



**Katholische
Fachhochschule** ○ ○ ○ ○
Nordrhein-Westfalen

University of Applied Sciences

Fachbereich Sozialwesen

Studienrichtung Sozialpädagogik

Diplomarbeit

Empirische Untersuchung zum Konsum
psychotroper Substanzen von Kindern und
Jugendlichen in stationären
Jugendhilfeeinrichtungen

Studentin: **Maren Sachse**

Matr. Nr.: 210396

Erstprüfer: Prof. Dr. Michael Klein

Zweitprüferin: Dipl. Sozialarbeiterin Ingrid Sitzenstuhl

Abgabedatum: 14. Dezember 2001

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Köln, 14. Dezember 2001

Maren Sachse

Vorwort

Während einer Aushilfstätigkeit in einem Kinder- und Jugendheim stellte ich mit Erschrecken fest, dass der heutige Konsum von Nikotin bei minderjährigen Kindern und Jugendlichen recht hoch ist. Durch den sonstigen Kontakt zu Kindern gleicher Altersklasse im Umfeld verschiedener Ferienfreizeiten und durch meine 15-jährige Schwester weiß ich, dass das Konsumverhalten der Kinder in diesem Kinder- und Jugendheim vergleichsweise stark ausgeprägt ist.

Nichtraucher sind in Heimen die Ausnahme. Das Rauchen unter 16 Jahren ist zwar rechtlich verboten, aber die wenigsten halten sich daran. Wenn man in diesem Alter beim Rauchen auffällt, hat das zwar Konsequenzen, stellt aber keinen Anlass dar, das Verhalten zu ändern. Die Wegnahme der Zigaretten ist für das Kind zwar ärgerlich und die als Strafe auferlegte Gartenarbeit „ätzend“, aber wer sich im Garten ungeschickt anstellt, kann bald wieder seinen eigenen Interessen nachgehen.

Als NichtraucherIn und auch als ErzieherIn sollte es einen erschrecken, dass im Kinderheim der häufigste Wunsch zum 16. Geburtstag eine Schachtel Zigaretten ist. Tabakkonsum der Kinder ist im Heim bekannt und wird von ErzieherInnen ignoriert. Es gehört zum Alltag, ein Kind beim Rauchen zu erwischen. Das Kind hat lediglich mit den ErzieherInnen seiner Gruppe zu verhandeln. Da diese in den meisten Fällen selbst rauchen, wirken sie unglaubwürdig und die Gesetzesbarriere ist ihr einziges Gegenargument.

Der Alkoholkonsum im Heim scheint sich dagegen in Grenzen zu halten. Über die möglichen Gründe für dieses Verhalten kann ich nur spekulieren. So ist die Strafe bei Alkoholkonsum eine wesentlich höhere. Ähnlich wie bei illegalen Drogen geht dieser Konsum als Thema ins sogenannte „große Team“, d.h. ErzieherInnen der anderen Gruppen und die Heimleitung erfahren davon. Hier wird häufig der Verweis des Kindes aus der Einrichtung diskutiert, da man die Gefährdung der anderen Kinder als zu schwerwiegend betrachtet. Ein Verweis erfolgt nur bei wiederholtem Konsum, aber ist dies die richtige Reaktion?

Wenn man sich mit Fachkräften der Heimerziehung unterhält, wird schnell klar, dass viele Heimkinder aus suchtbelasteten Familien stammen. Trotz dieses offensichtlichen Sachverhaltes befinden sich in der Literatur weder genaue Zahlen noch Fakten.

Eher liest man Kritik, dass die Jugendhilfe ihre Aufgabe nicht wahrnimmt, sie verschleiert oder an die Drogenhilfe weitergibt (Degenhardt 1997). Die Drogenhilfe fühlt sich wiederum nicht dafür zuständig, weil die Kinder schon durch die Jugendhilfe „versorgt“ werden. Diese Vernachlässigung wurde auch durch die Äußerungen einiger Heimleitungen deutlich, mit denen ich aufgrund meiner empirischen Untersuchung Kontakt hatte.

“Endlich kümmert sich mal jemand um uns!”

INHALT

1	<i>Einleitung</i>	10
2	<i>Stationäre Jugendhilfeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche</i>	12
2.1	Die Entwicklung der Heimerziehung	12
2.2	Die Heimerziehung heute	15
2.3	Der gesetzliche Rahmen	18
2.4	Die Herkunftsfamilien von Heimkindern	20
3	<i>Psychotrope Substanzen</i>	25
3.1	Tabak	26
3.1.1	Situation in Deutschland	26
3.1.2	Wirkungsweise	26
3.1.3	Gesundheitliche Risiken	27
3.1.4	Rauchertypologien	28
3.1.5	Rauchen während der Schwangerschaft	29
3.1.6	Tabakkonsum bei Kindern	29
3.2	Alkohol	31
3.2.1	Situation in Deutschland	31
3.2.2	Wirkungsweise	32
3.2.3	Gesundheitliche Risiken	32
3.2.4	Typologien des Alkoholismus	34
3.2.5	Alkohol während der Schwangerschaft	35
3.2.6	Alkoholkonsum bei Kindern	36
4	<i>Sucht</i>	39
4.1	Vom Gebrauch zur Abhängigkeit	39
4.2	Risikofaktoren für Drogengefährdung	41
4.2.1	Personale Risikofaktoren	42
4.2.2	Soziale Risikofaktoren	44
4.2.3	Gesellschaftspolitische Risikofaktoren	46
4.3	Suchttheorien	47
4.3.1	Person-Umwelt-Drogen-Ansatz	47
4.3.2	Lerntheorien	50
4.3.3	Entwicklungstheorien	52

5	<i>Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien</i>	55
5.1	Situation in alkoholismusbelasteten Familien	55
5.2	Folgen für die Kinder	57
6	<i>Der Umgang mit psychotropen Substanzen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen</i>	59
7	<i>Forschungsablauf</i>	61
7.1	Vorbereitung der Untersuchung	61
7.1.1	Fragestellungen	61
7.1.2	Vorhandenes Wissen	62
7.2	Planung der Untersuchung	63
7.2.1	Untersuchungsziel	63
7.2.2	Hypothesen	63
7.2.3	Erhebungsmethode	64
7.2.4	Verfahren der Datenerhebung	64
7.2.5	Stichprobenbeschreibung	65
7.2.6	Befragungszeitraum	66
7.3	Durchführung	66
7.3.1	Gewinnung der Untersuchungsgruppe	66
7.3.2	Ablauf des Screenings	66
7.4	Auswertung	67
7.4.1	Zuordnung der Kontrollgruppe	67
7.4.2	Demographische Merkmale der Stichprobe	68
7.4.3	Risikokinder	71
7.4.4	Die eigene Erfahrung mit dem Zigarettenrauchen	75
7.4.5	Soziales Umfeld der Heimkinder	78
7.4.6	Eigene Erfahrungen mit dem Alkoholtrinken	79
7.4.7	Eigene Erfahrungen mit illegalen Drogen	82
7.4.8	Tabakdistanz	83
7.4.9	Alkoholdistanz	87
7.4.10	Widerstandsgewissheit	89
7.4.11	Erlebnisbereiche	90
7.4.12	Familienatmosphäre	90
7.4.13	Eltern-Kind-Beziehung	93
7.4.14	Persönlichkeitsdimensionen	96
7.5	Interpretation und Diskussion	102
7.5.1	Auslegung der Daten	102
7.5.2	Mögliche Konsequenzen für die Praxis	103

8	<i>Schlusswort</i>	107
9	<i>Kurz-Zusammenfassung (Abstract)</i>	111
10	<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	112
11	<i>Glossar</i>	113
12	<i>Literaturverzeichnis</i>	115
13	<i>Anhang</i>	120
13.1	Adressen der teilnehmenden Einrichtungen	120
13.2	Anschreiben	121
13.3	Informationsschrift des Forschungsschwerpunktes	123
13.4	Erweiterter Screeningbogen	129
13.5	Einverständniserklärung	136
13.6	Elternbrief	137
13.7	Kodierschema des Screeningbogens	139

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 3.1-1 Die schädlichen Wirkungen des Tabakrauches	28
Abbildung 3.1-2 Das psychomotorische Ritual des Rauchens	30
Abbildung 4.1-1 Stadien der Entstehung von Abhängigkeit	39
Abbildung 4.3-1 Gesundheit als Balance zwischen inneren und äußeren ...	48
Abbildung 4.3-2 Die Rolle des Konsums als Medium zur Herstellung der ...	49
Abbildung 4.3-3 Der „Person-Umwelt-Drogen-Ansatz“ zur Erklärung von ...	49
Abbildung 7.4-1 Geschlechtsspezifische Verteilung der Untersuchungsgruppe	68
Abbildung 7.4-2 Wunsch, dass ein Elternteil weniger Alkohol trinkt	71
Abbildung 7.4-3 Wer soll weniger Alkohol trinken?	72
Abbildung 7.4-4 War das Alkoholtrinken eines Elternteils ein Problem für dich?	72
Abbildung 7.4-5 Wunsch, dass ein oder beide Elternteile weniger rauchen?	74
Abbildung 7.4-6 Wer soll weniger rauchen?	75
Abbildung 7.4-7 Eigene Erfahrung mit dem Zigarettenrauchen	76
Abbildung 7.4-8 Wie wichtig sind für dich Zigaretten?	77
Abbildung 7.4-9 Wie alt warst du, als du deine erste Zigarette geraucht hast?	77
Abbildung 7.4-10 Wie wichtig, meinst du, sind Zigaretten für deinen Vater?	78
Abbildung 7.4-11 Wie wichtig, meinst du, sind Zigaretten für deine Mutter?	79
Abbildung 7.4-12 Eigene Erfahrung mit dem Alkoholtrinken	80
Abbildung 7.4-13 Die eigene Erfahrung mit dem Alkoholtrinken, in Gruppen ...	80
Abbildung 7.4-14 Wie wichtig ist für dich Alkohol?	81
Abbildung 7.4-15 Tabakdistanz	86
Abbildung 7.4-16 Alkoholdistanz	88
Abbildung 7.4-17 Wie schwer würde es dir fallen, Nein zu sagen, wenn dir ...	89
Abbildung 7.4-18 Wie schwer würde es dir fallen, Nein zu sagen, wenn dich ...	89
Abbildung 7.4-19 Erlebnisbereiche der Kinder	90
Abbildung 7.4-20 Eltern-Kind-Beziehung aus der Sicht der Kinder	95
Abbildung 7.4-21 Persönlichkeitsdimension „Spontanität“	99
Abbildung 7.4-22 Persönlichkeitsdimension „Risiko Vermeidung“	100
Abbildung 7.4-23 Persönlichkeitsdimension „Belohnungsabhängigkeit“	101

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2.2-1 Anzahl der Kinder in Heimerziehung & sonstiger betreuter Wohnform	16
Tabelle 2.4-1 Lebensform der Kinder vor der Eingliederung in ein Heim oder ...	22
Tabelle 3.2-1 Phasen in der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit	33
Tabelle 5.1-1 Kinder aus Alkoholikerfamilien - Rollenmodell	56
Tabelle 7.4-1 Verteilung des Alters auf das weibliche und männliche Geschlecht	69
Tabelle 7.4-2 Lebt zusammen mit...	70
Tabelle 7.4-3 Das Alkoholproblem bezüglich eines Elternteiles, unterschieden ...	73
Tabelle 7.4-4 Die drei Komponenten der Tabakdistanz	83
Tabelle 7.4-5 Beantwortung der Wissensfragen	84
Tabelle 7.4-6 Familiäre Atmosphäre	92
Tabelle 7.4-7 Skalenzeichnung des TPQ	97

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Konsum psychotroper Substanzen von Kindern und Jugendlichen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen.

Um die Personengruppe der Heimkinder wird sich auf gesellschaftlicher Ebene wenig Sorgen gemacht. Man geht davon aus, dass sie durch die Heimerziehung „versorgt“ ist. Hier wird meiner Meinung nach die Chance vertan die Anzahl süchtiger Mitmenschen durch Präventionsmaßnahmen zu reduzieren. Zur gezielten Einführung von Präventionsmaßnahmen im Heimbereich sind allerdings Daten über Art und Umfang des Konsums sowie über das Einstiegsalter der Kinder notwendig. Mit Hilfe solcher Daten könnten spezielle Primär-, Sekundär- und Tertiärpräventionen entwickelt werden. Wie ich feststellen musste, gibt es bisher keine genauen Daten über das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen aus stationären Jugendhilfeeinrichtungen. Somit ist diese Diplomarbeit als der Anfang einer notwendigen Datenerfassung zu verstehen. Auch wenn vielen Leserinnen und Lesern¹ und professionellen Helfern in der Heimerziehung schon bekannt sein dürfte, dass Heimkinder in hohem Maße psychotrope Substanzen konsumieren, bleibt es dennoch wichtig zu untersuchen, wie sich ihr Konsum von dem anderer gleichaltriger Kinder unterscheidet.

Hierbei lege ich den Fokus vor allem auf die legalen Drogen Nikotin und Alkohol, die häufig als die Einstiegsdrogen bezeichnet werden (vgl. Hurrelmann 2000), aber dennoch gesellschaftsfähig sind.

Zunächst wird ein Einblick in den Stand der Literatur zu den Themen stationäre Jugendhilfeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche² (*Abschnitt 2*), psychotrope Substanzen (*Abschnitt 3*) und Sucht (*Abschnitt 4*) gegeben.

Im Anschluss daran wird spezifischer auf die Situation von Kindern in alkoholismusbelasteten Familien (*Abschnitt 5*) und den Umgang mit psychotropen Substanzen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen (*Abschnitt 6*) eingegangen.

¹ Im Folgenden wird lediglich die männliche Schreibweise verwendet.

² Im Folgenden wird statt des Begriffspaares „Kinder und Jugendliche“ der Begriff „Kinder“ verwendet.

Dies soll ein Hintergrundwissen vermitteln, damit die anschließenden Ergebnisse der empirischen Untersuchung und deren Interpretation verstanden und nachvollzogen werden können.

Anschließend wird die empirische Untersuchung erläutert, in der 66 Kinder im Alter zwischen 11 und 16 Jahren zu ihrem eigenen Konsumverhalten, ihren Einstellungen zu psychotropen Substanzen und dem Konsum in ihrem sozialen Umfeld befragt wurden.

Gerne hätte ich meine Ergebnisse mit Untersuchungen verglichen, aber Dokumentationen anderer geeigneter Studien in Deutschland waren nicht zu finden. Als Kontroll- und Vergleichsgruppe dienen mir daher Schulkinder, deren Alter und Geschlecht mit den befragten Heimkindern übereinstimmen. Die Daten der Kontrollgruppe sind einer zur Zeit laufenden Untersuchung (an Schulen zum Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen, zur psychischen Gesundheit und Suchtprävention) des Forschungsschwerpunktes Sucht der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen entnommen.

Abschließend werden die Ergebnisse dieser Untersuchung diskutiert und interpretiert, unter besonderer Berücksichtigung der möglichen Konsequenzen für die Praxis.

Im Anhang befindet sich die Adressen der untersuchten Heimeinrichtungen, ein Anschreiben zur Durchführung der Befragungen und eine Informationsschrift des Forschungsschwerpunktes Sucht. Weiterhin ist eine Kopie des Screeningbogens und eine Übersicht über die Kodierung zur Auswertung enthalten.

2 Stationäre Jugendhilfeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Nach Ansicht der Gesellschaft ist die Ursprungsfamilie für die Vermittlung von Normen, Werten und Verhaltensmuster zuständig. Aber nicht jede Familie kann oder möchte dieses leisten. Wenn das Konfliktpotenzial innerhalb der Familie zu groß wird, weil Familienmitglieder mit ihren Aufgaben überfordert sind, oder wenn die Abweichung der familiären Verhaltensweisen gegenüber den geforderten gesellschaftlichen Normen zu groß wird, greift das Jugendamt als staatliche Institution ein. Eine mögliche Lösung zum Wohle des Kindes ist die Unterbringung in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung.

Stationäre Jugendhilfeeinrichtungen können auf eine lange Entwicklungsgeschichte zurückblicken. Ziel war es immer, Kinder ohne familiäre Kontakte zu versorgen. Die überwiegende Anzahl der heute dort lebenden Kinder stammt aus noch existierenden Ursprungsfamilien.

2.1 Die Entwicklung der Heimerziehung

In Deutschland wurden die ersten Waisenhäuser im 16. Jahrhundert eröffnet. Zuvor war es üblich, Waisenkinder als billige Arbeitskräfte für Haus und Hof in andere Familien zu geben (Günder 2000). Mit den Waisenhäuser änderte sich für die Waisenkinder nicht viel, außer dass unter religiösen „Deckmantel“ Gehorsam und Fleiß verlangt wurden. Eigentlich waren für die Waisenhäuser kleine Gruppen geplant, um eine individuelle pädagogische Vorgehensweise durch die betreuende Person zu garantieren. Diese Planung konnte wegen des 30-jährigen Krieges nicht eingehalten werden, der die Anstalten mit Waisenkindern überfüllte (Günder 2000). Immer wieder kam es zu Spannungen bezüglich der Arbeitsweise in diesen Anstalten und zu Diskussionen, ob die Unterbringung in einer Pflegefamilie nicht kindgerechter und kostengünstiger sei.

Mit Beginn der Aufklärung wurde der Wert der Kindheit erkannt und die Liebe zog zu den Kindern in die Waisenhäuser ein. Dieser gedankliche Wandel wurde stark durch Rousseau (1712-1778) und Pestalozzi (1746-1827) beeinflusst. Johann Heinrich Pestalozzi gründete 1798 in Stanz ein Armen-Erziehungs Haus, in dem er seine ganzheitliche, von Liebe und Vertrauen geprägte Pädagogik umsetzte, die

die individuelle Persönlichkeit eines jeden Kindes respektierte. Fort an trat die pädagogische Aufgabe immer stärker in den Vordergrund (Günder 2000).

Es war die darauf folgende Rettungshausbewegung, die das Seelenheil der verwaisten Kinder durch religiöse Bildung und Hinführung zu Gott zu retten versuchte. Weiterhin hatte sich diese Bewegung zum Ziel gesetzt, die elternlosen Kinder für das weltliche Leben zu formen und sie zu „brauchbaren“ Mitgliedern der Gesellschaft heranzubilden (Günder 2000). Ein bedeutender Vertreter dieser Rettungshausbewegung war Johann Hinrich Wichern (1808-1881), der im Jahre 1833 das „Rauhe Haus“ in Hamburg gründete (Günder 2000). Wichern setzte konsequent die Praxis des Familienprinzips um, d. h. ein Betreuer lebte mit einer Gruppe von maximal 12 Kindern zusammen. Besondere Ausnahme war, dass nicht nur elternlose Kinder im „Rauhen Haus“ lebten, sondern auch Kinder, die dem schlechten Einfluss der Eltern und der Umwelt entzogen worden (Post 1997).

Der Begriff „Heim“ wurde erst Anfang des 20. Jahrhunderts geprägt (Günder 2000). Zu diesem Zeitpunkt hatte noch nicht in alle Anstalten die pädagogische Einsicht Einzug gefunden. Immer noch stand häufig die Autorität an erster Stelle. Begriffe wie Strenge, Strafe, Schweigen und Ruhe prägten viele Hausordnungen. Im Dritten Reich kam noch die ideologische Ausrichtung hinzu. In dieser Zeit wurden die Kinder selektiert in die Gruppe der „guten, erbgesunden“, die Gruppe der „halbguten“ und in die Gruppe der „bösen“ Kinder. Die Gruppe der Kinder, die als „erbgesund“ galt, wurde in den Jugendheimstätten aufgenommen. Alle anderen kamen in die sogenannte „Bewahrung“, um mit Erreichung der Volljährigkeit in ein Arbeits- oder Konzentrationslager abgeschoben zu werden (Günder 2000).

Nach dem 2. Weltkrieg gab es viele heimat- und elternlose Kinder. Die meisten Heimeinrichtungen waren zerstört, die verbliebenen Einrichtungen waren mit Gruppengrößen von 30 und mehr Kindern überfüllt. Das zum Großteil nicht qualifizierte Personal (z. B. ehemalige Soldaten) griff auf die Methoden der Strenge, Disziplin, Ruhe, Ordnung und Unterdrückung zurück (Günder 2000).

Die Idee, den Kindern ein wirkliches Zuhause zu geben, wurde stark durch Andreas Mehringer geprägt, der 1949 ein Waisenhaus in München übernahm, außerdem durch die SOS-Kinderdorfbewegung. Im Laufe der Jahre verfügten die Institutionen über bessere Gebäude und einzelne pädagogisch ausgebildete Mitarbeiter, doch die meisten Einrichtungen blieben mit den typisch negativen Merkmalen besetzt (Günder 2000).

Mit Beginn der Skandalisierung der Heimerziehung Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts wurde im Kontext der Studentenbewegung und der außerparlamentarischen Opposition die Forderung nach einer Heimreform laut (Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) 1998). Indem man die Rahmenbedingungen und Erziehungspraktiken anprangerte machte man die Öffentlichkeit auf die Not der Heimkinder aufmerksam. Durch die „Befreiung“ einiger Heimkinder entstanden dann die ersten alternativen Wohngemeinschaften. Ein weiterer Anstoß zur Diskussion gab Alexander Sutherland Neill mit seiner Veröffentlichung über Theorie und Praxis der antiautoritären Internatschule Summerhill. Diese geforderte Heimreform zog nach und nach in die Heime ein. Es wurde dafür gesorgt, dass pädagogisch ausgebildetes Personal eingestellt wurde, außerdem wurden die Gruppengrößen verringert und die großen Institutionen umstrukturiert und dezentralisiert.

Am 1. Januar 1991 trat das neue Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) in Kraft und löste damit das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) ab, das auf das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) gefolgt war (BMFSFJ 1998). Zu dieser Zeit wurde auch das dominierende Prinzip des Eingriffs und der Reglementierung durch die Prinzipien des Respekts vor der Erziehungsautonomie der Eltern, der Freiwilligkeit und der Transparenz des Betreuungsangebotes ersetzt.

Im Vordergrund des KJHG steht ein lebensweltorientierter Ansatz, der ein Hilfeangebot fordert, das auf die Ressourcen und Möglichkeiten von Kindern, in schwierigen Lebenslagen zugeschnitten ist. Gleichzeitig fordert es die Stärkung von Selbsthilfepotenzialen und damit auch die Respektierung persönlicher Lebensentwürfe. Dem gegenüber steht das Wächteramt, welches die Jugendhilfe innehat. Es fordert, dass die Jugendhilfe im Interesse des Kindeswohl und der Gemeinschaft handelt und dabei abwägt, wann es nötig wird, in eine Lebenssituation schützend einzugreifen.

2.2 Die Heimerziehung heute

Wie oben deutlich wird, hat die Heimerziehung eine starke Veränderung durchlaufen. Mittlerweile ist sie nur noch eine mögliche Hilfe neben einer Reihe ambulanter und teilstationärer Angebote. Damit hat sie ihre Monopolstellung verloren und rutscht in der Regel an die letzte Stelle bei der Hilfeplanung. Ein weiterer Grund sind die hohen Kosten der Heimerziehung. Heute kostet ein Heimplatz je nach Institution 6000,- bis 7500,- DM im Monat (Günder 2000). Durch die Trennung des Kindes von seiner Familie gilt die Heimerziehung als die gravierendste Maßnahme der Jugendhilfe. Dennoch bleibt diese Art der Hilfe für viele Kinder notwendig (BMFSFJ 1998). Dass die Heimerziehung meist erst dann gewählt wird, wenn keine andere Hilfe mehr greift, hat zur Folge, dass die Arbeit im Heim erschwert wird: Es bleibt der sogenannte „Rest“, der auf Grund seines hohen Alters (12 Jahre und älter) oder der zu massiv auftretenden Probleme nicht in eine Pflegestelle vermittelt werden kann.

Heimerziehung hat heute viele Gesichter. In familienähnlichen Kleinsteinrichtungen, Außenwohngruppen für ältere Kinder, betreutem Einzelwohnen, dem klassischen Heim, alternativen Wohnprojekten oder Innenwohngruppen einer größeren Institution werden Kinder betreut (BMFSFJ 1998). Mit dieser Vielfalt möchte die Heimerziehung den Bedürfnissen der Kinder gerecht werden, die häufig zuvor eine gewisse Anzahl ambulanter Angebote durchlaufen haben (z. B. ist laut Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW bei 5297 von 6169 jungen Menschen, die 1999 mit einer Hilfe in Form von Heimerziehung oder sonstiger betreuter Wohnform in NRW begonnen haben, eine anderweitige Hilfe vorangegangen). Häufig ist die Familiensituation so belastet und schwierig, dass es sinnvoll erscheint, die Erziehung des Kindes zeitweilig oder längerfristig an einem anderen Ort als der Ursprungsfamilie stattfinden zu lassen.

Häufige Gründe für eine Heimerziehung sind

- sozioökonomische Belastungen (z. B. Finanzen, Wohnen, Arbeiten,...),
- Gewalterfahrungen,
- Alkoholprobleme eines oder beider Elternteile

(BMFSFJ 1998).

Die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes sind weniger als Begründung für eine Heimaufnahme ausschlaggebend als die Belastungen im familiären Umfeld (BMFSFJ 1998). Der überwiegende Anteil der Kinder in Heimeinrichtungen kommt zwar aus sog. sozialschwachen Familien, aber es gibt keine soziale Schicht, die nicht vertreten ist. Viele Kinder aus der sog. oberen oder mittleren Schicht werden dem Jugendamt erst spät bekannt: Wenn die Probleme zwischen Eltern und Kindern trotz Internatsaufenthalt eskalieren, bleibt häufig nur noch eine stationäre Unterbringung als Hilfemaßnahme übrig.

Die Altersverteilung der jungen Menschen, die 1999 mit einer Hilfe in Form von Heimerziehung oder einer anderen betreuten Wohnform in NRW begonnen haben, stellt sich folgendermaßen dar:

Alter von ... bis ...	Gesamt	Unterbringung in ...											
		... einem Heim				... einer Wohngemeinschaft				... eigener Wohnung			
		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich	
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%
unter 1	125	66	2,4%	53	2,5%	2	0,5%	4	1,0%	0	0,0%	0	0,0%
1 – 3	116	52	1,9%	59	2,7%	3	0,8%	2	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
3 – 6	262	141	5,0%	118	5,5%	1	0,3%	2	0,5%	0	0,0%	0	0,0%
6 – 9	510	325	11,6%	176	8,1%	5	1,3%	4	1,0%	0	0,0%	0	0,0%
9 – 12	823	527	18,8%	263	12,2%	25	6,7%	8	1,9%	0	0,0%	0	0,0%
12 – 15	1595	848	30,2%	614	28,4%	57	15,4%	73	17,8%	2	1,1%	1	0,4%
15 – 18	2246	752	26,8%	786	36,4%	220	59,3%	254	61,8%	94	51,9%	140	59,1%
18 – 21	476	95	3,4%	91	4,2%	56	15,1%	62	15,1%	79	43,6%	93	39,2%
21 und älter	16	1	0,0%	2	0,1%	2	0,5%	2	0,5%	6	3,3%	3	1,3%
Insgesamt	6169	2807	100,0%	2162	100,0%	371	100,0%	411	100,0%	181	100,0%	237	100,0%

*Tabelle 2.2-1 Anzahl der Kinder in Heimerziehung & sonstiger betreuter Wohnform
(Daten des Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW 1999)*

Mit 2246 Einweisungen im Jahr 1999 liegen die 15- bis 18-Jährigen, gefolgt von den 12- bis 15-Jährigen (1995 Einweisungen), an erster Stelle.

Die professionelle Pädagogik im Rahmen stationärer Jugendhilfeeinrichtungen unterscheidet sich von der Erziehung in der Familie u. a. im Wesentlichen durch eine größere Distanz zwischen Erziehendem und Kind. Die Erzieher sind im

Gegensatz zu den Eltern oder dem Elternteil weniger, im Idealfall gar nicht, in die Probleme des Kindes verstrickt. Dies stellt eine Erleichterung dar und bietet dem Erzieher die Möglichkeit, wesentlich rationaler und weniger emotional-affektiv zu reagieren. Um diesen hohen Erziehungsstand zu erreichen, fordert Schauder (1995) eine permanente Hinterfragung und Überprüfung des pädagogischen Handelns im Rahmen einer regelmäßigen psychologischen Supervision.

Folgende Voraussetzungen und Bedingungen sind nach dem BMFSFJ (1998) für eine positive Entwicklung des Kindes nötig:

- zuverlässige Bezugspersonen,
- gezielte und qualifizierte Hilfeplanung,
- Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten,
- engagierte Kooperation der Mitarbeiter im Jugendamt mit der Jugendhilfeeinrichtung.

Durch die Strukturierung des Gruppenalltags wird den Kindern ein Lebensrahmen vorgegeben, der durch Transparenz, Kontinuität und Konsequenz gekennzeichnet ist. Viele der betroffenen Kinder erfahren so zum ersten Mal in ihrem Leben einen geregelten Tagesablauf (Schauder 1995).

Wie in der Fachliteratur immer wieder erwähnt und im Gesetz verankert, ist die Zusammenarbeit mit den Eltern eine wichtige Aufgabe der Jugendhilfe. Die Aufrechterhaltung der Beziehung zwischen Eltern und Kind ist von besonderer Bedeutung und häufig ausschlaggebend für eine erfolgreiche Hilfemaßnahme. Post (1997) fordert daher, dass die Eltern während einer öffentlichen erzieherischen Hilfe nicht aus ihrer natürlichen und rechtlichen Verantwortung entlassen werden dürfen. Außerdem ist die Zusammenarbeit mit den Eltern wichtig, um dem obersten Ziele der Heimerziehung gerecht zu werden, der Rückführung in die Herkunftsfamilie. Deshalb sind der Familie unterstützende Angebote in Form von Schuldner-, Drogen-, Ehe- oder Scheidungsberatung, Sozialhilfe und auch therapeutischer Hilfe anzubieten.

Die Heimerziehung ist keine Wahlmöglichkeit bei familieninternen Problemen, und stellt auch keine Alternative zum herkömmlichen Familienverband dar. Sie ist weder ein elitärer Internatsbetrieb für auserwählte Kinder, deren Eltern sich für eine solche besondere Erziehungsform entschieden haben, noch ein

"Kinderknast", in dem die Kinder zur Strafe leben müssen (Schauder 1995). Heimerziehung ist üblicherweise eine staatlich finanzierte Maßnahme der Jugendhilfe, die notwendig wird, wenn ambulante oder teilstationäre Hilfsangebote nicht ausreichen, um der familiär bedingten Fehlentwicklung des Kindes entgegen zu wirken (Schauder 1995).

2.3 Der gesetzliche Rahmen

Das KJHG wurde 1998 als VIII. in das Sozialgesetzbuch (SGB) aufgenommen.

Gemäß § 1 Abs. 1 SGB VIII³ hat „jeder junge Mensch [...] ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ Diese „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“ (Gem. § 1 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII; Artikel 6 GG). „Wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist ...“, haben die Personensorgeberechtigten (i. d. R. also die Eltern oder ein Elternteil, nicht dagegen das Kind) gemäß § 27 SGB VIII einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung. Vor einer Inanspruchnahme einer Hilfe sind „der Personensorgeberechtigten und das Kind...“ gemäß § 36 SGB VIII „... zu beraten und auf mögliche Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen.“ „Art und Umfang der Hilfe richtet sich ...“ gemäß § 27 Abs. 2 „... nach dem erzieherischen Bedarf des Einzelfalls.“

Die §§ 28 bis 35 SGB VIII nennen mögliche ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfsangebote.

- § 28 Erziehungsberatung
- § 29 Soziale Gruppenarbeit
- § 30 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer
- § 31 Sozialpädagogische Familienhilfe
- § 32 Erziehung in einer Tagesgruppe
- § 33 Vollzeitpflege

³ Alle verwendeten Gesetzestexte sind dem Grundwerk „Gesetze für Sozialwesen“ des Walhalla Fachverlages (2001) entnommen.

§ 34 Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform

§ 35 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung

Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind lediglich Beispiele, die dem Jugendamtsmitarbeiter die Freiheit geben, sie zu ergänzen und zu erweitern. Bei der Hilfestellung müssen aber die Verfahrensvorschriften des SGB X gewahrt werden.

Kinder haben geringe Möglichkeiten, ihre Rechte selbst wahrzunehmen. § 8 SGB VIII versucht, der Jugendhilfe eine Art anwaltschaftlichen Auftrag zu erteilen, der allerdings zwangsläufig durch das Elternrecht begrenzt ist. Über § 35a SGB VIII haben Kinder, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, einen Anspruch auf Eingliederungshilfe. Junge Volljährige können aufgrund des § 41 SGB VIII einen Hilfeanspruch geltend machen (in begründeten Einzelfällen auch über das 21. Lebensjahr hinaus).

Heimerziehung ist eines der möglichen Angebote der Jugendhilfe und in § 34 SGB VIII verankert. Der Gesetzgeber spricht von Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnformen und trägt damit dem Tatbestand Rechnung, dass es heute sehr differenzierte Formen von Einrichtungen gibt, in denen Kinder über Tag und Nacht leben (Günder 2000). Gemäß § 5 und § 36 SGB VIII haben „die Leistungsberechtigten [...] das Recht, zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen und Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern. [...] Der Wahl und den Wünschen soll entsprochen werden, sofern dies nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.“ Ebenfalls sollte gemäß § 9 SGB VIII „die von den Personensorgeberechtigten bestimmte Grundrichtung der Erziehung...“ beachtet werden. Die Personensorgeberechtigten als Anspruchsberechtigte gemäß § 27 SGB VIII haben nicht nur Rechte, sondern auch die Mitwirkungspflicht (gemäß §§ 60-67 SGB I). Kommen die Anspruchsberechtigten „... ihrer Mitwirkungspflichten [...] nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann [...] (das Jugendamt nach § 66 SGB I) ohne weitere Ermittlungen die Leistungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.“

Wenn die Eltern nach Ansicht des Jugendamtes und des Heimes das erzieherisch Falsche oder sogar Schädliche für ihr Kind wollen und sich dieser Konflikt nicht

durch Informationen und Beratung lösen lässt, muss das Vormundschaftsgericht nach § 50 Abs. 3 SGB VIII angerufen werden. Dieser Weg wird nicht gerne gewählt, da zum einen die gerichtliche Entscheidung meist ungewiss und zum anderen die Zusammenarbeit mit den Eltern für die Erfolgsaussicht sehr bedeutsam ist. Die Zusammenarbeit mit den Eltern ist in § 37 SGB VIII gesetzlich festgelegt. Weiterhin wird in § 37 SGB VIII darauf hingewiesen, dass während der Fremdunterbringung die „Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie [...] durch Beratung und Unterstützung verbessert werden“ sollen. Neben der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie und der Verbindung von Alltagserleben und pädagogischen und therapeutischen Angeboten für die Kinder in den stationären Einrichtungen sind die Hauptziele der Heimerziehung in § 34 SGB VIII verankert.

Die Hauptziele sind

1. die Rückführung des Kindes oder des Jugendlichen in seine Herkunftsfamilie zu erreichen,
2. die Erziehung in einer anderen Familie vorzubereiten und
3. eine auf längerer Zeit angelegte Lebensform zu bieten, die auf ein selbstständiges Leben vorbereitet.

Wenn die Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, sollte gemeinsam mit Eltern, Kind und Einrichtung gemäß § 36 SGB VIII ein Hilfeplan aufgestellt werden. Dieser Hilfeplan sollte in regelmäßigen Abständen, (d. h. alle 3-12 Monate) je nach Bedarf fortgeschrieben werden.

2.4 Die Herkunftsfamilien von Heimkindern

Wie bereits deutlich wurde, wird Heimerziehung nötig, wenn die Probleme in der Familie so groß werden, dass ein förderliches Erziehungsklima nicht mehr gewährleistet werden kann. Heute leben Kinder nicht mehr in stationären Einrichtungen, weil sie elternlos sind, sondern weil sie vorübergehend oder auf längere Sicht nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie leben können, wollen oder dürfen.

Mögliche Ursachenquellen für gestörte Familienverhältnisse sind im Folgenden aufgeführt:

- Partnerschaftskonflikte der Eltern,
- Trennung, Scheidung,
- psychogene Störungen der Eltern / eines Elternteils,
- Suchtprobleme der Eltern / eines Elternteils,
- Arbeitslosigkeit,
- problematische Wohnverhältnisse,
- problematisches Umfeld / sozialer Brennpunkt,
- soziale Isolation der Familie,
- Gewalt in der Familie,
- Gefängnisaufenthalt eines Elternteils,
- sexueller Missbrauch,
- Misshandlung

(Schauder 1995; BMFSFJ 1998).

Häufig werden diese Probleme noch von finanziellen Nöten begleitet.

Wer viele Probleme hat, ist häufig mit sich und seinem eigenen Leben so beschäftigt, dass er für sein Umfeld keine Zeit hat. So geht es auch Eltern, die durch anderweitige Schwierigkeiten überlastet sind. Sie sind oft nicht in der Lage, sich um die Bedürfnisse ihrer Kinder zu kümmern, etwa um genügend Aufmerksamkeit und emotionale Zuwendung. Meist haben sie keine Ressourcen, um adäquat auf das auffällige Verhalten ihrer Kinder zu reagieren und handeln in Abhängigkeit ihrer eigenen Stimmungslage: Geht es ihnen gut, dann zeigen sie eine oft übertriebene Aufmerksamkeit ihren Kindern gegenüber. Fühlen sie sich jedoch schlecht, dann lassen sie ihre Kinder „links liegen“. Das hat zur Folge, dass diese Kinder häufig keine klaren „Wenn-dann-Beziehungen“ kennen. Sie interpretieren das Verhalten ihrer Eltern dann nicht selten als Desinteresse und Ablehnung.

Die Eltern von Heimkindern verfügen häufig nur über einen geringen Ausbildungsgrad und sind vorrangig in unteren beruflichen Positionen beschäftigt oder arbeitslos (BMFSFJ 1998). Auch die Kinder besuchen oftmals nur eine Förder- oder Hauptschule.

Daraus folgt, dass die jungen Menschen, in stationären Jugendhilfeeinrichtungen, zum großen Teil aus armen, bildungsbenachteiligten und mehrfach belasteten Bevölkerungsteilen kommen (BMFSFJ 1998). Nicht wenige von ihnen haben überdurchschnittlich viele Geschwister und stammen aus Einelternfamilien (Günder 2000).

Art des Aufenthalts vor der Hilfgewährung	Anzahl	Spalten%
Eltern	1 511	25,4%
Elternteil mit Stiefelerteil / Partner	1 199	19,3%
Alleinerziehender Elternteil	2 099	33,9%
Großelternanteil / Verwandte	292	4,6%
Pflegefamilie	331	5,3%
Heim	444	7,1%
Wohngemeinschaft	49	0,7%
Eigene Wohnung	57	0,8%
Ohne feste Unterkunft	187	2,9%
	1360	100,0%

Tabelle 2.4-1 Lebensform der Kinder vor der Eingliederung in ein Heim oder andere betreute Wohnform (Daten des Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW 1999)

Nicht nur die Zahl der Alleinerziehenden fällt auf, sondern auch die Anzahl der Elternteile, die wieder geheiratet haben oder mit einem neuen Partner leben. Beide Gruppen ergeben zusammen 53,2%, während im Vergleich dazu 1999 nur 25,4% der Heimkinder bei ihren ursprünglichen Eltern lebten. Somit sind die sogenannten „Scheidungswaisen“ in der Heimerziehung überrepräsentiert. Ebenso steigt die Anzahl der Kinder aus gescheiterten Pflegeverhältnissen, insbesondere mit Beginn der Pubertät, wenn neue und möglicherweise größere Erziehungsprobleme auftauchen (Günder 2000).

Weil das Zuhause (die Familie) „kaputt“ ist oder zumindest gravierende Probleme aufweist, reagiert das Kind mit Verhaltensstörungen. Das gilt bei nahezu hundert Prozent der Fälle der als verhaltensgestört bzw. –auffällig diagnostizierten Kinder (Schauder 1995): Das Kind wird zum Symptomträger und fällt, wenn es außerhalb

seiner Familie „sozial bestehen“ muss, in Schule, Nachbarschaft und Umfeld durch problematisches Sozialverhalten auf.

Mögliche Probleme der jungen Menschen zu Beginn der ersten stationären Erziehungshilfe sind beispielsweise:

- Störung der Eltern-Kind-Beziehung,
- Kind als Opfer familiärer Kämpfe,
- Gewalt- / Missbrauchserfahrungen,
- Desorientierung in Alltagssituationen / Verwahrlosung,
- Zugehörigkeit zu problematischem Milieu,
- abweichendes Verhalten,
- aggressives Verhalten,
- Hyperaktivität,
- Behinderungen,
- Entwicklungsrückstände,
- Suchtproblematik,
- Auffälligkeiten in sozialen Beziehungen,
- Konzentrations-/Motivationsprobleme,
- Lern-/Leistungsrückstände,
- Fernbleiben von Schul-/Ausbildungsstelle

(BMFSFJ 1998).

In der Heimerziehung ist der männliche Anteil von Kindern stärker vertreten als der weibliche. Das wird auf das deutlich stärker ausgeprägte männliche Verhalten bei Aggressionen zurückgeführt.

Nicht selten schließen die erwachsenen Familienmitglieder Augen und Ohren, wenn es um die Wahrnehmung der massiven familiären Schwierigkeiten geht (BMFSFJ 1998). Viele Eltern verkennen dann die Realität und flüchten sich in eine Art Scheinwelt. Im Folgenden wird anhand eines Beispiels eine Familiensituation vor der Heimeinweisung der Kinder dargestellt.

„In der Familie leben acht Kinder. Die Mutter ist noch sehr jung. Seit ca. zwei Jahren wohnt die Familie in einer Fünzimmerwohnung in einem ausgewiesenen sozialen Brennpunkt der Stadt. Durch Streitigkeiten mit den

Nachbarn und immer wiederkehrenden Unstimmigkeiten mit den anderen Hausbewohnern (Ruhestörung, Gestank...) wird mehrmals die Polizei eingeschaltet. Endgültig kommt es zu einer Anzeige wegen zunehmender Verwahrlosung der Kinder. Die Mutter, so die Akte, sei mit der Erziehung und der Haushaltsführung überfordert. Zudem werde sie von ihrem Mann kontrolliert und unter Druck gesetzt. Die Wohnung sei in einem katastrophalen Zustand, die Kinder unterernährt und extrem verwahrlost. Der Vater wird als Alkoholiker geschildert, er prügelt im Rausch seine Frau und die Kinder. Die Mutter äußert in Gesprächen im Jugendamt immer wieder, dass sie ihren Mann verlassen will, weiß aber mit den acht Kindern nicht wohin. Sie ist zudem völlig verängstigt, dass etwas zu ihrem Mann dringt und er sie wieder schlägt. Eine Familienhelferin, die für kurze Zeit vom Jugendamt eingeschaltet wird, kann nicht viel ausrichten. Die Lage verschlimmert sich. Die Mutter flüchtet für drei Tage mit allen Kindern ins Frauenhaus, kehrt aber schnell wieder zu ihrem Mann zurück. Erneute Gewalttätigkeiten und Drohungen werden öffentlich, es kommt in Folge zu mehreren Polizeieinsätzen, bis die Frau bei einem Nachbarn unterkommt. Der Vater entführt die beiden älteren Söhne und droht, sich und die Kinder umzubringen. Er stürzt sich immer mehr in den Alkohol, verliert seine Arbeit. Daraufhin werden die acht Kinder in einem Heim untergebracht, mit einstweiligem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts. Der Vater wird unter massivem Alkoholeinfluss in das Psychiatrische Landeskrankenhaus eingeliefert. Die Mutter ist zur Kur, bricht diese aber ab und lebt daraufhin wieder mit dem Vater zusammen, der mittlerweile wieder entlassen wurde. Alle Kinder bleiben nach dem endgültigen Sorgerechtsentzug im Heim, teilweise mit einer Verweildauer bis über 18 Jahre.“ (BMFSFJ 1998, S.206-207)

Man sollte nicht vergessen, dass Kinder in dem Alter oftmals noch keine ausgeprägte rationale Denkweise entwickelt haben und daher nicht verstehen, warum sie von ihren Eltern weggenommen werden (Schauder 1995). Sie merken nur, dass es nicht normal ist. Denn obwohl sich die Formen des familiären Zusammenlebens in der Gesellschaft gelockert haben, wird der Bruch mit den natürlichen Beziehungen immer noch als ungewöhnlich und nicht normal empfunden (Schauder 1995). Die Kinder im Heim leben häufig mit der Diskrepanz zwischen der Anpassung im Heimalltag und dem Wunsch nach Rückkehr ins Elternhaus. Je mehr sich das Kind den Werten und Normen im Heimalltag anpasst, desto größer wird die Distanz zu den Werten und Normen seiner Familie. Dadurch gerät es automatisch in einen Loyalitätskonflikt, mit dem es überfordert ist. Einen Ausweg erhofft es sich dann unter Umständen im Konsum psychotroper Substanzen.

3 Psychotrope Substanzen

Psychotrope Substanzen sind Wirkstoffe pflanzlicher oder chemisch-synthetischer Herkunft, die psychische Prozesse beeinflussen. Durch Einnahme (geraucht, geschluckt, gespritzt, geschnupft, getrunken oder inhaliert) greifen die Wirkstoffe psychotroper Substanzen in die natürlichen Körperfunktionen ein und führen zu Veränderungen von Wahrnehmung, Stimmung, Gefühlen und Handlungen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) 2001). Die stoffungebundenen Formen der Sucht werden hier nicht berücksichtigt.

Seit Jahrtausenden benutzen Menschen pflanzliche Drogen, die auf das Zentralnervensystem wirken. Sie dienen als Heilmittel und Gewürz, als Zaubermittel oder Gift und sie werden im Rahmen von religiösen Zeremonien verwendet. Im Gegensatz dazu stehen die synthetischen Drogen erst seit einigen Jahren zur Verfügung.

Bei den psychotropen Substanzen werden legale und illegale Drogen unterschieden. Legale Drogen - Koffein, Nikotin, Alkohol und zum Teil auch Medikamente - sind Stoffe, die nicht durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verboten sind, aber zum Teil in früheren Zeiten zu den illegalen Substanzen gehörten. Heute zählen zu den illegalen Stoffen Cannabis, LSD, Kokain, Heroin, Ecstasy und andere.

Mit der morgendlichen Tasse Kaffee zum Wachwerden oder dem Glas Wein in Gesellschaft nimmt fast jeder Mensch psychotrope Substanzen zu sich. Die meisten legalen Drogen sind in unserer Gesellschaft akzeptiert und haben teilweise einen sehr hohen gesellschaftlichen Stellenwert, z. B. gehört Alkohol zu einer „guten“ Party oder Wein zu einem „gepflegten“ Essen.

Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit sind die legalen Substanzen Nikotin und Alkohol, daher wird im Folgenden lediglich auf die Wirkungsweisen dieser beiden Substanzen näher eingegangen.

3.1 Tabak

3.1.1 Situation in Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland raucht ein Drittel der Bevölkerung über 15 Jahren (ca. 18 Millionen Menschen). Im Durchschnitt liegt der Anteil männlicher Raucher 10% höher als bei den rauchenden Frauen (MFJFG 2001).

Die Tabaksteuer ist die fünftgrößte Einnahmequelle des Bundeshaushaltes. Sie bringt dem Staat ca. 21 Milliarden Mark jährlich ein. Andererseits liegen die Schäden, die durch Rauchen verursacht werden, bei ca. 27 Milliarden Mark (MFJFG 2001). Seit einigen Jahren hat sich der Trend zur Rücksichtnahme auf Nichtraucher in vielen Lebensbereichen verstärkt; immer häufiger sind Rauchverbotschilder zu sehen.

3.1.2 Wirkungsweise

Nikotin ist in der Tabakpflanze enthalten, die vorwiegend in subtropischen Gebieten angebaut, getrocknet, geschnitten und zu Zigaretten-, Zigarren- und Pfeifentabak verarbeitet wird. Dieser Tabak kann geraucht, geschnupft und gekaut werden. Zigarettenrauchen ist mit großem Abstand die verbreitetste Form, Nikotin zu konsumieren. Beim Rauchen kann der Raucher die Nikotinzufuhr über die Häufigkeit und Intensität des Zuges an der Zigarette regulieren. Über die Schleimhäute gelangt das Nikotin in die Blutbahn und darüber ins Gehirn und beeinflusst dort das gesamte Nervensystem.

Die Wirkungsweise wird von Rauchern wie folgt beschrieben: Beruhigung bei Nervosität, Entspannung, Anregung bei Müdigkeit, Verringerung des Hungergefühls, Selbstsicherheit, Gefühl der Geborgenheit und Souveränität. Gleichzeitig sind körperliche Reaktionen messbar, z. B. Verengung der Blutgefäße, Blutdruckanstieg und schnellerer Herzschlag (MFJFG 2001). Beim Erstkonsum reagiert der Körper häufig mit Übelkeit und Schwindel.

Würde die Nikotinmenge einer Zigarette auf einmal eingenommen, hätte sie eine schwere Vergiftung zur Folge, für Kinder wäre diese Menge tödlich (MFJFG 2001). In der Regel kommt es nicht dazu, da zum einen die Leber das Nikotin relativ schnell abbaut und zum anderen der Raucher nur ein Viertel des Tabakrauches überhaupt aufnimmt und diesen zum Teil auch wieder ausatmet. Auch der ausgeatmete Rauch und der ungefilterte Nebenstromrauch der glimmenden

Zigarette (mit einer Schadstoffkonzentration bis zu 130-mal stärker ist als der ausgeatmete Rauch) haben negative Folgen: Die im Raum anwesenden Personen rauchen passiv mit und sind damit den gleichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt wie der aktive Raucher (MFJFG 2001).

Beim Tabakrauchen steht nicht die körperliche Abhängigkeit im Vordergrund, sondern die psychische. Starke Raucher möchten nicht mehr auf die angenehm empfundene und beruhigende oder auch anregende Wirkung des Rauchens verzichten und entwickeln ein großes psychisches Verlangen nach dem Tabakgenuss (Hurrelmann & Bründel 1997).

3.1.3 Gesundheitliche Risiken

Das Risiko, als Raucher einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt zu bekommen, ist erhöht, denn Nikotin verursacht Gefäßverengungen, die zu Herz- und Kreislaufschädigungen führen.

Neben dem Nikotin enthält der Tabakrauch noch weitere Schadstoffe. Etwa 40 davon sind krebserregend, u. a. der Teer. Winzige Teerteilchen setzen sich in der Lunge und den Bronchien ab und schädigen bzw. zerstören dort die Flimmerhärchen, die die Atemluft filtern. Ein weiterer bekannter Schadstoff im Tabakrauch ist das giftige Kohlenmonoxid (CO). Es gelangt ins Blut, bindet sich dort an die roten Blutkörperchen und verhindert somit eine ausreichende Versorgung des Körpers mit Sauerstoff. Dies kann zu einer frühzeitigen Verkalkung und Verfettung der Blutgefäße führen. Weitere schädigende Wirkungen des Tabakkonsums können der folgenden Zeichnung entnommen werden:

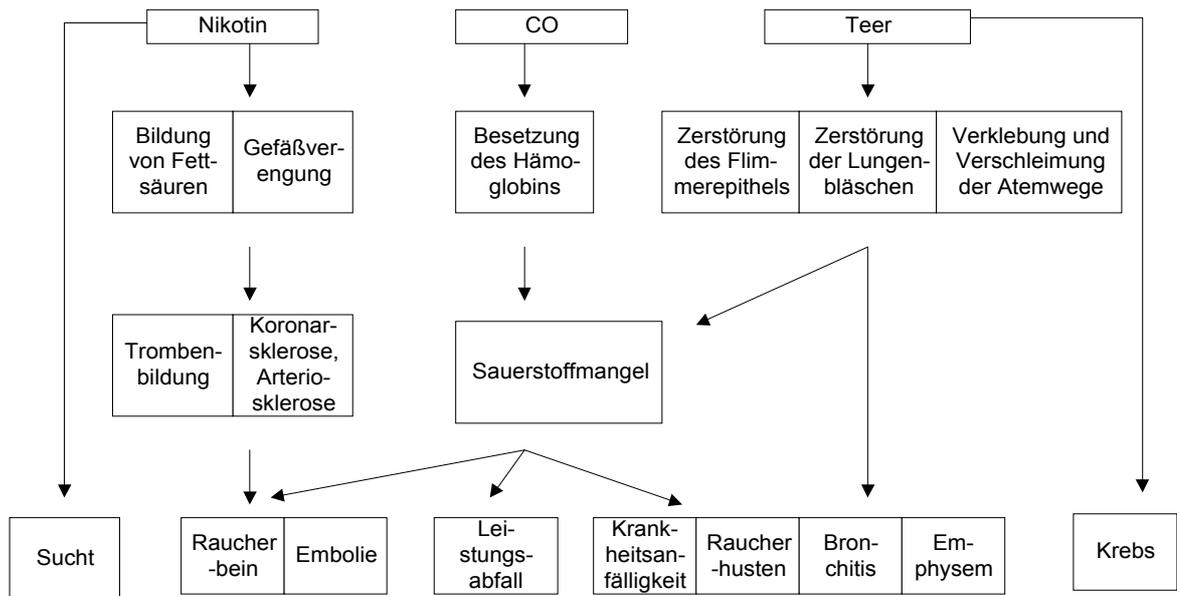


Abbildung 3.1-1 Die schädlichen Wirkungen des Tabakrauches (Hess 1989, S.133)

3.1.4 Rauchertypologien

Folgenden Typen werden nach Knapp (1996) bei Rauchern unterschieden:

Gelegenheits-, Kontakt- oder Genussraucher rauchen 3 bis 8 Zigaretten täglich, meist Zigarren oder Pfeifen, können jederzeit verzichten.

Gewohnheitsraucher rauchen durchschnittlich ein Päckchen Zigaretten täglich.

Abhängige oder Suchtraucher stehen unter Rauchzwang, sind psychisch und körperlich abhängig und können daher nicht aus eigener Kraft verzichten.

3.1.5 Rauchen während der Schwangerschaft

Schwangere sollten nicht rauchen, da sie über den gemeinsamen Blutkreislauf alle Schadstoffe direkt an das ungeborene Kind weitergeben. Dennoch raucht jede fünfte Frau in der Schwangerschaft (Löser 1995). Mögliche Auswirkungen sind Spontanaborte, vorzeitige Plazentalösung, Blutungen und Frühgeburten (Löser 1995). Kinder von Raucherinnen zeigen ein geringes Geburtsgewicht und Minderwuchs infolge pränataler Gefäßveränderungen (Little 1987 zit. n. Löser 1995, S.17).

Nach der Geburt sollte berücksichtigt werden, dass für das Kind Passivrauchen besonders gefährlich ist, weil es weitaus empfindlicher auf Nikotin und die anderen Schadstoffe reagiert. Passivrauchen wird von einigen Wissenschaftlern sogar als eine Ursache für den plötzlichen Kindstod gesehen (MFJFG 2001). Kinder rauchender Eltern erkranken häufiger an Atemwegsentzündungen und Infektionen, als Kinder von Nichtrauchern (BMFSFJ 2001).

3.1.6 Tabakkonsum bei Kindern

In der Bundesrepublik Deutschland ist dem jungen Menschen das Rauchen erst ab dem sechzehnten Lebensjahr erlaubt. Dennoch findet der Einstieg in den Nikotinkonsum laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei Mädchen wie Jungen durchschnittlich mit 13,6 Jahren statt (BZgA 2001). Wichtige Ausgangsmotive der Kinder zur Nutzung der Alltagsdroge Nikotin sind u. a. Verhaltensunsicherheit in der Pubertät, mangelnde Anerkennung in der Gleichaltrigengruppe, Misserfolgserlebnisse in der Schule und andere als ungünstig erlebte soziale Vergleichsprozesse, d. h., der Konsum von Tabak ist stark mit Selbstwertproblemen verbunden (Hurrelmann 1999). Rauchen wird häufig als ein Attribut des Erwachsenseins und zur Selbstwertsteigerung genutzt. Vor allem Kinder, die wenig Anerkennung erhalten, nutzen den Tabakkonsum, um mit anderen Kindern, die wie sie auf einer niedrigen sozialen Prestigestufe stehen, Kontakt zu haben (Hurrelmann & Bründel 1997). Die Attraktivität des Tabakrauchens hat in erster Linie nichts mit der Wirkung zu tun, sondern mit der Gestik und der sozialen Bedeutung.

Die Abbildung 3.1-2 zeigt, wie die verschiedenen Verhaltensschritte des Rauchens mit unterschiedlichen Erlebnisqualitäten und Möglichkeiten der Selbstdarstellung gekoppelt sind (nach Hess 1998):

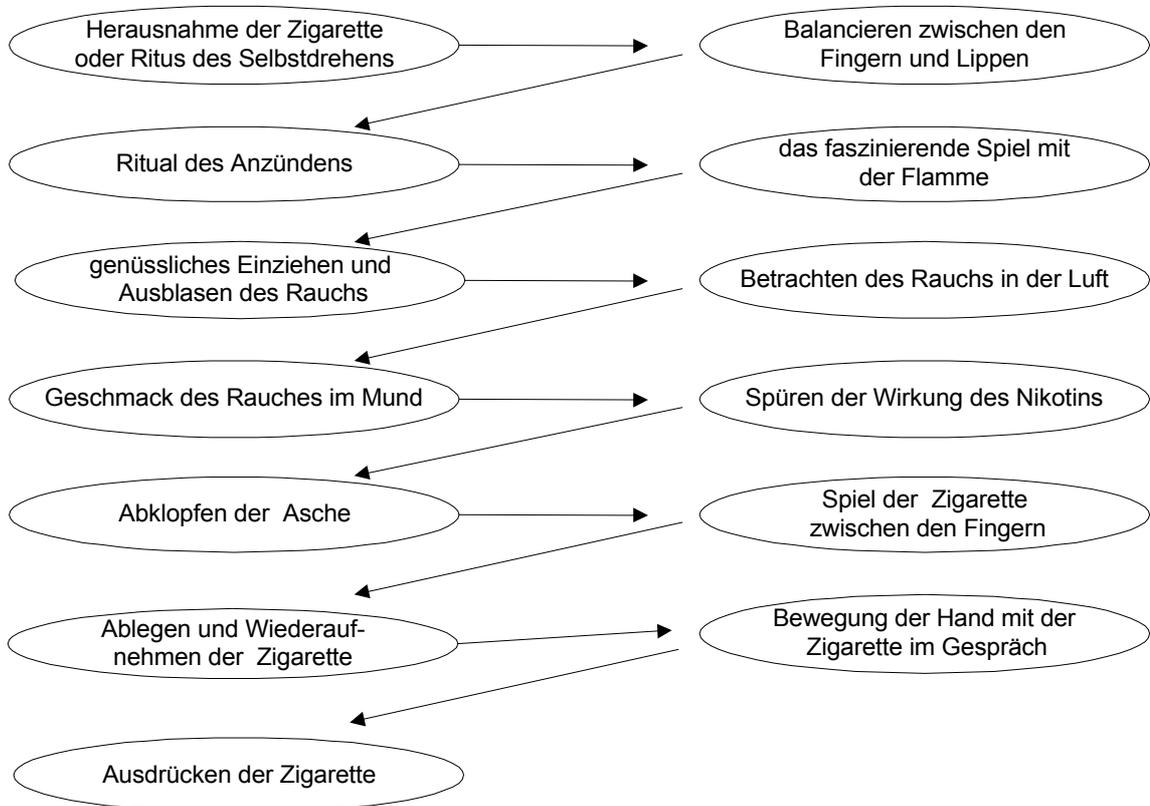


Abbildung 3.1-2 Das psychomotorische Ritual des Rauchens
(Hess 1998, S. 146.)

Zigarettenrauchen ist eine Hilfe, Kontakte aufzubauen. Unter Rauchern entsteht ein Gefühl der Gemeinsamkeit, da das gemeinsame Verhalten verbindet. Mit dem Rauchen einer Zigarette kann die eigene Unsicherheit überspielt und die Erregung gedämmt werden. Es kann für Kinder als Anpassung und Abgrenzung zugleich dienen. Als Anpassung an die rauchenden Freunde und als Akt der Konformität mit der Erwachsenenwelt, aber gleichzeitig auch als Abgrenzung gegenüber den Erwachsenen, als Auflehnung gegen die Normen und die Autorität der Eltern. Mit der gezielten Wahl einer bestimmten Zigarettenmarke kann ein Lebensstil dargestellt werden, der aufgrund der Werbung mit dieser Zigarettenmarke verbunden wird.

Aus einer repräsentativen Wiederholungs-Befragung (Drogenaffinitätsstudie) der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, die die BZgA 2001 durchführte, geht hervor:

- Das Einstiegsalter der Raucher von 13,6 Jahren hat sich zwischen 1993 und 2001 nicht wesentlich verändert.
- Die meisten Kinder machen ihre erste Raucherfahrung in der Altersspanne zwischen 11 und 16 Jahren.
- Mädchen und Jungen unterscheiden sich kaum, sowohl im Hinblick auf die Lebenszeitprävalenz als auch auf das Einstiegsalter.
- Insgesamt konsumieren die Raucher im Durchschnitt 10,3 Zigaretten am Tag, wobei sich diese Durchschnittszahl aus extremen Unterschieden im Einzelfall zusammensetzt - von weniger als einer Zigarette bis mindestens 20 Zigaretten am Tag.
- Der Nichtraucheranteil unter den Kindern ist zwischen 1993 und 2001 angestiegen. Im gleichen Zeitraum ist dafür der Anteil der Ex-Raucher gesunken, so dass die Raucherquote relativ stabil ist.
- Bei den Kindern zwischen 12 bis 17 Jahren ist der Anteil der Raucher von 1993 (20%) auf 28% in den Jahren 1997 und 2001 gestiegen.
- Kinder, die in jungen Jahren mit dem Rauchen beginnen, fangen zunächst als Gelegenheitsraucher an. Mit steigendem Alter werden mehr Kinder zu ständigen Rauchern und von diesen wiederum mehr zu starken Rauchern, mit einem Konsum von 20 oder mehr Zigaretten pro Tag.

(BZgA 2001)

3.2 Alkohol

3.2.1 Situation in Deutschland

Alkohol ist als Genuss-, Rausch- oder Nahrungsmittel seit dem Altertum in nahezu allen Kulturen bekannt. Der maßvolle Konsum von Alkohol gehört heute zum Alltag und ist gesellschaftlich akzeptiert. Wer kennt nicht die Sommerabende im Biergarten oder die Frage: „Wer fährt?“? Alkohol ist die meist genutzte Droge und in Deutschland 24 Stunden am Tag verfügbar. Nicht jeder Mensch ist aber in der Lage, die Droge in Maßen einzunehmen. So gibt es in Deutschland nach offizieller Schätzung etwa 2,5 Millionen alkoholabhängige Menschen (Klein & Zobel 2001) -

eine Millionen Frauen, 1,2 Millionen Männer und 300 000 Kinder (MFJFG 2001). Weitere 3,5 bis 4 Millionen Menschen leben mit einem schädlichen Alkoholgebrauch (Klein & Zobel 2001). Im Jahre 1998 lag der Verbrauch reinen Alkohols bei 10,6 Liter pro Person, was etwa 270 Liter Bier oder 170 Liter Wein entspricht. Die alkoholischen Getränken (ausgenommen Wein) sind in Deutschland mit einer Alkoholsteuer belegt, die dem Staatshaushalt jährlich sieben Milliarden Deutsche Mark Einnahmen bringt (MFJFG 2001).

3.2.2 Wirkungsweise

Reiner Alkohol (Äthanol) entsteht durch Gärung kohlenhydrathaltiger Naturprodukte wie Gerste und Traubensaft. In reinem Zustand ist Alkohol eine farblose, brennbare Flüssigkeit. In Wein, Bier oder Schnaps ist er als psychotrope Substanz enthalten.

Nach der Aufnahme alkoholischer Getränke gelangt er relativ schnell in die Blutbahn und damit in den ganzen Körper. Hier beeinflusst der Alkohol besonders das Gehirn. Der Genuss von alkoholischen Getränken hat zunächst eine anregende Wirkung. Man fühlt sich zwangloser, freier, unbeschwerter, entspannter. Die Stimmung wird albern, aggressiv oder depressiv. Ebenso verringern sich Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit deutlich. Die Bewegungen werden unkontrollierter, man torkelt und lallt (MFJFG 2001). Diese Wirkung des Alkohols verstärkt sich, wenn man müde ist, lange nichts gegessen und/oder gleichzeitig Medikamente eingenommen hat. Bei einer Alkoholkonzentration von einem Promille beginnt der Rauschzustand, d. h. die Bewegungen werden unkontrollierter und die Stimmung heiter. Bei zwei Promille fängt das Betäubungsstadium an, mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen („Filmriss“). Bei über drei Promille beginnt schließlich die schwere Alkoholvergiftung, die zum Tod führen kann. Hieran gemessen gilt in Deutschland seit dem 1. April 1998 eine Promillegrenze von 0,5 Prozent für die Teilnahme am Straßenverkehr mittels eines motorisierten Gefährts (MFJFG 2001).

3.2.3 Gesundheitliche Risiken

In hoher Konzentration führt Alkohol zum Absterben von Körperzellen. Die drei Organe Gehirn, Bauchspeicheldrüse und Leber reagieren aufgrund ihrer Struktur

besonders empfindlich auf langjährigen Alkoholmissbrauch. Es kann u. a. zu Störungen des Gedächtnisses oder der Verdauung kommen (MFJFG 2001).

Vor allem bei täglichem und intensivem Konsum von Alkohol entwickelt sich eine psychische und körperliche Abhängigkeit. Aus dieser Abhängigkeit kommt der Patient oft ohne fremde Hilfe nicht heraus. Alkoholabhängigkeit ist eine schwere Erkrankung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Zeit und Ort der Alkoholfuhr nicht mehr gesteuert werden können (Hurrelmann & Bründel 1997). In der folgenden Tabelle 3.2-1 werden mögliche Phasen der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit aufgezeigt.

Die Einstiegsphase	
Erleichterungstrinken	Der Alkoholeinfluss wird als deutliche Erleichterung empfunden, Schwierigkeiten vor allem im Umgang mit anderen Menschen verschwinden.
Gieriges Trinken	Die ersten Gläser werden „heruntergekippt“, um in Stimmung zu kommen.
Heimliches Trinken	In Gesellschaft werden heimlich und unbeobachtet einige Gläser getrunken.
Die kritische Phase	
Verlust der Kontrolle	Die Aufnahmemenge kann nicht mehr kontrolliert werden, sobald das erste Glas getrunken ist.
Auffällige Verhaltensänderung	Schwankung zwischen übertriebenem und zur Schau gestelltem Selbstbewusstsein und Selbstmitleid sowie Depression. Die Pflege des eigenen Körpers und eine sachgerechte Ernährung werden nicht mehr ernstgenommen.
Änderung des Trinkverhaltens	Der Trinker versucht vergeblich, am Tag einen Rausch zu vermeiden und Regeln für sein Trinkverhalten aufzustellen.
Beeinträchtigung sozialer Kontakte	Familienleben und Partnerkontakte werden vernachlässigt, Freundeskontakte aufgelöst, Arbeitsstellen aufgegeben.
Die chronische Phase	
Unkontrolliertes Trinken	Es wird in jeder sozialen Situation jede Form von Alkohol getrunken.
Völlige soziale Isolierung	Der Alkoholiker zieht sich sozial immer mehr zurück.
Seelische Katastrophen	Nervliche und seelische Zusammenbrüche sind häufig, die bis zum Suizid führen können.

Tabelle 3.2-1 Phasen in der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit (Hurrelmann & Bründel 1997, S.176.)

Die Folgen einer Abhängigkeit für den Betroffenen, seine Familie, den Staat und die Gesellschaft darf man nicht unterschätzen. Auf die Auswirkungen für die Familie wird weiter unten noch genauer eingegangen. Auch die Arbeitsproduktivität eines Abhängigen ist um ein Viertel geringer als die von Gesunden und seine Lebenserwartung im Durchschnitt um 10 bis 15 Jahre verkürzt (Schmidt 1995).

3.2.4 Typologien des Alkoholismus

„Menschen mit problematischem Alkoholkonsum unterscheiden sich erheblich: Trinkanlässe, -menge, -dauer, -häufigkeiten, Grad der körperlichen Abhängigkeit, begleitende Auffälligkeiten (z. B. kriminelles Verhalten, Impulsivität), elterlicher Alkoholismus und andere Merkmale variieren enorm“ (Kruse, Körkel & Schmalz 2000, S.69). Einige Forscher und Praktiker haben den Versuch unternommen die Alkoholismustypologien zu kategorisieren. Eine der ältesten Typologien der Alkoholkranken stammt von Elvin Morton Jellinek (1890-1963), in der fünf Subgruppen von „Trinkern“ unterschieden werden:

Alpha-Trinker	Der Alpha-Trinker ist der typische Konflikttrinker . Er trinkt vor allem aus psychischen Gründen, nämlich um Spannungen wie Ärger, Stress, diffuse Unlustgefühle usw. abzubauen. Die psychische Abhängigkeit ist meist (noch) gering ausgebildet, eine körperliche Abhängigkeit liegt nicht vor.
Beta-Trinker	Der Beta-Trinker ist als sozialer Gelegenheitstrinker zu charakterisieren. Sein Trinken wird begünstigt durch soziale Umstände im Privatleben (z. B. Sportverein, Klubleben, Stammtisch) oder im Beruf (z. B. Kellner oder Bauarbeiter). Psychische und körperliche Abhängigkeit liegen nicht vor.
Gamma-Trinker	Der Gamma-Trinker ist der prototypische süchtige Trinker , der die Kontrolle über die Trinkmenge verloren hat: Er ist nicht mehr in der Lage, zu jeder Zeit aufzuhören, sondern er trinkt oftmals so lange weiter, bis starke Trunkenheit oder Mangel am Alkoholreserven dies verhindern. Die Fähigkeit, eine Zeit lang zu abstinieren, wird oft als Beleg dafür missdeutet, dass das Trinken noch beherrscht wird. In der Regel sind körperliche und soziale Folgeerscheinungen eingetreten.

Delta-Trinker	Als Gewohnheits- oder Spiegeltrinker hat der Delta-Alkoholiker die Kontrolle über den Trinkzeitpunkt (das Ob oder das Wann) verloren. Um Entzugserscheinungen zu vermeiden und seine Funktionsfähigkeit zu erhalten, sorgt er stetig dafür, dass ein ausreichender Alkoholspiegel sichergestellt ist. Körperliche Abhängigkeit liegt somit vor, aber kein Kontrollverlust im Sinne eines nach Trinkbeginn eintretenden »Totalbesäufnisses«. Ein typisches Beispiel ist der Weinbauer, der über den Tag verteilt genauso viel Alkohol zu sich nimmt, wie sein Körper abbaut.
Epsilon-Trinker	Beim episodischen Trinker (Quartalstrinker, Dipsomanie) sind zwischen zum Teil Monate auseinander liegenden starken Trinkepisoden Tage bis Monate normalen Alkoholkonsums oder Abstinenzphasen zu verzeichnen. Hierbei handelt es sich um in der klinischen Praxis eher seltene Fälle. (Jellinek 1960 zit. n. Kruse et al. 2000, S.70-71)

3.2.5 Alkohol während der Schwangerschaft

Keine Substanz schädigt die vorgeburtliche Entwicklung des Kindes so häufig und nachhaltig wie Alkohol. Zwar ist den meisten Müttern bekannt, dass Alkohol in der Schwangerschaft schädigende Auswirkungen auf das ungeborene Kind hat, nicht zuletzt gehört die Aufklärung darüber mit zur Beratungsaufgabe der Frauenärzte. Gleichzeitig gehen aber viele Schwangere davon aus, dass eine geringe Menge Alkohol die Entwicklung nicht beeinträchtigt. Immer noch 80% der Frauen nehmen während der Schwangerschaft Alkohol zu sich, obwohl auch geringe Mengen schädigende Wirkung haben können (Zobel 2000).

Der Alkohol erreicht den Embryo ungefähr mit der gleichen Konzentration wie die Mutter, da er ungehindert die Plazenta passieren kann. Im embryonalen Organsystem wird der Alkohol langsamer abgebaut als im mütterlichen (Kruse et al. 2000). Die Kinder können eine pränatale Schädigung erfahren, vor allem im kognitiven und neuropsychiatrischen Bereich (Klein 1999). Auftretende Symptome sind u. a. Dysfunktionen des zentralen Nervensystems, abnormale Gesichtselemente, Verhaltensdefizite und Wachstumsrückstände (Retardierung; Klein 1999). Das entsprechende medizinische Symptombild wurde erst vor 25 Jahren definiert (obwohl schon seit Jahrhunderten der mütterliche Alkoholkonsum beobachtet wird). Es wird Alkoholembryopathie (AE) oder auch Fetales Alkoholsyndrom (FAS) genannt (Zobel 2000).

Die Gefahr für den Embryo ist besonders in den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft groß (Löser 1995), da sich etwa in der vierten bis zehnten

Schwangerschaftswoche die Organe entwickeln. Nach Löser (1995) ist die AE mit einer Prävalenz von 1 : 300 Neugeborenen in Deutschland häufiger als z. B. Morbus Down (mit 1 : 650 Neugeborenen). Pro Jahr kommen in Deutschland etwa 2200 alkoholgeschädigte Kinder zur Welt (Löser 1995). Die Prognose über den späteren Verlauf wird von der Art und Schwere der Schädigung wesentlich beeinflusst. Trotz aller Bemühungen der Umgebung bleibt etwa ein Drittel der Kinder mit voll ausgeprägter AE geistig schwer behindert, die übrigen weisen auch im späten Alter in ihren schulischen Leistungen und sozialen Fähigkeiten Defizite auf (Feuerlein 1996). Nur sehr wenige (max. 20%) können eine normale Schule besuchen und für über die Hälfte der Jugendlichen mit AE ist eine Berufstätigkeit fraglich oder sogar ganz ausgeschlossen (Feuerlein 1996).

Wenn der Vater alkoholkrank ist, sind sehr wahrscheinlich keine Missbildungen zu erwarten, da die Spermazellen des Mannes vom Alkohol nicht so verändert werden, dass damit Schädigungen des Kindes verbunden sind (Feuerlein, Dittmar & Soyka 1999). Auch Kinder, die im Alkoholrausch gezeugt wurden („Rauschkinder“) sind in körperlicher Hinsicht nicht stärker gefährdet als die Kinder, die ohne Alkoholeinfluss gezeugt wurden (Feuerlein et al. 1999).

3.2.6 Alkoholkonsum bei Kindern

Das Jugendschutzgesetz verbietet den Verkauf alkoholischer Getränke an Kinder unter 16 Jahren. Bei hochprozentigen alkoholischen Getränken ist der Verkauf sogar erst ab 18 Jahren erlaubt. Dadurch sollen Kinder vor Alkoholmissbrauch geschützt werden. Die Hemmschwelle zum Alkoholkonsum sinkt allerdings durch Mixgetränke wie Kölsch-Cola oder Sekt mit Orangensaft immer weiter ab. Hierdurch verwischen sich die Grenzen zwischen alkoholfreien und alkoholhaltigen Getränken (Zobel 2000).

Ähnlich wie beim Tabakkonsum gibt es auch beim Konsum von Alkohol bestimmte Motivationsfaktoren. Hier spielt die Kompensation von Unsicherheit und geringem Selbstwertgefühl ebenfalls eine Rolle. Der Wunsch nach Zuwendung und Aufmerksamkeit und der Wunsch, erwachsen zu sein, sind auch hier vorhanden. Beim Alkoholkonsum fällt auf, dass die stark konsumierenden Kinder Freunde haben, die das gleiche Konsumverhalten zeigen und ebenfalls häufig durch ein

betont enges Cliquenverhalten, persönliche Kontakt- und Beziehungsstörungen zu kompensieren versuchen (Hurrelmann & Bründel 1997).

Kinder möchten durch übermäßiges Trinken Stärke und Unabhängigkeit demonstrieren: Der Alkoholrausch wird immer noch mit dem Klischee vom „starken Mann, der viel vertragen kann“ assoziiert. Dabei ist der Alkoholkonsum häufig verbunden mit Hilflosigkeit, gestörtem Selbstwertgefühl, Gefühl der Überflüssigkeit und der Einsamkeit sowie Gefühlen der Überforderung und der Erschöpfung (Engel & Hurrelmann 1994).

Negativ auf den Alkoholkonsum von Kindern können sich ungünstige Situationen der Familie in psychischer, sozialer und materieller Hinsicht auswirken, außerdem Arbeitslosigkeit eines Familienmitgliedes oder Alkoholismus der eigenen Eltern und Störungen der normalen Beziehungsabläufe in der Familie (Hurrelmann 1999). Die Gefahr bei Kindern, in der Pubertät alkoholabhängig zu werden, ist vergleichsweise größer als bei Erwachsenen. Kinder können schon nach sechs bis achtzehn Monaten exzessiven Trinkens eine Abhängigkeit entwickeln, was bei Erwachsenen oftmals Jahre dauert (Hurrelmann & Bründel 1997). Kinder werden unter Alkoholmissbrauch häufig anfälliger für anderweitige Problemsituationen, wie z. B. ungeschützten Geschlechtsverkehr, Unfälle, Kriminalität und Gewalt. Gerade im Alter zwischen 15 und 24 Jahren ist der Alkohol mit verantwortlich für die hohe Todesrate bei Jugendlichen. Häufige Gründe sind Verkehrsunfälle, Selbstmorde und risikoreiche Mutproben (Hurrelmann & Bründel 1997).

Eine deutliche Mehrheit der Kinder benutzt Alkohol als Genussmittel und konsumiert ihn kontrolliert und meist nur am Wochenende, da in der Woche der Blick auf die Schul- und Arbeitsanforderungen gerichtet ist (Hurrelmann & Bründel 1997).

Folgende Ergebnisse bezüglich des Konsums von Alkohol ergaben sich bei der repräsentativen Wiederholungsbefragung durch die BZgA (2001):

- 92% der 12- bis 25-jährigen Kinder bzw. jungen Erwachsenen haben in ihrem bisherigen Leben einmal Alkohol probiert.
- Beim Alkoholkonsum insgesamt gibt es keine Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Kindern im Hinblick auf die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz.

- In den letzten 12 Monaten (Befragungszeitraum November 2000 bis Januar 2001) haben 34% nie oder selten Alkohol getrunken, 36% einmal oder mehrmals im Monat und 30% nehmen regelmäßig Alkohol zu sich, d. h. mindestens einmal in der Woche. Von dieser Zahl trinkt ein Prozent täglich Alkohol, überwiegend wird Bier konsumiert.
- Bei der Altersgruppe 12 bis 13 Jahre trinken 85% selten oder nie Alkohol, bei den 14- bis 15-Jährigen sind es nur noch 50%, die selten oder nie trinken und ab 16 oder 17 Jahren sind es 20%, die selten oder nie Alkohol trinken.
- Kinder trinken im Durchschnitt 53,9 Gramm reinen Alkohol pro Woche. Im Einzelfall unterscheidet sich die Trinkmenge erheblich. 35% nehmen so gut wie keinen Alkohol zu sich und 14% mehr als 120 Gramm pro Woche.
- In den letzten 20 Jahren ist der Alkoholkonsum von Kindern rückläufig.
- 40% der Kinder geben an, im letzten Jahr mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, 21% hatten in ihrem Leben sechsmal oder häufiger einen Alkoholrausch. Von den 24- bis 25-Jährigen haben nur 18% noch nie einen Alkoholrausch gehabt. Am stärksten verbreitet sind Alkoholrausch-Erfahrungen bei den 16- bis 17-Jährigen. Das Durchschnittsalter des ersten Alkoholrausches beträgt 15,6 Jahre.

(BZgA 2001)

4 Sucht

Vielfach hat man sich darum bemüht, diejenigen Faktoren und ihr Zusammenspiel zu identifizieren, die das Risiko einer Substanzabhängigkeit erhöhen. Die Kausalität zwischen den Faktoren und dem darauf folgenden Verhalten und die Frage in welcher Intensität und Kombination die Faktoren auftreten müssen, sind noch nicht eindeutig geklärt.

4.1 Vom Gebrauch zur Abhängigkeit

Die Übergänge vom Gebrauch zum schädlichen Gebrauch und zur Abhängigkeit sind fließend. Die Dynamik und Mechanismen der einzelnen Übergänge sind nicht eindeutig bekannt. Es steht lediglich fest, dass kein einzelner Faktor eine Sucht auslöst. Es ist ein Wechselspiel zwischen anlagebedingten, psychischen und sozialen Faktoren. Die verschiedenen Stadien vom gelegentlichen Gebrauch bis zur Abhängigkeit zeigt das folgende Schema:

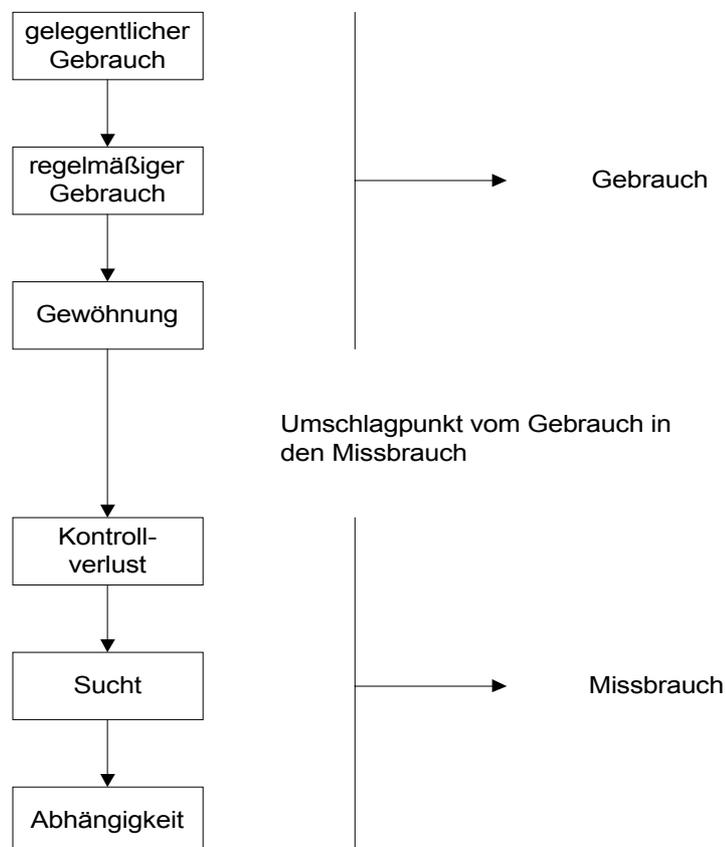


Abbildung 4.1-1 Stadien der Entstehung von Abhängigkeit
(Hurrelmann & Bründel 1997, S.15)

Konsum und Gebrauch von Drogen müssen nicht zwangsläufig zu einer Abhängigkeit führen. Eine Abhängigkeit wird auch nicht von „heute auf morgen“ eintreten, sondern sie setzt ein Missbrauchsverhalten über einen längeren Zeitraum voraus.

Die internationalen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD–10 (International Classification of Diseases, 10. Aufl.) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und DSM–IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Version) der American Psychiatric Association unterscheiden schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch und Abhängigkeit als zwei voneinander unabhängige Störungen. Schädlicher Gebrauch nach ICD-10 bezeichnet „ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen, sein oder eine psychische Störung, z. B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum“ (Schmidt 1999, S.71). Im Gegensatz dazu bezieht die Klassifikation DSM-IV bei der Definition des Substanzmissbrauchs die soziale Dimension explizit mit ein.

Der Begriff der Abhängigkeit wird im Sinne des Abhängigkeitssyndroms (ICD-10) bzw. der Substanzabhängigkeit (DSM-IV) in beiden Klassifikationssystemen praktisch identisch verwandt (Schmidt 1999). Die Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nach ICD-10 nur gestellt werden, „... wenn irgendwann während des letzten Jahres 3 oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz, im Sinne erhöhter Dosen, die erforderlich sind, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen.

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen“.
(Schmidt 1999, S.72)

Weiterhin wird zwischen physischer (körperlicher) und psychischer (seelischer) Abhängigkeit unterschieden. Je nachdem, um welche Art von Droge es sich handelt, können eine oder beide Abhängigkeitsarten auftreten.

Eine physische Abhängigkeit liegt vor, wenn der Körper sich an die Substanz gewöhnt hat (Toleranzentwicklung), seine Eigenproduktion von körperlichen Stoffen vermindert und eine regelmäßige Einnahme des Stoffes erwartet. Wenn der Stoff dann nicht in ausreichender Menge dem Körper zugeführt wird, reagiert er mit körperlichen Entzugserscheinungen. Letztere können in unterschiedlicher Form auftreten, zum Beispiel als Unruhe, Schlafstörungen, Übelkeit, Gereiztheit, Zittern u. a. Die Toleranzentwicklung führt zu immer häufigerem Einnehmen der Droge und/oder gesteigerter Dosis, um die Wirkung gleichbleibend zu erzielen.

Eine psychische Abhängigkeit liegt bei unkontrolliertem Verlangen nach der Droge vor. Ziel der Einnahme ist nach Dr. Wolfgang Hantel-Quitmann „... die Vermeidung und Verleugnung einer unlustvollen, bedrohlichen und affektiv kalten Realität!“ (Hantel-Quitmann 1997, S.203).

4.2 Risikofaktoren für Drogengefährdung

„Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit gelten als Reaktion auf die Anzahl der Belastungen, die ein Mensch zu bewältigen hat“ (Schmidt 1998, S.40). Ob ein Kind eine Erkrankung oder Störung entwickelt, hängt in besonderem Maße von den Risikofaktoren ab, sowohl in der Person des Kindes als auch in seiner Umwelt. Demgegenüber stehen die Schutzfaktoren. „Als Schutzfaktoren gelten Einflüsse, die Drogenkonsum verhüten, einschränken oder reduzieren oder einen Puffer für mögliche Risikofaktoren darstellen oder die Wirkung der Risikofaktoren reduzieren oder neutralisieren“ (Newcomb & Felix-Ortiz 1992 zit. n. Schmidt 1998, S.40).

Es wirkt nicht ein einzelner Faktor isoliert, sondern das Zusammentreffen von Risiko- und Schutzfaktoren ergibt letztlich die Entwicklungsprognose des Kindes (Zobel 2000).

Im Folgenden werden mögliche personale, soziale und gesellschaftspolitische Risikofaktoren für jugendlichen Drogenkonsum dargestellt.

4.2.1 Personale Risikofaktoren

Es gibt personale Faktoren, die im Zusammenhang mit Substanzgefährdung stehen: genetische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale, persönliche Einstellungen und Verhaltensweisen.

Genetische Risikofaktoren

Um ein Substanzproblem auszulösen, sind genetische Faktoren weder notwendig noch hinreichend. Sie können Menschen jedoch unter bestimmten Umweltbedingungen für den Substanzmissbrauch anfällig machen (Essau, Baschta, Koglin, Meyer & Petermann 1998). Eine direkte Vererbung von Alkoholismus konnte bisher nicht nachgewiesen werden, da es Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien gibt, die selbst keine Sucht entwickeln. Es gibt aber einige Studien, die darauf hinweisen, dass es zumindest bei Männern die Beteiligung eines Erbfaktors gibt. Nachgewiesen ist, dass männliche Kinder von Alkoholikern eine erhöhte Toleranz gegenüber Alkohol haben. Ebenfalls nehmen sie die später einsetzenden negativen Effekte (wie z. B. den „Kater“) in geringerem Maße wahr als Vergleichspersonen. Levenson et al. (1987 zit. n. Klein 2001b, S.217) erbrachten für die Söhne von Abhängigen den Nachweis einer erhöhten Stressdämpfung nach Alkoholkonsum. Bei Frauen aus alkoholismusbelasteten Familien ist kein Erbfaktor nachgewiesen, aber es wird vermehrt beobachtet, dass sie anscheinend bevorzugt abhängige Partner auswählen.

Persönlichkeitsbezogene Risikofaktoren

Nach Hurrelmann (2000) sind für die Problemverarbeitung durch Drogenkonsum nicht die sozial unterprivilegierten und deprivierten Kinder typisch, sondern eher die emotional labilen, stimulierungs- und erlebnisbedürftigen. Er sieht den

Drogenkonsum als ein Zeichen für nicht gelungene Selbstverwirklichung an. So gelten ein geringes Selbstwertgefühl und geringe Selbstwirksamkeitserwartungen als Risikofaktoren für Nikotin- und Alkoholkonsum.

Einstellungen als Risikofaktor

„Je positiver die Einstellung zum Drogenkonsum, desto stärker ist in der Regel auch der Drogenkonsum, bzw. je ausgeprägter der Drogenkonsum, desto positiver die Einstellung dazu“ (Schmidt 1998, S.46). Nach Pleck, Sonenstein & Ku (1994 zit. n. Schmidt 1998, S.46) korreliert der Glaube, dass Jungen hart sein müssen, sich Respekt verschaffen sollen und Selbstvertrauen demonstrieren müssen, mit überdurchschnittlichen Konsumgewohnheiten, unabhängig von Persönlichkeitsfaktoren und sozioökonomischen Bedingungen. Nicht nur die Einstellung des Kindes, sondern auch die der Freunde zum Drogenkonsum können einen erheblichen Einfluss haben.

Verhaltensweisen als Risikofaktor

Nach Dryfoos (1990 zit. n. Schmidt 1998, S.47) ist das Risiko, riskante Gebrauchsgewohnheiten zu entwickeln und zu stabilisieren, um so größer, je früher der Einstieg in den Drogenkonsum beginnt. Nach Gutierres et al. (1994 zit. n. Schmidt 1998, S.48) hat z. B. der Drogenkonsum in Form einer Selbstmedikation, um sich zu entspannen, eine deutlich schlechtere Prognose bei der Entwicklung missbräuchlichen Verhaltens als Drogenkonsum im Rahmen sozialer Gegebenheiten.

Jungen und Mädchen unterscheiden sich in der Art der Belastungsbewältigung. Mädchen weisen eher angepasste und nach innen gerichtete Bewältigungsmuster auf, etwa in Form von Depressivität oder Rückzug. Jungen verwenden dagegen rebellische und nach außen gerichtete Strategien. „Gerade Jungen, die in der Regel als weniger fähig angesehen werden, eigene Gefühle zu äußern, um damit Belastungen zu bewältigen, werden als drogengefährdet angesehen. Denn einige Drogen führen durch ihre enthemmende Wirkung oder Intensivierung des Gefühlserlebens dazu, dass für Jungen damit die Möglichkeit verbessert wird, belastende Gefühlszustände zu thematisieren“ (BZgA 1992 zit. n. Schmidt 1998,

S.48). „Aber auch Mädchen zeigen die Tendenz, Drogen zu konsumieren, um Entspannung oder emotionale Entlastung zu finden“ (Opland, Winters & Stinchfield 1995 zit. n. Schmidt 1998, S.48).

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang besteht zwischen jugendlichem Drogenkonsum und delinquentem Verhalten (Schmidt 1998).

4.2.2 Soziale Risikofaktoren

Zu den sozialen Risikofaktoren für Substanzgefährdung gehören die familiären und schulischen Gegebenheiten. Mit zunehmendem Alter wird der Einfluss der gleichaltrigen Gruppe immer bedeutender. Deshalb sollen die einzelnen Sozialisationsmöglichkeiten kurz erörtert werden.

Familiäre Risikofaktoren

Die familiäre Umgebung spielt für die Entwicklung des Kindes eine sehr wichtige Rolle. Wenn Faktoren wie Zuwendung, Liebe, Aufmerksamkeit, emotionale Wärme und Geborgenheit fehlen und damit die Bedürfnisse des Kindes nicht ausreichend befriedigt werden, kann es einen Mangel im psychischen Entwicklungsbereich geben. Dieser Mangel kann seine Befriedigung im Substanzkonsum finden. Drogenkonsumierende Kinder haben meist ein weniger enges Verhältnis zu ihren Eltern als Kinder, die keine Drogen konsumieren (Essau et al. 1998). Auch kritische Lebensereignisse z. B. die Trennung der Eltern oder der Tod eines Elternteiles können einen Risikofaktor darstellen. Genauso wie das Vorbildverhalten der Eltern einen Einfluss auf den späteren Drogenkonsum hat, wirkt das elterliche Konsumverhalten Modell liefernd und normgebend auf den Konsum der Kinder. Mit alkoholkranken Eltern hat man im Vergleich zu anderen ein bis zu sechsfach höheres Risiko, selbst abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen (Klein 2001b).

Der Erziehungsstil der Eltern ist ebenfalls von Einfluss. Hier kann nicht nur ein vernachlässigender Erziehungsstil, sondern auch eine Überbehütung negative Auswirkungen haben (Eickhoff & Zinnecker 2000).

Drogenkonsum von Geschwistern kann sich ebenfalls negativ auswirken, wenn die Älteren die Jüngeren mit verschiedenen Drogen „versorgen“. Das modellhafte

Vorleben und Befürworten des Drogenkonsum durch die älteren Geschwister scheint stärker zu beeinflussen, als wenn dies die Eltern tun (Essau et al. 1998).

Schule als Risikofaktor

Schulen können den Substanzkonsum beeinflussen, wenn sie eine Umgebung bieten, die bei einigen Kindern zu schulischem Versagen führt (Essau et al. 1998). Geringe Leistungsmotivation, schlechte Schulleistung und Schulabbruch stehen in Zusammenhang mit deviantem Verhalten, aber auch mit dem Beginn von Substanzkonsum. Faktoren wie z. B. schlechte Lehrer-Schüler-Beziehungen, Gewalt oder Verfügbarkeit von Drogen in der Schule werden mit negativen Auswirkungen auf Kinder in Zusammenhang gebracht (Kandel 1980, Kupfer & Turner 1990, 1991 zit. n. Essau et al. 1998, S.761). Nach Eggert & Herting (1993 zit. n. Schmidt 1998, S.58) nehmen Schulaussteiger (dropouts) mehr Drogen, verfügen über besseren Zugang bei der Substanzbeschaffung, können ihren Drogenkonsum schlechter kontrollieren und haben häufiger drogeninduzierte Schwierigkeiten als vergleichbare schulintegrierte Kinder. Auf der Grundlage von Forschungen kann gesagt werden, dass Jungen stärker durch Leistungsversagen belastet sind als Mädchen (Schmidt 1998).

Peer- Group als Risikofaktor

Unter Peer- Group versteht man die Gruppe Gleichaltriger, also den Freundeskreis, in dem sich die Kinder befinden und in dem eigene Normen, Werte und eine festgelegte Ordnung gelten. Hier besitzt jedes Gruppenmitglied eine feste Rolle, die Sicherheit bietet. Besteht in solch einer Gruppe Drogengebrauch, kann dies zum Auslöser für den eigenen Einstieg werden oder zur Aufrechterhaltung des Drogenkonsums dienen (Schmidt 1998). Die Gleichaltrigengruppe bietet einen Raum zum Experimentieren mit und zum Erproben von Drogen. Daneben kann die Droge den Kontaktaufbau zu Gleichaltrigen und die soziale Integration in eine Gruppe erleichtern, denn sie vermittelt Gemeinsamkeit.

Nach Swaim (1991 zit. n. Essau et al. 1998, S.758) geben Gleichaltrige zwar emotionalen Rückhalt und Unterstützung, können aber auch das Milieu für

Sozialisation in Devianz und Drogenkonsum bieten. Gerade Kinder mit schlechten elterlichen Bindungen suchen sich eher deviante Freunde (Kandel 1980 zit. n. Esssau et al. 1998, S.758). Neben Eltern und Geschwistern gelten Freunde als die Personengruppe, die den meisten Einfluss auf den Drogenkonsum nimmt. Nach Krake (1993 zit. n. Schmidt 1998, S.54) wird mit Gleichaltrigen eher der Konsum von Zigaretten und harten Alkoholika geprobt, während die Fähigkeit zum Konsum weicher Alkoholika eher im Elternhaus erworben wird. Weiterhin konsumieren Kinder nach Schmidt (1998) mehr Drogen, wenn auch viele ihrer Freunde und Freundinnen Drogen zu sich nehmen. So sieht Krake (1993 zit. n. Schmidt 1998, S.56) den besten Prädiktor für das Rauchen von Kindern im Rauchen gleichaltriger Freunde und den besten Prädiktor für Alkoholkonsum bei Jungen im Konsum des besten Freundes.

4.2.3 Gesellschaftspolitische Risikofaktoren

Zu den gesellschaftspolitischen Risikofaktoren gehören die sozioökonomischen Gegebenheiten und die gesetzlichen Regelungen, die neben den personalen und sozialen Risikofaktoren Einfluss auf die kindliche Drogengefährdung haben.

Sozioökonomische Risikofaktoren

Drogen- und vor allem der Alkoholkonsum sind über alle sozialen Schichten gleichmäßig verteilt (Schmidt 1998). Nach Perry & Staufacker (1996 zit. n. Schmidt 1998, S.58) lässt sich lediglich ein enger Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und niedrigem sozioökonomischem Status feststellen. Weiterhin lässt sich empirisch belegen, dass der allgemeine Drogenkonsum bei Kindern tendenziell sinkt. Dies gilt nicht für unterprivilegierte Schichten. Nach Guthrie et al. (1994 zit. n. Schmidt 1998, S.59) wird bei dieser Personengruppe ein gefährlicher Anstieg des Drogenkonsums sichtbar. Obwohl das Leben in benachteiligten Nachbarschaften zwar als Indikator für Problemverhalten gilt, besteht kein Zusammenhang zwischen unterprivilegierten Wohnverhältnissen und Alkohol- und Zigarettenkonsum (Schmidt 1998). Dafür gilt aber das Fehlen eines festen Wohnsitzes als Risikofaktor für Drogenkonsum. Cluster-Analysen zur Jugendkultur zeigen, dass finanzielle Not zu massivem Zigaretten- und Alkoholkonsum bei Jungen führt (Schmidt 1998). Weiterhin hat Fend (1991 zit. n. Schmidt 1998, S.59)

in seinen Studien gezeigt, dass leicht überdurchschnittliche Konsumgewohnheiten häufig bei Kindern aus mindestens mittleren sozialen Schichten zu finden sind, die überdurchschnittlich oft das Gymnasium besuchen und höhere Bildungsziele anstreben.

Gesetzliche Regelungen

Einkauf und Konsum von legalen Drogen ist in Deutschland erst ab einem bestimmten Alter erlaubt, um den frühzeitigen Gebrauch bei Kindern zu verhindern. Diese Einschränkung der Erwerbsmöglichkeit von Tabakprodukten führt nach Perry & Staufacker (1996 zit. n. Schmidt 1998, S.60) bei experimentierenden Einsteigern zur Konsumreduktion. Im Gegensatz dazu ist die Verkaufsbeschränkung von Alkohol weniger erfolgreich, weil Kinder in der Regel Alkohol über ältere Freunde beziehen oder aus den Beständen ihrer Eltern entwenden.

Die gesetzlichen Vorschriften reichen alleine meist nicht aus, da sie sowohl von den Verkäufern als auch den Kindern unterlaufen werden können.

4.3 Suchttheorien

Die Vielzahl an Theorien über die Entstehung von Suchterkrankungen spiegelt die Unsicherheit über die wirklichen Ursachen wieder. Es gibt keine allgemein anerkannte Erklärung der Sucht, denn zu viele Faktoren könnten in Wechselwirkung mit anderen Auslösern eine mögliche Ursache darstellen und jeder Mensch reagiert individuell darauf. Im Folgenden wird ein kleiner Ausschnitt der verschiedenen Theorien vorgestellt. Nach einem eher allgemeinen Ansatz folgt ein kurzer Einblick in zwei ausgewählte spezifischere Bereiche, nämlich Lernt- und Entwicklungstheorien.

4.3.1 Person-Umwelt-Drogen-Ansatz

Jeder Mensch hat personale und soziale Ressourcen und muss sich mit seiner Lebenssituation auseinandersetzen. Wenn aber die Ressourcen unzureichend sind, kann es zu einer Verkettung ungünstiger Faktoren kommen. Je nachdem, um welche Art Droge es sich handelt, mit welcher Intensität der Drogengebrauch

stattfindet, welche persönlichen Merkmale der einzelne Mensch hat und welche Merkmale seine Umgebung mit sich bringt, entscheidet es sich, ob es zu einer Abhängigkeit kommt (Hurrelmann & Bründel 1997).

Selten hat die Drogenabhängigkeit nur eine Ursache und sie entsteht in der Regel auch nicht plötzlich, sondern hinter ihr steht häufig eine jahrelange Entwicklungsgeschichte.

Hurrelmann & Bründel (1997) definieren Drogenabhängigkeit als ein Symptom einer gestörten Gesundheitsbalance. Für sie ist Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit; sie sehen Gesundheit als eine aktiv betriebene Balance zwischen inneren und äußeren Lebensbedingungen:

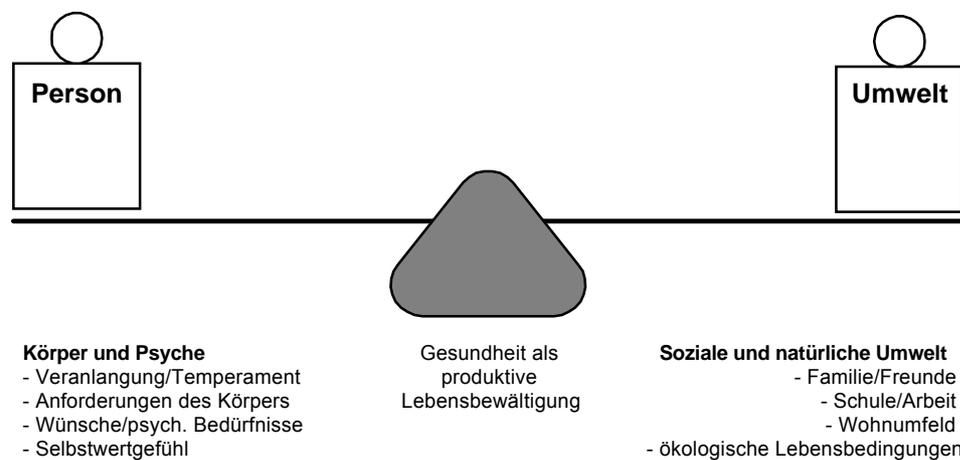


Abbildung 4.3-1 *Gesundheit als Balance zwischen inneren und äußeren Lebensbedingungen* (Hurrelmann & Bründel 1997, S.6)

Die Droge kann zur Lebensbewältigung eingesetzt werden, um die persönlichen Ressourcen zu stärken und den äußeren Belastungsanforderungen entgegen zu wirken. Das bedeutet, die Droge wird ganz gezielt eingesetzt, mit der Absicht, die Gesundheitsbalance zu verbessern.

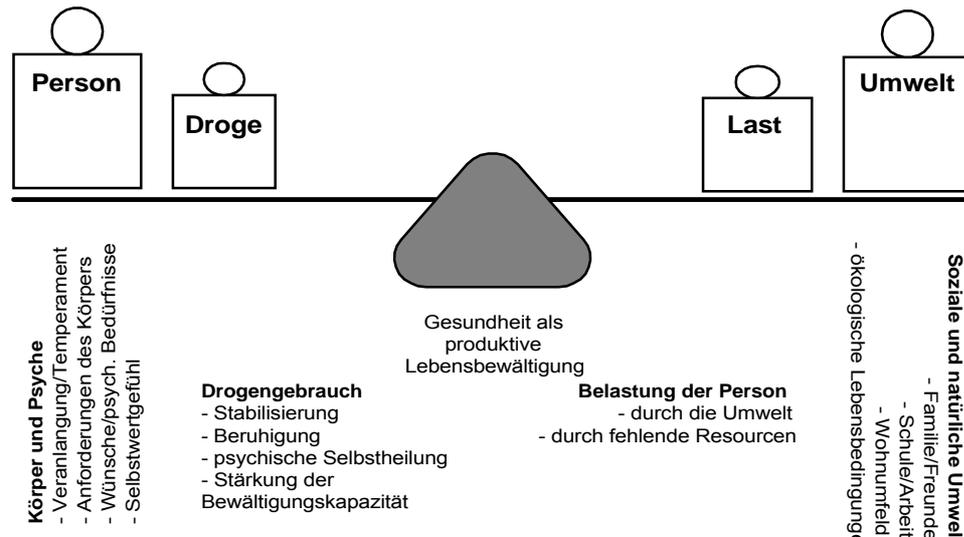


Abbildung 4.3-2 Die Rolle des Konsums als Medium zur Herstellung der Gesundheitsbalance (Hurrelmann & Bründel 1997, S.8)

Wenn aber die personalen und sozialen Ressourcen unzureichend sind und die Droge einen immer größeren Platz in der Lebensbewältigung einnimmt, dann besteht die Gefahr der Abhängigkeit. Gerät der Drogengebrauch außer Kontrolle, löst sich die Droge von ihrer eigentlichen Funktion der Lebensbewältigung und wird zu einer eigenständigen gesundheitlichen Belastung.

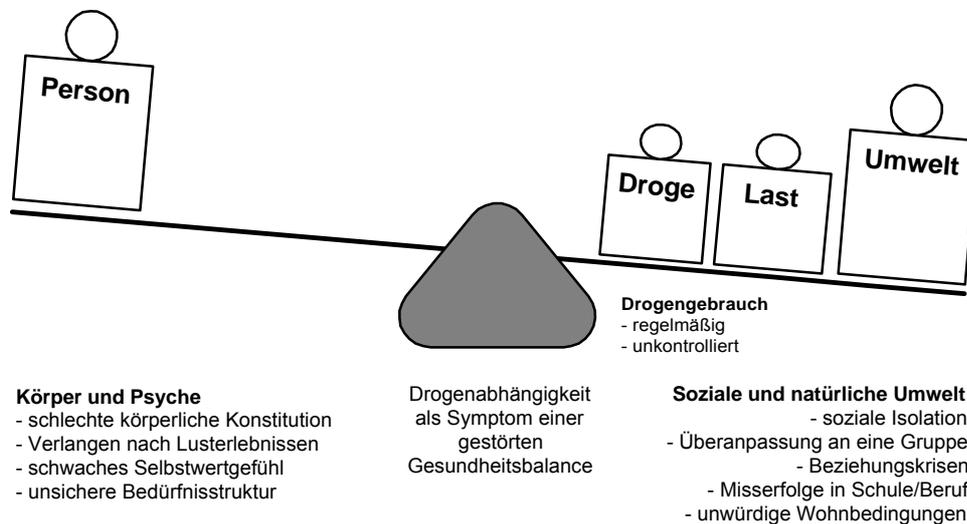


Abbildung 4.3-3 Der „Person-Umwelt-Drogen-Ansatz“ zur Erklärung von Abhängigkeit (Hurrelmann & Bründel 1997, S.20)

Zu den unzureichenden personalen Ressourcen gehören u. a. eine schlechte körperliche und psychische Verfassung, wie z. B. eine schlechte Verträglichkeit von psychotropen Substanzen, hohe körperliche und/oder psychische Belastungen sowie fehlende Problembewältigungsstrategien und

Konfliktlösungsmöglichkeiten. Der Bereich der Umwelt kann sich ungünstig auswirken, wenn beispielsweise die familiäre Situation sehr belastet ist. Weiterhin können sich die Umweltbedingungen verschlechtern, wenn negative Bedingungen in der Gesellschaft vorliegen, wie etwa gefährdende Leistungs- und Konkurrenzsituationen, eine fehlende Wertorientierung sowie mangelnde Zukunftsperspektiven.

Da dieser Ansatz lediglich die Variablen der drei Hauptelemente „Person–Umwelt–Droge“ auflistet, bleibt er sehr allgemein. Er kann aber als Rahmen für die unten genannten spezifischeren Theorien verwendet werden, da sie sich in dieses Modell „Person-Umwelt-Droge“ einordnen lassen.

4.3.2 Lerntheorien

Die Lerntheorien vertreten den Standpunkt, dass normales und abweichendes Verhalten durch die gleichen Lernprinzipien erworben werden. Abhängigkeit wird als ein erlerntes Verhalten angesehen, das aufgrund lerntheoretischer Gesetzmäßigkeiten wie der klassischen und der operanten Konditionierung und dem sozialen Lernen zustande kommt. Die Lerntheorien legen eindeutig ihren Fokus auf die Person- Umwelt- Wechselwirkung.

Bei der klassischen Konditionierung wird durch die Koppelung eines ursprünglichen neutralen Reizes mit einer Reaktion ein Verhalten aufgebaut (Hurrelmann & Bründel 1997). So kann z. B. der Anblick einer Zigarette das Verlangen nach der Substanz auslösen, wenn die Person die damit verbundene angenehme Wirkung schon einmal erfahren hat. Das operante Konditionieren wird häufig in der Erziehung praktiziert. Hier gilt für das Lernergebnis die Regel, dass positive Bekräftigung die Wahrscheinlichkeit erhöht und die Bestrafung die Wahrscheinlichkeit senkt, dass das Verhalten wieder auftritt. Nimmt das Kind die Droge im Freundeskreis ein und erfährt gleichzeitig eine positive Wertschätzung von seinen Freunden, wirkt dies als positiver Verstärker für den Drogenkonsum. Genauso ist die Wirkung der Droge ein positiver Verstärker, wenn sie die Gefühle der Angst, der Hemmung und der Anspannung löst. Bei weiterer Einnahme kommt es zu körperlicher Toleranz und damit auch zu Entzugserscheinungen, wenn die ausreichende Menge dem Körper nicht zugeführt wird. Die Beseitigung der

Entzugserscheinungen durch die Drogeneinnahme wirkt dann als positiver Verstärker.

Lange bevor aber die eigene Einnahme stattfindet, hat das Kind den Drogengebrauch häufig entweder bei seinen Eltern, Geschwistern und/oder Freunden beobachtet. Beim Tabakkonsum dienen beispielsweise rauchende Eltern als Modellpersonen. Das Kind beobachtet das Rauchverhalten und hört Sätze wie „Zum Essen gehört eine Zigarette“ oder „Jetzt habe ich mir aber eine Zigarette verdient“. Diese Gebrauchsmuster speichert der junge Mensch, um sie später wieder abrufen zu können. Je anerkannter und geschätzter die beobachtete Person ist, desto stärker wird der Eindruck sein.

Für die eigene Umsetzung des beobachteten Verhaltens ist zum einen ausschlaggebend, wie hoch die eigene Erwartung von der positiven Wirkung der Einnahme ist, und zum anderen, wie groß die Belohnung für sein Verhalten durch seine Umwelt ist (Hurrelmann & Bründel 1997). Erhält das Kind in seinem Freundeskreis die Möglichkeit, mit dem Rauchen zu beginnen, übt es ein Verhalten aus, das es sich schon lange vorher angeeignet hat. Wenn es in der Gruppe durch das Rauchen auch noch ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit erfährt, verstärkt dies sein Verhalten. Daneben wird sein Verhalten noch weiter bekräftigt, falls es eine Person (oder Personen) in der Gruppe gibt, mit der sich das Kind identifiziert. Raucht diese Person, wird es das Kind nachmachen, um so wie sie zu werden.

Auch Alkohol trinkende Eltern wirken wie rauchende Eltern als Vorbild. Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien erfahren fast täglich ein trinkendes Elternmodell, von dem sie lernen, dass der Alkohol eine Bewältigungsstrategie für belastende Situationen ist. Häufig lernen sie keine weiteren adäquaten Bewältigungsstrategien und neigen dazu, in kritischen Situationen genau das Verhalten einzusetzen, das sie jahrelang beobachtet haben (Zobel 2000).

Diese verschiedenen Lernprinzipien wurden in experimentellen Untersuchungen mit Tieren und Menschen nachgewiesen (Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny 1993). Wie oben deutlich wird, spielt der Umweltfaktor eine bedeutende Rolle für die Abhängigkeitsentwicklung bei Kindern. Durch die Möglichkeiten der Einflussnahme haben die Lerntheorien innerhalb der Prävention ein großes Gewicht.

4.3.3 Entwicklungstheorien

Die Entwicklungstheorien gehen davon aus, dass der Missbrauch von Drogen (legal wie illegal) in der Regel auf Entwicklungsprobleme in der Kindheit zurückzuführen ist. In jeder Lebensphase wird die Persönlichkeitsentwicklung durch eine Auseinandersetzung mit äußeren, sozialen und physischen Umweltbedingungen sowie den inneren psychischen und körperlichen Vorgaben beeinflusst. Die Jugendphase ist geprägt durch die schnellen Veränderungen von Körpermerkmalen, Gefühlslagen, Denkweisen, Relationsmustern und den Neuaufbau einer personalen Identität. In dieser Zeit der starken Veränderungen wird gleichzeitig von den Kindern soziokulturelle Anpassungs- und sozioökonomische Qualifizierungsleistungen verlangt (Hurrelmann 1999). Nach Hurrelmann müssen die Kinder folgende Kompetenzen für den Eintritt in das Erwachsenenleben erlangen:

- schulische und berufliche Qualifikationen,
- Geschlechtsrollenübernahme und soziales Bindungsverhalten zu Gleichaltrigen,
- Nutzung des Konsumwarenmarktes und des kulturellen Freizeitmarktes,
- Aufbau eines eigenen Wert- und Normsystems und eines ethischen und politischen Bewusstseins

(Hurrelmann 1999, S.194).

Wichtig für die Bewältigung dieser jugendspezifischen Entwicklungsaufgaben und Handlungsanforderungen sind die sozialen und personalen Ausgangsbedingungen. „Die sozialen Bedingungen sind maßgeblich durch sozioökonomische Platzierung der Herkunftsfamilie beeinflusst, die die Lebenslage bestimmt. Instabile und gestörte Familienbeziehungen sind wohl größter Risikofaktor in diesem Bereich. Die personalen Bedingungen sind durch Geschlechtszugehörigkeit, psychophysische Konstitutionen, kognitive und motivationale Disposition und überdauernde soziale Persönlichkeitsmerkmale gekennzeichnet“ (Hurrelmann 1999, S.193-194). Wenn die von der sozialen Umwelt erwarteten und angeforderten Fertigkeiten und Fähigkeiten aufgrund fehlender Kompetenzen nicht erbracht werden, das Kind nicht den institutionell oder altersmäßig festgelegten Standards entspricht, kann dies eine individuelle Belastung für das Kind bedeuten. Verfügt das Kind nicht über personale und

soziale Strategien, um diese Belastung zu bewältigen oder zu verändern, drohen Störungen in der Entwicklung. Kommt es zu einer Häufung der Anzahl der Störungen, kann dadurch auch die Bewältigung anderer Entwicklungsaufgaben, die eigentlich kein Problem darstellen, beeinträchtigt werden.

Je nachdem, wie die Ausgangsbedingungen und die erlernten Kompetenzen ausgeprägt sind, kann Drogenkonsum als Strategie der Lebensbewältigung angewandt werden oder nicht, da er eine mögliche Form ist, auf Überforderung und hohe Belastungen zu reagieren.

Nach Silbereisen & Kastner (1984 zit. n. Böhmer et al. 1993) gibt es sechs Funktionen des Drogenkonsums für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben:

Drogenkonsum ...

- als bewusste Normverletzung, als Ausdruck einer nonkonformistischen Haltung;
- zur Demonstration von Erwachsensein;
- als Spielart exzessiv-ritualisierten Verhaltens;
- als Ausdruck des Mangels an Selbstkontrolle, der durch mangelnde Problemlösungskompetenzen und frustrierende Situationen zustande kommt;
- als Zugang zur Peer-Gruppen und schließlich
- als Notfallreaktion auf Entwicklungsstress, indem ein Ersatzziel für nicht bewältigbare Entwicklungsanforderungen gesucht wird

(Silbereisen & Kastner 1984 zit. n. Böhmer et al. 1993).

Der Gebrauch von legalen Drogen gehört heute zur Jugendphase. In der Regel machen Kinder vor ihrem 11. Lebensjahr die ersten Erfahrungen mit Alkohol und dabei häufig mit mehr als „mal am Glas der Eltern nippen“ (Silbereisen 1998). Im Laufe der Zeit pendelt sich ein bewusster Gebrauch legaler Drogen ein. Wenn diese positive Entwicklung sich nicht einstellt, wird das auf fehlende soziale Fertigkeiten, Bewältigungsmechanismen und Entscheidungsstrategien und auf Schwächen des sozialen Umfeldes zurückgeführt (Silbereisen 1998).

Dementsprechend ist für Hurrelmann & Hesse (1991 zit. n. Böhmer et al. 1993) auch der Drogenkonsum einerseits eine „normale Ausdrucksform der individuellen Verarbeitung der Lebensrealität“, aber gleichzeitig auch eine „problematische Form der Realitätsverarbeitung insofern, als Menschen damit einen Weg der

Manipulation ihrer psychischen, sozialen und körperlichen Befindlichkeit einschlagen, der ihnen schließlich mehr schadet als nützt und eigentlich bedeutet, dass das Repertoire an Lebenskompetenzen unzureichend ist.“ Für Hurrelmann & Bründel (1997) gehört der Konsum legaler Drogen ebenfalls zur Jugendphase. Sie vertreten die Auffassung, dass Kinder sich gedanklich und handelnd mit Drogen auseinandersetzen müssen, um für sich selbst eine Form des Umgangs mit Drogen zu finden.

Für Schmidt (1998) ist die Jugendphase geprägt durch die Ziele der Kontaktaufnahme, Akzeptanz in der Gleichaltrigengruppe, Aufnahme sexueller Beziehungen und Oppositionshaltung gegenüber den Erwachsenen. Besonders ausgeprägt ist die Neugierde, die Experimentierfreude, der Wunsch nach Grenzerfahrung sowie das Hinterfragen von Werten und Normen. Auch für Schmidt (1998) gehört der experimentelle Drogenkonsum zur Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern dazu. Er führt erst dann zu Problemen, wenn es eine unproduktive Art des Copings ist und die Gefahr von Suchtentstehung und Gesundheitsschädigung nicht begrenzt werden kann.

Die folgenden anamnestischen Angaben verweisen nach Schulz & Remschmidt (1999) nicht selten auf eine sich entwickelnde Suchtproblematik:

- Schulischer Leistungsknick,
- „Knick“ in der Lebensführung,
- amotivationales Syndrom,
- sozialer Rückzug,
- sich entwickelnde Störungen des Sozialverhaltens,
- Kontakte zu Kindern mit Drogenmissbrauch,

(Schulz & Remschmidt 1999, S.162).

5 Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien

In der Fachliteratur wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien (COA⁴) einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst alkoholabhängig zu werden. Nicht alle entwickeln eine Alkoholabhängigkeit oder eine andere psychische Störung, wie z. B. eine Angststörung, eine Depression oder eine Persönlichkeitsstörung, obwohl sie dafür als besonders gefährdet gelten. Für die Steigerung bzw. Verringerung des Risikos spielen weitere Faktoren eine wichtige Rolle. Die Abhängigkeit beider Elternteile erhöht das Erkrankungsrisiko (Quinten & Klein 1999), die Aufrechterhaltung von Familienritualen aus der Zeit vor der Abhängigkeit schwächt das Risiko für die Kinder ab (Bennett & Wolin 1994 zit. n. Klein 2001 b, S.216). In Deutschland sind schätzungsweise zwei Millionen Kinder durch die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen (Klein & Zobel 2001).

5.1 Situation in alkoholismusbelasteten Familien

In einer alkoholismusbelasteten Familie kann sich kein Familienmitglied der Situation entziehen. Die Alkoholabhängigkeit eines oder beider Elternteile beeinflusst das tägliche Leben und verändert das Familiensystem grundlegend. Alleine schon zwischen den „trockenen“ und „nassen“ Phasen des Alkoholabhängigen gibt es erhebliche Unterschiede. Das Kind lernt zwei verschiedene Väter bzw. Mütter kennen. Der Vater, der heute nett und fürsorglich ist, kann morgen desinteressiert und ablehnend sein. Dadurch werden die Kinder zu guten Beobachtern und Reagierenden. Idem sie sich der Situation anpassen, schützen sie sich selbst. Dieses Anpassungsbestreben der Kinder wurde häufig analysiert und in Rollenmodellen aufgezeigt. Sharon Wegscheider (1988) beschreibt vier Rollenmuster: den Held, den Sündenbock, das verlorene Kind und den Clown. Nach Wegscheider (1988) kommen alle Rollen in allen Familien vor und jeder spielt seine Rolle. In kleinen Familien spielt einer vielleicht mehrere Rollen, in einer großen Familie sind die Rollen vielleicht doppelt besetzt. Einzelkinder leiden nach Wegscheider (1988) in Alkoholikerfamilien besonders und es zeigt sich, dass sie an allen Rollen teilhaben. Diese Rollen kommen auch

⁴ Für Kinder aus alkoholismusbelasteten Familien wird der internationale Terminus „COA“ = „Children of Alcoholics“ verwendet.

in sonst gesunden Familien vor, gerade in Zeiten von Stress. In einer Alkoholfamilie sind diese Rollen starrer und werden dort mit größter Intensität, Zwanghaftigkeit und Selbsttäuschung gespielt (Wegscheider 1988). Jede dieser Rollen wird aus der Not gewählt und besitzt ihre speziellen Symptome. Gewinn zieht sowohl der Einzelne als auch die ganze Familie daraus, aber jede Rolle fordert ihren Preis (Wegscheider 1988).

Rolle	Motivation	Symptome	Der Lohn		Der Preis
			für den Einzelnen	für die Familie	
Der Held	Unzugänglichkeit, Schuld	Höchstleistungen	Aufmerksamkeit (positiv)	Selbstachtung	Leistungszwang
Das schwarze Schaf	Verletztheit	Kriminalität	Aufmerksamkeit (negativ)	Ablenkung vom Suchtkranken	Selbstzerstörung, Sucht
Das stille Kind	Einsamkeit	Einzelgängertum Schüchternheit	Flucht	Erleichterung	Außenseitertum
Der Clown	Angst	Herumkaspern Hyperaktivität	Aufmerksamkeit (man amüsiert sich)	Spaß	unreife emotionale Störungen

Tabelle 5.1-1 Kinder aus Alkoholikerfamilien - Rollenmodell (Wegscheider 1988, S.95)

Weitere Modelle anderer Autoren enthalten ebenfalls diese Rollen, zum Teil anders bezeichnet oder um weitere charakteristische Rollen ergänzt. Von diesen Autoren ist Ackermann (1987 zit. n. Zobel 2000, S.30) der einzige, der die Möglichkeit offen lässt, dass ein COA „unverletzt“ bleibt.

Wenn nur ein Elternteil (meist der Vater) abhängig ist, passt sich der zweite Elternteil (meist die Mutter) ebenfalls der Situation an. Dieses Verhalten wird in der Fachliteratur als Co-Abhängigkeit bezeichnet, ein eigenes umfangreiches Thema, das hier nicht weiter behandelt werden kann.

Neben häufigen und intensiven Verhaltens- und Stimmungsänderungen erleben die Kinder vermehrt Ehestreitigkeiten, in denen mit Trennungsabsichten gedroht wird, was sie erheblich verunsichert und beängstigt. Damit nach außen das heile Familienbild gewahrt wird, gelten z. B. folgende, häufig unausgesprochene Familienregeln:

- „Bring keine Freunde mit nach Hause, vor allem nicht unangemeldet.“
- „Lass uns in Ruhe trinken und Sorge für dich selbst.“
- „Pass auf deinen Bruder auf, wenn wir das nicht können, aber sage nichts dazu.“
- „Sprich niemals über den Alkohol mit uns oder anderen Leuten.“
- „Sag immer, dass wir in einer harmonischen und glücklichen Familie leben.“
- „Verhalte dich außerhalb der Familie immer so, dass alle denken, uns geht es gut.“
- „Wir haben keine Sorgen, eigentlich geht es uns doch gut.“

(Hantel-Quitmann 1997, S.239)

5.2 Folgen für die Kinder

Kinder, die aufgrund des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft mit einer Alkoholembryoopathie geboren werden, haben wie bereits erwähnt sichtbare Schädigungen. Auch Kinder, die gesund geboren werden und in einer alkoholismusbelasteten Familie aufwachsen, egal ob Vater und/oder Mutter alkoholabhängig sind, können Schädigungen erfahren. Besonders stark sind die Probleme, wenn beide Elternteile alkoholabhängig sind. „... Keiner weckt sie, wenn sie zu Schule gehen sollen, keiner macht ihnen die Schulbrote, denn es gibt weder Brot noch Brotbelag, keiner kocht ihnen das Mittagessen, wenn sie aus der Schule kommen, keiner macht mit ihnen die Hausaufgaben, keiner macht ihnen das Abendbrot, keiner holt sie vom Fernsehen weg, keiner bringt sie zu Bett ...“ (Hantel-Quitmann 1997, S. 235). Häufig ist es sogar so, dass die Kinder sich nicht nur um sich selbst kümmern müssen, sondern auch noch um ihre Geschwister und teilweise auch um ihre Eltern.

In den meisten Familien ist der Alkohol ein Tabuthema, das bedeutet die Kinder dürfen nicht über ihre Gefühle reden. Häufig beziehen die Kinder das süchtige Trinkverhalten ihrer Eltern auf sich selbst. Sie sehen sich als den Schuldigen, weil sie sich z. B. falsch verhalten haben oder im Extremfall wegen ihrer bloßen Existenz (Klein 2001a). Die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder werden durch Vernachlässigung, mangelnde Förderung und mangelnde Zuneigung beeinträchtigt. Eine weitere Belastung für die Kinder ist, dass sie häufig Opfer von (physischen, psychischen oder sexuellen) Misshandlungen werden (Klein 2001b).

Um diese Probleme bewältigen zu können, reagieren Kinder aus suchtbelasteten Familien häufig mit

- Gefühlskontrolle,
- Rigidität,
- Schweigen,
- Verleugnung,
- Isolation

(Black 1988).

Darüber hinaus lernen die Kinder, dass Alkohol ein Mittel zur Bewältigung von konfliktbehafteten Situationen sein kann (Zobel 2000).

Kinder können ganz unterschiedlich auf die alkoholismusbelastete Familiensituation reagieren. Es gibt kein einfaches Ursache–Wirkungsprinzip. Eine Menge weiterer Faktoren können zu Konsequenzen führen, z. B. die genetischen Bedingungen, die Persönlichkeitsmerkmale, das soziale Umfeld, die Art, Dauer und Häufigkeit des Alkoholkonsums usw.

Die von zahlreichen Studien berichteten, am ehesten drohenden Konsequenzen für Kinder von Suchtkranken sind

- lebensgeschichtlich früher Beginn mit Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- häufige Diagnose in den Bereichen Angst, Depression und Essstörungen,
- stärkere Hyperaktivität, Impulsivität und Aggressivität,
- Defizite im schulischen Leistungsbereich,
- Defizite im visuellen Wahrnehmungsbereich,
- stärkere intrafamiliäre Konflikte

(Klein 2001b, S.219).

Hierdurch stellen die „Kinder aus alkoholbelasteten Familien [...] eine Risikogruppe zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie Suchtstörungen ab dem Jugendalter dar“ (Klein 2001a, S.118).

6 Der Umgang mit psychotropen Substanzen in stationären Jugendhilfeeinrichtungen

Die Jugendhilfe nimmt den gesetzlichen Auftrag zur Förderung von Kindern mit Drogenproblematiken nach § 35a KJHG nicht wahr (Degenhardt 1997; Trede 1994; Weber 1995). Bis zum 1. Januar 1995 war die Jugendhilfe gesetzlich nicht dazu verpflichtet, was sie nutzte, Kinder an Drogenberatungsstellen und die Suchtkrankenhilfe zu verweisen. In § 35a KJHG wird ausschließlich von seelisch behinderten Kindern gesprochen. Suchtkranke werden in § 47 BSHG als seelisch behindert definiert, was somit auch Gültigkeit in Bezug auf § 35a KJHG hat.

Die meisten stationären Einrichtungen schließen Drogenabhängige in ihrer Konzeption aus (Trede 1994). Häufig löst die Diskussion über psychotrope Substanzen bei den Mitarbeitern Gefühle der Angst und Hilflosigkeit aus.

Ein Kind mit einer dem Jugendamt bekannten Drogenproblematik kann in eine Einrichtung eingewiesen werden, ohne dass dieser der Drogenkonsum bekannt gemacht wird (BMFSFJ 1998). In kürzester Zeit kann diese Drogenproblematik einen Abbruch der erzieherischen Hilfe unumgänglich machen.

Häufig wird lange weggeschaut, weil ein Eingeständnis einen direkten Verweis des Kindes nach sich zieht. Zunächst wird dem Kind hinter vorgehaltener Hand der Verzicht des Konsums nahegelegt, um andere Kinder nicht zum Konsum zu animieren. Es folgen Drohungen mit dem Rauswurf aus der Einrichtung und das Suchen von Beweismitteln seitens der Erzieher. In dem Klima gegenseitigen Misstrauens fühlen sich die Mitarbeiter überfordert. Außerdem machen der Einrichtungsleiter und die Mitarbeiter der anderen Gruppen Druck (Degenhardt 1997), da man Angst um den Ruf der Einrichtung und vor strafrechtlichen Belangen hat (§ 29 Abs. 1 BtMG). Häufigste Folge ist schließlich der Verweis aus der Einrichtung.

Auch wenn der Drogenkonsum erst in einer späteren Phase der Hilfe eintritt, wird diese häufig beendet. Die Fachkräfte interpretieren den Drogenkonsum dann als ein Ablösesignal und damit als Entscheidung des Kindes für einen eigenständigen Lebensstil, der nicht mit den Anforderungen der Einrichtung übereinstimmt (BMFSFJ 1998). Dabei kämpfen die Fachkräfte mit dem Gefühl von Versagen und Schuld und fragen sich, ob sie einen Fehler gemacht haben (Degenhardt 1997).

Aus der Fachliteratur geht deutlich hervor, dass sich die Mitarbeiter der stationären Jugendhilfe nicht qualifiziert genug fühlen, drogenkonsumierende Kinder zu betreuen (Böhrkircher 1998; Klein & Zobel 2001).

Ein Ausschnitt aus dem Bericht einer Mitarbeiterin des „Rauhen Hauses“ in Hamburg zeigt die Hilflosigkeit der Mitarbeiter:

„Unsere Reaktionen reichten zunächst von Abwehr, nicht Wahrhaben wollen über Panik, Verzweiflung und Nicht-Aushalten-Können bis hin zu fieberhaften Aktivitäten bei der Beschaffung von Entgiftungs- und Therapieplätzen. Nach zermürenden Kämpfen mit Kostenträgern und Krankenkassen – von der Anstrengung, den Jugendlichen für die Therapie zu motivieren, ganz zu schweigen – atmeten wir erleichtert auf: endlich hatten wir unseren Jugendlichen sicher in einer der wenigen stationären Langzeittherapieeinrichtungen für drogenabhängige Jugendliche untergebracht! Nach 3 Tagen stand dieser Jugendliche wieder vor unsere Tür. Er hatte die Therapie abgebrochen, war vollgepumpt mit Drogen und wir hatten – wie gehabt – einen drogenabhängigen Jugendlichen zu betreuen. Dies war in mehrfacher Hinsicht schwierig für uns: die Betreuung war für „erfolgreich“ beendet und für abgeschlossen erklärt gewesen. Nun hatten wir uns mit dem „Misserfolg“ der Rückfälligkeit auseinander zu setzen. Wir mussten uns wieder neu auf den Jugendlichen einstellen, von dem wir uns schon verabschiedet hatten. Der Heimplatz war neu belegt. Und nicht zuletzt waren wir von unserem Jugendlichen auch bitter enttäuscht“ (Degenhardt & Maulwurf 1995, S.204-205).

In Deutschland gibt es vereinzelt Mitarbeiter, die sich wie die Fachkräfte des „Rauen Hauses“ nicht mehr damit zufrieden geben, ihre Bewohner an Spezial-einrichtungen weiterzuverweisen oder auf die Straße zu entlassen. Sie beginnen für ihre Einrichtung ein Konzept zu entwickeln, um Sicherheit im Umgang mit drogenkonsumierenden Kindern zu bekommen (vgl. Böhrkircher 1998; Degenhardt & Maulwurf 1995).

7 Forschungsablauf

7.1 Vorbereitung der Untersuchung

Es ist bekannt, dass die familiäre Belastung durch eine elterliche Suchterkrankung sehr hoch ist und viele Kinder dadurch Beeinträchtigungen in unterschiedlichster Form erfahren (vgl. Klein 2001b).

Kinder in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe werden von der Drogenhilfe häufig vergessen, der alte Streit zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe geht zu Lasten der Kinder. Die Jugendhilfe lässt bei stationären Hilfen das Thema Drogen eher außen vor (vgl. BMFSFJ 1998); es gibt kaum adäquaten Hilfen in diesem Bereich (Degenhardt 1997).

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit dem Konsum psychotroper Substanzen jener Kinder, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, sowie mit dem Konsumverhalten ihres sozialen Umfeldes. Schwerpunkt dieser Untersuchung ist der Konsum der legalen Drogen Alkohol und Nikotin.

7.1.1 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen sollen besonders berücksichtigt werden:

- Wie gefährdet sind Kinder, eine eigene Abhängigkeit zu entwickeln?
- Wann beginnt bei Kindern, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, der Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen?
- Wann müssten Präventionsmaßnahmen einsetzen?
- Gibt es einen Unterschied im Konsum psychotroper Substanzen bei Kindern, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, und denen, die bei ihren Eltern aufwachsen?
- Wie groß ist der Bedarf psychotroper Substanzen der Personen, die den Kindern als Vorbild dienen? Welche Gefahr verbirgt sich dahinter?

Die Indikation für die Entwicklung einer Abhängigkeitsgefährdung ist hinreichend nur durch eine Längsschnittstudie messbar. Die hier durchgeführte Querschnittstudie kann keine Aussage zur Entwicklung von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit geben, aber bei der Erstellung von Prognosen helfen.

Der Einstieg in den Konsum kann bei den Kindern direkt erhoben werden, wobei man auf ehrliche Antworten angewiesen ist. Aus dem Einstiegsalter kann der mögliche Zeitpunkt abgeleitet werden, um mit Präventionsmaßnahmen zu beginnen. Eventuell können aufgrund der Ergebnisse im Anschluss einige spezielle Präventionsmaßnahmen für Heimkinder entworfen werden.

Um den Unterschied im Konsumverhalten zwischen Heimkindern und solchen, die bei ihren Eltern aufwachsen, festzustellen, können die Ergebnisse von den Befragungen in Schulen herangezogen werden.

Außerdem kann die Wichtigkeit von Zigaretten und Alkohol im sozialen Nahraum der Kinder durch ihre Angaben erhoben werden. Auch hier hat das subjektive Empfinden der Kinder einen Einfluss auf das Ergebnis.

Welche Schnittmenge zwischen Kindern aus alkoholismusbelasteten Familien und Heimkindern besteht, wird schwieriger zu beantworten sein. Hier kann nur eine Vermutung aufgestellt werden, wenn die Kinder angeben, dass das Alkoholtrinken eines Elternteiles für sie ein Problem ist. Das Ergebnis ist ebenfalls durch die subjektive Empfindung des Kindes möglicherweise erheblich beeinflusst.

7.1.2 Vorhandenes Wissen

Das Thema „Heim und psychotrope Substanzen“ wurde im ersten Teil bereits kurz umrissen. Im Bereich „Kinder und psychotrope Substanzen“ liegen schon vielfältige Untersuchungen vor. Einige Ergebnisse aus der repräsentativen Wiederholungs-Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurden im theoretischen Teil vorgestellt. Daneben gibt es eine Vielzahl weiterer Erhebungen in diesem Bereich, nur für Kinder, die in stationären Einrichtungen leben, fehlt eine gesonderte Untersuchung.

In der Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen vom BMFSFJ wird das Thema „Drogen in Hilfen zur Erziehung“ mittels Daten behandelt, die durch Aktenanalyse und einzelne Interviews mit ehemaligen Heimkindern erhoben wurden. Hierbei steht die Erfahrung mit der Jugendhilfe im Vordergrund, nicht aber der eigentliche Konsum in Heimen.

In der Schweiz gibt es das Projekt „Fil rouge“, das sich speziell mit der Suchtprävention in Jugendheimen beschäftigt. Hierbei werden lediglich Aussagen

von Heimleitern und Mitarbeitern zur Konzepterstellung herangeholt, nicht aber die Aussagen der betroffenen Kinder (www.infoset.ch/inst/filrouge/de/).

7.2 Planung der Untersuchung

Der Forschungsschwerpunkt Sucht der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen führt eine empirische Untersuchung in Schulen zum Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen bei Kindern im Alter von 11 bis 16 Jahren durch. Als Teil dieser Untersuchung wurde die vorliegende empirische Teilstudie in Kinder- und Jugendheimen durchgeführt.

7.2.1 Untersuchungsziel

Ziel dieser Untersuchung war es, den Stand des Konsums psychotroper Substanzen bei Kindern, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, zu ermitteln. Aus den gewonnenen Ergebnissen sollten darauf hin spezielle Präventionsmaßnahmen entwickelt werden können.

7.2.2 Hypothesen

Die Alkohol- und Zigarettenkonsumraten von Kindern in Deutschland sind bekannt, ebenso die möglichen Folgen bei Kindern, die in suchtbelasteten Familien aufwachsen. Wie hoch ist aber der Konsum speziell bei Kindern, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen aufwachsen? Besteht hier eine besondere Gefährdung? Differieren die persönlichen Einstellungen der Kinder in Heimeinrichtungen stark von denen, die bei ihren Eltern aufwachsen? Dass diese Fragen nicht ohne weiteres beantwortet werden können, ergab den Forschungsbedarf.

Folgende Hypothesen galt es zu untersuchen:

1. Kinder, die in einer suchtbelasteten Umwelt leben, sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst Alkohol und Zigaretten zu konsumieren.
2. Kinder, die in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe leben, konsumieren überwiegend Zigaretten und nur wenig Alkohol.

3. Kinder, die in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe leben, rauchen regelmäßiger als Kinder, die bei ihren Eltern aufwachsen.
4. Die Tabak- und Alkoholdistanz bei Kindern in stationären Jugendhilfeeinrichtungen ist geringer als bei Kindern, die bei einem oder beiden Elternteilen aufwachsen.
5. Der überwiegende Teil der Kinder, die in stationären Einrichtungen leben, kommt aus alkoholismusbelasteten Familien⁵.
6. Der überwiegende Teil der Mitarbeiter in stationären Jugendhilfeeinrichtungen sind Raucher.

7.2.3 Erhebungsmethode

Es sollte eine einmalige Befragung von Kindern, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben und im Alter zwischen 11 und 16 Jahren sind, stattfinden. Bei der Auswahl der stationären Jugendhilfeeinrichtungen fiel der geographische Schwerpunkt auf den Raum Köln-Bonn.

7.2.4 Verfahren der Datenerhebung

Für die empirische Untersuchung in den Schulen hatten Mitarbeiter des Forschungsschwerpunktes Sucht ein Screeningbogen (76 Items) und ein Interviewleitfaden entwickelt. Er wurde für die Erhebung der Daten in stationären Jugendhilfeeinrichtungen durch das Anfügung von 18 zusätzlichen Items erweitert. Ein Pretest, der von Seiten des Forschungsschwerpunktes in einigen Schulen durchgeführt wurde und auf dessen Grundlage noch einige Korrekturen erfolgten, sicherte die Praktikabilität des Screeningbogens.

Alle Befragten sollten identische Fragen in einer festgelegten Reihenfolge erhalten, und zwar fast ausschließlich geschlossene Fragen. Im Gegensatz zu offenen Fragen muss der Befragte hierbei nicht selber antworten, sondern lediglich zwischen vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wählen. Unter dem Gesichtspunkt der Objektivität und der Zuverlässigkeit von Durchführung und Auswertung sind die geschlossenen Fragestellungen den offenen überlegen

⁵ Diese Hypothese ist entstanden, aufgrund von Absagen verschiedener Heimeinrichtungen mit der Begründung: „90% der Eltern sind alkoholabhängig, daher werden sie ihre Zustimmung zu der Befragung nicht geben.“

(Knapp 1999). Die mögliche Beeinflussung durch mehrere Interviewer wurde bei dieser Untersuchung durch den Einsatz nur einer Fragestellerin minimiert.

7.2.5 Stichprobenbeschreibung

Angeschrieben wurden 29 Einrichtungen der Jugendhilfe in Köln, Bonn und Kall-Urft (Eifel), deren Adressen durch Telefonbücher, das Internet oder die Adressendatei des Jugendamtes Niederkassel in Erfahrung gebracht werden konnten. Insgesamt nahmen an der Untersuchung 10 der angeschriebenen Einrichtungen teil (Adressen sind im Anhang einzusehen). Dabei ergab sich eine Stichprobengröße von 66 Fällen (19 Mädchen und 47 Jungen).

Folgende Gründe für die Nichtteilnahme an der Untersuchung wurden von den Heimeinrichtungen angegeben:

- „Es ist zur Zeit viel zu tun. Wir melden uns, sobald ihre Anfrage bearbeitet ist und wir Interesse haben.“ (4)
- „Die Einrichtung hat zur Zeit keine Kinder in dem Alter zwischen 11 und 16 Jahren.“ (3)
- „Von Seiten der Einrichtung besteht Interesse, aber es muss zunächst ermittelt werden, welche Kinder Interesse haben, und die Einverständniserklärung der entsprechenden Eltern eingeholt werden.“ (2)
- „Die Einrichtung hat keine Kinder, die Drogen nehmen, und die Einrichtung hat auch kein Interesse, an der Untersuchung teilzunehmen.“ (2)
- „Der persönliche Aufwand der Heimleitung ist zu groß.“ (1)
- „90% der Eltern sind Alkoholiker und sie würden ihre Zustimmung zu der Befragung nicht geben.“ (1)
- „Der Screeningbogen ist zu sehr familienbezogen und wurde daher im Team abgelehnt.“ (1)

Zu weiteren vier Einrichtung konnte kein telefonischer Kontakt aufgenommen werden. Das Jugendhilfezentrum „St. Ansgar“ (Hennef) bot an, die Befragung in der angegliederten Sonderschule durchzuführen. Damit gingen die Screeningbögen in das Projekt der Schulen ein.

Um die Ergebnisse der Untersuchung in den Jugendheimen mit denen aus den Schulen vergleichen zu können, wurden auch hier die Kinder zwischen 11 und 16 Jahren befragt.

7.2.6 Befragungszeitraum

Im Zeitraum von Mai bis Juli 2001 wurden 66 Kinder in den Jugendheimen, in denen sie leben, befragt.

7.3 Durchführung

7.3.1 Gewinnung der Untersuchungsgruppe

Das erste Schreiben an die Heimleitungen der stationären Jugendhilfeeinrichtungen, umriss die Ziele der Untersuchung und eine Beschreibung zur Durchführung. Außerdem lagen eine Informationsschrift über den Forschungsschwerpunkt Sucht und ein Beispielexemplar des Screeningbogens bei (Anschreiben, Informationsschrift und Screeningbogen sind im Anhang einzusehen). In dem Anschreiben wurde darauf hingewiesen, dass innerhalb der nächsten Tage ein telefonischer Kontakt hergestellt werde, mit dem die angestrebte Durchführung noch einmal erläutert und dann die Umsetzung in der jeweiligen Einrichtung geplant werden könne.

Nach § 107 BGB bedarf es für die Befragung von Minderjährigen der Einwilligung ihres gesetzlichen Vertreters, d. h. der Eltern, wenn ihnen nicht die elterliche Sorge gemäß § 1666 BGB entzogen wurde. Mit dieser Gesetzesvorschrift wird von Seiten der Heimleitungen unterschiedlich verfahren: Der einen Leitung ist wegen der guten Zusammenarbeit das Einverständnis der Eltern wichtig (3 Heime), für die andere Heimleitung liegt diese Einwilligung im eigenen Aufgabenbereich und sie kontaktiert daher die Eltern nicht (7 Heime).

7.3.2 Ablauf des Screenings

Den Kindern wurden zunächst kurz die Ziele der Untersuchung vorgestellt.

In einem Zeitrahmen von etwa dreißig Minuten füllten sie dann den Screeningbogen selbstständig aus. Hierbei erwies sich eine mitgebrachte Stiftesammlung von Vorteil, da nur wenige Kinder eigene Stifte mitgebracht hatten. Weitere Fragen

seitens der Kinder wurden auch während der Bearbeitungszeit zugelassen. Als alle Fragen beantwortet waren, wurde gezielt die Frage nach dem Einverständnis zu einem weiteren Interview gestellt. Das letzte Blatt des Screeningbogens behielten die Kinder, um für eventuelle Einverständniserklärungen der Eltern zum Interview einen Vordruck zu haben. Auf dem Zettel der Einverständniserklärung befand sich der gleiche Zahlencode wie auf dem Screeningbogen, so dass mit Eintreffen des Einverständnisses eine Verbindung zum Screeningbogen hergestellt werden konnte. Ansonsten war die Befragung anonym.

Den Fragebogen falteten die Kindern in der Mitte und steckten ihn in einen braunen DinA5-Briefumschlag. Nach Abgabe bei der Leiterin der Befragung erhielten die Kinder ein Informationsschreiben für ihre Eltern und einen frankierten Rückbriefumschlag (das Informationsschreiben ist im Anhang abgedruckt).

7.4 Auswertung

Nach Erhebung der Daten wurde ein Kodiersystem entwickelt (das Kodierschema ist im Anhang abgedruckt). Der Kodeplan ordnete zum einen den einzelnen Fragen des Screeningbogens Variablennamen zu und zum anderen den Antwortmöglichkeiten einer Variablen Codenummern. Die Frage nach dem Geschlecht erhielt z. B. den Variablennamen „geschlec“ (max. acht Zeichen); den Antwortmöglichkeiten „Mädchen“ bzw. „Junge“ wurden die Zahlen 1 bzw. 2 zugeordnet. Dieser Kodeplan erleichterte die Eingabe der gesammelten Daten der Kinder in die Datei des Computerprogramms SPSS 10.07 (Superior Performing Statistical Software, Version: 10.07). Gleichzeitig war diese Verschlüsselung hilfreich bei der anschließenden statistischen Auswertung mit Hilfe des Programms SPSS.

7.4.1 Zuordnung der Kontrollgruppe

Um eine Aussage über die erfassten Daten zu erhalten, wurde jedem Kind aus den Jugendhilfeeinrichtungen ein passendes Kind aus der Untersuchung in den Schulen zugeordnet (Parallelisierung der Stichprobe), d. h. Geschlecht und Alter der beiden parallelisierten Personen stimmte überein. Weiterhin wurde beachtet, dass sich die Regionen ähneln. Stationären Jugendhilfeeinrichtungen in den Städten Köln, Rösrath und Siegburg wurden der Hauptschule Köln-Ehrenfeld

zugeordnet (matched). Kindern aus ländlichen Regionen wie Hennef-Lanzenbach, Bonn-Ippendorf oder Eitdorf wurden Kinder der Hauptschule Alfter zusortiert und Kinder des Hermann-Josef-Hauses in Kall-Urft wurden mit Kindern der Hauptschule Overath parallelisiert. Somit differierten die Datensätze aus der Kontrollgruppe vorrangig durch die Variable der stationären Unterbringung.

Im Screeningbogen wurde die Schulform der Heimkinder nicht erfasst. Externe Daten zeigen auf, dass der überwiegende Teil der Heimkinder eine Sonder- bzw. Hauptschule besucht (vgl. Daten des Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW). Deshalb wurden ausschließlich Hauptschüler in die Kontrollgruppe integriert. Weitere Sozialdaten wurden nicht erhoben, so dass bei der Zuordnung die Sozialschicht unberücksichtigt blieb.

Diese vorliegende Untersuchung erhebt nicht den Anspruch einer repräsentativen Untersuchung, da die erfasste Datenmenge nicht hinreichend vollständig und die Kontrollgruppe selektiert war. Deshalb können ihre Ergebnisse nicht ohne weiteres generalisiert werden.

7.4.2 Demographische Merkmale der Stichprobe

Die Untersuchungsgruppe der Heimkinder bestand aus 66 Probanden, 19 Mädchen und 47 Jungen. Die Untersuchungsgruppe der Schulkinder hatte 66 Probanden, Geschlecht und Alter stimmten zu 100% mit denen der Heimkinder überein. Das ergab eine Gesamtverteilung von 28,8% Mädchen und 71,2% Jungen.

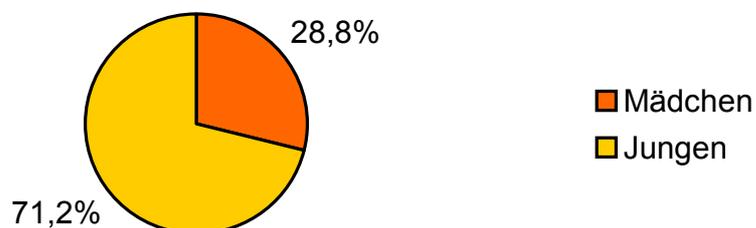


Abbildung 7.4-1 Geschlechtsspezifische Verteilung der Untersuchungsgruppe

Das Durchschnittsalter aller Kinder lag bei 13,8 Jahren. Nahezu die Hälfte der Kinder waren 14 oder 15 Jahre alt.

		Geschlecht		Gesamt	
		Mädchen	Junge		
Alter in Jahren	11	Anzahl	4	-	4
		% von Geschlecht	10,5%	-	3,0%
	12	Anzahl	8	14	22
		% von Geschlecht	21,1%	14,9%	16,7%
	13	Anzahl	2	20	22
		% von Geschlecht	5,3%	21,3%	16,7%
	14	Anzahl	12	20	32
		% von Geschlecht	31,6%	21,3%	24,2%
	15	Anzahl	6	26	32
		% von Geschlecht	15,8%	27,7%	24,2%
	16	Anzahl	6	12	18
		% von Geschlecht	15,8%	12,8%	13,6%
	ohne Altersangabe	Anzahl	-	2	2
		% von Geschlecht	-	2,1%	1,5%
Gesamt		Anzahl	38	94	132
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 7.4-1 Verteilung des Alters auf das weibliche und männliche Geschlecht

Bei den Schulkindern wurde die Staatsangehörigkeit nicht erfasst, deshalb sind hier nur die prozentualen Anteile der Heimkinder genannt.

90,9% der befragten Heimkinder waren deutsche Staatsbürger. Lediglich 7,6% besaßen eine andere bzw. die doppelte Staatsangehörigkeit, z. B. die deutsch/türkische. Drei (4,5%) der ausländischen Heimkinder kamen ebenso wie ihre Mütter aus Angola, dem Iran und dem Libanon. Die übrigen Mütter (83,3%) besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit. Von den Vätern besaßen 68,2% die deutsche Staatsangehörigkeit.

Die Lebenssituation der Heimkinder war zum Zeitpunkt des Screenings eindeutig. Sie lebten mit anderen Kindern in einer Gruppe zusammen. Wie lange sie es schon taten und ob sie eventuell am Wochenende bei ihrer Familie übernachteten, wurde in dem Screeningbogen nicht erfasst.

Auf die dritte Frage „Mit wem lebst du zur Zeit zusammen?“ reagierten die Heimkinder unterschiedlich: Teilweise kreuzten sie nur die Antwortmöglichkeit „anderen Kindern/Jugendlichen in einer Wohngruppe“ an, teilweise gaben sie weitere Personen an. Da dies keine klaren Aussagen zulässt, werden im Folgenden hauptsächlich die Angaben der Schulkinder ausgewertet.

Der überwiegende Teil (80,2%) der 66 Schulkinder lebte mit beiden Elternteilen zusammen, lediglich 9% bei einem Elternteil.

Lebt mit ...	Art der Einrichtung				Gesamt	
	Heim		Schule		Anzahl	Zeilen%
	Anzahl	Zeilen%	Anzahl	Zeilen%		
beiden Eltern	8	13,1%	53	86,9%	61	100,0%
Mutter (nur)	10	66,7%	5	33,3%	15	100,0%
Vater (nur)	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
Mutter und neuem Partner	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%
Vater und neuer Partnerin	0	0,0%	0	0,0%	0	100,0%
neuem Partner der Mutter (nur)	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
neuer Partnerin des Vaters (nur)	1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%
Geschwistern	21	30,9%	47	69,1%	68	100,0%
Großeltern	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
Onkel / Tante	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%
Pflege-/ Adoptiveltern	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
anderen Kindern / Jugendlichen	66	100,0%	0	0,0%	66	100,0%
Tieren	22	38,6%	35	61,4%	57	100,0%

Tabelle 7.4-2 Lebt zusammen mit...

Mehr Schul- als Heimkinder gaben an, dass sie mit ihren Geschwistern zusammen leben.

Die Anzahl der Geschwister lag bei den Schulkindern deutlich höher. Dies widerspricht der Aussage, dass Heimkinder überdurchschnittlich viele Geschwister haben (vgl. Günder 2000). Es könnte mit der ungünstigen Fragestellung zusammenhängen, denn nur teilweise werden alle Kinder einer Familie stationär untergebracht. Sollten sie dennoch alle aus der Familie heraus genommen sein, bedeutet dies nicht zwingend, dass sie in der gleichen stationären Jugendhilfeeinrichtung leben. Daraus resultiert, dass sie zwar viele Geschwister haben können, aber dennoch nicht alle miteinander leben.

Auch die Tatsache, dass Kinder von unterschiedlichen Vätern stammen, was nicht selten der Fall ist, verzerrt hier die Auswertung. Für aussagekräftige Antworten müsste die Frage anders gestellt werden, z. B. „Wie viele Geschwister hast du?“ oder „Mit wem hast du vor deinem Heimaufenthalt zusammen gelebt?“. Auch bei

den Schulkindern müsste die Frage anders lauten, wenn in Erfahrung gebracht werden soll, wie viele Geschwister sie tatsächlich haben. Bei der vorliegenden Fragestellung wurde nicht berücksichtigt, dass ältere Geschwister aus dem Haushalt ausgezogen waren, die eventuell einen starken Einfluss auf das Kind hatten.

7.4.3 Risikokinder

Elterlicher Alkoholkonsum

In dieser Untersuchung werden die Kinder als Risikokinder bezeichnet, die den Wunsch äußern, dass ein Elternteil weniger Alkohol trinken soll und dass das Alkoholtrinken dieses Elternteils ein Problem für sie darstellt.

Fast 30% der befragten Kinder äußerten den Wunsch, dass mindestens ein Elternteil weniger Alkohol trinken sollte. Davon wünschten sich signifikant (Pearson $p=.027$) mehr Heimkinder eine Reduzierung des Alkoholkonsums. Ihnen stehen mehr als die Hälfte (58,3%) der Befragten gegenüber, die sich dies definitiv noch nie gewünscht hatten und weitere 12%, die keine Stellung zu dieser Frage nahmen.

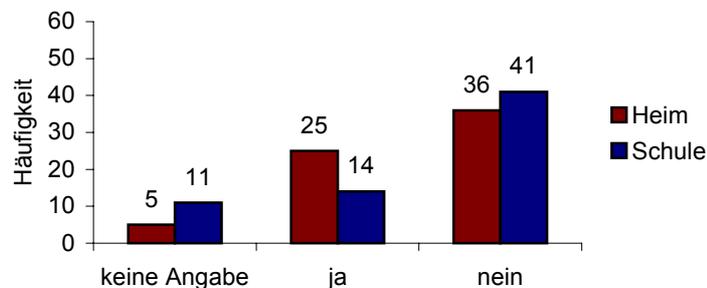


Abbildung 7.4-2 Wunsch, dass ein Elternteil weniger Alkohol trinkt

Bezüglich der Angabe, welcher Elternteil weniger Alkohol trinken soll, fallen 75,7% auf, die hierzu keine Angaben machten bzw. keine machen konnten. Betrachtet man ausschließlich die Angaben zu den Elternteilen, fällt der Vater deutlich aus der Reihe.

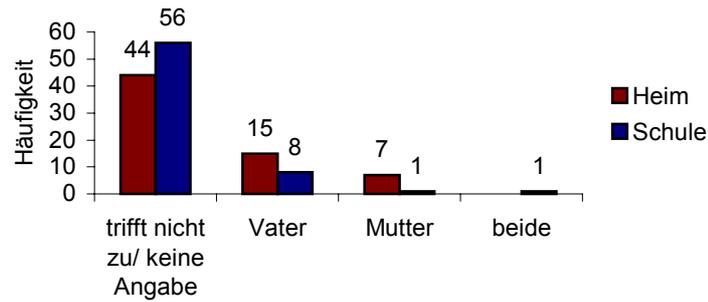


Abbildung 7.4-3 Wer soll weniger Alkohol trinken?

Bei der eindeutig gestellten fünften Frage „War das Alkoholtrinken eines oder beider Elternteile jemals ein Problem für dich?“ konnten die Befragten zwischen den eindeutig definierten Antworten „nein“, „Mutter“, „Vater“, „beide“ wählen.

28 (42,3%) Heimkinder gaben an, ein Problem mit dem Alkoholtrinken eines bzw. beider Elternteile zu haben, bei den Schulkindern nur 7 (10,8%): statistisch gesehen ein hoch signifikanter Unterschied (Pearson $p = .001$).

Bei den benannten Elternteilen fällt auch hier der Vater auf. Darüber hinaus ist auffällig, dass von den Heimkindern 9,1% mehr ein Problem mit dem Alkoholkonsum hatten, als dass sie sich die Reduzierung wünschten. Hierbei sollte beachtet werden, dass 6,1% der 9,1% ein Probleme mit dem Alkoholkonsum *beider* Elternteile hatte. Von den Schulkindern wünschten sich mehr Personen die Reduzierung, während das eventuelle Trinken weniger als Problem empfunden wurde.

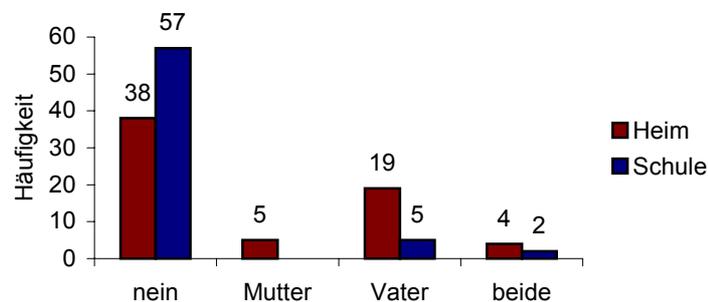


Abbildung 7.4-4 War das Alkoholtrinken eines Elternteils ein Problem für dich?

Tabelle 7.4-3 zeigt die Verteilung des Problems mit dem Alkoholverhalten eines bzw. beider Elternteile, aufgegliedert nach den Geschlechtern der befragten Kinder. Auffällig ist hierbei, dass von den 19 befragten Mädchen in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen mehr als die Hälfte (57,9%) ein Problem mit dem Alkoholkonsums eines oder beider Elternteile hatte, von den Mädchen in der Schule lediglich 10,5%. Auch von den jeweils 47 befragten Jungen hatten mehr Heimkinder (36,2%) als Schulkinder (14,9%) ein Problem mit dem Alkoholkonsum mindestens eines Elternteils. Dieses Ergebnis ist höchst signifikant (Pearson $p=.000$).

Geschlecht			Art der Einrichtung			
			Heim	Schule	Gesamt	
Mädchen	War das Alkoholtrinken eines Elternteils ein Problem für dich?	nein	Anzahl	8	16	24
			% von Art der Einrichtung	42,1%	88,9%	64,9%
	Mutter	Anzahl	1	-	1	
		% von Art der Einrichtung	5,3%	-	2,7%	
	Vater	Anzahl	10	1	11	
		% von Art der Einrichtung	52,6%	5,6%	29,7%	
	beide	Anzahl	-	1	1	
		% von Art der Einrichtung	-	5,6%	2,7%	
	Gesamt		Anzahl	19	18	37
			% von Art der Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%
Junge	War das Alkoholtrinken eines Elternteils ein Problem für dich?	nein	Anzahl	30	41	71
			% von Art der Einrichtung	63,8%	89,1%	76,3%
	Mutter	Anzahl	4	-	4	
		% von Art der Einrichtung	8,5%	-	4,3%	
	Vater	Anzahl	9	4	13	
		% von Art der Einrichtung	19,1%	8,7%	14,0%	
	beide	Anzahl	4	1	5	
		% von Art der Einrichtung	8,5%	2,2%	5,4%	
	Gesamt		Anzahl	47	46	93
			% von Art der Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 7.4-3 Das Alkoholproblem bezüglich eines Elternteiles, unterschieden nach dem Geschlecht des Kindes

Nach der oben genannten Definition von Risikokindern erhalten insgesamt 19 (14,4%) Kinder die Kategorie „Risikokind bezüglich des Alkoholkonsums mindestens eines Elternteils“. Bei diesen Kindern kann davon ausgegangen werden, dass ein Alkoholproblem eines Elternteils vorlag. 79% von ihnen sind Heimkinder.

Auffällig sind die Antworten zweier Heimkinder, die sich bei dem einen Elternteil weniger Alkoholkonsum wünschten, aber mit dem Konsumverhalten des anderen Elternteils ein Problem hatten.

Bei den 16 Kindern, die lediglich angaben, ein Problem mit dem Alkoholkonsum ihrer Eltern zu haben, kann mit größter Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es sich um eine alkoholismusbelastete Familie handelte, im Gegensatz zu den 13 Kindern, die nur den Wunsch dahingehend äußerten.

Vermutlich kein elterliches Alkoholproblem liegt bei 84 Kindern vor, die weder einen Wunsch, noch ein Problem bezüglich des Alkoholkonsums ihrer Eltern hatten. Von ihnen gehören über die Hälfte (61%) zur Kontrollgruppe.

Elterlicher Zigarettenkonsum

Die Wünsche der Kinder bezüglich des elterlichen Zigarettenkonsums sehen im Vergleich zum Alkoholkonsum anders aus. Hatten sich beim Alkoholkonsum noch deutlich mehr Heimkinder gewünscht, dass ein Elternteil weniger trinkt, äußerten zwar wesentlich mehr Kinder den Wunsch, dass die Eltern weniger rauchen, aber zwischen der Anzahl der Wünsche von Heim- und Schulkindern besteht kein signifikanter Unterschied (Abbildung 7.4-5).

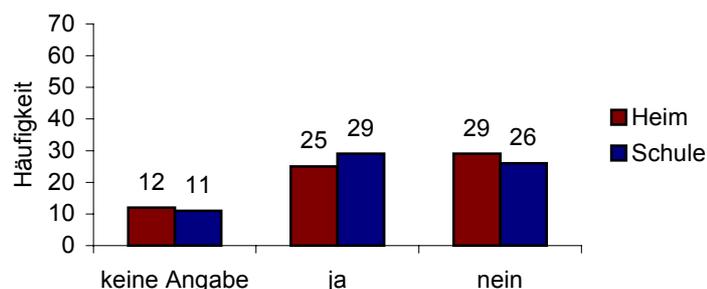


Abbildung 7.4-5 Wunsch, dass ein oder beide Elternteile weniger rauchen?

Die Frage, welcher Elternteil weniger Rauchen solle, ergibt ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den Antworten der Heim- und Schulkinder. Stand beim Alkohol der Vater an oberster Stelle auf der Wunschliste, war es beim Rauchen die Mutter (Abbildung 7.4-6).

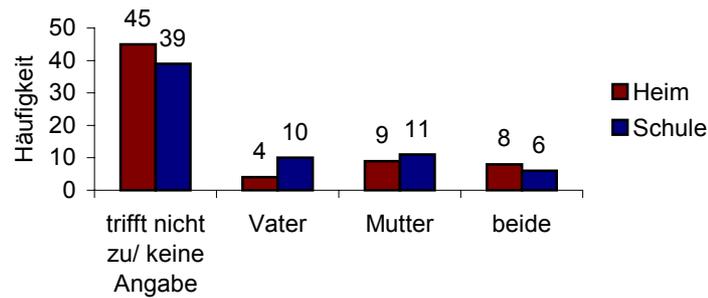


Abbildung 7.4-6 Wer soll weniger rauchen?

Konsumverhalten der Freunde

Bei den Aussagen bezüglich des Konsumverhaltens der Freunde waren die Ergebnisse der beiden Untersuchungsgruppen relativ identisch. Lediglich zwei weitere Schulkinder wünschten sich im Vergleich zu den 12 (18,2%) Heimkindern, dass Freunde von ihnen weniger Alkohol trinken sollten. Beim Zigarettenkonsum wünschte sich lediglich ein Heimkind mehr (im Vergleich zu den 23 (34,7%) Schulkindern), dass seine Freunde weniger rauchen. Ebenfalls keinen signifikanten Unterschied gibt es bei der Anzahl der genannten Freunde. Lediglich bei dem Wunsch nach Sonstigem fällt auf, dass vier der fünf Heimkinder den Wunsch äußerten, ihre Freunde sollten weniger kiffen.

7.4.4 Die eigene Erfahrung mit dem Zigarettenrauchen

Die Untersuchungsteilnehmer wurden gefragt, ob sie eigene Erfahrungen mit dem Zigarettenrauchen hätten, und konnten zwischen den Antworten „nie probiert“, „einmal probiert“, „ab und zu“, „oft“ und „regelmäßig“ wählen.

Das Ergebnis des eigenen Zigarettenkonsums ist bei den Kindern höchst signifikant (Pearson $p=.000$), denn die Heimkinder hatten deutlich mehr Erfahrungen mit dem Zigarettenrauchen als die Schulkinder.

Bei den Angaben der Heimkinder gibt es einen stetigen Zuwachs von „nie probiert“ bis „oft“ und dann einen erheblichen Sprung zu „regelmäßig“. Somit hatten unter den Heimkindern 66,7% mehr als einmal eine Zigarette geraucht; im Gegensatz dazu hatten unter den Kindern der Kontrollgruppe über die Hälfte (62,1%) keine Erfahrung bzw. lediglich einmal eine Zigarette probiert.

Die Kinder, die „oft“ bzw. „regelmäßig“ Zigaretten rauchen, erhalten die Kategorie „Risikokinder bezüglich des eigenen Zigarettenkonsums“, und zwar 43 (65,1%) Heim- und 16 (24,1%) Schulkinder. Unterscheidet man sie nach dem Geschlecht, rauchen 31,5% der Mädchen und 50% der Jungen „oft“ bis „regelmäßig“.

Obwohl deutlich mehr Jungen zu dieser Gruppe gehören, ist es statistisch gesehen nicht signifikant (Pearson $p=0.054$), bezeichnet aber durchaus einen Trend. Wenn „keine Erfahrung“ bestand, unterscheiden sich die Geschlechter nicht. Mehr Mädchen als Jungen (11 bis 16 Jahre) befanden sich noch in der Phase des Ausprobierens; dies ist statistisch gesehen signifikant (Pearson $p=0.033$).

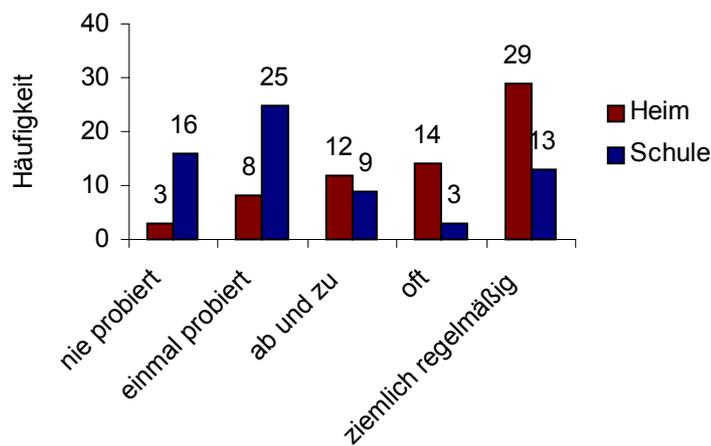


Abbildung 7.4-7 Eigene Erfahrung mit dem Zigarettenrauchen

Die Heimkinder erhielten u. a. zusätzlich die Frage „Wie wichtig sind für dich Zigaretten?“. Über die Hälfte (54,5%) hielten Zigaretten für wichtig bis sehr wichtig, was mit dem starken Konsumverhalten der Heimkinder übereinstimmt.

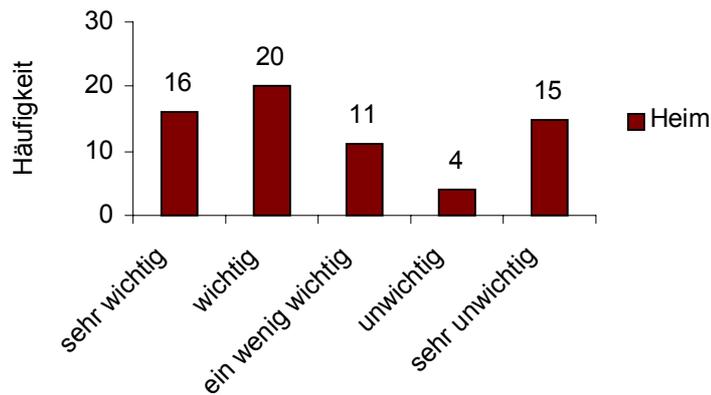


Abbildung 7.4-8 Wie wichtig sind für dich Zigaretten?

Die Heimkinder gaben an, durchschnittlich mit 10 Jahren ihre erste Zigarette geraucht zu haben. Die meisten von ihnen machten also ihre ersten Raucherfahrungen in einem relativ jungen Alter. 71,4% von ihnen waren jünger als 12 Jahre, als sie ihre erste Zigarette probierten (Abbildung 7.4-9).

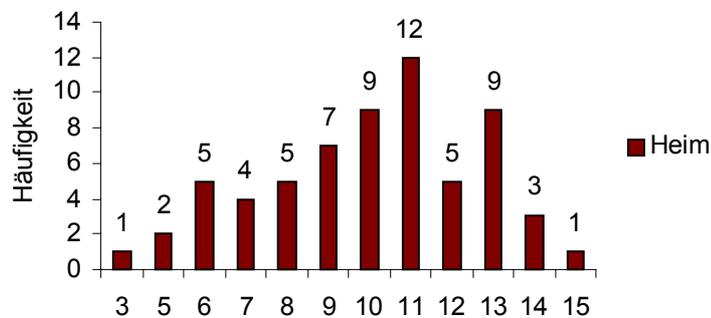


Abbildung 7.4-9 Wie alt warst du, als du deine erste Zigarette geraucht hast?

Im Durchschnitt konsumierten die Raucher unter den Heimkindern 12,2 Zigaretten am Tag. Hinter dieser Zahl verbergen sich jedoch erhebliche Unterschiede: Maximal fünf Zigaretten am Tag rauchten 16,1% und mehr als zwanzig Zigaretten rauchten 9,7%, d. h. zwei Drittel der Raucher konsumieren zwischen fünf und zwanzig Zigaretten am Tag.

7.4.5 Soziales Umfeld der Heimkinder

Vorweg kann allgemein gesagt werden, dass sich im sozialen Umfeld der Heimkinder überwiegend Raucher befinden. Nach eigener Einschätzung bezeichneten sie 77,3% ihrer engsten Freunde, 58,5% ihrer engsten Freundinnen, 81,3% ihrer Väter und 72,7% ihrer Mütter als Raucher. Lediglich bei ihren Klassenlehrern liegt der Prozentsatz mit 34,8% Rauchern unter 50%. Von den 315 Erziehern in den befragten Heimgruppen rauchen 63,2%.

Zigaretten spielen nach der Wahrnehmung der Heimkinder im Leben ihrer Eltern eine wichtige Rolle. Für 63,7% der Väter wurde die Zigarette von den Kindern als wichtig bis sehr wichtig eingeschätzt. Bei den Müttern liegt der Prozentsatz für wichtig bis sehr wichtig bei 56,9%.

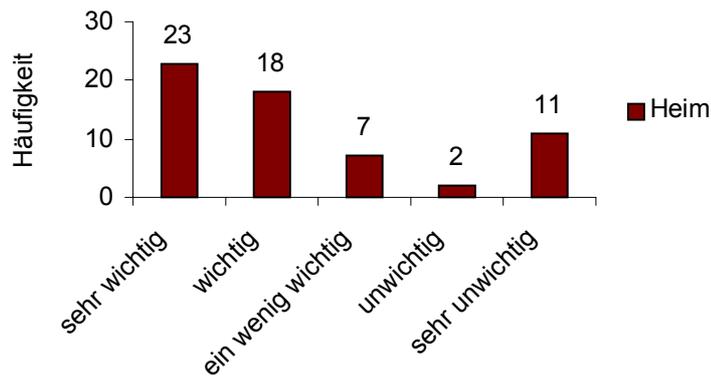


Abbildung 7.4-10 Wie wichtig, meinst du, sind Zigaretten für deinen Vater?

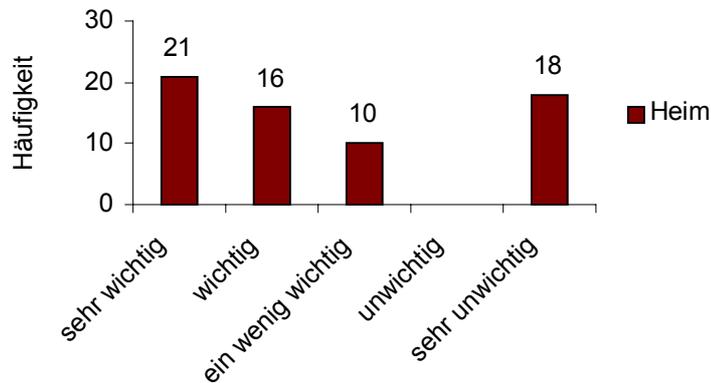


Abbildung 7.4-11 Wie wichtig, meinst du, sind Zigaretten für deine Mutter?

7.4.6 Eigene Erfahrungen mit dem Alkoholtrinken

Die Untersuchungsteilnehmer wurden gefragt, ob sie eigene Erfahrungen mit dem Alkoholtrinken hätten. Sie konnten zwischen den Antworten „nie probiert“, „einmal probiert“, „ab und zu“, „oft“ und „regelmäßig“ wählen. Im Screeningbogen wurde getrennt nach Erfahrungen mit Bier, Wein und Sekt oder Schnaps und Likör gefragt. Die beiden Teilfragen wurden als eine einzige Frage betrachtet, um herauszubekommen, ob überhaupt Alkohol konsumiert wird. Jedes Kind wurde nach seiner stärker dem Konsum hingewendeten Antwort bewertet.

Zwischen den Alkoholerfahrungen von Heim- und Schulkindern kommt es zu keinem statistisch signifikanten Unterschied.

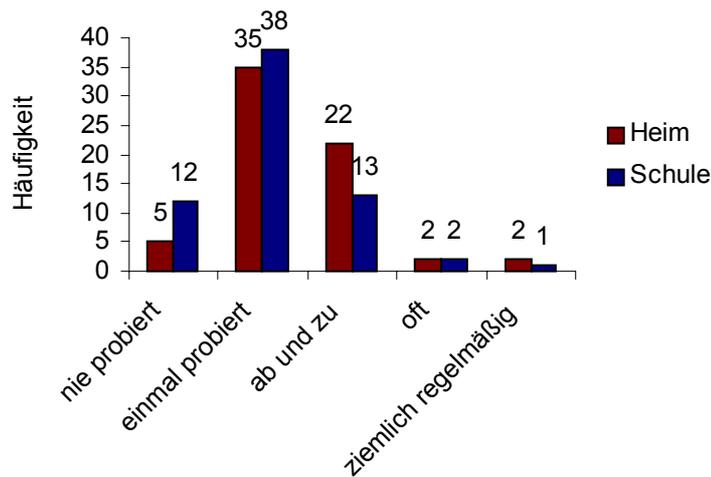


Abbildung 7.4-12 Eigene Erfahrung mit dem Alkoholtrinken

Fasst man die Antworten der Kinder in die zwei Hauptgruppen „keine/minimale Erfahrung“ und „stetige Erfahrung“ zusammen, dann wird durch diese Zusammenfassung die Polarität deutlicher (Abbildung 7.4-13).

In der Annahme, dass ein einziges Probieren von Alkohol nicht unbedingt den späteren Konsum fördert, waren zwei Drittel ohne entscheidenden Kontakt zu Alkohol. Ein Drittel der befragten Kinder ist aber im Bereich des wiederholten bis regelmäßigen Konsumierens angesiedelt.

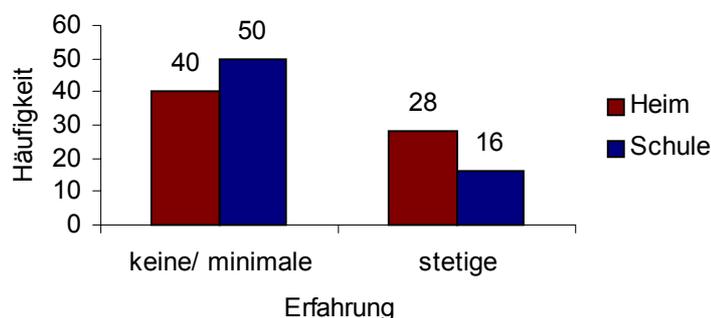


Abbildung 7.4-13 Die eigene Erfahrung mit dem Alkoholtrinken, in Gruppen zusammengefasst

Der deutlich überwiegende Teil (70,4%) der Kinder, die stetig Alkohol trinken, sind Jungen. Weiterhin ist von diesem Drittel, die stetig Alkohol trinken, fast die Hälfte (45,3%) der Kinder jünger als 15 Jahre.

Aufgrund dieses stetigen Konsums und weil fast die Hälfte erst zwischen 12 und 14 Jahre alt ist, werden diese 31,7% der Kinder als Risikokinder bezüglich ihres eigenen Alkoholkonsums eingeschätzt.

Die Frage nach der Wichtigkeit einer psychotropen Substanz wurde auch bezüglich Alkohol ausschließlich den Heimkindern gestellt. Hier ist das Ergebnis spiegelverkehrt zur Parallelfrage bezüglich Zigaretten (Abbildung 7.4-14). Obwohl Zigaretten für Heimkinder eine wichtige Rolle spielen, legten sie wenig Wert auf Alkohol.

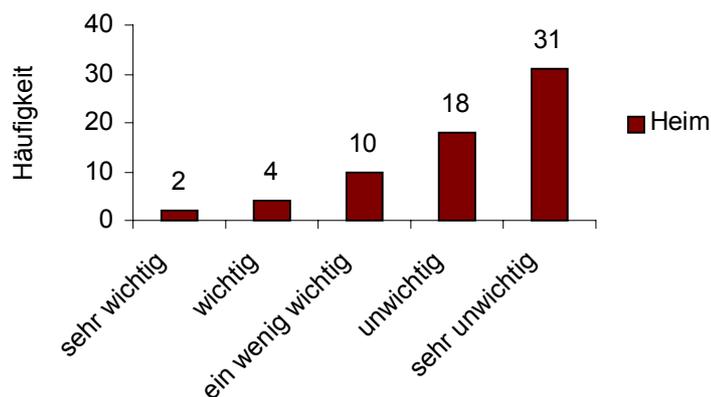


Abbildung 7.4-14 Wie wichtig ist für dich Alkohol?

Durch gezielte Befragung („Wie alt warst du, als du das erste Mal Alkohol (auch die kleinste Menge) getrunken hast?“) erhält man das Ergebnis zum Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Alkoholika. Dieses liegt bei 9,9 Jahren, ein Wert, der kritisch zu betrachten ist, da die Angaben von 0 bis 16 Jahren schwankten. Auffällig ist, dass das Durchschnittsalter des Erstkonsums mit dem Durchschnittsalter des ersten Zigarettenkonsums identisch ist, aber die Weiterentwicklung ganz anders verlief.

Obwohl die Erfahrung mit Alkohol niedrig ist, kennen über die Hälfte der Heimkinder das Gefühl, betrunken zu sein (55,6% = „Ja“, auf die Frage: „Warst du schon einmal betrunken?“).

Die Heimkinder sollten einschätzen, wie wichtig Alkohol für ihre Väter bzw. Mütter ist. Nach ihren Angaben ist für 36,1% der Väter und 12,4% der Mütter Alkohol wichtig bis sehr wichtig, für 42,6% der Väter und 66,1% der Mütter ist Alkohol unwichtig bis sehr unwichtig. Wenn den Heimkindern psychotrope Substanzen (Zigaretten oder Alkohol) wichtig bzw. unwichtig erschien, schätzten sie dies ebenso bei Ihren Eltern ein.

Zu der Frage, wann in der Familie Alkohol getrunken wird, wurde von den Kindern überwiegend Antwortmöglichkeiten gegeben oder ergänzt, die gesellschaftlich akzeptiert sind (z. B. zu Silvester, beim Essengehen). 40% der Heimkinder machten aber auch Angaben, wie beispielsweise „zum Frühstück“ oder „immer“. Diese Angaben passte bei der Hälfte dieser Heimkinder zur subjektiven Wahrnehmung, dass sie ein Problem mit dem Alkoholkonsum eines Elternteiles hatten. Es erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, dass bei diesen Kindern eine Alkoholproblematik in der Familie vorliegt.

7.4.7 Eigene Erfahrungen mit illegalen Drogen

Der folgende Abschnitt geht themenübergreifend auf die Ergebnisse des illegalen Drogenkonsums ein, verzichtet aber auf eine weitere Kommentierung der Ergebnisse, um den Rahmen einzuhalten.

In Bezug auf den Haschisch- und Marihuanakonsum ist auffällig, dass ein Drittel (22) der Heimkinder angab, schon „einmal probiert“ zu haben oder „ab und zu“ zu konsumieren. Bei den Schulkindern war es lediglich ein zehntel (6) der Kinder. Unter den Befragten gab es auch fünf Kinder, die regelmäßig Marihuana konsumierten. Hier zeigt sich kein bedeutender Unterschied zwischen der Anzahl der Heim- und Schulkinder.

Bei der Frage nach eigenen Erfahrungen mit Ecstasy ergab sich, dass sich sechs (9,1%) Heimkinder in der Phase des Ausprobierens befanden.

Andere Drogen hatten acht (12%) Heimkinder „einmal probiert“ bzw. „ab und zu“ konsumiert, und zwar u. a. Speed, LSD, schwarzer Afghane, Piece oder Joints an.

Regelmäßig konsumierten zwei (2,9%) Heimkinder ein Stück Piece bzw. Dope. Bei den Schulkindern hatte ein Kind regelmäßigen Heroinkonsum angegeben.

Bezüglich der Frage, was die Kinder gerne mal probieren würden, gibt es zwischen den Antworten der Heim- und Schulkinder keinen signifikanten Unterschied. Bei den 132 gültigen Antworten wollten durchschnittlich 10% Kinder legale Drogen probieren, 6% illegale Drogen, 9% hatten schon alles probiert und 64% Kinder wollten nichts probieren. Das Bedürfnis, etwas auszuprobieren, war somit sehr gering.

7.4.8 Tabakdistanz

„Es wird angenommen, dass unmittelbar auf das Zigarettenrauchen bezogene Einstellungen in engem Zusammenhang mit dem gegenwärtigen und zukünftigen Gebrauch von Zigaretten stehen. [...] Zur Ermittlung einer auf Zigarettenrauchen bezogenen verhaltensnahen Einstellung wurde das Konstrukt *Tabakdistanz* definiert. [...] Das Merkmal »Tabakdistanz« wird inhaltlich durch drei konstituierte Komponenten beschrieben: eine kognitive, eine affektive und eine intentionale.“ (Kersch 1998, S.17).

Die kognitive Komponente	bezieht sich auf die individuell wahrgenommene Gefährlichkeit des Zigarettenrauchens. Diese subjektive Sicht beruht auf Kenntnissen über gesundheitliche Risiken des Rauchens.
Die affektive Komponente	spiegelt die gefühlsmäßige Bewertung des Zigarettenrauchens im sozialen Kontext Jugendlicher wieder.
Die intentionale Komponente	drückt die unmittelbare Absicht aus, in absehbarer Zukunft Zigaretten zu rauchen bzw. dies nicht zu tun.

*Tabelle 7.4-4 Die drei Komponenten der Tabakdistanz
(Kersch 1998, S.17-18)*

Die drei Komponenten wurden im Screeningbogen mittels Items erfragt, die zum Teil einer 1993 bis 1994 von der Universität Leipzig (Institut für Psychologie) durchgeführten Evaluationsstudie entnommen wurden. In der folgenden Auswertung wird der gleiche Auswertungsschlüssel der Items verwendet.

Für die kognitive Komponente lautet der Auswertungsschlüssel: „Es wird 1 Punkt für hohe kognitive Tabakdistanz erteilt, wenn mindestens zwei von drei Wissensfragen richtig beantwortet werden.“ (Kersch 1998, S.18).

Der Screeningbogen enthielt folgende Wissensfragen:

1. Rauchen ist immer schlecht für die Gesundheit.
2. Rauchen ist nicht schlimm, weil viele es tun.
3. Wenn jemand in einem Raum raucht, ist das für die Anwesenden schädlich.

Tabelle 7.4-5 zeigt, wie die einzelnen Wissensfragen von den Heim- bzw. Schulkindern beantwortet wurden.

	Heim		Schule	
	Richtig	Falsch	Richtig	Falsch
1. Rauchen ist immer schlecht für die Gesundheit.	61	3	62	3
2. Rauchen ist nicht schlimm, weil viele es tun.	8	56	8	56
3. Wenn jemand in einem Raum raucht, ist das für die anwesenden schädlich.	47	16	52	13

Tabelle 7.4-5 Beantwortung der Wissensfragen

Wie ersichtlich wird, unterschieden sich die Antworten der Heimkinder nicht bedeutend von denen der Schulkinder. Wertet man die Antworten nach dem vorgegebenen Auswertungsschlüssel aus, haben fast alle Untersuchungsteilnehmer (92%) eine hohe kognitive Tabakdistanz.

Das kognitive Wissen weicht gerade bei Heimkindern stark von ihrem Verhalten ab (vgl. 7.4.4). Hierzu Engel & Hurrelmann (1994, S.192-193):

„Wenn dennoch so zahlreich „zur Flasche“ oder zu den Zigaretten gegriffen wird, so kann das im Prinzip bedeuten, dass die Risiken zwar gesehen werden, es den betreffenden Personen aber egal ist, ob sie in dieser Hinsicht irrational sind; es kann aber auch bedeuten, dass den Akteuren ihr Verhalten subjektiv gar nicht als irrational erscheint. Die Verfolgung riskanter Verhaltensweisen wie etwa dem Zigarettenrauchen oder dem Alkohol- oder Drogenkonsum kann nämlich den Akteuren, die dieses Verhalten praktizieren, trotz der damit objektiv verbundenen Risiken subjektiv als durchaus sinnvoll erscheinen; und zwar beispielsweise dann, wenn kurzfristig erzielbaren und praktisch sicheren Vorteilen, wenn überhaupt, dann nur längerfristig mögliche Nachteile gegenüberstehen. Motiviert, in den Genuss dieser Vorteile zu gelangen, kann die Antizipation eventueller Nachteile schnell die emotionale Qualität eines nur möglichen Ereignisses annehmen, d. h. eines Ereignisses, für das es auch Grund zu der Annahme gibt, dass es den Akteur gar nicht betreffen wird, da er statistisch betrachtet nur jede x-te Person betrifft (zu denen sich der Akteur motiviertermaßen ja nicht unbedingt zählen muss). Sich vor die Alternative gestellt zu sehen, sein Verhalten primär an einem gut bzw. sicher erreichbaren Vorteil oder der unsicheren Eventualität eines Nachteils zu orientieren, kann dann 'rationalerweise' durchaus zugunsten der Vorteilssuche entschieden werden.“

Die affektive Komponente der Tabakdistanz wurde nicht wie in der Evaluationsstudie der Universität Leipzig mit der Aussage „Jugendliche, die rauchen, sind Angeber“ operationalisiert, sondern der Forschungsschwerpunkt Sucht ersetzte diese Aussage durch „Wenn andere rauchen, ärgert mich das“. 16 (24,3%) Heim- und 24 (36,4%) Schulkinder, die diese Frage mit Richtig beantwortet hatten, erhalten einen Punkt, sie besitzen demnach eine hohe affektive Tabakdistanz.

Die intentionale Komponente wurde mit der Frage „Hast du vor, im nächsten halben Jahr mit dem Rauchen zu beginnen?“ ermittelt. Bei diesem Item wurde vom Forschungsschwerpunkt Sucht der Zeitraum von einem Jahr auf ein halbes Jahr gekürzt, um ihn für die Probanden überschaubarer zu machen. Die Kinder, die diese Frage eindeutig mit Nein beantwortet hatten, erhalten nach dem Auswertungsschlüssel einen Punkt für hohe intentionale Tabakdistanz. Eine hohe intentionale Tabakdistanz haben 15 (22,6%) Heim- und 40 (60,5%) Schulkinder,

ein höchst signifikantes Ergebnis (Pearson $p=.000$). Dem gegenüber stehen 46 (69,7%) Heim- und 18 (27,3%) Schulkinder, die mit dem Rauchen schon begonnen hatten.

Um das gesamte Konstrukt Tabakdistanz auszuwerten, werden „die einzelnen Komponenten [...] mittels Bildungsvorschrift additiv zu einem Distanzmaß verknüpft. Wer in allen drei Aspekten einen Punkt erreicht, hat eine hohe Tabakdistanz. Wer in zwei Aspekten einen Punkt bekommen hat, hat eine mittlere und wer nur in einem bzw. keinem Aspekt einen Punkt erhält, hat eine niedrige Tabakdistanz.“ (Kersch 1998, S.19-20).

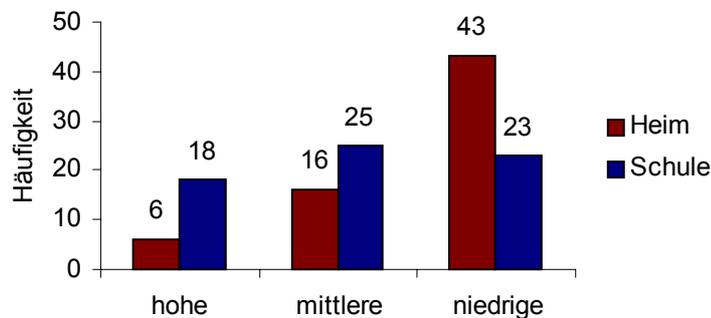


Abbildung 7.4-15 Tabakdistanz

Das Ergebnis bezüglich des Konstrukts Tabakdistanz ist sehr signifikant (Pearson $p=.005$): Lediglich 9% Heim- und 27% Schulkinder haben nach diesem Auswertungsmodus eine hohe Tabakdistanz. Bei der Hälfte dieser Kinder wird die Tabakdistanz durch ihr jetziges Verhalten bestätigt, denn sie hatten nach eigenen Angaben (vgl. 7.4.4) keine Erfahrung mit dem Zigarettenrauchen.

Demgegenüber haben gerade viele Heimkinder (65%) eine niedrige Tabakdistanz, was sich auch in ihrem Rauchverhalten widerspiegelt. Denn fast 80% dieser Kinder rauchen regelmäßig Zigaretten, weitere 20% ab und zu.

Bei den Schulkindern, die eine niedrige Tabakdistanz (35%) haben, rauchen ebenfalls über die Hälfte regelmäßig Zigaretten, aber es gibt auch ca. 30%, die es höchstens einmal probiert haben.

7.4.9 Alkoholdistanz

Das Merkmal der *Alkoholdistanz* bildet kognitive, affektive und intentionale Aspekte, unmittelbar auf das Alkoholtrinken bezogene Einstellungen ab. Wie die Items der Tabakdistanz wurden auch die Items der Alkoholdistanz aus der Evaluationsstudie der Universität Leipzig verwendet. „Die Untersuchungsergebnisse (der Universität Leipzig) lassen den Schluss zu, dass ‚Alkoholdistanz‘ Erklärungs- und Vorhersagewerte für tatsächlichen Alkoholgebrauch besitzt.“ (Kersch, Petermann & Fischer 1998, S.244).

Die folgenden drei Items wurden zur Messung der kognitiven Komponente verwendet:

1. Regelmäßiger Alkoholkonsum verursacht keinen Schaden.
2. Ein paar Bier sind nicht so schlimm, das tun alle.
3. Bei Familienfesten und anderen Feiertagen können Kinder ruhig mal Alkohol probieren.

Wie bei der Auswertung der kognitiven Tabakdistanz gilt hier, dass der Proband einen Punkt erhält, wenn er zwei von drei Aussagen richtig beantwortet hat.

Die Antworten der Heim- und Schulkinder stimmen hundertprozentig überein. Mehr als die Hälfte der Befragten (64%) haben eine niedrige kognitive Alkoholdistanz. Obwohl unter den Kindern mehr geraucht als Alkohol getrunken wurde, hatten weniger Kinder eine kognitive Alkohol- als eine kognitive Tabakdistanz. Dieses Ergebnis kann auf die Formulierungen der Fragen zurückgeführt werden, denn lediglich die erste Frage war der Leipziger Evaluationsstudie entnommen.

„Es bringt mehr Spaß, im Freundeskreis Alkohol zu trinken“ diente als Item zur Ermittlung der affektiven Komponente. Etwas weniger als die Hälfte (45%) der Heimkinder und etwas mehr als die Hälfte der Schulkinder (61%) erhalten einen Punkt dafür, dass sie auf diese Frage mit Falsch antworteten und dadurch eine hohe affektive Ablehnung gegenüber Alkoholtrinken symbolisieren.

Die intentionale Komponente wurde mit der Frage „Hast du vor, im nächsten halben Jahr mit dem Alkohol trinken zu beginnen?“ operationalisiert. Hierbei hatte

der Forschungsschwerpunkt Sucht zum einen den Zeitraum von einem Jahr auf ein halbes Jahr herabgesetzt, zum anderen wurde nach dem Beginn des Alkoholtrinkens gefragt, nicht nach dem regelmäßigem Alkoholtrinken. Etwas mehr als die Hälfte der Heim- und Schulkinder antworteten mit Nein und erhalten dafür einen Punkt für hohe intentionale Alkoholdistanz.

Zur Auswertung des Konstrukts Alkoholdistanz werden die einzelnen Komponenten wie bei dem Konstrukt Tabakdistanz mittels Bildungsvorschrift additiv zu einem Distanzmaß verknüpft. Es gilt das gleiche Wertungssystem wie bei der Tabakdistanz. Demnach besitzt genau ein Drittel der Heimkinder und etwas mehr als ein Drittel der Schulkinder eine hohe Alkoholdistanz. Demgegenüber haben mehr Heimkinder (45%) eine niedrige Alkoholdistanz. Bei den Schulkindern hält es sich ungefähr die Waage, denn ein Drittel hat eine niedrige Alkoholdistanz.

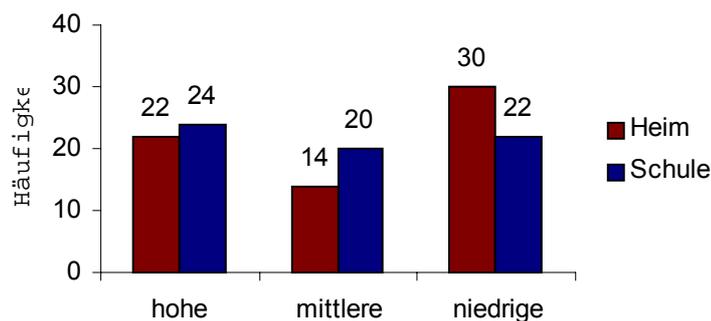


Abbildung 7.4-16 Alkoholdistanz

Bei hoher Alkoholdistanz kann man davon ausgehen, dass sich dies im Verhalten widerspiegelt. Trotz hoher Alkoholdistanz tranken etwas mehr als die Hälfte der 22 Heimkinder ab und zu Alkohol. Bei den Schulkindern mit hoher Alkoholdistanz stimmt das Verhalten mit der Distanz wieder überein. Denn fast 90% von ihnen hatten höchstens einmal probiert. Bei den Heim- und Schulkindern mit niedriger Alkoholdistanz spiegelt sich diese Einstellung auch deutlich im Verhalten wieder, denn fast 80% von ihnen trinken mindestens ab und zu Alkohol.

7.4.10 Widerstandsgewissheit

Widerstandsgewissheit (Nein-sagen-können bei Verleitung zum Zigarettenrauchen bzw. Alkoholtrinken) ist ein weiteres Merkmal für die Erklärung und Vorhersage späteren Konsums. Die Fragen „Wie schwer würde es dir fallen, 'Nein' zu sagen, wenn dir jemand eine Zigarette anbietet und du nicht magst?“ und „Wie schwer würde es dir fallen, 'Nein' zu sagen, wenn dich jemand zum Alkohol trinken überreden will?“ waren ebenfalls der Evaluationsstudie der Universität Leipzig entnommen.

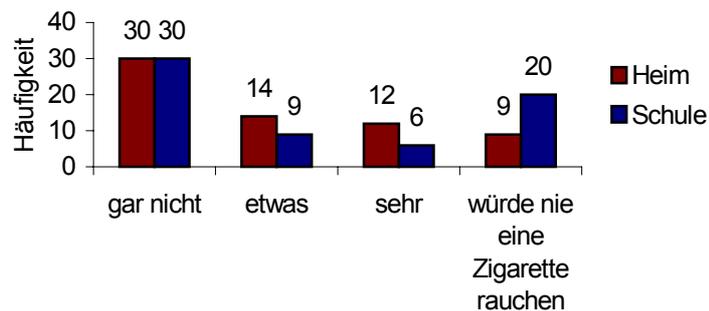


Abbildung 7.4-17 Wie schwer würde es dir fallen, Nein zu sagen, wenn dir jemand eine Zigarette anbietet und du nicht magst?

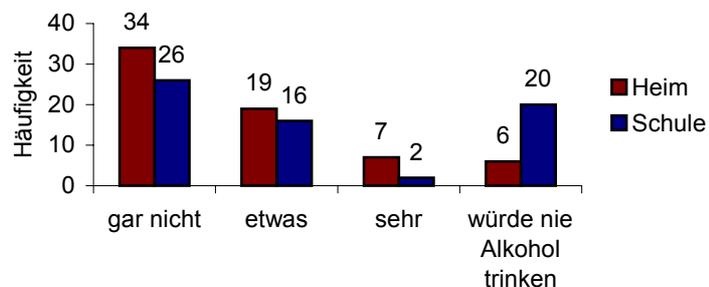


Abbildung 7.4-18 Wie schwer würde es dir fallen, Nein zu sagen, wenn dich jemand zum Alkoholtrinken überreden will?

Aus den Abbildungen geht hervor, dass es Heimkindern schwerer fällt, Nein zu sagen, wobei beim Angebot einer Zigarette das Ergebnis nicht signifikant ist. Mehr als die Hälfte der Kinder der jeweiligen Untersuchungsgruppe schaffte es, erst gar keine Zigarette zu rauchen oder sie abzulehnen. Im direkten Vergleich fiel Schulkindern die Ablehnung leichter als Heimkindern.

7.4.11 Erlebnisbereiche

In der 12. Frage sollten die Kinder Begriffe unterstreichen, mit denen sie zur Zeit zu tun haben. Hintergrund ist es, zu erfahren, welchen möglichen Belastungsbereichen die Kinder ausgesetzt sind. Die Fragestellung entstammte der Studie zur Primärprävention von Petermann, Müller, Kersch & Röhr (1997, S.74). Einzelne Items wurden ersetzt bzw. ergänzt und es wurde eine Positiv-Formulierung vorgenommen. (Im Original lautet es: „Streiche alle Begriffe durch, mit deren Inhalt du selbst zur Zeit nichts zu tun hast.“ (Petermann et al. 1997, S.74)).

Die Begriffe, die eine Freizeitbeschäftigung darstellen, z. B. Freunde treffen, Fußball, Computer usw. wurden nur mit minimalen Unterschieden von beiden Untersuchungsgruppen benannt. Auffälligere Unterschiede finden sich in den negativ besetzten Begriffen, wie Streit zu Hause, Langeweile, Alleinsein usw.

Mit Zigaretten, Alkohol und Drogen hatten zur Zeit mehr Heim- als Schulkinder zu tun.

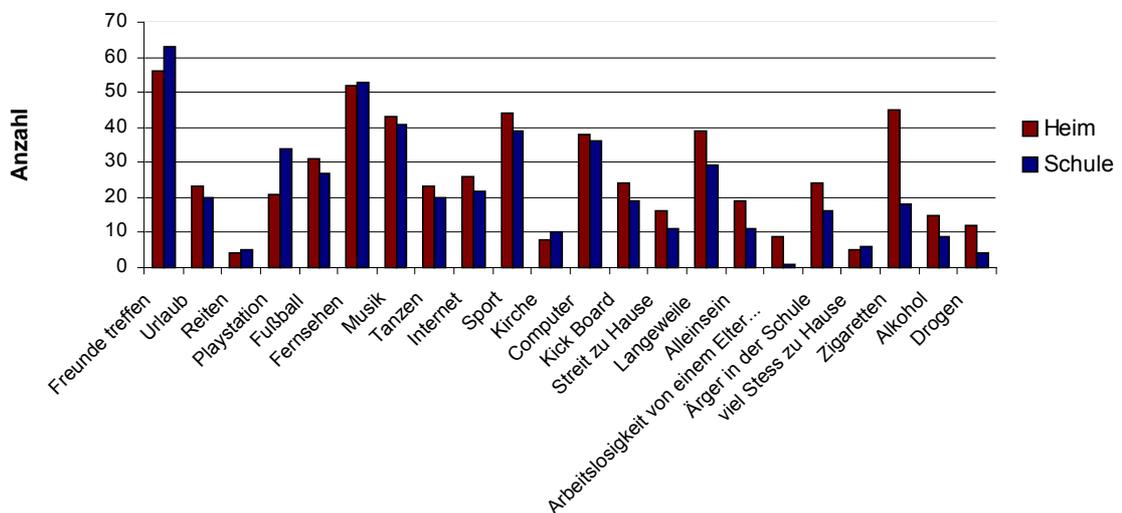


Abbildung 7.4-19 Erlebnisbereiche der Kinder

7.4.12 Familienatmosphäre

Die Kinder erhielten die Aufgabe, anhand vorgegebener Aussagen ihre häusliche Situation zu charakterisieren. Hierzu wurden die signifikanten Items der Skala „Familienatmosphäre“ der Modellstudie über erwachsene Kinder aus

alkoholismusbelasteten Familien entnommen, die Klein & Zobel (2001) durchgeführt hatten, und vom Forschungsschwerpunkt Sucht kindgerecht operationalisiert.

In dieser Modellstudie bestätigten sich die Schilderungen der klinischen Erfahrungsliteratur, die eine angespannte, angstbesetzte Atmosphäre in alkoholismusbelasteten Familien beschreiben (Klein & Zobel 2001).

„Die negative Einschätzung der Familienatmosphäre durch die COA entspricht den Überlegungen Schneewinds (1991) zur Familienstresstheorie, nach der in Familien mit dauerhaften Belastungen auf der Elternebene mit Duldungs- und Katastrophenstress zu rechnen ist. Katastrophenstress bezeichnet die Auswirkungen heftiger intra- und extrafamiliärer Einwirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder. Solche Einwirkungen, die in der Regel auch als kritische Lebensereignisse aufzufassen sind, können in Arbeitslosigkeit, Unfällen, Todesfällen, aber auch Traumatisierungen im Sinne von sexueller oder physischer Gewalt bestehen. Duldungsstress dagegen spiegelt die Effekte lang ertragener widriger Familienverhältnisse wider. Diese können, [...], besonders in den Bereichen familialer Instabilität, Unberechenbarkeit und Anspannung liegen. Diese Familien(duldungs)stressvariablen konstituieren in erster Linie die chronische Familienatmosphäre in dysfunktionalen Familien, von denen die Familien mit einem suchtkranken Elternteil ein besonders häufiges 'Modell' darstellt.“ (Klein & Zobel 2001, S.38-39).

Wenn man annimmt, dass in dieser Untersuchung die Kinder, die angegeben hatten, ein Problem mit dem Alkoholtrinken eines Elternteiles zu haben, in einer solchen dysfunktionalen Familie leben, dann müsste bei vielen eine angespannte, angstbesetzte Atmosphäre vorherrschen. Doch die Ergebnisse bestätigen die Vermutung nicht (Tabelle 7.4-6). Denn bei den Fragen zur Unberechenbarkeit und Instabilität stimmte auch über die Hälfte der Kinder ohne ein Problem mit dem elterlichen Alkoholkonsum zu. Der einzige signifikante (Fisher $p=.016$) Unterschied zeigt sich bei den Angaben zur häuslichen Disharmonie: Hier stimmte etwas mehr als die Hälfte (51,5%) der Kinder, die ein Problem haben zu; bei den Kindern ohne Problem waren es keine 30%. Das Ergebnis lässt somit keine eindeutige Aussage zu. Dies könnte daran liegen, dass die Kinder eventuell nicht genug Abstand hatten wie die Erwachsenen im Modellprojekt von Klein & Zobel (2001).

Wird die Untersuchungsgruppe wieder in die zwei Subgruppen unterteilt, lässt sich auch hier kein bedeutender Unterschied in den Aussagen finden. Heim- und Schulkinder beschrieben demnach die familiäre Situation zu Hause sehr ähnlich.

		Art der Einrichtung				Gesamt	
		mit Problem		ohne Problem		Anzahl	Spalten%
		Anzahl	Spalten%	Anzahl	Spalten%		
Wir verstehen uns meistens gut. (Harmonisch)	stimmt	30	88,2%	89	95,7%	119	93,7%
	stimmt nicht	4	11,8%	4	4,3%	8	63,0%
Gesamt		34	100,0%	93	100,0%	129	100,0%
Bei uns zu Hause gibt es viel Streit. (Disharmonisch)	stimmt	17	51,5%	24	26,4%	41	33,1%
	stimmt nicht	16	48,5%	67	73,6%	83	66,9%
Gesamt		33	100,0%	91	100,0%	124	100,0%
Häufig läuft alles anders, als geplant war. (Unberechenbar)	stimmt	21	61,8%	54	58,1%	75	59,1%
	stimmt nicht	13	38,2%	39	41,9%	52	40,9%
Gesamt		34	100,0%	93	100,0%	127	100,0%
Ich weiß meist, woran ich bin. (Berechenbar)	stimmt	29	85,3%	68	79,1%	97	80,8%
	stimmt nicht	5	14,7%	18	20,9%	23	19,2%
Gesamt		34	100,0%	86	100,0%	120	100,0%
So wie es jetzt zu Hause ist, ist es schon länger. (Stabil)	stimmt	23	67,6%	65	73,0%	88	71,5%
	stimmt nicht	11	32,4%	24	27,0%	35	28,5%
Gesamt		34	100,0%	89	100,0%	123	100,0%
Morgen kann zu Hause alles ganz anders sein. (Instabil)	stimmt	22	64,7%	56	60,2%	75	61,4%
	stimmt nicht	12	5,3%	37	39,8%	49	38,6%
Gesamt		34	100,0%	93	100,0%	127	100,0%
Ich fühle mich meist zu Hause wohl. (Entspannt)	stimmt	29	85,3%	88	93,6%	117	91,4%
	stimmt nicht	5	14,7%	6	6,4%	11	8,6%
Gesamt		34	100,0%	94	100,0%	128	100,0%
Es ist oft sehr bedrückend zu Hause. (Angespannt)	stimmt	12	35,3%	25	27,5%	37	29,6%
	stimmt nicht	22	64,7%	66	72,5%	88	70,4%
Gesamt		34	100,0%	91	100,0%	125	100,0%

Tabelle 7.4-6 Familiäre Atmosphäre

7.4.13 Eltern-Kind-Beziehung

1998 wurde in Köln und Siegen bei Schülern zwischen 12 und 16 Jahren eine repräsentative Befragung im Auftrag der BZgA durchgeführt. Aus den Ergebnisse ging hervor, dass die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung im direkten Zusammenhang zum Substanzkonsum der Kindern steht und es wurde die These aufgestellt, dass „Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 16 Jahren (Durchschnittsalter 13,3 Jahre), die ihre Eltern schätzen und sich bei ihnen wohl fühlen, [...] weniger anfällig für Zigaretten, Alkohol, weiche und harte Drogen [sind]. Kinder und Jugendliche, die eine schlechtere Meinung von ihren Eltern haben und die das Elternhaus eher als Stress erleben, sind häufiger anfällig für solche Süchte. [...] Es sind sechs Eigenschaften der Eltern, die den Unterschied ausmachen:

- Kinder fühlen sich von Mutter und Vater wirklich verstanden;
- Kinder schätzen Mutter und Vater als fähige Ratgeber für ihr Leben ein;
- Kinder finden, dass Mutter und Vater aufmerksam ihre Schulzeit begleiten;
- Kinder erleben gemeinsame Freizeitaktivitäten mit ihren Eltern;
- Kinder finden das Klima in der Familie kooperativ und harmonisch;
- Kinder fühlen sich als Person von Mutter und Vater wirklich geachtet.“

(Eickhoff & Zinnecker 2000, S.9).

„Da es um die (Fehl-)Entwicklung von Kindern geht, können Daten, die direkt von den Kinder stammen, als valider eingeschätzt werden, als wenn nur Einschätzungen der Mütter oder der Väter vorliegen“ (Eickhoff & Zinnecker 2000, S.31).

Die oben genannten sechs signifikanten Eigenschaften wurden vom Forschungsschwerpunkt Sucht als Items operationalisiert und in Frage 14 des Screeningbogens verankert (nur das Item „harmonisches Klima“ befand sich bereits in Frage 13).

Aufgrund ihrer Antworten werden die Kinder in Partner- bzw. Konfliktfamilientypen unterschieden:

Partnereltern = die von den Kindern als empathisch erlebt werden, die an ihren Schulangelegenheiten des Kindes interessiert sind, deren Ratschläge von dem jeweiligen Kind akzeptiert werden und die in ihrer Freizeit viel mit dem Kind gemeinsam unternehmen. Zudem wird das allgemeine Familienklima von den befragten Kindern als harmonisch eingeschätzt und Diskussionen über mögliche Konfliktthemen finden gar nicht oder in einer sehr ruhigen Form statt.

Konflikteltern = hingegen werden als weniger empathisch und als desinteressiert an Schulangelegenheiten des Kindes wahrgenommen. Das Familienklima ist weniger harmonisch, es finden heftigere Diskussionen statt und die Familie unternimmt eher selten etwas gemeinsam.“ (Eickhoff & Zinnecker 2000, S.32).

Wenn die Kinder in dem Familientyp „Konflikteltern“ aufwachsen, sind sie demnach anfälliger für den eigenen Drogenkonsum.

Die Elterneigenschaften waren in sieben Items operationalisiert, bei denen die Kinder zwischen den fünf Antwortkategorien wählen konnten: „stimmt völlig“, „stimmt überwiegend“, „stimmt etwas“, „stimmt kaum“ und „stimmt nicht“. Diesen Antwortmöglichkeiten wurde eine Punktwertung von 1 bis 5 zugeteilt. Werden die sieben Antworten eines Kindes addiert, erhält es eine Punktzahl zwischen 7 und 35. Die Personengruppe mit einer niedrigen Punktzahl konnte den Aussagen eher zustimmen und besitzt nach obiger Definition Partnereltern.

Wird die Gruppe bei der Perzentile 33,3 (=11 Punkte) und 66,6 (=14 Punkte) in drei Bereiche geteilt, dann befinden sich 39,7% der Kinder im ersten Drittel, 28,6% im zweiten und 31,7% im letzten.

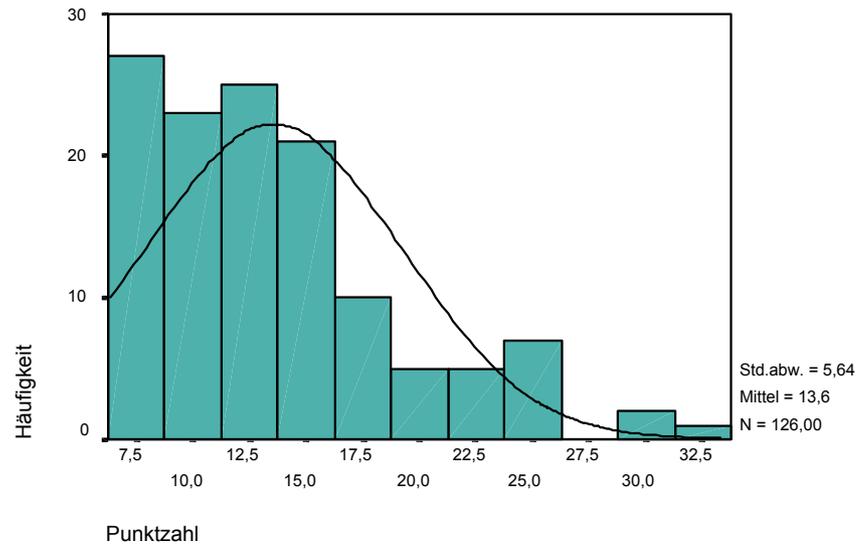


Abbildung 7.4-20 Eltern-Kind-Beziehung aus der Sicht der Kinder

Dem Auswertungsschlüssel nach bezeichneten 39,7% der Kinder ihre Eltern als Partnereltern. Auffällig ist, dass hier kein wesentlicher Unterschied zwischen der Gruppe der Heim- und Schulkinder (46% / 54%) besteht. Dem gegenüber stehen die 31,7% Kinder, die ihre Eltern als Konflikteltern sahen; bei ihnen überwiegt mit 15% die Anzahl der Heimkinder (57,5%).

Eine Korrelation dieser Elterneigenschaften mit dem Konsumverhalten ihrer Kinder ergibt folgendes Ergebnis: Bezüglich des Zigarettenkonsums wird die These bestätigt, dass Kinder von Konflikteltern eher anfällig sind für Zigaretten, denn über die Hälfte (57,5%) von ihnen raucht oft bis regelmäßig. Bei den Kindern von Partnereltern rauchen 38% oft bis regelmäßig. Diese doch noch relativ hohe Prozentzahl ist auf die Heimkinder zurückzuführen. Denn fast 75% sind Heimkinder, die ihre Eltern als Partnereltern beschrieben und selber Zigaretten rauchen. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Heimkinder anderweitige Belastungen haben, die ein Zigarettenrauchen provozieren. Es kann aber auch eine Wunschvorstellung beschrieben sein, die mit der Realität nicht konform geht.

Bezüglich des Alkoholkonsums ist das Ergebnis bei den Partnereltern sehr eindeutig und bestätigte die oben genannte These, denn lediglich 6% trinken oft bis regelmäßig Alkohol. Hierbei besteht kein nennenswerter Unterschied zwischen Heim- und Schulkindern. Nur 5% der Kinder von Konflikteltern trinken oft bis

regelmäßig Alkohol. Durch dieses Ergebnis lässt sich eine mögliche Gefährdung nicht bestätigen.

7.4.14 Persönlichkeitsdimensionen

„Cloninger entwickelte den TPQ [Tridimensional Personality Questionnaire (by Alcoholics)] auf der Basis seiner 'biosozialen Theorie der Persönlichkeit' (1986). Er geht darin von drei weitgehend unabhängigen, allerdings interagierenden Persönlichkeitsdimensionen aus, die auf einem erheblich bedingten Aktivitätsgrad verschiedener neuronaler Systeme des ZNS zurückgeführt werden. Die drei Persönlichkeitsdimensionen werden von Cloninger als 'novelty seeking', 'harm avoidance' und 'reward dependence' bezeichnet. [...] Theoretisch sollen Personen mit einer hohen Ausprägung auf der Skala 'novelty seeking' und niedriger Ausprägung auf den anderen Skalen neugierig, impulsiv, unbeständig, extravagant, unordentlich, temperamentvoll und leicht erregbar sein. Personen mit einer hohen Ausprägung auf der Skala 'harm avoidance' und niedriger Ausprägung auf den beiden anderen Skalen sollen dagegen eher vorsichtig, besorgt, ängstlich, gehemmt, schüchtern, schnell erschöpft und leicht zu beunruhigen sein. Schließlich sollen Personen mit hoher Ausprägung auf der Skala 'reward dependence' hilfsbereit, ausdauernd, fleißig, warm, sentimental und empfänglich für soziale Zuwendung sein. Nach Cloninger (1987a) sollen besondere Merkmalsausprägungen auf diesen Skalen mit bestimmten Formen der Alkoholabhängigkeit assoziiert sein. Er unterscheidet in seiner Zweiertypologie den Typ I mit hoher Ausprägung auf der Skala 'harm avoidance' und niedriger Ausprägung auf der Skala 'novelty seeking' und den Typ II mit einer hohen Ausprägung auf der Skala 'novelty seeking' und niedriger Ausprägung auf der Skala 'harm avoidance'. Die Skala 'reward dependence' hat keinen Einfluss auf die Typologie (Cloninger 1987b). Im Gegensatz zu Schuckit et al. (1990) vertritt er damit die These, dass das Temperament und nicht eine spezielle biologische Sensitivität zur Sucht prädisponierend ist“ (Dufeu, Kuhn & Schmidt 1995, S.396).

Dufeu et al. (1995) prüften die deutsche Version des TPQ, mit dem Ziel, Testkennwerte für Alkoholranke sowie die Testgüte der deutschen Version zu ermitteln.

Amerikanische Version	Deutsche Version
Novelty Seeking	Spontanität (SP)
<ul style="list-style-type: none"> - Exploratory excitability vs. stoic rigidity - Impulsiveness vs. Reflection - Extravagance vs. Reserve - Disorderliness vs. regimentation 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensationslust vs. stoische Ruhe (SP1) - Impulsivität vs. Reflektion (SP2) - Extravaganz vs. Zurückhaltung (SP3) - Flexibilität vs. Rigidität (SP4)
Harm Avoidance	Risiko Vermeidung (RV)
<ul style="list-style-type: none"> - Anticipatory worry & pessimism vs. uninhibited optimism - Fear of uncertainty - Shyness with strangers - Fatigability & asthenia 	<ul style="list-style-type: none"> - Pessimismus vs. Optimismus (RV1) - Unsicherheit vs. Selbstvertrauen (RV2) - Schüchternheit vs. Geselligkeit (RV3) - Asthenie vs. Stärke (RV4)
Reward Dependence	Belohnungsabhängigkeit (BA)
<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentality - Persistence - Attachment - Dependence 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentalität vs. Unempfindlichkeit (BA1) - Hartnäckigkeit vs. Unentschlossenheit (BA2) - Abhängigkeit vs. Distanziertheit (BA3) - Abhängigkeit vs. Unabhängigkeit (BA4)

*Tabelle 7.4-7 Skalenzeichnung des TPQ
(Dufeu et al. 1995, S.396)*

Aus den von Dufeu et al. (1995) verwendeten trennscharfen Items traf der Forschungsschwerpunkt Sucht eine leicht veränderte Auswahl für die vorliegende Altersgruppe. Mit Ausnahme der dritten Skala (RV; RV3 fehlt) wurde aus jeder Skala zu jeder Subskala mindestens ein Item ausgewählt. Dazu muss gesagt

werden, dass mit den verwendeten Items nur eine Annäherung an die Persönlichkeitsdimensionen erreicht werden kann, da lediglich 14 der 98 von Dufeu et al. (1995) verwendeten Items im Screeningbogen enthalten waren.

Bei jedem der 14 Items hatten die Kinder die Möglichkeit zwischen vier Antwortkategorien („ja“, „eher ja“, „eher nein“ und „nein“) zu wählen. Diesen Antwortmöglichkeiten wurde eine Punktwertung von 1 bis 4 zugeteilt.

Zur Ermittlung der Persönlichkeitsdimension „Spontanität“ („Novelty Seeking“) wurden im Screeningbogen vier Items verwendet:

1. Ich probiere häufig Außergewöhnliches aus, nur aus Spaß oder wegen des Nervenkitzels. (SP1)
2. Ich hasse es, schnelle Entscheidungen fällen zu müssen. (SP2)
3. Mir macht es Spaß, Geld zu sparen, als es für Aktionen oder etwas Spannendes auszugeben. (SP3)
4. Ich breche oft Regeln und Vorschriften, wenn ich glaube, nicht dabei erwischt zu werden. (SP4)

Werden die vier Antworten des jeweiligen Kindes addiert, erhält man, eine Punktzahl zwischen vier und sechzehn.

Die Untersuchungsgruppe wird beim Perzentile 33,3 (=9 Punkte) und 66,6 (=10 Punkte) in drei Bereiche geteilt. Die Personen des ersten Bereichs bis zum Perzentile 33,3 haben eine niedrige Punktzahl und besitzen eine hohe Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale der „Spontanität“. 54,4% der Untersuchungsteilnehmer befinden sich in diesem ersten Bereich, die aus jeweils 50% Heim- und Schulkindern besteht.

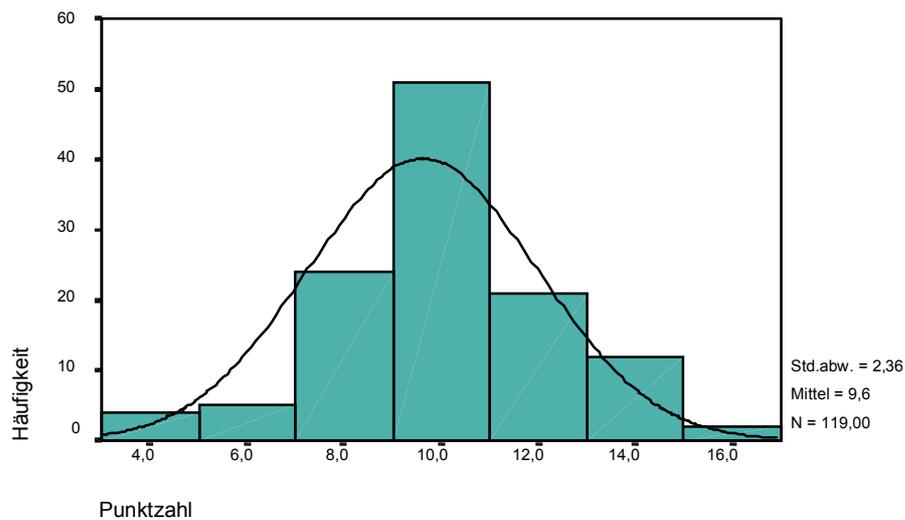


Abbildung 7.4-21 Persönlichkeitsdimension „Spontaneität“

Für die Ermittlung der Persönlichkeitsdimension „Risiko Vermeidung“ (Harm Avoidance) waren ebenfalls vier Items im Screeningbogen enthalten:

1. Ich glaube, ich werde in Zukunft sehr viel Glück haben. (RV1)
2. Wenn ich die Wahl habe, tue ich lieber etwas Verrücktes als für ein paar Stunden ruhig und untätig bleiben zu müssen. (RV2)
3. Ich bin immer besonders vorsichtig. (RV2)
4. Ich bin gerne den ganzen Tag unterwegs. (RV4)

Bei der Berechnung wird wie zur Ermittlung der Persönlichkeitsdimension „Spontaneität“ vorgegangen. Dabei ergibt sich, dass das Perzentile 33,3 bei 10 Punkten und das Perzentile 66,6 bei 12 Punkten liegt. In dem ersten Bereich, ist das Persönlichkeitsmerkmal „Risiko Vermeidung“ relativ hoch ausgeprägt. Hier befinden sich 38% der Untersuchungsteilnehmer, darunter mehr als die Hälfte (57,8%) aus der Gruppe der Schüler.

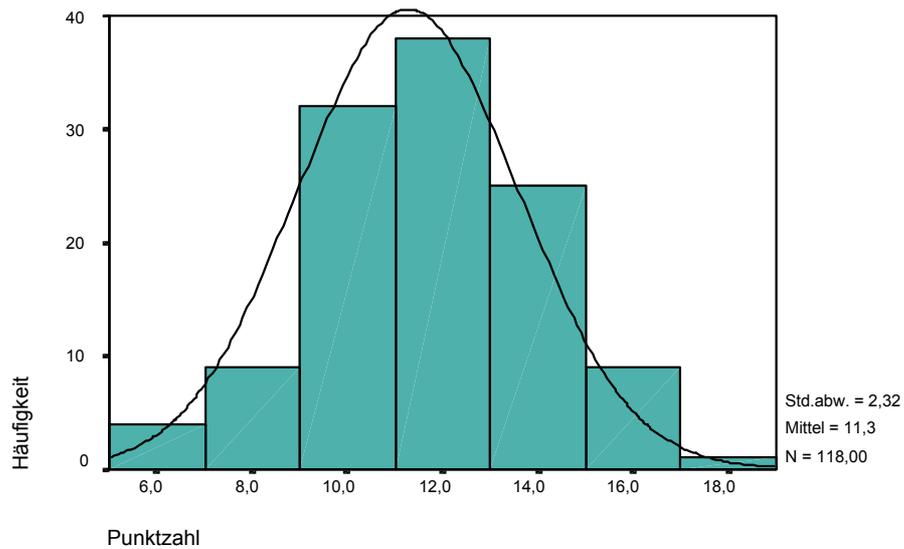


Abbildung 7.4-22 Persönlichkeitsdimension „Risiko Vermeidung“

Bei der dritten Persönlichkeitsdimension „Belohnungsabhängigkeit“ (Reward Dependence) waren zur Ermittlung sechs Items im Screeningbogen enthalten:

1. Meine Freunde und / oder Freundinnen erzählen mir gerne, was bei ihnen so los ist, auch wenn sie mal Schwierigkeiten haben. (BA1)
2. Mir ist es wichtig, was andere über mich denken. (BA1)
3. Ich bin mit meinen schulischen Leistungen zufrieden. (BA2)
4. Ich erzähle meinen Freunden gerne, was mir passiert ist und wie es mir geht, anstatt das für mich zu behalten. (BA3)
5. Ob andere mich loben oder nicht, ist mir egal. (Ba4)
6. Mir passieren öfter Unfälle als anderen. (BA4)

Zur Ermittlung wird das gleiche Rechenverfahren angewendet wie bei den anderen Persönlichkeitsdimensionen. Aufgrund der sechs Items besteht die Möglichkeit, eine Punktzahl von 6 bis 24 zu erhalten.

Das Perzentile 33,3 liegt bei 13 Punkten und das Perzentile 66,6 bei 16 Punkten. Die Personengruppe mit Punktzahlen einschließlich 13 Punkte besitzt demnach mit einer relativ hohen Ausprägung die Persönlichkeitsmerkmale der „Belohnungsabhängigkeit“. Von den Kindern befinden sich 39,2% in dieser ersten Gruppe. Von ihnen sind etwas mehr als die Hälfte (52,1%) Heimkinder.

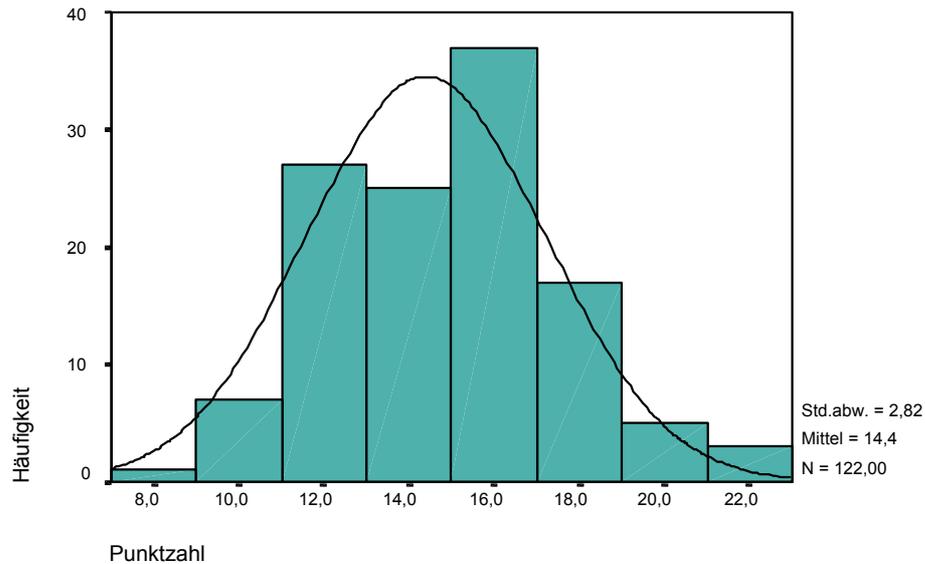


Abbildung 7.4-23 Persönlichkeitsdimension „Belohnungsabhängigkeit“

Wenn die Untersuchungsteilnehmer den zwei Typologien von Cloninger (1987 zit. n. Dufeu et al. 1995, S.396) zugeordnet werden, ergibt sich folgendes Ergebnis:

Zum Typ I gehören demnach 14,3% der Untersuchungsteilnehmer, mit einer hohen Ausprägung auf der Skala »Spontanität« und einer niedrigen Ausprägung auf der Skala »Risiko Vermeidung«. Diese Gruppe setzt sich überwiegend (64,7%) aus Schulkindern zusammen.

Zum Typ II gehören in gleicher Weise 14,3%, mit einer hohen Ausprägung auf der Skala »Spontanität« und einer niedrigen auf der Skala »Risiko Vermeidung«. In dieser Gruppe befinden sich mehr (52,9%) Heimkinder.

Nach Feuerlein (1998) gibt es keine typische Alkoholikerpersönlichkeit, aber zahlreiche empirische Untersuchungen lassen einen gewissen Grad an Rückschlüssen auf eine Grundpersönlichkeit zu. Außerdem kann man die Merkmalsausprägungen des Typs II nach Cloninger (1987 zit. n. Dufeu et al. 1995, S.396) mit bestimmten Formen der Alkoholabhängigkeit assoziieren.

Die Korrelation zwischen den Untersuchungsteilnehmern, die zum Typ I bzw. Typ II gehören und ihren eigenen Erfahrungen mit Alkohol, bestätigen die Aussage von Cloninger, denn von den Untersuchungsteilnehmern, die dem Typ I zugeordnet sind, trinken lediglich 17,6% Alkohol und 82,4% haben maximal einmal Alkohol

probiert. Bei den Untersuchungsteilnehmern der Kategorie Typ II trinken mehr als die Hälfte (53,0%) mindestens ab und zu Alkohol.

7.5 Interpretation und Diskussion

7.5.1 Auslegung der Daten

Bezogen auf die oben aufgestellten Hypothesen ergeben sich folgende Resultate:

Kinder haben den natürlichen Drang, Vorbildern wie Eltern, Freunden, Lehrern, Idolen oder Erziehern nachzueifern (vgl. Lerntheorien). Nach Angaben der Heimkinder befinden sich viele Raucher in ihrem sozialen Umfeld und ihre Eltern symbolisierten ihnen, dass Zigaretten wichtig sind. Dem entspricht der hohe Wert, den Zigaretten im Leben der Heimkinder haben, was wiederum das tendenzielle Risiko, dem die Kinder ausgesetzt sind, verstärkte. Wie viele Raucher im sozialen Nahraum der Schüler leben, die deutlich weniger als Heimkinder Zigaretten rauchen, wurde nicht erfasst, dadurch fehlt eine zusätzliche Bestätigung der Hypothese.

Bezüglich des Alkoholkonsums haben gerade die Eltern, die Alkoholkrank sind, eine Schlüsselfunktion. Sie symbolisieren durch ihr Verhalten, die Wichtigkeit des Alkohols und die Kinder lernen dadurch, dass Alkohol ein Mittel zur Bewältigung von konfliktbehafteten Situationen sein kann. 45,7% der Kinder, die ein Problem mit dem Alkoholkonsum ihrer Eltern haben, trinken schon stetig Alkohol, was das Risiko eines Vorbildes verdeutlicht. In gleicher Weise eifern auch die Heimkinder, die den Alkohol für ihre Eltern als unwichtig bewerteten, ihrem Vorbild nach, trinken minimal Alkohol und bewerteten ihn für sich gleichfalls als unwichtig.

Die Daten zeigen bei Heimkindern eine deutlich stärkere Beziehung zu Zigaretten als zum Alkohol, obwohl sie mit beiden Substanzen bereits in Kontakt gekommen sind. Das Einstiegsalter liegt für beide Substanzen bei 10 Jahren, aber dennoch rauchen deutlich mehr Heimkinder regelmäßig Zigaretten (regelmäßig: 65,1%) als dass sie Alkohol trinken (regelmäßig: 10,5%).

Dieser hohe Zigarettenkonsum ist nicht typisch für Kinder im Alter zwischen 11 und 16 Jahren, denn die Kinder, die bei ihren Eltern aufwachsen, rauchen deutlich weniger Zigaretten (regelmäßig: 24,1%).

Während ein deutlicher Unterschied im Zigarettenkonsum zwischen beiden Untersuchungsgruppen beobachtet werden kann - Heimkinder haben eine deutlich niedrigere Tabakdistanz - gibt es beim Alkoholkonsum zwischen Heim- und Schulkindern keinen nennenswerten Unterschied und dementsprechend auch keinen bei der niedrigen Alkoholdistanz.

Der überwiegende Teil der Heimkinder kommt nicht aus alkoholismusbelasteten Familien, auffällig ist nur der Unterschied zwischen Heim- und Schulkindern. Eindeutig als Risikokinder sind 24,1% der Heimkinder zu erkennen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit aus alkoholismusbelasteten Familien kommen. Zählt man hierzu noch die weiteren 18,2% der Heimkinder, die angaben, ein Problem mit dem Trinkverhalten eines Elternteiles zu haben, ergibt sich eine Gruppe von insgesamt 42,3% der Heimkinder. In dieser Zahl sind die Kinder mit einem elterlichen Alkoholproblem nicht enthalten, denen die Eltern die Teilnahme am Screening untersagt haben.

Die letzte Hypothese bezüglich des Zigarettenkonsums der Erzieher wird bestätigt, denn 63,2% der Erzieher, die in den Gruppen der befragten Kinder arbeiten, rauchen. Damit bieten sie den Kindern ein Modell, das gerne nachgeahmt wird, wie man u. a. anhand des eigenen Konsumverhaltens der Kinder sehen kann.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Heimkinder prozentual häufiger und regelmäßiger Kontakt mit psychotropen Substanzen haben und es lässt sich damit eine Tendenz erkennen, dass Kinder, die in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe leben, gefährdeter sind, eine eigene Abhängigkeit zu entwickeln, als Kinder, die bei ihren Eltern aufwachsen.

7.5.2 Mögliche Konsequenzen für die Praxis

Der Bedarf an psychotropen Substanzen ist nach den Untersuchungsergebnissen bei Kindern, die in stationären Einrichtungen leben, deutlich höher als bei denen, die bei ihren Eltern aufwachsen. Deshalb sind im Bereich der stationären Jugendhilfe besondere Präventionsmaßnahmen wichtig. Da der Konsum von Zigaretten und Alkohol nach Angaben der Heimkinder im Durchschnitt mit zehn Jahren beginnt, müssten Primärpräventionsmaßnahmen, die das Ziel haben, dem Substanzkonsum vorzubeugen, vor dieser Altersklasse einsetzen. Also sollte bereits eine Kooperation zwischen Einrichtung und Kindergarten bzw.

Grundschule in Angriff genommen werden, um ein gemeinsames Präventionsprogramm zu entwickeln.

Werden die Aussagen der Heim- und Schulkinder zur 10. Frage (Rauchen ist ein Zeichen für Erwachsensein. Rauchen ist immer schlecht für die Gesundheit. usw.) des Screeningbogens miteinander verglichen, ergibt sich kein bedeutender Unterschied. Das Verhalten mit psychotropen Substanzen ist aber bei den Heimkindern konträr zu ihren Einstellungen. Daraus könnte geschlossen werden, dass das Verhalten nicht auf die kognitive Fähigkeit zurückgeführt werden kann. Die Schnittmenge zwischen der Gruppe der COA und der Heimkinder ist deutlich höher als die mit der Gruppe der Schulkinder. Die COA haben in dieser Untersuchung ihre Familienatmosphäre disharmonischer beschrieben als die anderen Kinder. In gleicher Weise befinden sich auch mehr Heimkinder in der Gruppe, die ihre Eltern als Konflikteltern beschreiben.

Die einzelnen Ergebnisse weisen darauf hin, dass Heimkinder höheren Belastungen ausgesetzt sind, als Kinder, die bei ihren Eltern aufwachsen. Zu diesen Problemen kommen noch weitere aus der Jugendphase. Eine mögliche Verarbeitungsstrategie dieser Schwierigkeiten könnte die Einnahme psychotroper Substanzen sein. Aufgabe der Heimerzieher ist in diesem Fall, hinter das Drogenverhalten zu schauen: Es muss gesucht werden, welche Situationen das Kind subjektiv belasten und dazu führen, dass es sich für einen Lebensweg mit psychotropen Substanzen entschieden hat. Die Forderung nach Abstinenz reicht nicht aus, denn dadurch lernt niemand einen vernünftigen Umgang mit psychotropen Substanzen.

„Angst tritt immer dort auf, wo wir uns in einer Situation befinden, der wir nicht oder noch nicht gewachsen sind“ (Riemann 1997, S.9).

Die Fachliteratur macht deutlich, dass die Mitarbeiter in der Jugendhilfe hilflos vor dem Umgang mit Drogen in der stationären Einrichtung stehen (vgl. Degenhardt, 1997 & BMFSFJ 1998). Sie besitzen keine Konzepte, die ihnen Sicherheit bieten. Um diesem Missstand zu entkommen, müssten die Mitarbeiter durch Fortbildungen, Weiterbildungen u. ä. unterstützt werden, damit sie Sicherheit im Umgang mit stark konsumierenden Kindern erhalten (vgl. Weber 1995). Hier wäre wichtig, dass sie lernen, mit anderen spezifischen Einrichtungen zusammen zu

arbeiten, und dies nicht als persönliches Versagen oder Imageverlust der Einrichtung interpretieren. Sie müssten ihrer Professionalität gerecht werden und effektive, bereichsübergreifende Behandlungsansätze entwickeln. Kontinuierliche Maßnahmen mit klaren Absprachen und ökonomischem Ressourceneinsatz zu planen und durchzuführen, wäre ein weiterer Schritt.

Darüber hinaus gilt es, die subjektiven Lebensentwürfe der Kinder zu respektieren und zu unterstützen und nicht die eigenen Vorstellungen zu realisieren. Es muss Zeit vorhanden sein, um die Lebenslage des Kindes und seine daraus resultierenden Verarbeitungsstrategien ganzheitlich nachvollziehen zu können. Zur Unterstützung des besseren Verstehens ist den Mitarbeitern u. a. die Supervision anzubieten. Nach dem Verstehen ist ein bedarfsorientiertes und differenziertes Angebot für den Betroffenen zu entwickeln.

Wenn die Mitarbeiter Sicherheit in ihrem Handeln haben, können sie wiederum besser ihre Arbeit nach außen hin vertreten und damit eventuell die Ängste der Gesellschaft abbauen bzw. sogar deren Mitarbeit gezielt einfordern. Auch die Gesellschaft muss ihrer Verantwortung gerecht werden. Sie hat die Familien in ihrer Erziehung zu unterstützen, denn gerade in den ersten Lebensjahren besteht die Chance, die Kindesentwicklung positiv zu beeinflussen. So können Kosten eingespart werden, wenn frühzeitig interveniert wird und flächendeckend Präventionsmaßnahmen aufgebaut werden.

Die Möglichkeiten und die Vorteile, über die eine stationäre Unterbringung im Vergleich zu anderen Hilfemaßnahmen verfügt, müssen qualitativ ausgebaut werden. Es besteht u. a. die Möglichkeit, stabile und tragfähige Beziehungen aufzubauen, die zulassen, dass man Wege und Strategien mit den Kindern gemeinsam entwickeln könnte. Es müssten Freiräume geschaffen werden, in denen die Kinder Alternativen ausprobieren können, die sie in ihrer Herkunftsfamilie nicht gelernt haben. Hier sollten die Bedürfnisse des Kindes nicht aus ökonomischen Gründen zu kurz kommen.

Über die intensive Zusammenarbeit mit dem Kind hinaus kann der Mitarbeiter die Funktion eines Koordinators für das Kind übernehmen, der die einzelnen „Organisationen“ (Jugendamt, Drogenhilfe, Eltern usw.) miteinander vernetzt und koordiniert, damit ein Gesamtbild und eine gemeinsame Fallverantwortung entsteht.

Ansprechende Freizeitprogramme könnten den Kindern Alternativen vermitteln; Übertragung von Verantwortung in einzelnen Bereichen kann dem Leben einen Sinn geben. Denn häufig wissen die Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen nicht was sie in ihrer Freizeit tun sollen. Über die Hälfte gibt an, mit Langeweile zu tun zu haben und fast 40% sagen, sie seien viel allein. Gerade diese Kinder, denen es schwer fällt, bei einer angefangenen Sache zu bleiben, brauchen Unterstützung.

8 Schlusswort

Die Ergebnisse dieser Untersuchung unterstützen die Idee, speziell für den Heimbereich in Deutschland ein Konzept zur Drogenprävention zu entwickeln (vgl. „Fil rouge“). Hierzu bedarf es aber aussagekräftigerer Forschungsprojekte. Sinnvoll wäre eine Befragung der Heimleiter sowie eine spezielle Befragung der Mitarbeiter. In einem weiteren Schritt müsste man die Eltern bzw. die Bezugspersonen der Heimbewohner befragen, dgl. die Jugendamtsmitarbeiter und die Mitarbeiter der Drogenberatungsstellen. Wenn alle Informationen, Bedürfnisse und Anregungen gesammelt sind, kann ein qualitatives Modell der Prävention und der Begleitung drogenkonsumierender Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen entwickelt werden.

Neben den vielen in dieser Arbeit aufgelisteten Risikofaktoren gibt es eine Menge an Schutzfaktoren, die besonders für den Bereich der Familie weiter erforscht sind. Diese Schutzfaktoren müssten gefördert und die Risikofaktoren sollten vermieden werden. Wenn die stationäre Jugendhilfe den Auftrag hat, Aufgaben der Familie so lange zu übernehmen, wie diese dazu nicht in der Lage ist; dann hat sie auch die Aufgabe, Schutzfaktoren aufzubauen und Risikofaktoren zu vermeiden. Obwohl in stationären Jugendhilfeeinrichtungen professionelle Mitarbeiter arbeiten, ist hier der Prozentsatz konsumierender Kinder deutlich höher als bei Kindern, die im Elternhaus aufwachsen.

Woran liegt es also? Natürlich haben Kinder in stationären Jugendhilfeeinrichtungen mehr Belastungen als andere Kinder ihres Alters, aber gerade das ist die Variable, die sie unterscheidet und an der es zu arbeiten gilt.

„Es gibt viele Wege, die zum Drogengebrauch führen; aber letztlich ist jeder Drogenkonsum ein Versuch, sich alltäglichen Lebensproblemen und -herausforderungen zu stellen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und eine Form der Bewältigung zu finden, und dabei liegen taugliche und untaugliche, produktive und unproduktive Formen dicht beieinander.“ (Hurrelmann & Hesse 1991 zit. n. Hurrelmann 1999, S.241).

Während in der Drogenprävention der Staat eine Reihe von Maßnahmen ergriffen hat, richtet sich der Blick der Bevölkerung allein auf die Junkies der Bahnhöfe. Die Kinder in den stationären Bereichen sind zunächst einmal aufgefallen und werden

dann in den Heimen von der Gesellschaft vergessen. Dann machen sie wieder durch Drogenkonsum auf sich aufmerksam: Es belastet sie etwas, wofür sie keine anderen Lösungsstrategie als die Einnahme psychotroper Substanzen finden. Hier ist es die Aufgabe der Jugendhilfe, neue Lösungsstrategien zu vermitteln. Fehlt den Kindern in den Heimen die Kontinuität zwischenmenschlicher Beziehung?

Aus eigener Erfahrung kenne ich die hohe Fluktuation unter den Mitarbeitern der Heimeinrichtungen. Ein Mitarbeiter beginnt eine Beziehung und geht, ein anderer kommt und fängt von vorne an. Gleichzeitig besteht der Druck, bis zum Ende der Maßnahme ein „lebensfähiges“ Kind zu „produzieren“, damit es nach der Entlassung alleine leben kann. Darf eine Maßnahme, die Kontinuität in der zwischenmenschlichen Beziehung fördern soll beendet werden? Erfolgreiche Jugendhilfeeinrichtungen setzen also Mitarbeiter voraus, die ihren gesamten Lebensrhythmus bzw. ihre Lebensplanung auf die Kinder einstellt.

Im Feldprojekt (Jugendamt) gewann ich Einblick darin, wie unterschiedlich die einzelnen Mitarbeiter in stationären Jugendhilfeeinrichtungen arbeiten, und ich erfuhr, welches Glück die Kinder mit einem engagierten und wortgewandten Bezugserzieher hatten, der ihnen das Mögliche auch ermöglichte. In der Jugendhilfe ist vieles möglich, es muss nur gut begründet sein!

Hier muss die stationäre Jugendhilfe ansetzen. Sie muss endlich zugeben, dass sie drogenkonsumierende Kinder hat und dass dies bei den Belastungen der Kindern verständlich ist. Die Jugendhilfe müsste als Institution hinter diesen Kindern stehen und sie unterstützen. Damit hätte das Kind die erste Sicherheit: „Es steht jemand hinter mir, so wie ich bin“.

Kinder erhalten von vielen Seiten Aufgaben, die es zu bewältigen gilt. Hierbei ist wichtig, dass das Kind versteht, warum es gerade diese Aufgabe lösen soll. Zur Lösung von Aufgaben müssen Ressourcen aufgebaut sein, ähnlich einem durstenden Menschen, der neue Kräfte mobilisieren wird, wenn er in absehbarer Entfernung Wasser sieht. So muss auch das Kind lernen, wenn es etwas alleine nicht lösen kann, die Hilfe zu erkennen und daraus Kraft zu schöpfen. Gleichzeitig muss es in die Lage versetzt werden, eigenständig Entscheidungen zu treffen und Verantwortung für sich und sein Handeln zu übernehmen. Das Kind muss fähig werden, Schwerpunkte zu setzen, so dass es selbst zufrieden ist, ohne dabei die

Rechte seiner Mitmenschen einzuengen. Wenn es aber nicht gelernt hat, Hilfe zu organisieren, wird es sich nicht entwickeln können.

Am einfachsten lernt man von Menschen, die einem wichtig sind, die man akzeptiert. Eltern werden für Kinder immer wichtig sein, denn es sind die Menschen, zu denen sich die Beziehung nie ändert, auch wenn man älter wird oder sich Lebenssituationen verändern, sie werden immer die leiblichen Eltern bleiben. Kann ein Kinderheim diese Sicherheit bieten, wenn am nächsten Tag der Bezugserzieher wechselt?

Will ich als Sozialpädagogin den Kindern helfen, für sich einen Weg zu finden, ihr Leben zu gestalten, mit dem sie zufrieden sind, so muss ich es schaffen, dass sie für diesen Weg die Akzeptanz ihrer Eltern erhalten. Die Eltern müssen ihren Kindern die ehrlich gemeinte Erlaubnis geben, einen anderen Weg als sie selbst einzuschlagen. Das ist viel verlangt, denn wer hat nicht den Wunsch, alles richtig zu machen?

Ich darf mich nicht darauf beschränken, den Kindern nur die Droge wegzunehmen. Meine These ist: Je stärker der Drogenkonsum, desto kleiner ist das Gerüst, welches das Kind stützt, und desto größer die Scheinwelt, in der es lebt. Ich muss also Stück für Stück Wege finden, wie ich das Gerüst (wieder) aufbauen und damit den Platz der Droge verdrängen kann.

Das bedeutet für die Arbeit im Jugendamt oder im Kinderheim, dass ich es schaffen muss, nicht in Opposition zu den Eltern zu gehen, sondern ihren Lebensweg zu respektieren, auch wenn er absolut nicht meinen Vorstellungen entspricht. Mit ihnen zusammen muss ich einen Weg finden, der die Lebenssituation aller Beteiligten erleichtert. Wie schwer ist es, seine eigenen Fehler einzugestehen, aber wie viel schwerer fällt es noch, wenn man dafür angeklagt wird? Dann nimmt man die Verteidigungsposition ein und verschließt sich. Aber wie viel leichter fällt es jemandem, etwas zuzugeben, wenn respektiert wird, dass man Fehler macht? Im Jugendamt kann man häufig die Situation beobachten, dass Eltern für ihre Erziehung angeklagt werden, und über allem das Damoklesschwert hängt, dass die elterliche Sorge entzogen wird. Misstrauen auf beiden Seiten, kann kein Fundament sein, auf dem eine Hilfe aufgebaut wird. Als Sozialpädagogin darf ich nicht mit zweierlei Maß messen: Wenn ich mir Fehler

zugestehe, muss ich dies auch anderen erlauben; der Raucher, kann von keinem anderen verlangen aufzuhören.

Diese Aussagen sind nicht wissenschaftlich belegt und können auch keinen Anspruch auf Richtigkeit erheben. Sie entstanden lediglich aus einem Gefühl und aus Beobachtungen. Ihre Umsetzung dürfte in unserer Gesellschaft auch schwierig sein, denn Zeit ist Geld, Geld ist knapp und vorrangig zählen Ergebnisse, schnelle Erfolge und Karriere. Wenn uns die Zufriedenheit und die Würde der Menschen wichtig ist, dann müssen wir einen anderen Weg einschlagen.

9 Kurz-Zusammenfassung (Abstract)

Seit dem 1. Januar 1995 ist die Jugendhilfe durch § 35a KJHG verpflichtet, sich um drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche zu kümmern. In der Fachliteratur wird sehr deutlich, dass die Jugendhilfe diesen Auftrag nicht erfüllt (vgl. Degenhardt 1997). Ein Grund liegt darin, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen nicht ausreichend qualifiziert sind, drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche zu betreuen (vgl. Böhrkircher, 1998). Um gezielte Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie gezielte Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und einzuführen werden genaue Daten über den Stand des Konsumverhaltens der Kindern und Jugendlichen, die in stationären Jugendhilfeeinrichtungen leben, gebraucht. In der vorliegenden Untersuchung wurden je 66 Heim- und Schulkinder zu ihrem eigenen Konsumverhalten sowie dem ihrer Eltern und Freunde befragt. Darüber hinaus erhielten sie Fragen zur Familienatmosphäre und zum Freizeitverhalten. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Heimkinder prozentual häufiger und regelmäßiger Kontakt mit psychotropen Substanzen haben als vergleichbare Schulkinder, und es lässt sich daraus die Tendenz ableiten, dass Kinder und Jugendliche, die in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe leben, gefährdeter sind, eine eigene Abhängigkeit zu entwickeln, als die Kinder, die bei ihren Eltern aufwachsen. Dieses Ergebnis bestärkt die Forderung nach gezielten Fortbildungen und Weiterbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie nach speziellen Präventionsmaßnahmen für die Personengruppe der Heimkinder.

10 Abkürzungsverzeichnis

AE	Alkoholembryopathie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COA	Children of Alcoholics
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Version
FAS	Fetales Alkohol-Syndrom
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Auflage
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
MD	Missing Data = Fehlende Werte
MFJFG	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
Pb, Pbn	Poband(en)
RJWG	Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

11 Glossar

Item	[aus dem Engl. übernommen], Aufgabe, Einzelaufgabe (bes. bei Tests und Experimenten), Einzelheit, einzelne Posten (Häcker & Stapf 1998, S.417).
Cluster-Analyse	von Tyron (1939) eingeführt, inzwischen vielfältig weiterentwickelte Methode der Isolierung weniger allgemeiner Eigenschaften von Variablen (z. B. Tests, Personen) aufgrund ihrer Sortierung in miteinander korrelierenden Untersuchungsgruppen (→cluster). Ziel der C. ist es, Cluster so zu bestimmen, dass die Korrelationen der Variablen eines Cluster möglichst niedrig sind. (Häcker & Stapf 1998, S.154).
Coping	Auseinandersetzung, Bewältigung. Bez. Für eine Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen (Häcker & Stapf 1998, S.159).
Deliquent	<lat.>: straffällig, verbrecherisch (Drosdowski, Scholze-Stubenrecht & Wermke 1997, S.175).
Irrtumswahrscheinlichkeit	→ Vertrauensintervall (Häcker & Stapf 1998, S.417).

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung
p > 0.05	Nicht signifikant
p ≤ 0.05	Signifikant
p ≤ 0.01	Sehr signifikant
p ≤ 0.001	Höchst signifikant

(Brühl & Zöfel 1994, S.90)

Nullhypothese	Abk.: H_0 , statistische Hypothese, in der angenommen wird, dass sich aus Stichproben gewonnene Statistiken voneinander und vom entsprechenden Parameter der Population nicht oder nur zufällig unterscheiden. Wird die N. auf Grund eines statistischen Tests zurückgewiesen, muss die Alternativhypothese (H_1) angenommen werden. Wird die N. verworfen, obwohl sie tatsächlich richtig ist, so spricht man von einem Fehler erster Art (Typus I, α -Fehler). Wird die N. beibehalten, obwohl sie falsch ist, dann spricht man von einem Fehler zweiter Art (Typus II, β -Fehler) (Häcker & Stapf 1998, S.585).
Perzentile	Quantil(e) = Streuungsmaß, das die Häufigkeit einer statist. Verteilung in n gleiche Teile teilt; je nach Größe des n als »Quartile« (n=4), »Quintile« (5), »Dezile« (10), »Perzentile« (100) usw. (Roche Lexikon Medizin, 1999)
Polarität	Das Auseinandertreten und dadurch Gegensätzlich werden wie bei den Polen des Magneten. So spricht man von der Polarität im Charakteraufbau (Wellek 1950), um das Besondere des Gegensatzes und Verbindenden zugleich, das viele Eigenschaften in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit kennzeichnet, darzustellen (Häcker & Stapf 1998, S.648).

Prävalenz	Häufigkeit des Vorkommens einer best. Erkrankung in einer best. Population zu einer best. Zeit oder einer best. Zeitperiode (Häcker & Stapf 1998, S.656).
Promille	in Tausendstel gemessener Alkoholanteil im Blut (Drosdowski et al. 1997, S.662).
Screening	Wird ein Selektionsprozess stufenweise durchgeführt (→sequentielle Strategie), so wird die erste Phase der groben Auslese als s. bezeichnet. Dem s. folgt dann die →Selektion. Das Ergebnis des s.-Verfahrens wird als s.-Index bezeichnet. Der s.-Index ist der Prozentsatz derjenigen Pbn. welche im s.-Verfahren erkannt, ausgeschieden usw. wurden. Auch der Selektionsprozess der Items bei der Testkonstruktion wird als s. bezeichnet (Häcker & Stapf 1998, S.769).
Signifikant	... wichtig, bedeutsam; ... typisch (Drosdowski et al. 1997, S.744) → Signifikanztest.
Signifikanztest	Verfahren zur Ermittlung der statistischen → Signifikanz von Stichprobenergebnissen. S. prüfen gewöhnlich die Wahrscheinlichkeit für das in der Stichprobe aufgefundene Ergebnis unter der Annahme der → Nullhypothese (Häcker et al. 1998, S.792).
Sozioökonomisch	Die Gesellschaft wie die Wirtschaft, die [Volks]wirtschaft in ihrer gesellschaftlichen Struktur betreffend (Drosdowski et al. 1997, S.761).
Vertrauensintervall	In der Statistik der Bereich, in dem ein Wert mit einer vorgegeben Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist und der durch die Vertrauens- oder Sicherheitsgrenzen (Konfidenzgrenzen) abgegrenzt wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Wert innerhalb des V. liegt, wird statistische Sicherheit oder Signifikanz genannt, während die Gegenwahrscheinlichkeit (d.i. die Wahrscheinlichkeit, das V. zu überschreiten) Grenz-, Irrtums-, Überschreitungswahrscheinlichkeit, Sicherheitsschwelle oder –schränke genannt wird (Häcker & Stapf 1998, S.932).
Wächteramt	Des Staates: Ergänzend zu den Elternrechten und –pflichten tritt die staatliche Wächterfunktion nach Art. 6 Abs. 2,3 GG, die sich z. B. in Schutzmaßnahmen der Jugendämter, der Familien-, Vormundschafts- und Strafgerichte sowie der Polizei für gefährdete Kinder und Jugendliche manifestiert (Inobhutnahme gemäß § 43 SGB VIII; Entziehung der elterlichen Sorge gemäß § 1666 BGB; Bestrafung der Eltern wegen Kindesmisshandlung gemäß § 235 StGB; Zuführung eines aus der Familie geflüchteten Kindes von der Polizei zur Jugendschutzstelle). (Papenheim, Baltés & Tiemann, 1998, S.75)

12 Literaturverzeichnis

- Black, C. (1988). Mir kann das nicht passieren. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Böhmer, J., Bühringer, G. & Janik-Konecny, T. (1993). Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs. In: Band 20 Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. www.ginko-ev.de (27.09.2001)
- Böhrkircher, A. (1998). Suchtmittelkonsum in Heimen der Jugendhilfe und sonstigen betreuten Wohnformen – Präventive Arbeit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.). Drogenkonferenz 1998 – Suchtkrankenhilfe braucht neue Wege. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (1994). SPSS für Windows Version 6: Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse. Bonn: Addison-Wesley.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998). Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht. Köln: BZgA. www.bzga.de/studien/daten/stud.htm (27.09.2001)
- Defeu, P., Kuhn, S. & Schmidt, L.G. (1995). Prüfung der Gütekriterien einer deutschen Version des »Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)« von Cloninger bei Alkoholabhängigen. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). 41 (6). S.395-407. Geesthacht: Neuland.
- Degenhardt, F. (1997). Jugendliche DrogenkonsumentInnen im Dilemma zwischen Jugend- und Drogenhilfe. In: Streetcorner. Zeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit. Institut für soziale und kulturelle Arbeit. S. 36-47. Nürnberg: Institut für soziale und kulturelle Arbeit.
- Degenhardt, F. & Maulwurf, I. (1995). Drogenkonsum in der Jugendhilfe - Akzeptanz versus Ausgrenzung. In: Wolf, K. (Hrsg.). Entwicklung in der Heimerziehung. Münster: Voltum.
- Drosdowski, Prof. Dr. G., Scholze-Stubenrecht, Dr. W. & Wermke, Dr. M. (1997). Bd. 5 Duden Fremdwörterbuch. Mannheim: Duden. (6. überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Eickhoff, C. & Zinnecker, J. (2000). Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 11).

- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1994). Was Jugendliche wagen: Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim: Juventa.
- Essau, C. A., Baschta, M., Koglin, U., Meyer, L. & Petermann, F. (1998). Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie. S. 754-766. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Feuerlein, W. (1996). Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie. München: Beck.
- Feuerlein, W., Kufner, H. & Soyka, M. (1998). Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen Therapie. Stuttgart: Thieme. (5. überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Feuerlein, W., Dittmar, F. & Soyka, M (1999). Wenn Alkohol zum Problem wird: Hilfreiche Informationen für Angehörige und Betroffene. Stuttgart: TRIAS.
- Fil rouge. www.infoset.ch/inst/filrouge/de (02.10.2001)
- Grundwerk: Gesetze für Sozialwesen (2001). Regensburg etc.: Walhalla.
- Günder, R. (2000). Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklung, Veränderung und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (1998). Dorsch Psychologisches Wörterbuch. Bern: Hans Huber.
- Hantel-Quitmann, W. (1997). Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 3: Gesundheit und Krankheit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Hess, H. (1998). Tabak. In: Scheerer, S. & Vogt, I. (Hrsg.). Drogen und Drogenpolitik: ein Handbuch. Frankfurt/Main: Campus.
- Hurrelmann, K. (1999). Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K. (2000). Legale und illegale Drogen. Wie kann man den Missbrauch verhindern? In: Stiftung Synanon (Hrsg.). Sucht Report. H.6, S.29-36. Berlin: Stiftung Synanon.
- Hurrelmann, K. & Bründel, H. (1997). Drogengebrauch – Drogenmißbrauch: eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. Darmstadt: Primus.

- Kersch, B. (1998). »Tabakdistanz« – ein Evaluationskriterium unterrichtlicher Suchtpräventionsmaßnahmen bei 13- bis 16jährigen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse eine Leipziger Längsschnittstudie. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). 44 (1). S.15-24. Geesthacht: Neuland.
- Kersch, B., Petermann, H. & Fischer, V. (1998). „Alkoholdistanz“ – Ein Evaluationskriterium schulischer Sucht- und Drogenprävention. In: Kindheit und Entwicklung. 7 (4). S.244-251. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M. (1999). „Alles total geheim!“ – Forschung und Prävention in Bezug auf Kinder von Suchtkranken. In: „Suchtkranke Eltern – Suchtkranke Kinder!?“ Dokumentation zur Fachtagung. Anlässlich des 20jährigen Bestehens der PSAG Köln. Arbeitskreis PSAG Sucht in Kooperation mit dem Sozialdienst Katholischer Männer e.V. und gefördert durch die Stadt Köln.
- Klein, M. (2001 a). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. In: Suchttherapie. Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen. Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.. S. 118 – 124. Stuttgart: Georg Thieme.
- Klein, M. (2001 b). Das personale Umfeld von Suchtkranken. In: Tretter, F. & Müller, A. (Hrsg.): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. S.201-229. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M. & Zobel, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Kindheit und Entwicklung, Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie 6, S.133-140.
- Klein, M. & Zobel, M. (2001). Prävention und Frühprävention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien. Abschlussbericht zum Projekt 1996-1999. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz.
- Knapp, R. (1996). Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Aufgabe von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Kindes- und Jugendalter. Neuwied: Luchterhand (2. überarbeitete Auflage).
- Knapp, R. (1999). Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. In: Badry, E., Buchka, M. & Knapp, R. (Hrsg.). Pädagogik: Grundlagen und Arbeitsfelder. Neuwied: Luchterhand. (3. überarbeitete Auflage).
- Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (2000). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln / Mit literarischen Beispielen. Bonn: Psychiatrie.
- Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen (1999). Statistik der Kinder- und Jugendhilfe. Berichtsjahr 1999. Düsseldorf.
- Löser, H. (1995). Alkoholembyopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart: G. Fischer.

- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein – Westfalen (2001). Suchtvorbeugung in Nordrhein-Westfalen. Lexikon der Süchte. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein – Westfalen.
- Papenheim, H.-G., Baltes, J. & Tiemann, B. (1998). Verwaltungsrecht für die soziale Praxis. Frechen: Recht für die soziale Praxis.
- Petermann, H., Müller, H., Kersch, B. & Röhr, M. (1997). Erwachsen werden ohne Drogen: Ergebnisse schulischer Drogenprävention. Weinheim: Juventa.
- Post, W. (1997). Erziehung im Heim: Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.
- Quinten, C. & Klein, M. (1999). Langzeitentwicklung von Kindern aus suchtbelasteten Familien – Ergebnisse der Thommener Kinderkatamnese. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). Suchtbehandlung, Entscheidungen und Notwendigkeiten. S.235 – 243. Geesthacht: Neuland. (Schriftreihe des Fachverbandes Sucht e.V. ; 22).
- Riemann, F. (1997). Grundformen der Angst: eine tiefenpsychologische Studie. München: E. Reinhardt.
- Roche Lexikon Medizin (1999). München: Urban & Schwarzenberg. 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. www.xipolis.net (04.12.2001)
- Schauder, T. (1995). Verhaltensgestörte Kinder in der Heimerziehung. Falldarstellungen. Weinheim: Beltz.
- Schmidt, B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen: sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim: Juventa
- Schmidt, L. G. (1995). Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24 (2), S.98 –106. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, L.G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (Hrsg.). Lehrbuch der Suchterkrankungen. S. 70 – 82. Stuttgart: Thieme.
- Schulz, E. & Remschmidt (1999). Suchtprobleme im Kindes- und Jugendalter. In: Gastpar, M., Mann, K. & Rommelspacher, H. (Hrsg.). Lehrbuch der Suchterkrankungen. S.162 – 169. Stuttgart: Thieme.
- Silbereisen, R. K. (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. S.1056-1068. Weinheim: Psychologie Verlags Union. (4. korrigierte Auflage).
- Trede, W. (1994). Drogengefährdete und drogenkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der Erziehungshilfe. In: Jugendhilfe (32), H.2, S.86 ff. Neuwied: Luchterhand

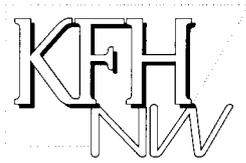
- Weber, H.-J. (1995). Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und Drogenarbeit. Neue Möglichkeiten des Jugendamtes aus der Sicht einer Jugendhilfeeinrichtung. In: Eckert, D. & Bathen, R. (Hrsg.). Jugendhilfe und akzeptierte Drogenarbeit. S.80-84. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wegscheider, S. (1988). Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Dt. von Rose Bender & Marliese Dieckmann. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe. (Klinische Kinderpsychologie, Band

13 Anhang

13.1 Adressen der teilnehmenden Einrichtungen

Einrichtung	Adresse	Telefonnummer
Kinder- und Jugendheim "Maria im Walde"	Gudenauer Weg 142 53127 Bonn	0228/ 28998-0
Heilpäd. Kinderheim "Haus Eichenhöhe"	Bergstrasse 71 53783 Eitorf	02243/ 2134
Kinder- und Jugendhaus "Lanzenbach"	Höhenstrasse 22 53773 Hennef-Lanzenbach	02242/ 869690
"Hermann Josef Haus"	Urfalstrasse 41 53925 Kall-Urft	02441/ 88536
Ev. Kinder- und Jugendheim "Gertrud Bäumer Haus"	Pfarrer-te-Reh-Strasse 1 50999 Köln	0221/ 935502-0
Aussenwohngruppe 2 "Die gute Hand"- Kürten	Kasinostrasse 4 50676 Köln	0221/ 212518
Kath. Heimstatt "Hermann Joseph"	Kasinostrasse 3 50676 Köln	0221/ 921229-0
Jugendwohnheim Kolpinghaus	Steinkopfstrasse 11-13 51065 Köln	0221/ 622971
Kinder- und Jugenddorf "Stephansheide"	Pestalozziweg 77 51503 Rösrath	02205/ 9227-0
Kinderheim "Pauline von Mallinckrodt"	Jakobstrasse 16 53721 Siegburg	02241/ 5496-0

13.2 Anschreiben



Katholische
Fachhochschule 
Nordrhein-Westfalen
University of Applied Sciences

**Forschungsschwerpunkt
'Sucht'**

KFH NW · Abteilung Köln · Wörthstraße 10 · 50668 Köln

«Organisationsname»
An die Heimleitung

«Adresse»

«Postleitzahl» «Ort»

Auskunft erteilt: Prof. Dr. Michael Klein

Telefon: 0221/7757 - 0

Durchwahl: - 156

Telefax: 0221/7757 - 180

E-Mail:

Zeichen:

Datum: 26.11.01

Durchführung einer empirischen Untersuchung In Ihrem Heim zum Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen, zur psychischen Gesundheit und Suchtprävention

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir führen derzeit eine empirische Untersuchung in Heimen der Kinder- und Jugendhilfe durch, die sich auf die Problematik des Einstiegs in den Konsum psychotroper Substanzen und die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Jungen und Mädchen im Alter zwischen 11 und 16 Jahren bezieht. Die Studie findet im Rahmen des Forschungsschwerpunktes 'Sucht' an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) statt, der sich schwerpunktmäßig mit Problemen der Suchtprävention beschäftigt.

Der Forschungsschwerpunkt 'Sucht' an der KFH NW ist ein vom Land Nordrhein-Westfalen finanziertes Forschungsprojekt, das sich aus einem multidisziplinären Team von Hochschullehrern zusammensetzt, die an den Abteilungen Aachen, Köln, Münster sowie Paderborn lehren und forschen. Einen Überblick über die Arbeit und den Inhalt der Forschung gibt Ihnen die in der Anlage befindliche Informationsschrift „Forschungsschwerpunkt 'Sucht' an der KFH NW“.

Ein Teilziel des Forschungsschwerpunktes ist die Erforschung von Früh- und Verlaufsformen von Suchtstörungen. Dazu gehört der Bereich „Kinder - Nikotin, Alkohol und andere Drogen“, welcher von Prof. Dr. Michael Klein, Sprecher des Forschungsschwerpunktes und Klinischer Psychologe, betreut wird. Im Gegensatz zu Forschungsdaten aus den USA liegen in Deutschland kaum Daten vor in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen Missbrauch von Nikotin, Alkohol und anderen Drogen bei Elf- bis Sechzehnjährigen und dem Suchtmittelmissbrauch in deren direkter Umgebung (Peergruppen, Familie, Verwandte). Auch sind die Determinanten des Einstiegs in den Konsum dieser Substanzen weitgehend unklar.

Katholische
Fachhochschule
Nordrhein-Westfalen
www.kfhnw.de

Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 25
52066 Aachen
FB Sozialwesen

Abteilung Köln
Wörthstraße 10
50668 Köln
FB Sozialwesen
FB Gesundheitswesen

Abteilung Münster
Piusallee 82
48147 Münster
FB Sozialwesen

Abteilung Paderborn
Leostraße 19
33098 Paderborn
FB Sozialwesen
FB Theologie

Hochschulleitung
Zentralverwaltung
Wörthstraße 10
50668 Köln



Da Prävention nur auf der Grundlage von validen Basisdaten möglich ist, steht für uns nun also im Vordergrund, die weitergehende Forschung zu etablieren, wie dies auch im Landesprogramm gegen Sucht des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2000 bis 2005 gefordert wird.

Ziel unserer Befragung sollen aus den genannten Gründen darum Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 16 Jahren sein. Mittels eines sechsseitigen Fragebogens („Screeningbogen“; siehe Anlage), der anonymisiert verarbeitet wird, soll ermittelt werden, welche Kinder und Jugendlichen bereits in Kontakt mit den Themen Suchtmittel und Abhängigkeit gekommen sind.

Die Befragung selbst wird von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsschwerpunktes Sucht durchgeführt, die an einem zu vereinbarenden Tag in die Gruppen kämen, dort die Fragebögen verteilen und deren Bearbeitung beaufsichtigen würden. Der zeitliche Rahmen für diese Befragung beträgt nach Vorversuchen durchschnittlich 15 - 25 Minuten pro Person. Die Teilnahme ist freiwillig, anonym und bedarf des Einverständnisses der sorgeberechtigten Erziehungsperson.

Im Anschluss an die Befragung mit dem Screeningbogen wollen wir interessierte Kinder und Jugendliche, wiederum mit Einverständnis der sorgeberechtigten Erziehungsperson das Angebot eines ausführlichen Interviews mit Fragebögen machen, wofür den Beteiligten ein entsprechendes Teilnehmerhonorar (ca. 35 DM) gezahlt werden kann.

Wir bitten Sie um eine wohlwollende Prüfung mit der Bitte, in den nächsten Wochen die Kurzbefragung mit einigen anschließenden Interviews in Ihrem Heim zu ermöglichen. In den nächsten Tagen wird sich Frau Maren Sachse, eine Mitarbeiterin des Projekts, mit Ihnen diesbezüglich telefonisch in Verbindung setzen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Michael Klein

13.3 Informationsschrift des Forschungsschwerpunktes

Forschungsschwerpunkt Sucht an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen eröffnet

Vorgeschichte

Der Forschungsschwerpunkt Sucht an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) geht auf eine Initiative aus dem Jahre 1996 zurück. Diese wurde maßgeblich von der damaligen Rektorin der KFH NW, dem heutigen Sprecher des Forschungsschwerpunktes und interessierten Professorinnen und Professoren getragen. Im Januar 1999 wurde er aufgrund eines Senatsbeschlusses als interner Forschungsschwerpunkt institutionalisiert. Seit 01. Januar 2000 erhält er nach der Anerkennung der Förderungswürdigkeit durch das Wissenschaftsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen eine dreijährige Förderung. Am Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW sind acht wissenschaftlich qualifizierte Kolleginnen und Kollegen aus allen vier Abteilungen (Aachen, Köln, Münster, Paderborn) mit insgesamt zehn Projekten beteiligt. Der Schwerpunkt der Projekte liegt im Themenbereich „Sucht und Familie“. Die Geschäftsstelle des Forschungsschwerpunktes wurde an der Abteilung Köln eingerichtet. Als Sprecher des Forschungsschwerpunktes fungiert Prof. Dr. Michael Klein (ebenfalls in Köln).

Abb. 1: Die Standorte der KFH NW



Somit ist nicht nur eine breite Forschungsbasis mit Beteiligung vieler Praxisinstitutionen sichergestellt, sondern es wird auch allen Studierenden der KFH NW, den künftigen Berufspraktikern in NRW, die Chance geboten, sich frühzeitig und umfassend auf wissenschaftlicher Basis für Suchtfragen zu qualifizieren.

Übersicht zu den Forschungsprojekten

Der Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW hat zum Ziel, unter interdisziplinärer Betrachtung die Situation der von Sucht gefährdeten Kinder, Jugendlichen und Jungerwachsenen zu analysieren und Handlungsmöglichkeiten zur Prävention und Frühintervention aufzuzeigen sowie zu evaluieren. Dafür geschieht eine Konzentration der Forschungsbemühungen auf folgende drei Schwerpunkte:

(1) Erforschung von Früh- und Verlaufsformen von Suchtstörungen und -erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Bereichen Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und illegale Drogen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf **Kindern aus psychosozialen Problemfamilien**, die z.B. durch Sucht, Armut, Langzeitarbeitslosigkeit, Vernachlässigung, Migration oder psychiatrische Erkrankungen der Eltern gekennzeichnet sind.

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien stehen dabei als Gruppe mit hoher Risikoverdichtung bezüglich der Entwicklung von Suchtkrankheiten und psychischen Störungen im Vordergrund. Zunächst wird eine Analyse der Ausgangssituation angestrebt, um Ansätze für frühzeitige Hilfen entwickeln zu können. Die Gefährdung wird unter Einschluss legaler Drogen wie Alkohol und Nikotin und problematischer, oft geschlechtssensibler Verhaltensstörungen, wie z.B. Essstörungen, Störungen der Aggressivität, gesehen. Die in den aktuellen Jugendkulturen vorherrschenden substanzbezogenen Verhaltensweisen sollen analysiert werden mit dem Ziel der Verbesserung von Prävention und Frühintervention. Im Vordergrund des ersten Schwerpunkts stehen somit familien- und lebensweltbezogene Ansätze.

(2) Entwicklung und Evaluation von innovativen Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention des Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen und zur Behandlung und Rehabilitation von drogenmissbrauchenden und -abhängigen Kindern und Jugendlichen.

Handlungs-, Aktions- und Reaktionsmöglichkeiten des professionellen Hilfesystems, Qualifizierung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen (SA/SP) als größte professionelle Gruppe in der Sucht- und Jugendhilfe für die optimierte Arbeit mit den unter 1 beschriebenen Risikogruppen. Im Vordergrund des zweiten Schwerpunkts stehen Empowermentansätze und die Bedürfnis- und Ressourcenorientierung in Bezug auf die Adressatengruppe.

(3) Entwicklung und Evaluation von Trainings- und Kompetenzförderungsmaßnahmen im Bereich Suchtprävention und Suchttherapie im Rahmen beruflicher und postgradualer Fort- und Weiterbildung für Sozialarbeitern und Sozialpädagogen (SA/SP) im Hinblick auf die unter 1 beschriebene Adressatengruppe. Im Vordergrund dieses dritten Schwerpunkts stehen Qualifizierungs- und Qualitätsförderungsmaßnahmen für die professionellen Helfer im Umfeld der unter Punkt 1 beschriebenen Klientel.

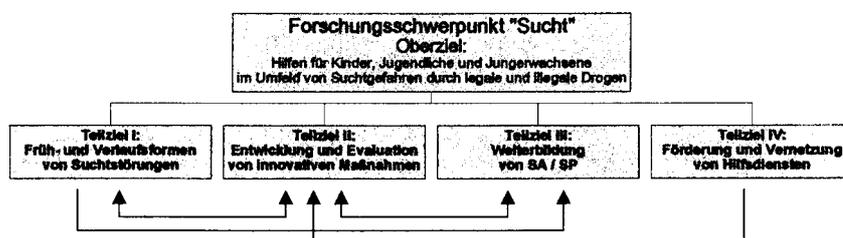
(4) Förderung der Vernetzung psychosozialer, pädagogischer und medizinischer Hilfsdienste und Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsinformation

für die unter 1 beschriebene Klientel (insbes. Kinder von Suchtkranken) mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgung und der präventiven Arbeit mit dieser Personengruppe und ihrem Umfeld, auch im Vergleich mit anderen Staaten der Europäischen Union.

Integration der Projekte

Die 10 Einzelprojekte des Forschungsschwerpunkts Sucht an der KFH NW sind gemeinsamen Oberzielen verpflichtet und bilden dadurch eine synergistische Struktur. Die wichtigsten Beziehungen zwischen den Projekten sind in der nachfolgenden Abbildung 2 deutlich gemacht.

Abb. 2: Die Zielhierarchie und entsprechende Zielinteraktionen im Forschungsschwerpunkt Sucht



Oberziel ist die **Entwicklung und Verbesserung von Hilfen für Kinder, Jugendliche und Jungerwachsene im Umfeld von Suchtgefahren durch legale und illegale Drogen**. Nach neuesten epidemiologischen Untersuchungen ist jede siebte Familie durch Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit wenigstens eines Elternteils betroffen. Die Gesamtsituation bezüglich der Hilfen für diese Klientel ist immer noch sehr unbefriedigend, wobei die notwendigen Chancen für Frühintervention und Prävention bislang kaum genutzt werden, obwohl in NRW schon einige innovative Praxisansätze entwickelt wurden, und das Land im Bereich der Hilfeentwicklung auf Bundesebene führend ist. Durch den Forschungsschwerpunkt an der KFH NW sollen die vorhandenen Ansätze im Land evaluiert und weiter entwickelt werden. Dadurch ergeben sich Chancen des ökonomischeren Mittel- und Ressourceneinsatzes und der frühzeitigen Qualifizierung von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen (SA/SP) in den verschiedensten Hilfebereichen.

Mit dem **ersten Teilziel** „Früh- und Verlaufsformen von Suchtstörungen und -erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ soll durch angewandte psychosoziale Forschungsprojekte, speziell zu defizitären Bereichen, wie z.B. der Bedeutung frühen Nikotinmissbrauchs, der Rolle von Essstörungen bei Mädchen, aktuelles Wissen für innovative Projekte generiert und für Praxisprojekte bereitgestellt werden. Diese Forschungsprojekte fokussieren auf Aspekte der Frühentwicklung von Suchtstörungen, die für konkrete Hilfeansätze (Teilziel II) und Weiterbildung/Training (Teilziel III) von größter Wichtigkeit sind.

Das *zweite Teilziel* „**Entwicklung und Evaluation von innovativen Maßnahmen zur Sekundärprävention, Behandlung und Rehabilitation von suchtmittelmissbrauchenden und –abhängigen Kindern und Jugendlichen**“ stellt zum einen die schon entwickelten Präventions- und Interventionsmodelle (stationär/ambulant) im Land in den Vordergrund evaluativer Untersuchungen, will zum anderen aber auch – gestützt auf die Forschungsprozesse und -ergebnisse des Teilziels I – neue Konzepte entwickeln, Mehrkosten durch ineffektive Ansätze verhindern und eine gemeinsame Basisdokumentation als Qualitätsstandard entwickeln.

Das *dritte Teilziel* „**Entwicklung und Evaluation von Trainings- und Kompetenzförderungsmaßnahmen im Bereich Suchtprävention und Suchttherapie im Rahmen beruflicher und postgradualer Fort- und Weiterbildung für SA/SP**“ hat – ähnlich wie Teilziel II – die Umsetzung von Basiswissen und -kompetenzen im Umgang mit der Problemklientel zum Ziel, konzentriert sich dabei aber ganz auf die Berufsanfänger (Sozialarbeiter/Sozialpädagogen) im Rahmen postgradualer Ausbildungsgänge. Auch hier sollen die innovativen Forschungsergebnisse aus den anderen Teilzielen (vor allem I und II) in die praktische Arbeit einfließen.

Mit dem *vierten und letzten Teilziel* „**Förderung und Vernetzung psychosozialer, pädagogischer und medizinischer Hilfsdienste und Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsinformation**“ wird die Perspektive auf die europäische Behandlungs- und Versorgungssituation gerichtet. Durch die Dokumentation und Erforschung der europäischen Situation sollen die lokalen Ansätze in NRW bereichert und in ihrem Bestreben nach Vernetzung effektiv unterstützt werden. Dass sich dadurch die Innovationsfähigkeit und Produktivität der Ansätze im Land entscheidend erhöhen kann, ist naheliegend.

Organisation des Forschungsschwerpunkts

Der Forschungsschwerpunkt wurde für die Zeit vom 01.01.2000 bis 31.12.2002 genehmigt. In diesem Zeitraum werden die oben beschriebenen Projekte mit dem Ziel durchgeführt, die Attraktivität der KFH NW als Standort der angewandten Suchtforschung für Drittmittelgeber und andere Forschungsverantwortliche zu verbessern und weiter zu etablieren. Erhebliche Eigenleistungen im Rahmen des Forschungsschwerpunkts wurden von der KFH NW selbst erbracht. Der Forschungsschwerpunkt wird vom Standort Köln aus geleitet und organisiert.

Der Sprecherausschuss (3 Professoren) trifft sich einmal im Kalenderquartal zu einer Lenkungsbesprechung mit den wissenschaftlichen Mitarbeitern des Projekts. Alle beteiligten Professoren treffen sich halbjährlich zu einer Statuskonferenz, bei der der Fortgang der einzelnen Projekte dargestellt und diskutiert wird. Der Sprecherausschuss ist für die Prozessevaluation der lfd. Projekte verantwortlich, organisiert diese und bespricht die Ergebnisse lfd. mit der Hochschulleitung und den beteiligten Kolleginnen und Kollegen.

Zur Darstellung des Forschungsschwerpunkts und dessen Ergebnisse und Fortschritte wurde eine Web-Seite unter <http://www.addiction.de> eingerichtet, auf der die einzelnen Projekte ihre Ziele und Ergebnisse darstellen. Diese Seite dient außerdem der Kommunikation innerhalb des Forschungsschwerpunkts (regelmäßige Online-Konferenzen) und mit der Fachöffentlichkeit.

Gesundheits- und sozialpolitische Relevanz

Der erwartete Nutzen aus allen Projekten liegt in einer deutlichen Veränderung der psychosozialen Praxis im Umgang mit Kindern und Familien im Umfeld von Suchterkrankungen. Diese Veränderung wird zum einen in der *Verbesserung der Methoden der Früherkennung und Frühintervention* bei Kindern und Jugendlichen mit familialer Suchtbelastung, zum anderen in der *Qualitätssicherung und Professionalisierung von Prävention und Weiterbildungsmaßnahmen* angestrebt. Der Nutzen fundierter Frühintervention bei einem sozial- und gesundheitspolitisch so relevanten Thema wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit kann für die Gesellschaft enorm groß sein. Nicht nur, dass Krankheitsverläufe, Heimkarrieren, Kriminalitäts- und Devianzkarrieren zu einem gewissen Teil vermeidbar scheinen, auch die Förderung einer psychisch und physisch gesunden Entwicklung – und damit die Entwicklung vielfältiger, nachhaltig wirksamer Lebensressourcen bei noch gesunden Kindern und Jugendlichen – ist in erhöhtem Maße möglich. Schließlich sind es Kinder von Suchtkranken (in Deutschland: ca. 1,8 bis 2 Millionen), die in nachweislich deutlich erhöhtem Maße *Gesundheits- und Sozialkosten erzeugen*. Dies geschieht umso mehr, da die pathogene familiäre Ausgangskonstellation bislang kaum wahrgenommen bzw. behandelt wird. Die Gesundheitskosten sind im Bereich ambulanter und stationärer medizinischer Maßnahmen (erhöhte Zahl von Unfällen, Verletzungen, Vergiftungen, psychiatrischen Erkrankungen und Suizidversuchen) erhöht, während sich die erhöhten Sozialkosten auf Heimunterbringungen, Erziehungshilfen, Kosten für Pflegefamilien, kurz auf alle Formen familienunterstützender, -ergänzender und -ersetzender Hilfen, beziehen.

Sucht als Brennpunkt psychischer Fehlentwicklungen

Suchterkrankungen zählen heutzutage zu den häufigsten psychischen Störungen mit den höchsten Steigerungsquoten innerhalb der letzten 30 Jahre. Bei Männern sind Suchterkrankungen in Mittel- und Nordeuropa sowie den USA sogar die häufigste diagnostizierte psychische Erkrankung überhaupt.

Von daher erscheint es sinnvoll und notwendig, bei Vorliegen einer Suchterkrankung in einer Familie, frühzeitig die Perspektive auf die Entwicklung der nächsten, potentiell betroffenen Generation zu richten. Dies geschieht mit den 10 Projekten des Forschungsschwerpunkts Sucht an der KFH NW mit *unterschiedlichen, sich jeweils ergänzenden oder überlappenden Zielen und Perspektiven*. So ist dem frühen Konsum von Nikotin, der bislang in der Forschung kaum Beachtung fand, ein eigenes Projekt gewidmet; dennoch hat dieses Projekt Relevanz und Auswirkungen auf das „Schwester“-Projekt zum frühen Alkoholmissbrauch, zum Präventionsprojekt, zum Weiterbildungsprojekt und zu den meisten anderen. Ähnlich verhält es sich mit den anderen Projekten, die nicht nur personell, sondern auch thematisch eng miteinander verwoben sind, so dass an vielen Stellen ein Daten- und Erkenntnistransfer direkt geplant ist und möglich sein wird.

Sucht ist dabei als integrierender Aspekt und kulminierendes sozial- und gesundheitspolitisches Problem der Zugang der Wahl, um individuelle Zukunftsrisiken und Präventionsmöglichkeiten umfassend abzuschätzen und zu beeinflussen. Kein anderes gesundheits- und sozialpolitisches Problem hat derartig viele Bezüge zu Vorläufer- oder Folgeproblemen wie der Spannungsbereich der Suchterkrankungen.

Angestrebte Gesundheits- und sozialpolitische Auswirkungen

Mit dem Forschungsschwerpunkt Sucht kann auf der Basis der traditionell engen Praxiskontakte der KFH NW Angewandte Forschung durchgeführt werden, die Kindern, Jugendlichen und Jungerwachsenen, die im Umfeld von Sucht einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind, direkt und tatsächlich nützt. Da die beabsichtigten und teilweise schon eingeleiteten Maßnahmen auf gesundheits- und sozialpolitische Innovationen im Feld der Suchtprävention, Familienmedizin und Frühintervention abzielen, sind für die betroffene Personengruppe der Kinder in suchtblasteten Familien (in NRW mindestens 350.00 Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren) spürbare Verbesserungen zu erwarten. Diese werden z.B. erzielt durch ein verändertes öffentliches Problembewusstsein, durch die Entwicklung von Handlungsschritten für Elternarbeit in Selbsthilfegruppen, Kindergarten und Schule, durch Tagungen und Workshops mit der Praxis in den Feldern psychosozialer, medizinischer und pädagogischer Hilfen und zahlreiche andere praxisnahe *Produkte* aus der wissenschaftlichen Projektarbeit.

Die *Professionalität, Wirksamkeit und Zusammenarbeit der einschlägigen Praxiseinrichtungen* wird durch kontinuierliche Information, Thematisierung des Problems und Veröffentlichung von Forschungsergebnissen gesteigert werden können. Dadurch werden diese in die Lage versetzt, zeitnaher, d.h. frühzeitiger, problembewusster, d.h. gezielter und effektiver, und professioneller, d.h. qualitätsorientiert, für die Risikogruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien und deren Familienangehörige zu intervenieren. Gesamtziel des Forschungsschwerpunkts ist es, die Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien so deutlich und nachhaltig zu verbessern, dass die erreichten Schritte unumkehrbare Veränderungen der Versorgung im Gesundheits- und Sozialbereich darstellen.

Schlussbemerkung

Mit dem Forschungsschwerpunkt Sucht an der KFH NW kann auf der Basis der engen Praxiskontakte der Hochschule Angewandte Suchtforschung durchgeführt werden, die Kindern, Jugendlichen und Jungerwachsenen, die im Umfeld von Sucht einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind, nützt. Die Professionalität, Wirksamkeit und Zusammenarbeit der einschlägigen Praxiseinrichtungen kann dadurch ebenfalls als Teil einer umfassenderen Qualitätssicherungsstrategie verbessert werden, so dass in sozialwissenschaftlicher, aber auch in sozioökonomischer Hinsicht Vorteile entstehen.

13.4 Erweiterter Screeningbogen

Code:

Kurzfragebogen für Kinder und Jugendliche von 11-16 Jahren

Liebe Untersuchungsteilnehmer(innen)!

Auf den folgenden Seiten stellen wir dir einige Fragen über dich, dein Zuhause und über deine Freunde. Dir wird bestimmt auffallen, dass wir vieles über deine Meinung zu Zigaretten, Alkohol und anderen Drogen wissen möchten. Oft reden ja Erwachsene über, aber nicht mit Kindern und Jugendlichen. Deshalb möchten wir jetzt erfahren, was du selbst über diese Themen denkst.

Du kannst sicher sein, dass wir deine Antworten in keiner Weise als 'gut' oder 'schlecht' beurteilen. Klar ist auch, dass niemand anders erfahren wird, wie du geantwortet hast.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist ganz einfach: Lies dir die Fragen und Antwortmöglichkeiten in Ruhe durch. Wenn keine Antwort genau für dich passt, kreuze die an, die am ehesten zutrifft. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig, versuche aber bitte den Bogen so vollständig wie möglich auszufüllen.

Vielen Dank für deine Beteiligung!

1 Ich bin ...

ein Mädchen

ein Junge

Wie alt bist du?

Ich bin Jahre alt.

2 Welche Staatsangehörigkeit besitzen du und deine Eltern?

Ich: deutsch andere Staatsangehörigkeit, nämlich:

Mein leiblicher Vater: deutsch andere Staatsangehörigkeit, nämlich:

Meine leibliche Mutter: deutsch andere Staatsangehörigkeit, nämlich:

3 Mit wem lebst du zur Zeit zusammen?

Bitte kreuze an (mehrere Antworten möglich)!

Mutter

Vater

neuer Mann / Partner der Mutter

neue Frau / Partnerin des Vaters

Geschwister: (Anzahl)

Großmutter, Großvater

Onkel, Tante

Pflegeeltern, Adoptiveltern

anderen Kindern /Jugendlichen in einer Wohngruppe

ich habe/wir haben Tiere und zwar:

4 Hast du dir jemals gewünscht, dass eine oder mehrere der oben genannten Personen (siehe Frage 3)

- ... weniger Alkohol trinkt / trinken? Nein Ja – Wer?

- ... weniger Zigaretten raucht / rauchen? Nein Ja – Wer?

- ...weniger? Nein Ja – Wer?

9 Was meinst du?

Hast du vor, im nächsten halben Jahr mit dem Rauchen zu beginnen?
 Nein, ganz sicher nicht. Ja Vielleicht Ich habe schon begonnen.

Hast du vor, im nächsten halben Jahr mit dem Alkohol trinken zu beginnen?
 Nein, ganz sicher nicht. Ja Vielleicht Ich habe schon begonnen.

Hast du vor, im nächsten halben Jahr mit dem Rauchen von Haschisch / Marihuana zu beginnen?
 Nein, ganz sicher nicht. Ja Vielleicht Ich habe schon begonnen.

10 Sind folgende Aussagen richtig oder falsch, was meinst du?

- | | |
|---|--|
| 1) Rauchen ist ein Zeichen für Erwachsensein. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 2) Rauchen ist immer schlecht für die Gesundheit. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 3) Rauchen ist nicht schlimm, weil viele es tun. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 4) Wenn andere rauchen, ärgert mich das. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 5) Wenn jemand in einem Raum raucht, ist das für die Anwesenden schädlich. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 6) Wenn man 14 ist, kann man ruhig rauchen. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 7) Regelmäßiger Alkoholkonsum verursacht keinen Schaden. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 8) Ein paar Bier sind nicht so schlimm, das tun alle. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 9) Alkohol trinken ist schädlicher als Haschischrauchen. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 10) Es bringt mehr Spaß, im Freundeskreis Alkohol zu trinken. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 11) Bei Familienfesten und anderen Feiertagen können Kinder ruhig mal Alkohol probieren. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |
| 12) Bei bestimmten Anlässen (Karneval, Silvester) spielt es keine Rolle, wenn Kinder auch mal mehr Alkohol trinken. | <input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch |

11 Wie schwer würde es dir fallen, 'Nein' zu sagen, wenn ...

... dir jemand eine Zigarette anbietet und du nicht magst ?
 gar nicht etwas sehr Ich würde nie eine Zigarette rauchen.

... dich jemand zum Alkohol trinken überreden will?
 gar nicht etwas sehr Ich würde nie Alkohol trinken.

... dir jemand Haschisch oder Marihuana anbietet und du nicht magst?
 gar nicht etwas sehr Ich würde nie Haschisch rauchen.

12 Unterstreiche alle Begriffe, mit denen du zur Zeit zu tun hast!

Freunde treffen, Zigaretten, Streit zu Hause, Urlaub, Alkohol, Langeweile, Reiten, Alleinsein, Drogen, Playstation, Arbeitslosigkeit von einem Elternteil, Fußball, Fernsehen, Ärger in der Schule, Musik, Internet, Tanzen, viel Stress zu Hause, Sport, Kirche, Computer, Kick Board

13 Wie würdest du die Situation bei dir zu Hause beschreiben? Bitte kreuze an!

	Stimmt völlig	stimmt über- wiegend	stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht
1) Wir verstehen uns meistens gut.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2) Bei uns zu Hause gibt es viel Streit.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3) Häufig läuft alles anders, als es geplant war.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4) Ich weiß meistens, woran ich bin.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5) So wie es jetzt zu Hause ist, ist es schon länger.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6) Morgen kann zu Hause alles ganz anders sein.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7) Ich fühle mich meistens zu Hause wohl.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8) Es ist oft sehr bedrückend zu Hause.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

14 Schätze ein!

Für die folgenden Fragen gilt: Wenn du nicht mit deinen Eltern zusammenlebst, denke dir anstelle von "Vater" oder "Mutter" die Person oder Personen, die für dich sorgen.

1) Wenn ich meinen Eltern von meinen Erlebnissen und Gedanken erzähle, verstehen sie mich meistens gut.

<input type="checkbox"/>				
stimmt völlig	stimmt überwiegend	Stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht

2) Wenn ich bei Problemen nicht weiter weiß, können mir meine Eltern häufig gute Tipps geben.

<input type="checkbox"/>				
stimmt völlig	stimmt überwiegend	Stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht

3) Meine Eltern interessieren sich dafür, wie es mir in der Schule geht.

<input type="checkbox"/>				
stimmt völlig	stimmt überwiegend	Stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht

4) Unsere Familie unternimmt regelmäßig gemeinsame Dinge.

<input type="checkbox"/>				
stimmt völlig	stimmt überwiegend	Stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht

5) Wenn es Probleme gibt, kann ich zu Hause meine Meinung sagen.

<input type="checkbox"/>				
stimmt völlig	stimmt überwiegend	Stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht

6) Meine Eltern nehmen mich und meine Interessen ernst.

<input type="checkbox"/>				
stimmt völlig	stimmt überwiegend	Stimmt etwas	stimmt kaum	stimmt nicht

15 Welche Aussagen passen zu dir?				
1) Ich probiere häufig Außergewöhnliches aus, nur aus Spaß oder wegen des Nervenkitzels.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
2) Ich hasse es, schnelle Entscheidungen fällen zu müssen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
3) Mir macht es mehr Spaß, Geld zu sparen, als es für Aktionen oder etwas Spannendes auszugeben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
4) Ich breche oft Regeln und Vorschriften, wenn ich glaube, nicht dabei erwischt zu werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
5) Ich glaube, ich werde in Zukunft sehr viel Glück haben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
6) Wenn ich die Wahl habe, tue ich lieber etwas Verrücktes als für ein paar Stunden ruhig und untätig bleiben zu müssen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
7) Ich bin gerne den ganzen Tag unterwegs.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
8) Meine Freunde und / oder Freundinnen erzählen mir gerne, was bei ihnen so los ist, auch wenn sie mal Schwierigkeiten haben.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
9) Ich bin mit meinen schulischen Leistungen zufrieden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
10) Ich erzähle meinen Freunden gerne was mir passiert ist und wie es mir geht, anstatt das für mich zu behalten.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
11) Ob andere mich loben oder nicht, ist mir egal.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
12) Mir passieren öfter Unfälle als anderen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
13) Mir ist es wichtig, was andere über mich denken.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
14) Ich bin immer besonders vorsichtig.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein

16 Wie wichtig ist für dich Alkohol?

sehr wichtig
 wichtig
 mehr o. weniger wichtig
 nicht so wichtig
 überhaupt nicht wichtig

17 Wie alt warst du, als du das erste Mal Alkohol (auch die kleinste Menge) getrunken hast?

Ich war _____ Jahre alt. Ich habe noch nie Alkohol getrunken

18 Warst du schon einmal betrunken?

Ja Nein

19 Wie wichtig, meinst du, ist Alkohol für deinen Vater?

sehr wichtig
 wichtig
 mehr o. weniger wichtig
 nicht so wichtig
 überhaupt nicht wichtig

20 Wie wichtig, meinst du, ist Alkohol für deine Mutter?

- sehr wichtig wichtig mehr o. weniger wichtig nicht so wichtig überhaupt nicht wichtig

**21 Zu welchen Anlässen wird in deiner Familie regelmäßig Alkohol getrunken?
(Mehrere Antworten möglich)**

- zum Frühstück zum Mittagessen zum Kaffeetrinken
 zum Abendessen zu Festen beim Fernsehen schauen
 zu sonstigen Anlässen und zwar: _____

22 Wie wichtig sind für dich Zigaretten?

- sehr wichtig wichtig mehr o. weniger wichtig nicht so wichtig überhaupt nicht wichtig

23 Wie alt warst du, als du deine erste Zigarette geraucht hast?

- Ich war _____ Jahre alt. Ich habe noch nie geraucht

24 Wenn du rauchst, wie viele Zigaretten rauchst du durchschnittlich am Tag?

- Zigaretten pro Tag: _____ Ich rauche nicht

25 Wie wichtig, meinst du, sind Zigaretten für deinen Vater?

- sehr wichtig wichtig mehr o. weniger wichtig nicht so wichtig überhaupt nicht wichtig

26 Wie wichtig, meinst du, sind Zigaretten für deine Mutter?

- sehr wichtig wichtig mehr o. weniger wichtig nicht so wichtig überhaupt nicht wichtig

27 Wie würdest du folgende Personen bezeichnen?

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| - Dein engster Freund | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| - Deine engste Freundin | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| - Deinen Vater | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| - Deine Mutter | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| - Deine(n) Klassenlehrer(in) | <input type="checkbox"/> Raucher | <input type="checkbox"/> Nichtraucher | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

28 Wie viele Erzieher(innen) sind in deiner Gruppe tätig? Wie viel rauchen von ihnen?

Anzahl der Erzieher(innen): _____
Davon rauchen: _____

Noch mal vielen Dank für deine Mitarbeit!

Wir würden gerne einige von euch später zu einem Einzelinterview einladen, um uns mit euch weiter zu unterhalten. Die Teilnahme an dem Interview, verbunden mit dem Ausfüllen einiger Fragebögen, wird mit einem Geldbetrag honoriert.

Wärst du dazu bereit?

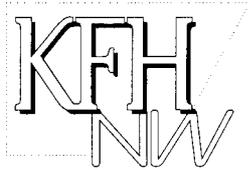
- Ja, ich wäre bereit.
- Nein, das möchte ich lieber nicht.

Trenne nun das folgende letzte Blatt ab (nächste Seite!).

- Wenn du zum Interview bereit bist, gib es gemeinsam mit dem Informationszettel zuhause ab.
- Wenn du "Nein" angekreuzt hast, nimm es einfach mit und schmeiße es später weg.

Stecke den Fragebogen (aber nicht das abgetrennte letzte Blatt) in den Briefumschlag und verschließe das Ganze.

13.5 Einverständniserklärung



**Katholische
Fachhochschule
Nordrhein-Westfalen**
University of Applied Sciences

**Forschungsschwerpunkt
'Sucht'**

Einverständniserklärung

Auskunft erteilt: Prof. Dr. Michael Klein
Telefon: 0221/7757 - 0
Durchwahl: - 156
Telefax: 0221/7757 - 180
E-Mail: Sucht@kfhnw-koeln.de
Datum:

Codierung zur Wahrung der Anonymität

Folge – Interview zum Thema Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen, psychische Gesundheit und Suchtprävention

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Sohn / meine Tochter

.....
an dem Folge-Interview teilnimmt und dass die Daten über mein Kind ausschließlich im Rahmen der wissenschaftlichen Studie „Psychische Gesundheit und Suchtprävention“ durch die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln erhoben und elektronisch in verschlüsselter und anonymisierter Form gespeichert werden. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwertet. Die verschlüsselten Daten dürfen nicht die Identität des Einzelnen erkennen lassen. Eine Weitergabe der Daten an Dritte geschieht nicht.

Ort:, Datum:

Unterschrift:

Name und Adresse der erziehungsberechtigten Person:

.....
.....
.....

Im Folgenden gebe ich zur Vereinbarung von Terminen die Anschrift und Telefonnummer an, unter der mein Sohn / meine Tochter erreichbar ist:

Adresse:

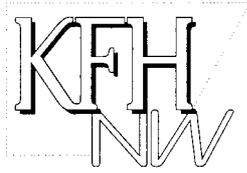
Telefonnummer:

Bitte senden Sie diesen Brief im beigelegten Umschlag zurück!

Vielen Dank für Ihre Kooperation!

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Aachen Robert-Schuman-Str. 25 52066 Aachen
Abteilung Köln Wörthstraße 10 50668 Köln
Abteilung Münster Plusallee 89 48147 Münster
Abteilung Paderborn Leostraße 19 33098 Paderborn
Rechtschulleitung Zentralverwaltung Wörthstraße 10 50668 Köln
www.kfhnw.de FB Sozialwesen FB Sozialwesen FB Sozialwesen FB Sozialwesen FB Theologie
FB Gesundheitswesen

13.6 Elternbrief



Katholische
Fachhochschule 
Nordrhein-Westfalen
University of Applied Sciences

Forschungsschwerpunkt
'Sucht'

KFH NW – Abteilung Köln – Wörthstraße 10 – 50668 Köln

Auskunft erteilt: Prof. Dr. Michael Klein
Telefon: 0221/7757 - 0
Durchwahl: - 156
Telefax: 0221/7757 - 180
E-Mail: Sucht@kfhnw-koeln.de
Datum:

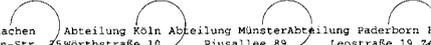
Durchführung von Interviews im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie an Schulen, Kinder- und Jugendheimen in NRW zum Umgang der Kinder und Jugendlichen mit Suchtmitteln, zur psychischen Gesundheit und Suchtprävention

Liebe Eltern!

Wir führen derzeit eine empirische Untersuchung in Schulen, Kinder- und Jugendheimen in NRW durch. Deshalb sind wir u.a. auch in dem Kinder- und Jugendheim in dem Ihr Kind lebt aktiv, wo als erster Teil der Studie bereits eine schriftliche Kurzbefragung der Kinder und Jugendlichen erfolgte. Die Untersuchung beschäftigt sich mit der Problematik des Einstiegs in den Konsum von Nikotin, Alkohol und illegalen Drogen und die möglichen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 16 Jahren.

Die Studie findet im Rahmen des Forschungsschwerpunktes 'Sucht' an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW) in Köln mit Unterstützung des Wissenschaftsministeriums des Landes NRW statt. Der Forschungsschwerpunkt beschäftigt sich hauptsächlich mit Problemen der Verbesserung und Intensivierung von Gesundheitserziehung und Suchtprävention. Die Untersuchung wird von Prof. Dr. Michael Klein, Sprecher des Forschungsschwerpunktes und Klinischer Psychologe, und seinem Team durchgeführt.

Wir möchten Sie mit diesem Schreiben nicht nur über den zweiten Teil unserer Studie informieren, sondern Sie auch um Ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme Ihres Kindes an einem vertieften Interview zusammen mit dem Ausfüllen einiger Fragebögen bitten.


Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
www.kfhnw.de
Abteilung Aachen
Robert-Schuman-Str. 5
52066 Aachen
FB Sozialwesen
Abteilung Köln
Wörthstraße 10
50668 Köln
FB Sozialwesen
FB Gesundheitswesen
Abteilung Münster
Piusallee 89
48147 Münster
FB Sozialwesen
Abteilung Paderborn
Leostraße 19
33098 Paderborn
FB Sozialwesen
FB Theologie
Hochschulleitung
Zentralverwaltung
Wörthstraße 10
50668 Köln



Daran sollen einige zufällig ausgewählte Kinder und Jugendliche teilnehmen, die sich selbst auch dazu bereit erklären haben.

Die Teilnahme an dem Interview wird Ihrem Kind mit einem Honorar von DM 35 als kleines Dankeschön belohnt. Die Angaben aus dem Interview werden anonymisiert. Sie sind als verschlüsselte Daten später nicht mehr auf eine konkrete Person beziehbar. Nach Abschluss der Studie werden die erhobenen schriftlichen Unterlagen entsprechend den Datenschutzbestimmungen vernichtet.

Die Befragung selbst wird von geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsschwerpunktes „Sucht“ durchgeführt. Der zeitliche Rahmen für dieses Interview und die noch zu bearbeitenden Fragebögen beträgt pro Kind ca. 3 bis 4 Stunden. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig und es bedarf – wie gesagt – Ihres schriftlichen Einverständnisses als Eltern.

Wir bitten Sie um eine zustimmende Unterschrift auf dem vorgefertigten Formular, das Sie im beigefügten Freiumschlag zurückschicken wollen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Michael Klein

13.7 Kodierschema des Screeningbogens

Frage	Nr. Va.	Variable	Variablenlabel	Kodierung
CODE	1.	code1	Art der Institution	01= Heim 02= Schule
	2.	code 2	Name der Institution	01= Lanzenbach 02= Pauline von Mallinckrodt 03= Maria im Walde 04= AWG 2 05= Heimstatt Hermann-Joseph 06= Haus Eichenhöhe 07=Kolpinghaus 08=Hermann-Josef-Haus 09=Stephansheide 10=Gertrud-Bäumer-Haus
	3.		laufende Nummer	0001-4000
1	4.	geschlecht	Geschlecht	1= Mädchen 2= Junge 99= MD
	5.	alter	Alter in Jahren	Alter in Jahren 99= MD
2	6.	staatkin	Staatsangehörigkeit des Kindes	1= deutsch sonstiges: wörtlich eintragen 99= MD
	7.	staatvat	Staatsangehörigkeit des Vaters	s. o.
	8.	staatmut	Staatsangehörigkeit der Mutter	s. o.
3	9.	zumutter	lebt mit Mutter	0= nicht angekreuzt 1= angekreuzt
	10.	zuvater	lebt mit Vater	s. o.
	11.	zuneumu	lebt mit neuem Partner der Mutter	s. o.
	12.	zuneuva	lebt mit neuer Partnerin des Vaters	s. o.
	13.	zugeschw	lebt mit Geschwistern	s. o.
	14.	anzahlge	Anzahl Geschwister	Zahl eingeben
	15.	zugroß	lebt mit Großeltern	0= nicht angekreuzt 1= angekreuzt
	16.	zuonta	lebt mit Onkel/Tante	s. o.
	17.	zupflege	lebt mit Pflege/Adoptiveltern	s. o.
	18.	zuandki	lebt mit anderen Kindern/Wohngruppe	s. o.
19.	zutiere	lebt mit Tieren	s. o.	

3	20.	welcheti	Welche Tiere?	0= trifft nicht zu 1= Hund 2= Katze 3= Nagetier 4= Fische 5= Reptilien 6= Vögel 7 = sonstiges
---	-----	----------	---------------	--

4	21.	wunschal	Wunsch, jd. weniger Alkohol?	1= ja 2= nein 99= MD
	22.	weral1	Wer weniger Alkohol? 1. genannte Person	0= trifft nicht zu 1= Vater 2= Mutter 3= Stiefvater bzw. neuer Partner 4= Stiefmutter bzw. neue Partnerin 5= Bruder (Stiefbruder) 6= Schwester (Stiefschwester) 7= Onkel 8= Tante 9= Großvater 10= Großmutter 11= Freunde 12 = ich 13= Betreuer 14= sonstige (z B. „alle“)
	23.	weral2	Wer weniger Alkohol? 2. genannte Person	s.o.
	24.	weral3	Wer weniger Alkohol? 3. genannte Person	
	25.	wunschzi	Wunsch, jd. weniger rauchen?	1= ja 2= nein 99= MD
	26.	werzig1	Wer weniger rauchen? 1. genannte Person	0= trifft nicht zu 1= Vater 2= Mutter 3= Stiefvater bzw. neuer Partner 4= Stiefmutter bzw. neue Partnerin 5= Bruder (Stiefbruder) 6= Schwester (Stiefschwester) 7= Onkel 8= Tante 9= Großvater 10= Großmutter 11= Freunde 12 = ich 13= Betreuer 14= sonstige (z B. „alle“)

4	27.	werzig2	Wer weniger rauchen? 2. genannte Person	s.o.
	28.	werzig3	Wer weniger rauchen? 3. genannte Person	
	29.	wunschso	Wunsch nach Sonstigem?	1= ja 2= nein 99= MD
	30.	wasso	Was soll weniger getan werden?	0= trifft nicht zu 1= Drogen nehmen 2= kiffen, Hasch 3= Tabletten nehmen 4= schimpfen, brüllen 5= schlagen 6= ärgern, Ärger machen 7= streiten 8= essen 9= zu Hause sitzen 10= wegfahren 11= klauen, stehlen 12= lügen 13= arbeiten 14= sonstiges 99= MD
	31.	werso1	Wer soll sonstiges weniger tun? 1. genannte Person	0= trifft nicht zu 1= Vater 2= Mutter 3= Stiefvater bzw. neuer Partner 4= Stiefmutter bzw. neue Partnerin 5= Bruder (Stiefbruder) 6= Schwester (Stiefschwester) 7= Onkel 8= Tante 9= Großvater 10= Großmutter 11= Freunde 12 = ich 13= Betreuer 14= sonstige (z B. „alle“)
	32.	werso2	Wer soll sonstiges weniger tun? 2. genannte Person	s.o.
	33.	werso3	Wer soll sonstiges weniger tun? 3. genannte Person	
5	34.	alkprob	War das Alkoholtrinken der Eltern ein Problem?	1= nein 2= Mutter 3= Vater 4= beide 99= MD

6	35.	wufral	Wunsch, Freunde trinken weniger Alkohol?	1= ja 2= nein 99= MD
	36.	fralkanz	Anzahl	99= MD 70= alle, viele 80= wenige, paar
	37.	wufrzi	Wunsch, Freunde rauchen weniger?	1= ja 2= nein 99= MD
	38.	frzianz	Anzahl	99= MD 70= alle, viele 80= wenige, paar
	39.	wufrso	Wunsch nach Sonstigem bei den Freunden?	1= ja 2= nein 99= MD
	40.	frwasso	Was soll von den Freunden weniger getan werden?	0= trifft nicht zu 1= Drogen nehmen 2= kiffen, Hasch nehmen 3= Tabletten nehmen 4= schimpfen, brüllen 5= schlagen 6= ärgern, Ärger machen 7= streiten 8= essen 9= zu Hause sitzen 10= wegfahren 11= klauen, stehlen 12= lügen 13= arbeiten 14= sonstiges 99= MD
	41.	frsoanz	Anzahl	99= MD 70= alle, viele 80= wenige, paar

7	42.	selbzig	Eigene Erfahrungen mit Rauchen?	1= nie probiert 2= einmal probiert 3= ab und zu 4= oft 5= ziemlich regelmäßig 99= MD
	43.	selbalka	Eigene Erfahrungen mit Bier, Wein oder Sekt?	s.o.
	44.	selbalkb	Eigene Erfahrungen mit Schnaps oder Likör?	
	45.	selbdroa	Eigene Erfahrungen mit Haschisch/ Marihuana?	1= nie probiert 2= einmal probiert 3= ab und zu 4= oft 5= ziemlich regelmäßig 6= kenne ich nicht 99= MD
	46.	selbdrob	Eigene Erfahrungen mit Ecstasy/ XTC?	s.o.

7	47.	selbdroc	Eigene Erfahrungen mit anderen Drogen?	s.o.
	48.	drogart1	Welche Drogen? 1. genannte Droge	0= trifft nicht zu 1= Joints oder Hasch oder Gras oder Pollen 2= Speed 3= LSD 4= Kokain 5= Peace 6= Dope 7= Heroin 8= Blubber 9= Koffeintabletten 10= Schlaftabletten 11= Tollkirschen 12=Trompetenpflanze 13= Pilze 14= Schwarzer Afghane 15= Klebstoff 16= Bulimie 17= sonstiges 99= MD
	49.	drogart2	Welche Drogen? 2. genannte Droge	s. o.
	50.	drogart3	Welche Drogen? 3. genannte Droge	

8	51.	probzig	Würde gern Zigaretten probieren	0= nicht angekreuzt 1= angekreuzt MD= 99
	52.	probbie	Würde gern Bier/W./S. probieren	s.o.
	53.	probschn	Würde gern Schnaps/Likör probieren	
	54.	probhasc	Würde gern Haschisch probieren	
	55.	probxtc	Würde gern Ecstasy probieren	
	56.	porbandr	Würde gern andere Drogen probieren	
	57.	droart	Welche andere Drogen?	0= trifft nicht zu 1= Joints oder Hasch oder Gras oder Pollen 2= Speed 3= LSD 4= Kokain 5= Peace 6= Dope 7= Heroin 8= Blubber 9= Koffeintabletten 10= Schlaftabletten 11= Tollkirschen 12= Trompetenpflanze 13= Pilze 14= Schwarzer Afghane 15= Klebstoff 16= Bulimie 17= sonstiges 99= MD

Anhang

8	58.	nichts	nichts probieren	0= nicht angekreuzt 1= angekreuzt MD= 99
	59.	alles	Alles schon probiert	s.o.

9	60.	anfangzi	Ist geplant, mit Rauchen zu beginnen?	1= nein 2= ja 3= vielleicht 4= schon begonnen 99= MD
	61.	anfangal	Ist geplant, mit Alkohol trinken zu beginnen?	s.o.
	62.	anfangha	Ist geplant, mit THC rauchen zu beginnen?	

10	63.	aussage1	Rauchen ist ein Zeichen für Erwachsensein.	1= richtig 2= falsch 99= MD
	64.	aussage2	Rauchen ist immer schlecht für die Gesundheit.	s.o.
	65.	aussage3	Rauchen ist nicht schlimm, weil viele es tun.	
	66.	aussage4	Wenn andere rauchen, ärgert mich das.	
	67.	aussage5	Wenn jemand in einem Raum raucht, ist das für die Anwesenden schädlich.	
	68.	aussage6	Wenn man 14 ist, kann man ruhig rauchen.	
	69.	aussage7	Regelmäßiger Alkoholkonsum verursacht keinen Schaden.	
	70.	aussage8	Ein paar Bier sind nicht so schlimm, das tun alle.	
	71.	aussage9	Alkohol trinken ist schädlicher als Haschischrauchen.	
	72.	aussage10	Es bringt mehr Spaß, im Freundeskreis Alkohol zu trinken.	
	73.	aussage11	Bei Familienfesten und anderen Feiertagen können Kinder ruhig mal Alkohol probieren.	
	74.	aussage12	Bei bestimmten Anlässen (Karneval, Silvester) spielt es keine Rolle, wenn Kinder auch mal mehr Alkohol trinken.	

11	75.	neinzig	Wie schwer fällt es, eine angebotene Zigarette abzulehnen?	1= gar nicht 2= etwas 3= sehr 4= würde nie eine Zigarette rauchen 5= „gar nicht“ & „nie“ 99= MD
	76.	neinalk	Wie schwer fällt es, angebotenen Alkohol abzulehnen?	s.o.
	77.	neinthc	Wie schwer fällt es, angebotenes Haschisch / Marihuana abzulehnen?	

12	78.	freunde1	Hat mit „Freunden treffen“ zu tun	1= ja 2= nein 99= MD
	79.	zigaret2	Hat mit „Zigaretten“ zu tun	s.o.
	80.	streitz3	Hat mit „Streit zu Hause“ zu tun	
	81.	urlaub4	Hat mit „Urlaub“ zu tun	
	82.	alkohol5	Hat mit „Alkohol“ zu tun	
	83.	lengewe6	Hat mit „Langeweile“ zu tun	
	84.	reiten7	Hat mit „Reiten“ zu tun	
	85.	allein8	Hat mit „Alleinsein“ zu tun	
	86.	drogen9	Hat mit „Drogen“ zu tun	
	87.	playst10	Hat mit „Playstation“ zu tun	
	88.	arblo11	Hat mit „Arbeitslosigkeit“ zu tun	
	89.	fuball12	Hat mit „Fußball“ zu tun	
	90.	fernse13	Hat mit „Fernsehen“ zu tun	
	91.	ärger14	Hat mit „Ärger in der Schule“ zu tun	
	92.	musik15	Hat mit „Musik“ zu tun	
	93.	intern16	Hat mit „Internet“ zu tun	
	94.	tanzen17	Hat mit „Tanzen“ zu tun	
	95.	stress18	Hat mit „viel Stress zu Hause“ zu tun	
	96.	sport19	Hat mit „Sport“ zu tun	
	97.	kirche20	Hat mit „Kirche“ zu tun	
98.	comput21	Hat mit „Computer“ zu tun		
99.	kickbo22	Hat mit „Kick Board“ zu tun		

13	100.	versteh	Wir verstehen uns meistens gut.	1= stimmt völlig 2= stimmt überwiegend 3= stimmt etwas 4= stimmt kaum 5= stimmt nicht 99= MD
	101.	streit	Bei uns zu Hause gibt es viel Streit.	s.o.
	102.	plan	Häufig läuft alles anders, als es geplant war.	
	103.	einschät	Ich weiß meistens, woran ich bin.	
	104.	kontinu	So wie es jetzt zu Hause ist, ist es schon länger.	
	105.	berech	Morgen kann zu Hause alles ganz anders sein.	
	106.	wohlfühl	Ich fühle mich meistens zu Hause wohl.	
	107.	bedrück	Es ist oft sehr bedrückend zu Hause.	

14	108.	verständnis	Wenn ich meinen Eltern von meinen Erlebnissen erzähle, verstehen sie mich meistens gut.	1= stimmt völlig 2= stimmt überwiegend 3= stimmt etwas 4= stimmt kaum 5= stimmt nicht 99= MD
	109.	tipps	Wenn ich bei Problemen nicht weiterweiß, können mir meine Eltern häufig gute Tipps geben.	s. o.
	110.	interes	Meine Eltern interessieren sich dafür, wie es mir in der Schule geht.	
	111.	unterneh	Unsere Familie unternimmt regelmäßig gemeinsame Dinge.	

14	112.	meinung	Wenn es Probleme gibt, kann ich zu Hause meine Meinung sagen.	s.o.
	113.	ernst	Meine Eltern nehmen mich und meine Interessen ernst.	
15	114.	sensatio	Probiert oft Außergewöhnliches aus	1= ja 2= eher ja 3= eher nein 4= nein 99= MD
	115.	entsch	Hasst schnelle Entscheidungen	s. o.
	116.	sparsam	Spart lieber, statt Geld auszugeben	
	117.	regel	Bricht Regeln, wenn keine Entdeckung droht	
	118.	glück	Glaubt an Glück in der Zukunft	
	119.	verrückt	Tut lieber Verrücktes als Vernünftiges	
	120.	unterweg	Ist gerne täglich unterwegs	
	121.	vertrau	Freunde erzählen von Schwierigkeiten	
	122.	schulok	Ist mit schulischen Leistungen zufrieden	
	123.	erzähl	Erzählt gern, statt es für sich zu behalten	
	124.	lobegal	Ob gelobt wird oder nicht, ist egal	
	125.	unfälle	Ist von mehr Unfällen betroffen als andere	
	126.	andere	Ist wichtig, was andere denken	
127.	vorsicht	Ist immer besonders vorsichtig.		
16	128.	widicalk	Wichtigkeit des Alkohols für das Kind	1= sehr wichtig 2= wichtig 3= ein wenig wichtig 4= unwichtig 5= sehr unwichtig 99= MD
17	129.	alteralk	Das erste Mal Alkohol getrunken	Alter in Jahren 99= MD
18	130.	betrunke	Betrunken	1= ja 2= nein 99= MD
19	131.	wivaalk	Wichtigkeit des Alkohols für den Vater	1= sehr wichtig 2= wichtig 3= ein wenig wichtig 4= unwichtig 5= sehr unwichtig 99= MD
20	132.	wimualk	Wichtigkeit des Alkohols für den Mutter	1= sehr wichtig 2= wichtig 3= ein wenig wichtig 4= unwichtig 5= sehr unwichtig 99= MD

21	133.	frühstüc	Alkohol wird zum Frühstück getrunken	0= nicht angekreuzt 1= angekreuzt
	134.	mittages	Alkohol wird zum Mittagessen getrunken	s.o.
	135.	kaffetr	Alkohol wird zum Kaffeetrinken getrunken	
	136.	abendess	Alkohol wird zum Abendessen getrunken	
	137.	festen	Alkohol wird zum Festen getrunken	
	138.	sonstige	Alkohol wird sonstigen Anlässen getrunken	
	139.	welchean	Welchen Anlässen?	0= trifft nicht zu 1= immer 2= Feiertage & Feste 3= Essen gehen 4= Partys, Disco 5= vor dem Schlafen gehen 6= spät Abends 7 = zu besonderen Anlässen 8= ab und zu mal 9= nach der Arbeit 10= sonstiges

22	140.	dichziga	Wichtigkeit von Zigaretten für das Kind	1= sehr wichtig 2= wichtig 3= ein wenig wichtig 4= unwichtig 5= sehr unwichtig 99= MD
-----------	------	----------	---	--

23	141.	alterzig	Alter bei der ersten Zigarette	Alter in Jahren 99= MD
-----------	------	----------	--------------------------------	---------------------------

24	142.	mengezi	Zigarettenmenge pro Tag	Mengenangabe pro Stück 99= MD
-----------	------	---------	-------------------------	----------------------------------

25	143.	vaterzig	Wichtigkeit von Zigaretten für den Vater	1= sehr wichtig 2= wichtig 3= ein wenig wichtig 4= unwichtig 5= sehr unwichtig 99= MD
-----------	------	----------	--	--

26	144.	mutterzi	Wichtigkeit von Zigaretten für die Mutter	1= sehr wichtig 2= wichtig 3= ein wenig wichtig 4= unwichtig 5= sehr unwichtig 99= MD
-----------	------	----------	---	--

27	145.	freund	Freund: Raucher oder Nichtraucher	1= Raucher 2= Nichtraucher 3= weiß nicht 99= MD
	146.	freundin	Freundin: Raucher oder Nichtraucher	s.o.
	147.	vater	Vater: Raucher oder Nichtraucher	
	148.	mutter	Mutter: Raucher oder Nichtraucher	
	149.	lehrer	Klassenlehrer(in): Raucher oder Nichtraucher	

28	150.	erzieher	Anzahl der Erzieher(innen) in der Gruppe	Anzahl pro Person 99= MD
	151.	rauerzie	Anzahl der rauchenden Erzieher(innen) in der Gruppe	Anzahl pro Person 99= MD

29	152.	bereit	Zum Interview bereit?	1= ja 2= nein 99= MD
-----------	------	--------	-----------------------	----------------------------