ausstiegs aus dem problematischen Drogenkonsum und die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Die psychosozialen Angebote (sozialpädagogische Betreuung, psychologische Therapie, Arbeitstherapie, integrierte Oberschule, Berufsausbildung, Elternarbeit) werden durch die zuständigen Jugendämter (§§ 34, 35a und 41 SGB VIII), in Ausnahmefällen durch Krankenkassen (Einzelverträge) finanziert. Ausdrücklich werden auch Kinder / Jugendliche mit Doppeldiagnosen aufgenommen, die von Fachärzten außerhalb der Einrichtung betreut werden. Die Einrichtung kooperiert eng mit dem Jugend-/ Sozialamt [Protz-Franke 2011].

„Condrobs“ (München) hat sich neben der klassischen stationären Einrichtung Inizio mit ihrem Angebot „Easy Contact“ auf die ambulante Betreuung und Begleitung konsumierender (bis 21 Jahre) und Suchtmittel missbrauchender Jugendlicher (14-20 Jahre) spezialisiert. Bei dieser Altersgruppe steht der Erziehungshilfebedarf immer im Vordergrund. Das bedingt eine personen- und familienzentrierte Arbeitsweise, die sowohl geschlechts- als auch kulturspezifisch vorgeht. Zu den Besonderheiten der Arbeit gehören die aktive und schnelle Reaktion auf jede Meldung über Suchtmittelmissbrauch, die frühe Erreichung der Betroffenen, der enge Kontakt mit den Betroffene-

nen und deren Familien vor Ort. Bei Bedarf wird mit Hilfe einer intensiv-sozial-pädagogischen Betreuung ein bedarfsgerechtes, umfassendes Unterstützungsnetzwerk aufgebaut. Auch die Eltern erhalten Unterstützung, um nicht aus Überforderung Symptom verstärkend zu wirken. Das Vorgehen ist niedrigschwellig und akzeptierend, bei genereller Ausstiegsorientierung. Die Leistungen werden zusammen mit dem Jugendamt im Hilfeplanverfahren fest gelegt und anhand von diesem durchgeführt. [Kronthaler2011].

Die Hilfe durch „Karuna“ (Berlin) umfasst Beratung, Planung und Durchführung aller notwendigen Schritte für suchtgefährdete Jugendliche (13-21 Jahre), vom Erstgespräch bis zur Therapievermittlung. Die Arbeit entspricht also einem Case Management, das alle beteiligten Institutionen eng verzahnt und bei dem alle Informationen zusammen laufen. Zu den Betroffenen und ihren Familien wird Kontakt aufgebaut und in Form intensiver Beziehungsarbeit gehalten. Die Jugendlichen werden bei notwendigen Abklärungen zur Suchtmedizin und Psychiatrie begleitet, die Entgiftung wird organisiert. Während der Entgiftung und im anschließenden spezialisierten Jugendhilfe- bzw. Drogentherapieverlauf bleibt der Kontakt bestehen, um bei Abbrüchen eine neue Motivation aufbauen zu können. Das Angebot wird durch eine vom Land finanzierte Tageseinrichtung für Jugendliche ohne Tagesstruktur, die nicht mehr zur Schule gehen oder aus Suchtfamilien kommen, ergänzt. Die Betreuung wird durch Jugendämter finanziert ebenso wie der anschließende Aufenthalt in einer Jugendtherapieeinrichtung [Geurden 2011].

Jugendsuchtberatungsstellen werden vor allem an bestehenden Sucht- und Drogenberatungsstellen angegliedert. In Bremen wurde 2010 die Kinder- und jugendpsychiatrische Beratung am Gesundheitsamt um die Jugendsuchtberatung „ESCAPE“ erweitert. Das Angebot richtet sich nicht nur an Jugendliche mit stoff- und stoffungebundenen Süchten (besonders auch mit Migrationshintergrund) und Eltern sondern auch an Mitarbeiter/-innen von Einrichtungen, die mit diesen Kindern zu tun haben. Die Ambulanz bietet Fortbildungen für Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater an. Es bestehen Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, Berufsschulen und einem Berufsbildungswerk, das auch psychosozial auffällige Jugendliche ausbildet. Ebenso gehören Jugendliche jenseits des 21. Lebensjahres zur Klientel, wenn sie in ihrer persönlichen Entwicklung Reifedefizite aufweisen (§ 41 SGB VIII). Für diese Beratungsstelle wurden 1, 5 neue Stellen geschaffen, deren Re-finanzierung durch Quartalspauschalen mit den Krankenkassen, über die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen durch niedergelassene Ärzte, erfolgen soll.

Einige Einrichtungen listen in ihren Angeboten ihre Funktion als Clearingstelle auf, wie z. B. die Suchtpräventionsfachstelle „chill out“ (Potsdam). Gemeinsam mit den Jugendlichen (und ihren Eltern) wird beraten, ob und welche weiterführenden Maßnahmen erforderlich sind, etwa durch die Jugendhilfe und/oder bei suchtberaterisch/therapeutischen Einrichtungen, wofür sie die Vermittlung übernehmen. „Prop“ (München) hält eine Clearingstelle vor, die sich als diagnostische Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe versteht. Ein multiprofessionelles Team klärt mit Hilfe medizinischer, psychologischer und psychosozialer Verfahren, welche Grundproblematik sich hinter den Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen verbirgt und erarbeitet passgenaue Hilfen. Die Clearingstelle übernimmt die Diagnostikabklärung für Sozialbürgerhäuser, die Bezirksozialarbeit, das Stadtjugendamt mit den Abteilungen Schulsozialarbeit und Jugendgerichtshilfe sowie für städtische Beratungsstellen für Eltern, Kinder, Jugendliche. Die Zusammenarbeit mit anderen Jugendämtern ist nur über Sondervereinbarungen möglich, eine direkte Inanspruchnahme durch Eltern, Bezugspersonen oder Einrichtungen freier Träger ist nicht möglich.

## 5. Zusammenarbeit bei der Beratung und Behandlung suchtgefährdeter und Suchtmittel konsumierender Jugendlicher

Die Komplexität kindlicher und jugendlicher substanzbezogener Störungen lässt ahnen, welchen Herausforderungen sich eine qualifizierte Versorgung gegenüber sieht. Gemeint sind die bio-psycho-sozialen Ursachen der Störungen, ihre aufrecht erhaltenen Bedingungen, ihre psychischen und sozialen Ausprägungen und begleitenden Erkrankungen, die unterschiedlichen Altersgruppen, die unterschiedlichen Hilfe- und Versorgungsangebote sowie die unterschiedlichen Anbieter und Finanzierungsgrundlagen. Beim Thema Jugend und Sucht treffen krankheitsbezogene auf sozialmedizinische sowie entwicklungs-, familien- und erziehungsorientierte Überzeugungen. Hinzu kommt, dass „Substanzkonsum“ für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Jugendhilfe ein relativ neues Feld ist, genauso wie die Betreuung Jugendlicher für die Suchthilfe. Neben der Schnittstellenproblematik an den Übergängen behördlicher oder institutioneller Zuständigkeit (es gibt auch innerhalb der Versorgungssysteme unzureichende Vernetzungen), wird bei Ärzten jugendspezifisches und suchtdiagnostisches und -therapeutisches Wissen, in der Jugendhilfe suchtdiagnostisches und –therapeutisches Wissen vermisst. Bei den Mitarbeitern in Jugend- und Suchthilfe mangelt es an psychodiagnostischen und psychiatrischen Kenntnissen (Thomasius et al. 2009).

Insofern verwundert es nicht, dass den Expertinnen und Experten in ihren Vorträgen und in der anschließenden Diskussion nicht nur Überlegungen zur Vernetzung der an der Hilfe beteiligten Institutionen wichtig waren sondern ebenso Überlegungen zum Ausbau notwendiger Versorgungsstrukturen und zur Betreuungsqualität.

### 5.1. Verbesserung der Betreuungs- und Beratungsqualität

Nachfolgend werden diejenigen Aspekte der Betreuung und Behandlung missbräuchlich konsumierender Jugendlicher dargestellt, die von den Expertinnen und Experten als wichtig angesehen werden und die zukünftig generell und hilfeübergreifend angewandt bzw. berücksichtigt werden müssten.

Besonders die in stationären Einrichtungen behandelten Kinder und Jugendlichen mit Substanzproblemen machen deutlich, wie stark belastet diese Gruppe ist (schlechte schulische Bildung, multipler Substanzkonsum, komorbide Störungen, Delinquenz) und dass die erzieherische und therapeutische Arbeit fundierte fachliche Kompetenzen erfordert, zu denen pädagogische und soziologische, entwicklungspsychologische und –pathologische Qualifizierungen gehören, genauso wie Kenntnisse über (komorbide)

psychische Störungen im Jugendalter (Schu et al. 2009). Die professionellen Akteure müssen sich daher in allen Bereichen der jugendspezifischen Suchtarbeit (Prävention, ambulante, stationäre Begleitung und Therapie) qualifizieren, wofür es inzwischen eine Reihe von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten gibt, die flächendeckend, interdisziplinär und institutionsübergreifend durchgeführt werden sollen [Thomasius, Billehentsch 2011]. Fachlich anerkannte Leitlinien existieren zwar in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, müssen aber für die suchtspezifische Jugendhilfe bzw. die jugendspezifische Suchthilfe noch entwickelt und wissenschaftlich überprüft werden.

Auch durch eine umfassende Qualifizierung wird keine Institution der Vielschichtigkeit der Probleme und ihrer Behebung gerecht werden können. Es geht nicht darum, dass jede oder jeder alles kann, sondern dass alle vorhandenen professionellen Kenntnisse für die jeweilige Problemlage genutzt werden (s. unten Kap. 5.3).

Bisher ist es üblich, dass jede Einrichtung den „Fall“ aus ihrer Sicht beschreibt, so dass jeweils Facetten der Person, ihrer Störungen und Lebensweltbedingungen fokussiert werden. Für eine umfassende Therapieplanung ist es notwendig, Diagnoseinstrumente zur Verfügung zu haben, mit deren Hilfe alle Störungen der jeweilig Betroffenen abgebildet werden können. Auf das primär defektorientierte mutiaxiale Klassifikationschema der Kinder- und Jugendpsychiatrie (MAS) wurde in Kap. 4 eingegangen. Das MAS ist auch Grundlage der ärztlichen Stellungnahme nach § 35a KJHG, die Grundlage zur Umsetzung der Eingliederungshilfen (z.B. Erziehungshilfe, voll- oder teilstationäre heilpädagogische Maßnahmen etc.) ist.

Im sozialmedizinischen und -pädagogischen Bereich wird das Klassifikationssystem ICF („Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation), angewandt, das die Komponenten der Gesundheit klassifiziert und einen Orientierungsrahmen mit Bezug zum bio-psycho-sozialen Modell darstellt. Im Vordergrund steht dabei die Behinderung, weniger die Störung. Die ICF ist Grundlage des SGB IX, „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und seine Anwendung ist in der „Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ geregelt. 2005 wurde das multiaxiale Diagnoseschema für die Jugendhilfe (MAD-J) neu vorgestellt, das sowohl psychodynamische wie familiendynamische und systemische Ebenen verbindet. Es soll, in Ergänzung des MAS, die Therapieplanung in verschiedenen Settings erleichtern und zur Qualitätssicherung im komplexen Feld der stationären und ambulanten Jugendhilfe beitragen. Wissenschaftliche Untersuchungen zur ICF fehlen fast ganz, beim MAD-J völlig. Trotzdem sollten Klassifikationssysteme und Diagnoseverfahren, die stärker als das MAS auf psychoso-

ziale und Jugendhilfemaßnahmen orientiert sind, schon jetzt eingesetzt werden (Bilke 2007).

Von den Expertinnen und Experten wurde einheitlich die Orientierung an der Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen als Grundlage einer erfolgreichen Arbeit hervorgehoben. Gemeint sind nicht nur Angebote für die Jugendlichen (z. B. Freizeitgestaltung) sondern auch die Einbeziehung und Beteiligung des sozialen Umfeldes, wie z.B. Schule, Berufsschule, Freunde. Der Eltern- oder Familienarbeit wird dabei ein besonderer Stellenwert eingeräumt: Eltern sollen nicht nur informiert und unterstützt, sondern bezüglich ihrer Erziehungspflicht auch gefordert werden. Insgesamt müssen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit zwischen Eltern und Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen verbessert werden [Hampe-Grosser, Kronthaler, Nützel 2011]. Wenn aber Eltern auf Dauer das Wohl ihrer Kinder nicht sichern können, muss über Fremdunterbringung nachgedacht werden und bei komplex beeinträchtigten Jugendlichen, ohne Einsicht in ihre selbst- und fremdgefährdende Situation, muss über Therapie unter Zwang (z.B. als Bewährungsauflage) nachgedacht werden [Nützel 2011], obwohl die Erfolgsquote bei geschlossener Unterbringung sehr gering ist.

Das Alter der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die typischerweise begleitenden komorbiden psychischen Störungen legen die Entwicklung familienbasierter universeller Präventionsmaßnahmen nahe, die möglichst früh einsetzen sollten. Zurzeit wird das Programm „Familien stärken“, das seit über 20 Jahren sehr erfolgreich in den USA, England und Schweden eingesetzt wird, für Deutschland adaptiert und seine multizentrische Implementation wissenschaftlich begleitet. Kinder und Jugendliche, die mit ihren Familien an dem Programm teilnehmen, kommen besser in der Schule zurecht und konsumieren seltener und weniger Tabak, Alkohol oder illegale Drogen wie Cannabis. Die teilnehmenden Eltern berichten über verbesserte Erziehungskompetenzen und ein harmonischeres Miteinander in der Familie (Stolle et al. 2010). ). Ebenso leiten sich aus den Erkenntnissen Hinweise darauf ab, dass für die besonderen Risikogruppen selektive und indizierte Prävention ausgebaut werden sollte.

Trotz komplexen multifokalen Betreuung, die für diese Klientel wichtig ist, darf das Diktat der „Rückfallfreiheit“ nicht andere bedeutsame (Entwicklungs-) Ziele be- oder gar verhindern – was nicht bedeutet, dass die Abstinenzorientierung als Therapieziel bei gefährdeten Jugendlichen aufgegeben wird [Nützel 2011]. Die Forderung nach lebenslanger und sofortiger Abstinenz wie sie in der Suchthilfe für Erwachsene formuliert wird, trägt für Jugendliche nicht zur Entwicklung angemessener Konsumformen bei. Weiterhin stellt Abstinenz, als Vorbedingung für eine Behandlung, für die meisten Jugendlichen ein unüberwindbares Hindernis dar, u. a. deswegen, weil den Drogen

eine Schutzfunktion bei schwer erträglichen Lebensumständen zukommt (Schu et al. 2009).

Haltungen und Einstellungen den betroffenen Kindern und Jugendlichen gegenüber sind wichtige Grundlagen für eine qualitativ gute Betreuung bzw. Therapie. Hierzu zählen Wertschätzung, Klarheit und Konsequenz sowie Risikobegleitung. Die Orientierung an salutogenetischen Modellen ist für die notwendige Kompetenzförderung unabdingbar [Hampe-Grosser, Jüngling, Protz-Franke, Kronthaler 2011].

Die Art der Gesprächsführung entscheidet darüber, ob der Kontakt gelingt und bestehen bleibt. Gespräche sollten grundsätzlich konstruktiv geführt werden, um weiterführende Vereinbarungen treffen zu können. Bei Alkoholintoxikationen werden im Krankenhaus, im Rahmen des „HaLT“ - Projektes (Hart am Limit), motivierende Kurzinterventionen durchgeführt, die auch bei wenig motivierten Jugendlichen wirksam sind wissenschaftlich erprobt wurden (Stolle 2009).

Für eine zielgruppengenaue Arbeit ist es wichtig kultur-, geschlechts- und altersspezifische Unterschiede zu berücksichtigen [Kronthaler 2011]. Minderjährige, Jugendliche oder junge Erwachsene (z. B. Lehrlinge) können weder in suchtspezifischen noch in psychiatrischen Erwachseneneneinrichtungen adäquat versorgt werden. Kulturelle Besonderheiten erfordern sensible Vorgehensweisen und die Unterstützung durch Helfer / Mediatoren aus den jeweiligen Kulturkreisen. Das Angebot geschlechtshomogener Betreuung sollte gegeben sein, z. B. um traumatische Erfahrungen angemessen aufgreifen zu können, besonders dann, wenn traumapädagogische Angebote nicht vorgehalten werden. Zudem ist das Erlernen der Geschlechtsrolle wichtiger Teil des Erwachsenwerdens, wobei die Geschlechtsrolle der Betreuenden und Therapeuten Modell und Vorbild sein sollte – insofern ist Genderkompetenz Teil der Professionalität (Schu et al. 2009), [Nützel 2011], (Zenker 2009).

## 5.2. Versorgungsstrukturen verbessern

Eine auch nur annähernd flächendeckende Versorgung von Kindern und Jugendlichen die substanzbezogenen Störungen zeigen ist fast nirgendwo in Deutschland sichergestellt: unterschiedliche Versorgungsangebote müssen daher ausgebaut werden. Dies betrifft vor allem qualifizierte Entzugsbehandlungen, auf Jugendliche spezialisierte Beratungsstellen und stationäre Angebote (Thomasius et al. 2009 a). Dabei darf die notwendige optimale Versorgung nicht den Blick dafür verstellen, dass die Prävention solcher Entwicklungen mindestens ebenso wichtig ist [Jüngling 2011]. Bedingung für eine frühzeitige Intervention ist das Erkennen eines substanzbezogenen Konsumproblems – hier fühlen sich z. B. Lehrer zumeist überfordert (Schu et al. 2009). Aber auch



anderen Berufsgruppen bzw. Einrichtungen mangelt es an entsprechendem Wissen über Suchtentwicklungen, wie z. B. den Berufsgruppen der Ärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen und Erzieher. Entsprechende Kenntnisse müssen in den grundständigen Ausbildungen, in Fort- und Weiterbildungen erworben werden können.

Neben universeller (s. Beispiel Kap. 5.1 „Familien stärken“) und selektiver Präventionsangeboten, bei denen Mitarbeiter/-innen aus Sucht-, Drogenberatungsstellen oder geschulte Pädagogen eine wichtige Funktion übernehmen, muss indizierte Prävention (Früherkennung und Frühintervention) systematisch und aktiv auf Risikopopulationen zugehen, wie etwa Kinder von Suchtkranken oder Schulverweigerer, erstaußällige Drogenkonsumenten, delinquente oder psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche – wie dies in einigen wenigen Einrichtungen und Programmen schon geschieht. Dabei sollten Jugend- und Jugendsuchthilfe nicht nur die vordergründige Auffälligkeit sondern die Gesamtsituation der Kinder und Jugendlichen berücksichtigen und angemessene Hilfen auf der Grundlage einer umfassenden sozialpädagogischen Diagnose (ICF oder MAD-J) einleiten (Schu et al. 2009), [Baumgärtner, Hampe-Grosser 2011].

Schnittstellenprobleme ergeben sich beim Übergang von der Entgiftung (SGB V) in die Entwöhnung, da die Verweildauer für Entgiftungsbehandlungen im Krankenhaus so weit gekürzt wurde, dass ein Hilfeplanverfahren, wie vom SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) vorgesehen, in dieser Zeit nicht durchgeführt werden kann. Rückfall und erforderliche erneute Entgiftung sind zu befürchten.

Die Versorgung der Kinder oder Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen erfolgt in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Daneben gibt es Einrichtungen, in denen Suchtkranken-, mit Kinder- und Jugendhilfe oder Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie kombiniert werden. Allen ist gemeinsam, dass die Kosten für die Versorgung von unterschiedlichen Leistungsträgern erbracht werden. Die Zersplitterung der Zuständigkeiten bei der Versorgung (Rentenversicherung, Krankenkassen, Jugendhilfe, Suchthilfe, Sozialhilfe) wird als großes Problem gesehen

Die von *einem* Sozialversicherungsträger getragenen Maßnahmen sind angesichts der zahlreichen Entwicklungs- und Rehabilitationsaufgaben meist nicht ausreichend und damit nicht zielführend. Die Versorgung muss multifokal und damit integrativ sein, da sie von einer Einrichtung allein nicht geleistet werden kann.

Schon 2004 wurden Konzepte zur „integrierten Versorgung“ psychisch kranker Menschen entwickelt, um einerseits die Versorgung sicher zu stellen und sie andererseits qualitativ durch Früherkennung, gezielte Therapie und nahtlose Schnittstellenübergänge zu verbessern, wodurch auch Kosten gesenkt werden können (Dt. Gesellsch. für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2010).

Integriert erbrachte Rehabilitationsleistungen wären z. B. auch nach SGB IX (Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) möglich. Im SGB IX werden Leistungen für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen geregelt, wobei den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung zu tragen ist [Nützel 2011].

Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen und ihre Eltern benötigen unterschiedliche Hilfen. Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche ist über die Kinder- und Jugendhilfe im § 35 a SGB VIII geregelt. Hilfen zur Erziehung hingegen in §§27 ff SGB VIII. Es ist sinnvoll, Erziehungshilfen und Eingliederungshilfen innerhalb des Jugendamtes zu vereinen oder zu koordinieren.

Die Eingliederungshilfe für Personen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist der Sozialhilfe zugeordnet (§§ 53 f. SGB XII). Nur in Ausnahmefällen greift § 41 SGB VIII, für die Betreuung Jugendlicher, die das 21. Lebensjahr vollendet haben. Für die Zusammenführung von Eingliederungshilfe für diese Kinder und (volljährigen) Jugendlichen unter dem Dach der Kinder- und Jugendhilfe hat sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zum 13. Kinder- und Jugendbericht ausgesprochen. Als Alternative zur Alleinzuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe kommt auf der anderen Seite die Alleinzuständigkeit der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII in Betracht, wie vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. diskutiert. Danach haben beide Lösungen Vor- und Nachteile. Bis zur politischen Entscheidung schlägt der Deutsche Verein einen partizipativen Entscheidungsprozess nach dem Muster des Hilfeplanverfahrens (SGB VIII) auch für die Eingliederungshilfe (SGB XII) vor. Ferner kann die Kooperation zwischen den Leistungssystemen durch eine intensivere Umsetzung des § 10 SGB IX (Koordination der Leistungen) verbessert werden. Tatsächlich gibt es Beispiele aus der Praxis, bei denen, im Wege einer Harmonisierung, die unterschiedliche Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe auf derselben organisatorischen Ebene angesiedelt wurde (Dt. Verein für öffentliche und private Fürsorge 2010).

### 5.3. Notwendige Vernetzung

Die Ergebnisse einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit zur geschlechterspezifischen Versorgung von Jugendlichen mit Substanzmissbrauch verweisen auf die mangelhafte Vernetzung suchtspezifischer Hilfen für Jugendliche, insbesondere der Suchthilfe mit der (allgemeinen) Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Schu et al. 2009). Vor allem in Städten gibt es differenzierte Hilfsangebote in Einrichtungen der öffentlichen und freien Jugendhilfe und Drogenhilfe. Die Standards und Kompetenzen im Umgang mit der Zielgruppe sind jedoch uneinheitlich. In der Praxis erfolgt ein häufiger Wechsel der beratenden bzw. betreuenden Einrichtungen, der sich, auch wegen bestehender Bindungs- und Beziehungsstörungen der Kinder und Jugendlichen, kontraproduktiv auswirkt .

Eklatante Beispiele für mangelhaftes effektives wie effizientes Arbeiten, für mangelnde Kooperation bzw. fehlendes Fachwissen bei beteiligten Einrichtungen ist die Anzahl von Betreuungen, die Jugendliche durchlaufen, ohne dass ihnen bedarfsgerecht geholfen wird. Eine Bremer Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in Betreuung (12-18 Jährige) hat gezeigt, dass 91% der Mädchen und 95% der Jungen schon mindestens eine Vorbetreuung oder –behandlung hatten. Fünf und mehr Vorbetreuungen hatten etwa 20% der Untersuchten. Der Durchschnitt lag bei 3 Vorbetreuungen und zwar durch Sucht-/ Drogenberatung (68%), ambulante und stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe (54% resp. 40%), Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. ambulante Psychotherapie (39%), Jugendgerichtshilfe (35%) und Erziehungsberatung (31%) (Schmidt 2008). In der bundesweiten BMG-Studie zur geschlechterspezifischen Versorgung von Jugendlichen mit Substanzmissbrauch betrug die durchschnittliche Anzahl der Vorbehandlungen 3,9 und zwar seit dem durchschnittlich 1,7 Jahre zurückliegenden Erstkontakt mit professioneller Hilfe. Die 13-22 Jährigen nannten Entgiftungsbehandlung (91%), Drogenberatung (57%), Kinder- / Jugendpsychiatrie (54%), Krankenhaus (43%) und Jugendamt (34%) als vorbehandelnde Institutionen (Schu et al. 2009).

Als strukturelle Gründe für Kooperationsmängel können fehlende Angebote, getrennte Zuständigkeiten der Sozialgesetzgebung („Versäulung“) und Kostenregelungsprobleme genannt werden, auf deren mögliche Überwindung im Kap. 5.2 hingewiesen wurde. Personenbezogene Barrieren sind neben mangelndem Fachwissen (s. Kap. 5.1 und 5.2), Unsicherheit, Angst, Vorurteile, Misstrauen, Alleinvertretungsansprüche, Kompetenzgerangel, mangelnder Abstimmungswille oder fehlende Zeit, die fürsorgliche Belagerung der Klienten und unklare Aufträge [Hampe-Grosser 2011].

Durch die Vernetzung bestehender Institutionen oder Angebote in einer Region können sowohl strukturelle wie fachliche Mängel ausgeglichen werden. Den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen muss klar sein, an welcher Stelle des Beratungs- und Behandlungsangebotes für Kinder und Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen sie stehen, welche Angebote und Leistungserbringer es noch gibt und wer die notwendigen Ansprech-, d.h. Kooperationspartner sind. Schulbasierte Hilfen, Jugendhilfe, Jugendsuchtberatung, Familienhilfe und Jugendgerichtshilfe können zuweisende Institutionen für die medizinische und/oder psychotherapeutische Versorgung bzw. Rehabilitation sein. Die ambulante Betreuung kann von Sucht- / Drogenambulanzen, niedergelassenen Ärzten, als ambulante Psychotherapie oder Rehabilitation durchgeführt werden, die stationäre Betreuung als Akut-, Postakutbehandlung oder Rehabilitation [Thomasius 2011].

Wichtig ist, dass innerhalb des bedarfsgerechten Leistungsspektrums eine Abstimmung erfolgt, die nicht nur die reine Angebotsorientierung beratender und betreuender Maßnahmen im Blick hat, sondern ebenso aufsuchende, inklusive Persönlichkeitsrechte einschränkender Maßnahmen. Diese Überzeugungen müssen von allen Leistungserbringern geteilt werden.

Regionale langfristige interdisziplinäre Fortbildungen fördern das gegenseitige Verstehen (durch Entwicklung einer gemeinsamen Sprache) und dienen der besseren Vernetzung von Personen und Einrichtungen oder sie gehen ihnen voraus. In Berlin fand zu diesem Zweck ein Zusammenschluss zwischen einer Fachhochschule, einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychotherapeutenkammer mit Jugendämtern statt.

In „Suchthilfenetzwerken“, können sich die beteiligten Institutionen einer Region zusammenfinden, gegenseitig informieren und bezüglich einzelner Fälle abstimmen [Nützel 2011]. Für verbindliche Kooperationen sind Vereinbarungen nötig [Hampe-Grosser 2011]. Die Ziele der Kooperation müssen schriftlich festgelegt werden. Auch müssen Zuständigkeiten geregelt und Frequenz und Form der Treffen vereinbart werden ebenso ob und wie die Zusammenarbeit evaluiert werden soll.

Auf der interpersonalen Ebene erfordert Kooperation eine konstruktive Haltung aller Beteiligten, die Wertschätzung untereinander und eine Begegnung auf Augenhöhe. Die unterschiedlichen Arbeitsfelder müssen transparent gemacht werden und ein Wissenstransfer stattfinden. Wichtig ist die Betonung von Gemeinsamkeit - bei gleichzeitigem Respekt für Unterschiede. Mit Hilfe strukturierter Instrumente der Krisenbearbeitung, wie z.B. Mediation, können Kooperationsschwierigkeiten überwunden werden.

Von den jeweiligen Verantwortlichen muss berücksichtigt werden, dass Netzwerkarbeit Arbeitszeit ist und Ressourcen braucht (Schu et al. 2009, Kronthaler et al. 2007).

Fallbezogen (Fallkonferenzen) muss festgelegt werden, welche Helfer für welche Hilfebereiche zuständig sind. Gemeinsam werden realistische Ziele und der Zeitrahmen dafür festgelegt und interdisziplinäre Fallkonferenzen durchgeführt. Datenschutzregelungen müssen entsprechend angepasst werden [Hampe-Grosser 2011]. Es hat sich als richtig erwiesen, die Verantwortlichkeit für einen Fall zentral bzw. federführend zu bündeln, wie dies beim Case Management geschieht.

Eine Evaluation der Netzwerkarbeit bei der Versorgung Schwangerer und Eltern mit Suchtmittelproblemen hat gezeigt, dass die Arbeit in Subnetzwerken, fachlicher Austausch, Weiterbildung, Verbindlichkeit, Transparenz, Organisationsstrukturen und finanzielle Planungssicherheit sowie persönliche Konfliktfähigkeit, Motivation und Frustrationstoleranz förderlich für eine gelingende Netzwerkarbeit sind. Obwohl die Teilnehmer bei Netzwerktreffen oft wechseln und es eine Fülle von Konfliktbereichen gibt, wurde die Netzwerkarbeit als erfolgreich dargestellt, die Zufriedenheit mit der Fallarbeit war sehr groß (Sack & Zenker 2009).

## 6. Ausblick

In ihren Vorträgen, Statements und in der Diskussion haben die Expertinnen und Experten auf bestehende Mängel in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen hingewiesen. Sie haben Anregungen gegeben sowie Vorschläge zur Überwindung dieser Mängel gemacht.

Klar geworden ist aber auch, dass es in der Vernetzung noch eklatante Mängel gibt. Dabei kann Hilfe für Jugendliche nur gelingen wenn sie vernetzt stattfindet. Angehörige, Schule, Ausbildungsstätten, Jugendhilfe, Suchthilfe, Psychiatrie müssen mit und nicht aneinander vorbei oder im schlimmsten Fall gegeneinander agieren.

Problematisch ist vor allem, dass eine Verknüpfung und wechselseitigen Abstimmung von pädagogischem und psychiatrischem Handeln noch nicht zufriedenstellend gelingt. Das führt u.a. dazu, dass Jugendliche von pädagogischen Hilfeeinrichtungen zur vorübergehenden Stabilisierung in die Psychiatrie verwiesen werden, von der Psychiatrie jedoch nicht zurück in die pädagogischen Hilfesysteme geführt werden. Insbesondere im Hinblick auf die oben beschriebenen Bindungsunsicherheit bei den betroffenen Jugendlichen wäre eine Betreuungskontinuität durch eine solche Rückführung ein hohes Ziel.

Seit einigen Jahren sind im ambulanten wie stationären Bereich Angebote vor allem durch Suchthilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie – oft in enger Kooperation mit Jugendämtern oder von diesen selbst initiiert - entstanden, die jeweils unterschiedliche Gewichtungen bei Beratung, Betreuung und Therapie setzen. Ihnen allen ist gemein, dass sie zur Überwindung der Mangelversorgung beitragen oder aufheben helfen. Gleichzeitig regen sie Kooperationen an und vernetzen sich mit anderen Einrichtungen. Durch diese Vernetzungen können Hilfeprozesse aufeinander abgestimmt, Bedarfslücken geschlossen, Doppelbetreuungen und auch Drehtürentwicklungen verhindert werden. Darüber hinaus können die zwischen den Institutionen bestehenden Reibungsverluste abgebaut, die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven und Haltungen abgestimmt und Fortbildungsseminare initiiert werden.

Zwei Wege der Vernetzung sind deutlich geworden: Die Vernetzung kann von einer einzelnen Institution ausgehen, die im Sinne eines Case Managements oder einer Clearingstelle funktioniert. Oder aber Netzwerke entstehen regional, mit partnerschaftlicher Beteiligung der Institutionen und Einrichtungen. Beide Wege haben das Ziel, die Versorgung der betroffenen Kinder und ihrer Eltern zu optimieren.

Steht eine Einrichtung im Zentrum verknüpfter Angebote, besteht die Gefahr, dass sie vergisst Partner zu beteiligen, die ebenso wichtig für die Betreuung wären. Beispiel: Stationäre Einrichtungen kooperieren wahrscheinlich nicht mit Präventionsfachstellen oder der Polizei. Auch besteht die Gefahr, dass sich die, um die zentrale Einrichtung gruppierenden, Kooperationspartner untereinander nicht kennen lernen und nicht miteinander kooperieren.

Regionale Netzwerke sind geeignete Strukturen, um den Bedarfen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen gerecht zu werden. In das Netzwerk müssen sehr viele, nämlich präventiv, akut und rehabilitativ arbeitende Institutionen / Einrichtungen eingeschlossen werden. Um arbeitsfähig zu sein, müssen gut durchdachte Kooperationsformen entwickelt werden.

Die multimodale und multifokale, d. h. integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtmittel bezogenen Störungen oder mit Kindern und Jugendlichen, die von diesen Störungen bedroht sind, wird auf zwei Ebenen verwirklicht: Das regionale Netzwerk bündelt alle Einrichtungen und Institutionen, die ihre Sicht auf das Thema einbringen, sich gegenseitig austauschen, Schwerpunkte setzen und Bedarfslücken schließen. In Unterarbeitsgruppen oder fallbezogen werden spezifische Themen oder konkrete Hilfen multiprofessionell koordiniert.

Die Anhörung der Expertinnen und Experten hat gezeigt, dass folgende, bisher nicht systematisch beachtete, inhaltliche und formale Aspekte besondere Aufmerksamkeit verdienen, wenn es darum geht substanzbezogene Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern oder durch betreuende oder therapeutische Maßnahmen zu lindern oder zu beseitigen:

### 6.1. Prävention und Betreuung

- Die Arbeit sollte so früh wie möglich im Leben der Kinder beginnen. Schon im Kindergarten können Kompetenzen gefördert werden, die spätere Suchtentwicklungen oder andere negative psychosoziale Entwicklungen verhindern helfen. Gedacht ist an die vielen Jugendlichen mit dissozialen (Persönlichkeits-) Störungen, die sich über viele Jahre und schon früh im Leben entwickelt haben.
- Indizierte Präventionen für Kinder psychisch kranker Eltern (inkl. Sucht), Schulverweigerer und delinquente Kinder und Jugendliche
- Elternarbeit
- Kultur- und gendersensible Orientierung als Querschnittsaufgabe und in Grundausbildungen (selektive Prävention)

- Differenzierte Berücksichtigung unterschiedlicher Altersgruppen, in Abhängigkeit vom Entwicklungsgrad
- Niedrigschwellige und aufsuchende Arbeit
- Zentrale Verantwortungsübernahme für den Einzelfall

## 6.2. Netzwerke

- Kindergärten, Polizei und Jugendgerichtshilfe, Schulen, Berufsschulen, Berufsbildungswerke, Jobcenter/Agentur für Arbeit einschließen
- Datenschutzregelungen konkretisieren (aktuelle BGH Rechtsprechung zur Schweigepflichtsentbindung berücksichtigen)
- Multiprofessionelle Fortbildung, Intra- und kollegiale Supervision und Fortbildungen für Fachkräfte unterschiedlicher professioneller Ausrichtung, die mit betroffenen Kindern und Jugendlichen in ihrem jeweiligen Handlungsfeld in Kontakt kommen (mit besonderer Berücksichtigung des Themas psychische Komorbidität)
- Netzwerkarbeit sollte von den Verantwortlichen der Institutionen getragen sein, um sie zeitlich und personell abzusichern.

## 6.3. Politik

- Anpassung der Sozialgesetzgebung an die Bedürfnisse und Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. Hierzu gehören auch junge Erwachsene<sup>1</sup> über 18 bzw. über 21 Jahre, deren Entwicklungsstand noch nicht dem von Erwachsenen entspricht.

## 6.4. Wissenschaft

- Entwicklung von Standards oder Richtlinien für Diagnosestellungen und alterskultur-, geschlechts- und störungsspezifische Interventionen.
- Langfristige (10 -15 Jahre) Längsschnitt-/Kohortenstudien, über die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und zum Drogen- und Rauschmittelgebrauch und –missbrauch, als wissenschaftliche Basis für die Entwicklung nachhaltiger Präventionskonzepte sowie von Beratungs- und Therapieangeboten in der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Suchthilfe.

---

<sup>1</sup> a) Hilfe für junge Volljährige bis 27 J., gem. § 41 SGB VIII

b) Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, gem. §§ 67 ff. SGB XII



## Literatur

D´Amico EJ, Metric J, McCarthy DM, Appelbaum M, Frissell KC, Brown SA (2001): Progression into and out of binge drinking among high school students. *Psychol Addict Behav* 15: 341–9. Zit. n. Stolle M, Sack P-M, Thomasius R (2009): Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(19): 323-8

Bilke O (2007): Was verbindet MAS, OPD-KJ, ICF und MAD-J?  
Poster zum Kongress der Dt. Ges. für KJPPP in Aachen im März 2007  
[http://www.mad-j.de/index.php?option=com\\_content&task=view&id=43&Itemid=59](http://www.mad-j.de/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=59)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: BZgA

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2010. Kurzbericht zu Ergebnissen einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Köln: BZgA

Chan Y, Dennis ML, Funk RR (2008): Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Substance Abuse Treatment* 34 (1), 14-24.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2238174/?tool=pubmed>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2010): Integrierte Versorgung für Psychiatrie und Psychotherapie flächendeckend umsetzen – Kommerzielle Interessen abwehren. Stellungnahme Nr. 7/14.10.2010.  
[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2010/stn-2010-10-14-stellungnahme-integrierte\\_versorgung.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2010/stn-2010-10-14-stellungnahme-integrierte_versorgung.pdf)

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2010): Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle bei Hilfen nach dem SGB VIII und dem SGB XII für junge Menschen mit Behinderung. [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/2010/pdf/DV%2021-10.pdf](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2021-10.pdf)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2011), (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht, Bundesministerium für Gesundheit, [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de)

Klein M (2005): Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius R, Küstner UJ. (2005) (Hrsg.): Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention. Stuttgart: Schattauer

Kronthaler F, Schnelle H, Vater S (2007): Mindeststandards für die Betreuung und Behandlung Suchtmittel konsumierender Jugendlicher an den Schnittstellen der Hilfesysteme. Hannover: fdr FDR-Texte Nr. 8

Lachner G, Wittchen HU (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.). Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe

- Remschmidt H (2002): Serie - Alkoholismus: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. Dtsch Arztebl PP1, Heft 5
- Sack PM, Zenker C (2009): Schwangere und Eltern mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem – wie wirkt die Netzwerkarbeit? Hannover: Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V., Hamburg: Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (Hrsg.)
- Schmidt F (2008): Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen. Bremen: Gesundheitsamt
- Schu M, Tossmann P, Zenker C, Stolle M (2009): Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe – Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendlichen. Köln: FOGS
- Stolle M, Peter-Michael Sack PM, Stappenbeck J, Thomasius R (2010): Familienbasierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen. SUCHT, 56 (1), 51–60
- Stolle M, Sack P-M, Thomasius R (2007): Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter - Früherkennung und Intervention Dtsch Arztebl 104(28-29)
- Stolle M, Sack P-M, Thomasius R (2009): Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter: Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. Dtsch Arztebl Int 106(19): 323-8
- Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, Sampson N, Kessler RC (2010): Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. Addiction 105(6):1117-28. Zit. n. [Tosmann 2011]
- Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer
- Thomasius R, Thoms E, Zenker C (2009 a): Herausforderungen und Perspektiven in der Jugend-Suchthilfe. In: Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. S. 541-549. Stuttgart: Schattauer
- Zenker C (2009): Gender in der Suchtarbeit.: fdr-Texte #9 (Hrsg). Geesthacht: Neuland
- Zenker C (2009): Gendertypische Aspekte. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. S. 55-68. Stuttgart: Schattauer
- Zenker C, Bammann K & Jahn I (2002). Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, Bd. 148. Baden-Baden: Nomos.

## Beiträge der Experten/-innenanhörung

[<http://fdr-online.info/pages/infos-fuer-die-suchthilfe/texte/tagungs--und-seminarberichte/experten-innenanhoerung-jugend-braucht-vernetzung.php>]

### **Thema 1: Was wissen wir über das Ausmaß jugendlichen Suchtmittelmissbrauchs und jugendlichen Suchtverhaltens?**

Statement 1: Dr. Thomas Gensicke, TNS Infratest Sozialforschung/Shellstudie, München

Statement 2: Theo Baumgärtner, Büro für Suchtprävention Hamburg

Statement 3: Boris Orth, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln

### **Thema 2: Was wissen wir über die Bedingungsfaktoren jugendlichen Suchtmittelmissbrauchs und jugendlichen Suchtverhaltens?**

Statement 4: Dr. Oliver Bilke, Vivantes Kinder- u. Jugendpsychiatrie Berlin

Statement 5: Kerstin Jüngling, Fachstelle für Suchtprävention Berlin;

Statement 6: Peter Tossmann, Delphi-Gesellschaft Berlin

### **Thema 3: Was wissen wir über Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, wenn Jugendliche schädliches oder abhängiges Suchtverhalten zeigen?**

Statement 7: Dr. Rainer Thomasius, Deutsches Zentrum für Suchtfragen im Kindes und Jugendalter, Hamburg

Statement 8: Dr. Jakob Nützel, Die Weißenau, Ravensburg

### **Thema 4: Welche (psychosozialen) Betreuungsmaßnahmen sind von wem und mit wem für Jugendliche schädlichem oder abhängigem Suchtverhalten notwendig?**

Statement 9: Dr. Christine Protz- Franke, Haus an der Polz, Seilershof

Statement 10: Frederik Kronthaler, Condrops e.V., München

Statement 11: Christian Geurden, Karuna e.V., Berlin

Statement 12: Andreas Hampe-Grosser, Jugendamt Berlin - Mitte

Kinder und Jugendliche mit Suchtmittelproblemen haben einen komplexen Hilfebedarf, der sich einerseits aus den Risikofaktoren ergibt, denen die Jugendlichen ausgesetzt sind und andererseits aus den Folgen des problematischen Konsums selbst. Beeinträchtigt sind Schul- und berufliche Ausbildung sowie die Teilhabe am Leben innerhalb der Gesellschaft, weitere Folgen sind gesundheitliche Schäden und Straffälligkeit. Die Kinder und Jugendlichen, oft auch die gesamte Familie, werden von unterschiedlichen sozialen, juristischen und gesundheitlichen Hilfesystemen erfasst und betreut. Die jeweilige Profession kann den Bedarfen und Bedürfnissen der Jugendlichen nur anteilig gerecht werden. Dem notwendigen gemeinsamen Handeln oder einem professionellen Schnittstellenmanagement stehen die unterschiedlichen Aufgaben und Zielsetzungen der betroffenen Systeme sowie Akzeptanz- und Verständigungsschwierigkeiten entgegen. Um diesen Jugendlichen und deren Familien gerecht zu werden, müssen nicht nur die bestehenden Versorgungslücken geschlossen werden, auch die Zusammenarbeit der Hilfesysteme ist zwingend notwendig. Gemeinsam müssen Ziele formuliert und Absprachen bezüglich der notwendigen Kontakte und Interventionen getroffen werden. Die vorliegende Expertise »JUGEND SUCHT VERNETZUNG« will dabei helfen, das Richtige zu tun.