



# [Esc]ape - ein neues Beratungs- angebot für suchtgefährdete Jugendliche in Bremen

- Eine Evaluation der ersten beiden Jahre -



---

## **[Esc]ape – ein neues Beratungsangebot für suchtgefährdete Jugendliche in Bremen**

**- Eine Evaluation der ersten beiden Jahre -**

### **Impressum**

#### **Autor:**

Frank Schmidt  
Kommunale Gesundheitsberichterstattung und Steuerungsstelle Drogenhilfe

unter Mitarbeit von:  
Jockel Guba und Dr. Alfred Lorenz

#### **Redaktion:**

Winfried Becker und Katrin Hollmann  
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

#### **Verantwortlich:**

Dr. Günter Tempel  
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

Dr. Gerd Möhlenkamp  
Sozialpsychiatrische Abteilung

#### **Herausgeber:**

Gesundheitsamt Bremen  
Horner Str. 60-70  
28203 Bremen

#### **Kontakt:**

Telefon: (0421) 361 - 5595  
[frank.schmidt@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:frank.schmidt@gesundheitsamt.bremen.de)

Internet: <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

Erscheinungsdatum: Februar 2012



## Inhalt

Zusammenfassung: .....	3
1. Einleitung .....	4
2. Zur Entstehung der Jugendsuchtberatungsstelle .....	4
2.1. Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen .....	4
2.2. Konzept der Suchtambulanz [Esc]ape .....	5
2.2.1. Zielgruppen.....	5
2.2.2. Angebote und Leistungen.....	6
2.2.3. Organisatorische Anbindung und Vernetzung.....	6
2.2.4. Personalausstattung und Finanzierung .....	7
3. Klientendokumentation 2010/11 - die ersten Jahre [Esc]ape .....	7
3.1. Soziodemografische Daten .....	8
3.1.1. Alter der Klienten .....	8
3.1.2. Geschlecht.....	9
3.1.3. Ethnischer Hintergrund.....	9
3.1.4 Lebenssituation und Elternkonstellation .....	10
3.1.5. Schule und Ausbildung.....	11
3.2. Situation der Klienten bei Betreuungs- bzw. Behandlungsbeginn .....	12
3.2.1. Kontaktaufnahme .....	12
3.2.2. Auffällige Erscheinungen.....	13
3.3. Diagnosen .....	14
3.3.1. ICD-10 Diagnosen .....	14
3.3.2. Suchtmittel.....	16
3.3.3. Abnorme Psychosoziale Umstände.....	18
3.4. Betreuungs- bzw. Behandlungsdauer/ Behandlungssetting .....	19
3.5. Betreuungs- bzw. Behandlungsabschluss .....	20
4. Klientenunabhängige Aktivitäten .....	21
5. Resümee .....	22

## Zusammenfassung

Nachdem eine umfangreiche Untersuchung des Gesundheitsamtes Bremen zur Versorgung suchtgefährdeter Jugendlicher in Bremen verschiedene Mängel in den Hilfesystemen aufgedeckt hatte, wurde Anfang 2010 ein spezifisches Angebot für die Zielgruppe als Dependance der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle KIPSY geschaffen: [Esc]ape – Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen.

Die Dokumentation der 246 Klientinnen und Klienten, die [Esc]ape in den ersten beiden Jahren in Anspruch genommen haben, zeigt nicht nur, dass das neue Angebot von der Zielgruppe bereits nach kurzer Zeit sehr gut angenommen wurde, sondern bestätigt auch nachdrücklich die Entscheidung, [Esc]ape organisatorisch und fachlich in das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem in Bremen einzubinden. Auf diese Weise ist nicht nur eine frühzeitige und umfassende Diagnostik der häufig hochkomplexen psychosozialen Problemlagen des Klientels gewährleistet, sondern bei Bedarf auch eine qualifizierte ambulante oder stationäre Weiterbehandlung.



## 1. Einleitung

Seit Anfang 2010 gibt es in Bremen ein neues Beratungsangebot für suchtgefährdete und abhängige Jugendliche, deren Angehörige sowie für Institutionen, die mit der Zielgruppe konfrontiert sind: die Beratungsstelle "[Esc]ape – Ambulanz für junge Menschen mit Suchtproblemen". Die Beratungsstelle wurde als Dependance der Kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle (KIPSY) im Gesundheitsamt Bremen eingerichtet und wird gemeinsam vom Gesundheitsamt und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Bremen Ost getragen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht beschreibt die Entstehung und die Aufgabenstellung der Beratungsstelle und dokumentiert ihre Tätigkeit in den beiden ersten Jahren nach der Gründung.

Am Ende des Berichts wird eine erste Einschätzung dazu vorgenommen, inwieweit die mit der Einrichtung der Beratungsstelle verbundenen Zielsetzungen erreicht werden konnten.

## 2. Zur Entstehung der Jugendsuchtberatungsstelle

### 2.1. Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen

Im Jahr 2006 richtete der kommunale "Fachausschuss für Kinder- und Jugendpsychiatrie"<sup>1</sup> eine Arbeitsgruppe ein, um nähere Erkenntnisse über die Bedarfssituation und das Versorgungssystem für suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche in Bremen zu gewinnen. Da keine verwertbaren Erkenntnisse zu den Fragestellungen verfügbar waren, initiierte die Arbeitsgruppe eine breit angelegte Prävalenzuntersuchung, die vom Referat Gesundheitsberichterstattung des Bremer Gesundheitsamts durchgeführt und im Jahr 2008 unter dem Titel "Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen" veröffentlicht wurde.<sup>2</sup>

Durch die Prävalenzuntersuchung konnten insgesamt 291 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren ermittelt werden, die im Untersuchungszeitraum (12 Monate) von Bremer Einrichtungen und Institutionen (auch) aufgrund von Suchtmittelproblemen beraten, betreut oder behandelt wurden. Unter Berücksichtigung einer Dunkelziffer von nicht erreichten Jugendlichen kamen die Autoren der Studie schließlich zu einer Prävalenzschätzung von etwa 450 bis 600 Bremer Jugendlichen, die entweder massiv suchtgefährdet oder bereits abhängig sind.

Problemdroge Nummer Eins war bei den untersuchten Jugendlichen Cannabis, gefolgt von Alkohol. Deutlich seltener wurden die sogenannten harten Drogen konsumiert – die Studie ermittelte 36 Jugendliche, die auch auf Grund von Heroin- oder Kokainkonsum vom Hilfesystem betreut wurden.

Zwar ist der Suchtmittelkonsum insgesamt bei Jugendlichen nach neuesten Untersuchungen bundesweit rückläufig, nach den Ergebnissen der Bremer Studie ist jedoch keinesfalls sicher, ob dieser allgemeine Trend auch zu einer geringeren Zahl derjenigen Jugendlichen führt, die Drogen oder Alkohol exzessiv konsumieren und deshalb Hilfen benötigen. Es spricht vieles dafür, dass eine Suchtgefährdung in den meisten Fällen erst durch ein

---

<sup>1</sup> Der Fachausschuss ist ein Unterausschuss der "Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen" (ZAG). Er setzt sich zusammen aus Vertretern des Gesundheitsamtes, des Jugendamtes (AFSD), der Jugendhilfeträger, der Schulbehörde, des Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten.

<sup>2</sup> Der Bericht ist als PDF-Datei auf der Internetseite des Gesundheitsamtes veröffentlicht.



Zusammenwirken von Suchtmittelkonsum und psychosozialen Belastungsfaktoren entsteht.

Tatsächlich bestätigt der Bericht einen engen Zusammenhang zwischen Suchtgefährdung und biografischen Risikofaktoren. So wuchs zwei Drittel der erfassten Jugendlichen überwiegend mit nur einem Elternteil auf, ein Viertel sogar ohne leibliche Eltern bei Angehörigen, in Pflegefamilien oder in Heimen. Jede zweite Familie war von sozialen Notlagen oder Arbeitslosigkeit betroffen, fast 40% der Jugendlichen wurden Opfer von körperlicher und/ oder sexueller Gewalt. Überdurchschnittlich häufig waren zudem Suchtprobleme der Eltern und traumatische Erlebnisse wie schwere Erkrankungen oder Todesfälle bei Eltern teilen. Bei mehr als der Hälfte der Jugendlichen wurden psychische Störungen und Auffälligkeiten diagnostiziert, die zumeist bereits vor dem Suchtmittelmissbrauch auftraten.

Gegenstand der Untersuchung war auch das Bremer Hilfesystem für diese Zielgruppe. Dabei zeigte sich, dass Bremen in den Bereichen Jugendhilfe, Drogen- und Suchthilfe und Psychiatrie zwar prinzipiell ein vielfältiges Hilfesystem vorweisen kann, sich aber keine der Einrichtungen explizit für Jugendliche mit Suchtproblemen zuständig fühlte bzw. über spezifische Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungskonzepte für diese Zielgruppe verfügte.

In diesem Strukturproblem sieht die Studie auch die Hauptursache für den alarmierenden Befund, dass mehr als die Hälfte der erreichten Jugendlichen trotz ihres geringen Alters bereits von mindestens vier unterschiedlichen Institutionen betreut wurde und jeder fünfte Jugendliche sogar schon zu sechs oder mehr Institutionen Kontakt hatte. Die Studie kommt in diesem Zusammenhang zu der Einschätzung, dass sich der häufige Wechsel der beratenden bzw. betreuenden Einrichtungen nicht zuletzt auch auf Grund der bei vielen Klienten bereits vorhandenen Bindungs- und Beziehungsstörungen entmotivierend und kontraproduktiv auswirkt.

Die Autoren der Studie sprachen sich deshalb für eine "Bündelung von spezifischen ambulanten Betreuungs- und gegebenenfalls Behandlungsangeboten für junge Menschen mit Suchtmittelproblemen in *einer* Einrichtung"<sup>3</sup> aus. Dieser Empfehlung schloss sich der auftraggebende Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie an und entwickelte das Konzept einer Suchtambulanz für Jugendliche und ihre Angehörigen, das im Oktober 2008 auch die Zustimmung der städtischen Deputation für Arbeit und Gesundheit fand.

## **2.2. Konzept der Suchtambulanz [Esc]ape**

### **2.2.1. Zielgruppen**

Die Angebote der Suchtambulanz richten sich an

- suchtgefährdete und suchtkranke Kinder und Jugendliche in der Stadtgemeinde Bremen
- (psychiatrisch) komorbide Kinder- und Jugendliche
- Eltern und Angehörige von Betroffenen
- Einrichtungen und deren Mitarbeiter/-innen, die mit diesen jungen Menschen konfrontiert sind.

Im Konzept wurde bewusst auf die im Erwachsenenbereich häufig noch vorherrschende Trennung nach legalen und illegalen Suchtmitteln ebenso verzichtet wie auf eine Beschränkung auf stoffgebundene Suchterkrankungen. Damit sollte frühzeitig auch auf den zunehmenden Beratungsbedarf bei extensivem PC- bzw. Mediengebrauch reagiert werden, der in der öffentlichen Debatte in der Regel vereinfacht als "Computersucht" zusammengefasst wird.

---

<sup>3</sup> Untersuchung über hilfebedürftige Jugendliche mit Suchtmittelproblemen in der Stadtgemeinde Bremen, Seite 43



Vorrangig zuständig ist die Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, wobei die Alterbegrenzung insbesondere bei laufenden Betreuungen flexibel gehandhabt wird, um durch einen Wechsel der Zuständigkeit verursachte Betreuungsabbrüche nach Möglichkeit zu vermeiden.

### **2.2.2. Angebote und Leistungen**

Die Leistungen der Suchtambulanz umfassen

- Erstberatung, Diagnostik, weiterführende und motivierende Beratung
- aufsuchende Beratung
- ambulante Behandlung
- Vermittlung weiterführender Hilfen (ambulante Psychotherapie, stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationäre Suchttherapie, Jugendhilfemaßnahmen)
- kreative und psychoedukative Kurse und Gruppenangebote
- mittelfristig geplant: Internetauftritt, Onlineberatung

Die neue Beratungsstelle soll über eine möglichst breite diagnostische Kompetenz verfügen, die sich einerseits auf die Suchtproblematik bezieht, zugleich aber kompetent ist, psychiatrische Komorbidität und psychosoziale Entwicklungsstörungen zu erkennen und, soweit dies im ambulanten Rahmen möglich ist, auch zu behandeln.

Gleichzeitig soll die Angebotspalette so angelegt sein, dass Unterstützungsleistungen innerhalb des Gesundheitssystems so lange wie möglich 'aus einer Hand' erfolgen können und ein Hin- und Herschieben der Klienten zwischen den Hilfesystemen vermieden wird.

Beratungsgespräche sind nach vorheriger Terminvereinbarung von Montags bis Freitags möglich. Donnerstags findet zwischen 15:00 Uhr und 17:00 Uhr eine offene Sprechstunde statt, für die keine vorherige Anmeldung erforderlich ist. Dienstagnachmittags wird eine regionale Sprechstunde für Bremen-Nord in den Räumen der dortigen Außenstelle des Gesundheitsamtes angeboten.

### **2.2.3. Organisatorische Anbindung und Vernetzung**

Die Mehrzahl der in Deutschland bereits bestehenden Jugendsuchtberatungsstellen ist dem Hilfesystem der Drogen- und Suchthilfe und entsprechend spezialisierten Trägern zugeordnet. Diese Anbindung ist naheliegend, da der problematische Suchtmittelkonsum in der Regel der erste Anlass ist, überhaupt professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Andererseits gibt es gerade bei Jugendlichen auch eine Hemmschwelle zur professionellen Drogen- und Suchthilfe: trotz zum Teil gravierendem Suchtmittelkonsum betrachten sich die meisten Jugendlichen nicht als süchtig oder abhängig und distanzieren sich von Alkoholikern oder drogenabhängigen 'Junkies'.

Dies war einer der Gründe, die in Bremen schließlich zu der Entscheidung führten, die neue Beratungsstelle als Dependance der bestehenden Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle KIPSY im Gesundheitsamt einzurichten. Hinzu kam der Befund der Jugenduntersuchung, dass bei bis zu 70% der Betroffenen neben dem problematischen Suchtmittelkonsum Hinweise auf eine psychische Störung vorlagen. Für die Versorgung dieser Klientengruppe verfügt die Beratungsstelle KIPSY mit ihrer organisatorisch und fachlich engen Verzahnung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz des Klinikum Ost über die besten Voraussetzungen für ein umfassendes und ganzheitliches Hilfeangebot, das von frühzeitiger fachkompetenter Diagnostik bis hin zur Einleitung ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung reicht.



Nicht zuletzt sprach auch die langjährige und gute Vernetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Jugendamt und den Trägern der Jugendhilfe in Bremen für die Anbindung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie, bei deren Chefarzt auch die ärztliche Leitung der neuen Beratungsstelle liegt.

#### **2.2.4. Personalausstattung und Finanzierung**

Auf Grund der angespannten Finanzsituation der Stadt Bremen konnte für die Startphase der neuen Beratungsstelle nur eine personelle Mindestausstattung realisiert werden: Eine Vollzeitstelle für einen Sozialarbeiter mit suchtherapeutischer Zusatzausbildung und eine halbe Stelle für einen Arzt aus dem Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Aufgaben Anmeldung/Terminvergabe, Geschäftsstelle und Verwaltung werden von der räumlich angrenzenden Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle wahrgenommen, deren Mitarbeiterteam auch Vertretungsaufgaben im Urlaubs- und Krankheitsfall übernimmt und bei spezifischen Erfordernissen (z.B. psychologische Testverfahren) zur Verfügung steht.

Wie bei der KIPSY wird auch bei der neuen Beratungsstelle ein Teil der Personalkosten über die Krankenkassen refinanziert (Psychiatrische Institutsambulanz – PIA).

### **3. Klientendokumentation 2010/11 - die ersten Jahre [Esc]ape**

Die Klientendokumentation der neuen Beratungsstelle erfolgt nach einem Dokumentationssystem, das in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Bremen seit 1996 einheitlich angewendet wird und sich an den bundesweiten Dokumentationsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anlehnt (BADO-KJP). Erfasst werden im Wesentlichen

- Soziobiografische Daten
- Daten zur Situation des Klienten bei Betreuungs-/Behandlungsbeginn
- Diagnosen
- Daten zu Betreuungs-/Behandlungsdauer und Setting
- Daten zum Betreuungs-/Behandlungsende

Die einheitliche Dokumentationssystematik in allen Bereichen des kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystems ermöglicht Vergleiche zwischen den einzelnen Versorgungssegmenten. Für die vorliegende Evaluation zur Nutzerstruktur werden [Esc]ape-Daten vor allem mit den KIPSY-Daten verglichen, teilweise aber auch mit den Ergebnissen der "Untersuchung über Jugendliche mit Suchtmittelproblemen", die anfangs dargestellt wurde (im Folgenden vereinfacht als "Jugenduntersuchung" bezeichnet).

Für [Esc]ape lagen zum Redaktionsschluss des Berichtes zwei Klienten-Jahrgänge (2010 und 2011) vollständig dokumentiert vor. In den folgenden Tabellen sind diese insgesamt 246 Fälle in der Regel zusammengefasst dargestellt. Die Vergleichsdaten der KIPSY beziehen sich dagegen nur auf das Jahr 2010, da die Dokumentation des Jahres 2011 noch nicht abgeschlossen war.

Insgesamt wurden von [Esc]ape im ersten Jahr (2010) 107 Klienten und im zweiten Jahr (2011) 139 Klienten beraten und betreut. Von den 139 Klienten des Jahres 2011 waren 13 bereits im Vorjahr in der Betreuung, so dass von [Esc]ape in den ersten beiden Jahren insgesamt 233 unterschiedliche Klienten betreut wurden.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> In den folgenden Tabellen sind die 13 Klienten, die in beiden Jahren betreut wurden, nicht herausgerechnet, so dass N jeweils 246 Klienten entspricht.



### 3.1. Soziodemografische Daten

#### 3.1.1. Alter der Klienten

Tabelle 1: Durchschnittsalter

Werte	[Esc]ape			KIPSY (2010)		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
Mittelwert <sup>5</sup>	16,7	16,2	16,5	12,6	13,5	13,1
Minimum	12,3	13,3	12,3	4,9	3,5	3,5
Maximum	21,1	19,3	21,1	20,4	20,9	20,9

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Tabelle 2: Altersgruppen

Alter	[Esc]ape				Jugenduntersuchung	
	Anzahl	in %	männl. %	weibl. %	Anzahl	in %
bis 14 Jahre	15	6,3	6,0	7,0	20	6,9
bis 16 Jahre	64	26,7	22,4	40,4	117	40,2
bis 18 Jahre	126	52,5	54,6	45,6	115	39,5
bis 21 Jahre	35	14,6	16,9	7,0	39	13,4

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Bei der Altersstruktur zeigen sich die erwarteten Unterschiede zwischen der Klientel von KIPSY und [Esc]ape. Während psychische Auffälligkeiten bereits bei Kindern auftreten können, beginnt ein problematischer Suchtmittelkonsum in der Regel frühestens im Alter von 12 oder 13 Jahren. Dies ist auch das Alter der jüngsten [Esc]ape-Klienten.

Interessant ist, dass das Durchschnittsalter der [Esc]ape-Klienten fast exakt dem Durchschnittsalter der durch die Jugenduntersuchung erreichten Klientel entspricht (männlich 16,7 Jahre, weiblich 16,5 Jahre) und auch die Altersverteilung sehr ähnlich ist.

<sup>5</sup> Arithmetisches Mittel





### 3.1.2. Geschlecht

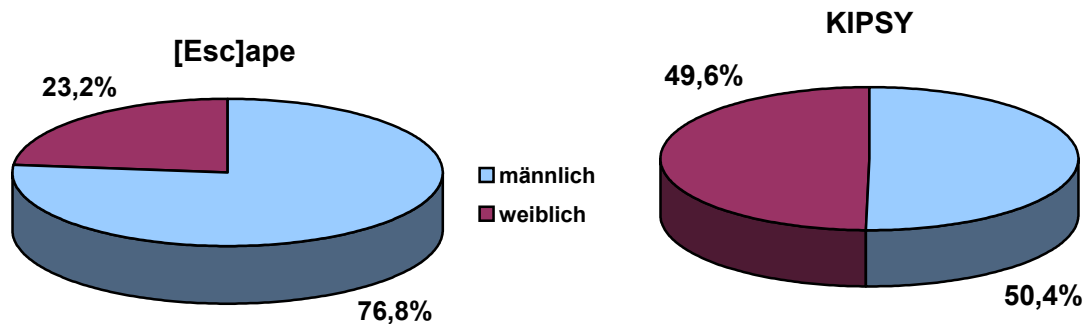


Abbildung 1: Geschlecht [Esc]ape

Abbildung 2: Geschlecht KIPSY

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Während die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle zu fast gleichen Teilen von männlichen und weiblichen Kindern und Jugendlichen genutzt wird, zeigt die Klientel von [Esc]ape bereits im ersten Jahr die in der Suchtkranken- und Drogenhilfe typische Dominanz männlicher Klienten.

In der Jugenduntersuchung lag der Anteil von weiblichen Klienten allerdings höher (31,6 %).

### 3.1.3. Ethnischer Hintergrund

Tabelle 3: Ethnischer Hintergrund

Hintergrund	[Esc]ape				KIPSY		Jgd.untersuchung	
	Anzahl	%	männl.%	weibl. %	Anzahl	%	männl.%	weibl. %
deutsch	164	66,7	67,7	63,2	362	69,9	81,6	80,4
türkisch /arabisch	25	10,2	10,6	8,8	91	17,6	6,6	9,8
russisch (GUS) + polnisch	31	12,6	11,1	17,5	22	4,2	8,6	5,4
anders	26	10,5	10,6	10,5	43	8,4	3,2	4,4

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Der Anteil jugendlicher Klienten mit Migrationshintergrund unterscheidet sich zwischen [Esc]ape und KIPSY nicht gravierend, ist aber deutlich höher als in der Jugenduntersuchung.

Bemerkenswert ist der hohe Anteil weiblicher Klienten mit russischer oder polnischer Herkunft. Normalerweise gelten überwiegend die männlichen Jugendlichen aus diesem Kulturkreis als überdurchschnittlich suchgefährdet.

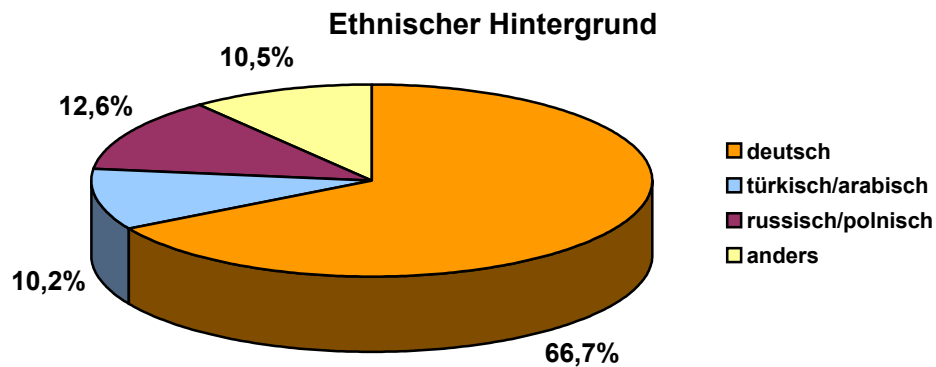


Abbildung 3: Ethnischer Hintergrund des [Esc]ape-Klientels

(Quelle: Gesundheitsamt Bremen)

### 3.1.4 Lebenssituation und Elternkonstellation

Tabelle 4: Lebenssituation: Elternkonstellation (nur [Esc]ape)

Elternkonstellation	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
leibliche Eltern	65	26,4	28,6	19,3
alleinerziehende Mutter	77	31,3	32,8	26,3
alleinerziehender Vater	14	5,7	6,3	3,5
Patchwork leibliche Mutter	26	10,6	9,0	15,8
Patchwork leiblicher Vater	3	1,2	0,5	3,5
Pflege- / Adoptiveltern	6	2,4	2,6	1,8
andere familiäre Konstellation	2	0,8	0,0	3,5
nicht bei Eltern	53	21,5	20,1	26,3

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Nur jeder vierte männliche Klient und sogar nur jede fünfte Klientin von [Esc]ape lebten bei ihren beiden leiblichen Eltern. Besonders hoch ist die Zahl der Jugendlichen, die mit einer alleinerziehenden Mutter zusammenleben.

Gut 20% der Klienten lebten zum Zeitpunkt der Betreuung in einer Jugendhilfeeinrichtung oder bereits in einer eigenen Wohnung, in der sie zumeist in Verbindung mit einer ambulanten Betreuung durch einen Jugendhilfeträger ambulant betreut werden.

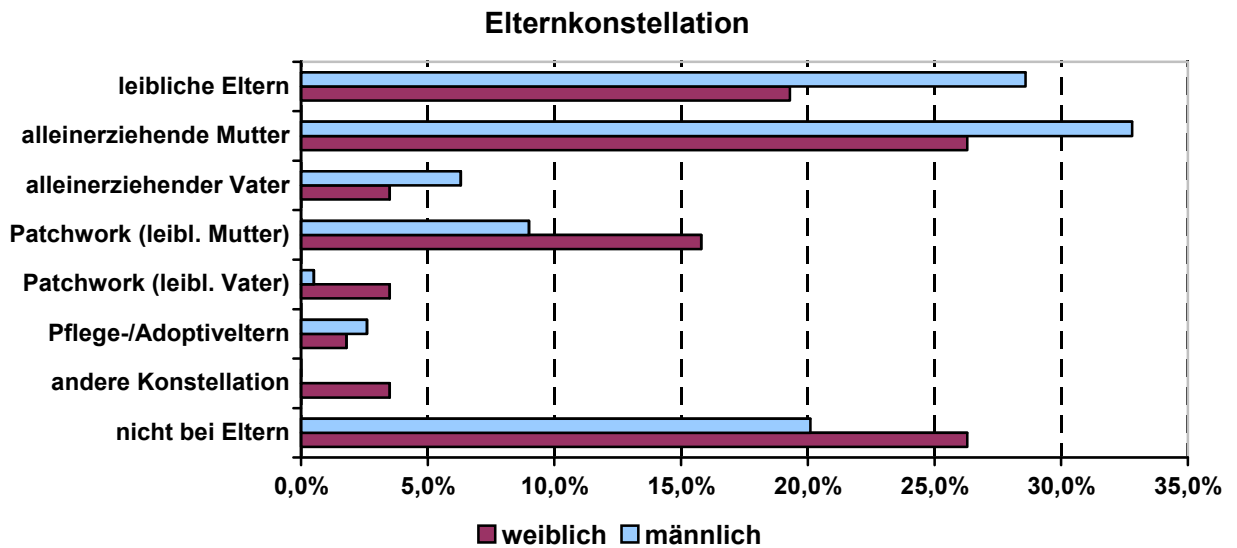


Abbildung 4: Lebenssituation und Elternkonstellation der [Esc]ape-Klientel

(Quelle: Gesundheitsamt Bremen)

Ein genauer Vergleich mit der Jugenduntersuchung ist bei diesem Merkmal auf Grund unterschiedlicher Fragestellungen nicht möglich. Allerdings zeigte auch die Jugenduntersuchung, dass sich die familiären Verhältnisse suchtgefährdeter Jugendlicher offenbar deutlich vom "Normalfall" unterscheiden. Nur 14,8% der dort erfassten Jugendlichen waren überwiegend bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen, dagegen 62,9% überwiegend bei einem alleinerziehenden Elternteil.

### 3.1.5. Schule und Ausbildung

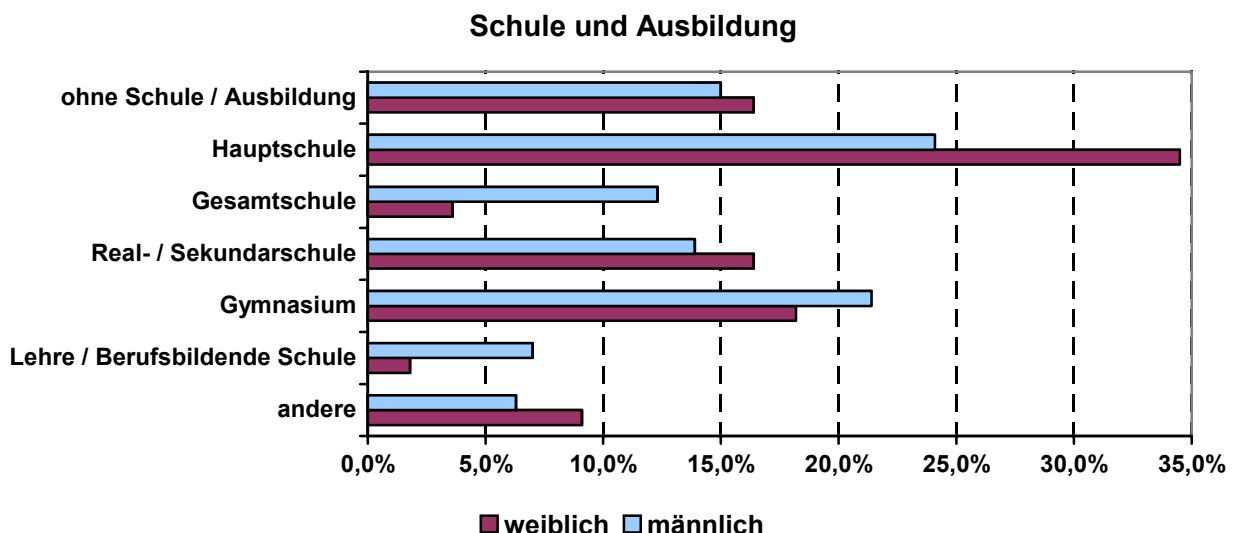


Abbildung 5: Schule und Ausbildung der [Esc]ape-Klientel

(Quelle: Gesundheitsamt Bremen)

Auch wenn die Datenlage einen genauen Vergleich mit der Bremer Schülerstatistik nicht ermöglicht, ist das vergleichsweise niedrige Bildungsniveau der [Esc]ape-Klientel auffällig. Vergleichszahlen: in Bremen erlangten 2010 fast 40% der Schülerinnen und Schüler die



allgemeine Hochschulreife. Der Anteil von Schülerinnen und Schülern, die die Hauptschule ohne Abschluss verließen, lag bei knapp 6% <sup>6</sup>.

Noch niedriger als bei der [Esc]ape-Klientel war das Bildungsniveau in der Jugenduntersuchung. Hier lag allein der Anteil der Hauptschüler bei 57%, ein Gymnasium besuchten nur knapp 8%.

### 3.2. Situation der Klienten bei Betreuungs- bzw. Behandlungsbeginn

#### 3.2.1. Kontaktaufnahme

Tabelle 5: Anregung zur Kontaktaufnahme (Mehrfachantworten) (nur [Esc]ape)

Anregung durch	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
Jugendlicher selbst	37	15,0	15,3	14,0
Erziehungsberechtigte/r	114	46,3	49,7	35,1
Schule / Lehrer	42	17,1	19,0	10,5
Jugendhilfeträger / Heim / EB	87	35,4	34,9	36,8
Jugend- / Sozial- / Gesundheitsamt	21	8,5	7,4	12,3
Gericht / JVA / Polizei	34	13,8	15,9	7,0
eigene Ambulanz / Klinik	10	4,1	1,6	12,3
andere	19	7,7	3,7	21,1

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Jugendsuchtberatungsstellen werden nur selten von Jugendlichen aus eigenem Antrieb aufgesucht. Selbst Jugendliche mit massivem Suchtmittelkonsum halten sich selbst in der Regel nicht für "süchtig" oder verleugnen diese Erkenntnis zumindest. Dennoch haben immerhin 15% der Jugendlichen [Esc]ape auch aus eigener Initiative aufgesucht.

Die Mehrzahl der Klienten kam auf Druck von Eltern oder Angehörigen oder wurde von Institutionen geschickt. In 14% der Fälle erfolgte die Kontaktaufnahme auf Grund einer richterlichen Auflage, in der Regel durch das Jugendgericht.

<sup>6</sup> Quelle: Statistisches Landesamt Bremen



### 3.2.2. Auffällige Erscheinungen

Im Unterschied zur späteren Diagnose werden hier zunächst Beobachtungen bzw. Auffälligkeiten dokumentiert, die in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn aufgetreten sind.

Tabelle 6: Auffällige Erscheinungen (Mehrfachantworten) (nur [Esc]ape)

Erscheinungen	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
chronische körperliche Erkrankungen	9	3,7	3,7	3,5
psychomotorische Auffälligkeiten	29	11,8	11,6	12,3
psychosomatische Auffälligkeiten	71	28,9	23,9	45,6
Sprachstörungen	25	10,2	11,6	5,3
Drogen-/ Alk.-/ Medikamenten-Missbrauch	208	84,6	86,2	78,9
problematische PC-Nutzung	41	16,7	21,7	0,0
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	17	6,9	2,6	29,8
Auffälligkeiten im Sozialverhalten	153	62,2	60,3	68,4
Meiden / Verweigern der Schule ...	170	69,1	66,7	77,2
aggressives Verhalten	87	35,4	36,0	33,3
Kontaktprobleme	123	50,0	49,2	52,6
Auffälligkeiten im Spiel- Leistungsverhalten	177	72,0	72,0	71,9
Auffälligkeiten im emotionalen Bereich	222	90,2	89,4	93,0
suizidale Handlungen	10	4,1	2,6	8,8

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Zwar war in fast allen Fällen eine vermutete Suchtgefährdung Anlass für die Kontaktaufnahme zur Suchtambulanz, in einigen Fällen bestätigte sich dieser Verdacht im Bera-  
tungsverlauf jedoch nicht. Bei einigen ausschließlich weiblichen Klienten bestand der Ver-  
dacht auf eine Essstörung (psychosomatische Auffälligkeit).

Die Daten dokumentieren, dass die Mehrzahl der Klienten neben der Suchtgefährdung  
eine Vielzahl weiterer Auffälligkeiten aufweist. Die Jugenduntersuchung ergab einen ähn-  
lichen Befund und konnte zugleich nachweisen, dass viele der Auffälligkeiten nur schein-  
bar durch den problematischen Suchtmittelkonsum verursacht wurden. Tatsächlich be-  
standen Auffälligkeiten häufig bereits lange vor Beginn des Suchtmittelkonsums, so dass  
die Jugenduntersuchung zu der Einschätzung kam, "dass bei Jugendlichen und Heran-  
wachsenden in den meisten Fällen ein problematischer Suchtmittelkonsum weniger als  
Ursache, sondern als Folge gravierender Belastungsfaktoren gesehen werden muss"<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Jugenduntersuchung, Seite 35



### 3.3. Diagnosen

Die Diagnose seelischer Erkrankungen, zu denen auch Suchtkrankheiten gezählt werden, erfolgt in Deutschland üblicherweise nach einem von der WHO entwickelten Internationalen Klassifikationsschema ICD-10<sup>8</sup>, das 1993 eingeführt wurde. Insgesamt werden in der ICD-10 zehn Gruppen psychischer Erkrankungen unterschieden (F0 bis F9). Mit Ausnahme der Intelligenzminderung (F7), die als geistige Behinderung definiert ist, können alle Störungsbilder eine seelische Behinderung bedingen.

Die differenzierte Diagnostik erfolgt nach einem multiaxialen Klassifikationsschema, wobei für die Diagnostik im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem die Achsen 1 (F0-F6, F9) und 5 (abnorme psychosoziale Umstände) von Bedeutung sind.

#### 3.3.1. ICD-10 Diagnosen

Tabelle 7: ICD 10 - Diagnosen\* beim [Esc]ape-Klientel (2 Diagnosen möglich)

Diagnose	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
ohne	60	24,4	25,9	19,3
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	182	74,0	72,5	78,9
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftete Störungen	7	2,8	2,6	3,5
F3 Affektive Störungen	29	11,8	12,2	10,5
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	39	15,9	12,7	26,3
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	9	3,7	2,6	7,0
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	21	8,5	8,5	8,8
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	100	40,7	43,4	31,6
andere Störungen	1	0,4	0,5	0,0

\* problematische PC-Nutzung wird hier nicht erfasst, da diese bisher nicht in der ICD klassifiziert ist

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Eine psychische Störung durch den Konsum psychotropischer Substanzen (Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit) bestätigte sich diagnostisch bei etwa drei Vierteln aller Klienten, wobei der Anteil bei den Mädchen noch etwas höher war als bei den Jungen. Eher die Regel als eine Ausnahme sind bei Suchterkrankungen psychische Komorbiditäten bzw. Begleiterkrankungen oder auch Doppeldiagnosen. Dies bestätigen die Daten der [Esc]ape-Klientel ebenso wie die Befunde der Jugenduntersuchung. Besonders häufig gehen ein problematischer Substanzgebrauch mit emotionalen Störungen (Depressionen, Ängsten) und Störungen im Sozialverhalten einher.

<sup>8</sup> International Classification of Diseases, 10. Version



Mit einer Doppeldiagnose wird grundsätzlich zunächst keine Aussage darüber getroffen, ob es einen – möglicherweise ursächlichen - Zusammenhang zwischen den diagnostizierten Störungen gibt. Insbesondere bei Jugendlichen wird aber inzwischen allgemein davon ausgegangen, dass ein regelmäßiger Suchtmittelkonsum häufig eine Art "Selbstbehandlungsversuch" darstellt, um besser mit psychischen Belastungsgefühlen klar zu kommen.

Zum Zusammenhang von psychischen Störungen und Suchtmittelmissbrauch eine Bewertung von Dr. Alfred Lorenz, Diplom Psychologe, Leiter von KIPSY und [Esc]ape bis August 2011:

"Substanzmittelmissbrauch geht bei jungen Menschen häufig einher mit typischen Störungen des Sozialverhaltens (vor allem aggressives und dissoziales Verhalten). Diese Komorbidität spiegelt sich auch in den Behandlungsdiagnosen wieder. Nicht selten geht mit dem Substanzmittelmissbrauch auch eine emotionale Störung, manchmal auch eine nicht sofort erkennbare depressive Erkrankung einher. Bei vielen dieser jungen Menschen kann angenommen werden, dass der Substanzmittelmissbrauch – vor allem der Cannabiskonsum – einerseits ein Element des gestörten sozialen Lebens ist, andererseits aber auch als eine versuchte Selbstbehandlung für die emotionale oder depressive Störung verstehbar ist. Fehlt die emotionale Störungskomponente, kann eher von einem Missbrauch ausgegangen werden, der im Kontext der Dissozialität entstanden ist.

Aber auch bei anderen psychischen Störungen ist der Suchtmittelkonsum wahrscheinlich eine Selbstbehandlungsstrategie: ältere Jugendliche mit Borderlinestörungen nutzen die Suchtmittel z.B., um ihre schweren Stimmungsschwankungen auszugleichen. Die angenehme Wirkung von Suchtmitteln auf erlebtes Versagen, auf Depressivität, sowohl als eigene Störung als auch im Kontext von aktuellen Belastungsreaktionen, ist vor allem bei Mädchen von Bedeutung.

Es kommt auch vor, dass junge Menschen eine Selbstmedikation mit Cannabis vornehmen, die mit den Eigenarten eines ADHS-Syndroms leben, vor allem mit der starken Getriebenheit (Hyperaktivität) und der hohen Impulsivität, die immer wieder zu negativen Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld führen; Cannabis schafft dann Ruhe- und Gelassenheitsgefühle.

Auch bei spezifischen psychischen Störungen wie Ängsten, Phobien und Zwängen wird man diesen Zusammenhang annehmen können; der hohe Anteil von Jungen kann darauf hinweisen, dass Jungen mit diesen Problemen eher zur "Selbsthilfe" greifen als Mädchen.

Psychotische Störungen sind im frühen Jugendalter eher selten, können aber nach heutigem Stand der Kenntnis auch Folgen eines früh einsetzenden Cannabismissbrauchs sein. So haben wir es in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung immer wieder mit jungen Menschen zu tun, bei denen wir nicht sofort erkennen: Ist das psychotische Erleben so stark und anstrengend, dass die Jugendlichen es mit Cannabiskonsum unter Kontrollen bringen wollen oder sind die psychotischen Erlebnisse Folgen des mehr aus der sozialen Biographie verstehbaren Cannabismissbrauchs, der schon mit ca. 10 bis 12 Jahren begann."

Im Vergleich zu den anderen Segmenten des Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungssystems (KIPSY, Institutsambulanz, Klinik) unterscheiden sich die Störungsbilder der [Esc]ape-Klientel mit Ausnahme des problematischen Substanzkonsums (F1) nicht wesentlich.



### 3.3.2. Suchtmittel

Tabelle 8: Vorrangiges Suchtmittel (nur [Esc]ape)

Suchtmittel	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
Alkohol	28	13,2	9,5	27,9
Opioide	2	0,9	0,6	2,3
Cannaboide	122	57,5	59,2	51,2
Sedativa	2	0,9	0,6	2,3
Kokain	1	0,5	0,0	2,3
PC	38	17,9	22,5	0,0
multiple	19	9,0	7,7	14,0

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Unter den Suchtmittelkonsumenten war in mehr als der Hälfte der Fälle der Konsum von Cannabinoiden, überwiegend Marihuana, Anlass für die Kontaktaufnahme zu [Esc]ape. Deutlich geringer war die Fallzahl beim Alkoholmissbrauch, wobei der Anteil der Mädchen hier wesentlich höher war als der der Jungen. Bei diesen Zahlen muss berücksichtigt werden, dass die gesellschaftliche Toleranz gegenüber jugendlichem Alkoholmissbrauch trotz der Debatte über komatrinkende Jugendliche noch immer deutlich höher ist als beim Konsum von Cannabis – mit der Folge, dass Suchtberatungsstellen in der Regel erst dann aufgesucht werden, wenn der Alkoholmissbrauch massive Formen angenommen hat.

Nur zwei männliche Klienten konsumierten bereits die sogenannten "harten" Drogen Heroin bzw. Kokain. Zum Zeitpunkt der Jugenduntersuchung (Erfassungsjahr 2005) wurde noch bei 36 Bremer Jugendlichen ein Konsum harter Drogen dokumentiert.

Ein multipler Substanzmissbrauch bzw. Mischkonsum von Suchtmitteln wurde bei insgesamt 19 Klienten dokumentiert, die in der Regel unterschiedliche Drogen aus der Gruppe der sogenannten "Partydrogen" konsumierten: Ecstasy, Amphetamine, LSD, Pilze – häufig ergänzt durch Cannabis.

In 38 Fällen – ausschließlich Jungen - wurde [Esc]ape wegen der extensiven Nutzung von PC's oder anderen Medien in Anspruch genommen.





Zu diesen Fällen die Einschätzung von Jockel Guba, Sozialpädagoge und Mitarbeiter von [Esc]ape:

"Bei immerhin knapp 20% der Beratungsfälle ging es auch oder vor allem um PC- bzw. Medienmissbrauch. Obwohl im Alltag häufig von "Internet- und/oder Computersucht" gesprochen wird, ist dieser Bereich aktuell noch nicht über eine ICD-10-Diagnose abgedeckt.

Wir verstehen die Nutzung der Medien (PC-Internet-Playstation-Handy-TV) einerseits als eine Anpassung an technische Angebote und Fortschritte, aber auch als Chance und Gefahr, sich in Belastungs- und/oder Konfliktsituationen von seiner Umwelt zurückzuziehen, diesen Situationen auszuweichen, dass heißt sich der realen Welt und deren Anforderungen zu verschließen und sich in der virtuellen Welt die "Erfolge" zu verschaffen, die im wirklichen Leben nicht (mehr?) so ohne weiteres zu erreichen zu sein scheinen.

Die in der Diskussion um diese Thematik benutzte Begrifflichkeit der "digital natives" (das sind diejenigen, die mit diesen neuen Medien aufgewachsen sind und sie deshalb "selbstverständlich" nutzen) und der "digital immigrants" (das sind diejenigen, die noch anders sozialisiert wurde, dass heißt wir Erwachsenen) macht deutlich, dass es auch um neue gesellschaftliche Umgangsformen geht oder gehen kann, die in diese Konfliktlinien mit hineinspielen. Unsere Beratungsgespräche in diesem Zusammenhang kamen ausschließlich auf Initiative von Eltern oder Erziehungspersonen zustande, die bei Kindern oder Jugendlichen den Eindruck hatten, dass sie "zuviel" dieser Medien nutzten. Die Wahrnehmung über die Nutzungszeiten waren oft heftig kontrovers, die Auswirkungen der Nutzung ebenfalls.

Unstrittig ist, dass es tatsächlich eine problematische Nutzung dieser Medien geben kann. Insofern ist der Besorgnis von Eltern und Erziehenden schon mit Ernsthaftigkeit zu begegnen. Vor allem dann, wenn der Eindruck entsteht, dass die PC- und Mediennutzung als Lösungs- oder Bewältigungsstrategie von schwierigen Lebenssituationen praktiziert wird, kann diese Nutzung genauso zum Problem werden, wie wenn Substanzen (z.B. Marihuana) als ausschließliches Mittel zur Ablenkung und Entspannung eingesetzt werden.

In den allermeisten Beratungsgesprächen in diesem Bereich hatten wir den Eindruck, dass die PC- und Mediennutzung durch die (ausschließlich männlichen) Jugendlichen noch nicht zu einem nicht mehr beherrschbaren Problem geworden ist und über gemeinsame Absprachen über Nutzungszeiten, PC-freie Zeiten, alternative Freizeitgestaltung die Selbstkontrolle zurück gewonnen werden konnte.

Es gab aber in 2010 auch einige Fälle, in denen eine klinische Behandlung dringend angezeigt war, weil inzwischen ein vollständiger Rückzug aus gesellschaftlichen Zusammenhängen (unter anderem keine anderen sozialen Kontakte, kein Schulbesuch mehr) vollzogen war und eine Herausnahme aus der konkreten Lebenssituation zwingend erforderlich schien. In diesen Fällen haben wir auch für eine familiengerichtlich angeordnete klinische Unterbringung im Rahmen des § 1631b BGB plädiert. Das bedeutet, dass der elterliche Wille über einen Beschluss des Familiengerichtes umgesetzt wird und der betroffene Jugendliche trotz Verweigerung den klinischen Aufenthalt antreten muss. In diesen Fällen war eine lange prekäre Familiengeschichte vorangegangen, die sich eindeutig in jugendpsychiatrischen Erkrankungen (vor allem Depressionen) niederschlug."



### 3.3.3. Abnorme Psychosoziale Umstände

Die folgende Auflistung der diagnostizierten "abnormen psychosozialen Umstände" dokumentiert nachdrücklich die vielfältigen Belastungsfaktoren, denen die [Esc]ape-Klientel neben ihrer Suchtproblematik ausgesetzt war oder ist. Sie bestätigt die entsprechenden Befunde der Jugenduntersuchung.

Tabelle 9: Abnorme psychosoziale Umstände (ICD 10) (nur [Esc]ape)

Art	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
abnorme intrafamiliäre Beziehungen	135	54,9	59,8	38,6
psychische Störungen, abweichendes Verhalten / Behinderung in der Familie	84	34,1	30,7	45,6
inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	185	75,2	72,5	84,2
abnorme Erziehungsbedingungen	167	67,9	72,0	71,9
abnorme unmittelbare Umgebung	180	73,2	71,4	78,9
akute, belastende Lebensereignisse	132	53,7	47,6	73,7
gesellschaftliche Belastungsfaktoren	54	22,0	22,2	21,1
chronische zwischenmenschliche Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit	170	69,1	68,8	70,2
belastende Lebensereignisse oder Situationen infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderung des Kindes	68	27,6	24,9	36,8
Migrationsproblem	47	19,1	19,6	17,5
Kindesmishandlung	20	8,1	7,4	10,5
sexueller Missbrauch (innerhalb und außerhalb der Familie)	8	3,3	0,0	14,0

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Signifikante Unterschiede zum Klientel der KIPSY gibt es nur bei den Faktoren, bei denen das deutlich geringere Durchschnittsalter der KIPSY-Klientel eine Rolle spielte (z.B. Belastungen durch Schule oder Arbeit).

Im Vergleich zur Jugenduntersuchung fällt auf, dass die [Esc]ape-Klientinnen eine insgesamt höhere Problembelastung aufwiesen als die männlichen Klienten. Bei der von der Jugenduntersuchung erfassten Klientel waren die Jungen deutlich stärker belastet.



### 3.4. Betreuungs- bzw. Behandlungsdauer/ Behandlungssetting

Tabelle 10: Anzahl der Kontakte in Kategorien (nur [Esc]ape)

Kategorie	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
1 - 2 Kontakte	90	36,6	39,2	28,1
3 - 10 Kontakte	118	48,0	45,0	57,9
mehr als 10 Kontakte	38	15,4	15,9	14,0
Mittelwert (2010)	4,5		4,7	4,2
Mittelwert (2011)	7,1		6,7	8,2

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Bei knapp 37% der Klientel beschränkte sich der Kontakt zu [Esc]ape auf ein oder zwei Beratungsgespräche. In den meisten Fällen kam es zu drei bis zehn Kontakten, 38 Klienten wurden mit mehr als zehn Kontakten überdurchschnittlich intensiv betreut. Die Zahl dieser Intensivbetreuungen ist im Jahr 2011 deutlich angestiegen. Mädchen hatten insgesamt mehr Beratungskontakte als Jungen, wiesen allerdings im Durchschnitt auch eine höhere Problembelastung auf (siehe Tabelle 9).

Kurze Beratungssequenzen mit nur einem oder zwei Gesprächen ergaben sich aus ganz unterschiedlichen Gründen. In einigen Fällen handelte es sich um Beratungsgespräche mit Jugendlichen, die von Schulen oder Jugendrichtern auf Grund einer vermeintlich bestehenden Suchtgefährdung angeordnet worden waren. In anderen Fällen konnten schon nach ein oder zwei Gesprächen Vereinbarungen zwischen Eltern und ihren Kindern erzielt werden, die beide Seiten akzeptieren konnten.

Die durchschnittliche Betreuungshäufigkeit ist bei [Esc]ape mit sieben Kontakten pro Klient höher als in der KIPSY (4,3 Kontakte).

Tabelle 11: Beratung und Behandlung von Eltern, Ersatzeltern oder Familien (nur [Esc]ape)

Antwort	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
ja	142	57,7	58,2	56,1
nein	104	42,3	41,8	43,9

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

In deutlich mehr als der Hälfte der Fälle waren Eltern und/oder Familienangehörige an der Beratung beteiligt. Nicht beteiligt waren sie häufiger bei den oben bereits angesprochenen "angeordneten" Beratungsgesprächen und bei Klienten, die sich in Maßnahmen der Jugendhilfe befanden.

In den Fällen, in denen Beratungsgespräche auf Initiative der Eltern stattfinden, wird seitens [Esc]ape in aller Regel versucht, die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen in die Beratung einzubeziehen. In den meisten Fällen ist dies auch gelungen, wobei dazu in einigen Fällen auch Hausbesuche erforderlich waren.



In vielen Fällen hatten die Elternberatungen den Charakter von Erziehungsberatung, wobei es – neben Fällen von eher übermäßiger (Für)Sorge - immer wieder auch darum ging, Eltern auf ihre Erziehungsverantwortung hinzuweisen und darauf, sich der Verweigerungshaltung ihrer Kinder nicht komplett zu ergeben. In Einzelfällen mussten Eltern auch nachdrücklich auf die Möglichkeit hingewiesen werden, den elterlichen Willen per Familiengerichtsbeschluss gemäß § 1631b BGB umsetzen zu lassen, um massiven Fehlentwicklungen der Jugendlichen entgegenzuwirken. In sieben Fällen befürwortete [Esc]ape im Jahr 2010 mit einer entsprechenden ärztlichen Stellungnahme die (vorübergehende) Unterbringung eines Jugendlichen auch gegen seinen Willen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie.

### 3.5. Betreuungs- bzw. Behandlungsabschluss

Tabelle 12: Empfohlene Weiterbehandlung (Mehrfachantworten) (nur [Esc]ape)

Empfehlung	Anzahl	in %	männlich %	weiblich %
ambulante Jugendhilfe	29	11,8	12,7	8,8
stationäre Jugendhilfe	15	6,1	9,0	26,3
stationäre Suchttherapie	13	5,3	5,3	5,3
ambulante Kinder- und Jugendtherapeutische Behandlung	23	9,3	9,5	8,8
stationäre Kinder- und Jugendtherapeutische Behandlung	30	12,2	8,5	24,6
alltagsorientierte Empfehlungen	34	13,8	15,3	8,8
andere	14	5,7	5,3	7,0
keine	94	38,2	39,7	33,3

Quelle: Gesundheitsamt Bremen

Bei 13 Klienten wurde die Suchtproblematik als so gravierend eingeschätzt, dass eine stationäre Suchttherapie in einer entsprechenden Fachklinik bzw. einer suchtspezifischen Jugendhilfeeinrichtung empfohlen bzw. eingeleitet wurde. Bei 18% der männlichen und 33% der weiblichen Klienten wurde eine ambulante oder stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Weiterbehandlung empfohlen bzw. vermittelt. Bei 44 Fällen schien eine Weiterbetreuung durch eine ambulante oder stationäre Jugendhilfemaßnahme angemessen, dabei deutlich häufiger bei Mädchen als bei Jungen.

Auffällig ist, dass stationäre Maßnahmen bei Klientinnen deutlich häufiger empfohlen wurden als bei männlichen Klienten. Auch hier könnte ein Zusammenhang mit der insgesamt höheren Problembelastung der betreuten Mädchen bestehen.



#### 4. Klientenunabhängige Aktivitäten

Eine wesentliche Aufgabe im ersten Jahr des Bestehens der Beratungsstelle waren die Information über das neue Angebot und der Aufbau von Kooperationsbezügen zu Einrichtungen und Institutionen, die mit suchtgefährdeten Jugendlichen konfrontiert sind.

Die ersten Kooperationsbezüge wurden zur Allgemeinen Berufsschule im Steffensweg/Walle hergestellt, einer Schule, in der viele in Regelschulen gescheiterte Schüler eine letzte Chance auf einen Schulabschluss bekommen (manchmal unter jugendgerichtlicher Auflage) und Cannabismissbrauch virulent ist.

Ein zunächst geplantes und kurzzeitig auch praktiziertes Gruppenangebot wurde bald wieder aufgegeben, weil sich in der Gruppensituation die "schlechten" Dynamiken unterstützten und sich die Gruppensitzungen deshalb als eher kontraproduktiv erwiesen. Stattdessen finden jetzt Einzelberatungen statt, die in der Regel durch Schulsozialarbeiter konkret vorbereitet werden.

In der Kooperation mit dem Amt für soziale Dienste/Jugendamt konnte [Esc]ape von den sehr konkreten und bewährten "Verhaltensregeln" profitieren, die bereits 2005 zwischen dem Amt für Soziale Dienste und der Bremer Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeschlossen worden waren. Das neue Beratungsangebot wurde bei den verschiedenen regionalen Fachdiensten und bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendnotrufs vorgestellt und stieß dabei auf großes Interesse.

In der "Heimkonferenz" wurde [Esc]ape den Vertretern der Bremer Jugendhilfeträgern vorgestellt. Zwischenzeitlich wird das Beratungsangebot von vielen Jugendhilfeträgern, die suchtgefährdete Jugendliche in ihren Einrichtungen betreuen, unterstützend in Anspruch genommen. In einzelnen Jugendhilfeeinrichtungen wurden gemeinsam mit [Esc]ape spezielle Veranstaltungen zum Thema Alkohol-/Drogenmissbrauch durchgeführt. Mit dem Landesinstitut für Schule (LIS) und dessen Beratungsangeboten für "auffällige" Schülerinnen und Schüler wurden Absprachen darüber getroffen, in welchen Fällen und zu welchem Zeitpunkt [Esc]ape als zusätzliches Beratungsangebot in Anspruch genommen wird. Insgesamt sind im Zuge der Umstrukturierung der schülerbezogenen Beratungsdienste des LIS die früher vorhandenen eigenen suchtspezifischen Angebote deutlich reduziert worden mit der Folge, dass viele Schulen bzw. Lehrer suchtgefährdete Schüler inzwischen direkt an [Esc]ape vermitteln.

Nicht zuletzt auf Grund der langjährigen Tätigkeit eines [Esc]ape-Mitarbeiters in der Bremer Drogenhilfe gab es von Beginn an eine gute und pragmatische Kooperation mit den Drogenberatungsstellen und Drogenhilfeeinrichtungen. Dabei übernimmt [Esc]ape bei Bedarf einerseits Fälle mit jugendlichen Klienten bzw. Elternberatungen von den Drogenberatungsstellen, vermittelt andererseits aber auch junge Erwachsene der Altersgruppe 18 bis 21 Jahre an die Drogenhilfe, bei denen sich ein längerfristiger suchtspezifischer Beratungs- bzw. Betreuungsbedarf abzeichnet.

Als für die Arbeit wichtig und in der Praxis weitgehend unproblematisch hat sich die Kooperation mit der Polizei und den Diensten der Justiz erwiesen. Konkret gab es Kontakte zum Jugendermittlungsdienst (JED) der Polizei, zu den Jugendgerichtshelfern, zur (Jugend-) Bewährungshilfe und zur Stadtteilschule Hastedt im Rahmen der Betreuung strafmündiger Jugendlicher.

Zwar ist es bisher nicht gelungen, mit Bremer Jugendrichtern und Jugendstaatsanwälten über eine mögliche konkrete Zusammenarbeit Absprachen zu treffen, gleichwohl ist das [Esc]ape-Beratungsangebot bei den Bremer Jugendrichtern bekannt und wird bei entsprechenden Auffälligkeiten genutzt, zum Beispiel durch Verhängung einer Beratungsaufgabe im Rahmen eines Jugendgerichtsverfahrens.

Neben den institutionellen Kooperationsbezügen dokumentieren zahlreiche Einladungen zu Vorträgen und Fachveranstaltungen innerhalb und außerhalb Bremens, dass es der neuen Beratungsstelle schnell gelungen ist, sich bekannt zu machen.



## 5. Resümee

Eine erste Rückschau auf die ersten beiden Jahre einer neuen Beratungsstelle kann naturgemäß noch nicht den Anspruch einer wissenschaftlich fundierten Evaluation erheben. Gleichwohl lassen die vorliegenden Daten erste Rückschlüsse darüber zu, ob sich die mit der Einrichtung von [Esc]ape verbundenen Erwartungen erfüllt haben oder nicht.

Uneingeschränkt positiv ist die Annahme des neuen Angebots durch die Zielgruppe zu bewerten. Obwohl auf jegliche "Werbeaktivitäten" verzichtet wurde, nutzten bereits im ersten Jahr 107 Klienten und im zweiten Jahr 139 Klienten die neue Beratungsstelle. Damit bestätigte sich die aus der 'Jugenduntersuchung' des Jahres 2007 abgeleitete These, dass in Bremen ein erheblicher Bedarf für ein jugendspezifisches Suchtberatungsangebot besteht.

Zur guten Resonanz beigetragen haben sicherlich die engen Kooperationsbezüge, die seit langem zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle KIPSY und dem Jugendamt, den Jugendhilfeträgern und den Beratungsdiensten der Schulbehörde bestehen.

Gleichzeitig haben sich Befürchtungen offenbar nicht bestätigt, dass die Anbindung der Suchtberatung an die Kinder- und Jugendpsychiatrie möglicherweise abschreckend wirken könnte. Im Gegenteil scheint es so, dass die organisatorische Verknüpfung und die Verortung der Einrichtung im Bremer Gesundheitsamt [Esc]ape zu einer Art "Kompetenzvorschuss" verholfen haben.

Auch fachlich hat sich die Anbindung von [Esc]ape an das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem offenbar bewährt. Ein hoher Anteil des Klientels wies neben der Suchtgefährdung mehr oder weniger massive psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen auf, die eine ambulante oder stationäre Weiterbehandlung im System der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich machten. Auch in diesem Punkt bestätigten sich die Befunde der Jugenduntersuchung: Eine Suchtgefährdung entsteht bei Jugendlichen in aller Regel nicht allein durch den übermäßigen Konsum von Alkohol oder Drogen, sondern geht einher mit vielfältigen psychosozialen Problemen der Jugendlichen, die von Schwierigkeiten in Schule und Elternhaus bis hin zu diagnostizierbaren psychischen Störungen reichen können.

Dies gilt auch für einige der 38 Fälle, die [Esc]ape in Zusammenhang mit einer problematischen bzw. exzessiven Computernutzung in Anspruch genommen haben und bei denen eine ambulante oder stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbehandlung eingeleitet werden musste.

Erwartungsgemäß war der Konsum von Cannabis bzw. Marihuana mit Abstand häufigster Anlass für die Inanspruchnahme von [Esc]ape. Die vergleichsweise geringe Zahl von 28 Klienten, die in Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum beraten wurden, spiegelt sicher nicht die tatsächliche Realität des Alkoholkonsums von Jugendlichen in Bremen wieder. Nach wie vor gilt: Anders als beim Konsum von Cannabisprodukten gilt der eine oder andere Alkoholexzess von Jugendlichen bei vielen Eltern als "normal" oder jedenfalls noch nicht besorgniserregend genug, um sich an eine Beratungsstelle zu wenden. Inwieweit das 2010 in Bremen angelaufene Früherkennungsprojekt "Voll im Blick"<sup>9</sup> dazu führen kann, alkoholauffällige Jugendliche früher mit Hilfsangeboten zu erreichen, bleibt abzuwarten.

Ein möglicherweise positiver Ausblick zum Schluss: Verschiedene Indizien deuten darauf hin, dass der Konsum von Opiaten bzw. Heroin bundesweit zurückgeht<sup>10</sup>. Dieser Trend scheint sich auch in Bremen zu bestätigen: Konnten in der 'Jugenduntersuchung' für das

<sup>9</sup> Nähere Informationen zum Projekt auf der Internetseite des Landesinstituts für Schule: [www.lis.bremen.de](http://www.lis.bremen.de)

<sup>10</sup> So ist unter anderem die Zahl polizeilich erstaußfälliger Heroinkonsumenten in den vergangenen Jahren deutlich rückläufig (siehe Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung Mai 2011)



---

Jahr 2005 noch 36 jugendliche Heroinkonsumenten in Bremen ermittelt werden, wurde [Esc]ape in den beiden ersten Jahren nur mit zwei Klienten konfrontiert, die Heroin konsumierten. Eine größere Dunkelziffer ist bei dieser Klientengruppe nicht anzunehmen, da Heroinkonsum bei Jugendlichen kaum über einen längeren Zeitraum unentdeckt bleibt.