

Suchtprobleme in der Familie

Informationen und Praxishilfen
für Fachkräfte und Ehrenamtliche
im Sozial-, Gesundheits-
und Bildungswesen



Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschter Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Geschützte Warennamen sind nicht unbedingt kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

In Texten der DHS werden die weibliche und die männliche Sprachform für personenbezogene Formulierungen gewählt. Im Interesse einer besseren Lesbarkeit kann abweichend nur die männliche oder weibliche Sprachform verwendet sein. Dies bedeutet keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts. Frauen und Männer sollen sich von den Inhalten unserer Veröffentlichung gleichermaßen angesprochen fühlen. Wir danken für Ihr Verständnis!

Suchtprobleme in der Familie

Informationen und Praxishilfen
für Fachkräfte und Ehrenamtliche im
Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen

Inhalt

	Einführung	7
1	Die Vielfalt der Familie	11
	Schlüssel zum Verständnis: Familienverhältnisse	12
	Familienbande über Zeit und Raum	13
	Klientel: Familien	14
2	Charakter der Abhängigkeit	19
	Verbreitung	20
	Abhängigkeiten entwickeln sich	21
	Körperliche Veränderungen	22
	Seelische Veränderungen	22
	Risiken und Nebenwirkungen	23
	Symptome als Signale	23
	Kriterien für Abhängigkeit	24
	Schlüsselfragen	25
3	Mögliche Störungen in der Familie	31
	• Veränderungen in der Familie	32
	• Phasen der Abhängigkeit	32
	• Folgen für Angehörige	33
	• „Phasen“ bei Angehörigen	34
	Die Generation der Eltern	36
	• Wenn der Partner oder die Partnerin abhängig ist ...	36
	• Wenn das erwachsene Kind abhängig ist ...	38
	• Wenn Großeltern abhängig sind ...	39

Die Generation der Kinder	42
▪ Wenn ein Elternteil abhängig ist ...	42
▪ Wenn ein Geschwister abhängig ist ...	48
▪ Wenn Großeltern abhängig sind ...	49
Die Generation der Großeltern	53
▪ Wenn der Partner abhängig ist ...	53
▪ Wenn das erwachsene Kind abhängig ist ...	54
▪ Wenn der Enkel abhängig ist ...	55
Was Fachkräfte wissen müssen	56
4 Was können Sie tun?	57
▪ Ruhe bewahren	58
▪ Beraten lassen	59
▪ Bedenken ernst nehmen	60
▪ Vertrauen aufbauen	63
▪ Motivierende Gespräche führen	65
Ansprache Abhängiger	70
Ansprache Angehöriger	72
▪ Selbstheilungskräfte anregen	73
Ansprache älterer Abhängiger und Angehöriger	76
Ansprache von Kindern	78
▪ Schutz für Kinder	79

Was müssen Sie tun?	82
▪ Garant für Leib und Leben	82
▪ Unterlassene Hilfeleistung	83
▪ Gefahr und Gefährdung	83
▪ Gefährdung des Kindeswohls	84
▪ Verpflichtung zum Handeln	84
▪ Verfahren bei Kindeswohlgefährdung	85
▪ Missbrauch	86
▪ Pflege: Pflicht zum Einspruch	87
Was wollen Sie tun?	88
5 Diese Hilfen gibt es	91
Beratung	92
Behandlung Abhängiger	93
▪ Suchthilfe	94
▪ Selbsthilfe	95
Unterstützung für Angehörige	96
▪ Medizinische Hilfe	96
▪ Selbsthilfe	97
Soziale Unterstützung	99

6 Informationen zu Substanzen	107
Alkohol	108
Wie wirkt Alkohol?	108
Was ist zu viel?	108
▪ Allgemeine Auswirkungen riskanten Konsums	110
▪ Spezielle Auswirkungen riskanten Konsums auf ...	111
... Männer	111
... Frauen	113
... ungeborene Kinder	113
... Kinder und Jugendliche	115
... ältere Menschen	117
Tabak	118
Wie wirkt Tabak?	118
▪ Allgemeine Auswirkungen des Aktiv- und Passivrauchens	119
▪ Spezielle Auswirkungen auf ...	121
... Männer	121
... Frauen	121
... ungeborene Kinder	121
... Kinder und Jugendliche	121
... ältere Menschen	122
▪ Irrglaube: Rauchalternativen	123
▪ Vorteile des Rauchstopps	124

Medikamente	126
Schlaf- und Beruhigungsmittel	127
Schmerzmittel	130
Stimulanzen	132
Illegale Drogen	134
Cannabis	134
Cannabinoiden und Cathinone	135
▪ „Legal Highs“	135
Stimulanzen	136
▪ Amphetamine	136
▪ Methamphetamine	138
▪ Crystal Meth, Ice, Crystal-Speed, Yaba, Perlik, Piko, Crank	138
▪ Speed	139
▪ Ecstasy	140
▪ Kokain	141
Opiate	142
▪ Morphin	142
Opiode	143
▪ Heroin	143
7 Literatur	145
Die DHS	159
Die BZgA	162

Einführung

Abhängigkeit zählt zu den großen Tabus in unserer Gesellschaft. Über Abhängigkeit spricht man nicht. Das erleichtert es für Abhängige. Denn zu ihrem Krankheitsbild gehört es, sich die Abhängigkeit nicht einzugestehen. Sich selbst gegenüber nicht – geschweige denn anderen gegenüber. Familien mit einem abhängigen Familienmitglied investieren häufig sehr viel Energie, die „Fassade“ aufrechtzuerhalten. Es wird alles getan, die Abhängigkeit zu verneinen, zu verstecken, abzureden. Häufig sind die Angehörigen sehr wichtige Verbündete in diesem Spiel. Ob Eltern, Partner oder Kinder – alle versuchen, nicht am Tabu zu rühren: innerhalb der Familie nicht – und außerhalb schon gar nicht.

Familien Suchtkranker kommen häufig nicht von selbst zu einem der vielen Hilfeangebote, zum Beispiel der Sucht- oder Familienberatung. Doch diese Angebote bekommt nur, wer kommt! Dabei gilt das Prinzip der Freiwilligkeit. In der Suchtberatung selbst gilt zudem Vertraulichkeit.

Damit hilfebedürftige Familien und die Hilfeangebote zueinander finden, braucht es Mittler und Mittlerinnen. Dazu können Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Arbeitsfelder werden, die mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und älteren Menschen – also mit Mitgliedern von Familien – haupt- oder ehrenamtlich Umgang haben: etwa im Gesundheitswesen,

Arbeits- und Sozialwesen, in der Jugend- und Familien-, Kranken- und Altenhilfe, Psychologie, Justiz sowie schulischen, beruflichen, universitären und Erwachsenenbildung.

Die Mittlerrolle zwischen Hilfebedürftigen und Hilfeangeboten kann jeder übernehmen, der mit Familien arbeitet und eine Abhängigkeit bemerkt oder vermutet. Sprich: Sie können zu Mittler oder Mittlerin werden!

Sie alle begegnen in Ihrem Arbeitsalltag möglicherweise Menschen, die selbst abhängig sind, sowie Menschen, die unter der Abhängigkeit eines oder mehrerer Familienmitglieder leiden. Diese Broschüre will Ihnen helfen, Suchtprobleme zu erkennen und anzusprechen. Sie können vermitteln zwischen Hilfebedürftigem und Hilfeangebot.

Probleme anzusprechen, fällt nie leicht. Wird eine Abhängigkeit vermutet, stehen viele einer Ansprache skeptisch gegenüber aus dem Gefühl heraus: „Das bringt doch nichts.“

Doch die Statistiken der Suchtkrankenhilfe belegen das Gegenteil: Zwei von drei Hilfesuchenden kommen, weil sie auf ihre Abhängigkeit angesprochen und auf Hilfeangebote hingewiesen wurden, sei es durch Angehörige und Freunde oder Justiz und Sozialverwaltungen bzw. Mitarbeiterinnen sozialer Dienste.

Vielen eröffnet der Schritt, Unterstützung und Hilfe anzunehmen, den Zugang zu einem neuen, freien, unabhängigen Leben. Alkoholranke, die sich aus der Abhängigkeit von dem Zellgift befreien konnten, beschreiben häufig ihre neue Freiheit als ihr wertvollstes Gut. Ihr Leben habe eine ganz neue, ungeahnte Qualität bekommen. Viele Ex-Raucher/-innen berichten erstaunt, wie gut es ihnen tut, frei atmen zu können, und um wie viel aktiver sie ihr Leben wieder gestalten können. Viele Medikamentenabhängige haben das Gefühl, während des Entzugs aus einem Nebel wieder aufzutauchen, in dem sie sich verloren glaubten. Für den Schritt aus der Abhängigkeit ist es nie zu spät. Er lohnt jederzeit. 80 Prozent der Suchtkranken, die sich wegen einer Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen ambulant beraten und behandeln lassen und diese Behandlung planmäßig abschließen, berichten von einem positiven Ergebnis. Bei stationären Patienten und Patientinnen sind dies sogar über 92 Prozent (DHS, 2013a, S. 220). Und auch speziell für ältere Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit gibt es positive Prognosen: Von ihnen schaffen es etwa 60 Prozent, ihren Tablettenmissbrauch mit Hilfe einer Suchtbehandlung zu beenden (DHS, 2013b, S. 16).

Auch Sie könnten einen Menschen motivieren, sich aus der Abhängigkeit zu lösen. Doch häufig ist es auch

für mögliche Mittler/-innen schwierig, das Tabu zu brechen. Manchmal scheitert es an Zeit, manchmal an Ideen, manchmal an Unsicherheit. Diese Broschüre will Ihnen die Annäherung an diese heikle Aufgabe erleichtern. Sie informiert über mögliche Merkmale einer Abhängigkeit (Kapitel 2) und die psychischen Folgen der Abhängigkeit auf Angehörige (Kapitel 3). Kapitel 4 und 5 zeigen Ihnen Wege und Ansprechpartner, die es Ihnen erlauben, Familien bei Bedarf eine Brücke zu professioneller Hilfe zu bauen. Kapitel 6 erklärt die (medizinischen) Auswirkungen der hauptsächlich konsumierten Substanzen Alkohol, Tabak, illegale Drogen sowie jener Medikamente, die ein Abhängigkeitsrisiko bergen. Doch zunächst wird erklärt, was in dieser Broschüre unter dem weiten Begriff der „Familie“ verstanden wird (Kapitel 1).

Abhängigkeit lässt sich nicht ausschalten. Aber es gibt viele Wege, das Leben von Familien, die durch Abhängigkeit belastet sind, zu erleichtern und zu verbessern. Oft sind es gerade kleine Hinweise, die schließlich große Wirkung entfalten. Auch ein langer Weg beginnt mit einem ersten Schritt. Diese Broschüre möchte Sie ermutigen, ihn zu tun.

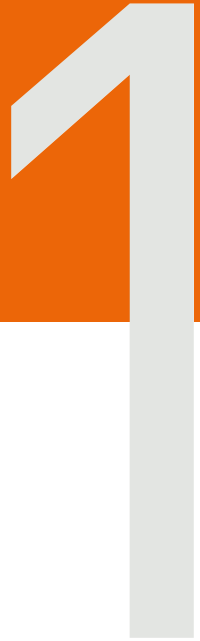
Diese Broschüre richtet sich an

Fachkräfte und Ehrenamtliche, die zum Beispiel tätig sind, in:

- Frühförderung
- Diensten für Familien wie Familienhebammen und Tagesmütter
- Tagesstätten für Kinder, Jugendliche und ältere Menschen
- Schulen: von Grundschulen bis zu Berufs- und Hochschulen sowie Förderschulen
- Musik- und Ballettschulen
- Förderwerkstätten
- Freizeiteinrichtungen
- Vereinen
- weiteren Diensten der Jugendhilfe und der Familienhilfe
- Nachbarschaftshilfen
- (ambulanter) Pflege
- Jobcentern
- Bewährungshilfe
- (Jugend-)Strafvollzug
- rechtlicher Betreuung von Volljährigen

... also zum Beispiel an:

- Erzieherinnen
- Sozial-, Sonder- und andere Pädagoginnen
- Lehrkräfte in Schule, Ausbildung, Hochschule, Fort- und Weiterbildung
- (Schul-)Psychologinnen
- Therapeuten (Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten usw.)
- Betreuer der Jugendhilfe
- ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen in (Sport-)Vereinen
- Mitarbeiter/-innen in Musik- oder Ballettschulen
- Ausbilder/-innen
- Bewährungshelfer/-innen
- Familienhelfer/-innen
- Fallmanager/-innen in Jobcentern
- (ambulante) Pflegekräfte
- ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter/-innen sozialer Dienste
- Mitarbeiter/-innen sozialer Dienstleistungen wie Essen auf Rädern
- ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter/-innen von Nachbarschaftshilfen
- rechtliche Betreuer/-innen von Volljährigen, die ihre eigenen Angelegenheiten nicht regeln können
- Bundesfreiwillige in Einsatzgebieten mit Familien



Die Vielfalt der Familie

Die Vielfalt der Familie

Ein Mehrfamilienhaus in einer beliebigen deutschen Stadt: Im zweiten Stock wohnen Müllers mit drei Kindern, je eines aus den früheren Ehen der Eltern plus ein gemeinsames. Neben ihnen wohnen Bernd und Michael, eingetragene Lebenspartner, die sich gerade um die Adoption eines Kindes bemühen. Über ihnen wohnt ein Pärchen, das seit drei Jahrzehnten zusammenlebt und schon gemeinsame Enkel hat. Unter ihnen lebt eine Mutter, die ihre beiden Kinder alleine erzieht. Das Erdgeschoss ist das Zuhause eines geschiedenen Vaters, dessen Kinder ihn am Wochen-

ende und in den Ferien besuchen. Im Dachgeschoss ist eine alleinstehende Frau daheim, die so häufig wie möglich zu ihren pflegebedürftigen Eltern fährt. Wenn die Menschen in diesem bunt zusammengewürfelten Haus von sich und ihren Angehörigen erzählen, dann sprechen sie alle gleichermaßen von „ihrer Familie“ – so unterschiedlich diese aussehen. Wird in dieser Broschüre von Familie gesprochen, dann ist dies grundsätzlich als Dachbegriff für die verschiedensten Formen gemeint, in denen Familien gelebt werden.

Schlüssel zum Verständnis: Familienverhältnisse

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer und pflegerischer Berufe müssen in ihrem Alltag häufig familiäre Zusammenhänge kennen, um professionell arbeiten zu können. Das beginnt bei der richtigen Einschätzung von Äußerungen. Ein Beispiel: Ein Kind im Kindergarten weint, weil es sich nach seinem Vater sehnt. Lebt es mit diesem zusammen, kann die Erzieherin wahrscheinlich mit dem Hinweis auf ein baldiges Wiedersehen trösten. Ist der Umgang mit dem Vater nach einer Trennung zwischen den Eltern umstritten, kann derselbe Hinweis aufs baldige Wiedersehen den Schmerz des Kindes erheblich verstärken. Schließlich weint das Kind, weil es nicht weiß, ob oder wann es seinen Vater wiedersieht. Fach-

kräfte sozialer und pflegerischer Berufe brauchen in ihrer Tätigkeit Wissen um familiäre Hintergründe, vor allem bei familiären Problemen.

In dieser Broschüre geht es um Abhängigkeiten von zum Beispiel Alkohol, Nikotin oder Medikamenten. Ist ein Mitglied einer Familie abhängig, dann hat dies in der Regel Auswirkungen auf alle anderen Familienmitglieder. Sie machen sich meist Sorgen um ihren abhängigen Angehörigen und wollen irgendwie helfen. Ihre Gedanken kreisen häufig um den abhängigen Angehörigen, während anderes, das ebenso Aufmerksamkeit verlangt, wie die weiteren Familienmitglieder oder der Beruf, aus dem Blick gerät.

Familienbande über Zeit und Raum

Sorgen um einen abhängigen Angehörigen können auch quälen, wenn man nicht direkt mit ihm oder ihr zusammenlebt. Entscheidend ist die Gefühlsbindung an einen Verwandten, nicht dessen räumliche Nähe oder die Menge gemeinsam verbrachter Zeit. Werden sie zu Lebzeiten nicht gelöst, können familiäre Belastungen oder Verstrickungen über den Tod hinaus hinterbliebene Angehörige belasten (Ruppert, 2012). Kinder suchtkranker Eltern leiden häufig lebenslang unter den Erfahrungen in ihrer Kindheit (siehe Kapitel 3) – ungeachtet davon, ob die Eltern noch leben (Woititz, 2000; Lambrou, 1990).

Daher ist es hilfreich, wenn Fachkräfte sozialer und pflegerischer Berufe familiäre Hintergründe berücksichtigen, auch wenn sie mit alleinstehenden Menschen zu tun haben. Singles sind eingebunden in ihre Herkunftsfamilie. Bestehen oder bestanden dort Probleme wie etwa Abhängigkeit, haben Alleinstehende keine eigene Familie, mit der sie ihre Sorgen besprechen können und die sie eventuell auffangen und trösten

kann. Auch ohne eigene Familie können also erhebliche familiäre Belastungen bestehen.

Leben ältere Menschen allein, haben sie eventuell eine Herkunftsfamilie und eine eigene Familie – nur dass ihre Kinder schon außer Haus sind. Wird ein Enkel abhängig, kann dies neben den Eltern auch die Großeltern sehr stark belasten. Wie stark emotionale Bindungen sind, hat nicht immer damit zu tun, wie nah man wohnt oder wie häufig man sich sieht. Großeltern, die weit weg wohnen oder denen der Kontakt zum Enkel von den Eltern erschwert oder versagt wird, können sich trotzdem oder gerade deswegen große Sorgen um ihren Enkel machen. Dasselbe gilt für Eltern, deren Kontakt zum Kind vom anderen Elternteil erschwert oder unterbunden wird.

Die Abhängigkeit eines Angehörigen kann belastende Folgen für all dessen nahe Verwandte haben, also auch dessen Geschwister, Cousinen und Cousins, Tanten oder Onkel – je nachdem, wie eng die Familienbande sind.

Klientel: Familien

Darum brauchen Fachkräfte sozialer und pflegerischer Berufe einen besonders weiten Blick auf die „Familie“. Sie begegnen in ihrem Alltag sowohl Menschen, die selbst abhängig sind, als auch Menschen, die Angehörige eines Abhängigen sind. Beide, Abhängige wie Angehörige, brauchen ihre Hilfe. Gerade Angehörige wissen häufig noch nicht einmal, dass sie Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen können. Zwei Drittel der Angehörigen plagt vielmehr das Gefühl, mit ihrem Problem alleine dazustehen, einsam zu sein und sich von der Außenwelt noch nicht einmal ernstgenommen zu fühlen (siehe Kasten „Sorgen und Nöte von Angehörigen Abhängiger“).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer und pflegerischer Berufe sind hier besonders gefordert. Sie können die Sorgen und Nöte der Familienmitglieder, mit denen sie arbeiten, wahrnehmen und ernst nehmen. Die wenigsten Angehörigen können oder wollen offen über die Abhängigkeit ihres Kindes, eines Elternteils, der Partnerin oder des Partners oder eines anderen nahen Verwandten sprechen. Viele aber senden Signale aus, falls Abhängigkeiten in der Familie bestehen. Diese Signale erkennt leichter, wer über das entsprechende Hintergrundwissen verfügt (siehe Kapitel 2). Menschen, die beruflich mit Familien zu tun haben, können auf die Signale der Familienmitglieder reagieren, bei Bedarf über Hilfeangebote informieren und zu deren Annahme anregen.

Sorgen und Nöte von Angehörigen Abhängiger

- Zwischen 81 und 84 % der Angehörigen haben Sorgen wegen mangelnder Information, sind unsicher und überfordert mit den Symptomen.
- 64 – 78 % sorgen sich um die Behandlung, fühlen sich hilflos und ohnmächtig, einsam, alleinverantwortlich und nicht ernst genommen.
- 72 % leiden an gesundheitlichen Problemen als Folge der Abhängigkeit.
- 66 % der Angehörigen haben Zukunftsängste.
- 54 % der Partner /-innen und Eltern tragen finanzielle Belastungen.
- 44 % erleben Trauer und Verlust.
- 41 % haben Angst vor Rückfall und Suizid.
- 31 % empfinden Scham und Stigmatisierung.
- 22 % haben Schuldgefühle.
- Viele Angehörige verbringen viel Zeit mit der Betreuung der Kranken.

[Schild, 2012; Mory et al., 2002]

Lebensformen in Deutschland

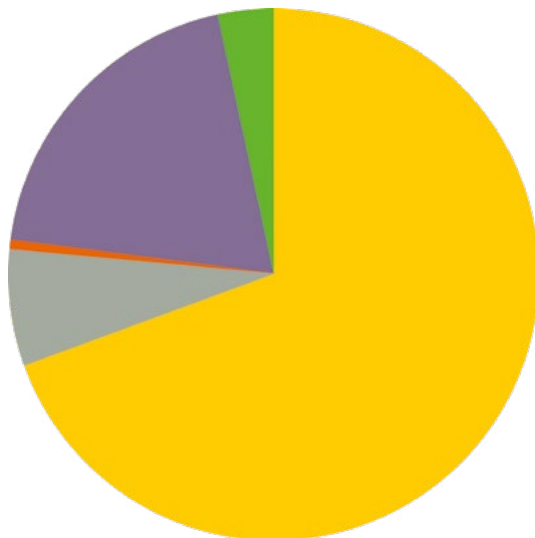
Familien, Paare ohne Kinder und Alleinstehende

	Familien	Paare ohne Kinder	Alleinstehende
1996	35 %	28 %	38 %
2012	28 %	29 %	44 %

(Statistisches Bundesamt, 2014)



Lebensformen mit Kindern



Ehepaare
mit und ohne Kinder
insgesamt 17.993.000



davon Ehepaare
mit ledigen Kindern
8.058.000

Nichteheliche
Lebensgemeinschaften
mit und ohne Kinder
insgesamt 2.693.000



davon nichteheliche
Lebensgemeinschaften
mit ledigen Kindern
855.000

Alleinerziehende
Mütter insgesamt
2.308.000



davon alleinerziehende
Mütter mit ledigen
Kindern 2.308.000

Alleinerziehende
Väter insgesamt
389.000



davon alleinerziehende
Väter mit ledigen
Kindern 389.000

Eingetragene
Lebenspartnerschaften
mit und ohne Kinder
insgesamt 73.000



davon eingetragene
Lebenspartnerschaften
mit ledigen Kindern 6.000

2

Charakter der Abhängigkeit



Charakter der Abhängigkeit

Der Konsum von Substanzen wie Alkohol oder Tabletten wird meist nur dann öffentlich zum Thema, wenn etwas Außergewöhnliches passiert. Etwa wenn ein Autofahrer unter Drogeneinfluss einen tödlichen Unfall verursacht oder sich Jugendliche ins Koma trinken. Dabei ist der Konsum von Drogen Alltag, vor allem der legalen. Auch Missbrauch und Abhängigkeit sind weit verbreitet.

Verbreitung

Nahezu alle erwachsenen Bundesbürger trinken Alkohol. Fast ein Drittel der Erwachsenen gab in einer Umfrage des Robert Koch-Institutes einen „riskanten“, also stark gesundheitsschädlichen Konsum an. Ein Fünftel der Männer und fast jede zehnte Frau bekannten, sich einmal pro Monat einen Rausch anzutrinken (Robert Koch-Institut, 2012, S. 45). Außerdem stieg die Zahl der „Koma-trinker“, die mit Alkoholvergiftung in die Klinik eingeliefert werden, im letzten Jahrzehnt um mehr als das Doppelte – und zwar in so gut wie allen Altersgruppen (DHS, 2013a, S. 17). Darunter sind Menschen, die Alkohol missbrauchen oder von ihm abhängig sind. Als alkoholabhängig gelten in Deutschland etwa 1,3 Millionen Menschen.

Noch mehr Menschen sind von Tabak abhängig: Fast 15 Millionen Deutsche rauchen, von ihnen gelten 70–80 Prozent als nikotinsüchtig (Statistisches Bundesamt, 2010; DHS, 2013c).

Ebenso erschreckend hoch ist die Zahl der Tablettenabhängigen: Nach Schätzungen sind bis zu 1,9 Millionen Menschen abhängig von Medikamenten mit Suchtpotenzial (DHS, 2013a, S. 91). Von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sind vor allem Frauen abhängig, besonders häufig Frauen über 60 Jahren.

Der Missbrauch von Medikamenten, der zu Abhängigkeit führen kann, beginnt jedoch in jüngeren Jahren. Rund fünf Prozent der Arbeitnehmer/-innen nehmen Psychopharmaka und

Amphetamine, um damit – vermeintlich – ihre Leistungsfähigkeit zu steigern. Bei den unter 30-jährigen ist es jeder Zwölfte (AOK-Fehlzeitenreport, 2013). Auch unter Schüler/-innen und Student/-innen ist die Einnahme verbreitet und die Bereitschaft dazu hoch (Gaßmann, Merchlewicz, Koeppe, 2013, S. 173).

Auch der Konsum illegaler Drogen ist weit verbreitet, wobei der Konsum mehrerer Substanzen eher die Regel als die Ausnahme ist. Zwar steigt das Durchschnittsalter der Heroinabhängigen, die ambulant oder stationär behandelt werden. Das bedeutet: Immer weniger junge Menschen greifen zu Heroin, das besonders rasch abhängig macht (DHS, 2013a, S. 7). Dafür wächst die Zahl neuer psychoaktiver Substanzen (DHS, 2013a, S. 143). Die Zahl der Konsumenten dieser synthetischen Drogen, die erstmals bei Strafverfolgungsbehörden bekannt wurden, lag im Jahr 2011 mit 21.315 Personen auf dem höchsten Stand seit 2001 (DHS, 2013a, S. 151).

Zusammenfassend gesagt: 12 Millionen Menschen sind von Tabak abhängig, bis zu 1,9 Millionen von Medikamenten, 1,3 Millionen von Alkohol und viele weitere von anderen Substanzen. Sie alle haben Familie: Großeltern, Eltern, Kinder, Geschwister und weitere Verwandte. Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen sind kein Minderheitenproblem, sondern das Problem weiterer Teile der Bevölkerung.

Abhängigkeiten entwickeln sich

Alkohol, Tabak und illegale Drogen werden häufig in der Pubertät ausprobiert. Fühlt man sich nach dem Konsum gelassener und gelöster, wird dies als positives Erlebnis abgespeichert. Sehr viele verschiedene Risikofaktoren können dann begünstigen, dass aus Konsum schleichend Missbrauch und schließlich Abhängigkeit wird. Zum Beispiel muss die Substanz das Potenzial besitzen, abhängig zu machen. Auch ständige Verfügbarkeit, günstiger Preis und positives Image in der gesamten Gesellschaft und im eigenen Umfeld erhöhen das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Während die meisten Substanzen in der Jugend ausprobiert werden, lernt bereits jedes Kind die – häufig – positive Wirkung von Medikamenten kennen. Die Bereitschaft, Risiken und Nebenwirkungen zu akzeptieren – zugunsten erleichternd empfundener Effekte –, ist hier also grundsätzlich hoch. Allerdings sind Arzneien in erster Linie Heilmittel. Das Potenzial, abhängig zu machen, haben nur rund fünf Prozent der in Deutschland zugelassenen Medikamente. Diese Arzneien mit Suchtpotenzial sind Gegenstand dieser Broschüre.

Körperliche Veränderungen

Werden Substanzen regelmäßig konsumiert, stellt sich der Stoffwechsel darauf ein. Mit der Zeit werden größere Mengen „vertragen“. Um die gewünschte Wirkung zu erzielen, wird dann häufig die Dosis erhöht. Bleibt dann das Suchtmittel aus, kommt es zu unangenehmen bis schmerzhaften, manchmal sogar lebensgefährlichen Entzugerscheinungen. Solche Entzugerscheinungen sind ein deutliches Signal, dass eine körperliche Abhängigkeit entstanden ist (Dilling, 2014).

Seelische Veränderungen

Zugleich tritt auch eine psychische Gewöhnung ein. Mit der Zeit gehören die Zigarette nach dem Essen, das Bier in der Mittagspause, die Tablette vor dem Schlafengehen dazu. Sie dürfen keinesfalls ausfallen. Was anfangs als „schön“ und „erleichternd“ erlebt wurde, wird schließlich zum Zwang. Ist das Suchtmittel nicht verfügbar, gerät ein abhängiger Mensch unter Druck. Er oder sie wird unruhig, reizbar, ängstlich und fühlt sich wie getrieben. Ist dieser Punkt erreicht, ist auch eine seelische Abhängigkeit entstanden.

Es gibt keine festen Gesetze oder Grenzen, die anzeigen, wann der Konsum in hochgradig gesundheitsschädlichen Missbrauch und schließlich alles bestimmende körperliche wie seelische Abhängigkeit übergeht.

Alkohol, Tabak und Drogen sind Gifte, die dem Körper grundsätzlich schaden. Bei diesen Substanzen gibt es keinen risikolosen Konsum, sondern allenfalls einen risikoarmen. Zudem reagiert jeder Mensch anders. Was der eine noch „verträgt“, schadet dem anderen. Außerdem kann auch bei scheinbar geringeren Mengen eine Gewöhnung eintreten und sich eine Abhängigkeit ausbilden (DHS, 2012a).

Dies macht es für Betroffene wie ihr Umfeld schwer, die Lage realistisch einzuschätzen. Vor allem solange Abhängige vorübergehende Pausen im Konsum einlegen können, beruhigt dies sie selbst und ihre Angehörigen nach dem Motto: „Siehst du, ich kann auch anders.“



Risiken und Nebenwirkungen

Das Phänomen einer „Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“ besteht insbesondere bei Medikamenten. Vor allem bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die als Wirkstoff Benzodiazepin enthalten, sowie bei Arzneien mit ähnlicher Wirkweise, sogenannten Z-Drugs (DHS, 2013a, S. 103; DHS, 2012b, S. 18; DHS, 2012c, S. 43), kann eine Abhängigkeit auch bei jahrelang gleichbleibender Dosis eintreten, da sich die Wirkstoffe im Körper anreichern. Die Betroffenen halten sich dabei an die vom Arzt verschriebene Menge. Manche bemerken ihre Medikamentenabhängigkeit selbst über Jahre nicht. Sie fühlen sich auf der sicheren Seite nach dem Motto: „Mein Arzt hat mir diese Tabletten doch verschrieben.“

Während bei den meisten Substanzen mit Suchtpotenzial eine Abhängigkeit spätestens dann erkannt wird, wenn Entzugerscheinungen eintreten, hilft

dieses Kriterium bei Medikamenten nicht unbedingt weiter. Bei Arzneien können genau die Beschwerden als Entzugerscheinungen auftreten, gegen die das Medikament ursprünglich verordnet wurde. Häufig werden die Symptome dann nicht als Entzugerscheinungen erkannt, sondern führen zur weiteren Verordnung oder zum weiteren Kauf des Medikamentes. Bei keiner anderen Substanz ist es so schwer, Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit voneinander abzugrenzen wie bei Medikamenten (DHS, 2012c, S. 38). Meist braucht es Ärzte und Ärztinnen mit Fachwissen zur Suchtproblematik. Da Dosisveränderungen sowie das Absetzen von Medikamenten zu schweren Nebenwirkungen führen können, sollten diese unbedingt ärztlich begleitet werden (DHS, 2012c, S. 41).

Symptome als Signale

Trotz dieser Erkennungsschwierigkeiten sind Symptome zugleich Signale für eine eventuelle Abhängigkeit von einer Substanz wie Alkohol, Tabak, Tabletten oder illegale Drogen. Die Betroffenen gestehen es sich häufig allerdings nicht ein, dass ihre Abhängigkeit die Ursache ihrer Symptome ist. So gehen Alkoholranke überdurchschnittlich oft in ärztliche Sprechstunden, doch selten wegen ihrer Abhängigkeit. In der Regel ha-

ben sie Beschwerden, die durch den Dauerkonsum einer Substanz ausgelöst wurden, zum Beispiel eine Magenschleimhautentzündung durch hohen Alkoholkonsum. Viele Ärzte und Ärztinnen sind nicht entsprechend geschult, um die Ursache zu erkennen. Sie behandeln dann zwar das Symptom Gastritis, sprechen aber die Ursache nicht an: die Abhängigkeit (Kutschke, 2012, S. 83).

Um Abhängigkeit zu erkennen, gibt es keine einfachen „Wenn-Dann-Regeln“. Nicht jeder, der eine Magenschleimhautentzündung hat, ist alkoholabhängig. In der Regel können Erkrankungen viele Ursachen haben. Doch einige Symptome treten bei substanzbezogener Abhängigkeit verstärkt oder gehäuft auf (siehe S. 26 – 27).

Ein weiteres Problem: Ärzte und Ärztinnen erleben ihre Patienten und Patientinnen in der Regel nur kurz in der Sprechstunde. Ihnen fehlen häufig wichtige Hintergrundinformationen. Beobachtungen von Fachkräften, die im Rahmen ihrer Dienstleistung für Familien regelmäßig und länger mit noch unerkannt Abhängigen zu

tun haben, können die Lücke füllen. Nur genaue Beobachtung, möglichst über einen längeren Zeitraum, hilft, Symptome oder Verhalten richtig einzuordnen und zu bewerten.

Fachkräfte sozialer und pflegerischer Berufe haben nicht die Aufgabe, Abhängigkeiten zweifelsfrei zu diagnostizieren. Dies bleibt speziell dafür ausgebildeten Fachärzten und -ärztinnen überlassen. Doch sobald eine Fachkraft eine Abhängigkeit vermutet, sollte sie dieser Vermutung auf jeden Fall nachgehen (siehe auch Kapitel 4). Im Vordergrund stehen dabei eigene Beobachtungen im Umgang mit Klienten als auch Gespräche mit ihnen.

Kriterien für Abhängigkeit

Um die eigenen Beobachtungen zu überprüfen, können diagnostische Kriterien helfen, die von fachärztlicher Seite verwendet werden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO listet in ihrer 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation von Krankheiten, ICD-10, Kriterien zur Diagnose von Abhängigkeiten auf. Danach besteht eine Abhängigkeit, wenn mindestens drei der folgenden Merkmale erfüllt sind:

- Zwanghaftes Verlangen nach einer Substanz
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- Entzugserscheinungen bei Wegfall bzw. Einschränkung des Konsums

- Toleranzentwicklung (Erhöhung der Dosis)
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Substanzkonsums
- Fortgesetzter Konsum trotz des Wissens um gesundheitsschädigende Wirkungen

(DHS, 2013c, S. 17)

Direkte Nachfragen wecken allerdings in der Regel den Widerstand Abhängiger. Schließlich gehört zu den Kennzeichen einer Abhängigkeit, sie sich nicht einzugestehen – aber unbedingt am Konsum festzuhalten, komme, was da wolle. Es braucht eine spezielle Ausbildung, um Abhängige mit Erfolg direkt zu befragen.

2

Schlüsselfragen

Im Gespräch mit vermutlich Abhängigen haben sich indirekt gestellte Fragen bewährt. International werden zur Diagnose vier Schlüsselfragen eingesetzt nach dem sogenannten „CAGE“-Prinzip (cut down on drinking = Menge reduzieren; angry about criticism = über Kritik ärgern; guilty feelings = Schuldgefühle; eye opener = Augen öffnen). Sie wurden für Alkoholabhängige entwickelt, die Fragen 1 – 3 können aber leicht für andere Substanzen umformuliert werden.

Gefragt wird:

- Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
- Haben Sie sich schon geärgert, wenn andere Leute Ihren Alkoholkonsum kritisierten?
- Hatten Sie schon ein schlechtes Gewissen wegen Ihres Alkoholkonsums?
- Haben Sie schon am Morgen Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder um Ihren Kater loszuwerden?

(Kutschke, 2012, S. 83)

Ergibt sich bei der Arbeit mit Familien ein vertrauensvolles Gespräch mit dem vermutlich abhängigen Familienmitglied, können Fachkräfte eventuell eine oder mehrere Fragen einfließen lassen, um ihrer Vermutung nachzugehen. Bestätigt sich die Vermutung, können Fachkräfte auf bestehende Hilfeangebote hinweisen und die genaue Diagnose sowie den weiteren Hilfeplan den dortigen Fachleuten überlassen. Weitergehende Aufgaben ergeben sich nur bei Gefahr oder Gefährdung des Klienten oder der Klientin beziehungsweise eines nahen Angehörigen, etwa eines Kindes (siehe Kapitel 4). „Symptome“ der Abhängigkeit zeigen Abhängige wie Angehörige. Entwicklung und Auswirkung der Abhängigkeit auf die Familienmitglieder schildert das folgende Kapitel 3.

Häufige Folgen des Alkoholkonsums

Dauerhaft hoher Alkoholkonsum führt zu Veränderungen, die auch Außenstehende bemerken können. Dazu zählen:

- Gesichtsröte
- Veränderungen der Haut, z. B. Gefäßsternchen, auch im Gesicht, und erweiterte Venen unter der Bauchhaut
- Häufige Alkoholfahne oder häufiger Geruch nach Pfefferminzbonbons
- Vorzeitige Alterung
- Vernachlässigung des Äußeren und des Haushaltes
- Stimmungsschwankungen
- Fehlernährung
- Durchfälle
- Schwindel
- Wiederholte Stürze
- Mangelnde Konzentration
- Nachlassende geistige Leistungsfähigkeit
- Mangelnde Aufmerksamkeit

(Kutschke, 2012, S. 74 und S. 88; DHS, 2012c, S. 25)

Diese Symptome können auf ein Alkoholproblem hinweisen, können aber auch andere Gründe haben. Daher sind immer auch andere mögliche Ursachen zu bedenken.

Häufige Folgen des Tabakkonsums

Dauerhaft starker Tabakkonsum führt zu Veränderungen, die auch Außenstehende bemerken können. Dazu zählen:

- Haut und Kleidung riechen nach Rauch
- Fingerkuppen sind gelb gefärbt
- Haut erscheint vorzeitig gealtert
- Haut ist schlecht durchblutet
- Die Leistungsfähigkeit des Körpers ist insgesamt geringer als erwartbar, besonders auch die von Augen und Ohren sowie des Gedächtnisses

(DHS, 2012c, S. 62; Kutschke, 2012, S. 165f.; DHS, 2013c)

Schlechte Durchblutung und geringe Leistungsfähigkeit können auch andere Gründe haben. Der Geruch von Rauch hängt ebenso in der Kleidung passiver Raucher. Daher sind immer alternative Ursachen zu bedenken.

Häufige Folgen des Drogenkonsums

Dauerhafter Drogenkonsum führt zu Veränderungen, die auch Außenstehende bemerken können. Dazu zählen:

- Glasiger Blick
- Mangelnde Bewegungskoordination
- Auftreten früher unbekannter massiver Stimmungsschwankungen (von Euphorie über paranoide Ängstlichkeit bis zu schweren depressiven Verstimmungen)
- Lustlosigkeit
- Antriebslosigkeit
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses
- Beschleunigter Atem
- Höhere Pulsfrequenz
- Zittern und Unruhe
- Übelkeit, Schwindel, Kreislaufkollaps

(DHS, LWL, o. J.; DHS, 2013d; DHS, 2013e; DHS, 2012d)

Diese Symptome können eine Reihe von Ursachen haben. Gerade in der Pubertät treten zum Beispiel Kreislaufprobleme häufig auf, auch Antriebslosigkeit zählt zu den normalen pubertären Erscheinungen. Daher sind immer alternative Ursachen zu bedenken.

Häufige Folgen einer Medikamentenabhängigkeit

Zu den Nebenwirkungen von Antidepressiva, Antidementiva und Stimulanzien, vor allem bei Einnahme durch gesunde Menschen, zählen:

- Kopfschmerzen
- Ruhelosigkeit
- Übelkeit
- Schlafstörungen
- Unruhe und Nervosität
- Appetitlosigkeit
- Überschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit

(Gaßmann, Merchlewicz, Koeppel, 2013, S. 173f.)

Zu den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen und deren Nachfolgestoffen zählen:

- Konzentrationsstörungen
- Gedächtnisstörungen (Vergesslichkeit)
- Tagesmüdigkeit
- Gleichgewichtsstörungen
- Stürze

(DHS 2013b, S. 19; DHS, 2010a, S. 4)

Gerade bei älteren Patienten besteht die Gefahr, die Symptome einer Abhängigkeit von Medikamenten und/oder Alkohol als Altersschwäche, altersbedingte „Tattrigkeit“ oder beginnende demenzielle Erkrankung einzuordnen.

Fallbeispiel:

„Allein die Menge macht das Gift“*

„Die Sorge um meine Mutter bedrückte mich sehr. Nach jedem Besuch war ich völlig erledigt. Sie wollte nichts mehr essen, nichts mehr von der Welt wissen, sprach nur noch vom Sterben. Nun mag man das als Lauf der Dinge ansehen, schließlich war meine Mutter da schon 88 Jahre alt. Trotzdem kam mir die Entwicklung merkwürdig vor.

Vor sechs Jahren musste meine Mutter nach einem Oberschenkelhalsbruch in ein Seniorenheim umziehen, zum Glück in unserer Nähe. Sie fühlt sich dort grundsätzlich wohl. Nach wenigen Monaten mahn-ten die Schwestern, meine Mutter sei so depressiv. Damals konnte ich den Eindruck nicht bestätigen, sah meine Mutter aber ja nur in den Stunden meiner Besuche, nicht rund um die Uhr wie das Pflegepersonal. Der Hausarzt folgte dem Eindruck der Schwestern und verschrieb Antidepressiva. Da die Knochen nach dem Bruch falsch zusammenwuchsen, hat meine Mutter zudem starke Schmerzen. Sie bekommt also seit Jahren starke Schmerzmittel, außerdem Tabletten gegen Bluthochdruck. Über die Jahre kam mir meine Mutter immer depressiver vor, schien also die Mittel

wirklich zu benötigen. Zudem vergaß sie immer mehr und verlor jegliches Interesse. Sogar die Blumen auf ihrem Balkon, die ihr früher so wichtig waren, ließ sie verdorren. Schließlich verlor sie, die immer gerne gegessen hat, auch ihren Appetit. Nicht mal mit Lieblingsgerichten konnte ich sie locken. Sie magerte von Kleidergröße 42 auf 36 ab.

Außerdem plagte sie monatelang starker Juckreiz. Gesicht und Arme kratzte sie sich völlig auf. Als ich den behandelnden Arzt fragte, ob all dies nicht Nebenwirkungen der vielen Tabletten sein könnten, hieß es, das könne sein, doch die gewünschten Wirkungen überwiegen mögliche Nachteile.

Mit meiner Mutter kann ich nicht mehr besprechen, was und wie viel sie genau nimmt, da sie die Dinge nicht mehr genau genug erinnert. Eines Morgens rief das Heim an, mit meiner Mutter gehe es zu Ende. Als ich eintraf, war auch ein Arzt da, eine Urlaubsvertretung. Er prüfte gerade die Medikation und fragte: ‚Ist das nicht ein bisschen viel?‘ Er empfahl, alle Medikamente abzusetzen, bis auf das Schmerzpflaster. Als Pflegebe-

*Paracelsus, 1493–1541

vollmächtigte meiner Mutter willigte ich ein. Seither blüht meine Mutter auf. Sie spricht kein Wort mehr vom Sterben. Sie, die wochenlang nur noch im Bett lag, lässt sich jetzt wieder gerne zu Ausflügen einladen. An ihrem 89. Geburtstag machte sie einen schönen Spaziergang mit uns und genoss wie früher die Natur, beachtete jede Blume am Wegesrand und horchte auf jeden Vogel. Auch das Essen schmeckt ihr wieder. Eine Schwester meinte neulich: „Das ist ja unglaublich, wie sich Ihre Mutter erholt hat – und das ohne Medikamente!“

(Frau O., 58 Jahre)



Zu den Medikamenten, die abhängig machen können, gehören neben Schlaf- und Beruhigungsmitteln opiathaltige Schmerzmittel und Aufputschmittel sowie Appetitzügler mit aufputschenden Substanzen und andere Psychopharmaka. Bei einer Reihe weiterer Medikamente besteht ein Missbrauchspotenzial, ohne dass es zur Entwicklung einer Abhängigkeit vom Wirkstoff kommt (DHS, 2012c, S. 42). (Weitere medizinische Informationen in Kapitel 6)

Risiko Alter

Zwischen 8 und 13 Prozent der Generation 60 plus (das sind etwa 1,7 – 2,8 Millionen ältere Menschen) weisen einen problematischen Medikamentenkonsum auf. In stationären Einrichtungen ist der Psychopharmakagebrauch besonders hoch. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 25 Prozent der über 70-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen von Psychopharmaka abhängig sind. Etwa 90 Prozent der mit Benzodiazepinen behandelten Menschen in dieser Altersgruppe nehmen diese Arzneimittel als Dauermedikation ein – obwohl diese Mittel nach wenigen Wochen abhängig machen können. (DHS, 2013b, S. 9)

40 Prozent der über 65-Jährigen bekommen acht und mehr Wirkstoffe verordnet, 20 Prozent sogar mehr als 13. Neben- und Wechselwirkungen – auch die zwischen Alkohol und Medikamenten – können den Gesundheitszustand der Seniorinnen und Senioren noch zusätzlich verschlechtern. (DHS 2013b, S. 8)





Mögliche Störungen in der Familie

• Veränderungen in der Familie

Ob ein Jugendlicher von Heroin abhängig ist, ein Vater von Alkohol oder eine Großmutter von Tabletten: Die Sucht verändert den Abhängigen und seine gesamte Familie. Das Suchtmittel zieht alle in den Bann, entziehen kann sich – zunächst – niemand. Zwar sind die Folgen von Alkoholkrankheit und Drogensucht am besten untersucht, doch beobachten Praktiker aus der Suchthilfe sehr ähnliche familiäre Entwicklungen, völlig unabhängig davon, ob es sich bei der konsumierten Droge um Alkohol, Tabletten oder illegale Mittel handelt (Rennert, 2012, S. 35f.). Daher wird in diesem Kapitel allgemein von Substanzen und von Abhängigkeit gesprochen.

Abhängigkeiten entwickeln sich, je nach Substanz und Situation, über Wochen, Monate oder Jahre. Wissenschaftliche Studien machen verschiedene Phasen aus, die Abhängige und ihre Angehörigen durchlaufen. Für Menschen, die beruflich mit Familien arbeiten, ist es hilfreich, diese Phasen zu kennen, um Verhalten einordnen und eine eventuelle Abhängigkeit erkennen zu können.

• Phasen der Abhängigkeit

In der sogenannten „Lernphase“ wird eine Substanz ausprobiert und in ihrer Wirkung gleich oder später als angenehm empfunden. Häufig schmeckt nicht die erste Zigarette oder der erste Schluck Bier, Motto: „Man muss sich erst reintrinken oder -schmecken.“ Man spürt: Der Konsum verändert die Stimmung, wirkt aufputschend oder beruhigend. In der „Suchphase“ wird begonnen, diese Wirkung gezielt einzusetzen. Motto: „Jetzt brauche ich erst mal ...“ Häufig werden immer größere Mengen gebraucht, um dieselbe Wirkung zu erzielen. Schließlich kann der Konsum schädliche Konsequenzen haben. Man kommt keine zwei Treppen mehr hoch, ohne außer Atem zu kommen. Man verschläft, da Alkohol, Drogen oder Medikamente morgens noch nicht abgebaut sind. Trotzdem wird weitergeraucht, weitergetrunken oder weiter Pillen eingenommen. Dies ist die dritte „Phase der schädlichen Konsequenzen“. In der vierten Phase muss das Mittel konsumiert werden, um sich „normal“ zu fühlen und Entzugserscheinungen zu entgehen (Rennert, 2012, S. 61ff.). In Phase 1 und 2 kündigt sich an, was spätestens ab Phase 3 die familiäre Wirklichkeit bestimmt: Gedanken und Verhalten des Abhängigen kreisen vorrangig oder sogar ausschließlich um die Substanz, deren Erwerb und Konsum. Die anderen Familienmitglieder rücken in den Hintergrund, sie und ihre Bedürfnisse werden nicht mehr richtig wahrgenommen. Suchtmittel und Sucht bestimmen das Leben.

• Folgen für Angehörige

Angehörige spüren die Veränderungen meist als Erste. Denn je wichtiger der Konsum einer Substanz wird, desto unwichtiger werden die Angehörigen. Eine solche Zurückweisung durch einen geliebten Menschen zu erleben, tut weh. Sie wirft unweigerlich Fragen nach möglichen Ursachen auf: „Bin ich schuld, dass mein Kind Drogen nimmt, mein Partner Kettenraucher ist, mein Vater trinkt?“ Angehörige fragen sich selbst: „Was habe ich falsch gemacht?“ Gleichzeitig weisen sich die Generationen häufig auch gegenseitig die Schuld zu: Im Falle eines abhängigen Jugendlichen sehen Großeltern und Geschwister häufig die Schuld bei den Eltern. Im Falle eines abhängigen Elternteils sehen sich Großeltern ebenso wie Partner und Kinder in der Schuld. Heftige Schuldgefühle wechseln mit Wut auf den abhängigen Menschen: „Warum lässt er/sie nicht einfach die Finger von ...?“ Dazu kommt Schmerz. Angehörige müssen mitansehen, wie der Substanzkonsum die Gesundheit ruiniert und das Verhalten verändert. Viele Angehörige schämen sich, wenn Abhängige auffällig werden, vor allem wenn dies

öffentlich wird, etwa noch durch Polizei oder Gerichte. Zugleich wird die Angst zum ständigen Begleiter im Alltag: „Fährt er oder sie wieder im Rausch Auto?“, „Stirbt er oder sie auf der Straße oder überfährt jemanden?“, „Stellt er oder sie etwas an, um an die Substanz zu kommen?“, „Wird er oder sie gewalttätig?“ Angehörige müssen ständig überwältigende Gefühle wie Schuld, Schmerz, Scham, Angst, aber auch Wut auf Abhängige aushalten und ausbalancieren. Sie leben im Stress rund um die Uhr, jeden Tag, Jahr für Jahr.



- „Phasen“ bei Angehörigen

In der „Lernphase“ ist der spätere Missbrauch noch nicht abzusehen (Rennert, 2012, S. 78). Soweit der Konsum der Familie bekannt ist, wird er zumindest bei den legalen Substanzen meist gebilligt. Schließlich sind Alkohol und Tabak in einem gewissen Rahmen gesellschaftlich akzeptiert, Medikamente in der Regel sinnvoll und nötig. In der „Suchphase“ des Abhängigen häufen sich die Hinweise, dass dieser Rahmen überschritten wird.

Soweit die Anzeichen für einen Missbrauch überhaupt wahrgenommen werden, werden sie jedoch meist umgedeutet: „Ein Rausch gehört doch mal dazu.“, „In der Clique rauchen ja alle.“, „Die Anforderungen heutzutage sind so hoch, da braucht es eben manchmal Tabletten.“ Suchtexperten sprechen von der „Unterstützungsphase“ der Angehörigen, in der die Abhängigen meist geschützt und entschuldigt werden, teils sogar im Erwerb des Suchtmittels (finanziell) unterstützt (Kutschke, 2012, S. 72). Gleichzeitig wachsen innerhalb der Familie dennoch die Spannungen darüber, es kommt häufiger zum Streit.

Entwickelt sich schleichend eine Abhängigkeitserkrankung, fliehen häufig auch die anderen Familienmitglieder in eine Welt der Täuschung. Sie glauben, den Konsum kontrollieren zu können, etwa durch Zurechtweisungen, Drohungen, Aufspüren von Verstecken und Beseitigen der Substanz oder Vorschriften für deren Konsum (Rennert, 2012, S. 79; Kutschke, 2012, S. 72). Gleichzeitig werden Abwehrstrategien entwickelt, um die eigenen Gefühle von Schuld, Scham, Schmerz und Wut auszuhalten und möglichst nicht wahrnehmen zu müssen. Wie die Abhängigkeit bekommt auch das Abwehrverhalten der Angehörigen schließlich einen zwanghaften Charakter. Die Außenwelt bemerkt dies meist nur indirekt. Das Verhalten einzelner Familienmitglieder kann zickig, misstrauisch, streitsüchtig oder gar hysterisch wirken, aber ebenso gut apathisch oder verträumt (siehe S. 40 „Rollen der Erwachsenen“). Im Falle einer Alkoholerkrankung können ausgerechnet die Abhängigen für Außenstehende lebenslustig und offen wirken (Zobel, 2008, S. 12ff.).



Erst wenn Familienmitglieder die Bürde aus zwangsweisem Verhalten, familiären Krisen um Geld, Beruf, Kinder und schmerzhaften Gefühlen nicht mehr ertragen können, suchen sie nach Veränderung (Rennert, 2012, S. 80). Teils gelingt dies mit den Abhängigen zusammen, wenn diese zeitgleich an den Punkt gelangen, an dem sie ihr Leben ändern wollen. Teils gelingt dies aber nur ohne sie. Dann kommt es in Partnerschaften häufig zu Trennung oder Scheidungen, in Eltern-Kind-Beziehungen eventuell zum Lossagen von der anderen Generation. Eventuell wird als Ausweg sogar das Beenden des eigenen Lebens überlegt (Rennert, 2012, S. 81).

Selbst wenn eine Abhängigkeit überwunden wurde, bleibt die Angst vor einem Rückfall oft der ständige Begleiter. Familienmitglieder fragen sich: „Kommt der- oder diejenige wieder betrunken nach Hause?“, „Schläft er oder sie mit der brennenden Zigarette im Bett ein?“, „Ist er oder sie nur deswegen gut drauf, weil ...?“ (Rennert, 2012, S. 74)



Die Generation der Eltern

Angehörige jeder Generation erleben besondere Belastungen durch die Abhängigkeit eines nahestehenden geliebten Menschen. Dieses Kapitel behandelt zunächst die Belastungen der Elterngeneration.

• Wenn der Partner oder die Partnerin abhängig ist ...

Den Partner oder die Partnerin treibt die Abhängigkeit des anderen häufig in eine Art Teufelskreislauf. Der nicht abhängige Teil des Paares neigt anfangs dazu, alles zu tun, damit der oder die andere „ihm zuliebe“ doch aufhört zu trinken, zu rauchen oder Tabletten zu schlucken. Die nicht abhängigen Partner/-innen haben in dieser Phase für alles Verständnis, versuchen, alle Aufgaben alleine wahrzunehmen, für Haushalt und Kinder zu sorgen und berufliche Versäumnisse durch rechtzeitige Entschuldigungen aufzufangen. Hilft nichts davon, ändern sie ihre Strategie. Statt zu beschützen, beginnen sie zu kontrollieren. Ein ständiger Kampf um das Suchtmittel entbrennt. Dieser Kampf bleibt sehr oft erfolglos. Häufig machen sich dann gegenseitige Vorwürfe und Anklagen breit. Der eine fühlt sich um sein Leben betrogen, der andere unverstanden. Motto: „Wenn du so viel schimpfst, muss ich ja trinken / rauchen / Tabletten nehmen.“ (DHS, 2013f) Das Paar geht auf Abstand. Die Abhängigen, vor allem aber auch ihre Partner/-innen fühlen sich allein, hilflos, verzweifelt und

verlassen. An diesem Punkt kann es zu Trennung oder Scheidung des Paares kommen. Wobei die Wahrscheinlichkeit einer Trennung bei Männern abhängiger Frauen höher ist als bei Frauen abhängiger Männer (Schild, 2012, S. 153).

Ist die Paarbeziehung eher symbiotisch geartet, so dass einer ohne den anderen nicht kann, kehren Partner oder Partnerin zurück und haben dann meist zunächst wieder für alles Verständnis. Schließlich wollen sie ja zusammenbleiben. Der Teufelskreis beginnt von vorne. Es kann auch dazu kommen, dass von vornherein zwei Menschen mit einem Hang zur Abhängigkeit oder zwei bereits Abhängige zueinanderfinden. Oder süchtiges Verhalten dem anderen zuliebe angenommen wird.

Die Elterngeneration sieht sich zusätzlich zu eigenen Problemen auch einem Druck von Seiten der Großeltern- wie der Kindergeneration ausgesetzt. Gerade vor der Großelterngeneration wird häufig versucht, die Abhängigkeit geheim zu halten und



den Eindruck einer normalen Familie aufrechtzuerhalten. Wurde das Problem doch bekannt, kann statt Unterstützung von Müttern und Schwiegermüttern, Vätern und Schwiegervätern die Schuldzuweisung kommen: „Weil du so hohe Anforderungen stellst, muss unser Sohn / unsere Tochter ja in die Sucht fliehen.“ Die Verantwortung wird – auch – beim nicht abhängigen Teil gesehen: „Wie konntest du es so weit kommen lassen?“

Kinder erhöhen den Druck auf die Elterngeneration, besonders auf den nicht abhängigen Elternteil, funktionieren zu müssen. Er oder sie sieht sich in der Verantwortung, alleine für die Kinder zu sorgen. Da dies zusätzlich zur Sorge um den abhängigen Partner geschehen muss, kann dies nur schwer gelingen. Meist bleiben kaum Zeit und Raum für Zuwendung. Der Alltag erstickt darin, alles unter Kontrolle haben zu müssen. Kinder pünktlich in die Schule zu schicken, setzt unter Stress, wenn zugleich versucht werden muss, den abhängigen Partner oder die Partnerin rechtzeitig aus dem Bett zu bekommen. Mütter

oder Väter leiden daran, wenn für liebevolle Umarmungen keine Zeit bleibt. Aber sie vermögen es oft auch nicht zu ändern. Ihre Kinder erleben den nicht abhängigen Elternteil meist gereizt und gestresst. Dies kann die Beziehung lebenslang prägen. Häufig sehen Kinder im Nachhinein den Elternteil, der nicht abhängig ist, besonders kritisch. Denn in den Augen des Kindes gibt es für sie keine Entschuldigung, dem Kind nicht genügend Liebe und Schutz gegeben zu haben, eventuell sogar abweisend und unehrlich gewesen zu sein. Die Enttäuschung über Mütter oder Väter, die statt Liebe nur Kontrolle zeigten, geht tief, denn an den nicht abhängigen Elternteil werden höhere Erwartungen gestellt als an den abhängigen (Lambrou, 1990, S. 171). So kann der nicht abhängige Elternteil noch dann unter Druck stehen und mit der Zurückweisung der Kinder rechnen müssen, wenn diese längst aus dem Haus sind. Weitere Folgen für die Kinder beschreibt der Absatz S. 42 „Die Generation der Kinder“.



• Wenn das erwachsene Kind abhängig ist ...

Wird ein Kind abhängig, durchleben Eltern abwechselnd die beschriebenen Phasen von Verständnis, Verzweiflung, Sorge, Angst und Wut. Anfangs geben auch sie sich gerne der Täuschung hin. Die Mutter einer tablettsüchtigen jungen Frau meinte zum Beispiel: „Unsere Tochter hat nun mal Depressionen. Was sie da nimmt, ist alles vom Arzt verschrieben.“ Der Vater eines kokainsüchtigen jungen Mannes urteilte über die neuerdings euphorischen Zustände: „Endlich wird unser Sohn aktiv“. (Rennert, 2012, S. 78)

Lässt sich die Abhängigkeit des Kindes nicht mehr leugnen, trifft Eltern die Schuldfrage besonders tief: „Warum ist mein Kind so geworden? Was habe ich falsch gemacht? Was versäumt?“ Häufig soll zumindest im Nachhinein die vermeintliche Schuld aufgewogen werden durch besonders viel Fürsorge und Zuwendung. Abhängige Kinder können – wie Kinder mit Behinderungen oder anderen Beeinträchtigungen – übertrieben beschützt und als hilflose, unfähige Personen behandelt werden (Rennert, 2012, S. 54).

Studien zu drogenabhängigen Jugendlichen zeigten ähnliche Verhaltensweisen innerhalb der Familien. Neben der übertriebenen Fürsorge zählt dazu, dass der Abhängige zum

eigentlichen Verbindungsglied zwischen den Eltern werden kann, und zwar unabhängig davon, ob diese zusammenleben oder nicht. Außerdem wurde beobachtet, dass die Hierarchie zwischen den Generationen in Familien mit abhängigen Kindern gestört sein kann. Kinder verbünden sich dann mit einem Elternteil gegen den anderen oder Enkel mit einem Großelternteil gegen die Eltern. Zeitweise können sowohl die Koalition zwischen Generationen als auch die Kommunikation über eine andere Generation der Familie sinnvoll sein. Eine „Störung“ werden diese Verhaltensweisen erst, wenn sie unveränderlich werden (Rennert, 2012, S. 54f.).

Während für Partner/-innen Trennung oder Scheidung ein Ausweg sein können, bleiben Kinder immer Kinder ihrer Eltern – selbst wenn sich Eltern von ihnen lossagen. Der Bruch mit einem Kind wird häufig als vollständiges elterliches Versagen empfunden, das eine unheilbare Wunde hinterlässt.



• Wenn Großeltern abhängig sind ...

Genauso eng verbunden sieht sich die Elterngeneration mit der Großelterngeneration. Kommt es hier zu einer Abhängigkeit, fühlen sich die erwachsenen Kinder verantwortlich. Eine Abhängigkeit der eigenen Eltern belastet – gleichgültig, ob man nah oder fern wohnt, sich sieht oder nicht. Die Sorge um die alten Eltern ist stets vorhanden. Sorge um die alten abhängigen Eltern und eventuell deren Versorgung ziehen Zeit und Aufmerksamkeit vom eigenen Leben, der eigenen Partnerschaft, den eigenen (kleinen) Kindern, dem Beruf ab. Auch hier kann der Teufelskreislauf aus Schuldgefühl, Sorgen, Angst, Kontrolle und Wut in Gang kommen. Besonders leicht geschieht dies, wenn die inzwischen erwachsenen Kinder in ihrer Kindheit nicht genügend Wärme und Zuwendung erfahren haben. Dann meinen sie häufig lebenslang, sich die Liebe ihrer Eltern „verdienen zu müssen“. Um eine „gute“ Tochter oder ein „guter“ Sohn zu sein, verzehren sich diese Kinder in der Sorge um ihre suchtkranken Eltern häufig am meisten (DHS, 2013f).

Die Verpflichtung, für suchtkranke Eltern sorgen zu müssen, kann besonders stark empfunden werden, wenn zur Abhängigkeit noch körperliche oder geistige Gebrechen wie Demenz dazukommen.

Im Falle erwachsener Kinder und ihrer Eltern können aber auch rechtliche Verpflichtungen bestehen. Zum Beispiel dann, wenn Eltern ihren erwachsenen Kindern Vollmachten für den Fall erteilen, dass sie ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Dies können Generalvollmachten sein, aber auch Vollmachten nur zu speziellen Aufgabengebieten, etwa zur Verwaltung des Vermögens, zum Umgang mit Behörden als auch zur Regelung der Pflege. Zusätzlich können sie in einer Verfügung anregen, ihre Kinder als Betreuer zu bestimmen, sobald Krankheit oder Behinderung eine Betreuung nötig machen. Haben die Kinder den Vollmachten wie Verfügungen „zugestimmt“, vertreten sie nicht nur die Interessen ihrer Eltern in den jeweiligen Bereichen, vielmehr kann damit ein Auftragsverhältnis entstanden sein. Dies bedeutet viel Verantwortung, eventuell aber auch eine große zeitliche wie psychische Belastung. Besonders wenn eine Suchterkrankung die Situation beziehungsweise die Beziehung zwischen Eltern und Kindern prägt.

Darüber hinaus sind Kinder ihren Eltern zum Unterhalt in Form von Geldleistungen verpflichtet. Gerade suchtkranke Eltern kommen besonders leicht in finanzielle Schwierigkeiten. Gesetze wie Rechtsprechung

gestehen Kindern zwar einen Selbstbehalt beim Einkommen als auch in gewissem Rahmen Altersvorsorge wie Eigenheime zu. Vermögen oberhalb dieser Grenzen muss jedoch zur Unterstützung der Eltern in Notlagen verwendet werden. Finanzielle wie rechtliche Verpflichtungen können erwachsene Kinder erheblich belasten.

Bislang beobachten und berichten hauptsächlich Fachkräfte sozialer und pflegerischer Berufe über die Auswirkungen einer Abhängigkeit der Großelterngeneration auf die nachfolgenden Generationen. Keine Statistik kennt dazu Zahlen. Auch die Forschung hat dies als Fragestellung noch nicht erkannt. Nirgends

„Rollen“ der Erwachsenen

Jeder Mensch reagiert anders auf eine Belastung. Dennoch hat die Forschung einige Verhaltensweisen analysiert, die Partner/-innen Abhängiger häufig annehmen. Sie werden als „Rollen“ beschrieben, die nacheinander oder wechselnd angenommen werden können – jeweils als Reaktion auf das Auf und Ab der Abhängigkeitserkrankung (Schild, 2012, S. 32). Typische Rollen sind:

Retterinnen: Sie versuchen, ihren eigenen Schmerz über die Abhängigkeit zu verdecken, indem sie allen anderen helfen. Sie versuchen, perfekt zu sein, die Fassade aufrechtzuerhalten und für alles die Verantwortung zu übernehmen. Dadurch federn sie – teils unbewusst – unangenehme Konsequenzen des süchtigen Verhaltens ab, behandeln damit aber zugleich ihren erwachsenen Partner wie ein Kind. „Retterinnen“ überschätzen einerseits ihre eigene Kraft und ihre Einflussmöglichkeiten, unterschätzen

aber andererseits die Fähigkeiten des Erkrankten. Dadurch können sie ungewollt Änderungen verzögern. Die „Retter-Rolle“ übernehmen vorrangig Frauen abhängiger Partner (Schild, 2012, S. 32 und S. 151; Rennert, 2012, S. 78).

Verfolger: Sie ärgern sich über das Verhalten Abhängiger und versuchen, sie Regeln zu unterwerfen. Sie können dermaßen in ihrer Wut gefangen sein, dass sie eventuell positives Verhalten gar nicht wahrnehmen. Die Übernahme dieser Rolle wird häufig bei Männern mit einer abhängigen Partnerin beobachtet.

Rebellen: Sie lenken durch eigenes „ungehöriges“ Verhalten – unbewusst – die Aufmerksamkeit vom abhängigen Familienmitglied ab. So kann eine Frau als Reaktion auf die Abhängigkeit ihres Partners zänkisch werden oder sich und die Kinder vernachlässigen (Rennert, 2012, S. 77).

ist nachzulesen, wie viele Frauen und Männer Erschöpfungssyndrom, Burn-out oder andere Erkrankungen haben, weil sie durch die Sorge um abhängige Eltern überlastet sind.

Naive: Sie blenden tatsächliche Zustände eines Abhängigen aus, z. B. dessen Rausch. Sein Verhalten versuchen sie rational zu erklären, etwa indem sie den persönlichen Konsum auf die allgemeine Ebene heben: „Gegen Stress haben doch alle ihre Mittelchen.“ Statt auf eine Therapie für den Abhängigen oder die Abhängige zu dringen, suchen sie sich selbst eine (Schild, 2012, S. 31; Rennert, 2012, S. 67f.).

Passive: Sie weigern sich komplett, die Abhängigkeit zur Kenntnis zu nehmen. Zum Teil fliehen sie dafür in Tagträume und Phantasien. Sie zeigen eventuell kaum oder keine Gefühle, was nach außen wie Gelassenheit wirkt. Auch dies ist eine Strategie, den Eindruck zu wahren: Bei uns ist alles in Ordnung (Rennert, 2012, S. 77).

Diese Rollenbeschreibungen können Fachkräften sozialer und pflegerischer Berufe zur besseren Einordnung beobachteten Verhaltens dienen. Keinesfalls „funktionieren“ sie im Umkehrschluss: Wenn zum Beispiel eine Frau sich besonders viel um Mann und Kinder kümmert, kann daraus nicht gefolgert werden, dass damit eine Abhängigkeit überdeckt werden soll. In der Regel ist Liebe der Grund für liebevolles Verhalten. In jeder gesunden, gleichberechtigten Partnerschaft sind Partner mal zänkisch, mal gleichgültig oder mal zurückhaltend. Ungewöhnlich wird solches Verhalten erst, wenn es das normale Maß überschreitet beziehungsweise zwanghaft ausgeübt wird. Dann kann zum Beispiel die Erkrankung des Partners oder der Partnerin, etwa in Form einer Abhängigkeit, dahinter verborgen sein.

Die Generation der Kinder

Dieser Abschnitt erklärt, was es für Kinder bedeutet, wenn ein oder beide Elternteile abhängig sind, ein Geschwisterkind eine Abhängigkeit entwickelt oder ein Großelternteil abhängig ist.

• Wenn ein Elternteil abhängig ist ...

„Ein Kind bekommt das ja alles nicht so mit“ – diese Vorstellung ist zwar weit verbreitet, aber grundlegend falsch. Babys kommen mit einem feinen Gespür für die Befindlichkeiten ihrer Eltern auf die Welt. Die Säuglingsforschung hat gezeigt, dass Babys von Anfang an mit ihren Eltern kommunizieren und dabei auf zuverlässige, verstehbare Reaktionen angewiesen sind, um sich altersgerecht zu entwickeln. Bleiben die Reaktionen aus oder sind sie nicht verlässlich, etwa weil die Mutter abhängig ist oder ein abhängiger Partner ihre Aufmerksamkeit in Beschlag nimmt, wird die Entwicklung des Kindes gestört (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 9ff.). Dem Baby fehlt dann das Urvertrauen, das dem Aufbau aller weiteren Beziehungen im Leben zugrunde liegt. Ihm fehlen Orientierung und Halt. Ebenso stört es die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, wenn sich die Abhängigkeit eines Elternteils im Laufe seines Heranwachsens entwickelt. Kinder werden nicht durch die Sucht

an sich geschädigt, sondern durch die Atmosphäre, die in einer Suchtfamilie herrscht (Arenz-Greiving, 1993, S. 268).

Häufig müssen Kinder Streit, Auseinandersetzungen und extreme Stimmungsumschwünge aushalten. Sie wissen nie, ob der abhängige Elternteil interessiert und offen oder abweisend und aggressiv ist, ob ein gestriges Versprechen heute noch gilt, ob ein Gespräch möglich ist oder nicht (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 21). Unterliegt das Verhalten des nicht süchtigen Elternteils ebenso den Stimmungsschwankungen des abhängigen, erfahren Kinder auch von dieser Seite keinen Halt. Sie werden grenzenlos verunsichert, leben in ständiger Anspannung und wissen nie, ob sie geliebt werden oder stören (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 21). Während andere Kinder sich auf Zeiten mit ihren Eltern freuen, fürchten sich diese Kinder regelrecht vor „Familienzeiten“ an Feiertagen oder im Urlaub (DHS, o. J.).



Wird das Verhalten des abhängigen Elternteils von der restlichen Familie einmal gedeckt und entschuldigt, ein andermal angeprangert und verurteilt, verunsichert dies Kinder zusätzlich. Spüren sie das „Familiengeheimnis“ nur, ohne auf ihre Fragen klare, übereinstimmende Antworten zu erhalten, kommt zur Verunsicherung auch noch Angst. Kinder wissen dann nicht einmal, wovor sie sich fürchten. Dadurch wird die Angst noch irrationaler und größer (Lambrou, 1990, S. 152).

Ihre starke innere Anspannung lösen Kinder häufig durch äußere Aktivität, einige werden hyperaktiv. Bekommen sie dann Beruhigungstabletten, wird für sie Medikamenteneinnahme zum Stressabbau ein normales Verhaltensmuster. Dies kann zum Einstieg in eine spätere eigene Suchtgeschichte werden (siehe auch Kapitel 6).

Vollständig überfordert werden Kinder, wenn sie von einem Elternteil zum Ersatzpartner gemacht werden

oder die Funktion eines Schiedsrichters zwischen den Eltern übernehmen sollen. Kinder fühlen sich an Vater und Mutter gebunden, und zwar völlig unabhängig davon, ob diese suchtkrank sind oder nicht (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 21). Die schweren Folgen von Loyalitätskonflikten für Kinder sind auch aus Scheidungsfamilien bekannt.

Eventuell müssen Kinder auch verarbeiten, die geliebten Eltern in extremen körperlichen Zuständen zu erleben, wie sie Rausch oder Entzug mit sich bringen, oder dass die gesundheitlichen Schädigungen durch das Suchtmittel offenkundig werden. Eventuell werden sie sogar Opfer sexueller Belästigung, Misshandlung oder Vernachlässigung (Arenz-Greiving, 1993, S. 268) mit all den daraus entstehenden psychischen und physischen Folgen.



Auch Kinder fragen sich, ob sie schuld sind: „Vielleicht trinkt meine Mutter / mein Vater so viel, weil ich sie / ihn so belaste?“ Selbst wenn sie die Abhängigkeit als Ursache nicht benennen können, da sie als Familiengeheimnis vor ihnen versteckt wurde, fragen sie sich, ob ihre Eltern eventuell keine Schwierigkeiten hätten, wenn es sie nicht gäbe. Die Frage nach der Schuld ist für Kinder häufig existenziell!

Auch Kinder erliegen der Annahme, „gut genug“ sein zu müssen, damit sich die Probleme der Eltern lösen. Da Abhängigkeit aber keine Charakterschwäche, sondern eine Krankheit ist, ist dieses „Rezept“ zur Erfolglosigkeit verdammt. Bei Kindern bleibt das Gefühl zurück, fehlerhaft zu sein und es deshalb gar nicht zu verdienen, geliebt zu werden. Dieses Gefühl bleibt häufig, auch wenn Kinder aus suchtbelasteten Elternhäusern ihre eigenen Wege gehen (Arenz-Greiving, 1993, S. 268; Rennert, 2012, S. 80ff.).

Sie leiden als Erwachsene unter einem extrem niedrigen Selbstwertgefühl. In ihrem Wunsch nach Anerkennung, Akzeptanz und Liebe wollen

sie es allen recht machen. Zugleich fürchten sie Ablehnung, nehmen Kritik persönlich und reagieren darauf häufig arrogant, um ihre Angst zu überspielen. Die Hoffnung, sich Liebe verdienen zu können, kann sogar den Berufswunsch prägen. In sozialen und pflegerischen Berufen sind Kinder suchtkranker Eltern überdurchschnittlich oft anzutreffen (Arenz-Greiving, 1993, S. 278). Dies heißt aber auch: In einer suchtbelasteten Familie aufzuwachsen, kann den sozialen Blick und soziales Engagement fördern (Zobel, 2008, S. 115).



Fallbeispiel:

Jeder ist allein für sein Leben verantwortlich

„Während meiner Ausbildung zum Altenpfleger fiel mir eine Kollegin auf, die besonders sorgfältig mit Medikamenten umging. Sie achtete zum Beispiel immer darauf, ob ein Medikament Alkohol enthielt. Bei Feiern mit den Seniorinnen und Senioren war sie die Einzige, die am Ende des Abends nicht „angetüdtelt“ war. Sie sagte schlicht, sie trinke keinen Alkohol. Als wir uns zwei Jahre später wieder über den Weg liefen, sah sie jünger aus, als ich sie in Erinnerung hatte. Die Mittvierzigerin wirkte frisch, natürlich und bemerkenswert zufrieden. Wir kamen ins Gespräch und ich klagte über mein Leben. Seit 14 Jahren hatte ich Alkohol und Cannabis in mehr als großen Mengen konsumiert und fand das Leben ohne Drogenkonsum unerträglich. Die Schuld suchte ich unter anderem bei meinem Vater, der Alkoholiker war.

Die Kollegin ließ mich nicht lange jammern. Sie stellte klar, dass die Verantwortung für mein Leben allein bei mir liege und es Alternativen gebe. Sie selbst habe seit einigen Jahren den Ausstieg aus der Abhängigkeit geschafft. Sie empfahl mir, Unterstützung durch eine Sucht-

selbsthilfegruppe zu suchen. Während alle vorigen Ermahnungen, etwa durch meine damalige Frau, wirkungslos verpufft waren, erreichte mich diese Kollegin: durch ihr Beispiel und ihre Kompromisslosigkeit. Mit Hilfe der Gruppe schaffte ich tatsächlich auch den Entzug – zumindest von Alkohol und Cannabis. Doch schließlich wurde bei mir ADHS diagnostiziert. Ich erhielt Medikamente mit dem Wirkstoff Methylphenidat, der ein hohes Suchtpotenzial hat.

Nach drei Monaten Einnahme verlor ich die Kontrolle. Damals arbeitete ich auf einer Entgiftungsstation, schließlich war ich ‚offizieller‘ Sucht-Spezialist: professionell und persönlich. Das bedeutete: Ich hatte Zugang zu Medikamenten und wusste sehr genau um ihre Wirkungen und Nebenwirkungen. Sechs Jahre missbrauchte ich Medikamente, bis zu einem totalen Zusammenbruch. Diesmal sprach ich ein Mitglied der Anonymen Alkoholiker an, das ich von der Informationsveranstaltung auf unserer Entgiftungsstation kannte. Er vermittelte mir den entscheidenden Impuls, mein Problem aktiv anzugehen.

Das war vor fünf Jahren. Ich bin noch immer damit beschäftigt, mit meinen ‚Problemen‘ leben zu lernen – aber meine Einstellung hat sich geändert. Der Missbrauch von Substanzen ist nur das Symptom. Und die zugrunde liegenden Probleme sind mit dem Ende des Missbrauchs nicht vorbei. Tatsächlich wollten mir seither zwei weitere Ärzte wegen meiner Depressionen genau die Medikamente verschreiben, die ich unter anderem in hohen Dosen missbraucht hatte. Das hätte für mich den Weg zurück in die Abhängigkeit bedeutet. Mit Hilfe der Selbsthilfegruppe habe ich Ärzte gefunden, die gut über die Suchtproblematik informiert waren und die damit anders umgingen. Und ich habe vor allem einen Weg gefunden, mit meinen Depressionen umzugehen. Ich nehme mir zum Beispiel bewusst Zeit für alles, was mir Freude macht und gut tut. Ich musiziere wieder regelmäßig, spiele vor allem klassische Gitarre und habe auch mit Klavierspielen wieder angefangen. Seit fünf Jahren treibe ich sehr regelmäßig Ausdauersport, bin drei Jahre täglich

gelaufen inklusive zweier Marathons – nach denen mein Arzt meiner Knie zuliebe leider eine deutliche Verringerung angeraten hat (ich laufe nun jeden zweiten Tag und etwas langsamer). Ich meditiere regelmäßig und vor allem engagiere ich mich selber in der Selbsthilfe und gebe meine Erfahrungen weiter. Das gibt meinem Leben Sinn. Heute kann ich sagen: Ich bin zufrieden mit meinem Leben und lerne täglich dazu.“

(Herr S., 56 Jahre)

Aus Mangel eines Vorbildes können Kinder Abhängiger häufig keine Vorstellung einer gleichwertigen Beziehung entwickeln. Sie kennen nur das Schema, über- oder unterlegen zu sein. Das prägt private wie berufliche Beziehungen. Nach außen kann sich dies durch zwanghaftes Verhalten, ein hohes Kontrollbedürfnis oder eine übermäßige Bereitschaft zeigen, Verantwortung zu übernehmen (Arenz-Greiving, 1993, S. 273 und S. 275).

Auch als Erwachsene fällt es Kindern suchtkranker Eltern schwer, ihre eigenen Bedürfnisse oder Gefühle wahrzunehmen. Wenn sie es tun, dann müssen sie sich auch mit einer riesigen „Mitgift“ negativer Gefühle auseinandersetzen wie Angst, Einsamkeit, Traurigkeit, Scham, Schuld, aber auch Verletztheit, Wut, Ärger und Misstrauen. Alleine ist das kaum zu ertragen. Darum sind für (erwachsene) Kinder Abhängiger Selbsthilfegruppen enorm hilfreich (siehe Kapitel 5 „Diese Hilfe gibt es“). Allerdings erlaubt ihnen ihre seelische Verfassung häufig nicht, auf andere zuzu-

gehen oder von sich aus nach Hilfe zu suchen. Wer ihnen Hilfe anbieten will, muss ihnen entgegenkommen, sie ansprechen und ihnen zu verstehen geben, dass sie weder Scham- noch Schuld- oder Angstgefühle haben müssen, sondern Verständnis für ihre Situation erwarten dürfen. Fachkräfte in sozialen und pflegerischen Berufen können sowohl für Kinder aus Familien, mit denen sie arbeiten, als auch für Kolleginnen und Kollegen mit einer entsprechenden familiären Vergangenheit wertvolle Brücken bauen.





• Wenn ein Geschwister abhängig ist ...

Entwickelt ein Kind eine Abhängigkeit, zieht es damit unweigerlich die Aufmerksamkeit seiner Eltern auf sich – und von seinen Geschwistern ab. Die Geschwister bekommen so häufig das Gefühl, längst nicht so wichtig zu sein wie der oder die abhängige Jugendliche (Rennert, 2012, S. 111).

Nicht suchtkranke Geschwister fühlen sich dadurch häufig allein gelassen. Einsamkeit wie das Ringen um die elterliche Aufmerksamkeit machen sie anfällig, selbst mit Substanzen wie Alkohol, Tabak, Tabletten oder Drogen zu experimentieren. Außerdem können auch bis dahin psychisch gesunde Kinder durch die Abhängigkeit eines Geschwisters in ihrer Entwicklung so gestört werden, dass sie selbst psychisch krank werden (Rennert, 2012, S. 111ff.).

Je nach Alter machen sich Geschwisterkinder auch außerhalb des Elternhauses auf die Suche nach Zuwendung. Wer immer dort ihren seelischen Hunger stillt (selbst mit vorgespielter Aufmerksamkeit), kann die Situation leicht ausnutzen und diese vereinsamten Kinder menschlich und eventuell auch sexuell missbrauchen (Rennert, 2012, S. 117). In diese Gefahren geraten Geschwister

Abhängiger besonders leicht in der Pubertät, einer Zeit, die sowieso von Verunsicherung und Suche geprägt ist.

Auch Geschwister Abhängiger haben mit Scham- und Schuldgefühlen zu kämpfen. Um ihr Gefühlschaos in Schach zu halten, können sie ebenso Rollen annehmen (siehe S. 50 „Rollen‘ der Kinder“). Während jüngere Geschwister häufig zu „verlorenen“ Kindern werden, „meistern“ ältere Geschwister die Situation häufig, indem sie die Helden spielen. Sie wollen das Geschwisterkind retten und gleichzeitig den Eltern zeigen, wie die Erziehung eigentlich gelungen wäre – oder die Eltern in ihrem Kummer auffangen. Die Abhängigkeit eines Geschwisters kann wie im Falle der Eltern die eigene Entwicklung lebenslang prägen.



• Wenn Großeltern abhängig sind ...

Enkel sind in zweifacher Hinsicht von einer Suchterkrankung ihrer Großeltern betroffen: direkt in der Beziehung zu ihnen und indirekt über die Belastung, die dies für ihre Eltern ausmacht. Ist die Abhängigkeit nicht bekannt, da zum Beispiel eine unentdeckte Medikamentenabhängigkeit besteht, fühlen sich Enkel zurückgewiesen oder nicht beachtet – ohne zu wissen, warum. Ist die Abhängigkeit bekannt, sind die Enkel zusätzlich mit der Sorge um die Großeltern belastet. In jedem Falle erfahren Enkel dann nicht jene Aufmerksamkeit und familiäre Geborgenheit, die Großeltern vermitteln können – häufig unbeschwerter als Eltern, die in der Erziehungsverantwortung stehen.

Enkel sind zugleich indirekt betroffen: Die Abhängigkeit der Großelterngeneration zieht häufig die Aufmerksamkeit der Elterngeneration von den eigenen Kindern ab. Die Kinder spüren die Belastung der Eltern und versuchen, selbst auf keinen Fall „zur Last zu fallen“. Wird damit ihre Selbständigkeit verfrüht erzwungen, kann dies eine gesunde Entwicklung stören. Eventuell wollen Eltern ihre Kinder auch von den suchtkranken Großeltern fernhalten. Das hindert Enkel dann zum einen, ihre familiären Wurzeln kennenzulernen. Zum anderen lässt es Ängste entstehen: „Was stimmt mit den Großeltern nicht?“ Bleibt die Antwort auf diese Frage aus, wächst die Angst. Zudem fragen auch Enkel nach der Schuld: „Was mache ich falsch, dass ich meine Großeltern nicht sehen darf?“ Es kann sich aber auch Angst vor dem familiären Erbe aufbauen: „Stimmt vielleicht auch mit mir etwas nicht? Werde auch ich krank?“

Für Kinder, die in einer Familie mit einer Suchterkrankung von Eltern, Geschwistern und/oder Großeltern aufwachsen, kann es eines Tages erforderlich werden, völlig mit der Familie zu brechen, um eigene unabhängige Wege zu gehen (Lambrou, 1990, S. 172).

„Rollen“ der Kinder

Kinder lieben ihre Eltern. Sie wollen es ihnen recht machen, ihnen gefallen und ihre positive Aufmerksamkeit bekommen. Dafür tun sie alles, sind auch bereit, ihre eigenen Gefühle auszublenden, um sich so den Stimmungen und Bedürfnissen der Eltern vollkommen anzupassen. Dabei nehmen sie die verschiedensten „Rollen“ an, wie die Forschung herausgefunden hat. Typische Rollen (Rennert 2012, S. 100ff.; Lambrou, 1990; Arenz-Greiving, 1993, S. 265ff.; Zobel, 2008, S. 125ff.; Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 25ff.) sind:

Held: Das verantwortungsbewusste Kind will durch leistungsstarkes und möglichst fehlerfreies Verhalten die „Familienschande“ kompensieren. Diese Kinder sind im Haushalt eine große Hilfe und in der Schule gut, die Eltern sind meist stolz auf sie. Diese Rolle übernehmen häufig Erstgeborene und Einzelkinder – unabhängig von ihrem Geschlecht. Helden und Heldinnen glauben, das Suchtprob-

lem mit ihren Anstrengungen bewältigen zu können. Weil es so aber zu keiner wirklichen Lösung kommen kann, haben sie trotz ihrer großartigen Leistungen das Gefühl, zu versagen. Es fällt ihnen schwer, Anerkennung und Zuwendung von außen anzunehmen. Fachkräfte können diesen Kindern helfen, indem sie ihnen ermöglichen, Verantwortung abzugeben, zu spielen, „Blödsinn“ zu machen und Kind zu sein.

Sündenbock: Die „schwarzen Schafe“ der Familie lenken die Aufmerksamkeit vom Abhängigen ab und stellen so ein gewisses innerfamiliäres Gleichgewicht her. In Familien mit abhängigen Eltern übernimmt diese Rolle häufig der oder die Zweitgeborene. Sündenböcke werden leicht selbst suchtkrank. Fachkräfte können diesen Kindern helfen, indem sie ihnen ihre Stärken bewusst machen und sie damit bereit werden, Verantwortung für sich zu übernehmen.



Unsichtbares Kind: Diese „fügsamen“ Kinder zeigen nur Gefühle, die zu Hause akzeptiert sind. Sie entwickeln keine eigenen Bedürfnisse oder Wünsche, sind schüchtern und schweigsam. Statt Freunden haben sie Tagträume. Sie gewinnen die Zuneigung ihrer Eltern, indem sie „keine Last“ sind. Diese Rolle übernimmt häufig das dritte Kind. Fachkräfte können solchen „verlorenen“ Kindern helfen, indem sie sie in Aktivitäten einbinden und zum Mitmachen anhalten und auch helfen, ihre Rückzugswünsche aktiv umzusetzen.

Maskottchen: Die Clowns der Familie unterhalten ihre Familie mit Späßen. Damit werden resignative und depressive Stimmungen ausgeglichen. Die Kasperrolle übernehmen häufig jüngste Kinder, die von älteren Geschwistern besonders vor dem Familiengeheimnis „geschützt“ werden. Sie bleiben oft lebenslang unreif, können nicht mit Stress umgehen und suchen sich als Erwachsene einen „Familienhelden“, der für sie sorgt. Diesen Kindern hilft es, zum Beispiel im (Theater-)Spiel Gefühlsausdrücke bewusst zu variieren sowie Entspannungstechniken zu lernen.

Einzelkinder spielen diese Rollen häufig nacheinander durch. Geschwister hingegen übernehmen jene Rollen, die (gerade) nicht besetzt sind. Verlässt ein Kind das Elternhaus, kann die freie Rolle von einem anderen Kind übernommen werden. Allen Kindern wird geholfen, wenn sie die Freiheit erhalten, Kind zu sein.

Wie bei Erwachsenen ist auch bei Kindern der Umkehrschluss unzulässig: Nicht jeder „Klassenkasper“ oder jede Tagträumerin kommt aus einer suchtselasteten Familie. Nur genaue Beobachtung lässt unterscheiden, ob Verhalten dem Charakter entspricht oder zwanghaft ausgeübt wird.

Hohes Risiko für Kinder

Rund 2,65 Millionen Minderjährige wachsen mit Eltern auf, die Alkohol missbrauchen oder von ihm abhängig sind (Klein, 2011, S. 5f.). Rund 50.000 Kinder haben drogenabhängige Eltern (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2010, S. 10). Etwa 25.000 Kinder leben bei Eltern, die mit Drogenersatzstoffen behandelt werden (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2010, S. 10). Über Kinder in Haushalten mit tabak- oder tablettenabhängigen Eltern gibt es keine Zahlen, doch betrifft dies ohne Zweifel mehrere Millionen. Kinder suchtkranker Eltern werden nicht zwangsläufig selbst abhängig (Zobel, 2008, S. 55f.), doch haben sie ein vergleichsweise überdurchschnittliches Risiko, eine Abhängigkeit oder eine andere psychische Störung zu entwickeln (Klein, 2011, S. 5f.). Das Risiko, eine Angststörung zu entwickeln, liegt für Jugendliche abhängiger Eltern dreimal so hoch, für eine Drogenabhängigkeit fünfmal und für eine Alkoholabhängigkeit sechsmal so hoch wie bei Jugendlichen ohne familiäre Sucht-

belastung (Klein, 2011, S. 8; Lachner, Wittchen, 1997a; Lachner, Wittchen, 1997b). In Kliniken zur Alkoholentwöhnung berichtet nahezu jeder dritte Patient von mindestens einem Elternteil mit Alkoholproblemen (Zobel, 2008, S. 55).

Das Risiko, alkoholabhängig zu werden, steigt vor allem für Töchter auf das 16-Fache, wenn die Mutter oder beide Eltern (Klein, 2011, S. 7) abhängig sind.

Töchter aus suchtselasteten Familien wählen zudem zweieinhalbmal so häufig einen suchtkranken Partner wie davon unbelastete Frauen (Klein, 2001, S. 223).

Dagegen liegt das Risiko, selber abhängig zu werden, für junge Erwachsene, deren Eltern ihre Abhängigkeit schon lange überwunden haben oder bei denen ausschließlich ein Elternteil suchtkrank war, auf dem Niveau unbelasteter Vergleichsgruppen (Klein, 2001, S. 216).



Die Generation der Großeltern

Dieser Abschnitt verdeutlicht, was es für Großeltern bedeutet, wenn der Partner abhängig wird, ein erwachsenes Kind, ein Schwiegerkind oder ein Enkel suchtkrank wird.

- **Wenn der Partner abhängig ist ...**

Reaktionen auf die Abhängigkeit des Partners sind nicht altersspezifisch. Im Alter ist aber häufig die Gesundheit angegriffen. Je schlechter die eigene gesundheitliche Verfassung ist, desto schlechter werden Angst, Sorge und Kummer um Partner oder Partnerin verkraftet. Bestehende Erkrankungen und deren Behandlung können zudem die Auswirkungen einer Abhängigkeit noch verstärken (siehe auch Kapitel 6). Der hohe Konsum von Alkohol, Tabak, Tabletten oder illegalen Drogen erhöht grundsätzlich die Gefahr von Stürzen. Diese Auswirkung ist für ältere Abhängige besonders gefährlich. Im Alter kann ein Sturz tendenziell eher dazu führen, pflegebedürftig zu werden. Eine Entwicklung, die das Leben von Abhängigen wie ihren Partner/-innen einschneidend verändert.





- Wenn das erwachsene Kind abhängig ist ...

Entwickelt das erwachsene Kind eine Abhängigkeit, sorgen sich seine Eltern um dessen Gesundheit und fühlen ebenso Schmerz, aber auch Scham, Ratlosigkeit und Wut. Entwickelt oder zeigt sich die Abhängigkeit nach der Familiengründung, sorgen sich Großeltern um Kind beziehungsweise Schwiegerkind und um die Enkel. In jedem Fall haben sie einen schwierigen Stand. Sie müssen die Selbständigkeit des erwachsenen (Schwieger-)Kindes akzeptieren und die Eigenständigkeit ihrer Familie, gleichzeitig wollen sie Einfluss nehmen, um die Situation positiv zu verändern. Dieses Dilemma ist nicht auflösbar. Die verordnete Distanz führt zu Spannungen. Um sie auszuhalten, fliehen Großeltern eventuell in Schuldzuweisungen gegenüber der nachfolgenden Generation (Rennert,

2012, S. 73), die Schwiegerkinder meist stärker treffen. In der Regel verschlechtert dies die Kommunikation zwischen den Generationen. Jedes Familienmitglied fühlt sich mit seinen Problemen allein gelassen. In der Großelterngeneration kann diese Isolierung noch die Vereinsamung verstärken, die viele Menschen sowieso im Alter erleben.

Diese Entwicklung ist aber nicht zwangsläufig. Großeltern können auch eine große Chance sein, Kinder und Schwiegerkinder zu entlasten und ihren Enkeln ungeteilte Liebe, Wärme und Zuwendung zu geben. Sie können der ruhende Pol sein, der den Enkeln Halt gibt – und bei Bedarf ein warmes Essen (Zobel, 2008, S. 15). Dies kann für Enkel der entscheidende Punkt sein, der ihnen



trotz abhängigen Eltern eine gesunde Entwicklung ermöglicht (siehe „Resilienz“ in Kapitel 4). Geben Großeltern auch noch ein Vorbild, zum Beispiel durch eine gleichberechtigte Partnerschaft oder ein unabhängiges Leben, kommt dies ihren Enkeln zusätzlich zugute. Enkel haben dann für den Entwurf ihres Lebens eine Alternative zu ihren Eltern vor Augen.

- Wenn der Enkel abhängig ist ...

„Komm, Junge, da hast du mal was.“ Viele Großeltern wollen ihren Enkeln etwas Gutes tun. Darum wenden sich Enkel, die eine Abhängigkeit entwickeln, auf der Suche nach (finanzieller) Unterstützung gerne auch an Großeltern. Diese können wissentlich oder unwissentlich zu Verbündeten werden (Rennert, 2012, S. 54). Wird Großeltern die Abhängigkeit des Enkels bewusst, löst dies bei ihnen dieselben überwältigenden Gefühle aus wie in den anderen Generationen. Das Gefühl der Ohnmacht wird bei ihnen allerdings dadurch verstärkt, dass sie eine Generation weiter vom Enkel entfernt sind als Eltern und sich daher in ihrer Einflussnahme stärker begrenzt empfinden – auch wenn der Einfluss aller Familienmitglieder auf einen Suchtkranken grundsätzlich sehr begrenzt ist.



Was Fachkräfte wissen müssen

Unser Gang durch die Generationen hat gezeigt, wie schwer eine Abhängigkeit alle Familienmitglieder belastet. Alle werden schier erdrückt von negativen Gefühlen wie Schmerz, Scham, Wut und Schuld. Tatsächlich neigen auch Außenstehende dazu, bei Angehörigen Abhängiger zumindest eine Mitschuld zu suchen – egal wie diese sich verhalten (Rennert, 2012, S. 92ff.). In diese Versuchung kommen auch Fachkräfte sozialer und pflegerischer Berufe im Umgang mit Familien, die (vermutlich) unter einer Abhängigkeit leiden. Doch Schuldzuweisungen helfen nicht weiter. Sie nehmen vielmehr das Wichtigste: Vertrauen. Es braucht aber Vertrauen, um ein offenes Gespräch führen zu können. Das Gegenüber, so

hilfebedürftig es scheinen mag oder so viele „Fehler“ es gemacht haben mag, benötigt Respekt. Es will spüren: „Ich werde geachtet.“ Wird dieses grundlegende Bedürfnis nicht befriedigt, ist niemand bereit, sich für ein Gespräch über das private Leben zu öffnen.

Angehörige verdienen Respekt: Sie leisten eine Menge – rund um die Uhr, häufig bis zur Selbstaufgabe. Auch Abhängige verdienen Respekt: Sie sind nicht willensschwach, sondern krank.

Das nächste Kapitel gibt Informationen und Praxishilfen für Gespräche mit (vermutlich) Abhängigen und ihren Angehörigen.



Was können Sie tun?

Was können Sie tun?

Sie arbeiten haupt- oder ehrenamtlich mit Familien. Jeden Tag setzen Sie sich dafür ein, dass es Familien gut geht. Mit Ihrer Tätigkeit fördern Sie entweder die gesamte Familie oder einzelne Familienmitglieder wie Babys, Kinder, Jugendliche, Eltern oder ältere Menschen. Dafür sehen Sie genau hin und achten darauf, was Sie zum Wohle der Familie tun können. Damit erfüllen Sie bereits die wichtigste Voraussetzung, um Familien bei einer Suchterkrankung helfen zu können: Sie sehen hin!

Eventuell fallen Ihnen bei Ihrer Arbeit Dinge oder Verhaltensweisen auf, die Sie eine Abhängigkeit vermuten lassen. Vielleicht beobachten Sie etwas, das Ihren Verdacht weckt, vielleicht überkommt Sie ein ungutes Gefühl, vielleicht schrecken Sie regelrecht auf, weil Ihnen auf einmal der Grund für bestimmte Verhaltensweisen klar wird. Ein Rat: Reagieren Sie dann nicht sofort!

• Ruhe bewahren

Die Erfahrung zeigt: Gut gemeinte, aber übereilte Aktionen können viel zerstören, was im Nachhinein wieder mühsam gerichtet werden muss. „Aus dem Bauch heraus“ zu handeln, schadet in diesen Fällen in der Regel mehr, als es nutzt. Suchtexperten raten, Ruhe zu bewahren (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006). Atmen Sie tief durch. Versuchen Sie, innerlich Abstand zu gewinnen, so dass Sie in Ruhe Ihr weiteres Vorgehen überlegen können. Dafür gibt es „goldene Regeln“:

- 1 Vermeiden Sie überstürzte Handlungen.
- 2 Handeln Sie nicht eigenmächtig.
- 3 Halten Sie Ihre Beobachtungen schriftlich und möglichst genau fest.
- 4 Besprechen Sie Ihre Vermutung mit Hilfe Ihrer Notizen im Kollegenkreis, mit Vorgesetzten und/oder in einer Supervision.
- 5 Bereiten Sie ein Gespräch mit den Betroffenen gut vor, insbesondere durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung.
- 6 Besprechen Sie im Kollegenkreis, wer das Gespräch führt. Am besten eignet sich, wer eine gute Beziehung zu den Betroffenen hat.
- 7 Holen Sie sich vor dem Gespräch mit den Betroffenen fachliches Wissen, zum Beispiel durch eine Beratung (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006, S. 32ff.).

• Beraten lassen

Fachleute, vor allem der Suchtberatungsstellen, können Ihnen helfen, Ihre Beobachtungen richtig einzuordnen und zu bewerten. Viele Anzeichen, die auf eine Suchterkrankung hindeuten, können auch andere Ursachen haben. Eine ungerechtfertigte Ansprache kann zu Verletzungen und Kränkungen führen und das Verhältnis erheblich belasten. Fachleute helfen Ihnen, Ihrer Vermutung fundiert nachzugehen, sie zu erhärten oder zu widerlegen. Eine Beratung bewahrt Sie vor vorschnellen Handlungen und Fehlern (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006, S. 32ff.).

Eine erste persönliche Beratung sowie Adressen von Anlaufstellen in Ihrer Nähe erhalten Sie über die bundesweite Sucht & Drogen Hotline sowie das Info-Telefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Telefonnummern siehe S. 163). In Deutschland gibt es

1.400 Suchtberatungsstellen öffentlicher und gemeinnütziger Träger. Eine Adresse in Ihrer Nähe finden Sie unter www.suchthilfeverzeichnis.de, einer Internetseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.

Neben Suchtberatungsstellen gibt es weitere Beratungsstellen, die bei Fragen rund um Familien weiterhelfen, wie das Jugendamt und die Beratungsstellen für Erziehung oder Familien freier Träger. Infolge einer Abhängigkeit kann es auch zu Vernachlässigung oder Missbrauch von Kindern kommen. Auch in diesen Fällen haben Sie ein Recht auf kostenlose Beratung (siehe S. 60 „Ihr Recht auf Beratung“).



Ihr Recht auf Beratung

Falls Sie das Kindeswohl gefährdet sehen oder eine Kindeswohlgefährdung befürchten, dann haben Sie ein Recht auf Beratung. Jeder, der hauptberuflich oder nebenamtlich auf Honorarbasis mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, kann sich kostenfrei und anonym beraten lassen. Dies sichert das Bundeskinderschutzgesetz zu (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, o. J.). Der Kreis der Anspruchsberechtigten ist bewusst weit gehalten und bezieht sich auf haupt- und nebenamtliche Kräfte.

Ansprechpartner sind Beratungsstellen öffentlicher und gemeinnütziger Träger, etwa des Jugendamtes, des Kinderschutzbundes oder anderer Anbieter von Erziehungs-, Familien- oder Drogenberatung.

Die Beratung wird in anonymisierter Form durchgeführt. Das bedeutet: Sie geben keine persönlichen Daten wie Namen, Alter oder Herkunft des Kindes an. Sie erzählen allgemein, was Sie beobachtet haben. Das Beratungsgespräch hilft, Ihre Beobachtungen einzuordnen und zu bewerten. Eventuell wird auch die weitere Vorgehensweise besprochen. Nur wenn sich herausstellt, dass Kinder oder Jugendliche akut gefährdet sind und sofort Hilfe brauchen, müssen Sie dem Jugendamt genaue Angaben machen (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, o. J.). Weitere Informationen siehe „Was müssen Sie tun?“.

• Bedenken ernst nehmen

Probleme anzusprechen, fällt grundsätzlich schwer. Vor allem wenn Sie damit auch Bedenken haben, Ihre eigene Zuständigkeit zu verlassen. Was hat sich eine Erzieherin, eine Lehrkraft, ein Sporttrainer oder eine Pflegekraft schon einzumischen in das Privatleben anderer Leute? Gehen Fragen nach dem persönlichen Konsum von Alkohol, Tabak oder Tabletten nicht ein bisschen zu weit?

Doch bedenken Sie bitte: Das Nicht-Ansprechen von Problemen lässt diese nicht verschwinden. Stimmt Ihre

Vermutung, trägt Schweigen dazu bei, die Abhängigkeit und all ihre fatalen Folgen für die Familien aufrechtzuerhalten (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 30).

Erzieherinnen, die Eltern auf eine eventuelle Abhängigkeit angesprochen hatten, gaben im Nachhinein an, zu lange mit der Ansprache gewartet zu haben. Könnten sie die Zeit zurückdrehen, würden sie es heute früher tun. Grund ihrer Zurückhaltung waren Unsicherheiten und Ängste. Um diese zu überwinden, muss man sie ernst

nehmen und Antworten finden (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006, S. 38f.).

Eine Familie auf eine eventuelle Suchterkrankung anzusprechen, ist eine besonders heikle Angelegenheit. Vielleicht fürchten Sie eine Abfuhr, Beleidigungen oder Anschuldigungen. Tatsächlich sind dies mögliche Reaktionen – gerade auch wenn Ihr Verdacht stimmt. Solange Abhängige selbst nichts ändern wollen und keine Einsicht haben, krank zu sein, werden sie Ihren Verdacht als absurd zurückweisen (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006, S. 39). (Weiteres siehe Absatz S. 70 in diesem Kapitel „Ansprache Abhängiger“)

Auch die nicht abhängigen Familienmitglieder wollen häufig nicht auf die Suchterkrankung angesprochen werden, zum Beispiel weil sie sich deswegen schämen oder hoffen, es werde alles schon wieder gut (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006, S. 39). Ob eine Ansprache gelingt, hängt auch vom Zeitpunkt ab: In welcher Phase der Erkrankung lebt die Familie? (Siehe auch Kapitel 3) Besteht bei einem oder mehreren Mitgliedern bereits eine Bereitschaft, etwas zu ändern? Eine professionelle Suchtberatungsstelle bereitet Sie auf mögliche Reaktionen der Familien vor und hilft Ihnen, passende Antworten zu finden. (Weiteres siehe S. 72 in diesem Kapitel „Ansprache Angehöriger“)

Eventuell betrifft Ihr Verdacht eine Familie, die aus einem anderen Kulturkreis kommt. Dann fällt es Ihnen wahrscheinlich besonders schwer, ein Tabuthema wie eine Abhängigkeit anzusprechen. Tatsächlich kann Ihr Anliegen zusätzlich zum Tabubruch auch noch als Angriff auf die Familienehre angesehen werden und entsprechende Reaktionen hervorrufen. Suchen Sie vor einer Ansprache unbedingt professionelle Unterstützung (siehe S. 62 „Hilfe für Migrantinnen“).

Besondere Bedenken kommen auch auf, wenn Kinder angesprochen werden sollen. Kinder lieben ihre Eltern und verhalten sich grundsätzlich loyal zu ihnen. Um sie nicht vor unlösbare Konflikte zu stellen, braucht es Einfühlbarkeit, aber auch Wissen. Genauere Informationen gibt in diesem Kapitel S. 72 „Ansprache von Kindern“.

Fachkräfte pflegerischer Berufe fürchten zudem eventuell, die Grenzen zu anderen Fachbereichen zu übertreten, etwa wenn eine Krankenschwester einen Arzt auf eine Beobachtung hinweist. Tatsächlich haben sie sogar die Pflicht, ihre Einschätzung mitzuteilen (siehe S. 82 „Was müssen Sie tun?“).



Hilfe für Migrantinnen

Vermuten Sie eine Abhängigkeit bei Menschen aus anderen Kulturkreisen, erkundigen Sie sich nach den Möglichkeiten einer kulturspezifischen Beratung. (Sucht-)Beratungsstellen, Suchthilfeeinrichtungen, Selbsthilfeorganisationen, Jugendämter sowie die Polizei haben Fachleute mit speziellen (inter-)kulturellen Kenntnissen.

Auf einer Internetseite der DHS, www.suchthilfeverzeichnis.de, können Beratungsstellen nach Ort, Art, Problem, Zielgruppe und Sprache gesucht werden. Dort finden Sie die Links zu den Selbsthilfeorganisationen und zu den Landesstellen für Suchtfragen. Sie sind die zentralen Anlaufstellen der Suchtselbsthilfe in den Bundesländern und vermitteln Ansprechpartner/-innen mit Kenntnissen der verschiedenen Kulturkreise. Viele Suchthilfeeinrichtungen haben Programme für Angehörige bestimmter Kulturkreise entwickelt.

Die DHS stellt zudem auf ihrer Internetseite www.dhs.de, Rubrik „Informationsmaterial“, Broschüren in englischer, russischer und türkischer Sprache zur Verfügung. Diese Broschüren sind keine reinen Übersetzungen aus dem Deutschen, sondern Übertragungen, erstellt in Zusammenarbeit mit dem Ethnomedizinischen Zentrum Hannover, die den jeweiligen kulturellen Hintergrund berücksichtigen.

Aus einem Modellprogramm des Bundesgesundheitsministeriums ist eine Handreichung für transkulturelle Suchthilfe entstanden: www.transver-sucht.de

Caritas und Arbeiterwohlfahrt haben mit dem Universitätsklinikum Freiburg ein transkulturelles Konzept zur Prävention alkoholbezogener Störungen bei älteren Migrantinnen und Migranten entwickelt. Das Konzept ist 2012 im Shaker Verlag erschienen: Bermejo, Isaac (Hrsg.): Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten.

• Vertrauen aufbauen

Fachkräfte und Freiwillige im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen wollen ein gutes Verhältnis zu ihren Patientinnen, Klienten, Kundinnen oder Schülern. Sie haben Sorge, mit der Ansprache von Problemen ihr gutes Verhältnis zu gefährden. Tatsächlich aber ist ein gutes Verhältnis die wichtigste Basis, Probleme anzusprechen. Es ist nichts hilfreicher, als in der täglichen Arbeit grundsätzlich das gute Verhältnis zu pflegen – auch ohne Probleme –, um bei Problemen diese Basis nutzen zu können (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006). Gelingt eine Ansprache auf dieser Basis, kann sie das gute Verhältnis sogar stärken.

Ist das Verhältnis gut und fühlt sich das Gegenüber grundsätzlich von Ihnen angenommen und akzeptiert, kann die Ansprache sogar relativ

einfach gelingen, wie das Beispiel von Frau M. zeigt (siehe Kasten „Die Ansprache hat mir geholfen“). Im Grunde war das Gespräch, das die Erzieherin mit der alkoholkranken Mutter suchte, bereits eröffnet mit dem allgemeinen Satz: „Ich möchte mit Ihnen reden.“ Suchtexperten und -expertinnen sind sich einig, dass die Beziehung zum Gegenüber wesentlich für eine gelingende Ansprache ist als eine bestimmte „Methode“.

Gleichwohl erhöht natürlich eine geeignete Gesprächsmethode die Chance eines positiven Verlaufes (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 77). Sie gibt auch die nötige Sicherheit. Speziell zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen wurde die Motivierende Gesprächsführung entwickelt, die inzwischen auch von anderen Berufsfeldern übernommen wurde.

Frau M.: Die Ansprache hat mir geholfen

„Ich wusste sofort, worum es ging, als die Leiterin des Kindergartens mich ansprach: ‚Frau M., ich möchte mit Ihnen reden.‘ Der erste Gedanke war Flucht – aber im nächsten Moment überkam mich ein Gefühl unglaublicher Erleichterung. Endlich war jemand aufgefallen, dass ich ein Problem habe. Die Leiterin gab mir das Gefühl, mich als Mensch und als Mutter zu schätzen und mir wirklich helfen zu wollen. Da brach bei mir ein Damm. Endlich konnte ich jemand

erzählen, wie wahnsinnig schwierig mein Leben war: nach der Trennung von meinem Mann alleine zu sein mit zwei kleinen Kindern und auf der Suche nach Arbeit. Sie hörte mir zu und empfahl mir, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Kurz darauf wurde ich auch im Hort meiner älteren Tochter angesprochen: ‚Frau M., wenn Sie nicht aufhören zu trinken, rufe ich das Jugendamt an.‘ Wenn ich damals nicht schon das Blaue Kreuz angesprochen hätte, ich hätte einfach nur meine

Tochter aus dem Hort genommen und wäre gegangen. Doch mit Unterstützung der Kindergärtnerin bin ich auch darüber weggekommen. Sie hat mich zum richtigen Zeitpunkt angesprochen. Ich wusste selbst, so kann es nicht mehr weitergehen. Ich ‚funktionierte‘ nur noch, ich hatte nicht mehr das Gefühl, zu leben.

Ans Blaue Kreuz habe ich eine Mail geschickt, für einen Anruf fehlte mir der Mut. Die Antwort hat mich ermutigt, hinzugehen. Auf meinen Wunsch beantragte das Blaue Kreuz eine Therapie. Bis zur Bewilligung bin ich zweimal die Woche zum Blauen Kreuz gegangen und habe in dieser Zeit bereits weniger getrunken. Eigentlich wollte ich es mit einer ambulanten Therapie schaffen. Doch dann kam die Bewilligung – einer teilstationären Therapie. Jeden Werktag einschließlich Samstag sollte ich in die Klinik – zwölf Wochen lang. Als Alleinerziehende mit zwei Kindern! ‚Wie soll ich das schaffen?‘, zeterte und schimpfte ich einen Tag lang. Am nächsten Morgen spürte ich beim Aufwachen: Das ist genau, was ich brauche. Also habe ich alles organisiert. Zur Einschulung meiner jüngsten Tochter war ich noch zu Hause. Ab ihrem zweiten Schultag fuhr ich jeden Morgen in die Klinik und kam erst abends wieder zurück. Meine Kinder waren durch Schule, Hort, Nachbarn und Freunde versorgt. Sogar die Kindergärtnerin hatte mir angeboten, bei Bedarf mal meine Kinder zu betreuen. Das war dann aber gar nicht nötig.

Ich hatte großes Glück mit meiner Therapeutin. Es war eine Frau in meinem Alter, deren Lebensweg sogar ähnliche Stationen hatte. Ich hatte das Gefühl, auf einer tiefen Ebene wirklich verstanden zu werden. Im Rückblick betrachtet war nur der erste Schritt schwer. Alle weiteren ergaben sich, als ob ein Rädchen ins andere greife.

Inzwischen trinke ich seit vier Jahren keinen Alkohol mehr. Ich habe auch kein Verlangen danach. Allerdings begleitet mich ständig die Angst vor einem Rückfall. Den will ich unbedingt vermeiden, auch wenn mir häufig was angeboten wird von wegen: ‚Ein Gläschen schadet doch nicht.‘ Ich will aber nicht, ich genieße die Freiheit, die ich jetzt wieder habe. Früher unterlag mein ganzes Leben dem Alkohol: Wo bekomme ich was her? Wann kann ich unbemerkt trinken? Und dazu die Angst: Merkt jemand was? Warum werde ich so angeschaut, riechen die Leute was? Ich habe mich überall verfolgt gefühlt, so dass ich am liebsten gar nicht mehr aus dem Haus bin. Heute kann ich wieder was unternehmen, auch mit meinen Kindern. Ohne Angst, ohne Druck. Auch meine Kinder spüren, dass ich ausgeglichener bin. Ich bin jetzt richtig da: für sie und für mich.“

[Frau M., 41 Jahre]

• Motivierende Gespräche führen

Die Psychologen William R. Miller und Stephen Rollnick entwickelten die Methode der Motivierenden Gesprächsführung für Gespräche mit Abhängigen und ihren (erwachsenen) Angehörigen (Miller, Rollnick, 2004). Sie gingen dabei von der Annahme aus, dass sich Menschen nicht von heute auf morgen ändern. Vor allem ändern sie sich nur, wenn sie selbst dazu bereit sind. Die Gesprächsführung will daher den Angesprochenen oder die Angesprochene unterstützen, bereit zu werden und eigene Ideen zu entwickeln. Dies gelingt nur durch positive Anregungen – nicht durch Konfrontation. Äußerungen wie „Hören Sie endlich auf zu trinken / rauchen / koksen!“ werden die Tür zum Gegenüber nur zuschlagen – nicht öffnen.

Eine Verhaltensänderung ist ein komplexer Prozess. Die beiden angloamerikanischen Psychologen haben fünf Stadien analysiert: Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und (eventuell) Rückfall. Der Eintritt in diesen Prozess beginnt aus dem Zustand der Absichtslosigkeit heraus. Ziele sind der dauerhafte Ausstieg bei Abhängigen beziehungsweise eine dauerhafte Verhaltensänderung bei Angehörigen (zum Beispiel mehr für sich zu tun). Bei einem

Rückfall geht es darum, den Prozess erneut in Richtung Absichtsbildung anzustoßen. Abhängige wie Angehörige können bereits von sich aus das Stadium der Absichtslosigkeit überwunden haben und selbst überlegen, wie sie ihr Verhalten ändern können. Für ein gelingendes Gespräch gilt es also, zunächst die Position des oder der Angesprochenen herauszufinden und dazu passende Informationen anzubieten. Wo steht der oder die Angesprochene gerade? Was braucht er oder sie? Je besser die angebotenen Informationen zum persönlich empfundenen Bedarf passen, desto eher werden sie wirklich angenommen (siehe Tabelle „Veränderung als Prozess“).



Veränderung als Prozess – Stadien der Veränderungsbereitschaft

Stadium	Typische Aussagen	Hilfreiche, unterstützende Informationen
Absichtslosigkeit In der Phase der Absichtslosigkeit denkt die oder der Betroffene nicht darüber nach, etwas an ihrem / seinem Konsum zu ändern.	»Mein Alkoholkonsum ist kein Thema für mich.« »Ich habe nicht vor, mit dem Rauchen aufzuhören.« »Ich sehe keine Notwendigkeit, meinen Medikamentengebrauch zu ändern.«	- Informationen vermitteln über Grenzwerte bzw. Regeln eines verantwortungsvollen Umgangs sowie die Risiken des Substanzkonsums. - Informationen über den durchschnittlichen Konsum in der Bevölkerung, um die Selbstreflexion zu fördern.
Absichtsbildung In der Phase der Absichtsbildung zieht die oder der Betroffene eine Verhaltensänderung zwar in Erwägung, hat sich aber nicht entschieden.	»Ich habe mir vorgenommen, weniger zu trinken.« »Ich habe vor, in nächster Zeit mit dem Rauchen aufzuhören / weniger zu rauchen.« »Ich denke darüber nach, meinen Medikamentengebrauch zu überprüfen.«	- Informationen vermitteln, die geeignet sind, den Veränderungswunsch zu verstärken. - Vermittlung von Informationen, die eine Veränderung machbar erscheinen lassen (Hinweis auf Hilfeangebote und Menschen, die es bereits geschafft haben, ihr Verhalten dauerhaft zu ändern).
Vorbereitung In der Phase der Vorbereitung hat sich die oder der Betroffene zu einer Verhaltensänderung entschlossen und macht konkrete Pläne.	»Ich habe mir vorgenommen, vom nächsten Monat an weniger zu trinken.« »Ich habe vor, das nächste Mal, wenn mein Enkelkind zu Besuch kommt, Nichtraucher zu sein.« »Ich werde beim nächsten Arzttermin meinen Medikamentenkonsum ansprechen.«	- Ausführliche Informationen über Wege der Veränderung und Unterstützungsangebote (Selbsthilfe, Beratungs- und Therapieangebote). - Unterstützung bei der Entscheidung für das individuell angemessene Hilfeangebot.

Stadium

Typische Aussagen

Hilfreiche, unterstützende Informationen

Handlung

In der Phase der Handlung hat die oder der Betroffene bereits begonnen, etwas an ihrem / seinem Konsum zu ändern.

»Ich habe begonnen, meinen Alkoholkonsum zu reduzieren.«

»Ich rauche seit mehreren Tagen nicht mehr.«

»Endlich habe ich angefangen, meine Tabletten abzusetzen.«

- Äußern von Lob und Anerkennung für das Erreichte.
- Die getroffene Entscheidung bestärken, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit.
- Unterstützung anbieten bei Rückfallgefahr.

Aufrechthaltung

In der Phase der Aufrechthaltung hat die oder der Betreffende erfolgreich Veränderungen umgesetzt und bemüht sich, dieses Verhalten beizubehalten.

»Es ist mir wichtig, dass ich dabei bleibe, keinen Alkohol mehr zu trinken.«

»Jetzt rauche ich bereits seit einem Jahr nicht mehr. So soll es auch bleiben.«

»Ohne diese Medikamente fühle ich mich besser. Ich passe jetzt darauf auf, was mir verordnet wird.«

- Äußern von Lob und Anerkennung für das Erreichte.
- Die getroffene Entscheidung bestärken, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit.
- Unterstützung anbieten bei Rückfallgefahr.

Rückfall

In der Phase des Rückfalls nimmt die oder der Betroffene wieder ihren / seinen Substanzkonsum auf und fällt ggf. auch wieder in alte Verhaltensmuster.

»Ich habe einige Monate nicht mehr / deutlich weniger getrunken / geraucht, aber jetzt ist alles wieder wie vorher.«

»Ich bin ohne mein Medikament auf Dauer nicht zurechtgekommen, deshalb habe ich es mir wieder verschreiben lassen.«

- Gründe aufarbeiten für den Rückfall.
- Alternative Verhaltensideen entwickeln.
- Erkenntnis vermitteln, dass man an bereits Erreichtes wieder anknüpfen kann.
- Eventuell intensive Hilfeangebote und Unterstützung bei der Auswahl.

Die Motivierende Gesprächsführung baut auf einem guten Verhältnis auf. Angesprochene sollen sich angenommen fühlen, nicht kritisiert. Einfühlsames, aktives Zuhören prägt das Gespräch. Das bedeutet aber nicht, zu allem Ja und Amen zu sagen. Im Gegenteil: Durch gezielte Fragen werden Diskrepanzen zwischen dem jetzigen Verhalten (krankhaftem Konsum von Substanzen) und persönlichen Zielen (fit für Aktivitäten mit der Familie zu sein) aufgedeckt und bewusst gemacht. Ein Beispiel: „Sie sagen, Sie haben kaum Luft und können nicht mehr so mit Ihren Kindern rumtollen. Ich frage mich, ob Ihr Zigarettenkonsum damit zusammenhängt?“ Fragen und Anregungen sollen Angesprochene dazu bringen, selbst Argumente für Veränderungen zu liefern. Der oder die Gesprächsführende versucht also, selbstmotivierende Aussagen hervorzurufen. Darunter werden alle Äußerungen verstanden, die Problembewusstsein ausdrücken, zum Beispiel: „Das Rauchen belastet meine Gesundheit stärker, als ich bisher dachte.“, „So wie bisher kann es nicht weitergehen.“,

„Ich muss etwas unternehmen.“ Gesprächsführende können diese Äußerungen aufgreifen und positiv bestätigen: „Sie haben Recht. Was halten Sie davon ...?“ Besonders wertvoll sind alle Äußerungen von Angesprochenen, die Zuversicht ausdrücken: „Andere haben es ja auch geschafft, mit dem Trinken aufzuhören.“ Solche Äußerungen sind aufzugreifen und zu verstärken: „Ich bin sicher, dass Sie es schaffen.“ (Siehe Kasten „Fünf Strategien“)

Die Bereitschaft, sich zu ändern, und der Glaube an die eigenen Stärken sind die beiden wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Verhaltensänderung. Beides muss von den Angesprochenen selbst kommen. Niemand kann stellvertretend für jemand anders mit dem Rauchen aufhören oder aufhören, einen abhängigen Angehörigen etwa finanziell zu unterstützen. Die Entscheidung, sich zu verändern, muss jeder und jede selbst fällen. Jeder Schritt Richtung Veränderung muss selbst getan werden. Von außen können jedoch hilfreiche Anstöße kommen und Unterstützung. Eine Motivierende Gesprächsführung fasst die wesentlichen Erkenntnisse zusammen, stellt die Veränderungsabsichten heraus, signalisiert weitere Gesprächsbereitschaft und (eventuell) Hilfe bei der Organisation weiterer Schritte. Nach Möglichkeit wird eine Vereinbarung über den weiteren Fortgang getroffen (DHS, 2012c, S. 82ff.).

Die Motivierende Gesprächsführung nutzt fünf Strategien:

- Offene Fragen
Offene Fragen sind Fragen, die nicht durch Ja oder Nein zu beantworten sind, sondern zum Erzählen anregen, z. B.: »Worüber machen Sie sich in Bezug auf Ihren Medikamentengebrauch Gedanken?«
- Aktives Zuhören
Aktiv zuhören bedeutet, das zum Ausdruck zu bringen, was man verstanden hat. Dadurch werden Missverständnisse im Gespräch vermieden und die erzählende Person wird ermutigt, die Thematik zu vertiefen und eventuellen Widersprüchen auf den Grund zu gehen.
- Bestätigen
Bestätigung beinhaltet Lob und Anerkennung der Leistungen der anderen Person und Verständnis für ihre Lage.
- Zusammenfassen
Das Zusammenfassen der wesentlichen Aussagen und insbesondere von Aussagen, die auf eine Veränderungsbereitschaft hindeuten, verstärkt die Veränderungsbereitschaft.
- Selbstmotivierende Aussagen hervorrufen
Als selbstmotivierende Aussagen werden alle Äußerungen verstanden,
 - in denen Problembewusstsein zum Ausdruck kommt:
»Das Rauchen belastet meine Gesundheit stärker, als ich bisher dachte.«
»Bisher war mir gar nicht so bewusst, wie viel ich trinke.«
 - in denen Besorgnis geäußert wird:
»So wie bisher kann es nicht weitergehen.«
 - in denen eine Veränderungsabsicht zum Ausdruck kommt:
»Ich glaube, es wird höchste Zeit, über das Aufhören nachzudenken.«
»Damit bin ich ganz und gar nicht zufrieden. Da muss ich etwas unternehmen.«
 - in denen Zuversicht im Hinblick auf eine Veränderung zum Ausdruck kommt:
»Ich glaube, ich kann das schaffen.«
»Ich sehe, dass es schwierig ist, aber so viele andere haben es auch geschafft.«

(DHS, 2012c, S. 86)

Ansprache Abhängiger

Sie haben sich entschieden, einen erwachsenen Menschen anzusprechen, bei dem Sie eine Abhängigkeit vermuten. Gehen Sie mit Geduld an Ihr Vorhaben. Ort, Zeitpunkt und Zustand des Angesprochenen (z. B. Nüchternheit) müssen passen. Ist eine Ansprache nur vor anderen möglich, dann unternehmen Sie es zunächst allgemein: „Hätten Sie gerade Zeit für ein Gespräch?“ Bei Zustimmung bitten Sie ihn oder sie in einen ruhigen Raum. Bieten Sie nach Möglichkeit Sitzgelegenheiten auf Augenhöhe an, ohne trennenden Schreibtisch dazwischen, der grundsätzlich das Gefühl einer Hierarchie vermittelt. Wählen Sie einen verbindlichen Einstieg, der zugleich eine Verbindung zum Substanzkonsum herstellt. Die Mitarbeiterin einer Tagesstätte könnte zum Beispiel eine Mutter, bei der sie eine Alkoholabhängigkeit vermutet, folgendermaßen ansprechen: „Ich mache mir Sorgen um Max. Ich habe den Eindruck, dass er mehr Zuwendung von Ihnen möchte. Könnte es sein, dass Ihre Aufmerksamkeit für Ihr Kind eingeschränkt ist durch den Konsum von Alkohol/ Tabletten ...?“

Der Einstieg über Max macht klar, in welcher Rolle sich die Mitarbeiterin sieht: Sie ist für Max zuständig, nicht für seine Mutter. Zugleich zeigt der Einstieg, was die Mutter und die Mitarbeiterin verbindet: das Kind. Beide haben das Interesse, das es dem Kind gut geht. Nach Empfehlung der Motivierenden Gesprächsführung baut

das Gespräch auf diesem verbindenden Interesse auf und berücksichtigt im Weiteren die vorgestellten Techniken zum Motivationsaufbau.

Zu Beginn des Gespräches steht immer die Sorge um den Menschen, für den Sie zuständig sind, zum Beispiel ein Kind, ein Jugendlicher, ein Elternteil oder ein Pflegebedürftiger. Dann erläutern Sie Ihr Interesse am Gespräch (Wohlergehen von ...), damit klären Sie zugleich Ihre Rolle. Falls sinnvoll, können Sie im Verlauf auf Begebenheiten eingehen, die für Sie auf eine Abhängigkeit hinweisen. Bedenken Sie dabei aber: Es ist nicht Ihre Aufgabe, Missbrauch oder Abhängigkeit nachzuweisen. Ihr Ziel ist, Unterstützung anzubieten und die Bereitschaft zur Veränderung zu fördern (DHS, 2012c, S. 79).

Eventuell reagieren Abhängige mit Ablehnung, Ärger, Aggressivität oder Abwehr und Verharmlosung. Lassen Sie sich nicht beirren, vertrauen Sie auf Ihre Wahrnehmung. Sie können einräumen: „Ich möchte nicht ausschließen, dass ich mich täusche.“

Fehlt die Bereitschaft zur Kooperation, machen Sie die Konsequenzen deutlich. Welche dies sind, hängt von der Situation des Abhängigen, Ihrer Position, der Absprache mit Ihrem Arbeitgeber und von Ihrem (rechtlichen) Verhältnis zum vermutlich Abhängigen ab.

Eine Lehrkraft kann einem jugendlichen Abhängigen klarmachen:
„So wirst du die Klasse nicht schaffen. Wo willst du in zehn Jahren stehen? Wie soll dein Leben aussehen?“

Eine Pflegekraft kann deutlich sagen:
„Sollte ich weiterhin leere Bierflaschen unter Ihrem Bett finden, muss ich mit Ihrem Arzt sprechen, denn die Wechselwirkung von Alkohol mit Ihren Medikamenten kann Sie schwer schädigen.“

Der Fallmanager im Jobcenter kann Klientinnen und Klienten ankündigen, ihre Bezüge zu kürzen, falls sie nicht bis zu einer festgesetzten Frist die Diagnose einer Fachklinik erbringen, ob eine Abhängigkeit vorliegt oder nicht.

Wer mit Kindern und Jugendlichen (vermutlich) abhängiger Eltern arbeitet, kann darauf hinweisen, den Vorgang ans Jugendamt weiterzugeben, sollten Absprachen nicht eingehalten werden. Allerdings ist dieser Hinweis mit Bedacht zu formulieren. Es erschwert die Arbeit des Jugendamtes unnötig, wenn mit ihm „gedroht“ wird. Stattdessen sollte besser auf dessen Dienste und Hilfsmöglichkeiten verwiesen werden. Denkbar ist diese Formulierung: „Sollten Sie unsere Absprache nicht einhalten (z. B. das Kind pünktlich zum Unterricht zu schicken), werde ich beim Jugendamt für Sie und Ihre Familie um Hilfe bitten. Das Amt hat viele Möglichkeiten, Sie bei der Erziehung Ihrer Kinder zu

unterstützen.“ (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006; DHS, 2012c, S. 80; DHS, 2013a, S. 24; DHS, BAGLS, o. J.)

Abhängige sind krank, aber nicht hilflos. Im Gegenteil. Sie haben starke Ressourcen (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 77), sonst könnten sie nicht teils über Jahrzehnte trotz Abhängigkeit die „normale“ Fassade aufrechterhalten. Es gilt, Abhängige an ihre eigenen gewaltigen Ressourcen zu erinnern und diese für eine Verhaltensänderung nutzbar zu machen. Diesen Schritt müssen nicht Sie als Fachkraft oder Freiwilliger bewältigen. Das können Sie Fachleuten in der Suchtbehandlung überlassen. Aber es hilft Ihnen zu wissen, dass Abhängige keine hilflosen Wesen sind. Es entlastet Sie. Sie bieten Abhängigen ausschließlich Unterstützung und mögliche Hilfen an (siehe Kapitel 5). Die Entscheidung, sie anzunehmen oder abzulehnen, liegt alleine bei dem oder der Abhängigen.

Ansprache Angehöriger

Auch für Ihre Ansprache erwachsener Angehöriger eignet sich die Methode der Motivierenden Gesprächsführung. Allerdings sind hier die Motive des Gesprächs anders gelagert als bei Abhängigen selbst. Bei Abhängigen ist es das bestimmende Motiv, zu signalisieren: „Ich habe etwas bemerkt.“ Dieses Signal übt bereits Druck aus und kann genügen, um den erforderlichen Anstoß zur Veränderung zu geben (DHS, BAGLS, o. J.). Angehörige dagegen brauchen ganz sicher keinen weiteren Druck. Sie stehen rund um die Uhr sowieso ganz gewaltig unter Druck. Sie brauchen Entlastung.

Ihre Gesprächseinladung an Angehörige von vermutlich Abhängigen hat darum das Motiv, Entlastung anzubieten. Ein denkbarer Gesprächsanfang wäre: „Ich sehe, dass Sie täglich enorm viel leisten. Aber ich glaube, Sie sollten auch mal etwas für sich tun.“ Kommen Sie darüber ins Gespräch über die häuslichen Belastungen, schaffen Sie bereits eine Entlastung: Endlich kann der oder die Angehörige reden und wird gehört. Häufig ist dies eine völlig ungewohnte Situation für Angehörige Abhängiger. Eventuell blocken Angehörige ab, für „Wellness“ hätten sie sicher keine Zeit. Dann können Sie Unterstützung durch eine Familien-, Ehe- oder Suchtberatung anbieten: „Darf ich

Sie darauf hinweisen, dass Sie sich beraten lassen können? Eine Beratung kann Ihnen dabei helfen, sich Freiräume zu schaffen.“

Nach heutigem Forschungsstand können Angehörige zu einem kleinen Teil das Verhalten Abhängiger beeinflussen. Aber: Sie sind in keiner Weise für deren Verhalten verantwortlich. Häufig sind Angehörige in einem Teufelskreis aus Angst, Schmerz, Scham, Schuldgefühlen, Wut, aber auch wieder Verständnis für den Abhängigen oder die Abhängige gefangen. Aus diesem Kreislauf können sie aussteigen, indem sie ihre meist unbewusst angenommene „Helferrolle“ verlassen. Dafür müssen sie sich selbst, aber auch dem oder der Abhängigen gegenüber klarstellen: „Ich habe begriffen, dass ich nichts gegen deine Abhängigkeit tun kann. Ich kann dir nur dabei helfen, dass du dir helfen lässt“ (Klasmann, 1997, S. 61). Aus dieser neuen Haltung ergeben sich im Alltag Veränderungen. Angehörige beginnen, sich abzugrenzen. Sie sagen zum Beispiel konsequent: „Ich rede erst wieder mit dir, wenn du nüchtern bist / nicht rauchst / nicht ‚zu‘ bist.“ Dieser Schritt kostet Mut und Kraft. Er kann nach der Erfahrung von Beratungsstellen und Suchtkliniken jedoch bereits den entscheidenden Impuls in Richtung Veränderung geben (Klasmann, 1997, S. 61).



- Selbstheilungskräfte anregen

Diese Abgrenzung kann aber nicht nur eine Hilfe für die Abhängigen sein – sie hilft vor allem auch den Angehörigen selbst, ihr Leben wieder freier zu gestalten. Wie aus systemischen Therapien bekannt, kann eine Verhaltensänderung des einen eine Änderung beim anderen nach sich ziehen. Dies trifft besonders auf Paare zu, aber auch auf nahe Verwandte. Beginnen nicht abhängige Angehörige, ihr Leben unabhängig zu führen und eigene Aktivitäten zu entfalten, nutzt dies doppelt: Es kann Abhängige zur Änderung veranlassen, es erhöht aber auf jeden Fall die Lebensqualität der Angehörigen.

Dieses Wissen hilft auch Fachkräften und Freiwilligen, die mit Angehörigen Abhängiger sprechen wollen. Sie wissen damit, es „genügt“, Angehörige Abhängiger anzuregen, sich selbst Gutes zu tun. Für die Angehörigen ist dies allerdings meist ein gewaltiger Schritt. Sie sind es häufig nicht mehr gewöhnt, an sich selbst zu denken, und nehmen ihre Bedürfnisse gar nicht mehr wahr. Um Angehörige zu unterstützen, sich wieder wahrzunehmen, hilft ein Blick in Erkenntnisse der Resilienzforschung. Diese Forschung klärt unter anderem, was Menschen befähigt, stressreiche Erfahrungen (wie es die Abhängigkeit eines Familienmitgliedes darstellt)

ohne gesundheitlichen Schaden zu bewältigen. Für Erwachsene wurden dabei mehrere „Schutzfaktoren“ ausgemacht. So hilft es ihnen, neben der Belastung auch positive Emotionen wahrzunehmen wie Freude, Stolz, Neugier, Lust, Zufriedenheit, Zuversicht und Fröhlichkeit. Fachkräfte und Freiwillige könnten also Angehörige von Abhängigen fragen: „Können Sie sich erinnern, wann Sie das letzte Mal so richtig fröhlich waren? Was bräuchte es, damit Sie so etwas wieder erleben können?“ Ein solcher Anstoß kann bereits hilfreich sein und die Wahrnehmung endlich wieder auf die eigenen Bedürfnisse lenken.

Ein weiterer Schutzfaktor ist die „Selbstwirksamkeitserwartung“. Menschen, die an sich glauben und überzeugt sind, ihr Leben beeinflussen zu können, gelingt dies häufiger als Menschen ohne Selbstvertrauen. Es hilft also auch, wenn Fachkräfte und Freiwillige das Selbstvertrauen

Angehöriger stärken. In der Motivierenden Gesprächsführung geschieht dies, indem an die Stärken und die Ressourcen angeknüpft wird.

Ein dritter Schutzfaktor ist die Lebenseinstellung, Veränderungen und Anforderungen nicht als Bedrohung zu sehen, sondern als Möglichkeit zu Wachstum und Weiterentwicklung. Die Suchterkrankung eines Familienmitgliedes stürzt das Leben der anderen Familienmitglieder in eine schwere Krise. Angehörige erzählen jedoch häufig, durch diese Krise viel gelernt zu haben und in ihrer Persönlichkeitsentwicklung weitergekommen zu sein. Fachkräfte und Freiwillige können versuchen, den Blick für die Chance zu öffnen, die in jeder Krise steckt. Dies verlangt allerdings viel Einfühlungsvermögen und eine gute Kenntnis der Familiensituation. Platter Trost schadet, zum Beispiel nach dem Motto: „Ist doch nicht so schlimm, du hast ja am Ende was von

der Krise.“ Hilfreicher ist es, Möglichkeiten zur Weiterentwicklung zu eröffnen, zum Beispiel durch den Verweis auf eine professionelle Therapie oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe (BZgA, 2013a).

Die Vereinigung amerikanischer Psychologen APA hat zehn Punkte ermittelt, die diese Schutzfaktoren „aktivieren“ und helfen, Krisen gesundheitlich unbeschadet zu überstehen. Fachkräften und Freiwilligen geben diese Punkte eine Vorstellung, wozu sie Angehörige ermutigen können (siehe Kasten „Widerstandskraft stärken“). Sie sind aber kein einfaches „How-to-do“-Rezept. Wie die Abhängigen selbst, müssen auch die Angehörigen ihre Schritte zur Veränderung selbst unternehmen und selbst unternehmen wollen. Dabei kann ihnen Unterstützung angeboten werden, etwa in Form einer Beratung, einer Therapie oder einer Selbsthilfegruppe (siehe auch Kapitel 5).

Widerstandskraft stärken

Die Vereinigung amerikanischer Psychologen APA hat zehn Punkte ermittelt, die helfen, Krisen gesundheitlich unbeschadet zu überstehen. Sie helfen auch erwachsenen Angehörigen Abhängiger.

- 1 Bemühen Sie sich um soziale Beziehungen.
- 2 Betrachten Sie Krisen als überwindbare Probleme.
- 3 Akzeptieren Sie, dass Veränderungen Teil des Lebens sind.
- 4 Streben Sie danach, Ihre Ziele zu erreichen.
- 5 Entschließen Sie sich zum Handeln.
- 6 Suchen Sie nach Möglichkeiten, um „sich selbst zu finden“.
- 7 Fördern Sie ein positives Selbstbild.
- 8 Betrachten Sie Situationen nüchtern.
- 9 Behalten Sie eine optimistische Erwartungshaltung bei.
- 10 Sorgen Sie für sich selbst.

(BZgA, 2013a, S. 94)

Ansprache älterer Abhängiger und Angehöriger

„Der ändert sich nimmer!“ So wird häufig abgewinkt, wenn Verhaltensänderungen bei älteren Menschen angesprochen werden. Tatsächlich fällt es im Alter besonders schwer, eingefahrene Gleise zu verlassen – aber es ist möglich. So ist zum Beispiel die Chance, mit dem Rauchen aufzuhören, bei älteren Menschen ebenso hoch wie bei Jüngeren (DHS, BARMER GEK, 2010a). Und 60 Prozent der betagten Menschen, die von Medikamenten mit dem suchtfördernden Wirkstoff Benzodiazepin abhängig sind, schaffen es mit Hilfe einer Suchtbehandlung, ihren Tablettenmissbrauch zu beenden (DHS, 2013b, S. 3). Dazu kommen die Seniorinnen und Senioren, denen durch eine einfache Umstellung ihrer Medikation geholfen werden kann (DHS, 2013b, S. 3).

Ältere profitieren ebenso wie Jüngere von den Vorteilen des Rauchstopps. Auch ihnen fällt das Atmen unmittelbar leichter und sie können mehr Sauerstoff aufnehmen. Da der Körper im Alter aber insgesamt weniger Sauerstoff aufnimmt, kann die Erleichterung durch den Rauchstopp Älteren sogar den entscheidenden Fortschritt bringen, um aktiv bleiben zu können. (DHS, BARMER GEK, 2010b) (Weitere Vorteile siehe Kapitel 6)

In jedem Fall wird die Lebensqualität erheblich verbessert, sobald Alkohol, Tabak, Tabletten oder Drogen nicht mehr konsumiert werden beziehungsweise Medikamente aus-

schließlich als Heilmittel. Dies trifft auf jedes Lebensalter zu. Doch im Alter erhöht eine Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten die Gefahr von Stürzen sowie des Nachlassens geistiger Kräfte. Beides erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit. Ob Menschen pflegebedürftig im Bett liegen oder selbständig leben können, ist ein gewaltiger Unterschied: für sie selbst und für ihre Angehörigen.

Es ist niemals zu spät, eine Abhängigkeit zu behandeln. Es lohnt vielmehr jederzeit (DHS, 2013b, S. 3). Dieses Bewusstsein können Sie als Fachkraft oder Freiwilliger älteren Abhängigen und eventuell auch ihren Angehörigen im Gespräch vermitteln. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind wichtig für ältere wie jüngere Abhängige, doch eventuell benötigen ältere die Unterstützung ihrer Angehörigen in besonderem Maß.

Sollten Sie eine Abhängigkeit bei einem älteren Menschen bemerken, sprechen Sie dessen Arzt darauf an (siehe „Was müssen Sie tun?“). Sie können auch das Gespräch mit den Angehörigen suchen. Auch für dieses Gespräch können Sie die Motivierende Gesprächsführung nutzen und zu Beginn das gemeinsame Interesse am älteren Menschen in den Mittelpunkt stellen: „Ich mache mir Sorgen um ... Ich beobachte, dass ...“ Anschließend erfragen Sie die Einschätzung der Angehörigen. Haben Sie, zum Beispiel als Pflegekraft, mehr

Umgang mit dem oder der Abhängigen als etwa entfernt lebende Verwandte, sind die Angehörigen wahrscheinlich froh um Ihre Hinweise und Ihre fachliche Unterstützung.

Sie können auch praktische Tipps geben, zum Beispiel zu Mitbringenseln im Falle einer Alkoholabhängigkeit. Herz- und Stärkungstinkturen, die älteren Menschen gerne geschenkt werden, haben zum Teil einen sehr

hohen Alkoholanteil. Wer zur Stärkung lieber einen guten Obstsaft mitbringen will, sollte auf Apfelsaft verzichten, denn auch dieser kann bis 0,4 Prozent Alkohol enthalten. Auch Husten- und Bronchienmedikamente können es in sich haben (siehe Kasten „Die Hochprozentner“).

Darüber hinaus gelten dieselben Hinweise wie für Angehörige jüngerer Abhängiger.

Die Hochprozentner

Herz- und Stärkungstinkturen mit hohem Alkoholgehalt:

Klosterfrau Melisengeist	80,0 Vol. %
Venostasin	20,0 Vol. %
Biovital	16,0 Vol. %
Doppelherz	15,0 Vol. %
Galama	15,0 Vol. %
Buerlecithin flüssig	13,77 Vol. %
Aktivanadsaft	12,0 Vol. %

Husten- und Bronchialmedikamente mit hohem Alkoholgehalt:

Makatussin Hustentropfen	41,8 Vol. %
Makatussin Hustentropfen forte	37,3 Vol. %
Ipalat Tropfen mit Codein	39,0 Vol. %
Ipalat Tropfen	37,0 Vol. %
Eupatal Hustentropfen	27,1 Vol. %
Tussipect Tropfen	23,9 Vol. %
Tussipect Tropfen mit Codein	22,5 Vol. %
Bronchicum Tropfen	19,4 Vol. %
Expectal Tropfen	15,3 Vol. %
Pertussin Tropfen	13,5 Vol. %

(Kutschke, 2012, S. 63)

Ansprache von Kindern

Vermuten Sie eine Abhängigkeit bei einem oder beiden Eltern eines Kindes, mit dem Sie haupt- oder ehrenamtlich zu tun haben, dann müssen Sie ganz besonders mit Bedacht reagieren. Es hat keinen Sinn, das Kind sofort direkt darauf anzusprechen.

Kinder lieben ihre Eltern, auch wenn diese abhängig sind. Selbst wenn sie zu Hause vernachlässigt werden, verhalten sie sich loyal zu ihren Eltern. Werden sie unsensibel und direkt über deren Verhalten ausgefragt, fühlen und begreifen Kinder schnell, dass ein Tabubruch von ihnen verlangt wird. Diesen wollen sie nicht begehen und zudem fürchten sie die Konsequenzen, die ein solcher Bruch nach sich ziehen würde. Bedenken Sie: Jedes Kind hat nur ein Elternhaus, es will und muss in diesem zurechtkommen.

Die goldenen Regeln zum Handeln in Ruhe müssen vor der Ansprache von Kindern noch genauer beachtet werden als bei Erwachsenen: Weder überstürzt noch eigenmächtig handeln, mit Team und Vorgesetzten absprechen, vertrauensvolle Beziehung absprechen und beraten lassen. Die Erfahrung zeigt: Sie als Fachkraft oder Freiwilliger brauchen im Umgang mit suchtbelasteten Kindern einen Rahmen, der Ihnen Sicherheit

gibt, der Sie schützt, auf den Sie sich beziehen können und der es Ihnen erlaubt, sich von der direkten persönlichen Auseinandersetzung zu distanzieren (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 18). Warum? Kinder aus suchtbelasteten Familien sind in der Regel keine Schmusenkätzchen, die man nur kraulen muss, schon schnurren sie glücklich.

Kinder abhängiger Eltern sind häufig viel zu früh gezwungen, ihre eigenen lebenswichtigen Bedürfnisse zu unterdrücken. Sie wachsen mit der Vorstellung auf, für sich und andere gefährlich zu sein. Darum passen sie sich häufig an, wirken oft motivationslos und unkreativ. Entwickeln sie jedoch Vertrauen in die Beziehung zu einem anderen Menschen oder gar in ein soziales Gefüge wie ihre Kindergartengruppe, dann wird in ihnen die verborgene Hoffnung wach, diese Menschen oder diese Gruppe könnten stark genug sein, ihre Aggressivität, Stärke, Energie und Kreativität usw. auszuhalten (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 17).

Gesunde Kinder überschreiten Regeln und Grenzen, um zu überprüfen, wann es ernst wird. Sie lernen dadurch, wie man sich in sozialen Systemen zurechtfindet. Kinder, deren Entwicklung durch die Abhängigkeit

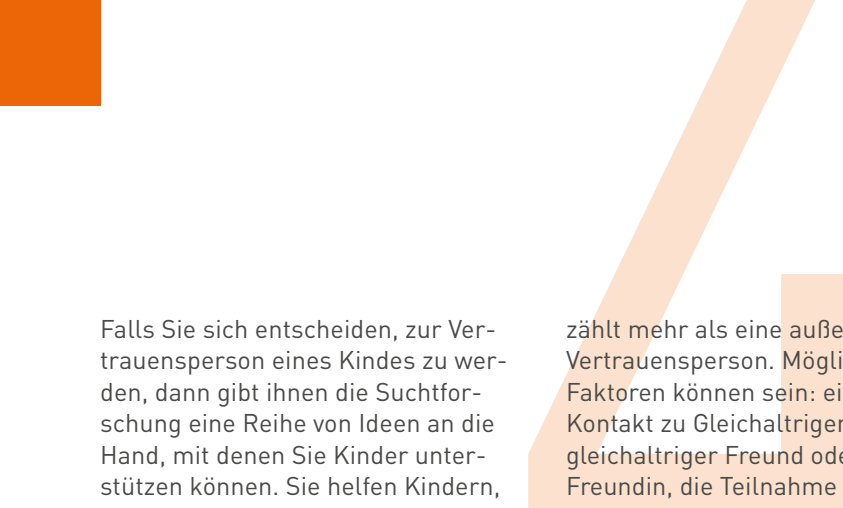
der Eltern gestört wurde, greifen Regeln und Grenzen in der Hoffnung an, gehalten zu werden. Daher können ihre Antworten auf Freundlichkeit und Engagement Angriffe sein, die wirklich verletzen. Sie suchen jemanden, der sie aushält, der vor Konfrontation nicht zurückschreckt, nicht zurückweicht und nicht zurückschlägt. Sie brauchen Erwachsene, die sich ihrer eigenen Grenzen sicher sind, zu ihren Ansprüchen und Wünschen stehen, bereit sind, sich durchzusetzen, und nicht vorschnell resignieren (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 18).

Mit anderen Worten: Kinder aus suchtbelasteten Familien können für Erwachsene, die ihnen helfen und zu ihnen Vertrauen aufbauen wollen, sehr anstrengend sein. Praktiker aus der Suchthilfe raten daher: Suchen Sie zuerst Unterstützung im Kollegenkreis, beim Vorgesetzten und in einer Supervision. Lassen Sie sich vorab beraten. Und stellen Sie sicher, dass Sie die nötige Zeit, Kraft und Ausdauer haben, um dem Kind beizustehen. Machen Sie einem suchtbelasteten Kind nur ein Hilfsangebot, wenn Sie genügend Zeit und Energie dafür haben. Andernfalls prüfen Sie, wer dem Kind besser helfen könnte (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006).

• Schutz für Kinder

Aber: Wenn Sie es schaffen, eine Vertrauensperson für das Kind zu werden, ist sehr viel erreicht – selbst dann, wenn sich die häuslichen Verhältnisse nicht ändern (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz, 2006). Eine stabile Beziehung außerhalb der suchtbelasteten Familie kann für Kinder die Chance eröffnen, sich doch noch altersgerecht zu entwickeln (Zobel, 2008, S. 54). Die Entdeckung des „helfenden Zeugen“, der ein Kind aktiv unterstützt, ihm Orientierung gibt und dadurch trotz psychisch belastetem Elternhaus eine gesunde Entwicklung ermöglicht, stammt von der Psychologin Alice Miller (1923–2010). Die heutige Suchtforschung zählt eine sichere Bindung oder positive Beziehung zu mindestens einer erwachsenen Bezugsperson außerhalb des Elternhauses zu den wesentlichen Schutzfaktoren, die Kindern erlauben, die Abhängigkeitserkrankung ihrer Eltern und deren Folgen zu überwinden (Zobel, 2008; BZgA, 2009, S. 93). Diese Bezugsperson kann jeder Erwachsene sein, mit dem ein Kind über einen längeren Zeitraum relativ regelmäßig Kontakt hat: eine Nachbarin, eine Lehrkraft, ein Trainer im Sportverein oder eine Patin.





Falls Sie sich entscheiden, zur Vertrauensperson eines Kindes zu werden, dann gibt Ihnen die Suchtforschung eine Reihe von Ideen an die Hand, mit denen Sie Kinder unterstützen können. Sie helfen Kindern, indem Sie ihnen zuhören und – sollten sie von häuslichen Problemen erzählen – ihre Wahrnehmung bestätigen durch ein schlichtes „Ich glaube Dir“. Falls die Gelegenheit dazu kommt, können Sie Kinder auch von ihren Schuldgefühlen entlasten: „Dein Vater, deine Mutter trinken, weil sie Probleme haben – nicht wegen dir.“ Sie können das Kind in seiner Eigeninitiative und in seiner Art, zu denken, zu fühlen und zu handeln, bestärken. Sie können einen ethischen Rahmen zur Verfügung stellen, aus dem allgemeingültige moralische Grundsätze ableitbar sind. Sie können ihm ermöglichen, kreativ zu werden und auf diese Weise Zugang zu seinen Gefühlen zu erhalten. Sie können ihm die Welt des Humors eröffnen. Lachen schafft Abstand zur häufig sehr angespannten Atmosphäre des Elternhauses und reinigt zugleich die Seele (Zobel, 2008, S. 52f.).

Allerdings: Sie sind nicht der ganze Kosmos des Kindes, das Sie begleiten. Zu den Schutzfaktoren, die Kindern aus belasteten Familien eine gesunde Entwicklung ermöglichen,

zählt mehr als eine außerhäusliche Vertrauensperson. Mögliche weitere Faktoren können sein: ein stabiler Kontakt zu Gleichaltrigen, ein guter gleichaltriger Freund oder eine gute Freundin, die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten wie Schülerbands oder Theatergruppen. Daher ist es auch gut, wenn Sie als Vertrauensperson das Kind ermutigen und eventuell unterstützen, mit Gleichaltrigen etwas zu unternehmen und dadurch positive Erfahrungen außerhalb des Elternhauses zu sammeln. Positiv wirkt sich auch aus, wenn ein Kind durch ein Hobby und die Nutzung seiner Talente erfährt, dass es etwas bewirken kann. Es erlebt so seine „Selbstwirksamkeit“. Diese zu erfahren, stützt die positive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ebenso wie bei Erwachsenen (siehe Absatz „Selbstheilungskräfte fördern“).

Für Fachkräfte oder Freiwillige, die keine Zeit haben, zur Vertrauensperson eines Kindes zu werden, bedeutet dies: Sie können eventuell versuchen, Kindern diese weiteren Schutzfaktoren zu ermöglichen, sie zu einem Hobby anzuregen oder zur Teilnahme an einer Jugendgruppe.

Erwachsene außerfamiliäre Vertrauenspersonen sind keine „besseren Eltern“. Der wichtigste Schutzfaktor

für Kinder ist die sichere und positive Bindung zu den Eltern, nach Möglichkeit zu beiden Eltern. Es hilft aber auch bereits die positive Beziehung zu einem Elternteil. Dabei ist die Beziehungsqualität wichtiger als die Familienstruktur. Für kleinere Kinder ist die positive Bindung an die Mutter häufig vorrangig, für Jugendliche wird die Bindung an den Vater wichtiger. Eine positive Vater-Kind-Beziehung verringert bei Jugendlichen zum Beispiel die Wahrscheinlichkeit, selbst Alkohol (übermäßig) zu konsumieren. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Vater in der Familie lebt oder nicht (BZgA, 2009, S. 88). Besonders wichtig ist es für Kinder, geregelte Abläufe im Familienleben und wiederkehrende Rituale zu Familienereignissen wie Weihnachten zu erleben (BZgA, 2009, S. 86f.). Fachkräfte und Freiwillige können Kinder aus suchtbelasteten Familien auch helfen, indem sie die Bindung der Kinder an ihre Eltern respektieren und unterstützen. Und den Eltern helfen oder ermöglichen, die Erziehung ihrer Kinder wahrzunehmen. Sie können Kinder direkt unterstützen oder auch, indem sie deren Eltern unterstützen, zum Beispiel durch die Anregung, eine Beratung oder ein Hilfe-Angebot des Jugendamtes wahrzunehmen (siehe auch Kapitel 5).

Schutz für Kinder

Folgende Faktoren helfen Kindern aus suchtbelasteten Familien, sich eigenständig und altersgerecht zu entwickeln:

Einsicht: Wissen/Wahrhaben über die Krankheit „Sucht“ in der Familie,

Unabhängigkeit: gefühlsmäßiges und räumliches Distanzieren von den Eltern, besonders in belastenden familiären Situationen,

Beziehungen: altersgemäße Entwicklung stabiler wechselseitiger Beziehungen zu Personen außerhalb der Familie (soziales Netzwerk),

Initiative: Überwindung des Gefühls der Hilflosigkeit durch Ausprobieren neuer Verhaltensweisen bis hin zu zielgerichteten Verhaltensstrategien,

Kreativität: künstlerische Ausdrucksformen, um innere Konflikte darzustellen,

Humor: Kreativität, um die Absurdität des problematischen Familienlebens zu erkennen,

Moral: Entwicklung eines eigenen familienunabhängigen Wertesystems, um andere zu unterstützen und ihnen Gutes zu tun.

(Stöver, 2013, S. 15)

Was müssen Sie tun?

Sie arbeiten als Fachkraft oder als Freiwilliger mit Menschen. Daraus ergeben sich Pflichten. Sie müssen Ihren speziellen Arbeitsaufgaben nachkommen, aber auch allgemeine rechtliche Vorgaben erfüllen.

• Garant für Leib und Leben

Sie müssen zum Beispiel tätig werden, sobald Gefahr für Leib und Leben eines Ihnen anvertrauten Menschen besteht. Sie werden sozusagen zum Garant für Leib und Leben der Menschen, die Sie betreuen.

Zum Garant werden zum Beispiel:

- Babysitter und Tagesmütter für ihnen anvertraute (Klein-)Kinder
- Erzieherinnen für Kinder in ihrer Tagesstätte
- Lehrkräfte für Schüler/-innen
- Krankenschwestern und -pfleger für ihnen anvertraute Kranke und Pflegebedürftige
- Bewährungshelfer für ihnen anvertraute Straftatlassene
- Ehrenamtliche, die Tätigkeiten zur Betreuung anderer übernehmen

In einer Notsituation müssen Sie den Ihnen anvertrauten Menschen helfen. Etwa wenn ein stark alkoholisierter Bruder seine Schwester vom Kindergarten abholt und aggressiv wird, weil das Kind lange braucht, um seine Schuhe anzuziehen. Holt er aus zum Schlag und eine Erzieherin bemerkt dies, muss die Erzieherin alles ihr Zumutbare tun, um den Schlag zu verhindern, beispielsweise durch anschreien und sofort um Hilfe rufen. Sie ist als Garant nicht verpflichtet, körperlich einzuschreiten und sich möglicherweise sogar einer Verletzungsgefahr auszusetzen.

Unterlässt es die Erzieherin, die erforderliche und zumutbare Hilfe zu leisten, und die kleine Schwester wird durch den Schlag oder infolge dessen verletzt, kann sich die Fachkraft wegen „Körperverletzung durch Unterlassen“ strafbar machen. Kommt es in einer Notsituation zur Todesfolge, stehen Garantien wegen „Totschlags durch Unterlassen“ vor Gericht. Die Strafandrohung liegt aufgrund der Garantienstellung höher als bei unterlassener Hilfeleistung (Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr).

• Unterlassene Hilfeleistung

Der unterlassenen Hilfeleistung macht sich jeder schuldig, der zum Beispiel bei einem Unglücksfall keine Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich, möglich und zumutbar ist. Auch diesem Vorwurf können sich Fachkräfte und Freiwillige aussetzen, sobald sie gegen eine drohende Gefahr nicht einschreiten. Ein Beispiel: Eine Mutter fährt mit dem Auto zur Schule, um ihren Sohn abzuholen. Ihr Verhalten lässt aber vermuten, dass sie unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen steht. Eine Lehrerin beobachtet dies und erkennt die Gefahr. Dann sollte sie, falls möglich, eine Kollegin oder einen Kollegen hinzuziehen, um erstens ihre Einschätzung abzusichern, zweitens eine Zeugin oder einen Zeugen für den Fall nachfolgender Auseinandersetzungen zu haben. Gemeinsam sollten die Lehrkräfte der Mutter die Gefahr bewusst machen, in die sie sich, ihr Kind und andere Verkehrsteilnehmer/-innen bringt. Ist sie nicht einsichtig, aber nach dem Eindruck definitiv nicht fahrtüchtig, wird die Polizei gerufen (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 95).

• Gefahr und Gefährdung

In Gefahrensituationen ist jeder zur Hilfeleistung verpflichtet, Garanten in besonderer Weise. Dies gilt für akute Gefahren. Daneben können aber auch Gefährdungen bestehen, zum Beispiel durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch etwa von Kindern oder Pflegebedürftigen (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 93ff.).

Gewalt und Alkohol

Eine große Zahl von Straftaten, insbesondere Gewaltdelikten, wird unter dem Einfluss von Alkohol begangen – ohne dass immer eine spezifische Alkoholabhängigkeit vorliegt (DHS, 2013a, S. 161). 2011 wurde ein Drittel aller aufgeklärten Gewalt-Kriminalfälle unter Alkoholeinfluss verübt. Bei schwerer und gefährlicher Körperverletzung lag der Anteil bei 34 Prozent, bei Totschlag bei 39,1 Prozent (DHS, 2013a, S. 156ff.).

In annähernd 63 Prozent der Partnerschaften, die durch sexuelle, schwere körperliche und psychische Gewalt geprägt sind, ist Alkohol mit im Spiel. Kinder sind von häuslicher Gewalt immer betroffen, entweder direkt oder indirekt. Allein in 60 Prozent der Fälle sind Kinder Zeugen der Gewaltakte. In Deutschland wachsen 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in sogenannten suchtbelasteten Familien auf. Jedes dritte Kind aus diesen Familien erfährt regelmäßig Gewaltakte (DHS-Pressemitteilung, 7.4.2010).

• Gefährdung des Kindeswohls

„Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern.“ So steht es im Grundgesetz. Dort ist das Recht der Eltern, ihre Kinder zu erziehen, sogar als Grundrecht festgeschrieben. Doch folgt dort auch der Zusatz „und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“. Eltern haben also nicht nur das Recht, ihre Kinder aufzuziehen, sondern auch die Pflicht dazu. Der Absatz endet: „Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ Das bedeutet: Bürger/-innen sowie Fachkräfte und Freiwillige, die Umgang mit Kindern haben, wachen darüber, dass Eltern ihrer Pflicht auch nachkommen. Vernachlässigen oder misshandeln Eltern ihr Kind, kann der Staat einschreiten (Grundgesetz, Art. 6, Abs. 2). Das Kindeswohl grenzt das Elternrecht auf Erziehung ein.

Manche Entscheidungen von Eltern können als gefährdend angesehen werden, zum Beispiel ungesunde Ernährung, hoher Fernsehkonsum oder Rauchen in Anwesenheit von Kindern. Nach heutiger Rechtslage liegt dies alles aber im Verantwortungs- und Entscheidungsbereich der Eltern (Landestelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 96). Anzeichen für eine drohende Gefährdung können folgende Beispiele sein:

- Ungepflegtes Äußeres
- Kleidung, die Witterung oder Körpergröße nicht entspricht
- Häufiges Fehlen von Arbeitsmaterialien, Pausenbrot oder Sportzeug
- Unregelmäßiger Besuch von Kindertagesstätte oder Schule
- Selbst bei Hitze oder im Sport Tragen langärmliger T-Shirts und langer Hosen (ohne religiösen Hintergrund)
- Verletzungen, die normalerweise so nicht bei Kinderspielen oder Stürzen entstehen
- Soziales Verhalten, das auf Vernachlässigung oder Missbrauch schließen lässt, z. B. übergriffiges oder apathisches Verhalten

Ob das Wohl von Kindern gefährdet ist oder nicht, ist in der Regel nicht leicht zu entscheiden. Das Bundeskinder-schutzgesetz (BKisSchG) gibt daher allen Fachkräften und Freiwilligen, die für und mit Kindern tätig sind, das Recht, sich kostenlos beraten zu lassen, sollten sie eine Kindeswohlge-fährdung vermuten (siehe auch S. 60 „Ihr Recht auf Beratung“) (Bundes-arbeitsgemeinschaft Landesjugend-ämter, o. J.).

• Verpflichtung zum Handeln

Ist der Verdacht auf eine Vernachlässigung oder einen Missbrauch begründet, sind Fachkräfte und Freiwillige zum Teil gesetzlich zum Handeln verpflichtet.

- Lehrkräfte: Aus ihrem Erziehungsauftrag heraus müssen sie bei begründetem Verdacht in Absprache mit der Schulleitung die Eltern informieren. Ist auf diese Weise kein wirksamer Schutz für Kinder zu erreichen, müssen Lehrkräfte das Jugendamt benachrichtigen (www.polizei-beratung.de, 2013).
- Erzieher und sozialpädagogische Fachkräfte müssen im Verdachtsfall handeln. Nichtstun kann arbeits-, zivil- oder strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Welches Verhalten vorgeschrieben ist, hängt von ihrem Qualifikationsgrad und der Kooperationsvereinbarung ihrer Einrichtung mit dem Jugendamt ab.
- Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen von Jugendhilfeeinrichtungen: Haben sie eine Ausbildung als Fachkraft, müssen sie ihren Schutzauftrag wahrnehmen und handeln. Andernfalls kommt es darauf an: Der Schutzauftrag gilt nur für Einrichtungen oder Dienste, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe) erbringen.
- Mitarbeiter/-innen sonstiger Kinder- und Jugendarbeit unterliegen zwar nicht dem Schutzauftrag. Ihnen erwachsen aber ebenso Schutzpflichten aus ihrem jeweiligen Trainings-, Unterrichts- oder Betreuungsverhältnis (www.polizei-beratung.de, 2013) (siehe S. 82 „Garant für Leib und Leben“).

• Verfahren bei Kindeswohlgefährdung

Das Jugendamt ist zuständig, eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Dafür besuchen Mitarbeiter/-innen des Jugendamtes Familien, in denen eine Gefährdung droht oder vermutet wird, und sprechen mit den Eltern. Passend zur Situation der Familie werden unterstützende Angebote gemacht: von einer Beratung über sozialpädagogische Familienhilfe bis zur pädagogischen Einzelbetreuung (siehe auch Kapitel 5). Verweigern Eltern notwendige Hilfen, muss das Jugendamt das Familiengericht einschalten (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, 2011; Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 97). Auch das Familiengericht versucht in der Regel, einvernehmlich mit den Eltern Lösungen zu erreichen. Es kann Mütter und Väter aber auch zur Annahme von Hilfen verpflichten oder über das Sorgerecht bzw. den zukünftigen Lebensort von Kindern entscheiden. Zusätzlich hat das Jugendamt eine „Eilkompetenz“. Kann eine gerichtliche Entscheidung nicht abgewartet werden, kann das Amt Minderjährige vorübergehend in Obhut nehmen. Die endgültige Entscheidung über den Verbleib von Kindern oder Jugendlichen liegt aber auch dann beim Familiengericht (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 97f.).

Manche Fachkräfte haben Bedenken, das Jugendamt einzuschalten. Sie fürchten, dadurch den Eltern die Kin-

der „wegzunehmen“. Das stimmt so nicht. Das Jugendamt hat den Doppelauftrag, Eltern zu unterstützen und Kinder zu schützen. Solange das Kind nicht existenziell gefährdet ist, unterstützt das Amt die Eltern bei ihrer Erziehungsaufgabe (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, 2011, S. 7).

Gerade bei abhängigen Eltern fürchten manche Fachkräfte, diesen ihren letzten Halt zu nehmen, falls Kinder aus der Familie genommen werden. Tatsächlich können sich schon Babys auf die Bedürftigkeit ihrer Mutter einstellen und sie stabilisieren. Das ist der Überlebensmechanismus des Säuglings. Doch bleibt das Baby bei einer Mutter, die es wegen ihrer Abhängigkeit nicht versorgen kann, ist der Schaden für das Kind kaum wiedergutzumachen. Es mag zunächst hart und unbarmherzig erscheinen, ein Kind in eine Pflegefamilie zu geben. Doch es eröffnet dem Kind die Chance, sich altersgerecht zu entwickeln. Bei einer erfolgreichen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) besteht die Möglichkeit, dass das Kind zur Mutter zurückkehren kann. Soweit möglich und für das Kindeswohl sinnvoll, werden Kinder nur vorübergehend von ihren Eltern getrennt und der Kontakt zu den Eltern wird während der Trennung aufrechterhalten (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 74).

• Missbrauch

Missbrauch und sexuelle Gewalt sind eine extreme Form der Misshandlung. Sie kann überall geschehen: in Familien, Kindertagesstätten, Schulen, Freizeiteinrichtungen, Wohnheimen, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. Fachkräfte und Freiwillige, die in diesen Einrichtungen arbeiten, haben eine Fürsorgepflicht gegenüber den Menschen, die sie betreuen. Das Risiko, (sexuellen) Missbrauch oder eine lebensgefährliche Misshandlung zu erfahren, ist für Kinder in suchtbelasteten Familien überdurchschnittlich hoch (siehe Kasten „Gewalt und Alkohol“).

Vermuten Sie in einer Familie oder in Ihrer Einrichtung eine Gefährdung durch (sexuellen) Missbrauch, müssen Sie handeln. Unterrichten Sie die Polizei oder – bei kindlichen Opfern – das Jugendamt. Sie sind zwar nicht gesetzlich verpflichtet, bei Verdacht auf (sexuellen) Missbrauch oder lebensgefährliche Misshandlung eine Anzeige zu erstatten. Es kann jedoch eine Handlungspflicht aus der Garantenstellung bestehen. Sollte das Unterlassen der Anzeige dazu führen, dass Missbrauch oder Misshandlung weiter betrieben werden, können Sie sich der unterlassenen Hilfeleistung oder sogar der Beihilfe strafbar machen.

chen. Allerdings macht sich auch strafbar, wer wider besseres Wissen gegenüber Behörden die unwahre Behauptung aufstellt, eine Straftat wie Missbrauch oder Misshandlung sei begangen worden (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, 2010). Falls Sie sich unsicher sind, wie Sie Ihre Beobachtungen einordnen sollen, lassen Sie sich beraten, zum Beispiel bei der Polizei oder im Falle von Kindern als Opfer beim Jugendamt oder Kinderschutzbund.

• Pflegekräfte: Pflicht zum Einspruch

Einige Fachkräfte müssen Einspruch erheben, wenn ihre Vorgesetzten Weisungen erteilen, die den zu betreuenden Menschen absehbar Schaden zufügen. Zum Beispiel haben Pflegekräfte die Pflicht, ihre Bedenken mitzuteilen, wenn die Ausführung von Anweisungen nach ihrer Kenntnis und Erfahrung zu einer Körperverletzung von Kranken und Pflegebedürftigen führen würde (Remonstrationspflicht) (DHS, 2013b, S. 15). Zum Beispiel wenn Medikamente, die das Potenzial haben, abhängig zu machen, in zu hoher Dosis oder über einen zu langen Zeitraum verschrieben werden oder wenn der hohe Alkohol- oder Drogenkonsum eines Pflegebedürftigen bekannt ist und schädliche Wechselwirkungen mit Medikamenten zu erwarten sind. In diesen Fällen sollten Pflegekräfte sofort und schriftlich ihre Bedenken äußern, und zwar zuerst gegenüber dem Arzt, der die Medikamente verordnet hat. Beharrt er auf seiner Anordnung, sollten Pflegekräfte ihre Bedenken dem oder der Pflegebedürftigen mitteilen. Kann er oder sie nicht mehr für sich selbst entscheiden, richten sich Pflegekräfte an die rechtlichen Betreuer/-innen. Sie können ihre Einwände auch gegenüber ihrem Träger dokumentieren.



Was wollen Sie tun?

Sie vermuten Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Tabak, Medikamenten oder Drogen im Kreis Ihrer Schützlinge. Dann werden Sie sich zwangsläufig fragen, wie Sie reagieren wollen.

Dieses Kapitel zeigte Ihnen verschiedene Möglichkeiten auf. Es erklärte, ob und wann Sie zu bestimmten Reaktionen verpflichtet sind (Absatz: „Was müssen Sie tun?“), und beschrieb, was möglich ist (Absatz: „Was können Sie tun?“). Liegt keine Verpflichtung vor, können Sie entscheiden: Was wollen Sie tun? Wozu sind Sie bereit? Was sehen Sie in Ihren Möglichkeiten?

Zusammenfassend gesagt: Sie können sich als Erstes beraten lassen und dabei eventuell das weitere Vorgehen besprechen. Sie können, in Absprache mit Ihrem Team und Ihren Vorgesetzten, Abhängige oder deren Angehörige direkt ansprechen.

Sie können auf die direkte Ansprache verzichten und dafür zum Beispiel nur Ihre grundsätzliche Gesprächsbereitschaft gegenüber Abhängigen und Angehörigen signalisieren. Dabei können Sie offenlassen, ob Sie zum Thema Abhängigkeit sprechen wollen oder über andere Themen, die Sie mit den Familien verbinden. Menschen in schwierigen Lebenssituationen nutzt es grundsätzlich, Ansprechpartner zu haben. Und es hilft ihnen grundsätzlich, mit Respekt und Achtung behandelt zu werden.

Sie können auch versuchen, Kinder und Erwachsene zum Aufbau jener „Schutzfaktoren“ anzuregen, die eine gesunde eigenständige, unabhängige Entwicklung fördern (siehe Schutzfaktoren für Erwachsene Abschnitt „Selbstheilungskräfte anregen“ und für Kinder Abschnitt „Schutz für Kinder“). Und Sie können Abhängige wie Angehörige auf Hilfeangebote hinweisen (siehe Kapitel 5).

Sie können auch allgemein Ihre Unterstützung anbieten. Soziale Unterstützung steigert das seelische Wohlbefinden und die körperliche Gesundheit (BZgA, 2013a, S. 83). So viel steht fest – wissenschaftlich belegt. Doch ein Zuviel an Unterstützung kann schaden. Wird jemand so stark unterstützt, dass er das Gefühl bekommt, sein Problem nicht selbst lösen zu können, schadet dies seinem Selbstwertgefühl und seiner Selbstwirksamkeitserwartung, also seinem Glauben an sich selbst – dem mächtigsten Antrieb, den wir haben (BZgA, 2013a, S. 85). Studien ermittelten: Am meisten hilft die „wahrgenommene Unterstützung“, also das Wissen, im Notfall auf Unterstützung zurückgreifen zu können. Für Sie als Fachkraft oder Freiwillige bedeutet das eine Entlastung: Sie können Ihre Bereitschaft zur Unterstützung signalisieren, aber Sie müssen sich nicht aufdrängen.

Wenn Sie den Erwachsenen und Kindern, mit denen Sie arbeiten, das Gefühl geben, immer für sie da zu sein, wirken Sie bereits stabilisierend. Mehr, als wenn Sie alles regeln wollen. Gerade im Falle von Abhängigkeit funktioniert das erwiesenermaßen nicht. Sie können nicht stellvertretend für jemand aufhören zu trinken oder Drogen zu nehmen. Das muss der- oder diejenige selbst tun. Ebenso wenig können Sie das Leben der Angehörigen stellvertretend führen. Jeder muss für sich selbst aktiv werden. Hier liegt die natürliche Grenze jeder Hilfe.

Zwischen diesem Nicht-Können und dem Müssen liegt der große Bereich der Möglichkeiten, in dem Sie sich Ihren Weg suchen können. Vertrauen Sie dabei Ihrem Gefühl und Ihrer Einschätzung. Den einzig richtigen Königsweg gibt es selten im Leben.

5

Diese Hilfen gibt es

Diese Hilfen gibt es

Wenn Sie als Fachkraft oder Freiwillige im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen (vermutlich) Abhängige und ihre Familien unterstützen wollen, hilft es Ihnen, über Hilfeangebote Bescheid zu wissen. Dieses Kapitel stellt Ihnen Möglichkeiten der Hilfe vor: direkte Hilfe für Abhängige, Hilfe

für Angehörige bezüglich der Abhängigkeit sowie Möglichkeiten, suchtbelastete Familien in ihrem Alltag insgesamt zu unterstützen. Vorweg: Angebote zur Beratung können alle annehmen – Abhängige, Suchtgefährdete, Angehörige jeden Alters sowie Interessierte wie Sie.

Beratung

Jeder, der Fragen rund um Abhängigkeitserkrankungen oder Gefährdungen hat, kann sich (anonym) telefonisch beraten lassen. Über die Homepage www.suchthilfeverzeichnis.de können Beratungsstellen nach Ort, Art, Problem, Zielgruppe und Sprache gesucht werden. Hier finden Sie auch die Links zu den Internetseiten der Suchtselbsthilfeorganisationen. Über die bundesweite Sucht & Drogen Hotline und das Info-Telefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind ebenfalls die Adressen von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen in Ihrer Nähe zu erfahren. Die Beratung selbst ist kostenlos, eventuell fallen Telefongebüh-

ren an. Die Telefonseelsorge steht allen offen, die Sorgen quälen, nicht nur wegen Suchtproblemen (Telefonnummern siehe „Hilfe auf Abruf“).

In Deutschland gibt es rund 1.400 Beratungsstellen, die auf die Beratung bei (drohender) Abhängigkeit von Alkohol, Tabak, Medikamenten, Drogen, anderen Substanzen und Verhaltensweisen (Glücksspiel, Essstörungen) spezialisiert sind. Deren Fachpersonal unterliegt der Schweigepflicht. Die Beratung ist kostenlos. Ein erster Termin kann meist kurzfristig telefonisch vereinbart werden. Auch im Telefonbuch sind die Beratungsstellen zum Beispiel unter Psychosoziale



Beratungsstellen, Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen, Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige zu finden.

Hoher Konsum von Alkohol, Tabak oder Drogen sowie Medikamentenmissbrauch können in der Folge auch zu erhöhten Spannungen zwischen Familienmitgliedern führen oder zu Erziehungsproblemen. Dann können Angebote zur Kinder-, Jugend- und Familienberatung sowie zur Paarberatung helfen. Diese Beratung bieten kommunale Behörden wie Landrats- und Jugendämter an, die freie Wohlfahrtspflege und Kirchen. Die Beratung ist überwiegend kostenfrei.

Behandlung Abhängiger

Suchtkranke Menschen haben ein Recht auf Hilfe. Anspruch und Leistungen sind in verschiedenen Sozialgesetzen verankert:

- Gesundheitsförderung (Gesetze über öffentliche Gesundheit)
- Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit und Sicherung des Lebensunterhaltes (SGB II)
- Behandlung von Krankheit und Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB V und VI)
- Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (SGB IX)
- Führung eines menschenwürdigen Lebens (SGB XII)

(DHS, 2013a, S. 182)

• Suchthilfe

Für Abhängige und Suchtgefährdete gibt es eine Vielzahl medizinischer und sozialer Hilfeangebote. Teils ergänzen sie einander, teils sind sie alternativ zu sehen (DHS, 2013a, S. 183). Die Fachberatungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke verstehen sich auch als Lotsen bei Auswahl und Planung geeigneter Behandlungsangebote (DHS, BAGLS, o. J.).

Weitere Beratung zur gesundheitlichen Versorgung leisten die Gesundheitsämter, die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen und Wohlfahrtsverbände sowie Soziale Dienste in Krankenhäusern.

In Deutschland gibt es zur akuten Behandlung Suchtkranker über 300 spezialisierte Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern mit über 7.500 Plätzen. Für den „qualifizierten“ Entzug, bei dem die Entgiftung mit motivierenden und psychosozialen Leistungen ergänzt wird, gibt es über 2.000 Plätze in 190 Einrichtungen, teils Abteilungen von Fachkrankenhäusern, teils eigene Institute. Rund 8.500 Ärztinnen und Ärzte haben die Befähigung zur Substitution für die Behandlung Opioidabhängiger erworben. Ihre Adressen und die weiterer

niedergelassener Ärzte mit speziellem Fachwissen zu Suchterkrankungen sind bei Krankenkassen und Landesärztekammern zu erfragen. Die Adressen der Landesärztekammern sind über den Pfad „Patienten“ – „Arztsuche“ abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de. Die Kosten der Akutbehandlung übernehmen die Krankenkassen (DHS, 2013a, S. 187f.). Leistungseinschränkungen und -ausschlüsse bestehen allerdings bei vielen Privatversicherten.

Die Entwöhnung kann ambulant oder stationär stattfinden. Für diese Rehabilitationsmaßnahmen gibt es bundesweit 320 stationäre Einrichtungen mit 13.200 Plätzen sowie 400 Einrichtungen, die jährlich etwa 11.000 ambulante Maßnahmen durchführen. Die Kosten der Rehabilitation, die mehrere Wochen oder Monate dauert, übernimmt i. d. R. der Rentenversicherungsträger (DHS, 2013a, S. 193f.).

An Akutbehandlung und Rehabilitation können sich eine Psychotherapie zur Absicherung der Abstinenz sowie eine Nachsorge zur Vermeidung von Rückfällen anschließen. Psychotherapeutische Behandlung findet auch begleitend statt (DHS, BAGLS, o. J.).

• Selbsthilfe

Bundesweit gibt es rund 8.700 Selbsthilfegruppen. Sie sind unter dem Dach der Selbsthilfeverbände organisiert. Zu den größten zählen:

- Blaues Kreuz in Deutschland
www.blaues-kreuz.de
- Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche
www.bke-suchtselbsthilfe.de
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
www.freundeskreise-sucht.de
- Guttempler in Deutschland e. V.
www.guttempler.de
- Kreuzbund
www.kreuzbund.de
- Anonyme Alkoholiker
www.anonyme-alkoholiker.de
- Bundesverband der Elternkreise suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter
www.bvek.org

Die meisten gründeten sich zur Selbsthilfe von Alkoholkranken. Grundsätzlich sind die Gruppen aber offen für alle Suchterkrankungen. In den letzten Jahren nahm die Zahl der Menschen zu, die von Medikamenten abhängig sind. Außerdem suchen Menschen mit Abhängigkeiten von Tabak, illegalen Drogen und anderen, teils nicht substanzbezogenen Süchten Selbsthilfegruppen auf. Etwa jedes zwölfte Gruppenmitglied ist mehrfach abhängig.

Diese Gruppen ergänzen professionelle Hilfe in wertvoller Weise. Zuhören und reden lassen lautet die wichtigste Regel. Der Austausch, teils auch von Ratschlägen, ist oft eine entscheidende Hilfe im Kampf gegen die Krankheit Abhängigkeit. Der Besuch von Selbsthilfegruppen lohnt vor, während, nach oder – falls keine ärztliche Begleitung erforderlich ist – anstatt einer ambulanten oder stationären Behandlung. Fast 90 Prozent der Mitglieder schaffen es (auch) durch die Begleitung der Gruppe, nicht rückfällig zu werden. Zwei Drittel der Rückfälle werden durch die Gruppe wieder stabilisiert (DHS, 2013a, S. 247f.).

Die Verbände schulen Freiwillige speziell für die Leitung der Gruppen. Die Mitglieder einer Gruppe sind gleichberechtigt und sichern sich gegenseitig Vertraulichkeit zu. Alles, was besprochen wird, bleibt in der Gruppe und wird nicht nach außen getragen. Die meisten Gruppen sind für neue Mitglieder offen. Die Teilnahme ist kostenlos.

Selbsthilfegruppen in der Nähe können direkt über die Selbsthilfeverbände, über die Internetseite der DHS www.suchthilfeverzeichnis.de oder über die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, NAKOS, gefunden werden: www.nakos.de

Unterstützung für Angehörige

• Medizinische Hilfe

Die Deutsche Rentenversicherung gibt als Kostenträger als Standard vor, dass Angehörige in die Rehabilitation einbezogen werden müssen. Diese Forderung wird je nach Einrichtung unterschiedlich ausgefüllt. Einige Kliniken für Psychotherapie und Psychosomatik bieten spezielle Gruppen für Angehörige an, meist nach dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker. Das Evangelische Krankenhaus in Bielefeld, Klinik Bethel, bezieht Partner/-innen in die Therapie ein und bietet eigene Paartherapien: www.evkb.de (Rennert, 2012). Das Zentrum für Integrative Psychiatrie der Universität Lübeck führte unter der Bezeichnung CRAFT (Community Reinforcement and Family Training/in deutscher Übersetzung: Stärkung des Umfeldes und Familientraining) eine in den USA bewährte Strategie ein, die die Lebensqualität von Angehörigen verbessern und zugleich die Behandlungsbereitschaft des abhängigen Familienmitgliedes erhöhen soll. Bei der Universität Lübeck sind Zentren zu erfragen, die den CRAFT-Ansatz in Deutschland anbieten: Universität zu

Lübeck, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Dr. Gallus Bischof, E-Mail: Gallus.Bischof@duksh.de

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. ‚buss‘ in Kassel weist auf seiner Internetseite in der Rubrik „Direktsuche“ (bitte das Stichwort „Angehörige“ eingeben) Kliniken aus, die die Angehörigen in die Behandlung des Familienmitglieds einbeziehen:

www.therapieplaetze.de/einrichtung-suchen-direkt.php

Einige Kliniken im Müttergenesungswerk haben spezielle Angebote für Mütter mit einem suchtkranken Familienmitglied. Diese sind am besten zu erfragen unter 030 – 33 00 29 29. Liegt bereits die Diagnose vor, etwa Erschöpfungssyndrom, leitet die „Kliniksuche“ zum speziellen Kurangebot unter:

www.muettergenesungswerk.de

Angehörige selbst haben keinen Anspruch auf eine eigene Behandlung ihrer Belastung durch die Suchterkrankung von Partner/-in, Eltern oder

Kindern. In vielen Fällen führen aber die Sorgen um den Suchtkranken bei den Angehörigen zu psychosomatischen Erkrankungen beziehungsweise zu psychischen Beschwerden wie Depressionen. Die Beratungsstellen (s. o.) nennen Ansprechpartner für Symptome, deren Ursache in der Suchtproblematik liegt.

Eine Kindheit mit alkoholkranken, gewalttätigen Eltern kann zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen, die einer Behandlung bedarf. Anlaufstellen dafür sind:

- Psychosoziale Beratungsstellen
- Niedergelassene psychiatrische und psychologische Psychotherapeuten
- Psychiatrische Klinikambulanzen
- Psychosomatische Rehabilitationskliniken
- Psychiatrische Kliniken

(Zobel, 2008, S. 178f.)

• Selbsthilfe

Die meisten Selbsthilfegruppen sind offen sowohl für Suchtkranke, Angehörige und Interessierte. Daneben bieten die Selbsthilfverbände (siehe S. 95) auch zielgruppenspezifische Angebote an, die dann jeweils nur für Suchtkranke, nur für Angehörige, für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene offenstehen oder für Menschen mit Migrationshintergrund beziehungsweise Aussiedler/-innen (DHS, 2013a, S. 244).

Das CRAFT-Konzept der Universitätsklinik Lübeck findet inzwischen auch Einzug in die Suchtselbsthilfe und bietet besonders an der Schnittstelle zwischen Selbsthilfe und Beratung beziehungsweise Therapie eine hilfreiche Unterstützung für Angehörige (Schneider, 2013, S. 110).

Die Selbsthilfe- und Abstinenzverbände in Deutschland beginnen, Angebote für Angehörige auf- und auszubauen. Die Guttempler, eine der ältesten Abstinenz-Organisationen, wiesen bereits bei ihrer Gründung 1889 auf die Folgen einer Suchterkrankung für die gesamte Familie hin (Schneider, 2013, S. 110). Sie haben eine eigene „Abteilung“ für Kinder: KiM – Kinder im Mittelpunkt. Kindergruppen und Veranstaltungen unter www.kinder-im-mittelpunkt.de

Zusätzlich bauen die Guttempler bundesweit „Familien-Klubs“ nach dem Konzept des kroatischen Psychiaters Vladimir Hudolin auf. Meist nehmen

an den Familien-Klubs Abhängige mit ihren Familien teil. Angehörige können aber auch ohne das abhängige Familienmitglied teilnehmen. Mehr Informationen unter www.familienklubs.de (DHS, 2013e).

Al-Anon ist eine weltweit aktive Selbsthilfegemeinschaft für Familien und Freunde von Alkoholikern. International besteht die Selbsthilfeorganisation seit 50 Jahren, in Deutschland seit 40 Jahren. Für jugendliche Angehörige von Alkoholkranken gibt es unter dem Dach von Al-Anon eigene Selbsthilfegruppen: Alateen. Zusätzlich gibt es spezielle Gruppen für erwachsene Kinder von Alkoholkranken (EKA). Mehr Informationen unter www.al-anon.de

Eltern abhängiger Kinder haben spezielle Angehörigengruppen und Verbände gegründet, zum Beispiel den Bundesverband suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V.: www.bvek.org

Die zentrale Interessenvertretung für Kinder aus suchtbelasteten Familien ist NACOA Deutschland, die Partnerorganisation der amerikanischen National Association for Children of Alcoholics (Nationale Vereinigung für Kinder Alkoholkranker). Über die Homepage können Selbsthilfegruppen wie professionelle Hilfe, auch für stationäre Behandlung, gefunden werden:

www.nacoa.de

Kinder und Jugendliche informiert NACOA auch unter:

www.traudich.nacoa.de



Soziale Unterstützung

Die Jugendämter sind die zentralen Anlaufstellen der Kommunen bei allen Fragen und Problemen rund um Familie, Kinder und Jugendliche. Jugendämter gibt es in jedem Landkreis und in vielen Städten. In manchen Orten hat das Jugendamt abweichende Namen, zum Beispiel „Fachbereich Jugend“ oder „Fachbereich Familie“ in der Stadt- oder Gemeindeverwaltung. Das Jugendamt können Eltern um Information, Beratung und Hilfe bei der Erziehung bitten. Es ist aber gleichermaßen Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche. Sie können sich gerade in Notsituationen beraten lassen und erhalten bei Bedarf auch ein sicheres Dach über dem Kopf vermittelt (Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter, 2011, S. 6).

Zuständigkeiten und Aufgaben der Jugendämter sind bundesweit einheitlich geregelt über das Kinder- und Jugendhilfegesetz im Sozialgesetzbuch VIII.

Eltern, die durch eine Abhängigkeits-erkrankung so belastet sind, dass sie ihre Erziehungsaufgabe nicht zum Wohle des Kindes erfüllen können, haben Anspruch auf Unterstützung. Dies sichert die „Hilfe zur Erziehung“ § 27 im Sozialgesetzbuch VIII. Auf dieser Rechtsgrundlage gewähren das Jugendamt beziehungsweise seine Fachabteilungen wie der Bezirkssozialdienst oder der Allgemeine Soziale Dienst je nach Bedarf unterschiedliche Leistungen:

- Ein Erziehungsbeistand beziehungsweise ein Betreuungshelfer hilft Kindern oder Jugendlichen, Lebensprobleme zu bewältigen. Beide Aufgaben werden durch sozialpädagogische Fachkräfte durchgeführt. Die voraussichtliche Dauer (z. B. 6 Monate oder 1 Jahr) und die wöchentliche Betreuungszeit (z. B. 5 bis zu 30 Stunden) werden vorab in einem Hilfeplan festgelegt. Zu den Kosten müssen Eltern nicht beitragen (Landesarbeitsgemeinschaft Jugendschutz Niedersachsen, 2010; Sozialgesetzbuch VIII).
- Braucht nicht ein Kind oder ein Jugendlicher Unterstützung, sondern die gesamte Familie, ist eine sozialpädagogische Familienhilfe möglich. Familienhelferinnen unterstützen bei der Erziehung und auch bei der Haushaltsführung und der Einteilung des Haushaltseinkommens und geben Anregungen zur sinnvollen Freizeitgestaltung. Sie helfen auch im Kontakt mit Ämtern und Behörden. Die sozialpädagogische Familienhilfe ist in der Regel auf längere Dauer angelegt, als Hilfe zur Selbsthilfe konzipiert und erfordert die Mitarbeit der Familie (Sozialgesetzbuch VIII; Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010).

- Zur weiteren Unterstützung der kindlichen Entwicklung sind darüber hinaus die Erziehung in einer Tagesgruppe möglich, für ältere Kinder auch die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit, für Jugendliche eine intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung sowie für alle Altersgruppen Vollzeitpflege, Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen. Müssen Kinder ihre Herkunftsfamilie verlassen, werden für ihre Zukunft alle Möglichkeiten im Blick behalten. Das Ziel kann sowohl eine Rückkehr zu den Eltern sein, die dauernde Erziehung in einer Pflegefamilie als auch eine andere, auf längere Zeit angelegte Lebensform, die auf ein selbständiges Leben vorbereitet (Sozialgesetzbuch VIII).

Auswahl und Gewährung der Hilfen folgen immer dem Doppelauftrag des Jugendamtes: Eltern unterstützen – Kinder schützen.

Der Anspruch auf Hilfe ist durch Bundesgesetze geregelt. Der Kinderschutz liegt aber jeweils in der Verantwortung der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Daher sind die Verfahren zu den einzelnen Hilfeleistungen in den Kommunen und Landkreisen unterschiedlich.

Zusätzlich zu den Angeboten des Jugendamtes gibt es in den meisten Kommunen Angebote und Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden, Kirchen und freien Trägern für sucht-

belastete Familien und ihre Mitglieder. So betreibt zum Beispiel der Sozialdienst Katholischer Männer in Köln die Kindergruppe MIKADO sowie die Jugendgruppe StandUp speziell für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien (www.skm-koeln.de). Die Lörracher „Villa Schöpflin“ bietet eigene Programme für suchtgefährdete Kinder. Viele der regional entwickelten Programme werden inzwischen bundesweit von anderen Trägern, auch Schulen, übernommen, darunter das Präventionsprojekt gegen Alkohol www.halt.de, das Beratungsprogramm für Cannabis-Konsumenten und -konsumentinnen www.realize-it.org sowie ein Interventionsprogramm gegen problematische Computernutzung www.escapade-projekt.de

FreD, das Konzept zur Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten, richtet sich an riskant konsumierende junge Menschen. Fallen sie den Ordnungsbehörden, der Schule oder im Ausbildungsbetrieb auf, werden sie zur Teilnahme am FreD-Kurs (mehrstündiger gesundheitsbezogener Kurs) motiviert, www.lwl.org/FreD

Um Austausch, Kenntnisse und Koordination der unterschiedlichen Angebote sicherzustellen, sind vielfach spezielle Stadtteiltrunden, fachbezogene Arbeitskreise sowie Kinder- und Jugendforen vor Ort eingerichtet (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 2010, S. 97ff.).

Hilfe auf Abruf

Bundesweite Sucht & Drogen-Hotline

Tel. 01805 313031, täglich 0.00 – 24.00 Uhr

(kostenpflichtig: 0,14 €/Min. a. d. Festnetz,

Mobilfunk max. 0,42 €/Min. Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung

Tel. +49 221 892031, Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr

und Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

(Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters

für Gespräche in das Kölner Ortsnetz.)

BZgA - Telefonberatung zur Rauchentwöhnung

Tel. 0800 8 313131 *, Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr

Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

(* kostenfreie Servicenummer)

Telefonseelsorge

Tel. 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222 (beide kostenfrei)

täglich 0.00 – 24.00 Uhr

Die Telefonseelsorge bietet neben Gesprächen am Telefon auch

einen Austausch per E-Mail und Chat an: www.telefonseelsorge.de

Telefon-Hilfe für Kinder

Notruf-Telefon für Kinder suchtkranker Eltern

Tel. 0800 – 280 280 1 (kostenfrei), Montag – Freitag von 17.00 – 23.00 Uhr

Samstag und Sonntag von 0.00 – 24.00 Uhr

Bundesweites Angebot des Hamburger Vereins Wendepunkt

Kinder- und Jugendtelefon

Tel. 116 111

und

Nummer gegen Kummer e. V.

Tel. 0800 1110333

(beide kostenfrei) Montag – Samstag von 14.00 – 20.00 Uhr

Online-Beratung und Chats für Kinder und Jugendliche

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet eine Informationsseite zu Alkohol, Nikotin und verschiedenen illegalen Drogen, die sich vor allem an Jugendliche wendet (mit Onlineberatung) unter:

www.drugcom.de

Die Seite bietet Links zu einer Online-Beratung zu Alkohol (change-your-drinking) sowie zu einem Beratungs-Programm für Konsumentinnen und Konsumenten von Cannabis:

www.quit-the-shit.net

Die nordrhein-westfälische Präventions-Stiftung Ginko bietet Informationen zu stoff- und nicht stoffgebundenen Süchten sowie eine bundesweite Onlineberatung für Jugendliche unter:

www.ginko-stiftung.de

Die Drogenhilfe Köln bietet mit dem Kölner Verein KOALA e. V. (Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e. V.) Beratung für Kinder und Jugendliche online an:

www.kidkit.de

Außerdem informiert die Drogenhilfe Köln über Partydrogen und bietet Beratung online sowie per E-Mail unter:

www.partypack.de

Das Projekt „mindzone – sauber drauf! Partydrogen – Info und Beratung“ informiert über psychoaktive Substanzen allgemein (u. a. Crystal Meth) und gibt Pillenwarnungen heraus:

www.mindzone.info

Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung bietet Themenchats, speziell auch für Jugendliche mit abhängigen Eltern, unter:

www.bke.de

Online-Hilfe für Raucher und Raucherinnen

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet online ein kostenloses Ausstiegsprogramm mit hilfreichen Tipps und Begleitung per E-Mail an

- für Erwachsene unter:
www.rauchfrei-info.de
- für Jugendliche unter:
www.rauch-frei.info

Hilfe bei Gewalt

Alkohol und andere psychoaktive Substanzen setzen die Hemmschwellen herunter und können aggressiv machen. Familienmitglieder eines abhängigen Angehörigen werden besonders häufig Opfer von Gewalt.

Hilfe für weibliche Opfer häuslicher Gewalt:

Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen
Tel. 08000 – 116 016 (kostenfrei)
Täglich 0.00 – 24.00 Uhr
Unter der zentralen Rufnummer, getragen vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben, erhalten Frauen kostenlos, rund um die Uhr und auf Wunsch anonym Hilfe in allen Fällen von Gewalttaten. Mit Hilfe von Dolmetscherinnen ist eine Beratung in vielen Sprachen möglich. Für Hörgeschädigte und Gehörlose gibt es kostenlos Gebärden- oder Schriftsprachdolmetscher. Auch eine Online-Beratung ist möglich unter:
www.hilfetelefon.de

Im Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff:) sind mehr als 160 Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe zusammengeschlossen.
www.frauen-gegen-gewalt.de

Hilfe für männliche Opfer häuslicher Gewalt:

In Deutschland gibt es erst seit wenigen Jahren Männerhäuser, zum Beispiel in Oldenburg.
www.maennerwohnhilfe.de

In Berlin gibt es eine Zufluchtswohnung für Männer:
www.maennerberatung.de/maennerhaus-kontakt.htm

Für Männer ist die Hemmschwelle besonders hoch, Hilfe als Opfer zu suchen. Rat und Hilfe zum richtigen Verhalten in Konfliktsituationen und gegenüber der Polizei finden Männer auf der Seite des Schweizer Vereins VeV (Verantwortungsvoll erziehende Väter und Mütter):
www.vev.ch

Hilfe für kindliche Opfer häuslicher Gewalt:

Kinder- und Jugendtelefon
116 111
und Nummer gegen Kummer
0800 1110 333
(beide kostenfrei)
Montag – Samstag
von 14.00 – 20.00 Uhr
Die Beratung erfolgt auch per Mail,
Adresse unter:
www.nummergegenkummer.de

In Gewaltfällen, aber auch bei anderen Sorgen und Problemen mit den Eltern sind die Jugendämter zentraler Ansprechpartner. Ihre Adressen sind über die Landratsämter und Kommunalverwaltungen zu erfragen. Die Adressen der Landesjugendämter sind auch über die Homepage ihres Bundesverbandes abzurufen. In Notfällen wird Kindern sofort ein neues Zuhause vermittelt.

www.bagljae.de

Die Orts- und Kreisverbände des Deutschen Kinderschutzbundes helfen Kindern im Falle von Gewalt. Örtliche Adressen sind abzurufen unter:

www.dksb.de



(Selbst-)Hilfe für Angehörige

Das Familientrainings-Programm CRAFT hilft Angehörigen, ihr Leben zu verbessern und unabhängiger zu werden. Es wurde für Alkoholabhängige entwickelt, kann aber auf andere Abhängigkeitserkrankungen übertragen werden.

Angehörige lernen das Verhalten des Abhängigen genau zu beobachten und zu analysieren: Welche äußeren Auslöser führen zum Konsum? Welche inneren Auslöser mag es geben? Welche dieser Auslöser lassen sich durch Vorschläge, sich alternativ zu verhalten, vermeiden? Zum Beispiel indem der Abhängige mit Freunden joggen geht statt in die Kneipe.

Falls Angehörige immer wieder Gewalt erleben, werden die Übergriffe der Abhängigen analysiert und ein genauer Notfallplan erarbeitet. Die Sicherheit der Angehörigen muss gewährleistet sein, bevor weitere CRAFT-Bausteine bearbeitet werden.

Angehörige erhalten ein spezielles Kommunikationstraining, das ihnen hilft, ihre eigenen Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche auszudrücken – ohne Abhängige damit zu provozieren.

Zusätzlich werden sie geschult, gewünschtes Verhalten Abhängiger zu stärken, z. B. durch Belohnungen wie Komplimente, Freundlichkeiten usw. Bei unerwünschtem Verhalten, also Suchtmittelkonsum, wird gegenteilig verfahren: Belohnungen werden konsequent entzogen. Angehörige lernen außerdem, die Auswirkungen des Suchtverhaltens nicht mehr abzumildern, z. B. durch Entschuldigungen etwa gegenüber Verwandten oder dem Arbeitgeber.

Sie lernen auch, ihre eigenen Ziele konsequent zu verfolgen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Bei der Universität Lübeck sind Zentren zu erfragen, die den CRAFT-Ansatz in Deutschland anbieten: Universität zu Lübeck, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Dr. Gallus Bischof, E-Mail: Gallus.Bischof@uksh.de



Informationen zu Substanzen

Alkohol

Wie wirkt Alkohol?

Alkohol wirkt im Körper wie ein Betäubungsmittel. Er wird über die Schleimhäute von Magen und Darm ins Blut aufgenommen und im gesamten Organismus verteilt. Der Stoffwechsel des Menschen wandelt Alkohol in ein Zellgift um, das jedem Organ schadet. Allerdings reagiert jedes Organ unterschiedlich auf Alkohol, am empfindlichsten das Gehirn. Alkohol beeinflusst vor allem die Gehirnzentren, die das Bewusstsein und die Gefühle steuern (DHS, 2012e). Alkohol erweitert die Blutgefäße. Das Herz braucht mehr Kraft, um Blut durch den Körper zu pumpen. Pulsschlag und Atmung erhöhen sich. Die Fähigkeit des Gehirns, die Körpertemperatur zu regeln, wird beeinträchtigt. Der Abbauprozess des Alkohols entzieht dem Körper zudem Wasser (BZgA, 2012, S. 7; DHS, 2012e).

Vom ersten Glas an lässt die Konzentration nach, die Reaktionen werden langsamer, gleichzeitig steigt die Risiko- und Aggressionsbereitschaft.

Mehr Informationen über den Pfad „Informationsmaterial“ – „Factsheets“ unter www.dhs.de

Was ist zu viel?

Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf Alkohol, je nach Alter, Gesundheitszustand, Genen und Stimmung. Für ein Kind können bereits 0,5 Promille tödlich sein (DHS, 2013g). Jemand, der selten Alkohol trinkt, kann schon mit 2 Promille eine Alkoholvergiftung haben. Es ist individuell verschieden, welche Alkoholmenge im Blut zu welchen Symptomen führt.

Doch egal ob jemand viel „verträgt“ oder schnell betrunken wird: Das Zellgift wirkt immer. Der Konsum von Alkohol ist nie risikolos und schädigt die Gesundheit in jedem Fall.

Der Konsum von Alkohol kann nur „risikoarm“ sein. Das bedeutet: Die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Schäden ist gering, aber nicht ausgeschlossen. Für einen risikoarmen Konsum gibt es Grenzwerte. Diese liegen für Männer bei 24 g Alkohol pro Tag. Das sind zwei Gläser Bier (à 0,3 l) oder Wein bzw. Sekt (à 0,15 l). Für Frauen liegen die Grenzwerte bei der Hälfte, also einem Glas Bier (à 0,3 l) oder Wein bzw. Sekt (à 0,15 l). Selbst bei diesem maßvollen Konsum sollten mindestens zwei Tage pro Woche alkoholfrei bleiben, um das Gesundheitsrisiko des Nervengiftes Alkohol klein zu halten (DHS, 2013f). Konsum oberhalb dieser Grenzwerte ist risikant. Die Auswirkungen, mit denen dann gerechnet werden muss, beschreiben die folgenden Abschnitte.

Promille und ihre Folgen

Die Alkoholmenge im Blut wird in Promille angegeben. Ein Gramm Alkohol pro 1.000g Blut sind ein Promille. Im Folgenden werden Werte für Erwachsene angegeben, die nur zur Orientierung dienen. Die tatsächliche Reaktion ist je nach Alter, Körpergewicht und Stimmung verschieden.

0,2 Promille

Wahrnehmung, Gefühle und Verhalten verändern sich. Konzentrationsvermögen und Bewegungskoordination sinken, der Hang zu weiterem Alkoholkonsum steigt.

0,5 Promille

Reaktionen werden langsamer, Geschwindigkeiten falsch eingeschätzt, die Risikobereitschaft steigt.

0,8 Promille

Reaktionen sind deutlich verlangsamt. Gleichgewichtssinn wie Konzentrationsfähigkeit sind gestört. Es kommt zum „Tunnelblick“ und zur Enthemmung.

1,0 Promille

Das Rauschstadium beginnt. Gleichgewichts-, Seh- und Sprachstörungen treten auf (Torkeln, Lallen). Die Bereitschaft zur Aggression steigt.

2,0 Promille

Das Betäubungsstadium setzt ein, es kommt zu Gleichgewichtsstörungen, Erbrechen, Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung.

3,0 Promille

Die schwere, akute Alkoholvergiftung beginnt. Es kommt zu Gedächtnisverlust, Bewusstlosigkeit oder Tiefschlaf und Verlust der Körperreflexe.

ab 4,0 Promille

Es kommt zu Lähmungen, der Mensch fällt ins Koma. Durch Atemstillstand oder das Einatmen von Erbrochenem kann spätestens ab 4 Promille der Tod eintreten.

(DHS, 2013g; BZgA, 2012a)

• Allgemeine Auswirkungen riskanten Konsums

Körperliche Folgen: Zu den sichtbaren Folgen regelmäßigen riskanten Konsums zählen zum Beispiel die Veränderungen der Haut mit sogenannten Gefäßsternchen, das gerötete Gesicht und der vergrößerte Bauchumfang, nicht nur beim „Bierbauch“ (Kutschke, 2012, S. 74). Ein Gramm Alkohol enthält 7 Kilokalorien (kcal) und damit nur etwas weniger als ein Gramm Fett mit 9 kcal. Nimmt der Körper mehr Kalorien auf, als er verbraucht, erhöht das seinen Fettgehalt. Gleichzeitig bewirkt Alkohol, dass körpereigenes Fett langsamer abgebaut wird. Außerdem erzeugt Alkohol ein Hungergefühl. Es wird mehr gegessen, als der Körper ohne Alkohol bräuchte. Folge: Kalorien und damit Kilos sammeln sich an (BZgA, 2012a, S. 4).

Alkohol führt jedoch auch zu zahlreichen nicht sichtbaren körperlichen Folgen. Die Leber trägt die Hauptlast beim Abbau des Alkohols im Körper. Das Zellgift tötet Leberzellen. Auf lange Sicht kann dies zur Leberzirrhose führen. Diese unheilbare Zerstörung des lebenswichtigen Organs kann sogar bei geringen, aber täglich konsumierten Alkoholmengen eintreten.

Bei riskantem Konsum kommt es praktisch in jeder Zelle des Körpers, in Geweben und Organen zu Schädigungen. Alkohol ist für rund 60 verschiedene Krankheiten verantwortlich (siehe S. 112 „Krankheitsursache Alkohol“).

Wird auf einmal zu viel Alkohol getrunken, kommt es zur Alkoholvergiftung, die ins Koma und im Extremfall zum Tod durch Atem- und Herzstillstand führt (BZgA, 2012, S. 4). Im Jahr 2001 wurden bundesweit 61.295 Menschen mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert, zehn Jahre später, 2012, waren es fast doppelt so viele: 121.595. Die meisten Alkoholvergiftungen gab es unter 15- bis 25-Jährigen sowie 40- bis 55-Jährigen (Statistisches Bundesamt, 2013).

Bei chronischem Alkoholmissbrauch verkürzt sich die Lebenserwartung um durchschnittlich 23 Jahre (Statistisches Bundesamt, 1998).



Psychische Folgen: In geringen Dosen wirkt Alkohol anregend und euphorisierend. In höheren Dosen macht er aggressiv (siehe Kapitel 4, S. 83 „Gewalt und Alkohol“). In jedem Fall senkt er normalerweise bestehende Hemmschwellen für riskantes Verhalten (z. B. auch beim Autofahren oder der Verhütung). Riskanter Alkoholkonsum kann

zu Stimmungsschwankungen, Angstzuständen, Depressionen und zur Suizidgefährdung führen (DHS, 2012f). Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol wurde im Jahr 2011 als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 338.400 Behandlungsfällen diagnostiziert (DHS, 2013g).

• Spezielle Auswirkungen riskanten Konsums auf ...

... Männer

Alkohol senkt den Testosteronspiegel und beeinträchtigt damit die Erektionsfähigkeit (BZgA, 2012a, S. 10). Sexuelle Probleme können die Folge sein. Außerdem schädigt zu hoher Alkoholkonsum die Samenqualität, so dass ein Kinderwunsch eventuell unerfüllt bleibt.

Riskanter Alkoholkonsum erhöht das Risiko einer Krebserkrankung beträchtlich. Während von abstinenter lebenden Männern 14 von 100.000 an Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Leberkrebs erkranken, sind es bei Männern, die täglich 40 g Alkohol konsumieren, dreieinhalbmal so viele, nämlich 50 von 100.000. 40 g Alkohol entsprechen etwa einem Liter Bier oder 0,5 Liter Wein mit einem durchschnittlichen Alkoholgehalt (Anderson, Baumberg, 2006, S. 153).

Männer „vertragen“ Alkohol scheinbar besser, weshalb sie häufig sorgloser mit dem Zellgift umgehen. Tatsächlich erleiden sie schwere Gesundheitsschäden durch ihren Alkoholkonsum, wie die Statistik zeigt. Die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist bei Männern der häufigste Behandlungsanlass in Krankenhäusern (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). Männer werden außerdem zwei- bis dreimal häufiger mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert als Frauen. Jeder vierte Mann in Deutschland, der im Alter von 35 bis 65 Jahren stirbt, stirbt an den Folgen seines Alkoholkonsums (DHS, 2012f).

Gesunde Männer dürfen auf 77 Lebensjahre hoffen, während alkoholabhängige durchschnittlich mit 58 Jahren sterben, ermittelte 2012 eine Studie der Universität Greifswald (Völker, 2012).

Krankheitsursache Alkohol

Regelmäßiger Alkoholkonsum führt zu rund 60 Krankheiten, darunter:

- Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems
- Magenschleimhautentzündung bis zum Magengeschwür
- Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Leberentzündung bis zur Leberzirrhose
- Nierenschäden
- Krebs, besonders Darm-, Mund- und Speiseröhren- oder Lungenkrebs, Brust- und Gebärmutterhalskrebs
- Störungen des Immunsystems
- Krankheiten des Knochenbaus
- Krankheiten der Muskulatur
- Stoffwechselstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten
- Fortpflanzungsschwierigkeiten
- Geistige Störungen, zum Beispiel Alzheimer oder Korsakow-Syndrom: Merkfähigkeitsstörung, Desorientiertheit, Passivität und Auffassungsstörungen des Kurzzeitgedächtnisses

Diese Erkrankungen können Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit als Ursache haben. Sie können aber auch andere Gründe haben. Ein Rückschluss von der Erkrankung auf riskanten Alkoholkonsum ist ohne weitere Anhaltspunkte nicht möglich (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013b; DHS, 2012f; Kutschke, 2012, S. 72ff.).



... Frauen

Frauen reagieren empfindlicher auf Alkohol als Männer. Ihr Körper enthält weniger Wasser und hat damit weniger Flüssigkeit, um Alkohol zu „verdünnen“. Außerdem ist die Leber kleiner und hat darum weniger Enzyme, die Alkohol abbauen. Dadurch spüren Frauen die Wirkung des Zellgiftes früher als Männer.

Riskanter Alkoholkonsum stört den Reifungsprozess des Eis und gefährdet damit die Fruchtbarkeit. Eisprung und Monatsblutung können vorzeitig ausbleiben.

Bei Frauen erhöht sich besonders das Risiko für Speiseröhren-, Magen-, Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs (Anderson, Baumberg, 2006, S. 153; DHS, 2013f). Frauen erleiden durch Alkohol außerdem schneller als Männer Gefäßschädigungen und Organschäden in Leber und Gehirn (DHS, 2004).

Während gesunde Frauen eine Lebenserwartung von 85 Jahren haben, sterben alkoholabhängige Frauen im Durchschnitt mit 60 Jahren (Völker, 2012).

... ungeborene Kinder

Der Fötus ist über Plazenta und Nabelschnur mit dem Kreislauf der Mutter verbunden. Eine dünne Haut in der Plazenta hält viele schädliche Stoffe und Krankheitserreger von dem Embryo fern. Doch Alkohol kann diese Schranke passieren (Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur, o. J.).

Alkohol greift die Organe und Nerven des Ungeborenen direkt an. Besonders gefährdet ist der Embryo in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft, in denen sich Organe und Gliedmaßen ausbilden. Wird der Embryo durch Alkohol in dieser Zeit geschädigt, ist mit einer Fehlgeburt zu rechnen.

In Deutschland werden jährlich rund 10.000 Kinder geboren, die durch den Alkoholkonsum ihrer schwangeren Mütter gesundheitliche Schäden erlitten (NACOA, 2013). Von ihnen kommen rund 4.000 Babys mit einer voll ausgebildeten Alkoholembyopathie zur Welt (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, 2013, S. 14). Diese Kinder sind auffallend klein und untergewichtig, bei ihnen können fast alle Gehirnfunktionen gestört sein. Das bedeutet: Die Kinder haben schwere körperliche und geistige Behinderungen.

Die weiteren 6.000 Babys können auch eine Schädigung ihres zentralen Nervensystems aufweisen, jedoch mit leichteren Ausprägungen. Hier spricht man von „fetalen Alkoholeffekten“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, 2013, S. 14). Diese Kinder sind leicht abzuweichen und konzentrationschwach, ihr logisches Denken, aber auch ihre Phantasie sind schwächer entwickelt als bei gesunden Kindern und ihre Sprachentwicklung kann verzögert sein. Auch Hyperaktivität oder eine unangemessene Anhänglichkeit gegenüber Fremden können die Folgen von Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft sein.

Alkoholbedingte Schäden können durch gezielte Förderung des Kindes gemildert werden. Sie sind jedoch nicht heilbar. Die in der Schwangerschaft angelegten körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklungsstörungen lassen sich niemals gänzlich auffangen.

Alkohol geht auch in die Muttermilch über. Die Milch erreicht annähernd den gleichen Alkoholgehalt wie Blut und Gewebe der Mutter. Die Leber des Säuglings kann Alkohol jedoch nur schwer abbauen. Vor allem die Reifung seines Gehirns kann behindert werden.

Es gibt keine Grenzwerte, unterhalb derer ein Alkoholkonsum der Mutter während Schwangerschaft und Stillzeit für das Kind unbedenklich wäre. Für Kinder ist die Abstinenz der Mutter der beste Schutz: am besten ab dem Zeitpunkt des Kinderwunsches, bei einer unerwarteten Schwangerschaft ab deren Nachweis.



... Kinder und Jugendliche

Das Gehirn reift ca. bis zum 20. Lebensjahr. In dieser Lebensphase ist es besonders anfällig für Schädigungen durch Alkohol. Außerdem kann der jugendliche Körper das für Alkoholabbau verantwortliche Enzym noch nicht in ausreichendem Maße herstellen. Jugendliche haben also eine noch höhere Wahrscheinlichkeit, eine der in den vorigen Abschnitten genannten Auswirkungen zu erleiden, als Erwachsene. Zugleich ist ihr Risiko, sich auf einen riskanten Alkoholkonsum einzulassen, aus vielerlei Gründen höher. Sie sind in der „Probierphase des Lebens“ – versuchen sich also grundsätzlich an vielem. Gleichaltrige sind in dieser Entwicklungsphase besonders wichtig. Ist es in der „Peer-Group“ der Gleichaltrigen besonders angesehen, Alkohol zu „vertragen“, können Jugendliche diesem Druck schwerer standhalten als in anderen Altersphasen mit größerem Selbstbewusstsein. Zu allen Zeiten gab es „Modegetränke“. Unter Jugendlichen besonders beliebt sind derzeit Alkopops. Diese Designer-

drinks setzen sich aus Spirituosen wie Wodka oder Whiskey und Limonaden, Fruchtsäften und anderen gesüßten Getränken zusammen. Früher gab es sie nur in der Form frisch gemischter Cocktails, heute fertig zu kaufen. Die Mischung aus Zucker, Kohlensäure und Alkohol hat besonders fatale Folgen. Zucker und Kohlensäure führen zu einer schnelleren Aufnahme des Alkohols im Blut. Vor allem der Zucker überdeckt den Geschmack des Alkohols. Damit erhöht sich die Gefahr, zu schnell zu viel zu trinken – ohne es zu merken.

Neben den Alkopops sind Biermischgetränke besonders riskant. Sie bergen dieselbe Gefahr: Der fruchtig-süße Geschmack verleitet, mehr zu trinken und den Alkoholgehalt zu unterschätzen. Ein Beispiel: Eine übliche 0,33-Liter-Flasche Bier mit Curuba-Geschmack hat 4,8 Volumenprozent Alkohol, das sind 13 Gramm reiner Alkohol. Trinkt ein Mädchen mit einem Körpergewicht von 48 Kilogramm die auf Partys durchaus üb-

liche Menge von zwei Flaschen dieses Biers binnen zwei Stunden, hat es etwa 26 Gramm reinen Alkohol im Blut und damit knapp 1 Promille, also einen Rausch (DHS, 2004; BZgA, 2012a).

Junge Menschen zwischen 15 und 20 Jahren werden über alle Altersgruppen hinweg am häufigsten mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert: Bei den 10- bis 15-Jährigen überwiegt seit dem Jahr 2007 die Zahl der Mädchen mit Alkoholvergiftung die der Jungen. 2011 erlitten diese 2.156 Mädchen und 2.018 Jungen (Drogenbeauftragte, 2013, S. 22) zwischen 10 und 15 Jahren.

Alkoholkonsum im Kindesalter beschleunigt die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Kinder, die mit 12 Jahren regelmäßig Alkohol trinken, haben als Erwachsene eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, alkoholkrank zu sein, wie gleichaltrige abstinent lebende.

Alkohol macht „lockerer“ – auch bei der Verhütung. Für Jugendliche sind die Folgen besonders fatal. Schwangerschaft überfordert den pubertierenden jungen Mädchenkörper grundsätzlich. Ist das Becken noch

nicht entwickelt genug, sind Komplikationen bei der Geburt programmiert. Zu früh Verantwortung für ein Kind übernehmen zu müssen, kann junge Mütter wie Väter überfordern. (Folgen für das Kind, siehe S. 113 „.... ungeborene Kinder“.)



... ältere Menschen

Im Alter sinkt der Wasseranteil im Körper, dadurch wird konsumierter Alkohol weniger „verdünnt“. Außerdem benötigt die Leber mehr Zeit, um Alkohol abzubauen. Der Alkoholpegel steigt rascher. Zudem geht die Fähigkeit des Körpers, Sauerstoff aufzunehmen, im Alter zurück. Verbrauchen dann die Nervenzellen auch noch 80 Prozent ihres Zellsauerstoffs, um Alkohol abzubauen, steht für den Körper insgesamt zu wenig zur Verfügung. Alkohol kann die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit, die im Alter sowieso zurückgeht, weiter schmälern.

Zugleich steigt das Risiko, Unfälle und Stürze zu erleiden. Ältere Menschen können diese weniger gut abfangen, damit können diese zu schwerwiegenden Folgen führen als bei jüngeren Menschen. Das Risiko eines Sturzes erhöht sich bei 90 Kilo schweren Männern bereits ab 0,3 Liter Wein, bei 60 Kilo schweren Frauen ab 0,25 Liter Wein mit durchschnittlichem Alkoholgehalt. Denn mit dieser Menge erreichen beide etwa 0,2 Promille, und damit die Grenze, ab der die Koordinationsfähigkeit ab- und die Stolpergefahr zunimmt. Ab 0,8 Promille ist der Gleichgewichtssinn gestört.

Bestehen chronische Krankheiten wie Bluthochdruck, Osteoporose, Herzschwäche oder Arteriosklerose, schädigt Alkohol den angegriffenen Körper noch stärker. Zudem werden bei solchen Erkrankungen regelmäßig Medikamente eingenommen. Zwischen den Wirkstoffen vieler Medikamente und Alkohol kann es zu gefährlichen Wechselwirkungen kommen.

Gerade Senioren müssen oft viel verkraften, zum Beispiel den Verlust geliebter Menschen. Viele bedrückt es auch, immer unbeweglicher zu werden. Wird aus Kummer Alkohol getrunken, ist die Gefahr besonders hoch, vom Konsum in Missbrauch und Abhängigkeit zu geraten (DHS, 2013b; DHS, 2013f). Mehr Informationen unter:

www.unabhaengig-im-alter.de

Tabak

Tabak wird sowohl die gesamte Tabakpflanze genannt als auch ihre Blätter, die zum Rauchen aufbereitet wurden. Hauptbestandteil der Blätter ist die alkalische, stickstoffhaltige organische Verbindung Nikotin.

Wie wirkt Tabak?

Das Pflanzengift gelangt über die Lunge ins Blut und erreicht wenige Sekunden nach einem „Lungenzug“ das Gehirn. Dort setzt es eine Vielzahl von Botenstoffen frei. Diese wirken auf das zentrale Nervensystem anregend und über das vegetative Nervensystem zugleich beruhigend. Herzfrequenz und Blutdruck steigen, Hautwiderstand und Hauttemperatur sinken. Nur zehn Prozent des Nikotins werden über den Urin ausgeschieden. Die restlichen 90 Prozent werden langsam auf anderen Stoffwechselwegen abgebaut, vor allem über die Leber.

Das Gehirn wird beim Rauchen veranlasst, das Glückshormon Dopamin auszuschütten. Rauchende bekommen das Gefühl, sich mit jeder Zigarette selbst zu belohnen. Lässt die Wirkung nach, setzen Entzugerscheinungen ein, und damit das Verlangen nach der nächsten Zigarette. Für das hohe Potenzial, abhängig zu machen, ist vor allem das Nikotin verantwortlich. Das Nikotin macht so schnell abhängig wie andere Alkaloide, zum Beispiel Kokain oder Morphin (DHS, 2013i).

Zusätzlich setzt die Gewöhnung ein, in bestimmten Situationen zu rauchen: etwa in einer Arbeitspause oder beim Warten auf den Bus. Rauchen macht also über die Wirkungen des Nikotins und über den Gewöhnungseffekt abhängig. Fast 15 Millionen Deutsche rauchen, von ihnen sind rund 12,5 Millionen regelmäßige und über 1,6 Millionen starke Raucher/-innen (Statistisches Bundesamt, 2010).

• Allgemeine Auswirkungen des Aktiv- und Passivrauchens

Das Nikotin ist vor allem für die Suchterzeugung verantwortlich. Doch die Gesundheit gefährdet der Tabakrauch insgesamt. Im Tabakrauch wurden bislang über 4.800 chemische Stoffe nachgewiesen, von denen circa 200 giftig sind und etwa 70 krebserregend (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008).

Die Giftstoffe im Tabak fördern die Verengung und Verkalkung der Blutgefäße (Arteriosklerose). Durch die Verengung der Herzkranzgefäße erhöht sich das Risiko eines Herzinfarktes und Schlaganfalles. In den Beinen führt die schlechtere Durchblutung häufig zu Blutgerinnseln (Thrombosen) oder zum Gewebeerfall („Raucherbein“).

Besonders eng ist der Zusammenhang zwischen Rauchen und Tumoren der Bronchien bzw. der Lunge, des Kehlkopfes, der Mundhöhle sowie der Speiseröhre. Rund 80 bis 90 Prozent der Menschen, die an diesen Krebsarten starben, rauchten. Das Risiko,

an Krebs zu erkranken, verdoppelt sich für Rauchende grundsätzlich. Auch passive Raucher/-innen haben ein höheres Risiko, insbesondere für Lungenkrebs, koronare Herzkrankheiten, Schlaganfall oder chronische Lungenerkrankungen.

Rauchen schädigt auch die Atmungsorgane. Langjähriges Rauchen verursacht chronische Bronchitis (Raucher-Husten), zum Teil mit bleibender Verhärtung der Bronchien und stetiger Atemnot, sowie ein Lungenemphysem. Bei dieser Erkrankung sind viele Lungenbläschen geplatzt, andere übermäßig erweitert. In der Folge kann die Lunge nicht mehr genug Sauerstoff aufnehmen.

Weitere Folgen des Rauchens können sein: nachlassende Sehkraft, erhöhte Infektanfälligkeit, vorzeitige Alterung der Haut, Rückenschmerzen, Zahnfleischentzündungen (Parodontitis), Zahnbeläge, Mundgeruch sowie schlechtere Wundheilung.



Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit und die wesentliche Ursache für vorzeitige Todesfälle. Jährlich sterben in Deutschland etwa 100.000 – 120.000 Menschen an den direkten Folgen des Rauchens. Durchschnittlich verlieren starke Raucher/-innen über zehn Jahre ihrer Lebenserwartung. Mehr als die Hälfte aller regelmäßigen Raucher und Raucherinnen stirbt vorzeitig (DHS, 2013a).

Drei Viertel des Rauchs einer Zigarette gelangen ungefiltert in die Luft. Menschen in der Nähe werden so gezwungen, passiv mitzurauchen.

Passivrauchen erhöht das Risiko für Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Nichtraucherinnen um 35 bis 40 Prozent (www.rauchfrei-info.de). Durch Passivrauchen sterben nach Analyse des Deutschen Krebsforschungszentrums in Deutschland jedes Jahr rund 2.150 Menschen an einer koronaren Herzkrankheit und über 770 Nichtraucher/-innen an Schlaganfall (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2013a).



• Spezielle Auswirkungen auf ...

... Männer

Rauchen kann den Blutfluss in den Genitalien vermindern. Bei längerem Zigarettenkonsum können die feinen Blutgefäße geschädigt werden, die für eine Durchblutung der Genitalien sorgen. Dadurch erhöht sich das Risiko von Erektionsstörungen (BZgA, 2013b). Außerdem schädigt Rauchen die Qualität der Spermien. Ein Kinderwunsch kann daher unerfüllt bleiben (Benner, 2013).

... Frauen

Rauchen senkt vermutlich den Östrogenspiegel. Dies kann das Heranreifen der Eizellen verhindern. Außerdem wird die Gebärmutter-schleimhaut so verändert, dass die Beweglichkeit der Samenzellen beeinträchtigt wird. Ein Kinderwunsch bleibt eventuell unerfüllt (Benner, 2013).

Für Raucherinnen, die mit „der Pille“ verhüten, steigt das Risiko eines Herzinfarktes auf das 20-Fache gegenüber Nichtraucherinnen. Denn die Kombination beider Stoffe erhöht die Wahrscheinlichkeit von Blutgerinnseln (Thrombosen). Kommt es in einem Herzkranzgefäß zu einem Blutgerinnsel, kann dies zum Herzinfarkt führen (DHS, 2012b; DHS, 2013i; DHS, 2013c, S. 15).

... ungeborene Kinder

Aktiv- und Passivrauchen während der Schwangerschaft erhöhen die Gefahr einer Fehl-, Früh- oder Totgeburt. Nikotin und Kohlenmonoxid im Körper der werdenden Mutter behindern die Nähr- und Sauerstoffversorgung des Embryos. Dadurch kann sich dessen Lunge häufig nicht vollständig entwickeln. Das Kind ist anfälliger für Allergien und asthmatische Erkrankungen. Häufig ist auch das Geburtsgewicht zu niedrig.

... Kinder und Jugendliche

Bei Säuglingen, die zwangsweise über Muttermilch oder Passivrauchen Nikotin aufnehmen, ist das Risiko eines plötzlichen Kindstods oder von Entwicklungsstörungen überdurchschnittlich hoch. Verschlucken Babys oder Kleinkinder Tabak, besteht Lebensgefahr. Passiv rauchende Kinder sind insgesamt krankheitsanfälliger, besonders für Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (z.B. Bronchitis, Asthma).

Die meisten Menschen beginnen im Jugendalter zu rauchen. Während der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung feststellt, dass Rauchen bei Jugendlichen nicht mehr im Trend liegt, äußert sich das Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2013 zurückhaltender.

Je nach Altersspanne, Befragungsinstrument und Antwortenden (Eltern von Jugendlichen oder Jugendliche selbst) der Studie schwankt die Quote der Rauchenden zwischen sechs und 34 Prozent.

Den niedrigsten Wert mit sechs Prozent ermittelte die HBSC-Studie der Weltgesundheitsorganisation unter 11- bis 15-Jährigen, den höchsten von 34 Prozent die europäische ESPAD-Studie des Instituts für Therapie-forschung, München, unter 15- bis 16-Jährigen (DHS, 2013a, S. 77 und S. 79).



... ältere Menschen

Rauchen lässt vorzeitig altern. Zudem belastet es Ältere besonders stark, vor allem wenn bereits chronische Erkrankungen wie Diabetes oder Risikofaktoren wie Bluthochdruck vorliegen. Ein Beispiel: Rauchen erhöht das Osteoporose-Risiko für Jung und Alt, Mann und Frau. Aber Frauen nach den Wechseljahren sind doppelt gefährdet. Das Absinken des Östrogenspiegels fördert den Knochenabbau, Nikotin beschleunigt dies zusätzlich.

Die gute Nachricht: Selbst nach Jahrzehnten des Rauchens profitieren auch Senioren von den Vorteilen des Rauchstopps. Das Atmen fällt sofort wieder leichter und sie werden leistungsfähiger.

Nach langer Abhängigkeit kann ein Rauchstopp zu Entzugssymptomen führen. Diese können Nikotinpräparate wie Pflaster oder Kaugummis lindern. Doch bei einigen Krankheiten, vor allem nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall, sollten Nikotinprodukte nur mit ärztlicher Begleitung angewendet werden.

Der Anteil der Rauchenden geht in der Altersklasse über 60 Jahren deutlich zurück (Statistisches Bundesamt, 2010). Da Rauchen meist in jüngeren Jahren begonnen wird, ist dieser Rückgang auch vor dem Hintergrund tabakbedingter Erkrankungen und vorzeitiger Todesfälle zu verstehen (DHS, 2013a, S. 77).

• Irrglaube: Rauchalternativen

„Leichte“ Zigaretten, Kräuterzigaretten, elektrische Zigaretten: Viele Produkte sollen der Werbung nach weniger gesundheitsschädlich sein als herkömmliche Zigaretten. Meist ist das Gegenteil der Fall.

„Leichte“ Zigaretten

Bei sogenannten leichten Zigaretten gleichen Rauchende den geringeren Nikotinanteil erfahrungsgemäß durch einen höheren Konsum und tieferes Inhalieren aus. Dieses tiefere Inhalieren wird für Formen des Lungenkrebses verantwortlich gemacht, die als besonders schwer behandelbar gelten. Deshalb sind in der EU seit 2003 Bezeichnungen wie „leicht“, „light“ oder „mild“ für Zigaretten verboten.

Kräuterzigaretten

Kräuterzigaretten sind zwar tabak- und nikotinfrei, doch auch sie haben gesundheitsschädliche Inhaltsstoffe. Beim Rauchen entsteht in etwa die gleiche Kohlenmonoxid-Konzentration wie bei herkömmlichen Zigaretten. Das bedeutet: Auch diese Zigaretten mindern die Sauerstoffversorgung des Körpers.

E-Zigaretten

Seit 2011 sind elektrische Zigaretten (E-Zigaretten) erhältlich. Diese sehen Tabakzigaretten ähnlich, doch statt Tabak wird eine verdampfte Flüssigkeit inhaliert. Diese Flüssigkeiten unterliegen keinerlei Regulierung oder Qualitätskontrolle. Zu den Hauptbestandteilen zählen meist Nikotin, häufig weitere giftige Substanzen, in Ausnahmefällen sogar verschreibungspflichtige Medikamente (www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/elektrische-zigaretten/).

Häufig wird Glycerin zugesetzt. Bei den hohen Temperaturen des Verdampfens kann daraus Acrolein entstehen, ein giftiger, krebserregender Stoff. In E-Zigaretten aus dem Ausland wurden zusätzliche Substanzen wie das Potenzmittel Tadalafil gefunden, dessen Einnahme für Herz-Kreislauf-Patienten riskant sein kann, sowie der Appetitzügler Rimonabant. In der EU wurde Rimonabant wegen psychiatrischer Nebenwirkungen vom Markt genommen, in den USA erhielt es keine Zulassung, da es das Suizidrisiko erhöhe (Andresh, 2013).

Die flüchtigen organischen Inhaltsstoffe gehen aus dem Dampf der E-Zigarette in die Raumluft über. Somit schädigen die krebserregenden und süchtig machenden Substanzen aus E-Zigaretten auch Passivrauchende (Andresh, 2013).

Wasserpfeife

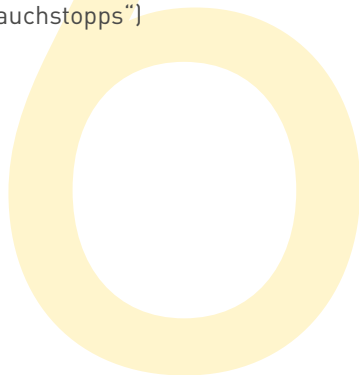
Die vermutlich in Indien entwickelte Wasserpfeife (Shisha) eroberte über Jahrhunderte den gesamten Orient und viele Mittelmeer-Anrainer. Seit einigen Jahren ist sie auch in Europa verbreitet. Viele halten die Shisha für die „gesündere Art“, zu rauchen. Das ist sie nicht. Beim Shisha-Rauchen wird mehr Nikotin aufgenommen als bei normalen Zigaretten. Der Tabak wird in der Wasserpfeife nicht verbrannt, sondern bei niedrigen Temperaturen nur verschwelt. Dabei entstehen aus dem zugesetzten Zucker und Sirup krebserzeugende und schleimhautreizende Stoffe. Auch aus den Feuchthaltemitteln, die dem Wasserpfeifentabak zugesetzt werden, können bei Erhitzung giftige und krebserzeugende Substanzen entstehen, zum Beispiel Arsen, Chrom und Nickel. Über den Rauch von Wasserpfeifen werden zum Teil größere Schadstoffmengen aufgenommen als über filterlose Zigaretten. Dies gilt insbesondere für Teer und Kohlenmonoxid.

Über das oft gemeinsam benutzte Mundstück der Shisha werden zudem ansteckende Krankheiten übertragen wie Lippenbläschen (Herpes), Gelbsucht (Hepatitis) und die Lungenkrankheit Tuberkulose. Mehr Informationen unter: www.rauch-frei.info (BZgA, 2013c; 2013d)

• Vorteile des Rauchstopps

Wer nicht mehr raucht, spürt es sofort: Der Atem wird tiefer und freier. Auch das Essen schmeckt besser. Tatsächlich reagiert der ganze Körper auf die Befreiung vom Nikotin. Dies belegt eine kalifornische Studie von 2012. Danach sank nach Rauchverboten in der Öffentlichkeit binnen kürzester Zeit die Zahl der Krankenhauseinweisungen: wegen Herzinfarkt durchschnittlich um 15 Prozent, wegen Schlaganfällen um 16 Prozent und wegen Lungenkrankheiten um 24 Prozent (US-Studie: Rauchverbot erspart vielen das Krankenhaus, Der Spiegel vom 20.10.2012).

Eine britische Langzeit-Studie zeigt: Wer zu rauchen aufhört, schenkt sich Lebenszeit. Wer mit 30 Jahren zu rauchen aufhört, erhöht seine Lebenserwartung um zehn Jahre. Selbst ein Rauchstopp mit 60 Jahren schenkt statistisch drei Jahre mehr Leben (Preuk, 2012). (Siehe auch Kasten „Die Vorteile des Rauchstopps“)



Die Vorteile des Rauchstopps

Ein Rauchstopp lohnt sich, selbst wenn Sie bereits seit vielen Jahren rauchen. Die amerikanische Krebsgesellschaft hat die kurz- und langfristigen Vorteile eines Rauchstopps untersucht und folgende Übersicht zusammengestellt.

Nach 20 Minuten:

Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.

Nach 12 Stunden:

Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt, der Sauerstoffpegel steigt auf normale Höhe.

Nach 2 Wochen bis 3 Monaten:

Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.

Nach 1 bis 9 Monaten:

Die Hustenanfälle, Verstopfung der Nasennebenhöhlen und Kurzatmigkeit gehen zurück. Die Lunge wird allmählich gereinigt, indem Schleim abgebaut wird. Die Infektionsgefahr verringert sich.

Nach einem Jahr:

Das Risiko für eine koronare Herzkrankheit sinkt auf die Hälfte des Risikos eines Rauchenden.

Nach 5 Jahren:

Das Risiko für eine Krebserkrankung in der Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre und Harnblase sinkt auf die Hälfte; das Gebärmutterhalskrebs-Risiko ist nicht mehr höher als bei Nichtrauchenden. Auch das Schlaganfall-Risiko kann bereits nach zwei bis fünf Jahren auf das eines Nichtrauchers sinken.

Nach 10 Jahren:

Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, verringert sich etwa um die Hälfte. Auch die Risiken für Krebserkrankungen an Kehlkopf und Bauchspeicheldrüse gehen zurück.

Nach 15 Jahren:

Das Risiko eines Herzinfarkts ist nicht mehr höher als bei einem lebenslangen Nichtrauchenden.

(American Cancer Society, 2014)

Medikamente

In Deutschland sind 91.411 zugelassene Arzneimittel auf dem Markt. Rund 26.500 Mittel sind frei verkäuflich. Sie werden in Supermärkten, Drogerien und Apotheken angeboten. Dazu zählen zum Beispiel Stärkungsmittel sowie Vitamin- und Mineralstoffpräparate. Über 19.100 Arzneimittel dürfen ohne Rezept, aber nur in Apotheken verkauft werden, zum Beispiel leichte Schmerz- und Schlafmittel. Gut 44.640 Medikamente sind verschreibungspflichtig. Sie werden ausschließlich in Apotheken gegen Vorlage eines Rezeptes abgegeben. Rund 1.050 Arzneimittel dürfen nur auf einem speziellen Betäubungsmittelrezept verordnet werden, dazu zählen starke Schmerzmittel.

Von den rezeptpflichtigen Medikamenten können vier bis fünf Prozent abhängig machen. Dazu zählen zum Beispiel (in alphabetischer Reihenfolge):

- Antidepressiva
- Appetitzügler
- Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel)
- Diuretika
- Schmerzmittel
- Stimulanzien
- Z-Drugs (Schlaf- und Beruhigungsmittel)

Von den frei verkäuflichen Medikamenten können abhängig machen:

- Abführmittel
- Abschwellende Nasentropfen
- Schmerzmittel

Im Folgenden werden Medikamente genauer vorgestellt, die besonders häufig missbraucht werden beziehungsweise abhängig machen (DHS, 2013a, S. 91ff.).

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Die Menge der in Deutschland verkauften Benzodiazepine reicht aus, um bis zu 1,2 Millionen Abhängige von diesen Arzneimitteln zu versorgen.

Viele Arzneien, die beruhigen sollen, enthalten Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine. Diese entspannen die Muskeln, lösen seelische Ängste und körperliche Krämpfe und helfen, ein- oder durchzuschlafen. Ihre Wirkung beruht auf einer Dämpfung der Reizweiterleitung im Gehirn. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Bewegungskoordination und Gefühlsleben werden dadurch beeinflusst. Entsprechend zählen zu den Nebenwirkungen: Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Niedergeschlagenheit und Gedächtnislücken (DHS, 2013j). Benzodiazepine bekämpfen Symptome, sie behandeln aber nicht deren Ursachen. Daher wird empfohlen, sie nur im Zusammenhang mit einer umfassenden Behandlung zu verordnen, die auch die Ursachen einbezieht, und dies auch nur vorübergehend. Bei Einnahme über höchstens zwei bis vier Wochen können Benzodiazepine hilfreiche und sichere Medikamente sein.

Eine Abhängigkeit kann bei Einnahme über längere Zeit eintreten, egal ob die Dosis immer klein bleibt oder sich stetig steigert. In den vergangenen Jahren wurden weniger Benzodiazepine als Tranquilizer und Schlafmittel verordnet. Als Ersatz wurden mehr Schlafmittel mit den Wirkstoffen Zolpidem, Zopiclon oder Zaleplon verschrieben, sogenannte Benzodiazepinagonisten. Diese neuen Wirkstoffe wirken ähnlich wie Benzodiazepine. Inzwischen haben Studien gezeigt, dass diese sogenannten Z-Drugs ebenso zu Missbrauch oder Abhängigkeit führen können wie Benzodiazepine.

Schlaf- und Beruhigungsmittel werden besonders häufig Menschen ab 60 Jahren verschrieben, am häufigsten der Altersgruppe über 78 Jahre (DHS, 2010c), wobei diese Mittel Frauen fast doppelt so häufig verschrieben werden wie Männern (DHS, 2012b, S. 14). Manche Benzodiazepine, zum Beispiel Valium®, haben bei Älteren eine lange Wirkungszeit, häufig zwei Tage oder länger. Der Grund: Ihr Stoffwechsel ist wegen der altersbedingten Einschränkungen von Nieren- und Leberfunktion ver-

langsam. Häufig wirken Schlafmittel daher noch am nächsten Morgen nach. Dann erhöhen sie weiter die Gefahr zu stürzen, die bei älteren und betagten Menschen ohnehin hoch ist. Stürze zählen zu den wesentlichen Lebensgefährdungen im Alter.

Ist der Wirkstoff des jeweiligen Benzodiazepins bis zur nächsten Einnahme nicht vollständig abgebaut, sammelt er sich über die Zeit im Körper an. Dies kann zu einem Anstieg unerwünschter Nebenwirkungen führen. Nach monatelangem Konsum können sich Symptome zeigen, die wie Demenz erscheinen: Antriebslosigkeit, Teilnahmslosigkeit, Konzentrationsschwäche, Gedächtnislücken (DHS, 2013k).

Im Alter werden häufig wegen verschiedener Krankheiten regelmäßig mehrere Medikamente eingenommen. Zwischen deren Wirkstoffen kann es zu unberechenbaren, teils zu gefährlichen Wechselwirkungen kommen. Bei bestimmten Erkrankungen dürfen Benzodiazepine überhaupt nicht verordnet werden. Einige dieser Krankheiten treten mit fortschreitendem Alter zunehmend auf, darunter: Grüner Star, Muskelschwäche, Bewegungs- und Koordinationsstörungen, schwere Störungen der Lungen- und Atemfunktion (z. B. Asthma), schwere Leberschäden und Schnarchen mit Atemstillständen.

Auch bei bestehenden Abhängigkeiten – etwa von Alkohol – dürfen keine Benzodiazepine verordnet werden. Die Praxis sieht jedoch anders aus. 2009 wurden über 15 Prozent der 70- bis 90-Jährigen trotz Alkoholabhängigkeit benzodiazepinhaltige Medikamente verschrieben (DHS, 2012g).



Handelsnamen 2012 häufig verkaufter Medikamente:

Synthetische Schlafmittel

Hoggar (OTC)[®], Zopiclon AbZ[®], Vivinox Sleep (OTC)[®], Zolpidem ratiopharm[®], Zolpidem AL[®], Schlafsterne (OTC)[®], Zolpidem 1A Pharma[®], Zopiclon AL[®], Zopiclon ratiopharm[®], Zopiclon CT[®], Lendormin[®], Zopiclodura[®], Zopiclon Stada[®], Zolpidem Stada[®], Stilnox[®], Zopiclon Neuraxpharm[®], Noctamid[®], Betadorm D (OTC)[®], Zopiclon Hexal[®], Lormetazepam AL[®]

Beruhigungsmittel

Tavor[®], Diazepam ratiopharm[®], Bromazani[®], Oxazepam ratiopharm[®], Lorazepam ratiopharm[®], Lorazepam Neuraxpharm[®], Adumbran[®], Lorazepam Dura[®], Oxazepam AL[®], Diazepam AbZ[®], Bromazepam 1A Pharma[®], Bromazepam CT[®], Tranxilium[®], Valocordin Diazepam[®], Faustan[®]

Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)

Citalopram AL[®], Citalopram 1A Pharma[®], Citalopram ratiopharm[®], Fluoxetin 1A Pharma[®], Ciprallex[®], Sertralin Stada[®], Paroxetin 1A Pharma[®], Citalopram Dura[®], Fluoxetin Hexal[®], Paroxetin Beta[®], Citalopram Neuraxpharm[®], Citalopram Biomo[®], Citalopram Hexal[®], Sertralin Beta[®], Citalopram Basics[®]

Psychostimulanzien

Medikinet[®], Ritalin[®], Concerta[®], Medikinet Retard[®], Equasym[®], Methylpheni TAD[®], Methylphenidat Hexal[®], Vigil[®], Methylphenidat 1A Pharma[®], Attentin[®]

Rezeptfreie Schmerzmittel (Analgetika)

Paracetamol ratiopharm[®], Thomapyrin[®], Ibu ratiopharm[®], Dolormin[®], Ibu 1A Pharma[®], Aspirin[®], Ibuhexal[®], Aspirin Plus C[®], Nurofen[®], Ibubeta[®]

Rezeptpflichtige Schmerzmittel (Analgetika) (ohne NSAR – Nicht-steroidale Antirheumatika)

Novaminsulfon Winthrop[®], Novaminsulfon ratiopharm[®], Tramal[®], Valoron N[®], Tilidin AL comp.[®], Tilidin comp. Stada[®], Novalgin[®], Katadolon[®], Tilidin 1A Pharma[®], Metamizol Hexal[®]

BtM-Analgetika

Targin[®], Fentanyl 1A Pharma[®], Fentanyl Hexal[®], Palexia[®], Palladon[®]

(IMS Health [2013]: Der pharmazeutische Markt Deutschland 2012. Frankfurt am Main).

Schmerzmittel

Leichte Schmerzmittel gibt es ohne Rezept, stärkere nur mit Rezept. Schmerzmittel, die abhängig machen können, gibt es in beiden Gruppen. In Deutschland sind rund 300.000 Menschen von Schmerzmitteln abhängig (DHS, 2013f).

Knapp 80 Prozent der Schmerzmittel werden ohne Rezept verkauft. Das heißt: Patientinnen und Patienten behandeln leichte und mittlere Schmerzen vor allem selbst. Experten empfehlen dafür Mittel mit einem einzigen sinnvollen Wirkstoff wie Ibuprofen, Acetylsalicylsäure oder Paracetamol. Unter den am häufigsten frei verkauften Schmerzmitteln sind aber auch Präparate, die Wirkstoffe kombinieren, etwa mit Koffein. Beispiel: Thomapyrin®.

Thomapyrin® findet sich seit Jahren unter den zehn am häufigsten verkauften Medikamenten. Allein im Jahr 2011 wurden über elf Millionen Packungen dieses Mittels gegen Kopfschmerzen verkauft. Das Koffein kann durch seine anregende Wirkung verleiten, mehr Tabletten als nötig einzunehmen. Vor allem bei

Menschen, die häufig unter Migräne oder Spannungskopfschmerz leiden, kann die Einnahme dieser Kombinationspräparate über Jahre hinweg zu Dauerkopfschmerzen führen (DHS, 2012g). Auf Dauer lösen diese Mittel also das aus, wogegen sie eingenommen werden. Zusätzlich schädigt das Mittel auf lange Zeit Magen, Nieren und Leber. Experten sehen einen Zusammenhang zwischen dem Dauerkonsum von Schmerzmitteln mit kombinierten Wirkstoffen und einer dauerhaften Nierenschädigung, die zur Dialyse führt.

Werden Schmerzmittel mit Codein kombiniert, kann dieser Wirkstoff Erwachsene bei längerer Einnahme abhängig machen. Bei Säuglingen kann er zu Trinkschwäche und lebensbedrohlicher Apathie führen, daher empfiehlt das Bundesinstitut für Arzneimittel stillenden Müttern, keine codeinhaltigen Medikamente einzunehmen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011). Codeinhaltige Mittel sind immer rezeptpflichtig wie auch andere Mittel gegen stärkere Schmerzen. In den letzten Jahren werden Schmerz-

mittel mit den Wirkstoffen Tramadol und Tilidin überdurchschnittlich oft privat verschrieben, vermutlich auch für Kassenpatienten. Bei beiden Wirkstoffen gibt es Hinweise darauf, dass diese Schmerzmittel auch missbraucht werden (DHS, 2012g).

Starke Schmerzmittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, enthalten Morphin oder andere Wirkstoffe wie z. B. Oxycodon, die abhängig machen können. In der Schmerztherapie, etwa bei Krebs, führt die kontrollierte Dosierung jedoch in der Regel nicht zur Abhängigkeit. Außerdem ist in diesen Fällen die Schmerzlinderung wichtiger als die Suchtgefahr (DHS, 2013l).

Allerdings werden diese stark wirksamen Schmerzmittel immer häufiger verschrieben. Vor allem Pflaster mit Fentanyl werden inzwischen sehr häufig bei Schmerzen durch Osteoporose als Ersttherapie eingesetzt. Aus medizinischer Sicht erscheint dies weder erforderlich noch begründbar. Fentanyl zählt zu den Analgetika mit Abhängigkeitspotenzial (DHS, 2013a).

Vorsicht Kind

Der Contergan-Skandal hat wachgerüttelt. Seither ist das Bewusstsein gestiegen, dass sich die Medikamenteneinnahme werdender Mütter auf das noch ungeborene Kind auswirkt. Embryos sind über Plazenta und Nabelschnur mit dem Kreislauf der Mutter verbunden. Eine dünne Haut in der Plazenta hält viele schädliche Stoffe und Krankheitserreger von dem Ungeborenen fern. Doch Medikamente können diese Schranke passieren (Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur, o. J.).

Schwangere und stillende Mütter sollten daher besonders vorsichtig bei der Einnahme von Medikamenten sein. Die Berliner Charité informiert über die Arzneimittelwirkungen auf Embryos und Säuglinge unter:

www.arzneimittel-in-der-schwangerschaft.de
oder www.embryotox.de

Stimulanzien

Bei regelmäßigem Gebrauch können Stimulanzien, zu der die Weltgesundheitsbehörde zum Beispiel Amphetamine und ihre Derivate zählt, abhängig machen. Von diesem Risiko sind bereits Kinder betroffen.

Seit 1994 ist die kindliche Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitäts-Störung ADHS eine anerkannte Krankheit. Zur Behandlung werden Medikamente verordnet, die meist den Wirkstoff Methylphenidat enthalten, ein Amphetamin-Derivat (Handelsnamen: Concerta®, Equasym®, Medikinet® oder Ritalin®). Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft ADHS soll der Wirkstoff nur nach genauer Diagnose gegeben werden, und zwar erst nachdem eine therapeutische Behandlung (von Kind und Eltern) keine oder eine zu geringe Verbesserung erbrachte (Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte, 2007).

Im Praxisalltag erhalten leider auch schon einige Kinder unter sechs Jahren das Medikament, obwohl der Wirkstoff für diese Altersklasse nicht zugelassen ist. Außerdem scheinen es einige Ärzte überdurchschnittlich häufig zu verordnen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2011). Eine Studie erbrachte, dass 30

Prozent der bundesweit verordneten Methylphenidatmenge von nur 66 Ärztinnen und Ärzten verschrieben werden, während sich die restlichen 70 Prozent auf Rezepte von 4.008 Ärztinnen und Ärzten verteilen (Drogenbeauftragte, 2004, S. 36). Das letzte Wort über eine Behandlung haben Eltern. Bei ihnen liegt die Entscheidung über die medizinische Behandlung ihres Kindes – zumindest so lange, bis das Kind selbst einsichtsfähig ist und die Entscheidung über seine Behandlung selbst mit dem Arzt besprechen kann (www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/interview-kinder-gegen-willen-der-eltern-behandeln-4475.htm). Das Gesetz geht von der nötigen Einsichtsfähigkeit in der Regel ab 14 Jahren aus.

In höheren Altersklassen ist der bewusste Missbrauch verbreitet. Psychische Anregungsmittel, darunter Amphetamine und das Derivat Methylphenidat, nehmen zwei Prozent der volljährigen Schülerinnen und Schüler an Gymnasien und Berufsschulen, um damit ihre geistige Leistung zu steigern (DHS, 2011). Auch Studierende greifen auf Methylphenidat und Modafinil zurück. Von den fast 2,4 Millionen Studierenden in Deutschland nehmen etwa fünf

Prozent bei bester Gesundheit verschreibungspflichtige Medikamente ein, darunter Anregungsmittel (Psychostimulanzien), Aufputsch-, Beruhigungs- und Schmerzmittel (Drogenbeauftragte, 2012).

Eine Studie zeigte jedoch, dass bei gesunden Erwachsenen zwischen 20 und 35 Jahren nur diejenigen von diesen Mitteln profitieren, die eine eher schlechte Ausgangsleistung haben. Bei jenen mit einer guten Ausgangsleistung verschlechterten die Mittel die Leistungsfähigkeit. Bei gesunden Menschen kann die Einnahme von Psychostimulanzien wie Methylenphenidat, Antidementiva und Antidepressiva zudem eine Reihe unerwünschter Nebenwirkungen haben, die die Leistungsfähigkeit erheblich schmälern, darunter

- Kopfschmerzen
- Schlafstörungen
- Unruhe
- Nervosität
- Appetitlosigkeit
- Übelkeit

(Gaßmann, Merchlewicz, Koeppe, 2013, S. 173)

Weiteres zu Stimulanzien im folgenden Abschnitt zu illegalen Drogen.

Medikamente sinnvoll gebrauchen

Medikamente mit Suchtpotenzial sind Heilmittel. Um sie sinnvoll und sicher zu gebrauchen, hilft die „4-K-Regel“:

• Klare Indikation

Das bedeutet: Nehmen Sie das Medikament nur ein, wenn eine eindeutige medizinische Notwendigkeit besteht. Diese sollten Sie in einem Gespräch mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt abklären und auch andere Behandlungsmöglichkeiten besprechen.

• Kleinste notwendige Dosis

Das bedeutet: Nehmen Sie nur so viel wie nötig ein – und unbedingt so wenig wie möglich. Besprechen Sie die kleinste notwendige Dosis mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

• Kurze Anwendung

Das bedeutet: Nehmen Sie das Medikament nur überbrückend für kurze Zeit. Eine über drei bis vier Wochen hinausgehende Einnahme kann bereits zu einer Abhängigkeit führen.

• Kein schlagartiges Absetzen

Das bedeutet: Hören Sie nicht einfach mit der Einnahme auf, sondern verringern Sie langsam die Dosis. Besprechen Sie das sogenannte „Ausschleichen“ unbedingt mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

(DHS, BARMER GEK, 2013m)

Illegale Drogen

Im Folgenden werden illegale Drogen nach Gruppen geordnet vorgestellt. Die Reihenfolge richtet sich nach der vom Bundeskriminalamt erfassten Häufigkeit (www.drugcom.de/drogenlexikon; DHS, 2013a).

Cannabis

Die Cannabis-Pflanze gehört zur Gattung der Hanfgewächse. Sie enthält mindestens 60 unterschiedliche Cannabinoide, von denen einige psychoaktiv wirken. Die stärkste Wirksubstanz ist Tetrahydrocannabinol (THC). Nach Alkohol ist Cannabis die am häufigsten konsumierte Rauschdroge in Deutschland. Sie wird meist in Form von Marihuana (getrocknete Blüten und Blätter der Cannabis-pflanze) oder Haschisch (aus dem Harz der Blütenstände) konsumiert, selten als Haschischöl (konzentrierter Auszug des Cannabis-Harzes).

Cannabis wirkt in komplexer Weise auf den Körper. Die Wirkung und deren Dauer hängen von vielen Faktoren ab, zum Beispiel Konsumart, Menge, Grundstimmung, Situation und Nahrungsgrundlage. Die Wirkung reicht von einem heiteren Gefühl der Entspannung evtl. mit einer Intensivierung der Sinneswahrnehmungen und gesteigertem Redebedürfnis über körperliche Unruhe und niedergedrückte Stimmungen bis zu schweren psychischen Folgen:

- Angst
- Panikattacken
- Verfolgungsphantasien
- Paranoide Wahnvorstellungen

Der Körper kann den Hauptwirkstoff nur sehr langsam abbauen, da THC eine hohe Fettlöslichkeit besitzt und sich in fettstoffreichem Gewebe ansammelt. In Blut und Urin sind Cannabinoide und deren Abbauprodukte durchschnittlich etwa 30 Tage nachweisbar, noch länger, wenn Cannabis über Jahre konsumiert wird. Bei Verkehrskontrollen oder nach einem Unfall kann ein Nachweis von Cannabis zum Entzug des Führerscheins führen. Cannabisrauch enthält ebenso Teer wie Tabakrauch. Langfristig belastet der Konsum die Atemwege, besonders die Schleimhäute in Nasen- und Rachenraum sowie die Bronchien. Bei jahrelangem Konsum erhöht sich das Risiko für Herzinfarkt und die Lern- und Merkfähigkeit nimmt ab. Allerdings regeneriert sich das Gehirn, sobald der Cannabis-Konsum eingestellt wird. Voraussetzung: Der Konsum wurde erst im Erwachsenenalter begonnen. Greifen Jugendliche unter 18 Jahren regelmäßig zum Joint, kann dies ihre Hirnstruktur nachhaltig schädigen und ihre kognitive Leistungsfähigkeit dauerhaft einschränken (www.drugcom.de; DHS, 2013n).

Im Falle einer Schwangerschaft wird der Verzicht auf Cannabis dringend angeraten.

Cannabinoide und Cathinone

• „Legal Highs“

Künstlich hergestellte Cannabinoide und Cathinone werden mit anderen Zusatzstoffen in wechselnden Mischungen unter verschiedenen Namen angeboten, die Unbedenklichkeit nahelegen (siehe S. 136 „Harmlose Namen für gefährliche Drogen“). Diese „Designerdrogen“ verwenden bekannte, aber bislang nicht in Verkehr gebrachte Stoffe oder bislang unbekannte, neu synthetisierte Stoffe, die zum Teil noch nicht dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstellt sind. Teils wird die chemische Struktur der Stoffe aber auch so verändert, dass der neue Stoff nicht mehr dem BtMG unterliegt. Im Rahmen des europäischen Frühwarnsystems wurden 2005 bis 2012 rund 240 neue psychoaktive Substanzen ermittelt, darunter zwei Drittel synthetischer Cannabinoide und Cathinone.

Die Designerdrogen werden als ungefährlich und gesundheitlich unbedenklich beworben. Käufer/-innen können die Gefahr selbst mit chemischem Wissen nicht abschätzen, da die Inhaltsstoffe nicht oder nicht

richtig angegeben werden. Ärzteschaft und Kliniken melden jedoch zahlreiche gesundheitsschädigende Folgen, darunter:

- Übelkeit
- Erbrechen
- Herzrasen
- Orientierungsverlust
- Kreislaufversagen
- Ohnmacht
- Lähmungserscheinungen
- Erhöhte Aggressivität
- Psychose mit Wahnvorstellungen
- Versagen der Vitalfunktionen bis zum Tod

Bekannt werden nur die Fälle, in denen der Konsum dieser neuen psychoaktiven Substanzen nachgewiesen werden konnte (Drogenbeauftragte, 2013). Dafür braucht es aber entweder einen Verdacht, der gezielte Nachforschungen auslöst, oder Aussagen von Konsumenten. Denn die meisten synthetischen Cathinone werden durch standardmäßige Drogenscreenings nicht erkannt (www.drugcom.de). Es ist also von einer Dunkelziffer auszugehen. Dies bedeutet aber auch, dass im Notfall oftmals die Ursache nicht erkannt und damit nicht behandelt werden kann. Wer „Legal Highs“ konsumiert, nimmt also eine doppelte Gefahr in Kauf: die eventuell gesundheitsschädigende Wirkung der Stoffe sowie die Gefahr, im Notfall nicht richtig behandelt werden zu können (www.drugcom.de).

Harmlose Namen für gefährliche Drogen

Neue gesundheitsgefährliche psychoaktive Stoffe werden – häufig über Online-Shops – unter harmlosen Bezeichnungen vertrieben, zum Beispiel:

- Legal Highs
- Räuchermischungen
- Kräutermischungen
- Lufterfrischer, Raumdüfte
- Badesalze
- Pflanzendünger, Düngerpillen
- Bongreiniger
(zum Beispiel für Wasserpfeifen)
- „Research Chemicals“

(www.drugcom.de)

Stimulanzen

▪ Amphetamine

Bei Konsum von Amphetaminen werden im Gehirn die Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin freigesetzt und damit das Belohnungszentrum des Gehirns aktiviert. Bei niedriger Dosierung stellen sich Gefühle entspannter Aufmerksamkeit, Stärke und Selbstvertrauen ein. Hunger, Durst sowie Müdigkeit werden unterdrückt. Die Bronchien werden erweitert, Pulsfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur steigen. Durch die Belastung des Herz-Kreislauf-Systems erhöht sich die Gefahr für Schlaganfälle und Herzinfarkte. Eine US-amerikanische Studie (www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-

[drogenpolitik/05-04-2007-erhoehtes-schlaganfallrisiko-durch-amphetamine-und-kokain/](http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/05-04-2007-erhoehtes-schlaganfallrisiko-durch-amphetamine-und-kokain/)) zeigte aufgrund einer Analyse von mehr als 8.300 Schlaganfallpatientinnen und -patienten, dass in der Altersklasse der 18- bis 44-Jährigen vor allem der Konsum von Amphetamin, aber auch Kokain ein Risiko für Schlaganfälle darstellt. Dabei kommt es zu einem Riss in den Gefäßen, mit der Folge, dass Blut in das umliegende Hirngewebe eintritt (hämorrhagischer Infarkt).

- Konsumierende haben im Vergleich zu abstinenten Personen ein fünf-fach erhöhtes Risiko für diese Art von Schlaganfall.
- Amphetaminkonsum steigert außerdem das Risiko eines Herzinfarktes um 61 Prozent im Vergleich zur Abstinenz.
- Bei häufigem und hochdosiertem Konsum von Amphetaminen werden Nervenzellen im Gehirn so zerstört, dass mit bleibenden Schäden zu rechnen ist.

Amphetamine führen dem Körper keine Energie zu. Vielmehr wirken sie wie eine Peitsche auf ein müdes Pferd, indem sie die Energiereserven des Körpers ausbeuten. Bei hohen Dosierungen kann es zu Erregungszuständen kommen, angefangen von Zittern und extremer Nervosität bis hin zu Krampfanfällen. Wer sich gleichzeitig sportlich stark anstrengt, riskiert eine gefährliche Erhöhung

der Körpertemperatur, die zu einem Hitzestau und nachfolgendem Kreislaufkollaps führen kann (siehe „Doping im (Amateur-)Sport“).

Da Amphetamine das Belohnungszentrum des Hirns aktivieren, besitzen sie ein hohes Abhängigkeitspotenzial. Bei längerer Einnahme bildet sich meist eine Toleranz aus. Dann muss die Dosis gesteigert werden, um dieselbe Wirkung zu spüren. Bei hohen Dosen kann sich eine Psychose, meist durch paranoide Wahnvorstellungen geprägt, entwickeln. Bei chronischem Amphetamin-Missbrauch können sich stereotype, also ständig wiederholende Handlungen und Gedanken ausbilden, zum Beispiel die wiederholte Suche nach der Droge, bei der immer wieder dieselbe Schublade geöffnet wird, oder andauernde mümmelnde Lippenbewegungen (www.drugcom.de).

Doping im (Amateur-)Sport

Durch Missbrauch von Amphetaminen kam es in den 1960er Jahren zu Todesfällen im Radsport. Danach wurden für Leistungssportler Anti-Doping-Regeln verabschiedet. Doch Freizeitsportler unterliegen keinem Reglement. Sie müssen sich selbstständig gegen Doping entscheiden. Nach einer Studie der Universität Lübeck nimmt jeder fünfte Besucher eines Fitness-Studios muskelaufbauende Anabolika (Athleten gemeinsam gegen Doping, 2013). Viele weitere nehmen Schmerzmittel, um trotz Schmerzen weitertrainieren zu können. Beides ist Raubbau am Körper. Die Nationale Anti-Doping Agentur informiert, welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel als Doping verboten sind: www.nada-bonn.de

• Methamphetamine

Crystal Meth, Ice, Crystal-Speed,
Yaba, Perlik, Piko, Crank

Methamphetamin wird synthetisch auf Amphetaminbasis hergestellt. Zur Gruppe der amphetaminartigen Stimulanzien zählen verschiedene synthetische Substanzen, die chemisch ähnliche Strukturen aufweisen wie Amphetaminsulfat („Speed“) oder Methylenedioxymethamphetamin (MDMA, „Ecstasy“). Diese Gruppe liegt nach Cannabis weltweit auf Platz zwei der am häufigsten konsumierten illegalen Drogen.

Methamphetamin wirkt ähnlich wie Amphetamin, nur erheblich länger und stärker. Das Risiko, Toleranz und Abhängigkeit zu entwickeln, ist sehr hoch.

Der Stoff gilt als besonders giftig für die Nervenzellen. Der Konsum kann zahlreiche körperliche und seelische Erkrankungen auslösen, von denen hier nur ein kleiner Teil genannt werden kann.

Die Einnahme löst häufig psychotische Symptome aus, die zum Teil auch monatelang anhalten können, dazu zählen Halluzinationen, Wahnideen und zusammenhanglose Sprache.

Zu den gefährlichen Wirkungen regelmäßigen Konsums zählen:

- Das Risiko einer chronischen Erkrankung der Herzkranzgefäße und des Herzmuskels erhöht sich um das 3,7-Fache.
- Der Herzmuskel wird geschwächt, das Herzgewebe vergrößert, chronische Müdigkeit und Kurzatmigkeit sind die Folge.
- Außerdem kann es zu Schädigung der Aorta kommen, Herzrhythmusstörungen, koronares Herzsyndrom und akutes Herzversagen.
- Wie Amphetamin erhöht auch Methamphetamin das Risiko von Hirninfarkten.
- Möglich sind deutliche und zum Teil irreversible Defizite in zahlreichen kognitiven Funktionen, zum Beispiel bei der Verarbeitung von Informationen, etwa beim Lernen, in der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis.
- Außerdem steigt das Risiko, im Laufe des Lebens an Morbus Parkinson zu erkranken.
- Welche Dosis zum Tod führen kann, ist individuell sehr verschieden. Es gab bereits Todesfälle nach einer eigentlich niedrigen Dosis.

(DHS, 2013a, S. 111ff.)

Gefährliche Renaissance

Amphetamin wurde erstmals 1887 synthetisiert. Die stimulierende Wirkung wurde jedoch erst in den 1930er Jahren auf der Suche nach einem Asthma-Mittel wissenschaftlich erforscht. Amphetamin wurde unter dem Markennamen „Benzedrin“ auf den Markt gebracht und war ebenso leicht zugänglich wie Aspirin. Auch das später synthetisierte, noch stärker wirkende Methamphetamin war als „Pervitin“ frei erhältlich. Im Zweiten Weltkrieg wurden große Mengen von Amphetaminen hergestellt und vorwiegend von Soldaten konsumiert, um länger wach bleiben zu können. Der Bergsteiger Hermann Buhl nahm auf Anraten seines Expeditionsarztes bei seiner Erstbesteigung des Nanga Parbat 1953 Pervitin. Erst als das hohe Abhängigkeitspotenzial von Amphetaminen und Methamphetaminen offensichtlich wurde, wurden Verkauf und Verordnung von Amphetaminen weltweit beschränkt. In Mischformen werden sie heute illegal vertrieben unter den Namen:

- Ecstasy
- (Crystal) Speed
- Crystal Meth
- Ice
- Yaba
- Perlik
- Piko
- Crank

(www.drugcom.de)

Speed

Illegal gehandeltes Amphetaminsulfat wird als „Speed“ oder „Pep“ bezeichnet. Das weiße bis gelbliche Pulver ist in der Regel eine Mixtur aus verschiedenen Wirkstoffen, darunter auch Koffein und Paracetamol, sowie unwirksamen Verschnittstoffen, zum Beispiel Lactose (Milchzucker) und Glucose (Einfachzucker). Aufgrund der Illegalität ist die Zusammensetzung von „Speed“ grundsätzlich ungewiss. Auf die bekannten Risiken der zugrundeliegenden Amphetamine addieren sich also weitere unbekannte Gefahren.



Ecstasy

Für die Pillen oder Kapseln, die unter dem Namen Ecstasy illegal angeboten werden, gilt dasselbe wie für Speed: Konsumierenden ist die genaue Zusammensetzung unbekannt. Die bekannteste Substanz ist Methylenedioxymethamphetamin (MDMA). Daneben wurden in diesen Drogen aber auch andere psychoaktive Substanzen wie Amphetamin, Methamphetamin, Koffein, Ephedrin oder Ketamin identifiziert. Neben Zusammensetzung und Dosierung hängt die Wirkung wie bei allen anderen Rauschmitteln auch von Stimmung, Erwartung und Situation ab. In der Regel fühlen sich Konsumierende wach und aktiviert, haben ein gesteigertes Körperempfinden und optische Wahrnehmungsveränderungen. Zu den häufigen als unangenehm erlebten Wirkungen zählen unter anderem Schwindel, Übelkeit, Schweißausbrüche und Mundtrockenheit. Zu den gefährlichen Wirkungen gehören:

- Herzasen
- Ansteigen der Körpertemperatur und Austrocknung
- Massive Angstzustände (Horror-Trip)
- Depression
- Psychotische Störungen
- Nieren- und Leberversagen
- Kreislaufkollaps
- Tod

Vor allem in schlecht klimatisierten, heißen Räumen sowie bei starker körperlicher Beanspruchung, zum Beispiel Tanzen in Diskotheken, steigt die Gefahr, dass sich die Körpertemperatur lebensgefährlich erhöht. Der Tod tritt durch Überhitzung und das nachfolgende Nieren- oder Leberversagen ein. Wird zur Vermeidung der Überhitzung zu viel Wasser getrunken, kann es zu einer so starken Verdünnung des Blutes kommen, dass sich Ödeme im Gehirn bilden – die ebenso zum Tod führen können. In der Regel wird Ecstasy nicht alleine konsumiert, sondern häufig zusammen mit Alkohol und anderen Drogen. Die Mischung führt zu unkalkulierbaren Risiken.

Bei längerem regelmäßigem Konsum werden die Kontaktstellen zwischen den Nervenzellen, die Synapsen, so geschädigt, dass die Kommunikation zwischen den Nervenzellen nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr stattfindet. Langfristig ist dadurch mit Einbußen bei der Lernfähigkeit zu rechnen (DHS, 2013a, S. 111ff.; www.drugcom.de/drogenlexikon/).

• Kokain

Kokain ist ein in den Blättern der Coca-Pflanze vorkommendes Naturprodukt. Seine pharmakologische Wirkung gleicht der von Amphetaminen. Auch der Konsum von Kokain führt zur vermehrten Ausschüttung der körpereigenen Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin. Pulsfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur und Atemfrequenz steigen. Konsumierende fühlen sich wach, aktiv und euphorisch, soziale und sexuelle Hemmungen können fallen.

Klingt die Wirkung des Rausches ab, treten negative Effekte hervor. Das Ende prägen häufig Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Erschöpfung, Angst- und Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Suizidgedanken. Dosissteigerungen erhöhen die unangenehmen und gefährlichen Effekte. Kokain macht, ähnlich wie Tabak, sehr leicht psychisch abhängig.

Da auch Kokain dem Körper keine Energie zuführt, sondern Kraftreserven verbraucht, können negative und gefährliche Wirkungen folgen, darunter:

- Übererregung, aus der sich zerebrale Krampfanfälle entwickeln können
- Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen, die zum Koma führen können
- Gesteigerte Aggressivität, paranoide Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- Erhöhte Körpertemperatur (Hyperthermie), Herzklopfen (Tachykardie), Bluthochdruck, Schock
- Atemkreislaufversagen, d. h. Lähmung des Atemzentrums
- Herzinfarkt

(www.drugcom.de/drogenlexikon/; DHS, 2013d)

Opiate

Opiate sind psychoaktive Substanzen, die aus dem Milchsafte des Schlafmohns (*Papaver somniferum*) gewonnen werden. Der Milchsafte, das Rohopium, enthält hauptsächlich Morphin und Codein. Der Körper verfügt über eigene opiatähnliche Stoffe: die Endorphine. Endorphine dämmen Schmerzen, sind aber auch daran beteiligt, sexuelle Lust sowie Aggression zu erzeugen (www.drugcom.de/drogenlexikon/).

• Morphin

Morphin wurde bereits 1828 als stark wirkendes Schmerzmittel auf den Markt gebracht. Morphin erregt im Gehirn die dort befindlichen Opioid-Rezeptoren, es hebt dadurch die Stimmung und verhindert die Schmerzwahrnehmung. Daneben wirkt Morphin auch im Nervensystem des übrigen Körpers, indem es die Schmerzempfindlichkeit der Nervenenden herabsetzt und die Schmerzweiterleitung blockiert. Neben der Schmerzhemmung verringert Morphin die Atmungstätigkeit und unterdrückt den Hustenreiz. Dazu wirkt es zunächst erregend auf das Brechzentrum im Hirnstamm. Daher kann es anfangs zu Übelkeit und Erbrechen kommen. Nach einiger Zeit lässt diese Nebenwirkung nach, da Morphin schließlich auch das Brechzentrum lähmt. Außerdem hat es eine lähmende Wirkung auf den Darm,

was zu Verstopfung führen kann. Zusätzlich vermindert Morphin die Ausscheidung giftiger Stoffe über den Harn, dazu senkt es den Blutdruck und die Herzfrequenz.

Morphin beziehungsweise Morphinum wird in der Medizin bei besonders starken und sehr starken Schmerzen eingesetzt, etwa nach einem Unfall oder bei der Behandlung von Tumorschmerzen. Obwohl Morphin stark körperlich und psychisch abhängig machen kann, führt die kontrollierte Dosierung in der Schmerztherapie in der Regel dennoch nicht zur Abhängigkeit. In diesen Fällen steht die Schmerzlinderung über der Suchtgefahr (www.drugcom.de/drogenlexikon/).

Opioide

Opioide sind halb- oder vollsynthetisch hergestellte Substanzen, die in ihrer Wirkung den Opiaten ähnlich sind. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin. Weitere vollsynthetische Opioide sind beispielsweise Fentanyl, Tilidin oder Methadon. Letzteres wird als Ersatzstoff in der Behandlung Heroinabhängiger verwendet (Substitution) (www.drugcom.de/drogenlexikon/).

• Heroin

Heroin wird durch ein chemisches Verfahren aus Morphin gewonnen. Heroin ist um ein Vielfaches stärker als Morphin und hat ein wesentlich höheres Abhängigkeitspotenzial. Heroin wirkt gleichzeitig beruhigend, entspannend, schmerzlösend und euphorisierend. Es dämpft die geistige Aktivität und beseitigt unangenehme Empfindungen wie Angst, Unlust und Gefühle der Leere. Probleme und Konflikte werden ausgeblendet.

Von der reinen Substanz Heroin gehen keine Organschäden aus. Allerdings wird die Droge nicht in Reinform, sondern in Mischungen verkauft, meist mit weiteren psychoaktiven Substanzen. Bei der intravenösen Form des Heroinkonsums bestehen jedoch Infektionsrisiken (z. B. mit Hepatitis-Viren oder HIV) durch unsauberes Spritzbesteck.

- Der Spielraum zwischen einer verträglichen und einer lebensgefährlichen Dosis ist äußerst gering.

Nicht an die Substanz gewöhnte Menschen reagieren schon bei 5 mg mit Bewusstlosigkeit, Atemdepression, Kreislaufversagen und Verlangsamung der Herztätigkeit. Da sich Abhängigkeit und Toleranz schnell ausbilden, muss die Dosis stetig gesteigert werden – was leicht zur Überdosierung führen kann. Eine tödliche Überdosis kann aber auch die Folge des schwankenden Reinheitsgehalts sein.

Seit Jahren sind mindestens die Hälfte der rauschbedingten Todesfälle durch Heroin verursacht. Die übrigen Todesfälle „verteilen“ sich auf die anderen psychoaktiven Substanzen, die in diesem Kapitel vorgestellt wurden (www.drugcom.de/drogenlexikon/; DHS, 2013o; Drogenbeauftragte, 2013).



Literatur

American Cancer Society (2014):

When smokers quit – what are the benefits over time?

Internet: <http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/guide-to-quitting-smoking-benefits>
Zugriff: 15.05.2014

(Übersetzung: Peter Lindinger)

Anderson, Peter; Baumberg, Ben (2006):

Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A report for the European Commission

London: Institute of Alcohol Studies.

Andresh, Jasmin (2013):

E-Zigaretten: Vernebelte Wahrheiten

In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 07.09.2013.

Internet: <http://www.faz.net/aktuell/lebensstil/leib-seele/e-zigaretten-vernebelte-wahrheiten-12563732.html>, Zugriff: 21.02.2019

AOK-Fehlzeitenreport 2013

hrsg. von B. Badura

Berlin; Heidelberg: Springer.

Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und Jugendärzte (2007):

ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)

Leitlinie. Forchheim.

Internet: <https://www.ag-adhs.de/leitlinie>, Zugriff: 21.02.2019

Arenz-Greiving, Ingrid (1993):

Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder

In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.):
Sucht und Familie.

Freiburg i. Br.: Lambertus. 265–281.

Benner, Klaus J. (2013):

Impotenz durch Rauchen

Internet: <http://www.praxisbenner.de/1/impotenz.html>, Zugriff: 11.09.2013

Bermejo, Isaac et al. (2011):

Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten (PRÄALMI)

Manual zur Planung und Durchführung kultur- und migrationssensitiver Veranstaltungen zur Alkoholprävention / hrsg. vom Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Freiburg.

Bezirksregierung Detmold; Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2007):

Lehrerinnen und Lehrer in pädagogischen Grenzsituationen
Detmold.

Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter (Hrsg.) (o. J.):

Kinder wirksam schützen – Beratung bei Kindeswohlgefährdung
Mainz.

www.bagljae.de/downloads/150611_flyer_beratung_kindeswohlgefaehrung_dr.pdf,

Zugriff: 13.12.2013

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2012):
Codein-haltige Arzneimittel zur Schmerzlinderung bei Kindern, Verfahren nach Art. 31 RL 2001/83/EG
71. Routinesitzung
Bonn, 23. November 2012.
Internet: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Gremien/RoutinesitzungPar63AMG/71Sitzung/pkt-3-2.pdf?__blob=publicationFile&v=2,
Zugriff: 13.12.2013

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2011):
Methylphenidat auch für Erwachsene: BfArM erweitert Zulassung
Pressemitteilung 02/11.
Bonn, 15.04.2011.
Internet: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2011/pm2-2011.html>,
Zugriff: 13.12.2013

Bundesministerium für Gesundheit (2013):
Daten des Gesundheitswesens 2013
Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2013a):
Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter
2. Auflage. Köln. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 43)

Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2013c):
„Vorsicht Wasserpfeife“
Köln. [Faltblatt]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2013d):
Wasserpfeifen: Vor allem bei Jüngeren beliebt
Internet: <http://www.rauchfrei-info.de/informieren/tabak-tabakprodukte/tabakprodukte/wasserpfeifen/>,
Zugriff: 13.12.2013

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2012a):
Null Alkohol – Voll Power. Infos über Alkohol: Wissen was geht
Köln. [Broschüre]
Internet: www.null-alkohol-voll-power.de,
Zugriff: 26.08.2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2009):
Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit
Köln. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; 35)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013a):
Jahrbuch Sucht 2013
Lengerich: Pabst.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013b):
**Alkohol, Medikamente, Tabak:
Informationen für die Altenpflege**
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013c):
Basisinformation Tabak
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013d):
**Die Sucht und ihre Stoffe – Eine
Informationsreihe über die gebräuch-
lichsten Suchtstoffe. Nr. 3: Kokain**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013e):
**Die Sucht und ihre Stoffe – Eine
Informationsreihe über die gebräuch-
lichsten Suchtstoffe. Nr. 6: Cannabis**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013f):
**Frau – Sucht – Gesundheit
Informationen, Tipps und Hilfen für
Frauen, deren Angehörige Probleme
mit Rausch- und Suchtmitteln haben**
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (2013g):
**[www.aktionswoche-alkohol.de/hin-
tergrund-alkohol/die-substanz/](http://www.aktionswoche-alkohol.de/hintergrund-alkohol/die-substanz/)**
Zugriff: 05.12.2013

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (2013h):
www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html
Zugriff: 06.12.2013

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013i):
**Die Sucht und ihre Stoffe – Eine
Informationsreihe über die gebräuch-
lichsten Suchtstoffe. Nr. 2: Nikotin**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013j):
**Die Sucht und ihre Stoffe – Eine
Informationsreihe über die gebräuch-
lichsten Suchtstoffe.
Nr. 1: Benzodiazepine**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013k):
**Immer mit der Ruhe:
Nutzen und Risiken von
Schlaf- und Beruhigungsmitteln**
Überarbeitete und neugestaltete
Auflage. Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013l):
Medikamente: Basisinformationen
Überarbeitete und neugestaltete
Auflage. Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

(DHS); BARMER GEK (Hrsg.) (2013m):
**Medikamenteneinnahme:
Risiken vermeiden – Medikamente mit
Abhängigkeitsrisiko: 4-K-Regel für
den Umgang**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013n):
Cannabis. Basisinformationen
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2013o):
**Die Sucht und ihre Stoffe – Eine
Informationsreihe über die gebräuch-
lichsten Suchtstoffe. Nr. 4: Heroin**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2012a):
**Alkoholkonsum und
gesundheitliche Folgen**
Hamm. [Factsheet]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2012b):
**Frau – Sucht – Gesundheit
Informationen, Tipps und Hilfen für
Frauen. Alkohol, Medikamente, Tabak**
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2012c):
**Substanzbezogene Störungen
im Alter.
Informationen und Praxishilfen**
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

(DHS) (Hrsg.) (2012d):
**Die Sucht und ihre Stoffe – Eine
Informationsreihe über die gebräuch-
lichsten Suchtstoffe.
Nr. 8: Amphetamine**
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2012e):
Basisinformationen Alkohol
Hamm. [Broschüre]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2012f):
Alkoholkonsum und Gesundheit
Hamm. [Factsheet]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (Hrsg.) (2012g):
Jahrbuch Sucht 2012
Lengerich: Pabst.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS) (2011):
**DHS warnt: Hirndoping – sinnlos,
riskant und teuer! Und ein Irrweg:
Immer mehr Leistung mit immer
mehr Pillen!**
Pressemitteilung vom 20.06.2011.
Internet: [www.dhs.de/presse/presse-
meldungen/presse-meldungen.html](http://www.dhs.de/presse/presse-meldungen/presse-meldungen.html),
Zugriff: 23.08.2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
(DHS); Barmer GEK (Hrsg.) (2010a):
**Medikamente – Sicher
und sinnvoll gebrauchen**
Hamm. (Unabhängig im Alter)
[Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS); Barmer GEK (Hrsg.) (2010b):
Tabak – Zum Aufhören ist es nie zu spät
Hamm. (Unabhängig im Alter)
[Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2010c):
Jahrbuch Sucht 2010
Geesthacht: Neuland.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2004):
Alkopops – Info für Eltern, Lehrer und Lehrerinnen
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (o. J.):
„Wenn Papa getrunken hat, wird er ganz anders, ich hasse es ...“
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS); Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesstellen für Suchtfragen (BAGLS) (o. J.):
Vermittlungshemmnis SUCHT. Sprechen Sie darüber. Informationen für Ihre Tätigkeit als Fallmanager/-in
Hamm. [Faltblatt]

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS); Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (o. J.):
Rauschmittelkonsum im Jugendalter: Tipps für Eltern
Hamm; Münster. (Eltern.aktiv: Pro-aktive Elternarbeit in der ambulanten Suchthilfe)

Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur (Hrsg.) (o. J.):
Alkoholfrei ist besser
Hamm; Hagen. [Faltblatt]
Internet: www.dhs.de/information-material/broschueren-und-faltblaetter.html, Zugriff: 23.08.2016

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (2010):
Schutz vor sexualisierter Gewalt in Diensten und Einrichtungen
Berlin. S. 24.
Internet: www.der-paritaetische.de, Zugriff: 23.08.2016

Deutsches Krebsforschungszentrum (2013a):
Passivrauchen und gesundheitliche Folgen
Internet: www.dkfz.de/de/tabak-kontrolle/Informationen_zur_Tabak-kontrolle.html, Zugriff: 23.08.2016

Deutsches Krebsforschungszentrum (2013b):
Alkohol als Krebsrisiko
Internet: <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/alkohol.php>, Zugriff: 13.12.2013

Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2008):
Tabakrauch – ein Giftgemisch
Heidelberg.

Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (2014):
Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien
9., überarb. Auflage.
Bern: Huber.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2013):

Drogen- und Suchtbericht: Mai 2013
Berlin.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2012):

Drogen- und Suchtbericht: Mai 2012
Berlin.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2004):

Drogen- und Suchtbericht: April 2004
Berlin.

Gaßmann, Raphael;

Merchlewicz, Manuela;

Koepe, Armin (Hrsg.) (2013):

Hirndoping – Der große Schwindel
Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

IMS Health (2013):

**Der pharmazeutische Markt
Deutschland 2012**
Frankfurt am Main.

Keller, Stefan (Hrsg.) (1999):

**Motivation zur Verhaltensänderung:
Das Transtheoretische Modell in
Forschung und Praxis**
Freiburg i.Br.: Lambertus-Verlag.

Klasmann, Jan (1997):

Familiendrama Sucht
In: Psychologie heute, 97 (9).

Klein, Michael (2011):

**Kinder von suchtkranken Eltern –
Hintergründe, Verläufe, Hilfen.**
In: Suchtmagazin, 37(4), 5–10.

Klein, Michael (2001):

**Das personale Umfeld
von Suchtkranken**

In: Tretter, Felix; Müller, Angelica
(Hrsg.): Psychologische Therapie der
Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Thera-
pie. Göttingen: Hogrefe. 201–229.

Kutschke, Andreas (2012):

**Sucht – Alter – Pflege.
Praxishandbuch für die Pflege
suchtkranker alter Menschen**
Bern: Huber.

Lachner, Gabriele;

Wittchen, Hans-Ulrich (1997a):

**Familiär übertragene Vulnerabilitäts-
merkmale für Alkoholmißbrauch und
-abhängigkeit**

in: Watzl, Hans; Rockstroh, Brigitte
(Hrsg.): Abhängigkeit und Mißbrauch
von Alkohol und Drogen.
Göttingen (u. a.): Hogrefe. 43–89.

Lachner, Gabriele;

Wittchen, Hans-Ulrich (1997b):

**Münchener Composite International
Diagnostic Interview.
M-CIDI (Familiengenetische Version).
Elternbefragung (Version 2.0, 1/97)**
München: Max-Planck-Institut für
Psychiatrie, Klinische Psychologie.

Lambrou, Ursula (1990):

**Familienkrankheit Alkoholismus:
Im Sog der Abhängigkeit**
Reinbek: Rowohlt.

Lambrou, Ursula (2013):

**Familienkrankheit Alkoholismus:
Im Sog der Abhängigkeit**
3. Auflage, überarbeitete und erwei-
terte Neuauflage. Reinbek: Rowohlt.

Landesstelle Jugendschutz
Niedersachsen (Hrsg.) (2010):
**Wenn Eltern überfordert sind ...:
Sucht, Armut, Vernachlässigung.
Handlungsorientierungen für die
Arbeit in Kindertagesstätten
und Grundschulen**
3. Auflage. Hannover.

Landeszentrale für Gesundheits-
förderung in Rheinland-Pfalz
(LZGesundheit) (Hrsg.) (2006):
Kinder aus suchtbelasteten Familien
Mainz. (LZG-Schriftenreihe; 118)

Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
LWL-Landesjugendamt Westfalen
(Hrsg.) (2013):
Jugendhilfe aktuell
Münster. Ausgabe 1, 10.

Liegel, Simon;
Teutenberg, Norbert (2013):
**MIKADO / StandUp / Mobilé, Projekt
des SKM Köln für Kinder, Jugendliche
und junge Erwachsene aus suchtbe-
lasteten Familien, Fachtag „Belastete
Kindheit – belastete Zukunft!“**
Köln, 21. Oktober 2013.
Internet: www.skm-koeln.de/download/fachtag/Vortrag_Mikado_Liegel_Teutenberg.pdf, Zugriff: 12.12.2013

Miller, William R.;
Rollnick, Stephen (2004):
Motivierende Gesprächsführung
Freiburg i. Br.: Lambertus.

Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit
und Integration (Hrsg.) (2013):
**Sucht zuhause?: Familien und Sucht
– Problemlagen und Handlungs-
möglichkeiten. 22. Niedersächsische
Suchtkonferenz**
Hannover.
(Berichte zur Suchtkrankenhilfe)

Preuk, Monika (2012):
**Endlich gesünder leben. Die Top Ten
der guten Vorsätze. Mit dem Rauchen
aufhören**
Focus-Online vom 31.12.2012.
Internet: http://www.focus.de/gesundheits/gesundleben/vorsorge/vorsaeetze/gesuender-leben-mit-dem-rauchen-aufhoeren_aid_586004.html, Zugriff: 13.12.2013

Rennert, Monika (2012):
**Co-Abhängigkeit: Was Sucht
für die Familie bedeutet**
3., aktualisierte Auflage.
Freiburg i. Br.: Lambertus.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012):
**Daten und Fakten: Ergebnisse der
Studie „Gesundheit in Deutschland
aktuell 2010“**
Berlin.

Ruppert, Franz (2012):
Trauma, Angst und Liebe
München: Kösel.

Schild, Bea (Hrsg.) (2012):
Partnerschaft und Alkohol
Lengerich: Pabst.

Schneider, Wiebke (2013):
„Abhängig – Co-abhängig –
miteinander verflochten?“
Kommentare zum Editorial von
M. Klein und G. Bischof „Angehörige
Suchtkranker – Der Erklärungswert
des Co-Abhängigkeitsmodells“ in
diesem Heft. In: Sucht, 59(2), 109–111.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)
(2014):
Statistisches Jahrbuch 2013
Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012):
Ergebnisse des Mikrozensus –
Bevölkerung in Familien/
Lebensformen am Hauptwohnsitz.
Deutschland 2012
Wiesbaden.
(eigene Zusammenstellung)

Statistisches Bundesamt (2010):
Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit
– Rauchgewohnheiten
der Bevölkerung 2009
Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)
(1998):
Gesundheitsbericht für Deutschland
Stuttgart: Metzler-Poeschel.
(Gesundheitsberichterstattung
des Bundes)

Stöver, Heino (2013):
Förderung von Resilienz bei Kindern
aus suchbelasteten Familien
In: Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration (Hrsg.):
Sucht zuhause?
Familien und Sucht – Problemlagen
und Handlungsmöglichkeiten
22. Niedersächsische Sucht-
konferenz. Hannover. 14–15.

US-Studie:
Rauchverbot erspart vielen
das Krankenhaus
In: Der Spiegel vom 30.10.2012.
Internet: <http://www.spiegel.de/gesundheitsdiagnose/rauchverbot-senkt-die-zahl-von-krankhaus-aufenthalten-a-864327.html>,
Zugriff: 13.12.2013

Völker, Julia (2012):
Alkoholiker sterben 20 Jahre früher
Internet: Zeit online vom 17. Oktober
2012, <http://www.zeit.de/wissen/gesundheitsdiagnose/2012-10/Alkoholiker-Sucht-Lebenserwartung>,
Zugriff: 13.12.2013

Woititz, Janet G. (2000):
Um die Kindheit betrogen: Hoffnung
und Heilung für erwachsene Kinder
von Suchtkranken
5., aktualisierte Auflage.
München: Kösel.

Zobel, Martin (Hrsg.) (2008):
Wenn Eltern zu viel trinken.
Hilfen für Kinder und Jugendliche
aus Suchtfamilien
Bonn:
BALANCE buch + medien Verlag.

www.arzneimittel-in-der-schwangerschaft.de und www.embryotox.de

Die Internetseite des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Zugriff: 13.12.2013

www.gemeinsam-gegen-doping.de

Athleten gemeinsam gegen Doping – Internetseite, Zugriff: 13.12.2013

www.bagljae.de

Die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter. Zugriff: 05.12.2013

www.dksb.de

Die Internetseite des Deutschen Kinderschutzbundes Bundesverband e. V. Zugriff: 05.12.2013

www.drugcom.de

Das Internetportal informiert über legale und illegale Drogen und bietet Interessierten und Ratsuchenden die Möglichkeit, sich auszutauschen oder auf unkomplizierte Weise professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Zugriff: 05.12.2013

<https://www.drugcom.de/?id=archiv&sid=2007&idx=568>

Erhöhtes Schlaganfallrisiko durch Amphetamine und Kokain. Zugriff: 05.12.2013

www.ansprechbar-koeln.de

Das Bundesmodellprojekt „ESCapade“ ist ein familienorientiertes Interventionsprogramm für Jugendliche mit problematischer Computernutzung. Zugriff: 05.12.2013

www.frauen-gegen-gewalt.de

Im bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe sind mehr als 160 Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe zusammengeschlossen. Seit mehr als 30 Jahren finden Frauen und Mädchen, die von Gewalt betroffen sind, durch diese unkompliziert und wohnortnah Hilfe. Zugriff: 05.12.2013

www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html

Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I, S. 1163) – § 28 Erziehungsberatung. Zugriff: 12.12.2013

www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html

Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I, S. 1163) – § 31 Sozialpädagogische Familienhilfe. Zugriff: 12.12.2013

www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/BJNR111630990.html

Sozialgesetzbuch (SGB) – Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I, S. 1163) – §§ 29–35. Zugriff: 12.12.2013

www.halt.de

HaLT: Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. Zugriff: 05.12.2013

www.hilfetelefon.de

Das Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen. Zugriff: 05.12.2013

<https://jugend.bke-beratung.de>

Das Online-Beratungsangebot der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (bke) für Jugendliche und junge Erwachsene. Zugriff: 05.12.2013

www.juraforum.de/lexikon/unterlassungsdelikt-unterlassen?highlight=unterlassungsdelikt

Stichwort: Unterlassungsdelikt / Unterlassen. Zugriff: 12.12.2013

www.kidkit.de

Online-Beratung: Hilfe zu Sucht, Gewalt und/oder psychische Erkrankungen in der Familie. Zugriff: 05.12.2013

www.lwl-fred.de

FreD: Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten. Zugriff: 05.12.2013

www.maennerberatung.de/maennerhaus-kontakt.htm

Zuflucht für Männer in Krisen und bei familiärer Gewalt. Zugriff: 05.12.2013

www.maennerwohnhilfe.de

Beratungs- und Unterstützungsangebot für Männer. Zugriff: 05.12.2013

www.mindzone.info

Die Internetseite richtet sich an alle, die Fragen im Zusammenhang mit legalen

und illegalen Drogen haben bzw. allgemeine Informationen zum Thema Suchtvorbeugung benötigen. Zugriff: 05.12.2013

www.nacoa.de

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V., Zugriff: 06.12.2013

www.nada-bonn.de

Die Nationale Anti-Doping Agentur – Internetseite, Zugriff: 13.12.2013

www.nummergegenkummer.de

Nummer gegen Kummer e. V. ist die Dachorganisation des größten telefonischen und kostenfreien Beratungsangebotes für Kinder, Jugendliche und Eltern. Zugriff: 05.12.2013

www.partypack.de

partypack.de ist ein Projekt der Drogenhilfe Köln gGmbH. Die Internetseite informiert über legale und illegale Drogen und bietet interessierten und ratsuchenden Menschen die Möglichkeit per E-Mail oder online professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen. Zugriff: 05.12.2013

www.polizei-beratung.de/themen-und-tipps/gewalt/kindesmisshandlung/tipps.html#section_2

Stichwort: Kindesmisshandlung richtig erkennen? Absatz „Rechtliche Regelungen“. Zugriff: 12.12.2013

www.quit-the-shit.net

„Quit the Shit“ ist ein Informations- und Beratungsservice speziell für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten. Zugriff: 05.12.2013

www.rauchfrei-info.de

Ein Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit qualitätsgesicherten Angeboten beim Rauchstopp. Zugriff: 05.12.2013

www.rauch-frei.info

„rauch-frei.info“ ist die Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für alle Jugendlichen, die mehr zum Thema Rauchen und Nicht-rauchen wissen möchten. Zugriff: 05.12.2013

www.realize-it.org

Realize it: Beratung bei Cannabiskonsum. Zugriff: 05.12.2013

www.rechtslexikon.net/d/garantenstellung/garantenstellung.htm

Stichwort: Garantenstellung. Zugriff: 12.12.2013

www.rechtswoerterbuch.de/recht/u/unterlassene-hilfeleistung/

Stichwort: Unterlassene Hilfeleistung. Zugriff: 12.12.2013

www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/interview-kinder-gegen-willen-der-eltern-behandeln-4475.htm

Dürfen Ärzte Kinder gegen den Willen der Eltern behandeln?

Zugriff: 13.12.2013

www.unabhaengig-im-alter.de

Die Internetseite der DHS zum Thema „Missbrauch und Abhängigkeit im Alter“.

Zugriff: 06.12.2013



Die DHS

Die DHS

Die Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Sie koordiniert und unterstützt die fachliche Arbeit ihrer Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft, um ein Höchstmaß an Wirksamkeit für die präventiven und helfenden Tätigkeiten zu erreichen; in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Ministerien, Behörden, Institutionen des In- und Auslandes. Dazu zählen Öffentlichkeitsarbeit und Prävention sowie die Archivierung und Dokumentation von Veröffentlichungen. Zu den Mitgliedsverbänden der DHS gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und der Sucht-Selbsthilfe.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet

www.dhs.de

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Außerdem besteht ein Zugang zu allen (ca. 50) Broschüren und Faltblättern. Eine Adress-Datenbank ermöglicht den schnellen Zugriff zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Sucht-Selbsthilfe in Deutschland.

www.unabhaengig-im-alter.de

Sucht kennt keine Altersgrenzen. Diese Internetseite informiert über Alkohol, Tabak und psychoaktive Medikamente, die auch im höheren und hohen Lebensalter zu Missbrauch und Abhängigkeit sowie weiteren schweren gesundheitlichen Schäden führen.

www.sucht-am-arbeitsplatz.de

Diese Internetseite stellt Informationen zum Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ zur Verfügung, für betroffene Beschäftigte und deren Umfeld, aber auch für Arbeitgeber, Personalverantwortliche und Arbeitnehmervertretungen von kleinen, mittleren und großen Unternehmen.

www.aktionswoche-alkohol.de

Der die Aktionswoche Alkohol begleitende und unterstützende Internetauftritt dient als zentrale Plattform für Veranstalter und (Fach-)Öffentlichkeit. Das Portal informiert über die Veranstaltungen und Materialbestellungen, Hintergründe zum Thema Alkohol und bietet allen Hilfesuchenden Unterstützung an.

Beratungs- und Einrichtungssuche (www.suchthilfeverzeichnis.de)

Auf der Internetseite www.suchthilfeverzeichnis.de finden Sie eine Adress-Datenbank aller Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland.



DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder

die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden: www.dhs.de

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche, wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 41.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- Der aktuelle Bestand
(Erscheinungsjahr: ab 1950)
- Das historische Archiv
(Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.



Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Sie verfolgt das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

50819 Köln

Tel. +49 221 8992 0

Fax +49 221 8992 300

poststelle@bzga.de

www.bzga.de

Zur Prävention von Alkoholmissbrauch spricht die BZgA mit drei aufeinander abgestimmten Teilkampagnen „Alkohol? Kenn dein Limit.“ alle Altersgruppen an:

www.kenn-dein-limit.de

Die Internetseite richtet sich speziell an Erwachsene und hält umfangreiche Informationen rund um das Thema Alkohol bereit.

Ein Alkoholselbsttest regt an, den eigenen Alkoholkonsum kritisch zu hinterfragen und Hilfestellungen unterstützen bei der Reduzierung des eigenen Alkoholkonsums.

www.kenn-dein-limit.info

Die Internetseite richtet sich an Jugendliche im Alter von 16- bis 20-Jährige und informiert über Risiken und gesundheitliche Gefahren insbesondere durch von Jugendlichen praktizierten hohen und riskanten Alkoholkonsum.

www.null-alkohol-voll-power.de

Die Internetseite richtet sich an Kinder und Jugendliche (12 bis 16 Jahre) eine kritische Einstellung gegenüber Alkohol zu fördern und den Einstieg in den Alkoholkonsum hinauszuzögern.

**Broschüren zum Thema
Alkoholkonsum bei Erwachsenen:**

Alles klar

Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol
Bestell-Nr. 32010000

Alkoholfrei leben

Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen
Bestell-Nr. 32011000

für Eltern:

Alkohol – reden wir drüber!

Bestell-Nr. 32101900

für Schwangere:

**Andere Umstände –
neue Verantwortung**

Bestell-Nr. 32041000

www.frauengesundheitsportal.de
www.maennergesundheitsportal.de
www.gesund-aktiv-aelter-werden.de

Die Portale der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bieten ab Mitte 2014 Informationen zum Umgang mit Medikamenten an.

**BZgA-Info-Telefon
zur Suchtvorbeugung**

Tel. +49 221 892031

(Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)
Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr
und Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Telefon eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln.

**BZgA - Telefonberatung
zur Rauchentwöhnung**

Tel. 0800 8 313131 *

*kostenfreie Service-Nummer
Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr
Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr

Sucht & Drogen Hotline

Tel. 01805 313031

(kostenpflichtig: 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min. Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

Montag – Sonntag von 0.00 – 24.00 Uhr

Impressum

Herausgeber

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Postfach 1369, 59003 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de, www.dhs.de

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann

Projektkoordination

Christa Merfert-Diete

Konzeption und Text

Gisela Haberer, Weßling

Konzeptionelle Beratung

Dr. Gallus Bischof, Universität zu Lübeck,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Peter Eichin, Villa Schöppflin, Lörrach-Brombach
Heidi Knapp, Jugendhilfe LWL-Landesjugendamt Westfalen, Münster
Simon Liegel, Sozialdienst Katholischer Männer,
Kontakt- und Beratungsstelle „Vor Ort“, Köln-Kalk
Johannes Schopp, Jugendamt Dortmund, Stab-Fachreferat Elternbildung

Gestaltung

STADTLANDFLUSS, Frankfurt

Druck

Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Auflage

7.10.07.19

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Westenwall 4, 59065 Hamm (info@dhs.de), und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln (order@bzga.de), kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin / den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 33224600



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit