



**Jugend- und  
Drogenberatung  
Wolfsburg**

Jahresbericht **2013**

# Hilfe für gefährdete junge Menschen e.V.

Lessingstraße 27, 38440 Wolfsburg, 05361-27900, Fax 05361-279090,  
Mail: [info@drogenberatung-wolfsburg.de](mailto:info@drogenberatung-wolfsburg.de), Homepage: [www.drogenberatung-wolfsburg.de](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de)

Der Trägerverein der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg ist Mitglied  
in der Therapiekette Niedersachsen, im Fachverband Drogen- und Suchthilfe  
und im Paritätischen Niedersachsen.



Die Vorstandsmitglieder des Vereins sind:

Herr Joachim Pülm  
1. Vorsitzender

Herr Stefan Randazzo  
2. Vorsitzender

Frau Monika Piehl  
Vorstandsmitglied

Der Verein betreibt folgende Angebote im Bereich der ambulanten Drogenhilfe in Wolfsburg:

## **Jugend- und Drogenberatung**

Lessingstraße 27, 38440 Wolfsburg, 05361-27900, Fax 05361-279090  
Mail: [info@drogenberatung-wolfsburg.de](mailto:info@drogenberatung-wolfsburg.de)  
Internet: [www.drogenberatung-wolfsburg.de](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de)

## **Fachstelle für Suchtprävention**

Dieselstr. 20, 38446 Wolfsburg, 05361-20480, Fax 05361-204815  
Mail: [praevention@drogenberatung-wolfsburg.de](mailto:praevention@drogenberatung-wolfsburg.de)  
Internet: [www.drogenberatung-wolfsburg.de/praevention](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/praevention)

## **Kontaktladen SonderBar**

Schillerstr. 60, 38440 Wolfsburg, 05361-8902610, Fax 05361-89026115  
Mail: [sonderbar@drogenberatung-wolfsburg.de](mailto:sonderbar@drogenberatung-wolfsburg.de)

Diese Angebote bieten eine Vielzahl von Hilfsmöglichkeiten vom Spritzentausch bis hin zur medizinischen Rehabilitation für die Zielgruppe der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg. Auch für Angehörige und Interessierte bieten die Bereiche eine breite Spanne von Informationen und Hilfsmöglichkeiten.

Sie können uns durch Spenden oder durch eine  
Mitgliedschaft (25,00 € Jahresbeitrag) unterstützen:

**Hilfe für gefährdete junge Menschen e.V.**  
**Kontonummer: 033 581 729**  
**Bankleitzahl: 269 513 11**  
**Sparkasse Gifhorn-Wolfsburg**

---

# Inhalt

---

Einleitung	2
Mitarbeiter 2013	5
Cannabis - Leitlinie	6
Gruppe für drogenauffällige Kraftfahrer	14
Ambulant betreutes Einzelwohnen	16
Fachstelle für Suchtprävention	17
Ambulante medizinische Rehabilitation	20
Psychosoziale Betreuung Substituierter	21
Glücksspielprävention/ -beratung	24
Change	25
SonderBar	26
Jahresstatistik 2013	28

## Impressum

V.i.S.d.P.: Hartmut Hünecke-Roost  
Layout und Grafiken: Udo Eisenbarth  
Fotos: Fotografie Kranz Gifhorn  
Druck: Voigt-Druck Gifhorn  
© 2014 Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

## Hinweis

**Um den Bericht leserlich zu gestalten, wird ausschließlich die männliche Form benutzt (Klient, Mitarbeiter usw.), auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.**

Dieser Bericht kann, wie auch die Berichte aus den Jahren 2009 bis 2012, als .pdf-Datei unter [www.drogenberatung-wolfsburg.de/jahresberichte](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/jahresberichte) heruntergeladen werden.

---

# Einleitung

---

Die Überschrift zu diesem Thema könnte lauten: „**Ja, wir haben es geschafft!**“ Gemeint ist damit der Umzug der SonderBar. Nach jahrelangem Suchen ist es in guter Kooperation mit der Stadt und der Neuland gelungen, in der **Schillerstraße 60 (altes Backhaus von Cadera)** einen neuen Standort zu finden. Vollendet wurde diese Odyssee mit dem offiziellen Umzug am 09.01.2014 und der Neueröffnung am 12.01.2014 für die Besucher. Vorab gab es Planungsgespräche über die Umbau-

maßnahmen, einen Infoabend für Gewerbetreibende am 30.10.2013 und für Anwohner am 31.10.2013. Die neuen Räume sind großzügiger und besonders der Hygienebereich ist ansprechender als am alten Standort. Der Umzug brachte keinerlei Einbußen bei den Besucherzahlen.

Mit der Räumung der Alessandro-Volta-Straße benötigten wir für den **Präventionsbereich** natürlich auch neue Räume, diese fanden wir in der **Dieselstraße 20.**

Dank der tatkräftigen Unterstützung durch die Jugendwerkstatt konnten wir schon Anfang September 2013 dort einziehen und die Arbeit fortsetzen.

„Ja, wir haben es geschafft!“ meint auch das Erreichen unterschiedlicher Zielgruppen an unterschiedlichen Standorten. In der Beratungsstelle sind deutlich mehr Klienten die nichts mit Heroin zu tun haben z.B. 177 Cannabiskonsumenten. In der Sonderbar dagegen werden weiterhin Heroinkonsumenten versorgt und betreut.

2013 haben wir 102 Klienten mehr betreut als im Jahr 2012, nämlich **962**, diese Zahl spricht für sich.

Unsere Reihe „**Drobs-Information**“ begann im Jahr 2013 am 11.02. zum Thema Medienabhängigkeit. Moritz Becker vom Verein „Smiley“ sprach vor gut 120 Personen im Hallenbad über Internetnutzung von Jugendlichen und wie Erwachsene damit umgehen könnten. Am 25.09.2013 hielt Professor Tobias Hayer einen Vortrag zum Thema Glücksspiel und deren Folgen.

Zum Thema Glücksspiel organisierten wir am 08.02.2013 einen Infostand in der Citygalerie.

Im Jahr 2013 hatten wir unsere erste Visitation für den Bereich ambulant betreutes Wohnen, alle Vorgaben des Kostenträgers wurden erfüllt und es gab keinerlei Beanstandungen.

Über das Jahr beschäftigten wir uns, unter anderem auch in unserer strategischen Planung, mit dem Thema **Cannabinoide** und unseren Umgang in der Beratungsstelle mit Konsumenten von Cannabis und deren Angehörigen. Dieses ist ein altes Thema, kommt aber immer wieder auf, da uns Beratern manchmal vorgeworfen wird, dass wir z.B. in Elterngesprächen zu verharmlosend mit Cannabiskonsum umgingen.

Dieser pauschale Vorwurf soll an dieser Stelle nicht tiefergehend erörtert werden,

nur so viel hierzu: den Wunsch nach einfachen Rezepten für eine schnelle Heilung können wir bei der Komplexität der Sachlagen nicht erfüllen. Unser Anspruch sieht umfassende Information vor, die alle Seiten beleuchtet.

In diesem Sinne veröffentlichen wir in diesem Jahresbericht erstmals unsere **Cannabis-Leitlinie**, also unsere fachliche Haltung zum Thema Cannabiskonsum (s. S. 6).

Unseren Kritikern fehlt manchmal der Blick in die Familienbiografie, denn Sucht fällt i.d.R. nicht plötzlich vom Himmel und ist (meistens) ebenso wenig plötzlich

verschwunden. Auch wenn unsere Position bei Jugendlichen und Cannabiskonsum sehr eindeutig ist, stellt sich doch aber manchmal die Frage, ob weniger nicht besser ist und eine totale Abstinenz zum Beratungszeitpunkt nicht eine unerreichbare Zieldefinition darstellt.

Ein anderes Thema ergibt sich aus der Frage, wie sieht es in Wolfsburg eigentlich mit den **synthetischen Drogen** aus und wie können wir ggf. darauf reagieren? Ende 2013 kamen wir zu der Überzeugung, dass wir dieses Thema weiterhin aufmerksam verfolgen aber nicht auf spektakuläre Medienberichte reagieren, sondern den uns bekannten Gegebenheiten entsprechend agieren und Hilfe anbieten.

Auf der Mitgliederversammlung des Trägervereins am 27.11.2013, sollte die Satzung verändert werden. Bei diesen Versammlungen sind leider immer nur wenige Mitglieder anwesend, auch eine Möglichkeit der Stimmübertragung wurde nur wenig genutzt. Leider konnten wir auch diesmal die Satzung nicht verändern. Ein neuer Versuch wird im Jahr 2014 unternommen.

Ein Dank gilt an dieser Stelle der Stadt Wolfsburg, dem Land Niedersachsen, dem Landkreis Gifhorn und den Spendern, die uns mit Geld- und Sachspenden unterstützt haben.



Hartmut  
Hüenecke-Roost

Unsere Grundprinzipien, die eine vertrauensvolle Arbeit erst möglich machen lauten:

**Freiwilligkeit,  
Anonymität,  
Kostenfreiheit**

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihr Interesse an unserer Arbeit und wünschen Ihnen viel Spaß und eine Fülle von Informationen beim Lesen dieses Berichtes.

***Hartmut Hünecke-Roost***

Falls Sie Fragen haben, so wenden Sie sich an die Mitarbeiter der Einrichtung, die Ihnen diese gerne beantworten. Alle Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und unsere Öffnungszeiten finden Sie im Internet unter [www.drogenberatung-wolfsburg.de/kontakt](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/kontakt) .



---

# Mitarbeiter 2013

---

<b>Jennifer Augenstein</b>	Dipl.- Psychologin Teilzeit 70 %	bis 31.05.2013
<b>Marta Czapnik</b>	Sozialarbeiterin/ -pädagogin BA Teilzeit 65 %	
<b>Claudia Ehlers</b>	Dipl.- Sozialarbeiterin/ -pädagogin Teilzeit 50 %	
<b>Udo Eisenbarth</b>	Dipl.- Sozialarbeiter/ -pädagoge	
<b>Sandra Fromm</b>	Dipl.- Sozialarbeiterin/ -pädagogin Teilzeit 50 %	
<b>Birgit Gallinsky</b>	Dipl.- Sozialarbeiterin /-pädagogin Teilzeit 65 %	
<b>Annette Haring</b>	Dipl.- Sozialarbeiterin /-pädagogin Teilzeit 50 %	
<b>Dr. Volker Heimeshoff</b>	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Honorarkraft	
<b>Hartmut Hünecke-Roost</b>	Dipl.- Sozialarbeiter /-pädagoge Leiter der Einrichtung	
<b>Michael Karres</b>	Servicekraft	
<b>Till Kauer</b>	Sozialarbeiter/ -pädagoge im Anerkennungsjaar	bis 30.09.2013
<b>Birgit Klena</b>	Dipl.- Sozialarbeiterin/ -pädagogin Teilzeit 70 %	
<b>Carmen Marten</b>	Bankkauffrau	
<b>Michaela Mimitz</b>	Dipl.- Sozialarbeiterin/ -pädagogin Teilzeit 70%	
<b>Victor Pahl</b>	Sozialarbeiter/ -pädagoge BA Teilzeit 75%	ab 01.10.2013
<b>Andreas Sommerburg</b>	Dipl.- Pädagoge Teilzeit 75 %	
<b>Stephan Werthes</b>	Dipl.- Sozialarbeiter /-pädagoge	
<b>Sylvia Wesner</b>	Dipl.- Psychologin Stellvertretende Leiterin	ab 01.06.2013

---

# Cannabis - Leitlinie

---

**Bei keiner Droge gehen die Einschätzungen über deren Gefährlichkeit so weit auseinander wie bei Cannabis. In unserer Beratung geraten wir gelegentlich in eine Art „Glaubenskrieg“ zwischen Konsumenten und Angehörigen. Aber jenseits von Dramatisierung und Verharmlosung gibt es klare wissenschaftliche Kriterien der Beurteilung von Cannabiskonsum, die uns in unserer Beratung als Leitlinie dienen.**

## ■ Präambel

---

Kultur ist, die dem Menschen eigenen widersprüchlichen Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen.

Bedürfnisse wie Freiheit, Egoismus, Gier müssen mit Bedürfnissen wie Kooperationsfähigkeit und Lernfähigkeit in Einklang gebracht werden.

Insofern ist es dem einzelnen Menschen auferlegt, seine inneren Widersprüche selbst aufzulösen.

## ■ Cannabis, ein historischer Abriss

---

Hanf ist als Nutzpflanze seit sehr langer Zeit bekannt, sie findet Verwendung in verschiedenen historischen aber auch gegenwärtigen Kulturen.

Auch für unseren, mitteleuropäischen Kulturraum trifft dies zu. Der älteste Fund von Hanf als Nutzpflanze in Europa stammt aus einer Grabung in Eisenberg / Thüringen. Dort wurde Hanf entdeckt, der auf das Jahre 5500 v. Chr. datiert wurde. Bis zum Ende 19. Jahrhunderts stammten geschätzte 80 % aller Textilien, Seile, Papiere und Zwirnwaren aus Hanf. England als Seemacht benötigte jährlich pro Schiff 50 Tonnen Hanf als Rohstoff für Segel, Taue etc.

In den USA des 17. Jahrhunderts wurde in manchen Bundesstaaten den Farmern durch Marihuana Gesetze der Anbau von Hanf befohlen, als Rohstoff mit verschiedensten Verwendungszwecken. Hanf gewann an lebensmitteltechnischer und militärischer Bedeutung. Daneben fand er als „Genussmittel“ und Universalmedizin Verbreitung. Zwischen 1840 und 1890 standen Cannabis-Extrakte an zweiter Stelle der verordneten Arzneimittel in den USA.

Die Erfindung petrochemischer Fasern, vermehrte Papiergewinnung aus Holz unter

Zuhilfenahme neuer Chemikalien, pharmazeutische Fortschritte etc. brachte schließlich den Wandel. Nach mehreren Anläufen und nicht zuletzt auf industriellen Druck wurde Hanf auf der 1925 einberufenen Opiumkonferenz des Völkerbundes verboten. 1929 übernahm das Deutsche Reich dieses Verbot.

## ■ Cannabis in der Gesellschaft

---

Als psychoaktive Substanz ist Cannabis verstärkt erst wieder seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts anzutreffen. Infolge von Phänomenen der Globalisierung sind auch Rauschmittel über Kulturgrenzen gewandert.

Neueste Untersuchungen belegen einen kontinuierlichen Anstieg der Personenzahl mit Konsumerfahrungen von Cannabis bis in die Mitte des ersten Jahrzehnts unseres Jahrhunderts hinein, seitdem ist eine stabile Stagnation zu verzeichnen. Von den geschätzten drei Millionen Cannabiskonsumern (18 - 60 Jahre) im Jahre 2010 konsumierten vermutlich drei Viertel den berauschenden Wirkstoff in Cannabis oder Marihuana Tetrahydrocannabinol (kurz: THC) mindestens einmal im Monat und die Hälfte alle zwei Tage (Eul, Stöver, 2011). Die Zahl der Personen mit Erfahrung im THC Konsum in Deutschland wird in anderen Quellen (Hoch, Zimmermann, Henker, Rohrbacher) auf 12.5 Millionen Menschen geschätzt.

Dies, obwohl der Besitz, der Erwerb und die Abgabe von THC in der Bundesrepublik Deutschland verboten sind und repressiver Druck ausgeübt wird.

Hinsichtlich der Konsumenten von Cannabis veröffentliche der Soziologe Howard S. Becker 1953 folgendes drei-Stufen-Modell:

- Die Technik erlernen
- Lernen, die Wirkung wahrzunehmen

■ Lernen die Wirkung zu genießen  
Funktional hängt der Genuss von THC nach seiner Definition davon ab, wie das Individuum diese Substanz bewertet und deren mögliche Verwendungsweisen auffasst. Dabei ist die Einnahme psychoaktiver Substanzen immer mit einer körperlichen Reaktion, mehr oder minder ausgeprägten psychoaktiven Symptomen und ggf. Risiken verbunden. Die Risiken werden unterschieden nach ihren akuten Wirkungen während und kurz nach der Einnahme sowie den langfristigen Wirkungen durch wiederholten bzw. regelmäßigen Gebrauch.

Die strikte Abstinenzkultur, welche der deutsche Staat gegenüber Cannabis durch seine gesetzliche Regelmacht aufbaut, verliert an Akzeptanz. Die Gesellschaft bewegt sich hin zu einer Ambivalenzkultur. Dies meint, dass es hinsichtlich der Bewertung dieser Droge innerhalb der Gesellschaft unterschiedliche Sichtweisen gibt.

Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, dass insbesondere Fachinstitutionen wie die Jugend und Drogenberatung Wolfsburg orientierende fachliche Informationen zur grundsätzlichen Bewertung dieser Droge zur Verfügung stellen.

## ■ Wirkungsspektrum des Cannabiskonsums

---

Die allgemeinen Risiken sind jeweils in Beziehung zu setzen mit den individuellen Bedingungen der Person, die diese Droge einnimmt. Physische und psychische Konstitution, Lebensalter, soziale Integration und natürlich Konsumhäufigkeit und Konsumdauer sind als die wichtigsten Parameter dieses individuellen Risikos zu benennen.

**Bevor die Risiken beschrieben werden, ist es notwendig, kurz auf die wichtigsten Wirkungen einzugehen, die von den Konsumenten angestrebt werden:**

- Stimmungsanhebung
- stimulierende Wirkung
- Entspannung und Beruhigung
- Muskelentspannung
- Halluzinogene Effekte: veränderte Sinneswahrnehmungen
- Fokus der Wahrnehmung verschiebt sich

- Bewusstseinsänderung: mögliche meditative Zustände sind möglich
  - entaktogene Wirkung in Form verstärkter Kommunikationsbereitschaft
- (ob und welche dieser Wirkungen in welcher Intensität wahrgenommen werden, ist von der Person und den Kontextfaktoren stark mit abhängig)

Mit diesen Rauschwirkungen korrespondieren Körperfunktionswirkungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll. Eine letale Gefahr ist bei Cannabis so gut wie ausgeschlossen, da selbst bei Überdosierungen keine vital wichtigen Körperfunktionen lebensbedrohlich beeinflusst werden. Herzkranken ist aber grundsätzlich von jeglichem Konsum abzuraten, da Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg durch Cannabis bewirkt werden.

## ■ Risiken des Cannabiskonsums

---

THC gelangt bei der häufigsten Konsumart, der Inhalation, über die Lungenwände und die Blutbahn ins Gehirn. Die oben beschriebene mögliche Rauschwirkung tritt bereits Sekunden nach Aufnahme ein. Nach 20 - 30 Min. ist der maximale Pegel erreicht, nach 1 - 4 Stunden ist die Rauschwirkung beendet. Bei oraler Aufnahme erfolgt die Aufnahme langsamer in einer halben bis einer Stunde nach dem Konsum, der Rausch dauert in der Regel bis zu 5 Stunden. Die Rauschwirkung kann bei oraler Aufnahme aber auch in Phasen auftreten und dann deutlich länger anhalten.

### Risiken während der Phase der akuten Wirkung sind:

- eingeschränkte Motivation
- bei vorher vorhandenen negativen Emotionen können diese verstärkt werden
- wenn die Wirkung von Cannabis als bedrohlich empfunden wird, können Ängste und Panikreaktion hervorgerufen werden
- während der akuten Wirkung sind insbesondere bei chronischem Gebrauch psychotische Zustände mit Desorientierung, gestörtem Ich-Gefühl und paranoiden Symptomen möglich; Abklingen der Effekte nach Wirkungsausklang



## Die langfristigen Risiken des Cannabiskonsums

- Gewöhnung mit der Gefahr von missbräuchlichen oder abhängigen (gestörten) Konsummustern (Deutsche Hauptstelle für Suchtprävention: Ca. 4 - 7 % aller Cannabiskonsumanten haben diese gestörten Konsummuster)
- Der regelmäßige missbräuchliche Konsum von Cannabis kann zu einem Abhängigkeitssyndrom führen, mit psychischen und auch gering ausgeprägten physischen Entzugserscheinungen
- Häufige Probleme von Abhängigen sind nach einer australischen Studie (Hall et al): Unfähigkeit, den Substanzgebrauch einzustellen (93 %), schlechtes Gewissen wegen des Drogenmissbrauchs (87 %), verlangsamte Reaktionen (86 %), Verluste des Selbstwertgefühls (76 %), Gedächtnisstörungen (67 %), Entzugserscheinungen (51 %).
- Das Abhängigkeitsrisiko erhöht sich bei Konsum anderer Drogen und bei Konsum im Jugendalter.
- Nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand ist erwiesen, dass latent vorhandene schizophrene Psychosen durch Cannabis zum Ausbruch gebracht werden können. Cannabis kann bei diesen Personen zu einem früheren Ausbruch der Krankheit führen und den Krankheitsverlauf wahrscheinlich negativ beeinflussen.
- Amotivationales Syndrom: allgemeine Antriebsverringering, Gleichgültigkeit, sozialer Bindungsverlust, Mangel an Durchhaltevermögen, Mangel an Leistungsverhalten, Mangel an Zukunftsorientierung; die Kausalität dieses Syndroms ist unklar, ein direkter Nachweis dieser Störungen durch den Cannabiskonsum bisher nicht nachgewiesen.
- Atemwegserkrankungen
- Rauchen von Cannabis ist deutlich schädlicher als von Zigaretten hinsichtlich der durch Verbrennung entstehenden Schadstoffe wie Teer, polyzyklische Kohlenwasserstoffe und Nitrosamine (etwa viermal so schädlich wie Tabakrauchen)
- akute und chronische Bronchitis
- Entzündungen der Nasen und Rachen-

schleimhäute

- leichte Verengung der Atemwege
- andere entzündliche Prozesse: zum Bsp. Raucherhusten, Emphysem
- Krebs: THC hat vermutlich krebshemmende Wirkungen, die Verbrennung von Pflanzenteilen steigert jedoch das Risiko von Lungenkrebs.
- Verringerung der Spermienproduktion, Qualität der Spermien nicht betroffen, Verringerung der Fruchtbarkeit von Männern konnte bisher nicht nachgewiesen werden
- bei Frauen geringe Auswirkungen auf den Menstruationszyklus, vereinzelte Zyklen ohne Eisprung, insgesamt aber keine negativen Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit

Diese hier aufgeführten wichtigsten langfristigen Risiken des Cannabiskonsums sind **stark abhängig** von Konsumdauer und Konsumhäufigkeit! Je häufiger und länger eine Person Cannabis einnimmt, desto größer wird das Risiko, dass eine oder mehrere der oben beschriebenen Folgen eintreten.

## ■ Risikofaktoren in Kombination mit Cannabiskonsum

---

### ***Vulnerable (risikobelastete) Personen und Cannabis***

- Aufgrund der gesicherten Erkenntnis des deutlich erhöhten Risikos eines früheren Krankheitsbeginns von Psychosen ist genetisch (familiär vererbt) vorbelasteten Personen vom Konsum dringend abzuraten.
- Dies gilt ebenso, wenn eine Psychose oder präklinische psychotische Symptome bereits aufgetreten sind. Jeglicher Cannabiskonsum verschlechtert diesen Zustand.
- Das Abhängigkeitsrisiko erhöht sich beim zusätzlichen Konsum von anderen Drogen
- Ein abhängiger Konsum ist häufig assoziiert mit
- psychischen Störungen wie Depressionen, sozialen Phobien, Angststörungen
- mangelndem Selbstwertgefühl und geringer Selbstwirksamkeit

- erhöhtem Problemniveau
- sozialen Problemen wie Perspektivlosigkeit oder Arbeitslosigkeit
- mangelnden Bewältigungsstrategien (coping skills)
- ADHS begünstigt einen späteren Substanzmissbrauch, jedoch nur, wenn die Symptome die Adoleszenz überdauern oder sich im späteren Lebensabschnitt eine dissoziale Störung manifestiert

Diese Auflistung bietet keine Gewähr für Vollständigkeit. Es ist immer ein größeres Risiko zu erwarten, wenn in der Person oder in der Lebenssituation Risiken erkennbar sind.

### ***Cannabiskonsum im Jugendalter***

Für Jugendliche sind neben den aufgeführten noch andere Risikofaktoren zu beachten:

Vorangestellt sei, dass die häufigsten Motive von Jugendlichen für den meist gruppenbezogenen Cannabiskonsum neben Neugier und Risikofreude das Suchen von Rauschzuständen und damit nach Entspannung und Enthemmung sind. Es ist eine Möglichkeit, Alltagsproblemen, Stress und Druck zu entfliehen. Dennoch oder vielleicht gerade deswegen ist der Cannabiskonsum bei Jugendlichen mit weiteren meist schwerwiegenden Risiken verbunden.

Ein Beginn des Cannabiskonsums vor dem 15. Geburtstag ist ein hochsignifikanter Risikofaktor für das Ausbilden eines problematischen Konsummusters, also von Missbrauch oder Abhängigkeit. Er führt auch zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Entstehung kognitiver Defizite, sozialer Folgeschäden und einer erhöhten psychiatrischen Komorbidität, also der Ausbildung anderer psychiatrischer Störungen.

Ebenso ist ein wiederholter Konsum von Cannabis vor dem 17. Lebensjahr bedenklich hinsichtlich eines progredienten Rauschmittel-Konsumverlaufs. Die Altersstufen 15 - 18 sind dabei nach dem Erstkonsum die entscheidenden Jahre, in denen sich der Übergang zur Substanzstörung vollzieht.

Starker Cannabiskonsum kann bei Jugendlichen negative Auswirkungen auf die se-

xuelle und hormonelle Entwicklung haben, bisher gibt es keine abschließende wissenschaftliche Befundlage.

Die Auswirkungen von Cannabis auf das Gehirn sind in der Jugendzeit wesentlich stärker, da die synaptische Verschaltung des Gehirns noch nicht abgeschlossen ist. Es ist deshalb festzustellen, dass der Konsum von Cannabis unterhalb des 18. Lebensjahres aufgrund der wissenschaftlichen Befundlage nicht zu befürworten ist.

### ***Cannabiskonsum während Schwangerschaft und Stillzeit***

Ab der zweiten bis dritten Schwangerschaftswoche gelangt das Blut an den Fötus: Hinweise auf kürzere Schwangerschaften, vermindertes Geburtsgewicht, Hinweise für Auswirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit im späteren Kindesalter.

### **Fazit**

Nach der eingehenden Analyse der zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorliegenden Sachinformationen erscheint es möglich, eine derzeitige Bewertung des Gebrauchs von Cannabis als Rauschmittel abzugeben.

Cannabis birgt Risiken. Diese sind im Vergleich zu anderen Drogen (Abhängigkeitspotential, Toxizität, Akutfolgen) eher gering, aber vorhanden.

Bestimmten Personengruppen ist vom Konsum aufgrund erhöhter bzw. hoher Risiken ganz abzuraten:

- Psychisch labile Personen: In einem umfassenden Sinn sind hohe Risiken bei Personen zu erkennen, die aufgrund individueller psychischer Problemlagen Cannabis funktionell einsetzen, um aufgrund des Wirkpotentials dieser Droge (Stimmungsanhebung, Sedierung, Angstminderung) diese Schwierigkeiten zu reduzieren. Die Gefahr eines abhängigen Entgleitens dieses Cannabiskonsums ist hoch. In der Spätphase entstehen aufgrund dieser Konsummotive häufig komplexe Störungsbilder, geprägt von Abhängigkeit, der Manifestation der anfänglichen individuellen Problemlage und sozialer Desintegration. In diese Risikogruppe eindeutig einzu-

ordnen sind Menschen mit psychischen Störungen jedweder Art. Aber auch psychisch labilen Menschen, deren individuelle Problematiken keinen definierten Störungscharakter aufweisen, ist vom Konsum von Cannabis abzuraten.

- Eine weitere Hochrisikogruppe stellen Menschen mit Risiken zur Ausbildung einer Psychose (vom Typ Schizophrenie) dar. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand ist zumindest ein wesentlich frühzeitigerer Ausbruch einer Schizophrenie durch Cannabiskonsum bekannt. Weitergehende Zusammenhänge bzw. Risiken sind zumindest nicht ausgeschlossen.
- Kinder, Jugendliche (bis zum Ende der Pubertät: 18. - 20. Lebensjahr): Die wissenschaftliche Befundlage ist hier eindeutig, die Einnahme von Cannabis als Rauschmittel ist für Kinder und Jugendliche hochriskant. Hier gelten einerseits dieselben Gründe, die bei der Beschreibung „psychisch labiler Personen“ genannt wurden: Kinder- und Jugendliche sind in labilen Reifezuständen. Cannabis wirkt sich ungünstig auf die Reifeprozesse in Kindheit und Jugend aus, erschwert oder verhindert gar eine altersgerechte Entwicklung mit allen daraus entstehenden Problemlagen. Gesichert ist als Folge eines frühen Cannabiskonsums das erhöhte Risiko der Entwicklung einer Cannabinoidabhängigkeit, eine erhöhte Drogenaffinität (Bindung auch an andere Drogen), von Psychosen und von neurokognitiven Fehlentwicklungen.
- Verkehrsteilnehmer: Aufgrund der Wirkung von Cannabis ist eine Fahrtauglichkeit unter dem Einfluss dieses Rauschmittels nicht gegeben (verlängerte Reaktionszeit, Sedierung, veränderte Zeitwahrnehmung, halluzinationsähnliche Phänomene etc.). Es wird mindestens eine Zeit von 24 Stunden nach Konsumende bis zur Teilnahme am Straßenverkehr empfohlen. Bei mehrmaligem Konsum dann notwendigerweise auch länger (dieser Hinweis bezieht sich nicht auf rechtliche Aspekte, sondern auf die Fahrtauglichkeit durch die Rauschwirkung; ggbnfls. sind Blutwerte auch nach diesen o.g. Zeiten

weiterhin erhöht und können zu Sanktionen führen)

- Herz-Kreislaufpatienten: Aufgrund der vegetativen „Nebenwirkungen“ eines kurz nach Konsum auftretenden Blutdruckanstiegs und Anstiegs der Herzfrequenz sind vorgeschädigte Menschen gefährdet. In bisher nicht genau gekläarter Weise könnte die Einnahme von Cannabis in seltenen Fällen auch zum Herztod geführt haben. Herzranke sollten deswegen auf die Einnahme von Cannabis grundsätzlich verzichten.
- Lungenranke und Personen mit erhöhter Infektanfälligkeit: Bei der Verbrennung von Cannabis entstehen lungen-schädliche Rückstände, diese sind auch karzinogen. Cannabis wirkt immunsuppressiv, es unterdrückt die Immunabwehr des Organismus.
- Schwangere: Cannabis kann sich auf die Entwicklung des Ungeborenen schädigend auswirken.

Bei Personen, die keiner der oben genannten Risikogruppen zuzuordnen sind, besteht kein erhöhtes Risiko.

Das bedeutet nicht, dass keine Risiken mit dem Konsum von Cannabis verbunden sind. Jeglicher Rauschmittelkonsum stellt eine Manipulation hirnganischer Verschaltungen dar, bei Cannabis dient diese vorrangig der Erzeugung von Stimmungsanhebung, Sedierung/Entspannung und Angstminderung. Lerntheoretisch handelt es sich bei der Einnahme von Cannabis also um positiv verstärkte Handlungen, die zur Wiederholung „einladen“. Insbesondere aber der hochfrequente Konsum birgt ein eher hohes Risikoprofil: Entstehung von Missbrauch/Abhängigkeit, psychotische Zustände bis hin zur Ausbildung eines Vollbildes einer Schizophrenie, kognitive Beeinträchtigungen, Störungen des Antriebs, daraus folgend nicht selten soziale Problemlagen. Die derzeitige Befundlage bildet hinsichtlich des „Hochkonsums“ ein eindeutiges Bild mit vielen Risiken.

Der moderate (gemäßigte, maßvolle) Konsum von Cannabis ist dazu im Gegensatz weit weniger im Fokus wissenschaftlicher Risikobetrachtung, bzw. lässt diese Risiken nicht erkennen (die Ausnahmen bezüglich

der oben genannten „Risikogruppen“ gelten weiterhin). Das geringere Risiko eines moderaten (angemessen hinsichtlich Person und Situation) Konsums kann im Vergleich zu den Risiken anderer vergleichbar suchtpotenter Drogen (zum Bsp. Alkohol) auch nicht verwundern. Auch der tägliche bzw. mehrfach tägliche (Hoch-) Konsum von Alkohol würde bei den meisten Konsumenten zu schwerwiegenden somatischen, psychischen und sozialen Folgen führen, die hier nicht weiter ausgeführt werden müssen.

Abschließend muss daher auf die Auswirkungen der Verbotspolitik von Cannabis Bezug genommen werden. Trotz dieses Verbotes ist Cannabis nach Nikotin und Alkohol die am häufigsten konsumierte Droge (weltweit und auch in Deutschland). Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum liegt aktuell zwischen dem 16. und 17. Lebensjahr. Eine beträchtliche Anzahl von Jugendlichen und Erwachsenen konsumieren dieses Rauschmittel - trotz Verbots. Zusätzliche Gefahren entstehen daraus, dass der Konsument nicht weiß, was er nimmt, auch Cannabis wird „gestreckt“ bzw. durch Hinzufügung von Fremdstoffen verändert. Aus unserer Sicht wird durch die Repression ein wirksamer Gesundheitsschutz eher erschwert. Eine dem derzeitigen Forschungsstand angepasste Beratung und Prävention bewegt sich in einer rechtlichen Grauzone. Was verboten ist, kann nur schwer differenziert betrachtet werden. Eine zu große Anzahl Jugendlicher und junger Erwachsener mit problematischem Hochkonsum ist nur schwer zu erreichen. Aber genau das - eine differenzierte, die Droge und den Konsumenten betrachtende Beratung und Prävention - ist aus unserer Sicht dringend notwendig, damit Menschen ihre eigenen Verhaltensweisen überprüfen und gegebenenfalls verändern können (bzw. dieses Verhalten erst gar nicht entwickeln).

## ■ Cannabis im Straßenverkehr

Ordnungswidrig nach § 24a Abs. 2 Straßenverkehrsgesetz handelt, wer im Straßenverkehr unter der Wirkung eines berauschenden Mittels steht. Der Grenzwert für den engen zeitlichen Zusammenhang von Cannabiseinnahme und Rauschwirkung ist

mit 1 ng/ml im Blut definiert. Ab diesem Wert wird von einer Ordnungswidrigkeit nach § 24a Abs. 2 ausgegangen.

Wenn zusätzlich Ausfallerscheinungen aufgrund des Rauschzustandes auftreten, die eine Fahruntüchtigkeit herstellen, begeht man gem. § 316 StGB eine Straftat (Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe, bei konkreter Gefährdung erheblich ausgeweiteter Strafrahmen bis zu 5 Jahre). Erfolgt nach § 24a Abs. 2 des StVG eine Anzeige, ergeht gleichzeitig eine Meldung gemäß § 2 Abs. 12 des StVG an die Verwaltungsbehörde (Führerscheinstelle), die nunmehr gemäß der Fahrerlaubnisverordnung die Verkehrseignung untersucht.

Nach § 14 Anlage 4 Nr. 9 der FeV ist bei regelmäßigem Cannabiskonsum die Nicht-eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen gegeben. Aufgrund gerichtlicher Praxis ist das bei einem THC-COOH Wert (einem der Hauptmetaboliten von THC, der selbst nicht psychoaktiv ist) ab 150 ng/ml im Blut bewiesen.

Bereits bei gelegentlichem Cannabiskonsum besteht nur eine bedingte Verkehrseignung, nämlich ausschließlich dann, wenn zwischen Einnahme von Cannabis und der Teilnahme am Straßenverkehr getrennt wird, es keinen Mischgebrauch von Cannabis und Alkohol gibt, auch keinen zusätzlichen Konsum anderer psychoaktiv wirkender Stoffe, es keine Störung der Persönlichkeit des Straßenverkehrsteilnehmers gibt und dieser aufgrund des Cannabiskonsums keine Anzeichen von Kontrollverlust hinsichtlich dieser Einnahme zeigt. Ein gelegentlicher Konsum schließt die Kraftfahreignung unter diesen genannten Voraussetzungen jedoch nicht aus.

Um die Verkehrseignung bei diesen Cannabiskonsumern zu prüfen, kann die Behörde ein ärztliches Gutachten oder eine medizinisch-psychologische Untersuchung anordnen.

### **Schlussfolgerungen aus diesen rechtlichen Gegebenheiten sind:**

- Die regelmäßige Einnahme von Cannabis ist mit der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr nicht vereinbar.
- Auch bei gelegentlichem Konsum bestehen beträchtliche Risiken hinsichtlich

der aktiven Verkehrsteilnahme, insbesondere hinsichtlich der Notwendigkeit der verbindlichen Trennung von Einnahme (von Cannabis) und Teilnahme am Straßenverkehr.

- Cannabiskonsumenten, die von ihrer Persönlichkeit nicht stabil sind oder Mischkonsum mit anderen psychoaktiv wirkenden Substanzen einschließlich Alkohol betreiben, sind zur aktiven Verkehrsteilnahme ungeeignet.
- Zwischen Einnahme von Cannabis und der Teilnahme am Straßenverkehr muss ein ausreichender zeitlicher Abstand in jedem Fall eingehalten werden, damit keine Rauschfahrt stattfindet. Diese Zeitspanne sollte aufgrund der unterschiedlichen Wirkkonzentrationen von Cannabis, die dem Konsumenten i.d.R. nicht bekannt sind, bei inhalativer Einnahme (bei oraler Aufnahme ist mit verspätetem Wirkeintritt und mit der Möglichkeit eines stark verlängerten Rauschzustandes zu rechnen) 48 Stunden nicht unterschreiten.
- Eine gelegentliche Einnahme bedeutet, dass nach einmaligem Konsum (einer „Joint“ genannten THC-haltigen Zigarette) eine Konsumpause von mindestens einer Woche einzuhalten ist, da

ansonsten eine Akkumulation von THC und seinen Metaboliten im Blut auftritt, die eine Überschreitung von Grenzwerten bedingen und damit einen Verstoß gegen bestehende Rechtsnormen darstellen.

- Auch bei strikter Beachtung dieser Hinweise kann eine Überprüfung durch die Fahrerlaubnisbehörde nicht gänzlich ausgeschlossen werden (zum Bsp. wenn mehrfach niedrige, <100 ng/ml/Blut THC-COOH-Werte an die Behörde gemeldet werden und diese aufgefordert ist, den Sachverhalt aufzuklären).

Hinsichtlich Erstantragstellern einer Fahrerlaubnis, die als Jugendliche durch Cannabiskonsum auffällig wurden, ergibt sich nach der Fe-Verordnung in Abhängigkeit vom Ausmaß und dem Zeitpunkt des Bekanntwerdens der Einnahme durch die Behörde das Risiko der Nichterteilung aufgrund von Eignungszweifeln. Die Behörde wird ein fachärztliches Gutachten anordnen, wenn der aktuelle Konsum aufgeklärt werden soll, bei Kenntnis regelmäßiger Einnahme von Cannabis wird eine „Medizinisch-Psychologische Untersuchung“ angeordnet.

***ausgearbeitet von Andreas Sommerburg***

## Zusammenfassung

Cannabis ist nach Alkohol die in Deutschland am weitesten verbreitete Rauschdroge. Mehrere Millionen Einwohner Deutschlands konsumieren Cannabis gelegentlich oder regelmäßig. Dies, obwohl der Besitz nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten ist. Auch die Jugend- und Drogenberatungsstelle Wolfsburg wird zunehmend von Menschen aufgesucht, die hinsichtlich ihres eigenen Konsumverhaltens von Cannabis oder als Angehörige Beratung suchen.

Eine dem derzeitigen Erkenntnisstand entsprechende Folgenabschätzung der durch diese Droge entstehenden Gefahren soll orientierende Hilfe für diejenigen Menschen anbieten, die selbst Cannabis einnehmen oder dies beabsichtigen oder als Angehörige Informationen suchen.

Die gründliche Auseinandersetzung mit den Folgen des Cannabiskonsums zeigt ein differenziertes Bild. Es ergeben sich für in erster Linie ungeübte Konsumenten Risiken in Form von negativen Akutfolgen (Herzschlag, Übelkeit, zum Teil starke Ängste). Hinsichtlich langfristiger Folgen des Cannabiskonsums ergeben sich für bestimmte Personengruppen erhöhte Risiken: Kinder und Jugendliche, Herz- und Lungenpatienten, psychisch Kranke bzw. Menschen mit psychischen Störungen. Hierzu gehören auch Personen mit einem erhöhten Risiko zur Ausbildung einer psychotischen Störung (Schizophrenie).

Darüber hinaus kann sich jeder Drogenkonsum aufgrund der Verstärkerfunktion durch die („belohnende“) Rauschwirkung zu einem problematischen, oder auch abhängigen Konsum entwickeln. Der sehr starke Anstieg der Fallzahlen von Cannabiskonsumenden in der Drogenberatung Wolfsburg ist begründet durch das zunehmende Interesse dieser Personen, das eigene Konsumverhalten fachlich zu reflektieren, zu reduzieren oder zu beenden.

Bei einer moderaten (gemäßigten, maßvollen) Einnahme von Cannabis, insbesondere wenn keine weiteren Risiken in der Person gegeben sind, werden die sonst (bei regelmäßiger, hochfrequenter Einnahme) zu befürchtenden langfristigen Folgen weniger wahrscheinlich. Was moderat neben der Abgrenzung zum hochfrequenten (täglichem oder fast täglichem) Konsum im Einzelnen heißt, ist auch von dem individuellen Risikoprofil dieser Person abhängig.

Für die Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg ergeben sich aus der fachlichen Analyse bestimmte Konsequenzen. Insbesondere eine Beratung, die das individuelle Risikogeschehen noch genauer ins Blickfeld nimmt und die offen ist auch für Bemühungen von Konsumenten, neben Abstinenz andere weniger riskante Konsummuster zu erlernen. Aber auch deutliche Hinweise an Menschen, die nie Cannabis einnehmen sollten, da es belegbare Anzeichen für eine erhöhte Gefährdungslage gibt.

# Gruppe für drogenauffällige Kraftfahrer

## Eine abstinentzstützende Maßnahme der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg

Wer Betäubungsmittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) konsumiert oder von ihnen abhängig ist, gilt als ungeeignet ein Fahrzeug zu führen.

Dies führt dazu, dass Kraftfahrer mit aktenkundigem Drogenkonsum in der Vorgeschichte der Führerschein entzogen oder nicht erteilt wird. Voraussetzung für die Erlangung oder Wiedererteilung der Fahrerlaubnis ist dann oft eine so genannte Medizinisch-Psychologische Untersuchung (im Folgenden MPU abgekürzt), im Volksmund mit dem herabgesetzten Begriff „Idiotentest“ belegt.

Die MPU stellt eine Prognose zur Verkehrsbewährung des Antragsstellers und dient den Fahrerlaubnisbehörden als Orientierung ihrer Entscheidung über Entziehung oder Neuerteilung der Fahrerlaubnis.

Um erneut Verkehrsauffälligkeiten im Zusammenhang mit Drogen zu vermeiden, gilt es, grundlegende Problemeinsicht und damit zusammenhängend, durch Änderungen in Einstellung und Verhalten, Konfliktlösungen und Möglichkeiten einer Rückfallprophylaxe zu finden.

Es geht also nicht um Einübung einer geschickten Präsentation und Argumentation, sondern um eine ganz individuelle Aufarbeitung der Lebens- und Konsumgeschichte. Die Gruppe kann dazu beitragen, Ängste abzubauen und durch Kenntnis der Anforderungen die Voraussetzungen für eine günstige Fahreignungsprognose zu verbessern.

### ■ Inhalte der MPU

Eine MPU besteht aus folgenden Untersuchungsteilen:



**Verkehrsmedizin:** Im medizinischen Teil wird auf verkehrsrechtlich relevante Erkrankungen sowie Alkohol- oder Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit geprüft. Dazu führt der Arzt ein Gespräch über die medizinische Vorgeschichte, eine körperliche Untersuchung sowie gegebenenfalls labormedizinische Verfahren (zum Beispiel Blutabnahme, Urin-Drogenscreening) durch. Häufig geht es darum, einen angegebenen vollständigen Verzicht auf Alkohol oder Drogen verkehrsmedizinisch zu belegen. Hierfür werden Drogenscreenings (Haar- oder Urinalysen), mit denen sich Spuren früheren Konsums teilweise noch nach Monaten nachweisen lassen, und Alkoholscreenings (Leberwerte, oft auch EtG und CDT) eingesetzt.

**Verkehrspsychologie:** Im psychologischen Gespräch geht es um Einsicht in das frühere Fehlverhalten, die persönlichen Ursachen dafür, Konsequenzen für das aktuelle Verhalten und Vorsätze und Ziele für die Zukunft, die eine erneute Verkehrsauffälligkeit zuverlässig verhindern. Dabei muss das zukünftig geplante Verhalten in der Regel seit mindestens sechs Monaten stabil gelebt werden. Das Gespräch muss für das Gutachten aufgezeichnet werden (dies erfolgt häufig am Computer). Untersuchungsstellen sollten den Kunden die Möglichkeit bieten, die Aufzeichnungen gegenzulesen, um Missverständnisse zu vermeiden.

**Leistungsdiagnostik:** Bei einem standardisierten Reaktionstest am Computer wird die körperliche Leistungsfähigkeit (Reaktionsfähigkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit) getestet.

## ■ Inhalte der MPU-Vorbereitung

Im Mittelpunkt des Kurses steht die Vorbereitung auf das psychologische Gespräch.

Der Kurs umfasst 10 Einheiten: ein vorbereitendes Einzelgespräch, in dem Inhalte und Ablauf besprochen werden. Darüber hinaus wird eine Anamnese erhoben. Im Anschluss finden acht Gruppenabende statt. Abschließend wird im Einzelgespräch der individuelle Verlauf in den Gruppensitzungen reflektiert und das Teilnahmezertifikat überreicht.

Im Rahmen der Gruppenabende werden folgende Themen erarbeitet:

- Inhalte und Ablauf der medizinisch psychologischen Untersuchung
- Wirkung Drogen / Alkohol und Wirkung im Straßenverkehr
- Analyse einer Autofahrt unter dem Einfluss von Substanzen
- Funktionsanalyse bezüglich der Einnahme von Substanzen
- Selbsteinschätzung des Grades der Abhängigkeit

- Ursachenmodelle von Abhängigkeit
- Risikosituationen/Rückfallprophylaxe
- Neuorientierung Freizeitverhalten

Im Jahr 2013 wurden 3 Kurse mit insgesamt 23 Teilnehmern durchgeführt.



**Birgit Klona**

Über die Erarbeitung der Kursinhalte ergab sich eine Zusammenarbeit mit Herrn Uwe Wendt (Führerscheinstelle der Stadt Wolfsburg), Herrn Bernd Pund (Niederlassungsleiter Nord, TÜV Hessen), Herrn Hans-Jürgen Fromm (Gebietsleiter Medizinisch-Psychologisches Institut, TÜV Nord) und Frau Ilka Kuske (Fachpsychologin für Verkehrspsychologie BDP).

Über die Kooperation ließen sich viele Fragen und Unwegsamkeiten klären.

Aus dieser Kooperation ist der Arbeitskreis „Drogen im Straßenverkehr“ entstanden, dem inzwischen auch die Polizei angehört. Herr Wendt lädt zweimal im Jahr ein, um sich über Neuerungen oder komplizierte Sachverhalte auszutauschen.

**Birgit Klona**

Informationen zur Anmeldung und Teilnahme erhalten Sie unter [www.drogenberatung-wolfsburg.de/mpu](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/mpu)



# Ambulant betreutes Einzelwohnen

**Unser Angebot des ambulant betreuten Einzelwohnens nach § 53 ff. SGB XII i.V.m § 55 (2) Nr. 6 SGB IX für Suchterkrankte richtet sich in erster Linie an chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke, die sich aufgrund von jahrelangem Drogenkonsum und den daraus resultierenden körperlichen und psychischen Folgeschäden in schwierigen Lebenssituationen befinden.**

Das betreute Wohnen ist ein mittel- bis langfristiges ambulantes Angebot und soll einer weiteren Verelendung entgegenwirken, um eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Orientiert an den individuellen Bedürfnissen werden die Klienten in vielschichtigen Alltagssituationen begleitet und unterstützt im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Auch im Jahr 2013 konnte das Angebot weiter erfolgreich fortgesetzt werden.

## Arbeitsinhalte

Die Betreuungsarbeit beinhaltet die Begleitung zu Ämtern, Behörden (Jobcenter, Sozialamt, Jugendamt, Schuldnerberatung) und Ärzten / Fachärzten, um die Klienten darin zu unterstützen, sich angemessen und zielgerichtet um ihre Angelegenheiten und ihre Gesundheit zu kümmern.

Oft muss als Grundlage hierfür zunächst der Kontakt zu gesellschaftlichen Institutionen erst wieder aufgenommen werden. Zu Beginn vieler Betreuungen wird deutlich, dass es den Klienten in der Vergangenheit nicht oder nur teilweise gelungen war, sich in adäquater Weise um ihre Post oder wichtige Unterlagen zu kümmern. Daher ist basaler Bestandteil jeder Betreuung, die unsortierte, teilweise ungeöffnete, Post zu sichten und daraus entstehende Arbeitsaufträge abzuarbeiten.

Über das aktuelle Abarbeiten von Anforderungen hinaus, wird mit den Klienten ein individuelles Ordnungs- und Handlungssystem besprochen und wo möglich auch schrittweise umgesetzt.

Auch Unterstützung im Alltag wie bei der

Haushaltsführung, Einkaufen, Umgang mit Geld bis hin zur freiwilligen Einteilung des Geldes oder Erschließung von Freizeitmöglichkeiten sind Bestandteil der Arbeit.

Ein weiterer Schwerpunkt der Betreuungsprozesse liegt bei so gut wie allen Klienten in den regelmäßigen Gesprächen, die immer wieder zeitnah Alltagsprobleme und deren Bewältigung zum Thema und oftmals einen entlastenden Charakter hatten.

Kriseninterventionen werden aufgrund von länger anhaltendem Konsum von Suchtmitteln oder extremen Lebenssituationen immer wieder notwendig. Hier besteht im

Rahmen der Betreuung die Möglichkeit einer freiwilligen vorübergehenden Unterbringung in entsprechenden Fachkliniken.

Durch die Möglichkeit, kontinuierliche und nachgehende Arbeit mit einer hohen Betreuungsdichte leisten zu können, ist das ambulant betreute Einzelwohnen ein effizientes Werkzeug der Wiedereingliederung. Da es ständig im unmittelbaren Umfeld von multifaktoriell belasteten Klienten stattfindet, stellt es für die dort

tätigen Mitarbeiter eine anspruchsvolle Aufgabe dar.

## ■ Zahlen 2013

Es gab 2013 eine Neuaufnahme. Über das Jahr verteilt nahmen zehn Klienten die Maßnahme in Anspruch, zum Jahresende befanden sich noch acht Klienten in der Maßnahme. Bei zwei Klienten wurde die Maßnahme aus unterschiedlichen Gründen beendet.

Bei einem Klienten wurde die Maßnahme



Marta Czapnik

seitens der Einrichtung gekündigt. Wohingegen bei dem anderen Klienten sich die Lebenssituation nach fast 3 Jahren Betreuungsarbeit soweit positiv verändert und stabilisiert hat, dass im gegenseitigen Einvernehmen eine weitere Betreuung für nicht mehr nötig erachtet wurde.

Im Schnitt hatte der Arbeitsbereich im Berichtsjahr einen Betreuungsauftrag von ca. 20 Stunden pro Woche.

Die Zusammenarbeit mit dem Kostenträger (Stadt Wolfsburg) und Kooperationspartner (Sozialpsychiatrischer Dienst Wolfsburg) verlief auch in diesem Jahr einwandfrei. Bei Schwierigkeiten und kurzfristigen Änderungen konnten schnell und unbürokratisch Lösungen gefunden werden.

**Marta Czapnik**

---

## Fachstelle für Suchtprävention

---

**Im Jahr 2013 wurden von der Fachstelle zahlreiche suchtpreventive Maßnahmen durchgeführt. Sie richteten sich an Kinder und Jugendliche, Multiplikatoren, wie Lehrer, Erzieherinnen und Ausbilder und allgemein an die Öffentlichkeit.**

### ■ Durchgeführte Veranstaltungen und Projekte

Zu den Themenschwerpunkten gehörten im Jahr 2013:

Die Fachstelle für Suchtprävention hat im Jahr 2013 insgesamt 119 suchtpreventive Maßnahmen und Projekte durchgeführt. Mit etwa zwei Drittel der Maßnahmen wurden 1069 Endadressaten (z.B. Schüler) und mit dem letzten Drittel der Maßnahmen 501 Multiplikatoren (z.B. Lehrer, Ausbilder) – insgesamt also 1570 Personen erreicht.

Diese Projekte waren in unterschiedlichen Settings gelagert und wurden für verschiedene Themen und Anliegen konzipiert.



**Sandra Fromm**

#### Alkohol

Das neue Alkoholpräventionsprojekt „Tom und Lisa“ wurde am Phönix-Gymnasium, der Realschule Fallersleben, der Hauptschule Westhagen, der Henri-Dunant-Realschule Westhagen und der Haupt- und Realschule Calberlah durchgeführt.

2013 erreichten wir mit diesem Projekt 194 Schüler und 20 Multiplikatoren (Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter).

Die Idee des Projektes ist folgende:

### **Suchtprävention in der Schule**

#### **Schulprojekte**

2013 – wieder ein Jahr mit vielen durchgeführten Schulprojekten der Fachstelle für Suchtprävention (64 Maßnahmen).

Tom und Lisa feiern ihren Geburtstag – dieser rote Faden zieht sich für die Schulklassen der Klassenstufen 8 – 9 durch den sechsstündigen Workshop zur Alkoholprävention. In einem sehr interaktiven Planspiel sind die Schüler einer Klasse als Geburtstagsgäste beteiligt und lernen spielerisch, wie

ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol aussehen kann und wie in Gefahrensituationen richtig reagiert werden muss. Tom & Lisa ist das erste evaluierte Präventionsangebot für Schulklassen zum Erwerb von Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol.

### Nikotin

An der Anne-Marie-Tausch-Schule (BBS III) in Wolfsburg führten wir einige Raucher-Reflexions-Kurse durch. Die Schüler erfuhren in einem 90-minütigen Reflexionskurs einiges über ihre „Rauchgeschichte“, ihren Abhängigkeitstyp und ihre Motivation zur Änderung des Rauchverhaltens. Da diese Schüler in ihrem zukünftigen Berufsfeld mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen arbeiten werden, ist es von besonderer Bedeutung, sie als zukünftige Multiplikatoren für Suchtverhalten zu sensibilisieren.

### Medien

Zunehmend beschäftigt auch uns in der Suchtprävention das Thema elektronische Medien und die Frage nach einem angemessenen Umgang mit Internet, Smartphones und Spielekonsolen. Zu dieser Thematik bilden sich unsere Mitarbeiterinnen fort und bieten im Bereich der indizierten Prävention Maßnahmen der Frühintervention für Jugendliche und junge Erwachsene mit einem problematischen Nutzungsverhalten an. Dazu gehörten im Jahr 2013 ein Workshop in der Schulwerkstatt und die Einzelberatung einiger Jugendlicher in der Beratungsstelle. Mit dem Programm ESCapade bieten wir auch ein Kurzinterventionsprogramm für Familien mit dieser Problematik an. Im Bereich der universellen Prävention fanden zum Thema Chancen und Risiken elektronischer Medien Projektstage mit zwei achten Klassen des Theodor-Heuss Gymnasiums statt. Hier konnten die Schüler in Einzel- und Gruppenarbeit selbstständig Fragestellungen zu Cybermobbing, Computerspiel-Abhängigkeit und anderen Themen bearbeiten und die Ergebnisse im Plenum präsentieren, überprüfen und ergänzen.

### Allgemeine Suchtprävention

Je nach Alter der Schüler wurden Informationen über verschiedenste Suchtstoffe und süchtige Verhaltensweisen vermittelt. Zudem reflektierten die Schüler, welche Funktionen Suchtmittel für sie selbst haben können. In allen Jahrgängen ist es hierbei sehr wichtig, auch das Erkennen und Benennen der eigenen Ressourcen, die sie vor Abhängigkeit schützen können, genauer anzuschauen.

Diese Projekte wurden durchgeführt an der Grundschule Sülfeld, der Peter-Pan-Förderschule, der Hauptschule Westhagen und der BBS II.

Wenn möglich führten wir die Einheiten in den Schulklassen in Zusammenarbeit mit den schulinternen Sozialarbeitern durch, um die Beziehungskontinuität zu gewährleisten.

### **Suchtpräventive Elternabende an Schulen**

#### Samtgemeinde Isenbüttel

Die Samtgemeinde Isenbüttel hat im April vergangenen Jahres die Fachstelle für

Suchtprävention eingeladen, in Calberlah einen Elternabend durchzuführen. Hierbei ging es in der Hauptsache darum, den interessierten Eltern Informationen zu Suchtmitteln und süchtigen Verhaltensweisen zu geben, aber auch um Erziehungsfragen rund um den Umgang mit Suchtmitteln zu beantworten.

#### Fachtag des ev. Kirchenkreises Gifhorn

Der ev. Kirchenkreis Gifhorn veranstaltete im März 2013 einen Fachtag zum Thema „Digitale Medien“ und lud uns dazu ein, dort den Workshop „Digitale Medien und deren Suchtpotential“ zu gestalten. Der Workshop wurde von interessierten Eltern gut besucht.

#### Fachtag „On sein“ der ev. Method. Kirchengemeinde Wolfsburg

Die Kirchengemeinde hat im April 2013, in Kooperation mit uns, einen Fachtag für interessierte Eltern der Gemeinde und auch



Annette  
Haring

der Öffentlichkeit veranstaltet. Inhalt dieses Fachtages waren die Themen Mediennutzung, Computerspiele, Soziale Netzwerke und Online-Abhängigkeit von Jugendlichen und Vorschläge zum Umgang in der Familie mit den neuen Medien.

## **Betriebliche Suchtprävention**

### **Volkswagen Akademie - Multiplikatoren-schulung im Betrieb**

Im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention wurden auch im Jahr 2013 wieder Auszubildende der Volkswagen Akademie zum Thema Sucht geschult.

Hierbei ist es unser Ansatz aus jedem Lehrfeld einen Multiplikator zu schulen, der die erlernten Inhalte in seine Lerngruppe weiterträgt und auch als Ansprechpartner bei Problemen fungieren kann.

Als Schulungskonzept wurde dabei das evaluierte Bundesprojekt „prev@work – Suchtprävention in der Ausbildung“ zugrunde gelegt.

### **Geschäftsbereiches Jugend der Stadt Wolfsburg**

2013 wurden wir angefragt für eine kleine Schulung von Mitarbeitern des Geschäftsbereiches Jugend der Stadt Wolfsburg zum Thema Medien und konnten diese vor Ort durchführen.

### **DAA – Deutsche Angestellten Akademie**

Auch 2013 führten wir wieder ein zwei Suchtpräventionsprojekte mit Klienten der DAA durch. Dies ist ein Projekt mit langzeitarbeitslosen Erwachsenen, was inhaltlich eher selektive - und indizierte Prävention bedeutet.

### **WBG – Wolfsburger Beschäftigungsgesellschaft**

Ähnlich dem Projekt bei der DAA haben wir auch in 2013 ein Suchtpräventionsprojekt mit Klienten der WBG durchführen können. Hier wurde mit arbeitslosen Jugendlichen gearbeitet.

Zusätzlich konnten wir 2013 die angestellten Mitarbeiter der Wolfsburger Beschäftigungsgesellschaft zu den Themen Sucht, Suchtmittel, Suchtentstehung und internen Umgang mit auffälligen Jugendlichen (in

Bezug auf Suchtmittel) schulen.

## **Sportvereine**

### **VfL Wolfsburg**

2013 führte die Fachstelle für Suchtprävention mit den VfL-Nachwuchsspielern der Altersgruppen 11 – 14 Jahre Suchtpräventionsprojekte durch.

## **Suchtprävention mit Jugendlichen**

Auf Anfrage des Jugendzentrums „Forsthaus“ in Fallersleben gab es dort eine Gesprächsrunde mit Mitarbeitern und einigen Jugendlichen zu der Frage: „Umgang mit Cannabis konsumierenden Jugendlichen im Jugendzentrum“.

## **■ Öffentlichkeitsarbeit**

---

### **Volkswagen Akademie - Tag der offenen Tür**

Die Volkswagen Akademie veranstaltet jährlich einen „Tag der offenen Tür“, um Jugendlichen und Eltern die Möglichkeit zu geben, sich über die verschiedensten Ausbildungsberufe des Konzern zu informieren. Auch wir waren wieder mit einem Informationsangebot und unserem Rauschbrillenparcours dabei.

### **Markt der Möglichkeiten an der Heinrich-Nordhoff-Gesamtschule**

Die Heinrich-Nordhoff-Gesamtschule veranstaltete auch in diesem Jahr wieder einen großen ‚Markt der Möglichkeiten‘ auf dem sich viele Wolfsburger Beratungsstellen im Zuge des Elternsprechtages vor Ort vorstellen konnten.

Mit unserem Rauschbrillen-Parcours und dem Infoangebot konnten wir an diesem Tag viele Eltern und auch Schüler erreichen und auf die Arbeit der Jugend- und Drogenberatung aufmerksam machen.

## **■ Mitarbeit in Arbeitskreisen und Arbeitsgruppen**

---

### **Intern:**

- Supervision und kollegiale Supervision
- Qualitätsmanagement und Strategische Planungsrunden im Team
- Gesamtteamsitzungen

## Extern:

- PRÄVAG (Präventionsarbeitsgemeinschaft)
- PSAG (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft)
- Netzwerktreffen „Medien“ unter Koordination der Stadt Wolfsburg

- Arbeitskreis niedersächsischer Präventionsfachkräfte der NLS (Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen)
- Arbeitsgemeinschaft Süd der Präventionsfachkräfte Niedersachsens

*Sandra Fromm, Annette Haring*

---

# Ambulante medizinische Rehabilitation

---

**Ambulante Medizinische Rehabilitation, sowie Weiterbehandlung oder Nachsorge nach einer abgeschlossenen stationären Rehabilitation wurden im Jahr 2013 von insgesamt 18 Rehabilitanden - drei Frauen und 15 Männern – in der Jugend – und Drogenberatung Wolfsburg genutzt.**

Bei vier Klienten, die 2013 mit der Therapie begonnen haben, dauert die ambulante Maßnahme noch an. Acht Klienten wurden regulär entlassen, davon eine Person vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis. Fünf Rehabilitanden mussten disziplinarisch entlassen werden.

Eine Person hatte eine Therapieauflage durch den Maßregelvollzug erhalten. Sechs Rehabilitanden erhielten vom Gericht eine Verpflichtung zur Therapie als Bewährungsauflage, eine weitere Person hatte eine Strafzurückstellung gemäß § 35 BtMG (Therapie statt Strafe) zu erfüllen. Bei den 16 Rehabilitanden verteilten sich die Hauptdiagnosen gemäß den Diagnosekriterien der ICD-10 wie folgt:

Acht Personen konsumierten Cannabis als Hauptdroge, fünf Personen waren kokainabhängig und zwei Klienten wiesen eine Heroinabhängigkeit auf. Eine Person war abhängig von multiplen psychotropen Substanzen. Abhängig vom Glücksspiel war eine Person, ein Klient betrieb exzessiv Onlinespiele (pathologischer Mediengebrauch).

Drei Rehabilitanden waren 2013 in ärztlich begleiteter Substitutionsbehandlung.

Drei Personen waren 2013 in der Nachsorge nach einer abgeschlossenen stationären Therapie, zwei Personen schlossen die Nachsorgebehandlung regulär ab, eine Person befand sich Ende 2013 noch in der Maßnahme.

Die Dauer der Therapie der Rehabilitanden unterscheidet sich nach Art der Leistung des Kostenträgers. Da eine Weiterbehandlung oder eine Nachsorge stets nach einer regulär abgeschlossenen stationären Rehabilitation gewährt wird, sind diese Maßnahmen in der Regel kürzer als eine ambulante medizinische Rehabilitation, die im Allgemeinen 40 Einzel- und 40 Gruppengespräche umfasst und zumeist ohne vorher stattgefundenen Rehabilitationen eingeleitet wird.

Die Ambulante Medizinische Rehabilitation ist besonders

geeignet für bereits therapieerfahrene Rehabilitanden sowie für Personen mit einem festen Arbeitsplatz und einem stabilen familiären oder sozialem Umfeld.



Sylvia  
Wesner

*Sylvia Wesner, Andreas Sommerburg*

# Psychosoziale Betreuung Substituierter

**Auch im Jahr 2013 betreute und begleitete die Jugend- und Drogenberatungsstelle Wolfsburg Menschen, die aufgrund ihres Konsumverhaltens illegaler Substanzen eine medizinische Behandlung mit dem Hauptmerkmal Ersatzopiatversorgung aufgenommen haben.**

Diese medizinische Behandlung wurde im Jahr 2013 durch fünf (sucht-) fachlich geschulte Ärzte durchgeführt. Eine der substituierenden Praxen musste im laufenden Jahr leider und unerwartet schließen.

Die medizinische Therapie für 202 Patienten wurde durch die rehabilitative Komponente der psychosozialen Betreuung ergänzt. In Niedersachsen wird diese psychosoziale Betreuung im Wesentlichen durch das Land finanziert, in unserer Einrichtung durch 2,5 Personalstellen.

Die verschiedenen Elemente der psychosozialen Betreuung reichen von

- der Informationsvermittlung über die Ursachen und Folgen des Konsums illegaler Substanzen,
- der Vermittlung und Koordination von Unterstützungsmöglichkeiten und -angeboten,
- über die primäre Existenzsicherung, d. h. Hilfe zur Verbesserung der Lebenssituation,
- bis zur Hilfe beim Umgang mit Ämtern und Behörden.

Weiter ist die Vermittlung in alternative / weiterführende Hilfeformen ein wichtiger Bestandteil der psychosozialen Betreuung.

Die Begleitung verläuft schrittweise über die Erreichung von Teilzielen und stellt einen längerfristigen Prozess zur Stabilisierung dar.

Durch ein enges Zusammenwirken der Beteiligten

(Substituierte, Mitarbeiter der Fachstelle und substituierende Ärzte) soll für die Patienten eine soziale und gesundheitliche Stabilisierung bzw. Verbesserung erreicht und im günstigsten Verlauf eine soziale und berufliche Rehabilitation erzielt werden. Ein

Teilziel ist in diesem Prozess z. B. die Verringerung von Kriminalität und Unterstützung bei der Ablösung aus dem Drogenmilieu. Wichtig und erfolgsversprechend für diesen Prozess ist ein enges Zusammenwirken zwischen den Betroffenen und den Mitarbeitern der verschiedenen Helfersysteme. Dies erfordert einen regelmäßigen kommunikativen Austausch.

In Wolfsburg bedeutet dies für die durch unsere Einrichtung unterstützten Menschen: Möglichst langfristige, hochintensive und doch minimalinvasive, an den Interessen und Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete, beziehungsgestaltende Betreuung.

## ■ Ergebnisse der jährlichen Datenauswertung

2013 wurden 202 Personen durch unsere Einrichtung im obigen Sinne betreut.

Die für diesen Personenkreis durchgeführte Datenerhebung umfasst Lebensbereiche, welche für die landesweite Statistik von besonderem Interesse sind:

- Wohnsituation
- Erwerbsstatus (berufliche Qualifikation)
- Beschäftigungsstatus
- Strafrechtliche Situation
- (Bei-) Konsum von Alkohol
- (Bei-) Konsum von illegalen Drogen

Seit dem Jahr 2011 wird ein weiterer Punkt für diese Datenerhebung offiziell berücksichtigt:

Die Anzahl von Kindern im Alter von 0 - 18 Jahren im Haushalt der Substituierten.

Die jeweiligen Klientendaten wurden durch die zuständigen Betreuungspersonen erfasst. Sie beziehen sich auf die Anfangssituation im Jahr 2013 (oder des Betreu-



Claudia Ehlers

ungsanfanges im Verlauf des Jahres) und die Situation zum Ende des Jahres.

## **Wohnsituation**

Von den insgesamt 202 Betreuten lebten (28) Personen (13,9 %) in problematischen Wohnverhältnissen. Die Betroffenen wohnten in der örtlichen Obdachlosenunterkunft, in Sammelunterkünften oder einem anderen problematischen Umfeld. Die Wohnsituation ist häufig gekennzeichnet von unhygienischen Bedingungen und gemeinsamer Nutzung sanitärer Einrichtungen (z.B. mehr als 30 Personen teilen sich ein WC sowie eine Dusche). Die Lebensumstände gestalten sich, auch durch das Umfeld, schwierig und einmal dort gestrandet finden die Betroffenen nur schwer Zugang zu „normalem“ Wohnraum.

Die Mehrheit der Betreuten, 86,1 %, lebte in unproblematischen Wohnverhältnissen.

## **Berufliche Qualifikation und Beschäftigungssituation**

41,6 % der 202 betreuten Personen verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung. 40,1 % aller Betreuten (81 Personen) gingen 2013 einer Erwerbstätigkeit nach. Gegenüber dem Vorjahr konnten 77 Personen ihr Beschäftigungsverhältnis unverändert weiterführen. Die Betroffenen ohne Erwerbseinkommen lebten überwiegend von ALG II („Harz IV“).

Viele unserer Klienten benötigen zur ihrer Stabilisierung einen geregelten Tagesablauf. Die Notwendigkeit eines Beschäftigungsverhältnisses zur Strukturierung des Tagesablaufs und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben steht jedoch im Widerspruch zu den Schwierigkeiten der Betroffenen, Strukturen verbindlich einzuhalten. Die Aufnahme einer Tätigkeit muss gut vorbereitet, begleitet und unterstützt werden. Eine Kooperation mit den involvierten Fachinstitutionen ist bei diesem Prozess hilfreich und wünschenswert.

## **Strafrechtliche Situation**

Vor dem Hintergrund einer hohen Kriminalitätsrate Opiatabhängiger ist die Reduzierung von Straftaten ein Ziel der Ersatzopiatbehandlung. Von einer strafrechtlichen Verfolgung waren 2013 32 Personen aus unserem Klientenkreis betroffen.

## **Alkohol- und Drogenproblematik**

Personen mit illegalem Substanzgebrauch konsumieren häufig nicht nur eine sondern mehrere Substanzen. Auch während einer Substitutionsbehandlung kommt es aus unterschiedlichsten Gründen zum Beikonsum psychotroper Substanzen. Ohne einen problematischen Beikonsum von Heroin lebten 125 Personen (61,9 %), ohne problematischen Alkoholkonsum 145 Personen (71,8 %). Bei diesem Klientel ging es um die Stärkung ihrer Ressourcen und Teilhabe an wichtigen gesellschaftlichen Lebensbezügen wie Arbeit, Freizeitgestaltung, Aufbau von drogenfreien sozialen Kontakten, Umgang mit Krisen etc.. Durch die Bezugsperson bei der Jugend- und Drogenberatung konnte der Zugang zu Hilfsangeboten geschaffen sowie deren Koordination gewährleistet werden.

Die Betroffenen mit Beikonsum profitieren von der Behandlung insofern, dass sich ihr Konsumverhalten weniger selbstschädigend gestaltet. Beziehungsaufbau und -pflege zu diesem Klientel sind die entscheidenden Voraussetzungen, um Veränderungs motivationen aufgreifen zu können und (kleinste) Fortschritte zu erzielen. Dies erfordert eine zurückhaltende, aber konsequente Initiative und

Kontaktverantwortung seitens der Mitarbeitenden unserer Einrichtung.

## **Kinder im Haushalt der Substituierten**

Erfasst werden alle Kinder, die in einem Haushalt leben, in dem mindestens eine



Person substituiert wird. Berücksichtigt werden eigene Kinder, aber auch Kinder eines Partners bzw. einer Partnerin. Insgesamt lebten 35 Kinder in einem Haushalt, in dem unter diesen Kriterien eine Person substituiert wird. Davon waren 17 Kinder zwischen 0 und 6 Jahren, 14 zwischen 7 und 14 sowie 4 Kinder zwischen 15 und 17 Jahren alt.

## ■ **Rückblick und Ausblick**

Im Vergleich zu der Versorgungssituation von Substituierten in Niedersachsen sind

die Betroffenen in Wolfsburg relativ gut versorgt. Wir wünschen uns für die Zukunft, dass diese Versorgungssituation möglichst lang erhalten bleibt.

Durch den Ausbau gezielter Gruppenangebote beabsichtigen wir die Bedürfnisse unserer Klienten aufzunehmen. Wir streben hiermit eine Stabilisierung bzw. Verbesserung und Weiterentwicklung der Lebenssituation unserer Klienten an.

*Claudia Ehlers, Stephan Werthes*

## ■ **KISS (Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum)**

**Sind Konsumenten illegaler Substanzen in der Lage ihren Konsum zu kontrollieren? KISS wurde im Jahr 2005 durch Prof. Dr. Joachim Körkel hierzu neu entwickelt. Das Selbstmanagementprogramm dient der gezielten Reduktion des Konsums legaler und illegaler Drogen.**

Charakteristisch für das KISS Programm sind die „Selbstbestimmung“ sowie die „Zieloffenheit“ der Teilnehmer. Das Gruppenangebot richtet sich an Personen, die eine Reduktion oder eine Beendigung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel anstreben. Diese Personen können sich in einem Ersatzopiatprogramm (Substitutionsprogramm) befinden, es ist jedoch keine Voraussetzung für eine Teilnahme. Die Teilnehmer von KISS entscheiden selbst, bei welchen Substanzen sie Veränderungen vornehmen und in welchem Tempo sie dies umsetzen möchten.

Claudia Ehlers absolvierte 2012 erfolgreich die Weiterbildung zur KISS Trainerin. Die Teilnehmer werden durch 12 Module geführt, begleitet und unterstützt. Die Gruppe kann mit mindestens 3 Teilnehmern starten.

Wichtiges Hilfsmittel während der ca. 4 Monate andauernden KISS Gruppe ist das Konsumtagebuch. Hier wird genau dokumentiert wann und wie viel von der gewünschten Reduktionssubstanz konsumiert wird. In einem zweiten Schritt werden selbstbestimmt genaue Konsumziele festgelegt. Die Zieleinhaltung wird durch die einzelnen Module unterstützt. Es kann evaluiert werden was funktioniert und was neu überdacht werden müsste.

Das KISS Angebot richtet sich an Abhängigkeitserkrankte, die mehrere Abstinenzversuche in ihrem Leben durchlaufen haben und feststellen konnten, dass sie die Abstinenz auf lange Zeit nicht umsetzen können. KISS strebt keine Abstinenz, sondern bewussten, kontrollierten, und somit selbstbestimmten Konsum als Ziel an.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.kiss-heidelberg.de](http://www.kiss-heidelberg.de)



# Glücksspielprävention/ -beratung

**Im Berichtszeitraum 2013 war im Fachbereich Glücksspiel das Hauptthema, die Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit. Diese soll die Gesellschaft, sowohl über das Gefahrenpotenzial von Glücksspiel informieren, sowie von Glücksspiel Betroffenen und deren Angehörigen, das Hilfs- und Behandlungsangebot aufzeigen.**

Ziele der Glücksspielprävention sind, die Entstehung von Glücksspielsucht frühzeitig abzuwehren, bessere Strukturen für die Glücksspielsuchtbekämpfung aufzubauen und Menschen mit einer Glücksspielsucht frühzeitig Hilfen anzubieten.

Die Arbeit wird koordiniert durch die NLS (Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen) in Hannover.

Hierzu fanden zwei Veranstaltungen in der Öffentlichkeit statt. Zum Jahresbeginn konnten wir uns, mit der freundlichen Unterstützung des ECE- Managements, mit einem Informationstand in der City- Galerie präsentieren.

Am 25.09.13 fand der jährliche Aktionstag gegen Glücksspielsucht „Behalt das Glück in Deiner Hand“ statt.

Hier konnten wir Herrn Dr. Tobias Hayer (Uni Bremen) für einen Vortrag zum Thema Ursachen und Folgen von Glücksspielsucht und daraus resultierende erforderliche Präventions-, Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen, gewinnen. Die Veranstaltung fand im Wolfsburger Kulturzentrum Hallenbad im Rahmen unserer Veranstaltungsreihe *DROBS-Information* statt. Im Anschluss an den Vortrag, konnten die Besucher Fragen rund um das Thema Glücksspiel an den Referenten Herrn Dr. Tobias Hayer, stellen.

Informationen zur Veranstaltungsreihe der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg erhalten Sie unter [www.drogenberatung-wolfsburg.de/drobs-information](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/drobs-information)

Ein verstärktes Augenmerk wurde in diesem Jahr auf die Glücksspielprävention an

den berufsbildenden Schulen gelegt. In deren Umkreis befinden sich einige Spielhallen, die laut Berichten von Schülern, in den Pausen regelmäßig aufgesucht werden. Es wurde in 10 BBS- Klassen ein Glücksspielpräventionsangebot durchgeführt.



Weiterhin galt es, das Beratungsangebot zu gewährleisten. Ziel des Beratungsangebotes ist, über das Thema Glücksspielsucht umfassend zu informieren. Darüber hinaus sollte den Betroffenen und deren Angehörigen der Zugang zum Hilfsnetzwerk erleichtert werden.

Grundlage jeder Beratung gefährdeter und abhängiger Spieler, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die die Auseinandersetzung mit der persönlichen Lebenssituation, den spezifischen Hintergründen und dem eigenen (Spiel-)Verhalten ermöglichen soll. Dies bedeutet auch die Förderung der Eigenmotivation um aktiv zu reflektieren und an Veränderungsprozessen arbeiten zu können.

In einer respektvollen Atmosphäre wird der Grad der Gefährdung oder der Abhängigkeit herausgearbeitet, um so eine individuell geeignete Unterstützung planen und veranlassen zu können. Das Thema Verschuldung wird angesprochen und es wird evtl. eine Vermittlung an eine Schuldnerberatung eingeleitet.

Das Beratungsangebot richtet sich ebenso an Angehörige von Glücksspielern. Oftmals leiden besonders die Partner, Freunde und Bekannte unter den Folgen der Glücksspielsucht.

Die Gründe des Angehörigen eine Beratung aufzusuchen, sind oftmals die Hilflosigkeit dem Betroffenen gegenüber, finanzielle Sorgen und das Lügennetz des

Spielenden.

Im Gespräch wird die individuelle Belastungssituation gesehen und die notwendige Abgrenzung von dem problematischen Verhalten des Spielenden thematisiert, um den Kreis der „Co-Abhängigkeit“ verlassen zu können.

Gleichzeitig wird dem Angehörigem das Recht auf Eigenverantwortung und das Recht auf eigenes Wohlergehen aufgezeigt. Im Jahr 2013 wurden 78 Klienten (50 Betroffene und 28 Angehörige) im Fachbereich Glücksspiel beraten. Ein Großteil der

Ratsuchenden befand sich in einem längeren Beratungsprozess.

In erster Linie lag die Hauptproblematik der Betroffenen beim gewerblichen Automatenpiel. Auffällig war die hohe Anzahl junger Spieler.

Zur Unterstützung der Vernetzung und der Präventionsarbeit wurden Gespräche mit Kooperationspartnern, wie Schulsozialarbeitern, Schuldnerberatern und Ordnungsamtsmitarbeitern geführt.

**Birgit Gallinsky**

---

## Change

---

**Auch im Jahr 2013 fand unser Gruppenangebot für Konsumenten von Partydrogen / Cannabis statt. Nach einem strukturierten Vorgespräch, in dem die Eignung der Bewerber für die Gruppe zu klären war, fanden 7 Gruppensitzungen sowie ein Abschlussgespräch statt.**

Change ist ein Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene, welche die Chance nutzen wollen ihr Konsumverhalten zu hinterfragen, einzuschränken oder zu beenden. Die Teilnehmer müssen keinen Abstinenznachweis erbringen.

In den Gruppensitzungen wurden Themenbereiche im Zusammenhang mit Cannabis, Herbal Blends, Ecstasy, Speed und anderen sogenannten Partydrogen behandelt.

Informationen über die verschiedenen Substanzen und ihre Wirkungsweise, rechtliche Fragen, Konsequenzen aus Auffälligkeiten im Straßenverkehr, Hintergründe zu Abhängigkeit und Abhängigkeitsentwicklung, eine Funktionsanalyse des Konsums, Risikosituationen, Umgang mit dem Suchtdruck aber auch situative Themen wurden aufgegriffen und besprochen. So ging es in dieser Gruppe nicht nur um das Vermitteln von Informationen, sondern sie bot einen Raum zum Austausch und zu Diskussionen.

Den Teilnehmenden ist es wichtig, ihre Unabhängigkeit und die in der Fachsprache so genannte „Fassade“ zu wahren. Es sind einige Kontakte nötig, um die Widerstände der Teilnehmer aufzunehmen und eine Vertrauensbasis zu schaffen. Über deutschen Rap, Kiffersprüche, das Aufgreifen individueller Themen etc. konnte diesbezüglich eine Brücke geschlagen werden. Auf die Gruppenerfahrung aufbauend ließen sich manche Teilnehmer selbstmotiviert auf eine weiterführende Beratung / Behandlung ein.



**Michaela Mimitz**

2013 gab es zwei Gruppendurchläufe, die Anfragen von Interessierten zur Change Gruppe konnten gut aufgefangen werden.

**Michaela Mimitz**

Informationen zur Anmeldung und Teilnahme erhalten Sie unter  
[www.drogenberatung-wolfsburg.de/change](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/change)

# SonderBar

**Im Januar 2014 ist Kontaktladen SonderBar nach über 14 Jahren am alten Standort in die Schillerstraße umgezogen. Wir blicken zurück auf die niedrigschwellig arbeitende Anlaufstelle für die Wolfsburger Heroinszene und für szenenahe Substituierte und ziehen eine statistische Bilanz.**

## ■ Alessandro-Volta-Straße

Unser Standort in der Alessandro-Volta-Str. 3 wurde vom 16.11.1999 bis zum 08.01.2014 für unsere niedrigschwellige Arbeit genutzt und hat in dieser Zeit eine Menge geleistet:

In 735 Wochen hatten wir an 3.759 Tagen für 140.479 Besuchskontakte geöffnet. Es wurden insgesamt ca. 616.000 Spritzen und Kanülen getauscht (gebraucht gegen neu) oder erworben. Unser Spritzenautomat am Haus wurde 27.781 mal genutzt.

Abgesehen von einigen Krankenwagen- und wenigen Polizeieinsätzen (in der Regel unbemerkt von Anwohnern in der Nachbarschaft) kam es an diesem Standort nicht zu den von Anwohnern zu Beginn befürchteten Belastungen durch die Besucher.

Alle Gebäude auf dem Gelände sind inzwischen abgerissen. Hier werden Büros entstehen. Dank der Unterstützung aller Beteiligten in Politik, Verwaltung und bei der Neuland wurde der Abriss erst durchgeführt, als ein neuer Standort im Innenstadtbereich gefunden wurde.

## ■ Schillerstraße

Unser neuer Standort ist das alte Cadera-Backhaus in der Schillerstraße. Trotz zentraler Lage liegt die Einrichtung jetzt an einem Wohngebiet und hat insofern wieder Bedenken bei den Anwohnern hervorgerufen.

Die Angebote der SonderBar

bleiben am neuen Standort weitestgehend die selben wie bisher. Lediglich unsere Kleiderkammer mussten wir räumlich bedingt aufgeben. Allerdings stehen uns nun größere und besser geeignete Räume für unsere Arbeit zur Verfügung.

### *offener Bereich*

Der offene Bereich ist Tagesaufenthaltsstätte für Konsumenten harter Drogen und Substituierte mit weiter bestehendem szenetypischen Lebensstil.

Neben Spontanberatung und Hilfen in allgemeinen Lebensfragen stehen die Sicherstellung lebensnotwendiger Grundbedürfnisse wie Hygiene, Essen und Trinken,

Unterstützung bei kleiner Wundversorgung, Spritzentausch und Aufwärmen im Vordergrund.

Die Mitarbeiter leiten die Besucher, wenn gewünscht oder notwendig, in andere Hilfsangebote wie zum Beispiel die Drogenbera-



Victor Pahl



Die neuen Räume der SonderBar in der Schillerstraße

## ■ Statistik 2013

### **Besucherzahlen und -struktur**

Im Jahr 2013 konnten wir an den 245 Tagen, die wir geöffnet hatten, 10.334 Besucherkontakte verzeichnen. Das entspricht einer durchschnittlichen Besucherzahl von ca. 42 pro Tag.

Die Zahl der Kontakte von Frauen betrug 16%, Besuche von Eltern mit minderjährigen Kindern finden erfreulicherweise seit Jahren praktisch gar nicht mehr statt. Der Anteil von Kindern an den Besuchskontakten betrug im vergangenen Jahr lediglich 0,03 %. Die Gesamtzahl der betreuten Klienten betrug 224, das Klientel setzte sich zusammen aus 100 nicht substituierten, 119 substituierten Klienten und 5 Angehörigen. Der Anteil der Besucher mit Migrationshintergrund lag bei ca. 28 %.



Udo  
Eisenbarth

### **Gesundheitsprophylaxe**

Die Anzahl der ausgegebenen sterilem Spritzbesteck (Kolben, Nadeln) liegt -wie auch in den Vorjahren- um ca. 50.000 Stück. Der Rücklauf der gebrauchten Spritzen funktioniert nach wie vor gut.

### ■ Besonderer Dank

Unser Dank gilt den zahlreichen privaten und gewerblichen Sachspendern, die unsere Arbeit und im vergangenen Jahr auch unseren Umzug unterstützt haben.

**Udo Eisenbarth**

tungsstelle oder andere Institutionen weiter. Bei allen Hilfeangeboten sollen immer die individuellen Ressourcen der Klienten berücksichtigt und die (Selbsthilfe-) Potentiale des Einzelnen und seines sozialen Umfelds beachtet werden.

Für die Inanspruchnahme der Angebote ist kein Abstinenzwunsch erforderlich. Die angebotenen Hilfen dienen hier in der Regel dem Erhalt der psychischen, physischen und sozialen Ressourcen der Besucher. Durch ein möglichst frühzeitiges Erreichen und eine hohe Akzeptanz bei den Besuchern, sollen die Angebote der SonderBar einer fortschreitenden Verelendung entgegenwirken. Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Reduzierung von Ansteckungsrisiken leistet der Spritzenautomat. Rund um die Uhr können sich Menschen, die Drogen intravenös konsumieren, mit sterilen Einmalspritzen versorgen.

Die Ziele des Kontaktladens sind also die Wahrung der Chance auf einen späteren Ausstieg aus dem Drogenkonsum, das Aufbau von Vertrauen in institutionelle Hilfen oder bei dauerhaft fehlender Änderungsbereitschaft oder -fähigkeit, eine humanitäre Basisversorgung. Das niedrigschwellige Angebot bietet die Möglichkeit für frühe und notwendige Unterstützungskontakte. Im weiteren Verlauf der wechselhaften Lebensphasen Drogenkonsumierender bleibt dieses Angebot für Viele von Bedeutung, da es eine alltägliche und wichtige Ergänzung zu anderen Hilfsangeboten ist.

### **niedrigschwellige Betreuung**

Die offenen Angebote werden um eine niedrigschwellige Betreuung von szenenahen Substituierten erweitert. Diese Betreuung in separaten Räumlichkeiten der SonderBar wird durch regelmäßige Präsenz von Kollegen aus dem Arbeitsbereich der psychosozialen Betreuung Substituierter gewährleistet (siehe auch deren Artikel ab Seite 21).

Weitere Informationen, das Konzept, die Öffnungszeiten und weitere Bilder finden Sie unter [www.drogenberatung-wolfsburg.de/sonderbar](http://www.drogenberatung-wolfsburg.de/sonderbar)

# Jahresstatistik 2013

**Unsere Jahresstatistik dokumentiert die relevanten Zahlen des Berichtjahres und vergleicht sie mit den Zahlen des Vorjahres. Darüber hinaus zeigen wir an dieser Stelle langfristige Entwicklungen auf.**

Die Gesamtzahl der von uns betreuten Klienten ist von 860 im Jahr 2012 um fast 11 % auf 962 gestiegen. Das ist die höchste Klientenzahl in der Geschichte der Jugend- und Drogenberatung Wolfsburg und bedeutet eine Steigerung der Klientenzahlen um 23,4 % in den letzten 10 Jahren (s. Abb. 1).

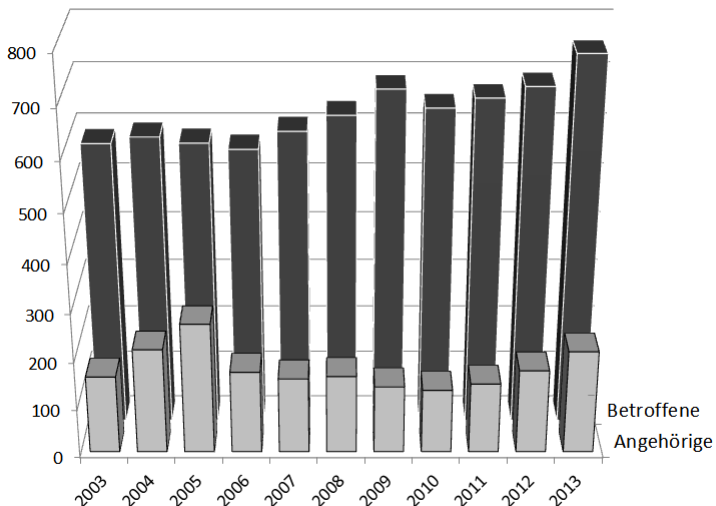
Die Steigerung der ratsuchenden Angehörigen von 2012 auf 2013 liegt dabei prozentual deutlich höher als die der Betroffenen.

Bei den Betroffenen, die mehrfach Beratungen oder andere unserer Dienstleistungen wahrgenommen haben, hat die Zahl der alleinstehenden Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, und Menschen mit der Hauptdroge Cannabis überproportional zugenommen (s. Tabellen 12, 14, 16 und 17).

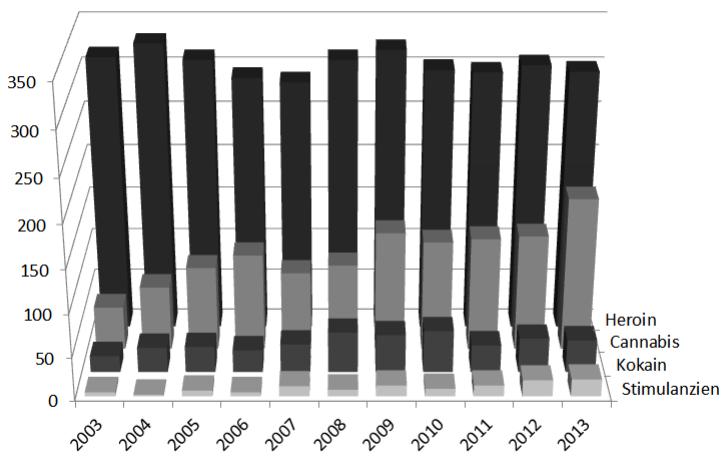
Die Zahl der Männer mit Kindern im eigenen Haushalt hat ebenfalls deutlich zugenommen (s. Tabelle 18).

Abb. 2 zeigt die Klienten, bei denen die Diagnose Missbrauch / Abhängigkeit von illegalen Substanzen gestellt wurde und gliedert sie nach der Hauptdroge. Die Anzahl der Heroinkonsumenten liegt seit über 10 Jahren relativ konstant um 300 Personen (in 2013 bei 299). Es ist also keine Abwärtstrend zu erkennen bei der Droge, die, wie man annehmen könnte, „aus der Mode“ gekommen ist.

Mit den speziellen Angeboten *psychosozialen Betreuung* und des niedrigschwelligen Angebots der *SonderBar* wird die Drogenberatung Wolfsburg dem hohen individuellen Hilfebedarf und der hohen Betreuungsichte dieser Konsumentengruppe gerecht.



**Abb. 1 - Entwicklung der Klientenzahlen**



**Abb. 2 - Betroffene nach Hauptdroge**

Die Betreuungsichte in anderen Konsumentengruppen ist üblicherweise weitaus geringer, da dieser Personenkreis in der Regel noch deutlich besser sozial integriert ist. Ein möglichst früher Kontakt- und Interventionszeitpunkt ermöglicht hier deshalb eine bessere Problembehandlung. Aus diesem Grund arbeitet die Beratungsstelle seit Jahren mit langfristig angelegten Projekten darauf hin, diese Gruppen besser zu erreichen und zu binden.

Dass uns dies zunehmend gelingt, belegt Abb. 2:

Während der Anteil derer, die als Hauptdroge nicht Heroin konsumieren (überwiegend Cannabis, Kokain und Ecstasy) in 2003 noch

bei 19 % lag, so sind es inzwischen 44 %. Die Zahl der Cannabiskonsumenten in unseren Hilfsangeboten stieg allein im letzten Jahr um 24 % von 134 auf 177 Personen.

**Udo Eisenbarth**

## ■ Klientenzahlen

Die Zahlen des Vorjahres stehen in Klammern hinter den aktuellen Zahlen. Bei fehlenden Klammern existiert kein vergleichbarer Vorjahreswert.

<b>1 - Klienten Beratungsstelle / Kontaktladen</b>	Männer	Frauen	gesamt
Betroffene - Mehrfachkontakt	523 (491)	117 (108)	640 (599)
Betroffene - Einmalkontakt	85 (75)	24 (13)	109 (88)
Angehörige - Mehrfachkontakt	19 (15)	68 (66)	87 (79)
Angehörige - Einmalkontakt	35 (31)	91 (63)	126 (94)
<b>gesamt</b>	<b>662 (610)</b>	<b>300 (250)</b>	<b>962 (860)</b>

## ■ Tätigkeiten

### Tätigkeiten aller Arbeitsbereiche

<b>2 - Gesamtzahl der Beratungen und Kontakte</b>	Anzahl
Kurzberatungen (Aufwand pro Beratung bis 15 Minuten)	552 (436)
Beratungen (Aufwand pro Beratung 15 - 60 Minuten)	2.943 (3.100)
niedrigschwellige Kontakte in der SonderBar	10.344 (11.485)
telefonische Beratung	844 (770)
E-Mail-Beratungen / Einzelchats	104 (116)
themenbezogene Gruppensitzungen á 60 Minuten	249 (216)
Gruppenstunden mit Schulklassen á 45 Minuten	210 (233)

### Zahlen aus speziellen Angeboten

<b>3 - Psychosoziale Betreuung Substituierter</b>	Männer	Frauen	gesamt
Personen in psychosozialer Betreuung	158 (165)	44 (46)	202 (211)

<b>4 - Niedrigschwellige Arbeit</b>	Kinder	Männer	Frauen
Kontakte in der SonderBar	3 (8)	8.681 (9.873)	1.650 (1.604)

<b>5 - Ambulante Rehabilitation</b>	15 Männer, 3 Frauen
davon Nachsorgebehandlungen	3 (6)
reguläre Therapiebeendigung in 2013	8 (5)
andauernde Therapie	4 (8)
vorzeitige Beendigung mit ärztlichem Einverständnis	1 (1)
vorzeitige Beendigung (Relegation, Abbruch Klient)	5 (4)
Hauptdroge Heroin	2 (1)
Hauptdroge Kokain	5 (3)
Hauptdroge Cannabis	8 (2)
zwei Hauptdrogen	0 (5)
Polytoxikomanie (mindestens 3 Hauptdrogen)	1 (6)
pathologischer Mediengebrauch	2 (1)
Substitution während der Therapie	3 (3)
Strafzurückstellung gemäß § 35 / gerichtliche Auflage	7 (8)

<b>6 - Vermittlung</b>	Männer	Frauen	gesamt
in stationäre Rehabilitation	28 (28)	3 (3)	31 (31)
in Kombi-Nord (ambulante und stationäre Module)	1 (1)	0 (0)	1 (1)
in ambulante Rehabilitation	15 (7)	3 (1)	18 (8)
in stationäre Eingliederungshilfe	6 (4)	0 (0)	6 (4)
in ambulante Eingliederungshilfe	0 (4)	1 (3)	1 (7)

<b>7 - Substanzkontrollen</b>	Anzahl
Urinkontrollen	384 (314)

## ■ Merkmale der betreuten Klienten

Die hier veröffentlichten Zahlen beziehen wir aus den statistischen Angaben der Berater, die jährlich erhoben werden und mit den Zahlen aller anderen deutschen Beratungsstellen im Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung zusammengefasst und veröffentlicht werden. In den folgenden Tabellen wurden ausschließlich die Daten der Betroffenen, die unsere Einrichtung mehr als einmal aufgesucht haben, berücksichtigt (599 Personen).

<b>8 - Kontaktaufnahme / vermittelnde Instanz</b>	Männer [523]	Frauen [147]
ohne Vermittlung	255 (240)	57 (45)
Familie	39 (35)	7 (5)
Arbeitgeber / Schule	6 (5)	0 (0)
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	124 (119)	39 (40)
Rehabilitationseinrichtung	5 (4)	0 (0)
Arbeitsagentur / Job-Center / ARGE	1 (0)	1 (1)
Einrichtungen der Jugendhilfe / Jugendamt	17 (9)	3 (3)
Straßenverkehrsbehörde	5 (9)	0 (1)
Justizbehörden / Bewährungshilfe	39 (31)	2 (3)
Suchtberatung / Fachambulanz	6	2
sonstiges	9 (19)	4 (7)
keine Angaben	17 (20)	2 (3)

<b>9 - Wiederaufnahme</b>	Männer [523]	Frauen [147]
ja	255 (259)	64 (60)
nein	258 (216)	51 (44)
keine Angaben	10 (16)	2 (4)

<b>10 - Auflagen durch Gerichtsbeschluss</b>	Männer [523]	Frauen [147]
keine gerichtlichen Auflagen	349 (312)	98 (82)
BtMG (§§ 35 - 37, 31)	99 (77)	11 (18)
andere strafrechtliche Grundlagen	27 (22)	2 (3)
keine Angaben	48 (80)	6 (15)

<b>11 - Alter am Ende des Berichtszeitraums</b>	Männer [523]	Frauen [147]
bis 14	1 (0)	0 (1)
15 - 17	28 (15)	4 (1)
18 - 19	22 (14)	3 (5)
20 - 24	68 (64)	9 (8)
25 - 29	69 (80)	17 (22)
30 - 39	154 (146)	38 (29)
40 - 49	131 (122)	36 (36)
über 50	50 (50)	10 (5)
keine Angaben	0 (0)	0 (1)

<b>12 - Hauptdroge bei Betreuungsbeginn*</b>	Männer [523]	Frauen [147]
Alkohol	28 (31)	5 (6)
Opioide (z.B. Heroin)	230 (239)	69 (67)
Cannabis	153 (117)	24 (17)
Sedativa / Hypnotika	2 (5)	4 (2)
Kokain	37 (37)	1 (3)
andere Stimulanzien	14 (15)	6 (4)
Halluzinogene	0 (0)	0 (0)
Esstörungen	0 (0)	1 (1)
pathologisches Glücksspiel	30 (20)	5 (1)
andere psychotrope Substanzen	1 (2)	0 (0)
keine Diagnose gestellt	28 (25)	2 (7)

\*Bei der Kategorie HAUPTDROGE werden die Diagnosekriterien der ICD-10 für Abhängigkeit und Missbrauch zu Grunde gelegt. Hiernach ist lediglich eine Substanz pro Klient als Hauptdroge zulässig. Daher wird der bei den Klienten parallel auftretende Konsum von mehreren Substanzen hier nicht dokumentiert.

<b>13 - Nationalität</b>	Männer [523]	Frauen [147]
deutsch	456 (440)	105 (97)
\ davon Aussiedler	87 (88)	9 (8)
italienisch	27 (19)	2 (3)
anderes europäisches Ausland	17 (19)	7 (6)
anderes nichteuropäisches Ausland	23 (12)	3 (1)
keine Angaben	0 (1)	0 (1)

<b>14 - Migrationshintergrund</b>	Männer [183]	Frauen [25]
selbst migriert	104 (89)	15 (9)
als Kind von Migranten geboren	79 (67)	10 (10)
der deutschen Sprache nicht mächtig	4 (2)	3 (1)
Anteil von Klienten mit Migrationshintergrund (gesamt 32,5 (29,3))	35,0 % (31,8)	17,0 % (17,6)

<b>15 - Wohnsituation</b>	Männer [523]		Frauen [147]	
Zeitpunkt / Zeitraum (s. unten)	1)	2)	1)	2)
selbständiges Wohnen	278 (271)	295 (284)	72 (69)	72 (70)
bei anderen Personen	136 (109)	153 (137)	22 (20)	28 (24)
ambulant betreutes Wohnen	2 (2)	2 (2)	2 (1)	2 (1)
(Fach-)Klinik / stationäre Rehabilitationseinrichtung	18 (22)	6 (5)	3 (3)	2 (2)
(Übergangs-)Wohnheim	9 (5)	8 (4)	1 (1)	1 (1)
JVA / Maßregelvollzug / Sicherheitsverwahrung	28 (29)	6 (5)	6 (5)	0 (0)
Notunterkunft / Übernachtungsstelle	9 (5)	1 (6)	2 (0)	3 (2)
ohne Wohnung	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)
keine Angaben	43 (48)	42 (47)	9 (9)	9 (8)

1) überwiegend in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn

2) am Tag vor Betreuungsbeginn

<b>16 - Familienstand bei Betreuungsbeginn</b>	Männer [523]	Frauen [147]
ledig	378 (341)	73 (67)
verheiratet, zusammen lebend	54 (51)	14 (13)
verheiratet, getrennt lebend	18 (15)	5 (6)
geschieden	28 (26)	17 (14)
verwitwet	1 (1)	0 (0)
keine Angaben	44 (57)	8 (8)



<b>17 - Partnerbeziehung bei Betreuungsbeginn</b>	Männer [523]	Frauen [147]
alleinstehend	255 (224)	35 (30)
zeitweilige Beziehungen	54 (48)	11 (10)
feste Beziehung	166 (164)	61 (56)
keine Angaben	48 (55)	10 (12)

<b>18 - Kinder (unter 18 Jahre)</b>	Männer [523]	Frauen [147]
Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt*	108 (83)	29 (26)
\ davon Klienten mit eigenen Kindern**	75 (64)	28 (26)

\* Dieser Parameter bezieht sich auf alle Personen unter 18 Jahren im eigenen Haushalt, auch ohne Kindschaftsverhältnis zum Betroffenen

\*\* Dieser Parameter bezieht sich auf leibliche oder adoptierte Kinder

<b>19 - Höchster erreichter Schulabschluss</b>	Männer [523]	Frauen [147]
derzeit in Schulausbildung	37 (27)	5 (2)
ohne Schulabschluss abgegangen	41 (28)	8 (10)
Sonderschulabschluss	7 (7)	4 (4)
Hauptschulabschluss	223 (213)	41 (35)
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	101 (77)	31 (29)
Hochschul- / Fachhochschulreife	24 (26)	11 (11)
anderer Schulabschluss	8 (10)	1 (1)
keine Angaben	82 (103)	16 (16)

<b>20 - Höchster erreichter Ausbildungsabschluss</b>	Männer [523]	Frauen [147]
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	42 (28)	6 (7)
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	170 (147)	49 (47)
abgeschlossene Lehrausbildung	177 (162)	35 (31)
Techniker / Meister	6 (7)	0 (0)
Hochschulabschluss	7 (8)	3 (2)
anderer Berufsabschluss	3 (2)	0 (0)
keine Angaben	118 (136)	24 (21)

<b>21 - Erwerbssituation bei Betreuungsbeginn</b>	Männer [523]	Frauen [147]
Auszubildender	23 (21)	2 (1)
Arbeiter / Angestellter / Beamter	137 (110)	20 (16)
Selbständiger / Freiberufler	1 (2)	0 (0)
sonstige Erwerbsperson (z.B. Wehrdienst, Elternzeit)	2 (1)	1 (3)
in beruflicher Rehabilitation	2 (3)	2 (2)
arbeitslos nach SBG III (Bezug von ALG I)	27 (25)	6 (4)
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	197 (193)	60 (56)
Schüler / Student	49 (41)	8 (7)
Hausfrau / Hausmann	0 (0)	2 (3)
Rentner / Pensionär	11 (15)	2 (2)
sonstige Nichterwerbsperson (SGB XII)	23 (21)	2 (3)
keine Angaben	51 (59)	12 (11)