

# Suchtprävention in Hamburg: Analyse der (neuen) Strukturen und ihrer Umsetzung

## Abschlussbericht

für die  
Freie und Hansestadt Hamburg  
Behörde für Arbeit, Soziales, Familie  
und Integration

# FOGS

FOGS  
Gesellschaft für  
Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und  
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2  
50670 Köln  
Tel.: 0221-973101-0  
Fax: 0221-973101-11

E-Mail: [kontakt@fogs-gmbh.de](mailto:kontakt@fogs-gmbh.de)  
[www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)

Bearbeitet von:

Martina Schu  
Miriam Martin

Köln, im Juli 2012  
Projekt nr. 806/2011

**Inhaltsverzeichnis**

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
	GLOSSAR	1
1	AUSGANGSSITUATION	3
2	VORGEHEN UND METHODIK	5
2.1	Sekundäranalyse	5
2.2	Schriftliche Erhebungen	6
2.3	Vertiefende Interviews und Gespräche	8
3	ENTWICKLUNG AUSGEWÄHLTER ASPEKTE VON KONSUMVERHALTEN UND RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT JUGENDLICHER IN HAMBURG	9
4	ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG	15
4.1	Für Suchtprävention zuständige Behörden	17
4.1.1	BASFI – Amt für Familie	17
4.1.2	BGV – Amt für Gesundheit	20
4.1.3	Behörde für Schule und Berufsbildung	21
4.1.4	Bezirksämter	23
4.1.5	Vernetzung auf Behördenebene	24
4.2	Umsetzung der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ in den Bezirken	26
4.2.1	Bezirkliche Koordination	26
4.2.2	Projekte und Maßnahmen in der bezirklichen Jugendhilfe	30
4.2.3	Hilfen zur Erziehung	32
4.2.4	Kooperation und Qualifizierung	33
4.3	Umsetzung der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ in der Suchthilfe	37
4.3.1	Suchtberatung für suchtgefährdete und abhängige Jugendliche und junge Erwachsene	37
4.3.2	Suchtberatungsstellen und ihr Blick auf Kinder in suchtbelasteten Familien	41
4.3.3	Erreichung von Jugendlichen und jungen Volljährigen in der Suchthilfe	46
4.4	Umsetzung der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ im schulischen Bereich	50
4.4.1	Maßnahmen und Projekte	52
4.4.2	Blick auf Suchtprobleme bei SchülerInnen	56
4.4.3	Kooperation	60
4.5	Zentrale (Weiter-)Entwicklung, Qualitätssicherung und Koordination	62
4.6	Einschätzungen der Akteure in Hamburg zu den Auswirkungen des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ und der Neustrukturierung der Suchtprävention	68
5	BILANZ UND EMPFEHLUNGEN	71
5.1	Zusammenfassende Bilanz	71
5.2	Empfehlungen	81
6	ANHANG	88

## Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
Tab. 1:	Erstauffällige KonsumentInnen harter Drogen 2005 bis 2010 in Hamburg und anderen Städten sowie im Bund – abs. Zahlen und Veränderungen zum Vorjahr sowie von 2005 bis 2010	15
Tab. 2:	In Dot.sys dokumentierte Fortbildungen mit der Zielgruppe MultiplikatorInnen aus der Jugendarbeit	34
Tab. 3:	In welcher Form findet im Jugendamt konkret suchtbezogene Kooperation statt? (Bezugszeitraum 2010; N = 5)	36
Tab. 4:	Fachkräfte, die Fort- und/oder Weiterbildungen in Bezug auf Kindeswohlgefährdung/ Kinderschutz, Arbeit mit suchtkranken Jugendlichen, Eltern und/oder Familienarbeit besucht haben	42
Tab. 5:	Werden folgende Aspekte im Rahmen der Anamnese/der Gespräche erfragt und dokumentiert?(N = 25)	43
Tab. 6:	Form der konkreten fallbezogenen Kooperation zur Arbeit mit suchtkranken Eltern bzw. Kindern und Jugendlichen (N = 23) – abs. Zahlen	45
Tab. 7:	Schriftlich vereinbarte Kooperations/Zusammenarbeit mit folgenden Stellen/Einrichtungen (N = 23) – abs. Zahlen	46
Tab. 8:	Jugendliche in der Hamburger Suchthilfe, BADO Sonderauswertung	47
Tab. 9:	BADO Sonderauswertung: Klientel mit Migrationshintergrund	49
Tab. 10:	Pflichtmodul des SPZ in der Referendarsausbildung: „Früherkennung und Frühintervention bei Suchtmittelkonsum von Schülerinnen und Schülern“	52
Tab. 11:	In Dot.sys dokumentierte Fortbildungen mit der Zielgruppe Lehrkräfte	53
Tab. 12:	Aus- und Fortbildungsveranstaltungen des SPZ für Lehrkräfte	54
Tab. 13:	Liste der Unterrichtsprogramme und -materialien des SPZ	55
Tab. 14:	Vom SPZ beratene Jugendliche	57
Tab. 15:	Einschätzung der LehrerInnen zu verschiedenen Aspekten rund um das Thema Drogen (Mittelwerte auf einer Skala von 1 = sehr schlecht/gering bis 6 = sehr gut/hoch)	58
Tab. 16:	Kooperationsvereinbarungen der REBUS mit ... (N = 13)	61
Tab. 17:	REBUS: Form und Umfang fallbezogener Kooperation in Fällen mit sucht(präventions-)bezogener Thematik im Jahr 2010 (N = 13)	62
Tab. 18:	Teilnehmende Einrichtungen an den Befragung im Bereich Suchthilfe und Suchthilfe für Jugendliche und junge Erwachsene	88
Tab. 19:	Entwicklung der Tatverdächtigen bei Rauschgiftkriminalität in Hamburg – abs. Zahlen	89
Tab. 20:	Entwicklung der Tatverdächtigen bei Rauschgiftkriminalität bundesweit – abs. Zahlen	89
Tab. 21:	Gesamtzahl Maßnahmen für und Teilnahmen aus der Zielgruppe MigrantInnen	89

**Abbildungsverzeichnis**

<u>Abb.</u>	<u>Seite</u>
Abb. 1: Konsumverhalten der 11- bis 15-jährigen Hamburger Jungen und Mädchen	10
Abb. 2: 30-Tage-Prävalenzen von Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum (in Prozent) bei 14- bis 18-Jährigen in Hamburg	11
Abb. 3: Anteil der RaucherInnen sowie 30-Tage Prävalenzen von Alkohol- und Cannabiskonsum (in Prozent) bei 12- bis 17-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland	12
Abb. 4: Entwicklung der Tatverdächtigen bei Rauschgiftkriminalität in Hamburg von 2005 bis 2010 – abs. Zahlen	14
Abb. 5: An welchen Sitzungen und Gremien nehmen Sie teil? (N = 8)	28
Abb. 6: Wie zufrieden sind Sie mit der Umsetzung der o.g. Punkte? (N = 7)	29
Abb. 7: Suchtpräventions- und Suchtberatungsangebote in der bezirklichen OKJA 2007 bis 2010	31
Abb. 8: Klientinnen und Klienten (N = 19, davon sechs jugendspezifische Einrichtungen*)	48
Abb. 9: BADO Sonderauswertung: Anteile der KlientInnen mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Altersgruppen	49
Abb. 10: Die drei Fachstellen und ihre Kooperation	64
Abb. 11: Erreichung von Kindern und Jugendlichen durch Suchthilfe und -prävention	68
Abb. 12: Bedarfsgerechtigkeit der Hamburger Suchtprävention für Kinder und Jugendlichen	69

**GLOSSAR**

AG	Arbeitsgruppe/Arbeitsgemeinschaft
AK	Arbeitskreis
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BADO	Basisdatendokumentation
BASFI	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
BfS	Büro für Suchtprävention
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
BKA	Bundeskriminalamt
BSB	Behörde für Schule und Berufsbildung
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
Dot.sys	Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention von BZgA und Bundesländern
Drs.	Drucksache
Drs. DKuJ	Drucksache 18/3422 Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“
DZSKJ	Deutsches Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter
FAS	Fachausschuss Suchtprävention der HLS
FHH	Freie und Hansestadt Hamburg
FOGS	Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich
GR	Globalrichtlinie
HIDA	Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS
HLS	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen
HZE	Hilfen zur Erziehung
ICF	International Classification of Functioning
ISD	Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
JVA	Justizvollzugsanstalt
KODROBS	Kontakt- und Drogenberatungsstellen von jugend hilft jugend e.V.
Kö 16a	Suchtberatung für Kinder, Jugendliche, Angehörige in der Königstraße 16a
LI	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
LKA	Landeskriminalamt
OKJA	Offene Kinder- und Jugendarbeit
REBUS	Regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen
SBSt	Suchtberatungsstelle(n)

SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SPFZ	Fortbildungszentrum Fortbildung für sozialpädagogische Fach- und Führungskräfte der BASFI
SPZ	SuchtPräventionsZentrum der BSB
STAGS	Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention
UKE	Universitätsklinikum Eppendorf
ZIS	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
ZOPP	Zielorientierte Projektplanung

## 1 Ausgangssituation

Im Rahmen der Evaluation des Hamburger Drogenhilfesystems 2003/2004 war deutlich geworden, dass Kinder und Jugendliche, die riskant oder schädlich Suchtmittel konsumieren und gefährdet sind, abhängig zu werden, kaum auf Hilfen zurückgreifen konnten. Gleiches galt für (Kinder aus) suchtblastete(n) Familien. Auch sekundärpräventive Maßnahmen sowie Früherkennung und -intervention wurden kaum vorgehalten. Zudem wurde bis dahin die im Jugendbereich in Hamburg vorhandene Fachlichkeit zu wenig genutzt und Kommunikation und Koordination zwischen den Versorgungsbereichen waren sowohl behördlicherseits als auch auf Träger- und Einrichtungsseite unzureichend.

Hamburg hat auf diesen Befund reagiert und 2004 unter Federführung der für Gesundheit zuständigen Behörde ein Konzept erstellt: „Drogenfreie Kindheit und Jugend. Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und –missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen“ (Drs. 18/3422, DKuJ<sup>1</sup>). Mit diesem Konzept wurde ein umfangreicher Ziel- und Maßnahmenkatalog verabschiedet, dessen Schwerpunkte darauf zielen, Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko, Suchtprobleme zu entwickeln, frühzeitig(er) zu erreichen und ihnen differenzierte Hilfen anzubieten. Dabei wurde auch die Federführung für die behördliche Koordination der Aktivitäten und Maßnahmen im Bereich Suchtprävention vom Gesundheits- zum Jugendressort übertragen – inkl. einer personellen Ressourcenverlagerung vom Suchtreferat zum Jugendbereich. Die Bezirksämter übernahmen verstärkt Aufgaben im Bereich der Suchtprävention und richteten Koordinationsfunktionen ein. Schließlich wurde an der Universität das Deutsche Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter (DZSKJ) eingerichtet, um Forschung und die Vermittlung von Forschungsergebnissen an die Praxis zu stärken.

Des Weiteren finden und fanden bspw. spezifische Öffentlichkeitskampagnen statt, das Fortbildungsangebot wurde deutlich erweitert sowie die Multiplikatorenarbeit intensiviert. Das Angebot der REBUS-Beratungsstellen soll Suchtmittelkonsum nunmehr stärker in den Blick nehmen, die Möglichkeiten vielversprechender Modellprojekte (z.B. HaLT, FreD) wurden verstetigt, und es wurden „regionale Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene“ (bis 27 Jahre, „junge Volljährige“ i.S. des SGB VIII<sup>2</sup>) aufgebaut. Verschiedene Stellen wurden beauftragt, Konzepte zu entwickeln, besondere Zielgruppen (verstärkt) suchtpreventiv anzusprechen, z.B. Inhaftierte im Jugendstrafvollzug, junge MigrantInnen oder PartygängerInnen. Mit Blick auf die besondere Gruppe Schwangerer mit Suchtproblemen und/oder Kinder von Suchtkranken wurde eine Rahmenvereinbarung erarbeitet, die von rd. 80 Verbänden, Institutionen, Diensten etc. unterzeichnet wurde. Zudem wurde die Kooperation Allgemeine Soziale Dienste (ASD) und Suchthilfe näher beschrieben und Beschäftigte in Suchtberatungsstellen zu Fachkräften für Kinderschutz fortgebildet. Gleichermaßen wurde die Jugendhilfe stärker verpflichtet, sich des Themas Sucht und Suchtgefahren anzunehmen etc.

Fünf Jahre nach Verabschiedung der Drs. „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ sollen die neu geschaffenen Strukturen der (selektiven und indizierten) Suchtprävention und der Suchthilfe für Kinder und Jugendliche dahingehend bewertet werden, ob die mit der

<sup>1</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg. (2005). Drucksache 18/3422. *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft: Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen*. Hamburg.

<sup>2</sup> Die Verwendung der Begriffe „junge Erwachsene“ bzw. „junge Volljährige“ erfolgt über verschiedene Hamburger Behörden hinweg nicht einheitlich. FOGS verwendet in diesem Bericht den Begriff des „jungen Erwachsenen“ immer dort, wo es um definierte Bezeichnungen geht, wie bspw. die neu aufgebauten regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene sowie die Spezialambulanz für Jugendliche und Jungerwachsene mit Suchtstörungen am UKE. In allen anderen Fällen werden die Bezeichnungen nach der gesetzlichen Definition in § 7 SGB VIII verwendet: Kind ist, wer unter 14 Jahre alt ist, Jugendlicher, wer 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist, junger Volljähriger ist, wer 18, aber noch nicht 27 Jahre alt ist.

Drucksache auf die genannten Risikogruppen bezogenen Ziele mit den seit 2004 eingeleiteten strukturellen Maßnahmen erreicht werden. Die Ausschreibung konkretisiert die zentralen Fragestellungen wie folgt:

1. Hat eine Verstärkung der Aktivitäten zur selektiven und indizierten Suchtprävention für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Suchtrisiko in dem erwarteten Ausmaß stattgefunden?
2. Konnten die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Maßnahmen der Suchtprävention, der Suchthilfe und angrenzenden Hilfesystemen sowie die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule optimiert werden?
3. Ist eine Verbesserung der Effizienz eingesetzter Mittel staatlicher Stellen und freier Träger festzustellen?

Da einige der in die Wege geleiteten und implementierten Maßnahmen je spezifisch evaluiert werden (z.B. wirkungsorientierte Steuerung der regionalen Suchtberatung für Jugendliche, FreD) standen für die hier berichtete Analyse die Strukturen und die Vernetzung der Suchtprävention sowie deren Effekte im Vordergrund.

Mit Blick auf die drei Hauptfragestellungen wurde jeweils eine Reihe von Detailfragen formuliert, die im Rahmen der Analyse zu bearbeiten waren.

Zu 1. Verstärkung der Aktivitäten zur selektiven und indizierten Suchtprävention für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Suchtrisiko

- Werden für alle Risikogruppen und für junge Menschen mit riskantem Konsum Angebote vorgehalten?
- Sind diese Angebote bedarfsgerecht?
- Gibt es suchtgefährdete Gruppen, für die keine Angebote vorgehalten werden?
- Werden die Angebote von den jeweiligen Risikogruppen und für junge Menschen mit riskantem Konsum angenommen?

Zu 2. Optimierung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Maßnahmen der Suchtprävention, der Suchthilfe und angrenzenden Hilfesystemen sowie die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule

- Nimmt sich die Jugendhilfe stärker des Themas Sucht und Suchtprävention an als vor Verabschiedung der Drs. „Drogenfreie Kindheit und Jugend“?
- Sieht die ambulante Suchthilfe ihre Klientinnen und Klienten ggf. auch in ihrer elterlichen Funktion, und welche Rolle spielt das Thema Kindeswohlgefährdung im Beratungsprozess?
- Gelingt die Zusammenarbeit von Schule, REBUS und der regionalen Jugendhilfe sowie mit den regionalen Suchtberatungsangeboten für junge Menschen? Wie ließe sich die Kooperation ggf. verbessern?
- Ist die regionale Kooperation bezüglich der Kinder aus suchtbelasteten Familien tragfähig? Welche Defizite sind ggf. zu erkennen?
- Wie werden der Nutzen und die Qualität der Zusammenarbeit aus den verschiedenen Perspektiven (Jugendhilfe, Suchthilfe, Schule etc.) beurteilt?

Zu 3. Verbesserung der Effizienz eingesetzter Mittel staatlicher Stellen und freier Träger

- Werden Parallelstrukturen vermieden (z.B. beim Netzwerkprojekt connect)?
- Sind die einzelnen suchtpreventiven Aktivitäten/Maßnahmen aufeinander abgestimmt? Werden sie am Leitbild der drogenfreien Kindheit und Jugend



orientiert?

- Gibt es gemeinsame Schwerpunktsetzungen der Fachbehörden, Bezirksämter und freien Träger im Bereich der Suchtkrankenhilfe?
- Wie lässt sich die Qualität der allgemeinen, selektiven und indizierten Suchtprävention unter dem Aspekt der Effizienz darstellen?
- Werden die Zielgruppen für selektive und indizierte Suchtprävention mit den zur Verfügung stehenden Maßnahmen bedarfsgerecht erreicht?

## 2 Vorgehen und Methodik

Die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) skizzierte in der Leistungsbeschreibung ein umfassendes Paket von Aufgaben, das zur Beantwortung der o.g. Fragen zu erbringen war, darunter Sekundäranalysen sowie schriftliche und mündliche Befragungen.

Die Ausschreibung bezog sich zunächst auf eine Analyse der neuen *Strukturen* der Suchtprävention in Hamburg – speziell der selektiven und der indizierten Suchtprävention. In der Leistungsbeschreibung wurden aber auch mit Blick auf die Effektivität dieser suchtpreventiven Maßnahmen Fragen aufgeworfen, die deutlich über eine Strukturbeurteilung hinausweisen. Und tatsächlich muss sich die Sinnhaftigkeit einer Struktur an *der Umsetzung von Maßnahmen* messen lassen und daran, was diese konkret auf der Ebene der einzelnen handelnden Fachkraft in den verschiedenen relevanten Bereichen (Jugendhilfe, Suchthilfe, Schule und mehr) *bewirken*.

Des Weiteren muss eine Struktur sich im Hinblick darauf bewähren und messen lassen, welche Effekte auf den Adressaten – hier die Jugendlichen und jungen Volljährigen in Hamburg – festzustellen sind. Kommen Jugendliche/junge Volljährige mit Suchtmittelproblemen z.B. schneller/früher in suchtspezifische Beratung? Können selektive und indizierte Suchtprävention in Hamburg (neben anderen Aspekten) zu einem Rückgang problematischen oder abhängigen Konsums unter Jugendlichen und jungen Volljährigen beitragen?

Hinzu kam, dass die Analyse nicht nur behördliches Wirken, sondern auch bezirkliche Strukturen betrachten musste. So wurden bspw. in allen Bezirken KoordinatorInnen etabliert – hier ist zu untersuchen, wie die Ressourcen- und Kompetenzausstattungen sich darstellen und welche Wirkung damit einhergehen kann.

Ausgehend von einem komplexen Evaluationsansatz mit unterschiedlichen Verfahren und Methoden der empirischen Sozialforschung (in der Literatur auch als „Triangulation“ bezeichnet<sup>3</sup>) sollen im Folgenden die einzelnen von FOGS verfolgten Arbeitsschritte sowie die in der Evaluation der (selektiven und indizierten) Suchtprävention in Hamburg von FOGS eingesetzten Methoden der empirischen Sozialforschung dargestellt werden. Grundlage sowie Fokus des Vorgehens stellen dabei die in Kapitel 1 genannten Ziele und Fragestellungen der Evaluation dar.

### 2.1 Sekundäranalyse

Grundsätzlich lag der Schwerpunkt der Evaluation auf den vorliegenden Unterlagen/Materialien/Dokumentationen der Behörden, Ämter und Träger. Zu berücksichtigen waren

---

<sup>3</sup> Vgl. Denzin, N. K. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGrawHill.

dabei sowohl Angaben der Projekte selbst als auch die bei der BASFI und der BGV zusammengetragenen Daten. Anknüpfend an die Evaluationsfragen wurden eine Reihe von Daten bzw. Informationsgrundlagen gesichtet.

Die vorliegenden Unterlagen/Materialien/Daten wurden – vor dem Hintergrund der Ziele und Fragestellungen der Evaluation – systematisch gesichtet und sekundäranalytisch ausgewertet. Dabei wurden neben Antworten auf die definierten Fragestellungen (im Sinne der Umsetzung der definierten Ziele) auch Aussagentiefe und -genauigkeit sowie Unklarheiten und Vertiefungsbedarf benannt.

Die Durchführung der umfassenden Sekundäranalyse wurde durch den Auftraggeber und die kooperierenden Behörden unterstützt, insbesondere hinsichtlich der Identifikation und Zusammenstellung/Zur-Verfügung-Stellung relevanten Materials. Die Ergebnisse der Sekundäranalyse wurden (tabellarisch) aufbereitet, in der Lenkungsgruppe (s.u.) bzw. dem Auftraggeber vorgestellt und mit Blick auf sich daraus ergebende Konsequenzen für den Fortgang der Evaluation diskutiert. Dabei wurde auch Bezug genommen auf die STAGS-interne Beobachtung der Umsetzung der Drs. 18/3422 und der aktuelle Stand mit den dort formulierten Zielsetzungen und Indikatoren verglichen.

## 2.2 Schriftliche Erhebungen

Die Sekundäranalyse brachte eine Reihe von Erkenntnissen, die Grundlage für die folgenden ergänzenden und tiefer gehenden (schriftlichen und mündlichen) Befragungen waren. FOGS führte deshalb vier verschiedene schriftliche Erhebungen durch, die z.T. auf die gleichen Fragen fokussierten, die so von verschiedenen Seiten beleuchtet wurden und die aber auch je spezifische Fragen umfassten:

- Befragung der bezirklichen Koordinatoren für Suchtprävention zu ihren strukturellen Voraussetzungen, ihren Arbeitsschwerpunkten und Aktivitäten, zur Situation der (selektiven und indizierten) Suchtprävention in ihrem Bezirk, zu Kontrollmaßnahmen, z.B. an Kiosken und Tankstellen sowie zu ihren Einschätzungen zur Umsetzung zentraler Ziele des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend“, darunter z.B.:
  - Bedarfsgerechtigkeit der bezirklichen Suchtprävention
  - Erreichung aller Zielgruppen
  - stärkere Wahrnehmung von Suchtproblemen bei der Jugendhilfe
  - stärkere Wahrnehmung der Elternrolle von KlientInnen in der Suchthilfe und Beachtung des Kindeswohls
  - bessere Vernetzung der verschiedenen Akteure im Bezirk
  - Qualität und Effekte der Zusammenarbeit
  - Weiterentwicklungs- und Verbesserungsbedarfe

Es haben sich acht von neun Koordinatoren an der Befragung mit dem 31 geschlossene und offene Fragen umfassenden Bogen beteiligt.

- Befragung der **Jugendamtsleitungen** zur Übernahme von Aufgaben der (selektiven und indizierten) Suchtprävention durch die Jugendhilfe. Wie kooperiert der ASD mit der Suchthilfe bzgl. Kindern und Jugendlichen mit suchtbefragten Problemen, Familien mit Suchtproblemen sowie schwangeren Abhängigen (Anzahl und Art der Fälle, Art und Häufigkeit der fallbezogenen Kooperation, Aktivitäten der institutionellen Kooperation etc.)? Welche Erfahrungen bestehen in der Zusammenarbeit und welche Verbesserungsmöglichkeiten werden gesehen, wie werden suchtspezifische

Qualifizierungen genutzt, wie wird ein „Blick auf Suchtprobleme“ strukturell verankert, welche und wie viele suchtpreventive Projekte werden durchgeführt und welche bezirklichen Kontrollen, z.B. bzgl. Alkohol- und Tabakverkaufs an Minderjährige, Spielerschutz u.ä. finden statt etc.?

Befragt wurden sämtliche Leitungen der sieben bezirklichen Jugendämter. Der Fragebogen umfasste insgesamt 34 geschlossene und offene Fragen. An der Befragung beteiligt haben sich trotz wiederholter Nachfragen lediglich fünf Ämter.

- Befragung der **Suchtberatungsstellen** zu Angebot und Klientel, zur Kooperation mit der Jugendhilfe (bezirkliche Stellen sowie freie Träger, REBUS, Präventionsprojekte, Kliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.): Mit wem wird kooperiert? In welcher Weise? Auf der Grundlage welcher Vereinbarungen? In wie vielen Fällen wird kooperiert? Wie wird die Wahrnehmung von Suchtgefährdung bei Kindern und Jugendlichen gestärkt? Wie wird das strukturell verankert? Wurden Beschäftigte zu Fachkräften für Kinderschutz fortgebildet (Wie viele, in welchen Beratungsstellen, wie ist der Weitertransport des Gelernten in die Teams organisiert etc.?)? Wurden Kompetenzen für die gendersensible Arbeit mit Mädchen und mit Jungen und interkulturelle Kompetenzen für eine frühere Erreichung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen sowie Familien mit Migrationshintergrund aufgebaut und wie sind die Ergebnisse, welche Erfahrungen bestehen in der Zusammenarbeit und welche Verbesserungsmöglichkeiten werden gesehen etc.?

FOGS führte eine Vollerhebung aller Suchtberatungsstellen einschließlich der regionalen Beratungsstellen für junge Menschen und des Beratungszentrums Kö 16a durch. Dazu schrieb FOGS nach Absprache mit der BGV und der BASFI 20 Träger an und bat um Weiterleitung der Fragebogen an die ambulanten Einrichtungen. FOGS bat die Träger dabei auch um Informationen, an wie viele und welche Einrichtungen sie Fragebogen weitergegeben haben.

Die Weitergabe der Fragebogen bzw. die Rückmeldung dazu an FOGS geschah sehr zögerlich, so dass die Träger dazu zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal gefragt wurden. Die Befragten, die sich bis daraufhin noch nicht zurückgemeldet bzw. geantwortet hatten, wurden anschließend per Mail erneut an die Bearbeitung erinnert.

Von 20 angeschriebenen Trägern schickten 14 Träger insgesamt Fragebogen von 25 Einrichtungen zurück, ein weiterer Träger meldete sich zurück mit der Information, dass keine Einrichtung der Suchthilfe betrieben werde (sondern lediglich Selbsthilfe). Ein Träger lehnte die Bearbeitung mit Hinweis auf mangelnde zeitliche Kapazitäten ab. In zwölf Fällen antworteten alle ambulanten Suchthilfe-Einrichtungen des Trägers, in zwei Fällen beteiligten sich lediglich die regionalen Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene an der Befragung, obgleich die Träger auch Suchtberatungsangebote für Erwachsene vorhalten. Insgesamt nahmen acht jugendspezifische Einrichtungen an der Befragung teil (neben den sechs regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene auch Kajal und die Kö 16a). Zur Gesamtheit aller Teilnehmenden und damit der Basis der Auswertung s. Anhang, Tab. 18.

Der Fragebogen umfasste 35 Fragen, z.T. geschlossen und z.T. offen.

- Befragung der **Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen** (REBUS) zur Wahrnehmung von Suchtproblemen und deren struktureller Verankerung sowie des Umgangs mit SchülerInnen mit suchtbefragten Problemen, Nutzung entsprechender Fortbildungen, Durchführung suchtbefragter Maßnahmen in den Schulen bzw. Beteiligung dabei, Einschätzungen zur schulischen Berücksichtigung suchtbefragter Aspekte (Schwerpunkt: selektive und indizierte Suchtprevention), Kooperation mit

Suchthilfeeinrichtungen und mit dem Büro für Suchtprävention (BfS) und dem SuchtPräventionsZentrum (SPZ). Welche Erfahrungen bestehen in der Zusammenarbeit, wo werden Verbesserungsmöglichkeiten gesehen etc.?

13 von angeschriebenen 14 REBUS haben geantwortet. Die ebenfalls angeschriebene zu REBUS gehörige Krankenschule hat eine Beantwortung mit Verweis darauf, dass sie ja keine REBUS i.e.S. sei, abgelehnt. Da eine Frage zum Stellenumfang sich als missverständlich herausstellte, wurde dieser Aspekt nacherhoben.

Der Fragebogen für die REBUS umfasste 26 offene und geschlossene Fragen.

Die Befragungen wurden EDV-gestützt (bei Bedarf auch auf Papier) durchgeführt, in Köln eingegeben und mit SPSS ausgewertet. Erste Ergebnisse der Erhebungen wurden in der Lenkungsgruppensitzung am 27.10.2011 vorgestellt.

### **2.3 Vertiefende Interviews und Gespräche**

Nachdem die schriftlichen Befragungen (vgl. Pkt. 2.3) die Erkenntnisse, die aus der Sekundäranalyse (vgl. Pkt 2.2) gewonnen wurden, vertiefen konnten, wurden im dritten Arbeitsschritt Gespräche mit wesentlich an der Umsetzung der Drucksache 18/3422 beteiligten Akteuren durchgeführt. Die Gespräche galten einer Bewertung der aktuellen Situation und der in den vergangenen Jahren stattgefundenen Entwicklungen – hamburgweit wie auch in den Bezirken. Alle Gespräche wurden leitfadengestützt durchgeführt und galten qualitativen Aspekten. Im Einzelnen wurden z.T. mehrere VertreterInnen folgender Institutionen befragt:

- Referat Kinder- und Jugendpolitik (BASFI)
- Fachabteilung Drogen und Sucht (BGV)
- SuchtPräventionsZentrum (BSB)
- Büro für Suchtprävention (BfS)
- DZSKJ.

Die leitfadengestützten Interviews fanden zwischen Oktober und Dezember 2011 statt.

Zudem führte FOGS sechs Fokusgruppendifkussionen durch, in denen bereichsbezogen jeweils relevante Akteure der (selektiven und indizierten) Suchtprävention bzw. in deren Umfeld versammelt wurden. Die Übersicht über die Gespräche zeigt, dass sowohl die schriftlichen Befragungen vertieft als auch weitere Blickwinkel auf das Thema eingefangen wurden:

Bezirksämter: bezirkliche Suchtpräventionskoordinatoren. Fast alle Koordinatoren kamen zu dem Gespräch am 21.11.2011 in die von der BASFI zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten.

- Schule (1): Schulleitungen bzw. Beratungslehrkräfte. Es war ausgesprochen schwierig, Beratungslehrkräfte und Schulleitungen für ein Fokusgruppengespräch zu gewinnen. Obwohl v.a. das SPZ die Suche nach GesprächspartnerInnen intensiv unterstützte, kamen lediglich vier VertreterInnen aus drei Stadtteilschulen zum Gespräch am 13.12.2011 in die BASFI.
- Schule (2): REBUS-Ansprechpersonen für Sucht. Mit Unterstützung des SPZ konnte ein reguläre Sitzung der REBUS-Ansprechpersonen mit dem SPZ am 21.11.2011 für

das Fokusgruppengespräch genutzt werden. Es nahmen zwölf Fachkräfte sowie der Koordinator des SPZ teil.

- freie Träger der Jugendhilfe/Jugendsozialarbeit: An dieser Gesprächsrunde, die zusammen mit dem Jugendhilfeplaner des Bezirksamtes Hamburg-Mitte organisiert worden war, nahmen am 14.12.2011 sechs Vertreter von offenen und aufsuchenden Angeboten der Jugendsozialarbeit teil. Bedauerlicherweise konnten nicht mehr Fachkräfte und v.a. keine VertreterInnen aus Jugendwohneinrichtungen, Hilfen zur Erziehung, darunter Sozialpädagogische Familienhilfen, o.ä. zur Teilnahme motiviert werden.
- regionale und überregionale Suchtberatung für Jugendliche/junge Erwachsene: An dieser am 13.12.2011 tagenden Gesprächsrunde nahmen fünf – überwiegend leitende – VertreterInnen von vier Trägern der Hamburger Suchthilfe teil. Die GesprächspartnerInnen vertraten je zwei regionale bzw. überregional ausgerichtete Projekte.
- Suchtberatung für Erwachsene – Fachkräfte mit Kinderschutz-Fortbildung: An dieser Gesprächsrunde (14.12.2011) beteiligten sich sieben VertreterInnen von sieben Trägern, die entweder ein Suchtberatungsangebot leiten oder in Kinderschutz fortgebildete Fachkräfte sind, sodass ein breites Spektrum von Erfahrungen und Sichtweisen vertreten war.

Die Fokusgruppengespräche dauerten je 2,5 bis drei Stunden. Alle Einzel- und Gruppengespräche wurden leitfadengestützt geführt, protokolliert und mit Blick auf die berichtsrelevanten Fragen ausgewertet. Die Ergebnisse fließen im Bericht jeweils inhaltlich zugeordnet ein.

Im Lauf der Arbeiten erfolgten ergänzende Gespräche und Telefonate mit VertreterInnen der BASFI, der BGV und von bezirklicher Seite.

### **3 Entwicklung ausgewählter Aspekte von Konsumverhalten und Rauschgiftkriminalität Jugendlicher in Hamburg**

Das Gesundheits- und Suchtmittelkonsumverhalten von Kindern und Jugendlichen wird in verschiedenen regionalen, nationalen und internationalen Studien erforscht. Zu nennen sind hier insbesondere folgende Untersuchungen:

- Drogenaffinitätsstudie der BZgA<sup>4</sup>: befragt werden 5.001 junge Menschen zwischen 12 und 25 Jahren, davon 1.939 unter 18 Jahre.
- **Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Studie**<sup>5</sup>: internationale Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der zuletzt (2009/2010) bundesweit 5.005 Schülerinnen und Schüler aus 289 allgemeinbildenden Schulen sowie in vier Bundesländern (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) repräsentative Länderstichproben befragt wurden. In Hamburg umfasste die Stichprobe 1.694 Schülerinnen und Schüler zwischen 11 und 15 Jahren aus 21 Schulen.

---

<sup>4</sup> Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: BzGA.

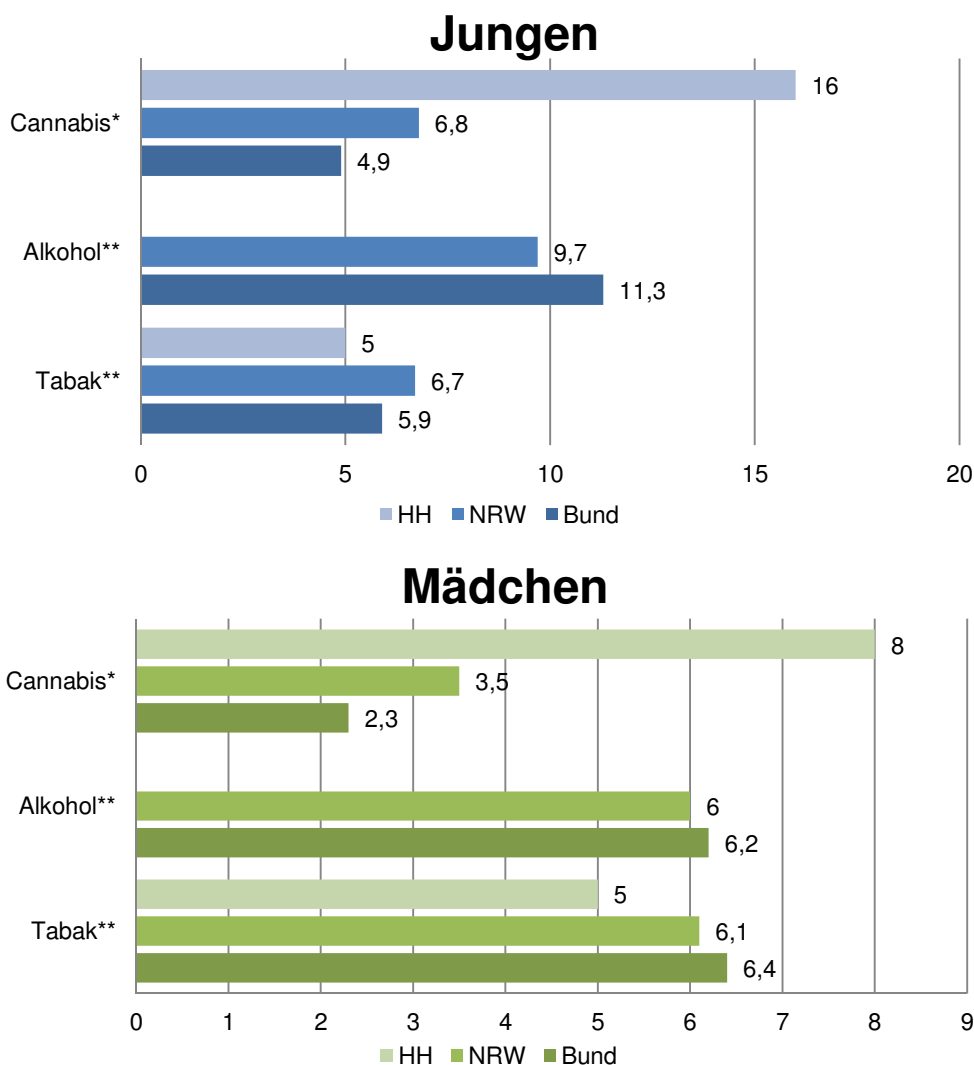
<sup>5</sup> Vgl. [http://hbhc-germany.de/wp-content/uploads/2012/02/Faktenblatt\\_Methodik\\_final.pdf](http://hbhc-germany.de/wp-content/uploads/2012/02/Faktenblatt_Methodik_final.pdf).

In Hamburg werden seit 2004 Konsumtrends von älteren Kindern und Jugendlichen zudem im Rahmen des SCHULBUS Local monitoring System („Schüler- und Lehrerbefragung zum Umgang mit Suchtmitteln“) des BfS regelmäßig erhoben (Befragung von rd. 3.500 14- bis 18-jährigen Schülerinnen und Schüler [2009]). Dieses Konzept wurde in andere Städte übertragen und regionale Untersuchungen durchgeführt, bspw. das Kölner Schulenmonitoring oder das Frankfurter Monitoring-System Drogentrends (MoSyD).

Leider sind die Ergebnisse der Studien aufgrund der unterschiedlichen methodischen Anlage nicht problemlos miteinander zu vergleichen, da sie verschiedene Altersgruppen und Konsumarten untersuchen. So wird bspw. der Alkoholkonsum mal in Form der 30-Tage-Prävalenz, mal in Hinblick auf Trunkenheit betrachtet.

Grundsätzlich zeigen die angesprochenen Untersuchungen, dass Suchtmittelkonsum im Kinder- und Jugendalter eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt. Die HBSC Studie dokumentiert für mindestens 5 % der 11- bis 15-Jährigen einen wöchentlichen Tabakkonsum. Die Prävalenzdaten liegen hier bei Mädchen bundesweit sogar etwas höher.

Abb. 1: Konsumverhalten der 11- bis 15-jährigen Hamburger Jungen und Mädchen (Cannabis 30-Tage-Prävalenz (15-Jährige); Alkohol und Tabak: Konsum mindestens 1mal/Woche (11- bis 15-Jährige))



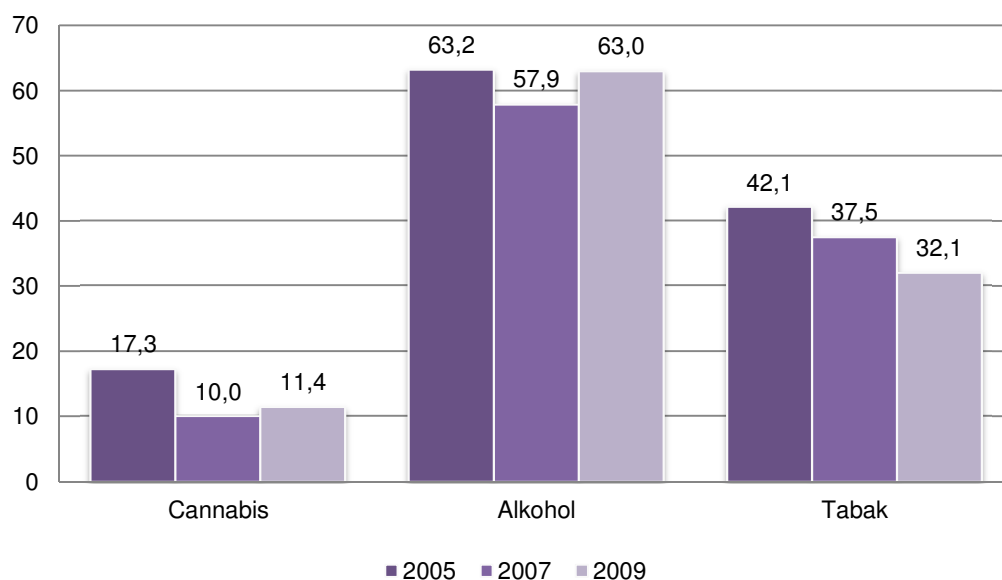
\* 30-Tage-Prävalenz (15-Jährige); \*\* mindestens 1mal/Woche (11- bis 15-Jährige)  
Quelle: HBSC Studie

Mindestens einmal die Woche Alkohol konsumieren in Deutschland 6 % der 11- bis 15-jährigen Mädchen und knapp 10 % der gleichaltrigen Jungen. Für die Hamburger Stichprobe liegen uns keine vergleichbaren Zahlen vor, doch deuten die Ergebnisse der Studie auf ähnliche Werte hin, wenn es in der Analyse des Gesundheitsberichts „Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg“ heißt „etwa jede/r zehnte 15-jährige befragte Jugendliche schildert, dass alle Freundinnen und Freunde Alkohol trinken.“<sup>6</sup>

Beim Cannabis-Konsum von 15-Jährigen weist die Hamburger Stichprobe deutlich höhere Prävalenzen auf als die bundesweiten Ergebnisse bzw. die NRW Stichprobe. 16 % der befragten 15-jährigen Jungen und 8 % der gleichaltrigen befragten Mädchen haben in den letzten 30 Tagen gekifft.

Schaut man jedoch auf Trends und Entwicklungen in den letzten Jahren, beschreiben die Ergebnisse der letzten SCHULBUS Untersuchung in Hamburg einen Rückgang des Konsums in der befragten Altersgruppe beim Rauchen sowie beim Cannabiskonsum.

Abb. 2: 30-Tage-Prävalenzen von Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum (in Prozent) bei 14- bis 18-Jährigen in Hamburg



Quelle: SCHULBUS, BfS

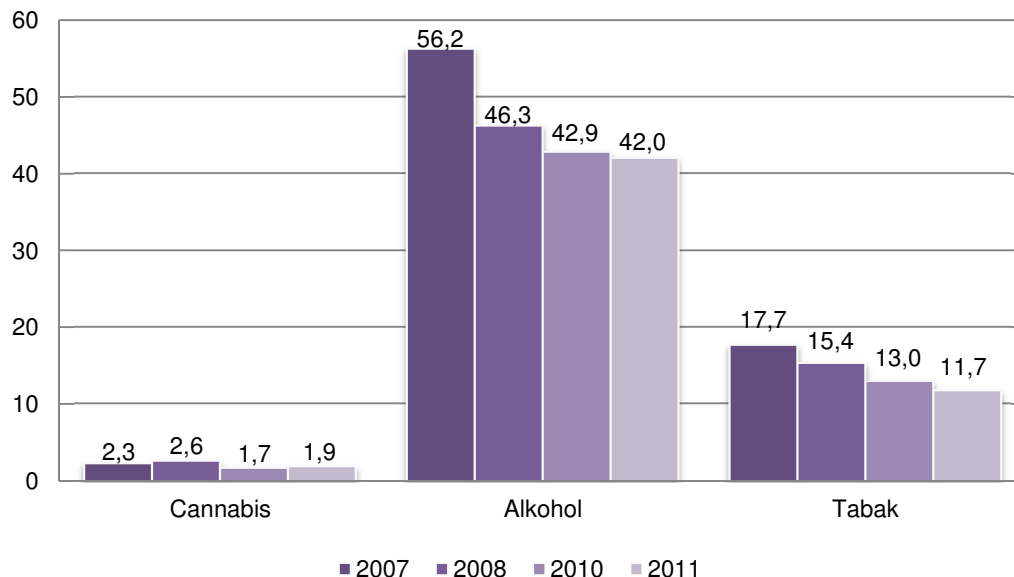
Neben den sinkenden Prävalenzzahlen ist in Hamburg auch eine Erhöhung des Einstiegsalters festzustellen: „Wie auch beim Alkohol ist beim Rauchen ebenfalls eine weitere Erhöhung des Einstiegsalters zu beobachten. 2009 ergab sich ein Wert von 13,2 Jahren (2005 12,6 Jahre; 2007 13,0 Jahre).“<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Saier, U. (2012). *Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg. Berichte und Analysen zur Gesundheit*. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, S. 39.

<sup>7</sup> Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2010). *Was und wie viel trinken und rauchen Jugendliche in Hamburg*. Pressemitteilung vom 04.02.2010. Hamburg: BfS, S. 2.

Ähnliche Konsumtrends beschreibt die Drogenaffinitätsstudie der BZgA<sup>8</sup>, die allerdings eine jüngere Altersgruppe untersucht und deren Daten, wie bereits erwähnt, damit nicht vollständig mit den Zahlen der SCHULBUS-Untersuchung zu vergleichen sind<sup>9</sup>:

Abb. 3: Anteil der RaucherInnen sowie 30-Tage Prävalenzen von Alkohol- und Cannabiskonsum (in Prozent) bei 12- bis 17-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: BZgA

Die bundesweiten Prävalenzwerte liegen unter denen in Hamburg, was aber mit der jüngeren Altersgruppe der BZgA-Stichprobe einerseits und dem großstädtischen Umfeld in Hamburg andererseits zu erklären ist. Deutlich wird, dass die sinkenden Konsumprävalenzen einen allgemeinen Trend darstellen.

Eine Ausnahme bildet das auch in den Medien in den letzten Jahren in den Fokus gerückte zunehmende extreme Trinken (binge-drinking) – oft mit der Folge akuter Intoxikation. Diese Entwicklung bestätigt auch die Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistiken in Bezug auf Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen. In einer vom BfS durchgeführten Analyse zeigt sich, dass in Hamburg nach einem kontinuierlichen Anstieg in den Jahren 2000 bis 2009 zuletzt allerdings ein deutlicher Rückgang der Zahl der Fälle der im Krankenhaus wegen einer Alkoholintoxikation stationär behandelten 10- bis 20-Jährigen (pro 100.000 Einwohner) zu verzeichnen ist.<sup>10</sup>

Insbesondere beim Tabakkonsum zeigen sich in Hamburg – wie bundesweit – positive Entwicklungen. Die stark sinkenden RaucherInnenzahlen können sicher auf das insgesamt gewandelte Klima zum Thema Rauchen, der Anhebung der Abgabealtersgrenze aber

<sup>8</sup> Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: BZgA.

<sup>9</sup> Auch mit Studien in anderen Bundesländern bzw. Städten (bspw. Frankfurter MoSyD oder Kölner Schulmonitoring) ergibt sich das Problem der Vergleichbarkeit aufgrund des unterschiedlichen Zuschnitts der Altersgruppen sowie der abgefragten Konsummuster.

<sup>10</sup> Vgl. Baumgärtner, T. (2012). *Alkoholintoxikationen 2000 bis 2010 bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Was taugen die Krankenhausdiagnosestatistiken bei der Wirksamkeitsbeurteilung von Maßnahmen staatlicher Alkoholkontrollpolitik?* Hamburg: BfS.



auch als Erfolg der in den letzten Jahren eingeführten Rauchverbote (z.B. an Hamburger Schulen und im öffentlichen Nahverkehr) gewertet werden.

Neben stoffgebundenen Süchten bzw. entsprechendem Konsum wird auch dem Glücks- und Computerspiel sowie dem exzessiven Gebrauch Neuer Medien im Jugendalter zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Die BZgA stellt bundesweit in den letzten Jahren eine signifikante Zunahme der Anteile von Jugendlichen fest, die an Glücksspielen teilnehmen: Die 12-Monatsprävalenz der 16- und 17-Jährigen erhöhte sich von 24,2 % im Jahr 2009 auf 31,5 % im Jahr 2011.<sup>11</sup> Die SCHULBUS-Untersuchung im Jahr 2009 legte einen Schwerpunkt auf Glücks- und Computerspielsüchte und liefert in diesem Bereich wertvolle epidemiologische Daten für Hamburger Jugendliche: 20 % der befragten 14- bis 18-Jährigen gaben an, in den vergangenen 30 Tagen an einem Glücksspiel teilgenommen zu haben.<sup>12</sup> Regelmäßig, also mehrmals im Monat, werden nach Ergebnissen der Sondererhebung unter Jugendlichen in Hamburg vor allem Sportwetten abgeschlossen (6 %) oder Poker (6 %) sowie an Geldspielautomaten (3 %) gespielt.

Weiter verbreitet als Glücksspielen ist unter Jugendlichen das Computerspielen. Als regelmäßige ComputerspielerInnen (= mehrmals wöchentlich) bezeichnen sich fast die Hälfte der befragten 14- bis 18-Jährigen. Verbreitet gespielt werden v.a. Ego-Shooter wie „Counter-Strike“ oder Abenteuer/Rollenspiele wie „World of Warcraft“.<sup>13</sup>

Auffällig ist, dass beim Glücksspiel sowie bei Computerspielen die Prävalenzen bei Jungen deutlich höher liegen als bei Mädchen. Insbesondere Jungen und junge Männer mit Migrationshintergrund sind laut Baumgärtner anfällig für regelmäßiges Glücksspiel – weniger allerdings für Computerspiele.

Die Prävalenz von Suchtproblemen unter (jungen) MigrantInnen ist kaum untersucht, doch gibt die SCHULBUS-Untersuchung für Hamburg erste Hinweise. Demnach zeigen sich nicht nur die o.g. Unterschiede bei Computer- und Glücksspiel: Auch beim stoffgebundenen Suchtmittelkonsum weisen die Ergebnisse Unterschiede im Konsumverhalten der Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund auf<sup>14</sup>: Jugendliche mit Migrationshintergrund konsumieren insgesamt v.a. weniger Alkohol (insbesondere muslimische Jugendliche), auch zeigen sie deutlich größere Geschlechterunterschiede als unter einheimisch-deutschen Mädchen und Jungen.

Weitere Hinweise liefern hierzu auch die Ergebnisse der Basisdatendokumentation BADO über die Erreichung von KlientInnen in der ambulanten Suchthilfe in Hamburg (vgl. Pkt. 4.3.3).

### *Polizeiliche Kriminalstatistik*

Die Drs. DKuJ verweist in ihrer Bestandsaufnahme auch auf die polizeiliche Kriminalstatistik – wohl wissend, dass „[d]ie Statistiken zur registrierten Rauschgiftkriminalität [...] immer auch unmittelbarer Ausdruck der jeweiligen Kontrollstrategien und -intensität der Strafverfolgungsbehörden [sind] und [...] sich deshalb nur bedingt zur epidemiologi-

<sup>11</sup> Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen 2007, 2009 und 2011*. Köln: BzGA.

<sup>12</sup> Vgl. Baumgärtner, T. (2010). *Jugendliche – Glücks- und Computerspiele – Rauschmittelgebrauch. Zusammenfassende Kurzbeschreibung ausgewählter Ergebnisse der SCHULBUS-Sondererhebung 2009*. Hamburg: BfS.

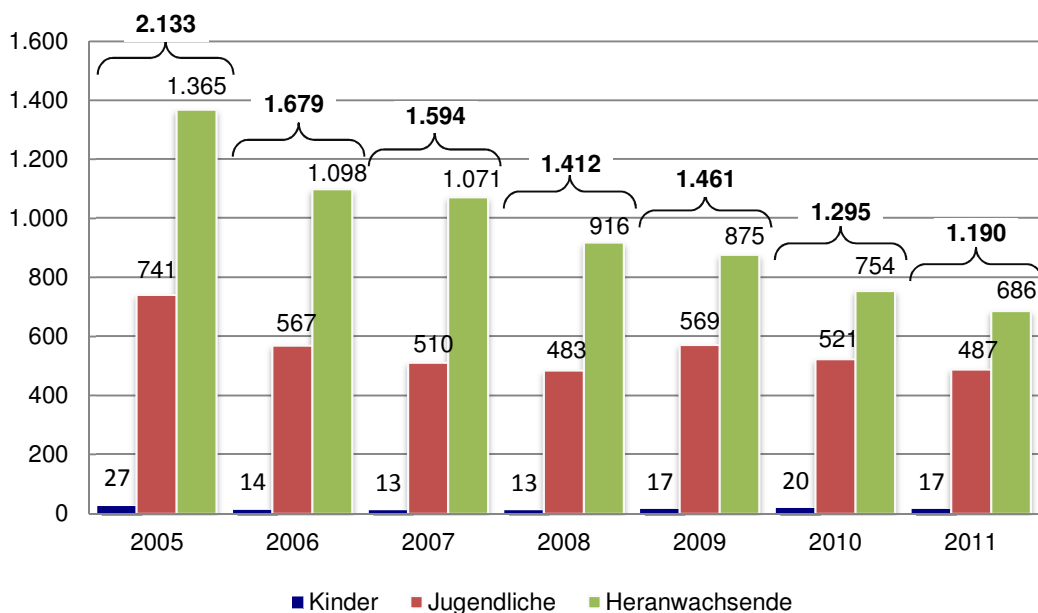
<sup>13</sup> Vgl. ebd.

<sup>14</sup> Vgl. ebd.

schen Abschätzung des illegalen Drogenkonsums eignen. Gleichwohl liefern sie wertvolle Hinweise auf spezifische Entwicklungen und Veränderungen“.<sup>15</sup>

Anders als noch 2005 festgestellt, ist die Zahl der Rauschgiftdelikte nicht weiter angestiegen. Im Gegenteil: Die Zahl der Tatverdächtigen ist in Hamburg insgesamt deutlich zurückgegangen und liegt 2010 (N gesamt = 5.707) nur noch bei zwei Drittel des Jahres 2005 (N gesamt = 8.537; alle Werte s. Tab. 18). Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung im Bereich der bis 21-Jährigen:

Abb. 4: Entwicklung der Tatverdächtigen bei Rauschgiftkriminalität in Hamburg von 2005 bis 2010 – abs. Zahlen



Quelle: LKA<sup>16</sup>

Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden ist der Rückgang noch stärker als bei den Erwachsenen ausgeprägt: Von 2.133 im Jahr 2005 auf 1.190 im Jahr 2010 (-55,8 %). Dies ist v.a. auf die stark gesunkenen Zahlen bei den Heranwachsenden zurückzuführen. Die Anzahl der Tatverdächtigen geht damit in Hamburg viel deutlicher zurück als im Bundestrend, wo die Tatverdächtigenzahlen in den Jahren 2005 bis 2010 bei Erwachsenen um insg. 15,1 % und bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden -29,1 % sanken (Detailwerte vgl. Tab. 2019 im Anhang).

Betrachtet man die Entwicklung bei den erstauffälligen KonsumentInnen harter Drogen, so zeigt sich, dass der seit 1990 rückläufige Trend weiter anhält und in Hamburg erneut stärker ausgeprägt ist als bspw. in Frankfurt am Main, in den anderen Stadtstaaten und im Bund (vgl. Tab. 1):

<sup>15</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 4. Im Folgenden häufig als Drs. DKuJ abgekürzt.

<sup>16</sup> Landeskriminalamt Hamburg (2012). *Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2011*. Hamburg: Polizei Hamburg, S. 79.

Tab. 1: Erstauffällige KonsumentInnen harter Drogen 2005 bis 2010 in Hamburg und anderen Städten sowie im Bund – abs. Zahlen und Veränderungen zum Vorjahr sowie von 2005 bis 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hamburg	498	485	433	376	406	328
Veränderung zum Vorjahr		-2,6 %	-10,7 %	-13,2 %	8,0 %	-19,2 %
Veränderung 2005 bis 2010 gesamt						<b>-34,1 %</b>
Bremen	144	151	83	150	174	109
Veränderung zum Vorjahr		4,9 %	-45,0 %	80,7 %	16,0 %	-37,4 %
Veränderung 2005 bis 2010 gesamt						<b>-24,3 %</b>
Berlin	712	888	838	942	689	939
Veränderung zum Vorjahr		24,7 %	-5,6 %	12,4 %	-26,9 %	36,3 %
Veränderung 2005 bis 2010 gesamt						<b>31,9 %</b>
Frankfurt am Main	823	724	743	737	809	803
Veränderung zum Vorjahr		-12,0 %	2,6 %	-0,8 %	9,8 %	-0,7 %
Veränderung 2005 bis 2010 gesamt						<b>-2,5 %</b>
Bund	19.990	19.319	18.620	19.203	18.139	18.621
Veränderung zum Vorjahr		-3,4 %	-3,6 %	3,1 %	-5,5 %	2,7 %
Veränderung 2005 bis 2010 gesamt						<b>-6,8 %</b>

Quelle: GBE<sup>17</sup> Lagebild Rauschgiftkriminalität sowie Polizeipräsidium Frankfurt am Main.

Über die betrachteten Jahre sind in Hamburg, mit einer Ausnahme, beständig weniger KonsumentInnen harter Drogen erstmals auffällig geworden. Der Trend ist damit in Hamburg deutlich stabiler als etwa in Bremen, wo 2008 und 2009 erhebliche Anstiege beobachtet wurden. Betrachtet man die Veränderung von 2005 bis 2010 so ergeben sich für Hamburg mit einem Rückgang von 34,1 % z.T. deutlich bessere Ergebnisse als für die übrigen Stadtstaaten und das Bundesgebiet. In Frankfurt am Main konnte zwar zwischenzeitlich, v.a. vom Jahr 2005 auf das Jahr 2006, ein Rückgang verzeichnet werden, über den gesamten Zeitraum jedoch haben sich die Zahlen kaum verändert.

## 4 Ergebnisse der Untersuchung

Bevor die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt werden, soll auf die wesentlichen Begrenzungen des Untersuchungsgegenstands eingegangen werden. Die Untersuchung sollte sich 1.) den *Strukturen* der Suchtprävention widmen und nicht die Einrichtungen und Projekte, die suchtpreventiv arbeiten, betrachten. Des Weiteren beschränkt sich die Aufgabenstellung 2.) auf *selektive und indizierte* Suchtprävention sowie 3.) auf den Bereich von Suchtprävention, der sich *Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen* widmet.

Anders als in den Jahren 2003/2004, als FOGS die Hamburger Suchthilfelandchaft betrachtete, nimmt die Hamburger Suchthilfe und ebenso die Jugendhilfe Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit suchtbefragten Problemlagen sowie entsprechende Risi-

<sup>17</sup> Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Tabelle des Bundeskriminalamtes über polizeilich erstauffällige Konsumenten harter Drogen. [https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_PROC?\\_XWD\\_2/2/XWD\\_CUBE.DRILL/\\_XWD\\_28/D.413/28676#AKT](https://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_28/D.413/28676#AKT) [Zugriff am 26.04.2012].

kogruppen deutlich mehr in den Blick. Ein wesentlicher Meilenstein für diese Entwicklung ist das 2004/2005 erstellte Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“, veröffentlicht am 03.05.2005 als Drucksache 18/3422. Seit dieser Zeit wurden Zuwendungsmittel umgesteuert und neue Angebote für junge Menschen aufgebaut. Zudem wurden behördliche Strukturen verändert: Kernpunkt war dabei die Verlagerung von Zuständigkeiten und Personalressourcen von der Gesundheits- zur Sozialbehörde. Suchtprävention obliegt seither dem Amt für Jugend und Familie, das hierzu eine enge Kooperation mit der Gesundheitsbehörde aufgebaut hat.

Das Konzept formulierte eine Reihe von Soll-Aussagen, von denen einige einen Rahmen für die hier dargestellte Untersuchung der Strukturen der selektiven und indizierten Suchtprävention bildeten. So legt das Konzept z.B. fest:

- Die Federführung für die Suchtprävention obliegt der Behörde für Soziales und Familie (jetzt BASFI).
- Unter dieser Federführung soll eine verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention geleistet werden.
- Die zuständige Behörde erhält zusätzliche Steuerungskompetenzen.
- Koordination und Steuerung erfolgt durch die STAGS. Die STAGS definiert Zielsetzungen und Qualitätsmerkmale, die von den Koordinations- und Fachstellen umzusetzen sind sowie fachliche Standards für Suchtprävention.
- Die Amtsleiterrunde Drogen überwacht die Umsetzung der Drucksache.
- Die (damalige) BSF soll unter Beteiligung von Jugendämtern und Suchthilfeträgern Empfehlungen für die Kooperation von Jugendhilfe und Suchthilfe erstellen.
- Die Umsetzung der Maßnahmen auf regionaler Ebene wird zusätzlich durch die bezirklichen Jugendämter begleitet und unterstützt, die hierfür Ansprechpartner für regionale Belange der Suchtprävention benennen; die (damalige) BSF übernimmt die fachliche Steuerung der bezirklichen Aktivitäten.
- Ergänzend wurde in der zwischenzeitlich außer Kraft getretenen Globalrichtlinie GR J 2/06 festgelegt, dass die Bezirksämter sicherstellen, dass Suchtprävention in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit konzeptionell im Kontext ihrer Gesamtplanungen entwickelt und gefördert wird; in jeder Einrichtung der Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit wird mindestens einmal pro Jahr ein ausgewiesenes suchtpreventives Projekt durchgeführt.
- Alle Einrichtungen der Suchtprävention arbeiten im Fachausschuss Suchtprävention (FAS) der HLS als ihrem zentralen Koordinationsgremium unter Federführung des BfS zusammen.
- Es sollen regionale Suchtberatungsangebote auch für Jugendliche zur Verfügung stehen; die Beratungsstellen der Suchthilfe und die regionalen Einrichtungen der offenen Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit arbeiten in den Jugendamtsregionen zusammen und tragen gemeinsam zur Ausweitung von Beratungsmöglichkeiten für Jugendliche bei etc.
- Für die Einschätzung der Situation der Kinder sollen standardisierte Verfahrensweisen zur Verfügung stehen, die flächendeckend von den Trägern der Suchthilfe angewendet werden.
- Risikogruppen sollen gezielt durch Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe angesprochen werden.

- Die Qualität der indizierten Suchtprävention und der Hilfe für Suchtmittel konsumierende und missbrauchende Kinder und Jugendliche in Hamburg soll durch die Einrichtung des „Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kinder- und Jugendalters“ verbessert werden.
- Das SPZ, das BFS, die Sozialpädagogische Fortbildung der (damaligen) BSF, das DZSKJ, Kaja, Kompaß und HIDA sowie das Beratungszentrum Kö 16a arbeiten in Zukunft enger zusammen, entwickeln abgestimmte Fortbildungsangebote und beziehen dabei Fachkompetenzen von Sucht und Jugendhilfe sowie suchtmmedizinischen Angeboten regelhaft ein.
- Eltern, Angehörige und Fachkräfte der Jugendarbeit werden durch Information, Fortbildung und Praxisbegleitung intensiver unterstützt.
- Alle LehramtsreferendarInnen werden für schulische Suchtprävention qualifiziert.
- Um die Vorgaben zu Suchtvorbeugung in den Bildungsplänen aller Schulen zu erfüllen, finden laufend Lehrerfortbildungen, schulinterne Qualifizierungs- und Weiterbildungsangebote für Lehrkräfte etc. statt und es wird standardisiertes Unterrichtsmaterial entwickelt und eingesetzt.
- Wenn Lehrkräfte bei SchülerInnen mit problematischem Suchtmittelkonsum nicht ausreichend intervenieren können, werden entweder REBUS tätig oder das SPZ. REBUS zieht das SPZ bei Suchtproblemen hinzu; Maßnahmen der Suchtprävention sind mit solchen gegen Schulabsentismus zu verknüpfen.
- Jugendhilfe, Schule und Suchthilfe arbeiten fallbezogen zusammen.
- Das Kooperationsprojekt connect soll ausgeweitet werden, zudem sollen die Institutionen, die bei der Versorgung von suchtkranken Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern beteiligt sind, kooperieren.

In den folgenden Abschnitten sollen die Strukturen und die Situation in Hamburg mit Blick auf diese Zielsetzungen sowie – soweit möglich – unter Berücksichtigung der Zielkriterien, die in der STAGS entwickelt wurden, betrachtet werden.

## **4.1 Für Suchtprävention zuständige Behörden**

Zunächst sollen die relevanten für selektive und indizierte Suchtprävention Zuständigen, die Verteilung der Verantwortung und ggf. strukturell oder umsetzungsbezogene Probleme vorgestellt werden.

### **4.1.1 BASFI – Amt für Familie**

An erster Stelle zu nennen ist hier das Amt für Familie der BASFI, das mit der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ die zentrale Zuständigkeit für Suchtprävention in Hamburg erhielt. Unter der Federführung des Amtes für Familie soll eine verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention geleistet werden. Dabei sind andere Behörden, insbesondere die Gesundheits- und die Schulbehörde miteinzubeziehen. Das zentrale Gremium für Koordination und Steuerung der Suchtprävention ist die STAGS, die Amtsleiterrunde Drogen überwacht die Umsetzung der Drucksache (mehr dazu s. Pkt. 4.1.5).

Dem Amt für Familie wurden mit den neuen Zuständigkeiten auch personelle Kapazitäten übertragen: eine Referentenstelle wechselte von der Gesundheitsbehörde ins Amt für Fa-

milie und mit ihr der am alten Platz schon mit dem Bereich Suchtprävention befasste Referent. Damit wurden die Kapazitäten für die fachliche Entwicklung und Steuerung von Suchtprävention im Amt für Familie vom März 2006 bis Februar 2011 verdoppelt. Dann ging die zuständige Referentin in Altersteilzeit, seither ist die Stelle unbesetzt und die Kapazität wieder auf das Maß von vor 2006 reduziert. Die Verringerung der Kapazitäten sowie die Veränderungen nach der Landtagswahl 2011 zeigten Auswirkungen auf die fachliche Steuerung im Amt für Familie, bspw. nahm die Zahl der STAGS-Sitzungen deutlich ab und das Controlling der Umsetzung des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ wurde nicht mehr weiterverfolgt.

Aktuell wurde entschieden, dass die federführende Zuständigkeit für Suchtprävention in die Gesundheitsbehörde zurückgeführt wird und mit ihr auch die Zuständigkeit für das BfS sowie ggf. – und das erstmals – für suchtpreventive Einrichtungen, wie Kaja und Kompaß.

Im Rahmen der Neustrukturierung wurde 2006 das seit 1993 arbeitende **Büro für Suchtprävention** (BfS) der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) der BASFI zugeordnet und wird dort, anders als alle Projekte, als einziges gefördertes Suchtpräventionsprojekt vollständig im Amt für Familie verwaltet und gesteuert. Das Büro für Suchtprävention (BfS) ist die zentrale Fach- und Koordinierungsstelle der Suchtvorbeugung in Hamburg, es richtet sich v.a. an die Fachöffentlichkeit und an MultiplikatorInnen, die in ihrem beruflichen Bereich suchtpreventive Aufgaben übernehmen. In kleinerem Rahmen werden aber auch Kinder und Jugendliche oder Familien beraten. Das BfS untersucht regelmäßig das Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen (SCHULBUS) und ist zuständig für die Evaluation der Suchtprävention über das Dokumentationssystem für Maßnahmen der Suchtprävention (Dot.sys). Des Weiteren betreut das BfS u.a. **den Fachausschuss Suchtprävention** (FAS) der HLS – das zentrale Austauschgremium für Suchtpräventionsangebote in Hamburg, in dem auch die Behörden, das BfS sowie die bezirklichen KoordinatorInnen vertreten sind. Schließlich werden durch das BfS Materialien erstellt, diverse Projekte betreut, darunter das Kooperationsprojekt Herkunft-Ankunft-Zukunft (entstanden aus dem AK Migration und Suchtprävention) und die Netzwerkprojekte connect und Lina-net, sowie Fortbildungen durchgeführt. Seit 1999 wird zusammen mit dem SPZ halbjährlich eine Übersicht über das Fortbildungsprogramm der Hamburger Anbieter im Bereich Suchtprävention erstellt, die der ebenfalls gemeinsam erstellten Zeitung für Suchtprävention beiliegt.

Die BASFI ist fachlich für die Umsetzung der bezirklichen Jugendhilfe/der Hilfen zur Erziehung (HzE) zuständig, wozu auch Aufgaben der Suchtprävention für die in diesen Maßnahmen betreuten Kinder, Jugendlichen, Heranwachsenden und jungen Erwachsenen gehören. Zudem ist sie für Suchtprävention im Vorschulalter und in der außerschulischen Jugendarbeit verantwortlich.

Die Behörde fördert hamburgweit ausgerichtete Angebote und Einrichtungen für Jugendliche, die sich an jugendgefährdenden Orten aufhalten und denen auch Aufgaben der – meist indizierten – Suchtprävention zukommen: z.B. im Bereich der Straßensozialarbeit die szenenahen Angebote von Basis und Woge e.V. und das Café Sperrgebiet des Diakonischen Werks. Basis und Woge e.V. richtet sich mit verschiedenen Projekten, z.B. **KIDS**, der Anlaufstelle am Hauptbahnhof, oder den Hilfen für jugendliche männliche Prostituierte an junge Menschen, die sich in der Drogen- und Prostitutionsszene aufhalten. Das **Café Sperrgebiet** des Diakonischen Werks dient als Anlauf-, Beratungs- und Übernachtungsstelle für Mädchen und junge Frauen, die in St. Georg der Straßenprostitution nachgehen<sup>18</sup>, viele der Nutzerinnen sind drogenabhängig. Und obgleich es zum

---

<sup>18</sup> Aktuell wird die Konzeption des Café Sperrgebiet überarbeitet.

Selbstverständnis der BASFI gehört, keine expliziten Beratungseinrichtungen für manifest Abhängige zu fördern<sup>19</sup>, doch richten sich einige der Einrichtungen durchaus an Jugendliche/junge Volljährige, die in erheblichem Maß und z.T. abhängig konsumieren und beraten diese auch. Bspw. wenden sich die o.g. Angebote (auch) an suchtmittelmissbrauchende und -abhängige Jugendliche.

So fördert die Behörde direkt suchtberatungsorientierte Angebote, wie **Kajal, Kompaß und IGLU**. Kajal, eine Beratungsstelle des Trägers Frauenperspektiven e.V., berät drogenkonsumierende Mädchen und junge Frauen sowie ihre Angehörigen oder MultiplikatorInnen und bietet darüber hinaus Suchtpräventionsveranstaltungen und -fortbildungen an. Die Beratungsstelle Kompaß des Vereins Trockendock (früher Hilfe für alkoholgefährdete Kinder und Jugendliche e.V.) berät Kinder alkoholkranker Eltern, leistet aber auch Beratung, Kurse, Veranstaltungen etc. für Eltern und pädagogische Fachkräfte. Palette e.V. unterstützt im Projekt IGLU Kinder von drogenabhängigen Eltern und die Eltern selbst – sowohl im Rahmen der hamburgweit ausgerichteten Beratungsstelle als auch in Form bezirklich organisierter Hilfen zur Erziehung.

Schließlich fördert die BASFI diverse weitere Pprojekte, darunter bspw. das Netzwerkprojekt connect, das die regionale Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Fachkräften interdisziplinär organisiert, um Kindern aus suchtblasteten Familien besser helfen zu können oder Peeransätze wie z.B. „Mobil? Aber sicher!“.

Die BASFI ist – ganz allgemein – für Kinderschutz zuständig und beteiligt sich an der Förderung des DZSKJ. Letzteres wird jedoch aktuell heruntergefahren, die BASFI will sich aus der Förderung der Fachstelle zurückziehen.

Der BASFI obliegt als Fachbehörde die übergeordnete Steuerung der Jugendhilfe. Die zentralen Steuerungsmittel dazu sind – neben konkreten Leistungsvereinbarungen mit einzelnen bezirksübergreifend tätigen Einrichtungen – Fachanweisungen, Globalrichtlinien und (gegenseitige) Vereinbarungen. Regelungen und Vereinbarungen zu Suchtprävention finden sich in den beiden letztgenannten Instrumenten, die aufgrund ihrer weichen Formulierungen und dem begrenzt bindenden Charakter jedoch nur eingeschränkt kontrollierbar sind (vgl. dazu Pkt. 4.2.1). Die Bezirksämter berichten der BASFI jährlich im Rahmen des Berichtswesens zur OKJA (auch) über die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen. Inwiefern im Hze-Controlling auf suchtpreventive Aufgaben eingegangen wird, konnte im Rahmen der Untersuchung nicht eruiert werden.

Die auf Landesebene angesiedelten Suchtpräventionsprojekte werden durch das Landesjugendamt betreut und controlled, wobei die Fachebene Suchtprävention im Amt für Familie kaum in Entscheidungen einbezogen wird. Auch findet keine Abstimmung mit der BGV statt, die u.a. für die regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche zuständig ist. Die Einrichtungen dokumentieren ihr Klientel und ihre Arbeit nach den Vorgaben des Landesjugendamtes und nehmen nicht, auch da nicht, wo abhängige Jugendliche beraten werden, an der landesweiten Basisdokumentation im Suchtbereich (BADO) teil.

---

<sup>19</sup> Die Kö 16a – Suchtberatung für Jugendliche und deren Eltern, die früher bei der BASFI verortet war, wurde im Rahmen der Neustrukturierung der Gesundheitsbehörde zugeordnet. Weitere suchtspezifische Einrichtungen, die sich ausschließlich an bereits abhängige Jugendliche und junge Erwachsene wenden (wie die Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene im UKE, der Kinder- und Jugendtug in der Fachklinik Bokholt) werden über die Krankenkassen finanziert.

#### 4.1.2 BGV – Amt für Gesundheit

Die BGV ist die für Suchthilfe zuständige Behörde in Hamburg. Der Fachabteilung Drogen und Sucht obliegt die fachliche Steuerung und die Förderung ambulanter Suchthilfe sowie von Eingliederungshilfmaßnahmen für Suchtkranke. D.h. die fachliche und die finanzielle Steuerung erfolgen in einer Abteilung, was das fachliche Know-How im Bereich der Sachbearbeitung fördert.

In der Gesundheitsbehörde wurde im Nachgang zum FOGS-Gutachten und dem dort festgestellten Mangel an indizierter Suchtprävention, Frühintervention und Suchthilfe für Jugendliche und junge Volljährige im Jahr 2005 die neue Konzeption zu Suchtprävention und Hilfen für suchtgefährdete Kinder und Jugendliche entwickelt und ein Bündel von strukturellen Maßnahmen vorbereitet.

Die Gesundheitsbehörde fördert die Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen, die Dachorganisation der Träger und Einrichtungen von Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention in Hamburg. Zur HLS gehört das von der BASFI geförderte Büro für Suchtprävention. Die HLS organisiert mehrere Fachausschüsse und betreut einige Projekte, darunter das Netzwerkprojekt Lina-net. Mit der Förderung durch die Gesundheitsbehörde konnte des Weiteren, wie von der Drs. DKuJ zur *„Verbesserung der Qualität der indizierten Suchtprävention und der Hilfe für Suchtmittel konsumierende und missbrauchende Kinder und Jugendliche in Hamburg“*<sup>20</sup> vorgesehen, am UKE das Deutsche Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter (DZSKJ) aufgebaut werden. Dieses führt seit Oktober 2006 Forschungsvorhaben v.a. im Bereich der indizierten Suchtprävention durch und evaluiert die neuen Suchtberatungsangebote im Rahmen des Programms Drogenfreie Kindheit und Jugend. Die Erkenntnisse aus den Forschungsprojekten fließen in Fortbildungen für Beschäftigte der Suchthilfe ein. Neben der „Drogenambulanz für Jugendliche und Jungerwachsene mit Suchtstörungen“ unterhält das UKE schließlich seit Dezember 2008 eine Jugend-Suchtstation.

Die BGV ist zuständig für die Suchthilfe in Hamburg. Die BGV hat zusammen mit dem Fachrat der Träger der Suchtkrankenhilfe darauf hingewirkt, dass die Suchtberatungsstellen die Situation von Kindern ihrer KlientInnen stärker in den Blick nehmen: So wurden 2008 und 2010 Fachkräfte aus jeder Suchtberatungsstelle in Kinderschutz fortgebildet und es wurden Standards für die Erfassung der Situation von Kindern der Klientel entwickelt, die z.T. in die Bado umgesetzt werden und zum anderen nun Bestandteil der Anamnesegespräche mit KlientInnen sind.

Mit der Umsetzung der Drs. DKuJ baute die BGV im Rahmen eines Modellprojekts zusammen mit den Bezirksämtern sechs regionale Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene auf. Bzgl. dieser Angebote besteht eine Rahmenvereinbarung zwischen Behörde und Bezirksämtern, in der die jeweiligen Aufgaben geregelt und ein gemeinsames Controlling vereinbart ist. Die Einrichtungen sollen aktiv auf suchtgefährdete Jugendliche und junge Volljährige zugehen, sie über Suchtmittel und Suchtgefahren aufklären, frühzeitig und unter Einbezug weiterer Kooperationspartner intervenieren, soziale Unterstützung organisieren und sie ggf. an das Suchthilfesystem heranführen bzw. vermitteln (vgl. hierzu Pkt. 4.3.1). Die Einrichtungen werden von erfahrenen Suchthilfeträgern betrieben und arbeiten im Stadtteil eng vernetzt mit anderen Hilfen, insbesondere mit der Jugendhilfe. Der Modellversuch gilt auch der Erprobung einer wirkungsorientierten Steuerung und wird wissenschaftlich begleitet.

---

<sup>20</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 16.



Zudem übernahm die Gesundheitsbehörde im Rahmen der Umsetzung der Drs. DKuJ die älteste überregionale Suchtberatung für junge Menschen in Hamburg, die Kö 16a (bis 21 Jahre). Die Kö 16a berät Kinder, Jugendliche, Heranwachsende und ihre Familien und unterstützt nach Bedarf Fachkräfte der Jugendhilfe.

Die BVG fördert Projekte der indizierten Suchtprävention, wie z.B. FreD und HaLT, beide bei der Kö 16a verortet. Sie förderte bis 2010 die Umsetzung von Realize it, einem über ein Bundesmodellprogramm entwickelten Beratungsprogramm für CannabiskonsumentInnen, bei mehreren Hamburger Suchthilfeeinrichtungen.

Die BGV fördert und koordiniert des Weiteren, wie von der Drs. DKuJ vorgesehen („[d]ie BSF wird [...] Empfehlungen für die Zusammenarbeit beider Systeme [JH und SH] erstellen“<sup>21</sup>), Kooperationen zwischen Sucht- und Jugendhilfe bzgl. der Zielgruppen Kinder von Suchtkranken und schwangere Suchtkranke durch Rahmenvereinbarungen: Die Vereinbarung „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ wurde von über 80 Institutionen unterzeichnet und bildet die Basis der Aktivitäten bei Lina-net, einer Informations- und Vernetzungsplattform zum Thema Schwangerschaft und Sucht. Die Kooperationsvereinbarung zwischen der Suchthilfe und den ASD „Familie – Kind – Sucht“ beschreibt Standards der Kooperation zwischen den Diensten. Im Rahmen dieser Kooperation mit den ASD fanden Austausch- und Fortbildungsveranstaltungen statt.

Die Förderung von Suchthilfe geschieht auf der Grundlage einer mit den Trägern abgestimmten Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit, die neueste Rahmenvereinbarung wurde am 7. November 2011 unterzeichnet. Sämtliche Suchthilfeeinrichtungen beteiligen sich an der Basisdaten- sowie der Leistungsdokumentation. Im Zuge der Umsetzung des FOGS-Gutachtens wird die Förderung zunehmend von der Input- auf eine Output-orientierte Steuerung umgestellt, so ist mit der Förderung der regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche zusätzlich ein Modellprojekt zur Einführung einer Wirkungsorientierten Steuerung verbunden.

Das zentrale Abstimmungsgremium zwischen Behörde und Trägern ist der Fachrat, in dem VertreterInnen von Sucht- und Drogenhilfeträgern sowie der Gesundheitsbehörde zusammenarbeiten. Seit 1997 berät der Fachrat die Gesundheitsbehörde in Grundsatzfragen der Sucht- und Drogenhilfe, bei der Umsetzung eines einrichtungübergreifenden Controllings und neuer Steuerungsmodelle sowie der Sicherung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards. Das Gremium agiert auf Trägerebene und setzt deshalb abgestimmte Maßnahmen effektiv um.

### 4.1.3 Behörde für Schule und Berufsbildung

Suchtprävention ist in mehreren Abteilungen der Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) ein Thema. Suchtprävention ist seit den 1990er Jahren integraler Bestandteil der **Bildungspläne für alle Schulformen**. In allen Bildungsplänen, ob für Grund- oder Stadtteilschulen sowie für Gymnasien, ist im Rahmen des Aufgabengebiets Gesundheitsförderung das Themenfeld Suchtprävention verbindlich vorgeschrieben.

Die Umsetzung von Suchtprävention in **Schulen** konnte im Rahmen dieser Studie nicht näher betrachtet werden, gleichwohl deuten Hinweise darauf hin, dass dies sehr unter-

---

21 Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 19.

schiedlich stattfindet (vgl. Pkt. 4.4). Im Rahmen der Reform der Lehrerausbildung wurde die Berufseingangsphase der Lehrkräfte neu geregelt: Bis 2010 erhielten alle ReferendarInnen verpflichtend eine Einführung in Suchtprävention (Bedeutung, Konzeption, Angebote), seither ist das freiwillig, wird aber weiterhin intensiv beim SuchtPräventionsZentrum (SPZ) nachgefragt. Zwischen Universität und Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) wurde vereinbart und seit dem Schuljahr 2011/2012 umgesetzt, dass alle in Hamburg neu eingestellten Lehrkräfte stattdessen an Fortbildungs-Modulen zu Suchtprävention im Rahmen der Berufseingangsphase (BEP) teilnehmen.

Das im Jahr 2000 gegründete **SuchtPräventionZentrum (SPZ)** wurde 2003 dem LI eingegliedert und unterstützt Schulen und – in deutlich geringerem Maß – Jugendhilfeeinrichtungen bei der Umsetzung von Suchtprävention. Das SPZ hält ein umfangreiches Fortbildungsprogramm für Lehrkräfte und Fachkräfte in der Jugendhilfe vor und hat diverse Unterrichts- und Informationsmaterialien entwickelt. Das SPZ berät Lehrkräfte, Teams und Schulen sowie Fachkräfte und MultiplikatorInnen aus der Jugendhilfe. Im Rahmen von Krisenintervention werden gefährdete SchülerInnen und deren Familien beraten und bei Bedarf in Suchtberatung vermittelt. Das SPZ organisiert Klassengespräche, Elternabende u.a. Informationsveranstaltungen, unterstützt Schulen bei der Planung und Durchführung von suchtpreventiven Projekten sowie bei der Entwicklung schulischer Regeln und Interventionen als Verknüpfungsaufgabe von universeller, selektiver und indizierter Suchtprävention. Im Rahmen der Umsetzung der Drs. DKuJ wurde der Schwerpunkt der Arbeit von der universellen mehr zur selektiven und indizierten Prävention verschoben. Das SPZ gibt zusammen mit dem BfS die Zeitung für Suchtprävention heraus.

Vom SPZ bzw. in Kooperation des SPZ mit anderen Einrichtungen werden in Schulen diverse Suchtpräventionsprojekte durchgeführt, wie z.B. der Schülerwettbewerb zur Nichtraucherförderung „Be smart – don’t start“, „Nichtrauchen! – Wie Eltern ihre Kinder dabei unterstützen können“, „Bekiff in der Schule“, „...und Tschüss!“ – ein Kurs zum Rauchstopp für Jugendliche. Seit 2002 werden regelmäßig SchülerInnen und Schülern in viertägigen „Youth-to-Youth“-Fortbildungen zu MultiplikatorInnen und Multiplikatoren in der Suchtvorbeugung qualifiziert.

Die 14 **Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS)** gehören als eigenständige Organisationseinheiten zum Amt für Bildung, wo sie zunächst in der Abteilung Schulaufsicht und Beratung verortet waren, seit Oktober 2011 jedoch in der Abteilung Gestaltung und Unterrichtsentwicklung/Referat Qualitätsentwicklung, Inklusion. Sie sind regional zuständige, schulexterne Einrichtungen, in denen insgesamt rd. 200 SchulpsychologInnen, Lehrkräfte und SonderpädagogInnen sowie SozialpädagogInnen auf Nachfrage SchülerInnen, Eltern und Lehrkräften in Problemsituationen beraten, Unterstützung unter Einbeziehung regionaler Hilfeangebote organisieren und so einen Verbleib von SchülerInnen in der Schule bzw. eine Wiederhinführung zu Schule und das Erreichung der Bildungs- und Erziehungsziele fördern. In geringerem Maße werden einzelfallübergreifende Leistungen, so genannte Systemberatungen, durchgeführt. Seit Anfang der 2000er Jahre wurde in jeder REBUS eine Ansprechperson für Sucht definiert. Diese Ansprechpersonen werden vom SPZ fachlich unterstützt, das in diesem Zusammenhang u.a. einen regelmäßig tagenden Arbeitskreis organisiert (vgl. auch Pkt. 4.4).

Die BSB fördert seit 2006 das DZSKJ gemeinsam mit den oben erwähnten Behörden und der Behörde für Wissenschaft, will sich jedoch ab 2014 aus der Finanzierung des Instituts zurückziehen.

#### 4.1.4 Bezirksämter

Suchtprävention ist eine von vielen Aufgaben im Rahmen der bezirklichen Jugendhilfe – sowohl im Bereich der Hilfen zur Erziehung als auch in der Offenen Kinder- und Jugendhilfe und der Jugendsozialarbeit. Die bis dahin von der Fachbehörde verwalteten Mittel für suchtpreventive Projekte wurden schon 1999 den Bezirksämtern zur alleinigen Verwaltung übertragen. Allerdings stellen nur zwei Bezirksämter, wie von der STAGS mehrfach allen Bezirksämtern empfohlen, der Suchtprävention jährlich eine definierte Summe zur Verfügung und nur ein Teil der Bezirksämter berät über die Verwendung dieser Mittel im Jugendhilfeausschuss (eine weitere andernorts nicht umgesetzte Empfehlung der STAGS). Die Globalrichtlinie J 2/06, die 2010 auslief, schrieb vor, dass alle Jugendhilfeeinrichtungen/-projekte pro Jahr mindestens ein suchtpreventives Projekt durchführen sollten. Diese Vorschrift wich im Jahr 2010 jedoch einer weichen und kaum überprüfbar formulierten (GR J 2/10)<sup>22</sup>, nachdem die Bezirksämter wiederholt darauf hingewiesen hatten, dass teilweise Projekte, die im weitestesten Sinne der Persönlichkeitsstärkung dienen, als suchtpreventives Projekt eingestuft worden sind, um die Vorgabe zu erfüllen.

Tatsächlich fördern die Bezirksämter – in sehr unterschiedlichem Umfang – freie Träger der Jugendhilfe für (selektive und indizierte) Suchtprävention, Straßensozialarbeit, stadtteilorientierte Suchtberatung und Prävention, suchtpreventive Netzwerkarbeit etc. Hierzu gehören bspw. Angebote von Palette e.V., Rückenwind und Jugendsozialarbeit HUDE.

In welcher Weise die ASD, als *das* Basissystem der Jugendhilfe auf suchtbetragene Probleme in den Familien schauen und inwiefern die Beschäftigten dafür qualifiziert sind, konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht genau erhoben werden. Hinweise deuten jedoch darauf hin, dass Suchtprobleme in der Familie kein Standardaspekt der Fallerschließung durch die ASD sind.

Im Rahmen der Umsetzung der Drs. DKuJ benannten die Bezirksämter im Jahr 2007 „KoordinatorInnen für Suchtprävention“. Ihre Anbindung und Ausstattung unterscheidet sich zwischen den Bezirken. Verortung und Ausstattung sind dabei meistens so gestaltet, dass die für alle gleichermaßen geltende in der STAGS beratene Aufgabenbeschreibung kaum umsetzbar ist (vgl. Pkt. 4.2.1).

Die Bezirksämter kooperieren mit der BGV hinsichtlich der Implementierung der regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene.

Nach zögerlicher Entwicklung arbeiten mittlerweile in fast allen Bezirken stadtteilbezogene connect-Netzwerke unter Beteiligung der Jugendämter (z.T. mit der initialen finanziellen Förderung durch die BASFI). Alle Bezirksämter haben die Rahmenvereinbarung „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ sowie die Rahmenkooperationsvereinbarung mit der Suchthilfe „Familie – Kind – Sucht“ unterzeichnet. Im Rahmen der letztgenannten Kooperation wurden Fachkräfte der ASD zu Sucht und Suchtprävention fortgebildet. Umgekehrt haben Kinderschutzkoordinatoren Suchthilfebeschäftigte zum Thema Kinderschutz qualifiziert.

Ob und wie die Bezirksämter die Berücksichtigung von suchtbetragenen Problemen in den HzE oder die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen im Rahmen der OKJA steuern, wurde im Rahmen der Untersuchung nicht deutlich. Der von der STAGS geförderte Versuch der Einführung von ZOPP-lite (Zielorientierte Projektplanung) als qualitätsunterstützendes Planungsmodul für Suchtprävention kann als weitgehend gescheitert angesehen werden.

---

<sup>22</sup> Vgl. Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (2005). *Globalrichtlinie GR J 2/06. Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit in den Bezirken vom 13.12.2005*. Hamburg: Behörde für Soziales und Familie.

#### 4.1.5 Vernetzung auf Behördenebene

Die Umsetzung der Drs. DKuJ wird in Hamburg v.a. über zwei Gremien gesteuert: Zum einen über die behördenübergreifende **Amtsleiterrunde Drogen**, deren Vorsitz bei der Gesundheitsbehörde liegt. In ihr sind die zuständigen Amtsleitungen von BGV und BASFI, BSB, Justizbehörde und Staatsanwaltschaft, Behörde für Inneres und Sport (Polizeipräsident), Senatskanzlei und des Bezirksamts Hamburg-Mitte vertreten. Die Amtsleiterrunde Drogen bearbeitet das gesamte Spektrum sucht- und drogenpolitischer Themen und überwacht seit 2006 auch die Umsetzung des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend“.

Die Drs. DKuJ sah vor, dass „unter Federführung der Behörde für Soziales und Familie [...] eine verbindliche und abgestimmte behördenübergreifende Steuerung der Suchtprävention geleistet [wird]“<sup>23</sup> sowie, dass eben diese „Koordination und Steuerung durch die STAGS“ erfolgen. In der Amtsleiterrunde wurde präzisiert, die STAGS definiere „Zielsetzungen und Qualitätsmerkmale [für Suchtprävention], die von den Koordinations- und Fachstellen umzusetzen sind“<sup>24</sup>. Die STAGS koordiniert in erster Linie die Zusammenarbeit der drei vorrangig zuständigen Fachbehörden BASFI, BGV und BSB sowie mit der Behörde für Inneres und Sport.

Die **Ständige Arbeitsgruppe Suchtprävention – STAGS** setzt sich zusammen aus VertreterInnen der Fachbehörden BASFI, BGV, BSB, Behörde für Inneres und Sport (bei Bedarf auch der Justizbehörde). Hinzu kommen je zwei autorisierte VertreterInnen der Bezirksamter aus den Bereichen Jugend und Gesundheit, die die bezirkliche Sicht in der AG einbringen und die Beratungsergebnisse in alle Bezirksamter zurücktransportieren sollen. Die Untersuchungsergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Einbindung der übrigen Bezirksamter über dieses Verfahren nicht immer als ausreichend empfunden wird.

An den STAGS-Sitzungen nehmen zudem regelmäßig das BfS, das SPZ und das DZSKJ teil sowie – bei Bedarf – VertreterInnen von weiteren Behörden, Ämtern oder Trägern.

Die Aufgaben der STAGS sind in der Drs. DKuJ beschrieben und wurden in verschiedenen Besprechungen der Amtsleiterrunde und der STAGS selbst präzisiert. Die letzte Aktualisierung ist vom 31. Mai 2010 und beschreibt die Aufgaben wie folgt:

- Operationalisierung der hamburgweiten Ziel- und Schwerpunktsetzungen
- Definition von vergleichbaren fachlichen Standards
- Beratung über den koordinierten Einsatz der vorhandenen Ressourcen
- Entwicklung von Leistungsmerkmalen
- Entwicklung von Kriterien eines Controllings für fachbehördlich geförderte Projekte, Maßnahmen und Kampagnen sowie entsprechender Empfehlungen für bezirklich geförderte Projekte
- Befassung mit Projekten der Bezirksamter und Fachämter in aggregierter Form und Vermittlung steuerungsrelevanter Bewertungen
- Bewertung der Ergebnisse des Controllings
- Berichterstattung an die Amtsleiterrunde Drogen.

<sup>23</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 14.

<sup>24</sup> *Protokoll der Sitzung der Amtsleiterrunde Drogen vom 14.2.2006.*

Die Umsetzung der verabredeten Maßnahmen obliegt den jeweiligen Fachbehörden bzw. Bezirksämtern, die Ergebnisse des Controllings sollen jedoch in die STAGS zurückgemeldet werden. Das Gremium soll mindestens fünfmal im Jahr zusammentreten.<sup>25</sup>

Tatsächlich hat die STAGS ihre Arbeit im Nachgang zur Drs. DKuJ intensiviert. Traf die Arbeitsgruppe sich in den Jahren 2004 bis 2006 lediglich zwei- bis dreimal pro Jahr, so waren es in den folgenden Jahren bis 2010 vier bis sechs Treffen. Für das Jahr 2011 wurde dann jedoch nur noch von zwei Treffen berichtet.

Die STAGS hat sich nach der Verabschiedung der Drs. DKuJ intensiv mit der Umsetzung der darin festgelegten Vorgaben beschäftigt. Die Fachbehörden, Bezirksämter und Fachstellen tauschten sich über jeweils initiierte Projekte aus, ließen sich zu Ergebnissen der SCHULBUS-Untersuchungen, von Modellprojekten, der Implementierung bezirklicher Koordination etc. unterrichten und diskutierten Möglichkeiten, aktuelle Probleme anzugehen (bspw. Binge-drinking und steigende Notfalleinlieferungen alkoholintoxizierter Kinder und Jugendlicher in Hamburger Krankenhäuser).

Die STAGS setzte zwei Unter-Arbeitsgruppen ein: zu Zielgrößen für ein Umsetzungscontrolling und zu vergleichbaren fachlichen Standards für Suchtprävention. In der AG „Zielgrößen“ wurden Indikatoren für die Struktur- und Ergebnisqualitätsmessungen der in der Drs. DKuJ genannten Ziele erarbeitet. Diese Indikatoren und ihre Entwicklung wurden im Rahmen einer ausführlichen Berichterstattung an die Amtsleiterrunde Drogen zur Umsetzung der Maßnahmen systematisch verfolgt. Zum Controlling der Umsetzung der Drs. DKuJ gibt es aus den Jahren 2007 und 2008 Berichte (jeweils im April), danach wurde die Erreichung/Entwicklung der Zielgrößen nicht mehr verfolgt bzw. auf die Ergebnisse der externen Evaluation gewartet. Auch die Amtsleiterrunde Drogen beschäftigte sich nicht mehr mit dem Stand der Umsetzung der Drs. DKuJ, wohl aber mit diversen einzelnen Projekten und Maßnahmen in deren Kontext.

Ebenfalls in den ersten Jahren erarbeitete die AG „Standards“ einen Vorschlag, wie Planung und Steuerung von suchtpreventiven Maßnahmen qualitätsgesichert erfolgen kann: Dieser Vorschlag zielte auf den einheitlichen Einsatz eines Planungsinstruments ab, das auf einem vom UKE für die BZgA entwickelten „Zielorientierten Projektplanungsbogen“ (ZOPP) basierte, diesen jedoch mit Blick auf eine einfachere Handhabung deutlich verkürzte (ZOPP-lite). Der Planungsbogen sollte durch das BfS und die Bezirksämter in die Praxis implementiert werden. Tatsächlich setzen jedoch kaum Einrichtungen den Bogen ein, er sei zu kompliziert und zu aufwendig. Besser gelang es, Fortbildungsmaßnahmen und Veranstaltungen einheitlich zu dokumentieren. Mit Begleitung durch das BfS gelang es, zunehmend Institutionen der Fortbildung für den Einsatz von Dot.sys als einheitliches Dokumentationssystem zu gewinnen. Zwar ist Dot.sys immer noch keine Standarddokumentation, sodass die damit gewonnenen Daten keine verlässliche Auskunft zur Umsetzung von suchtpreventiven Fortbildungen und Aktionen darstellen, aber die Ergebnisse zeigen über den Verlauf schon Tendenzen (vgl. dazu Pkt. 4.5).

Viele GesprächspartnerInnen bewerten die STAGS als wichtiges Gremium für den behördenübergreifenden fachlichen Austausch und die Abstimmung von Vorgehensweisen. Gleichwohl wird aus verschiedenen Perspektiven STAGS-intern und -extern von einem Bedeutungsverlust der STAGS berichtet, der u.a. mit dem Regierungswechsel und den sich daraus ergebenden Veränderungen sowie mit den verringerten Kapazitäten für Suchtprävention in der BASFI einhergeht und der z.T. als drastisch erlebt wird.

---

<sup>25</sup> Vgl. BASFI (2010). *Aufgaben und Zuständigkeiten der STAGS*, internes Papier vom 31.05.2010.

## 4.2 Umsetzung der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ in den Bezirksamtern

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden verschiedene Akteure aus der Jugendhilfe befragt. Eine schriftliche Befragung ging an die sieben Jugendamtsleitungen der Bezirksamter. Nach anfangs zum Teil zögerlicher Reaktion nahmen schlussendlich fünf Jugendämter an der Befragung teil. Um weitere Eindrücke aus der Praxis der Jugendhilfe zu erhalten, wurden zudem PraktikerInnen zu einem Fokusgruppengespräch eingeladen. Die Rekrutierung der GesprächspartnerInnen für diese Runde verlief über die JugendhilfeplanerInnen (sowie die Koordinatoren für Suchtprävention) in den Bezirksamtern, teilgenommen haben ausschließlich Vertreter aus dem Bereich der OKJA verschiedener Bezirksamter. Schließlich wurden die bezirklichen KoordinatorInnen sowohl schriftlich als auch im Rahmen eines Fokusgruppengesprächs befragt.

### 4.2.1 Bezirkliche Koordination

Die Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ fordert, dass *„die Umsetzung der Maßnahmen auf regionaler Ebene [...] zusätzlich durch die bezirklichen Jugendämter begleitet und unterstützt [wird]. Die Jugendämter werden hierfür Ansprechpartner für regionale Belange der Suchtprävention benennen.“*<sup>26</sup> Tatsächlich wurde in allen Hamburger Bezirksamtern 2006/2007 die Funktion „regionale Koordination für Suchtprävention“ eingerichtet und eine Vereinbarung zwischen der (damaligen) Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Bezirksamtern über die Ziele und Aufgaben bezirklicher Koordination im Bereich Suchtprävention abgeschlossen. Die bezirklichen Koordinatoren sollen demnach:

- die in der STAGS beschlossenen Ziele und Maßnahmen durch Aktivitäten im Bezirk unterstützen und begleiten
- die Qualität der regionalen Suchtprävention verbessern
- die Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe sowie mit Schulen und angrenzenden Hilfesystemen zur besseren gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung fördern
- den Informationsfluss zwischen landesweiten auf Suchtprävention spezialisierten Fachstellen und Gremien sowie den regionalen Angeboten kommunaler und freier Träger verbessern.

Dies soll geschehen durch:

- regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen des Fachausschusses Suchtprävention des BfS
- Aufbau und Betreiben eines Verteilers für die (zeitnahe) Information der regionalen Fachöffentlichkeit über geplante suchtpreventive Aktivitäten, Materialien, Fortbildungen u.ä.
- Informationstransfer in die Jugendhilfe durch bedarfs- und anlassbezogene Teilnahme an Sitzungen des Jugendhilfeausschusses sowie an weiteren bestehenden relevanten Gremien im Einzugsbereich
- Reaktion auf Jugend-Drogenszene-Bildungen mit angemessenen Maßnahmen.

---

<sup>26</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 15.

Derzeit arbeiten in den sieben Hamburger Bezirksämtern neun regionale Koordinatoren (alle männlich) für Suchtprävention: je einer in den Bezirken Altona, Eimsbüttel, Hamburg-Nord, Wandsbek, Bergedorf und Harburg sowie drei im Bezirk Hamburg-Mitte. Alle Koordinatoren sind in der Suchthilfe bzw. Jugendhilfe erfahrene Personen. Zwei Koordinatoren sind bei Jugendämtern (Hamburg-Nord und Wandsbek) angesiedelt, alle übrigen bei freien Trägern der Jugend- (Hamburg-Mitte, Altona, Eimsbüttel) bzw. der Suchthilfe (Hamburg-Mitte, Harburg, Bergedorf). Die bei freien Trägern verorteten Koordinatoren, haben nur begrenzt Kontakt mit der für sie zuständigen Behörde, sind kaum an den relevanten internen Prozessen beteiligt und werden auch nur begrenzt durch Leistungs- und Controllinggespräche „geführt“. Gleichwohl überlassen die Bezirksämter den Koordinatoren i.d.R. das Verfassen der jährlichen Berichte zur bezirklichen Suchtprävention für die STAGS. Deutlich besser eingebunden sind die in den Jugendämtern angesiedelten Koordinatoren, schon allein durch die regelmäßige Teilnahme an den Dienstbesprechungen.

Die bezirklichen Koordinatoren wurden sowohl schriftlich als auch im Rahmen eines Fokusgruppengesprächs zu ihren Aufgaben, ihrer Ausstattung, den Aktivitäten und Erfahrungen befragt. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Befragungen (es nahmen je acht Koordinatoren teil) – ergänzt durch Informationen aus analysierten Materialien und Erkenntnissen aus anderen Befragungen – zusammenfassend dargestellt.

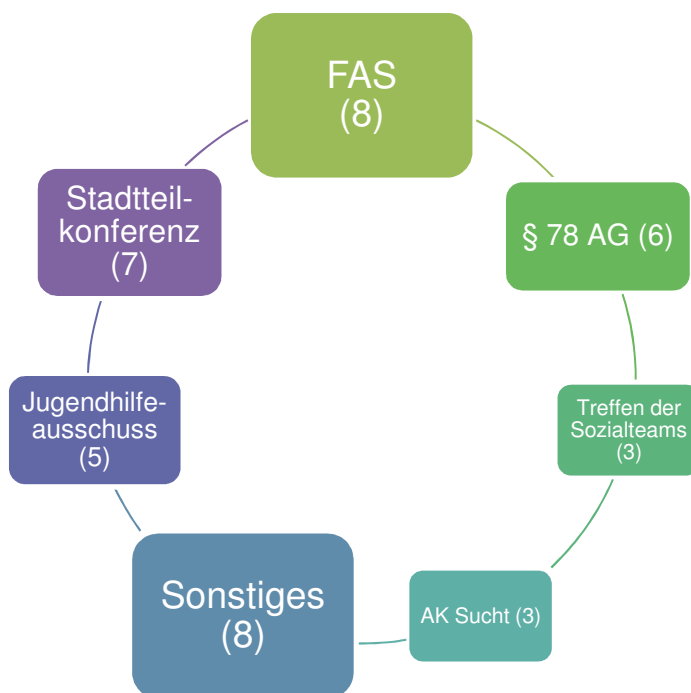
Die Verortung bei ihren jeweiligen Trägern begrüßen nahezu alle Koordinatoren, wobei aus ihrer Sicht sowohl Argumente für als auch gegen die Verortung beim freien Träger bzw. beim Bezirk sprechen. Für freie Träger spricht laut einigen Koordinatoren die Fachlichkeit sowie die enge Anbindung an die Basis, sowohl im Bereich der Jugendhilfe als auch in der Suchthilfe. Diese Ansiedlung sei oft verknüpft mit bestehenden Netzwerken und berge Potenzial für Synergien. Gegen eine Ansiedlung beim freien Träger spreche jedoch die mögliche Konkurrenzsituation sowie die mangelnde Trägerneutralität. Für eine Ansiedlung beim Bezirksamt werden von den Befragten folgende Argumente angeführt: Die Koordinationsaufgabe sei eine behördliche, quasi hoheitliche Aufgabe, in den Bezirksämtern sitze man direkt an den Informationen und sei in direktem Kontakt mit der bezirklichen Steuerung. Wichtig sei gleichwohl auch hier eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Trägern.

Die Tätigkeit der bezirklichen Koordination wird zumeist mit nur sehr geringen bis gar keinen Ressourcen/Stellenanteilen, ohne eigenes Budget/eigene finanzielle Ressourcen sowie ohne spezielle Befugnisse ausgeübt. Die Koordinatoren haben durchschnittlich vier und maximal acht Wochenstunden zur Verfügung. Diese zeitlichen Ressourcen lassen eine Umsetzung der o.g. Aufgaben plus die Erstellung von Berichten für die STAGS kaum zu – und das wird auch bereichsübergreifend von den weitaus meisten Befragten so bewertet. Im Rahmen der schriftlichen Erhebung und der vertiefenden Gesprächsrunde wird deutlich, dass die Koordinatoren einen größeren Zeitumfang begrüßen würden, allerdings nicht auf Kosten der Kapazitäten für ihre andere Tätigkeiten. Aus den Jugendämtern wird neben mehr Ressourcen auch eine ranghöhere Anbindung, z.B. direkt beim Dezernat, vorgeschlagen.

Nur vier Koordinatoren, alle bei freien Trägern angesiedelt, verfügen über eine konkrete Stellen- bzw. Aufgabenbeschreibung als Koordinator, z.T. als Teil der Zielvereinbarungen des Trägers mit dem Bezirksamt. Die Stellenbeschreibungen orientieren sich am Ziel- und Aufgabenkatalog für die bezirkliche Koordination in der Vereinbarung zwischen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Bezirksämtern (s.o.).

Die Aktivitäten als Koordinator bestehen vorrangig im Besuch von Gremien und Arbeitskreisen. Die an der schriftlichen Befragung beteiligten acht bezirklichen Koordinatoren arbeiten in folgenden Gremien und Arbeitskreisen mit:

Abb. 5: An welchen Sitzungen und Gremien nehmen Sie teil? (N = 8)



Neben dem Fachausschuss Sucht der HLS, den alle Koordinatoren besuchen, ist v.a. die Teilnahme an Stadtteilkonferenzen sowie der AG nach § 78 SGB VIII verbreitet. Unter „Sonstige“ fallen u.a.:

- Runder Tisch „Gesundheitsförderung“
- AK Kinderschutz
- AK Migration und Suchtprävention
- Fachausschuss Drogen
- Treffen des Netzwerkes connect
- Treffen der Koordinatoren.

Der Arbeitsalltag der Koordinatoren wird – entsprechend der Stellenanteile – vorwiegend von ihrer eigentlichen Tätigkeit als Straßen- bzw. Jugendsozialarbeiter, Suchtberater oder – in einem Fall – Koordinator für Kinderschutz geprägt. Innerhalb dieser Aufgaben geht es oft auch um Suchtprävention und die Aktivitäten verschwimmen z.T. mit jenen als Koordinator. Grundsätzlich wird jedoch deutlich, dass sich die koordinierende Arbeit (bzw. die Kapazität) größtenteils auf den **Transfer von Informationen** konzentriert. Vor allem in den ersten Jahresberichten ist demzufolge schwerpunktmäßig vom Auf- und Ausbau von Informationswegen die Rede. Einige Koordinatoren versenden hierzu z.B. Newsletter.

Im Rahmen der wenigen Stundenanteile versuchen manche Koordinatoren über die Gremien und allgemeine Vernetzungsarbeit hinaus – konzentriert auf eine eingegrenzte Zielgruppe (z.B. MitarbeiterInnen in Häusern der Jugend und der Straßensozialarbeit) im Be-



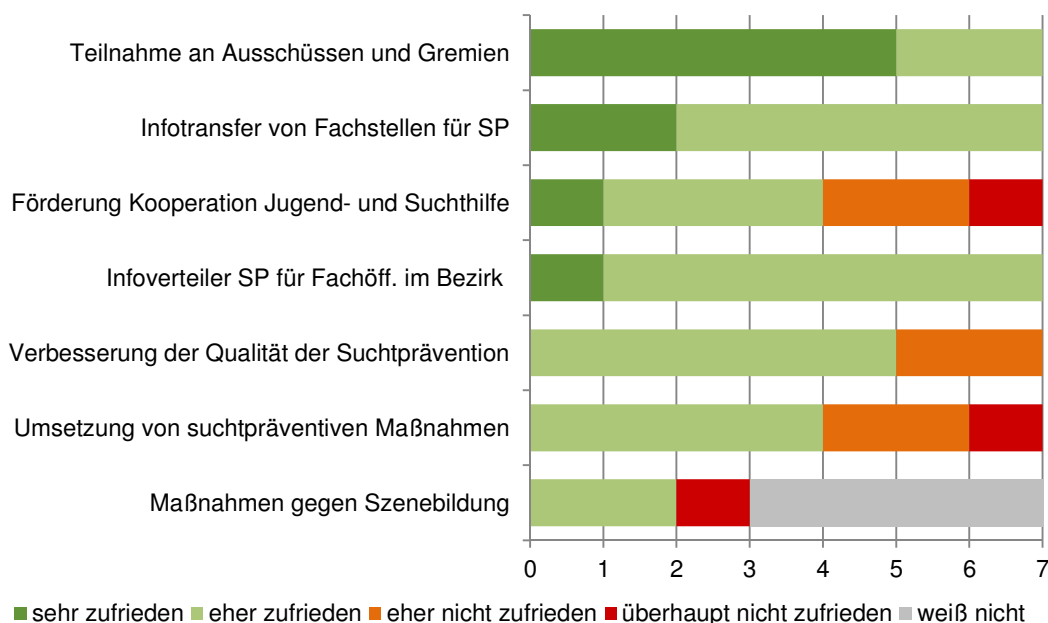
zirk – auch **Bedarfe** aufzudecken und an Lösungen mitzuarbeiten sowie in bilateralen Gesprächen **kollegiale Fallberatung und Unterstützung** anzubieten.

**Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung suchtpreventiver Projekte** werden eher im beratenden und unterstützenden Sinne ergriffen, eine Befugnis derartige Maßnahmen durchzusetzen, insbesondere gegenüber anderen Trägern, haben die Koordinatoren nicht. Die seitens der STAGS angestrebte Implementierung von ZOPP-lite wird von den Koordinatoren nicht unterstützt und auch nicht als sinnvoll erachtet.

**Maßnahmen gegen Jugend-Drogen-Szenen** sehen die Koordinatoren nicht als Ihre Aufgabe an, sie lehnen diese sogar mehrheitlich ab. Verwiesen wird hier auf die Verantwortlichkeit der Polizei und bspw. den Bedarf nach gemeinsamen Aktionen, wie etwa der Runde Tisch „Rauschtrinken in Altona“. Generell bleibt in der Rolle als Koordinator kaum Zeit, selbst suchtpreventive Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen, dies geschieht aber durchaus durch die Koordinatoren in ihren anderen/eigentlichen Tätigkeiten.

Die Koordinatoren wurden befragt, wie zufrieden sie mit der Umsetzung der eigenen Aufgaben sind. Das Ergebnis bestätigt die Schwerpunktsetzung im Tätigkeitsspektrum:

Abb. 6: Wie zufrieden sind Sie mit der Umsetzung der o.g. Punkte? (N = 7)



Sehr zufrieden sind die bezirklichen Koordinatoren mit den Informationsaktivitäten sowie der Gremienteilnahme. Weniger zufrieden zeigen sie sich mit der Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen sowie der Förderung der Kooperation von Jugendhilfe und Suchthilfe. Im Fokusgruppengespräch wurde allerdings seitens der Koordinatoren darauf hingewiesen, dass die **Kooperation von Jugend- und Suchthilfe** dennoch durch unterschiedliche Aktivitäten gegeben ist: Einerseits stellen die Koordinatoren selbst durch ihre Person eine Schnittstelle dar, andererseits sei die Vernetzung der beiden Bereiche gut gewachsen. Es wird auch auf die Rahmenvereinbarung zwischen Jugendhilfe und den regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Volljährige verwiesen. In den Augen der bezirklichen Koordinatoren wird institutionelle Kooperation mit der Jugendhilfe seitens der Suchthilfe nicht besonders gefördert, da Jugendliche nicht die Zielgruppe der meisten Suchthilfe-Einrichtungen sind. Eine Ausnahme stellen hierbei die regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene dar, die jedoch nicht überall in Hamburg zur Verfügung stehen, sowie die Beratungsstellen Kö 16a und Kajal.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden auch andere Akteure – sowohl schriftlich als auch mündlich – nach ihrer Bewertung der Umsetzung der bezirklichen Koordination gefragt. Dabei zeigen sich die an der Befragung teilnehmenden Jugendamtsleitungen überwiegend (eher) zufrieden. Andererseits zeigt die Untersuchung, dass in den Bezirksämtern z.T. kaum Kenntnisse über die Tätigkeit der Koordinatoren bestehen und dass darüber kaum in bezirklichen Gremien oder im Rahmen des Berichtswesens berichtet wird.

Die befragten Sucht- und Drogenberatungen wollen oder können kaum Angaben zur Arbeit der bezirklichen Koordinatoren machen und vermeiden deshalb Bewertungen. Die AnsprechpartnerInnen Sucht aus den REBUS kennen die Funktion der bezirklichen Koordinatoren ganz überwiegend nicht, wenngleich einige Koordinatoren in anderer Funktion durchaus bekannt sind.

#### **4.2.2 Projekte und Maßnahmen in der bezirklichen Jugendhilfe**

Die Vereinbarung zwischen der damaligen Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Bezirksämtern über die Ziele und Aufgaben bezirklicher Koordination im Bereich Suchtprävention nimmt auch alle Fachkräfte der Jugendhilfe in die Pflicht und fordert, *„dass sie in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld verstärkt suchtpreventives Handeln fördern sowie suchtriskantes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkennen und angemessen ansprechen.“*<sup>27</sup> Die Globalrichtlinie für „Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit in den Bezirken“ (GR 2/06) verlangte zudem von Ende 2005 bis 2010, dass jede Einrichtung der Offenen Kinder und Jugendarbeit (OKJA) sowie der Jugendsozialarbeit mindestens ein ausgewiesenes suchtpreventives Projekt pro Jahr durchführt. Seither ist das Thema Suchtprävention lediglich allgemein und ohne konkrete Vorgabe Gegenstand des Bereichs Gesundheitsförderung in der Offenen Kinder- und Jugendarbeit.

Die Bezirksämter finanzieren Suchtprävention z.T. über gesondert ausgewiesene Budgets, teilweise aber auch als Aufgabe im Rahmen der OKJA. In jedem Fall ist der jeweilige Jugendhilfeausschuss bei der Entscheidung über die Mittelverwendung beteiligt, wobei Suchtprävention jedoch nicht überall explizit benannt wird. Tatsächlich finden in den Bezirken viele suchtpreventive Projekte und Maßnahmen statt, die z.T. in knapper Form im Rahmen des Berichtswesens an die Fachbehörde dargestellt werden sowie – in ganz unterschiedlicher Form – im Rahmen der Berichte der bezirklichen Koordinatoren.

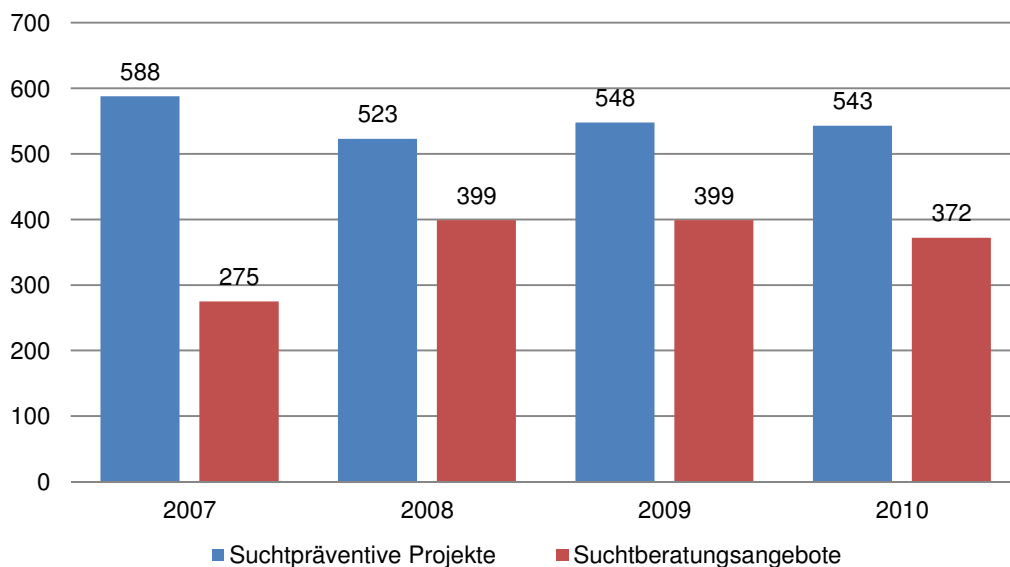
In ihren Jahresberichten bis 2010 verweisen die bezirklichen Koordinatoren auf eine Reihe regionaler Projekte, bei denen sie zum Teil unterstützend oder (v.a. in ihrer originären Tätigkeit) kooperierend bis durchführend tätig waren. Die Forderung von mindestens einem suchtpreventiven Projekt im Jahr wurde von dem Großteil der Einrichtungen in den Bezirken erfüllt. Allerdings erfasst lediglich in einem Bezirk der Koordinator die Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen systematisch und hat dabei wiederholt festgestellt, dass lediglich etwa drei Viertel der geförderten Einrichtungen tatsächlich über suchtpreventive Angebote berichten.

Im bezirklichen Berichtswesen der OKJA wurden seit 2007, angelehnt an die Globalrichtlinie GR J 2/06, suchtpreventive Projekte sowie Suchtberatungsangebote der Einrichtungen in öffentlicher und freier Trägerschaft dokumentiert.

---

<sup>27</sup> BGS (2007). *Vereinbarung zwischen der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Bezirksämtern über die Ziele und Aufgaben bezirklicher Koordination im Bereich Suchtprävention*. Hamburg: BGS, S. 1.

Abb. 7: Suchtpräventions- und Suchtberatungsangebote in der bezirklichen OKJA 2007 bis 2010



Quelle: BASFI Bericht zur OKJA (vgl. FN 28)

Der Erhebungsbogen definiert „Projekte“ als „thematisch und zeitlich begrenzte, nicht regelhafte Vorhaben. Das Projekt soll darauf abzielen, bei der jeweiligen Zielgruppe eine kritische Haltung gegenüber stoffgebundenem oder stoffungebundenem Suchtverhalten zu fördern. Das Projekt kann als Informationsveranstaltung, Beteiligung an Wettbewerben (z.B. *Be smart! Don't start!*), als Workshop oder als sonstige Gruppenveranstaltung durchgeführt werden.“<sup>28</sup> Die Anzahl der entsprechend berichteten Projekte war über den betrachteten Zeitraum (2007-2010) mit jährlich über 500 relativ konstant. Der Großteil solcher Projekte wurde von Jugendklubs, sowie Häusern der Jugend, Bauspielplätzen und ausgewiesenen Suchtpräventionseinrichtungen dokumentiert.

Die Koordinatoren weisen darauf hin, dass diese Projekte vorwiegend der universellen Prävention zuzuordnen sind, nur in Einzelfällen geht es um selektive Prävention.<sup>29</sup> Des Weiteren wurde deutlich, dass die Vorgabe in der GR J 2/06 wahrscheinlich dazu geführt hat, dass diverse Projekte eher dem Namen nach als suchtpreventiv ausgewiesen wurden – unabhängig von ihrem tatsächlichen Schwerpunkt, wie bspw. Fußballturniere. Aus der Jugendsozialarbeit wird berichtet, dass man die Arbeit als ganzheitliches Angebot zur Stärkung der jungen Menschen (und damit letztlich auch als suchtpreventiv) verstehe. Suchtprävention ist hier als eigenständige Aufgabe relativ neu und scheint zum Teil in Konkurrenz zu anderen Aspekten erlebt zu werden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass immer neue Aufgaben und Belastungen nicht mit gleichzeitig geringer werdenden Mitteln realisiert werden können. Insofern liegt dem deutlichen Rückgang bei der Anzahl der ge-

<sup>28</sup> Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. (2010). *Berichtsbogen „Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit“ gem. Globalrichtlinie GR J 2/06 vom 12.12.2005*. Hamburg: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, S. 4.

<sup>29</sup> Die Vielzahl der Projekte – v.a. im Bereich der universellen Prävention – ergibt von extern betrachtet ein unübersichtliches Bild. Die bezirklichen Koordinatoren haben jeweils einen guten Überblick über die regionalen Projekte und führen diese in den Jahresberichten an die STAGS auf. In dieser Untersuchung soll hier nur auf ausgewählte, größere Projekte eingegangen werden.

meldeten Suchtpräventionsprojekte seit Inkrafttreten der neuen Globalrichtlinie möglicherweise nur eine „Etiketten-Korrektur“ und nicht eine rückläufige Praxis zugrunde.<sup>30</sup>

Die neue Globalrichtlinie GR J 2/10 vom 14.12.2010 widmet der Suchtprävention zwar ein eigenes Unterkapitel und begreift diese als Querschnittsaufgabe, spricht aber auf Wunsch der Bezirksämter nur noch von der Durchführung entsprechender Projekte „bei Bedarf“ und nicht mehr von einem jährlichen „Pflichtprojekt“. Die meisten GesprächspartnerInnen im Rahmen der Untersuchung bewerten dies als Rückschritt, als Signal, dass Suchtprävention nicht (mehr) wichtig und die Jugendhilfeeinrichtungen somit von der Umsetzung „befreit“ seien.

In der offenen Kinder- und Jugendarbeit findet keine Anamnese mit den NutzerInnen statt, in der Suchtaspekte systematisch abgefragt werden. Bei Beobachtung von auffälligem Konsum werde zunächst das Gespräch mit den jungen Menschen sowie den KollegInnen gesucht. Im Zweifel werde an Einrichtungen der Suchthilfe verwiesen bzw. vermittelt und mit solchen zusammengearbeitet. Wenn junge Menschen stark konsumieren, fallen sie allerdings z.T. aus dem System der Jugendhilfe, da in den entsprechenden Einrichtungen nicht konsumiert werden dürfe (eine Ausnahme bildet hier die Straßensozialarbeit).

Regelmäßige Suchtberatungsangebote sind im Sinne des bezirklichen Berichtswesens der Offenen Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit „*regelmäßige Angebote (von mind. 2 Stunden Dauer) für ab 14-Jährige, welche von in Suchthilfefragen qualifiziertem Personal durchgeführt werden. (z.B.: jeden Di. u. Do. von 14.00 bis 16.00 Uhr)*“<sup>31</sup>. Es handelt sich hier v.a. um die Angebote der regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene. Auch diese blieben in ihrer Anzahl nach einem Anstieg von 2007 auf 2008 in den Folgejahren relativ konstant (vgl. Abb. 7).

Als weitere Beispiele für bezirkliche Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention sollen der (Ende 2011 eingestellte) Runde Tisch „Stopp dem Rauschtrinken in Altona“, der „Independence Day“ in Steilshoop (Bezirk Wandsbek), das Projekt „Kunstrausch regional“ in Hamburg-Mitte sowie „Lass 1000 Steine rollen“ in Bergedorf Erwähnung finden.

### 4.2.3 Hilfen zur Erziehung

Suchtprävention als Aspekt im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (HzE) war kein Untersuchungsthema i.e.S. Gleichwohl weisen die Ergebnisse der Analyse darauf hin, dass Suchtprävention und der Umgang mit suchtbelasteten Familien in den HzE wenig präsent zu sein scheint. Zwar unterzeichneten die sieben Bezirksämter im November 2009 eine Kooperationsvereinbarung mit den Trägern der Suchthilfe, doch wurde diese, wie auch die Kooperationsvereinbarung im Rahmen von Lina-net, im eigenen Bereich kaum mit Leben gefüllt. Der Blick auf Konsumverhalten und suchtbetonte Probleme sowohl in den Familien als auch bei den betreuten jungen Menschen scheint wenig ausgeprägt und ist sicher nicht systematisch im Rahmen der Anamnese verankert. Nur zwei Amtsleitungen berichten von Anamnesestandards für die Fallerschließung und -bearbeitung im Ju-

<sup>30</sup> Mündliche Auskunft, die Ergebnisse des Berichtswesens für 2011 liegen noch nicht vor.

<sup>31</sup> Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. (2010). *Berichtsbogen „Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit“ gem. Globalrichtlinie GR J 2/06 vom 12.12.2005*. Hamburg: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, S. 4.

gendamt. Diese sollen (zumindest sporadisch) den Blick auf suchtbezogene Aspekte beinhalten.<sup>32</sup>

Die Fachkräfte in den ASD wurden bisher kaum systematisch zu Sucht(präventions-)themen fortgebildet; lediglich zwei Jugendämter berichteten, dass einzelne Beschäftigte entsprechende Fortbildungen absolviert haben. Zudem fehlt es weiterhin an Strukturen, das Thema in den Teams zu besetzen (wie etwa in der Suchthilfe, vgl. Pkt. 4.3.2). Eine Ausnahme stellt hier die Fachtagung im Jahr 2006 dar, die der Erarbeitung der Kooperationsvereinbarung „Familie – Kind – Sucht“ vorausging, sowie die gemeinsame Fortbildung im Sommer 2011, an der Fachkräfte aus der Suchthilfe und den ASD teilnahmen (s.u.).

Im Rahmen der stationären HzE ist die Situation sehr unterschiedlich und mehr von den fachlichen Haltungen der Träger als über Anforderungen und eine entsprechende Steuerung durch den Kostenträger Jugendamt geprägt. Als ein gutes Beispiel kann die Kooperation zwischen der Hamburger Kinder- und Jugendhilfe und der therapiehilfe gelten, wo konkret fallbezogen zusammengearbeitet wird.<sup>33</sup>

#### 4.2.4 Kooperation und Qualifizierung

Gelungene Zusammenarbeit bedarf zunächst der Qualifizierung und Sensibilisierung der Fachkräfte für den jeweils anderen Bereich. Im Folgenden soll ein Blick auf die Sensibilisierung der Fachkräfte aus der Jugendhilfe (sowohl in den HzE als auch im Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit) geworfen werden. So sah die Drs. DKuJ denn auch vor: „Die Träger haben für entsprechende Fortbildung, Supervision und Praxisberatung zu sorgen“<sup>34</sup>.

Um die gesamten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Sucht und Suchtprävention, die sich an MultiplikatorInnen aus der Jugendarbeit richten, betrachten zu wollen, kann man die in Dot.sys dokumentierten Zahlen als Grundlage für die Entwicklung in den letzten Jahren heranziehen<sup>35</sup>:

---

32 Derzeit wird für die HzE ein neues Verfahren zur sozialpädagogischen Diagnose entwickelt, integriert in JUS-IT. Hierbei soll auch Sucht ein Thema sein. Es ist FOGS jedoch nicht gelungen, Einblick in die Itemkataloge zu erhalten oder zu erfahren, welche Tests, Instrumente, Leitfragen oder Qualifizierungen den Blick auf konsum- oder suchtbezogene Probleme in den Familien schärfen und gewährleisten sollen. Tatsächlich kommen suchtbezogene Probleme in dem Orientierungskatalog Kinderschutzdiagnostik, der auf Instrumente aus Stuttgart und Düsseldorf zurückgeht, und der die Basis der neuen sozialpädagogischen Diagnostik sein soll, kaum vor.

33 Vgl. Schu, M., Wünsche, T, Tossmann, P, Jonas, B., Zenker, C & Stolle, M. (2009). *Geschlechterspezifische Anforderungen an die Suchthilfe. Gender Mainstreaming in der Suchttherapie von Jugendliche.. Abschlussbericht.* Köln/Berlin: FOGS/Delphi, S. 110 f.

34 Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 13.

35 Im Dokumentationssystem Dot.Sys sollen alle Anbieter von Fortbildungen sowohl die durchgeführten Maßnahmen als auch die Teilnahmen erfassen. Die Nutzung von Dot.Sys ist laut dem den Einsatz betreuenden BfS derzeit allerdings noch ungenügend. Durch die mangende Datenqualität erlauben die Dot.sys-Daten keine richtigen absoluten Aussagen, dennoch können sie Entwicklungen über die Jahre aufzeigen.

Tab. 2: *In Dot.sys dokumentierte Fortbildungen mit der Zielgruppe MultiplikatorInnen aus der Jugendarbeit*

	Anzahl Maßnahmen	Anzahl Teilnahmen
2006	19	817
2007	62	1.384
2008	58	1.306
2009	86	1.333
2010	86	1.504

Quelle: BfS, eigene Auswertungen

Seit 2006 haben sich sowohl die Anzahl der entsprechend ausgerichteten Fortbildungsmaßnahmen als auch – damit einhergehend – die Teilnahmen auf rd. 1.500 im Jahr 2010 deutlich erhöht. Dies geht nach Einschätzungen des BfS und Auskünften aus den Jugendämtern insgesamt mehr auf Nachfragen aus Jugendhilfeeinrichtungen freier Träger als aus den bezirklichen Jugendämtern zurück. In der freien Jugendhilfe konnte demnach der theoretische Hintergrund und das Bewusstsein für (qualitativ gute) Suchtprävention gestärkt werden. Suchthilfe und Suchtprävention sind inzwischen sogar z.T. Bestandteil entsprechender Ausbildungs- bzw. Studiencurricula (bspw. Sozialpädagogik).

Im Jahr 2006 lud der Fachrat Drogen und Sucht Fachkräfte von Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe sowie der Allgemeinen Sozialen Dienste der Bezirke zur gemeinsamen Fachtagung „Kinder von KlientInnen, KlientInnen mit Kindern“ ein. Diese Veranstaltung kann als Auftakt zur Verstärkung der Kooperationsbemühungen gesehen werden und war Grundlage für die spätere Kooperationsvereinbarung. Eine weitere hamburgweite bereichsübergreifende Fortbildung zur Kooperation von ASD und Suchthilfe (in Person der zum Thema Kinderschutz fortgebildeten Fachkräfte) fand erst wieder im August 2011 statt.

Ein Bestandteil zur Umsetzung der in der Drs. DKuJ festgeschriebenen verstärkten Verzahnung von Jugend- und Suchthilfe ist die Ausbildung und Nutzung von MultiplikatorInnen. Dazu sollen Fortbildungsangebote und Praxisberatung für die indizierte und selektive Prävention ausgebaut werden. 2006 wurde vom SPZ in Kooperation mit dem damaligen Amt für Jugend, Familie und Sozialordnung eine 20-tätige berufsbegleitende Weiterbildung bzw. Zertifizierung zum/zur MultiplikatorIn mit dem Schwerpunkt Sucht- und Suchtvorbeugung im Kindes- und Jugendalter entwickelt und 2006/2007 sowie 2008/2009 mit insgesamt 41 MultiplikatorInnen aus der öffentlichen und freien Jugendhilfe durchgeführt.

Das BfS hat den ersten Ausbildungsgang 2006/2007 evaluiert: Die Bewertung der TeilnehmerInnen bescheinigt der Fortbildung eine insgesamt gute Qualität. Es wurde allerdings deutlich, dass nach Abschluss der Schulung nur wenig Gelerntes in die Praxis übernommen werden konnte. Die MitarbeiterInnen fühlten sich überfordert, Informationen weiterzugeben, ihre KollegInnen für Suchtfragen zu sensibilisieren etc. In den eigenen Einrichtungen fehlten vor allem ein definierter Auftrag an die MultiplikatorInnen, stützende Strukturen und Zeitressourcen. Die geplanten vertiefenden Folgeschulungen wurden nicht in Anspruch genommen und von anderen Möglichkeiten des Austauschs unter den MultiplikatorInnen wurde nicht berichtet.

Seit dem Jahre 2001 führt das SPZ in Zusammenarbeit mit dem Sozialpädagogischen Fortbildungszentrum der BASFI regelmäßig pro Jahr vier bis sechs mehrtägige Seminare für Fach- und Führungskräfte aus Einrichtungen der Jugendhilfe mit jährlich ca. 70 TeilnehmerInnen durch.

### *Kooperation*

Die Kooperationsvereinbarung zwischen ASD und Suchthilfe „Familie – Kind – Sucht“ wurde im November 2009 abgeschlossen. Ziel war, damit einen praxistauglichen Leitfa-den für ein abgestimmtes Handeln zu bieten, in dem Anlässe und Wege zur Kooperation sowie konkrete Formen des fachlichen Austauschs beschrieben sind. Die Untersuchungsergebnisse deuten jedoch vielfach darauf hin, dass die Kooperationsvereinbarung nur sehr begrenzt umgesetzt wird. Gegenseitige Hospitationen fanden gar nicht statt und lediglich drei Jugendämter berichten von (überwiegend einzelnen) Beratungen zwischen Kinder-schutzkoordinatorInnen und Suchthilfe. Über kollegiale Beratung zwischen ASD und SuchtberaterInnen berichten lediglich zwei Jugendämter (insgesamt 55-mal im Jahr 2010), aus Sicht der Suchthilfe unterscheidet sich der Kontakt „je nach Gegenüber“ und Fallbelastung. Viele ASD-Fachkräfte seien durch (zu) hohe Fallzahlen überlastet, hinzu komme eine z.T. erhebliche Personalfuktuation.

Mit Blick auf häufige Personalwechsel und den damit einhergehenden Verlust an Exper-tise ist es besonders ungünstig, dass Anamnesen überwiegend nicht standardisiert erfol-gen und lediglich in einem Jugendamt im Rahmen der Anamnese regelhaft suchtbetogene Aspekte betrachtet werden. Insbesondere scheint in den Jugendämtern – bei durchaus be-obachteten Unterschieden zwischen verschiedenen Bezirksämtern und Teams – weiterhin eher wenig auf problematisches Konsumverhalten von Kindern und Jugendlichen bzw. Suchtbelastungen in den Familien geachtet und in den Hilfeprozessen Suchthilfe (zu) we-nig einbezogen zu werden. Demgegenüber erfüllen die meisten Suchthilfeeinrichtungen die vorgesehenen Standards, die im Jahr 2007 im Fachrat verabschiedet wurden (vgl. Pkt. 4.3.2). Die konkrete Zusammenarbeit mit den ASD und den Jugendämtern wird von den regionalen Suchtberatungsangeboten für Jugendliche besser bewertet als von den übrigen, was sicherlich mit der engeren Beteiligung der Jugendämter zu tun hat.

In allen Gesprächen sowie in den schriftlichen Befragungen fand im Bereich der bezirkli-chen Maßnahmen zur (selektiven) Suchtprävention das Netzwerk connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien positive Erwähnung. Dieses Projekt startete bereits im Jahr 2002 in einer Modellphase und erlebte durch die Drucksache seit 2006 einen An-schub. Der Aufbau dieser sozialräumlichen fallbezogenen Vernetzung wird durch eine Anschubfinanzierung der BASFI unterstützt. Nach einem bis zwei Jahren muss das Be-zirksamt (lediglich) ca. 5.000 bis 6.000 Euro für die Koordination aufwenden, die be-zirksübergreifend vom BfS begleitet und unterstützt wird. In den Bezirksämtern werden vier fallbezogene Treffen im Jahr, sowie ein bis zwei bereichsübergreifende Fortbildun-gen und ein Jahrestreffen organisiert. Darüber hinaus finden bezirksübergreifend zwei bis drei Treffen im Jahr zwischen connect und dem BfS statt. Die einzelnen Bezirksämter haben connect unterschiedlich angenommen und umgesetzt – z.T. in mehreren Regionen eines Bezirks, z.T. gar nicht (mehr). Auch die Anbindung dieser Koordinationsfunktion erfolgt unterschiedlich: mal bei freien Trägern, mal in Behörden (und zum Teil angesie-delt bei derselben Person, die als bezirklicher Koordinator für Suchtprävention fungiert). Zum Zeitpunkt der Untersuchung besteht in allen Bezirken außer Hamburg-Nord und Bergedorf wenigstens ein connect -Netzwerk. Die Arbeit der Netzwerke wird durchweg als sehr positiv und bereichernd bezeichnet; sowohl von den bezirklichen Koordinatoren als auch von den Jugendamtsleitungen und den Suchtberatungsstellen.

connect und generell die Angebote der Suchthilfe sind auch in der OKJA bekannt und es wird auch über fall- und projektbezogene Kooperationen berichtet. Doch sei es immer wieder problematisch, dass bzw. ob die jungen Menschen in den Suchthilfe-Einrichtungen „ankommen“ und deren Hilfe akzeptieren (die alltagsorientierte Jugendhil-fe erreiche Jugendliche leichter als die problemzentriert agierende Suchthilfe).

Unabhängig von connect wurde in Harburg ein AK Früherkennung aufgebaut, als Initiative von Fachkräften der regionalen Einrichtungen und Angebote rund um die Geburt. Ähnlich wie im Rahmen von connect praktiziert und wie mit dem Aufbau des Netzwerks Lina – Schwangerschaft Kind Sucht angestrebt, geht es um fachlichen Austausch und fallbezogene kollegiale Beratung.

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Jugendämter detailliert nach Kooperationen befragt. Sie schildern, dass Zusammenarbeit v.a. in Form von kollegialer Beratung sowie gegenseitigem Austausch bestehe:

Tab. 3: *In welcher Form findet im Jugendamt konkret suchtbezogene Kooperation statt? (Bezugszeitraum 2010; N = 5)*

	Anzahl
fallbezogene Kooperation	5
Beratung von Suchthilfeeinrichtungen durch ASD	3
Beratung von Suchthilfeeinrichtungen durch Kinderschutzkoordinatoren	3
Beratung des ASD durch Suchthilfeeinrichtung(en)	3
gemeinsame Projekte	1
Hospitationen in Suchthilfeeinrichtung(en)	0
Hospitationen von Suchthilfe-MitarbeiterInnen im Jugendamt	0

Alle beteiligten Jugendamtsleitungen geben an, je nach Bedarf bei Fallarbeit und Hilfeplanung Institutionen aus der Suchthilfe einzubeziehen. Allerdings haben lediglich zwei Jugendämter nähere Angaben zum Umfang der fallbezogenen Kooperation gemacht. Demnach fand in diesen beiden Bezirken in 20 bzw. in 35 Fällen im Jahr 2010 eine kollegiale Beratung mit der Suchthilfe statt. Die Berichte von Seiten der Suchthilfe bestätigen das Ergebnis, hier wurde vielfach darauf hingewiesen, dass die Kooperation mit dem ASD weiterhin oft schwierig sei und man selten zu Fällen hinzugezogen werde.

Hospitationen zwischen Beschäftigten der Suchthilfe und des ASD wie sie vom Fachrat Drogen und Sucht angeregt werden, sind seitens der an der schriftlichen Befragung beteiligten Jugendamtsleitungen nicht dokumentiert und gegenseitige Fortbildungen lediglich in drei Bezirken. Konkretisiert wurden diese Angaben jedoch nur von einem Bezirksamt, in diesem hat der Kinderschutzkoordinator im Jahr 2010 15-mal Suchthilfeeinrichtungen zu Kinderschutzaspekten beraten.

Die befragten Akteure der OKJA berichten im Unterschied zur Suchthilfe durchaus von (fallbezogenen) Kooperationen mit den ASD, zum einen im Rahmen von Gremien und zum anderen fallbezogen. Die Zusammenarbeit sei in der Regel gut. Befragte aus allen Bereichen berichten jedoch von einer hohen Fluktuation in den ASD und einer hohen Fallbelastung sowie daraus resultierenden Erschwernissen in der Zusammenarbeit.

Die fallbezogene Kooperation wird in unterschiedlichem Ausmaß durch institutionelle Zusammenarbeit ergänzt, hierzu zählen bspw. Beteiligungen an der STAGS, an Runden Tischen oder an der Lenkungsgruppe zur modellhaften Einführung der regionalen Suchtberatung für junge Menschen.



### 4.3 Umsetzung der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ in der Suchthilfe

Die Drs. DKuJ sieht eine Reihe von Maßnahmen der selektiven und indizierten Suchtprävention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen vor. Für erforderlich gehalten werden dabei sowohl Maßnahmen, die sich direkt an gefährdete junge Menschen als auch solche, die sich an suchtkranke Eltern richten, deren Kinder einem besonderen (Sucht)Risiko ausgesetzt sind. In diesem Kapitel soll deshalb die Umsetzung der Maßnahmen innerhalb der Suchthilfe in Hamburg betrachtet werden. Hier ist an erster Stelle der Aufbau regional zugeschnittener Suchtberatungsangebote für Jugendliche zu nennen. Durch diese und generell durch Suchtprävention und -hilfe sollen verstärkt Risikogruppen angesprochen werden, darunter Erstauffällige, Betroffene im Jugendstrafvollzug, MigrantInnen etc. Die Inanspruchnahme von Frühinterventionen, wie z.B. FreD soll auch über die Jugendhilfe und die Schule gebahnt werden. Auch für die Ausgehszene sollten präventive Angebote ausgeweitet werden – darunter das Projekt ELBPEERS für das eine solide Konzeptionierung und Finanzierung erreicht werden sollte.

Den neuen regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene kam im Rahmen der Analyse der Neustrukturierung der Hamburger Suchtprävention eine bedeutende Rolle zu, da sie in Zusammenhang mit Versorgungs- sowie Kooperationsaufgaben eine entscheidende Struktur darstellen. An der schriftlichen Befragung bzw. dem vertiefenden Fokusgruppengespräch nahmen VertreterInnen aller drei Träger der neuen Beratungsangebote teil. Befragt wurden auch Angebote, die schon seit langem in Hamburg suchtgefährdete oder -kranke Kinder und Jugendliche/junge Volljährige ansprechen, wie Kö 16a oder Kajal.

Daneben sollte die Suchtberatung für Erwachsene die Situation von Kindern von Suchtkranken stärker in den Blick nehmen und eine entsprechende Fachlichkeit aufbauen: *„Standardisierte Verfahrensweisen für die Einschätzung der Situation der Kinder stehen zur Verfügung und sollen flächendeckend von den Trägern der Suchthilfe angewendet werden.“*<sup>36</sup> Deshalb wurden auch die Suchtberatungsstellen für Erwachsene im Rahmen der Analyse befragt.

#### 4.3.1 Suchtberatung für suchtgefährdete und abhängige Jugendliche und junge Erwachsene

Nachdem das FOGS-Gutachten aus dem Jahr 2005 u.a. eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtproblemen in Hamburg festgestellt hatte, war ein Kernpunkt der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ der Aufbau von regionalen (sozialräumlich verankerten) Suchtberatungsangeboten für Jugendliche und junge Erwachsene. In Hinblick auf indizierte Prävention bzw. Frühintervention sind sozialraumnahe Angebote notwendig, um junge suchtgefährdete Menschen zu erreichen. Die modellhaft aufgebaute regionale Suchtberatung für Jugendliche und junge Erwachsene als neue Struktur setzt daher auf enge Kooperation zwischen Suchthilfe- und Jugendhilfeträgern im Bezirk. Im Oktober 2006 trat die Rahmenvereinbarung über die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Alkohol- und Drogenberatungsangebotes als Frühintervention im Rahmen der offenen Kinder- und Jugendarbeit in den Hamburger Bezirken sowie die Ko-

---

36 Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 19.

operationsvereinbarung zwischen Jugendarbeit und Suchthilfe in Kraft. Aktuell geht die Modellphase ihrem Ende zu.

Seit Anfang 2007 sind fünf (ab 2010 sechs) regional ausgerichtete Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene tätig. Träger sind: jugend hilft jugend e.V. (in Altona und Bergedorf), Jugendhilfe e.V. (in Wandsbek und ab 2010 auch in Hamburg-Mitte) und therapiehilfe e.V. (Hamburg-Nord und Harburg). Mit allen Trägern schloss die damalige BSG auf gemeinsam modellhaft entwickelte Wirkungsziele hin, orientierte Vereinbarungen, die auch Zielgruppen und Aufgaben für je spezifische Regionen wie folgt beschreiben:

- weibliche und männliche unter 18-jährige Suchtgefährdete und Suchtkranke
- weibliche und männliche 14- bis 27-jährige Suchtgefährdete und Suchtkranke mit Migrationshintergrund
- Angehörige und Eltern von weiblichen und männlichen 14- bis 27-jährigen Suchtgefährdeten und Suchtkranken

Die Implementierung der Angebote erfolgt in Kooperation von BGV und Bezirksämtern, in regelmäßig tagenden Steuerungsrunden wird der Fortgang beobachtet und je konkrete Zwischenschritte beraten. Die Einführung der wirkungsorientierten Steuerung wurde extern begleitet (durch JSB, Bonn) und die Wirkungen der längerfristigen Suchtberatungen sowie die Wahrnehmung des Angebotes aus Perspektive der KooperationspartnerInnen werden im Verlauf durch das DZSKJ evaluiert.<sup>37</sup> Die Evaluationsergebnisse liegen noch nicht vor.

Die regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene des Trägers Jugendhilfe e.V. in Billstedt und Wandsbek richten sich zusätzlich zu den vereinbarten Zielen an suchtgefährdete werdende bzw. junge Mütter und Väter. Sie führen entsprechende Informationsveranstaltungen durch und bauen Kooperation mit relevanten Partnerinstitutionen auf.

Laut Beschreibung in der schriftlichen Befragung sowie in der Gesprächsrunden findet die aufsuchende Beratung der regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene in Form von Straßensozialarbeit sowie in entsprechenden Einrichtungen in der Region statt. Die regionalen Beratungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene haben sich in den Augen der Beteiligten in den vergangenen drei bis vier Jahren sehr gut etabliert und sind über Gremienarbeit und Mund-zu-Mund Propaganda bekannt geworden. Aufgrund des regen Zulaufs, aber z.T. auch wegen unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen müssen manche der um Hilfe nachsuchenden jungen Menschen weitervermittelt werden (z.B. junge SpielerInnen<sup>38</sup> oder Anfragen von Personen außerhalb des Zielgebiets<sup>39</sup>).

Sozialräumlich sollte, lt. Drs. DKuJ, eine besonders intensive Zusammenarbeit, auch über Einzelfälle hinweg, stattfinden: *„Die Beratungsstellen der Suchthilfe und die regionalen Einrichtungen der offenen Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit arbeiten in den Jugendamtsregionen zusammen und tragen gemeinsam zur Ausweitung von Beratungsmöglich-*

---

<sup>37</sup> Da das Modell bereits evaluiert wird, sollte die Arbeit der Jugendsuchtberatung im Rahmen dieser Untersuchung nicht vertieft betrachtet werden.

<sup>38</sup> Die Modellprojekte sollen sich auf stoffgebundene Süchte konzentrieren.

<sup>39</sup> Die regionalen Beratungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene haben klar definierte (enge) regionale Zuständigkeiten, erhalten aber durchaus auch Anfragen aus angrenzenden Regionen.

*keiten für Jugendliche bei.*<sup>40</sup> Die regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene setzen dies um: Sie sind qua Konstruktion Gemeinschaftsprojekte von BGV und Bezirksamtern und haben Kooperationsvereinbarungen mit Schulen und verschiedenen Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit in der Region.

Im Bereich Kooperation sehen sich die regionalen Beratungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene gut aufgestellt. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen wird regelmäßig gemeinsam mit den Bezirksamtern evaluiert. Praktisch kooperiert wird bspw. mit Schulen (und hier v.a. mit BeratungslehrerInnen und z.T. mit Eltern), sowie insbesondere mit dem SPZ durch Teilnahme an den dort 2x jährlich angebotenen Kooperationstreffen, nur begrenzt mit REBUS (man erhalte kaum Anfragen oder Zuweisungen, kooperiert z.T. jedoch im Projekt „Zweite Chance“) und der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Außerdem wird enger mit dem ASD zusammengearbeitet, wobei es vorwiegend um Fälle mit suchtmittelabhängigen Eltern geht. Die Netzwerke im Sozialraum werden von den Vertreterinnen der regionalen Suchtberatungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene als sehr wichtig und wirksam eingestuft. Beobachtet wird v.a. eine „ausstrahlende“ Wirkung der Jugendsuchtberatung in den Sozialraum, der auch durch die Kooperation mit der regionalen Jugendhilfe erzielt wird: Durch die regelmäßige Anwesenheit der Jugendsuchtberatung in Jugendhilfeeinrichtungen werden diese zum einen für Suchtfragen sensibilisiert und zum anderen sicherer im Umgang mit der Thematik.

Außer in den regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene können junge Menschen bis 21 Jahre und deren Angehörige auch in der hamburgweit zuständigen Kö 16a Suchtberatung erhalten oder bei Kajal (nur Mädchen/junge Frauen). Die Kö 16a erreicht dabei die jüngste Zielgruppe mit einem Durchschnittsalter von ca. 16 Jahren. Prinzipiell finden junge Menschen ab 18 Jahren in allen Suchtberatungsstellen in Hamburg Unterstützung, besonders auf junge Erwachsene zugeschnitten sind die Suchtberatungsangebote der – hamburgweit agierenden – Bojen und der Aktiven Suchthilfe im Jugendstrafvollzug. Junge Erwachsene gehören des Weiteren zur besonderen Zielgruppe von Angeboten der therapiehilfe e.V. (Seehaus Wandsbek). Zusammenfassend kann hier konstatiert werden, dass die Suchthilfe sich insgesamt deutlich stärker an Jugendliche und junge Volljährige wendet als das früher der Fall war und das sowohl in regional ausgerichteten als auch in bezirksübergreifenden Angeboten.

### *Spezifische Zielgruppen*

Weitere besondere Risikogruppen, auf die im Rahmen der Umsetzung des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend in Hamburg“ spezifisch eingegangen wird, sind bspw. MigrantInnen, PartydrogenkonsumentInnen, erst auffällige Jugendliche/junge Volljährige und Personen im Jugendstrafvollzug. In diesem Zusammenhang wurden in den vergangenen Jahren über verschiedene Modellprojekte spezielle Angebote aufgebaut, von denen hier auf einige eingegangen werden soll, die auch seitens der STAGS in ihren Maßnahmen und Zielgrößenkatalogen aufgeführt wurden: FreD/4U, HaLT, ELBPEERS sowie Herkunft-Ankunft-Zukunft.

Die Beratungsstelle Kö 16a betreut seit Juli 2004 das Projekt **FreD – Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten**. Das Angebot richtet sich an junge CannabiskonsumentInnen im Alter von 14 bis 21 Jahren und besteht aus einem persönlichen Erstgespräch sowie einem mehrstündigen Kursangebot. Das Prinzip von FreD besteht darin,

---

40 Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 17.

dass wegen Cannabiskonsum auffällig gewordene junge Menschen an eine Beratungsstelle verwiesen werden, in der sie eine gesundheitsbezogene Intervention erhalten können. Auffällig werden junge KifferInnen häufig bei der Polizei, aber auch in der Schule oder in Einrichtungen der Jugendhilfe. Das Angebot wurde und wird weiterhin sehr gut angenommen: Bis Ende 2010 wurden in der Kö 16a insgesamt 1.397 persönliche Erstgespräche im Rahmen von FreD geführt. In Abhängigkeit von den sinkenden polizeilichen Ansprachen gingen die Zahlen zuletzt leicht zurück. Zudem wurden in den letzten Jahren die Folgeangebote an Kursen und Einzelberatung zunehmend in Anspruch genommen. Die Zuweisung erfolgt fast ausschließlich (97 %) über die Polizei. Bisher ist das seitens der Amtsleiterrunde und der STAGS angestrebte Ziel, dass „*Inanspruchnahme [... zunehmend ...] auch über Jugendhilfe und Schule gebahnt werden*“<sup>41</sup> soll nicht erreicht worden. Schulen nutzen das Instrument FreD nicht, verweisen aber gleichwohl auffällige SchülerInnen zur Beratung an die Kö16a sowie an das SPZ und andere Beratungsangebote.

Wie bei FreD handelt es sich auch bei **HaLT! Hart am Limit** um ein ehemaliges Bundesmodellprojekt. Zielsetzung ist eine systematische Ansprache von Kindern und Jugendlichen nach einer **Alkoholvergiftung**. In einem reflektierenden Gespräch am Krankenbett soll die Brücke zu einer Beratung geschlagen werden. Die modellhafte Etablierung von HaLT (zunächst als Kooperationsprojekt in Altona, dann hamburgweit) wurde durch das DZSKJ begleitet und evaluiert. Das Projekt wird seit 2010 durch die hamburgweit tätige Kö 16a betreut und koordiniert. 2011 konnte das Angebot über eine Rahmenvereinbarung zur Umsetzung und finanziellen Förderung der Maßnahmen mit den Krankenkassen als Regelangebot etabliert werden.

Eine weitere Zielgruppe der Drs. DKuJ sind junge **PartygängerInnen**, die besonders hohen Konsumrisiken ausgesetzt sind. Die „*Ausweitung präventiver Angebote für die Ausgehszene sowie die solide Konzeptionierung und Finanzierung für ELBPEERS*“<sup>42</sup> war dann auch eine Forderung der Amtsleiterrunde Drogen. Das vom BfS entwickelte Projekt will Informationen über Wirkungen und Risiken des Konsums einzelner Suchtmittel, zu Suchtentwicklung und -verlauf sowie zu „safer use“ und „harm reduction“ unter Jugendlichen und jungen Volljährigen streuen. Dazu werden junge Menschen, vorwiegend StudentInnen, geschult und an jugendspezifischen Orten eingesetzt, um Informationsmaterialien zu verteilen und um v.a. vor Ort mit Jugendlichen und jungen Volljährigen in der Partyszene oder bei Konzerten und Großveranstaltungen ins Gespräch zu kommen. Neben diesen Aktivitäten zur selektiven Prävention, sollten die ELBPEERS auch als Kompetenzplattform fungieren und für Vorträge bzw. Workshops zur Verfügung stehen. Nach einer längeren Phase der Rekrutierung von Peers konnten Aktivitäten anlaufen (in den Jahren 2007 bis 2009). Im Jahr 2010 gab es gemäß Informationen im „Konzept zu Maßnahmen zur Verhinderung von Alkoholmissbrauch und Rauschtrinken bei Minderjährigen und jungen Erwachsenen in Hamburg“ acht bis zehn ELBPEERS. Deren Einsatz und v.a. die Rekrutierung neuer Studierender gestaltet sich allerdings schwierig. Dazu tragen veränderte Studienbedingungen wohl ebenso bei wie die vergleichsweise geringe Aufwandsentschädigung für die Peers (die zunächst aus Preisgeldern des Bundeswettbewerbs zur kommunalen Suchtprävention stammten und derzeit ungesichert sind). Möglicherweise sind Studierende auch nicht ideal geeignet, da Erfahrungen zeigen, dass Peers umso eher Zugang zu Zielgruppen erhalten, je mehr sie Bestandteil oder akzeptiert bei der jeweiligen Szene sind. Derzeit liegt weder eine überzeugende konzeptionelle Neustrukturierung noch Ideen zu neuen Finanzierungsmöglichkeiten vor. Ähnliches gilt für ein anderes Peerprojekt: Das **DOM-Projekt KIDS** ist aktuell ebenfalls nicht aktiv. Zwar habe der

<sup>41</sup> Protokoll der Sitzung der Amtsleiterrunde Drogen vom 12.9.2006.

<sup>42</sup> Protokoll der Sitzung der Amtsleiterrunde Drogen vom 8.4.2008.

Träger in Adaption an das DOM-Projekt ein neues Konzept entwickelt, doch fehle es zur Zeit an einem Finanzierungsmodell.

Im von der BGV geförderten und vom BfS in Kooperation mit HIDA, Kodrobs Wilhelmsburg und dem SPZ entwickelten Projekt **Herkunft-Ankunft-Zukunft** lernen ehrenamtliche Mitglieder verschiedener MigrantInnengruppen in 40 Stunden Aufbau, Struktur, Einrichtungen und Vorgehensweisen in der Hamburger Suchtprävention und Suchthilfe kennen (Schulung mit Zertifikat), um das Gelernte anschließend in ihren Gruppen weiterzuvermitteln. Sie erlernen zudem, wie sie eine kultursensible, muttersprachige Veranstaltung planen und durchführen können. Im Januar 2006 fand die erste Fortbildungsveranstaltung statt, weitere folgten im Februar 2009 und im April/Mai 2011. Aktuell sind 15 Keypersons geschult, die neben Deutsch noch elf weitere Sprachen einbringen. Der Austausch und die Fortbildungen der MultiplikatorInnen werden vom BfS geplant und koordiniert.

Im Jahr 2010 fanden vier interkulturelle Keyperson-Veranstaltungen mit 63 TeilnehmerInnen statt, darunter Besuche in zwei Hamburger Suchthilfeeinrichtungen. 2011 wurden 31 Aktionen durchgeführt, darunter Informationsveranstaltungen, auch in Privatwohnungen, Teilnahme an Festen und Stadtteilaktionen, mit denen knapp 500 Personen erreicht wurden.

#### **4.3.2 Suchtberatungsstellen und ihr Blick auf Kinder in suchtbelasteten Familien**

Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz geht auf die besondere Situation von Kindern in suchtbelasteten Familien ein: Die öffentliche Jugendhilfe und die örtlichen Suchtberatungsstellen werden durch das Gesetz in die Pflicht genommen, bei einer von Sucht betroffenen Familie zusammenzuarbeiten. Auch die Drs. DKuJ nahm Kinder und Jugendliche, die in suchtbelasteten Familien aufwachsen, in den Blick und definierte eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Situation. Ein Teil der Aktivitäten sind in Suchtberatungsstellen verortet. Suchtberatung sollte ihren Blick auch auf die Elternrolle der KlientInnen lenken und die Situation von Kindern (von KlientInnen) regelhaft ansprechen. Zudem sollen „*standardisierte Verfahrensweisen für die Einschätzung der Situation der Kinder [...] zur Verfügung [stehen] und flächendeckend von den Trägern der Suchthilfe angewendet werden.*“<sup>43</sup>

Die BGV hat seit 2006, z.T. gemeinsam mit dem Fachrat der Träger verschiedene Maßnahmen umgesetzt: So unterhält der Fachrat Drogen und Sucht seit 2006 eine **Arbeitsgruppe „Kinder von KlientInnen“**, die sich mit der Thematik „Wahrnehmung der Situation suchtkranker Eltern und derer Kinder“ beschäftigt. Die Tagungsfrequenz dieser AG nahm allerdings nach einer intensiven ersten Zeit inzwischen wieder deutlich ab.

Sehr zeitnah zur Veröffentlichung der Drs. DKuJ wurden im Fachrat im April 2007 **Standards zur systematischen Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdung** verabschiedet und z.B. abgestimmt, dass MitarbeiterInnen der Suchthilfe zu Fachkräften für Kinderschutz fortgebildet werden sollten. An den 2008 und 2010 durchgeführten Fortbildungen zum Kinderschutz haben bisher ca. 40 Fachkräfte der Suchthilfe teilgenommen (für 2013 ist ein weiterer Durchlauf geplant). Der dreitägigen Fortbildung schloss sich nach ca. sechs Monaten jeweils ein Vertiefungstag an, bei dem die Erfahrungen aus der prakti-

---

<sup>43</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 19.

schen Umsetzung reflektiert werden konnten. Mittlerweile ist an fast jeder Suchtberatungsstelle eine oder mehrere Fachkräfte für Kinderschutz tätig. Das bestätigt auch das Ergebnis der schriftlichen Befragung: In 13 der 17 Suchtberatungsstellen für Erwachsene, die an der Befragung teilgenommen haben, gibt es Kinderschutzfachkräfte.

Die befragten Fachkräfte für Kinderschutz erläuterten, dass sie als SpezialistInnen den Blick auf die Kinder von Suchtkranken in den Einrichtungen schärfen und Ansprechpersonen für die KollegInnen sind (ggf. für kollegiale Beratung). Sie nehmen diese Funktion zusätzlich zu ihrer Suchtberatungs-/Leitungstätigkeit und ohne besondere Kompetenzen wahr, so wie auch andere KollegInnen für Spezialthemen zuständig sind. Sie verfügen meistens über einige zusätzliche Stunden für Vernetzungsaufgaben. Aus Sicht der aktiven Kinderschutzfachkräfte ist es wichtig, dass die Leitung das Thema Kinderschutz fördert und es immer wieder ins ganze Team getragen wird. Die Fachkräfte für Kinderschutz treffen sich, auf Einladung des Sozialpädagogischen Fortbildungszentrums der BASFI in Kooperation mit der Fachabteilung Drogen und Sucht, einmal jährlich zu Austausch, Falldiskussionen und kollegialer Beratung. Kinderschutzfachkräfte nehmen des Weiteren z.T. am Arbeitskreis Kinder von Suchtkranken (offen für alle am Thema Kinder von Suchtkranken Interessierten – nicht nur aus der Suchthilfe) im BfS teil und nutzen dort den Informationsaustausch und die Fortbildungen. Schließlich nehmen die Kinderschutzfachkräfte an der regelmäßig stattfindenden Jahrestagung der Kooperationspartner, die die Rahmenvereinbarung Schwangerschaft und Sucht unterzeichnet haben, teil (organisiert durch Lina-Net der HLS).

Neben den Fortbildungen zur Kinderschutzfachkraft haben Beschäftigte der befragten Suchtberatungsstellen in Hamburg weitere Fort- und/oder Weiterbildungen in Bezug auf Kindeswohlgefährdung, Arbeit mit suchtkranken Kindern und Jugendlichen, Eltern und/oder Familienarbeit besucht. In der schriftlichen Befragung dokumentieren die beteiligten Beratungsstellen die Anzahl ihrer Fachkräfte, die entsprechende Fortbildungen besucht haben:

Tab. 4: *Fachkräfte, die Fort- und/oder Weiterbildungen in Bezug auf Kindeswohlgefährdung/ Kinderschutz, Arbeit mit suchtkranken Kindern und Jugendlichen, Eltern und/oder Familienarbeit besucht haben*

	<b>N (Einrichtungen)</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Summe</b>	<b>Mittelwert</b>
2006	7	1	8	31	4,4
2007	12	1	8	44	3,7
2008	20	1	9	68	3,4
2009	17	1	9	56	3,3
2010	18	1	9	60	3,3

Seit dem Jahr 2006 und insbesondere seit 2008 hat die Anzahl der Einrichtungen zugenommen, die MitarbeiterInnen in entsprechende Fortbildungen entsandt haben und damit auch die Anzahl der qualifizierten Fachkräfte. In den letzten Jahren haben je fast 60 SuchtberaterInnen in knapp 20 Einrichtungen Fort- und Weiterbildungen rund um das Thema Kinderschutz und Kinder in suchtkrank belasteten Familien besucht. Ein Detailblick in die Angaben zeigt jedoch große Unterschiede. So geben sieben Einrichtungen von fünf Trägern an, dass alle Beschäftigten regelmäßig in Bezug auf Kinderschutz bzw. das Arbeiten mit suchtkranken Kindern und Jugendlichen oder Eltern fortgebildet wurden und einige weitere Einrichtungen berichten über wiederholte Fortbildungen für einen Großteil ihrer Fachkräfte (darunter die meisten regionalen Suchtberatungen für junge Menschen). Hingegen nutzten die Teams in anderen Einrichtungen eher ausnahmsweise bzw. nur ein-

zelne Fachkräfte derartige Fortbildungen. Die Verteilung entspricht dabei nicht immer den Erwartungen, die aufgrund der jeweiligen konzeptionellen Ausrichtung gegeben sind. Auch ist das Bild, je trägerbezogen betrachtet, meistens nicht homogen; die Fachkräfte bzw. die Teams scheinen Fortbildung recht eigenständig planen zu können.

Der Fachrat hat zudem ein Verfahren beschlossen, wie die Erfassung von Elternschaft systematisch in der Suchtberatung verankert wird. So ist seit 2006 per Fachratsbeschluss die Berichterstattung zu Elternschaft in der BADO verbindlich: Erhoben wird, ob KlientInnen Kinder haben, ob diese Kinder unter 18 Jahre sind und der Aufenthaltsort der Kinder. Den Ergebnissen der Datenerhebung zufolge lebten im Jahr 2010 etwa 2.700 minderjährige Kinder in Haushalten von im ambulanten Suchthilfebereich betreuten Suchtkranken. Die schriftliche Befragung der ambulanten Suchthilfeangebote zeigte, dass neben der Erfassung und Dokumentation der o.g. Aspekte fast alle Suchtberatungsstellen – wie in der Vorlage des Fachrats empfohlen – weitere Aspekte der Elternschaft im Rahmen der Anamnese explorieren.

Tab. 5: *Werden folgende Aspekte im Rahmen der Anamnese/der Gespräche erfragt und dokumentiert?(N = 25)*

	erhoben	erhoben und dokumentiert	zusammen
Kontakt zu/m minderjährigen Kind/ern	8	16	24
Besuchsregelung für minderjährige Kinder	10	11	21
Sorgerecht für minderjährige Kinder	7	14	21
Aufenthaltsbestimmungsrecht minderjährige Kinder	6	12	18
Anzahl Besuche	7	10	17

Vor allem der Kontakt zu den minderjährigen Kindern sowie Sorgerecht- und Besuchsregelungen werden zu Beginn der Beratung eruiert: 24 der 25 beteiligten Einrichtungen thematisieren den Kontakt der KlientInnen zu ihren Kindern im Rahmen der Anamnese (16 Einrichtungen dokumentieren diesen Punkt). 21 Einrichtungen erfragen darüber hinaus das Thema Sorgerecht und Besuchsregelungen für minderjährige Kinder. Etwas seltener (in 18 bzw. 17 Einrichtungen) werden die Punkte Aufenthaltsbestimmungen und Anzahl der Besuche thematisiert.

Zusätzlich zu den Gesprächen mit den KlientInnen werde auch im Team bei Fallbesprechungen auf das Thema geschaut und im Zweifel/bei Konfliktfällen eine Risikoeinschätzung vorgenommen (allerdings zumeist nicht regelhaft, sondern sporadisch). Z.T. werden Checklisten geführt. Die Kinderschutzfachkräfte berichten, dass die Arbeit mit suchtkranken Eltern gerade mit Blick auf die Frage der Parteilichkeit eine große Herausforderung für die Suchthilfe darstelle. Die Suchthilfe betone traditionell die Parteilichkeit für die KlientInnen. Hier gebe es durchaus Konfliktpotenzial im Kollegium der Beratungsstellen. Beobachtet werde, dass es nicht in Kinderschutz fortgebildeten KollegInnen, insbesondere jenen ohne eigene Kinder, manchmal an Verständnis fehle. Doch gelinge es zunehmend, Parteilichkeit auf die Familie als System auszudehnen und dies auch den KlientInnen transparent zu machen.

In der konkreten Betreuung von KlientInnen mit Kindern ist laut den befragten Fachkräften z.T. viel Zeit gefragt. In manchen Fällen werde Begleitung angeboten (auch zum Jugendamt). Eine pädagogische Betreuung der Kinder während der Beratung der Eltern ist ein weiteres wichtiges Thema: Einige Beratungsstellen haben bzw. halten diesbezüglich eigene Angebote vor, andere suchen die Kooperation mit Kitas in der Umgebung.

Die BGV förderte zudem zwei Modellprojekte für Eltern mit Suchtproblemen: elternspezifische Suchtberatung mit begleitender Kinderbetreuung im SuchtTherapieZentrum Hummel (Mitte 2011 ausgelaufen) sowie das Kinderkompetenzteam von jugend hilft jugend, das nach der Modellphase 2008 und 2009, erweitert um aufsuchende Familienhilfe, nun dauerhaft weitergeführt wird. Das Kinderkompetenzteam berät zum einen suchtkranke Eltern und gibt diesen einen Überblick über verschiedene mögliche Hilfen und fördert ihre Motivation, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zum anderen unterstützen die Fachkräfte die SuchtberaterInnen des Trägers im Umgang mit suchtkranken Eltern und sensibilisieren sie für das Thema Kindeswohlgefährdung.

Ein wesentliches Element der Unterstützung von Kindern aus suchbelasteten Familien ist die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe. Im November 2009 wurde hierzu eine **Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem ASD Hamburg** abgeschlossen. Vorausgegangen war ein gemeinsamer Workshop zum intensiven Austausch zwischen Fachkräften der Suchthilfe und des ASD. Die Kooperationsvereinbarung stellt einen verbindlichen Leitfaden zur abgestimmten Arbeit dar, beschreibt die unterschiedlichen Aufgabenprofile und regelt im Kern die Zusammenarbeit (inkl. Krisensituationen und Hilfeprozess). Es wird dabei auch auf die konkrete Zusammenarbeit von ASD und Suchthilfe in einer Familie eingegangen. Weitere wichtige Maßnahmen in Hinblick auf die besondere Situation von schwangeren Frauen stellen die Rahmenvereinbarung zur **Kooperation „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“** und das daraus resultierende Netzwerk **Lina-net** dar. Die Vereinbarung wurde von mittlerweile über 80 Institutionen unterzeichnet.

Mit Blick auf die Umsetzung dieser Vereinbarungen hinaus wurden die Einrichtungen in der Untersuchung deshalb nach der Umsetzung fallbezogenen Kooperationen befragt. Fast alle befragten Suchtberatungsstellen beziehen demnach – bei Bedarf – in der Fallarbeit Jugendhilfe, Familienhebammen, Eltern-Kind-Zentren, (andere) Institutionen aus der Jugendhilfe und/oder anderen Stellen (Schulen, REBUS) mit ein. Zudem besteht bei fast allen Einrichtungen fallbezogene Zusammenarbeit mit dem Kinderkompetenzteam von jugend hilft jugend, mit Kompaß, IGLU, Sucht- und Wendepunkt und/oder dem Sucht-TherapieZentrum der Martha-Stiftung.

In der schriftlichen Befragung geben die Suchthilfeeinrichtungen auch zur Form der fallbezogenen Kooperation bei der Arbeit mit suchtkranken Eltern Auskunft:



Tab. 6: Anzahl Einrichtungen mit konkreten fallbezogenen Kooperationen in der Arbeit mit suchtkranken Eltern bzw. Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen – nach Form der Kooperation (N = 23)

	SBSSt für Jugendliche und junge Erwachsene	SBSSt für Erwachsene	Gesamt
Gemeinsame Fallgespräche im Verlauf	7	12	19
Beratung/Anleitung von Fachkräften in anderen Einrichtungen	5	7	12
Übergabegespräche	4	3	7
gemeinsame schriftliche Hilfeplanung	2	3	5
Hospitation in anderer Einrichtung	1	3	4
gemeinsame Eingangsdiagnostik	1	3	4
gemeinsame Abschlussgespräche	2	2	4
schriftliche Fallübergabe	1	1	2
Sonstiges	0	4	4

Die fallbezogene Kooperation besteht vor allem in gemeinsamen (z.T. informellen und daher nicht dokumentierten) Fallgesprächen im Verlauf (in 19 Einrichtungen) sowie in Beratung und Anleitung von Fachkräften in anderen Einrichtungen (12 Nennungen). Gemeinsame Eingangsdiagnostik, gemeinsame schriftliche Hilfeplanung und gemeinsame Abschlussgespräche finden hingegen nur vereinzelt statt. Im Rahmen der Befragung sollten auch die jeweiligen Fallzahlen der Zusammenarbeit dokumentiert werden, jedoch machte nur ein kleinerer Teil der Beratungsstellen dazu Angaben. Demnach dominieren insbesondere Vermittlungen zum Kinderkompetenzteam.

Einige Fachkräfte für Kinderschutz weisen in der vertiefenden Gesprächsrunde darauf hin, dass Zusammenarbeit mehrere Beteiligte bräuchte. Weiterhin gebe es Fälle, in denen verschiedene Stellen beteiligt sind, diese aber gegenseitig nicht voneinander wissen. Insbesondere mangle es an der Beteiligung von Suchtberatung im Rahmen von Hilfeplanprozessen der Jugendämter. Die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern wird insgesamt kritisch bewertet. Zwar bestehe auch seitens der Suchthilfe oft noch große Scheu vor dem Jugendamt, doch werde die Zusammenarbeit auch seitens des Jugendamts nicht gepflegt. Die ASD-MitarbeiterInnen wüssten wenig über Sucht und es herrsche zum Teil eine abwertende Haltung gegenüber der Suchthilfe, insbesondere differiere die Einschätzung der Kindeswohlgefährdung. Gleichwohl berichtet nur eine Einrichtung, dass wegen einer Störung der Zusammenarbeit gemeinsame Klärungsgespräche unter Hinzuziehung der Leitungsebene durchgeführt wurden.

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wird optimalerweise in Kooperationsvereinbarungen schriftlich fixiert. In der schriftlichen Befragung wurden die beteiligten Suchthilfeeinrichtungen um Auskünfte zu ihren Kooperationsvereinbarungen gebeten:

Tab. 7: Anzahl Einrichtungen mit schriftlich vereinbarter Kooperation/Zusammenarbeit – nach kooperierenden Stellen/Einrichtungen (N = 23)

	SBSSt für Jugendliche und junge Erwachsene	SBSSt für Erwachsene	Gesamt
ASD	7	8	15
medizinisches System (ÄrztInnen, Hebammen, etc.)	2	7	9
Fachstellen (BfS, SPZ, DZSKJ, etc.)	4	3	7
Schulen	3	2	5
Jugendhilfeeinrichtungen	3	2	5
Kinderkompetenzteam von jugend hilft jugend	2	3	5
Sonstiges (v.a. connect, Alida-Schmidt-Stiftung, Lina-net)	4	13	17

Neben der o.g. Kooperationsvereinbarung mit dem ASD<sup>44</sup> bestehen vor allem solche mit verschiedenen Netzwerken (wie bspw. connect oder Lina-net), Akteuren aus dem medizinischen Hilfesystem sowie mit Fachstellen wie dem BfS, dem SPZ oder dem DZSKJ. Die Zusammenarbeit ist zumeist fallbezogen, da nach Aussagen der Befragten für institutionelle Kooperation wenig Zeit bleibe. Eine Überprüfung von Kooperationsvereinbarungen hat bisher nur in Bezug auf die jugendspezifischen Beratungsstellen stattgefunden, die in der Kooperationsvereinbarung zwischen Suchthilfe und ASD für 2011 vorgesehene Evaluation erfolgte bisher nicht. Gemeinsame Projekte und/oder Öffentlichkeitsarbeit werden lediglich von vereinzelt Suchtberatungsstellen betrieben.

### 4.3.3 Erreichung von Jugendlichen und jungen Volljährigen in der Suchthilfe

Die vorhergehenden Abschnitte belegen, dass die ambulante Suchthilfe in Hamburg sich dank der durch die Drs. DKuJ angestoßenen Maßnahmen tatsächlich verändert hat. Es gibt nun eine Vielzahl von Angeboten für Jugendliche und junge Volljährige sowie spezifische Angebote und Netzwerke für suchtkranke Eltern. Die „Standards zur systematischen Wahrnehmung von Kindeswohlgefährdung bei Kindern ihrer KlientInnen“ werden im Wesentlichen umgesetzt und Kinder sind weitaus mehr im Fokus der Arbeit als das bis 2006 der Fall war. Ausbaufähig erscheint hingegen die fallbezogene Abstimmung über die verschiedenen beteiligten Institutionen hinweg, insbesondere zwischen Suchtberatung und ASD.

Im Folgenden soll nun betrachtet werden, ob das grundlegende Ziel der Drs. DKuJ und der damit verbundenen Maßnahmen, **die verstärkte Erreichung der Zielgruppe(n)**, realisiert werden konnte. Die Hamburger Basisdatendokumentation des BADO e.V. gibt jährlich Auskunft über die Betreuungen und KlientInnen in 50 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen und -projekten (inklusive der regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene). Im Folgenden werden sowohl die Ergebnisse der BADO

<sup>44</sup> Theoretisch hätte jede befragte Einrichtung die Kooperationsvereinbarung mit den ASD angeben müssen. Offen bleibt, warum diese Angabe vergessen wurde.

aufbereitet als auch im Rahmen der schriftlichen Befragung erhobene KlientInnenzahlen präsentiert.

Betrachtet man die in der BADO erfasste Anzahl der durch die ambulante Suchthilfe betreuten jungen Menschen in den fünf Jahren seit Vorliegen der Drs. DKuJ, so zeigt sich (sowohl bei den unter 18-Jährigen als auch bei den 18- bis 27-Jährigen) ein deutlicher Anstieg der absoluten Zahlen bis ins Jahr 2008, gefolgt von einem leichten Abfall im Jahr 2010:

Tab. 8: *Junge Menschen in der Hamburger Suchthilfe, BADO Sonderauswertung*

	<b>Gesamt</b>	<b>Gesamt junge Menschen</b>	<b>unter 18</b>	<b>18 bis 27</b>
2006	11.892	2.281	254	2.027
2007	12.413	2.515	284	2.231
2008	13.620	2.950	435	2.515
2009	13.755	2.912	486	2.426
2010	13.959	2.798	441	2.357

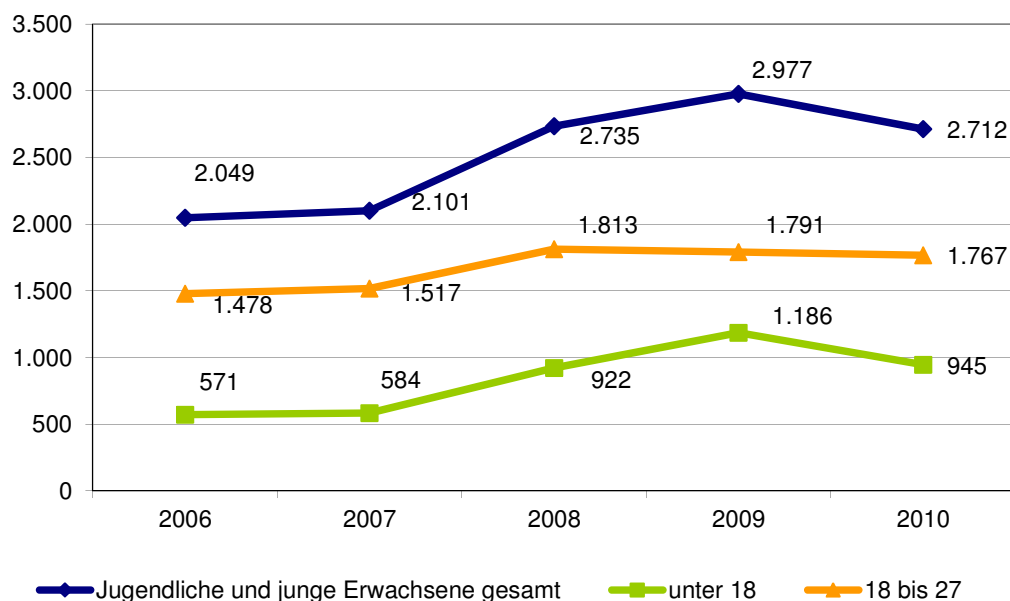
Quelle: ZIS

Insbesondere seit 2008 werden deutlich mehr junge Menschen durch die ambulante Hamburger Suchthilfe erreicht. Hier schlägt sich also u.a. die Einrichtung der regionalen Beratungsangebote seit Anfang 2007 nieder. Die BADO spricht 2010 von 1.200 Betreuungen allein in den bestehenden Jugendeinrichtungen und resümiert: *„der Anstieg der Betreuungsfälle gegenüber 2008 um 51 % weist darauf hin, dass diese Einrichtungen immer besser ihre Zielgruppe erreichen“*<sup>45</sup>.

Die im Rahmen der schriftlichen Befragung dokumentierten Fallzahlen von jungen Menschen weichen unter den teilnehmenden Einrichtungen zwar von den BADO-Daten ab (insbesondere bei den unter 18-Jährigen), verweisen aber auf denselben Trend:

<sup>45</sup> BADO e.V. (2011). *Ambulante Suchthilfe in Hamburg, Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation*. Hamburg: BADO e.V., S. I.

Abb. 8: Klientinnen und Klienten (N = 19, davon sechs jugendspezifische Einrichtungen\*)



\* Für das Jahr 2006 liegen lediglich Angaben von zwei und für das Jahr 2007 von drei jugendspezifischen Einrichtungen vor. Bei den nichtjugendspezifisch ausgerichteten Angeboten handelt es sich um Beratungsstellen folgender Träger: Alida Schmidt Stiftung, Blaues Kreuz, die Boje, Frauenperspektiven, Drogenhilfe Eimsbüttel, Martha-Stiftung, Aktive Suchthilfe und jugend hilft jugend.

Quelle: ZIS

Auch diese Daten belegen eine Zunahme von Jugendlichen und jungen Volljährigen in der Suchthilfe sowie einen leichten Rückgang im Jahr 2010. Gründe für die Abweichungen können im abweichenden Zuschnitt der Stichprobe sowie der Form der Dokumentation liegen. Zum einen nahmen an der schriftlichen Befragung weniger Suchthilfeeinrichtungen teil als an der BADO. Zum anderen beteiligte sich mit Kajal aber auch eine Einrichtung, die nicht in der BADO dokumentiert (und insbesondere unter 18-Jährige erreicht). Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass ggf. andere Betreuungen/Kontakte/Maßnahmen (bspw. Gruppenangebote oder Kontakte in niedrigschwelligen Angeboten) als in der BADO berichtet wurden.

Angestrebt war auch eine bessere Erreichung von MigrantInnen durch die Suchthilfe, insbesondere jene im jugendlichen und heranwachsenden Alter. Ob dies realisiert wurde, soll eine Auswertung der entsprechenden BADO-Daten zeigen:

Tab. 9: BADO Sonderauswertung: Klientel mit Migrationshintergrund in Hamburger Suchthilfeeinrichtungen

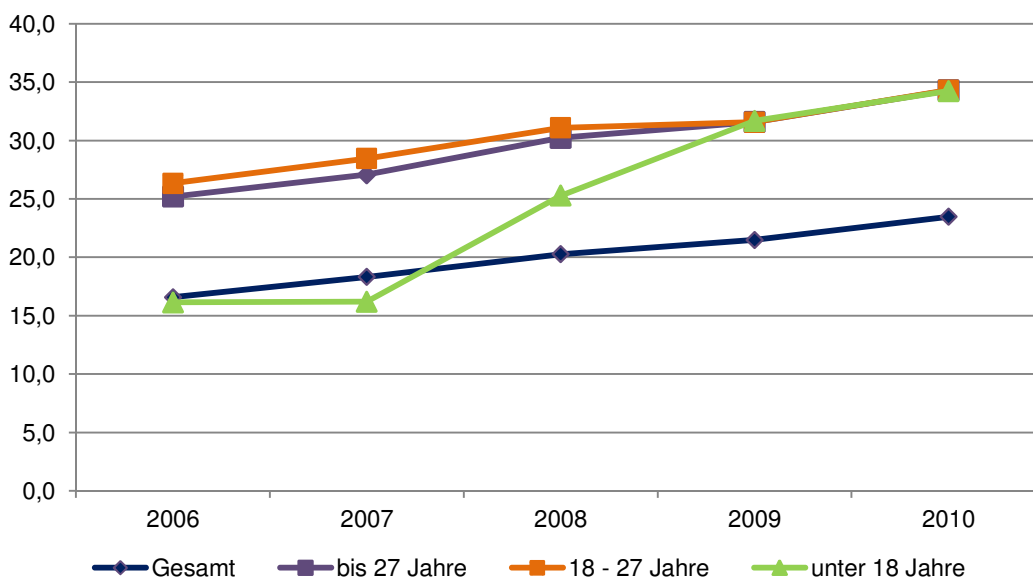
	Gesamt mit Migrationshintergrund (MH)	Gesamt junge Menschen mit MH	unter 18 mit MH	18 bis 27 mit MH
2006	1.971	575	41	534
2007	2.274	681	46	635
2008	2.760	892	110	782
2009	2.955	920	154	766
2010	3.277	960	151	809

Quelle: ZIS

Die Zahlen zeigen eine erhebliche Steigerung des Anteils von KlientInnen mit Migrationshintergrund in der ambulanten Suchthilfe in den letzten Jahren. Sowohl unter den erwachsenen als auch unter den jugendlichen und heranwachsenden KlientInnen sind zunehmend MigrantInnen.

Setzt man die steigenden absoluten Zahlen der (jugendlichen und jungen volljährigen) KlientInnen mit Migrationshintergrund in Relation zu den absoluten Zahlen dieser Klientel insgesamt, so zeigt sich, dass auch die Anteile der KlientInnen mit Migrationshintergrund an der Gesamtklientel gestiegen sind:

Abb. 9: BADO Sonderauswertung: Anteile der KlientInnen mit Migrationshintergrund in den jeweiligen Altersgruppen



Quelle: ZIS

Wie die Abbildung zeigt, ist der MigrantInnenanteil unter der Klientel der ambulanten Suchthilfe in Hamburg in den Jahren 2006 bis 2010 stetig gestiegen: in der Gesamtklientel von 16,6 % im Jahr 2006 auf 23,5 % im Jahr 2010. Besonders hoch ist der Zuwachs in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen. Während im Jahr 2006 16,1 % der unter 18-jährigen KlientInnen der ambulanten Suchthilfe einen Migrationshintergrund hatte, sind es 2010 mit 34,2 % mehr als ein Drittel. Fast identisch ist 2010 der MigrantInnenanteil unter den KlientInnen zwischen 18 und 27 Jahren. Dieser lag im Jahr 2006 noch bei gut

einem Viertel (26,3 %). Die Zahlen belegen also eine erfolgreich verbesserte Erreichung der Zielgruppe von Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Migrationshintergrund, wozu die regionalen Beratungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene sicherlich einen wichtigen Beitrag geleistet haben. Darüber hinaus haben weitere Bemühungen eine verbesserte Erreichung von Personen mit Migrationshintergrund durch die Suchthilfe gefördert, wie bspw. das oben vorgestellte Projekt Herkunft – Ankunft – Zukunft.

#### 4.4 Umsetzung der Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ im schulischen Bereich

Hamburg hat rund 400 Schulen, in denen Kinder und Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit verbringen. Die Drucksache „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ fordert, dass „*Suchtvorbeugung in den Bildungsplänen aller Schulen festgeschrieben [wird]*.“<sup>46</sup> Zur Umsetzung von Suchtprävention sollen standardisiertes Unterrichtsmaterial eingesetzt und sowohl ReferendarInnen als auch Lehrkräfte laufend fortgebildet werden. Die Drucksache sieht des Weiteren schulinterne Qualifizierungsmaßnahmen für Lehrkräfte vor.<sup>47</sup> An Schulen setzen viele Maßnahmen und Projekte der Suchtprävention an. Schulen sind auch die Institutionen, an denen mögliche suchtbetragene Probleme von Kindern und Jugendlichen früh auffallen. Hier ist eine besondere Sensibilität des pädagogischen Personals gefragt. Deshalb gibt die Drs. DKuJ Empfehlungen zum Umgang mit auffällig gewordenen SchülerInnen sowie zur Aufgabenwahrnehmung der REBUS: Wenn Lehrkräfte bei SchülerInnen mit problematischem Suchtmittelkonsum nicht ausreichend intervenieren können, werden entweder REBUS tätig oder das SPZ. „*REBUS zieht das SPZ bei Suchtproblemen hinzu. [...] Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe [sind] mit Aktivitäten gegen Schulabsentismus [zu verknüpfen]*“<sup>48</sup>.

Im Rahmen der Untersuchung konnte leider keine umfassende Erhebung unter **Hamburger Schulen** durchgeführt, sondern lediglich Beratungslehrkräfte und SchulsozialarbeiterInnen zu einem Fokusgruppengespräch eingeladen werden. Zu dem mit Hilfe des SPZ organisierten Gesprächs konnten nur VertreterInnen von drei Schulen, ausschließlich Stadtteilschulen, kommen. Die dort gesammelten Eindrücke stellen also nur einen exemplarischen Eindruck einer sehr kleinen Stichprobe dar. Die Erfahrungen bilden dennoch eine interessante Ergänzung des Alltagsbildes auch dieses sehr wichtigen Akteurs im Bereich der Suchtprävention. Wenn im Folgenden auf diese Gesprächsrunde verwiesen wird, ist diese methodische Einschränkung stets zu bedenken.

Das **SuchtPräventionsZentrum (SPZ)** des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) existiert seit 2000, beschäftigt derzeit 13 MitarbeiterInnen auf 9,26 Stellen und ist in die Abteilung „Prävention, Intervention und Beratung (LIP) integriert. Zu dieser Abteilung gehören u.a. auch die Aufgabengebiete Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Lehrgesundheit. Das Team setzt sich vorwiegend aus im Suchtbereich erfahrenen Diplom-PädagogInnen und Diplom-SozialpädagogInnen, Diplom-PsychologInnen und (Medien-)PädagogInnen/Lehrkräften (von denen einige mit Teilen ihrer Arbeitszeit auch noch an Schulen arbeiten) zusammen.

Das SPZ betreibt sowohl Systemberatung und Fortbildungen (inkl. Unterrichtsprogramme und weitere Materialien) für Lehrkräfte eher im Sinne der universellen Prävention (ca.

46 Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 11.

47 Vgl. ebd.

48 Ebd., S. 11, 17.

50 % des Arbeitsvolumens) als auch Beratung/Kurzintervention (Einzelgespräche oder anlassbezogene Gruppen) für SchülerInnen und Eltern im Sinne der selektiven und indizierten Prävention (ca. 40 % des Arbeitsvolumens; 2010: gut 600 Beratungsgespräche und 19 Elterngruppensitzungen). Das SPZ koordiniert den Wettbewerb „Be smart – don't start“ (2010: rd. 470 Schulklassen mit ca. 10.000 TeilnehmerInnen) sowie diverse schulische Projekte. Das SPZ hat zwar seit Gründung zu etwa vier Fünftel der Hamburger Schulen Kontakt, doch bestand davon ein Gutteil aus anlassbezogenen Einzelaktivitäten. Hinzu kommt in kleinerem Maße die Beratung von MultiplikatorInnen aus der Jugendhilfe. Die „Beratungsstelle Krisenbewältigung und Abhängigkeitsprobleme“ (BST) innerhalb der Abteilung „Prävention, Intervention und Beratung“ des LI betreut zudem Lehrkräfte mit Suchtproblemen. Die vom SPZ erarbeiteten Materialien für Schulen sind über die Internetseite des SPZ abrufbar, darunter ein Vorschlag/eine Checkliste zur Erstellung schulischer Präventions-Gesamtkonzepte, eine Handreichung „Interventionskette“ im Umgang mit auffälligen SchülerInnen und eine für Schulfahrten sowie diverse Unterlagen zu konkreten Projekten, zur Information etc. Das SPZ wurde im Rahmen der Untersuchung kontaktiert, um umfassende Unterlagen gebeten und in mehreren Gesprächen befragt.

In Hamburg existieren seit Oktober 2000 14 so genannte **Regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen (REBUS)** für schulpsychologische, pädagogische, sonderpädagogische und sozialpädagogische Beratung und Förderung sowie Koordination entsprechender Hilfen (vgl. Pkt. 4.1.3). Die Zielgruppe der REBUS sind gemäß Rahmenkonzept SchülerInnen, „die aus bestehenden Schulangeboten herauszufallen drohen oder die mit herkömmlichen Schulangeboten nicht erreicht werden“<sup>49</sup>. Ursachen dafür können „Probleme im Lern- und Leistungsbereich, im sozialen Miteinander bzw. im Verhalten“<sup>50</sup> sein, worunter auch suchtbezogene Probleme fallen können. Aus diesem Grund wurde in jeder REBUS die Position einer Ansprechperson für das Thema Sucht eingerichtet.<sup>51</sup> Im Rahmen der Untersuchung wurden alle REBUS sowohl schriftlich als auch in einem vertiefenden Gruppengespräch befragt.

Die Aufgaben und Schwerpunkte der Ansprechpersonen Sucht konzentrieren sich zumeist auf eine „Informationsrolle“. Sie sollen in der REBUS als MultiplikatorInnen fungieren. Die Ansprechpersonen Sucht der REBUS nehmen regelmäßig an den Sitzungen des gemeinsamen Arbeitskreis beim SPZ teil und geben die dort gewonnenen Informationen (über aktuelle Trends im Bereich Sucht und Suchtprävention sowie entsprechende Hilfeangebote in Hamburg) anschließend in ihrer REBUS weiter. Darüber hinaus bringen sie das Thema auch in internen Fallbesprechungen ein und werden von KollegInnen als „ExpertInnen wahrgenommen“ und z.T. für Beratung in Fallarbeit herangezogen (ggf. auch von Schulen). In manchen REBUS werden Fälle mit suchtbezogenen Problemen „automatisch“ bei der Ansprechperson Sucht verortet (die interne Fallverteilung variiert von REBUS zu REBUS: z.T. nach Schulen, nach Themen, o.ä.). Viele GesprächspartnerInnen betonen, dass ihre REBUS-KollegInnen das SPZ gut kennen und häufig selbständig dorthin vermitteln.

Die GesprächspartnerInnen betonen, dass es bei der REBUS-Klientel zumeist um Absentismus gehe. Suchtmittelkonsum und Sucht spiele kaum eine Rolle, deshalb werde auf Suchtmittelgebrauch „eher bei Bedarf“ eingegangen. In der REBUS-Dokumentation wer-

49 Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung (2001). *REBUS – Regionale Beratungs- und Unterstützungsstellen in Hamburg, Bericht*. Hamburg: FHH, S. 7.

50 Ebd.

51 In den REBUS gibt es zudem Fachkräfte für „Gewaltprävention im Kindesalter“. Mit Blick auf mangelnde Kenntnisse in Schulen wurden im Jahr 2011 zudem zwei REBUS-Fachkräfte (REBUS Altona, REBUS Harburg) zu Kinderschutzfachkräften ausgebildet, die Fachberatungen für Schulen anbieten.

den die Gründe für eine Anfrage erfasst, darunter gab es auch das Item „Sucht“. Da dies extrem selten dokumentiert wurde und es tatsächlich bei SchülerInnen öfter um konsumbezogene Probleme geht, wurde zur Sensibilisierung der MitarbeiterInnen das Item Anfragegrund „Sucht“ im Erfassungsbogen in „Suchtmittelkonsum“ geändert. Dies führte jedoch kaum zu einer Änderung. Suchtmittelkonsum sei selten der Anfragegrund, sondern werde – wenn überhaupt – erst im Beratungsverlauf bekannt. Allerdings werde Suchtmittelkonsum von SchülerInnen oder Suchtprobleme im Elternhaus, die parallel zu weiteren Problemen auftreten können, weder in der Anamnese systematisch betrachtet noch strukturiert dokumentiert. SchülerInnen mit reiner Sucht- bzw. Konsumproblematik werden nach den Äußerungen der involvierten Akteure zumeist direkt von den Schulen ans SPZ vermittelt – auch weil dort keine offiziellen Akten geführt werden. Die Beratungen des SPZ werden derzeit nicht in der BADO erfasst.

#### 4.4.1 Maßnahmen und Projekte

Eine Maßnahme zur Verankerung der suchtpreventiven Aktivitäten in den Schulen ist die Sensibilisierung der Lehrkörper durch Fortbildung sowie die Integration der Thematik in die Ausbildungscurricula für künftige Lehrkräfte.

Wie von der Drs. DKuJ empfohlen, werden in Hamburg alle Lehrkräfte in Suchtprevention geschult, zunächst im Referendariat. Das SPZ schulte ReferendarInnen im Rahmen der Ausbildung für Lehrkräfte aller Schulformen seit 2006 bis Mitte 2010 in einem Pflichtmodul zum Thema „Früherkennung und Frühintervention bei Suchtmittelkonsum von Schülerinnen und Schülern“ zur Suchtprevention.

Tab. 10: *Pflichtmodul des SPZ in der Referendarsausbildung: „Früherkennung und Frühintervention bei Suchtmittelkonsum von Schülerinnen und Schülern“*

Jahr	Anzahl Maßnahmen	Anzahl Teilnahmen
2006	14	520
2007	14	500
2008	14	466
2009	14	530
2010	8	289

Diese Pflichtmodule wurden als Teil der Referendariatsausbildung im Rahmen der Reform der Lehramtsausbildung 2010 eingestellt und stattdessen in die Berufseingangsphase (BEP) überführt. Seither bietet das SPZ Fortbildungsmodule zu Früherkennung und Frühintervention für alle Referendare auf freiwilliger Basis an, die (weiterhin) vielfach genutzt wurden.

Seit dem Schuljahr 2010/2011 werden neu eingestellte Lehrkräfte im Rahmen der Berufseingangsphase (BEP) geschult. Die verbindlichen Fortbildungsveranstaltungen zur Sucht- und Gewaltprävention werden vom Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI) der BSB unter Beteiligung des SuchtpräventionsZentrums (SPZ) durchgeführt. Am letzten Durchlauf im März/April 2012 nahmen über 700 neu eingestellte Lehrkräfte teil.

Die seit Jahren erfolgende Qualifizierung zu Sucht- (und zu Gewalt-)Prävention hat sicherlich – ebenso wie die Vorgaben in den Bildungsplänen – dazu beigetragen, dass den Hinweisen im Rahmen der Untersuchung nach ein Gutteil der Schulen im Unterricht das



Thema Suchtmittel und Suchtgefahren behandelt, meistens der Klassen 7 bis 10, z.B. in den Fächern Biologie, Deutsch, Gesellschaftskunde etc. Die Schulen nutzen dazu Materialien, Handreichungen, Filme o.a. des SPZ und von anderen Fachinstitutionen und lassen sich zur Gestaltung von suchtpreventiven Projekt(wo)chen beraten. Viele Schulen führen schulinterne oder klassenbezogene Maßnahmen durch und vermitteln entsprechend auffällig gewordene SchülerInnen an Hilfen wie das SPZ, die Kö 16a o.ä.

Doch scheint es auch nicht wenige Schulen zu geben, die Suchtprävention nicht systematisch verankert haben, sondern eher auf die Durchführung isolierter suchtpreventiver Aktionen setzen, die nicht (immer) dem Stand der Fachdiskussion entsprechen. Dabei werden manchmal die Fachstellen für Suchtprävention hinzugezogen, andere verzichten auf die Nutzung dieser Expertise. Die Schulen laden z.B. PolizistInnen, Ex-Junkies, benachbarte Kliniken ein.<sup>52</sup> Weitere Hinweise betreffen den sehr unterschiedlichen Umgang mit bzw. die Vermittlung von problematisch konsumierenden SchülerInnen zu suchtbezogenen Hilfen sowie generell die Kooperation mit Fachinstitutionen. Insgesamt kann nicht von verbindlichen Standards für alle Schulen ausgegangen werden.

Die bei dem geführten Fokusgruppengespräch vertretenen Lehr- bzw. Beratungskräfte erläutern exemplarisch für ihre Schulen, dass Fortbildungen sowohl im Schulprogramm verankert sein können (jahrgangswise organisiert) oder auch individuell von Lehrkräften verfolgt werden (z.B. beim UKE). Grundsätzlich werde eher am direkten „Machen“ gelernt, wenn bspw. das SPZ konkret auch Klassen schult, als in reinen Fortbildungen im Kollegium. Alle Beteiligten betonen, dass an Schulen soziale Themen, darin auch Suchtmittelkonsum und Sucht sowie entsprechende Fortbildungen häufig als Aufgabe der Sozialpädagoginnen gesehen werden.

Fortbildungen für Lehrkräfte werden einerseits durch das SPZ (auch im Rahmen von Trainings zur Nutzung relevanter Unterrichtsprogramme) angeboten, aber auch von anderen Fortbildungsträgern wie dem BfS oder ab 2007 dem DZSKJ. Im Dokumentationssystem Dot.sys sollen alle Anbieter von Fortbildungen sowohl die durchgeführten Maßnahmen als auch die Teilnahmen erfassen. Die Nutzung von Dot.sys ist, wie bereits erwähnt, laut dem für die Anwendung und Auswertung verantwortlichen BfS allerdings ungenügend.<sup>53</sup> Die unterschiedliche Dokumentationspraxis bringt eine problematische Datenqualität mit sich. Dennoch können die ausgewiesenen Zahlen – unter Annahme einer gleichbleibenden Nutzung – Entwicklungen über die Jahre aufzeichnen:

Tab. 11: In Dot.sys dokumentierte Fortbildungen mit der Zielgruppe Lehrkräfte

Jahr	Anzahl Maßnahmen	Anzahl Teilnahmen
2006	15	734
2007	104	2.874
2008	77	1.395
2009	105	1.322
2010	72	1.079
zusammen	373	7.404

Quelle: BfS, eigene Auswertungen

52 Vgl. z.B. Heisenberg-Gymnasium (2012). *Qualitätsbericht 2011*. Hamburg: Heisenberg-Gymnasium.

53 Für viele Einrichtungen stellte die Nutzung bisher keinen Mehrwert dar, da nicht selber einrichtungsbezogen ausgewertet werden konnte. Dies könnte sich mit der neuesten Version ändern, die seit 2012 bereit steht.

Laut Auswertung der Dot.sys-Daten wurden in den Jahren 2006 bis 2010 in Hamburg 373 Fortbildungsmaßnahmen für die Zielgruppe Lehrkräfte angeboten – von SPZ, BfS, DZSKJ und anderen. Für diese sind insgesamt 7.404 Teilnahmen dokumentiert. Die Drs. DKuJ strebte eine deutliche Ausweitung des Fortbildungsangebots an. Tatsächlich steigerten sich die Zahlen von 2006 nach 2007 erheblich, stabilisierten sich dann jedoch auf einem mittleren Niveau. Hierbei kann jedoch nicht im Einzelnen geprüft werden, welche Umfänge und Schwerpunkte die Maßnahmen hatten. Nach Hinweisen des BfS sind in der Übersicht zwar weniger Teilnahmen registriert, aber diese entfielen öfter auf zeitintensivere Angebote, sodass der Lernumfang ähnlich war.

Davon abweichend wurden – nur für die Veranstaltungen des SPZ – in der Drucksache 19/5838<sup>54</sup> jedoch höhere Teilnahmezahlen zusammengestellt, was daran liegt, dass hier die Ausbildungsmodule einbezogen wurden:

Tab. 12: Aus- und Fortbildungsveranstaltungen des SPZ für Lehrkräfte

Zeitraum	Teilnahmen
Schuljahr 2004/2005	2.118
Schuljahr 2005/2006	2.529
Schuljahr 2006/2007	2.212
Schuljahr 2007/2008	1.578
Schuljahr 2008/2009	1.616

Quelle: SPZ

Die Anzahl der Teilnahmen geht demnach seit dem Schuljahr 2005/2006 zurück. Insgesamt müssen die Entwicklungen der Teilnahme-Zahlen sicherlich auf dem Hintergrund der langwierigen und schwierigen Prozesse der Schulreform(en) inkl. der Einführung von G8 und der „Inklusion im Bildungssystem“ etc. betrachtet werden. Viele Lehrkräfte fühlen sich durch die veränderten Anforderungen und Vorgaben der Fachbehörde überfordert und können weniger Ressourcen für die Suchtprävention einsetzen.

Auch die zweijährige Zusatzausbildung zum/zur BeratungslehrerIn des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung enthält ein Modul zur Suchtprävention. Das SPZ hat in diesem Rahmen in den Jahren 2007, 2009 und 2011 je 64 Lehrkräfte plus 24 Lehrkräfte aus Privatschulen der verschiedenen Schulformen sowie seit 2007 216 BerufsschullehrerInnen zum/zur BeratungslehrerIn weitergebildet. Die Nachfrage sei höher, doch würde nicht mehr als diese Größenordnung zugelassen. Grundsätzlich wird seitens der befragten PädagogInnen bemängelt, dass der Beratungsdienst an Schulen immer schlechter ausgestattet und die Stellen für Beratungskräfte immer weniger werden.

Die Drs. DKuJ empfiehlt als weitere Maßnahme zur Verankerung von Suchtprävention in der Schule neben Fortbildungen der Lehrkräfte auch die Entwicklung und den Einsatz von standardisiertem Unterrichtsmaterial. Das SPZ hat eine Vielzahl von Unterrichtsprogrammen zur Suchtprävention entwickelt, zuletzt zusammen mit dem BfS und dem ISD Module und dazugehörige Methoden- und Materialienordner zu Glücksspielsuchtpräven-

54 Vgl. Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg. (2005). *Große Anfrage und Antwort des Senats zu „Hamburg im ‚Europäischen Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung‘ vom 4.5.2010* (Drucksache 19/5838). Hamburg: Bürgerschaft FHH

tion in Schulen, die im Rahmen eines Forschungsprojekts entwickelt, erprobt und evaluiert wurden.<sup>55</sup>

Die meisten dieser Programme sind allerdings keine Maßnahmen der indizierten oder selektiven, sondern Aktivitäten zur universellen, Suchtprävention und zielen u.a auch auf die Förderung von „Life Skills“:

Tab. 13: Liste der Unterrichtsprogramme und -materialien des SPZ

Titel	Zielgruppe
Fit und stark fürs Leben	Klasse 1 – 6
Eigenständig werden	Klasse 1 – 4
PeP (Persönlichkeitsförderungsprogramm zur Sucht- und Gewaltprävention)	Klasse 3 – 9, SchülerInnen mit besonderem Förderbedarf
Selbständig werden – Eigenständig bleiben	Klasse 7 – 10
Werkstatt Life-Skill-Training	Klasse 1 – 10
Fit für ohne	Klasse 6 – 7
Fit ohne sprit	Klasse 6 – 7
Nichtrauchermemory	Klasse 6 – 9
Suchtprävention mit Nikotin-, Alkohol- und Cannabiswerkstatt	Klasse 7 – 10
Mediennutzung der Jugendlichen: Chancen und Risiken	Klasse 7 – 10
Werkstatt zu Essstörungen	Klasse 8 – 10
Leitfaden Essstörungen – Essenslust und Körperfrust	Klasse 8 – 10

Quelle: SPZ

In den schulischen Fortbildungen und Unterrichtsberatungen wurden von 2006 bis 2010 zwar Lehrkräfte aus 164 Schulen zu obenstehenden Unterrichtsprogrammen fortgebildet, doch haben damit seit dem Vorliegen der Drs. DKuJ nicht einmal die Hälfte aller Hamburger Schulen Lehrkräfte zu diesen Qualifizierungen entsandt.

Neue Themen bei Fortbildungen und für Unterrichtsprogramme sind Essstörungen, Computer- und Glücksspiele sowie Internetsucht. Neben den Fortbildungsangeboten für Lehrkräfte 2010 wurden vom SPZ in enger Zusammenarbeit mit dem Fortbildungsinstitut für sozialpädagogische Fach- und Führungskräfte der BASFI (Südring) auch vier mehrtägige Seminarveranstaltungen für Jugendhilfeeinrichtungen und Qualifizierungen für MultiplikatorInnen in der Jugendhilfe angeboten. Diese Fortbildungen des SPZ werden seit 2003 aufgrund der starken Nachfrage regelmäßig im Jahresprogramm des Südring aufgeführt.

Zudem führt das SPZ auch Praxisberatung und Supervision durch: Im Jahr 2010 wurden bspw. 65 Praxisberatungen in Schulen und einzelnen Jugendhilfeeinrichtungen<sup>56</sup> sowie 78 Informations- und Reflexionsgespräche mit Schulklassen durchgeführt. Alle Vertreter-

<sup>55</sup> Die Ergebnisse und der Methodenordner liegen noch nicht vor. Das Projekt „Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Maßnahmen der Spielsuchtprävention für das schulische Setting“ lief von 2008 an bis Sommer 2012. Unter Federführung des SPZ wurden in Kooperation mit dem BfS und dem ISD Maßnahmen zur schulischen Spielsuchtprävention entwickelt, in 54 Klassen erprobt und evaluiert: Ein zweitägiges Modul für die Glücksspiel- und Computerspielsuchtprävention in der Sekundarstufe I sowie ein eintägiges Modul für die Glücksspielsuchtprävention in der Sekundarstufe II/berufliche Schulen. Der Abschlussbericht des ISD soll im Juli 2012 vorliegen.

<sup>56</sup> Seit 2006 wurden auf Nachfrage 14 Jugendhilfeeinrichtungen beraten.

Innen der Schulen, die an der Fokusgruppe teilnahmen, geben an, diese Angebote des SPZ zu nutzen und verschiedene (z.T. mehrwöchige) Präventionsprojekte durchzuführen, vorwiegend in den Klassenstufen 7 und 8.

Mit dem „Youth-to-Youth“-Projekt hält das SPZ außerdem eine Fortbildungsmaßnahme vor, die auf Schülerinnen und Schüler selbst und ihre Multiplikator-Funktion zielt. Die Fortbildung richtet sich an SchülerInnen der 8. bis 11. Jahrgangsstufe und findet an zwei Wochenenden statt. Zudem wird eine Verankerung der Multiplikatoren-Tätigkeit in Zusammenarbeit mit Lehrkräften an der Schule durch das SPZ sicher gestellt. Von 2006 bis 2010 haben über 200 Schülerinnen und Schüler am „Youth-to-Youth“-Projekt teilgenommen (zuletzt im Jahr 2010: zwölf TeilnehmerInnen). Das o.g. unterschiedliche Engagement von Schulen zum Thema Suchtprävention bestätigt sich erneut, denn die 200 SchülerInnen kommen aus lediglich 13 der rund 150 weiterführenden Schulen in Hamburg.

Ohne hier näher darauf eingehen zu können, sei nur kurz darauf verwiesen, dass in den Schulen in unterschiedlichem Maß diverse Projekte der universellen Prävention umgesetzt werden, wie z.B. „Be smart – don’t start“, „und Tschüss“ oder „Rauchfreie Schule“ rund um das Thema Rauchen. Andere Projekte zielen auf generelle Themen (z.B. Stationenparcours zur Suchtprävention [in 80 Schulklassen mit 1.700 TeilnehmerInnen im Jahr 2010<sup>57</sup>] oder Kunstrausch), auf gesundes Essverhalten (z.B. Parcours Essenslust und Körperfrust [seit 2009: an neun Schulen]) oder Mediennutzung. Viele Schulen lassen die Umsetzung von Projekten durch das SPZ begleiten.

Insgesamt ist es nicht möglich, die Umsetzung von Suchtprävention an Hamburger Schulen sekundäranalytisch zu erfassen: Die Umsetzung der diesbezüglichen Vorgaben in den Bildungsplänen wird nicht regelhaft erfasst<sup>58</sup> und es blieb offen, ob Umsetzung und Qualität von Suchtprävention in Schulen durch die Fachbehörde überhaupt controlled wird.

#### 4.4.2 Blick auf Suchtprobleme bei SchülerInnen

Das Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend in Hamburg“ fordert: *„Wenn Lehrkräfte bei SchülerInnen mit problematischem Suchtmittelkonsum nicht ausreichend intervenieren können [...], werden entweder REBUS tätig oder das SPZ. REBUS zieht das SPZ bei Suchtproblemen hinzu.“*<sup>59</sup> In der Untersuchung wurde deshalb sowohl in der schriftlichen Befragung der REBUS als auch in den geführten Fokusgruppengesprächen der Frage nachgegangen, wie Schulen und REBUS auf Suchtprobleme und Konsumverhalten bei SchülerInnen schauen.

Für den Umgang mit auffälligen SchülerInnen hat das SPZ eine modellhafte Interventionskette ausgearbeitet, die folgendes Vorgehen empfiehlt:

- Bei Verdacht auf Suchtmittelkonsum als KlassenlehrerIn Gespräch suchen, ggf. Verhaltensänderungen und Regeleinhaltung sowie einen Folgetermin vereinbaren und Eltern/Schulleitung informieren.

<sup>57</sup> Mit dem interaktiven Stationenparcours für Schulklassen wurden seit 2004 über 14.000 TeilnehmerInnen erreicht. Das SPZ berichtet, dass das Angebot von Schulen unvermindert stark nachgefragt werde.

<sup>58</sup> Vgl. Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2010). *Suchtprävention in Hamburger Schulen vom 12.10.210* (Drucksache 19/7492). Hamburg: Bürgerschaft FHH.

<sup>59</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 13.

- Falls sich nichts geändert hat, Beratung bei der Beratungslehrerin bzw. dem Beratungslehrer der Schule, im SPZ oder einer Drogenberatungsstelle zur Auflage machen und Konsequenzen nach dem Schulgesetz androhen sowie ein weiteres Folgegespräch vereinbaren (ggf. in erweitertem TeilnehmerInnenkreis, inkl. Eltern)
- Falls sich weiterhin nichts geändert hat, erneute Verhaltensänderungen vereinbaren, Wahrnehmung von externen Hilfeangeboten zur Auflage machen und angedrohte Konsequenzen nach Klassenkonferenz umsetzen.
- Falls sich weiterhin nichts geändert hat, weitere Maßnahmen nach § 49 HmbSG z.B. zeitweiligen Schulausschluss einleiten.

Obgleich die Schulen, die im Rahmen des Projektes „Hinschauen und Handeln“ gemeinsam mit dem SPZ diese Interventionskette entwickelt haben und mit ihrer Anwendung sehr zufrieden sind, ist sie nicht Pflicht und es ist nichts zu Nutzung der Interventionskette in der Breite der Schullandschaft bekannt.

Im Rahmen der erwähnten Gesprächsrunde mit Lehrkräften und SchulsozialarbeiterInnen aus drei Stadtteilschulen wurde exemplarisch deutlich, dass das SPZ eine große Rolle beim Umgang mit Suchmittelkonsum und -problemen spielt. Die InterviewpartnerInnen beschreiben, dass konsumbezogene Probleme grundsätzlich v.a. im Rahmen von Klassenfahrten auffallen. Üblicherweise werde bei Zwischenfällen, zunächst das Gespräch mit SchülerIn und Eltern gesucht – in der Regel zusammen mit dem Beratungsdienst. Außerdem könne eine Klassenkonferenz einberufen und das SPZ eingeschaltet sowie Auflagen erteilt werden. Alle drei vertretenen Schulen haben gemeinsam mit dem SPZ die o.g. Interventionskette eingeführt. Das SPZ hat zudem eine „Handreichung für Schulfahrten zur Alkohol- und Drogenprävention“ entwickelt, die auf der Internetseite bereit steht.

Auch andere Schulen wenden sich in „Härtefällen“ an das SPZ, das sowohl Einzelberatung als auch anlassbezogene Gruppenveranstaltungen für ganze Schulklassen anbietet. Zeichnet sich direkt bei der Anfrage ab, dass eine längerfristige spezialisierte Suchtberatung oder eine weitergehende Therapiemaßnahme notwendig ist, vermittelt das SPZ regelmäßig an die Kö 16a oder an eine andere spezialisierte Suchtberatungsstelle für Kinder und Jugendliche, wie z.B. Kajal oder Kompaß.<sup>60</sup>

Im Bereich der von Schulen angeregten/vermittelten Kurzintervention durch das SPZ sind die Zahlen über die Jahre 2006 bis 2010 relativ konstant:

Tab. 14: Vom SPZ beratene Kinder und Jugendliche

Jahr	Kinder und Jugendliche
2006	225
2007	186
2008	179
2009	182
2010	202

Quelle: SPZ

Im Schnitt werden laut SPZ als Maßnahme zur Kurzintervention mit den von den Schulen vermittelten jährlich rund 180 bis 200 SchülerInnen etwa drei Beratungsgespräche durchgeführt. In den meisten Fällen stellt sich dann heraus, dass diese Kurzintervention ggf.

<sup>60</sup> Solche unmittelbaren Vermittlungen an bzw. Verweise auf Beratungsstellen finden auch im Rahmen der täglichen telefonischen Beratungen des SPZ mit Eltern, BetreuerInnen und betroffenen Jugendlichen statt.

auch unter zusätzlicher Einbeziehung der Eltern und Lehrkräfte eine ausreichende präventive Maßnahme darstellt. Ist dies nicht der Fall, wird weitervermittelt. Dies komme pro Jahr bei ca. 20 Schülerinnen und Schülern vor.

Wie im Schulalltag seitens der Lehrkräfte auf nicht direkt auffälligen aber ggf. problematischen Konsum geschaut wird, hängt nach Aussage der InterviewpartnerInnen vom Stil der Schule, der Schwerpunktsetzung der Schulleitung und von den jeweiligen Personen ab. Obwohl von Typ und Einstellung abhängig, seien die meisten KollegInnen der drei beteiligten Schulen doch bezüglich der Thematik sensibilisiert und mit dem Vorgehen (Interventionskette, Beratungsdienst, SPZ) vertraut. Lediglich jüngere bzw. neue Lehrkräfte müssten hier verstärkt in die Thematik eingeführt werden.

Dieser positive Befund aus dem Gespräch mit VertreterInnen der drei Schulen kann sicherlich nicht auf alle Schulen übertragen werden. Einen Einblick gibt hier die SCHULBUS-Befragung der LehrerInnen.<sup>61</sup> Demnach hatten in den Jahren 2005 und 2007 etwa ein Drittel der Lehrkräfte in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal den Verdacht, dass ein/e SchülerIn ein Problem mit Alkohol hat und etwa die Hälfte<sup>62</sup> der befragten LehrerInnen vermutete im selben Zeitraum bei mindestens einem/einer SchülerIn Probleme mit Cannabis oder anderen Suchtmitteln. 21 % der Lehrkräfte wurden im Verlauf der letzten zwölf Monate von SchülerInnen, 25 % (2005) bzw. 20 % (2007) von deren FreundInnen und 15 % (2005) bzw. 11 % (2007) von Eltern wegen Suchtmittelproblemen von SchülerInnen angesprochen.

Wie schätzen die Lehrkräfte ihre Kenntnisse, die Wirkungen von schulischer Suchtprävention etc. ein?

Tab. 15: *Einschätzung der LehrerInnen zu verschiedenen Aspekten rund um das Thema Drogen (Mittelwerte auf einer Skala von 1 = sehr schlecht/gering bis 6 = sehr gut/hoch)*

	2005	2007
eigene fachliche Kenntnisse zum Thema Drogen allgemein	3,7	3,5
Fähigkeit, das Vorliegen einer Drogenproblematik zu erkennen	3,3	3,0*
Wirksamkeit schulischer Aufklärung/Suchtpräventionsmaßnahmen	3,5	3,4
Interesse der SchülerInnen am Thema Drogen	4,1	4,2
Kenntnisse der SchülerInnen zum Thema Drogen	3,2	3,1

\* Unterschied 2005 zu 2007 signifikant ( $p < 0,05$ ).  
Quelle: BfS

Insgesamt zeigen sich in den ersten Jahren nach Einführung der Drs. DKuJ kaum Veränderungen. Die Lehrkräfte sehen bei sich mittlere/befriedigende Kenntnisse zum Thema Drogen und fühlen sich in ähnlichem Maß fähig, Suchtprobleme zu erkennen. Anders als angestrebt hat das Vertrauen dahinein von 2005 bis 2007 allerdings abgenommen.

Die Wirksamkeit schulischer Suchtpräventionsmaßnahmen wird stabil auf einem mittleren Niveau eingeschätzt. Umso bedauerlicher ist es, dass die Lehrkräfte zu beiden Zeit-

<sup>61</sup> Das BfS befragt im Rahmen der SCHULBUS-Untersuchung auch die Lehrkräfte zu ihrer Wahrnehmung vom Konsumverhalten der SchülerInnen, das Ausmaß direkten Kontakts mit suchtmittelkonsumbezogenen Problemen, Einschätzungen zum eigenen Kenntnisstand, der Wirksamkeit schulischer Präventionsmaßnahmen sowie die Häufigkeit der Behandlung des Themas Drogen und Drogenkonsum im Unterricht im letzten Jahr. An der Befragung beteiligten sich in den Jahren 2005, 2007 und 2009 mit 311, 258 und 312 Lehrkräften jeweils nur vergleichsweise wenige Angesprochene an der Untersuchung. Die Ergebnisse werden als Gesamtergebnisse (nicht standortspezifisch) dem SPZ zur Ausrichtung seiner schulbezogenen Angebote zur Verfügung gestellt.

<sup>62</sup> 2005: 57,8 % und 2007 mit 48,2 % signifikant seltener.

punkten von im Schnitt lediglich einer einmaligen Behandlung des Themas Drogen und Drogenkonsum im Unterricht des letzten Jahres berichten.

Im Jahr 2009 fokussierte die SCHULBUS-Untersuchung auf das Thema Glücksspiel. Neben den alarmierenden Werten zur Verbreitung von Glücksspielen um Geld unter Jugendlichen zeigte sich dabei, dass fast die Hälfte der LehrerInnen bei einigen SchülerInnen problematischen Umgang mit Glücksspielen vermuten (46,2 % von 312 Befragten) und dass auch rd. 10 % schon einmal von SchülerInnen dazu angesprochen wurden. 73,8 % der Befragten finden schulische Präventionsmaßnahmen zum Thema Glücksspiel notwendig, aber 78,9 % haben das Thema noch nie im Unterricht behandelt.<sup>63</sup> Die o.g. Maßnahmen zur schulischen (Glücks-)Spielsuchtprävention scheinen also dringend notwendig, wenngleich zu erwarten ist, dass die Nutzung über die Schulen hinweg sehr unterschiedlich ausfallen wird.

### REBUS

Obwohl es in der Drs. DKuJ heißt „*Da problematischer Suchtmittelkonsum oftmals mit Schulschwänzen einhergeht, müssen Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe verknüpft werden mit Aktivitäten gegen Schulabsentismus und begleitenden Anstrengungen, diese schwierige Schülerklientel in den Schulalltag zu integrieren*“<sup>64</sup>, spielt im REBUS-Alltag laut Wahrnehmung und Aussagen der Befragten Sucht bzw. Suchtmittelkonsum kaum eine Rolle. Auch die Analyse der dokumentierten Fallzahlen zeigt, dass Suchtmittelkonsum und entsprechende Interventionen nicht im Vordergrund der REBUS-Arbeit stehen: In nur 74 Fallbearbeitung von rund. 40.000 Anfragen in den Schuljahren 2007/2008 bis 2010/2011 wurde Suchtmittelkonsum als Anfragegrund eingestuft und nur in 473 dieser Fällen wurde das Thema Drogen/Sucht als eines von verschiedenen Problemfeldern der beratenen SchülerInnen notiert. Jährlich werden etwa 20 SchülerInnen an das SPZ vermittelt, jedoch kaum an die regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche. Diese geringen Fallzahlen verwundern auch dann, wenn, wie berichtet, SchülerInnen mit offenkundiger Konsumproblematik von den Schulen direkt an spezialisierte Stellen verwiesen werden.

Ganz generell ist anzunehmen, dass aus schulischer Sicht problematisches Verhalten Jugendlicher häufig (auch) von Suchtmittelkonsum oder von problematischem Internetgebrauch bzw. Glücksspielen begleitet ist. Und denkt man an die Konsumprävalenzen unter Jugendlichen und jungen Volljährigen bei den SCHULBUS-Ergebnissen, aber auch die dort von LehrerInnen notierte Verbreitung von Suchtmittelkonsum und Glücksspielen, so liegen mindestens ähnliche Verteilungen bei der Zielgruppe der REBUS nahe. Absentismus könnte z.T. auch mit dem Aufsuchen von Spielhallen verbunden sein, insb. wo über 300 Spielhallen im näheren Umkreis von Schulen liegen<sup>65</sup> oder mit dem Spielen an den zahlreichen Geräten in Gaststätten.

Seit dem Jahr 2007 wird zwar im Rahmen des genutzten elektronischen Systems zur Fallbearbeitung und statistischen Auswertung „Suchtmittelkonsum“ als einer von 17 mögli-

---

<sup>63</sup> Alle Daten s. Baumgärtner, T. (2012). *Jugendliches Glücksspielverhalten. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung unter Hamburger Jugendlichen und jungen Erwachsenen 2009*. Vortrag auf der Fachtagung „Die Glücksspielsuchtforschung der Bundesländer - wissenschaftliche Erkenntnisse für Prävention, Hilfe und Politik“ am 02.02.2012 in Hamburg.

<sup>64</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 17.

<sup>65</sup> Vgl. Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Kleine Anfrage und Antwort des Senats zu Spielhallen im Umkreis von Schulen vom 17.04.2012* (Drucksache 20/3800). Hamburg: Bürgerschaft FHH.

chen Anfragegründen aufgeführt. Die BearbeiterInnen müssen dabei allerdings den vorrangigen Anfragegrund auswählen. Hier können sich die kleinen Zahlen also teilweise durch das methodische Problem der Erfassung erklären. Auch bei der Dokumentation von Drogen/Sucht als eines von verschiedenen psychischen Problemfeldern kann die geringe Anzahl teilweise auf methodische Gründe zurückgeführt werden, denn bei Kindern und Jugendlichen trifft die Beschreibung „(auffälliger/problematischer) Suchtmittelkonsum“ häufiger zu als eine Problemlage mit der Bezeichnung „Drogen/Sucht“. Trotz möglicher methodischer Erfassungs- und Dokumentationsunschärfen, verwundern die geringen Zahlen von durch REBUS beratenen SchülerInnen mit auffälligem Suchtmittelkonsum. Hier kann auch der fehlende bzw. nicht fokussierte Blick auf die Thematik eine Rolle spielen. Im Rahmen der Untersuchung wurde deutlich, dass in den REBUS bei der Anamnese nicht systematisch der Aspekt Konsumverhalten – weder bei den jungen Menschen noch in den Familien – betrachtet wird bzw. diese den MitarbeiterInnen manchmal nicht als angebracht erscheint (insbesondere bei vermuteten Suchtproblemen von Eltern).

Nach Suchthilfeangeboten befragt, zeigt sich, dass die befragten REBUS-MitarbeiterInnen kaum Suchthilfeeinrichtungen kennen und auch nur wenig mit Suchthilfe kooperieren. Auch ist die Funktion einer „Fachkraft für Kinderschutz“ in der Suchtberatung unbekannt, ebenso wie diejenige der bezirklichen Koordination für Suchtprävention (mit einer Ausnahme). Lediglich einzelne Fachkräfte arbeiten in einem connect-Netzwerk oder anderen sozialraum- und suchtbezogenen Projekten mit oder verweisen an Suchthilfeeinrichtungen. Tatsächlich kennen die „Ansprechpersonen Sucht“ zum großen Teil auch die Drs. DKuJ und damit auch REBUS betreffende Zielsetzungen nicht.

Dieses Ergebnis erstaunt, da die Funktion „Ansprechperson Sucht“ in den REBUS seit Jahren implementiert ist und die Fachkräfte vom SPZ begleitet werden und regelmäßig im SPZ zu Treffen zusammenkommen. Es hat vermutlich mit der hohen Personalfluktuation in der Gruppe der Ansprechpersonen für Sucht zu tun sowie ggf. mit begrenztem Interesse am Thema Sucht in den REBUS.

#### 4.4.3 Kooperation

Neben der Sensibilisierung durch Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte sowie der Umsetzung von Unterrichtsprogrammen bedarf es einer engen Kooperation zwischen Schulen und Jugendhilfe sowie Fach- und Beratungsstellen, um sowohl im Sinne der selektiven Prävention als auch im Rahmen von Frühintervention tätig werden zu können.

Grundsätzlich stellt die Vernetzung in der Region (insbesondere durch Stadtteilschulen) einen der Eckpunkte der Hamburger Schulreform dar: *„Die Stadtteilschule kooperiert in der Region mit anderen pädagogischen und sozialen Einrichtungen sowie mit Beratungsstellen und Einrichtungen der Jugendhilfe“*.<sup>66</sup> Ein Beispiel für Kooperation ist die Suchtpräventionsarbeit der Jugendhilfe im Ganztage. Gemäß Anlage der Rahmenvereinbarung zwischen den Behörden und Trägern der freien Jugendhilfe über die Zusammenarbeit im Rahmen des Ganztageesschulen sollen die Kooperationspartner auch auf Gesundheitsförderung und Suchtprävention hinwirken: *„Die kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Trends des Suchtmittelkonsums bei jungen Menschen wird gefördert.“*<sup>67</sup> In der Koopera-

<sup>66</sup> Steiner, W. (2008). Kooperation von Jugendhilfe und Schule. *Hamburg mach Schule*, 3 – 4, 10 – 15.

<sup>67</sup> Rahmenvereinbarung über die Zusammenarbeit im Rahmen der Ganztageesschulen zwischen AWO, CV, DRK, DW, LJR HH, VKJH, DPW und der FHH – vertreten durch BSB, BSG und die Bezirksämter, unterzeichnet im Januar 2011. Hamburg: FHH, S. 8.



tion zwischen Jugendhilfe und Schulen sieht sich das SPZ als Schnittstelle, die auch zur Stärkung der Zusammenarbeit beitragen kann.

Die Kooperationen von Schulen sind systematisch nicht erfassbar, hierzu wäre eine eigene Untersuchung notwendig. Aus den Hinweisen im Rahmen der Untersuchung wird deutlich, dass Kooperation, neben der o.g. Zusammenarbeit im Ganzttag, v.a. im System Schule stattfindet, d.h. mit SPZ und REBUS. Des Weiteren nutzen Schulen in je individueller Ausprägung Angebote des BfS, des DZSKJ und – deutlich seltener – von überregionalen und regionalen Suchtberatungsstellen sowie von Krankenhäusern und anderen Akteuren im Gesundheits- und Suchtbereich.

Nach den Eindrücken aus den Gesprächen funktioniert die Zusammenarbeit der Schulen mit dem SPZ sehr gut. Neben dem SPZ werden von den befragten Schulen das UKE, Kaja, die Kö 16a und vereinzelte Beratungsstellen als Anlaufstellen für Hilfe benannt. Mit diesen Einrichtungen wird ebenso kooperiert wie mit der Polizei und dem ASD. In den drei Schulen gibt es regelmäßige Treffen (wöchentlich/monatlich) mit REBUS im Rahmen von Supervision. Die SozialarbeiterInnen an den Schulen werden als eine Art „REBUS vor Ort“ verstanden, eine Vermittlung an die REBUS selbst wird nur als letzter Ausweg betrachtet (aber eher nicht im Fall problematischen Konsums ohne andere Auffälligkeiten wie Absentismus o.ä.). Allerdings können diese Ergebnisse aus den drei Schulen im Gruppengespräch nicht auf die Breite der Schulen in Hamburg übertragen werden.

Die neuen regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene kommen zweimal im Jahr zum Austausch ins SPZ, u.a. um Kontakte mit Schulen zu fördern. Bei Überschneidung von Zuständigkeiten informiert man sich gegenseitig (auch im Sinne der Qualitätssicherung der Arbeit an Schulen). Doch bekommen die Einrichtungen nach wie vor wenig Zuweisungen aus Schulen, die wohl weiterhin vorrangig auf das SPZ orientiert sind. Ähnlich wie die Schulen kooperieren auch die Ansprechpartner Sucht der REBUS und die gesamten REBUS in erster Linie mit dem SPZ, die regionalen Suchtberatungen bekommen kaum Zuweisungen von REBUS (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Kooperationsvereinbarungen der REBUS mit ... (N = 13)

	Anzahl	In Prozent
Fachstellen, darunter ...	11	84,6
... SPZ	7	53,8
... Gewaltpräventionsstelle	1	7,7
... Kinderkompetenzteam	1	7,7
Jugendhilfeeinrichtungen	2	15,4
Schulen	1	7,7
Suchtberatungsstellen	0	0,0
medizinisches System	0	0,0
Sonstige (v.a. connect)	3	23,1

In der schriftlichen Befragung nennen die REBUS außer dem SPZ mit Blick auf suchtbelastete SchülerInnen nur vereinzelte weitere Kooperationspartner. Das SPZ wird zwar nur von gut der Hälfte der REBUS als Kooperationspartner benannt, obgleich alle AnsprechpartnerInnen Sucht am Arbeitskreis des SPZ teilnehmen, doch ist dies eine deutliche Steigerung im Vergleich zum Jahr 2007: Bei der Evaluation der REBUS gaben damals nur 25 % der REBUS an, mit dem SPZ zu kooperieren – die damals Befragten waren je-

doch sehr zufrieden mit dieser Kooperation<sup>68</sup> – ebenso wie jene im Rahmen dieser Untersuchung.

Die regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene sind zwar bekannt, werden aber nicht als Kooperationspartner aufgeführt. Die nur in einigen Regionen existierenden connect-Netzwerke werden hingegen vereinzelt als Kooperationspartner der REBUS genannt und als sehr hilfreich bei der Vernetzung wahrgenommen.

In der schriftlichen Befragung wurden die REBUS auch nach Form und Umfang von fallbezogenen Kooperationen gefragt.

Tab. 17: *REBUS: Form und Umfang fallbezogener Kooperation in Fällen mit sucht(präventions-)bezogener Thematik im Jahr 2010 (N = 13)*

	Anzahl der REBUS	Summe der Fälle in 2010
Vermittlung/Übergabe in andere Einrichtung, z.B. ASD, jugend hilft jugend	7	12
gemeinsame Fallgespräche	8	8
Beratung/Anleitung von Fachkräften in anderen Einrichtung	4	10
gemeinsame schriftliche Hilfeplanungen	4	5
Sonstiges, z.B. Stadtteileinrichtungen, SPZ	2	3

Kooperation besteht demnach vor allem in der Vermittlung in andere Einrichtungen – in Einzelfällen – mit gemeinsamen Fallgesprächen. Vor allem die genannten Fallzahlen illustrieren erneut die bereits erwähnte marginale Präsenz suchtbezogener Themen im Arbeitsalltag von REBUS.

Die Zusammenarbeit mit dem ASD hat sich gemäß den Aussagen verschiedener Akteure (u.a. aus Schulen und REBUS) in den letzten Jahren deutlich verbessert. Grundsätzlich hänge Kooperation jedoch immer von Personen ab und beim ASD werde die Zusammenarbeit häufig insofern erschwert, als dort das Personal häufig wechsele. Die Aufmerksamkeit und damit auch die Kooperationsaktivitäten, v.a. in Richtung Kindeswohlgefährdung, haben sich aber in den letzten Jahren deutlich erhöht.

#### 4.5 Zentrale (Weiter-)Entwicklung, Qualitätssicherung und Koordination

Hamburg hat eine Landesstelle für Suchtfragen und drei Fachstellen für Suchtprävention, die in den vorangehenden Kapiteln auch schon vielfach erwähnt wurden. Hier soll nun der Beitrag der Fachstellen für die Weiterentwicklung, Qualitätssicherung und Koordination der Suchtprävention betrachtet werden.

- Die **Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen – HLS** ist die Dachorganisation von mehr als 40 Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention in Hamburg und wird von der BGV gefördert. Sie gilt nicht selbst als Fachstelle für Suchtprävention, ist jedoch Trägerin des BfS (s.u.). Die HLS unterhält sechs Fachausschüsse zu verschiedenen Schwerpunkten, darunter der Fachausschuss

68 Vgl. Staats, M., Glauser, L., Lindner, M., Lieb, C., Niedlich, S. & Wettling, S. (2008). *Externe Evaluation der Regionalen Beratungs- und Unterstützungsstellen in Hamburg, Abschlussbericht*. Hamburg: Rambøll Management, S. 52 ff.

Suchtprävention. Bei der HLS sind verschiedene Projekte verortet, darunter auch auf suchtpräventive Ziele ausgerichtete Maßnahmen, wie bspw. Lina-net und Papilio. Die HLS hält über die Netzwerk-Datenbank mehrere Informationsseiten bereit: Rauschbarometer, Kursbuch Sucht und das Portal zu Lina-net. Auch über die eigene Seite [www.sucht-hamburg.de](http://www.sucht-hamburg.de) sind Informationen und Materialien zugänglich. Zusammen mit dem Fachausschuss Suchtprävention (FAS) wird jährlich eine Tagung organisiert.<sup>69</sup>

- Das **Büro für Suchtprävention – BfS** ist als zentrale Fach- und Anlaufstelle für Fragen zur Suchtprävention in Hamburg mit der Praxiskoordination der Suchtprävention und der Weiterentwicklung ihrer Qualität in Hamburg betraut, Förderung seit Umsetzung der Drs. DKuJ durch die BASFI.  
Das BfS übernimmt Koordinations- und Informationsfunktionen rund um die Suchtprävention in Hamburg, vor allem mit Blick auf Familien und Kinder, Stadtteil- und Medienarbeit. Hier werden Arbeiten für die o.g. Portale der HLS geleistet und das Internetangebot „Fortbildungswiese“<sup>70</sup> betreut. Auch liegt die Organisation und Koordination des FAS beim BfS. Das BfS liefert, wie von der Drs. DKuJ gefordert, insbesondere über die regelmäßigen SCHULBUS-Untersuchungen und Dot.sys-Auswertungen planungs- und controllingrelevante Daten zum Suchtmittelkonsum in Hamburg sowie zu Angebot und Nutzung von Fortbildung in der Suchtprävention. Das BfS begleitet Projekte in Hamburg und darüber hinaus wissenschaftlich. Das BfS führt Fortbildungen zu Suchtprävention, i.d.R. im Kontext dort betreuter Projekte oder zu Dokumentationsfragen und PrevNet durch und leistet Öffentlichkeitsarbeit. Der Schwerpunkt liegt auf universeller und selektiver Suchtprävention und man wendet sich vorwiegend an Fachkräfte in der Suchtprävention, der Jugendhilfe, in Betrieben etc., berät in kleinerem Umfang aber auch Eltern und Angehörige von Kindern und Jugendlichen.
- Das **SuchtPräventionsZentrum – SPZ** des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI), gefördert durch die BSB, unterstützt Schulen und REBUS sowie – in geringerem Umfang – auch Jugendhilfeeinrichtungen vor allem durch Personal- und Systemqualifizierung sowie Konzept- und Materialentwicklung darin, universelle Suchtprävention wahrzunehmen sowie auf Konsumprobleme zu reagieren. Die in nicht geringem Umfang geleisteten Schul-, Klassen- und Lehrkräfte-bezogenen Beratungen sowie die Beratungen von Eltern und SchülerInnen, auch i.S. von Kriseninterventionen, stellen Angebote der selektiven und indizierten Prävention dar. Das SPZ koordiniert den Wettbewerb „Be smart – don’t start“ sowie diverse schulische Projekte und ist an Modellprojekten beteiligt. Das SPZ kooperiert seit der Arbeitsaufnahme vor gut zehn Jahren eng mit dem BfS, man führt gemeinsame Projekte durch und beide geben seit 2001 gemeinsam die Zeitschrift für Suchtprävention<sup>71</sup> und die Fortbildungsprogrammübersichten heraus. Das SPZ und das DZSKJ sind die größten Anbieter von Fortbildungen zu Suchtprävention in Hamburg.
- Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter – DZSKJ im Universitätsklinikum Eppendorf wurde aufgrund der Beschlüsse in der Drs. DKuJ im

---

<sup>69</sup> Die Zuständigkeiten, Aufgabenwahrnehmung und der Personaleinsatz scheinen in HLS und BfS – trotz unterschiedlicher Rollen, Finanzierungen und behördlichen Zuordnungen – vielfach ineinander verschlungen. Von außen betrachtet erscheint dies wenig eindeutig und dürfte nicht nur FOGS verwirren. Der Fachausschuss Suchtprävention liegt bspw., obgleich als Fachausschuss der HLS ausgewiesen, praktisch beim BfS, ebenso wie die Fortbildungswiese, die Betreuung von connect und Lina-net etc. Dieselben Beschäftigten werden sowohl als HLS – wie auch als BfS-Kräfte vorgestellt, die Zuordnung zu den Institutionen ist nicht transparent. Unklar erscheint auch, neben ihrem Stellenwert, wo die AG Fortbildung verortet ist.

<sup>70</sup> Siehe <http://www.suchtpraevention-fortbildung.de/>.

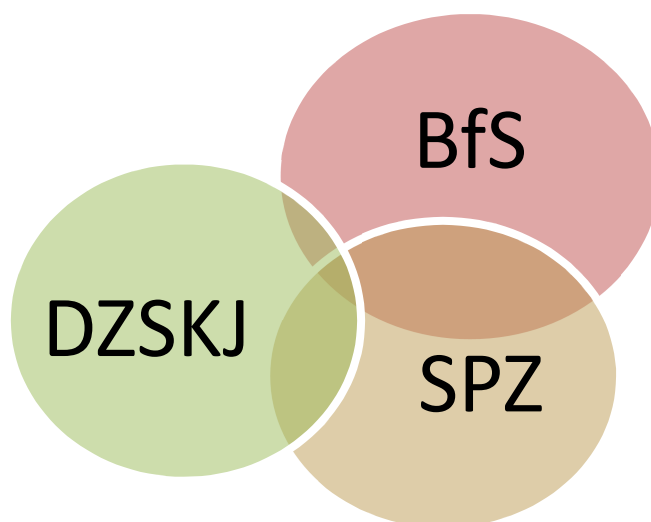
<sup>71</sup> Die Zeitschrift für Suchtprävention wurde von 1996 bis 2001 vom BfS herausgegeben.

2006 gegründet und ist die Hamburger Fachstelle für indizierte Suchtprävention und Qualitätssicherung in der Suchtberatung für Kinder und Jugendliche. Das DZSKJ wird entsprechend seiner Aufgabenstellung – noch – von vier Fachbehörden gefördert: BGV (fachliche Zuständigkeit), BWF, BASFI und BSB.<sup>72</sup>

Das DZSKJ hat den Auftrag, die Qualität der indizierten Suchtprävention und der Hilfe für Suchtmittel konsumierende und missbrauchende Kinder und Jugendliche überall dort zu verbessern, wo diese Zielgruppe betreut wird, auch in Jugendhilfe und Schule. Das Arbeitsprogramm des DZSKJ wurde mit den zuständigen Hamburger Fachbehörden und den regionalen Kooperationspartnern des DZSKJ abgestimmt. Die Aufgaben des DZSKJ umfassen Forschung, Evaluation und Konzeptentwicklung sowie Qualitätssicherung und Kooperation im Bereich indizierte Suchtprävention. Das DZSKJ arbeitet eng verbunden mit mehreren Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit Suchtstörungen.<sup>73</sup> Das DZSKJ evaluiert einzelne, z.T. modellgeförderte Beratungs- und Behandlungsangebote der Drogenambulanz sowie von ambulanten Einrichtungen in der Hamburger Suchthilfe (regionale Suchtberatung für Jugendliche und junge Erwachsene, Sucht- und Wendepunkt, Kajal, jugend hilft jugend) sowie externe Angebote, produziert Materialien und Manuale für die Praxis (z.B. zur indizierten Prävention bei pathologischem Internetgebrauch) und beteiligt sich bundesweit und z.T. international an Suchtforschungsprojekten sowie fachbezogenen Netzwerken.

Die Zusammenarbeit zwischen den landesweiten Fachstellen ist durch eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen DZSKJ, BfS und SPZ<sup>74</sup> fixiert:

Abb. 10: Die drei Fachstellen und ihre Kooperation



Tatsächlich kooperieren BfS und SPZ eng miteinander, darunter z.B. im Rahmen der SCHULBUS-Untersuchungen und bei der Herausgabe der Zeitung für Suchtprävention. Seit 2008 treffen sich die Teams von BfS und SPZ zweimal im Jahr zum gegenseitigen

<sup>72</sup> BASFI und BSB planen, sich bis 2014 gänzlich aus der Finanzierung zurückzuziehen. Das erscheint FOGS mit Blick auf die Aufgaben des DZSKJ unverständlich.

<sup>73</sup> Darunter fallen die Drogen- und Alkoholambulanz, Jugendsuchtstation, MVZ für Jugendliche mit Suchtstörungen und Komorbidität sowie – ab März 2012 geplant – einer Sucht-Tagesklinik für Jugendliche.

<sup>74</sup> Die Vereinbarung vom April 2007 basiert auf der bilateralen Kooperationsvereinbarung zwischen BfS und SPZ vom Oktober 2000.

Informations- und Erfahrungsaustausch und zur Planung und Durchführung von gemeinsamen Projekten. Die Aufgabenbereiche sind sehr ähnlich, doch konzentriert sich das SPZ auf den schulischen und das BfS auf den außerschulischen Bereich. Diese Aufteilung der Suchtpräventionsfachstellen und -aufgaben nach allgemeinem und schulischem Bereich wird als positiv wahrgenommen: Man versteht sich als Ergänzung. Einmal im Jahr treffen die beiden Fachstellen sich mit den bezirklichen Koordinatoren.

Auch die Kooperation von DZSKJ und SPZ hat sich entwickelt, man kooperiert bei gemeinsamen Projekten und arbeitet zusammen mit Kajal und Kompaß an einem Fortbildungscurriculum zur Suchtprävention für Fachkräfte aus Schule und Jugendhilfe.

Demgegenüber scheint die Kooperation über alle drei Fachstellen weniger ausgeprägt und Treffen zu dritt sind seltener, obgleich Überschneidungen ja auch im Bereich Forschung und Evaluation vorhanden sind.

Alle drei Fachstellen sind regelhaft im FAS vertreten und arbeiten in der AG Fortbildung mit.

Alle Fachstellen engagieren sich für Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Suchtprävention, wobei dort jedoch nicht – wie in der Drs. DKuJ vorgegeben – die *Verantwortung* für die Qualitätssicherung zugewiesen werden kann. Neben der Erarbeitung von Konzepten und Materialien stellen – wie schon erwähnt – Fortbildung und Beratung hierzu die wichtigsten Methoden dar. Außer den o.g. Fachstellen bieten weitere Institutionen Fortbildungen und z.T. Einrichtungs-/Team-/MultiplikatorInnenberatungen an:

- Fortbildungszentrum für sozialpädagogische Fach- und Führungskräfte der BASFI (SPFZ)
- Hamburger Fortbildungs-Institut Drogen und AIDS (HIDA)
- Kajal
- Kompaß.

Auch der Kö 16a werden in der Drs. DKuJ Fortbildungsaufgaben zugeordnet: Die Fachstellen „[...] und die Kö 16a arbeiten in Zukunft enger zusammen, entwickeln abgestimmte Bildungsangebote und beziehen dabei Fachkompetenzen von Sucht und Jugendhilfe sowie suchtmmedizinischen Angeboten regelhaft ein. Das Beratungszentrum Kö 16a wird einen zusätzlichen Schwerpunkt in der Multiplikatorenarbeit setzen.“ Anders als bzgl. der übrigen Fortbildungsinstitutionen wird jedoch nicht berichtet, ob und inwiefern die Kö 16a Fortbildungen und Multiplikatorenarbeit erbringt.

### *Abstimmung der Fortbildung*

Schon vor Erscheinen der Drs. DKuJ bestand behördlicherseits der Wunsch, die vielen Fortbildungsprogramme und -angebote in Hamburg aufeinander abzustimmen. Nach einem Auftaktworkshop vor über zehn Jahren bildete sich eine Arbeitsgruppe Fortbildung, an der alle o.g. Institutionen (ohne Kö 16a) beteiligt sind. Zunächst wurde beschlossen, die Angebote über ein gemeinsames Fortbildungsprogramm bekannt zu machen. Das BfS organisierte, zusammen mit dem SPZ, die Zusammenstellung als Beilage zur Zeitschrift für Suchtprävention. Seit einigen Jahren steht die lf. aktualisierte Übersicht auch im Internet zur Verfügung. Weitere Aktivitäten galten formalen und evaluationsbezogenen Angleichungsprozessen.

Mit Blick auf die Vorgabe der Drs. DKuJ, dass „das Suchtpräventionszentrum der BBS, das Büro für Suchtprävention, die Sozialpädagogische Fortbildung der BSF, das DZSKJ,

*Kajal, Kompaß und HIDA sowie das Beratungszentrum Kö 16a in Zukunft enger zusammen [arbeiten], abgestimmte Fortbildungsangebote [entwickeln]*<sup>75</sup>, übernahm die BASFI etwa von 2006 bis 2010 eine stärkere Steuerung der formal weiterhin beim BfS angesiedelten Arbeitsgruppe Fortbildung. Die BASFI förderte so den Einsatz von Dot.sys (seit 2008) und wirkte darauf hin, dass im FAS zumindest zweimal Fortbildungsbedarfe zusammengetragen wurden (2007 und 2011). Seither ruht die Koordination jedoch.

Die Effekte der AG-Arbeit liegen v.a. im formalen Bereich, insbesondere in der gemeinsamen Veröffentlichung aller Fortbildungsangebote. Doch ist es nicht gelungen, die Anwendung von Dot.sys verbindlich durchzusetzen, bis heute nutzen nicht alle Anbieter das System bzw. dokumentieren nicht alle Angebote damit. Auch kann nicht von einer systematischen Abstimmung des Fortbildungsangebots in Hamburg zwischen den Institutionen oder bezogen auf die Bedarfe, die aus der Praxis gemeldet wurden, gesprochen werden. Zudem erscheint die Gestaltung entlang der fachlichen Zielsetzungen, wie sie z.B. in der Drs. DKuJ formuliert oder von der STAGS beschlossen wurden, nur begrenzt gegeben. So wurden bspw. tatsächlich viele Fortbildungen rund um die Arbeit mit Kindern in suchtbelasteten Familien sowie zu kultursensibler Arbeit angeboten (jeweils viele durch das DZSKJ) und 2006 fünf JVA-Bedienstete über eine 12-tägige Schulung zu Gesundheits- und Suchtpräventionsexperten fortgebildet, ergänzt durch eine Veranstaltungsreihe mit zehn Terminen für Jugendstrafgefangene (HIDA). Andererseits gab es zwar Fortbildungen zu Internet- oder PC-Sucht, aber es hat kein Anbieter, über das SPZ-Modellprojekt zur schulischen Glücksspielsuchtprävention hinaus, eine Fortbildung zu Glücksspielsucht oder Prävention der Glücksspielsucht durchgeführt. Auch gab es keine Angebote zu jungenspezifischer Arbeit<sup>76</sup> oder Schulungen zu einer umfassenden fallbezogenen Situationseinschätzung/Diagnostik (nach ICF). Und schließlich gab es lediglich ein Angebot auf Abruf zu einer „Sprechstunde“ zu Planung und Selbstevaluation suchtpräventiver Maßnahmen (ZOPP-lite).

Dieser Befund heißt nicht, dass das Fortbildungsangebot in Hamburg nicht vieles umfasst, was gut und richtig ist. Es bedeutet jedoch, dass keine systematische Verknüpfung mit den Zielsetzungen stattfindet. Die Fortbildungsanbieter stehen in Konkurrenz zueinander und nicht in der Verpflichtung behördliche Ziele zu ihren eigenen zu machen. Die Verantwortung für Abstimmung und Steuerung (und z.T. sogar für das Controlling) ordnet die Drs. DKuJ dem BfS zu. Aus der Sicht von FOGS kann das BfS dem jedoch gar nicht gerecht werden – zu unterschiedlich sind die jeweiligen behördlichen Verortungen und damit gegebenen Vorgaben, auch ist das BfS den anderen Anbietern nicht vorgesetzt oder übergeordnet.

### *Koordination in der Praxis*

Die Drs. DKuJ beschreibt an mehreren Stellen, dass die Suchtprävention behördlicherseits unter Federführung der (jetzigen) BASFI durch die STAGS zu koordinieren und zu steuern ist (vgl. Pkt. 4.1.1). Für die Koordination im Bereich der Praxis und die Einführung von Qualitätsstandards wird sowohl formuliert: *„Die hamburgweite Koordination der Maßnahmen der allgemeinen und selektiven Suchtprävention bleibt ein Aufgabenfeld*

<sup>75</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 17.

<sup>76</sup> Zu erwähnen ist hier, dass BGV, BfS und SPZ am 27.10.2010 eine Fachtagung zu Gender und geschlechterrelevanten Perspektiven in Suchtprävention und Suchthilfe durchführten.

*des Büros für Suchtprävention*<sup>77</sup> aber auch: „Alle Einrichtungen arbeiten im FAS unter Federführung des Büros für Suchtprävention zusammen. [...] Der Fachausschuss Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. ist das zentrale Koordinationsgremium für die regional und überregional tätigen Einrichtungen der Suchtprävention.“<sup>78</sup>

Tatsächlich ist der Fachausschuss aber kein Gremium, dem eine oder mehrere Behörden vorgesetzt sind. Über die Bildung und die Aufträge von Fachausschüssen befindet die HLS.<sup>79</sup> Insofern ist der FAS nicht umstandslos als ein behördliche Vorgabe umsetzendes Gremium zu betrachten. Die HLS beschreibt den FAS denn auch wie folgt: „Es ist das Gremium, in dem die Fachkräfte in der Suchtprävention in Hamburg einen Rahmen für Diskussion, Austausch, Entwicklung und Qualifikation finden.“<sup>80</sup>

Der FAS tagt seit vielen Jahren monatlich und organisiert jährlich zusammen mit der HLS eine Fachtagung. Mit Blick auf die koordinierenden Aufgaben nehmen an den Sitzungen regelmäßig auch VertreterInnen von BASFI und BGV teil sowie (z.T. mehrere Personen) der drei Fachstellen (das SPZ vertritt dabei auch die BSB insgesamt). Zum FAS kommen auch die bezirklichen Koordinatoren für Suchtprävention, die den FAS mangels eines eigenen Arbeitskreises als ihr zentrales Austauschforum nutzen. Sie sind zum einen in Koordinationsfunktion beteiligt und kommen zum anderen als Vertreter ihrer auch mit suchtpreventiven Aufgaben betrauten Einrichtungen. Schließlich kommen aus der Praxis weitere Einrichtungen zu den Sitzungen, bis zu etwa einem Dutzend. Insgesamt versammeln sich meistens etwa 20 Teilnehmende, womit deutlich wird, dass im FAS bei weitem nicht – wie angestrebt – *alle* Einrichtungen der Suchtprävention und schon gar nicht alle Einrichtungen, die u.a. suchtpreventive Aufgaben wahrnehmen, mitarbeiten.

Der Fachausschuss Suchtprävention bietet ein wichtiges Austauschforum und fördert die Qualität von Suchtprävention – zumindest die Verständigung darüber. Doch kann weder der FAS noch das federführende BfS die in der Drs. DKuJ angedachten Aufgaben erfüllen. Auch hier fehlt die Kompetenz, über bei verschiedenen Behörden und Bezirksamtern angesiedelte Projekte hinweg zu steuern und z.B. wirkungsvoll auf Standards zu pochen. Ein Beispiel dafür ist die missglückte Einführung von ZOPP-lite. Der wenig verbindliche Charakter des Gremiums zeigt sich auch darin, dass die Einrichtungen pädagogische Fachkräfte und nur z.T. Leitungskräfte mit Entscheidungsbefugnissen entsenden und dass die Besetzung der Sitzungen immer wieder wechselt bzw. die Verbindlichkeit der Teilnahme schwankt. Ein Gremium, das sich ausschließlich der Steuerung der über die BASFI finanzierten Suchtpräventionsprojekte widmet besteht nicht.

Die Begrenzungen der Koordinierungsleistungen und -aufträge werden deutlich bei einem Blick zu dem Koordinationsgremium in der Suchthilfe: dem Fachrat Drogen und Sucht. Dieses ist das zentrale Abstimmungsforum zwischen BGV und Trägern, das sehr verbindlich arbeitet, durchweg mit EntscheiderInnen besetzt ist und das die in z.T. harten Diskussionen erarbeiteten Vereinbarungen dann auch umsetzt. Auch wenn bzgl. des Fachrats durchaus Optimierungsmöglichkeiten gesehen werden, so ist doch zu vermuten, dass diese Struktur wesentlich dazu beigetragen hat, die angestrebten Entwicklungen in der Suchthilfe zügig auf den Weg zu bringen. Hinzu kommt, dass die BGV ihre Steuerungs-

<sup>77</sup> Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg (2005). *Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft. Drogenfreie Kindheit und Jugend Konzept zur Prävention und Frühintervention des Suchtmittelkonsums und -missbrauchs bei Kindern und Jugendlichen* (Drucksache 18/3422). Hamburg: Bürgerschaft FHH, S. 16.

<sup>78</sup> Ebd., S. 11, 15.

<sup>79</sup> Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2006). *Geschäftsordnung der Fachausschüsse*. Hamburg: HLS.

<sup>80</sup> Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (2008). *Jahresbericht 2007*. Hamburg: HLS, S. 39.

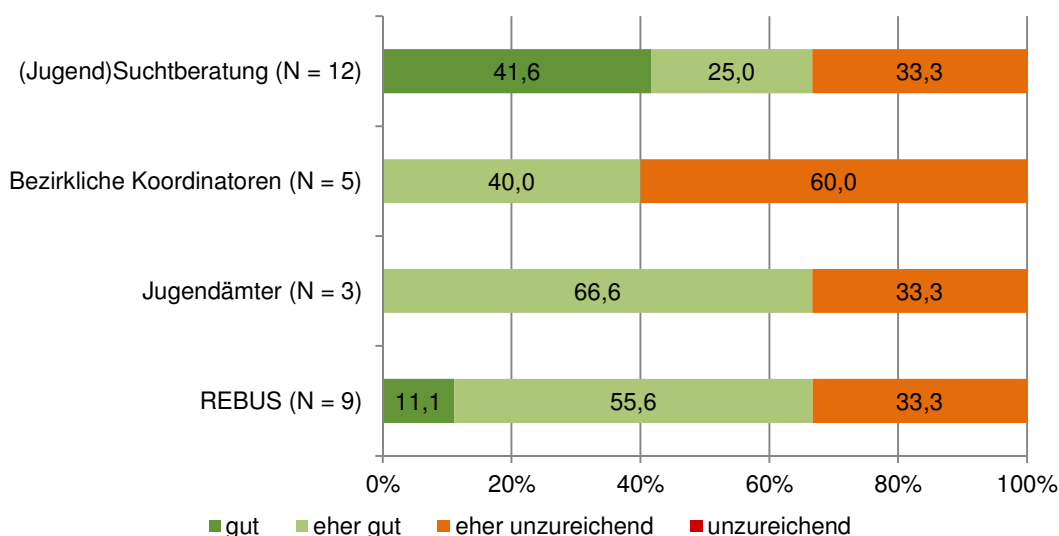
möglichkeiten zunehmend nutzt und Leistungsvereinbarungen controlled. Aufgrund anderer Zuständigkeiten sind Aufgabenstellungen und Status von FAS und Fachrat nicht direkt vergleichbar, gleichwohl ist im Bereich der Suchtprävention ein geeigneter Weg zu suchen, verbindliche Absprachen zu treffen und Entwicklung gemeinsam zu steuern.

#### 4.6 Einschätzungen der Akteure in Hamburg zu den Auswirkungen des Konzepts „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ und der Neustrukturierung der Suchtprävention

Im Rahmen der Untersuchung wurden alle befragten Akteure auch nach (abschließenden) bewertenden Einschätzungen zu den Auswirkungen der Drs. DKuJ befragt: Welche Wirkungen schreiben Sie der Drs. DKuJ bzw. ihrer Umsetzung zu? Trugen und tragen die neuen Strukturen zu einer besseren Erreichung der Zielgruppen bei? Und zu mehr Bedarfsgerechtigkeit? Welche Verbesserungsbedarfe gibt es? Etc.

Die Daten der BADO (vgl. Pkt. 4.3.3) konnten aufzeigen, dass in der Suchthilfe tatsächlich mehr Jugendliche und Heranwachsende erreicht werden. Die Bewertung von Seiten der befragten Akteure dazu zeichnet folgendes Bild:

Abb. 11: Erreichung von Kindern und Jugendlichen durch Suchthilfe und -prävention

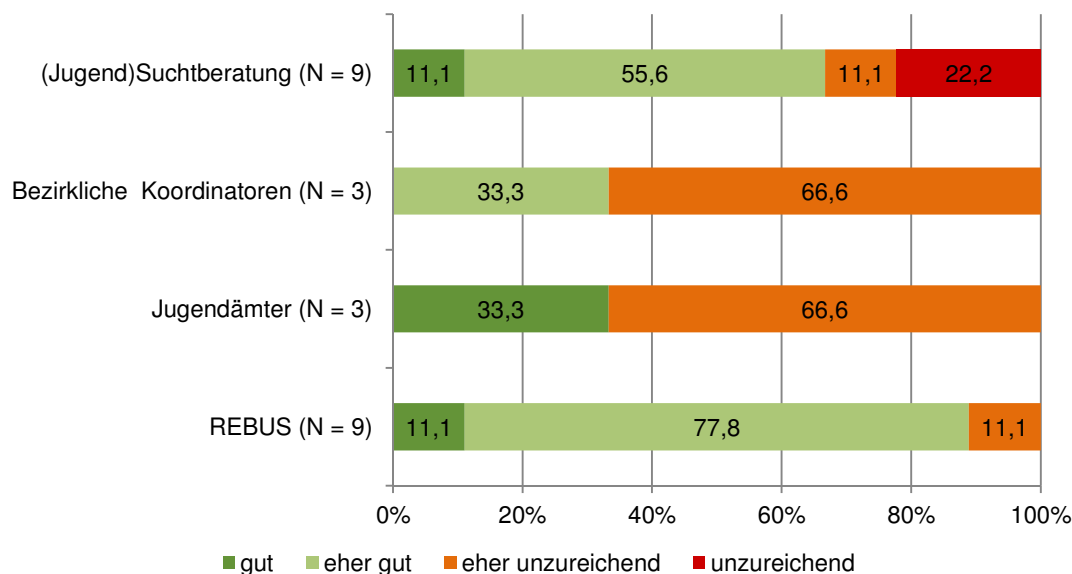


Sowohl aus der Suchthilfe, als auch von Seiten der Jugendamtsleitungen sowie REBUS wird die Erreichung von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren vorwiegend als grundsätzlich (eher) gut eingeschätzt. Lediglich die bezirklichen Koordinatoren sind etwas kritischer. Die Erreichung wird von ihnen (und anderen Befragten) vor allem für die Regionen als „eher unzureichend“ bewertet, wo keine regionale Suchtberatung für Jugendliche und junge Erwachsene tätig ist.

Die befragten Akteure sollten des Weiteren einschätzen, ob bzw. in welchem Maß die Struktur bzw. das Angebot der selektiven und indizierten Suchtprävention in Hamburg bedarfsgerecht ist. Als Ergebnis ist zunächst festzuhalten (Abb. 12), dass noch weniger Befragte als bei der vorigen Frage sich imstande sehen, die Bedarfsgerechtigkeit der Hamburger Suchtprävention zu bewerten. Das gilt für die Suchthilfe (neun von 25 Antworten), die Bezirksämter (drei von acht Koordinatoren und drei von fünf Jugendämtern) sowie die REBUS (neun von 14). Eine solche Einschätzung wird als schwierig und komplex bezeichnet.



Abb. 12: Bedarfsgerechtigkeit der Hamburger Suchtprävention für Kinder und Jugendlichen



Die vorliegenden Bewertungen zeigen kein einheitliches Bild: Während der bezirkliche Bereich die Suchtprävention in Hamburg für (eher) nicht bedarfsgerecht hält, zeigen die Suchtberatungsstellen und die REBUS sich überwiegend (eher) zufrieden.

Befragt nach unterversorgten Gruppen bzw. weiterem Handlungsbedarf weisen einige Akteure explizit auf zusätzlichen Bedarf im Bereich Medien-/Internet-Spielsuchtprävention (insb. mit Blick auf Betroffene mit Migrationshintergrund) hin und konstatieren, dass die Zielgruppen junge Menschen mit Migrationshintergrund, unter 14-Jährige und Jungen/ junge Männer (darunter auch auch jene im Strafvollzug) nicht ausreichend angesprochen würden. Einige andere Befragte verweisen auf den Mangel an (ausreichenden) Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hierzu trage bei, dass die Jugendhilfe vor Ort familiäre Suchtbelastung nicht zureichend wahrnehme. Schließlich wird Bedarf an (mehr) aktiv zugehenden Hilfen in jugendspezifischen Settings gesehen sowie ein ambulantes Therapieangebot für unter 18-Jährige und betreute Wohnangebote für konsumierende Eltern mit kleinen Kindern angeregt.

Fasst man die Bewertungen und Einschätzungen der im Rahmen der Untersuchung befragten zu den mit der Umsetzung der Drs. DKuJ einhergehenden Maßnahmen zusammen, so zeigen sich zwar (weitere) Hinweise auf Mängel und Optimierungsbedarfe, aber auch viel Zustimmung:

- Viele Befragte beschreiben, dass das Konzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ sehr wichtig war und viel bewegt habe. Hamburg sei mittlerweile in diesem Feld „gut aufgestellt“. Das Konzept sei sehr förderlich für die Diskussion/Sensibilisierung von Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit und habe viele konkrete Projekte und Maßnahmen in der Suchtprävention angestoßen, selbst da, wo die Drs. DKuJ selbst gar nicht bekannt sei.
- Begrüßt wird auch die Fokussierung des Konzepts auf selektive/indizierte Prävention bzw. Frühintervention.
- Der Wechsel der Zuständigkeiten für Suchtprävention vom Amt für Gesundheit zum Amt für Familie wird überwiegend als ein richtiger und positiver Schritt bewertet, wengleich die Wirkung in den Verantwortungsbereich der Jugendbehörde hinein dann doch hinter den Erwartungen zurückblieb.

- Die STAGS wird als entscheidendes Gremium für die Koordination der Suchtprävention in Hamburg gelobt. Die Beschlüsse (und Aufträge) aus der STAGS seien stark verzahnt mit der Politik. Allerdings habe die Arbeit der STAGS seit ein bis zwei Jahren an Qualität und Verbindlichkeit eingebüßt.
- Wichtig wäre in der STAGS insbesondere eine (Wieder-)Aufnahme von Überprüfungen der Umsetzung des Konzepts, wobei auch auf die Qualität der Arbeit und die Qualifizierung der Fachkräfte geachtet werden solle.
- Die Funktion der bezirklichen Koordination wird – so sie denn bekannt ist – begrüßt. Allerdings wäre eine bessere Ausstattung der Koordinatoren mit Kompetenzen und Ressourcen notwendig.
- Besonders positiv werden die Schaffung der regionalen Beratungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene herausgehoben, die für ganz Hamburg gewünscht werden. Auch die Initiierung einer stärkeren Verknüpfung von Jugendhilfe und Suchthilfe (z.B. durch die Rahmenvereinbarung zwischen ASD und Suchthilfe) sei wichtig, diese müsse allerdings weiter mit Leben gefüllt werden.
- In der Suchthilfe gebe es dank des Konzepts bzw. der nachfolgenden politischen Anstrengungen im Bereich Kindeswohlgefährdung einen deutlich geschärften Blick und mehr Offenheit für die Thematik. Für KlientInnen mit Kindern bestehen mehr pädagogische Betreuungskapazitäten und es werde mehr mit KiTas, Schulen etc. kooperiert.
- Von allen Seiten wird hervorgehoben, dass die bereichsübergreifende Vernetzung, insbesondere in den Regionen mit Jugendsuchtberatungsstellen und/oder connect-Netzwerken, besser geworden sei. Die verstärkt implementierten stadtteilbezogenen Aktivitäten und Treffen der unterschiedlichen Hilfebringer werden als positiv erlebt. Allerdings seien die Kapazitäten auszubauen, da Kooperation viel Zeit koste. Zudem sei auch eine stärkere Koordinierung der Hilfen notwendig, die, weil fallführende Institution, in der Regel vom Jugendamt ausgehen solle. Diese bezögen Suchthilfe aber noch zu wenig ein.
- Wenig Wirkung habe das Konzept bisher an Schulen entfaltet. Hier müsste die Sensibilität und die Handlungskompetenz von Lehrkräften im Umgang mit Suchtmittelkonsum von SchülerInnen ausgebaut werden. Auch seien mehr Beratungslehrkräfte bzw. SozialpädagogInnen an den Schulen notwendig, zudem sollten verstärkt SchülerInnen als MultiplikatorInnen und Peers geschult und eingesetzt werden. Notwendig sei eine (weitere) Intensivierung der Verknüpfung von Trägern und Verwaltung (der Austausch bestehe, aber die Haltungen müssten offener werden) sowie eine Verknüpfung mit anderen Arbeitsfeldern, v.a. der Gesundheitsförderung.
- Um fachliche Einschätzungen/Annahmen zu überprüfen und die Suchtprävention in Hamburg passgenau weiterzuentwickeln seien Bedarfsanalysen und weitere Forschung notwendig.

Ein Teil der befragten Akteure verwies über die Einschätzung zur Situation der Suchtprävention in Hamburg und zur Umsetzung der Drs. DKuJ auf darüber hinausweisende Punkte: Empfohlen wurden bspw. auf Strukturen angelegte Präventionsmaßnahmen, wie z.B. eingeschränkte Verkaufszeiten für Alkohol, Ausweiskontrollen u.ä. Weitere Hinweise betrafen die Lebensbedingungen von jungen Menschen: Präventionsbemühungen können nur wirken, wenn junge Menschen Perspektiven haben, dazu gehören Wohnraum, Ausbildung und Arbeit sowie gesellschaftliche Teilhabe im weiteren Sinn.

## 5 Bilanz und Empfehlungen

Das folgende Kapitel soll weniger einer klassischen Zusammenfassung gewidmet sein als vielmehr die Untersuchungsergebnisse in bilanzierender Weise zu einem Stärken- und Schwächenprofil der Suchtprävention in Hamburg verdichten. Leitfragen dazu sind die Fragestellungen des Auftraggebers.

Seitens FOGS muss an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen werden, dass der Untersuchung in Reichweite und Tiefe enge Grenzen gesetzt waren – insbesondere was den Schulbereich betrifft. Deshalb konnten viele Aspekte nicht oder nur ansatzweise in den Blick genommen werden. Gleichwohl wurden über den Bereich der selektiven und indizierten Suchtpräventionsprojekte für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige hinaus, viele Berichte, Einschätzungen und Eindrücke gesammelt, die auch ein darüber hinausgehendes Bild vermitteln. Viele Hinweise, aus verschiedenen Blickwinkeln, betreffen bspw. strukturelle und umsetzungsbezogene Aspekte zu Suchtprävention in Jugendhilfe und Schule. FOGS hat diese aufgrund der Eindeutigkeit der Befunde aufgenommen und hieraus Empfehlungen abgeleitet.

### 5.1 Zusammenfassende Bilanz

Hamburg hat sich mit der Drs. 18/3422 „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ im Jahr 2005 eine ambitionierte politische Willenserklärung und Zielformulierung gegeben. Dieses Konzept setzt seit nunmehr sieben Jahren den Rahmen einer breit angelegten Veränderung von Suchtprävention und -hilfe in Hamburg. Hervorzuheben ist dabei der behördenübergreifende Zuschnitt unter Einbezug der Bezirksämter und der FachexpertInnen in Hamburg.

Hamburg hat deshalb verdientermaßen beim 5. Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien in der Suchtprävention“ zum dritten Mal einen Preis gewonnen. Gewürdigt wurden dabei u.a. die Berücksichtigung besonderer Lebenslagen, die hohe Verbindlichkeit und der Standardisierung bei Maßnahmen in der Suchtprävention.

In kurzer Zeit wurde v.a. durch den Aufbau von Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene ein vielfältiges Angebot für diese zuvor wenig versorgte Altersgruppe bereitgestellt. Zudem wurde ein Teil der traditionellen Suchthilfeeinrichtungen für jüngere Zielgruppen bzw. suchtblastete Familien mit Kindern geöffnet, sodass nun regional und überregional zuständige Hilfen zur Verfügung stehen. Die Suchtprävention wurde, u.a. mit dem Aufbau einer dritten Fachstelle für indizierte Prävention, in den Bereichen Forschung, wissenschaftliche Begleitung der Praxis und Fortbildung verstärkt. Das Angebot an Schulungen wurde ausgeweitet und Instrumente für eine Qualitätssicherung in der Suchtprävention zur Verfügung gestellt.

Mit verschiedenen Kooperationsvereinbarungen wurden wichtige Plattformen für die system- und fallbezogene Zusammenarbeit gelegt: zwischen den Behörden, zwischen den Fachstellen, zwischen Jugend- und Suchthilfe, zwischen allen rund um Geburt und frühe Kindheit aufgestellten Versorgungsbereiche, zwischen verschiedenen Praxiseinrichtungen und Fachstellen etc. Aktuell wird an einer Kooperationsvereinbarung mit substituierenden ÄrztInnen gearbeitet, die den Blick auf Kinder von Substituierten schärfen soll.

Auf Behördenebene wurden Umstrukturierungen und personelle Verstärkungen vorgenommen, die suchtpreventive Ansätze stärker in der Jugendbehörde verankern sollten. Das Amt für Familie erhielt auch die Federführung für die STAGS, dem zentralen Austausch- und Steuerungsgremium. In der Gesundheitsbehörde wird die Arbeit von Trägern und Einrichtungen intensiv i.S. einer Umsetzung der Drs. DKuJ gesteuert und controlled.

Sowohl in der Suchtprävention als auch in Sucht- und Jugendhilfe laufen Bemühungen, die Qualität durch den Einsatz von Planungs- und Evaluationsinstrumenten bzw. auf der Fallebene durch eine Weiterentwicklung von Anamnese-/Diagnostik- und Hilfeplanungsstandards zu verbessern.

Hamburg verfügt mit der SCHULBUS-Untersuchung über eine rationale Basis für Projektentwicklung und die Ausrichtung von Suchtprävention. Zudem werden vergleichsweise viele Maßnahmen evaluiert.

Die SCHULBUS-Untersuchungen, andere epidemiologische Untersuchungen sowie die Daten der Polizeilichen Kriminalitätsstatistik geben Hinweise darauf, dass das Hamburger System greift: Konsumverhalten und Rauschgiftkriminalität entwickeln sich seit dem Jahr 2005 durchweg rückläufig, insbesondere unter Jugendlichen. Diese Entwicklung zeigt sich auch in den übrigen Stadtstaaten und teilweise in Frankfurt am Main sowie im gesamten Bundesgebiet, doch ist sie in Hamburg z.T. erheblich ausgeprägter als andernorts.

Die Untersuchung verweist jedoch auch auf Schwächen: Suchtprävention in Hamburg ist in ihrer Gesamtheit unübersichtlich, gehorcht verschiedenen Regularien, Systemlogiken und zuständigen Stellen. Die jeweiligen Fachbehörden setzen die in der STAGS besprochenen Zielsetzungen und Qualitätsmerkmale von Suchtprävention in ihren Zuständigkeitsbereichen in sehr unterschiedlicher Weise um, insbesondere in BSB und BASFI ist Suchtprävention kein durchgängig verfolgtes Thema. Z.T. bestehen unabgestimmte Doppelangebote und Parallelinitiativen. Die Bezirksämter sind z.T. wenig eingebunden und schlecht informiert, sie agieren sehr unterschiedlich. Die bezirklich eingesetzte Koordination von Suchtprävention besteht meistens nur aus der Verleihung eines Titels ohne die nötigen Ausstattungen und Kompetenzen, um die zugewiesenen Aufgaben überhaupt erfüllen zu können. Bezirkliche und behördliche Aktivitäten sind z.T. unzureichend abgestimmt. Die zugewandungsgeförderte Suchtprävention wird insgesamt zu wenig gesteuert und controlled. Es existiert kein hamburgweites Informationsmanagement zu suchtpreventiven Aspekten, Terminen etc.

Angebotsorientierte Elemente der Suchtprävention, wie bspw. Fortbildungsangebote, Planungs- und Dokumentationsinstrumente, Abstimmungs- und Kooperationsmöglichkeiten sind gut ausgebaut – werden aber z.T. unzureichend genutzt. Es fehlt an einer verbindlichen Übertragung der Ziele in die Hierarchie des behördlichen und bezirklichen Handelns, es mangelt an der Verankerung in Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandards – und an deren Controlling. Anders als im Suchtbereich ist es in den Bereichen Jugend und Schule (ob behördlich oder bezirklich verantwortet) nicht gelungen, entsprechende Praxisstandards zu verändern bzw. zu entwickeln und an Wirkung zu orientieren. Hierzu trägt vermutlich bei, dass ein so verbindlich agierendes Gremium wie bspw. der Fachrat dort fehlt. Und so werden in den beiden Grundbereichen jugendlichen Lebens viele Chancen vertan, konsum- und suchtbetonte Problemstellungen frühzeitig zu erkennen und anzugehen – sowohl mit Blick auf konsumierende oder z.B. (glücks)spielende Jugendliche als auch hinsichtlich der Situation von Kindern in suchtbelasteten Familien.

### *Zu den Fragen der Ausschreibung*

Im Folgenden werden die Fragen der Ausschreibung beantwortet.

1. *Hat eine Verstärkung der Aktivitäten zur selektiven und indizierten Suchtprävention für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Suchtrisiko in dem erwarteten Ausmaß stattgefunden?*

- *Werden für alle Risikogruppen und für junge Menschen mit riskantem Konsum Angebote vorgehalten?*
- *Sind diese Angebote bedarfsgerecht?*
- *Gibt es suchtfährdete Gruppen, für die keine Angebote vorgehalten werden?*
- *Werden die Angebote von den jeweiligen Risikogruppen und für junge Menschen mit riskantem Konsum angenommen?*

Jein. Es konnte gezeigt werden, dass tatsächlich eine massive Verstärkung der Aktivitäten zur selektiven und indizierten Suchtprävention für Kinder und Jugendliche stattgefunden hat. Ob dies jedoch „im erwarteten Maß“ geschah, kann nicht zureichend beantwortet werden, da dieses „Maß“ nur z.T. operationalisiert wurde. Die STAGS hatte die Aufgabe, Indikatoren zur Zielerreichung festzulegen. Dem ist die dazu eingesetzte Unterarbeitsgruppe zwar weitgehend nachgekommen, doch wurden z.T. Indikatoren formuliert, die mit den in Hamburg eingesetzten Dokumentationsverfahren nicht kontrollierbar sind. Auch wurde die Verfolgung der Zielerreichung nach zwei Durchgängen in den Jahren 2007 und 2008 fallengelassen.

Einfach nachzuverfolgen ist, dass eine Reihe der geplanten Maßnahmen tatsächlich aufgebaut bzw. ausgeweitet oder abgesichert werden konnten. Z.B. konnte das gut genutzte Angebot FreD dauerhaft an der Kö 16a implementiert werden, ebenso wie das Projekt HaLT – dieses sogar mit finanzieller Beteiligung der Krankenkassen.

Nicht gelungen ist die Implementierung des Peerprojekts ELBPEERS, sodass die angezielte Gruppe der PartygängerInnen nicht angesprochen wird. Generell gilt, das jugendspezifische Settings kaum durch Sucht(präventions)angebote aufgesucht werden, dieses aber sinnvoll wäre, um junge Menschen früher zu erreichen.

Es werden für verschiedene Risikogruppen Maßnahmen der selektiven und indizierten Suchtprävention angeboten, so für junge RaucherInnen, erstaufrällige Drogenkonsumenten, junge Menschen mit Alkoholintoxikationen, CannabiskonsumentInnen. All diese Angebote werden von den Zielgruppen z.T. deutlich steigend in Anspruch genommen. Für junge problematisch Internet-PC-Nutzende und GlücksspielerInnen wurde das Beratungsangebot in einigen bestehenden Stellen erweitert (Kö 16a, SPZ, Drogenambulanz) und eine Internet-Plattform bei der HLS eingerichtet. Auf das etwa Dreifache gestiegen ist die Anzahl suchtpreventiver Maßnahmen für (junge) MigrantInnen (vgl. Tab. 21) und ihre Inanspruchnahme. Auch erreichen die Suchtberatungen zunehmend junge MigrantInnen.

Deutlich weniger ausgeprägt bis gar nicht bzw. nicht spezifisch angesprochen werden Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen, Jugendliche und junge Volljährige im Strafvollzug sowie die große Gruppe von Jungen und jungen Männern<sup>81</sup> mit suchtbefragten Problemen.

2. *Konnten die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Maßnahmen der Suchtprävention, der Suchthilfe und angrenzenden Hilfesystemen sowie die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule optimiert werden?*

- *Nimmt sich die Jugendhilfe stärker des Themas Sucht und Suchtprävention an als vor Verabschiedung der Drs. „Drogenfreie Kindheit und Jugend“?*
- *Sieht die ambulante Suchthilfe ihre Klientinnen und Klienten ggf. auch in ihrer*

---

<sup>81</sup> Dass Jungen nicht spezifisch angesprochen werden, wird aus dem weitgehenden Fehlen entsprechend adressierter Angebote hergeleitet sowie dem vollständigen Mangel an Fortbildungen zum Thema jungen- bzw. männerspezifisches Arbeiten.

*elterlichen Funktion, und welche Rolle spielt das Thema Kindeswohlgefährdung im Beratungsprozess?*

- *Gelingt die Zusammenarbeit von Schule, Rebus und der regionalen Jugendhilfe sowie mit den regionalen Suchtberatungsangeboten für junge Menschen? Wie ließe sich die Kooperation ggf. verbessern?*
- *Ist die regionale Kooperation bezüglich der Kinder aus suchtbelasteten Familien tragfähig? Welche Defizite sind ggf. zu erkennen?*
- *Wie werden der Nutzen und die Qualität der Zusammenarbeit aus den verschiedenen Perspektiven (Jugendhilfe, Suchthilfe, Schule etc.) beurteilt?*

Ja, die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Maßnahmen der Suchtprävention, der Suchthilfe und angrenzenden Hilfesystemen sowie die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Schule konnte an verschiedenen Stellen optimiert werden. Jedoch gelang das nicht an allen Stellen gleichermaßen.

Kooperation beginnt bei der STAGS, der behördenübergreifenden Ständigen Arbeitsgruppe Suchtprävention. Hier wurden wesentliche Entwicklungslinien diskutiert und vorgegeben sowie eine Beobachtung der Umsetzung begonnen. In den letzten zwei Jahren kam es jedoch zu einer Abnahme von Sitzungsfrequenz, bearbeiteten Themen und Verbindlichkeit und insgesamt zu einem Bedeutungsverlust der STAGS. Damit einhergehend wurde von der STAGS und der Amtsleiterrunde Drogen das laufende Controlling der Umsetzung der Drs. DKuJ deutlich verringert bzw. der 2008 beschlossenen (hier vorgelegten) externen Evaluation übertragen.

Kooperation findet auch zwischen den drei Fachstellen in Hamburg statt, besonders eng ist jene zwischen SPZ und BfS, jedoch scheint eine Intensivierung in Richtung des DZSKJ möglich. Die Fachstellen kooperieren mit den übrigen im Bereich Fortbildung Tätigen, jedoch vor allem bzgl. der Erstellung einer gemeinsamen Übersicht zu den Fortbildungsprogrammen. Detailanalysen der Angebote zeigen zwar Schwerpunktsetzungen bei den einzelnen Instituten, aber auch Lücken, die von keiner Stelle bearbeitet werden, wie bspw. zu Glücksspielsucht(prävention) oder zu jungenspezifischer Arbeit. Deshalb erscheinen Austausch und Absprachen zu inhaltlichen Aspekten und zu einer verbindlichen Nutzung eines einheitlichen Dokumentationsstandards ausbaufähig.

Im Bereich der Praxis bestehen diverse Kooperationsvereinbarungen. Von allen Seiten wird die Kooperation im Rahmen der Umsetzung der regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene gelobt, hier arbeiten Bezirksämter, BGV und Suchthilfeträger eng zusammen. Zentral ist zudem die Vereinbarung „Familie – Kind – Sucht“ zwischen ASD und Suchthilfe mit Regelungen für die Zusammenarbeit in konkreten Fällen. Tatsächlich kooperieren Jugend- und Suchthilfe, unterschiedlich je nach Bezirksamt und ASD-Team, weiterhin jedoch eher wenig miteinander. Insbesondere beklagt die Suchthilfe, dass sie seitens der ASD wenig einbezogen werden – und das, obwohl die Jugendämter die (neue) Aufmerksamkeit der Suchtberatungsstellen in punkto Kinderschutz positiv bewerten. Die Drs. DKuJ konkretisiert zudem Aktivitäten innerhalb der Systeme Jugendhilfe und Suchthilfe, die für suchtbezogene Probleme in Familien und bei Kindern und Jugendlichen sensibilisieren sollen. Derartige Maßnahmen wurden in der Suchthilfe systematisch umgesetzt und strukturell verankert. Ähnliches ist in der Jugendhilfe nicht erkennbar, es mangelt insbesondere an systematischer Fortbildung der Fachkräfte und an der Gewährleistung einer umfassenden Situationseinschätzung in den Familien – inkl. dem Blick auf Suchtprobleme der (Pflege-)Eltern.

Eine deutliche Ausweitung erfuhr das – von allen Seiten gelobte – Netzwerkprojekt connect, das nunmehr in fünf Bezirken zumindest einmal vertreten ist und in dem VertreterInnen verschiedener Institutionen aus Jugendhilfe, Suchthilfe, dem Gesundheitsbereich

und ggf. Schule fallbezogen kooperieren. Zwei Bezirke verfügen jedoch nicht über connect, in einem Fall aufgrund einer anderen Struktur mit ähnlichen Aufgaben.

Die Bemühungen zum Aufbau eines Netzwerks für Schwangere bzw. Eltern (Lina.net) führten bisher zumindest zu einer breit gezeichneten Kooperationsvereinbarung mit über 80 Akteuren und zum Aufbau einer Internetplattform.

Aktuell wird an einer Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und substituierenden Ärzten gearbeitet – eine sehr sinnvolle Initiative. Zudem arbeitet die Suchthilfe an Konzepten zur Umsetzung von Sozialraumorientierung und hat strukturierte Hilfeplanverfahren eingeführt – beides wird die (fallbezogene) Vernetzung in Regionen und Bezirken (weiter) fördern.

Mit Blick auf die Unterfrage „*Nimmt sich die Jugendhilfe stärker des Themas Sucht und Suchtprävention an als vor Verabschiedung der Drs. ‚Drogenfreie Kindheit und Jugend‘?*“ ist zu konstatieren, dass die Fortschritte in der Jugendhilfe begrenzt erscheinen. Zwar wurde mit diversen Kooperationsvereinbarungen eine gute Basis für Kooperation geschaffen, doch hapert es an der Umsetzung. Die öffentliche Jugendhilfe in den Bezirken scheint überlastet, die Fachkräfte müssen hohe Fallzahlen bewältigen, die Fluktuation in den Teams ist hoch, z.T. wechseln 30 % der Beschäftigten binnen eines Jahres. Damit geht Fachlichkeit verloren. Umso schwerer wiegt es, dass Anamnese/Diagnose/Situationsklärung durch die ASD wenig strukturiert ist, es wird nicht systematisch auf – nicht so selten vorhandene – Suchtprobleme in Familien geachtet und nur sehr begrenzt Suchthilfe in die Hilfeprozesse und -planungen involviert. Es gibt kaum eine systematische Personalentwicklung und noch seltener den geplanten Aufbau sucht(präventions)bezogener Kenntnisse.

Die offene Kinder- und Jugendarbeit hat mir begrenzten Mitteln und z.T. Einsparungen ein weites Themenfeld zu bearbeiten. Suchtprävention kommt da häufig zu kurz – und wird insbesondere seit der Lockerung der Vorgaben zur Umsetzung von Suchtprävention im Jahr 2010 z.T. noch weniger beachtet. Der Bereich der stationären Jugendhilfe war kein eigener Untersuchungsgegenstand, doch gab es im Rahmen des gesamten Vorgehens kaum Hinweise auf Schnittstellen zur Suchthilfe. Kooperationen wie die zwischen der Hamburger Kinder- und Jugendhilfe und der Therapiehilfe scheinen eher die Ausnahme als die Regel.

In der zuständigen Behörde, die im Zuge der Umsetzung der Drs. DKuJ für Suchtprävention verantwortlich wurde, wurde die Drs. DKuJ in Umfang und Tiefe nicht wie beabsichtigt umgesetzt, insbesondere fehlt es an einer Operationalisierung in die Praxisbereiche hinein, darunter vor allem in die HzE. Die zwischenzeitlich erfolgte personelle Verstärkung des Referats blieb nicht erhalten. Es scheint, dass das Querschnittsthema Suchtprävention keinen Eingang in die Gestaltung der Handlungsfelder der Behörde, die Zielsetzungen und Standards, auch im Bereich des Landesjugendamtes, gefunden hat. Eher hat es an Bedeutung verloren.<sup>82</sup>

Die unzureichende Beschäftigung mit Sucht(prävention) in der Jugendhilfe wird auch dadurch bestätigt, dass das Angebot des SPZ, das sich ja explizit auch an Jugendhilfe richtet, von dieser nur wenig in Anspruch genommen wird.

Zur Unterfrage „*Sieht die ambulante Suchthilfe ihre Klientinnen und Klienten ggf. auch in ihrer elterlichen Funktion, und welche Rolle spielt das Thema Kindeswohlgefährdung im Beratungsprozess?*“ kann festgestellt werden, dass dieser Prozess gelungen ist. Sucht-

---

<sup>82</sup> Siehe Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. (2010). *Berichtsbogen „Kinder- und Jugendarbeit/Jugendsozialarbeit“ gem. Globalrichtlinie GR J 2/10 vom 14.12.2010*. Hamburg: Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration.

beratung wurde erfolgreich nicht nur für eine jüngere Klientel geöffnet, es wurden auch in fast allen Suchtberatungsstellen Fachkräfte für Kinderschutz fortgebildet, z.T. mehrere. Anamnese und Dokumentation enthalten nun mehrere Fragen dazu, ob Kinder vorhanden sind, zu Wohnort und Sorgerecht etc. Zudem wurde im Fachrat ein Vorgehen abgestimmt, wie die Situation in suchtblasteten Familien zu betrachten ist.

*Gelingt die Zusammenarbeit von Schule, Rebus und der regionalen Jugendhilfe sowie mit den regionalen Suchtberatungsangeboten für junge Menschen?*

Im schulischen Bereich steht mit dem SPZ eine eigene Fachstelle zur Verfügung, die sowohl Schulen systembezogen als auch SchülerInnen und Eltern einfallbezogen unterstützt und eine Fülle von Anleitungen und Materialien bereit stellt. Es gibt Kooperationsvereinbarungen zwischen Schulen und Jugendhilfe, zwischen SPZ und REBUS. Schulen haben die Pflicht, im Rahmen der obligatorischen Gesundheitsförderung Suchtprävention umzusetzen. Gleichwohl kann eine eher begrenzte Umsetzung der Vorgaben in der Drs. DKuJ im schulischen Bereich festgestellt werden: Zwar führt ein Gutteil der Schulen (vorwiegend universell orientierte) Präventionsprojekte durch und kooperiert mit dem SPZ. Hier werden Schulvereinbarungen entwickelt und mancherorts auch der Umgang mit auffälligen SchülerInnen geübt, die Interventionskette eingesetzt u.ä. Ein sicherlich ebenso großer Teil von Schulen engagiert sich nicht oder wenig für das Thema oder organisiert – vermutlich eher isolierte – Maßnahmen ohne Nutzung des SPZ oder anderer Fachstellen. FOGS wurde nicht deutlich, dass und ob *alle* Schulen sich systematisch um den Aufbau sucht(präventions)bezogener Fachlichkeit bemühen – ebenso wenig wurde deutlich, ob diese Aufgabe von den übergeordneten Stellen gefordert, gefördert und controlled wird. Seitens der Suchtberatungsstellen wird berichtet, dass sie kaum Zuweisungen aus Schulen erhalten. Es ist jedoch sicher zu vermuten, dass mehr SchülerInnen in Hamburg suchthilfebedürftig sind, als durch das SPZ und die Kö 16a betreut werden.

Die „geborene“ Schnittstelle zwischen Schule und anderen Hilfebereichen sind die REBUS. Die REBUS sind über eine Kooperationsvereinbarung mit dem SPZ verbunden und haben durchweg eine Fachkraft als Ansprechperson Sucht benannt. Gleichwohl scheint in den REBUS wenig Wahrnehmung suchtbezogener Aspekte vorhanden: Es gibt kaum Kenntnisse zu Suchthilfeangeboten, auch nicht zu dort vorhandenen Kinderschutzfachkräften oder zur bezirklichen Koordination für Suchtprävention. Selbst wenn ein problematisches Konsumverhalten nur selten der Hauptgrund für die Einschaltung von REBUS ist, überrascht es doch angesichts der Befunde in den SCHULBUS-Untersuchungen sehr, wie selten im Verlauf der Unterstützungsprozesse suchtbezogene Problemlagen der jungen Menschen (oder in den Familien) wahrgenommen werden. Lediglich eine REBUS berichtet über eine (projektbezogene) Kooperation mit einer Suchthilfeeinrichtung; Vermittlungen in Suchthilfe oder fallbezogene Kooperation, gemeinsame Betreuung o.ä. werden nur aus wenigen REBUS angegeben und finden eher ausnahmsweise statt.

Die Kooperation zwischen Schule bzw. REBUS und Jugendhilfe konnte im Rahmen dieser Untersuchung nicht vertieft betrachtet werden. Hinweise aus den Befragungen verweisen auf eher etwas engere Kooperationen als zum Bereich Suchthilfe. Vor allem werden die aktuellen Entwicklungen zur Umsetzung des offenen Ganztags neue Kooperationen mit sich bringen.

Zu Frage *„Ist die regionale Kooperation bezüglich der Kinder aus suchtblasteten Familien tragfähig? Welche Defizite sind ggf. zu erkennen?“* wurde ein Gutteil der Antwort schon in den o.g. Punkten vorweg genommen, weshalb hier im Wesentlichen nur etwas wiederholt werden kann. Es wurden mehrere wichtige Plattformen für Kooperation in den



Regionen geschaffen. Besonders gut umgesetzt erscheint die fachbehördlich-bezirkliche Steuerung der regionalen Suchtberatung für Jugendliche und junge Erwachsene sowie die Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit der regionalen Jugendhilfe. Einen wichtigen Beitrag zur regionalen Vernetzung stellen auch die connect-Netzwerke dar, die überall eingerichtet werden sollten. Ausbaufähig erscheinen derzeit hingegen die Kooperationen im Rahmen von „Familie – Kind – Sucht“ sowie von Lina-net und die aktive Mitwirkung von (allen) Schulen und REBUS.

In den Bereichen Schulen und Jugendhilfe fehlt es aus Sicht von FOGS an einer Umsetzung der Vorgaben der Drs. DKuJ innerhalb der Hierarchie. Es gibt nicht erkennbar Top-Down-Strategien, definierte Umsetzungsschritte und Standards und weder die Unterstützung der Umsetzung in der Praxis (z.B. durch Personalentwicklung) noch deren Evaluation oder Kontrolle.

Auch die Frage „*Wie werden der Nutzen und die Qualität der Zusammenarbeit aus den verschiedenen Perspektiven (Jugendhilfe, Suchthilfe, Schule etc.) beurteilt?*“ wurde in den oberen Abschnitten z.T. schon angesprochen. Die Jugendämter enthalten sich im Wesentlichen der Einschätzungen dazu, es wurde deutlich, dass dieses Thema ihnen recht fern ist. Demgegenüber nehmen die bezirklichen Koordinatoren – je nach ihrer Verortung – unterschiedliche Blickwinkel ein. So wird zum einen die Zusammenarbeit von ASD und OKJA gelobt oder auf mangelhafte Versorgung hingewiesen und auf unzureichende Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe. Die regionale Suchtberatung für junge Menschen zeigt sich mit Blick auf die Kooperation mit der Jugendhilfe im Bezirk zufrieden, vor allem mit der OKJA. Bemängelt wird jedoch, dass die Zusammenarbeit mit dem ASD entscheidend von dem/der einzelnen KooperationspartnerIn abhängt und die Überlastung der ASD sehr einschränkend erlebt wird. Viele der Beratungsstellen, die vorrangig Erwachsene ansprechen, sehen sich zu einer Bewertung regionaler Kooperation und Koordination nicht in der Lage. Insgesamt besteht eher wenig Zufriedenheit mit der fallbezogenen Einbindung durch Jugendhilfe und mit der Kooperation mit Schule, hier insbesondere mit REBUS. Von dieser Seite wiederum wird vor allem betont, dass man wenig Bezug zu suchtbezogenen Problemlagen habe und insofern auch keine Erfahrungen mit Kooperation. Andere verweisen hingegen auf eine gute Vernetzung im Stadtteil und mit einzelnen Institutionen, wie Kompaß, dem UKE und vor allem mit dem SPZ. Wo es zu fallbezogener Kooperation kommt, scheint diese insgesamt wenig systematisch und kaum im Rahmen gemeinsamer Hilfeplanung oder Ko-Beratung zu erfolgen, sondern vor allem situativ und informell.

Von Seiten der Fachstellen wird darauf verwiesen, dass ihre Angebote freiwillig sind – und dementsprechend Fortbildung, Beratung oder die Beteiligung an suchtpreventiven Projekten sehr unterschiedlich in Anspruch genommen werden. Auch der Fachausschuss Suchtprevention ist eine freiwillige, offene Struktur, die lediglich Austausch und Information *ermöglicht*. Hier arbeitet nur ein Teil der suchtpreventiven Einrichtungen und jener mit suchtpreventiven Angeboten mit. Beide Strukturen sind nicht in der Lage, z.B. inhaltliche Schwerpunkte verbindlich festzulegen, Programme abzustimmen oder Qualitäts- oder Dokumentationsstandards durchzusetzen.

### 3. *Ist eine Verbesserung der Effizienz eingesetzter Mittel staatlicher Stellen und freier Träger festzustellen?*

- *Werden Parallelstrukturen vermieden (z.B. beim Netzwerkprojekt connect)?*
- *Sind die einzelnen suchtpreventiven Aktivitäten/Maßnahmen aufeinander abgestimmt? Werden sie am Leitbild der drogenfreien Kindheit und Jugend orientiert?*
- *Gibt es gemeinsame Schwerpunktsetzungen der Fachbehörden, Bezirksämter und freien Träger im Bereich der Suchtkrankenhilfe?*

- *Wie lässt sich die Qualität der allgemeinen, selektiven und indizierten Suchtprävention unter dem Aspekt der Effizienz darstellen?*

Die Frage nach der *Verbesserung der Effizienz eingesetzter Mittel* ist schwer zu beantworten, da meist geeignete Referenzpunkte fehlen. Im Zuständigkeitsbereich der BGV hat FOGS durch die Untersuchung in den Jahren 2003 und 2004 die besten Vergleichsmöglichkeiten. Hier zeigen sich, verglichen mit der damaligen Situation, deutliche Effizienzgewinne: Es wird intensiver gesteuert, zusammen mit der Erprobung der regionalen Suchtberatungsstellen für Jugendliche und junge Erwachsene wird eine wirkungsorientierte Steuerung entwickelt und andere auf junge Menschen orientierte Einrichtungen, wie z.B. die Kö 16a und Kajal werden zumindest zu Teilaspekten ihrer Arbeit wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Im Rahmen der Jugendhilfe wird sowohl behördlicherseits als auch mit Blick auf die Bezirksämter wenig Steuerung und damit einhergehend ein eher geringer Wirkungsgrad gesehen – in den Bezirken ist die Situation allerdings unterschiedlich, z.T. werden Steuerungs- und Kontrollfunktionen im Rahmen jährlicher Leistungsvereinbarungen wahrgenommen. Die Funktion der Koordination von Suchtprävention in den Bezirksämtern kann in der derzeitigen Form überwiegend als ineffizient bezeichnet werden. Als Koordinatoren wurden zwar engagierte und in den Regionen recht gut vernetzte Personen ausgewählt, doch ist sowohl durch eine Verortung bei freien Trägern als auch durch die den Aufgaben nicht entsprechende Ausstattung keine effiziente Umsetzung möglich.

Im Schulbereich kann ebenfalls nicht von hinreichender Effizienz gesprochen werden: Hier wird eine eigene kompetente Fachstelle finanziert, doch fehlt es an einer strukturellen Durchdringung im Schulbereich und davon verantwortlichen Bereichen der BSB, es fehlt des Weiteren an der Kontrolle der Umsetzung von Suchtprävention und der Nutzung der vorhandenen fachlichen Unterstützung durch die Schulen. Es liegt in der Entscheidung jeder Schule, ob und wie Maßnahmen zur Suchtprävention realisiert werden und ob die eigene Fachstelle dabei mitwirkt und z.B. auf die Einhaltung fachlicher Standards und damit Wirksamkeit achten kann. Auch mit den REBUS wird eine (weitere) Interventionsstruktur vorgehalten, die aus suchtpreventiver und frühinterventioneller Sicht nicht optimal eingesetzt wird. In beiden Fällen fehlt es an Standards, Vorgaben bzw. konkreten Verpflichtungen und Kontrolle.

Mit Blick auf die freien Träger bzw. die von ihnen geleisteten Beiträge zur Suchtprävention in Hamburg zeigt sich ein differenziertes Bild – in Abhängigkeit von der behördlichen bzw. bezirklichen Steuerung: Die seitens der BGV geförderten Projekte, eher in den Bereichen Frühintervention und Suchthilfe angesiedelt, werden mit genauen Zielvorgaben und regelmäßigem Controlling gesteuert. Zudem erhalten sie Unterstützung und Evaluation durch die Fachstellen, sodass eine insgesamt gute Qualität sichergestellt wird. Die Beachtung der Situation von Kindern in suchtbelasteten Familien durch die Suchthilfe wurde wirksam implementiert und die Ergebnisse der BADO verweisen zumindest darauf, dass die entsprechenden Items gut bearbeitet werden.

Mit Blick auf die Förderung von Projekten durch die Jugendhilfe gilt das obengenannte: Es fehlt an der Setzung konkreter suchtpreventiver Ziele für die Arbeit oder der Beschreibung entsprechender Leistungen und Qualitätsanforderungen sowie an einer (ausreichenden) Überprüfung (mit Ausnahme der direkt als Suchtpräventionsprojekte geförderten Einrichtungen wie z.B. Kajal und Kompaß). Es fehlt auch an der entsprechender Personalentwicklung.

Wie schon mit Blick auf das SPZ moniert, kann für alle Fachstellen angemerkt werden, dass ihre Angebote und Beiträge zur Qualität von Suchtprävention nicht verpflichtend zu

nutzen sind, sondern lediglich Angebotscharakter haben. Hamburg leistet sich hier sehr viel Fachlichkeit – ohne die Nutzung derselben sicherzustellen.

Ein letzter Blick gilt der Abstimmung zwischen den Behörden: Auch hier prägt Freiwilligkeit das Bild. Die in der STAGS gefassten Beschlüsse bleiben unwirksam, wenn sie nicht durch Umsetzungsstrategien und Controlling flankiert werden – bzw. ihre Umsetzung geschieht nicht planbar, sondern ist abhängig von je internen Schwerpunkt- und Umsetzungen. Und für das Verhältnis der Fachbehörden zu den Bezirksämtern gilt, dass die Information, der Einbezug und die Abstimmung eher da funktionieren, wo Bezirksämter direkt durch eigene Beschäftigte in der STAGS vertreten sind, darüber hinaus zeigen sich Lücken.

*Werden Parallelstrukturen vermieden (z.B. beim Netzwerkprojekt connect)?*

Hamburg verfügt über so viele Projekte, Angebote und Einrichtungen im hier betrachteten Arbeitsbereich, dass Suchtprävention insg. unübersichtlich wirkt. Auch sind viele Projekte für kurze oder weniger kurze Zeit aktiv, manche gibt es eher dem Namen nach. Zudem erscheint es zunächst wie eine Parallelstruktur, dass es drei Fachstellen gibt.

Gleichwohl kann insgesamt konstatiert werden, dass über die Kooperation in der STAGS, zwischen den Fachstellen, in der AG Fortbildung usw. eine recht gute Abgrenzung stattfindet. Die drei Fachstellen haben ein je spezifisches Profil und setzen je eigene Schwerpunkte – alle drei leisten wertvolle Beiträge für eine fachlich gute Suchtprävention und Frühintervention. Hier ist wenig „Paralleles“ festzustellen, hingegen immer noch Lücken im Angebot (s. z.B. jungenspezifisches Arbeiten). Am ehesten zeigen sich vermeintliche Parallelstrukturen dort, wo geförderte Einrichtungen (z.B. Kaja, Kompaß) auch Fortbildungen und Multiplikatorenarbeit anbieten. Andererseits werden dort je spezifische Themen angeboten und zudem birgt die Beratung von MultiplikatorInnen durch PraxisexpertInnen ein besonderes Potential.

Gegebenenfalls bestehen Parallelstrukturen durch unabgestimmte Aktivitäten zwischen Fachbehörden und Bezirksämtern, doch tragen gerade die zunehmenden Netzwerkprojekte, wie connect, dazu bei, Angebotsstrukturen in den Regionen transparent zu machen. So werden je auf die jeweilige fachliche Frage hin zugeschnittene Nutzungen einfacher.

Eine Art Parallelstruktur zeigt sich zwischen dem Fachrat und der HLS: Beide Strukturen dienen der Vertretung der Träger der Suchthilfe. Tatsächlich erscheint der Fachrat machtvoll und entscheidungsstark, obgleich die Träger nicht alle gleichermaßen repräsentiert sind, während die HLS kaum in Erscheinung tritt. Die HLS wäre jedoch eigentlich die Vertretung *aller* Träger von Suchthilfe und Suchtprävention. Doch so gibt es für Suchtprävention keine Trägervertretung bzw. kein Gremium, in dem Behörde und Träger entscheidungsorientiert zusammenarbeiten. Der FAS der HLS (eigentlich des BfS) ist lediglich ein Austausch-, aber kein Entscheidungsgremium.

*Sind die einzelnen suchtpreventiven Aktivitäten/Maßnahmen aufeinander abgestimmt? Werden sie am Leitbild der drogenfreien Kindheit und Jugend orientiert?*

Auch zu dieser Frage muss die Antwort differenziert ausfallen: Auf Behördenebene besteht mit der STAGS ein Gremium, in dem alle beteiligten Behörden vertreten sind und die wesentlichen Linien für die Abstimmung zwischen den Behörden gegeben sind. Die dort diskutierten Entwicklungen stehen in direktem Bezug zur Drs. DKuJ und gelten deren Umsetzung. Der Abstimmung mit allen Bezirksämtern ist jedoch durch die bisher

praktizierte Lösung der stellvertretenden Mitwirkung durch einzelne Bezirksämter nicht zufriedenstellend gelöst.

Der FAS ist das zentrale Gremium auf Praktikerebene, hier werden Angebote vorgestellt, Studien diskutiert und gemeinsame Fachtagungen organisiert. Der Blick auf die Drs. DKuJ und ihre Umsetzung wird hier insbesondere durch die VertreterInnen der BASFI, der BGV und der BSB repräsentiert sowie durch die Mitwirkung der Fachstellen. Die VertreterInnen der Behörden und Fachstellen sind bei den Treffen oft in der Mehrzahl, weil auf der Seite der Praxis lediglich ein Teil der Projekte im FAS mitwirkt. Dabei handelt es sich vor allem um die BASFI-geförderten Kerneinrichtungen für Suchtprävention, doch wird Suchtprävention darüber hinaus an vielen weiteren Orten betrieben oder sollte durchgeführt werden, die nicht im FAS mitarbeiten. Die suchtpreventive Arbeit dort, wie auch im schulischen Bereich wird insofern eher in Eigenregie und nicht angestimmt erbracht. Dies gilt umso stärker, je weniger die zuständigen Zuwendungsgeber mit Blick auf Verabredungen in der STAGS oder mit Bezug auf die Ziele der Drs. DKuJ steuern (s.o.).

*Gibt es gemeinsame Schwerpunktsetzungen der Fachbehörden, Bezirksämtern und freien Träger im Bereich der Suchtprävention?*

Das Konzept „drogenfreie Kindheit und Jugend“ stellt eine behördenübergreifend geltende Positionsbestimmung und Zielformulierung dar, insofern gibt es gemeinsame Schwerpunktsetzungen. Doch ist das Konzept maßgeblich in der BGV entwickelt worden. Möglicherweise waren die übrigen Fachbehörden nicht gleichermaßen engagiert und die Bezirksämter insgesamt wenig an der Erarbeitung beteiligt und deren Zurückhaltung, Suchtprävention im eigenen Bereich stärker zu verankern, hat hierin ihre Ursache.

Zwischen Fachbehörden und Bezirksämtern bestehen z.T. sehr eng abgestimmte Schwerpunktsetzungen, wie bspw. im Rahmen der Umsetzung der regionalen Suchtberatungen für Jugendliche und junge Erwachsene. Bezirksämter und BGV haben auch bei der Erstellung der beiden Kooperationsvereinbarungen „Familie – Kind – Sucht“ und „Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr“ eng zusammengearbeitet. Bei der Umsetzung, (s.o.), zeigt sich dann jedoch ein unterschiedlich ausgeprägtes Engagement.

Unterschiede zeigen sich auch mit Blick auf das DZSKJ: Diese Fachstelle für indizierte Suchtprävention wurde im Nachgang zur Drs. DKuJ als Gemeinschaftsprojekt von vier Fachbehörden aufgebaut: BGV (federführend), BWF, BASFI und BSB. Nach wenigen Jahren begannen BSB und BASFI jedoch, sich zunehmend aus der Finanzierung zurückzuziehen, obgleich das DZSKJ insbesondere für den Jugendbereich wichtige Inputs zur Verbesserung von Diagnostik, den Umgang mit Betroffenen und mit suchtblasteten Familien, zu zielgruppenspezifischem Arbeiten etc. bereitstellt.

Besonders eingeschränkt lassen sich jene Ziele der Drs. DKuJ umsetzen, die in die Art und Weise der Erbringung suchtpreventiver Arbeit eingreifen wollen. Die Drs. DKuJ will bspw. Qualität in der Suchtprävention fördern. Dazu wurde ein eigens auf die Hamburger Situation adaptiertes Instrument bereitgestellt und begleitende Schulungen durch das BfS angeboten. Doch wird dieses Instrument, ZOPP-lite, kaum eingesetzt. Obgleich die STAGS im Einsatz von ZOPP-lite einen entscheidenden Beitrag zur Qualitätssicherung in der Suchtprävention sieht, gelang es über die vorhandenen Strukturen nicht, den Bogen zu implementieren: In den Austauschforen wird nur darüber geredet, aber nichts entschieden, das BfS kann lediglich anbieten und die Zuwendungsgeber verlangen bzw. kontrollieren den Einsatz i.d.R. nicht.

*Wie lässt sich die Qualität der allgemeinen, selektiven und indizierten Suchtprävention unter dem Aspekt der Effizienz darstellen?*

Wie oben schon berichtet, hat Hamburg drei Fachstellen, die in je unterschiedlicher Gewichtung zur Weiterentwicklung von Fachlichkeit im suchtpräventiven Handeln und zu einem hohen Niveau im Fachdiskurs beitragen. Viele Praxiseinrichtungen nutzen die Angebote der Fachstellen, die Fortbildungen und Beratungen oder lassen ihre Arbeit dort evaluieren. Allerdings liegt die Nutzung der Angebote im Ermessen der Einrichtungen und Projekte, sodass sich ein unterschiedliches Bild zeigt – das gilt insbesondere für die Umsetzung des Gelernten. Hier wären Effizienzsteigerungen leicht möglich, wenn die Zuwendungsgeber Qualitätsanforderungen festlegen und prüfen würden.

Hamburg hat das bundesweite Dokumentationssystem für Suchtprävention **Dot.sys** mitentwickelt. Seit 2006 steht es den Hamburger Suchtpräventionsprojekten und -maßnahmen zur Verfügung. An der Datenerfassung beteiligen sich vor allem die hauptamtlich bzw. vorrangig in der Suchtprävention tätigen Fachstellen und Beratungsstellen, darüber hinaus ist der Einsatz jedoch weniger verbreitet, sodass über Dot.sys weiterhin kein Überblick über suchtpräventive Maßnahmen in Gänze erzielt werden kann. In der AG Fortbildung wurde vereinbart, auch die Fortbildungen zu Suchtprävention mit Dot.sys zu dokumentieren. Das Ergebnis ist ähnlich: Während die Fachstellen Dot.sys recht verbindlich einsetzen, ist die darüber hinausgehende Nutzung sehr unterschiedlich. Die Einrichtungen müssen für ihre unterschiedlichen Zuwendungsgeber je andere Arbeitsdokumentationen führen und sind so nur begrenzt bereit, doppelt zu dokumentieren. Zudem bot Dot.sys bis 2011 keine Möglichkeit, die erfassten Daten einrichtungsbezogen direkt auszuwerten und z.B. für die Jahresberichterstellung zu nutzen. Nun besteht diese Möglichkeit, sodass ggf. mehr Einrichtungen damit arbeiten werden.

Die STAGS hat durch eine Unterarbeitsgruppe Qualitätsstandards für Suchtprävention entwickelt. Dabei wurden nicht eine Reihe von Standards festgeschrieben, sondern ein Planungsinstrument für die Praxis erarbeitet, **ZOPP-lite**, das auf einem umfassenderen Bogen (ZOPP) der BZgA basiert und die Kriterien beinhaltet, auf die Fachkräfte der Suchtprävention sich bundesweit geeinigt haben. Durch den Einsatz von ZOPP-lite soll die Qualität von Maßnahmen sichergestellt und die Planung von geeigneten Suchtpräventionsangeboten erleichtert werden. Tatsächlich wird der Planungsbogen so gut wie nicht eingesetzt. Die bezirklichen Koordinatoren für Suchtprävention sollten für den Einsatz von ZOPP-lite werben und Einrichtungen bei der Nutzung unterstützen. Die BfS stellte ebenfalls Schulungen zum Planungsinstrument zur Verfügung. Doch stößt der Bogen auf breite Ablehnung, vor allem dort, wo Suchtprävention nur eine Aufgabe unter vielen ist – und damit genau dort, wo Qualitätsstandards besonders notwendig erscheinen. Hier fehlen des Weiteren Kompetenzen und Standards für eine systematische einzelfallbezogene Früherkennung und -intervention.

## **5.2 Empfehlungen**

Bevor die Empfehlungen der Untersucher vorgestellt werden, soll an die wesentlichen Begrenzungen des Untersuchungsgegenstands erinnert werden. Untersuchung und Empfehlungen widmen sich auftragsgemäß 1.) den *Strukturen* der Suchtprävention und nicht den Einrichtungen und Projekten, die suchtpräventiv arbeiten, achten 2.) auf *selektive und indizierte* Suchtprävention sowie 3.) auf den Bereich von Suchtprävention, der sich an *Jugendliche und junge Volljährige* richtet.

Die vorhergehenden Seiten illustrieren eindrücklich, wie viel sich in Hamburg seit und durch die Drs. DKuJ entwickelt hat. Es gibt eine Vielzahl struktureller Veränderungen

und neuer Angebote, in deren Folge mehr auf die Kinder in suchtblasteten Familien geachtet und junge Menschen durch Suchtprävention und -hilfe besser erreicht wurden. Auch MigrantInnen werden durch die Suchthilfe mittlerweile nahezu ebenso gut erreicht wie die einheimisch-deutsche Bevölkerung. Bei aller Vorsicht dürften die in Hamburg überdurchschnittlich gesunkenen Prävalenzen zu Suchtmittelkonsum unter Jugendlichen und Rauschgiftkriminalität der Zielgruppe sowie die jüngst erstmals rückläufigen Zahlen von Notfallaufnahmen in Krankenhäusern auch darauf zurückzuführen sein (sowie auf hier nicht betrachtete Weiterentwicklungen der universellen Prävention, verhältnisbezogenen Maßnahmen, einer veränderten öffentlichen Haltung und Weiteres mehr).

Gleichwohl zeigten sich an verschiedenen Stellen auch Entwicklungsbedarfe, die z.T. lediglich in einem herzhaften: „Weiter so!“ bestehen (z.B. sollten Jugendliche zukünftig überall in Hamburg Zugang zu einer jugendspezifischen Suchtberatung haben, wie sie derzeit in Erprobung ist). Für alles darüber hinaus zu Nennende möchte FOGS auf den nächsten Seiten einige Empfehlungen aussprechen. Ein Teil der Empfehlungen rekurriert u.a. auf Vorgaben des neuen Bundeskinderschutzgesetzes (z.B. zu Qualitätssicherung oder Vernetzung):

#### *Konzept Drogenfreie Kindheit und Jugend*

- Die Drs. DKuJ sollte fortgeschrieben oder durch ein neues Konzept ersetzt werden. In beiden Fällen gilt es dabei, neue Schwerpunkte zu setzen. Dabei geht es nun, nach der Ausweitung von Fachlichkeit und der Bereitstellung von Fortbildungs- und Beratungskapazitäten sowie Planungs- und Dokumentationssystemen, vor allem um die Verankerung suchtpreventiver Ansätze in den Strukturen der BASFI, der BSB und der Bezirksämter in den Blick zu nehmen.
- Mit Blick auf die inhaltliche Weiterentwicklung in den nächsten Jahren schlägt FOGS insbesondere folgende Aspekte vor: Verstärkte Erreichung von Jugendlichen und Heranwachsenden in der (stationären) Jugendhilfe sowie eine inhaltliche Neuorientierung der Angebote für junge Menschen im Strafvollzug und darüber hinaus: Hilfe sollte personenzentriert und institutionenübergreifend erbracht werden, insbesondere für junge Menschen ist eine kontinuierliche und verlässliche Betreuung vor- in- und nach institutionellen Aufenthalten wichtig.
- Neben einer Vertiefung der kultursensiblen Arbeit sollte Suchtprävention (und Suchthilfe), wie schon im Gutachten von 2004 angeregt, des Weiteren systematisch Gendersensibilität in Maßnahmegestaltung und Hilfeerbringung implementieren – insbesondere mit Blick auf Jungen und junge Männer. Kulturelle und Gender-Kompetenz sind dabei nur zwei Aspekte eines umfassenden Diversity-Konzepts, das ein zentrales Professionalitätsmerkmal einer zeitgemäßen sozialen und Bildungs-Arbeit darstellt.

#### *Querschnittsthema*

- Selektive und indizierte Suchtprävention sollten Querschnittsthemen bleiben. Wenn die Zuständigkeit für Suchtprävention im Laufe des Jahres 2012 wieder in der Gesundheitsbehörde verortet wird, geht damit wahrscheinlich eine Bündelung von Ressourcen einher. Dies kann positiv sein und das „Gewicht“ des Themas erhöhen. Gleichzeitig muss der Gefahr, dass dieses Thema im Jugend- und Schulbereich nicht ausreichend beachtet wird, durch strukturelle und Steuerungs-Maßnahmen entgegen gewirkt werden. Vorrangig zu nennen ist die Aufnahme suchtbbezogener Themen als

Pflichtthemen in der Anamnese und die entsprechende Überprüfung von Regelverfahren (s.u.).

- Suchtprävention braucht weiterhin eine behörden- und bezirksübergreifende Steuerung. Das Thema sollte ein verbindlicher Bestandteil der Amtsleiterrunde sein. Die STAGS sollte ihre Rolle als zentrales Steuerungs- und Koordinationsgremium für Suchtprävention wieder wahrnehmen und sich insb. ein Steuerungskonzept geben. Dazu gehört eine regelmäßige Überwachung der in der Drs. DKuJ bzw. in einem neuen Konzept definierten und in den Sitzungen vereinbarten Maßnahmen – auch und gerade innerhalb der jeweiligen behördlichen bzw. bezirklichen Bereiche. Dabei sollte die Schwerpunktsetzung der nächsten Jahre auf dem Controlling im Schul- und im Jugendbereich liegen.
- Die STAGS sollte zwischen den Fachbehörden und Bezirksamtämtern abgestimmte fachliche Leitlinien und Qualitätsstandards für Suchtprävention erstellen und verabschieden. Diese Standards sollten Grundlage der Gestaltung von Prozessen in den Häusern sowie der Förderung freier Träger sein. ZOPP-lite passt als Standards unterstützendes Planungsinstrument dabei jedoch nur auf einen Teil der Maßnahmen und Aktionen. Ein anderer Teil von Suchtprävention besteht im einzelfallbezogenen frühen Erkennen und Intervenieren – auch hierfür sind Kompetenzen auszubauen und Qualität umzusetzen.
- Die STAGS oder eine von ihr eingesetzte Unterarbeitsgruppe sollte auch Angebot bzw. zeitlich befristete Schwerpunktsetzungen der Fachstellen und das Fortbildungsangebot in Hamburg generell koordinieren. Hier ist die Mitwirkung durch VertreterInnen der finanzierenden Institutionen gefragt.
- Steuerung durch die STAGS braucht Monitoring auf Basis einer qualifizierten Berichterstattung. Deshalb wird die Weiterentwicklung der Berichterstattung derart vorgeschlagen, dass – bei aller Unterschiedlichkeit des Berichtswesens – zentrale Erfassungsmerkmale bereichsübergreifend vergleichbar dokumentiert werden. Hierzu ist ggf. zu prüfen, ob Dot.sys angepasst oder ergänzt werden kann. Ziel ist die Dokumentation aller suchtpreventiven Maßnahmen mit Dot.sys.

#### *Übernahme in behördliches Handeln*

- Umsetzung braucht Leitungsverantwortung – vor allem in der BASFI, der BSB und in den Bezirksamtämtern. Von dort müssen jeweils die entsprechenden Zielsetzungen hausintern heruntergebrochen und operationalisiert werden und Eingang ins interne Controlling finden. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass die jeweiligen Leitungen (auf allen Ebenen) dieses Thema vertreten und Akzeptanz fördern.
- In der BASFI als der zuständigen Behörde, die im Zuge der Umsetzung der Drs. DKuJ für Suchtprävention verantwortlich ist, fehlt es an einer Operationalisierung suchtpreventiver Zielsetzungen in die Praxisbereiche und in verschiedene Arbeitsbereiche hinein. Damit Suchtprävention in der BASFI nach dem Wechsel der federführenden Zuständigkeit in die BGV nicht noch weiter aus dem Blick gerät, wird es wichtig sein, zukünftig mehr Wirkung in die dort gesteuerten Prozesse, die Förderung von Projekten, die Standardentwicklung und Qualitätssicherung hinein zu entfalten. Hierzu sollten die Möglichkeiten von Globalrichtlinien und Fachanweisungen sowie die Leistungsbeschreibungen, Anforderungen und das Controlling im Rahmen der Förderungen ausgeschöpft werden. Leitungen und Personal sind entsprechend zu schulen, zu unterstützen und zu steuern und zu überprüfen. Die Behörde sollte sich

deshalb der Expertise der Fachstellen bedienen und die Nutzung von deren Angeboten fördern und z.T. fordern.

- Der Blick auf Konsumverhalten, Sucht und suchtbezogene Problemlagen sollten Pflichtthemen in der Anamnese sein – beim Kind ebenso wie bei der gesamten (Pfle-)Familie. Wo dabei Hinweise auf konsum-/suchtbezogene Probleme zu Tage treten, ist regelhaft eine vertiefte suchtbezogene Diagnostik einzuleiten. Bestehende Verfahren, wie z.B. die Diagnostik bei REBUS, Regeln zum Umgang mit auffälligen SchülerInnen in der Schule, das Aufnahme-procedere in Jugendwohngruppen oder JusIT! im Bereich der HzE sollten daraufhin überprüft und ggf. ergänzt werden.
- Ähnliches gilt für die Schulbehörde. Es reicht nicht, das Thema Suchtprävention im SPZ zu verorten. Suchtprävention gehört jedoch auch und zuvörderst in die tägliche Praxis der Schulen. Für die schulische Suchtprävention sollten, ebenso wie für Suchtprävention andernorts, verbindliche Qualitätsstandards festgelegt werden. Die BSB sollte des Weiteren klare Anforderungen an einheitliche Schulregeln zum Umgang mit Suchtmittelkonsum und den Interventionen bei Regelverstößen definieren. Die Angebote des SPZ sollten dann dazu genutzt werden, diese verbindlichen Anforderungen an Schulen, Schulvereinbarungen, Unterrichtsgestaltung etc. sowie an die Fortbildung von Lehrkräften (gezielte Personalentwicklung) zu unterstützen. Und schließlich ist die fachlich gute Umsetzung von präventiver Arbeit verbindlich zu kontrollieren – durch die Schulaufsicht (nicht durch das SPZ).
- Eine wichtige Rolle für indizierte Prävention und Frühintervention kommt REBUS zu, weil REBUS genau jene Subgruppe von SchülerInnen erreicht, die Probleme haben, auffällig sind u.ä. Oft gehen schulbezogene Probleme mit Konsumverhalten einher oder haben mit einer Suchtbelastung der Familie zu tun. In der Anamnese durch die REBUS sollten unabhängig vom Zuweisungsgrund standardmäßig Konsumverhalten, suchtbezogene Verhaltensweisen sowie Suchtproblemen in der Familie eruiert werden. Dabei reicht es nicht, ein, zwei Fragen zu stellen – es geht vielmehr um eine qualitative Exploration der Situation. Die Fachkräfte brauchen hierzu entsprechende Kenntnisse in Diagnostik und Methoden der Gesprächsführung. Zudem braucht es eine stärkere Vernetzung mit Suchtpräventions- und Suchthilfeangeboten, um ggf. gemeinsame Unterstützungsprozesse umzusetzen. Auch hier gilt: Diese Anforderungen sollten durch die BSB fixiert und überprüft werden.

#### *Übernahme in bezirkliche Praxis*

- Die Bezirksämter sind nicht nur wichtiger Partner für die Umsetzung der regionalen Suchtberatung für Jugendliche und junge Erwachsene – sie sind selbst Jugendhilfe-träger und fördern Jugendhilfeerbringung und Jugendsozialarbeit bei freien Trägern. Ihr Engagement für Suchtprävention sollte deutlich formuliert sein und seinen Niederschlag an verschiedenen Ebenen und Stellen finden. Bspw. erscheint es hilfreich, wenn ein Budget für Suchtprävention ausgewiesen wird und wenn im Jugendhilfeausschuss explizit darüber berichtet, diskutiert und entschieden wird.
- Die bezirkliche Koordination von Suchtprävention ist eine sinnvolle Funktion, die verschiedenen Aktivitäten in den Bezirken besser zu koordinieren und Fachlichkeit zu fördern. Diese Funktion sollte beibehalten werden, allerdings mit Anpassungen: FOGS empfiehlt, die Koordination grundsätzlich und hochrangig in den Bezirksämtern anzubinden und mit adäquaten personellen und finanziellen Ressourcen sowie Kompetenzen auszustatten. Ggf. ist die Aufgabenbeschreibung mit Blick auf hamburgweite oder bezirkliche Zielsetzungen zu überarbeiten.



- Im Rahmen der bezirklichen Jugendhilfe, insbesondere in den ASD und den Hilfen zur Erziehung sowie Sozialräumlichen Hilfen und Angeboten sollte der Blick auf Suchtprobleme in den (Pflege-)Familien ein Standardbestandteil der Anamnese/sozialpädagogischen Diagnostik sein (als umfassendes System der Situationseinschätzung bietet sich z.B. der ICF an). Die Fallarbeit sollte supervisorisch begleitet werden. In den Fällen, in denen suchtbetragene Themen eine Rolle spielen, sollte in Suchthilfe vermittelt bzw. diese hinzugezogen werden. Die Kooperationsvereinbarung „Familie – Kind – Sucht“ sieht einige gute und geeignete Maßnahmen vor, wie die ASD Suchthilfekompetenz einbeziehen können (z.B. per gemeinsamen Fallberatungen, Hospitationen, gemeinsame Fortbildungen) – sie müssen nur umgesetzt werden.
- Es übersteigt den Rahmen der aktuellen Untersuchung, gleichwohl soll hier darauf verwiesen werden, dass alle in Diagnostik und Fallarbeit tätigen Dienststellen und Institutionen gedeihliche Rahmenbedingungen brauchen, um suchtpreventive Aspekte in ihr Leistungsspektrum integrieren zu können. Dann wird zudem Fluktuation zurückgehen und die Arbeit verlässlicher und personalkontinuierlicher geleistet werden können. Hilfreich sind dabei vor allem fachliche Standards und deren Umsetzung – gefordert, unterstützt und kontrolliert von der jeweiligen Leitung.
- Hilfreich ist des Weiteren die Mitwirkung an oder der Ausbau von connect-Netzwerken oder anderen Formen fallbezogene Vernetzung. Bewährt haben sich hierzu z.B. feste Vereinbarungen zu (bilateralen) Fallberatungen mit Suchthilfe. In allen Bezirken sollte es gemeinsame aufsuchende Arbeit von regionaler Suchtberatung und bezirklicher Jugendsozialarbeit geben wie bisher erst in Altona, Wandsbek und Harburg. Jede Vernetzung sollte auf Leitungsebene gefördert, geplant und gesteuert werden.
- In der Breite der Praxis wird Suchtprävention in Hamburg nicht von spezialisierten Fachkräften sondern von der Jugendsozialarbeit getragen, die, wie auch von Kindertagesstätten und Schulen, Suchtprävention als eine ihrer Aufgaben, als Querschnittsaufgabe wahrnehmen sollen. Diese Verortung in der Breite hat ihre Vorteile. Die PraktikerInnen finden in Hamburg an vielen Stellen gute Impulse für qualitativ hochwertige Suchtprävention, vorrangig durch die drei Fachstellen für Suchtprävention und die profilierten Einrichtungen. Um wirklich Standards zu erreichen, sollte in Jugendhilfe- und -sozialarbeit ein Mindeststandard an Qualität definiert und eingefordert werden – ebenso wie konkrete Zusammenarbeit mit Suchthilfe, z.B. als gemeinsame Straßensozialarbeit von Jugendsozialarbeit und Suchthilfe oder im Rahmen konkreter fallbezogener Kooperationen – auch und gerade bzgl. Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe.

### *Koordination*

- Steuerung auf Behördenebene sollte durch Koordination auf Praxisebene ergänzt werden. Hier ist zu überlegen, wie die Fülle von suchtpreventiv aktiven Institutionen so eingebunden werden kann, dass politische Entscheidungen verlässlich zu den Trägern – und das auf Leitungsebene – transportiert werden können, dass Verbindlichkeit in der Umsetzung bspw. von Standards sichergestellt werden kann. Ggf. braucht es im Bereich jeder beteiligten Behörde ein eigenes entscheidungsorientiertes Gremium unter Beteiligung der Träger und fachlich begleitet durch die (jeweiligen) Fachstellen/die HLS. Auch könnte ein Fachgremium von BGV und den (demnächst) von dort geförderten Suchtpräventions-Projekten damit beginnen, Standards zu ent-

wickeln, die dann als Modell für weitere Einsatzbereiche herangezogen werden könnten.

- Hamburg verfügt über drei Fachstellen für Suchtprävention und einige profilierte Einrichtungen, die ergänzende Fortbildungs- und Beratungsaufgaben übernehmen. Die drei Fachstellen verfügen über ein je eigenes Profil und stellen spezifische Angebote zur Verfügung bzw. übernehmen je unterschiedliche Aufgaben bzw. Themen, wie z.B. (Grundlagen-)Forschung, Praxisevaluation und -begleitung, Konzepterstellung, Koordination, Fortbildung etc. Insbesondere das BfS und das DZSKJ leisten wichtige Inputs für das fachliche Handeln in der Jugendhilfe (mit je unterschiedlichen Schwerpunkten – das BfS zu universeller Prävention und Vernetzung; das DZSKJ zu Diagnostik und zielgruppenspezifischer Arbeit). Auch und gerade nach der Verlagerung von Suchtprävention in die BGV sollte die BASFI mit Blick auf deren Beitrag zu Fachlichkeit und Qualitätsentwicklung Fachstellenarbeit finanziell gefördert und die Nutzung ihrer Empfehlungen/Unterstützung im eigenen Bereich vorangetrieben werden.
- Koordinierte und abgestimmte Suchtprävention braucht Information. Im Bereich der bezirklichen Koordination gibt es gute Beispiele einer regelmäßigen Informationsverteilung, die jedoch nur einen begrenzten Verteiler erreichen. Zu begrüßen wäre deshalb, wenn – z.B. organisiert über die HLS oder das BfS – regelmäßig ein hamburgweiter Newsletter herausgegeben würde, der zeitnah relevante Informationen zu Aktionen, Veranstaltungen, Terminen u.ä. sowie zu Studienergebnissen, politischen Diskussionen usw. zusammenstellt und alle mit dem Thema befassten Institutionen erreicht. Hier sollten auch Informationen über Projekte in den Stadtteilen enthalten sein und Berichte zu Erfahrungen bzw. Erfolgen, die ggf. zur Nachahmung anregen sowie Kontaktdaten der AnsprechpartnerInnen.

Ganz generell zeigen viele Empfehlungen in eine Richtung: Den Freiwilligkeits-/Angebotscharakter vieler Angebote und Möglichkeiten zu überschreiten und Suchtprävention in den Strukturen und in der Praxis verbindlich zu verankern – insbesondere in Schule und Jugendhilfe als Kernbereiche jugendlichen Lebens. Dies erfordert neben der in der Drs. DKuJ bereits dokumentierten **politischen Willensbildung** auch die Initiierung je interner **Regelungen und Prozesse**. Erfahrungsgemäß reichen Regeln und Vorgaben allein jedoch selten aus (wie z.B. die verpflichtende Vorgabe zur Umsetzung von Suchtprävention in Schulen) – wichtig ist darüber hinaus **Anleitung und Überprüfung** der Umsetzung (Top Down).

FOGS gibt an dieser Stelle im Weiteren zu bedenken, dass **Steuerung** immer **Fachlichkeit** braucht. Alle beteiligten Systeme sind also gehalten, eine je eigene Fachlichkeit für Suchtprävention zu entwickeln bzw. die vorhandene gut zu nutzen. Um dabei möglichst viel Expertise einzubeziehen sowie Identifikation und Motivation für die Umsetzung zu fördern, sollten Fachbehörden, Bezirksamter, Fachstellen und freie Träger bei der Entwicklung hamburgweiter Leitlinien und Standards zusammenarbeiten.

Des Weiteren gilt ganz generell, dass **Aufgaben und Ausstattung kongruent** sein müssen. Dieser Grundsatz wird derzeit insbesondere bei der bezirklichen Koordination verletzt.

Schließlich erscheint es ratsam, die suchtpreventions- und frühinterventionsbezogene Forschung und **Evaluation** in Hamburg auch auf die Bereiche Jugendhilfe und Schule **auszudehnen**. Wichtige Themen wären bspw.: Wie wird den Vorgaben in den Bildungsplänen der Schulen entsprochen? Was genau führen die Schulen durch (nach Art, Umfang und Qualität)? Wie sind Haltung und Handlungskompetenz von Lehrkräften zu selektiver und indizierter Suchtprävention sowie zu einer (frühen) Intervention bei auffälligen Schü-

lerInnen? Wie schauen die REBUS auf suchtbezogene Problemlagen und wie gehen sie damit um? Wie schauen die ASD auf Suchtprobleme in Familien und was tun sie? Was genau versteht die OKJA unter suchtpreventiven Maßnahmen? Welche Qualifikation liegt dafür vor bzw. welche PartnerInnen werden einbezogen? Wie wird Personalentwicklung betrieben? Wie/Von wem werden die Fortbildungsangebote genutzt? Und viele Fragen mehr.

Im Schulbereich böte es sich an, die Befragung der Lehrkräfte im Rahmen der regelmäßigen SCHULBUS-Untersuchungen auch für umsetzungsbezogene Evaluationen zu nutzen, für Betrachtungen der LehrerInnengesundheit oder die Erhebung von Bedarfen. Auf Wunsch könnten Ergebnisse auch schulbezogen zur Verfügung gestellt werden. Schulleitungen hätten so eine valide Situationsanalyse (nicht nur zum Verhalten der SchülerInnen) für die passgenaue Planung schulbezogener Entwicklungsprozesse. REBUS könnte bei derartig angelegten Untersuchungen miteinbezogen werden.

Auch im Bereich der Jugendhilfe sollte genauer hingeschaut und die Situation eruiert werden – sowohl bei der bezirklichen Jugendhilfe als auch bei Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit bei freien Trägern.

Suchtprävention für Kinder, Jugendliche und Heranwachsende – und darin auch Früherkennung und Frühintervention – ist kein solitäres Handlungsfeld, das ganz für sich allein stehen kann. Suchtprävention ist vielmehr gemeinsam mit Gewaltprävention anzulegen und gehört im Rahmen einer breit angelegten Gesundheitsförderung zu „Gesund aufwachsen in Hamburg!“.

## 6 Anhang

Tab. 18: *Teilnehmende Einrichtungen an den Befragung im Bereich Suchthilfe und Suchthilfe für Jugendliche und junge Erwachsene*

Träger	Einrichtungen
Aktive Suchthilfe e.V.	AS Repsoldstraße
Alida-Schmidt-Stiftung	Beratungsstelle AHA
BGV	Beratungszentrum Kö 16a
Blaues Kreuz	Suchtberatungsstelle Jenfelder Straße
Die Boje GmbH	Die Boje Barmbek Die Boje Eimsbüttel
Drogenhilfe Eimsbüttel	DREI Suchtberatung
Frauenperspektiven	Kajal Beratungsstelle Charlottenstraße
Freiraum Hamburg e.V.	Abrigado
Jugendhilfe e.V.	Take Care Wandsbek Take Care Billstedt
jugend hilft jugend	JuKo Altona JuKo Bergedorf KODROBS Altona KODROBS Bergedorf KODROBS Mendelssohnstraße KODROBS Süberelbe/Wilhelmsburg
Martha-Stiftung	STZ Barmbek STZ Harburg STZ Hummel
Palette e.V.	Palette Barthelsstraße
Ragazza e.V.	Suchtberatungsstelle Brennerstraße
therapiehilfe e.V.	mobS Hamburg Nord mobS Harburg Süberelbe

Tab. 19: Entwicklung der Tatverdächtigen bei Rauschgiftkriminalität in Hamburg – abs. Zahlen

	Kinder	Jugendliche	Heranwachsende	bis unter 21 Jahre	Erwachsene	Gesamt
2005	27	741	1.365	2.133	6.404	8.537
2006	14	567	1.098	1.679	5.906	7.585
2007	13	510	1.071	1.594	5.589	7.183
2008	13	483	916	1.412	5.394	6.806
2009	17	569	875	1.461	4.960	6.421
2010	20	521	754	1.295	4.416	5.711
2011	17	487	686	1.190	4.517	5.707

Quelle: LKA<sup>83</sup>

Tab. 20: Entwicklung der Tatverdächtigen bei Rauschgiftkriminalität bundesweit – abs. Zahlen

	Gesamt*	Veränderung zum Vorjahr	*davon: bis unter 21 Jahre	Veränderung zum Vorjahr
2005	225.347		80.754	
2006	209.625	-7,0 %	67.456	-16,5 %
2007	205.164	-2,1 %	59.084	-12,4 %
2008	200.228	-2,4 %	53.942	-8,7 %
2009 <sup>84</sup>	194.075	-3,1 %	51.286	-4,9 %
2010	191.310	-1,4 %	49.182	-4,1 %

Quelle: PKS<sup>85</sup>

Tab. 21 Gesamtzahl Maßnahmen für und Teilnahmen aus der Zielgruppe MigrantInnen

	DotSys	
	Maßnahmen	Teilnahmen
2007	8	347
2008	25	589
2009	31	483
2010	29	1.010

<sup>83</sup> Landeskriminalamt Hamburg (2012). *Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2011*. Hamburg: Polizei Hamburg, S. 79.

<sup>84</sup> Achtung: Tatverdächtigendaten ab 2009 sind nicht mit denen der Vorjahre vergleichbar. Durch die Umstellung auf den Einzeldatensatz kann auf Bundesebene seit 2009 eine „echte“ Tatverdächtigenzählung durchgeführt werden. Seither werden Tatverdächtige, die in mehreren Bundesländern während des Berichtszeitraums auffällig geworden sind, in den Bundestabellen nur einmal erfasst. Bis einschließlich 2008 kam es zu Überzählungen auf Bundesebene (vgl. BKA, Quelle: s. Fußnote 85).

<sup>85</sup> BKA. *Polizeiliche Kriminalitätsstatistik. PKS-Zeitreihen 1987 bis 2010*. S. 148: Tabelle 20 – Tatverdächtige insgesamt. Aufgliederung der Tatverdächtigten – insgesamt – nach Alter ab 1987 [http://www.bka.de/nn\\_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/PksZeitreihen/pksZeitreihen\\_\\_node.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bka.de/nn_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/PksZeitreihen/pksZeitreihen__node.html?__nnn=true)