



KRIMINOLOGISCHES
FORSCHUNGSINSTITUT
NIEDERSACHSEN E.V.

Forschungsbericht Nr. 132

Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen

**ERSTER FORSCHUNGSBERICHT FÜR DAS
NIEDERSÄCHSISCHE MINISTERIUM FÜR
SOZIALES, GESUNDHEIT UND GLEICHSTELLUNG**

Florian Rehbein, Jan Weber, Andreas Staudt

2017



Forschungsbericht Nr. 132

Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen

ERSTER FORSCHUNGSBERICHT FÜR DAS NIEDERSÄCHSISCHE MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND GLEICHSTELLUNG

Florian Rehbein, Jan Weber, Andreas Staudt

2017

Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN)
Lützerodestraße 9, 30161 Hannover
Tel. (05 11) 3 48 36-0, Fax (05 11) 3 48 36-10
E-Mail: kfn@kfn.de

Vollständiger Projekttitle: „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen: Ein Forschungsprojekt zur Ableitung konsensueller Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen“

Geplante Projektdauer: Mai 2015 bis Oktober 2017

Projektmitarbeit: Dr. Florian Rehbein (Dipl.-Psych.), Projektleitung
Jan Weber (M.Sc. Public Health)

Hilfskräfte/Praktikanten: Lukas Boll
Viktoria Fixel
Mareike Friedberg
Jennifer Göhringer
Lena Herzberg
Meike Kühne
Johanna Sophie Lubasch
Pia Peterschik
Andreas Staudt
Patrick Terhürne

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Ausgangspunkt und Ziele des Projekts	1
2 Arbeitspakete Juli 2015 bis Oktober 2016	2
3 Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum und potenziell suchtinduzierenden Verhaltensangeboten	3
3.1 Substanzkonsum.....	3
3.1.1 Substanzkonsum von Jugendlichen	3
3.1.2 Substanzkonsum von Erwachsenen	23
3.2 Glücksspielnutzung.....	34
3.2.1 Glücksspielnutzung von Jugendlichen	34
3.2.2 Glücksspielnutzung von Erwachsenen	35
3.3 Computerspielnutzung	39
3.3.1 Computerspielnutzung von Jugendlichen	40
3.3.2 Computerspielnutzung von Erwachsenen.....	41
3.4 Zusammenfassung.....	42
4 Projektvorbereitende Systematisierungsarbeiten	44
4.1 Die niedersächsische Suchtprävention und Suchthilfe im Überblick	44
4.2 Experteninterviews.....	45
4.2.1 Methodisches Vorgehen	45
4.2.2 Einschätzungen der interviewten Expertinnen und Experten zur niedersächsischen Suchtprävention	47
5 Recherchebasierte Darstellung der Suchtprävention in Niedersachsen.....	55
5.1 Beteiligte Organisationen und Akteure	55
5.1.1 Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen	56
5.1.2 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und Fachkräfte	58
5.1.3 Selbsthilfe	62
5.1.4 Betriebliche Suchprävention und betriebliches Gesundheitsmanagement	64
5.1.5 Früherkennung von Suchterkrankungen.....	68
5.1.6 Jugendämter und Frühe Hilfen.....	71
5.1.7 Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS)	73
5.1.8 Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR).....	75
5.1.9 Polizei Niedersachsen.....	77

5.2 Universelle, selektive und indizierte Angebote.....	81
5.3 Altersspektrum der Endadressatinnen und Endadressaten.....	82
5.4 Methodische Ansätze	84
6 Onlinebefragung (t1) zum Ist-Zustand der Suchtprävention in Niedersachsen.....	85
6.1 Methodisches Vorgehen	85
6.1.1 Fragestellungen	85
6.1.2 Rekrutierung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer	87
6.1.3 Befragungsinstrumente.....	90
6.1.4 Datenerhebung.....	91
6.2 Ergebnisse.....	92
6.2.1 Hauptakteure der Suchtprävention.....	92
6.2.2 Die Suchttherapeutenperspektive	133
6.2.3 Früherkennung und -intervention: Allgemeinmedizinisches/therapeutisches Setting	138
6.2.4 Suchtprävention aus der Sicht jugendlicher Endadressatinnen und Endadressaten.....	144
7 Zentrale Inhaltsbereiche und erste Thesen zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention	149
8 Ausblick auf Projektphase 3	158
Anhang	159
Anhang A: Kurzbeschreibungen der verbreitetsten Programme der niedersächsischen Suchtprävention	160
Anhang B: Alternative Programme.....	170
Anhang C: Übersicht über die verbreitetsten Programme der niedersächsischen Suchtprävention	174
Glossar	182
Literaturverzeichnis.....	185

Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt
BF(J/K)	Beauftragte (für Jugendsachen/Kriminalprävention)
BKD	Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMA	Chronisch Mehrfach Abhängige
CTC	Communities That Care
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DNB	Die Neue Basis e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
ESA	Epidemiologischer Suchtsurvey
ESPAD	Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen
FSN	Freie Suchtkrankenhilfe Niedersachsen e.V.
FSS	Fachstellen für Sucht und Suchtprävention
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Studie Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HSO	Verband Hilfe zur Selbsthilfe bei Onlinesucht e.V.
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut
LED	Landesverband der Elternkreise Drogenabhängiger/-gefährdeter Niedersachsen e.V.
LJS	Landesstelle für Jugendschutz Niedersachsen
LPR	Landespräventionsrat
LV-VSM	Landesverband Verein für Sozialmedizin und Vereinigung der Suchtkrankenhilfe Niedersachsen e.V.
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin e.V.
NLJA	Niedersächsisches Landesjugendamt
NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
VSB	Verkehrssicherheitsberaterinnen und -berater

1 Ausgangspunkt und Ziele des Projekts

Ausgangspunkt des Projektes ist ein Beschluss des Niedersächsischen Landtages vom 22.01.2014, die niedersächsische Suchtprävention nachhaltig zu stärken. Die Präventionsarbeit und Suchtpolitik sollen zukünftig stärker an die gesellschaftliche Realität angepasst werden. Dabei sind sowohl stoffgebundene als auch stoffungebundene Suchterkrankungen in differenzierter und dem wissenschaftlichen Kenntnisstand entsprechender Weise zu berücksichtigen. Gefordert wird „*ein neues Konzept zur Bekämpfung von Drogenmissbrauch und Suchtprävention in Niedersachsen, um auf die neuen Entwicklungen des Suchtverhaltens Jugendlicher im digitalen Zeitalter intensiver zu reagieren*“. In dem vorliegenden Projekt sollen hierzu fundierte und zukunftsweisende inhaltliche Perspektiven erarbeitet werden. Eine zentrale Zielsetzung des Forschungsprojekts besteht darin, konkrete Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Präventionskonzeptes in Niedersachsen zu entwickeln und konsensual abzustimmen.

Dieses Ziel kann aus wissenschaftlicher Perspektive nur erreicht werden, wenn hochauflösende aussagekräftige Daten generiert werden, die einen vertieften Einblick in die Materie erlauben und über bereits vorliegende Dokumentationsergebnisse hinausgehen. Zudem müssen bei der Präzisierung der Ergebnisse hin zu konkreten Handlungsempfehlungen alle relevanten und durch die Empfehlungen tangierten Akteursgruppen einbezogen werden. Unter dieser Prämisse erschien ein vollständiger Einschluss aller relevanten Institutionen und Versorgungsträger der Suchtprävention und Suchthilfe bis hin zum psychiatrischen Versorgungssektor und Angeboten der Nachsorge nicht zielführend, da die hierfür abzudeckenden Befragungsinhalte die Kapazität der Fragebogeninstrumente deutlich überschritten und die notwendige Konsensbildung gefährdet hätten. Hieraus wurde bereits frühzeitig die Notwendigkeit einer Eingrenzung des Forschungsauftrags ersichtlich. Daher wurde entschieden, den Fokus des Projektes auf die niedersächsische Suchtprävention zu legen. Hierbei wurde entschieden, den Übergangsbereich von der Suchtprävention in die Suchthilfe mit zu beleuchten. Das vorliegende Forschungsprojekt legt seinen Schwerpunkt somit auf eine Analyse der niedersächsischen Strukturen universeller, selektiver und indizierter Suchtprävention. Ein zusätzlicher Fokus liegt auf Strategien und Maßnahmen von Verhältnisprävention. Das niedersächsische System der Suchthilfe im engeren Sinne (Angebote für Suchtkranke) ist hingegen nicht Gegenstand des Projektes.

Das Projekt wird im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) durchgeführt. Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und die Landesdrogenbeauftragte Frau Dr. Brägelmann-Tan unterstützen die Studie. Neben der NLS und den darunter subsummierten Einrichtungen der Suchthilfe und Suchtprävention werden auch Suchtpräventionsakteure außerhalb der NLS einbezogen. Zielsetzung ist es, unter Berücksichtigung vielfältiger partizipierender Institutionen und Akteure sowie universeller, selektiver, indizierter und struktureller Präventionsansätze einen umfassenden Überblick über die aktuelle Lage der Suchtpräventionsarbeit in Niedersachsen zu gewinnen, dessen aktuelle Arbeitsschwerpunkte und Inhalte zu beschreiben, mögliche Stärken und Schwächen zu identifizieren und hierauf basierend Weiterentwicklungspotentiale auszuloten. Den methodischen Kern des Projektes bilden Onlinebefragungen mit Akteuren, die in Niedersachsen in unterschiedlicher Weise und in unterschiedlichen institutionellen Zusammenhängen suchtpreventive Arbeit leisten.

2 Arbeitspakete Juli 2015 bis Oktober 2016

Der hier vorgelegte erste Projektbericht stellt die Arbeiten und Ergebnisse der ersten Projekthälfte von Juli 2015 bis Oktober 2016 dar. Dieser Zeitraum schließt die ersten beiden von insgesamt drei Projektphasen ein, wie sie oben bereits kurz skizziert und im Forschungsantrag im Detail ausgeführt sind (vgl. Abschließende Projektkonzeption vom 23.01.2015):

Projektphase 1: Ermittlung des Ist-Zustands und Eingrenzung des Forschungsfeldes

1. Beschreibung bundesweiter und niedersachsenspezifischer Daten zu Konsum- und Problemverhaltensweisen Jugendlicher und Erwachsener in den Bereichen Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Cannabiskonsum, Konsum sonstiger illegaler Drogen, Glücksspielkonsum und Computerspielkonsum. Hierbei werden sowohl publizierte epidemiologische Studien als auch Datenquellen des KFN im Rahmen von Sekundäranalysen herangezogen. Soweit auf Basis der Datenlage möglich, erfolgen Vergleiche zwischen Niedersachsen und bundesweiten Daten. Die Ergebnisse dieser umfassenden Auswertungen werden in Kapitel 3 dargestellt.
2. Durchführung von 20 Experteninterviews, um ergänzende Informationen zu gewinnen, insbesondere zu aktuellen Themen und Kontroversen in der Suchtprävention (vgl. Kapitel 4). Literatur- und Internetrecherche zu den bestehenden Strukturen und Arbeitsschwerpunkten der Suchtprävention in Niedersachsen (vgl. Kapitel 5). Basierend auf diesen explorativen Arbeiten wurde zudem entschieden, wer als Suchtpräventionsakteur aufgefasst und in die Befragung einbezogen werden kann. Die Recherchen und Interviews lieferten darüber hinausgehend die notwendigen Inhalte und Themenbereiche für die Gestaltung der ersten Onlinebefragung (t1) zum Ist-Zustand.

Projektphase 2: Erste Onlinebefragung (t1) zum Ist-Zustand

Im Zeitraum vom 03.06.2016 bis 11.09.2016 wurden die niedersächsischen Hauptakteure der Suchtprävention befragt. In ergänzenden Befragungsmodulen wurde die Perspektive von niedersächsischen Suchtmedizinerinnen und -medizinern auf die Suchtprävention eingeholt und die Themenbereiche Früherkennung und Frühintervention aus der Perspektive von niedersächsischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern reflektiert. Die Onlinebefragung t1 fokussiert auf die aktuelle inhaltliche Ausrichtung der Suchtprävention sowie die aktuellen fachlichen, präventionspolitischen und institutionellen Herausforderungen und Ziele (vgl. Kapitel 6).

Die Ableitung und Diskussion zu vertiefender Inhaltsbereiche folgt in Kapitel 7. Die identifizierten Themenfelder dienen der inhaltlichen Gestaltung der 2. Onlinebefragung, die im Frühjahr 2017 (Projektphase 3) geplant ist und nicht Gegenstand des vorliegenden ersten Forschungsberichts ist (vgl. Kapitel 8). Im weiteren Verlauf des Projektes sollen zu diesen Themenfeldern vertieft und basierend auf weiteren Daten und Fokusgruppendifkussionen zum Projektende konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Die abgeleiteten Handlungsempfehlungen sollen zu einer Weiterentwicklung und Stärkung der niedersächsischen Suchtprävention beitragen.

3 Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum und potenziell suchtsinduzierenden Verhaltensangeboten

Dieser Abschnitt zieht epidemiologische Studien über die Verbreitung von Konsummustern legaler und illegaler Substanzen sowie die Nutzung potenziell suchtsinduzierender Verhaltensweisen heran, um den Ist-Zustand von substanzgebundenen und -ungebundenen Problemkonsumverhaltensweisen in Niedersachsen abzubilden. Bezüglich der Verhaltenssuchte beschränken sich die Ausführungen auf die Glücksspielsucht und die (pathologische) Nutzung von Computerspielen.

3.1 Substanzkonsum

3.1.1 Substanzkonsum von Jugendlichen

Im Folgenden werden zunächst bundesweite und für Deutschland repräsentative Daten zum Substanzkonsum von Jugendlichen berichtet. An dieser Stelle wird auch der Frage nachgegangen, in welche Richtung sich der Konsum in den letzten Jahren entwickelt hat. Dazu werden ausgewählte Daten zu den Trends im Substanzkonsum von Jugendlichen abgebildet.

Anschließend werden niedersachsenspezifische Daten aus einer Neuntklässlerbefragung des KFN angeführt und mit den deutschlandweiten Daten verglichen. Inwieweit unterscheiden sich die niedersächsischen Jugendlichen in ihrem Konsum vom bundesweiten Durchschnitt?

Es werden verschiedene Kennwerte berichtet, die das Konsumverhalten charakterisieren. Die Lebenszeitprävalenz beinhaltet den Anteil der Befragten, die schon einmal in ihrem Leben eine bestimmte Substanz (z. B. Alkohol) zu sich genommen haben. Die 12-Monats-Prävalenz sowie die 30-Tages-Prävalenz enthalten diese Information für aktuell zurückliegende unterschiedliche Zeiträume, wobei jeweils die letzten 12 Monate bzw. 30 Tage vor der Befragung gemeint sind.

3.1.1.1 Bundesweite Daten zum Substanzkonsum von Jugendlichen

Um einen Überblick über den Konsum von Jugendlichen im Hinblick auf Alkohol, Nikotin und illegale Drogen in Deutschland zu erhalten, wurden die aktuellsten Erhebungswellen von zwei großen bundesweiten Befragungen herangezogen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung befragte zwischen März und Juni 2015 mittels computergestützter Telefoninterviews 7.004 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 12 und 25 Jahren zu ihrem Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum (Orth, 2016)¹. Es wurde eine Zufallsstichprobe aus dem ADM Telefon-Mastersample gezogen, wobei sowohl Festnetz- als auch Mobiltelefonnummern berücksichtigt wurden. Die Stichprobe wurde so gewichtet, dass sie hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region und Bildung repräsentativ für die 12- bis 25-jährige Bevölkerung in Deutschland ist.

¹ Diese Studie wird nachfolgend als Drogenaffinitätsstudie bezeichnet.

Da es im Folgenden nur um den Substanzkonsum von Jugendlichen gehen wird, beziehen sich die berichteten Daten immer auf die Unterstichprobe der 12- bis 17-Jährigen ($N = 2.732$).

Neben der Drogenaffinitätsstudie von 2015 werden ebenfalls die Befunde der dritten Erhebungswelle der „Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD; Kraus, Pabst & Piontek, 2011) dargestellt. 6.192 Jugendliche der Jahrgangsstufen 9 und 10 aus Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen wurden im Hinblick auf ihren Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum schriftlich befragt. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte über ein geschichtetes, systematisches Zufallsverfahren. Durch die Gewichtung der Daten nach Bundesland, Schuljahr und Schulform kann die Stichprobe als repräsentativ für die Jahrgangsstufen 9 und 10 in den berücksichtigten Bundesländern betrachtet werden. Da jedoch nur Schülerinnen und Schüler aus diesen fünf Bundesländern einbezogen wurden, können die Daten streng genommen nicht auf ganz Deutschland verallgemeinert werden. Dennoch liefern die Ergebnisse aufschlussreiche Einblicke in den Substanzkonsum von Jugendlichen in den genannten fünf Bundesländern. Außerdem können regionale Vergleiche zwischen den Bundesländern vorgenommen werden.

Bevor im Folgenden die Befunde der Drogenaffinitätsstudie und der ESPAD-Studie skizziert werden, werden vorher noch Unterschiede dieser Studien diskutiert, die womöglich dafür verantwortlich sein könnten, dass die gefundenen Prävalenzen teilweise deutlich voneinander abweichen. Die Stichprobe der BZgA-Befragung (Orth, 2016) umfasst ein breiteres Altersspektrum (12-17) als die ESPAD-Studie (15-16) (Kraus et al., 2011). Des Weiteren unterscheiden sich auch die Erhebungsmethoden erheblich: während die BZgA-Interviews telefonisch erfolgten, wurde die ESPAD-Erhebung schriftlich im Klassenverband durchgeführt. Möglicherweise gestanden manche Jugendliche ihren Konsum am Telefon nicht ein, während andere Jugendliche ihren Konsum beim Ausfüllen des Fragebogens eventuell übertrieben darstellten. Ein Teil der Unterschiede zwischen den Studien könnte auch auf die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte zurückzuführen sein. Die BZgA-Daten (Orth, 2016) wurden 2015 erhoben, während die aktuellste ESPAD-Erhebung aus dem Jahr 2011 stammt (Kraus et al., 2011). Der Substanzkonsum von Jugendlichen hat sich jedoch in den letzten Jahren mitunter stark verändert (z. B. Gomes de Matos, Kraus, Pabst & Piontek, 2014, siehe Kapitel 3.1.1.2) und Unterschiede in den Punktprävalenzen könnten in diesen Trends begründet sein. Somit bleibt jeweils zu bedenken, dass die Unterschiede in den Charakteristika der Studien zu den zahlenmäßigen Diskrepanzen der Studien beigetragen haben könnten.

Im Folgenden wird der Substanzkonsum von Jugendlichen mithilfe von Prävalenzen aus den beiden eben vorgestellten Studien skizziert. Die Ausführungen sind dabei nach Substanzklassen gegliedert. Für Jugendliche liegen keine repräsentativen Daten zum Medikamentenkonsum vor.

Alkohol

Tabelle 1 lassen sich allgemeine und geschlechtsspezifische Zahlen zum Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland entnehmen.

Aus der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) geht hervor, dass 37,4 Prozent der befragten Jugendlichen im letzten Monat vor der Befragung Alkohol getrunken haben (vgl. Tabelle 1). Kraus et al. (2011) fanden dagegen eine 30-Tages-Prävalenz des Alkoholkonsums von 76,3 Prozent. Bezogen auf den gleichen Zeitraum gaben 14,1 Prozent der 12- bis 17-Jährigen (Orth, 2016) und 53,0 Prozent der Jugendlichen

aus den Jahrgangsstufen 9 und 10 (Kraus et al., 2011) zu, fünf oder mehr Gläser Alkohol zu einer Gelegenheit getrunken zu haben (Rauschtrinken). Einen riskanten Alkoholkonsum offenbarten 4,5 Prozent bzw. 10,1 Prozent der Jugendlichen. Das bedeutet, dass diese die Grenzwertempfehlungen (für Erwachsene) für einen risikoarmen Alkoholkonsum des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) überschritten (♂: 0-24g/Tag und ♀: 0-12g/Tag). Es wird deutlich, dass es teilweise Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt. Mehr Jungen als Mädchen praktizierten in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Rauschtrinken. Der Anteil der regelmäßigen Alkoholkonsumenten ist bei den männlichen Jugendlichen ebenfalls leicht höher. Bezüglich des riskanten Alkoholkonsums finden sich hingegen keine Geschlechterunterschiede.

Tabelle 1. Alkoholkonsum von Jugendlichen in Deutschland

	Drogenaffinitätsstudie 2015 (12- bis 17-Jährige)			ESPAD-Studie 2011 (9./10. Klasse)		
	gesamt	♂	♀	gesamt	♂	♀
Lebenszeitprävalenz	68,0%	68,9%	67,2%	93,6%	94,9%	92,4%
30-Tages-Prävalenz	37,4%	40,5%	34,3%	76,3%	78,4%	74,4%
Regelmäßiger Alkoholkonsum	10,9%	14,9%	6,7%	17,4%	24,4%	10,8%
Riskanter Konsum	4,5%	4,3%	4,6%	10,1%	9,1%	11,1%
Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen	14,1%	16,1%	12,1%	53,0%	57,5%	49,0%

Anmerkung. Regelmäßiger Alkoholkonsum: mind. 1x pro Woche bezogen auf die letzten 12 Monate (Drogenaffinitätsstudie) oder mind. 10x innerhalb der letzten 30 Tage (ESPAD-Studie); Riskanter Alkoholkonsum: Überschreitung der Grenzwertempfehlungen für Erwachsene

Die Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) ergibt, dass 60,6 Prozent der Hauptschülerinnen und -schüler schon einmal Alkohol getrunken haben. Bei den Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (61,3%) und den Realschülerinnen und -schülern (66,6%) liegt dieser Wert etwas höher, wohingegen die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums bei Gesamtschülerinnen und -schülern (51,4%) am niedrigsten ausfällt. In den ESPAD-Daten (Kraus et al., 2011) zeigt sich hingegen ein leicht abweichendes Bild: während 89,9 Prozent der Hauptschülerinnen und -schüler in ihrem Leben bereits einmal mit Alkohol in Kontakt gekommen sind, liegt diese Quote bei Real- (95,3%), Gymnasial- (93,3%) und Gesamtschülerinnen und -schülern (94,8%) sogar noch etwas höher. Bezogen auf das Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen vor der Befragung ergibt sich ebenfalls ein uneinheitliches Bild: in der Drogenaffinitätsstudie 2015 (Orth, 2016) war die Prävalenz bei Real- (10,6%) und Gesamtschülerinnen und -schülern (9,3%) höher als bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (8,2%) sowie bei Hauptschülerinnen und -schülern (6,2%). Die ESPAD-Daten (Kraus et al., 2011) deuten darauf hin, dass das Rauschtrinken häufiger bei Haupt- (57,8%) und Real- (58,2%) als bei Gymnasial- (47,2%) und Gesamtschülerinnen und -schülern (48,9%) vorkommt. Dennoch ist Alkoholkonsum und auch Rauschtrinken unter Jugendlichen in allen Bildungsschichten präsent.

Die Daten der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) erlauben darüber hinaus Aussagen zu einem möglichen Einfluss des Migrationshintergrundes auf das Trinkverhalten. Im Vergleich zu Jugendlichen ohne (64,3%) und Jugendlichen mit west- (58,4%) oder osteuropäischem Migrationshintergrund (60,4%) ist der Anteil derjenigen, die schon einmal Alkohol konsumiert haben, bei türkisch- oder asiatisch-stämmigen Jugendlichen (46,7%) und Jugendlichen mit sonstigem Migrationshintergrund (50,5%) geringer. Analog dazu beteiligten sich Jugendliche mit türkischer oder asiatischer Abstammung in den letzten 30 Tagen vor der Befragung seltener an exzessivem Rauschtrinken (5,1%) als alle anderen Vergleichsgruppen (8,2% - 12,1%). Dieser Sachverhalt könnte sich auf kulturbedingte Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum – bspw. Alkoholverbot im Islam – zurückführen lassen.

Im regionalen Vergleich (Kraus et al., 2011) fällt auf, dass es deutlich weniger Jugendliche in Berlin gab, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Alkohol getrunken haben (59,3%) als in den anderen Bundesländern (76,4% - 81,9%). Ein regelmäßiger Konsum von Alkohol² wurde bei fast jedem fünften Befragten in Bayern (19,7%) und Thüringen (18,7%) festgestellt. In Brandenburg waren es 16,5 Prozent und in Mecklenburg-Vorpommern 14,9 Prozent der Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler. In Berlin konnten wiederum nur 7,3 Prozent als regelmäßige Alkoholtrinkerinnen und -trinker identifiziert werden. Berlin hatte mit Abstand den größten Anteil (41,6%) an abstinenten Jugendlichen (bezogen auf die letzten 30 Tage). In den übrigen Bundesländern gab ca. jeder Fünfte an, im letzten Monat keinen Alkohol getrunken zu haben. Die Frage, ob sie im letzten Monat zu mindestens einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken hatten, bejahten durchweg knapp über die Hälfte der Jugendlichen in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (53,7% - 56,7%). Der entsprechende Anteil lag bei den Berliner Jugendlichen erneut deutlich niedriger (37,6%). Diese Zahlen legen den Schluss nahe, dass Alkoholkonsum sowie Rauschtrinken in urbanen Regionen wie Berlin unter Jugendlichen weniger verbreitet ist als in ländlichen Regionen.

Tabak

Die Mehrheit (77,3%) der 12- bis 17-Jährigen (Orth, 2016) gab an, noch nie geraucht zu haben. Unter den Befragten der ESPAD-Studie (Kraus et al., 2011) waren es lediglich 36,6 Prozent der Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler (vgl. Tabelle 2). Der Anteil derjenigen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung gelegentlich oder ständig rauchten und damit als Raucherinnen und Raucher klassifiziert werden können, beläuft sich auf 9,6 Prozent bzw. 33,4 Prozent. Weitere Kennzahlen zum Rauchverhalten von Jugendlichen in Deutschland sind Tabelle 2 entnehmbar. Während die Geschlechtsunterschiede in den Daten von Orth (2016) vernachlässigbar sind, gibt es in den ESPAD-Daten eine Tendenz zu höherem Tabakkonsum unter Jungen.

Der Anteil an Nie-Raucherinnen und Nie-Rauchern unter den 12- bis 17-Jährigen (Drogenaffinitätsstudie 2015; Orth, 2016) ist bei Haupt- (80,7%) und Realschülerinnen und -schülern (79,8%) am niedrigsten – im Vergleich zu Gymnasial- (89,4%) und Gesamtschülerinnen und -schülern (86,1%). Prozentual am wenigsten Raucherinnen und Raucher fanden sich unter den Jugendlichen, die ein Gymnasium (3,2%) oder eine Gesamtschule (3,4%) besuchen. Dieser Anteil war bei Real- (8,5%) und Hauptschülerinnen und -schülern (9,3%) deutlich erhöht (Orth, 2016). Unter den befragten Jugendlichen der Klassenstufen 9 und 10 der aktuellsten ESPAD-Welle (Kraus et al., 2011) gaben ebenfalls nur 22,9 Prozent

² 10mal oder häufiger in den letzten 30 Tagen

aller Hauptschülerinnen und -schülern an, noch nie geraucht zu haben. Bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten ist es immerhin knapp die Hälfte (45,9%) der Befragten. 33,1 Prozent der Real- sowie 35,1 Prozent der Gesamtschülerinnen und -schüler berichteten über keinerlei Erfahrungen mit Nikotin. Fast die Hälfte der befragten Hauptschülerinnen und -schüler (45,6%) rauchte im vergangenen Monat. Damit liegt der Anteil hier fast doppelt so hoch wie bei den Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (25,4%). Die Raucherquoten lagen bei Real- bei 35,2 Prozent und bei Gesamtschülerinnen und -schülern bei 35,0 Prozent. Somit scheint es große Unterschiede im Rauchverhalten zwischen Jugendlichen unterschiedlicher Schulformen zu geben. An Hauptschulen scheinen die meisten Jugendlichen Erfahrungen mit Nikotin zu haben und gleichermaßen gibt es an diesen Schulen auch einen höheren Anteil an Raucherinnen und Rauchern.

Tabelle 2. Tabakkonsum von Jugendlichen in Deutschland

	Drogenaffinitätsstudie 2015 (12- bis 17-Jährige)			ESPAD-Studie 2011 (9./10. Klasse)		
	gesamt	♂	♀	gesamt	♂	♀
Lebenszeitprävalenz	22,7%	22,1%	23,3%	63,4%	68,3%	58,9%
Anteil an Rauchern (letzter Monat)	9,6%	9,3%	10,0%	33,4%	35,0%	31,9%
Tägliche Raucher (letzter Monat)	3,5%	3,4%	3,5%	20,4%	21,9%	19,0%

In Brandenburg (66,4%) und Mecklenburg-Vorpommern (66,3%) befanden sich prozentual die meisten Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler, die in ihrem Leben schon einmal eine Zigarette geraucht haben (Kraus et al., 2011). In Bayern (64,0%), Thüringen (60,8%) und Berlin (58,9%) lag dieser Anteil etwas niedriger. Gleichermaßen gab es in Brandenburg (23,8%) und Mecklenburg-Vorpommern (22,2%) den größten Anteil an Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung täglich rauchten. In Berlin wurde die niedrigste Quote an täglichen Raucherinnen und Rauchern (17,2%) und die höchste Quote an Nichtraucherinnen und Nichtrauchern (71,7%) gefunden. Allerdings unterschieden sich letztere nur marginal zwischen den Bundesländern (65,3% - 71,7%). Damit scheint sich – ähnlich wie beim Alkoholkonsum – eine Tendenz zu mehr und häufigerem Nikotinkonsum in ländlichen Gegenden abzuzeichnen.

Cannabis

Tabelle 3 weist die aktuellsten veröffentlichten und gleichzeitig bundesweit repräsentativen Daten zum Cannabiskonsum von Jugendlichen in Deutschland aus (Orth, 2016; Kraus et al., 2011). Die Mehrheit der Jugendlichen in Deutschland hat noch nie Cannabis konsumiert (Drogenaffinitätsstudie: 90,3%; ESPAD-Studie: 77,8%). Der Anteil an Jugendlichen, die regelmäßig Cannabis konsumieren, beläuft sich auf 2,2 Prozent bzw. auf 2,8 Prozent, wobei hier die ESPAD-Studie trotz strengere Definitionskriterium zu einer höheren Prävalenzschätzung kommt. Kraus et al. (2011) berichten zudem einen Anteil von 1,4 Prozent an Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässlern, die in problematischer Art und

Weise Cannabis konsumieren. Über beide Studien hinweg scheinen männliche Jugendliche zudem cannabisaffiner zu sein als weibliche Jugendliche, was sich in durchweg höheren Prävalenzzahlen niederschlägt.

Tabelle 3. Cannabiskonsum von Jugendlichen in Deutschland

	Drogenaffinitätsstudie 2015 (12- bis 17-Jährige)			ESPAD-Studie 2011 (9./10. Klasse)		
	gesamt	♂	♀	gesamt	♂	♀
Lebenszeitprävalenz	9,7%	11,2%	8,2%	22,2%	28,2%	16,8%
30-Tages-Prävalenz	2,2%	2,7%	1,6%	8,1%	11,7%	4,8%
Regelmäßiger Konsum (12 Monate)	0,8%	1,1%	0,5%	2,8%	4,4%	1,3%
Problematischer Konsum	<i>keine Daten</i>			1,4%	1,9%	1,0%

Anmerkung. Regelmäßiger Konsum: mind. 10x (Drogenaffinitätsstudie) bzw. mind. 20x (ESPAD-Studie) in den letzten 12 Monaten; Problematischer Konsum: Anteil der Befragten mit einem positiven Score im Cannabis Abuse Screening Test (CAST)

Die Drogenaffinitätsstudie liefert leider keine Angaben zu den Konsummustern von Cannabis an unterschiedlichen Schulformen. Die ESPAD-Studie (Kraus et al., 2011) ergab: 26,8 Prozent der Hauptschülerinnen und -schüler haben schon einmal Cannabis konsumiert – im Vergleich zu 23,3 Prozent der Real-, 22,2 Prozent der Gesamt- und 19,3 Prozent der Gymnasialschülerinnen und -schüler. Bezüglich des regelmäßigen Konsums lässt sich aussagen, dass der Anteil derjenigen, die in den letzten 12 Monaten regelmäßig Cannabis konsumierten, bei Hauptschülerinnen und -schülern (3,6%) genauso hoch lag wie bei den Gesamtschülerinnen und -schülern (3,6%). Unter den Realschülerinnen und -schülern waren es 2,7 Prozent und unter den Gymnasiastinnen und Gymnasiasten 2,3 Prozent regelmäßige Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten. Cannabiskonsum scheint demnach an Gymnasien etwas weniger verbreitet zu sein.

Drei von zehn Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässlern in Berlin (29,2%) berichteten, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben (Kraus et al., 2011). In Thüringen traf das gerade einmal auf halb so viele der befragten Jugendlichen zu (14,4%). In den anderen befragten Bundesländern waren es zwischen 20,3 Prozent und 23,4 Prozent. Unter den Jugendlichen, die in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Cannabis konsumiert hatten, wiesen 22,7 Prozent der Berliner Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler einen regelmäßigen Cannabiskonsum auf. Dieser Anteil lag in den anderen Bundesländern deutlich niedriger (zwischen 12,8% in Thüringen und 14,9% in Brandenburg). Auch die Verbreitung des problematischen Cannabiskonsums war in Berlin am höchsten (1,6%). Nichtsdestotrotz gab es in Mecklenburg-Vorpommern (1,5%), Brandenburg (1,4%) und Bayern (1,4%) genauso viele Jugendliche, die Cannabis in problematischen Ausmaßen konsumieren. Nur in Thüringen lag diese Quote um die Hälfte niedriger (0,8%). Hier fällt auf, dass es in Berlin scheinbar deutlich mehr Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten unter Jugendlichen gibt als in anderen Bundesländern. Dieser Befund kontrastiert die oben berichteten Anteile an alkohol- und nikotinkonsumierenden Jugendlichen, die in der Hauptstadt niedriger ausfallen als in den anderen Bundesländern.

Illegale Drogen (ohne Cannabis)

Aus der Drogenaffinitätsstudie 2015 (Orth, 2016) geht hervor, dass 1,8 Prozent der 12- bis 17-Jährigen in Deutschland überhaupt schon einmal irgendeine illegale Droge (Cannabis ausgenommen) konsumiert haben (vgl. Tabelle 4). Aus der ESPAD-Studie ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 8,9 Prozent (Kraus et al., 2011). Letztere deutet darauf hin, dass männliche Jugendliche eher in Kontakt mit illegalen Drogen kommen als weibliche Jugendliche. Diese Tendenz findet sich in den BZgA-Daten nicht. Die am häufigsten konsumierten Substanzen sind Amphetamine, Kokain und Ecstasy. Dabei scheint es so zu sein, dass Jungen vermehrt Ecstasy und Amphetamine konsumieren, während Mädchen häufiger Kokain probieren. Einzelne Prävalenzen sind in Tabelle 4 ausgewiesen

Bemerkenswerterweise liegt die Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums (Cannabis ausgenommen) bei Haupt- (13,3%) doppelt so hoch wie bei Gymnasialschülerinnen und -schülern (6,3%). In Realschulen sind es 9,3 Prozent und in Gesamtschulen 10,8 Prozent der Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler, die in ihrem Leben schon einmal mit illegalen Drogen (Cannabis ausgenommen) in Kontakt gekommen sind (Kraus et al., 2011). Zahlen zum Aktualkonsum legt die ESPAD-Studie leider nur für Ecstasy vor: in den letzten 30 Tagen vor der Befragung nahmen 0,6 Prozent der Befragten mindestens einmal Ecstasy ein. Prozentual taten dies viel mehr Jungen (1,1%) als Mädchen (0,2%). Die Unterschiede zwischen den besuchten Schulformen waren marginal (0,5% - 0,8%).

Tabelle 4. Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland

	Drogenaffinitätsstudie 2015 (12- bis 17-Jährige)			ESPAD-Studie 2011 (9./10. Klasse)		
	gesamt	♂	♀	gesamt	♂	♀
Lebenszeitprävalenz (irgendeine Droge)	1,8%	1,9%	1,7%	8,9%	11,2%	6,7%
Lebenszeitprävalenz (Top 3 einzelne Drogen)	E: 0,6% K: 0,5% A: 0,3%	E: 1,7% A: 0,6% L: 0,3%	K: 0,8% E: 0,5% L: 0,2%	A: 6,0% K: 3,1% E: 3,0%	A: 7,2% P: 4,4% E: 4,3%	A: 4,9% K: 2,2% E: 1,9%

Anmerkung. E = Ecstasy; K = Kokain; A = Amphetamine; L = LSD; P = Drogenpilze

Obwohl der Anteil an Jugendlichen, die im Rahmen der ESPAD-Erhebung (Kraus et al., 2011) berichteten, in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert zu haben, in Berlin am größten war, so ist die entsprechende Lebenszeitprävalenz des Konsums irgendeiner illegalen Droge (ohne Cannabis) in Brandenburg (12,3%) und Mecklenburg-Vorpommern (12,0%) am höchsten. In Thüringen (9,0%), Berlin (8,7%) und Bayern (8,2%) liegt dieser Anteil niedriger. Die am häufigsten konsumierte Substanz sind Amphetamine. In Mecklenburg-Vorpommern hat beinahe jeder zehnte befragte Jugendliche (9,2%) bereits Erfahrungen mit der Einnahme von Amphetaminen. In Brandenburg liegt diese Quote nur leicht darunter (8,7%). Auch in Thüringen sind es immerhin noch 6,7 Prozent, die schon einmal mit Amphetaminen in Berührung gekommen sind, wohingegen in Bayern (5,5%) und Berlin (5,1%) durchschnittlich jeder Zwanzigste schon einmal Amphetamine konsumiert hat. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Konsum von Ecstasy, der auf die Lebenszeit der Jugendlichen gesehen in Mecklenburg-Vorpommern (5,0%) und Brandenburg (4,2%) prozentual am häufigsten vorkommt. Somit scheint es beim Konsum von illegalen Drogen (Cannabis ausgenommen) regionale Häufungen zu geben. Eine pauschale Aussage

zu Unterschieden zwischen städtischen und ländlichen Wohngegenden ist anhand dieser Daten nicht möglich.

3.1.1.2 Bundesweite Trends im Substanzkonsum von Jugendlichen

Alkohol

Aus den Daten der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) können Veränderungen in den Prävalenzen des Alkoholkonsums von Jugendlichen über die Zeit hinweg abgebildet werden. Der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die in ihrem Leben schon jemals Alkohol getrunken haben, ist von 2001 (87,0%) bis 2015 kontinuierlich gesunken (68,0%). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass 2015 dreimal mehr Jugendliche noch nie Alkohol getrunken hatten als 2001. Der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Alkohol trinken, lag Anfang des Jahrtausends bei ca. 18 – 21 Prozent. Erst seit 2010 (12,9%) ist der regelmäßige Alkoholkonsum spürbar zurückgegangen und war 2015 auf dem niedrigsten Stand (10,9%) seit Beginn der Erhebungen. Auch das Rauschtrinken hat in den letzten Jahren abgenommen. In der letzten Erhebung 2015 gaben lediglich 14,1 Prozent der Jugendlichen an, in den letzten 30 Tagen zu einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben – 2007 waren es noch fast doppelt so viele (25,5%). Zusammengefasst deutet die Drogenaffinitätsstudie darauf hin, dass Jugendliche immer häufiger auf Alkohol verzichten und immer seltener regelmäßig bzw. in riskantem Ausmaß Alkohol trinken (Orth, 2016).

Im Rahmen der ESPAD-Studie (Kraus et al., 2011) lassen sich ähnliche Tendenzen erkennen, auch wenn die Prävalenzzahlen insgesamt deutlich höher liegen als in der Drogenaffinitätsstudie. Demnach sagten 2003 noch über 95 Prozent der Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate Alkohol getrunken haben. Bei der letzten Erhebung 2011 waren es 89,8 Prozent. Auch der Anteil der Jugendlichen, die Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen vor der Befragung berichteten, ging von 59,0 Prozent (2003) auf 53,0 Prozent (2011) zurück (Gomes de Matos et al., 2014). Die Veränderungen des Trinkverhaltens von Jugendlichen in den ESPAD-Daten sind hier zwar nicht so markant wie in den Daten der BZgA, jedoch wird auch hier die Tendenz deutlich, dass der regelmäßige Alkoholkonsum, aber auch das exzessive Rauschtrinken unter Jugendlichen in den letzten Jahren zurückgegangen ist.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen von Jugendlichen zeichnen dagegen ein anderes Bild (Statistisches Bundesamt, 2015). Seit 2004 (16.423) stieg die Zahl der stationären Krankenhausaufenthalte aufgrund von akuter Alkoholintoxikation unter 10- bis 19-Jährigen konstant an und hatte 2012 ihren bisherigen Höhepunkt (26.673). Im Jahr 2013 wurden in ganz Deutschland 23.267 Jugendliche zwischen 10 und 19 aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert, was einem Rückgang um 12,8 Prozent gegenüber 2012 entspricht (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015b). Dieser rückläufige Trend setzte sich auch 2014 fort (22.391). Nichtsdestotrotz offenbaren diese Zahlen eine paradoxe Entwicklung: obwohl immer weniger Jugendliche überhaupt exzessiv trinken, werden mehr Jugendliche aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation stationär behandelt als noch vor 10 Jahren. Das kann bedeuten, dass die, die Rauschtrinken praktizieren, das in noch exzessiverer Art und Weise tun als Jugendliche im letzten Jahrzehnt. Letztlich kann trotz sinkender Prävalenzzahlen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen keine

Entwarnung gegeben werden. Es gibt immer noch eine alarmierend hohe Quote an Jugendlichen, die ihr Leben durch exzessiven Alkoholkonsum gefährden.

Tabak

Aus der Drogenaffinitätsstudie können Trends im Rauchverhalten von 12- bis 17-jährigen Jugendlichen seit 1979 abgebildet werden (Orth, 2016). Im Jahre 1979 rauchte fast jeder dritte Jugendliche (30,2%) zwischen 12 und 17, 2001 war es immer noch mehr als jeder vierte Jugendliche (27,2%). Seitdem ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen: im Jahre 2015 konnte nur noch jeder zehnte 12- bis 17-Jährige (9,6%) als Raucherin oder Raucher eingestuft werden. Analog dazu ist der Anteil der Jugendlichen, die noch nie in ihrem Leben geraucht haben, in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Waren es kurz nach der Jahrtausendwende (2001) noch 40,5 Prozent Nie-Raucherinnen und Nie-Raucher, so lag dieser Anteil in der jüngsten Erhebung bei knapp über 75 Prozent. Die Trends für männliche und weibliche Jugendliche sind dabei fast deckungsgleich.

Gomes de Matos et al. (2014) ermittelten aus den ESPAD-Daten eine ähnliche Tendenz. Hatten 2003 noch vier von fünf (79,3%) Neunt- bzw. Zehntklässlerinnen und -klässlern angegeben, schon einmal geraucht zu haben, waren es 2011 nur noch 63,4 Prozent. Auch der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung täglich 11 oder mehr Zigaretten geraucht hatten, ging von 11,6 Prozent (2003) um mehr als die Hälfte auf 5,0 Prozent (2011) zurück. Damit wird deutlich, dass es heute weniger Jugendliche gibt, die schon Erfahrungen mit Zigaretten gemacht haben. Gleichermäßen gibt es heute auch weniger Jugendliche, die als Raucher einzustufen sind.

Cannabis

Bei der ersten Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Jahre 1979 berichtete jeder zwanzigste (4,9%) Jugendliche zwischen 12 und 17, dass er oder sie schon einmal Cannabis probiert hatte (Orth, 2016). Dieser Anteil stieg nachfolgend stetig an und hatte seinen Zenit im Jahre 2004, als 15,1 Prozent der 12- bis 17-Jährigen äußerten, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Bei der Erhebung 2011 waren es nur noch 6,7 Prozent. Seither war wiederum ein bedeutsamer Anstieg zu verzeichnen. Bei der aktuellsten Erhebung 2015 lag die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei 9,7 Prozent. Der Anteil der Jugendlichen mit regelmäßigem Konsum (häufiger als 10-mal in den letzten 12 Monaten) unter den 12- bis 17-Jährigen blieb zwischen 1993 (1,7%) und 2007 (1,6%) relativ konstant. 2010 befanden sich nur noch 0,6 Prozent regelmäßige Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten unter den befragten Jugendlichen. Fünf Jahre später lag der entsprechende Anteil bei 0,8 Prozent (Orth, 2016).

Aus den Ergebnissen der drei ESPAD-Erhebungswellen geht hervor, dass der Anteil an Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässlern, die bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht hatten, 2003 (30,8%) höher lag als 2011 (22,2%). Für den regelmäßigen Cannabiskonsum (mindestens 6-mal in den letzten 30 Tagen) ermittelten Gomes de Matos et al. (2014) einen Rückgang des Anteils von 4,6 Prozent (2003) auf 2,4 Prozent (2011). Für den Cannabiskonsum bei Jugendlichen ergibt sich demnach ein weniger einheitliches Bild als für den Nikotinkonsum. Heute scheinen zwar weniger Jugendliche regelmäßig Cannabis zu konsumieren (0,8% bzw. 2,4%) als noch vor einigen Jahren, jedoch lässt sich v.a. aus den

Daten der Drogenaffinitätsstudie keine klare Prognose für die Entwicklung des Cannabiskonsums in Zukunft formulieren.

Illegale Drogen (ohne Cannabis)

Die Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) verzeichnet einen Rückgang der Lebenszeitprävalenz des Konsums von illegalen Drogen (Cannabis ausgenommen). Vor 20 Jahren (1997) hatten noch 6,1 Prozent der befragten Jugendlichen Kontakt mit illegalen Drogen eingestanden. In der aktuellsten Erhebung 2015 traf dies nur noch auf 1,8 Prozent der 12- bis 17-Jährigen zu. Der Trend für den regelmäßigen (mindestens 10-mal in den letzten 12 Monaten) Konsum von illegalen Drogen geht in die gleiche Richtung (von 1997: 0,9% auf 2015: 0,1%). Aus den ESPAD-Daten (Kraus et al., 2011) zeigt sich, dass der Anteil an Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässlern mit irgendeiner illegalen Drogenerfahrung (Cannabis ausgenommen) 2003 (10,5%) leicht höher lag als 2011 (8,9%). Erstaunlicherweise sind für diesen Rückgang ausschließlich die befragten Mädchen verantwortlich. Bei den Jungen äußerten 2003 (10,3%) ähnlich viele Befragte irgendeine Drogenerfahrung wie 2011 (11,2%). Bei den Mädchen waren es dagegen 2003 (10,8%) noch deutlich mehr als bei der letzten Erhebung im Jahre 2011 (6,7%). Dagegen verläuft der Rückgang der Drogenerfahrungen in der Drogenaffinitätsstudie über beide Geschlechter gleich.

3.1.1.3 Substanzkonsum von Jugendlichen in Niedersachsen

Wie die vorangegangenen Abschnitte gezeigt haben, liegen zwar bundesrepräsentative Zahlen zum Substanzkonsum von Jugendlichen vor. Vergleichsweise wenige Daten stehen jedoch zur Beurteilung bundeslandspezifischen Konsumverhaltens vor. Die verfügbaren Studien deuten an, dass zwischen einzelnen Bundesländern Unterschiede bestehen könnten. Daher ist es von Interesse, im Rahmen projektvorbereitender Analysen die aktuelle Situation in Niedersachsen stärker zu beleuchten.

Hierfür sollen Daten einer niedersachsenrepräsentativen Schülerbefragung des KFN herangezogen werden. Die Erhebung fand im Frühjahr 2013 im Kontext einer kriminologischen Dunkelfeldbefragung von Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen statt (Baier, 2015; Bergmann, Baier, Rehbein & Mößle, in Vorb.). Die Stichprobenakquise basiert auf einer Zufallsauswahl von 739 Schulklassen ($N = 17.273$ Schülerinnen und Schüler) aus der Grundgesamtheit aller allgemeinbildenden Schulen in Niedersachsen. Die Auswahl erfolgte nach Schulformen geschichtet, indem für jede Schulform anteilig Schulklassen entsprechend der tatsächlichen Verteilung in der Grundgesamtheit zufällig ausgewählt wurden. Nach Abzug aller Stichprobenausfälle verblieben 11.003 gültige Fragebögen. Die Verteilung der Stichprobe auf die Schulformen entspricht dabei annähernd der Verteilung in der Grundgesamtheit (Förder-/Hauptschule: 10,7% in Population, 9,6% in Stichprobe; Realschule: 55,3% bzw. 57,7%; Gymnasium: 33,9% bzw. 32,8%). Wird der stichprobenneutrale Ausfall der verweigerter Bruttoklassen einbezogen, beträgt die Rücklaufquote 63,7 Prozent (ohne diese Totalausfälle 84,1%). Die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren zwischen 13 und 18 Jahren alt, mit einem weit überwiegenden Anteil zwischen 14 und 16 Jahren ($M = 14,9$ Jahre; $SD = 0,74$ Jahre); nur 14 Jugendliche (0,1%) waren 18 Jahre alt. 51,1 Prozent waren männlich, 26,8 Prozent hatten einen Migrationshintergrund.

Nach der deskriptiven Darstellung der Ergebnisse dieser Befragung werden die ermittelten Prävalenzen zu den oben skizzierten Daten der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) sowie zur ESPAD-Studie (Kraus et al., 2011) in Beziehung gesetzt. Dabei sind die gleichen Einschränkungen zu berücksichtigen, die bereits weiter oben diskutiert wurden. Eine niedrigere Quote an Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten in den niedersachsenrepräsentativen Daten bedeutet nicht zwangsläufig, dass die niedersächsischen Jugendlichen weniger Alkohol trinken als Jugendliche in anderen Bundesländern. Die unterschiedlichen Stichprobenszusammensetzungen (KFN: Neuntklässlerinnen und Neuntklässler; Drogenaffinitätsstudie: 12- bis 17-Jährige; ESPAD: Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler) könnten für einen Teil der Diskrepanzen verantwortlich sein. Auch die konkreten Erhebungsmethoden könnten die Abweichungen der Prävalenzen mit beeinflussen, was am Beispiel der Lebenszeitprävalenz von Tabakkonsum verdeutlicht werden soll: während diese Information in der KFN-Schülerbefragung über das Item „Hast du schon jemals Zigaretten geraucht?“ (ja/nein) erfragt wurde, beantworteten die Teilnehmer der ESPAD-Studie das Item „Wie oft (wenn überhaupt) hast du in deinem Leben Zigaretten geraucht?“ mit den Antwortkategorien „nie“, „1-2mal“, „3-5mal“, „6-9mal“, „10-19mal“, „20-39mal“ und „40mal oder öfter“ (Kraus et al., 2011). Hier könnte spekuliert werden, dass die ermittelte Lebenszeitprävalenz bei gleicher objektiver Lebenszeitprävalenz mit dem zweiten Item etwas höher liegen würde als mit dem ersten Item, da Jugendliche mit nur einmaligem oder sehr seltenem Tabakkonsum das erste Item womöglich verneinen würden.

Wie oft und wie viel konsumierten niedersächsische Jugendliche in den letzten 12 Monaten?

Zunächst werden im Folgenden die 12-Monats-Prävalenzen des Substanzkonsums der befragten Neuntklässlerinnen und Neuntklässler aus Niedersachsen dargestellt (vgl. Abbildung 1). Dabei geht es im Allgemeinen um die Frage, ob sie in den letzten 12 Monaten irgendeine der genannten Substanzen konsumiert haben. Zusätzlich wurde die Häufigkeit des Konsums abgefragt. Hier ist zu beachten, dass die Häufigkeit des Konsums nur die Anzahl der Gelegenheiten wiedergibt, zu denen eine bestimmte Substanz konsumiert wurde. Rückschlüsse auf die Menge, die zu einer bestimmten Gelegenheit eingenommen wurde, sind mit Ausnahme des Rauschtrinkens nicht möglich.

Alkohol

Der Großteil der Stichprobe (80,9%) hat im letzten Jahr vor der Befragung Alkohol getrunken. Dabei sind Bier (71,7%) und Wein bzw. Sekt (64,9%) die verbreitetsten Getränke unter den Jugendlichen. Jede und jeder vierte Neuntklässlerin und Neuntklässler bekundete ein regelmäßiges oder häufiges Trinkverhalten. Knapp über die Hälfte der Jugendlichen beließ es dagegen bei einem gelegentlichen Alkoholkonsum. Männliche Jugendliche scheinen dabei im Vergleich zu weiblichen Jugendlichen eher Bier und Schnaps zugeneigt zu sein. Mädchen bevorzugen dagegen eher Wein bzw. Sekt. Alcopops haben unter allen alkoholischen Getränken die geringste Bedeutung für die Jugendlichen.

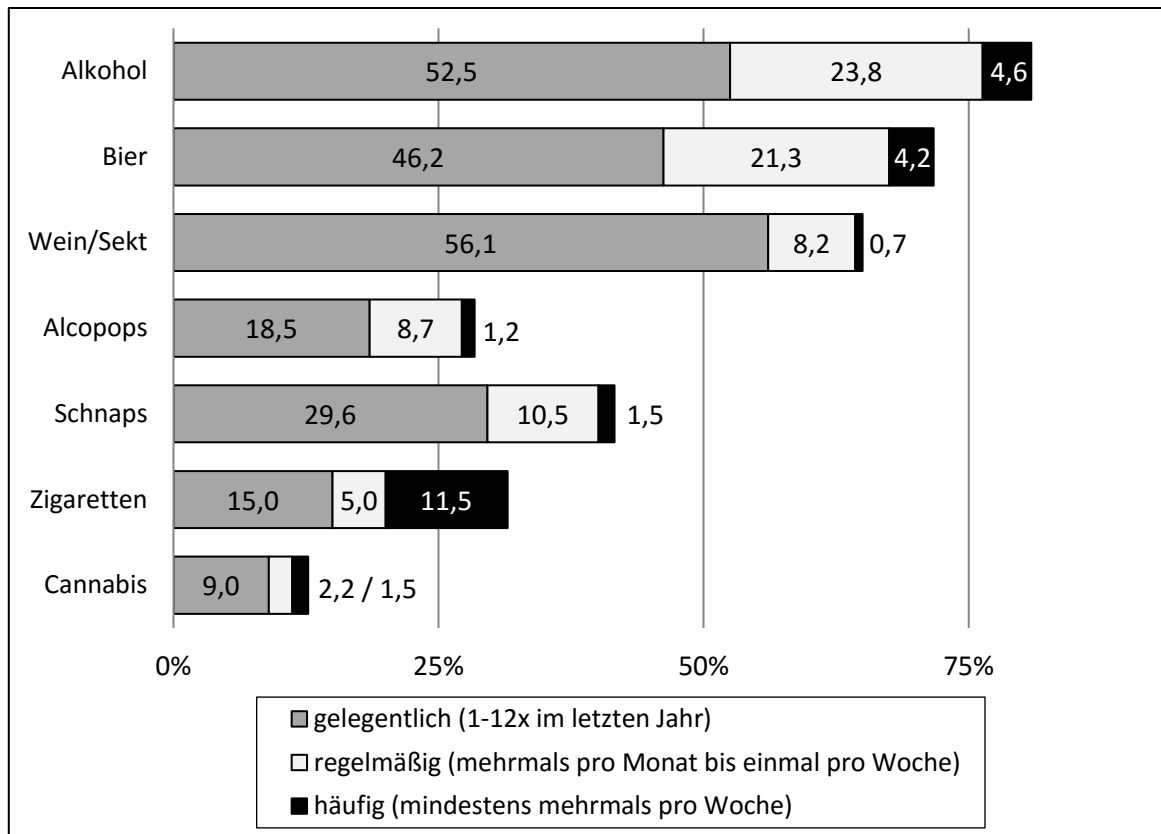


Abbildung 1. 12-Monats-Prävalenzen des Substanzkonsums von Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen

Bemerkenswerterweise liegt die 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums unter Jugendlichen, die eine Realschule (82,8%) oder ein Gymnasium (82,8%) besuchen, deutlich höher als bei Jugendlichen, die auf eine Haupt- oder Förderschule (71,7%) gehen. Einerseits gibt es also an Förder- und Hauptschulen den geringsten Anteil an Jugendlichen, die im letzten Jahr vor der Befragung Alkohol getrunken haben. Andererseits ist an diesen Schulen gleichzeitig der höchste Anteil an Jugendlichen mit häufigem Alkoholkonsum zu finden. Zwar kann hier noch nicht unbedingt von einem problematischen Trinkverhalten ausgegangen werden, aber der Umstand, dass ein nicht unerheblicher Anteil an Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern (v.a. an Förder- und Hauptschulen: 6,7%) mindestens mehrmals pro Woche Alkohol trinkt, deutet einen Ansatzpunkt für selektive Präventionsarbeit an.

Des Weiteren ist die 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund durchweg niedriger als bei Jugendlichen mit deutscher Herkunft. Die Mehrheit der Jugendlichen mit türkisch-asiatischem³ Migrationshintergrund (61,6%) trinkt überhaupt keinen Alkohol. Dies trifft nur auf rund 15 Prozent der deutschen Jugendlichen zu. Jugendliche mit osteuropäischem⁴ oder sonstigem Migrationshintergrund haben ein ähnliches Trinkverhalten wie Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

In ländlichen (weniger als 20.000 Einwohner) Regionen in Niedersachsen sind mehr Jugendliche (85,5%) im letzten Jahr mit Alkohol in Berührung gekommen als in städtischen (mehr als 20.000 Ein-

³ Hierunter werden folgende Länder gefasst: Türkei, Syrien, Pakistan, Libanon, Iran, Irak und Afghanistan.

⁴ Hierunter werden folgende Länder zusammengefasst: Bulgarien, Länder aus dem ehemaligen Jugoslawien, Polen, Rumänien, Russland, Slowakei, Tschechien und Ungarn.

wohner) Gebieten (78,5%). Dies zeigt sich ansatzweise auch im regionalen Vergleich: die Region Hannover (71,2%) weist im Vergleich zu allen anderen niedersächsischen Gebieten⁵ die niedrigste 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums auf. Bezüglich der Konsumhäufigkeit zeigen sich vernachlässigbare Unterschiede im niedersachsenweiten Regionalvergleich.

Der Vergleich der Häufigkeiten des Konsums zu anderen Studien stellt sich schwierig dar, da oftmals verschiedene Schwellenwerte für die Abgrenzung von häufigem, regelmäßigem und gelegentlichem Konsum genutzt werden. In der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016) waren es 68,0 Prozent der 12- bis 17-Jährigen, die schon einmal Alkohol getrunken hatten. Die hier gefundene Lebenszeitprävalenz (83,6%) und die ermittelten 93,6 Prozent der ESPAD-Studie (Kraus et al., 2011) liegen deutlich über diesem Wert. Trotz der teilweise stark abweichenden Zahlen lässt sich festhalten, dass ein Großteil der Schülerinnen und Schüler in Deutschland – auch in Niedersachsen – bereits im Jugendalter erste Erfahrungen im Umgang mit Alkohol sammelt. Der starke Einfluss des Migrationshintergrundes unterstreicht darüber hinaus den Befund der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016), dass Jugendliche mit türkisch-asiatischer Abstammung deutlich seltener Alkohol trinken als deutsche Jugendliche.

Rauschtrinken

Drei von zehn Jugendlichen in Niedersachsen (30,4%) tranken sich im letzten Monat vor der Befragung mindestens einmal in einen Rausch. Bei 4,3 Prozent passierte dies sogar häufiger als 5-mal. Etwas mehr Jungen (32,9%) als Mädchen (27,9%) praktizierten das Rauschtrinken. Das Rauschtrinken scheint bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten weniger verbreitet zu sein: lediglich 24,8 Prozent berichteten über eine derartige Erfahrung im letzten Monat (im Vergleich zu 32,1 Prozent bei Haupt- und Förder- sowie 33,5 Prozent bei Realschülerinnen und -schülern). Der Anteil derjenigen, die Rauschtrinken mit einer gewissen Regelmäßigkeit (mindestens 3-mal pro Monat) praktizieren, ist bei Haupt- und Förder- sowie Realschülerinnen und -schülern höher als bei Gymnasiastinnen und Gymnasiasten. Es gab mehr Jugendliche in ländlichen (35,1%) als in urbanen Gegenden (26,4%), die im letzten Monat mindestens einmal mehr als fünf Gläser Alkohol tranken. Der Anteil der häufigen Rauschtrinkerinnen und -trinker (häufiger als 5-mal) ist dagegen unabhängig vom Wohnort annähernd gleich hoch. Jugendliche mit Migrationshintergrund neigen seltener zu Rauschtrinken als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Auffällig ist dabei die sehr niedrige Rate an Rauschtrinkerinnen und -trinkern unter den Jugendlichen mit türkisch-asiatischem Migrationshintergrund (11,2%).

Der Anteil der Rauschtrinkerinnen und -trinkern im vergangenen 30-Tage-Zeitraum, die Kraus et al. (2011) aus der ESPAD-Erfragung ermittelten, lag bei 53,0 Prozent und liegt damit deutlich über den hier gefundenen 30,4 Prozent. In der Drogenaffinitätsstudie 2015 (Orth, 2016) waren es sogar nur 14,1 Prozent der 12- bis 17-Jährigen, die im letzten Monat derartige Mengen an Alkohol getrunken haben. Jeder vierte Jugendliche (26,3%), der in den ESPAD-Bundesländern befragt wurde, praktizierte das Rauschtrinken sogar an mindestens drei verschiedenen Tagen im letzten Monat vor der Befragung. In der KFN-Befragung traf dies nur 12,3 Prozent der niedersächsischen Jugendlichen zu. Letztlich muss dennoch festgehalten werden, dass Rauschtrinken unter niedersächsischen Jugendlichen weit verbreitet ist. Einer von drei Jugendlichen der Jahrgangsstufe 9 in Niedersachsen trank im vergangenen Monat zu mindestens einer Gelegenheit fünf oder mehr Gläser Alkohol.

⁵ Die regionale Aufteilung orientiert sich dabei an der Aufteilung der Polizeidirektionen in Niedersachsen.

Tabak

Der Großteil der befragten Jugendlichen (68,5%) hat im letzten Jahr nicht geraucht. Jungen und Mädchen unterscheiden sich dabei nur unbedeutend in ihrem 12-Monats-Konsum. Dagegen können 11,5 Prozent der niedersächsischen Neuntklässlerinnen und Neuntklässler als Raucherinnen oder Raucher eingestuft werden. Weitere 15,0 Prozent können anhand der Angaben zu ihrem Zigarettenkonsum als Gelegenheitsraucherinnen und -raucher betrachtet werden (vgl. Abbildung 1).

Jeder zweite Jugendliche aus Haupt- und Förderschulen (51,6%) berichtete, schon einmal eine Zigarette geraucht zu haben, während dies auf deutlich weniger Realschülerinnen und -schüler (40,2%) und Gymnasiastinnen und Gymnasiasten zutrifft (24,5%). Die Anteile der Raucherinnen und Raucher variieren ebenfalls bedeutsam zwischen den Schulen (vgl. Abbildung 2). Jeder vierte Jugendliche aus Förder- und Hauptschulen (24,6%) raucht mindestens mehrmals pro Woche. Der entsprechende Anteil ist bei den Real- (13,7%) und Gymnasialschülerinnen und -schülern (4,0%) deutlich geringer. Demgegenüber unterscheidet sich der Anteil der Gelegenheitsraucherinnen und -rauchern kaum zwischen den Schulformen. Jeder vierte Jugendliche aus Förder- und Hauptschulen (24,6%) raucht mindestens mehrmals pro Woche Zigaretten.

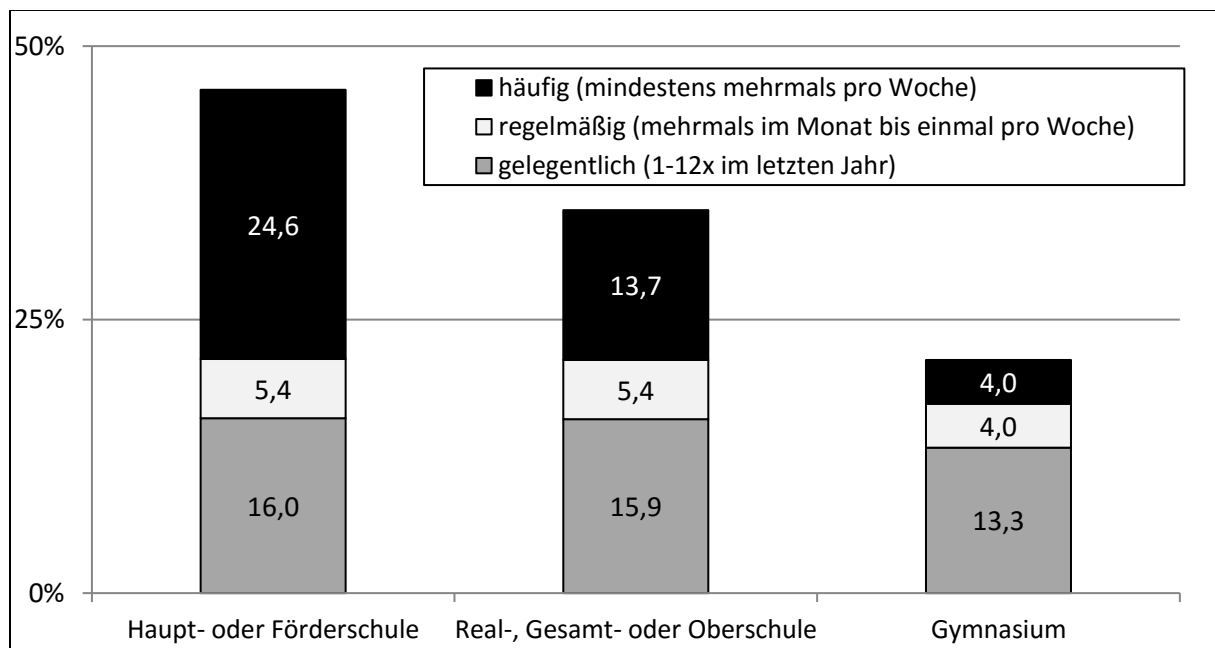


Abbildung 2. 12-Monats-Prävalenz des Nikotinkonsums von Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen (differenziert nach Schulform)

Ob die Jugendlichen schon einmal Nikotin probiert haben oder nicht, scheint dabei größtenteils unabhängig vom Wohnort in Niedersachsen zu sein, da die regionsspezifischen Anteile nur unbedeutend voneinander abweichen. Jugendliche mit osteuropäischem Migrationshintergrund (42,4%) sind bereits häufiger mit Tabak in Kontakt gekommen als Jugendliche ohne (35,4%) und mit türkisch-asiatischem Migrationshintergrund (33,1%). Unter dieser Gruppe gibt es auch den höchsten Anteil an aktuellen Raucherinnen und Rauchern (13,8%), allerdings sind die Unterschiede hier marginal. 11,1 Prozent der Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und 10,0 Prozent der Jugendlichen mit islamischen Wurzeln sind Raucherinnen oder Raucher.

Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern unter den Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen (11,5%) ist vergleichbar mit dem Anteil, der aus der Drogenaffinitätsstudie (Orth, 2016)

hervorging (9,6%). Kraus et al. (2011) ermittelten im Gegensatz dazu in den ESPAD-Bundesländern eine dreimal so hohe Quote an aktuellen Raucherinnen und Rauchern (33,4%). Der Einfluss der besuchten Schulform findet sich dagegen in gleicher Weise auch in den ESPAD-Daten: der Anteil der Jugendlichen, die als Raucherinnen und Raucher identifiziert werden können, ist auf Hauptschulen deutlich erhöht – im Vergleich zu Realschulen und Gymnasien.

Cannabis

Die Frage, ob sie schon jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert hätten, bejahten 14,0 Prozent der niedersächsischen Jugendlichen. Jungen scheinen bei Cannabis etwas experimentierfreudiger (16,6%) zu sein als Mädchen (11,3%). Unter den Konsumentinnen und Konsumenten der vergangenen 12 Monate überwiegen die, die nur gelegentlich Cannabis konsumierten (9,0%). Ein kleiner Anteil (3,7%) der befragten Neuntklässlerinnen und Neuntklässler konsumierte Cannabis häufiger als einmal im Monat (vgl. Abbildung 1).

Jede fünfte Hauptschülerin und jeder fünfte Hauptschüler (19,0%) hat schon einmal Cannabis probiert. Bei den Gymnasialschülerinnen und -schülern ist es hingegen nur jede und jeder zehnte Befragte (9,7%). Für den Cannabiskonsum zeigt sich ein ähnliches Bild wie für den Nikotinkonsum: 6,1 Prozent der Haupt- und Förderschülerinnen und -schüler konsumieren mindestens mehrmals pro Monat Marihuana/Gras oder Haschisch. Bei den Realschülerinnen und -schülern trifft dies nur auf 4,3 Prozent und bei den Gymnasiastinnen und Gymnasiasten sogar nur auf 2,1 Prozent zu.

Wiederum analog zum Tabakkonsum ist auch bei Cannabis der Anteil bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund – mit Ausnahme der Jugendlichen mit türkisch-asiatischen Wurzeln (10,9%) – höher (15,8% für Jugendliche mit osteuropäischem Migrationshintergrund und 17,8% für Jugendliche mit sonstigem Migrationshintergrund) als bei deutschen Jugendlichen (13,7%). Die Quoten für den aktuellen Cannabiskonsum unterscheiden sich kaum zwischen den ethnischen Gruppen.

Cannabis wird tendenziell häufiger von Jugendlichen konsumiert, die in größeren Städten leben, wobei hier die zahlenmäßigen Differenzen gering sind. Dementsprechend ist auch der Anteil in der Region Hannover am größten (17,4%), während die Jugendlichen in der Region West (Polizeidirektion Osnabrück) am seltensten mit Cannabis in Berührung kommen (10,9%). Die Prävalenzen in den anderen Regionen schwanken zwischen 12,2 Prozent und 14,7 Prozent.

Kraus et al. (2011) errechneten für Cannabis aus den ESPAD-Daten eine Lebenszeitprävalenz von 22,2 Prozent. Diese liegt etwas höher als die Lebenszeitprävalenz (14,0%), die aus der KFN-Befragung hervorgeht. Diese ist wiederum höher als die Quote aus der Drogenaffinitätsstudie (9,7%; Orth, 2016). Nichtsdestotrotz bestätigen die Daten aus der Niedersachsenbefragung den bundesweiten Befund (Kraus et al., 2011), dass Hauptschülerinnen und -schüler häufiger schon einmal Cannabis geraucht haben als Real- und Gymnasialschülerinnen und -schüler. Auch der höhere Anteil in städtischen Regionen könnte den Befund replizieren, dass die Lebenszeitprävalenz von Cannabiskonsum bei Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässlern in Berlin höher liegt als in Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (Kraus et al., 2011).

Illegale Drogen (ohne Cannabis)

Ecstasy, Speed oder Kokain haben 1,8 Prozent der befragten Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal konsumiert; bei LSD, „magischen“ Pilzen oder ähnlichen Substanzen waren es 1,1 Prozent. Einzelvergleiche haben aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen der tatsächlichen Konsumentinnen und Konsumenten nur eine eingeschränkte Aussagekraft.

Dennoch lässt sich vermuten, dass ein höherer Anteil an Förder- und Hauptschülerinnen und -schülern Konsumentinnen und Konsumenten von Ecstasy, Speed oder Kokain (3,1%) sowie von LSD, magischen Pilzen oder ähnlichen Substanzen (1,8%) ist. Bei den Realschülerinnen und -schülern trifft dies nur auf 2,2 Prozent bzw. 1,4 Prozent und bei den Gymnasialschülerinnen und -schülern sogar nur auf 0,7 Prozent und 0,3 Prozent jeweils zu.

Schülerinnen und Schüler mit osteuropäischem (2,6% / 1,4%) oder sonstigem Migrationshintergrund (2,8% / 2,4%) sind tendenziell häufiger Konsumentinnen und Konsumenten von illegalen Drogen (Cannabis ausgenommen) – im Vergleich zu deutschen (1,7% / 1,1%) und türkisch-asiatisch-geprägten Jugendlichen (1,0% / 0,2%).

Beim Konsum von illegalen Drogen (Cannabis ausgenommen) zeigten sich in der vorliegenden niedersachsenweiten KFN-Befragung keinerlei regionsspezifische Auffälligkeiten.

Wann beginnen niedersächsische Jugendliche mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen?

Eine Frage, die speziell für die Universalprävention von außerordentlicher Relevanz ist, ist die nach dem Lebensalter, in dem Jugendliche in Niedersachsen zum ersten Mal Alkohol trinken, Zigaretten rauchen oder illegale Drogen einnehmen.

Gaben die niedersächsischen Jugendlichen an, schon jemals in ihrem Leben ein Getränk oder eine Substanz probiert zu haben, so wurden sie anschließend gefragt, in welchem Alter sie dies zum ersten Mal getan hatten. In Abbildung 3 sind exemplarisch die kumulativen Inzidenzen des Erstkonsums von Bier, Zigaretten und Cannabis abgetragen. Daraus wird ersichtlich, in welchem Alter sie das erste Mal in Kontakt mit diesen Substanzen gekommen sind.

Es wird deutlich, dass nur ein geringer Anteil der Jugendlichen mit dem Konsum vor dem 12. Lebensjahr beginnt. Bei Bier ist es zwar immerhin jede und jeder Fünfte (20,4%), der bis zu seinem 12. Lebensjahr schon einmal Bier probiert hat, dennoch ist dieser Anteil im Vergleich zur im Jugendalter ermittelten Lebenszeitprävalenz von Bier (76,8%) deutlich geringer. Das Gleiche gilt für Zigaretten und Cannabis. Die Hochphase, in der die Jugendlichen erstmals Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und Drogen sammeln, scheint zwischen dem 12. und dem 15. Lebensjahr zu liegen. Es gibt nur wenige Jugendliche, die berichteten, erst nach ihrem 15. Lebensjahr zum ersten Mal Bier getrunken bzw. Zigaretten oder Cannabis geraucht zu haben. Beispielsweise datierten nur etwa 4 Prozent ihren allerersten Bierkonsum nach ihrem 15. Lebensjahr. Bei Zigaretten (2,1%) sind es prozentual genauso wenige. Hier ist anzumerken, dass die späteren Onsets naturgemäß unterschätzt werden, da die beschriebene Stichprobe nur aus Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern bestand, bei denen nur wenige älter als 16 Jahre waren. Nichtsdestotrotz wird deutlich, dass Alkohol und Zigaretten ca. ab dem 12. Lebensjahr an Bedeutung gewinnen. Für Cannabis setzt diese Entwicklung etwas später ein (ab dem 13. oder 14. Lebensjahr).

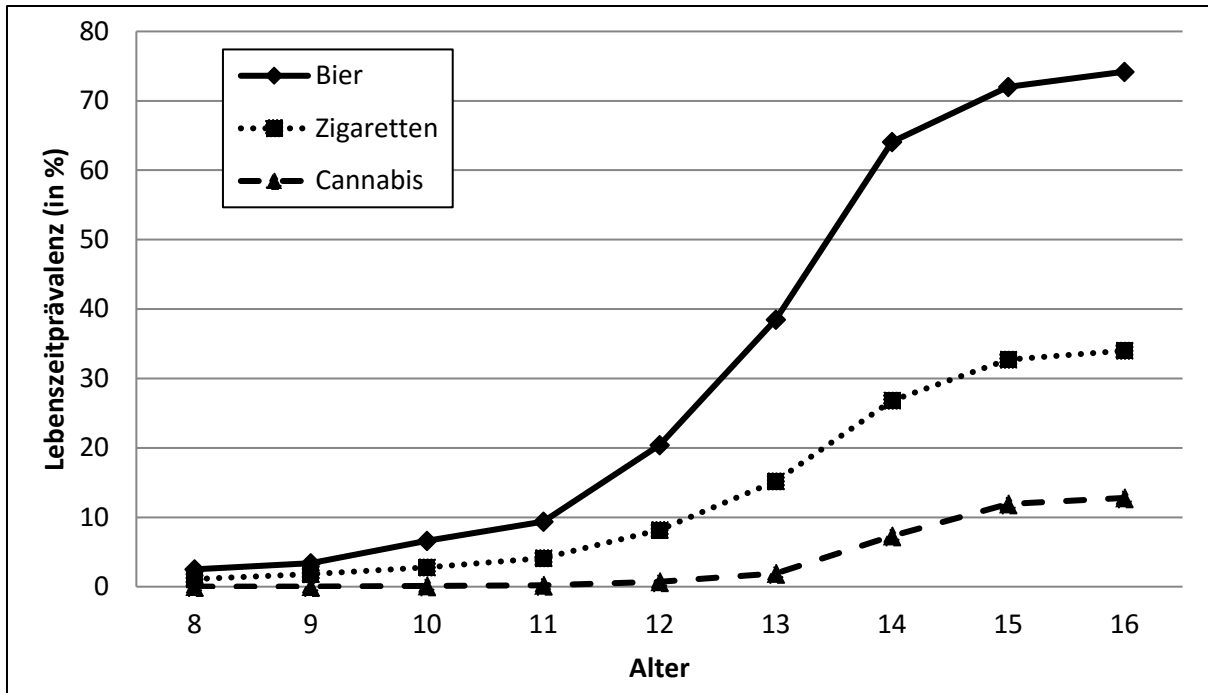


Abbildung 3. Kumulative Inzidenz des Konsums von Bier, Zigaretten und Cannabis unter Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen

Bemerkenswert ist zudem der Verlauf des Erstkontakts an verschiedenen Schulen. Die sehr frühen Erstkontakte (vor dem 12. Lebensjahr) verlaufen sehr ähnlich für Jugendliche aus verschiedenen Schulformen. Dagegen gibt es ab dem 12. Lebensjahr einen höheren Anteil an Real- und Gymnasialschülerinnen und -schülern, die schon einmal Bier getrunken haben – im Vergleich zu Jugendlichen, die eine Förder- oder Hauptschule besuchen (vgl. Abbildung 4).

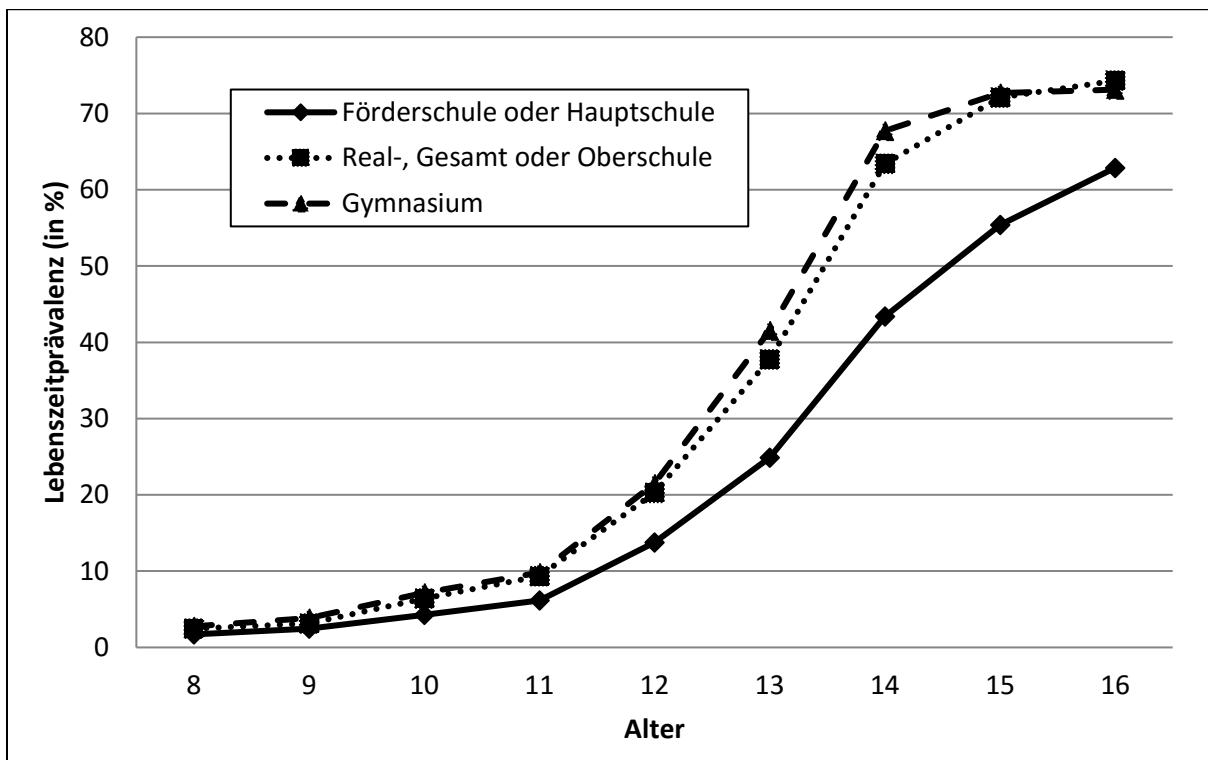


Abbildung 4. Kumulative Inzidenz des Konsums von Bier unter Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen (differenziert nach Schulform)

Die gleiche Tendenz lässt sich auch für Wein/Sekt (vgl. Abbildung 5) und Schnaps (vgl. Abbildung 6) beobachten, wobei sich hier vor allem für Wein und Sekt im Laufe des Jugendalters auch eine leichte Differenz zwischen Gymnasien und Realschulen abzeichnet.

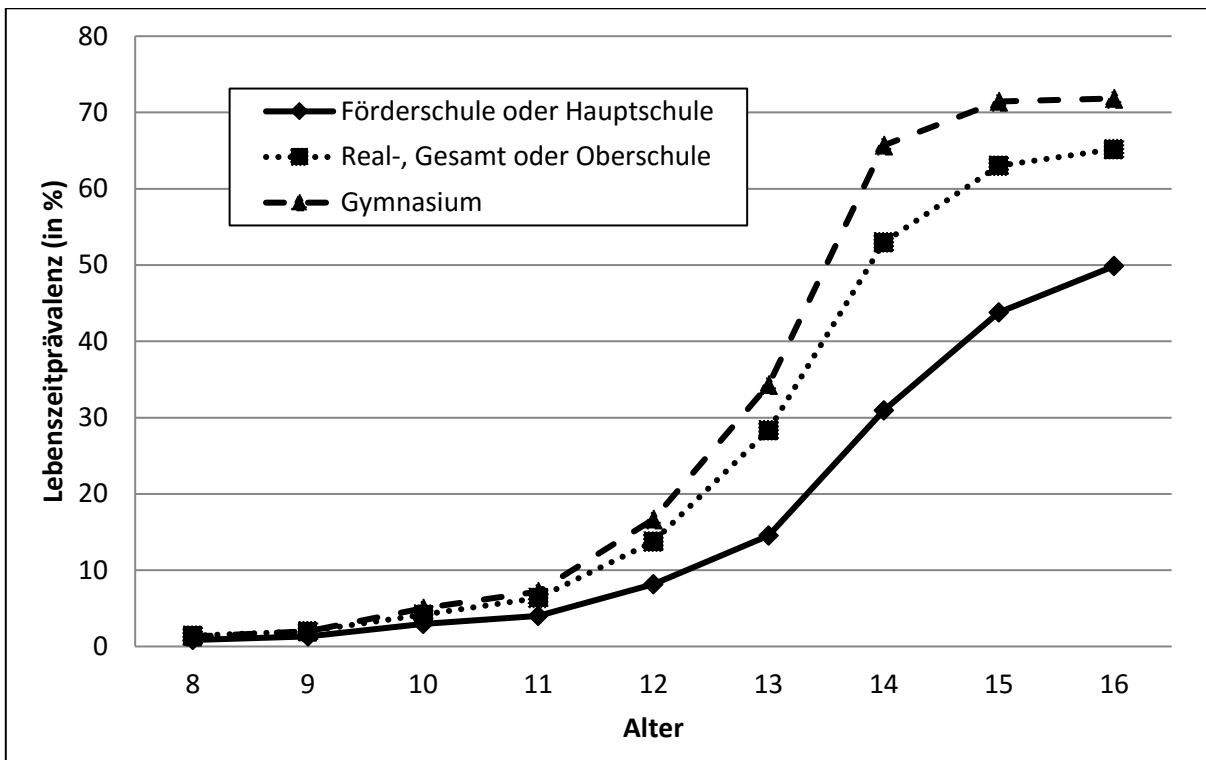


Abbildung 5. Kumulative Inzidenz des Konsums von Wein/Sekt unter Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen (differenziert nach Schulform)

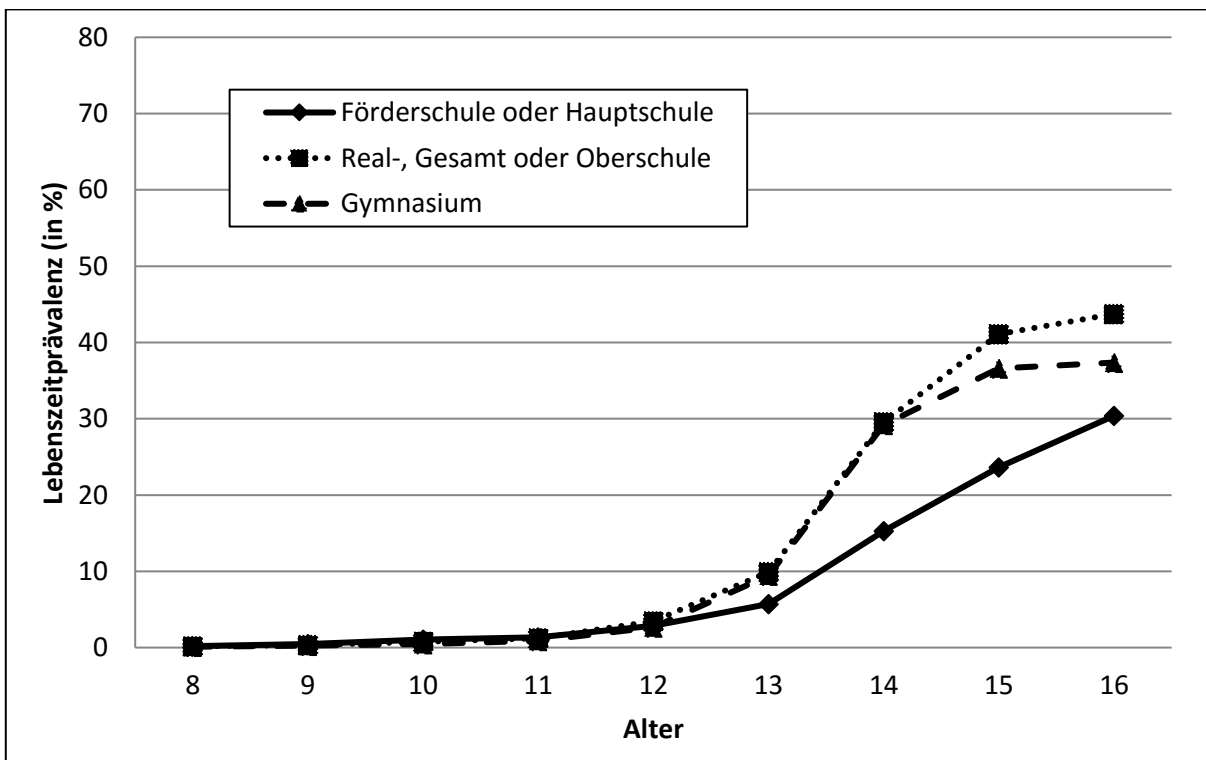


Abbildung 6. Kumulative Inzidenz des Konsums von Schnaps unter Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen (differenziert nach Schulform)

Im Gegensatz dazu lässt Abbildung 7 erkennen, dass Förder- und Hauptschülerinnen und -schüler viel früher ihre ersten Erfahrungen mit Nikotin sammeln als Real- und Gymnasialschülerinnen und -schüler. Bereits mit 13 hat jede und jeder fünfte Haupt- und Förderschülerin und -schüler seine erste Zigarette geraucht. Daraus lässt sich ein schulformspezifischer Handlungsbedarf für die Suchtprävention ableiten. Der Onset des Alkoholkonsums scheint an höheren Schulformen tendenziell etwas früher zu geschehen. Der Erstkonsum von Zigaretten setzt dagegen bei Schülerinnen und Schülern auf Haupt- und Förderschulen tendenziell etwas früher ein.

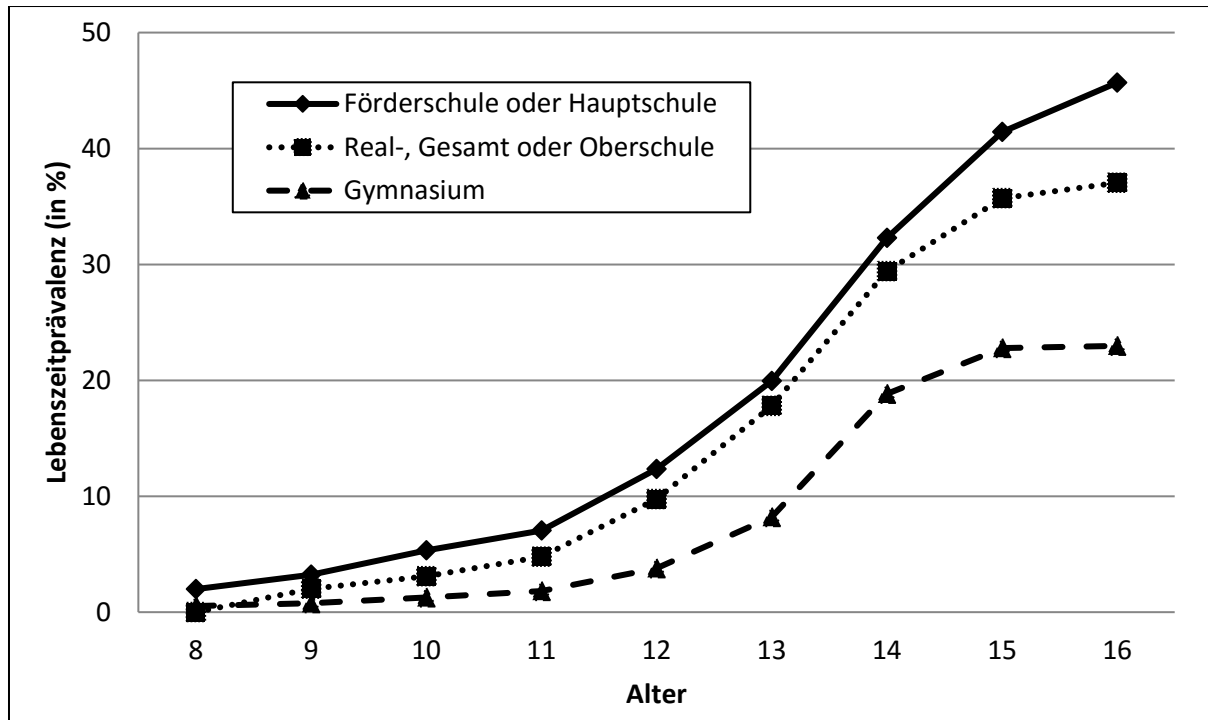


Abbildung 7. Kumulative Inzidenz des Zigarettenkonsums unter Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen (differenziert nach Schulform)

3.1.1.4 Zusammenfassung

Tabelle 5 fasst die bundesweiten und niedersachsenspezifischen Daten für Jugendliche anhand der wichtigsten Kennwerte kurz zusammen. Jede und jeder vierte Jugendliche (23,8%), der in Niedersachsen eine 9. Klasse besucht, trank in den letzten 12 Monaten vor der Befragung regelmäßig Alkohol. Über Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen berichteten 30,4 Prozent der Befragten, 12,3 Prozent aller Jugendlichen taten dies sogar an mindestens drei Tagen im vergangenen Monat. Einen riskanten Alkoholkonsum offenbarten 4,6 Prozent der Jugendlichen. Letztlich deuten diese Daten darauf hin, dass es einen nicht unerheblichen Anteil an Jugendlichen in Niedersachsen gibt, der in bedenklichen Mengen Alkohol trinkt. Diese Jugendlichen zu einem kontrollierten und verantwortungsvollen Alkoholkonsum zu befähigen, kann als eine entscheidende Aufgabe der niedersächsischen Suchtprävention angesehen werden.

Mehr als jeder dritte Jugendliche (36,1%) in Niedersachsen hat schon einmal in seinem Leben eine Zigarette geraucht. Einer von zehn Jugendlichen (11,5%) kann anhand seiner Angaben als Raucherin oder Raucher eingestuft werden (bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung). Zwar ist die Quote an jugendlichen Raucherinnen und Rauchern seit der Jahrtausendwende stetig rückläufig (Orth,

2016), dennoch besteht hier weiterhin ein fundamentaler Verantwortungsbereich der Suchtprävention. Ihre Aufgabe ist es, diesen Anteil durch suchtpreventive Maßnahmen niedrig zu halten und im besten Falle weiter zu senken.

Tabelle 5. Substanzkonsum von Jugendlichen in Deutschland und in Niedersachsen

	Drogenaffinität 2015 Deutschland (12- bis 17-Jährige)	ESPAD-Studie 2011 5 Bundesländer (9./10. Klasse)	KFN-Daten 2013 Niedersachsen (9. Klasse)
Lebenszeitprävalenz Alkoholkonsum	68,0%	93,6%	83,6%
Riskanter Alkohol- konsum	4,5%	10,1%	4,6%
30-Tages-Prävalenz Rauschtrinken	14,1%	53,0%	30,4%
Lebenszeitprävalenz Tabakkonsum	22,7%	63,4%	36,1%
Raucher (letzte 30 Tage ^a /12 Monate ^b)	9,6% ^a	33,4% ^a	11,5% ^b
Lebenszeitprävalenz Cannabiskonsum	9,7%	22,2%	14,0%
Lebenszeitprävalenz Drogenkonsum (außer Cannabis)	1,8%	8,9%	2,4%

Anmerkung. Riskanter Alkoholkonsum: Überschreitung der Grenzwertempfehlungen für risikoarmen Alkoholkonsum von Erwachsenen (Drogenaffinitätsstudie und ESPAD-Studie) bzw. häufiger Alkoholkonsum (mehrmals pro Woche bis täglich) in den letzten 12 Monaten (KFN-Befragung)

Über Erfahrungen beim Konsum von Cannabis berichteten 14,0 Prozent der befragten Jugendlichen in Niedersachsen. Dabei scheinen Jungen prozentual häufiger über Cannabiserfahrungen zu verfügen als Mädchen. Letztlich beschränken sich die meisten der Konsumentinnen und -konsumenten von Cannabis aber auf einen gelegentlichen Konsum. Knapp über 2 Prozent der niedersächsischen Jugendlichen haben schon einmal irgendeine illegale Droge (Cannabis ausgenommen) probiert. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass die befragten Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahre ($M = 14,9$; $SD = 0,74$) alt waren und das typische Einstiegsalter für illegale Drogen (insbesondere Cannabis) im späteren Jugendalter vermutet wird. Somit ist zu vermuten, dass die Quote an Jugendlichen mit Drogenerfahrung bei etwas älteren Jugendlichen höher liegen wird (vgl. 8,9 Prozent der Neunt- und Zehntklässlerinnen und -klässler in der ESPAD-Studie).

Hieraus lässt sich ein altersspezifischer Suchtpräventionsbedarf bei Jugendlichen ableiten. Der Erstkontakt besteht meist mit Alkohol und Nikotin. Erst im späteren Jugendalter (ab 16) probieren sie Cannabis und andere härtere Drogen aus.

3.1.2 Substanzkonsum von Erwachsenen

Analog zum Substanzkonsum von Jugendlichen werden im Folgenden zunächst bestehende Studien vorgestellt, die bundesweite Daten zum Substanzkonsum von Erwachsenen liefern und aus denen sich auch Trends zum Substanzkonsum von Erwachsenen ableiten lassen. Anschließend werden die Befunde einer niedersachsenweiten Repräsentativbefragung des KFN präsentiert und mit den deutschlandweiten Daten verglichen.

3.1.2.1 Bundesweite Daten zum Substanzkonsum von Erwachsenen

Zum Substanzkonsum von Erwachsenen in Deutschland liegen verschiedene Datenquellen vor. Die letzte Erhebung des „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (ESA; Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013) aus dem Jahre 2012 umfasste 9.084 Personen im Alter zwischen 18 und 84, die schriftlich, telefonisch oder über das Internet zu ihrem Substanzkonsum befragt wurden. Die Stichprobe wurde zufällig aus einem Einwohnermelderegister gezogen und anschließend hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulbildung, Bundesland und Gemeindegröße gewichtet. Dadurch ist die Stichprobe repräsentativ für die 18- bis 84-jährige Bevölkerung in Deutschland. Des Weiteren werden Daten aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1; Hapke, Lippe & Gaertner, 2013) berichtet. Hierbei wurde ebenfalls eine Einwohnermeldeamtsstichprobe ($N = 8.192$) gezogen, die nach der Gewichtung hinsichtlich Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit, Gemeindetyp und Bildungshintergrund ebenfalls Repräsentativität für die 18- bis 79-jährige Bevölkerung in Deutschland beansprucht. Zusätzlich dazu werden Befunde der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“ (GEDA; Robert-Koch-Institut, 2014) berichtet, bei der 19.294 Erwachsene über 18 telefonisch befragt wurden. Dazu wurde eine bundesweit repräsentative Zufallsstichprobe aus einem Festnetz-Stichprobensystem gezogen.

Aus der GEDA-Studie und der DEGS1-Studie liegen allerdings nur Zahlen zum Alkohol- und Nikotinkonsum von Erwachsenen vor, sodass sich die Ausführungen zum Konsum von illegalen Drogen ausschließlich auf die Daten des ESA stützen. Werden Prävalenzen zum risikoarmen oder riskanten Konsum von Alkohol berichtet, ist zu beachten, dass die präsentierten Studien dabei unterschiedliche Kriterien anlegen. Während im Rahmen des ESA die getrunkene Menge an Reinalkohol (im Abgleich mit den Grenzwertempfehlungen für einen risikoarmen Alkoholkonsum des wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen) als Indikator herangezogen wurde (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2014a), nutzten die Autoren der DEGS1 (Hapke et al., 2013) und der GEDA-Studie (Robert-Koch-Institut, 2014) den Summenscore im Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption (AUDIT-C) – ein weit verbreitetes Screeninginstrument zur Identifikation des problematischen Alkoholkonsums.

Alkohol

Im Rahmen des ESA (Kraus et al., 2014a) ließ sich (bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung) bei etwas mehr als der Hälfte (57,3%) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein risikoarmer Alkoholkonsum feststellen. 14,2 Prozent der Befragten offenbarten einen riskanten Alkoholkonsum. Insgesamt gaben 13,4 Prozent der Umfrageteilnehmerinnen und -teilnehmer an, in den letzten 12 Monaten überhaupt keinen Alkohol getrunken zu haben (Pabst et al., 2013). Etwa ein Drittel (35,5%) berichtete

zudem darüber, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal bei einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol (Rauschtrinken) getrunken zu haben. Es wird darüber hinaus geschätzt, dass 3,4 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland alkoholabhängig⁶ sind (Kraus, Pabst, Piontek & Gomes de Matos, 2013). Unter den Erwachsenen scheinen Männer sowohl häufiger als auch mehr zu trinken als Frauen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland

	ESA			DEGS1			GEDA		
	ges.	♂	♀	ges.	♂	♀	ges.	♂	♀
Riskanter Alkoholkonsum (30 Tage)	14,2%	15,6%	12,8%	33,2%	41,6%	25,6%	26,3%	32,3%	20,3%
Abstinenz in den letzten 12 Monaten	13,4%	12,3%	14,5%	<i>keine Daten</i>			26,3%	32,3%	20,3%
30-Tages-Prävalenz Rauschtrinken	35,5%	46,8%	21,9%	20,4%	31,0%	10,8%	<i>keine Daten</i>		
Prävalenz Alkoholabhängigkeit	3,4%	4,8%	2,0%	<i>keine Daten</i>			<i>keine Daten</i>		

Dieses Bild bestätigt sich auch in den Daten der DEGS1 (Hapke et al., 2013). Sowohl der Risikokonsum, als auch das Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen vor der Befragung war bei den Männern häufiger zu beobachten als bei den Frauen. Insgesamt legte etwa ein Drittel der Erwachsenen im letzten Monat ein riskantes Trinkverhalten an den Tag. In der GEDA-Studie (Robert-Koch-Institut, 2014) konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Männer (32,3%) häufiger einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen als Frauen (20,6%). 12,8 Prozent der Befragten gaben an, mindestens einmal im Monat mehr als 5 Gläser Alkohol zu trinken (Rauschtrinken). Insgesamt schwanken die Schätzungen, wie viele Erwachsene in Deutschland regelmäßig in riskanten Mengen Alkohol trinken, zwischen 14,2 Prozent (Kraus et al., 2014a) und 26,3 Prozent (Robert-Koch-Institut, 2014). Abweichungen in den Zahlen der verschiedenen aufgeführten Studien könnten dabei auch auf unterschiedliche Definitionen eines risikoreichen Alkoholkonsums (nach konsumierter Menge Reinalkohol oder nach den Kriterien des AUDIT-C) zurückzuführen sein.

Nikotin

Den Ergebnissen des ESA (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2013) kann entnommen werden, dass drei von zehn (30,2%) Befragten im Alter zwischen 18 und 64 aktuelle Raucherinnen und Raucher sind. Hierbei wurde allerdings nicht nach Konsumhäufigkeit unterschieden. Als Raucherin oder Raucher wurde man von den Autoren dann eingestuft, wenn man über Nikotinkonsum in den letzten 30 Tagen berichtete. 5,1 Prozent aller Befragten rauchten täglich 20 oder mehr Zigaretten. Unter den verbleibenden 69,8 Prozent an Nicht-Raucherinnen und Nicht-Rauchern befanden sich 26,4 Prozent Ex-Raucherinnen und Ex-Raucher. Ein ähnlicher Anteil an Raucherinnen und Rauchern (29,7%) fand

⁶ Alkoholabhängigkeit gemäß den Kriterien des DSM-IV wurde mit dem Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) erhoben.

sich in der DEGS1-Studie (Lampert, Lippe & Müters, 2013), wobei hier ebenfalls auf eine Differenzierung nach Konsumhäufigkeit verzichtet wurde und tägliche sowie Gelegenheitsraucherinnen und -raucher zusammengefasst wurden (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7. Nikotinkonsum von Erwachsenen in Deutschland

	ESA			DEGS1			GEDA		
	ges.	♂	♀	ges.	♂	♀	ges.	♂	♀
Anteil an Rauchern	30,2%	34,0%	26,2%	29,7%	32,6%	26,9%	27,6%	31,4%	23,9%
täglich 20 oder mehr Zigaretten geraucht	5,1%	7,0%	3,7%	8,3%	10,6%	6,0%	<i>keine Daten</i>		
Ex-Raucher	26,4%	28,4%	24,3%	28,0%	33,7%	22,8%	25,1%	29,9%	20,5%
Prävalenz Nikotin-abhängigkeit	10,8%	12,5%	9,0%	<i>keine Daten</i>			<i>keine Daten</i>		

Erstaunlicherweise berichtete die Hälfte der Frauen (50,3%) in der DEGS1-Studie, noch nie geraucht zu haben. Bei den Männern liegt dieser Anteil deutlich niedriger (33,7%). Aus diesen Daten geht zudem hervor, dass das Rauchen bei jungen Erwachsenen (18-29) am stärksten verbreitet ist. Auch im mittleren Lebensalter (30-64) ist der Anteil an Raucherinnen und Rauchern nicht unerheblich, wenn auch etwas niedriger. Ein deutlicher Rückgang des Rauchens konnte erst nach dem 65. Lebensjahr festgestellt werden. Innerhalb der GEDA-Untersuchung (Robert-Koch-Institut, 2014) konnten 27,6 Prozent der Befragten als Raucherinnen oder Raucher (täglich oder gelegentlich) identifiziert werden. Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (47,4%) behauptete, noch nie geraucht zu haben (♂: 38,7% / ♀: 55,6%). Der Anteil an ehemaligen Raucherinnen und Rauchern lag bei 25,1 Prozent. Die Altersverteilung aus den DEGS1-Daten findet sich auch hier wieder: unter den 18- bis 44-Jährigen ist der Anteil an Raucherinnen und Rauchern am höchsten, in der Altersgruppe bis 65 liegt er nur knapp darunter. Erst in der Altersgruppe ab 65 gibt es einen bedeutsam größeren Anteil an Nicht-Raucherinnen und Nicht-Rauchern. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass ein knappes Drittel der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (täglich oder gelegentlich) raucht. Ein nicht unbedeutender Anteil offenbarte einen starken Nikotinkonsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag (5,1% - 8,3%). Darüber hinaus scheint es so zu sein, dass mehr Männer rauchen, wohingegen mehr Frauen berichteten, noch nie in ihrem Leben geraucht zu haben. Ein Rückgang des Rauchens ist erst im höheren Lebensalter (65+) zu beobachten.

Illegale Drogen

In den Daten des ESA (Kraus, Pabst, Gomes de Matos & Piontek, 2014b) zeigte sich, dass fast ein Viertel (23,2%) der befragten Stichprobe in ihrem Leben schon einmal Cannabis konsumiert hatte (♂: 27,5% / ♀: 18,6%). Bezogen auf die letzten 30 Tage vor der Befragung äußerten 2,3 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zu mindestens einer Gelegenheit Cannabis konsumiert zu haben (♂: 3,3% / ♀: 1,2%). Ein regelmäßiger Cannabiskonsum (mindestens 20 Mal in den letzten 12 Monaten) ließ sich bei

1,4 Prozent der befragten Erwachsenen feststellen. Im Rahmen dieser Studie wurde überdies ermittelt, dass 0,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (♂: 0,9% / ♀: 0,2%) vermutlich abhängig von Cannabis sind⁷.

Außerdem kann festgestellt werden, dass 6,3 Prozent (♂: 7,8% / ♀: 4,8%) in ihrem Leben schon einmal mindestens eine illegale Droge (außer Cannabis) probiert haben. Dabei machen Kokain (3,4%), Amphetamine (3,1%), Ecstasy (2,7%), Pilze (2,6%) und LSD (2,2%) die wichtigsten Substanzen aus, die von den Befragten in ihrem Leben schon einmal eingenommen wurden. Ähnlich wie bei den Jugendlichen liegt der Anteil der Konsumenten bei den Männern durchgängig höher als bei den Frauen. Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Befragung sagten 1,4 Prozent aus, mindestens eine illegale Droge (außer Cannabis) konsumiert zu haben (♂: 2,1% / ♀: 0,7%). Die Tendenzen, wie oft einzelne Substanzen in den letzten 12 Monaten bzw. 30 Tagen vor der Befragung konsumiert wurden, sind dabei denen der Lebenszeitprävalenzen sehr ähnlich. Kokain (12 Monate: 0,8% / 30 Tage: 0,3%) und Amphetamine (12 Monate: 0,7% / 30 Tage: 0,4%) stellen die beiden wichtigsten Substanzgruppen dar. Zudem wird geschätzt, dass 0,2 Prozent der befragten Stichprobe von Kokain und weitere 0,1 Prozent von Amphetaminen abhängig sind (Pabst et al., 2013). Der Anteil derjenigen, die schon jemals oder in den 12 Monaten bzw. 30 Tagen vor der Befragung, irgendeine illegale Droge (außer Cannabis) konsumiert haben, liegt auf einem vergleichbaren Niveau wie der Anteil derjenigen, die in den besagten Zeiträumen einmal Cannabis konsumiert haben. Daraus wird deutlich, dass Cannabis die mit Abstand am weitesten verbreitete illegale Substanz in Deutschland ist.

3.1.2.2 Trends im Substanzkonsum von Erwachsenen

Für die nachfolgenden Ausführungen zu den Trends im Substanzkonsum von Erwachsenen werden deutschlandrepräsentative Daten aus den verschiedenen Erhebungswellen des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA; Kraus, Pabst, Piontek et al., 2013) herangezogen.

Alkohol

Die Autorinnen und Autoren stellen heraus, dass sich der durchschnittliche Alkoholkonsum (in Gramm Reinalkohol) pro Tag seit 1995 bei den Männern konstant reduziert hat (Kraus, Pabst, Piontek et al., 2013). Sie trinken heute im Mittel ein halbes Glas Wein pro Tag weniger als noch vor knapp 20 Jahren. Bei Frauen liegt die täglich konsumierte Menge Alkohol generell niedriger als bei Männern und unterlag seit 1995 auch nur sehr geringfügigen Schwankungen. Die Quote der Menschen, deren Alkoholkonsum als riskant einzustufen ist, ist rückläufig: im Jahre 2000 wurde fast jedem vierten Befragten (24,2%) ein riskanter Alkoholkonsum attestiert. Bei der jüngsten Befragung 2012 waren es dagegen nur noch 14,2 Prozent, die Alkohol in risikoreichen Mengen tranken. Bezüglich des Rauschtrinkens konnten die Autorinnen und Autoren zeigen, dass die Quote bei den 40- bis 59-jährigen Männern seit 1995 (46,7%) stetig abnahm (2012: 29,5%). Während sich der Verlauf bei den 25- bis 39-jährigen Männern u-förmig (von 50,5 Prozent 1995 über 39,1 Prozent 2006 zu 46,2 Prozent 2012) gestaltete, stieg der Anteil bei den 18- bis 24-jährigen Männern von 41,9 Prozent (1995) auf 57,5 Prozent (2006) an. Seither geht der

⁷ Abhängigkeit gemäß den Kriterien des DSM-IV wurde mit dem Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) erhoben.

Trend wiederum in die andere Richtung: 2012 gab jeder zweite Mann (51,7%) zwischen 18 und 24 an, in den letzten 30 Tagen zu einer Gelegenheit 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken zu haben. Die Anteile bei den Frauen – wie auch schon die täglich konsumierten Alkoholmengen – lagen deutlich niedriger als bei den Männern. Dabei fallen die 18- bis 24-jährigen Frauen ins Auge, bei denen 1995 weniger Frauen (23,0%) über Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen berichteten als 2006 (32,1%). In der jüngsten Erhebung 2012 waren es ebenfalls knapp ein Drittel der jungen Frauen (32,5%). Bei den Frauen im Alter zwischen 25 und 39 sowie 40 und 59 ließ sich zunächst ein Rückgang des Anteils an Rauschtrinkerinnen verzeichnen. Während sich der Anteil bei den 40- bis 59-Jährigen nach 2000 auf einem ähnlich niedrigen Niveau einpendelte (2012: 10,3%), stieg der Anteil bei den 25- bis 39-Jährigen nach 2006 wieder an (2012: 16,9%).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die erwachsene Bevölkerung in Deutschland heute täglich weniger Alkohol trinkt als noch vor 20 Jahren. Diese Veränderung ist v.a. bei den Männern spürbar. Auch die Häufigkeit des Rauschtrinkens in den letzten 30 Tagen vor der Befragung ging zurück. Lediglich bei den 18- bis 24-Jährigen scheint das Rauschtrinken heute verbreiteter zu sein als noch vor knapp 20 Jahren. Obgleich sich der nicht-pathologische Alkoholkonsum in eine wünschenswerte Richtung zu entwickeln scheint, war die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit 2012 (3,7%) bedeutsam höher als noch 1997 (2,6%).

Nikotin

Des Weiteren konnten Kraus und Kollegen (2013) ermitteln, dass der Anteil an Personen unter der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung geraucht haben, seit 1980 stetig rückläufig ist. Am stärksten zeigt sich diese Tendenz bei den jungen Erwachsenen (18-24). Waren es 1980 noch 60,5 Prozent Raucher und 54,2 Prozent Raucherinnen, so rauchten 2012 nur noch 29,8 Prozent der jungen Männer und 24,6 Prozent der jungen Frauen. Die Anteile der Raucherinnen und Raucher in den anderen Altersgruppen folgen einem ähnlichen Trend. Eine Ausnahme bilden die 40- bis 59-jährigen Frauen. Rauchte 1995 nur jede fünfte Frau (21,5%) in dieser Altersgruppe, war es 2003 mehr als jede vierte Frau (27,0%). Seitdem ist der Anteil der 40- bis 59-jährigen Raucherinnen wieder etwas gesunken (2012: 23,5%). Des Weiteren fällt auf, dass es 2012 mehr Raucherinnen und Raucher in der höchsten Altersgruppe (60-64) gab (24,9%) als 2009 (17,9%). Aussagen zu längerfristigen Tendenzen bei dieser Gruppe sind jedoch nicht möglich, da erst seit 2006 Personen über 60 beim Epidemiologischen Suchtsurvey berücksichtigt werden. Auch der Anteil der starken Raucherinnen und Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) nimmt seit 1995 eine positive Entwicklung. Während vor 20 Jahren noch 14,7 Prozent starke Raucherinnen und Raucher unter den Befragten identifiziert wurden, waren es 2012 nur noch 6,4 Prozent. Im Gegensatz dazu stieg der Anteil der nikotinabhängigen Erwachsenen seit 2000 (7,4%) bis 2012 leicht an (9,1%). Dennoch wird deutlich, dass das Rauchen in den letzten Jahren – sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen – scheinbar drastisch an Bedeutung und Verbreitung verloren hat. Heute gibt es viel weniger Raucherinnen und Raucher als noch vor 15 Jahren.

Illegale Drogen

Aus den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (Kraus, Pabst, Piontek et al., 2013) geht hervor, dass der Anteil der Erwachsenen, die in den 12 Monaten vor der Befragung mindestens einmal Cannabis konsumiert hatten, gegen Ende der 90er Jahre einen Anstieg verzeichnete, ehe dieser nach 2003 wieder rückläufig war. Waren es 1997 nur 4,0 Prozent der Befragten, so gaben 2003 6,9 Prozent der Erwachsenen einen Cannabiskonsum im letzten Jahr zu. 2012 war es dagegen nur noch jede und jeder Zwanzigste (5,1%). Die Quote der cannabisabhängigen Erwachsenen unterlag nur sehr geringfügigen Schwankungen (1997: 0,4% / 2012: 0,5%).

Da die Datenlage zur Drogennutzung für die Erwachsenen defizitär ist, können aus den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys keine differenzierten Schätzungen zum Substanzkonsum in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland abgegeben werden. Es lässt sich aber dennoch sagen, dass 2012 vergleichbar viele Befragte (0,7%) berichteten, innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung mindestens einmal Amphetamine konsumiert zu haben, wie 1995 (0,7%). Der entsprechende Anteil für Ecstasy (1995: 0,8% / 2012: 0,4%) und LSD (1995: 0,5% / 2012: 0,2%) halbierte sich, wohingegen die Quote derjenigen, die im letzten Jahr Kokain bzw. Crack konsumiert hatten, einigermaßen konstant blieb (1995: 0,8% / 2012: 0,7%). Die Prävalenz der Abhängigkeiten von Amphetaminen und Kokain bzw. Crack wird für alle vorhandenen Messzeitpunkte auf 0,1 Prozent geschätzt

3.1.2.3 Substanzkonsum von Erwachsenen in Niedersachsen

Anfang des Jahres 2014 wurde vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen eine niedersachsenweit repräsentative, postalische Befragung unter ab 16-jährigen Erwachsenen ($M = 49,8$ Jahre; $SD = 19,1$ Jahre) durchgeführt (Baier, 2015). Der Schwerpunkt der Befragung lag auf persönlichen Erfahrungen mit Kriminalität, wobei sowohl Opfer- als auch Täterschaften untersucht wurden. Mit der Befragung wurden 5.866 Personen erreicht, was einer Rücklaufquote von 62,5 Prozent entspricht. Aufgrund der Gewichtung der Daten, die die Repräsentativität der Studie sicherstellt, stehen für die meisten Auswertungen allerdings nur 5.711 Befragte zur Verfügung – für diese Befragten liegen Angaben zum Alter und zum Geschlecht vor. Die Stichprobe ist zu 51,8 Prozent männlich, 31,8 Prozent haben einen niedrigen Bildungshintergrund (keinen oder Hauptschulabschluss), 33,0 Prozent einen mittleren (Realschulabschluss) und weitere 35,2 Prozent einen hohen Bildungshintergrund (Fachabitur oder Abitur). Der Migrantenanteil lag in der vorliegenden Stichprobe bei 14,0 Prozent. Da jedoch die Fallzahlen in den einzelnen ethnischen Gruppen teilweise sehr gering sind, wird in den nachfolgenden Auswertungen auf einen Vergleich zwischen diesen Gruppen verzichtet.

Im Rahmen dieser Befragung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ebenfalls zu ihrem Substanzkonsum befragt. Diese Information wurde über das Item „Wie häufig haben Sie diese Genussmittel in den letzten 12 Monaten konsumiert?“ („nie“, „1- oder 2-mal“, „3- bis 12-mal“, „mehrmals pro Monat“, „einmal pro Woche“, „mehrmals pro Woche“ und „täglich“) erfasst. Es wird erneut zwischen einem gelegentlichen (1- bis 12-mal im Jahr), einem regelmäßigen (mehrmals pro Monat bis einmal pro Woche) und einem häufigen (mehrmals pro Woche bis täglich) Konsum unterschieden.

Alkohol

Der Großteil der erwachsenen Bevölkerung in Niedersachsen (85,7%) hat in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung Alkohol getrunken. Ein Drittel der Befragten (34,3%) beschränkte sich dabei auf den gelegentlichen Genuss von Alkohol. Ein ähnlich großer Anteil (35,3%) trinkt regelmäßig Alkohol, wohingegen 16,1 Prozent einen häufigen Alkoholkonsum berichteten. Unter den Frauen überwiegen die Gelegenheitstrinkerinnen (41,1%), obwohl immer noch jede zehnte Frau (10,5%) häufig Alkohol trinkt. Bei den Männern sind es dagegen prozentual doppelt so viele Befragte mit einem häufigen Alkoholkonsum (22,2%). Obwohl vergleichbar viele Männer (88,6%) und Frauen (83,0%) in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken haben, so gibt es einen Geschlechterunterschied in Bezug auf die letzten 30 Tage vor der Befragung: ein höherer Anteil an Männern (75,7%) berichtete über Alkoholkonsum im letzten Monat (♀: 61,7%).

Die Quote derjenigen, die im letzten Jahr keinen Alkohol getrunken haben, steigt mit dem Alter der Befragten kontinuierlich an (vgl. Tabelle 8). Unter den 16- bis 29-Jährigen waren nur 10,8 Prozent in den vergangenen 12 Monaten alkohol-abstinent. In der Gruppe „70 Jahre und älter“ blieb jeder Vierte (24,3%) dem Alkohol gänzlich fern. Eine Ausnahme bilden die 40- bis 49-Jährigen, die die niedrigste Quote an alkohol-abstinenten Personen (10,2%) aufweisen. Im Gegensatz dazu finden sich bei den 50- bis 59-Jährigen (20,4%) und den 60- bis 69-Jährigen (22,1%) prozentual die meisten Personen mit einem häufigen Alkoholkonsum. Die jüngeren Befragten (16-29) beschränken sich dagegen eher auf einen gelegentlichen (31,7%) oder regelmäßigen (47,4%) Alkoholgenuss. Weitere Daten zum Alkoholkonsum verschiedener Altersgruppen sind Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8. Alkoholkonsum von Erwachsenen in Niedersachsen (differenziert nach Altersgruppen)

	nie	gelegentlich	regelmäßig	häufig
16-29 (n = 950)	10,8%	31,7%	47,4%	10,1%
30-39 (n = 696)	11,6%	40,9%	36,3%	11,2%
40-49 (n = 1.090)	10,2%	35,2%	36,2%	18,3%
50-59 (n = 1.119)	12,6%	31,2%	35,8%	20,4%
60-69 (n = 887)	15,6%	31,3%	31,1%	22,1%
70+ (n = 975)	24,3%	36,7%	24,0%	15,0%

Erwähnenswert ist der Einfluss des Bildungshintergrundes auf den Alkoholkonsum. Unter den Personen mit einem hohen Bildungshintergrund berichtet jeder Fünfte (21,5%) über einen häufigen Alkoholkonsum. Der entsprechende Anteil bei den Befragten mit niedrigem Bildungshintergrund liegt deutlich darunter (11,8%). 15,6 Prozent der Leute mit mittlerem Bildungshintergrund trinken häufig Alkohol. Dagegen gibt es bei den niedrig gebildeten Personen prozentual die meisten Gelegenheitstrinkerinnen und -trinker (39,0%) – im Vergleich zu Personen mit mittlerem (36,2%) oder hohem Bildungshintergrund (28,7%). Letztlich trinken Erwachsene aus höheren Bildungsschichten mehr und häufiger, was sich auch in der Quote der alkohol-abstinenten Personen niederschlägt: jeder Fünfte (20,6%) mit

niedrigem Bildungsabschluss hat im vergangenen Jahr überhaupt keinen Alkohol getrunken. Bei Personen mit hohem Bildungshintergrund traf dies nur auf 8,9 Prozent der Befragten zu.

Im Stadt-Land-Vergleich zeigen sich nur minimale Unterschiede zwischen Personen, die in ländlichen (weniger als 20.000 Einwohner) und in städtischen (mehr als 20.000 Einwohner) Regionen in Niedersachsen leben.

Die in der KFN-Befragung gefundene 12-Monats-Prävalenz des Alkoholkonsums von Erwachsenen in Niedersachsen (85,7%) entspricht der bundesweiten 12-Monats-Prävalenz des ESA (86,6%; Pabst et al., 2013). Der höhere Anteil an häufigen Alkoholkonsumenten unter Männern bestätigt die Erwartungen, die aus den Befunden der bundesweiten Studien hervorgehen: dort war der Anteil an Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum unter den Männern (ESA: 15,6%; DEGS1: 41,6%; GEDA: 32,3%) durchgängig größer als unter den Frauen (ESA: 12,8%; DEGS1: 25,6%; GEDA: 20,6%).

Rauschtrinken

28,8 Prozent der Befragten berichteten über Rauschtrinken im vergangenen Monat. Beim Großteil der Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinker kommt dies aber eher selten vor (16,8% der Gesamtstichprobe). Mehr als jeder zehnte Befragte (12,0%) sagte jedoch aus, dass er 3-mal oder häufiger im letzten Monat Rauschtrinken betrieb. Männer tranken prozentual viel häufiger (38,9%) derartige Mengen an Alkohol als Frauen (19,5%). Der Anteil an Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinkern ist innerhalb der jüngsten Altersgruppe (43,9%) am höchsten. Jeweils ein Drittel der 30- bis 39-Jährigen (31,3%) und der 40- bis 49-Jährigen (31,7%) berichteten über Rauschtrinken. Die Quote an Rauschtrinkerinnen und -trinkern scheint mit zunehmendem Alter stetig abzunehmen. Bemerkenswerterweise reduziert sich dabei vor allem der Anteil des seltenen Rauschtrinkens (1- oder 2-mal). Die Anteile der häufigen Rauschtrinkerinnen und -trinker unterscheiden sich nur geringfügig zwischen allen Altersgruppen. Der Bildungshintergrund hat scheinbar nur einen sehr kleinen Einfluss auf die Häufigkeit des Rauschtrinkens (27,2% - 30,2%).

Die bundesweite Schätzung, wie viele Erwachsene sich in den letzten 30 Tagen vor der Befragung in einen Rausch tranken, liegt bei 35,5 Prozent (ESA; Kraus et al., 2014a). Die für Niedersachsen ermittelte Quote (28,8%) an Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinkern ist auf einem vergleichbaren Niveau. Dass Männer in Niedersachsen prozentual doppelt so häufig Rauschtrinker sind wie Frauen, spiegelt ebenfalls den bundesweiten Befund der ESA-Daten wider.

Tabak

Sieben von zehn Erwachsenen (70,7%) in Niedersachsen haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung überhaupt nicht geraucht. 22,6 Prozent können dagegen als Raucherinnen und Raucher (häufiger Nikotinkonsum) klassifiziert werden. Gelegenheitsraucherinnen und -raucher (4,2%) sind im Erwachsenenalter scheinbar nur noch sehr selten anzutreffen. Es scheint ein leichtes Übergewicht an männlichen Rauchern zu geben: jeder vierte Mann (24,9%) in Niedersachsen raucht, während dies nur auf jede fünfte Frau (20,4%) zutrifft. Der Anteil an Raucherinnen und Rauchern ist in allen Altersgrup-

pen (siehe Tabelle 9) zwischen 16 und 59 ähnlich hoch (25,1% - 30,4%). Erst im höheren Erwachsenenalter (60- bis 69-Jährige: 18,0% / 70+: 6,2%) nimmt die Quote an Raucherinnen und Rauchern deutlich ab (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9. Nikotinkonsum von Erwachsenen in Niedersachsen (differenziert nach Altersgruppen)

	nie	gelegentlich	regelmäßig	häufig
16-29 (n = 950)	58,7%	10,9%	5,4%	25,1%
30-39 (n = 696)	63,1%	5,3%	3,4%	28,1%
40-49 (n = 1.090)	63,2%	3,5%	2,9%	30,4%
50-59 (n = 1.119)	67,1%	2,6%	1,5%	28,7%
60-69 (n = 887)	79,3%	1,6%	1,2%	18,0%
70+ (n = 975)	92,2%	0,9%	0,7%	6,2%

Etwa ein Viertel der Personen mit niedrigem (26,7%) und hohem (26,5%) Bildungshintergrund hat im vergangenen Jahr überhaupt geraucht. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit mittlerer Bildung trifft dies auf 35,7 Prozent zu. Die meisten Raucherinnen und Raucher (29,0%) sind ebenfalls in dieser Gruppe zu finden. Unter den höher gebildeten Personen berichteten prozentual die meisten Personen (6,1%) über gelegentlichen Zigarettenkonsum. Somit scheint es einen nicht-linearen Einfluss des Bildungshintergrundes auf den Nikotinkonsum zu geben, wobei ein mittlerer Bildungshintergrund mit einem häufigeren und intensiveren Zigarettenkonsum einhergeht.

Beim Vergleich mit den bundesweiten Daten zum Nikotinkonsum muss beachtet werden, dass in diesen Studien Raucherinnen und Raucher auf andere Art und Weise definiert wurden: Kraus et al. (2013) befragten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des ESA zu ihrem Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen – im Gegensatz zur Befragung des KFN, in der das Rauchverhalten der letzten 12 Monate abgefragt wurde. Dennoch fanden die Autorinnen und Autoren fast exakt die gleiche Rate an Nichtraucherinnen und Nichtrauchern (69,8%) wie hier (70,7%). Auch die Befunde der DEGS1-Studie (70,3%; Lampert et al., 2013) und der GEDA-Studie (72,3%; Robert-Koch-Institut, 2014) stützen die Vermutung, dass 3 aus 10 Erwachsenen – sowohl in Niedersachsen als auch in ganz Deutschland – mindestens gelegentlich rauchen. Die bundesweiten Untersuchungen schätzten darüber hinaus den Anteil an starken Raucherinnen und Rauchern (mindestens 20 Zigaretten täglich). Hierzu kann für Niedersachsen leider keine Aussage getroffen werden, da im Rahmen der beschriebenen KFN-Befragung nur die Häufigkeit, nicht jedoch die Menge des Zigarettenkonsums erfragt wurde.

Cannabis

Unter den befragten Erwachsenen in Niedersachsen gaben 3,4 Prozent an, in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben. Dabei bleibt es für die meisten dieser Konsumentinnen und Konsumenten bei einem gelegentlichen Konsum. 2,7 Prozent der Gesamtstichprobe

konsumierten gelegentlich Cannabis. Nur ein kleiner Bruchteil (0,3%) der niedersächsischen Erwachsenen äußerten einen häufigen Cannabiskonsum. Der Anteil an Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten ist – unabhängig von der Konsumfrequenz – unter den männlichen Erwachsenen höher als unter den weiblichen Erwachsenen: jeder zwanzigste Mann (5,0%), aber nur jede fünfzigste Frau (2,0%) hat im letzten Jahr Cannabis konsumiert.

Cannabiskonsum ist unter den jungen Erwachsenen (16-29) am verbreitetsten: 12,1% dieser Altersgruppe berichteten über Cannabiskonsum. Mit zunehmendem Alter wird dieser Anteil stetig geringer. Jeder zehnte 16- bis 29-Jährige (9,7%) in Niedersachsen konsumiert gelegentlich Cannabis. 1,1 Prozent tun dies sogar häufig (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10. Cannabiskonsum von Erwachsenen in Niedersachsen (differenziert nach Altersgruppen)

	nie	gelegentlich	regelmäßig	häufig
16-29 (<i>n</i> = 950)	87,9%	9,7%	1,3%	1,1%
30-39 (<i>n</i> = 696)	95,8%	3,4%	0,6%	0,2%
40-49 (<i>n</i> = 1.090)	98,0%	1,3%	0,2%	0,5%
50-59 (<i>n</i> = 1.119)	98,8%	1,0%	0,2%	0%
60-69 (<i>n</i> = 887)	99,8%	0%	0,2%	0%
70+ (<i>n</i> = 975)	99,8%	0,1%	0,1%	0%

Ein Einfluss des Bildungshintergrundes auf die Häufigkeit des Cannabiskonsums ist feststellbar. Personen mit einem hohen Bildungshintergrund haben in den vergangenen 12 Monaten öfter (5,0%) Cannabis konsumiert als Personen aus der mittleren (3,1%) und der niedrigen (1,3%) Bildungsschicht. Jedoch beschränken sich auch die allermeisten höher gebildeten Erwachsenen auf einen gelegentlichen Cannabiskonsum (4,1%). In der mittleren Bildungsschicht finden sich 2,3 Prozent und in der niedrigen Bildungsschicht 0,9 Prozent gelegentliche Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten. Im Stadt-Land-Vergleich sind die Unterschiede wiederum vernachlässigbar.

Kraus et al. (2014b) fanden im Rahmen des ESA heraus, dass 4,5 Prozent der Erwachsenen in Deutschland in den letzten 12 Monaten vor der Befragung mindestens zu einer Gelegenheit Cannabis konsumiert haben, sodass vermutet werden kann, dass sich die erwachsene Bevölkerung in Niedersachsen in ihrem Cannabiskonsum nicht bedeutsam vom bundesweiten Durchschnitt unterscheidet.

Illegale Drogen (ohne Cannabis)

Eine sehr geringe Zahl an Erwachsenen gab in der KFN-Befragung an, innerhalb des vergangenen Jahres irgendeine illegale Droge (Cannabis ausgenommen) konsumiert zu haben (0,6%). Niemand konsumierte diese häufiger als einmal pro Woche. Einer aus 200 Erwachsenen in Niedersachsen (0,5%) hat in den letzten 12 Monaten gelegentlich irgendeine illegale Droge konsumiert. Es lässt sich eine leichte

Tendenz erkennen, dass es prozentual mehr Männer als Frauen, mehr jüngere (16-29) als ältere Erwachsene und mehr Personen aus höheren als aus niedrigeren Bildungsschichten gibt, die über den Konsum irgendeiner illegalen Droge berichteten. Jedoch müssen diese vermeintlichen Divergenzen aufgrund der sehr kleinen Fallzahlen mit Vorsicht interpretiert werden.

Aus den Daten des ESA ermittelten Kraus et al. (2014b) eine 12-Monats-Prävalenz des illegalen Drogenkonsums (ausgenommen Cannabis) von 1,4 Prozent. Damit scheint die erwachsene Bevölkerung in Niedersachsen etwas seltener Drogen konsumiert zu haben als die gesamtdeutsche Bevölkerung.

3.1.2.4 Zusammenfassung

Wichtige Kennzahlen zum Substanzkonsum von Erwachsenen in Deutschland und in Niedersachsen sind in Tabelle 11 ausgewiesen.

Tabelle 11. Substanzkonsum von Erwachsenen in Deutschland und in Niedersachsen

	ESA (2012) Deutschland	DEGS1 (2012) Deutschland	GEDA (2012) Deutschland	KFN (2014) Niedersachsen
12-Monats-Prävalenz Alkoholkonsum	86,6%	-	-	85,7%
Riskanter Alkohol-konsum	14,2%	33,2%	26,3%	16,1%
30-Tages-Prävalenz Rauschtrinken	35,5%	20,4%	-	28,8%
Anteil an Rauchern (letzte 30 Tage ^a / 12 Monate ^b)	30,2% ^a	29,7% ^a	27,6% ^a	29,3% ^b
12-Monats-Prävalenz Cannabiskonsum	4,5%	-	-	3,4%
12-Monats-Prävalenz Konsum irgendeiner il- legalen Droge (ausge- nommen Cannabis)	1,4%	-	-	0,6%

Anmerkung. Riskanter Alkoholkonsum: Überschreitung der Grenzwertempfehlungen für risikoarmen Alkoholkonsum (ESA) bzw. Summenscore des AUDIT-C (DEGS1 und GEDA) bzw. häufiger (mindestens mehrmals pro Woche im letzten Jahr) Alkoholkonsum (KFN)

Die große Mehrheit der erwachsenen Bevölkerung in Niedersachsen (85,7%) hat in den letzten 12 Monaten zu mindestens einer Gelegenheit Alkohol getrunken. Dabei gibt es vergleichbar viele Personen, die gelegentlich (34,3%) oder regelmäßig (35,3%) Alkohol trinken. Über einen häufigen Alkoholgenuss berichteten 16,1 Prozent der Befragten. Obwohl dies streng genommen nicht mit den Kriterien für riskanten Alkoholkonsum aus den deutschlandweiten Untersuchungen verglichen werden kann, so zeigt diese Zahl doch, dass mehr als jeder Zehnte in Niedersachsen mehrmals pro Woche oder täglich Alkohol konsumiert.

Im Gegensatz dazu sind die meisten Menschen in Niedersachsen Nichtraucherinnen und Nichtraucher (70,7%). Damit liegt die Quote derer, die mindestens gelegentlich Zigaretten rauchen, auf einem ähnlichen Niveau wie die bundesweiten Anteile.

3,4 Prozent der Befragten gaben an, im vergangenen Jahr mindestens einmal Cannabis konsumiert zu haben, wobei es für die meisten dieser Konsumentinnen und Konsumenten (2,7%) beim gelegentlichen Konsum blieb. Nur 0,3 Prozent der Erwachsenen in Niedersachsen konsumieren scheinbar häufig Cannabis. Auch für alle anderen illegalen Drogen ist die 12-Monats-Prävalenz des Konsums sehr niedrig (0,6%). Davon konsumiert der Großteil (0,5%) auch nur gelegentlich.

3.2 Glücksspielnutzung

Im Folgenden werden – zunächst für Jugendliche und danach für Erwachsene – bundesweite Daten zur Glücksspielnutzung präsentiert. Anschließend werden niedersachsenrepräsentative Befunde aus KFN-Befragungen berichtet.

3.2.1 Glücksspielnutzung von Jugendlichen

Deutschland

Aus einer deutschlandweiten telefonischen Befragung unter 15.023 Personen im Alter zwischen 14 und 64 liegen Daten zur Glücksspielnutzung und -sucht vor (PAGE-Studie; Meyer et al., 2011). Durch die zufällige und mehrfach gestufte Ziehung der Stichprobe und der anschließenden Gewichtung der Daten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund ist sichergestellt, dass die berichteten Befunde repräsentativ für die deutsche Bevölkerung der 14- bis 64-Jährigen sind. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden im Hinblick auf die Nutzung verschiedener Glücksspielangebote (bezogen auf die Lebensspanne und die letzten 12 Monate) befragt. Außerdem wurde mittels der DSM-IV-Kriterien eine Verdachtsdiagnose (bei fünf oder mehr erfüllten Kriterien). Ein problematisches Glücksspielverhalten war zudem bei 3 oder 4 erfüllten Kriterien gegeben. Die nachfolgend berichteten Daten entstammen der Substichprobe der 14- bis 17-Jährigen ($n = 947$).

Knapp die Hälfte dieser befragten Jugendlichen (43,8%) sagte aus, schon einmal im Leben Glücksspiel betrieben zu haben. Bezogen auf die letzten 12 Monate räumten 22,2 Prozent der 14- bis 17-Jährigen die Nutzung von Glücksspielen ein. Am häufigsten kamen dabei Rubbellose (9,0%), Geldspielautomaten in Spielhallen und Gastronomie (5,1%), Poker (3,9%) und Sportwetten (3,8%) zum Einsatz (letzte 12 Monate). Die PAGE-Studie schätzt die Lebenszeitprävalenz für pathologisches Glücksspiel unter den 14- bis 17-Jährigen auf 1,5 Prozent. Hier ist jedoch anzumerken, dass in der ungewichteten Stichprobe nur 9 Jugendliche die DSM-IV-Kriterien für pathologisches Glücksspiel erfüllten, weswegen die Schätzung der Prävalenz mit relativ hoher Unsicherheit verbunden ist (95% KI: 0,6%-3,6%). Weitere 1,1 Prozent erfüllten zudem die Kriterien für problematisches Glücksspiel. Unter diesen pathologischen und problematischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern befanden sich fast nur männliche Jugendliche.

Niedersachsen

Die berichteten Daten zum Glücksspielkonsum stammen aus einer Befragung des KFN (Baier, 2015; Bergmann et al., in Vorb.), bei der insgesamt 11.003 Neuntklässlerinnen und Neuntklässler in Niedersachsen befragt wurden (siehe Kapitel 3.1.1.3 für eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe). Die Häufigkeit der Glücksspielnutzung innerhalb der letzten 12 Monate (7-stufige Skala: „nie“ bis „täglich“) wurde für besonders populäre sowie grundsätzlich als eher gefährlich geltende Glücksspielangebote abgefragt: privates Glücksspiel um Geld, Glücksspiele im Internet, Geldspielautomaten, Rubbellose, Sportwetten und andere Wetten. Dabei wurden die Jugendlichen als Gelegenheitsspielerinnen und -spieler klassifiziert, wenn sie die genannten Glücksspielformen mindestens 1-mal und maximal 12-mal innerhalb des letzten Jahres genutzt haben. Bei mehrmaliger Nutzung pro Monat wurden die Jugendlichen als regelmäßige Spielerinnen und Spieler eingeordnet. Des Weiteren wurde zur verdachtsdiagnostischen Klassifikation der Glücksspiel-Screen DSM-IV-MR-J in deutscher und an das Jugendalter adaptierter Version (Schmidt & Kähnert, 2003) eingesetzt. Das Instrument erfasst für die letzten 12 Monate neun Kriterien des pathologischen Glücksspiels. In Anlehnung an Hardoon, Gupta und Derevensky (2004) wurden Jugendliche, die 2 bis 9 Kriterien erfüllen, im weiteren Sinne als Risikospielergruppe definiert. Ein pathologisches Spielverhalten war dann gegeben, wenn die Jugendliche mindestens 4 Kriterien erfüllten.

23,1 Prozent der befragten Jugendlichen (♂: 26,3% / ♀: 20,0%) nutzten in den letzten 12 Monaten irgendeine der genannten Glücksspielformen. 19,7 Prozent (♂: 20,6% / ♀: 18,8%) sind als Gelegenheits- und 3,5 Prozent (♂: 5,7% / ♀: 1,2%) als regelmäßige Spielerinnen und Spieler einzustufen. Die häufigste Glücksspielform sind Rubbellose (13,5%), gefolgt von privatem Glücksspiel um Geld (10,5%), Sportwetten und anderen Wetten (4,9%), Geldspielautomaten (3,9%) und Glücksspiel im Internet (3,1%). Fast alle Glücksspiele werden prozentual von männlichen Jugendlichen häufiger genutzt als von weiblichen Jugendlichen. Eine Ausnahme bilden die Rubbellose, die eher von Mädchen genutzt werden. Differenziert man die Stichprobe nach Migrationshintergrund, zeigen sich keine Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz der allgemeinen Glücksspielnutzung. Die Nutzung von Geldspielautomaten ist bei Migrantinnen und Migranten etwas verbreiteter, wohingegen Jugendliche ohne Migrationshintergrund häufiger Rubbellose kaufen. Bei anderen Glücksspielarten sind die Unterschiede vernachlässigbar.

Verdachtsdiagnostisch können insgesamt 1,0 Prozent der Jugendlichen als Risikospielergruppe identifiziert werden. Davon weisen 0,2 Prozent ein pathologisches Glücksspielverhalten auf. Der Großteil dieser Risikospielergruppe besteht aus männlichen Jugendlichen. Der Anteil an Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern, die in riskanter Art und Weise Glücksspiele spielen, ist bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund (1,3% - 3,4%) durchweg höher als bei Jugendlichen ohne Migrationshintergrund.

3.2.2 Glücksspielnutzung von Erwachsenen

Deutschland

Daten zum Glücksspielkonsum von Erwachsenen in Deutschland werden aus der PAGE-Studie berichtet (Meyer et al., 2011). Daneben können Zahlen aus dem Glücksspielsurvey 2015 der BZgA (Haß & Lang,

2015) herangezogen werden, in dem 11.501 Personen im Alter zwischen 16 und 70 telefonisch zu ihrem Glücksspielverhalten befragt wurden. Die Autoren differenzieren die Stichprobe nicht nach Altersgruppen, sodass hier die 16- und 17-Jährigen mit zur Erwachsenenstichprobe gezählt werden müssen. Diese Stichprobe ist repräsentativ für die deutsche Bevölkerung. Tabelle 12 weist einschlägige Kennzahlen zum Glücksspiel aus.

Tabelle 12. Glücksspielnutzung von Erwachsenen in Deutschland

	PAGE-Studie (2011)			Glücksspielsurvey (2015)		
	gesamt	♂	♀	gesamt	♂	♀
12-Monats-Prävalenz Glücksspiel	45,4%	51,9%	38,4%	37,3%	43,3%	31,2%
Problematisches Glücksspielverhalten*	0,3%	0,5%	0,2%	0,4%	0,7%	0,2%
Pathologisches Glücksspielverhalten*	0,3%	0,6%	0,1%	0,4%	0,7%	0,1%
Einzelne Glücksspielarten (letzte 12 Monate)						
Lotto „6 aus 49“	29,7%	35,0%	24,2%	22,7%	27,1%	18,2%
Spiel 77 / Super 6	19,1%	22,7%	15,5%	12,4%	15,3%	9,6%
Sofortlotterien	11,2%	11,2%	11,3%	9,7%	9,4%	10,0%
Eurojackpot (erst seit 2012 angeboten)	-	-	-	7,1%	9,7%	4,5%
privates Glücksspiel	1,8%	3,1%	0,5%	6,0%	8,6%	3,4%
Sportwetten	2,0%	3,1%	0,9%	2,7%	4,6%	0,7%
Geldspielautomaten	4,5%	6,7%	2,3%	2,6%	4,1%	1,0%

Anmerkung. *12-Monats-Prävalenzen: Problematisches Glücksspielverhalten bei 3-4 erfüllten DSM-IV-Kriterien; Pathologisches Glücksspielverhalten bei 5 und mehr erfüllten Kriterien

Der Großteil der deutschen Bevölkerung (72%) hat schon einmal im Leben irgendeine Form des Glücksspiels betrieben (Meyer et al., 2011). Im vergangenen Jahr waren es 45,4 Prozent mit Glücksspielnutzung. Aktuellere Untersuchungen kommen zu einer etwas niedrigeren 12-Monats-Prävalenz des Glücksspielens (37,3%; Haß & Lang, 2015). Am häufigsten kam dabei in den 12 Monaten vor der Befragung die Nutzung von staatlichen Lotterieangeboten (Lotto 6 aus 49, Spiel 77, Super 6 oder Eurojackpot) vor. Jede zehnte Person nahm an Sofortlotterien (z. B. Rubbellose) teil. Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gaststätten wurden von 2,6 - 4,5 Prozent der Befragten genutzt. Private Glücksspiele und Sportwetten wurden ähnlich häufig genutzt. Mit Ausnahme der Sofortlotterien werden alle kon-

kreten Glücksspielangebote häufiger von Männern als von Frauen genutzt. Die allgemeinen Nutzungszahlen sind über verschiedene Altersgruppen annähernd gleich verteilt (Haß & Lang, 2015): Personen über 25 (37,3% - 41,1%) spielen tendenziell etwas häufiger als jüngere Personen unter 25 (31,9% - 34,8%).

Nach DSM-IV erhielten 0,3 Prozent der Stichprobe in der PAGE-Studie eine Verdachtsdiagnose für pathologisches Glücksspiel (Meyer et al., 2011). Hier sind Männer (0,6%) deutlich häufiger betroffen als Frauen (0,1%). Weiteren 0,3 Prozent konnten in dieser Untersuchung verdachtsdiagnostisch ein problematisches Glücksspielverhalten attestiert werden. Ähnliche Prävalenzen ergaben sich im Glücksspiel-survey 2015 (vgl. Tabelle 12).

Mit steigendem Alter nimmt die 12-Monats-Prävalenz ab (Meyer et al., 2011): jeder Hundertste zwischen 14 und 30 (1,0%) erfüllte fünf oder mehr Kriterien des pathologischen Glücksspiels. Bei den 31- bis 47-Jährigen trifft dies nur auf jeden Tausendsten zu (0,1%). Unter den 48- bis 64-Jährigen waren es sogar nur 0,04 Prozent mit einer 12-Monats-Diagnose. Bemerkenswerterweise liegt also die verdachtsdiagnostische Prävalenz des pathologischen Glücksspiel bei der Personengruppe am höchsten, die tendenziell die niedrigsten Nutzungsraten von Glücksspielen hat (Haß & Lang, 2015).

Aussagen zu Veränderungen der Prävalenzen im Zeitverlauf lassen die Daten des Glücksspielsurveys zu, der seit 2007 in einem zweijährigen Turnus durchgeführt wird (Haß & Lang, 2015). Die 12-Monats-Prävalenz der Glücksspielnutzung ist seit Beginn der Erhebung stetig gesunken (2007: 55,0%). Dieser Trend gilt für beide Geschlechter und alle Altersgruppen. Der Anteil an pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern lag 2013 noch bei 0,82 Prozent. Jedoch ist der Trend der Glücksspielsucht weniger eindeutig. 2009 und 2011 wiesen nur 0,45 Prozent bzw. 0,49 Prozent ein pathologisches Glücksspielverhalten auf. Ähnliche Tendenzen lassen sich für das problematische Glücksspiel feststellen.

Niedersachsen

Die nachfolgend berichteten Daten entstammen der gleichen niedersachsenweiten Befragung (Baier, 2015) unter Erwachsenen ($M = 49,8$ Jahre; $SD = 19,1$ Jahre), aus der ebenfalls die Befunde zum Substanzkonsum von Erwachsenen in Niedersachsen ermittelt wurden (siehe Kapitel 3.1.2.3 für eine ausführliche Stichprobenbeschreibung). Zur verdachtsdiagnostischen Klassifikation wurde den Befragten ein kurzer Screeningfragebogen vorgelegt, der die DSM-IV-Kriterien der Glücksspielsucht abbildete. Bei 2-4 erfüllten Kriterien war ein riskanter Glücksspielkonsum gegeben, wohingegen 5 oder mehr erfüllte Kriterien als pathologische Nutzung von Glücksspielen angesehen wurden.

Bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz lässt sich aussagen, dass mehr als jeder fünfte Erwachsene (21,5%) in Niedersachsen im vergangenen Jahr irgendeine Form des Glücksspiels betrieben hat. Dabei ist der Anteil an Glücksspielerinnen und Glücksspielern unter Männern (26,3%) höher als unter Frauen (17,0%). Ungefähr jeder Zwanzigste (4,5%) spielt regelmäßig (mindestens 12-mal im letzten Jahr) Glücksspiele. Die häufigsten Glücksspielarten unter den regelmäßigen Glücksspielerinnen und -spielern sind Wetten (2,1%), Rubbellose (1,5%) und Geldspielautomaten (1,5%). Die Nutzungsrate bei allen abgefragten Glücksspielen ist bei männlichen höher als bei weiblichen Erwachsenen. Die meisten

Glücksspiele werden aber hauptsächlich gelegentlich (nicht häufiger als 12-mal im letzten Jahr) betrieben.

Vergleicht man Erwachsene mit unterschiedlichem Bildungshintergrund, stellt man fest, dass die Unterschiede bezüglich ihrer Glücksspielnutzung größtenteils vernachlässigt werden können. Es scheint unter den Personen aus niedrigeren Bildungsschichten (19,5%) etwas weniger Glücksspielerinnen und Glücksspieler (gelegentliche und regelmäßige Glücksspielnutzung) zu geben als unter den Personen aus mittleren (22,6%) oder höheren Bildungsschichten (22,1%). Unter den jüngeren Erwachsenen (16-29) berichtete ein Drittel (33,4%) über Glücksspiel in den vergangenen 12 Monaten (vgl. Tabelle 13). Der Anteil an Nicht-Spielerinnen und Nicht-Spielern steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Dies ist ausschließlich auf eine Verringerung des Anteils an Gelegenheitsspielerinnen und Gelegenheitsspielern zurückzuführen. Obwohl der Anteil an Nichtspielerinnen und Nichtspielern beispielsweise in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen (83,2%) deutlich höher ist als bei den jüngeren Erwachsenen (66,6%), liegen die Anteile an regelmäßigen Spielerinnen und Spielern auf einem vergleichbar hohen Niveau (5,6% bzw. 5,0%). Scheinbar sind regelmäßige Glücksspielerinnen und -spielern in allen Altersgruppen ähnlich häufig vertreten (3,1% - 5,6%).

Tabelle 13. Glücksspielnutzung von Erwachsenen in Niedersachsen (differenziert nach Altersgruppen)

	Glücksspielnutzung			Verdachtsdiagnose	
	nie	gelegentlich	regelmäßig	riskant	pathologisch
16-29 (n = 950)	66,6%	28,4%	5,0%	2,5%	0,7%
30-39 (n = 696)	76,8%	20,1%	3,1%	1,3%	0,5%
40-49 (n = 1.090)	79,1%	17,5%	3,5%	0,7%	0,2%
50-59 (n = 1.119)	79,8%	16,0%	4,2%	1,0%	0%
60-69 (n = 887)	83,2%	11,2%	5,6%	0,3%	0%
70+ (n = 975)	86,2%	8,4%	5,4%	0,3%	0%

Tendenziell spielt ein höherer Anteil an Erwachsenen mit Migrationshintergrund regelmäßig Glücksspiele (6,0% - 8,8%) im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund (4,3%). Vor allem türkisch- (8,8%) und polnisch-stämmige (7,5%) Menschen scheinen dafür anfälliger zu sein.

Es kann geschätzt werden, dass 0,2 Prozent der Erwachsenen in Niedersachsen bezogen auf die letzten 12 Monaten in pathologischer Art und Weise Glücksspiele spielten. Männer sind deutlich häufiger betroffen (0,5%) als Frauen (0,1%). Weitere 1,0 Prozent zeigen eine riskante Glücksspielnutzung. Nur ein kleiner Teil der Frauen (0,4%) kann überhaupt als riskante Glücksspielerinnen eingeordnet werden, wohingegen dies auf einen deutlich höheren Anteil an Männern (1,7%) zutrifft. Wie zusätzlich aus Tabelle 13 ersichtlich wird, ist der Anteil an riskanten (2,5%) und pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern (0,7%) in der Gruppe der jüngeren Erwachsenen am höchsten. Mit steigendem Alter scheint

die Prävalenz des pathologischen Glücksspiels wie auch der riskanten Glücksspielnutzung abzunehmen. In der vorliegenden Stichprobe gab es keine Person über 50, die eine Verdachtsdiagnose aufwies. Auch beim pathologischen Glücksspiel scheint der Migrationshintergrund einen Risikofaktor darzustellen. In der vorliegenden Stichprobe hatten 10,8 Prozent der Erwachsenen mit türkischen Wurzeln eine Verdachtsdiagnose. Bei Erwachsenen ohne Migrationserfahrung waren es dagegen nur 3,2 Prozent.

Die in Niedersachsen gefundene 12-Monats-Prävalenz des pathologischen Glücksspiels (0,2%) ist vergleichbar mit den bundesweit ermittelten Prävalenzen (0,4%; Haß & Lang, 2015; 0,3%; Meyer et al., 2011). Der Befund, dass Männer in Niedersachsen (0,5%) häufiger als Frauen (0,1%) ein pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen, findet sich auch in den deutschlandweiten Daten wieder (♂: 0,6%/0,7% und ♀: 0,1%/0,1%). Dass bei Meyer et al. (2011) und im Glücksspielsurvey der BZgA (Haß & Lang, 2015) deutlich mehr Befragte (45%) angaben, im vergangenen Jahr überhaupt irgendeine Form des Glücksspiels auszuüben (KFN-Daten: 21,5%, Baier, 2015), kann darauf zurückgeführt werden, dass staatliche Lotterien in der vorliegenden KFN-Befragung nicht berücksichtigt wurden.

3.3 Computerspielnutzung

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich epidemiologischen Daten zur Mediennutzung von Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland im Allgemeinen und in Niedersachsen im Speziellen. Anders als bei den vorangegangenen Ausführungen zum Substanz- und Glücksspielkonsum ist das Bild zum problematischen oder süchtigen Gebrauch von Medien weniger einheitlich. Es gibt anhaltende Debatten über verschiedene vermeintlich klinische Erscheinungsbilder im Zusammenhang mit Medien und dem Internet, wie z. B. Computerspiel-, Internet-, Smartphone- oder Chatsucht (Hayer & Rosenkranz, 2011; für eine Übersicht siehe: Young, Pistner, O'Mara & Buchanan, 1999). Dabei stellen sich stets die gleichen Fragen: Handelt es sich bei diesen Kategorien um klar abgrenzbare, klinisch relevante Störungsbilder? Können diese Zustände nosologisch als Suchterkrankungen eingeordnet werden oder handelt es sich vielmehr um die Folge einer Störung der Impulskontrolle? Wie lässt sich ein exzessiver von einem pathologischen Gebrauch abgrenzen? Was sind die Kriterien für eine pathologische Mediennutzung? Die Datenlage für die meisten Verhaltenssuchte mit neuen Medien ist spärlich und lässt keine hinreichende Beantwortung dieser Fragen zu. Weitgefasstere Begriffe wie Internetsucht oder pathologischer Internetgebrauch sind sehr verallgemeinernd und erlauben damit in der Regel keine Aussage darüber, welches konkrete Verhalten bzw. welches genutzte Angebot dem problematischen Verhalten zugrunde liegt (Rehbein & Mößle, 2013).

Am besten etabliert ist das postulierte Störungsbild Internet Gaming Disorder (IGD), welches 2013 als *condition requiring further study* in Sektion 3 des DSM-5 aufgenommen wurde (Petry et al., 2014). Damit ist die IGD – oder zu Deutsch Computerspielabhängigkeit⁸ – zwar noch kein klinisch anerkanntes Störungsbild, aber die American Psychiatric Association spricht dem pathologischen Computerspielen (egal ob online oder offline) damit einen möglichen Krankheitswert zu. Andere Verhaltenssuchte im Rahmen der Mediennutzung blieben dagegen unberücksichtigt. Darüber hinaus sind nun erstmals einheitliche diagnostische Kriterien für die Computerspielabhängigkeit definiert, was weitere Forschung stimulieren soll. Im Hinblick auf die Neufassung der *International Classification of Diseases* (ICD-11)

⁸ Der Begriff „Computerspiele“ umfasst dabei immer auch Spiele, die an mobilen oder stationären Spielkonsolen, Smartphones oder Tablet-PCs gespielt werden.

bleibt abzuwarten, ob die Computerspielabhängigkeit als vollständiges Störungsbild anerkannt wird und damit auch deren einheitliche Anwendung in der klinischen Praxis möglich wird.

Aufgrund der fehlenden Evidenzlage, unklaren diagnostischen Kriterien und teilweise großen Überschneidungen für die meisten Verhaltenssuchte im Zusammenhang mit Medien beschränken sich die folgenden Ausführungen daher auf die Computerspielnutzung. Es werden Zahlen zum allgemeinen Konsum von Computerspielen von Jugendlichen und Erwachsenen berichtet. Wo möglich, werden Prävalenzschätzungen zu IGD aus repräsentativen Untersuchungen angeführt.

3.3.1 Computerspielnutzung von Jugendlichen

Deutschland

Kinder und Jugendliche beschäftigen sich immer mehr und immer früher mit Computerspielen. Im Rahmen der Studie „Jugend, Information, (Multi-)Media“ (JIM-Studie), bei der es sich um eine jährliche Basisuntersuchung der Mediennutzung von Kindern im Alter zwischen 12 und 19 handelt, zeigte sich, dass fast alle (98%) Jugendlichen in diesem Alter über einen eigenen Computer verfügen. 75 Prozent besitzen eine stationäre Spielekonsole, 60 Prozent eine tragbare Spielekonsole (Feierabend, Plankenhorn & Rathgeb, 2015). Über verschiedene Studien hinweg findet sich ein stabiler Geschlechterunterschied: männliche Jugendliche spielen generell häufiger und länger als weibliche Jugendliche (Festl, Scharkow & Quandt, 2013; Rehbein, Kliem, Baier, Mößle & Petry, 2015b; Müller et al., 2015). Aus der aktuellsten JIM-Erhebungswelle geht beispielsweise hervor, dass sich die tägliche Spielzeit an Wochentagen auf durchschnittlich 87 Minuten und an Wochenendtagen auf 114 Minuten beläuft. Wiederum verbringen Jungen (Mo.-Fr.: 122 Minuten; Sa.-So.: 167 Minuten) mitunter mehr als doppelt so viel Zeit mit Computerspielen wie Mädchen (Mo.-Fr.: 50 Minuten; Sa.-So.: 58 Minuten). Insgesamt gaben nur 4 Prozent der Jungen und 15 Prozent der Mädchen an, niemals Computerspiele zu spielen (Feierabend et al., 2015). Es wird ersichtlich, dass die Beschäftigung mit Computerspielen ein zentraler Freizeitinhalt von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist. Allerdings kann ein zeitlich intensives Spielverhalten noch nicht mit einer Computerspielabhängigkeit gleichgesetzt werden. Dazu bedarf es der Erfüllung von mindestens 5 der 9 Kriterien, die im DSM-5 definiert sind.

Leider gibt es bis heute keine deutschlandweit repräsentative Studie unter Jugendlichen in Deutschland, die diese Kriterien zur Diagnostik von IGD anlegt. Festl, Scharkow und Quandt (2013) nutzten in ihrer Repräsentativbefragung mit 580 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 die *Gaming Addiction Scale* (Lemmens, Valkenburg & Peter, 2009), die nur 7 der 9 DSM-Kriterien abdeckt. Die Items bezogen sich dabei auf die letzten 6 Monate vor der Befragung. Die Autorinnen und Autoren kamen auf eine Prävalenzschätzung von 0,2 Prozent. Müller et al. (2015) errechneten in ihrer repräsentativen Untersuchung eine Prävalenz von 1,6 Prozent unter 2.315 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17. Hier muss wiederum einschränkend gesagt werden, dass die verwendete Skala *AICA-5* (Wölfling, Müller & Beutel, 2011) streng genommen nicht die DSM-5-Kriterien abbildet und die Autoren keine Angaben dazu machten, auf welchen Zeitraum sich die Prävalenz bezieht. In der KFN-Schülerbefragung 2007/2008 wurden 15.168 Jugendliche ($M_{\text{Alter}} = 15,3$ Jahre) mit der *Video Game Dependency Scale* (KFN-CSAS-II) gescreent (Rehbein, Kleimann & Mößle, 2010). Die 12-Monats-Prävalenz der Computerspielabhängigkeit wurde auf 1,7 Prozent geschätzt, wobei die Prävalenz unter Jungen (3,0%) deutlich höher war als unter Mädchen (0,3%). Im Rahmen der Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA-Studie; Rumpf, Meyer, Kreuzer & John, 2011) wurde eine repräsentative Telefonstichprobe von

15.023 Personen (Alter: 14-64) erreicht. Mithilfe der *Compulsive Internet Use Scale* (Meerkerk, van den Eijnden, Vermulst & Garretsen, 2009) sollte die Prävalenz für pathologischen Internetgebrauch bestimmt werden. Unter der Gruppe der 14- bis 16-Jährigen ($n = 693$) ergeben sich je nach Methode Schätzungen von 4,0 Prozent oder 6,3 Prozent. Jedoch gaben nur 3,8 Prozent der weiblichen und 28,9 Prozent der männlichen Befragten an, primär Computerspiele zu spielen. Am häufigsten wurden soziale Netzwerke als Nutzungsgrund genannt, sodass die angegebenen Prävalenzen mit hoher Sicherheit die tatsächliche Prävalenz von IGD überschätzen.

Niedersachsen

In einer repräsentativen Untersuchung mit 11.003 Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Niedersachsen ergibt sich bei Rehbein et al. (2015a), dass Jungen im Durchschnitt 162 Minuten und Mädchen 27 Minuten pro Tag Computerspiele spielen. Die befragten Jugendlichen bearbeiteten die *Computerspielabhängigkeitsskala* (Rehbein, Baier, Kleimann & Mößle, 2015), woraus sich eine Schätzung der 12-Monats-Prävalenz von 1,16 Prozent für Internet Gaming Disorder ergab. Hier sind ebenfalls Jungen (2,02%) deutlich häufiger betroffen als Mädchen (0,26%).

Diese Zahlen sind gut mit dem bundesweiten Trend in Einklang zu bringen. Computerspiele (egal ob am PC, Mac, Spielkonsole oder Tablet) gehören inzwischen zum alltäglichen Freizeitverhalten von Kindern und Jugendlichen (Feierabend et al., 2015). Viele Jugendliche spielen täglich oder zumindest mehrmals pro Woche Computerspiele. Jungen spielen dabei deutlich länger als Mädchen. Es gibt nur wenige aussagekräftige Studien zur Computerspielabhängigkeit, diese deuten jedoch darauf hin, dass die Prävalenz von IGD unter Jugendlichen in etwa 1 Prozent beträgt (Rehbein et al., 2015b; Festl et al., 2013; Müller et al., 2015).

3.3.2 Computerspielnutzung von Erwachsenen

Deutschland

Computerspiele werden natürlich nicht nur von Jugendlichen genutzt. Eine deutschlandrepräsentative Befragung von 3.073 Personen im Alter zwischen 16 und 93 ergab zwar, dass die Mehrheit (64,0%) der Erwachsenen in Deutschland als Nichtspielerinnen und -spieler klassifiziert werden kann (Rehbein, Staudt, Hanslmaier & Kliem, 2016). Auf der anderen Seite bleibt ein nicht unerheblicher Anteil von 36,0 Prozent, die mindestens gelegentlich Computerspiele spielen. Unter diesen erwachsenen Spielerinnen und Spielern wurde eine durchschnittliche tägliche Spielzeit von 88 Minuten ermittelt (Männer: 98 Minuten; Frauen: 77 Minuten). In einer weiteren Untersuchung wurden 4.500 Personen zwischen 16 und 69 telefonisch interviewt (Rehbein, Mößle, Rumpf, Bischof & Bischof, 2015). Zur Diagnostik der IGD kam ein vollstandardisiertes klinisches Interview zum Einsatz, das sich an den Vorgaben der CIDI-Diagnostik orientierte. Basierend auf den DSM-5-Kriterien von IGD schätzten die Autorinnen und Autoren die 12-Monats-Prävalenz von IGD auf 0,8 Prozent. Männer waren dabei etwas häufiger betroffen (1,0%) als Frauen (0,5%).

Niedersachsenspezifische Zahlen zum Computerspielkonsum von Erwachsenen liegen leider nicht vor. Es gibt jedoch wenig Grund zur Annahme, dass sich das Computerspielverhalten von Erwachsenen in Niedersachsen von dem des bundesdeutschen Durchschnitts unterscheidet.

3.4 Zusammenfassung

Bei Betrachtung der niedersachsenspezifischen Prävalenzen zum Substanzkonsum und zur Nutzung von potenziell suchtinduzierenden Verhaltensangeboten bei Jugendlichen und Erwachsenen zeigen sich bisweilen Unterschiede im Vergleich zu bundesweiten Daten. Diese sind jedoch nicht immer eindeutig zu interpretieren, da die gefundenen Disparitäten auf unterschiedliche methodische Zugänge bei der Erfassung des Konsumverhaltens zurückgeführt werden können. Insgesamt kann auf Grund der Daten nicht darauf geschlossen werden, dass sich die Situation im Hinblick auf die Ausbildung von Konsumrisiken in Niedersachsen grundlegend vom gesamtdeutschen Trend unterscheidet.

Nichtsdestotrotz lassen sich aus den dargestellten Befunden Schlussfolgerungen für die niedersächsische Suchtprävention ableiten. Aus der Schülerbefragung des KFN (Baier, 2015) geht hervor, dass niedersächsische Jugendliche schon ab dem 12. Lebensjahr mit Alkohol und Zigaretten in Berührung kommen. Der Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen beginnt tendenziell etwas später. In einer großen Zwillingsstudie konnte gezeigt werden, dass ein früheres Lebensalter beim ersten Nikotinkonsum mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für spätere Tabakabhängigkeit assoziiert ist (Kendler, Myers, Damaj & Chen, 2013). Nicht zuletzt deswegen kann die Verzögerung des Erstkonsums als ein Ziel der Suchtprävention angesehen werden. Dementsprechend sollten diesbezüglich universalpräventive Maßnahmen möglichst früh stattfinden (z. B. zu Beginn der Sekundarstufe I).

Des Weiteren zeigte sich, dass Jugendliche an Förder- und Hauptschulen sowie an Realschulen tendenziell früher mit dem Konsum von Zigaretten beginnen als Schülerinnen und Schüler, die ein Gymnasium besuchen. Bei verschiedenen alkoholischen Getränken beginnen Jugendliche aus höheren Schulformen tendenziell etwas früher mit dem Konsum. Gleichzeitig finden sich unter den Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern an Förder- und Hauptschulen (und teilweise auch an Realschulen) höhere Quoten an häufigen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten, Rauschtrinkerinnen und -trinkern, aktuellen Raucherinnen und Rauchern und regelmäßigen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten – im Vergleich zu Gymnasien. Hieraus lässt sich ein differenzierter und schulformspezifischer Handlungsbedarf der Suchtprävention ableiten: selektive Präventionsmaßnahmen, die sich an Risikogruppen wenden, sollten ebenfalls an diesen Schulformen intensiviert werden, da dort ein höherer Anteil an Jugendlichen riskante Konsummuster aufweist.

Während es für den Substanzbereich meist nur marginale Geschlechterunterschiede gibt, sind Jungen anfälliger für Glücksspiele und zeigen häufiger ein problematisches Computerspielverhalten. Gleichzeitig unterstreichen die Prävalenzen der Glücksspielnutzung im Jugendbereich sowie die Nutzungszeiten von Computerspielen die Relevanz dieser Verhaltensweisen für die Suchtprävention, die sich dementsprechend nicht nur auf den Konsum von psychotropen Substanzen, sondern auch auf die Verbreitung von exzessiv-belohnenden Verhaltensweisen konzentrieren sollte.

In der Vergangenheit hat sich ein vorhandener Migrationshintergrund oft als Risikofaktor für die Entwicklung einer Glücksspielsucht (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016) gezeigt. Dass sich

diese Tendenz zu einem höheren Anteil an Risikospielerinnen und -spielern bei vorliegendem Migrationshintergrund bereits bei Jugendlichen (vgl. KFN-Schülerbefragung) abzeichnet, hebt ein weiteres potentiell Handlungsfeld für selektive Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung eines pathologischen Glücksspielverhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hervor.

In bundesweiten Daten lassen sich größtenteils positive Trends für den Substanzkonsum und das Glücksspiel erkennen. Die Quote an regelmäßigen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten und Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinkern unter Jugendlichen ist rückläufig. Weniger Erwachsenen wird heute ein riskanter Alkoholkonsum attestiert, als dies noch zur Jahrtausendwende der Fall war. Auch der Anteil an Raucherinnen und Rauchern unter Jugendlichen und (v.a. jungen) Erwachsenen nimmt seit vielen Jahren stetig ab. Auch die Teilnahme an Glücksspielen stagniert in den letzten 10 Jahren (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016). Das sind einerseits positive Nachrichten, die die Wirksamkeit suchtpreventiver Arbeit nahelegen. Andererseits schmälert das keineswegs den zukünftigen Verantwortungsbereich der Suchtprävention. Eine weiterführende Senkung der Häufigkeit problematischer Konsummuster erscheint im Rahmen einer Public-Health-Perspektive wünschenswert und sollte zu einer der Hauptaufgaben der (niedersächsischen) Suchtprävention gehören. Dafür sprechen auch vereinzelte Negativtrends wie z. B. die Entwicklung der Anzahl an Krankenhauseinweisungen aufgrund von akuten Alkoholintoxikationen, die eine ungünstige Entwicklung im Hinblick auf riskanten Alkoholkonsum nahelegen und gegensteuernde Maßnahmen notwendig machen.

4 Projektvorbereitende Systematisierungsarbeiten

4.1 Die niedersächsische Suchtprävention und Suchthilfe im Überblick

Ungeachtet der in der Versorgungspraxis häufig fließenden Übergänge und Überschneidungen, lässt sich das niedersächsische System der Suchtprävention und Suchthilfe insbesondere in die Bereiche Prävention, Beratung und Therapie, medizinische Rehabilitation sowie in Angebote des Übergangs und der Nachsorge unterteilen (MS.Niedersachsen, 2000).

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) vereint die zentralen Akteure der niedersächsischen Suchtprävention und Suchthilfe. Ihre Mitglieder setzen sich aus den Wohlfahrtsverbänden sowie den Suchtselbsthilfe- und Abstinenzverbänden zusammen. Insgesamt zählen 75 ambulante Sucht- und Drogenberatungsstellen (Fachstellen für Sucht und Suchtprävention – FSS) mit 46 Nebenstellen, und im Bereich der stationären Versorgung 9 auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängige spezialisierte Fachkliniken, 10 Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige, 17 Langzeiteinrichtungen für chronisch Suchtkranke und 6 Adaptionseinrichtungen für Abhängige zu den Mitgliedern der NLS (NLS, 2016d). Die NLS vereint insgesamt 196 Einrichtungen und Organisationen unter ihrem Dach. In der Geschäftsstelle der NLS in Hannover sind neben dem Geschäftsführer vier Fachkräfte sowie zwei Verwaltungskräfte tätig (NLS, 2015c, 2016e).

Viele Angebote der Suchthilfe können ambulant oder stationär genutzt werden. In den letzten Jahren ist zudem eine Zunahme von kombinierten Therapiemodellen zu beobachten, bei denen ambulante, teilstationäre (Tagesklinik) und stationäre Anteile miteinander verschränkt werden (NLS, 2016p). Insgesamt umfasst das stationäre Angebot der in der NLS zusammengeschlossenen niedersächsischen Einrichtungen ca. 1.200 Behandlungsplätze für Substanzabhängige und chronisch Suchtkranke. Auf bestimmte Zielgruppen spezialisierte stationäre Angebote existieren für Frauen, Eltern mit Kindern und Minderjährige (NLS, 2016q). Der Arbeitskreis „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ organisiert Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen für die Fachkräfte zur Psychosozialen Begleitbehandlung (PSB), die niedersachsenweit ca. 5.500 substituierte Drogenabhängige betreuen und an 48 Drogenberatungsstellen angegliedert sind (NLS, 2015e, 2015d). Hinzu kommen 24 auf die Prävention und Beratung von Glücksspielsucht spezialisierte Fachkräfte, die organisatorisch an 24 FSS-Standorte angebunden und in ganz Niedersachsen präventiv und beratend tätig sind (NLS, 2014a, 2014c). Innerhalb des niedersächsischen Präventions- und Beratungssystems wird den mit stoffungebundenen Suchterkrankungen verbundenen Herausforderungen auch in anderen Bereichen vermehrt Aufmerksamkeit zuteil (vgl. MS.Niedersachsen, 2013b). Dies findet seinen Niederschlag unter anderem in der Angebotsstruktur der FSS, von denen mindestens 14 Angebote zur Prävention von Computerspiel-/Internetsucht, 71 Beratungsangebote zu Essstörungen, 105 Beratung bei Glücksspielabhängigkeit, 98 Beratung zu Computerspiel-/Internetsucht, 2 Beratung zu Arbeitssucht, 4 Beratung zu Sexsucht und 9 Beratung zu Kaufsucht in ihrem Leistungsportfolio führen (NLS, 2015f).

In der Adressdatenbank des Selbsthilfe Büros Niedersachsen (2016) sind weitere, außerhalb der NLS-Strukturen agierende Suchtselbsthilfe- und Abstinenzverbände gelistet. Zu nennen sind die Anonymen Alkoholiker, der Verband Hilfe zur Selbsthilfe bei Onlinesucht (HSO) e.V. und der als Ansprechpartner für Suchtgefährdete und -kranke sowie deren Angehörige agierende Landesverband der Elternkreise Drogenabhängiger und -gefährdeter (LED) Niedersachsen e.V. Die auch in Niedersachsen aktiven, konfessionellen Verbände Blaues Kreuz in Deutschland (BKD) Landesverband Niedersachsen e.V. sowie Die Neue Basis (DNB) e.V. Landesverband Niedersachsen sind unter anderem über ihre Mitgliedschaft

im Diakonischen Werk Niedersachsen nach außen repräsentiert. Ähnliches gilt für den ebenfalls im Bereich der Nachsorge und langfristigen Stabilisierung engagierten Verband der Freien Suchttrankenhilfe Niedersachsen (FSN) e.V., der über seine Mitgliedschaft im Paritätischen Wohlfahrtsverband an den Netzwerken der freien Wohlfahrt partizipiert.

Leistungen der Suchtprävention und -hilfe werden auch von Trägern und Akteuren angrenzender Versorgungsbereiche erbracht. Das Land Niedersachsen verfügt über 26 stationäre psychiatrische Einrichtungen für Erwachsene sowie 15 entsprechende Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Elgeti & Ziegenbein, 2015), von denen alle über eine oder mehrere Institutsambulanzen verfügen (Persönliche Mitteilung des Landesfachbeirates Psychiatrie). Insgesamt 13 dieser Einrichtungen verfügen über einen Suchtschwerpunkt oder eine auf Suchterkrankungen spezialisierte Abteilung.

Ferner werden insgesamt 45 sozialpsychiatrische Dienste als Anlaufpunkte für Menschen mit psychischen und psychiatrischen Problemen vorgehalten (Elgeti & Ziegenbein, 2015).

Darüber hinaus nehmen die mit (kriminal- und unfall-) präventiven Inhalten befassten Polizeibeamtinnen und -beamte, die Akteure der Jugendhilfe, des Jugendschutzes, die auf junge Familien fokussierten Projekte der Frühen Hilfen, das betriebliche Gesundheitsmanagement sowie die in Betrieben und Verwaltungen agierenden Ansprechpersonen für Suchtfragen suchtpreventive Aufgaben wahr.

4.2 Experteninterviews

4.2.1 Methodisches Vorgehen

Zur Vorbereitung des Projektes wurden in den Monaten Oktober, November und Dezember 2015 teilstrukturierte leitfadengestützte Experteninterviews (Meuser & Nagel, 2009) mit Personen in leitenden Positionen innerhalb der niedersächsischen Suchtprävention sowie in angrenzenden institutionellen Bereichen geführt.

Zur Entwicklung des Interviewleitfadens wurden zunächst aktuelle Publikationen und Berichte von Trägerverbänden, Leistungsträgern und den zentralen gesundheits- bzw. suchtpolitischen Institutionen (Sozial- und Gesundheitsministerien, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Krankenversicherungen, Fachverband Sucht e.V., etc.) gesichtet. Der halbstrukturierte Interviewleitfaden weist 10 thematische Blöcke mit weitestgehend offen formulierten Fragen auf. Die Fragen des Leitfadens wurden abhängig von den durch die Befragten selbst angesprochenen Inhalten und Themen flexibel eingesetzt und in ihrer Reihenfolge und Schwerpunktsetzung variiert. Neben dem zentralen Thema der niedersächsischen Suchtprävention wurden auch das System der Suchthilfe und -prävention im Allgemeinen sowie aktuelle Themen, Herausforderungen und Rahmenbedingungen thematisiert, die im Rahmen des Promotionsvorhabens des Mitautors Jan Weber gesondert bearbeitet und veröffentlicht werden.

Um die Perspektiven der die Versorgungsbereiche Suchtprävention und Suchthilfe maßgeblich gestaltenden Akteure angemessen berücksichtigen zu können, wurden 14 der insgesamt 20 interviewten niedersächsischen Expertinnen und Experten aus den Reihen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) rekrutiert. Befragt wurden somit:

- Einzelne Mitglieder des Vorstandes der NLS, der sich aus den in der NLS organisierten und zum Thema Sucht engagierten Wohlfahrts- sowie Abstinenz- und Selbsthilfeverbänden zusammensetzt
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der NLS Geschäftsstelle
- Eine in Vollzeit tätige Fachkraft für Suchtprävention
- 6 Akteure aus unterschiedlichen, an die wohlfahrtliche Suchtprävention und -hilfe angrenzenden Versorgungskontexten, davon:
 - Ein Experte, der in führender Funktion, an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis im Kontext von Gesundheitsförderung und gesundheitsorientierter Prävention engagiert ist
 - Eine Mitarbeiterin einer zentralen Institution im Bereich des Jugendschutzes, die inhaltlich mit Fragen der Suchtprävention und Erstintervention bei Kindern und Jugendlichen mit riskanten Konsummustern befasst ist
 - Ein Experte aus dem psychiatrischen Versorgungsbereich, der sich u.a. mit der Planung und Koordination des psychiatrischen Sektors auseinandersetzt
 - Eine niedersächsische Expertin, die über lange Jahre in der Forschung und Fortbildung zum Thema betriebliche Suchtprävention und -hilfe tätig ist
 - Eine koordinierende Präventionskraft der niedersächsischen Polizei
 - Ein Gesprächspartner aus der Geschäftsstelle des Landespräventionsrates Niedersachsen

Die Befragten wurden vorab per E-Mail und in einigen Fällen telefonisch kontaktiert und um ihre Einwilligung zum Interview sowie einen Terminvorschlag gebeten. Bis auf drei wurden alle Interviews in den Räumlichkeiten der Einrichtungen und Institutionen geführt, in denen die Befragten tätig sind. Aus terminlichen Gründen wurden, zusätzlich zu den dort mit Geschäftsstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern geführten Gesprächen, zwei Interviews mit Akteuren der Selbsthilfe in den Räumlichkeiten der NLS Geschäftsstelle geführt. Auf Wunsch einer anderen Interviewpartnerin fand ein weiteres Interview in den Räumlichkeiten des Kriminologischen Forschungsinstitutes in Hannover statt. Das kürzeste Interview hatte eine Dauer von 56 Minuten, das längste von 2 Stunden und 45 Minuten. Die durchschnittliche Interviewlänge betrug 1 Stunde und 53 Minuten.

Die Durchführung der Experteninterviews orientierte sich an den methodischen Vorgaben von Meuser und Nagel (2009) und diente der weitgefassten Exploration des Forschungsfeldes. Alle Interviewpartnerinnen und -partner gestatteten eine Audioaufnahme des Interviews. Bei der Auswertung der Tonbandaufnahmen der Experteninterviews wurde aus forschungsökonomischen Gründen auf eine Transkription und eine ausführliche, qualitativ-interpretative Analyse der Inhalte verzichtet. Um bei der Zusammenstellung der im Onlinefragebogen zu thematisierenden Fragestellungen ein zeitökonomisches Vorgehen zu gewährleisten, wurden die Gesprächsinhalte auf Basis der Audioaufnahmen unmittelbar paraphrasiert. Die exzerpierten und verdichteten Ergebnisse der explorativen Experteninterviews werden im Folgenden entlang der für die Suchtprävention relevanten Themenbereiche wiedergegeben.

4.2.2 Einschätzungen der interviewten Expertinnen und Experten zur niedersächsischen Suchtprävention

Es soll an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, dass die im Folgenden zusammengefassten Befunde die Meinungen und professionellen Einschätzungen von Experten im Feld widerspiegeln, mit denen Anknüpfungspunkte für die Onlinebefragung generiert werden sollten. Sie stellen somit keine abschließenden Befunde zur Beurteilung der niedersächsischen Suchtprävention dar.

Aktueller Status der niedersächsischen Suchtprävention aus Sicht der Interviewten

Die Interviewten attestieren dem Land Niedersachsen im Hinblick auf die suchtpreventiven Strukturen und im Vergleich zu anderen Bundesländern „gut aufgestellt zu sein“. Die von der Landesregierung gewährte Unterstützung für die landesweite Umsetzung der Präventionsprogramme HaLT und Log-Out (siehe Anhang bzw. Kapitel 5.1.2) wird von den Interviewten anerkennend betont.

Ein von den Interviewten angesprochenes spezielleres Themenfeld betrifft die regionale Verteilung von Suchtprävention in Niedersachsen. Niedersachsen stehe aus Sicht der Interviewten hier vor der Herausforderung, eine Konzentration auf Ballungsräume zu vermeiden. Suchtpreventive Aktivitäten müssten auch bzw. stärker als bisher in die Fläche gebracht und im ländlichen Raum verankert werden. Im Gegensatz zu den in Stadtstaaten aktiven Kolleginnen und Kollegen müssten niedersächsische Präventionsfachkräfte demnach oft weite Strecken zurücklegen, um die von ihnen avisierten Settings und Zielgruppen zu erreichen. Neben der logistischen und zeitlichen Herausforderung sei dies insbesondere eine Frage finanzieller Ressourcen, um die anfallenden Fahrtkosten zu decken. Hierbei sei anzumerken, dass die geographische Verteilung der Fachkräfte für Suchtprävention 1992 nicht systematisch, sondern innerhalb eines damals gewährten Zeitfensters entlang der Bedarfsmeldungen aus den Kommunen erfolgt sei. Nicht alle Kommunen hätten diese Chance genutzt. Die 24 Glücksspielfachkräftestellen seien als halbe Stellen konzipiert und schon aufgrund der geringen Stundenzahl noch weiter in ihrer Reichweite limitiert.

Weitere Äußerungen der Interviewten lassen sich dem Themenfeld Netzwerke und Kooperation zuordnen. Die Ansiedlung der Fachkräfte für Suchtprävention an den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention wird von den Interviewten grundsätzlich begrüßt, gehe jedoch aus ihrer Sicht mit dem Nachteil einher, dass den über Niedersachsen verteilten Suchtpreventionsfachkräften nur wenig Möglichkeiten zum fachlichen Austausch bleibe. Umso wichtiger seien aus Sicht der Interviewten eine gute Vernetzung untereinander sowie regelmäßige Zusammenkünfte, die dem Erfahrungsaustausch und der Fortbildung dienen. Innerhalb einzelner Fachstellen nehmen Präventionsfachkräfte aus Sicht der Interviewten eine Außenseiterposition ein. Als mögliche Ursache hierfür werden häufige Auswärtstermine sowie die schwer zu definierende Rolle benannt, die die Präventionsfachkräfte innerhalb ihrer Bezugseinrichtung bzw. -organisation innehätten. Beispielfhaft wird dabei auf Fallbesprechungen, Teamsitzungen oder teaminterne Supervisionen verwiesen, bei denen die Präventionsfachkräfte sich aufgrund ihres inhaltlich abweichenden Fokus nur bedingt einbringen könnten. In anderen Fachstellen würden sie hingegen als angesehene und die Einrichtungen in der Öffentlichkeit vertretende Repräsentantinnen und Repräsentanten gelten. Die Rolle der Fachkräfte für Suchtprävention erscheint den Interviewten jedoch auch deshalb als besonders herausfordernd, weil sie in ihrer Arbeit mit unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen, beispielsweise von Trägern, Führungskräften, Kommunen und NLS, konfrontiert seien.

Die in den FSS gegebene besondere Nähe von Suchtprävention und -hilfe stellt aus Sicht einiger Interviewter eine mögliche Gefahr dar: Zu schnell und unreflektiert würde von einem vermehrten suchstoffspezifischen Beratungs- oder Behandlungsbedarf auf einen entsprechend erhöhten Präventionsbedarf geschlossen. Die vermehrte Inanspruchnahme von therapeutischen Settings durch bestimmte Subpopulationen ließe aus Sicht der Interviewten nicht automatisch einen Rückschluss auf spezifische Risikopotentiale in der Gesamtbevölkerung zu. Aus Sicht der Interviewten sollte der lokale Präventionsbedarf stattdessen über eine umfassende Bestandsaufnahme aller Akteure, Programme und (nicht) erreichten Zielgruppen bestimmt werden. Umso wichtiger sei die Partizipation der FSS Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an lokalen Netzwerken. Auch hierfür seien jedoch nicht überall die nötigen Ressourcen vorhanden. Prävention sei eine freiwillige Aufgabe der Kommunen. Schon deshalb sei es aus Sicht der Interviewten abhängig vom Problembewusstsein der dort handelnden Akteure, wie viel Aufmerksamkeit und Ressourcen diesem Tätigkeitsfeld zugestanden werde.

Ein weiteres zentrales Themenfeld rangiert um das Image der Suchtprävention. Die Interviewten bedauern die mangelnde Akzeptanz, Wahrnehmung und gesellschaftliche Unterstützung, die die Suchtprävention erführe („Suchtprävention ist ungehört und ungestört“). Der Terminus *Sucht* wirke abschreckend und würde nach wie vor tabuisiert. Notwendig sei aus Sicht der Interviewten jedoch eine systematische und auf allen gesellschaftlichen Ebenen verankerte Unterstützung der suchtpreventiven Strategien. Letztere – darauf weisen einige Interviewte hin – hätten sich in den letzten Jahren stark gewandelt, spezialisiert und diversifiziert. Beispielsweise werde heute zwischen suchttunspezifischen (universellen) und auf Risikogruppen ausgerichteten (selektiven) Ansätzen unterschieden und würden Präventions- und Beratungsangebote für Menschen in allen Altersstufen und Lebenslagen vorgehalten.

Durch die Berichte und Erfahrungen mit dem exzessiven Alkoholkonsum Jugendlicher (*Binge-Drinking, Koma-Saufen*) der letzten Jahre sei aus Sicht der Interviewten das Thema Alkohol wieder verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Schülerinnen und Schüler würden bereits in jungen Jahren für die Gefahren von Suchtmitteln sensibilisiert. Nach der flächendeckenden Implementation des Präventionskonzeptes HaLT (siehe Anhang), seien die Zahlen Jugendlicher mit Alkoholintoxikation zuletzt deutlich zurückgegangen. Tabakpräventive Strategien seien – nach einer Hochphase um die Jahrtausendwende – heute von nachgeordneter Bedeutung. Im Hinblick auf die strategische Ausrichtung der Suchtprävention werde innerhalb der NLS derzeit diskutiert, ob präventive Internetangebote zum Aufgabenspektrum der Fachstellen gehören sollten und welche Implikationen damit verbunden seien.

Nachdem aus Sicht der Interviewten das Thema Kindeswohlgefährdung im Kontext der Suchthilfe vor einigen Jahren im Zentrum der Diskussion gestanden habe, werde die nun abnehmende Aufmerksamkeit der Bedeutung des Problems nicht gerecht. Auch im Kontext der Prävention werde der als besonders vulnerabel geltenden Gruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familie – darüber sind sich die Interviewten einig – derzeit nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt. Gleichwohl wird von den Interviewten ein besonderes Engagement der Drogenbeauftragten des Landes Niedersachsen betont und auf die Aktivitäten der innerhalb der NLS organisierten Einrichtungen und Verbände verwiesen. Eine von der NLS Geschäftsstelle vertriebene CD mit Materialien zur Multiplikatorenschulung und das auch in Niedersachsen implementierte Präventionsprojekt *starKids* seien auf die Lebenskompetenzförderung von Kindergartenkindern gerichtet. Auf lokaler Ebene sei es aus Sicht der Interviewten nun wichtig, die Suchtprävention und -hilfe stärker mit den Akteuren der *Frühen Hilfen* zu vernetzen. Tendenziell wird ein rein projektbasiertes Vorgehen von den Interviewten als nicht zukunftsweisend abgelehnt. Viel wichtiger sei es, so die Interviewten, die Suchtprävention strukturell und nachhaltig in den Lebenswelten zu verankern.

Einige Interviewte berichten von der zunehmenden Bedeutung des Themas *Inklusion* behinderter Menschen. Zukünftige Entwicklungen vorwegnehmend habe die NLS die Frage nach suchtassoziierter Prävention und Hilfe für Menschen mit Behinderungen zum Schwerpunktthema des Jahres 2016 erklärt. Vor dem Hintergrund der beispielsweise im Schulkontext zunehmend umgesetzten inklusiven Strategien, erwarten einige Interviewte zukünftig einen steigenden Bedarf an Angeboten im Bereich der schulischen Suchtprävention, die Menschen mit Behinderung inkludieren. Ein besonderer Fokus müsse deshalb auf die Entwicklung entsprechender Präventionskonzepte gelegt werden. Erste Angebote für Integrationslehrkräfte würden entwickelt und die Bedarfe auf Seiten der Fachkräfte für Suchtprävention erfasst. Als besondere methodische Herausforderung gelte dabei die Entwicklung von Angeboten, mit denen unterschiedliche Bedarfe beispielsweise von Schülerinnen und Schülern mit und ohne Behinderung adressiert werden könnten. Derzeit seien es vorwiegend auf die Versorgung von Behinderten spezialisierte Einrichtungen, die bei den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention einen Bedarf für suchtpreventive Maßnahmen artikulieren würden.

Demgegenüber sei die Zielgruppe der älteren und alten Menschen – so berichten die Interviewten – bereits seit längerem in den Fokus der niedersächsischen Suchtprävention gerückt. Zu den sich erst in späteren Lebensphasen bzw. nach Beendigung der Berufstätigkeit entwickelnden Suchterkrankungen, die unter dem Stichwort *Late Onset* diskutiert werden, seien insbesondere im Jahr 2013 Mitglieder von Seniorenbeiräten und -servicecentern geschult worden. Als besondere Risikofaktoren gilt den Interviewten der Tod von Lebenspartnerinnen und -partnern sowie damit in Verbindung stehende Vereinsamungstendenzen. Im Kontext der Heimversorgung pflegebedürftiger Menschen sei das Thema Suchtprävention bereits besser etabliert, jedoch auf die Prävention von Medikamentenabhängigkeit konzentriert. Außerhalb der Pflegeeinrichtungen bedürfe es einer besseren Vernetzung und Schulung der Akteure. Damit angesprochen seien beispielsweise Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker. Wichtig sei es aus Sicht der Interviewten, Betroffene dort abzuholen wo sie sind. Als mögliche Orte für zugehende Prävention und Hilfe werden von den Interviewten Kirchengemeinden und seniorenspezifische Freizeitangebote benannt.

Ein weiteres Themenfeld betrifft die Suchtprävention in Schulen. Den Interviewten zufolge gehe die Kooperation mit Schulen auch mit Herausforderungen einher. Demnach werde bei aktuellen Problemen häufig nach schnellen Lösungen verlangt. Dies sei jedoch kaum zu leisten bzw. methodisch nur bedingt umsetzbar. Den Interviewten zufolge benötige wirksame Suchtprävention vielmehr ein langfristiges Engagement. Darüber hinaus gerieten Schulen zunehmend an die Grenze ihrer Kapazität im Hinblick auf die Berücksichtigung ergänzender Bildungs-, Förderungs- und Präventionsanforderungen und -angebote. Gleichzeitig suchten viele Schulen aktiv die Kooperation mit der wohlfahrtlichen Suchtprävention, beispielsweise wenn es um die Entwicklung eines Präventionskonzeptes gehe. Zu einer grundlegenden Verbesserung könnte aus Sicht der Interviewten eine Integration gesundheitsorientierter Prävention in die Schulcurricula beitragen. Dies ermögliche, dass verschiedene Schwerpunkte wie Gewalt- und Suchtprävention in Zusammenarbeit mit den FSS oder der Polizei und dem lokalen Jugendschutz bearbeitet werden könnten. Nur so sei aus Sicht der Interviewten ein standardisiertes Vorgehen, das nicht von der Zufälligkeit des Engagements beispielweise von Schulleiterinnen und -leitern abhängt, zu gewährleisten und zu verstetigen.

Hinsichtlich der durch Suchtprävention zu erreichenden Zielgruppen ergibt sich aus den Experteninterviews ein kontroverses Bild. Während einige Interviewte davon ausgehen, dass Suchtprävention vornehmlich im Kindes- und Jugendalter wirksam sein kann bzw. auf diese Zielgruppen konzentriert sein

sollte, vermissen andere insbesondere Konzepte, die sich an Erwachsene richten. Aus Sicht einiger Interviewten würde die Gruppe der Auszubildenden bislang kaum von primärpräventiven Maßnahmen erreicht.

Einige Interviewte betonen die zentrale Rolle des Landes bei der Initiierung der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe innerhalb der niedersächsischen Verwaltungen sowie für niedersächsische Lehrerinnen und Lehrer. Der niedersächsischen Polizei sei es selbstständig gelungen, eigene suchtpreventive Strukturen für ihr Personal aufzubauen. Bedauert wird von einigen Interviewten, dass eine vormals gute Verzahnung von Fachstellen und Justizvollzugsanstalten aufgrund der im Jahre 2004 vorgenommenen Neustrukturierung der Suchthilfe im Strafvollzug nachgelassen habe. In den letzten Jahren habe die Bedeutung privater Anbieter von Leistungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zugenommen, die ebenfalls als Dienstleister für betriebliche Suchtprävention und Sozialberatung agierten. Betont wird von einigen Interviewten das lokale Engagement einzelner Fachkräfte für Suchtprävention, die als Teilnehmerinnen und Teilnehmer bzw. Initiatorinnen und Initiatoren von Arbeitskreisen zur betrieblichen Suchtprävention aktiv würden. Die von der NLS Geschäftsstelle angebotenen Schulungen für betriebliche Suchthelferinnen und -helfer seien wichtig, müssten aus Sicht einiger Interviewten aber im Hinblick auf Inhalte, Standards und Materialien vermehrt auf Aktualität achten. Grundsätzlich sei das betriebliche Setting einer der wenigen Orte, um gezielt die Zielgruppe der Erwachsenen zu erreichen. Teilweise fehle der betrieblichen Suchtprävention ein struktureller Rahmen. Zudem bedürfe es eines auf Landesebene anzusiedelndes Forum für den Austausch von Anbietern und Nachfragern für suchtpreventive Leistungen im Betrieb. Auch das gewerkschaftliche Engagement, welches in den 1990er Jahren noch bestanden habe, habe wieder nachgelassen. Vor dem Hintergrund von mehreren Tausend in Niedersachsen ansässigen Betrieben erscheint einigen Interviewten die Ausbildung von jährlich 20 bis 30 betrieblichen Ansprechpersonen durch die NLS als nicht bedarfsgerecht. Aus den Reihen der Funktionsträgerinnen und -träger der Wohlfahrtsverbände wird bestätigt, dass die Implementation von Suchtprävention insbesondere für kleine und mittlere Betriebe eine bleibende Herausforderung darstelle, wohingegen die Situation in großen Betrieben vielerorts bereits zufriedenstellend sei.

Als weitere wichtige Akteure der Suchtprävention sehen die Interviewten den Landespräventionsrat sowie die kommunalen Präventionsgremien. Positiv hervorgehoben werden der lokale Bezug der Präventionsgremien und ihre Rolle als Initiatoren für themenübergreifende präventive Aktivitäten in den Kommunen. In diesem Zusammenhang wird von einigen Interviewten die Rolle von Sportvereinen diskutiert. Aufgrund der in vielen Vereinen gelebten „Alkoholkultur“ sowie des vielerorts auf Brauereien und Spirituosenhersteller gründenden Sponsorings sei die Zusammenarbeit nur begrenzt möglich bzw. effektiv. Wichtige Kooperationspartner der Präventionsgremien seien Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FSS sowie die polizeilichen Präventionskräfte. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Gremien seien häufig dadurch begrenzt, dass die zuständigen Landkreise sie nicht mit den notwendigen Ressourcen ausstatten würden. Als besondere Herausforderung gelte dabei der unterschiedliche Zuschnitt der Landkreise sowie der Zuständigkeiten und Strukturen, beispielsweise im Hinblick auf Jugend- und Schulamtskompetenzen. Im Bestreben, die kommunalen Präventionsgremien zu unterstützen, sei es für den Landespräventionsrat so eine besondere Herausforderung, den jeweils passenden Ansprechpartner zu identifizieren.

Die Befragten äußern sich nur zurückhaltend zu den Veränderungen, die mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes verbunden sind. Bedauert wird, dass Suchtprävention nur randständig berücksichtigt werde. Die Aufstockung der Mittel wird von den Interviewten begrüßt. Allerdings wird beklagt,

dass die zusätzlichen finanziellen Ressourcen ausschließlich für (relativ kurzfristig angelegte) Projektarbeit und nicht für eine nachhaltige Stärkung, im Sinne von langfristigeren Finanzierungszusagen, zur Verfügung stünden. Eine solche strukturelle Stärkung der niedersächsischen Suchtprävention werde jedoch auch deshalb als zwingend notwendig erachtet, weil dieser Versorgungsbereich mit stets neuen Herausforderungen konfrontiert sei. Stoffungebundene Süchte und hier besonders die mit exzessiver Computerspiel-/Internetnutzung verbundenen Problemlagen sowie die Notwendigkeit, internetgestützte Präventions- und Beratungsangebote zu schaffen, seien Beispiele hierfür. Im Raum stehe aus Sicht einiger Interviewten die Befürchtung, dass der Suchtprävention und -beratung diese Aufgaben als weiteres Tätigkeitsfeld auferlegt werden könnten, ohne den Bereich personell zu verstärken, was zu einer Überforderung der vorhandenen Strukturen führen könne. Dennoch bestehe die Hoffnung, dass die vom Präventionsgesetz verlangten Rahmenvereinbarungen dazu genutzt werden könnten, hier Verbesserungen herbeizuführen.

Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der niedersächsischen Suchtprävention aus Sicht der Interviewten

Das Thema Evidenzbasierung in der Suchtprävention wird von den Interviewten insgesamt kontrovers diskutiert. Einige Interviewte äußern Zweifel an der Anwendbarkeit des Evidenzbasierungskonzeptes auf die Suchtprävention. Ihr Misstrauen begründen sie mit der Beobachtung, dass die realen Einsatz- und Umsetzungsbedingungen eines gegebenen Programmes sich zum Teil erheblich von den Kontexten unterscheiden könnten, in denen die Maßnahme evaluiert worden sei. Darüber hinaus würden sich auch die Rezipientinnen und Rezipienten der Maßnahmen von den Zielgruppen unterscheiden, bei denen die Wirksamkeit einer Maßnahme nachgewiesen wurde. Zu berücksichtigen sei ferner aus Sicht einiger Interviewter, dass sich Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hinsichtlich ihrer Kompetenzen und Methodentreue unterscheiden. Aus Sicht einiger Interviewter sei es somit fraglich, ob die beschriebenen Wirksamkeitsnachweise auch unter veränderten Rahmenbedingungen ihre Gültigkeit behielten. Kein Programm würde genauso durchgeführt werden, wie es konzipiert und evaluiert wurde.

Einige Interviewte berichten, aufgrund von konkreten Erfahrungen oder Beobachtungen ein Misstrauen gegenüber Evidenzbasierung entwickelt zu haben. Zum Teil seien Evidenzstudien von Autorinnen und Autoren durchgeführt worden, die keine Kenntnis vom Feld hätten. Die Glaubwürdigkeit von Wirksamkeitsnachweisen sei auch deshalb in Frage zu stellen, weil Wirksamkeitsbelege in einigen Fällen auf einzelne statistisch signifikante Werte zurückgeführt würden. Darstellungen würden zudem geglättet und geschönt werden. Nicht immer seien Wirksamkeitsstudien „längsschnittartig“ angelegt und immer wieder bleibe unklar, wie aus Wirksamkeitsnachweisen für einzelne Aspekte konkrete Maßnahmen abzuleiten bzw. zu implementieren seien. Im Hinblick auf einzelne Programme sei Wirksamkeit – das geben einzelne Interviewte zu bedenken – nicht zwangsläufig mit dem Prädikat „gut“ gleichzusetzen. Kausalitäten seien schwer belegbar, Studiendesigns häufig aufwendig und in der Praxis nicht immer replizierbar. Einige Interviewte äußern sich zudem enttäuscht über die derzeit verwendeten Evaluationsverfahren. Aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren sei es schwierig, Wirksamkeit zu evaluieren und Kausalitäten nachzuweisen. Für die Abbildung von Einstellungs- und Verhaltensänderungen seien längsschnittliche Untersuchungen und längerfristige Beobachtungen notwendig. Um Evidenznachweise objektiv erbringen zu können, müssten aus Sicht einiger Interviewter sichergestellt werden, dass die mit der Wirksamkeitsprüfung betrauten Personen keine Eigeninteressen verfolgen. Die Wirksamkeit der Aktivitäten der niedersächsischen Fachkräfte seien auch deshalb nur schwer zu belegen, weil sie häufig auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und nicht auf Endadressatinnen

und -adressaten ausgerichtet sind. Wie in diesem Kontext Evidenzkriterien entwickelt und Wirksamkeit nachgewiesen werden könne, sei methodisch nicht geklärt.

Einig sind sich die Befragten in ihrer kritisch-ablehnenden Haltung gegenüber dem Versuch, klinisch-medizinische Evidenzmaßstäbe und Kriterien auf die Suchtprävention zu übertragen. Immer wieder und von mehreren Interviewten wird dabei auf die Untersuchung von Korczak (2012) verwiesen. Im Rahmen einer Health Technology Assessment (HTA) Studie hatte diese die föderalen Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Aufgrund weitgehend fehlender Wirksamkeitsnachweise für die verwendeten Programme und Maßnahmen stellt der Autor die millionenschwere Finanzierung der Suchtprävention in Frage. Hierauf bezugnehmend bezweifeln einige Interviewte, dass die Wirksamkeit von Prävention nachweisbar ist. Evidenzbasierung sei eine „Wissenschaftsspielerei“, die auf die medizinische Forschung zurückginge und von der Psychologie in dem Bestreben aufgegriffen werde, Naturwissenschaft zu werden. Letztlich würde damit viel Geld für die Produktion von Datenfriedhöfen verwendet bzw. sei die Sicherung von Arbeitsplätzen in der Forschung das vornehmliche Ziel.

Einige Interviewte bemängeln die in Bezug auf Evidenzbasierung fehlende „Sprachfähigkeit“ der Akteure der Suchtprävention. Sie vermissen Bestrebungen der suchtpreventiv Tätigen, der Kritik an mangelnder Evidenzbasierung „etwas“ entgegen zu setzen und die Wirksamkeit der eigenen Projekte nachzuweisen. Perspektivisch – so das Resümee – werde sich Letzteres nicht ohne Studien mit mehreren Erhebungszeitpunkten verwirklichen lassen. Als Grund für die zögerliche Implementation von evidenzbasierten Programmen werde diskutiert, dass diese häufig im universitären Kontext, entlang des jeweils aktuellen Forschungsstandes entwickelt und in relativ geschützten Settings („ein paar ausgesuchte Schulen“) getestet würden. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gingen scheinbar davon aus, dass die Praktikerinnen und Praktiker nur auf ihre fertigen Produkte warten würden. Dahinter werden auch dem Wissenschaftsbetrieb immanente Dynamiken wie dem Publikationsdruck und die zunehmende Notwendigkeit der Drittmittelakquise zur Forschungsfinanzierung vermutet. Als aussichtsreicheren Weg sehen einige Interviewte ein kooperatives Vorgehen, bei dem vorhandene Praxisansätze gemeinsam mit den Praktikerinnen und Praktikern evaluiert, weiterentwickelt und auf ihre Wirksamkeit überprüft werden könnten. Einige Interviewte äußern ihre Präferenz für Ansätze, die strukturelle (verhältnispräventive) mit verhaltensbezogenen (verhaltenspräventiven) Maßnahmen kombinieren. Die Dichotomie der beiden Ansätze solle aufgebrochen und der Verhältnisprävention, insbesondere auf kommunaler Ebene, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies wird von einigen Interviewten auch dann als notwendig erachtet, wenn dies bedeuten könne, sich verstärkt mit gegenläufigen Lobbyinteressen (beispielsweise der Alkoholindustrie) auseinandersetzen zu müssen.

Darüber hinaus äußern einige Interviewte die Befürchtung, dass die Fokussierung auf Programme mit klarem Evidenznachweis die methodische Vielfalt und – damit einhergehend – die Gegenstandsangemessenheit einengen könnte. Zudem sei Evidenzbasierung teuer und aufwendig und daher nicht für alle Programme zu leisten. Bei allem Verständnis für die Bestrebungen, sich auf nachweislich wirksame Programme zu stützen, müsse genug Raum für die Entwicklung und Erprobung neuer Strategien und Methoden bleiben. Nur so könne den häufig sehr speziellen Bedarfen einzelner Kommunen begegnet werden. Einige Interviewte äußern zudem den Verdacht, dass sich hinter der Forderung nach Evidenzbasierung eine schleichende Ökonomisierung von Sozial- und Präventionsarbeit verberge. Sollen Evidenznachweise als zentral für den Erfolg angesehen werden, müsse über die Kriterien für den Wirk-

samkeitsbeleg diskutiert und eine Engführung auf rein wirtschaftliche Aspekte vermieden werden. Evidenzbasierung habe eine enorme politische „Wirkmacht“, helfe dabei Gelder zu akquirieren und könnte den Weg zu einer wirksamen Suchtprävention beschreiben.

Eine interviewte Person plädiert für Evidenznachweise mit regionaler Orientierung bzw. regionalem Bezug. Auf diese Weise sei es besser möglich, das Eintreffen konkreter Erwartungen zu überprüfen und die Wirksamkeit einzelner Maßnahmen zu beurteilen. Um diese Strategie zu ermöglichen, sollten aus Sicht dieses Interviewpartners im Zweifel Gelder bei bestimmten Maßnahmen wie beispielsweise massenmedialen Aufklärungskampagnen eingespart werden, deren Wirksamkeit als fragwürdig zu beurteilen sei.

Das Gelingen von Evidenzbasierung – so einige Interviewte – könne durch enge Kooperation mit anerkannten Institutionen und wissenschaftlichen Lehrstühlen erreicht werden. Bereits jetzt werde viel Wert darauf gelegt, bei der Programmentwicklung entsprechende Kooperationen zu verwirklichen, den Kontakt zu halten und die selbst entwickelten Produkte evaluieren zu lassen. Allerdings müsse man wissen, mit wem eine Zusammenarbeit möglich und sinnvoll ist. Es käme darauf an, dass ein „Gesamtinteresse“ verfolgt werde und eine objektive Herangehensweise garantiert sei. Die Gefahr von interessen geleiteter Forschung sei groß. Schon bei Planung und Entwicklung von Programmen sei darauf zu achten, wissenschaftliche Expertise zu beteiligen. Es ginge darum, eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis zu etablieren und bei der Entwicklung von Maßnahmen von Beginn an Erhebungs- und Evaluationsinstrumente mitzudenken, so die Interviewten. Die Evidenzbasierung der Suchtprävention könne auch mit der Notwendigkeit einhergehen, Kompetenzen und Ressourcen zu bündeln, schon bei der Entwicklung auf Evidenzbasierung zu achten und die Ergebnisse für das ganze Bundesland bzw. bundesweit verfügbar zu machen. Die Grüne Liste wird von einigen Interviewten als ein gutes Beispiel und ein gangbarer Weg angesehen. Andere Interviewte weisen allerdings darauf hin, dass aus ihrer Sicht hierbei auch die Rahmenbedingungen von Suchtprävention Berücksichtigung finden müssten. Zu klären sei, unter welchen Voraussetzungen suchtpreventive Interventionen wirksam sein können.

Einige Interviewte betonen, dass ihre eigenen Bemühungen in der Evidenzbasierung aufgrund finanzieller Restriktionen immer wieder an Grenzen stoßen. Bei der Implementation von suchtpreventiven Maßnahmen müsse die Langzeitperspektive mit eingebracht und die Wirkung mit Hilfe von längsschnittartigen Studiendesigns überprüft werden. Hier müssten aus Sicht der Interviewten jedoch von den Kostenträgern die nötigen Mittel bereitgestellt werden. Dies bedeute aus ihrer Sicht auch, dass für die Evaluation von Maßnahmen zusätzliches Personal bereitgestellt werden müsse. Das derzeit in den Fach- und Geschäftsstellen verfügbare Personal reiche hierfür nicht aus. Gerade im Hinblick auf die im Präventionsgesetz formulierten Evidenzanforderungen sehen sich die Interviewten in einem Dilemma.

Das Thema der Finanzierung der Wirksamkeitsforschung wird von fast allen Interviewten angesprochen. Dabei wird auch die Frage der praktischen Umsetzung thematisiert. Verwiesen wird von einigen Interviewten auf gemeinsame Bestrebungen der im Nordverbund organisierten suchtassoziierten Dachverbände der nördlichen Bundesländer. Ein erster Versuch, ein gemeinsames Projektbewertungssystem zu etablieren, sei an unterschiedlichen Positionen und Erwartungen gescheitert. Entscheidend sei, dass eine allgemein anerkannte Definition von Evidenzbasierung zugrunde gelegt würde. Einigen Interviewten gilt das Kölner Memorandum als ein Meilenstein der Emanzipation der Suchtprävention.

Anderen Interviewpartnerinnen und -partnern zufolge lässt das von vielen positiv herausgestellte Kölner Memorandum im Hinblick auf einheitliche Evidenzkriterien jedoch zu viel Interpretationsspielraum.

Einige Interviewte nehmen eine Veränderung in der Sichtweise auf evidenzbasierte Suchtprävention wahr. Dort, wo dem Thema früher mit genereller Ablehnung begegnet worden sei, werde heute Offenheit signalisiert und würden Evaluation und Wirksamkeitsnachweise schon während der Entwicklung mitgedacht. Mit Bedauern wird darauf verwiesen, dass noch längst nicht für alle Settings und Zielgruppen evidenzbasierte Maßnahmen zur Verfügung stünden. Insbesondere die betriebliche Suchtprävention sei diesbezüglich ein unterversorgtes Arbeitsfeld. Andere Interviewte stellen fest, dass – ungeachtet der zunehmenden Offenheit – viele der bereits verfügbaren Maßnahmen mit Evidenznachweis von den Praktikerinnen und Praktikern nicht wahrgenommen oder eingesetzt würden.

5 Recherchebasierte Darstellung der Suchtprävention in Niedersachsen

In Niedersachsen wird eine Vielzahl suchtpreventiver Maßnahmen mit unterschiedlichen inhaltlichen Ausrichtungen, Zielgruppen und methodischen Ansätzen durchgeführt. Bisher existiert keine vollständige Darstellung der suchtpreventiven Aktivitäten aller relevanten Akteure. Auf Basis von Literatur- und Internetrecherchen ist eine erste Bestandsaufnahme der aktuellen niedersächsischen Suchtprävention möglich. Vorbereitend für die im Projekt vorgesehene Befragung unter Präventionsakteuren wurde ermittelt, wie sich die Arbeitsschwerpunkte niedersächsischer Suchtprävention hinsichtlich der beteiligten Organisationen und Akteure (Kapitel 5.1), der Ausrichtung auf Präventionsarten (Kapitel 5.2), der erreichten Altersgruppen (Kapitel 5.3) und der dafür eingesetzten Methoden (Kapitel 5.4) skizzieren lassen. Im Rahmen dieser Recherchen und in Absprache mit der NLS wurde zudem eine Liste besonders prominenter Präventionsmaßnahmen erstellt, um deren Umsetzungshäufigkeit innerhalb der Onlinebefragung ermitteln zu können. Detailliertere Informationen zu den am häufigsten umgesetzten Maßnahmen sind den Kurzbeschreibungen in Anhang A zu entnehmen. Entsprechende quantitative Auswertungen zu diesem Themenbereich finden sich im Ergebnisteil zur Befragung der Hauptakteure (vgl. Kapitel 6.2.1).

5.1 Beteiligte Organisationen und Akteure

Das interministeriell abgestimmte Niedersächsische Konzept zur Suchtprävention (Niedersächsischer Landtag, 2008) definiert zwei Leitziele für die niedersächsische Suchtprävention. Demnach ist es Ziel (1) „[...] Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen, sich frei von Suchtmitteln und psychotropen Substanzen zu entwickeln [...sowie (2)] geeignete Zugänge für die Prävention und für die Vermittlung von Risikokompetenz im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter auszubauen bzw. zu eröffnen.“ (Niedersächsischer Landtag, 2008, Anlage III.1; vgl. auch: MS.Niedersachsen, 2008, S. 20). Diesen Leitzielen nachgeordnet werden im Rahmen der Beschreibung von Handlungszielen Maßnahmen skizziert, mit denen die dargestellten Leitziele erreicht bzw. umgesetzt werden sollen. Im Einzelnen umfasst dies die „[...]“:

1. Förderung des Bewusstseins über einen verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln.
2. Förderung besonderer Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere suchtpreventiv wirkende Kompetenzen (Selbstwirksamkeit, Frustrationstoleranz, Standfestigkeit).
3. Ausschöpfung aller rechtlichen Möglichkeiten zur Angebots- und Konsumreduzierung sowie -steuerung.
4. Bei Delinquenz-Verhalten im Zusammenhang mit dem Missbrauch von legalen Drogen bzw. dem Konsum von oder dem Handel mit illegalen Drogen: frühzeitige Intervention und Verfolgung.
5. Verstärkte Aufnahme präventionsbezogener Themen in die Ausbildungsinhalte von Schule, Studium, Berufsausbildung sowie Fort- und Weiterbildung.
6. Intensivierung der Prävention in den Lebenswelten Familie, Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf und Freizeit sowie für spezifische Ziel- und Risikogruppen.
7. Förderung der Frühintervention bei riskantem Konsum von legalen und illegalen Drogen sowie Medikamenten und Erleichterung des Zugangs zum Hilfesystem bei Suchtproblemen.

8. Vernetzung vorhandener Aktivitäten und Förderung des Zusammenwirkens hauptamtlicher und ehrenamtlicher Arbeit im Bereich Suchtprävention und Suchthilfe.“ (Niedersächsischer Landtag, 2008, Anlage III.1; vgl. auch: MS.Niedersachsen, 2008, S. 20f)

Entsprechend wird die niedersächsische Suchtprävention von einem breiten Gefüge unterschiedlicher Akteure getragen. In diesem Zusammenhang zu nennen sind die in Hannover ansässige NLS Geschäftsstelle und die in Niedersachsen vorhandenen 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (FSS) sowie die dort angesiedelten Fachkräfte für Suchtprävention, die einen wesentlichen Teil der professionellen Suchtprävention in Niedersachsen bilden.

Weitere zentrale Akteure im Bereich der Suchtprävention in Niedersachsen sind die Selbsthilfe, die Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS) und der Landespräventionsrat (LPR) sowie die mit ihm verbundenen kommunalen Präventionsgremien. Darüber hinaus zu nennen sind die mit präventiven Aufgaben befassten niedersächsischen Polizeikräfte und die teilweise von nebenamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragene betriebliche Suchtprävention sowie das betriebliche Gesundheitsmanagement. Hausärztinnen und -ärzte, Kinderärztinnen und -ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kinder- und Jugendhilfe kommt insbesondere hinsichtlich der Früherkennung von Suchtrisiken und -erkrankungen ein zentraler Verantwortungsbereich für die Suchtprävention zu.

5.1.1 Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen

Bereits im Jahr 1949 unter dem Titel „Landesstelle gegen die Suchtgefahren“ gegründet, agiert die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) heute als Landesfacharbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen und Dachorganisation der niedersächsischen, auf Suchtprävention und -hilfe spezialisierten Einrichtungen. Mitglieder sind die für Niedersachsen zuständigen Verbände der Arbeiterwohlfahrt (AO), des Caritasverbandes (Caritas), des Diakonischen Werkes (Diakonie) und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Paritätischer). Von den im Bereich Suchterkrankungen engagierten Suchtselbsthilfe- und Abstinenzorganisationen und -gruppen gehören die Landesvertretungen des Blauen Kreuzes in Deutschland, des Blauen Kreuzes in der Evangelischen Kirche, die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, des Guttempler-Ordens, des Kreuzbundes, der Vereine für Sozialmedizin (LVSM) und die Freie Suchtkrankenhilfe Niedersachsen e.V. (LV-VSM) zur NLS (NLS, 2016d). Die NLS ist als Dachverband der im Bereich Suchtprävention und -hilfe engagierten und von der freien Wohlfahrtspflege getragenen Einrichtungen organisiert. In diesem Kontext engagiert sie sich in der Öffentlichkeitsarbeit bzw. tritt als (Mit-) Organisatorin von Veranstaltungen und Tagungen zu suchtpolitischen Fragestellungen auf (NLS, 2015c, 2016i). Des Weiteren umfassen die von der NLS gewährten Unterstützungsleistungen für die vor Ort tätigen FSS-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – jeweils orientiert am aktuell identifizierten Bedarf – Fortbildungsangebote zu nahezu allen zentralen fachlich-inhaltlichen bzw. -methodischen Fragen (NLS, 2015c, 2016i). Der in Hannover ansässigen Geschäftsstelle stehen insgesamt drei Vollzeit- und vier Teilzeitstellen zur Verfügung, die in variierenden Anteilen aus Mitteln des Niedersächsischen Sozial- sowie des Niedersächsischen Innenministeriums finanziert werden (NLS, 2016i).

Der Geschäftsführer der NLS-Geschäftsstelle, Herr Dr. Manfred Rabes, ist, neben der Wahrnehmung administrativer und repräsentativer Aufgaben auf Landes- und Bundesebene, mit der Organisation und Betreuung von Vorstandssitzungen, Ad-Hoc-Ausschüssen und der NLS-Mitgliederversammlung be-

fasst. Zudem ist er im Rahmen der Betreuung der NLS-Arbeitskreise „Psychosoziale Betreuung Substituierter“, „medizinische Reha Sucht“, „Langzeiteinrichtungen für chronisch Mehrfachabhängige“ und „Suchtselbsthilfe“ engagiert (NLS, 2016i). Hier treffen sich Fachleute der in den zugehörigen Versorgungsbereichen tätigen Einrichtungen und Verbände, um den fachlichen Austausch zu gewährleisten und die gemeinsame Interessenvertretung zu koordinieren (NLS, 2015c). Im Tätigkeitsbereich Rehabilitation und Teilhabe ist Frau Angela Böttger für die Betreuung eines zentralen, an der NLS-Geschäftsstelle angesiedelten, sowie mehreren regionalen Arbeitskreisen zum Qualitätsmanagement in der Suchtprävention und -hilfe zuständig. Aufgrund aktueller Entwicklungen, die zu trägerorientierten Weiterentwicklungen von QM-Instrumenten in der Suchtversorgung führen, hat Frau Böttger ihre Tätigkeit im Bereich der beruflichen (Re-) Integration von Abhängigkeitserkrankten verstärkt und ist für die Umsetzung des NLS-Konzeptes „Sucht und Arbeit“ verantwortlich.

Darüber hinaus sind drei weitere, ebenfalls mit fachlichen Aufgaben betraute Mitarbeiterinnen noch intensiver mit dem Thema Suchtprävention befasst (NLS, 2015c, 2016i). Frau Martina Kuhnt betreut die 24 im Land aktiven Fachkräfte für die Beratung und Prävention der Glücksspielsucht. Neben der Fortbildung der Fachkräfte bildet die Vernetzung mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren anderer Bundesländer einen zentralen Bestandteil ihres Aufgabenbereiches, für den ihr ein 75-prozentiger Stellenanteil zur Verfügung steht (NLS, 2015c, 2016i). Frau Ingeborg Holterhoff-Schulte und Frau Ricarda Henze betreuen die NLS-Arbeitskreise für die im Land tätigen und exklusiv auf suchtpräventive Aktivitäten fokussierenden Fachkräfte für Suchtprävention (s.u.) sowie den Arbeitskreis der für die Umsetzung des HaLT-Projektes geschulten niedersächsischen Akteure. Sie verfügen über jeweils 50-prozentige Stellenanteile (NLS, 2016i). Frau Henze ist durch die Betreuung des hannoverschen Arbeitskreises zur Betrieblichen Suchtprävention darüber hinaus mit einem weiteren inhaltlichen Schwerpunkt befasst. Gemeinsames Ziel ist die Förderung der von allen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention umgesetzten suchtpräventiven Aktivitäten. Die Interessenvertretung der niedersächsischen Suchtprävention, beispielsweise in den kooperativen Gremien der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), liegt im Verantwortungsbereich von Frau Holterhoff-Schulte (NLS, 2016i). Frau Holterhoff-Schulte ist darüber hinaus an der Arbeit in bundesweiten Gremien sowie der Erstellung richtungsweisender Publikationen, beispielsweise zu den Themen Cannabisprävention (Holterhoff-Schulte, 2005) sowie Qualität- und Evidenzbasierung in der Suchtprävention beteiligt (z.B.: Hallmann, Holterhoff-Schulte & Merfert-Diete, 2007). Das zwischen den Jahren 2014-2016 in Niedersachsen unter dem Titel LOG OUT durchgeführte Modellprojekt zur Prävention von Medienabhängigkeit wurde von Frau Henze koordiniert (NLS, 2015c, 2016i).

Die genannten, zu den Themen Suchtprävention und -hilfe arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der NLS-Geschäftsstelle werden von zwei Verwaltungskräften unterstützt. Eva Kappel und Jürgen Renken sind unter anderem mit der Bearbeitung der von der Deutschen Rentenversicherung für die Suchtselbsthilfe gewährten Fördermittel, den Materialienversand sowie der organisatorischen Unterstützung zur Durchführung der NLS-Gremien und Fachtagungen befasst (NLS, 2015c, 2016i).

Auf übergeordneter Ebene ist die NLS in die Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (LAG FW Niedersachsen e.V.) eingebunden (LAG-FW, 2016). Zudem verfügt sie über ein Vorstandsgremium, dessen Mitglieder von der Mitgliederversammlung aus den in der NLS organisierten Spitzenverbänden der Wohlfahrtspflege sowie in der NLS organisierten niedersächsischen Suchtselbsthilfverbänden gewählt werden (NLS, 2016i). Neben der Vorstandsvorsitzenden Frau Evelyn Popp (AWO) und ihren Stellvertretern Conrad Tönsing (Caritas) und Benno Theisling (Kreuzbund) sind derzeit Klaus Po-

lack (kommissarisch; Diakonisches Werk), Reinhold Sievers (Paritätischer) sowie, für die Suchtselbsthilfe, Wilhelm März (Freundeskreise), Susanne Frost (bis Mitte November 2016; Landesverband Verein für Sozialmedizin) sowie Gerrit Mühlbrandt (Guttempler Orden) (NLS, 2016r) für die Vorstandsarbeit entsandt.

5.1.2 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und Fachkräfte

In die Zuständigkeit der 75 Haupt- und 45 Nebenstellen (Stand März 2016) fällt ein breites Spektrum präventiver, kompetenzfördernder sowie beratender und betreuender Aufgaben. Zudem erbringen die Fachstellen therapeutische, rehabilitative sowie nachgehend beratende bzw. integrationsfördernde und rückfallpräventive Leistungen. Für ausschließlich mit Aufgaben der Suchtprävention oder Substitution betraute Fachkräfte kann – im Rahmen der spezifischen Förderbedingungen – die Gewährung zusätzlicher Landesmittel vereinbart werden. Das Ministerium behält sich dabei vor, die Standortentscheidung für die Fachkräfte zu fällen (MS.Niedersachsen, 2015b).

Derzeit fördert das Land Niedersachsen, co-finanziert durch die jeweiligen Kommunen, 20 Vollzeitstellen für Präventionsfachkräfte (NLS, 2015c), die sich auf bis zu 30 Teilzeitkräfte aufteilen. Zwei weitere, nicht vom Land geförderte Fachkraftstellen sind auf kommunaler Ebene an jeweils ein Gesundheits- und ein Jugendamt angegliedert und werden von den zuständigen Landkreisen finanziert. Darüber hinaus gelingt es drei Einrichtungen, die Kosten für ihre Präventionsfachkräfte über Eigen- und Drittmittel zu tragen (NLS, 2014b). Durch die im NLS Netzwerk eingebundenen Präventionsfachkräfte findet somit in 25 Städten und Landkreisen gezielte und umfassende suchtpreventive Arbeit statt (NLS, 2015c). Grundlage der Förderung ist der Erlass „Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich“ des Niedersächsischen Sozialministeriums aus dem Jahr 1991. Der Erlass stellt den exklusiv auf Suchtprävention fokussierenden Fachkräften einen konzeptuellen Rahmen und eine Finanzierungsgrundlage bereit. Neben der Skizzierung des Aufgabenzuschnitts sowie der Zusage für die Sockelfinanzierung für die Präventionsfachkräfte, wird der NLS die Einrichtung einer auf Landesebene anzusiedelnden Stelle zur Wahrnehmung koordinierender und administrativer Aufgaben ermöglicht (MS.Niedersachsen, 1991). Die hier formulierten Vorgaben wurden mit der als Anlage zum Runderlass „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ (MS.Niedersachsen, 2010c) verabschiedeten Konzeption für die „Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich“ (vgl.: MS.Niedersachsen, 2002, 2006b, 2010b) ergänzt, konkretisiert und zwischenzeitlich mehrfach aktualisiert.

Suchtpreventive Aktivitäten gehören jedoch nicht nur zum Leistungsportfolio derjenigen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, denen eine entsprechende Fachkraft zur Verfügung steht. Auch die FSS ohne spezialisierte Präventionsfachkraft führen suchtpreventive Maßnahmen durch und werden dabei – wie die Fachkräfte für Suchtprävention – durch „[...] Koordination, Materialerstellung, Konzept- und Projektentwicklung sowie Evaluation und regelmäßige Fortbildungen [...]“ von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der NLS Geschäftsstelle unterstützt (NLS, 2015c, S. 13). Entsprechend werden die suchtpreventiven Leistungen hier von weiteren – nicht exklusiv auf den Bereich Suchtprävention spezialisierten – Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der FSS erbracht (NLS, 2013a). Grundlage ist auch hier die Konzeption für die „Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich“, die vom Niedersächsischen Sozialministerium als Anlage zur Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (2010c) erlassen wurde (vgl.: MS.Niedersachsen, 2010b).

Für den Bereich der Glücksspielsuchtprävention und -beratung fördert das Land Niedersachsen seit dem Jahr 2008 24 spezialisierte Fachkräfte (NLS, 2014c), die in einer entsprechenden Zahl von FSS angesiedelt sind. Hintergrund ist ein im März 2006 gefälltes Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes, das Suchtprävention und Spielerschutz zu den vorrangig zu erreichenden Zielen des Glücksspielbetriebes erklärt hat. Hierauf aufbauend wurden diese Aspekte im seit 01.01.2008 wirksamen Staatsvertrag zum Glücksspielwesen besonders gewürdigt. Damit einhergehend hat das Niedersächsische Innenministerium die Finanzierung von 24 Fachkräften mit einem Stellenumfang von je 50 Prozent zugesichert (Diakonie, 2008; NLS, 2010). Der am 01.07.2012 in Kraft getretene „Staatsvertrag zur Änderung des Glücksspielstaatsvertrages“ (GlüÄndStV) und die aktuelle Fassung des Niedersächsischen Glücksspielgesetzes (NGLüSpG) bestätigen die Schwerpunktsetzung des Bundesverfassungsgerichtes. Die im Gesetz skizzierten Aufgaben der Glücksspielprävention und -beratung wurden im „Konzept zur Prävention und Beratung von Glücksspielsucht in Niedersachsen“ (NLS, 2014c) konkretisiert. Ihre Finanzierung sowie die Finanzierung der in der NLS Geschäftsstelle angesiedelten Landeskoordinatorin erfolgt auf Grundlage des § 2 Absatz 1 Satz 2 des Niedersächsischen Gesetzes zur Förderung der Freien Wohlfahrtspflege (vgl. § 2 Absatz 1 Satz 2 NWohlföG; NLS, 2014c).

Die in der NLS organisierten Einrichtungen und Organisationen sind darüber hinaus in vielfältiger Weise in der Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen engagiert, von denen einige nachstehend und in einer unvollständigen Auswahl exemplarisch beschrieben werden.

Über einen Zeitraum von mehr als sechs Jahren begleitet und unterstützt beispielsweise die NLS die Umsetzung des bundesweiten Alkoholpräventionsprojektes „Hart am Limit“ (HaLT) in den zwischenzeitlich 25 zertifizierten sowie weiteren, interessierten niedersächsischen Regionen (NLS, 2015c, 2016h). Damit einhergehend erweitert sich der Kreis der beruflich vorwiegend mit der Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen befassten Fachkräfte für Suchtprävention um sechs entsprechend geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese entstammen Einrichtungen, die dem HaLT-Netzwerk, nicht aber der NLS angehören.

Im Rahmen des vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung geförderten Modellprojektes „LOG OUT – unabhängig im Netz“ wurden seit 2014 an vier verschiedenen FSS Standorten Arbeitsschwerpunkte zur Prävention von Medienabhängigkeit eingerichtet (NLS, 2016l; vgl. auch: NLS, ohne Jahr, 2016m). Unter Berücksichtigung einer möglichst großen Spannweite im Hinblick auf die strukturellen Rahmenbedingungen (drei Städte unterschiedlicher Größe sowie ein Landkreis) wurden Maßnahmen der universellen und indizierten Prävention von Medienabhängigkeit entwickelt und durchgeführt. Die Vernetzung mit anderen suchtpreventiven Projekten auf lokaler Ebene ist intendiert. Gemäß der Maßnahmendokumentation im dot.sys-System der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, in dem alle von Fachkräften für Suchtprävention umgesetzten Maßnahmen jährlich erfasst werden, verfolgen die durchgeführten Interventionen mehrheitlich universalpräventive Ziele (NLS, 2016l).

Im NLS Jahresbericht 2014 (NLS, 2015c) werden drei weitere, von der NLS Geschäftsstelle initiierte bzw. koordinierte, regionsübergreifende Projekte herausgestellt. Neben dem in Kindertagestätten umgesetzten und auf den Erwerb bzw. die Stärkung von suchtpreventiven Alltagskompetenzen gerichteten Projekt „starKids – Starke Kinder von Anfang an“ handelt es sich dabei um den „KlarSicht-Mitmach-Parcours“ sowie das Präventionskonzept „Tom & Lisa“, die sich an Schülerinnen und Schüler der Jahrgänge 7 bis 9 richten. Die Maßnahmen halten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu an, sich mit dem Konsum legaler Suchtstoffe wie Tabak und Alkohol sowie Risiken, die sich mit dem Gebrauch von

Suchtmitteln verbinden, auseinander zu setzen. Die von der NLS Geschäftsstelle hierzu durchgeführten Schulungen befähigen sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FSS als auch andere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, beispielsweise aus Kindertagesstätten und Schulen, die Maßnahmen eigenständig umzusetzen. Die darüber hinaus von der NLS Geschäftsstelle geleistete Unterstützung der Präventionsfachkräfte und sonstigen Beschäftigten der FSS erstreckt sich auf die Erstellung von Informations- und Projektmaterialien sowie die gemeinsam durchgeführten konzeptionellen und evaluierenden Tätigkeiten (NLS, 2015c).

Die suchtpreventiven Aktivitäten derjenigen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, die über die fachlichen Kompetenzen mindestens einer der 25 Vollzeitstellen für Suchtpräventionsfachkräfte verfügen, zielen mehrheitlich auf Endadressatinnen und -adressaten. Im Jahr 2014 richteten sich darüber hinaus 36 Prozent der insgesamt 27.350 dokumentierten Interventionen an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (NLS, 2015d). Hierzu zählten insbesondere Lehrerinnen und Lehrer, Eltern und andere Familienmitglieder (von Endadressatinnen und -adressaten) sowie Beschäftigte aus den Bereichen Jugendarbeit und öffentliche Verwaltung. Bezogen auf die direkt oder (über Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) indirekt erreichten Adressatinnen und Adressaten der Maßnahmen ist die Gruppe der Kinder und Jugendlichen überrepräsentiert. Allein im Jahr 2014 wurden beispielsweise 62 Prozent der Maßnahmen in den Settings Schule, Familie und Jugendhilfe/Jugendarbeit umgesetzt (NLS, 2015d). Im Kontext klassischer Freizeitaktivitäten wurden weitere 13 Prozent, in den Lebenswelten Gesundheitswesen und Betrieb 9 Prozent bzw. 6,5 Prozent realisiert. Neben den genannten Settings wird die Durchführung von Maßnahmen in den Lebenswelten Sport, Hochschule/Fachhochschule, Kindergarten, Kirche, Erwachsenenbildung, Polizei/Strafwesen und Kommune/Behörde dokumentiert (NLS, 2015d, 2015c).

Im Rahmen der suchtpreventiven Öffentlichkeitsarbeit verfassen die Präventionsfachkräfte Pressemitteilungen, geben Interviews, organisieren und betreuen Informations- und Aktionsstände. Sie entwerfen Flyer und Plakate und entwickeln suchtpreventive Inhalte für die Internetauftritte ihrer Einrichtungen (NLS, 2015d, 2015c).

Die im Zusammenhang mit schulischer Suchtprävention durchgeführten Interventionen haben mehrheitlich einen substanzspezifischen Charakter. Weniger als ein Drittel der 1.501 beispielsweise für das Jahr 2014 im schulischen Kontext dokumentierten Maßnahmen zielten auf die Stärkung allgemeiner Lebenskompetenzen (NLS, 2015d). Ebenso viele Maßnahmen nahmen Verhaltenssüchte in den Blick. Der Bedarf an Interventionen zur Förderung von Medienkompetenz hat – der Maßnahmendokumentation der niedersächsischen Suchtpräventionsfachkräfte zufolge – in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Methodisch stehen auch hier diejenigen Interventionen im Vordergrund, die an interaktiven Ansätzen orientiert sind (NLS, 2015d, 2015c).

Von den niedersächsischen Fachkräften für Suchtprävention werden mehrheitlich universelle Präventionsmaßnahmen umgesetzt – beispielsweise sind für 2014 55 Prozent der insgesamt 3.740 als solche dokumentiert (NLS, 2015d). Diese richten sich an die allgemeine Bevölkerung bzw., abhängig vom Umsetzungsort, ausgesuchte Gruppen, ohne dabei die spezifischen Risikoprofile einzelner Subpopulationen zu berücksichtigen (Hallmann et al., 2007). Die übrigen Maßnahmen setzen sich aus Interventionen der strukturellen, der indizierten und der selektiven Prävention zusammen (NLS, 2015d). Die sich an Menschen mit riskantem Konsumverhalten richtenden, indizierten Präventionsmaßnahmen werden häufig in Form präventiver Beratungsgespräche umgesetzt. Menschen, denen beispielsweise auf-

grund Ihrer Lebensbedingungen ein erhöhtes Suchtrisiko unterstellt werden kann, werden mit selektiven Präventionsmaßnahmen adressiert (Hallmann et al., 2007). Kinder, die in suchtblasteten Familien aufwachsen, werden häufig als Zielgruppe für derartige Interventionen genannt (z.B.: MS.Niedersachsen, 2008). Strukturell wirkende Präventionsmaßnahmen zielen auf eine Veränderung der Lebensverhältnisse der Menschen (Verhältnisprävention), die suchtpreventiven Zielen Vorschub leisten kann (Hallmann et al., 2007).

Die jährlich wiederkehrende Auswertung der im Dot.sys-Dokumentationssystem erfassten statistischen Angaben der Präventionsfachkräfte lässt zudem erkennen, dass 73 Prozent der durchgeführten Maßnahmen im Bereich Wissensvermittlung verortet waren (NLS, 2015d). Während Mehrfachnennungen möglich waren, wurden 49 Prozent der Maßnahmen (auch) mit dem Ziel der Stärkung bzw. Veränderung von Einstellungen durchgeführt. 28 Prozent der Interventionen waren auf eine Verhaltensänderung bei ihren Rezipientinnen und Rezipienten gerichtet, weitere 27 Prozent verfolgten das Ziel der Förderung von Ressourcen und Kompetenzen (NLS, 2015d).

Neben der schulischen Suchtprävention kommt den im betrieblichen Setting verorteten präventiven Maßnahmen eine hervorgehobene Bedeutung zu. Seit vielen Jahren bildet die NLS im Rahmen ihrer *Fortbildungsreihe Nebenamtliche Ansprechpartner/in für Suchtfragen* Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Behörden und Betrieben zu betrieblichen Ansprechpersonen für Suchtfragen aus (MS.Niedersachsen, 2008). Auf regionaler Ebene schließen sich einige dieser Ansprechpersonen im Rahmen von „Arbeitskreisen für betriebliche Suchtprävention“ zusammen. Die Fortbildung der Mitglieder und der Austausch von Erfahrungen sind zentrale Funktionen der Gremien. Neben dem von der NLS-Geschäftsstelle betreuten hannoverschen Arbeitskreis „Suchtprävention am Arbeitsplatz“ sowie den Arbeitskreisen „Betriebliche Suchtprävention Northeim“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung Lukas-Werk Gesundheitsdienste“ in der Region Südostniedersachsen (vgl. hierzu: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2015) konnten, unterstützt von der NLS-Geschäftsstelle, im Rahmen dieser Untersuchung 10 weitere regionale Arbeitskreise identifiziert werden. Die mit Themen der betrieblichen Suchtprävention befassten FSS Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützen die in ihrem Einzugsbereich aktiven Arbeitskreise.

Seit dem Jahr 2008 finanziert das Land Niedersachsen an 24 FSS-Standorten je eine halbe Fachkraftstelle mit den Schwerpunkten Glückspielsuchtprävention und -beratung. Der Arbeitsschwerpunkt der Fachkräfte liegt auf der Entwicklung von Konzepten und Strategien, dem Aufbau von Netzwerken sowie der Aufklärung und Beratung. Die Arbeit der Glückspielsuchtfachkräfte wird von einer, in der hannoverschen NLS-Geschäftsstelle ansässigen, Koordinatorin unterstützt und koordiniert (NLS, 2014a, 2014c). Ein regelmäßiger Arbeitskreis wird zum Erfahrungsaustausch und als Fortbildungsforum genutzt. Die Hauptzielgruppe der glücksspielsuchtpräventiven Aktivitäten sind junge Erwachsene zwischen 18 und 27 Jahren (NLS, 2014c). Inhaltlich konzentrieren sich die Maßnahmen auf die Vermittlung von Informationen, die Förderung von Kompetenzen für den verantwortlichen Umgang mit Glückspielangeboten sowie die Ausbildung einer kritischen Einstellung. Die Öffentlichkeit wird im Rahmen von Präventionsmaßnahmen mit Informationen über Glückspielangebote sowie den damit verbundenen Risiken und Gefahren – insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene – versorgt. Die präventive Öffentlichkeitsarbeit der Glückspielpräventionsfachkräfte konzentriert sich zudem auf eine intensive Pressearbeit und die Aufklärung über Glückspielgefahren in den sozialen Medien (NLS, 2014a, 2014c).

Die bisher angesprochenen, unter dem Schirm der NLS organisierten Einrichtungen sind auf die Erbringung suchtpreventiver Interventionen und suchtherapeutischer Leistungen spezialisiert. Suchtprävention und -hilfe ist jedoch auch Teil der Leistungsportfolios anderer, außerhalb der NLS-Strukturen agierender niedersächsischer Einrichtungen und Organisationen, deren bedeutendste Vertreter nachstehend angesprochen werden.

5.1.3 Selbsthilfe

Den Angaben der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen zufolge, sind in Niedersachsen bis zu 750 suchtassoziierte Selbsthilfegruppen aktiv. Die Mehrzahl der Gruppen stellen Zusammenschlüsse alkoholkranker Menschen und ihrer Angehörigen dar (NLS, 2015a). Viele Gruppen sind in unabhängigen Selbsthilfe- oder Abstinenzverbänden (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, FK; Guttempler-Orden, IOGT) oder den mit Kirchen und Wohlfahrtsverbänden assoziierten Selbsthilfeorganisationen (Arbeiterwohlfahrt, AWO; Blaues Kreuz Deutschland, BKD Landesverband Niedersachsen – Diakonisches Werk; Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, BKE; Kreuzbünde Hildesheim, Oldenburg und Osnabrück, KB – Katholische Kirche; Verein für Sozialmedizin und der Freien Suchtkrankenhilfe Niedersachsen Landesverband e.V., LV-VSM/FSM – Der Paritätische) organisiert (NLS, 2015c, 2015a). Allein über die, der freien Wohlfahrtspflege und den Kirchen angeschlossenen, Selbsthilfegruppen wurden im Jahr 2014 bis zu 12.500 Personen erreicht (NLS, 2015c).

Innerhalb der NLS-Strukturen sorgen die Selbsthilfeverbände und -organisatoren unter anderem im Rahmen ihrer Vorstandsmitgliedschaften dafür, dass selbsthilfespezifische Interessen berücksichtigt werden. Darüber hinaus dient ein NLS-interner Arbeitskreis der Selbsthilfeverbände und Selbsthilfeorganisationen dazu, gemeinsame Positionen der Selbsthilfe zu erarbeiten und nach außen zu vertreten. Der Arbeitskreis zielt darauf ab, die Unabhängigkeit der Selbsthilfe und ihrer Positionen zu wahren sowie das Verhältnis der Selbsthilfe zur beruflichen Suchthilfe zu definieren (NLS, 2015c).

Ungeachtet der differenzierten Angebote der professionellen bzw. institutionalisierten Suchthilfe, zieht ein beachtlicher Anteil von Menschen mit süchtigem Verhalten es vor, sich ihrem Suchtproblem mit der Unterstützung ebenfalls Betroffener innerhalb einer Selbsthilfegruppe zu stellen. Eine im Jahr 2010 zum vierten Mal durchgeführte, bundesweite statistische Erhebung der Strukturen und Mitglieder der fünf großen Selbsthilfe- und Abstinenzverbände (Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche e.V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e.V., Guttempler in Deutschland e.V., Kreuzbund e.V.) gibt Hinweise auf die Anzahl derjenigen, die dem Versuch der Eigenstabilisierung innerhalb der Selbsthilfestrukturen den Vorrang vor institutionalisierten therapeutischen Ansätzen geben. Demnach nahmen im Jahr 1996 bundesweit 11.400, im Jahr 1999 18.778, im Jahr 2003 14.405, im Jahr 2006 15.497 und im Jahr 2010 14.459 der Mitglieder von Suchtselbsthilfegruppen keine professionelle bzw. institutionalisierte Behandlung in Anspruch (Lahme, Grimm, Schmidt, Scheider & Janßen, 2011; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016). Ein inhaltlicher Fokus der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen im Suchtbereich liegt – dies bestätigen die Daten – auf dem Bereich der Suchthilfe und nicht der Suchtprävention. Von Suchterkrankungen Betroffene finden sich zusammen, um sich gegenseitig zu stützen und gemeinsam Wege aus der Sucht zu finden. Als weiterer Schwerpunkt der Arbeit von Selbsthilfegruppen gilt der Bereich der Stabilisierung und Nachsorge. Hier geht es darum, die im Rahmen der Gruppenarbeit oder durch die Teilnahme an (ambulanten oder stationären) suchtherapeutischen Maßnahmen erzielten Erfolge zu sichern und die

Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor Rückfällen zu bewahren. Unter Präventionsgesichtspunkten ist zu konstatieren, dass sich die Aktivitäten der Suchtselbsthilfe- und Abstinenzverbände somit auf den Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention konzentrieren (Hundertmark-Mayser, Möller & Balke, 2004).

Der Bereich der selbsthilfgetragenen suchtorientierten Primärprävention harrt bis dato einer systematischen Dokumentation. Die im Folgenden angesprochenen Aktivitäten und Projekte haben so lediglich exemplarischen Charakter. Beispielsweise setzt der, auch in Niedersachsen aktive, Selbsthilfeverband Blaues Kreuz in Deutschland e.V. seit dem Jahre 2005 unter dem Titel „[blu:prEVENT]“ suchtpreventive Angebote für Schülerinnen und Schüler um (Blaues Kreuz in Deutschland e.V., 2016b). Der Zuschnitt des Programms bzw. seiner Maßnahmen distanziert sich dabei ausdrücklich von traditionellen Präventionsstrategien. Reine Wissensvermittlung durch Vorträge oder die Präsentation schockierender Bilder, mit denen das Publikum in der Vergangenheit über die mit dem Suchtmittelkonsum einhergehenden Gefahren aufgeklärt werden sollten, gelten als überholt (Blaues Kreuz in Deutschland e.V., 2016d). Stattdessen werden interaktive Events und authentische Erfahrungsberichte von abstinent lebenden Verbandsmitgliedern als handlungsleitend beschrieben. Den Angaben des Internetauftrittes des Blauen Kreuzes zufolge, umfasst der programmatische Ansatz von „[blu:prEVENT]“ Schuleinsätze, Jugendzentren, Streetwork, Freizeiten und Camps, Beratung von Kindern und Jugendlichen aus suchtkranken Familien, Sucht-Selbsthilfegruppen für Jugendliche, Prävention und Gesundheitsförderung bei Auszubildenden sowie Präventionsangebote für Flüchtlinge. Auf Jugendkongressen werden zudem Angebote in Seminarform umgesetzt (Blaues Kreuz in Deutschland e.V., 2016a). Auch die Mitglieder anderer, in Niedersachsen aktiver, Selbsthilfeverbände sind in der Suchtprävention aktiv. Beispielsweise berichten die Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe über Referententätigkeiten an Schulen, bei denen sich Verbandsmitgliederinnen und -mitglieder im Anschluss an sogenannte Impulsreferate zum Thema Alkoholkrankheit den Fragen von interessierten Schülerinnen und Schülern stellen (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Niedersachsen e.V., ohne Jahr). Der Guttempler-Orden verfolgt eine, über die – im engeren Sinne – reine Suchtprävention hinausgehende Zielsetzung. Seinen Mitgliedern geht es vielmehr um die Schaffung einer alkoholfreien Kultur. Dem eigenen Selbstverständnis entsprechend, sind die Aktivitäten und Verbandsroutinen darauf ausgerichtet, die gesellschaftlichen Bedingungen zugunsten einer alkoholfreien Lebensweise zu verändern. Durch ihre abstinenten Lebensweise wollen die Verbandsmitglieder dabei als positives Beispiel und Rollenmodell wirken (Guttempler - Syke, 2016; Guttempler - Zetel, 2016). In seinen regelmäßig erscheinenden Jahrbüchern dokumentiert der Kreuzbund e.V. die Aktionen und Aktivitäten, die vom Verband und seinen Mitgliedern über den Zeitraum des jeweils vergangenen Jahres umgesetzt wurden. Darunter befinden sich auch Projekte mit suchtpreventiven Inhalten. Beispielsweise besuchten im Jahr 2015, im Rahmen der „Aktionswoche Alkohol“, rund 500 Lingerer Schülerinnen und Schüler eine Filmvorführung mit anschließender Diskussion zum Thema „Komasaufen“. Der gezeigte Film und ein Vortrag eines Facharztes für Psychiatrie aus dem St. Vinzenz Hospital Haselünne gaben eine erste Einführung in das Thema Alkoholsucht. Zwei Mitglieder einer Selbsthilfegruppe des Kreuzbund-Diözesanverbandes berichteten zudem von ihren Erfahrungen. Ein weiteres, durch eine studentische Qualifikationsarbeit inspiriertes, Projekt wurde in Osnabrück mit dem Ziel durchgeführt, die sportlichen und technischen, als auch kognitiven, motivationalen und sozialen Fähigkeiten Suchtkranker durch Bouldern (Klettern ohne Sicherung in Absprunghöhe) zu fördern. In einem dritten Projekt klärte das Team zur Suchtprävention des Kreuzbundes an einem Präventionstag 3.500 Emsländer Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe II über die Gefahren von Alkohol auf. (Kreuzbund e.V., 2015). Die von Teilen der Suchtselbsthilfe initiierten suchtpreventiven Aktivitäten scheinen somit, zumindest punktuell, durch fließende Übergänge

zu sekundär- und -tertiärpräventiven Ansätzen gekennzeichnet oder, wie beispielsweise im Fall schulischer Erfahrungsberichte ehemaliger Abhängiger, aus der Perspektive der Nachsorge motiviert zu sein.

5.1.4 Betriebliche Suchtprävention und betriebliches Gesundheitsmanagement

Negative Erfahrungen im Hinblick auf Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz (Alkohol, Medikamente) führten bereits in den 1970er Jahren dazu, dass Betriebe und Verwaltungen mit der Entwicklung von Initiativen und Programmen zur betrieblichen Suchtprävention und -hilfe begonnen haben. Neben der Gesundheitserhaltung der Beschäftigten ist es Ziel dieser Aktivitäten, der betrieblichen Fürsorgepflicht gerecht zu werden, die Arbeitssicherheit zu gewährleisten und Störungen des Betriebsablaufes zu vermeiden (MS.Niedersachsen, 2000). Heute gelten Programme der betrieblichen Suchtprävention als Instrumente des Personalmanagements und der Personalentwicklung (Wienemann, Schumann & Wartmann, 2011). Dabei stehen die Ziele, gesundheitliche Gefahren für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuwenden, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit zu gewährleisten, Gleichbehandlung im Hinblick auf durchgeführte Interventionen sowie Hilfe bei Suchtgefährdung im Vordergrund. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive geht es nicht zuletzt darum, Störungen des Betriebsablaufes zu vermeiden und die Qualität der Produkte zu gewährleisten (MS.Niedersachsen, 2008). Vor diesem Hintergrund werden für die betriebliche Suchtprävention vier größere Handlungsfelder beschrieben (MS.Niedersachsen, 2008, S. 70f):

1. Die Vermittlung von Wissen und die Aufklärung über Gefahren sollen zu einer Veränderung von betrieblichen Konsumkulturen führen, betriebsinterne Regelungen zur Einschränkung des Konsums und die Vorbildfunktion von Vorgesetzten stärken. Suchtfördernde Arbeitsbedingungen sollen verringert und die Gesundheitskompetenzen sowie die persönlichen Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefördert werden.
2. Die Schaffung von Voraussetzungen zur Umsetzung eines Suchtpräventionsprogrammes zielt auf die Schaffung eines Arbeits- oder Steuerkreises ab, der zur Identifikation und Abstimmung der schriftlich zu formulierenden Ziele dient und ein Konzept beschreibt. Maßnahmen und Angebote müssen entwickelt sowie Strategien der Öffentlichkeitsarbeit, der Qualitätsentwicklung und der Programmevaluation zusammengestellt und umgesetzt werden.
3. Werden bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern riskanter Suchtmittelkonsum bzw. Verhaltenssüchte und Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsverhalten beobachtet, benötigen Personalverantwortliche Unterstützung in Form von Interventionsleitfäden für Fürsorge-, Klärungs- und Stufenplangespräche sowie Qualifizierung, Beratung und Coaching für deren Umsetzung.
4. Externe Unterstützungs- und Hilfsangebote zielen auf die Veränderung riskanter Konsummuster ab und werden durch betriebsinterne Suchtberatung bzw. betriebliche Ansprechpersonen für Suchtfragen ergänzt. Betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden vor, während und nach einer Therapie und darauf folgenden Wiedereingliederungsmaßnahmen begleitet (MS.Niedersachsen, 2008; vgl. ausführlich: Wienemann & Schumann, 2006; Wienemann et al., 2011).

„Als Träger betrieblicher und dienststellenbezogener Präventions- und Hilfsprogramme fungiert häufig ein interner Arbeitskreis Sucht oder Gesundheit(sförderung), der – möglichst im Rahmen eines Gesamtkonzepts – die Einzelmaßnahmen initiiert und mit den betreffenden betrieblichen Funktionären

abstimmt“ (MS.Niedersachsen, 2000, S. 73). Niedersächsische Betriebe und Behörden sind aufgerufen, sich mit den Themen Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch zu befassen. Der Runderlass „Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Niedersächsischen Landesverwaltung“ des niedersächsischen Sozialministeriums und der übrigen Ministerien aus dem Jahr 1998, sowie dessen Aktualisierung aus dem Jahr 2006, haben die notwendigen verwaltungsrechtlichen Grundlagen hierfür geschaffen. Die, den Runderlass begleitenden, Rahmenempfehlungen (MS.Niedersachsen, 2006a) sollen einen Beitrag zum betriebsinternen Gesundheitsmanagement leisten und fordern alle Dienststellen der niedersächsischen Verwaltung dazu auf, ein Suchtpräventionsprogramm vorzuhalten. Dessen Entwicklung wird in der Verantwortung von verwaltungsinternen Arbeitsgruppen „Suchtprävention und Suchthilfe“ gesehen. In Dienststellen mit mehr als 100 Beschäftigten sind alle relevanten Akteure innerhalb der Verwaltung daran zu beteiligen. Neben Details zum Aufgabenspektrum der Arbeitsgruppen, beschreiben die Rahmenempfehlungen Zielsetzung, Inhalte und Frequenz präventiver Maßnahmen, geben Hinweise zu Hilfsangeboten für die Ansprache von betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und definieren den Schulungsbedarf der Personalverantwortlichen. Auch die Möglichkeiten und Umsetzungsvarianten verwaltungsinterner Akteure und Einrichtungen für Suchtfragen werden adressiert (MS.Niedersachsen, 2006a).

Die Versichertendaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2013, S. 310f) lassen erkennen, dass im Jahr 2012 0,8 Prozent der 11 Millionen erwerbstätigen AOK-Versicherten aufgrund einer Suchterkrankung eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde. Männer waren dabei doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Mit durchschnittlich 22,6 Fehltagen waren Frauen bei einer Arbeitsunfähigkeit jedoch durchschnittlich 1,8 Tage länger krankgeschrieben als Männer. Bis zu 85 Prozent der suchtbedingten Arbeitsunfähigkeitstage gehen ursächlich auf den Konsum der legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak zurück. Kurzzeiterkrankungen von bis zu vier Fehltagen haben mit 36 Prozent der dokumentierten Fälle den größten Anteil an der suchstoffassoziierten Arbeitsunfähigkeit (Badura et al., 2013). Da viele Betriebe für die ersten drei Krankheitstage keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen, ist von einem zusätzlichen Dunkelfeld an suchtbedingten Fehltagen auszugehen (Bergmann & Horch, 2002). Im betrieblichen Setting sind die 50- bis 59-Jährigen (37,1%) am stärksten von Suchtproblematiken betroffen (Badura et al., 2013). Bereits im Jahr 1999 verursachten tabakbedingte Arbeitsunfähigkeiten Kosten von ca. 4,2 Milliarden Euro (Wegner, Gutsch, Hessel & Wasem, 2004). Auf den Konsum von Alkohol zurückzuführende Produktivitätsverluste werden aktuell mit 16,7 Milliarden Euro veranschlagt. Auch wenn diese Zahlen kein vollständiges Abbild der tatsächlich anfallenden Produktivitätsausfallkosten durch Suchterkrankungen liefern – darauf weisen Badura et al. (2013) hin – vermitteln sie jedoch einen Eindruck von den Kosten, die den Unternehmen entstehen.

Hinzu kommen Ausgaben, die aufgrund von alkoholbedingten Arbeitsunfällen und damit einhergehenden Sachschäden entstehen. Sie werden auf 1,045 Milliarden Euro beziffert (Adams & Effertz, 2010). Zudem gehen Schätzungen davon aus, dass 15 bis 20 Prozent (Montjoie & Bengelsdorf, 2002) der, beispielsweise in 2014 955.919 registrierten Arbeitsunfälle (BMAS, 2016), auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Wird berücksichtigt, dass die Gesamtzahl der Arbeitsunfälle als 5 bis 6 Mal höher eingeschätzt wird als offiziell angezeigt (Montjoie & Bengelsdorf, 2002), ist ebenfalls mit einer weit höheren Zahl alkoholbedingter Unfälle zu rechnen. Da die Haftung der Versicherungsträger bei Arbeitsunfällen unter Alkoholeinfluss entfällt (Montjoie & Bengelsdorf, 2002), ist zudem von einer geringen Meldebereitschaft auszugehen.

Vor diesem Hintergrund wird umso deutlicher, warum Suchtprävention heute einen zentralen Bestandteil der Gesundheitsvorsorge in Dienststellen und (privatwirtschaftlichen) Betrieben darstellt (Adlhoch, Beyer & Fankhänel, 2010). Neben Tabak und Alkohol geht es dabei auch um die Prävention von Glücksspiel- und Medikamentenabhängigkeit sowie den Konsum illegaler Drogen (Adlhoch et al., 2010; Beyer, 2013).

Manuale (Wienemann et al., 2011), die exemplarisch den aktuellen Wissensstand und das Vorgehen bei der Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen im privatwirtschaftlichen Bereich beschreiben, verdeutlichen, dass nur ein gemeinsames Vorgehen von Arbeitgeberinnen und -gebern sowie Arbeitnehmerinnen und -nehmern zum Erfolg führen kann. Informationsangebote zu Suchtmitteln, riskanten Konsummustern und den möglichen Folgen sowie etwaigen Hilfsangeboten mit verhaltensbezogenen Maßnahmen zur Unterstützung der Konsumreduktion (Nichtraucherkurse, Kontrolliertes Trinken, Ernährung) seien zu kombinieren (Wienemann et al., 2011). Zudem seien Veränderungen der betriebsinternen Konsumkultur, das Versprechen von Punktnüchternheit, das Vorbildverhalten von Schlüsselpersonen sowie die Reduktion der Verfügbarkeit von Suchtmitteln zu berücksichtigen. Neben einer generellen Steigerung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten, geht es auch um den Abbau von Arbeitsbedingungen, die als potentiell suchtmittelkonsumfördernd erkannt wurden. Die Reduktion psychischer Belastungen und Hilfen zur Stressbewältigung, Unterstützung in belastenden Arbeitssituationen, präventive Arbeitsschutzmaßnahmen und die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen werden diesbezüglich als Kernelemente genannt (Wienemann et al., 2011).

Die in den FSS angesiedelten Fachkräfte für Suchtprävention führen in Betrieben und Verwaltungen Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention durch. Im Jahre 2014 richteten sich ihre Aktivitäten in einem etwa ausgeglichenen Verhältnis sowohl an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als auch an Endadressatinnen und Endadressaten. Die bevorzugten Interventionsformen sind Trainings und Schulungen. Im Rahmen von koordinierenden und kooperativen Ansätzen werden strukturgestaltende Maßnahmen umgesetzt. Auch die Nachfrage nach kompetenzfördernden und ressourcenstärkenden Angeboten nimmt stetig zu. Im Hinblick auf stoffgebundenes Suchtverhalten stehen bei den suchtpreventiven Aktivitäten die Suchtstoffe Alkohol, Cannabis, Tabak und Medikamente im Vordergrund. Im Zusammenhang mit stoffungebundenen Süchten werden vorwiegend exzessive Mediennutzung und Glücksspielsucht thematisiert (NLS, 2015c, 2015a). Bezogen auf das betriebliche Setting gelten Auszubildende als besonders vulnerable Zielgruppe und bevorzugte Adressatinnen und Adressaten suchtpreventiver Interventionen. Dahinter steht die Beobachtung, dass sich die Altersgruppe der 17-25-Jährigen als besonders risikobereit insbesondere für Experimente mit illegalen und/oder leistungssteigernden Substanzen zeigt (Wienemann et al., 2011).

Auch die Geschäftsstelle der NLS widmet sich dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung und hält hierfür einen umfangreichen Pool von Materialien vor. Darüber hinaus ist sie Veranstalterin weitreichender Fortbildungs- und Tagungsangebote, die sich an Beschäftigte aus Behörden und Betrieben wenden. Sie ist zudem Koordinatorin des regionalen Arbeitskreises Hannover „Suchtprävention am Arbeitsplatz“, der dem fachlichen Austausch der in den Betrieben mit suchtpreventiven Inhalten befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gewidmet ist. Die inhaltliche Gestaltung des Arbeitskreises wird von einigen, in Hannover ansässigen und unter der Trägerschaft verschiedener Verbände der freien Wohlfahrt stehenden, Fachstellen übernommen (NLS, 2015c). Der Arbeitskreis „Suchtprävention am Arbeitsplatz“ dient als Forum für den fachlichen Austausch der in den Betrieben mit Gesundheitsförderung und Suchtprävention befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf den halbjährlichen Treffen werden Schwerpunktthemen von folgenden Personen erarbeitet: die NLS-Koordinatorin

für Suchtprävention, Ricarda Henze, die Lehrbeauftragte des Instituts für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover, Frau Dr. Elisabeth Wienemann sowie Ute Pegel-Rimpl vom Büro für Betriebliche Suchtprävention Hannover aufbereitet werden (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2015). Mit dem regionalen hannoverschen Arbeitskreis vergleichbare Strukturen, finden sich in der Region Südostniedersachsen und dem dortigen Arbeitskreis „Betriebliche Gesundheitsförderung Lukas-Werk Gesundheitsdienste“ sowie im Hinblick auf den „Regionalen Arbeitskreis Betriebliche Suchtprävention Northeim“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2015).

Auf Grundlage einer, mit Unterstützung der NLS Geschäftsstelle durchgeführten, E-Mail-Abfrage bei den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention konnten zehn weitere Arbeitskreise identifiziert werden, die sich (zum Teil eingebettet in Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung) mit betrieblicher Suchtprävention und -hilfe befassen. Zudem wurde ein weiterer Arbeitskreis im Rahmen einer Internetrecherche identifiziert. Insgesamt wurden somit Vertreterinnen und Vertreter von 14 Arbeitskreisen zur Teilnahme an der Onlinebefragung eingeladen. Der Regionale Arbeitskreis Betriebliche Suchthilfe Göttingen (RABS) widmet sich beispielsweise seit dem Jahr 2003 der betrieblichen Suchtprävention und -hilfe. Betreut vom Team für betriebliche Suchtprävention der, dem Diakonieverband angehörende, Göttinger Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, treffen sich bis zu 20 Vertreterinnen und Vertreter regionaler Betriebe in einem vierteljährlichen Rhythmus. Neben der vertraulichen Besprechung aktueller Herausforderungen in den Betrieben werden die Themen Betriebsvereinbarung-Sucht, die Aufgabenverteilung der innerbetrieblichen Funktionsträger im Hinblick auf Sucht und Suchtprävention, professionelle Hilfsangebote für suchtkranke Mitarbeiter, die Problemlagen kleiner und mittlerer Betriebe, Fragen des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie betriebliche Gesundheitsförderung bearbeitet (Diakonie, 2016a).

Neben Verwaltungen und Unternehmen stellen die niedersächsischen Hochschulen einen weiteren Umsetzungsort für Betriebliche Suchtprävention dar. Die an Studentinnen und Studenten gerichteten Maßnahmen der Suchtprävention und -hilfe werden im Rahmen der psychosozialen Beratungsangebote der Studentenwerke umgesetzt. Grundlage hierfür ist das Hochschulgesetz (MS.Niedersachsen, 2008), das sie dazu verpflichtet, Angebote der Gesundheitsförderung und -beratung vorzuhalten (vgl. § 68 Absatz 2 Niedersächsischer Landtag). Bei manifesten Suchtproblematiken werden die Betroffenen an die jeweils zuständigen Angebote der Selbsthilfe bzw. der professionellen Suchtberatungsstellen und -kliniken vermittelt (MS.Niedersachsen, 2008).

Universitäre Suchtberaterinnen und -berater sowie Ansprechpersonen für Suchtfragen richten ihre Angebote an das in den Hochschulen beschäftigte Personal. Um den fachlichen Austausch zu gewährleisten, sind sie in überregionale Netzwerke eingebunden (MS.Niedersachsen, 2008). In der Koordinationsgruppe „HochschulNetzwerk SuchtGesundheit“ beispielsweise sind, neben Vertreterinnen und Vertretern bayerischer und nordrhein-westfälischer Universitäten, zwei an niedersächsischen Hochschulen tätige Personen engagiert (Schumann, 2016). Mit der Suchtbeauftragten der Leibniz Universität Hannover, Frau Anne Schwarz (Leibniz Universität Hannover, 2016), sowie dem Mitarbeiter der Betrieblichen Sozial- und Suchtberatung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Herrn Günter Schumann (Betriebliche Sozial- und Suchtberatung, 2016), sind damit zwei Vertreter Niedersachsens in der bundesweiten, suchtbezogenen Netzwerkarbeit aktiv. Vor dem Hintergrund ihres Engagements und fachlichen Expertise haben sie die Entwicklungen der betrieblichen und universitären Suchtprävention in den letzten Jahren beeinflusst und befördert (vgl.: Schumann, 2000, 2010).

5.1.5 Früherkennung von Suchterkrankungen

Das Fünfte Sozialgesetzbuch (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV) beschreibt für alle gesetzlich Versicherten einen Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung sowie auf Leistungen, die zur Früherkennung von Krankheiten und der Erfassung von gesundheitlichen Risiken geeignet sind (§ 11 Absatz 1 SGB V). Im Zuge der Reformulierung des § 25 (Gesundheitsuntersuchungen) SGB V, die mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Juni 2015 einherging, wurde allen Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zudem das Recht auf zielgruppen-gerechte, präventive Gesundheitsuntersuchungen zugesprochen. Die Identifikation und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen bzw. die Früherkennung bevölkerungsmedizinisch bedeut-samer Krankheiten soll dabei in einer präventionsorientierten Beratung sowie – sofern medizinisch angezeigt – in der Formulierung einer ärztlichen, verhaltensbezogenen Präventionsempfehlung mün-den (vgl. § 25 Absatz 1 SGB V). Gemäß des ebenfalls überarbeiteten § 26 (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) SGB V stehen derartige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankhei-ten fortan auch Kindern und Jugendlichen zu. Voraussetzung ist, dass Krankheiten Gegenstand der Untersuchungen sind, welche die „körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht gering-függem Maße gefährden“. Neben der Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken ist darüber hinaus eine präventionsorientierte Beratung vorgesehen. Diese soll Informationen zu regionalen Un-terstützungsangeboten berücksichtigen. Bedarfsabhängig ist auch hier die Formulierung einer verhal-tenbezogenen Präventionsempfehlung möglich. Je nach Alter des Kindes kann sich die Präventions-empfehlung auch an die Eltern oder sonstige Sorgeberechtigte richten (vgl. § 26 Absatz 1 SGB V). Damit haben die, bislang vom Säuglingsalter bis zur Einschulung durchgeführten, U1-U9 Früherkennungsun-tersuchungen, die im Grundschulalter durchgeführten U10-U11, die sich im Alter von 12-15 anschlie-ßende J1 Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die (bisher in Teilen als freiwillige Kassenleistungen) im Alter von 16-18 angebotene J2 (im Überblick: Schmidt, 2016) eine mit Rechtsanspruch versehene Ergänzung erfahren.

Hinweise auf suchtpreventive Inhalte und Ziele der genannten Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, lassen sich aus der 2015 veröffentlichten „Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ (GBA, 2016b) entnehmen. Dem-nach fordert beispielsweise die U3 Untersuchung explizit zu einer entwicklungsorientierten ärztlichen Aufklärung und Beratung (der Eltern bzw. Erziehungspersonen) unter anderem zu den Themen Sucht und Frühe Hilfen auf. Eher unspezifisch und dennoch, gerade im Kontext von Suchterkrankungen von Bedeutung, ist der allen U-Untersuchungen immanente Auftrag zur (Früh-)Erkennung von Entwick-lungsauffälligkeiten (GBA, 2016b). Mit der Neufassung der Richtlinie werden jedoch auch neue präven-tive Konzepte eingeführt. Für die Prävention exzessiver und (potentiell) süchtiger Konsummuster ist beispielhaft auf die zu leistende Beratung (der Eltern bzw. Erziehungspersonen) zu Medien(-nutzung) und Ernährung zu verweisen (GBA, 2016b). Nicht im Sinne eines Rechtsanspruches, sondern mit dem Ziel einer verpflichtenden Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U8, ist im Jahr 2009 auf Landesebene die Verabschiedung des „Niedersächsischen Gesetzes über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern“ (NFrüherkUG) erfolgt. Eltern bzw. ge-setzliche Vertreter aller in Niedersachsen lebenden Kinder werden hiernach vom Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie angeschrieben und zur Teilnahme aufgefordert. Mit der Rückmeldekarte, die der Einladung beiliegt, muss die Durchführung der Untersuchung fortan ärztli-cherseits bestätigt werden (§ 3 NFrüherkUG). Sollte bis zum letzten Monat der jeweiligen Entwick-

lungsstufe eines Kindes bzw. auch nach Versand eines Erinnerungsschreibens keine Rückmeldung vorliegen, wird das zuständige Jugendamt unterrichtet (MS.Niedersachsen, 2016). Ergebnisse einer im Stadtstaat Hamburg durchgeführten Befragung von niedergelassenen Pädiaterinnen und Pädiatern zeigen, dass die Implementation entsprechender Mechanismen zu einer höheren Teilnahmequote von sozial benachteiligten und Familien mit Migrationshintergrund führt. Zudem schlussfolgern die Autorinnen und Autoren, dass „systematisches Hinschauen“ und interdisziplinäre Vernetzung zu umfassender Prävention und zum Kinderschutz beitragen können (Pawils, Metzner, Wlodarczyk, Fillinger & Koch, 2015). Die sich in der Kinderarztpraxis bietende Möglichkeit der direkten Ansprache von Eltern und Erziehungsberechtigten kann auch dazu genutzt werden, abhängigkeiterkrankte Eltern beispielsweise für die, mit dem passiven Tabakkonsum verbundenen, Gefahren für ihre Kinder aufmerksam zu machen. Eine kürzlich von Haug, Biedermann, Ulbricht und John (2015) durchgeführte Studie, die Screening und Online-Beratungsangebote im pädiatrischen Kontext kombinierte, kam zu positiven Ergebnissen im Hinblick auf die Umsetzbarkeit derartiger Strategien.

Auch die derzeit noch gültige Fassung der „Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Jugendgesundheitsuntersuchung“ nach Vollendung des 10. Lebensjahres (GBA, 2008), betont die Absicht, durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren Fehlentwicklungen in der Pubertät verhindern zu wollen. Zudem sollen individuelle, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen erkannt und die Jugendlichen über die damit verbundenen Gefahren aufgeklärt sowie – gegebenenfalls – weiterführende Diagnostik bzw. Behandlung eingeleitet werden. Im Rahmen der spezifizierenden Vorgaben zur ärztlichen Anamnese werden „Auffällige seelische Entwicklungen/Verhaltensstörungen“ sowie „Gesundheitsgefährdendes Verhalten (z. B. Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum)“ als zu berücksichtigende Phänomene zudem explizit genannt. Nach Abschluss der Untersuchungen sind die Ärztinnen und Ärzte angehalten, das individuelle Risikoprofil der Jugendlichen anzusprechen und auf „[...] Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen hinzuweisen“ (GBA, 2008).

Durch das Anschwellen und die Folgen exzessiver (insbesondere alkoholassoziierter) Konsummuster bei Jugendlichen (*Binge-Drinking*, etc.) etwa zu Beginn der letzten Dekade (z. B.: Schöberl, Nickel, Schmutzer, Siekmeyer & Kiess, 2008; Donath et al., 2011; Donath et al., 2012) wurde der Bedarf für suchtassoziierte Strategien der Prävention, Früherkennung und Intervention im pädiatrischen Versorgungssetting besonders evident. Die häufig zeitlich eng begrenzten Begegnungen, beispielsweise zwischen jugendlichen Patientinnen und Patienten und den sie behandelnden Pädiaterinnen und Pädiatern im ambulanten oder stationären Kontext, lassen die Umsetzung effektiver und nachhaltiger, primärpräventiver Strategien als besondere Herausforderung erscheinen. In der Fachliteratur, die sich mit der Thematik befasst, wird deshalb auf die professionellen Suchtpräventionssysteme und ihre Kampagnen und Konzepte verwiesen (exemplarisch: Diestelkamp, Arnaud & Thomasius, 2014). Zur Diagnose riskanter Konsummuster wird, in Ergänzung zur ausführlichen medizinischen Anamnese, der Einsatz klinischer Interviews, Screenings und Fragebögen empfohlen und diskutiert (Diestelkamp et al., 2014). Bei positivem Befund, das heißt, einem als behandlungswürdig erkannten Konsum, stellt sich die Frage nach einer möglichst niedrigschwelligen, im pädiatrischen Behandlungssetting selbst umsetzbaren Intervention. Als besonders geeignet wird der Einsatz von Kurzinterventionen empfohlen, die zur Verhaltensänderung motivieren (AWMF, 2016). Die insbesondere unter dem Titel „Motivierende Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 2015; Hofmann & Kohler, 2013) thematisierten Strategien eignen sich darüber hinaus dazu, Betroffene von der Aufnahme einer weiterführenden therapeutischen Behandlung zu überzeugen (Diestelkamp et al., 2014). Jugendliche, die beispielsweise im Rahmen einer

Krankenhausaufnahme aufgrund von Alkoholintoxikation auffällig werden, können von den behandelnden Pädaterinnen und Pädatern dem Projekt „HaLT“ zugeführt werden, das auch in Niedersachsen mit diversen Projektstandorten vertreten ist. Das Brückengespräch bildet den Kern des reaktiven Interventionsteils und bedient sich der Technik der „Motivierenden Gesprächsführung“. Es soll Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum zur Reflektion anregen und ihre Motivation zur Verhaltensänderung stärken (z. B. Wurdak & Wolstein, 2012).

Die bereits vorliegende, aus verfahrenstechnischen Gründen jedoch erst zum 1. Januar 2017 in Kraft tretende, überarbeitete Fassung der „Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ (GBA, 2016c) berücksichtigt die vom Präventionsgesetz vorgenommenen Ergänzungen. Im Hinblick auf suchtrelevante Inhalte geht sie jedoch nicht über die Vorgaben der derzeit noch gültigen Version (GBA, 2008) hinaus. Ausnahme ist die, sofern medizinisch angezeigt, von den untersuchenden Ärztinnen und Ärzten auszustellende Präventionsempfehlung. Die Anlage 2 der Richtlinie enthält zudem Angaben zu den vom zukünftigen Vordruck für die Präventionsempfehlung zu berücksichtigenden Kategorien. Hier sind Angaben zum „Suchtmittelkonsum“ ausdrücklich vorgesehen (GBA, 2016c). Die Präventionsempfehlung darf jedoch nur Maßnahmen berücksichtigen, die vom Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes genannt werden (GBA, 2016a). Diese bezieht sich auf versicherte Kinder, Jugendliche und Erwachsene und macht Aussagen zur Prävention von Schäden, die durch den Konsum von Tabak und Alkohol verursacht werden. In Bezug auf Kinder und Jugendliche werden Maßnahmen nach dem Settingansatz empfohlen. Bezüglich des Konsums illegaler Drogen wird ein methodischer Mix und die Zusammenarbeit unterschiedlicher gesellschaftlicher Akteure präferiert (GKV-Spitzenverband, 2014, S. 65ff).

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass nur ein Bruchteil der – insbesondere im Hinblick auf Alkohol – riskant oder abhängig Konsumierenden den Weg in die professionelle Suchtberatung bzw. das suchtspezifische Hilfesystem finden (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer & John, 2000), wird auch die Erbringung suchtpreventiver bzw. Risiko- und Suchtverhalten (früh-)erkennender Leistungen im Rahmen der hausärztlichen Grundversorgung seit langem und wiederkehrend diskutiert (Berner, Mundle, Lorenz & Härter, 2004; Maylath et al., 2005; Klement, Lorenz, Bretschneider, Herrmann & Lichte, 2007; Röhrig et al., 2011). Herausgestellt wird der dort gewährleistete niedrigschwellige Zugang. Bis zu 80 Prozent der Alkoholabhängigen weisen mindestens einen jährlichen Kontakt zu einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt auf. Bis zu 67 Prozent der in riskantem Maße konsumierenden Personen suchen einmal jährlich den Rat ihrer Hausärztin bzw. ihres Hausarztes (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000). Der Nutzen suchstoffbezogener Screeningverfahren (Hapke, Rumpf & John, 1998; Rumpf, Bohlmann, Hill, Hapke & John, 2001; Neuner-Jehle, 2014) sowie die Wirksamkeit von Kurzinterventionen war wiederholt Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen und gilt als belegt (Kaner et al., 2007; Grothues, 2007; Grothues et al., 2008; Hoch et al., 2014). Zudem werden – auch aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009; Bundesärztekammer und Fachverband Sucht e.V., 2010) – die (Hausarzt-)Praxen als wichtige Schnittstelle zum suchtspezifischen Versorgungssystem angesehen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005, 2012). Ergebnisse älterer und aktueller Studien weisen jedoch darauf hin, dass die genannten Maßnahmen bzw. Instrumente von den niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten nur mit Zurückhaltung zum Einsatz gebracht werden (Krannich, Grothues & Rumpf, 2006; Schulte et al., 2014; für Niedersachsen siehe: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2005). Auch bei einer von der NLS im Auftrag der BZgA durchgeführten Evaluationsstudie nahm, ungeachtet des großen Bedarfs, nur ein kleiner Teil der Hausärztinnen und Hausärzte den kostenlos zur Verfügung gestellten Interventionsleitfaden sowie die von

der Ärztekammer Niedersachsen massiv beworbenen Schulungsangebote überhaupt wahr (NLS, 2004). Eine zu geringe Vergütung entsprechender Leistungen (z. B.: Fankhänel, Lenz, Papert, Volgt & Klement, 2014), Zeitmangel, (erlebte oder antizipierte) mangelnde patientenseitige Motivation (Berner et al., 2005; Fankhänel et al., 2014), fehlende, selbsteingeschätzte Eigenqualifikation (Fankhänel, Rascher, Thiel, Schulz & Klement, 2016) und ungenügende Kooperation mit dem Suchthilfesystem werden als mögliche Ursachen diskutiert (Schulte et al., 2014). Vor diesem Hintergrund fordert das Nationale Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ im Rahmen der Aufgabenbeschreibung für das Gesundheits- und Sozialwesen das Wissen und die Kompetenz zu Methoden der Früherkennung und Frühintervention bei ärztlichem, psychotherapeutischem, sozialpädagogischem und medizinischem Personal sowie bei Lehrkräften und den in Beratungsstellen Beschäftigten zu erhöhen. Darüber hinaus soll die Vernetzung zwischen medizinischem und suchtspezifischem Versorgungssystem verbessert, sowie die Ansprachehäufigkeit seitens der genannten Professionen, im Hinblick auf von ihnen wahrgenommene Personen mit problematischen Konsumgewohnheiten, erhöht werden (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., 2015).

5.1.6 Jugendämter und Frühe Hilfen

Die Pflege und Erziehung der eigenen Kinder gelten in Deutschland als verfassungsmäßig garantiertes, natürliches, aber auch verpflichtendes Recht der Eltern, dessen Wahrnehmung von der „staatlichen Gemeinschaft“ überwacht wird (vgl. Artikel 6, Absatz 2, Satz 1 und 2 Grundgesetz - GG). Das achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfe) greift diese – im Grundgesetz formulierten – Prinzipien auf (vgl. § 1 Absatz 2 SGB VIII) und ergänzt die Perspektive der Schutzbefohlenen. Bereits in § 1 Absatz 1 ist das Recht aller jungen Menschen auf die Förderung ihrer Entwicklung und eine Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit festgeschrieben. Absatz 2 (§ 1 SGB VIII) betont zudem das sich ergänzende Gegenüber privater bzw. elterlicher sowie öffentlicher bzw. staatlicher Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die rechtlichen Regelungen gelten dabei als Basis für das Wirken der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, deren wichtigstes Ziel es ist, dem grundsätzlichen Vorrang der Wahrnehmung der privaten Erziehungsverantwortung der Eltern, auch durch unterstützende Maßnahmen und Angebote, Geltung zu verschaffen (vgl. hierzu: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013). Das SGB VIII sieht hierzu ein breites Spektrum von Hilfen vor, die darauf gerichtet sind, die Erziehungsverantwortung der Eltern zu unterstützen sowie – sollten die Eltern ihrer Verantwortung nicht nachkommen (können) – gegebenenfalls auch gegen den elterlichen Willen Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohles zu ergreifen. Dabei wird auf die Inanspruchnahme bzw. Beteiligung anderer Leistungsträger verwiesen und Einrichtungen der „Gesundheitshilfe“ und die „Polizei“ ausdrücklich genannt (vgl. § 8a Absatz 3). Unter der Überschrift „Strukturelle Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen“ sieht § 81 SGB VIII dabei explizit eine Kooperation zwischen den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, unter anderem mit „Einrichtungen und Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstigen Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens [...]“ sowie den „Suchtberatungsstellen“ vor. Voraussetzung ist, dass die, in Artikel 6 Absatz 2 GG formulierten, Bedingungen zur Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes erfüllt sind. Bei drohender oder bereits eingetretener Beeinträchtigung oder Schädigung des Kindeswohles sind demnach Familiengericht (§§ 1666 ff Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) und Jugendamt (§§ 8a, 42 SGB VIII) verpflichtet, entsprechende Gegen- und Schutz-

maßnahmen zu ergreifen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013). In diesem Kontext hat das Thema *Kinder aus bzw. in suchtbelasteten Familien* in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erfahren (exemplarisch: Suckfüll & Stillger, 2000; Klein, 2003; Bilke-Hentsch, 2005; Klein, Wiswasi & Bätzing-Lichtenthäler, 2008; Thomasius et al., 2009; Stachowske, 2012). Beispielhaft zu verweisen ist dabei auf die 22. Niedersächsische Suchtkonferenz aus dem Jahr 2012. Unter dem Titel „Sucht zuhause? Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten“ diskutierten die versammelten Referentinnen und Referenten die mit dem Thema verbundenen Handlungsimplikationen für das Präventions- und Versorgungssystem. Unter anderem wurde die Rolle der Jugendämter sowie weiterer, auf die Unterstützung von Familien in sozialen Problemlagen zielender Dienste thematisiert (MS.Niedersachsen, 2013a).

Gemäß den Vorgaben des Achten Sozialgesetzbuches sind alle niedersächsischen Landkreise bzw. kreisfreien Städte verpflichtet, ein Jugendamt vorzuhalten und müssen alle überörtlichen Träger bzw. Bundesländer ein Landesjugendamt einrichten (vgl. § 69 Absatz 3 SGB VIII). Die kommunalen Jugendämter sind für alle lokalen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe zuständig und werden als zentrale Institutionen in Bezug auf die Förderung sowie die Gewährung von Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien beschrieben (§ 85 Absatz 1 und § 69 Absatz 1 und 3 SGB VIII). Vor dem Hintergrund der föderalen Strukturen, die die bundesdeutsche Versorgungslandschaft prägen, variieren ihre Größe, ihr organisatorischer Zuschnitt und ihre personelle Ausstattung. Dies gilt sowohl im Hinblick auf den Vergleich zwischen einzelnen Bundesländern, als auch zwischen einzelnen Kommunen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013).

Als eine Konstante in Bezug auf die Verantwortung für die hier thematisierten Interventionen zum Schutz des Kindeswohles gelten die Allgemeinen Sozialen Dienste (ASD), die als organisatorische Einheit für die Aufgaben nach dem SGB V zuständig sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013). Dem Subsidiaritätsprinzip folgend, werden viele Zuständigkeiten, die dem Aufgabenbereich des ASD zugeordnet sind, von freien Trägern der Jugendhilfe, der Jugendpflege und des Jugendschutzes wahrgenommen. Die Jugendämter wirken hier als koordinierende und die Qualität der von anderen Diensten erbrachten Leistungen sichernde Kraft (Dahme & Wohlfahrt, 2010; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013; Landschaftsverband Westfalen-Lippe & Landschaftsverband Rheinland, 2013). Unter anderem das vermehrte Auftreten von bzw. die überregional wahrgenommenen Verletzungen der elterlichen Fürsorgepflicht – beispielsweise durch Vernachlässigungen und Misshandlungen (z.T. mit Todesfolge) – haben in den letzten Jahren zu Veränderungen im Bereich der Kinderschutzgesetzgebung geführt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013; vgl. auch: "Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen - BKiSchG"). Im Zuge dessen wird, neben Kindern und Jugendlichen, immer öfter die Familie als Ganzes zur Adressatin der Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013; siehe auch: Halves & Nieting, 2009). Die, seit 2007 im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (im Überblick: Brand & Jungmann, 2013a) geförderten Projekte der Frühen Hilfen, stellen ein plastisches Beispiel hierfür dar. Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern und Heilpädagoginnen und -pädagogen sowie Psychologinnen und Psychologen arbeiten im Team und im Rahmen eines aufsuchenden Ansatzes, direkt vor Ort bei und mit den Familien. Die auf kommunaler Ebene verorteten Projekte der Frühen Hilfen werden von – an den kommunalen Jugendämtern angesiedelten – Koordinatorinnen und Koordinatoren unterstützt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013). Gleichzeitig sind die von freien und öffentlichen Trägern umgesetzten

Projekte der Frühen Hilfen (MS.Niedersachsen, 2015a) in Netzwerken organisiert, die den fachlichen sowie den Austausch von Erfahrungen gewährleisten sollen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2013; Cierpka & Thyen, 2015). In Niedersachsen unterstützt das Fach- und Familieninformationssystem Frühe Hilfen Niedersachsen (FIS) die handelnden Akteure (Landesjugendamt Niedersachsen, 2016). Das von dem NZFH beschriebene Leitbild der Frühen Hilfen betont, dass Frühe Hilfen bei Bedarf frühzeitig und präventiv, d.h. bereits während der Schwangerschaft einsetzen sollen. Ziel der Prävention in diesem Kontext sei es, Benachteiligungen im Hinblick auf die Entwicklung und Teilhabe bereits zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu realisieren (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2014). Schwangerschaftsberatung im Kontext der Frühen Hilfen wird somit auch als ein primärpräventives Angebot verstanden, das die Möglichkeit der Überführung von Ratsuchenden in weiterführende Unterstützungsangebote beinhaltet. Auf diese Weise soll vermieden werden, dass Kinder aus Familien in schwierigen Lebenslagen erst von der Jugend- und Gesundheitshilfe wahrgenommen werden, wenn sie bereits Schädigungen durch Vernachlässigungen und Misshandlungen aufweisen. Das auch in Niedersachsen im Rahmen der Frühen Hilfen umgesetzte Projekt „Pro Kind“ setzt dabei auf die Arbeit von Familienbegleiterinnen, die bereits während der Schwangerschaft durch regelmäßig stattfindende Hausbesuche die Mütter bzw. Familien in ihrer Erziehungskompetenz stärken sollen (Refle, Helm & Geisler, 2013). Damit bewegt sich „Pro Kind“ zwischen dem Pol der allgemeinen präventiven Erziehungsförderung und dem der, auf die Abwendung von Gefahren für das Kindeswohl zielenden, Interventionen des Kinderschutzes (Brand & Jungmann, 2013b). Insbesondere für Kinder aus suchtblasteten Familien ist von einem hohen Bedarf für präventiv wirkende Unterstützungsleistungen auszugehen (vgl. z. B.: Klein, 2003; Stachowske, 2012; und mit direktem Bezug auf die Frühen Hilfen: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2016). Im Hinblick auf suchtmittelkonsumierende Mütter bestätigen die – im weiteren Kontext der Frühen Hilfen gesammelten – Erfahrungen mit der aufsuchenden Arbeit von Familienhebammen die suchtpreventive und stabilisierende Wirkung von familienorientierter, auf die ersten Lebensjahre zielender Hilfe und Unterstützung (Stiftung: Eine Chance für Kinder, ohne Jahr; bundesweit vgl. auch: Hoff, Laux, Münzel, Farke & Kollmann, 2013; Schaefer, Alfes & Kolip, 2014).

Den strategischen Ansatz der Frühen Hilfen fortführend, bieten die Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27, 35a und 41 SGB VIII Unterstützung für Eltern und Familien, die der, von ihnen zu leistenden, Erziehungsarbeit nicht (alleine) nachkommen können und die betroffenen Kinder und Jugendlichen Gefahr laufen, Teilhabe- und Bildungschancen einzubüßen. Die Jugendämter nehmen auch hier die zentrale Steuerungsfunktion ein. Auf Basis der §§ 77, 78a-c obliegt ihnen die Aufgabe, Leistungs- und Entgeltvereinbarungen mit den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe zu verhandeln und abzuschließen (vgl. hierzu: MS.Niedersachsen, 2011).

5.1.7 Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS)

Als weiteres Fachreferat der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsen arbeitet die Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS) seit 1978 zu aktuellen Themen des Kinder- und Jugendschutzes und legt einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf suchtpreventive Inhalte. Die Leiterin der LJS wird von einem Team von sieben Referentinnen und Referenten mit verschiedenen Schwerpunkten in den Bereichen Gewalt, Medien, Sucht und Sexualität unterstützt. Darüber hinaus sind drei Verwaltungskräfte mit der administrativen Organisation der Landesstelle betraut (LJS, 2015b, 2015a). Während die Leitung der LJS sowie eine Verwaltungskraft über Vollzeitstellen verfügen, werden die weiteren Verwaltungs- und Re-

ferentenstellen über eine 85 Prozent, eine 75 Prozent, sieben 50 Prozent und eine 30 Prozent Teilzeitstellen abgedeckt. Zusätzlich und abhängig von aktuellen Bedarfslagen beschäftigt die LJS Praktikantinnen und Praktikanten und Aushilfskräfte, die insbesondere im Bereich Versand von Einladungsflyern und (Informations-) Materialien zum Einsatz kommen. Für die Umsetzung von Projektvorhaben greift die LJS zudem auf Honorarkräfte zurück (LAG-FW, 2016).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LJS bearbeiten ein breites Aufgabenspektrum, das sich von gezielt präventiven Aktivitäten und Projekten über allgemeine und spezielle Öffentlichkeitsarbeit im Bereich Jugendschutz sowie Fortbildungsmaßnahmen für pädagogische Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, über die Methodenentwicklung und Beratungstätigkeiten erstreckt (LJS, 2015b; LAG-FW, 2015, 2016).

Die LJS verfügt über vier Fachreferate, die entsprechend ihrer fachlichen Schwerpunkte von den Referentinnen und Referenten abgedeckt werden (LAG-FW, 2015, 2016). Das Fachreferat Gewalt ist auf die inhaltlichen Schwerpunkte Gewaltprävention und die Prävention von sexuellen Übergriffen fokussiert. Weitere Aktivitäten erstrecken sich auf die Themen Rechtsextremismus sowie Gewalt und Migration (LAG-FW, 2015, 2016). Die inhaltlichen Schwerpunkte des Fachreferat Medien liegen auf den Themen Medienpädagogik und Jugendmedienschutz (LAG-FW, 2015, 2016). In diesem Zusammenhang bearbeitet werden die Prävention bzw. der Umgang mit Phänomenen wie das exzessive Computerspielen, mediale Gewaltdarstellungen, frühkindliche Mediennutzung, mobile Mediennutzung, Internet und Jugendschutz, Möglichkeiten des Jugendmedienschutzes sowie die medienbezogene, niedrigschwellige Elternarbeit. Mit den Aufgaben dieses Fachreferates sind drei Referentinnen befasst, von denen nur eine über eine Vollzeitstelle verfügt (LAG-FW, 2016). Ebenfalls behandelt werden das Mediennutzungsverhalten jüngerer und älterer Kinder bzw. Jugendlicher, die Inhalte und Wirkungen besonders beliebter Computerspiele sowie die rechtlichen Regelungen des Medienschutzgesetzes und die sich daraus ergebenden Herausforderungen. 30 von der LJS ausgebildete Medienkoordinatorinnen und -koordinatoren bilden ein landesweites Netzwerk und wurden bis zum Auslaufen der ministeriellen Förderung Ende 2015 regelmäßig von den Medienreferentinnen und -referenten der LJS sowie externen Expertinnen und Experten geschult (LAG-FW, 2016). Das Fachreferat Sexualität arbeitet zu den Themen HIV/AIDS-Prävention und Sexualerziehung, sexuelle Identität, sexuelle Vielfalt und geschlechtssensible Arbeit mit Jungen und Mädchen, sexualisierte Sprache sowie Sexualpädagogik im interkulturellen Kontext (LAG-FW, 2015, 2016).

Die suchtpreventiven und gesundheitsförderlichen LJS-Aktivitäten konzentriert das Fachreferat Sucht. Inhaltliche Schwerpunkte werden in den Bereichen Essstörungen und Selbstverletzungen sowie Medikamentenkonsum im Kindes- und Jugendalter, bei der migrationssensiblen Arbeit insbesondere im Kontext von Suchtprävention sowie der Netzwerkarbeit definiert. Zwei Referentinnen mit jeweils einer halben Personalstelle leisten die konzeptionelle und auf die Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gerichtete Arbeit. Als zentrales Projekt dieses Fachreferates wird das Projekt „MOVE – Motivierende Gesprächsführung mit Drogenkonsumierenden Jugendlichen“ beschrieben. Mehr als 250 pädagogische Fachkräfte wurden von der LJS in den vergangenen Jahren in dieser Gesprächsführungstechnik qualifiziert. Pädagoginnen und Pädagogen werden darin geschult, einen Gesprächsfaden mit Drogen konsumierenden Jugendlichen aufzunehmen und die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung zu fördern. Hierzu werden Konsummuster gemeinsam mit den konsumierenden Jugendlichen besprochen und analysiert, mögliche Änderungsgründe und Ambivalenzen thematisiert und die Umsetzung von Interventionsoptionen an den Beobachtungen orientiert. Aufgrund guter Erfahrungen und

positiver Evaluationsergebnisse ist es erklärtes Ziel der LJS, die niedersächsischen Aktivitäten im Bereich Motivierender Kurzinterventionen (MOVE) weiter auszubauen. In diesem Zusammenhang sind für das laufende Jahr (2016) MOVE-Trainerausbildungen für pädagogische Fachkräfte geplant, die diese dazu befähigen sollen, ihrerseits mit Jugendlichen arbeitende Kolleginnen und Kollegen in den Techniken der motivierenden Gesprächsführung zu unterweisen. Das Fachreferat Sucht der LJS ist darüber hinaus aktives Mitglied des länderübergreifenden „Nordverbundes“ suchtpreventiver Fachstellen bzw. -verbände, der als Plattform für den Austausch von Erfahrungen sowie die Koordination der gemeinsamen Arbeit fungiert. In Zusammenarbeit mit der niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS), dem niedersächsischen Landespräventionsrat (LPR), dem Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) sowie der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS) ist die LJS zudem AusrichterIn der jährlich wiederkehrenden Fachtagung „Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention“. Initiiert vom niedersächsischen Kultusministerium und unter Beteiligung der LJS, vereint die Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen“ die für Schulentwicklung verantwortlichen (Landesschulbehörde, Kultusministerium, Niedersächsisches Landesinstitut für schulische Qualitätsentwicklung) sowie die im Kontext Schule präventiv tätigen Akteure (LVG & AFS, NLS).

Alle vorab genannten Fachreferate sind mit der Methoden- und Materialentwicklung sowie der Erstellung von Publikationen und Informationsmaterialien befasst (LAG-FW, 2016), die auf der Internetseite der LJS abgerufen und bestellt werden können und sich sowohl an Endadressatinnen und Endadressaten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richten.

5.1.8 Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR)

Der 1995 gegründete Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR) arbeitet auf Grundlage eines weitgefassten Präventionsverständnisses und hat das Ziel, unter Einbeziehung vielfältiger gesellschaftlicher Kräfte, Straftaten vorzubeugen und das allgemeine Sicherheitsgefühl der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern. Als eigenständiges Beratungsorgan der Landesregierung richtet sich der LPR auch an regionale Einrichtungen und Gremien. Die am niedersächsischen Justizministerium angesiedelte Geschäftsstelle (LPR, 2015a) wird von zwei Geschäftsführern geleitet und verfügt über 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (LPR, 2015b). Der Vorstand des LPR besteht aus dem Leiter der Geschäftsstelle, drei gewählten Vertreterinnen und Vertretern aus landesweit tätigen Nichtregierungsorganisationen, vier entsandten kommunalen Präventionsräten sowie einer Vertreterin der niedersächsischen Staatskanzlei und vier von niedersächsischen Ministerien benannten Vertreterinnen und Vertretern (LPR, 2015c).

Die ca. 270 Mitglieder des LPR setzen sich aus 198 kommunalen Präventionsgremien sowie ihren Fördervereinen, 56 nichtstaatlichen Verbänden und Institutionen, 12 Ministerien, ihnen nachgeordneten Behörden und 4 wissenschaftlichen Einrichtungen zusammen (LPR, 2015d, ohne Jahr).

Der LPR versteht Kriminalprävention als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sich selbst als lernende Organisation. Die enge Kooperation mit den lokalen Präventionsgremien sowie anderen Institutionen und Verbänden innerhalb und außerhalb Niedersachsens werden als essentiell beschrieben. Die am Niedersächsischen Justizministerium angesiedelte Geschäftsstelle wirkt als koordinierende und beratende Fach- und Servicestelle für den Vorstand und die Mitglieder des LPR. Ihre Hauptaufgaben sieht sie demnach in der Beratung kommunaler Präventionsgremien, der Förderung ihrer Projekte, der

Organisation und Ausrichtung von Fach- und Fortbildungsveranstaltungen, der Durchführung und Koordinierung landesweiter Modellprojekte sowie der Netzwerkarbeit auf landes-, bundes- und internationaler Ebene (LPR, ohne Jahr).

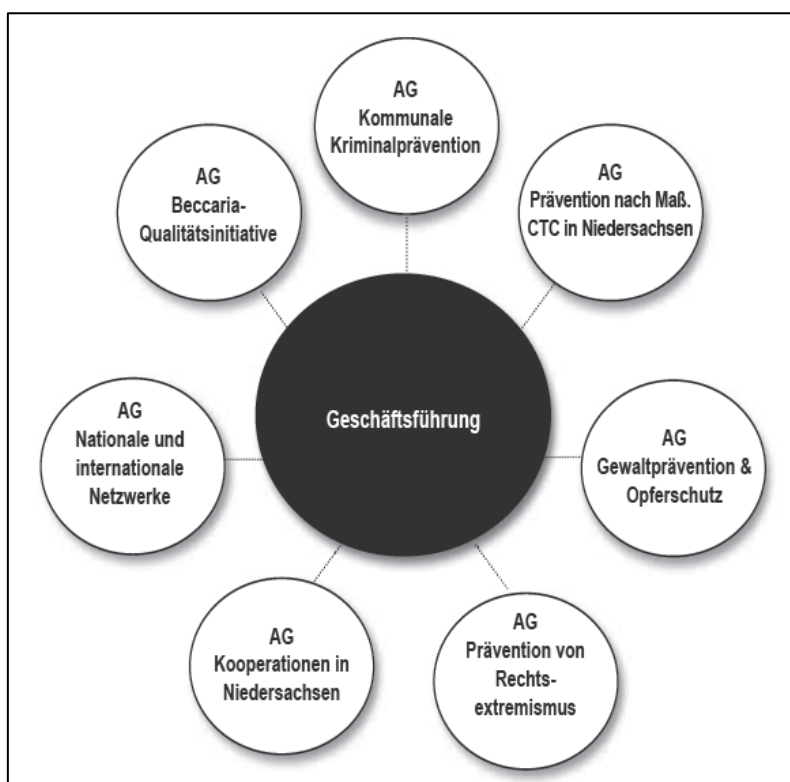


Abbildung 8. Die Arbeitsgruppen des Niedersächsischen Landespräventionsrates (LPR, ohne Jahr - , S. 59)

Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LPR stellen sich einem breiten Spektrum präventionsbezogener Themen, Projekten, Kooperationen und Veranstaltungen. Die damit verbundenen Aufgaben werden als thematische Schwerpunkte von entsprechend benannten Arbeitsgruppen (AG) bearbeitet. Wie Abbildung 8 zeigt, handelt es sich hierbei im Einzelnen um die Arbeitsgruppen „Kommunale Kriminalprävention“, „Prävention nach Maß – *Communities That Care* (CTC) in Niedersachsen“, „Gewaltprävention und Opferschutz“, „Prävention von Rechtsextremismus“, „Beccaria-Qualitätsinitiative“, „Kooperationen in Niedersachsen“ sowie „nationale und internationale Netzwerke“. Die Projektgruppe Öffentlichkeitsarbeit ist darüber hinaus für die Erstellung der LPR-Geschäftsberichte sowie den LPR-Rundbrief verantwortlich (LPR, ohne Jahr).

Im Hinblick auf Aktivitäten im Bereich (kommunaler bzw. sozialräumlicher) Suchtprävention erscheint die Arbeitsgruppe „Kommunale Kriminalprävention“ von hervorgehobener Bedeutung. Ihre Mitglieder wenden sich im Rahmen von Beratungsprozessen und Fortbildungsmaßnahmen an die Akteure im kommunalen Raum und planen und organisieren LPR-Veranstaltungen (LPR, ohne Jahr). Die größte suchtpreventive Wirkung entfaltet der LPR demnach in der Zusammenarbeit mit den ihm angegliederten kommunalen Präventionsgremien und im Rahmen der LPR-Adaption des aus den USA stammenden Programms *Communities That Care*, dessen Anwendbarkeit in Deutschland in den Jahren 2008 bis 2012 unter dem Titel „Sozialräumliche Prävention in Netzwerken – SPIN“ im Rahmen eines Modellprojektes getestet wurde. CTC hilft Kommunen bei der Planung und Steuerung ihrer Präventionsarbeit und ist darauf ausgerichtet, kommunale Präventionsaktivitäten zur Unterstützung der sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Ziel ist es, die Zielgenauigkeit und Wirksamkeit

implementierter Maßnahmen zu erhöhen sowie Evaluationsmechanismen zu etablieren (LPR, ohne Jahr). Darüber hinaus will CTC der Auftretenswahrscheinlichkeit von Jugendgewalt, Kriminalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, frühzeitigen Schulabbrüchen, Teenager-Schwangerschaften und psychischen Störungen entgegenwirken. Wird auf kommunaler Ebene Bedarf für suchtpreventive Interventionen festgestellt, unterstützt der LPR die vor Ort agierenden Akteure im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Reaktion und der Auswahl und Implementation einer angemessenen Präventionsstrategie (LPR, 2016c). In diesem Zusammenhang ist auf die vom Landespräventionsrat im Rahmen des CTC-Programms initiierten Online-Datenbank „Grüne Liste“ (www.gruene-liste-praevention.de) hinzuweisen. Hier werden in Deutschland verfügbare Präventionsprogramme anhand recherchierter Evaluationsstudien aufgeführt und anhand ihres Evidenzgrades gruppiert. Die Plattform bietet zudem die Möglichkeit, die aufgeführten Programme nach vorgesehenen bzw. avisierten Einsatzgebieten, Zielgruppen, Zielstellungen sowie den jeweils adressierten Schutz- und Risikofaktoren (LPR, ohne Jahr - , 2016d) zu sortieren. Im Rahmen der Umsetzung des CTC-Ansatzes wird die Berücksichtigung von Präventionsprogrammen empfohlen, die in der Grünen Liste aufgenommen und entlang von Qualitätskriterien beurteilbar sind. Besonders herausgestellt wird dabei die Möglichkeit, die Programme auch nach den vor Ort durch die Schülerbefragung identifizierten und priorisierten Risiko- und Schutzfaktoren auswählen zu können (LPR, 2015e). Der Internetauftritt des Landespräventionsrates gibt darüber hinaus weitere Hinweise auf zurückliegende, von ihm unterstützte suchtpreventive Interventionen. Beispielsweise wurde im Jahr 2005 im Landkreis Rotenburg/Wümme das Projekt „GEHT DOCH OHNE“ realisiert und in enger Zusammenarbeit mit der Polizei die sucht- und gewaltpräventiven Bedarfe von Schülerinnen und Schülern in den Klassen 6 bis 8 adressiert (LPR, 2016a). Das ab 2009 in Northeim durchgeführte Projekt „Ich bin Dein Schutzengel“ richtete sich an junge Diskobesucherinnen und -besucher und hatte die Prävention von Trunkenheits- und Drogenfahrten zum Ziel (LPR, 2016b).

Getragen von der NLS, dem LPR, der LJS, der LVG & AFS sowie dem Niedersächsischen Landesjugendamt (NLJA), setzt sich die Arbeitsgruppe „Alkoholprävention in Niedersachsen“ (LPR, 2016e) zudem für eine Stärkung kommunaler Alkoholprävention ein (Arbeitsgruppe „Alkoholprävention in Niedersachsen“, 2014). Hierbei wird sie von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt (Lang, 2014). In Ergänzung zu bundesweiten Tagungen der BZgA (Lang, 2014) führt der Arbeitskreis Konferenzen zum Stand und den Potentialen der Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention in Niedersachsen durch. Nach einer ersten Überblicksveranstaltung zu den in Niedersachsen vorhandenen Projekten im kommunalen Raum im Jahr 2011, stand im Jahr 2012 das Thema kommunale, alkoholpräventive Bedarfsanalysen im Mittelpunkt der Diskussion. Die nachfolgenden Konferenzen adressierten die Themen Wirksamkeit (2013), Reichweite lokaler Alkoholpolitik (2014) (Arbeitsgruppe „Alkoholprävention in Niedersachsen“, 2014) sowie das Messen und Kommunizieren von Erfolgen (2016) (NLS, LPR, LJS & LVGAFS, 2016). Ziele der Veranstaltungsreihe sind fachlicher Austausch sowie die Erarbeitung von Alkoholpräventionsstrategien für das Setting Kommune (Lang, 2014).

5.1.9 Polizei Niedersachsen

Mit dem Ziel der totalen Abstinenz im Hinblick auf den Konsum von illegalen Suchtstoffen sowie einem verantwortungsbewusstem Umgang mit legalen Suchtmitteln, der adäquaten Verwendung von Medikamenten sowie der Vermittlung von Wissen über Suchtstoffe und ihre Risiken, leistet die niedersächsische Polizei Aufklärungs- und Informationsarbeit (MS.Niedersachsen, 2000). Dabei arbeitet sie auch

mit anderen Institutionen und Lebenswelten wie Schulen, Jugendämtern, Kindertagesstätten, Vereinen, Ausbildungsträgern und Suchtberatungsstellen zusammen, die ihrerseits suchtpreventive Maßnahmen planen und umsetzen (MS.Niedersachsen, 2000).

Dennoch betont die Richtlinie für polizeiliche Präventionsarbeit, dass die niedersächsische Polizei keine – im engeren Sinne – gesundheitsorientierte Suchtprävention betreibt. Vielmehr wird sie dann tätig, wenn Sucht im Zusammenhang mit delinquentem Verhalten steht (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011). Deshalb – so die weiteren Ausführungen – sind die Hauptadressatinnen und -adressaten polizeilicher Drogen- und Suchtprävention zumeist Menschen jüngeren Alters, die Gefahr laufen, beispielsweise vor dem Hintergrund des negativen Einflusses von Medien, älteren Personen mit Vorbildfunktion oder gleichaltrigen *Peers*, riskantes Konsum- oder Suchtverhalten zu entwickeln (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011). Entsprechend richten sich die Bemühungen der mit präventiven Aufgaben befassten Beamtinnen und Beamten auf die Unterstützung von Erziehungs- und Betreuungsberechtigten. Vor dem Hintergrund der enthemmenden und häufig mit Gewaltstraftaten in Verbindung stehenden Wirkung von Alkohol wird der Alkoholprävention dabei besondere Aufmerksamkeit gewidmet (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011). Maßnahmen an Schulen werden durchgeführt, sofern sie in ein weiterführendes Gesamtkonzept und entsprechende Vor- und Nachbereitung im Unterricht eingebettet sind. Die Präsentation von Drogen oder Utensilien, die ihrem Konsum dienen, ist den polizeilichen Präventionskräften nur gegenüber Erziehungsberechtigten und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erlaubt (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011). Nur in Ausnahmefällen und gegebenenfalls aufgrund aktueller Gefahrenlagen dürfen Jugendliche in diese Präsentationen einbezogen werden. Das Prinzip der Präsentation abschreckender Beispiele in Form von Bildmaterial gilt als nicht mehr zeitgemäße Präventionsstrategie. Hierauf, sowie auf die Einbindung (ehemals) Suchtkranker wird gemäß der „Richtlinie polizeiliche Prävention in Niedersachsen“ daher ausdrücklich verzichtet (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011). In Bezug auf die Förderung von Medienkompetenz (beispielsweise zur Vermeidung von riskantem Medienkonsumverhalten) beschränken sich die polizeilichen Aktivitäten auf die Unterstützung der zuständigen Bildungseinrichtungen und Fachstellen (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011).

Alle 33 niedersächsischen Polizeiinspektionen (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport, 2015) verfügen über Präventionsteams, die sich aus den Beauftragten für Jugendsachen (BfJ), den Beauftragten für Kriminalprävention (BfK) und den Verkehrssicherheitsberaterinnen und -beratern (VSB) zusammensetzen und bei Bedarf von weiteren Kolleginnen und Kollegen (z. B. Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter Prävention, Kontaktbeamtinnen und -beamte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Fachkommissariaten) unterstützt werden (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015).

Als Teil der polizeilichen Präventionsteams sind die Beauftragten für Jugendsachen (BfJ) erste Ansprechpartner für alle Themen und Projekte, die Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt stellen. Sie orientieren ihre Arbeit an den Leitlinien für die polizeiliche Bearbeitung von Jugendsachen (2005), die in Form eines Runderlasses des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport definiert wurden (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011, 2015). In diesem Rahmen werden die Entwicklung und Fortschreibung eigener, auf Kinder und Jugendliche gerichteter Präventionskonzepte, sowie die Beteiligung an den entsprechenden Maßnahmen anderer Akteure als zentrale Aufgaben beschrieben. In Abstimmung mit den Polizeibeamtinnen und -beamten, die in anderen mit Kinder- und Jugendfragen beschäftigten Abteilungen tätig sind, sind sie zur Mitwirkung, Initiierung und Koordination von polizeilichen Maßnahmen im Bereich Jugendgefährdung verpflichtet (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011, 2015). Die Beauftragte für Jugendsachen wertet polizeiliche, mit Kindern und Jugendlichen im

Zusammenhang stehende Vorgänge mit dem Ziel aus, Rückschlüsse auf spezifische Präventionsbedarfe abzuleiten. Ferner beteiligen sie sich an den Aktivitäten lokaler Präventionsgremien und anderer, auf den Schutz von Kindern und Jugendlichen gerichteter Arbeitskreise (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011, 2015). Auf Basis des gemeinsamen Runderlasses „Sicherheits- und Gewaltpräventionsmaßnahmen in Schulen in Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft“ des Niedersächsischen Kultusministeriums, des Niedersächsischen Innenministeriums und des Niedersächsischen Ministeriums für Justiz (2010) halten sie Kontakt zu Behörden, Schulen und anderen, auf kommunaler Ebene verorteten Institutionen. In diesem Zusammenhang sind sie zur Wissensvermittlung durch Vorträge, sowie zur Durchführung verhaltensbezogener Präventionsmaßnahmen in kommunalen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen verpflichtet. Auch die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Schulen, Vereinen und Verbänden sowie die Erstellung von Berichten zur Entwicklung von Jugendkriminalität und -gefährdung gehören, neben der kriminalpräventiven Öffentlichkeitsarbeit, zu ihren Tätigkeitsfeldern (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011, 2015).

Das Wirken der Beauftragten für Kriminalprävention ist vorrangig auf technische sowie die verhaltensorientierte Prävention bei Erwachsenen gerichtet. Ähnlich wie im Hinblick auf die Beauftragten für Jugendsachen berichtet, sind sie zur Initiierung von Präventionskonzepten angehalten (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011). Diese können sich zum einen auf ihren Inspektionsbereich, darüber hinaus jedoch auch auf landesweite kriminalpräventive Maßnahmen beziehen. Beratende Tätigkeiten im Bereich Gebäudesicherung und Opferschutz, die Überwachung von Überfall- und Einbruchmeldeanlagen sowie die Koordination und Durchführung von verhaltensorientierten Präventionsmaßnahmen, die Mitwirkung an städtebaulicher Kriminalprävention, die Multiplikatorenschulung, die Öffentlichkeitsarbeit und die Mitwirkung in Präventionsgremien werden ebenfalls zu ihren Aufgaben gezählt (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011).

Die zu Verkehrssicherheitsberaterinnen und -beratern (VSB) ausgebildeten Polizeikräfte setzen eine große Bandbreite verkehrsunfallpräventiver Maßnahmen und Aktivitäten um. Als Basis dient die Erstellung eines Verkehrslagebildes, das die Analyse von Unfallschwerpunkten und Herausforderungen im Bereich der Verkehrssicherheit im Einflussbereich mit einschließt. Im Rückgriff auf Strukturdaten und beobachteter Verhaltensfehler von Verkehrsteilnehmerinnen und -teilnehmern werden Verkehrserziehungs- und Aufklärungsmaßnahmen durchgeführt (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011, 2015). Sowohl polizeiintern, als auch im Hinblick auf ihre Kooperationspartner im kommunalen Raum schulen sie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Fragen der Verkehrssicherheit und Verkehrsunfallprävention (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2011, 2015). Die von den VSB genutzten Informationsmaterialien und Präventionsmaßnahmen („Don't Drug and Drive“; „Ich bin Dein Schutzengel“; „Abgefahren – wie krass ist das denn?“) thematisieren insbesondere die mit dem Konsum von legalen und illegalen Rausch- und Suchtmitteln verbundenen Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014, 2016).

Die Rezeption des Jahresberichtes Jugenddelinquenz und Jugendgefährdung in Niedersachsen (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014) ruft in Erinnerung, dass polizeiliche Sucht- bzw. Drogenprävention immer auch auf die Verhinderung bzw. Verfolgung strafbarer Handlungen zielt. In Zusammenhang mit steigenden Zahlen minderjähriger Tatverdächtiger bei Verfahren aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln – BtMG) werden wiederkehrende Legalisierungsdebatten in Bezug auf Cannabis als den suchtpreventiven Bemühungen der Polizei abträglich dargestellt. Gleiches wird für eine zurückhaltende Sanktionsbereitschaft auf Seiten der Justiz konstatiert (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014).

Bemühungen im Bereich der (verhältnispräventiven) Alkoholprävention erstrecken sich auf die Durchführung von Jugendschutzkontrollen, die – häufig gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von Jugend- und Ordnungsämtern sowie dem Zoll – auf öffentlichen Veranstaltungen und Volksfesten durchgeführt werden. Der Jahresbericht „Jugenddelinquenz“ verweist zudem auf den gemeinsamen Runderlass des Sozial- und Innenministeriums zum Einsatz jugendlicher Testkäuferinnen und Testkäufer bei Jugendschutzkontrollen im Einzelhandel (2010a). Dieser – so die Einschätzung der Autorinnen und Autoren – habe dem Einsatz von jugendlichen Testkäuferinnen und Testkäufern ein rechtlich wie pädagogisch stabiles Fundament gegeben. Ihr Einsatz – auch das wird aus den weiteren Ausführungen des Berichtes deutlich – führt jedoch regelmäßig zu dem Ergebnis, dass ein nicht unerheblicher Anteil an minderjährigen Testkäuferinnen und Testkäufern Alkohol ausgehändigt wird (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014). Das verdeutlicht die Notwendigkeit, verhältnispräventive Bestimmungen in der täglichen Praxis durchzusetzen.

Im Bereich der Verhaltensprävention greift auch die Niedersächsische Polizei auf die Maßnahmen des HaLT-Projektes oder den, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bereitgestellten, Mitmachparcours „KlarSicht“ zurück (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014)

Die auf die Stärkung von Medienkompetenz gerichteten Maßnahmen der (niedersächsischen) Polizeikräfte orientieren sich an der Konzeption „Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren des Internets“ des Programms „Polizeiliche Kriminalprävention“ und der „Strategie zur Bekämpfung der Informations- und Kommunikationskriminalität“ (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014). Die mit exzessivem oder süchtigem Medienkonsum verbundenen Gefahren werden so nur indirekt tangiert (vgl. www.polizei-beratung.de). Die Medienkompetenzförderung wird darüber hinaus im Verbund mit anderen niedersächsischen Institutionen und Verbänden (Runder Tisch Medienkompetenz; www.medienkompetenz-niedersachsen.de) umgesetzt (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2014).

5.2 Universelle, selektive und indizierte Angebote

Im Folgenden werden beispielhaft Präventionsmaßnahmen angesprochen, die universal- und selektiv- ausgerichtete sowie indizierte Suchtprävention leisten und in Niedersachsen umgesetzt werden. Ausführliche Informationen und Beschreibungen zu standardisierten Präventionsprogrammen können dem Anhang dieses Berichts entnommen werden.

Universelle Suchtprävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung oder einzelne Subpopulationen (Hallmann et al., 2007) und wird in Niedersachsen für eine Vielzahl an Konsumrisiken angeboten (NLS, 2015d). Die Hauptgruppe der Endadressatinnen und Endadressaten solcher Maßnahmen sind Kinder und Jugendliche ab 12 Jahre, die beispielsweise mit dem Programm „KlarSicht“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016d) adressiert werden. Umgesetzt werden allerdings auch Angebote für Grundschul Kinder, wie z. B. „Klasse2000“ (Klasse 2000 e.V., 2015). Das Programm „starKids“ (NLS, 2016o; LAG-FW, 2016) richtet sich an Kinder im Kindergartenalter. Schülerinnen und Schüler in niedersächsischen Schulen werden von den Fachstellen bzw. Fachkräften für Suchtprävention auch indirekt über die Schulung ihrer Lehrerinnen und Lehrer erreicht. 30 Prozent der Maßnahmen der Präventionsfachkräfte der FSS werden als Multiplikatorenschulungen umgesetzt (NLS, 2015d). Universelle Suchtprävention für Erwachsene wird beispielsweise im Rahmen des „Prev@Work“-Programms zur betrieblichen Suchtprävention realisiert (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016).

Selektive Suchtprävention richtet sich an Subpopulationen mit spezifischen Risikomerkmale, die für die Entwicklung einer Suchterkrankung prädestinieren (Hallmann et al., 2007). Das bundesweit umgesetzte Projekt „Trampolin“ (Klein & Thomasius, 2016a) ist ein prominentes Beispiel für selektive Suchtprävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Zusätzlich existieren Multiplikatorenschulungen für den Umgang mit Kindern aus Risikokontexten, wie z. B. das Programm „Kind s/Sucht Familie“ (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2016). Einer Kombination aus primär- und sekundärpräventiven Ansätzen folgend, richtet sich das Angebot der Frühen Hilfen auch an junge Familien mit Suchtproblematiken (MS.Niedersachsen, 2015a). Im Vergleich scheinen selektiv-präventive Maßnahmen weit weniger verbreitet als universalpräventive Ansätze.

Indizierte Suchtprävention richtet sich an Personen, die bereits ein manifestes Risikoverhalten aufweisen (Hallmann et al., 2007). Diese Präventionsart wird in Niedersachsen häufig in Form von Frühinterventionen für jugendliche Endadressatinnen und Endadressaten oder junge Erwachsene angeboten. Beispielhaft ist hier der reaktive Baustein des HaLT-Projektes (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016a) zu nennen. Auch Multiplikatorenschulungen zielen häufig auf diese Altersgruppe. In diesem Kontext ist beispielhaft auf die Multiplikatorenschulungen des MOVE-Programms (Ginko Stiftung für Prävention, 2016) zu verweisen. Das „Selbstkontrolltraining – für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen – SKOLL-Training“ (Caritas, ohne Jahr) wurde für die Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen entwickelt.

5.3 Altersspektrum der Endadressatinnen und Endadressaten

Neben der Differenzierung in Präventionsarten lassen sich suchtpreventive Maßnahmen auch entlang von Altersgruppen und Settings differenzieren.

Bei der Betrachtung der in Niedersachsen verbreiteten Angebote fällt auf, dass diese sich mehrheitlich an Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 17 Jahren richten. Dazu gehören beispielsweise „Tom & Lisa“ (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016b) oder auch der „KlarSicht-Mitmachparcours“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016b). Der Dokumentation der Präventionsfachkräfte zufolge, adressierten 68 Prozent der Präventionsmaßnahmen im Jahre 2014 die Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen (NLS, 2015d). Auch die Präventionsangebote der Polizei (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015) und der Selbsthilfe (Blaues Kreuz in Deutschland e.V., 2016c) richten sich vornehmlich an diese Altersgruppe.

Die sich an die Altersgruppe der 6- bis 11-Jährigen richtenden Maßnahmen der Suchtprävention zeichnen sich häufig durch ihren (suchtunspezifischen) lebenskompetenzfördernden Charakter aus, wie z. B. das Programm „Klasse 2000“ (Klasse 2000 e.V., 2015). Analog dazu spiegelt die Dokumentation der Präventionsfachkräfte der NLS wider, dass diese Gruppe weniger stark adressiert wird: 2014 waren nur 21 Prozent der durchgeführten Maßnahmen 6- bis 11-Jährige gerichtet (NLS, 2015d).

Nach positiver Evaluation und Beendigung der modellhaften Implementierung des starKids-Projektes wird die Maßnahme derzeit in Niedersachsen verstetigt (LAG-FW, 2016). Wie bereits erwähnt richtet sich „starKids“ als eines der wenigen Programme an Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten. Das Programm hat zum Ziel, deren suchtpreventive Kompetenzen zu stärken. Darüber hinaus gibt es offenbar kaum Suchtpräventionsprogramme in Niedersachsen, die die Altersgruppe der Kinder unter 6 Jahren adressieren.

Junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren bildeten im Jahr 2014 29 Prozent der Endadressatinnen und Endadressaten der Präventionsfachkräfte (NLS, 2015d). Die für diese Zielgruppe zugeschnittenen Programme sind beispielsweise an Auszubildende gerichtet (z. B. Prev@Work; Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016), oder wenden sich als (Früh-)Interventionsprogramme an junge Erwachsene mit bereits bestehendem Risikokonsum. Das Präventionsprogramm „MOVE“ (Ginko Stiftung für Prävention, 2016) gilt hier als prominentes Beispiel. Auch die Präventionsarbeit der Polizei ist eher auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015)

Als Endadressatinnen und Endadressaten scheinen Erwachsene von den Hauptakteuren der Suchtprävention in Niedersachsen relativ selten adressiert zu werden. So wurden die über 28-Jährigen im Jahr 2014 nur zu 17 Prozent von den Präventionsfachkräften als Zielgruppe adressiert (NLS, 2015d). Erwachsene werden zudem im Rahmen der betrieblichen Suchtprävention als Endadressatinnen und Endadressaten angesprochen. Eine systematische Erhebung entsprechender Maßnahmen findet derzeit nicht statt. Allerdings gibt die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen an, dass 7 Prozent der suchtpreventiven Maßnahmen, die von Fachstellen durchgeführt werden, in betrieblichen Settings umgesetzt werden (NLS, 2016i). Darüber hinaus führten im Jahre 2015 die Fachkräfte für Suchtprävention insgesamt 225 Maßnahmen in Betrieben durch, was 6 Prozent der Gesamtheit aller von ihnen umgesetzten suchtpreventiven Maßnahmen entspricht. Damit konnten im Jahr 2015 ca. 7.000 Personen erreicht werden (NLS, 2016i). Durch die Schulung von betrieblichen Ansprechpersonen für Sucht-

fragen wird die suchtpreventive Wirkung von auf Erwachsene zielenden Maßnahmen der NLS-Geschäftsstelle diversifiziert. Die Gruppe der Älteren und Alten wird verhältnismäßig selten adressiert. Ein im Jahr 2015 von niedersächsischen Pflegeeinrichtungen der Diakonie modellhaft implementiertes Netzwerk beispielsweise versucht bis zum Jahr 2017 diesbezüglich Erfahrungen zu sammeln und nutzbar zu machen (Diakonie, 2015).

Unabhängig von den erreichten Zielgruppen ist auch eine Aufschlüsselung der suchtpreventiven Maßnahmen nach Settings aufschlussreich. Aus dem Jahresbericht der NLS geht hervor, dass 43 Prozent aller suchtpreventiven Maßnahmen von Fachstellen an Schulen stattfanden (NLS, 2016i). Damit machen Schulen mit Abstand das wichtigste Setting der suchtpreventiven Arbeit von Fachstellen und Fachkräften in Niedersachsen aus. Die meisten Maßnahmen wurden von den Fachkräften für Suchtprävention an Haupt- und Realschulen (58%) durchgeführt (NLS, 2016i). Dabei handelte es sich zum Großteil um interaktive Trainings und Schulungen (63%). Exemplarisch wird hier das Schulprogramm „BASS“ (NLS, 2015d, 2015b) angeführt. Unter den außerschulischen Maßnahmen der Fachstellen verteilte sich die Suchtpräventionsarbeit unter anderem auf die Bereiche Suchthilfe (30%), Freizeit (23%), Familie (19%), Gesundheitswesen (15%), Jugendhilfe und -arbeit (14%) sowie betriebliche (11%) Suchtprävention (NLS, 2016i). Als eines der wichtigsten Projekte der außerschulischen Suchtpräventionsarbeit wird das HaLT-Projekt (NLS, 2016g, 2016i) genannt. Dem Jahresbericht des Landeskriminalamtes Niedersachsen (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015) lässt sich entnehmen, dass auch die polizeiliche Suchtpräventionsarbeit primär im schulischen Kontext umgesetzt wird.

Über die suchtpreventive Arbeit kommunaler Präventionsgremien lassen sich aufgrund der fehlenden systematischen Dokumentation keine Aussagen zu spezifischen Sub-Settings innerhalb der Kommunen treffen. Auch die vornehmlich adressierten Altersgruppen der kommunalen Präventionsgremien können zum jetzigen Zeitpunkt nicht aufgeschlüsselt werden. Die suchtpreventive Wirkung der Arbeit von Jugendämtern und Frühen Hilfen wird in der Auseinandersetzung mit Individuen oder in familiären Settings (auch im Kontext der Bearbeitung anderer Problematiken) erzielt, bleibt auch deshalb einer quantitativen Aufschlüsselung weitgehend unzugänglich. Durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes ergibt sich zukünftig die Möglichkeit, genauere Aussagen über die Bedeutung von suchtpreventiven Aktivitäten in den Praxen von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pädiaterinnen und Pädiatern zu treffen. Bezüglich der von Selbsthilfeverbänden umgesetzten Suchtprävention lässt sich mit Vorsicht ein Trend zur Professionalisierung konstatieren (z. B. Blaues Kreuz in Deutschland e.V., 2016b). Es bleibt abzuwarten, ob damit einhergehend auch eine systematische Dokumentation implementiert werden wird.

5.4 Methodische Ansätze

Bei der Betrachtung der im Feld recherchierten methodischen Ansätze wird eine breite Methodenvielfalt deutlich, die nicht erschöpfend und repräsentativ wiedergegeben werden kann. Grundsätzlich lassen sich die Methoden in Angebote für Endadressatinnen und Endadressaten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unterteilen, die auf eine Modifizierung des Konsumverhaltens abzielen.

An **Endadressatinnen und Endadressaten** gerichtete Präventionsprogramme lassen sich in langfristig angelegte, über mehrere Interventionstermine fortlaufende oder einmalig durchgeführte Kurzmaßnahmen differenzieren. Der von Fachstellen für Suchtprävention im schulischen Kontext eingesetzte Glücksspielparcours (NLS, 2016f) sowie die von Selbsthilfeaktiven ebenfalls im schulischen Setting dargebotenen Erlebnisberichte (Blaues Kreuz in Deutschland e.V., 2016c) sind Beispiele für Kurzinterventionen. Die langfristiger angelegten Präventionsmaßnahmen verteilen sich auf mehrere aufeinander aufbauende Einzel- oder Gruppenangebote, wie z. B. das Programm „Trampolin“ (Klein & Thomasius, 2016b) oder das „SKOLL-Training“ (Caritas, ohne Jahr). Die suchtpreventiven Maßnahmen für Endadressatinnen und Endadressaten lassen sich ferner wie folgt typisieren:

- Interaktive Programme, wie z. B. der „KlarSicht-Mitmachparcours“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016b)
- Projekt- und Aktionstage und -wochen (NLS, 2015c, 2016i)
- Seminare und Vorträge, die auf Kompetenz- und Informationsvermittlung setzen, wie z. B. „Prev@Work“ für Auszubildende (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016)
- Erlebnisberichte von Selbsthilfemitgliedern (Guttempler in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, 2015; Pralle-Häusser, 2015)
- Beratungsangebote wie z. B. das MOVE-Programm (Ginko Stiftung für Prävention, 2016) sowie der reaktive Teil des HaLT-Konzepts (NLS, 2016g)
- Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die beispielsweise im Rahmen von Veranstaltungen, Vorträgen, Plakatkampagnen oder Internetangeboten (z. B. Kenn dein Limit; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014) informieren.

Zum Inhalt und Aufbau von Schulungen für **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** konnten auf Basis der Recherchen keine detaillierten Informationen aufgefunden werden. Die Dokumentation von Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen lässt jedoch darauf schließen, dass der methodische Ansatz sich häufig aus einer Mischung von Informations- und Kompetenzvermittlung zusammensetzt (Caritas, 2015; Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016). Aus dem Jahresbericht der NLS-Fachkräfte lässt sich entnehmen, dass sich die Multiplikatorenarbeit wie folgt verteilt (NLS, 2015d):

- 31 Prozent Kooperation und Koordination
- 27 Prozent Schulungen zu Präventionsberatungen
- 20 Prozent Trainings und Schulungen zur Umsetzung von Präventionskonzepten
- 10 Prozent Vorträge
- 8 Prozent Informationsvermittlung
- 1-2 Prozent Fachtagungen, Ausstellungen oder Projektstage

6 Onlinebefragung (t1) zum Ist-Zustand der Suchtprävention in Niedersachsen

6.1 Methodisches Vorgehen

6.1.1 Fragestellungen

Im Rahmen der ersten Onlinebefragung (t1) wurde eine explorative und deskriptive Zielsetzung verfolgt, indem die Befragungsergebnisse die Ableitung von zentralen Themenfeldern und Thesen ermöglichen sollen, die im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes vertieft und – in erneuter Rücksprache mit den Akteuren – auf ihre Gültigkeit hin überprüft werden sollen. Basierend auf den projektvorbereitenden Auswertungen, Recherchen und Experteninterviews diene die erste Onlinebefragung (t1) dem primären Ziel, die aktuelle Situation der Suchtprävention in Niedersachsen aus der (subjektiven) Perspektive der Hauptpräventionsakteure zu beschreiben. Im Rahmen ergänzender Fragestellungen sollte auch die Sichtweise niedersächsischer Suchtmedizinerinnen und -mediziner sowie Medizinerinnen und Mediziner auf die Suchtprävention und die Themenfelder Früherkennung und Frühintervention eingeholt werden. Die folgenden Fragestellungen standen im Vordergrund:

Fragestellungen bezogen auf alle Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

1. Wie schätzen die Akteure die Entwicklung zukünftiger Konsumrisiken in Niedersachsen ein?
2. Was sind aus Sicht der Akteure relevante Ursachen für Suchtprobleme?
3. Wie schätzen die Akteure die Wirksamkeit unterschiedlicher Präventionsziele ein?
4. Inwieweit befürworten die Akteure die Umsetzung spezifischer gesundheitspolitischer Maßnahmen, die den Bereich Suchtprävention tangieren?
5. Welche Institutionen sollten aus Sicht der Akteure suchtpreventive Arbeit leisten?

Zusätzliche Fragestellungen bezogen auf die Hauptpräventionsakteure

6. Wie schätzen die Hauptpräventionsakteure die niedersächsische Suchtprävention bezogen auf die Erreichung verschiedener Qualitätsstandards ein?
7. Wie stehen die Akteure zum Thema „Evidenzbasierte Suchtprävention“?
8. Welche Institutionen werden aus Sicht der Hauptpräventionsakteure als für die Suchtprävention zuständig und als relevante Kooperationspartner wahrgenommen?
9. Woran orientieren sich die Akteure bei der inhaltlichen Gestaltung ihrer Arbeit?
10. Welche Ausrichtung weist die suchtpreventive Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten bezogen auf Präventionsarten, Endadressatengruppen, Vermittlungsinhalte und Zielsetzungen auf?
11. Wie stellt sich die regionale Verteilung der Präventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten bezogen auf Niedersachsen dar?
12. Wie häufig werden welche standardisierten Maßnahmen und Konzepte in der Endadressatenarbeit eingesetzt?
13. Welche Anknüpfungspunkte werden für indizierte Präventionsarbeit genutzt?
14. Welche Zielgruppen werden in Fortbildungen und Multiplikatorenschulungen adressiert und welche Vermittlungsschwerpunkte bestehen hierbei?
15. Wie häufig werden welche standardisierten Maßnahmen und Konzepte in Fortbildungen und Multiplikatorenschulungen eingesetzt?

16. Wie lässt sich das Engagement der Suchtpräventionsakteure im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation beschreiben?
17. Wie wird die eigene Suchtpräventionsarbeit in Hinblick auf allgemeine Zufriedenheit, etwaige Hemmnisse und Probleme und die eigene Auslastung bewertet?
18. Welche besonderen Stärken und Schwächen werden in der niedersächsischen Suchtprävention gesehen?
19. Welche Innovationsfelder werden in der Suchtpräventionsarbeit gesehen?
20. In welcher Hinsicht werden Unterstützungsbedarfe im Hinblick auf die eigene Präventionsarbeit empfunden?
21. Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten existieren zwischen den Akteuren verschiedener institutioneller Umfeldler bezogen auf ausgewählte Themenschwerpunkte?

Zusätzliche Fragestellungen bezogen auf die Suchttherapeutinnen und -therapeuten

22. Wie schätzen Suchttherapeutinnen und -therapeuten in Hinblick auf ihre Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten der letzten 12 Monate rückblickend die Wirksamkeit bestimmter suchtpreventiver Strategien ein?
23. Was wäre aus Sicht der Suchttherapeutinnen und -therapeuten in Hinblick auf Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten der letzten 12 Monate die wirksamste Präventionsstrategie gewesen?
24. Welche besonderen Stärken und Schwächen werden in der niedersächsischen Suchtprävention gesehen?
25. Welche Verbesserungspotentiale sehen die Suchttherapeutinnen und -therapeuten in der Früherkennung?
26. Welche Hemmnisse sehen die Suchttherapeutinnen und -therapeuten in der Bereitstellung von Frühinterventionen?

Zusätzliche Fragestellungen bezogen auf die Medizinerinnen und Mediziner

27. Wie häufig werden von den Medizinerinnen und Mediziner bestimmten Maßnahmen zur Früherkennung von erhöhtem oder problematischem Konsum umgesetzt?
28. Welcher Patientenanteil weist einen erhöhten oder problematischen Konsum auf?
29. Wie häufig liegen bestimmte Problembereiche im erhöhten oder problematischen Konsum unter den Patientinnen und Patienten vor?
30. Wie häufig werden von den Medizinerinnen und Mediziner bestimmten Maßnahmen der Frühintervention bei festgestelltem erhöhtem oder problematischem Konsum umgesetzt?
31. Welche Verbesserungspotentiale sehen die Medizinerinnen und Mediziner in der Früherkennung?
32. Welche Hemmnisse sehen die Medizinerinnen und Mediziner in der Bereitstellung von Frühinterventionen?
33. Wie könnte aus Sicht der Medizinerinnen und Mediziner die Vermittlung von Patientinnen und Patienten an weiterführende Hilfsangebote besser gelingen?

6.1.2 Rekrutierung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Auf Grundlage der Ergebnisse der Experteninterviews und der umfassenden Systematisierungsarbeiten (vgl. Kapitel 4 und 5), wurden die folgenden zentralen Institutionen und Akteursgruppen identifiziert: Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, Fachkräfte für Suchtprävention, Betriebliche Suchtprävention und -hilfe, Kommunale Präventionsgremien und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Landespräventionsrates, Selbsthilfe, Polizeiliche Präventionskräfte, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Jugendschutz/-hilfe, Sozialpsychiatrische Dienste, Vorstand und Geschäftsstelle der NLS, Jugendamt, Frühe Hilfen, Ethno Medizinisches Zentrum e.V., Niedersächsische Landesschulbehörde, Sozialausschuss der Landtages, Stationäre Suchthilfe, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V.

In dem Bestreben, alle potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer persönlich einzuladen, gestaltete sich die Erstellung der Teilnehmerlisten in Teilen als aufwendig. Je nach Akteursgruppe mussten unterschiedliche Zugangswege und Informationsquellen genutzt werden (z. B. Internetrecherche, E-Mail-Anfragen und postalische sowie telefonische Kontaktaufnahmen). War es beispielsweise durch eine initiale Internetrecherche nicht möglich, persönliche E-Mail-Adressen ausfindig zu machen, wurden Listen mit Postadressen und – soweit vorhanden – dem Namen einer Ansprechpartnerin oder eines Ansprechpartners erstellt. Daraufhin wurden individuell gestaltete Anschreiben versandt, die Informationen zu Inhalt und Rahmenbedingungen der Studie beinhalteten. Mitgesendet wurde ein Kontaktformular, um die Namen und E-Mail-Adressen der infrage kommenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an das Projektteam zurückzusenden.

Tabelle 14 gibt Aufschluss über die Gesamtzahl der eingeladenen Personen sowie die Rücklaufquoten gemäß der institutionellen Zugehörigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Es wurden 1.113 Personen zur Befragungsteilnahme eingeladen. Die Rücklaufquote für den Hauptfragebogen betrug 47,3 Prozent.

Tabelle 14. Stichprobenrekrutierung und Rücklaufquoten (Hauptfragebogen)

Kategorie	Eingeladene	Nettostichprobe	Rücklaufquote
Fachstellen	318	147	46,2%
Fachkräfte	70	60	85,7%
Selbsthilfe	158	76	48,1%
Betriebliche Suchtprävention/ Betriebliches Gesundheitsmanagement	69	43	62,3%
Polizei	245	88	35,9%
Kommunale Präventionsgremien/LPR	95	25	26,3%
Jugendschutz	19	20*	100%
Sonstige	139	69	49,6%
Gesamt	1.113	527	47,3%

Anmerkung. *Die höhere Nettostichprobe beruht auf der, im Onlinefragebogen angebotenen, Neu- bzw. Eigenzuordnung zum Schwerpunkt des professionellen Hintergrundes bzw. Tätigkeitskontextes.

Die Kategorie Fachstellen umfasst, abgesehen von den Fachkräften für Suchtprävention, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention. Zur Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden die Fachstellen postalisch sowie per E-Mail angeschrieben und über Inhalt und Rahmenbedingungen der Studie informiert. Grundlage hierfür war das, in der NLS-Broschüre „Verzeichnis der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen“ (NLS, 2015f) enthaltene, Adressverzeichnis. Dem E-Mail-Anschreiben wurde ein Rückmeldeformular beigelegt, das der Akquise der Namen und E-Mail-Adressen der einzelnen Fachstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter diente. Da nicht alle Fachstellen sofort reagierten, wurden zum Teil mehrere Erinnerungsschreiben versandt. Die wohlfahrtsgetragenen und unter dem Dach der NLS agierenden therapeutischen, Adoptions- und Langzeiteinrichtungen wurden auf gleiche Weise kontaktiert. Die Adressen wurden jeweils in den NLS-Jahresberichten sowie im Internet recherchiert.

Basierend auf einer von der NLS Geschäftsstelle zur Verfügung gestellten Adressdatenbank, wurden die Fachkräfte für Suchtprävention per E-Mail informiert und zur Teilnahme eingeladen. Als Fachkräfte werden diejenigen Personen bezeichnet, die als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention überwiegend bzw. ausschließlich mit suchtpreventiven Tätigkeiten (auch Glücksspiel- und Mediensuchtprävention) befasst sind. Darüber hinaus wurden diejenigen Personen angesprochen, die im Kontext von HaLT-Projektstandorten überwiegend mit präventiven Aufgaben betraut sind.

Bei der Rekrutierung der Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wurde das Projektteam durch die, im NLS-Vorstand engagierten, Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter unterstützt, indem dem Projektteam Listen mit E-Mail-Adressen von Personen mit regionalen Zuständigkeiten zur Verfügung gestellt wurden. Die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe, die unter dem Dach des Vereins für Sozialmedizin organisiert sind, wurden per E-Mail angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen. Die entsprechenden E-Mail-Adressen wurden der Internetseite des Vereins für Sozialmedizin entnommen. Weiterhin wurden die Vorstände der Suchtselbsthilfeverbände (z. B. Anonyme Alkoholiker), die nicht dem NLS-Netzwerk angehören, telefonisch oder per E-Mail kontaktiert und über die Studie informiert. Den erreichten Vorständen wurde zudem ein Rückmeldebogen für die Mitteilung von Kontaktdaten potentieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus ihren jeweiligen Verbänden geschickt. Diese wurden schließlich zur Befragung eingeladen.

Darüber hinaus assistierte die Geschäftsführung der NLS Geschäftsstelle bei der Akquise von Kontaktadressen und -personen der, in Niedersachsen aktiven, Arbeitskreise für betriebliche Suchtprävention. Auf eine E-Mail-Anfrage der Geschäftsleitung der NLS hin meldeten die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention die Arbeitskreise für betriebliche Suchtprävention zurück, die in ihrem Einzugsgebiet bekannt waren. Die benannten Arbeitskreise wurden daraufhin per E-Mail über die Befragung informiert und um die Nennung eines Ansprechpartners gebeten, dem schließlich die Einladung zur Onlinebefragung zugestellt wurde. Zudem wurde von der NLS Geschäftsstelle von 31 ehemaligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der NLS-Fortbildung „Nebenamtliche Suchtarbeit im Betrieb“ die Einwilligung zur Weitergabe ihrer Kontaktdaten eingeholt. Diese betrieblichen Ansprechpersonen wurden daraufhin ebenfalls per E-Mail informiert und anschließend zur Onlinebefragung eingeladen. Zur Rekrutierung privater Anbieter des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden entsprechende Adresdetails im Internet recherchiert. Rekrutierungsversuche per E-Mail und per Telefon an diese Anbieter verliefen überwiegend erfolglos, da keine Rückmeldung stattfand oder die Rückmeldebögen auch nach mehrfacher Erinnerung nicht an das Projektteam zurückgesandt wurden.

Das niedersächsische Landeskriminalamt (LKA) unterstützte die Rekrutierung der Präventionskräfte aus den Reihen der Polizeidirektionen und -inspektionen. Einer Anfrage an die verschiedenen Schlüsselpersonen in den Direktionen und Inspektionen folgend, wurden dem Projektteam Listen mit den dienstlichen E-Mail-Adressen der Polizeibeamtinnen und -beamten zur Verfügung gestellt, die mit (sucht-)präventiven Aufgaben befasst sind. Die polizeilichen Präventionskräfte wurden per E-Mail kontaktiert, über Inhalt und Ziel der Onlinebefragung in Kenntnis gesetzt und erhielten ebenfalls Zugangslinks zum Onlinefragebogen.

Die Internetseite des niedersächsischen Landespräventionsrates listet Namen und Kontaktadressen der in den niedersächsischen Kommunen aktiven und mit der LPR-Geschäftsstelle kooperierenden, lokalen Präventionsgremien auf. Diese Kontaktadressen wurden genutzt, um die Gremien anzuschreiben. Dabei wurden die Kontaktpersonen um die Nennung einer Teilnehmerin oder eines Teilnehmers für die Onlinebefragung gebeten. Den Mitgliederinnen und Mitgliedern der Präventionsgremien, die von den Kontaktpersonen rückgemeldet wurden, wurden die Zugangsinformationen für den Onlinefragebogen per E-Mail zugesandt.

Für weitere Suchtpräventionsakteure, die sich nicht den bisher aufgeführten Gruppen zuordnen lassen, konnten Adressdetails im Internet recherchiert werden. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf das Auffinden von beruflichen E-Mail-Adressen der Funktionsträgerinnen und -träger, beziehungsweise von Kontaktpersonen der Einrichtungen/Institutionen gelegt. Personen, deren Kontaktdaten auf diese Weise recherchiert werden konnten, wurden direkt in die Liste der zur Teilnahme einzuladenden Akteure übernommen und im Nachgang postalisch oder per E-Mail über die Studie informiert. Dieser Strategie folgend wurden die Kontaktadressen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstellen einschlägiger Verbände und Organisationen (Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Geschäftsstelle des Landespräventionsrates Niedersachsen, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V., etc.) akquiriert. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ethno Medizinischen Zentrums, Akteure der Frühen Hilfe sowie Jugendschutz und -hilfe wurden auf diese Weise recherchiert. Im Bereich von Projekten der Frühen Hilfen diente das Fach- und Familieninformationssystem Frühe Hilfen Niedersachsen (FIS) als Grundlage für die Kontaktaufnahme.

Leider konnte eine Teilnahme der niedersächsischen Jugendamtsmitarbeiterinnen und -arbeiter sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesschulbehörde, die mit präventiven Aufgaben betraut sind, nicht erreicht werden.

Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zusatzmodule

Bei der Rekrutierung der Suchttherapeutinnen und -therapeuten wurde das Projektteam durch die niedersächsische Ärztekammer unterstützt. Gemäß einer persönlichen Mitteilung der Ärztekammer (04.03.2016) verfügen 418 niedersächsische Ärztinnen und Ärzte über die Berechtigung, Drogenabhängige medikamentös zu substituieren. Insgesamt 232 Ärztinnen und Ärzte mit Substitutionsgenehmigung sind tatsächlich substituierend tätig. Aus dieser Gruppe wurde eine Stichprobe von 189 Personen, die einer Weitergabe ihrer Kontaktdaten zugestimmt hatten, postalisch kontaktiert, über die Studie informiert und um Angabe einer E-Mail-Adresse gebeten. Der Rücklauf blieb unter den Erwartungen, weswegen auch denjenigen Suchtmedizinerinnen und -medizinern, von denen keine Rückmeldung erfolgte, ein Zugangscode per Post zugeschickt wurde, mit dem sie direkt an der Onlinebefragung teilnehmen konnten. Mit dem gleichen Procedere wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 64 in

Niedersachsen ansässigen psychiatrischen Kliniken und den ihnen angegliederten psychiatrischen Institutsambulanzen rekrutiert. Dabei handelte es sich um Personen, die in leitenden Funktionen in sozialpsychiatrischen Diensten sowie psychiatrischen Kliniken und Institutsambulanzen mit Suchtschwerpunkt bzw. Suchtabteilung tätig sind. Deren Adressdaten und Kontaktinformationen wurden vorab über die Internetseiten des niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung recherchiert. Die postalisch versandten Einladungen richteten sich an die jeweiligen ärztlichen Leitungskräfte. Dadurch konnten zusätzlich 13 Suchttherapeutinnen und -therapeuten zur Befragung eingeladen werden. Die Rücklaufquote belief sich insgesamt, bezogen auf alle potenziell bekannt gewordenen und erreichbaren Substitutions- und Suchtmedizinerinnen und -mediziner auf 33,7 Prozent ($n = 68$).

Auf Grundlage der von der Ärztekammer betriebenen internetgestützten Informationsplattform „Arztauskunft Niedersachsen“ wurden zudem zwei Zufallsstichproben von 500 Hausärztinnen und Hausärzte sowie 500 Pädiaterinnen und Pädiatern generiert. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten mussten 30, bei den Pädiaterinnen und Pädiatern 50 Personen aufgrund nicht aktueller Adressen ausgeschlossen werden, die übrigen 470 Hausärztinnen und Hausärzte sowie 450 Pädiaterinnen und Pädiater wurden erfolgreich postalisch kontaktiert. Dabei wurde ihnen neben Informationen zur Studie ebenfalls ein Rückmeldebogen mit Bitte um Angabe einer aktuellen E-Mail-Adresse zugesandt. Da aber auch hier der Rücklauf sehr gering war, wurde das gleiche Vorgehen wie bei den Suchttherapeutinnen und -therapeuten gewählt. Somit erhielt der Großteil der Hausärztinnen und -hausärzte sowie Pädiaterinnen und Pädiater die Zugangscodes auf postalischem Wege. Die Rücklaufquote der Hausärztinnen und Hausärzte belief sich mit diesem Vorgehen letztendlich auf 3,2 Prozent ($n = 15$). Die Rücklaufquote der Pädiaterinnen und Pädiater betrug 8,0 Prozent ($n = 36$). Zudem wurden 29 leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken, psychiatrischer Institutsambulanzen oder einem sozialpsychiatrischen Dienst ohne Suchtschwerpunkt bzw. Suchtabteilung zu dieser Befragung eingeladen. Von diesen nahmen 13 Personen an der Befragung teil, was einer Rücklaufquote von 44,8 Prozent entspricht. Die Gesamtrücklaufquote der Personen aus dem allgemeinmedizinischen Setting war am Ende 6,7 Prozent.

6.1.3 Befragungsinstrumente

Um den vielfältigen Themenbereichen, aber auch besonderen inhaltlichen Perspektiven der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerecht werden zu können, wurden für die drei Akteursgruppen (Hauptakteure Suchtprävention, Substitutions- und Suchttherapeutinnen und -therapeuten, Allgemeinmedizinische und -therapeutische Perspektive) unterschiedliche Fragebogenversionen entwickelt. Die Fragen und Items wurden vom Forscherteam entwickelt, da hierzu keine Referenzinstrumente vorliegen. Eine enge Absprache der eingesetzten Instrumente erfolgte mit PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf (Universitätsklinikum Lübeck) und Dr. Dirk Baier (Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaft). Als Antwortskalen wurden je nach inhaltlichem Kontext geeignete bekannte und etablierte Formate verwendet. Bei den meisten Fragen handelt es sich um geschlossene Fragen. Am Ende des Fragebogens wurden jedoch auch offene Fragen eingesetzt, um den Akteuren zusätzlich umfassendere Stellungnahmen zu zentralen Themenkomplexen zu ermöglichen. Aufgrund der Vielzahl von Fragestellungen, die die Hauptpräventionsakteure betreffen, fällt der an diese Gruppe gerichtete Fragebogen am umfang-

reichsten aus. Dieser an die Hauptpräventionsakteure adressierte Fragebogen enthielt zudem verschiedene Fragebogenmodule, auf die im Rahmen der Stichprobenbeschreibung im Detail eingegangen wird (vgl. Kap. 6.2.1.1).

Allen Befragungsinstrumenten war eine Eingangsinstruktion vorangestellt, die Hinweise und Kontaktinformationen zur verantwortlichen Studienleitung, der Zielsetzung des Projektes und den beteiligten Projektpartnern enthält. Ferner wurde auf die Vertraulichkeit und Freiwilligkeit der Befragung hingewiesen. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten darüber hinaus im Rahmen der Eingangsinstruktion einen Informationstext zum Themenbereich Suchtprävention, in das das Themenfeld beschrieben und die Begriffe Universelle Prävention, Selektive Prävention, Indizierte Prävention sowie Verhältnisprävention erläutert werden (vgl. Abbildung 9). Auch im weiteren Befragungsverlauf konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den entscheidenden Stellen immer erneut auf diese Definitionen zurückgreifen (optionale Erläuterungen mittels Roll-Over-Feld).

Unter Suchtprävention können alle Maßnahmen zusammengefasst werden, mit denen Problementwicklungen in den Bereichen Substanzkonsum und bestimmten suchtmöglichen Verhaltensweisen begegnet werden sollen. Diese Maßnahmen können sich an verschiedene Zielgruppen wenden und unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen.

Diese Befragung thematisiert die folgenden Arten von Suchtprävention:

Universelle Suchtprävention (**Optionalen Erklärungstext:** Auf die Normalbevölkerung ausgerichtet. Beispiel: Arbeit mit Schulklassen)

Selektive Suchtprävention (**Optionalen Erklärungstext:** Auf Personen mit erhöhtem Suchtrisiko ausgerichtet, die noch keinen problematischen Konsum aufweisen. Beispiel: Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien)

Indizierte Suchtprävention (**Optionalen Erklärungstext:** Auf Personen mit bereits erhöhtem oder riskanten Konsum ausgerichtet. Beispiel: Beratung von Personen mit erhöhtem oder riskantem Konsum)

Verhältnisprävention (**Optionalen Erklärungstext:** Auf Umweltbedingungen ausgerichtet, die das Risiko missbräuchlichen, riskanten oder abhängigen Konsums erhöhen. Beispiel: Jugendschutzbezogene Alterskontrollen)

Abbildung 9. Informationstext zum Themenbereich Suchtprävention im Rahmen der Eingangsinstruktion

6.1.4 Datenerhebung

Die Programmierung und das Hosting des Fragebogens sowie die Einladung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden von rc – research & consulting, einem externen Projektpartner, in enger Absprache mit dem Projektteam durchgeführt. Als neutraler Dienstleister gewährleistet rc absolute Vertraulichkeit und Anonymität der erhobenen Daten. rc hält sich an die gültigen Datenschutzgesetze in Deutschland (BDSG, TKG, TMG) und den Bestimmungen der Datenschutzrichtlinie der EU. rc ist Mitglied im BVM (Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V.) und der DGOF (Deutsche

Gesellschaft für Onlineforschung) und richtet sich strikt nach den Standesregeln des BVM, ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V.) und der ESOMAR (European Society for Opinion and Market Research).

Die Onlinebefragung erfolgte über ein computergestütztes webbasiertes Interview (CAWI) mittels der Software Conconfirm (www.conconfirm.com), einem der global führenden Programme für Online-Befragungen. Durch Anklicken eines individuellen und eindeutigen Links gelangte jede eingeladene Person über einen Internet Browser direkt in den Fragebogen. Der individuelle Befragungslink stellte sicher, dass unautorisierte Personen den Fragebogen nicht ausfüllen konnten, keine Zielperson mehrfach an der Befragung teilnehmen konnte und im Falle einer Unterbrechung die Befragung später durch Klick auf den Link wieder an der gleichen Stelle im Fragebogen fortgesetzt werden konnte. Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die innerhalb einer bestimmten Frist nicht an der Befragung teilgenommen hatten, wurden mittels einer Erinnerungs-E-Mail erneut an die Studie erinnert. Insgesamt wurden bis zu drei Erinnerungs-E-Mails mit einer Einladung zur Teilnahme an die Akteure versendet.

Zielpersonen, von denen keine E-Mail-Adresse vorlag, wurden einmalig postalisch zu der Online-Befragung mit einem individuellen und eindeutigen Zugangslinks eingeladen. Diese Anschreiben erfolgten durch das KFN. Hierfür stellte rc dem KFN eine Liste mit Zugangscodes in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Die Befragung fand vom 03.06.2016 bis 12.09.2016 statt. Der Datenerhebungszeitraum musste über die ursprünglich geplante Dauer von 6 Wochen verlängert werden, da der Rücklauf zunächst verhalten ausfiel.

6.2 Ergebnisse

6.2.1 Hauptakteure der Suchtprävention

6.2.1.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 702 Hauptakteure der Suchtprävention den Onlinefragebogen aufgerufen. Davon konnten 527 Personen in die Auswertung einbezogen werden, von denen 498 den Fragebogen vollständig ausfüllten. 29 Personen beantworteten zumindest die Fragen zu den Basisdaten sowie die Einschätzungsfragen und wurden deshalb mit in die Auswertung dieser Fragebogenteile einbezogen.

51,8 Prozent der Befragten sind weiblich. 5,5 Prozent geben an, jünger als 30 zu sein. 22,2 Prozent der Stichprobe sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, über die Hälfte (60,7%) sind 50 Jahre oder älter. Als beruflichen Status geben 319 Personen „Angestelltenverhältnis“ an, 111 nennen „Beamtenverhältnis“, 82 sind Ehrenamtliche, 5 sind selbstständig tätig bzw. Freiberufler, 3 sind Praktikanten und 1 Person ist Psychotherapeutin in Ausbildung. Sechs weitere Befragte geben einen sonstigen beruflichen Status an. Als fachlichen Hintergrund nennen 44,0 Prozent der Personen „Sozialpädagogik/Sozialarbeit“. Des Weiteren umfasst die Stichprobe unter anderem 91 Polizisten (17,3%), 32 Erziehungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler bzw. Pädagoginnen und Pädagogen (6,1%) sowie 29 Psychologinnen und Psychologen (5,5%). Die Verteilung der Haupttätigkeitsfelder innerhalb der Suchtprävention in der vorliegenden Stichprobe ist in Tabelle 15 ausgewiesen.

Tabelle 15. Haupttätigkeitsfelder der Suchtpräventionsakteure

Kategorisierung	Haupttätigkeitsfeld	N	N _A	N _B	N _C	%
Fachstellen	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention (nicht Präventionsfachkraft)	147	83	15	24	27,9%
Polizei	Polizei	88	48	4	13	16,7%
Selbsthilfe	Selbsthilfe	76	46	12	19	14,4%
Fachkräfte	Fachkraft für Suchtprävention (38), Glücksspiel (18), Medien (4)	60	51	25	28	11,4%
Betrieblich	Betriebliche Suchtprävention / betriebliches Gesundheitsmanagement	43	14	3	3	8,2%
KPR	Kommunales Präventionsgremium / (Landes-) Präventionsrat	25	8	2	6	4,7%
Jugendschutz	Jugendschutz	20	10	2	2	3,8%
	Sozialpsychiatrischer Dienst	11	5	2	2	2,1%
	Jugendamt / Frühe Hilfen	10	1	0	1	1,9%
	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (Vorstand / Geschäftsstelle)	9	3	3	5	1,7%
	Leitende Funktion bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege	8	5	3	3	1,5%
	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V.	6	2	0	1	1,1%
	Ethno Medizinisches Zentrum e.V.	3	2	2	1	0,6%
	Niedersächsische Landesschulbehörde	2	2	2	1	0,4%
	Sozialausschuss des Landtages	2	1	0	0	0,4%
	Stationäre Suchthilfe	1	0	0	0	0,2%
	Eingliederungshilfe	2	1	0	0	0,4%
	Familienhebamme	2	0	0	0	0,4%
	Suchtberatung	2	2	0	0	0,4%
	Jugendarbeit	1	1	0	0	0,2%
	Jugendpflege/-zentrum	1	1	0	1	0,2%
	Kriminalpräventiver Rat	1	0	0	1	0,2%
	Krisenintervention	1	1	0	0	0,2%
	Niedrigschwellige Suchthilfe	1	1	0	0	0,2%
	In Schulklassen	1	0	0	0	0,2%
	Sozialpsychiatrie/Suchtberatung	1	0	0	0	0,2%
Sucht-Rehabilitation	1	0	0	0	0,2%	
Suchtberatung/-behandlung	1	0	0	0	0,2%	
Vertrauensperson für soziale Angelegenheiten	1	0	0	0	0,2%	
		527	288	75	111	100%

Anmerkung. N = Allgemeiner Teil (alle Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer), N_A = Modul Endadressatinnen und Endadressaten, N_B = Modul Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, N_C = Modul Öffentlichkeitsarbeit

Bei der Einladung zur Befragung wurde das Tätigkeitsfeld, dem eine Person nach unseren Recherchen zuzuordnen ist, explizit erwähnt. Da jedoch auch mehrere institutionelle Zugehörigkeiten möglich sind,

wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, ob diese Zuordnung ihrem Haupttätigkeitsfeld in der Suchtprävention entspricht. Im Falle einer Verneinung konnten sich die Personen einer anderen der aufgelisteten Tätigkeitsfelder zuordnen.

Bei dem Erhebungsinstrument handelt es sich um einen modularen Fragebogen. Der allgemeine Teil enthält Einschätzungsfragen, die an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerichtet werden (siehe Spalte „N“ in Tabelle 15). Des Weiteren wurden über Filterfragen einzelne Module für bestimmte Teilnehmerinnen und Teilnehmer freigeschaltet. Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten an über 10 Tagen mit Endadressatinnen und Endadressaten gearbeitet zu haben, bekamen zusätzlich das Modul A (siehe Spalte „N_A“ in Tabelle 15), dies trifft auf 288 der Befragten zu. Durchschnittlich arbeiteten diese an 66 Tagen in den letzten 12 Monaten mit Endadressatinnen und Endadressaten. Der mit Endadressatenarbeit durchschnittlich verbundene Stundenaufwand betrug an Maßnahmetagen 5 Stunden inklusive Vor- und Nachbereitung. Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten an über 10 Tagen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gearbeitet zu haben, bekamen zusätzlich das Modul B (siehe Spalte „N_B“ in Tabelle 15). Dies trifft auf 75 Befragte zu. Im Schnitt arbeiteten diese an 33 Tagen in den letzten 12 Monaten mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Der mit Multiplikatorenarbeit durchschnittlich verbundene Stundenaufwand betrug an Maßnahmetagen 8,5 Stunden inklusive Vor- und Nachbereitung. Personen, die angaben, in den letzten 12 Monaten an über 10 Tagen suchtpräventive Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt zu haben, bekamen zusätzlich das Modul C (siehe Spalte „N_C“ in Tabelle 15). Dies trifft auf 111 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Im Schnitt arbeiteten diese an 31 Tagen in den letzten 12 Monaten im Bereich suchtpräventiver Öffentlichkeitsarbeit. Der mit dieser Arbeit durchschnittlich verbundene Stundenaufwand betrug an entsprechenden Tagen 6,5 Stunden inklusive Vor- und Nachbereitung.

Im Folgenden wird in der Datenauswertung zum einen die Gesamtgruppe der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer analysiert. Zum anderen werden je nach Größe der in den einzelnen Fragebogenmodulen verfügbaren Substichproben differenzierte Auswertungen von Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern unterschiedlicher Tätigkeitsfelder vorgenommen. Die Fachkräfte für Suchtprävention werden dabei zusammen mit den Fachkräften für Glücksspielsuchtprävention und den Fachkräften für Mediensuchtprävention als Gruppe „Fachkräfte“ zusammengefasst ($n = 60$). Im allgemeinen Teil werden sieben Gruppen differenziert ausgewertet (vgl. Kategorisierung Tabelle 15). Im Modul A (Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten) werden die fünf größten Gruppen differenziert betrachtet: Fachstellen, Polizei, Selbsthilfe, Fachkräfte sowie betriebliche Suchtprävention/ betriebliches Gesundheitsmanagement. Im Modul B (Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren) wird zwischen drei Gruppen unterschieden: Fachstellen, Fachkräfte sowie Selbsthilfe. Im Modul C (Öffentlichkeitsarbeit) können vier Gruppen differenziert betrachtet werden: Fachstellen, Fachkräfte, Polizei und Selbsthilfe.

Die Durchschnittsdauer der bisherigen Tätigkeit in der Suchtprävention beläuft sich in der Stichprobe auf 12,7 Jahre (Median = 9,4 Jahre). Im Schnitt arbeiten die Akteure 26,3 Stunden in der Woche in diesem Bereich, 18,9 Prozent der Befragten sogar 40 Stunden oder mehr. 41,8 Prozent der Befragten verfügen über eine psychotherapeutische oder suchtbezogene Qualifikation. Weitere 7,4 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben eine sonstige Qualifikation an. 77,2 Prozent der Stichprobe haben in den letzten 3 Jahren an Fortbildungsveranstaltungen mit thematischem Bezug zur Suchtprävention teilgenommen. Im Folgenden wird als Durchschnitt für die Zahl der Tage auf Fortbildungen der Median angegeben, da das arithmetische Mittel zu relativ großen Verzerrungen führen würde. Der

durchschnittliche Umfang der besuchten Fortbildungen beläuft sich auf etwa 5 Tage innerhalb der letzten 3 Jahre. Die meisten Fortbildungen wurden von Akteuren der Selbsthilfe besucht. Im Median besuchten diese in den letzten 3 Jahren an etwa 14 Tagen Fortbildungen. Am seltensten besuchten Polizistinnen und Polizisten Tagungen oder Fortbildungen mit suchtpreventivem Themenbezug. Hier geben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, im Median an 1,5 Tagen in den letzten 3 Jahren an entsprechenden Veranstaltungen teilgenommen zu haben.

6.2.1.2 Einschätzungsfragen zu Sucht und Suchtprävention

Auf die Bitte um eine subjektive Einschätzung, wie sich die Zahl der problematischen Konsumentinnen und Konsumenten bis zum Jahr 2030 in Niedersachsen entwickeln wird, ergibt sich aus Sicht der Akteure ein differenziertes Bild für die verschiedenen Substanzen und Verhaltensangebote (7-stufiges Antwortformat: „wird sehr stark abnehmen“, „wird stark abnehmen“, „wird etwas abnehmen“, „wird gleich bleiben“, „wird etwas zunehmen“, „wird stark zunehmen“, „wird sehr stark zunehmen“). Die höchste Zunahme von Problemkonsumentinnen und -konsumenten wird bei Computerspielen und Internetaktivitäten angenommen (vgl. Abbildung 10). Auch für das Glücksspiel wird eine leichte Zunahme prognostiziert. Damit wird bei den abgefragten Konsumproblemen im Bereich Verhaltenssuchte insgesamt von der stärksten Zunahme an Problemkonsumentinnen und -konsumenten ausgegangen. Bezüglich der abgefragten Substanzen wird insbesondere eine Zunahme problematischer Medikamentenkonsumentinnen und -konsumenten angenommen. In Hinblick auf Legal Highs und Crystal Meth wird ebenfalls eine leichte Zunahme prognostiziert. Für den problematischen Konsum von Tabak und Nikotin wird eine leichte Abnahme angenommen. Für Opiate und Heroin sowie LSD und psychoaktive Pilze werden kaum Veränderungen vermutet.

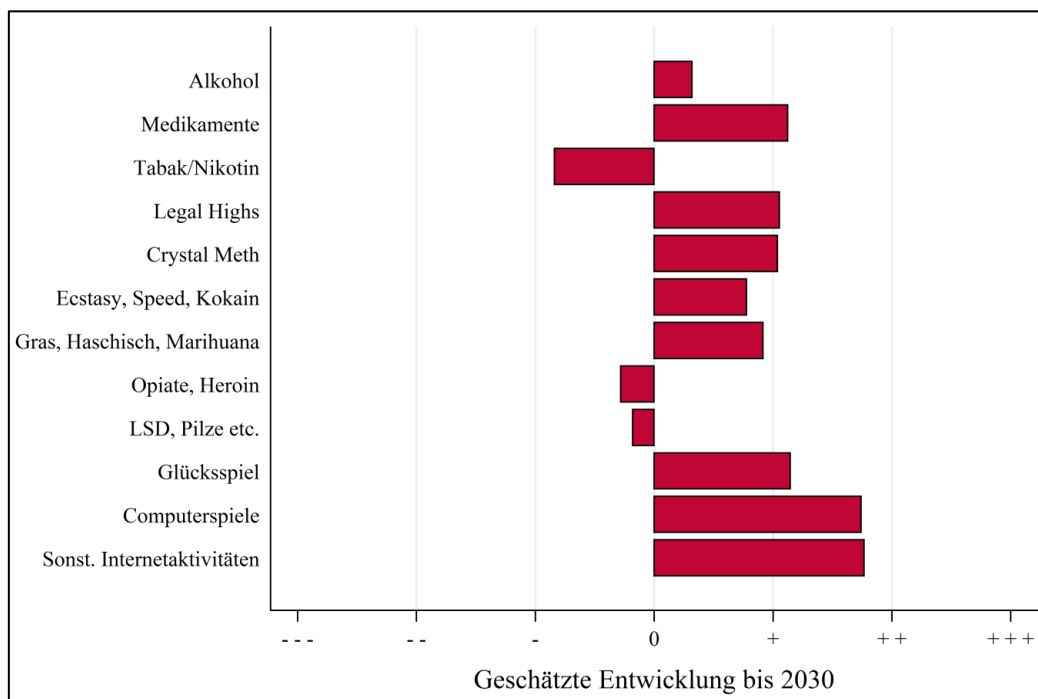


Abbildung 10. Einschätzung der Entwicklung von problematischem Konsum in Niedersachsen bis 2030 (Hauptakteure; $n = 529$)

Zwischen den einzelnen Akteursgruppen können nur geringe Differenzen in der Einschätzung zukünftiger Suchtrisiken beobachtet werden (vgl. Abbildung 11).

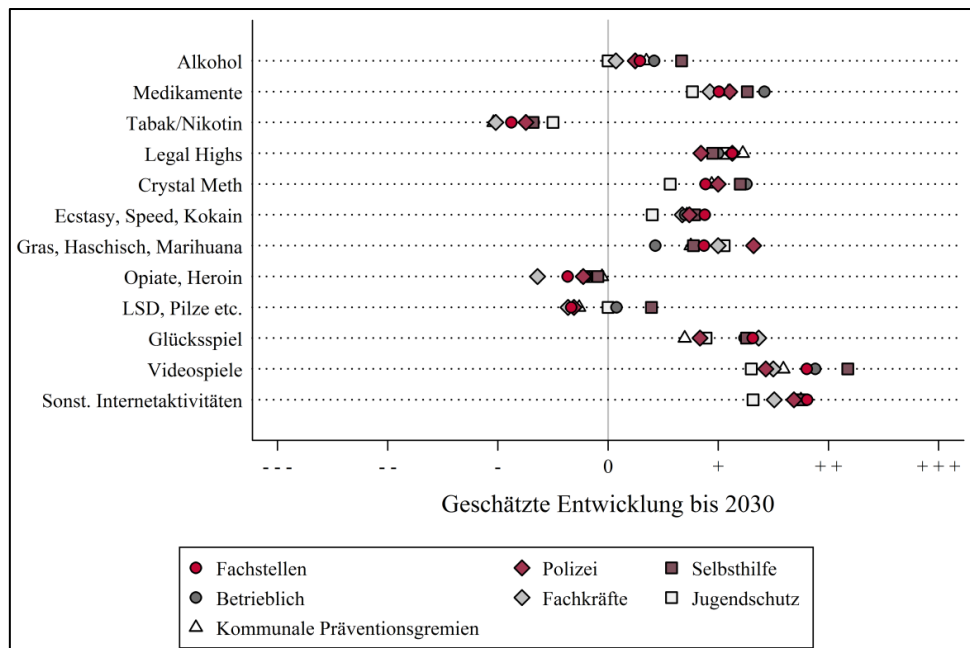


Abbildung 11. Einschätzung der Entwicklung von problematischem Konsum in Niedersachsen bis 2030 (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 459$)

Bezüglich der potenziellen Ursachen von Suchtproblematiken wird allen vorgeschlagenen Ursachen eine mittlere bis hohe Relevanz zugesprochen (5-stufiges Antwortformat: „keine Relevanz“ bis „sehr hohe Relevanz“). Leistungsdruck, Arbeitsbedingungen und Erwerbsunsicherheit sowie soziale Problemlagen und Armut werden als besonders relevant eingeschätzt (vgl. Abbildung 12). Weiterhin als relevant gesehen werden die Verbreitung digitaler Medien und komorbid vorliegende psychische Erkrankungen. Das nächste relevante Cluster stellt die gesellschaftliche Akzeptanz sowie die Verfügbarkeit und der zu günstige Preis für legale Suchtmittel dar.

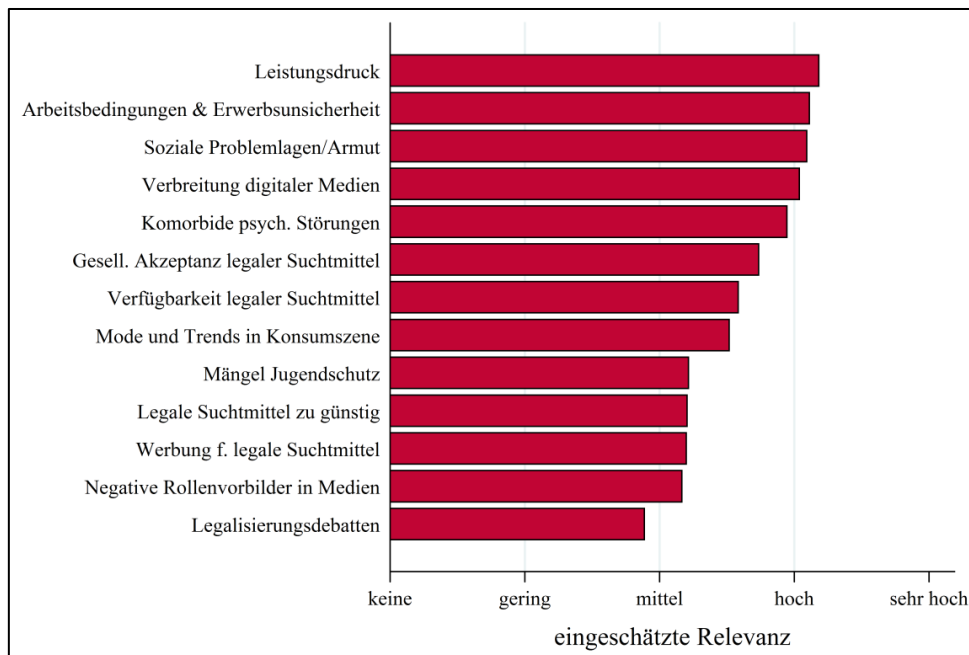


Abbildung 12. Einschätzung verschiedener Ursachen für Suchtprobleme auf ihre Relevanz (Hauptakteure; $n = 527$)

Bei der Betrachtung der einzelnen Gruppen zeigen sich in Hinblick auf die Relevanzzuschreibung zum Teil Differenzen (vgl. Abbildung 13). Die höchsten Differenzen ergeben sich in der Einschätzung der

Relevanz komorbider psychischer Störungen, Legalisierungsdebatten und Werbung für legale Suchtmittel. Komorbide Störungen werden sowohl von Fachstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern als auch Fachkräften als hochrelevant eingeschätzt, während etwa in der Suchtprävention tätige Polizistinnen und Polizisten diesen nur eine mittlere Relevanz zuschreiben. Legalisierungsdebatten werden hingegen von den Polizistinnen und Polizisten im Vergleich zu den anderen Gruppen als relevantere Ursache für Suchtprobleme eingeschätzt. Gerade das Fachstellenpersonal und der Jugendschutz schätzen die Relevanz von Legalisierungsdebatten hingegen als geringer ein. Werbung für legale Suchtmittel weist aus Sicht des Jugendschutzes die geringste, aus Sicht der Fachkräfte die höchste Bedeutung auf. Im Vergleich zu den anderen Gruppen bewerten Polizistinnen und Polizisten die Relevanz von Arbeitsbedingungen und Erwerbsunsicherheit als geringer.

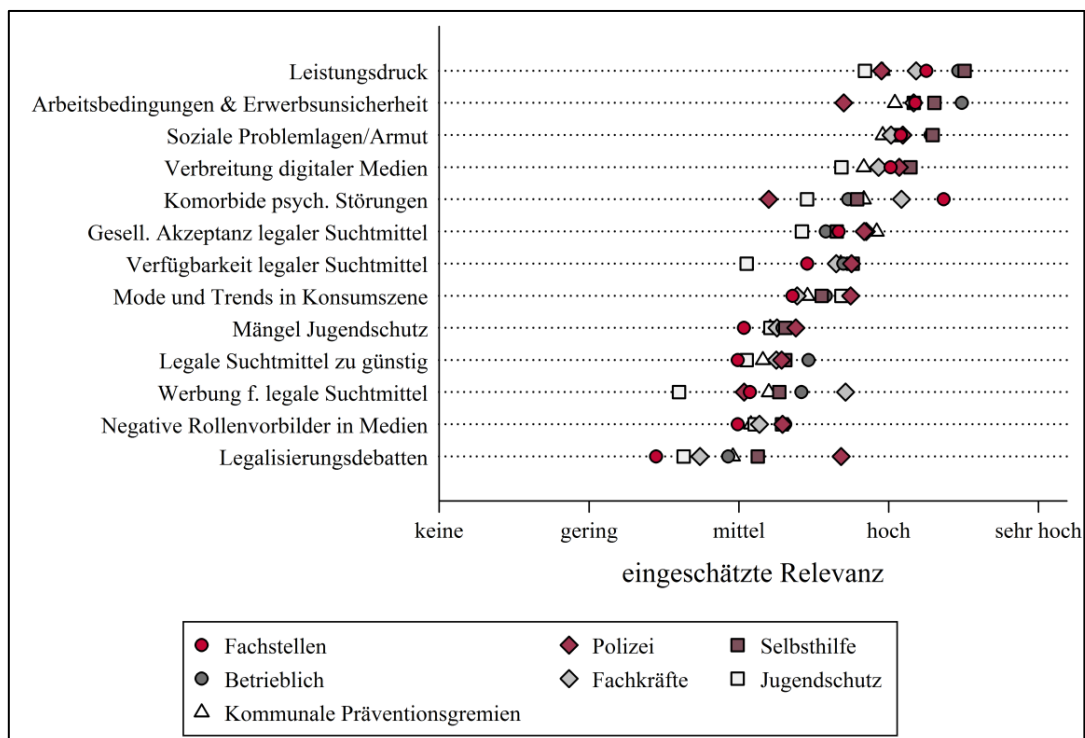


Abbildung 13. Einschätzung verschiedener Ursachen für Suchtprobleme auf ihre Relevanz (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 459$)

Die Akteure wurden zudem nach ihrer Einschätzung zur grundsätzlichen Wirksamkeit verschiedener Präventionsziele in Hinblick auf die Prävention von Suchterkrankungen gefragt (10-stufiges Antwortformat: „wirkungslos“ bis „sehr wirksam“). Allen vorgeschlagenen Präventionszielen wird eine bedeutende Wirksamkeit attestiert (vgl. Abbildung 14). Lebenskompetenzförderung, der Förderung von Risikokompetenzen sowie Einstellungsänderung wird die höchste Wirksamkeit zugesprochen. Es zeigt sich, dass insgesamt Präventionszielen, die üblicherweise über verhaltenspräventive Maßnahmen adressiert werden, eine höhere Wirksamkeit zugesprochen wird. So wird beispielsweise einer Beschränkung des legalen Suchtmittelkonsums über Preiserhöhungen im Vergleich zu den anderen Präventionszielen eine geringere Wirksamkeit zugesprochen.



Abbildung 14. Einschätzung der Wirksamkeit verschiedener Präventionsziele (Hauptakteure; n = 527)

Die Wirksamkeit der meisten Präventionsziele wird von den Akteursgruppen ähnlich eingeschätzt (vgl. Abbildung 15). Unterschiede zwischen den Gruppen betreffen die Einschätzung der Wirksamkeit der Befähigung zu kontrolliertem Konsum und der Förderung von Abstinenz. Die Selbsthilfe steht der Wirksamkeit der Befähigung zu kontrolliertem Konsum skeptischer gegenüber als die anderen Gruppen, schätzt hingegen die Wirksamkeit von Abstinenzförderung höher ein. Der Jugendschutz schätzt hingegen die Wirksamkeit von Abstinenzförderung geringer ein als die anderen Gruppen.

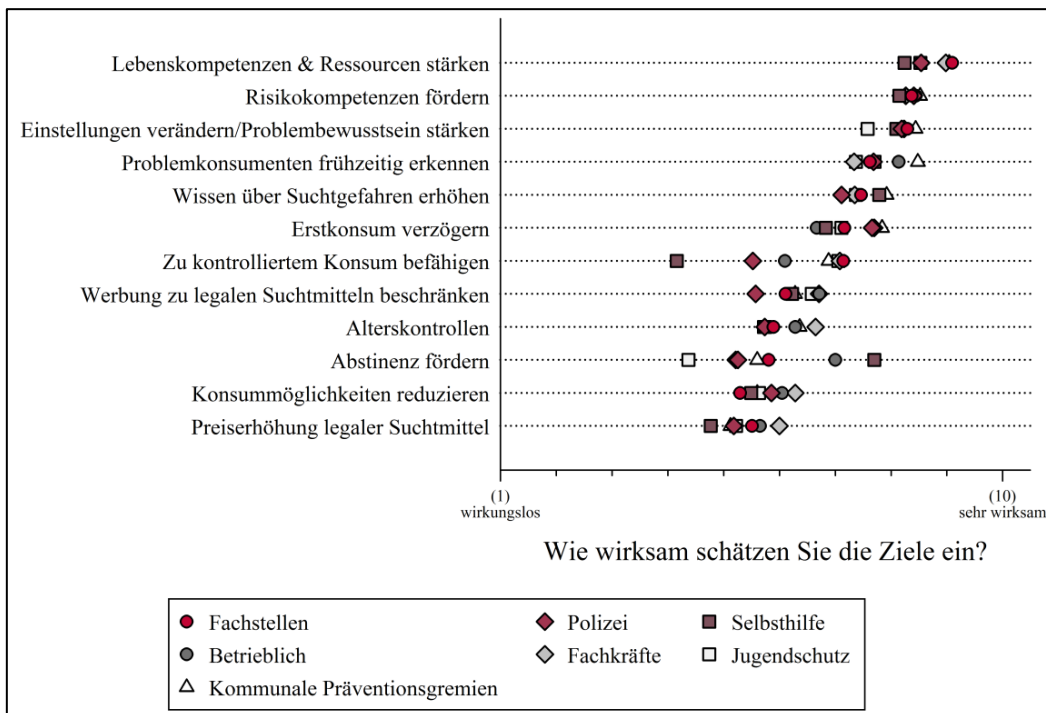


Abbildung 15. Einschätzung der Wirksamkeit verschiedener Präventionsziele (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; n = 459)

Es wurde erfragt, inwieweit die vorab angesprochenen Präventionsziele aus Sicht der Suchtpräventionsakteure in Niedersachsen erreicht werden (10-stufiges Antwortformat: „gar nicht“ bis „sehr gut“). Insgesamt ergibt sich diesbezüglich eine eher kritische Einschätzung (vgl. Abbildung 16). Die Wissensvermittlung wird dabei noch am besten bewertet. Die am wirksamsten bewerteten Präventionsziele (vgl. Abbildung 14) erreichen in Hinblick auf Ihre Zielerreichung die Rangplätze 2 bis 4. Als besonders defizitär wird das Erreichen von Präventionszielen bewertet, die nur über verhältnispräventive Maßnahmen adressiert werden können, wie etwa Preiserhöhungen legaler Suchtmittel, eine Reduktion von Konsummöglichkeiten und Werbebeschränkungen zu legalen Suchtmitteln. Lediglich die Maßnahme Alterskontrollen erreicht im Vergleich zu anderen Zielen eine mittlere Bewertung.

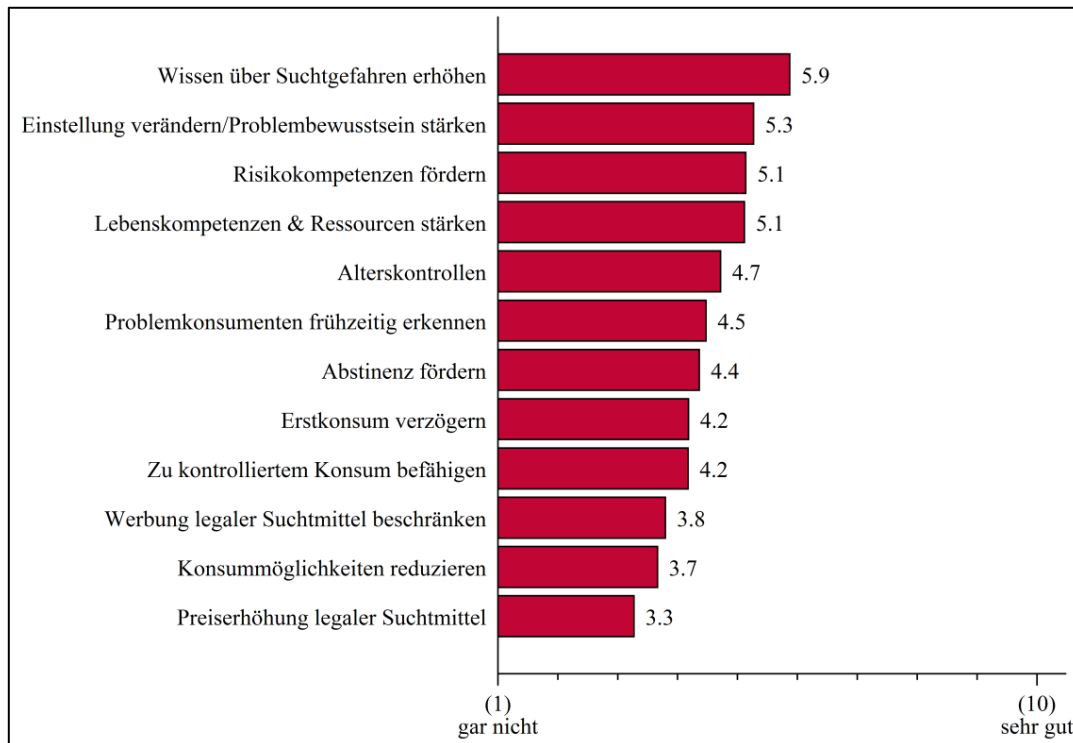


Abbildung 16. Einschätzung der Erreichung verschiedener Präventionsziele in Niedersachsen (Hauptakteure; $n = 527$)

Hinsichtlich der Erreichung von Präventionszielen in Niedersachsen besteht fast durchgehend Einigkeit zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 17).

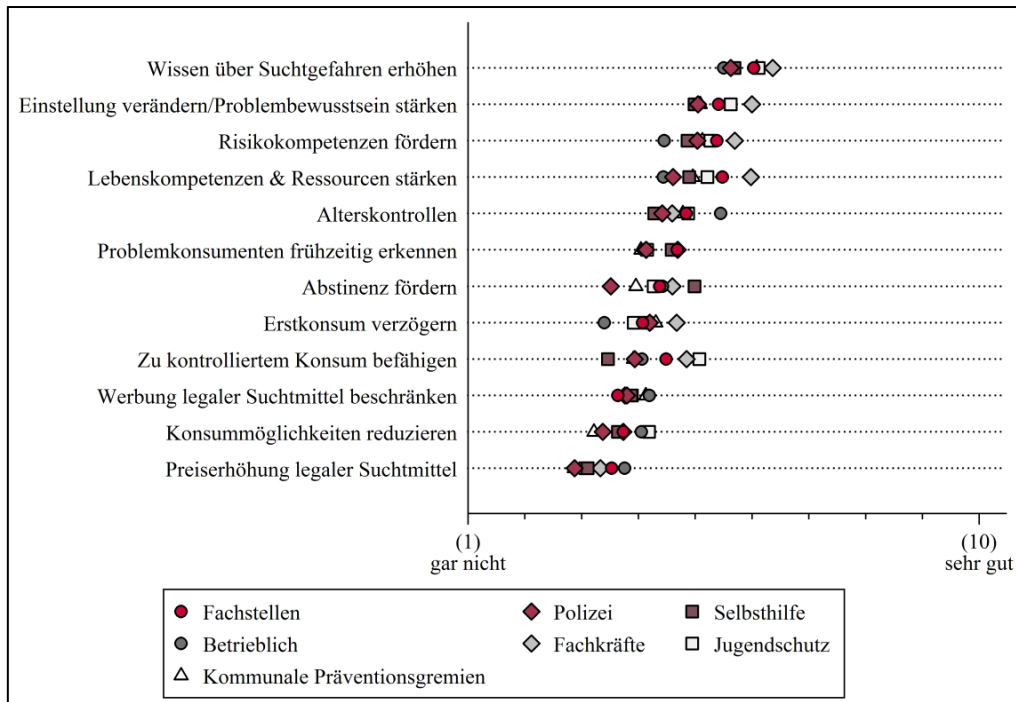


Abbildung 17. Einschätzung der Erreichung verschiedener Präventionsziele in Niedersachsen (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; n = 459)

Im Anschluss daran wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Frage gestellt, inwieweit sie die Umsetzung verschiedener konkreter Maßnahmen in der Suchtprävention begrüßen würden (10-stufiges Antwortformat: „gar nicht“ bis „sehr“). Abgesehen von der Legalisierung von Cannabis, einem Alkoholkonsumverbot in der Öffentlichkeit und eventuell noch einem Alkoholverbot für unter 18-Jährige erreichen alle vorgeschlagenen Maßnahmen hohe Zustimmungswerte (vgl. Abbildung 18). Besonders begrüßt werden weitergehende Werbeverbote im Hinblick auf Tabak, Alkohol und Sportwetten sowie die Reduzierung der Angebotsdichte von Casinos und Spielhallen.

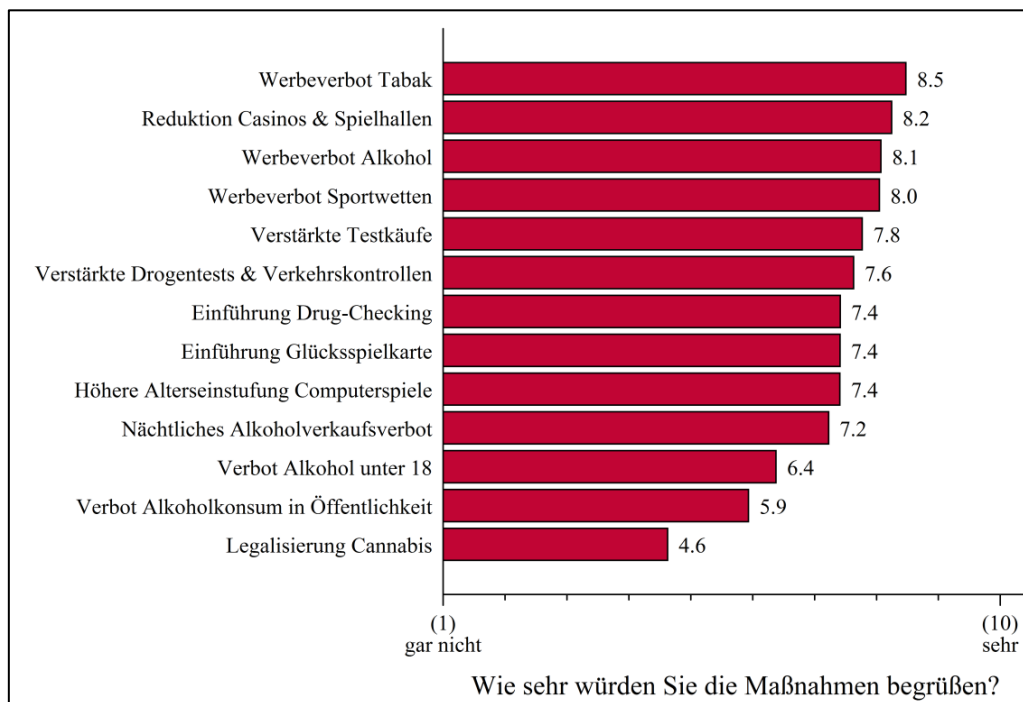


Abbildung 18. Wunsch nach Umsetzung spezifischer Maßnahmen mit möglicher suchtpreventiver Wirkung (Hauptakteure; n = 527)

Zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 19) bestehen insbesondere Unterschiede in dem Wunsch nach einem Alkoholverbot für Minderjährige unter 18, der Legalisierung von Cannabis, einem Alkoholkonsumverbot in der Öffentlichkeit und einer höheren Alterseinstufung von Computerspielen mit erhöhtem Suchtpotential. Einem Verbot von Alkohol für Jugendliche unter 18 Jahren sowie einem generellen Konsumverbot von Alkohol in der Öffentlichkeit stimmt die Selbsthilfe stärker zu als die anderen Gruppen. Eine Legalisierung von Cannabis wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachstellen und Präventionsfachkräften noch am ehesten als wünschenswert erachtet. Eine höhere Alterseinstufung von Computerspielen mit Suchtpotential wird am wenigsten von der Gruppe Jugendschutz begrüßt.

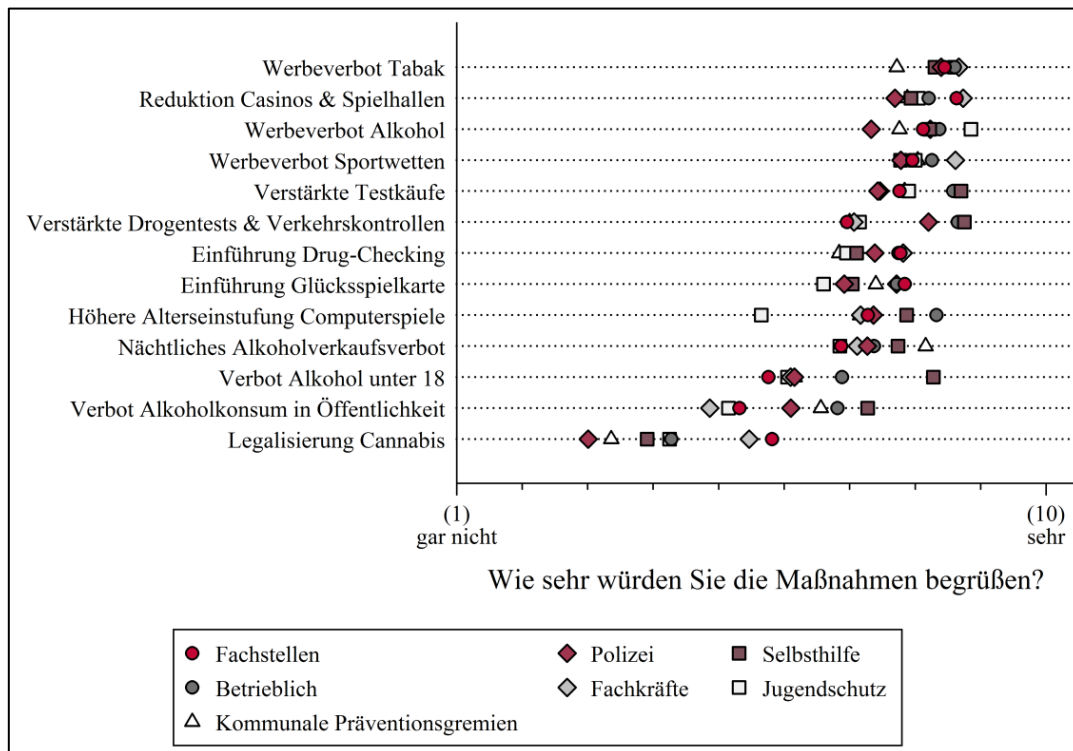


Abbildung 19. Wunsch nach Umsetzung spezifischer Maßnahmen der Suchtprävention (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; n = 459)

Die Einschätzung der Erreichung von Qualitätsstandards der Suchtprävention in Niedersachsen (10-stufiges Antwortformat: „gar nicht“ bis „sehr gut“) bewegt sich für alle Standards im mittleren Bereich mit geringen Unterschieden zwischen den einzelnen Standards (vgl. Abbildung 20). Qualitätssicherung ist der Standard, der aus Sicht der Hauptpräventionsakteure momentan am besten erreicht wird. Über alle Standards hinweg fällt die Bewertung insgesamt etwas besser aus als im Hinblick auf die Erreichung konkreter Präventionsziele (vgl. Abbildung 16).

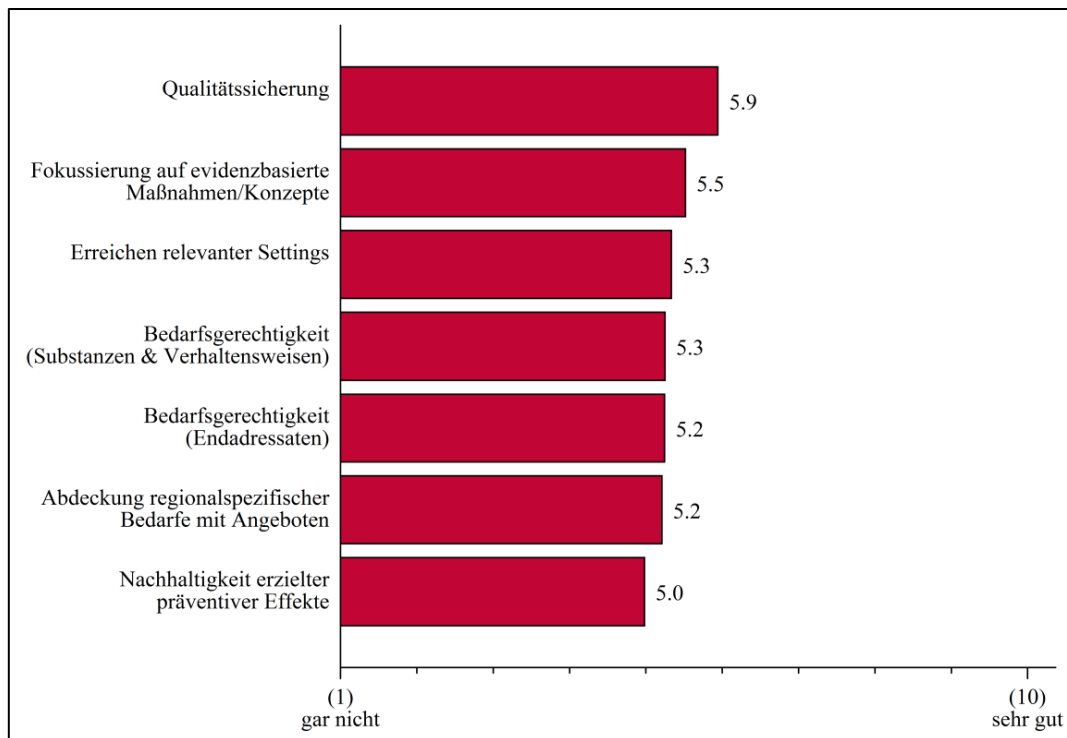


Abbildung 20. Einschätzung der Erreichung suchtpräventiver Qualitätsstandards in Niedersachsen (Hauptakteure; n = 527)

Eine Differenzierung zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 21) zeigt, dass die Erreichung vieler Qualitätsstandards von den Fachkräften besser bewertet wird als von den anderen Gruppen. Insbesondere die befragten Polizistinnen und Polizisten sowie der Jugendschutz äußerten eine etwas kritischere Sicht im Vergleich zu den anderen Gruppen.

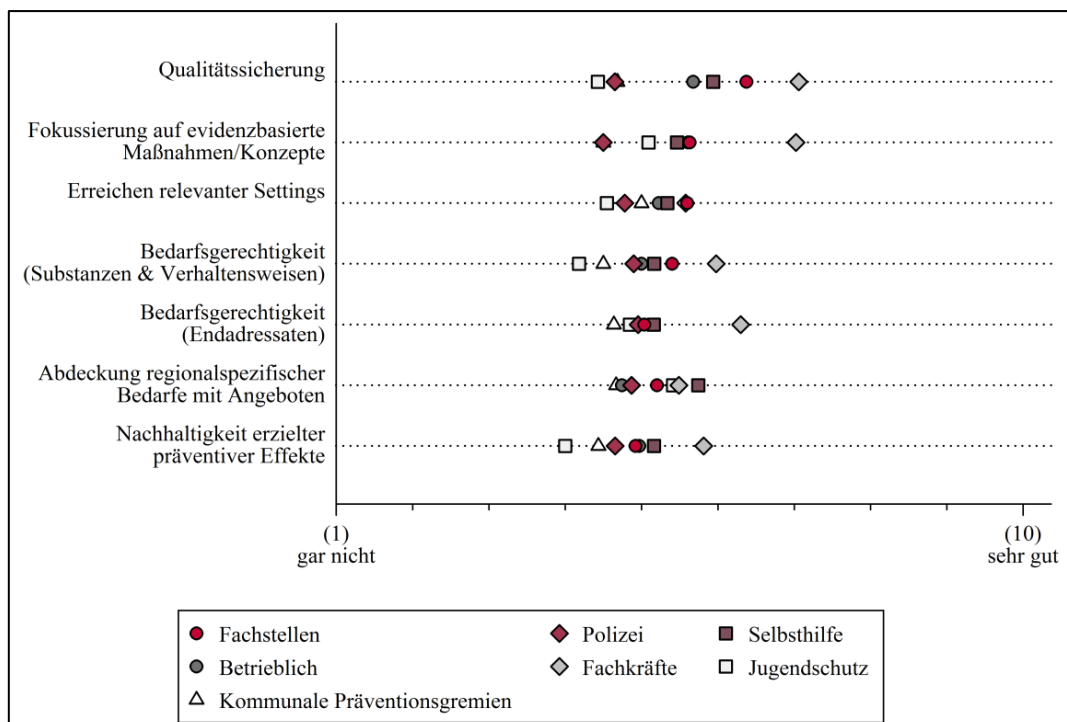


Abbildung 21. Einschätzung der Erreichung suchtpräventiver Qualitätsstandards in Niedersachsen (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; n = 459)

Die Akteure sollten einschätzen, wie intensiv bestimmte Endadressatengruppen zukünftig durch die Suchtprävention in Niedersachsen erreicht werden sollten (7-stufiges Antwortformat: „sehr viel weniger“, „viel weniger“, „etwas weniger“, „unverändert“, „etwas stärker“, „viel stärker“, „sehr viel stärker“). Dabei ergibt sich aus Sicht der Akteure in Hinblick auf alle abgefragten Zielgruppen ein erhöhter präventiver Bedarf (vgl. Abbildung 22). Ein höherer Bedarf wird insbesondere bei Kindern suchtkranker Eltern gesehen, aber auch generell in der Altersgruppe der 13- bis 17-jährigen Jugendlichen. Erwerbslose, Menschen mit psychischen Erkrankungen, Geflüchtete und Personen mit Migrationshintergrund sollten in Zukunft ebenfalls etwas stärker erreicht werden. Ein erhöhter Versorgungsbedarf wird zwar auch in Hinblick auf geistig und körperlich Behinderte gesehen, jedoch in einer geringeren Ausprägung als bei allen anderen Zielgruppen.

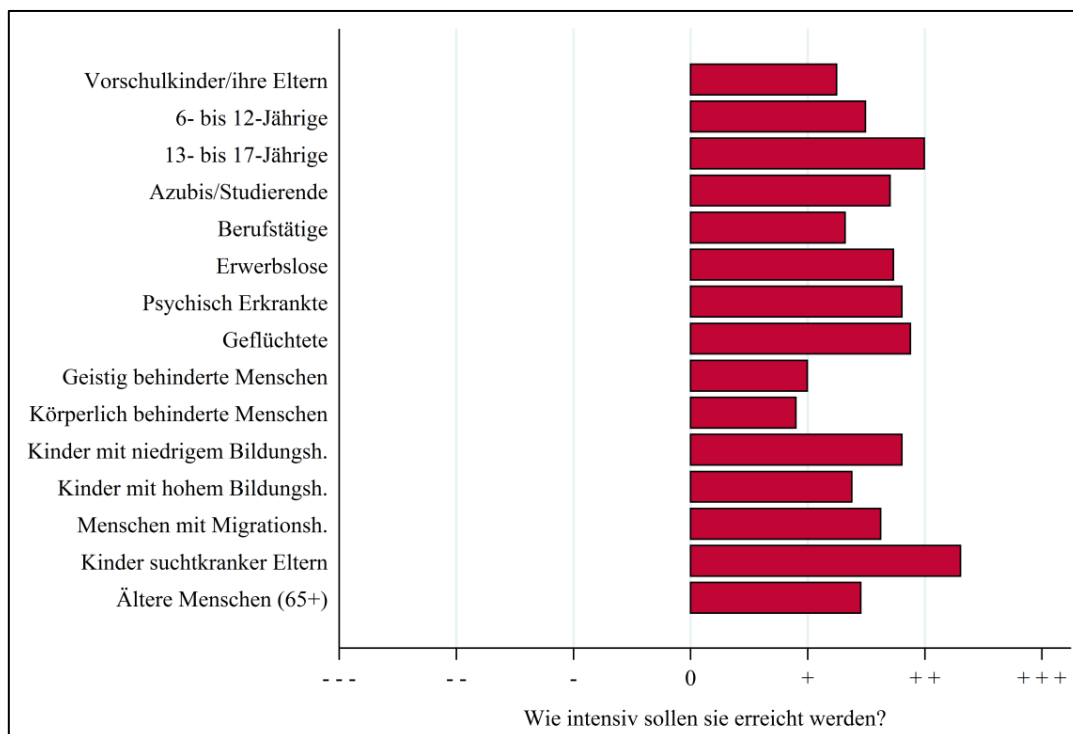


Abbildung 22. Zukünftiges Erreichen von Endadressatengruppen durch die Suchtprävention in Niedersachsen (Hauptakteure; $n = 527$)

Die breitesten Streuungen zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 23) ergeben sich in der der Bewertung der Adressierung von Berufstätigen und älteren Menschen. Hier sieht insbesondere die Polizei bei den meisten Personengruppen einen geringeren Adressierungsbedarf als die Selbsthilfe, die betriebliche Suchtprävention und die Fachkräfte für Suchtprävention.

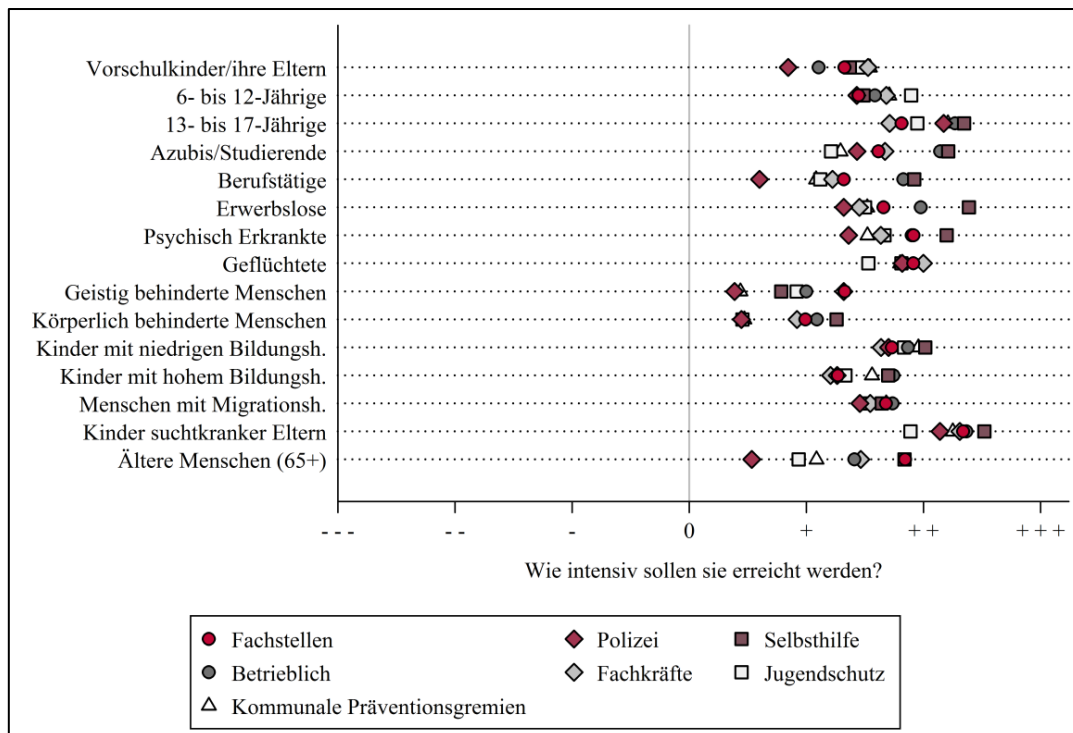


Abbildung 23. Zukünftiges Erreichen von Endadressatengruppen durch die Suchtprävention in Niedersachsen (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; n = 459)

Die befragten Akteure wurden gebeten, ihre Einstellung zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention zu äußern (Zuordnung zu einer von vier Aussagen: Wissenschaftlich abgeleitete Wirksamkeitsnachweise zu Suchtpräventionsmaßnahmen sind „...**unrealistisch** und sollten in diesem Feld keine Rolle spielen“, „...**wenig sinnvoll** und sollten in diesem Feld zumindest keine allzu große Rolle spielen“, „...**eher sinnvoll** und sollten zumindest angestrebt werden“, „...**essentiell** und müssen für alle in die Fläche gebrachten Maßnahmen/Projekte angestrebt werden“). Der Großteil der Akteure bewertet Evidenzbasierung in der Suchtprävention als eher sinnvoll (57,1%) oder sogar essentiell (26,6%). Nur eine Minderheit (2,6%) hält Evidenzbasierung für unrealistisch. Augenscheinlich besteht ein breiter Konsens zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 24), dass Evidenzbasierung in der Suchtprävention zumindest sinnvoll ist. Nur ein geringer Anteil innerhalb der Gruppen steht Evidenzbasierung eher kritisch gegenüber und sieht deren praktische Umsetzung als unrealistisch an. Die starken Verfechter der Evidenzbasierung, die diese als essentiell beurteilen, sind v.a. in Fachstellen und in kommunalen Präventionsgremien tätig. Ein etwas kleinerer, aber immer noch substantieller Anteil an Präventionsakteuren aus den Reihen der Polizei und der betrieblichen Suchtprävention sieht Evidenzbasierung als essentiell an. Der größte Anteil an Personen, die Evidenzbasierung in der Suchtpräventionsarbeit eher skeptisch gegenüberstehen, findet sich bei Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe.

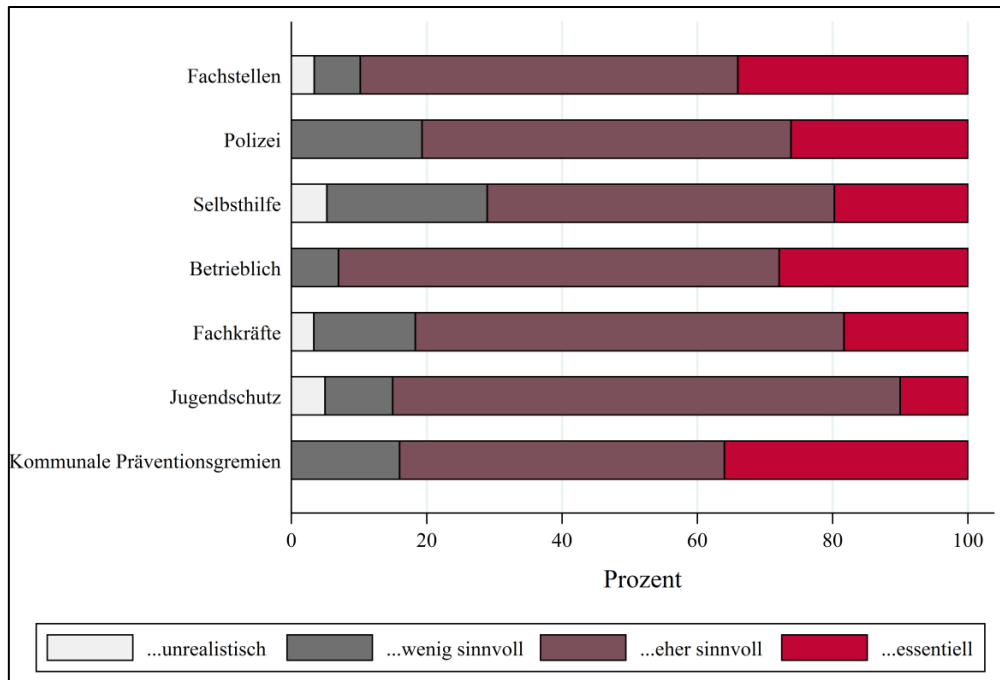


Abbildung 24. Einstellung zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 459$)

Auf die Frage, wie wichtig bestimmte Qualitätsmerkmale in der Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen für die Akteure sind, ergab sich ein einheitliches Bild (4-stufiges Antwortformat: „nicht notwendig“, „kann vorliegen“, „sollte vorliegen“, „unbedingt notwendig“). Insgesamt wird allen Qualitätsmerkmalen evidenzbasierter Suchtprävention eine Bedeutung zuerkannt (vgl. Abbildung 25).

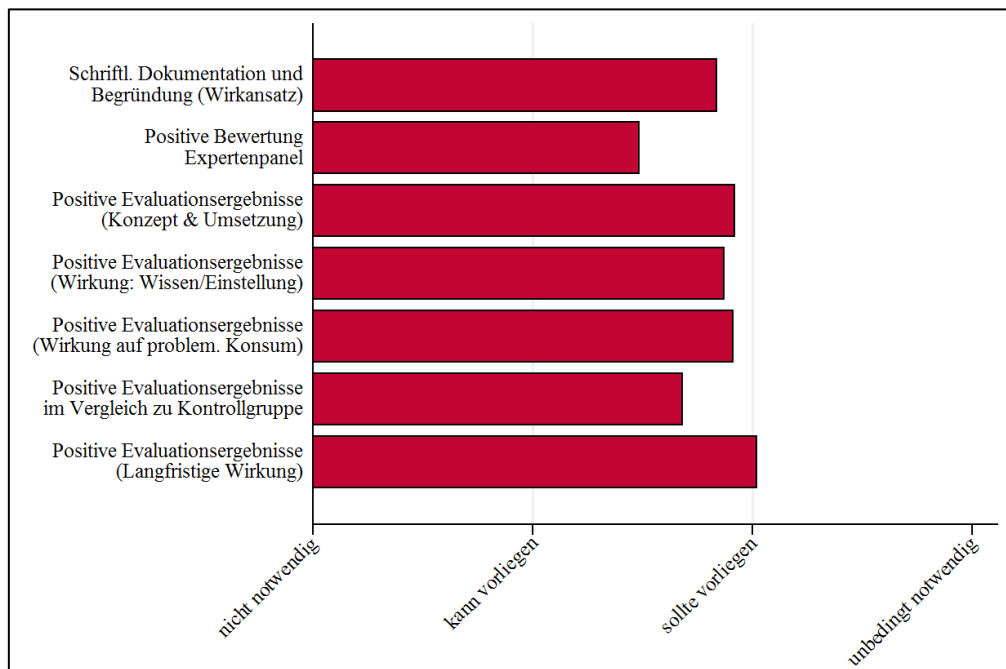


Abbildung 25. Einschätzung der Wichtigkeit bestimmter Qualitätsmerkmale suchtpreventiver Maßnahmen (Hauptakteure; $n = 527$)

Im Gruppenvergleich (vgl. Abbildung 26) zeigt sich, dass methodisch anspruchsvollere Evaluationsdesigns mit strengeren Evaluationskriterien (Wirkung auf problematischen Konsum, Wirknachweise im Vergleich zu Kontrollgruppe und langfristige Wirknachweise) von den Fachkräften im Vergleich zu anderen Gruppen in etwas geringerem Maße als notwendig erachtet werden.

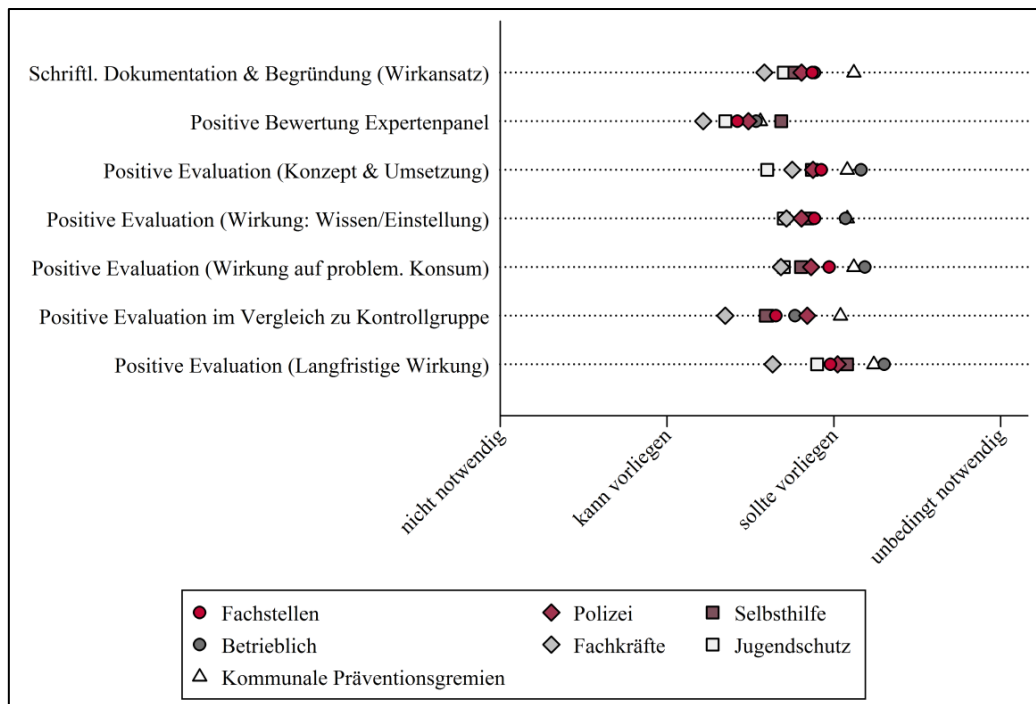


Abbildung 26. Einschätzung der Wichtigkeit bestimmter Qualitätsmerkmale suchtpräventiver Maßnahmen (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; n = 459)

Die Akteure sollten anschließend angeben, wessen Aufgabe es aus ihrer Sicht sein sollte, in Niedersachsen suchtpräventive Arbeit zu leisten (4-stufiges Antwortformat: „nein, auf keinen Fall“, „nein, eher nicht“, „ja, eher schon“, „ja, auf jeden Fall“). Die Ergebnisse zeigen, dass keiner der abgefragten Gruppen ihre Zuständigkeit für die Suchtprävention abgesprochen wird. Insbesondere den Fachkräften für Suchtprävention, der betrieblichen Suchtprävention und den Fachstellen wird eine wesentliche Zuständigkeit für die Suchtprävention zugesprochen. Auch der Landesstelle Jugendenschutz wird eine hohe Zuständigkeit zugesprochen. In vergleichsweise geringerem Maße wird eine Zuständigkeit der Agentur für Arbeit/JobCenter und der Kirche gesehen (vgl. Abbildung 27).

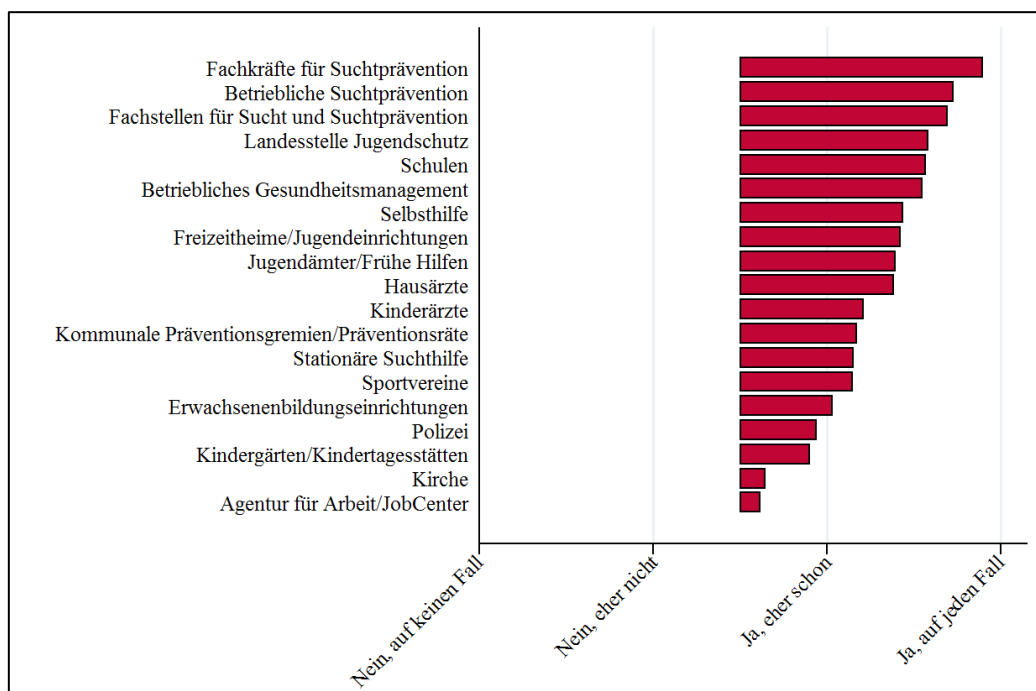


Abbildung 27. Einschätzung der Zuständigkeit für suchtpräventive Arbeit in Niedersachsen (Hauptakteure; n = 527)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden schließlich gebeten, aus einer Liste von Institutionen die für ihre eigene suchtpreventive Arbeit wichtigsten Kooperationspartner zu benennen (maximal fünf Kooperationspartner durften nominiert werden). Insgesamt wurden im Mittel 4 Kooperationspartner benannt. Nur 4 Befragungsteilnehmer (0,8%) gaben an, keine Kooperationspartner zu haben. Im Folgenden werden die nominierten Kooperationspartner in absteigender Nennungshäufigkeit aufgeführt (vgl. Abbildung 28). Als wichtigste Kooperationspartner werden Fachkräfte und Fachstellen, aber auch die Schulen als Settings der Suchtprävention benannt. Einige Gruppen werden nur selten als Kooperationspartner angeführt. Dies trifft insbesondere auf Arbeitsagentur/JobCenter, Kirche, Sportvereine, Kindergärten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte zu.

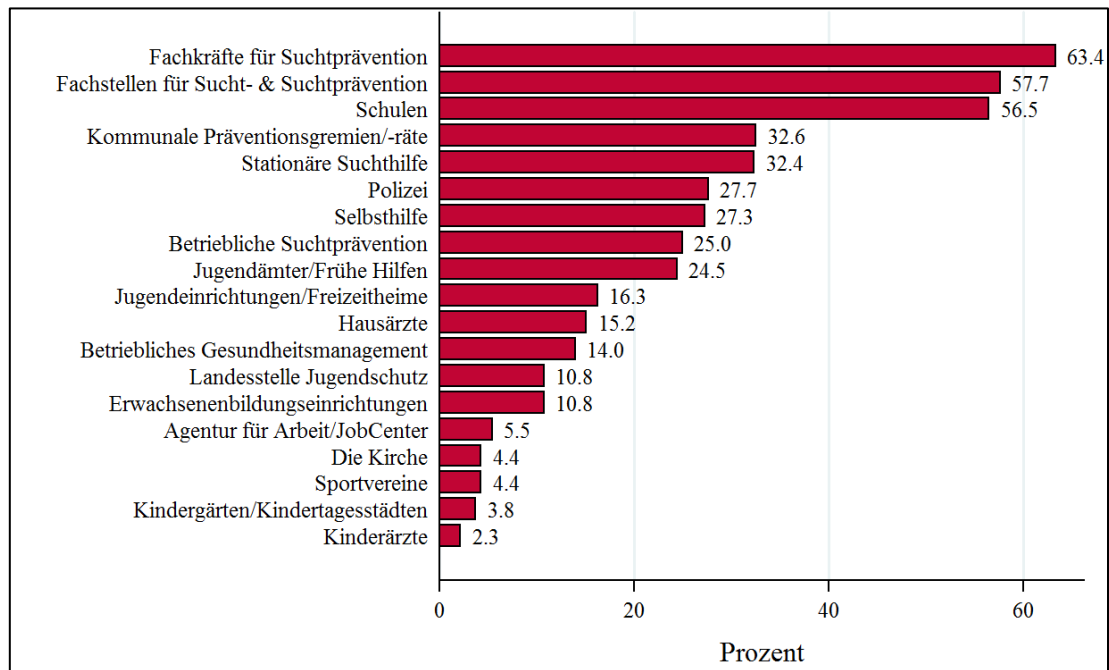


Abbildung 28. Wichtigste Kooperationspartner im Bereich Suchtprävention (Hauptakteure; n = 527)

Zusätzlich wurde auf Basis der Angaben analysiert, wie häufig sich die Hauptakteure der Suchtprävention gegenseitig als Kooperationspartner benennen⁹ (vgl. Abbildung 29). Die Stärke der Verbindungslinien zwischen den Hauptakteuren spiegelt dabei die Häufigkeit der Nennung seitens der Gruppe der gleichen Farbe wieder. Beispielsweise wurden Fachkräfte von der Polizei häufiger als Kooperationspartner genannt als die Selbsthilfe (vgl. dunkelblaue Linien).

Sowohl die Fachkräfte als auch die Fachstellen werden von allen anderen Gruppen als wichtige Kooperationspartner in der suchtpreventiven Arbeit benannt. Die Fachkräfte benennen insbesondere die Fachstellen, die Präventionsgremien und die betriebliche Suchtprävention als wichtige Kooperationspartner. Die Fachstellen benennen umfangreiche Kooperationspartner innerhalb aller anderen Gruppen, insbesondere unter den Fachkräften, den Präventionsgremien und der betrieblichen Suchtprävention. Die betriebliche Suchtprävention benennt insbesondere Kooperationspartner in den Fachstellen und unter den Fachkräften, etwas eingeschränkter auch zur Selbsthilfe, benennt aber kaum Koope-

⁹ Die Analyse beschränkt sich auf die sechs Akteursgruppen, zu denen hinreichende Fallzahlen vorliegen. Die Landesstelle Jugendschutz musste aufgrund einer zu geringen Fallzahl aus dieser Analyse ausgeschlossen werden. Es konnten nur Hauptakteure der Suchtprävention aufgenommen werden, die sowohl als Kooperationspartner durch andere benannt werden konnten als auch selbst Kooperationspartner benennen konnten.

rationspartner in der Polizei und den Präventionsgremien. Die Selbsthilfe benennt insbesondere Kooperationspartner unter den Fachkräften, in den Fachstellen und in der betrieblichen Suchtprävention. Die Selbsthilfe wird insgesamt vergleichsweise seltener als Kooperationspartner der anderen Gruppen benannt. Die Polizei benennt insbesondere Kooperationspartner unter den Fachkräften, den Fachstellen und den Präventionsgremien und wird insbesondere von Letzteren als wesentlicher Kooperationspartner benannt. Die Präventionsgremien benennen insbesondere Kooperationspartner in der Polizei, unter den Fachkräften und in den Fachstellen und werden von diesen Gruppen auch als wesentlicher Kooperationspartner benannt. Es fällt auf, dass die kommunalen Präventionsgremien keine Kooperationspartner in der betrieblichen Suchtprävention benennen.

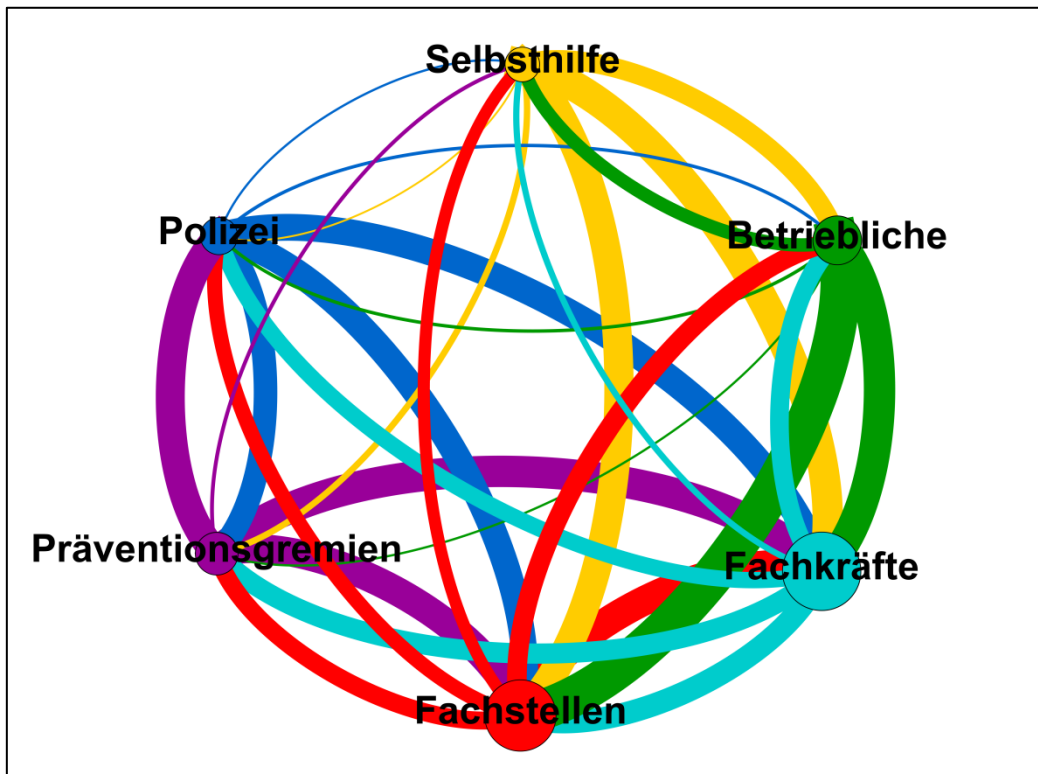


Abbildung 29. Kooperationspartner unter den Hauptakteuren der Suchtprävention in Niedersachsen

6.2.1.3 Modul A: Präventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten

Zunächst wurden die in der Endadressatenarbeit tätigen Akteure gefragt, wie sich diese Arbeit in den letzten 12 Monate auf die drei verschiedenen Präventionsarten verteilt (Freie Prozeunteinschätzung pro Präventionsart, Gesamtlimit über alle Präventionsarten 100%). Es wird deutlich, dass 48 Prozent der Prävention mit Endadressatinnen und Endadressaten universell stattfindet (vgl. Abbildung 30). Indizierte Prävention nimmt mit 31 Prozent die zweitwichtigste Bedeutung ein. Selektive Prävention macht 21 Prozent der Endadressatenarbeit aus.

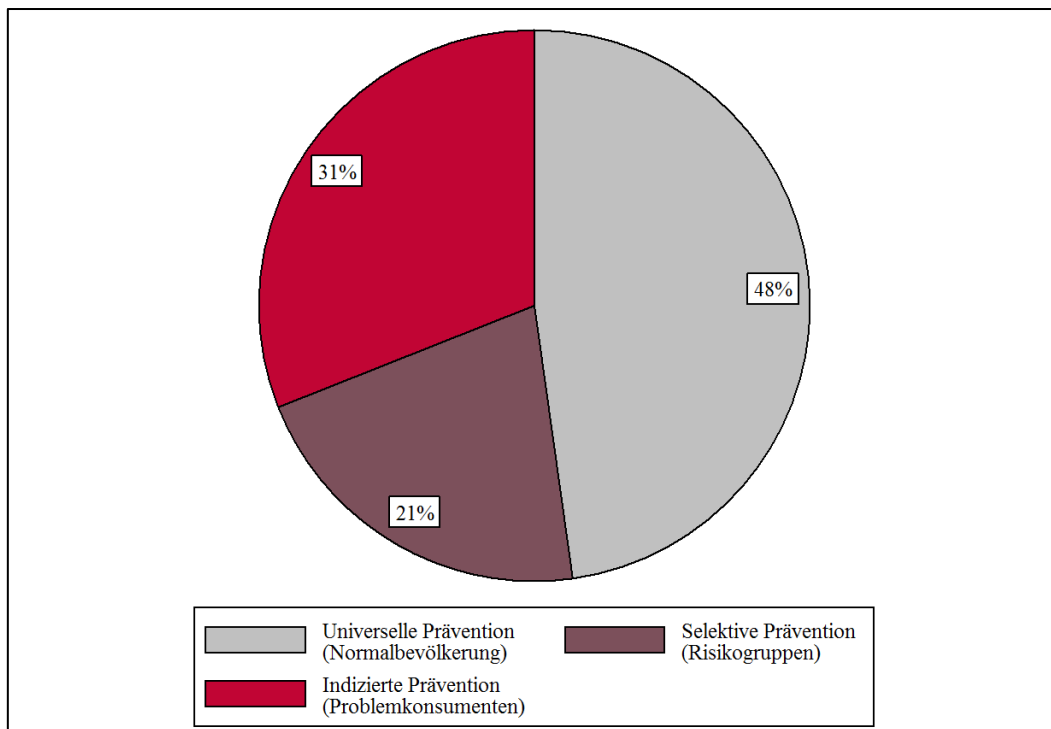


Abbildung 30. Verteilung der Präventionsarten bei Endadressatenprävention (Hauptakteure; $n = 288$)

Im nächsten Schritt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, welche Präventionsart sie in den letzten 12 Monaten am häufigsten durchgeführt haben (3 Antwortmöglichkeiten: Universelle, Selektive und Indizierte Prävention). Diese Information ist jeweils für die Gesamtstichprobe und die einzelnen Untergruppen in Abbildung 31 dargestellt. Der Vergleich zwischen den Gruppen zeigt, dass die Polizei fast ausschließlich universalpräventiv tätig ist. Demgegenüber ist die Mehrheit der Suchtpräventionsarbeit von Fachstellen indizierter Prävention zuzurechnen. Auch die betriebliche Suchtprävention arbeitet vermehrt mit Problemkonsumentinnen und -konsumenten (indizierte Prävention), betreibt in ähnlichem Ausmaß aber auch Universalprävention. Selektive Prävention macht in allen Gruppen den geringsten Teil der Suchtpräventionsarbeit aus. Eine Ausnahme bildet hier die Selbsthilfe, die im Vergleich zu allen anderen Gruppen den größten Anteil selektiver Präventionsarbeit berichtet. Selektive und indizierte Prävention werden von Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe in etwa gleich häufig als ihre Hauptpräventionsart benannt.

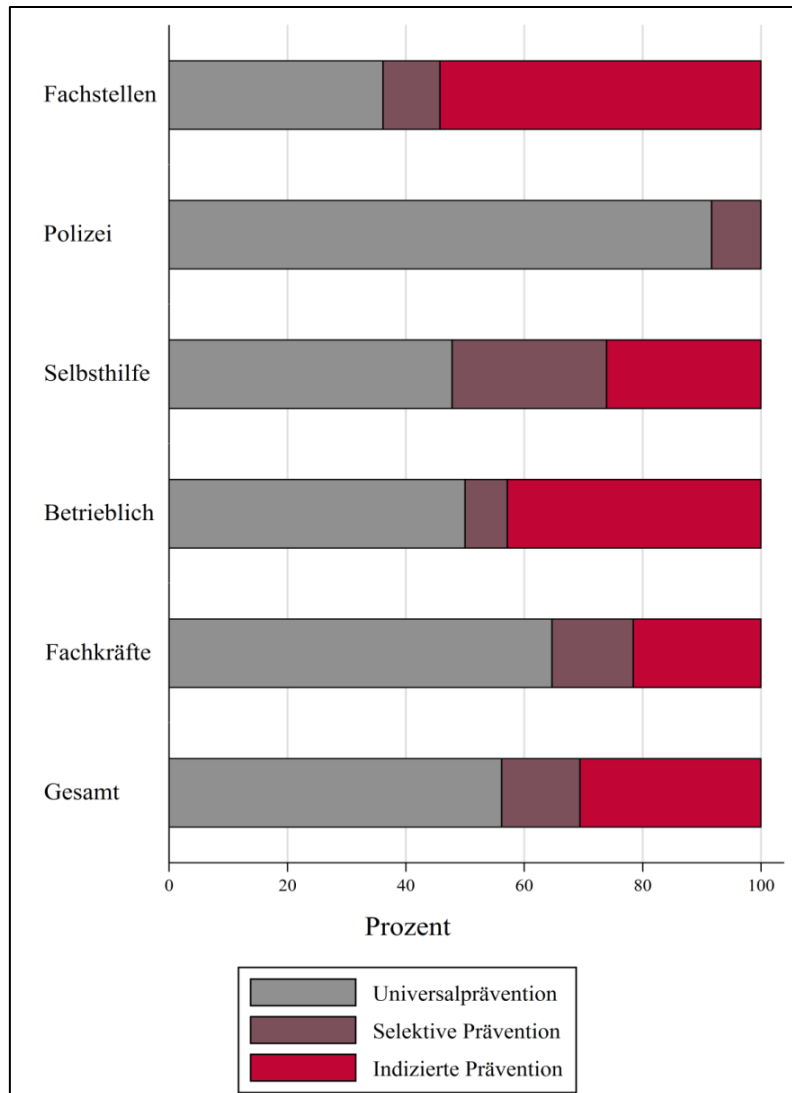


Abbildung 31. Verteilung der Hauptpräventionsarten bei Endadressatenprävention (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 288$)

Des Weiteren wurden die in der Endadressatenarbeit tätigen Akteure gefragt, in welchen Gebieten sie in Niedersachsen mit ihrer Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten tätig sind. Hierzu konnten sie zunächst aus einer Liste aller niedersächsischen Landkreise die zutreffenden auswählen. In einem nächsten Schritt wurde jeder gewählte Landkreis in kleinere Gemeinden, Samtgemeinden und Städte (bei größeren Städten auch einzelne Stadtteile) differenziert, aus denen die Akteure die Gebiete wählen sollten, in denen sie suchtpreventive Endadressatenarbeit leisten. Eine Mehrfachauswahl von Regionen war möglich. Hieraus lässt sich die regionale Verteilung der an Endadressatinnen und Endadressaten gerichteten Suchtpräventionsarbeit in Niedersachsen auf Basis unserer Stichprobe ermitteln (vgl. Abbildung 32). Insgesamt zeigt sich eine Ballung von Präventionsarbeit in den größeren Städten (Hannover, Osnabrück, Wolfsburg, Braunschweig und Oldenburg). Mitunter gibt es auch einzelne Landkreise, in denen verstärkt Endadressatenarbeit berichtet wird. Für einige Landkreise wird jedoch in geringerem Maße Endadressatenarbeit berichtet. Dies betrifft insbesondere die Landkreise Northeim (südlich von Hannover), Nienburg/Weser, den Heidekreis, Uelzen, Lüchow-Dannenberg, Wittmund (inklusive Inseln Langeoog und Spiekeroog) und Friesland (inklusive Wangerooge) und die ländliche Region südlich von Oldenburg.

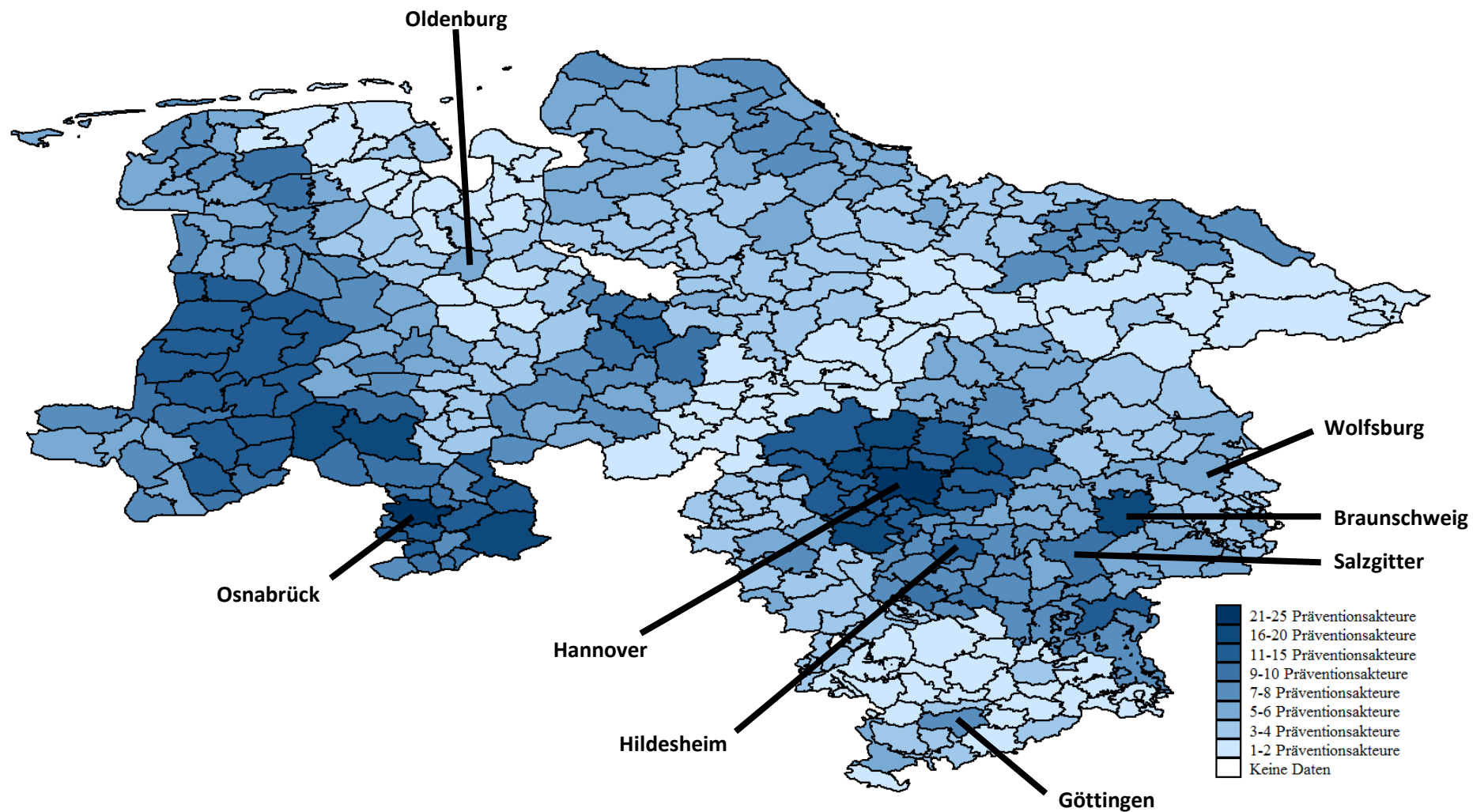


Abbildung 32. Verteilung der Endadressatenarbeit in Niedersachsen (Hauptakteure, $n = 288$). *Anmerkung.* Eingezeichnet sind Großstädte mit mehr als 100.000 EW.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zudem gefragt, woran sie sich bei der inhaltlichen Gestaltung ihrer Arbeit orientieren (5-stufiges Antwortformat: „gar nicht“, „sehr wenig“, „eher wenig“, „eher stark“, „sehr stark“). Demzufolge besteht eine eher starke Orientierung am Erfahrungswissen, an der Nachfrage und am Feedback der Klientinnen und Klienten (vgl. Abbildung 33). Auch eigene Konzepte und eigene Präferenzen werden von den Suchtpräventionsakteuren noch eher stark bei der Orientierung ihrer inhaltlichen Gestaltung herangezogen. Am geringsten ist die Orientierung an den Finanzierungsmöglichkeiten, am Mitgefühl für Betroffenen Gruppen und Angebotslücken.

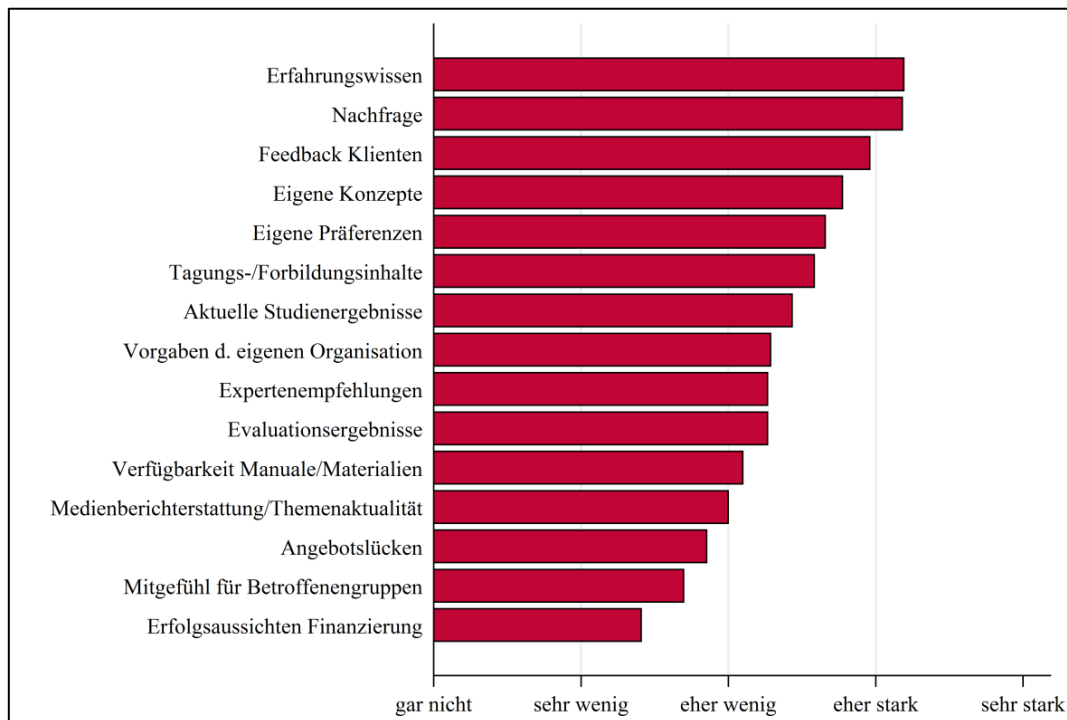


Abbildung 33. Orientierung bei der inhaltlichen Gestaltung der Endadressatenarbeit (Hauptakteure; $n = 281$)

Im Hinblick auf die meisten Orientierungsmöglichkeiten gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen der Suchtpräventionsakteure (vgl. Abbildung 34). Die betriebliche Suchtprävention orientiert sich im Vergleich zu den anderen Gruppen eher stark an Expertenempfehlungen, Selbsthilfe und Polizei dagegen eher wenig. Eine Orientierung an Angebotslücken benennen hingegen noch am ehesten die Fachkräfte und das Fachstellenpersonal und nur in sehr geringem Maße die Polizei. Die Selbsthilfe orientiert sich stärker am Mitgefühl für Betroffenen Gruppen als die anderen befragten Gruppen. Dagegen werden aktuelle Studienergebnisse von der Selbsthilfe etwas weniger berücksichtigt. Darüber hinaus grenzt sich die betriebliche Suchtprävention bei der Ausrichtung der eigenen Endadressatenarbeit stärker von der Medienberichterstattung ab als die anderen Gruppen.

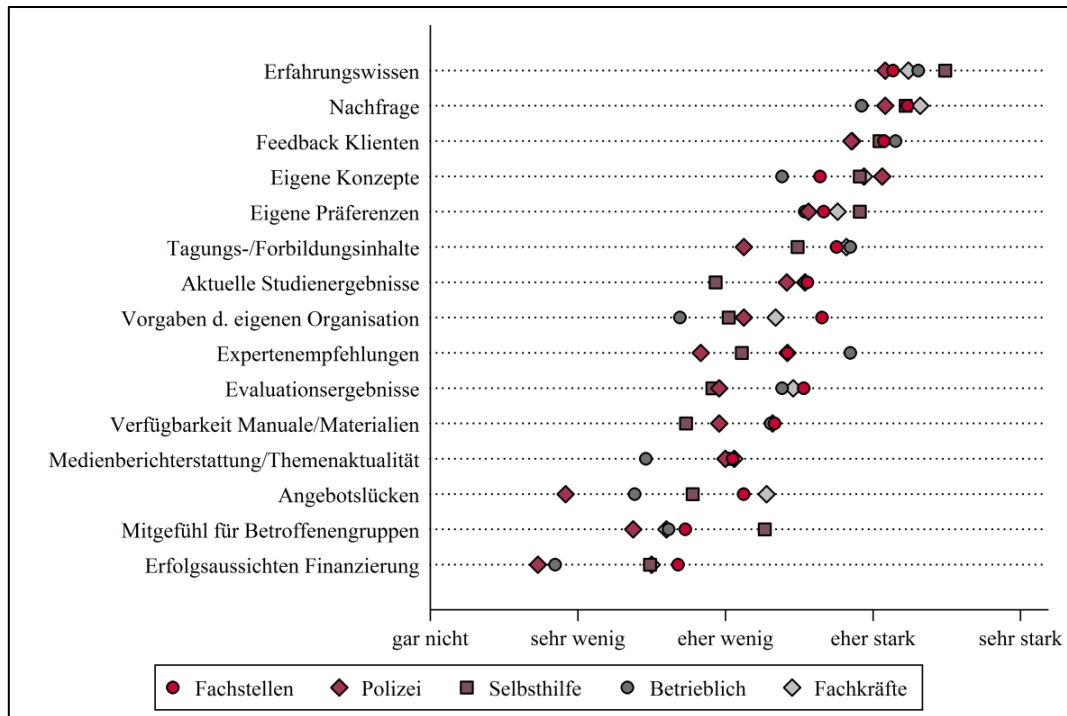


Abbildung 34. Orientierungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen Gestaltung der Endadressatenarbeit (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 237$)

Weiterhin wurden die Akteure gefragt, ob und wenn ja, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten verschiedene Gruppen von Endadressatinnen und Endadressaten im Speziellen adressiert haben (5-stufiges Antwortformat: „nie“, „1-mal“, „2 bis 3-mal“, „4 bis 10-mal“, „öfter als 10-mal“). Die Formulierung „im Speziellen“ wurde dabei wie folgt erläutert: „Im Speziellen meint, dass die Präventionsmaßnahme vorrangig an diese besondere Gruppe gerichtet war“. Mit dieser Abfragemethode sollte eine Einschätzung darüber ermöglicht werden, wie häufig spezielle Risikogruppen nicht nur im Rahmen von breiter gestreuten Präventionsmaßnahmen mitadressiert werden (z. B. Kinder suchtkranker Eltern durch schulische Suchtprävention), sondern diesen gezielt Prävention zukommt. Es zeigt sich, dass am häufigsten Jugendliche, Azubis und Berufstätige adressiert werden (vgl. Abbildung 35). Im geringsten Maße werden Vorschulkinder und ihre Eltern, geistig behinderte Menschen, geflüchtete Menschen und körperliche behinderte Menschen erreicht. Ca. die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer benennt Menschen mit Migrationshintergrund, Erwerbslose, Psychisch Erkrankte und ältere Menschen als Zielgruppen, mit denen Endadressatenarbeit geleistet wird.

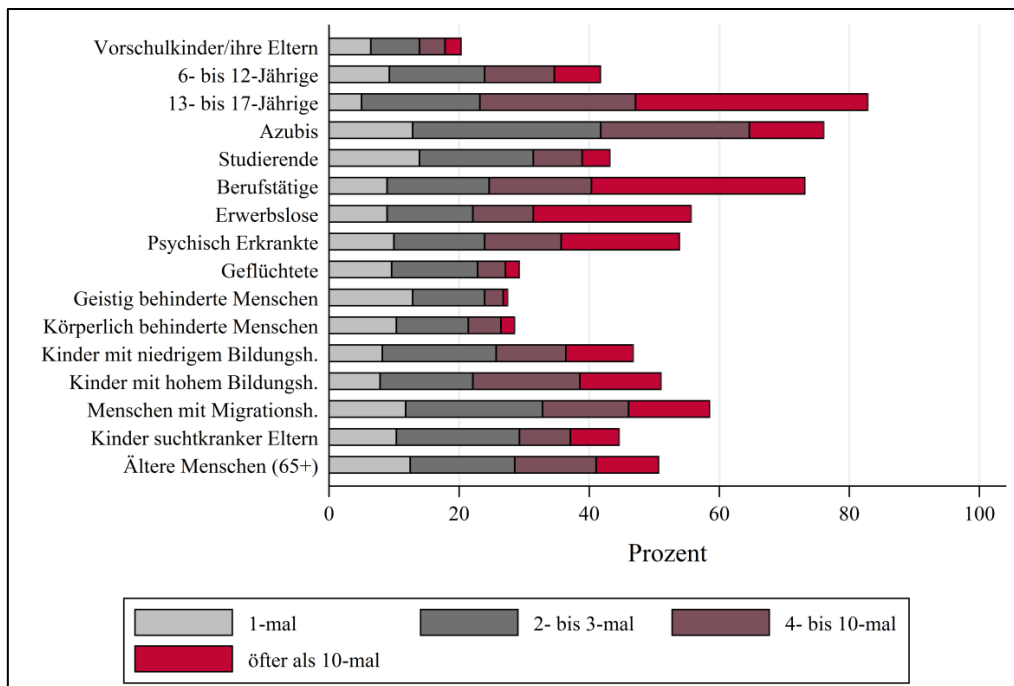


Abbildung 35. Adressierung von Endadressatengruppen (Hauptakteure; n = 280)¹⁰

Befragt nach den Inhalten der Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten zeigt sich, dass legale Suchtmittel (Alkohol und Tabak) von den Akteuren am häufigsten thematisiert werden. Die drei potenziell suchtsinduzierenden Verhaltensweisen Glücksspiel, Computerspielen und sonstige Internetnutzung werden am seltensten behandelt, nehmen zusammen aber trotzdem rund ein Fünftel der Inhalte ein. Illegale Suchtmittel und die Vermittlung von Lebenskompetenz sind jeweils in 21 Prozent der Fälle Thema von Endadressatenarbeit (vgl. Abbildung 36).

¹⁰ Der Gesamtbalken entspricht der relativen Adressierung dieser Gruppen in den letzten 12 Monaten. Die Antwortkategorie „nie“ wurde nicht visualisiert, entspricht aber dem Restanteil zu 100 Prozent.

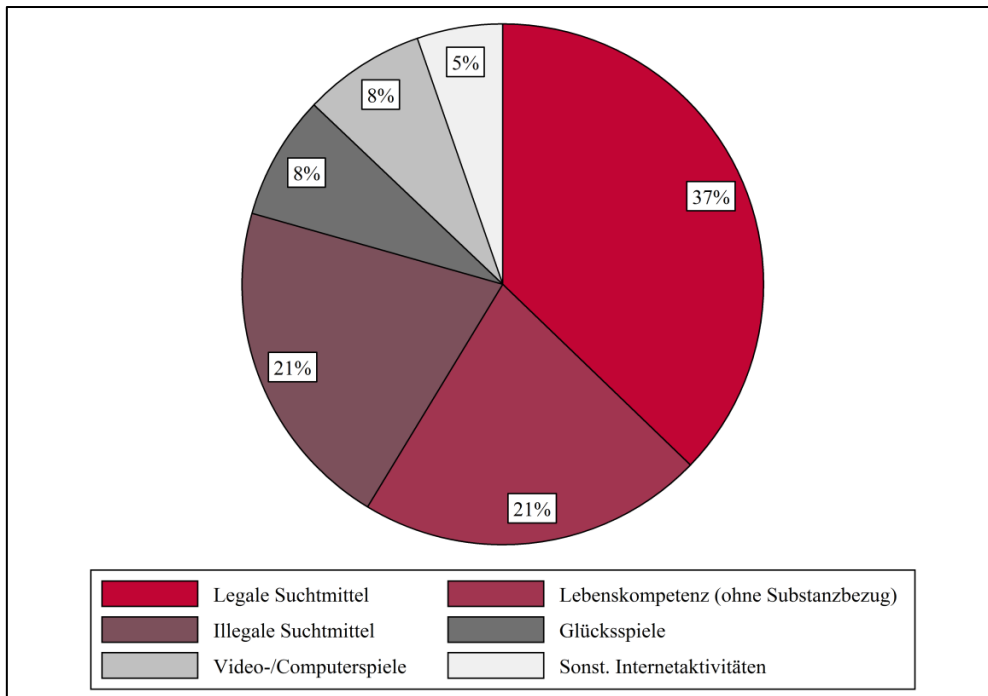


Abbildung 36. Inhalte der Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten in den letzten 12 Monaten (Hauptakteure; $n = 279$)

Anschließend wurden die Präventionsakteure gebeten, die Relevanz bestimmter Zielsetzungen für ihre Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten in den letzten 12 Monaten einzuschätzen (5-stufiges Antwortformat: „keine Relevanz“, „geringe Relevanz“, „mittlere Relevanz“, „hohe Relevanz“, „sehr hohe Relevanz“). Die relevantesten Zielsetzungen (Veränderung von Einstellungen und Stärkung des Problembewusstseins, Stärkung von Lebenskompetenzen und Ressourcen sowie Vermehrung von Wissen über Suchtgefahren) spiegeln den Fokus der Endadressatenarbeit auf Universalprävention wider (vgl. Abbildung 37). Restriktivere bzw. protektivere Zielsetzungen (Abstinenzförderung, Erstkonsumverzögerung) weisen dagegen nur eine mittlere Relevanz auf.

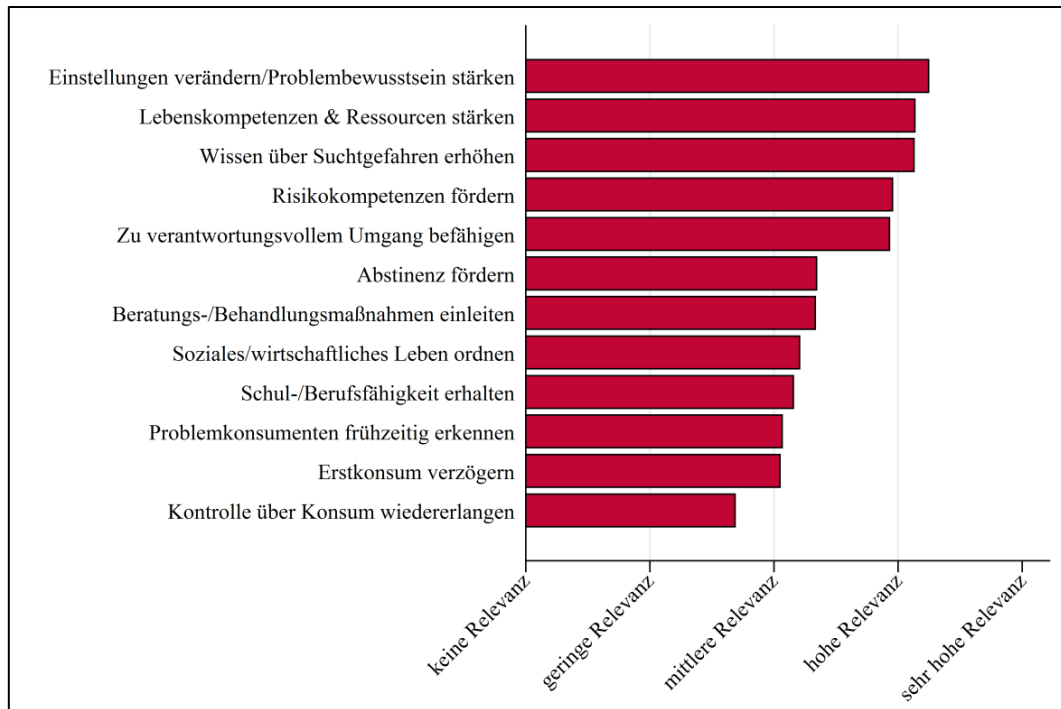


Abbildung 37. Einschätzung der Relevanz bestimmter Zielsetzungen bei der Endadressatenarbeit (Hauptakteure; $n = 279$)

In den vier wichtigsten Zielsetzungen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Abbildung 38). Allein die befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Reihen der Polizei weisen der Stärkung von Lebenskompetenzen und Ressourcen nur eine mittlere Relevanz zu. Bei den verbleibenden Zielsetzungen zeigen sich mitunter starke Divergenzen zwischen den Gruppen. Für die Selbsthilfe ist die Förderung der Abstinenz das wichtigste Ziel, während die anderen Beteiligten dieser Maßnahme gerade einmal mittlere Relevanz zusprechen. Die Relevanzeinschätzung spiegelt teilweise unterschiedliche institutionell geprägte Perspektiven und suchtpreventive Prioritäten der Akteure wider (z. B. Erhaltung der Schul-/Berufsfähigkeit durch die betriebliche Suchtprävention oder Verzögerung des Erstkonsums durch die Polizei).

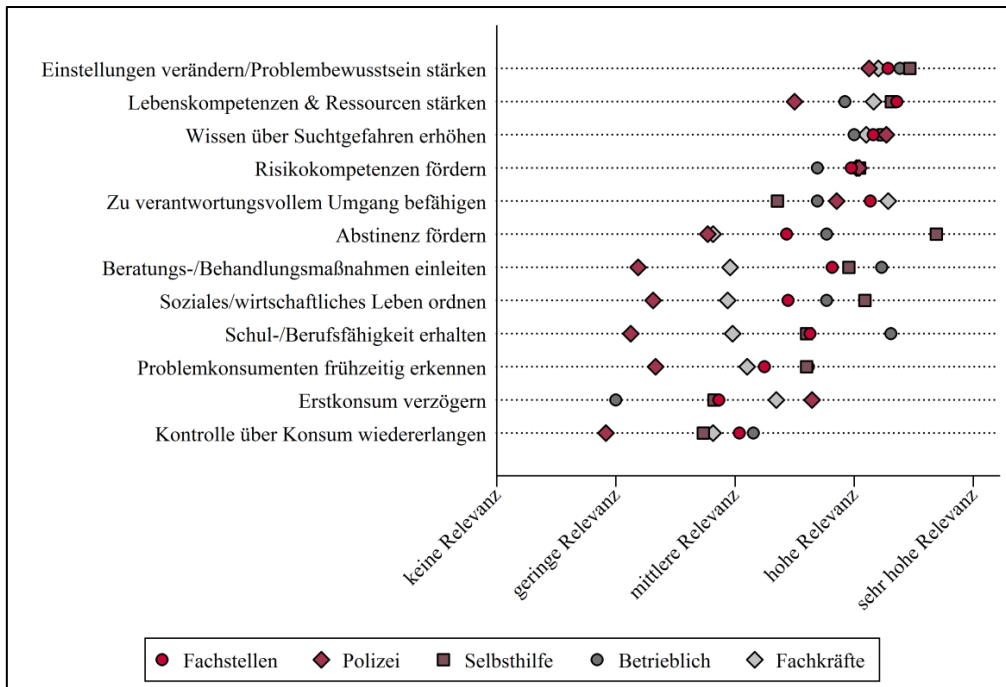


Abbildung 38. Einschätzung der Relevanz bestimmter Zielsetzungen bei der Endadressatenarbeit (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 236$)

Als Nächstes thematisierte der Fragebogen die Evidenzbasierung der Suchtpräventionsarbeit. Die Akteure wurden gefragt, ob bei ihrer Arbeit standardisierte Konzepte, Maßnahmen oder Programme zum Einsatz kommen (dichotomes Antwortformat: ja/nein). Insgesamt geben 48 Prozent der Präventionsakteure an, überhaupt standardisierte Programme einzusetzen. Hierbei bestehen allerdings deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Am häufigsten (82%) werden standardisierte Programme von den Fachkräften eingesetzt. Von den Fachstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeitern setzen 52 Prozent bei ihrer Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten standardisierte Programme ein. Weitaus geringer fällt der Einsatz standardisierter Programme unter den polizeilichen Mitarbeitern (36%), der betrieblichen Suchtprävention (23%) und der Selbsthilfe (22%) aus.

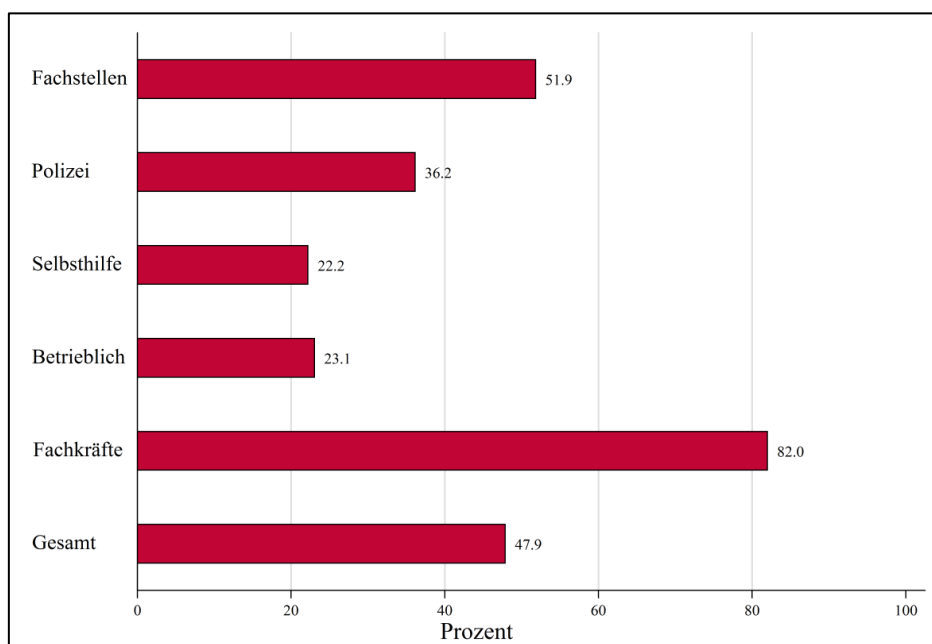


Abbildung 39. Anteil an Suchtpräventionsakteuren, die bei ihrer Endadressatenarbeit standardisierte Programme einsetzen ($n = 279$)

Daran anknüpfend wurde gefragt, welche Konzepte, Maßnahmen oder Programme die Akteure bei ihrer suchtpreventiven Arbeit konkret einsetzten. Dabei wurde den befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Liste mit Präventionsprogrammen vorgelegt. Diese Liste wurde vorher vom Projektteam in Abstimmung mit der NLS erarbeitet. Sie war darauf ausgelegt, mutmaßlich relevante Programme für alle befragten Akteursgruppen aufzuführen. Darüber hinaus hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Fragebogen die Möglichkeit, Programme frei zu benennen, die sie in der Praxis einsetzen, die aber nicht in der vorgegebenen Liste enthalten waren. Die Ergebnisse weisen als am häufigsten eingesetzte Suchtpreventionsprogramme in Niedersachsen „HaLT“, „Bass“ und den „KlarSicht-Mitmach-Parcours“ aus. Wird die Fünfprozentgrenze als Einschlusskriterium¹¹ angelegt, differenziert sich die niedersächsische Suchtpreventionsarbeit auf insgesamt 29 verschiedene Programme auf (vgl. Abbildung 40). Um eine erste Einschätzung über den Evidenzgrad der eingesetzten Programme zu ermöglichen, wurde für jedes Programm ermittelt, inwieweit dieses auf der Grünen Liste Prävention – CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme aufgenommen wurde und welcher Evidenzgrad diesem gegebenenfalls zugeordnet wurde. Die Auswertung zeigt, dass die meisten der in Niedersachsen im Rahmen der Suchtprevention eingesetzten Programme derzeit nicht auf der Grünen Liste Prävention aufgeführt sind. Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei der Grünen Liste Prävention um eine Positiv- bzw. Empfehlungsliste handelt. Dies bedeutet, dass die Nichtaufnahme eines Programms verschiedene Ursachen haben kann, die nicht weiter spezifiziert werden. So kann die Nichtaufnahme eines Programms neben einem negativen Evaluationsergebnis zum Beispiel auch bedeuten, dass bislang keine deutschsprachige Evaluationsstudie verfügbar ist oder mangelnde Möglichkeiten der Implementierung bestehen. Einige der am häufigsten durchgeführten Maßnahmen sind auf die Grüne Liste aufgenommen und weisen den Evidenzgrad 1 auf (Effektivität theoretisch gut begründet aber keine Aussage über die Wirkung möglich). Tabelle 16 in Anhang B liefert eine detaillierte Übersicht mit Zielgruppen, Inhalten, Dauer, Aufbau und Evidenzbasierung zu den 29 genannten Programmen.

¹¹ Das bedeutet, dass ein Programm bzw. eine Maßnahme von mindestens 5 Prozent der Akteure genannt werden musste, um in die abschließende Auswertung aufgenommen zu werden.

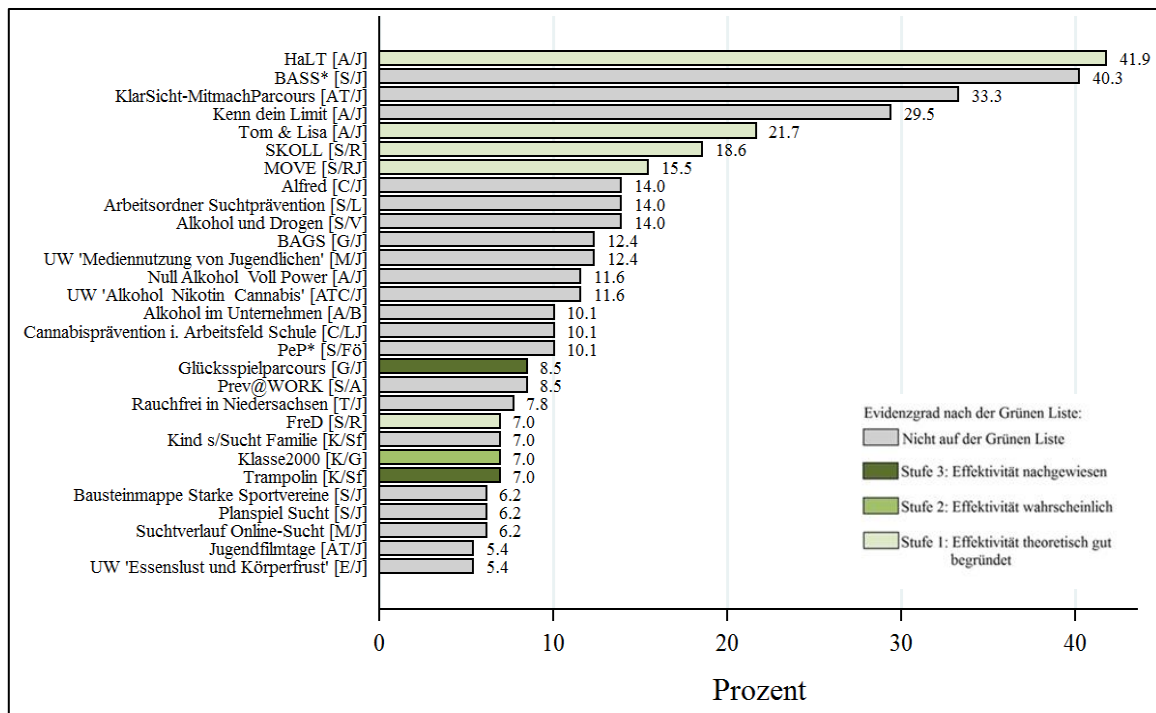


Abbildung 40. Häufigste Suchtpräventionsprogramme in der Endadressatenarbeit in Niedersachsen (relativer Nutzungsanteil unter den Akteuren, die standardisierte Programme einsetzen; n = 130)¹²

Zu jeder genannten Maßnahme wurde zudem erfragt, wie oft die jeweilige Maßnahme in den letzten 12 Monaten durchgeführt wurde (4-stufiges Antwortformat: „1-mal“, „2-3-mal“, „4-10-mal“, „öfter als 10-mal“). Abbildung 41 stellt die Häufigkeit der Durchführung dieser Programme dar. Es fällt auf, dass die am häufigsten genannten Programme meist auch regelmäßig (mehr als 1-mal) pro Jahr durchgeführt werden. Einige der nur selten angeführten Programme wurden dagegen auch nur einmalig durchgeführt (z. B. „PeP“, „Kind s/Sucht Familie“ oder „Unterrichtswerkstatt Essenslust und Körperfrust“). Es existieren auch Programme, die von nur wenigen Suchtpräventionsakteuren genannt wurden, dafür aber oft bei deren Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten zur Anwendung kommen (z. B. „Trampolin“).

¹² Zu jedem Programm sind jeweils Inhaltsbereiche und Endadressatengruppen mit aufgeführt [I/A]:

- Inhalt (I): A = Alkohol, C = Cannabis, G = Glücksspiel, K = Kompetenzförderung allgemein, M = Mediennutzung, S = Substanzkonsum/Sucht allgemein, T = Tabak
- Adressaten (A): A = Auszubildende, B = Berufstätige, Fö = Menschen mit Förderbedarf, G = Grundschüler(innen), J = Jugendliche, L = Lehrer(innen)/ Erzieher(innen), M = Multiplikator(inn)en, R = Riskant Konsumierende, Sf = Suchtbelastete Familien, V = Verkehrsteilnehmer(innen)

* = Aufnahmeersuchen in der laufenden Begutachtung

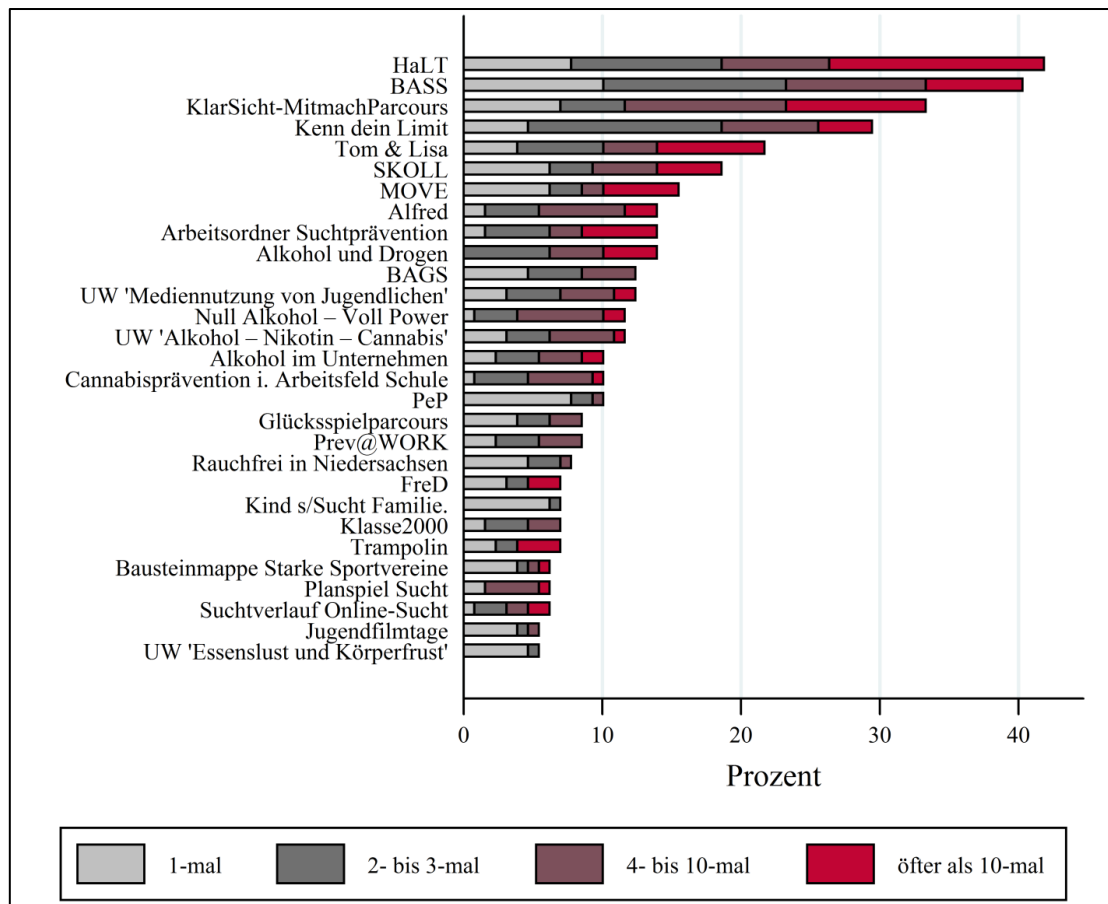


Abbildung 41. Häufigkeit der Anwendung standardisierter Suchtpräventionsprogramme bei der Endadressatenerarbeit in Niedersachsen (relativer Nutzungsanteil unter den Hauptakteuren, die standardisierte Programme einsetzen; $n = 130$)

Es zeigte sich bereits, dass nicht alle Gruppen überhaupt in gleichem Ausmaß standardisierte Programme nutzen (vgl. Abbildung 39). Darüber hinaus wird in Abbildung 42 deutlich, dass bestimmte Programme eher von bestimmten Gruppen angewendet werden. „Arbeitsordner Suchtprävention“ und „Alkohol im Unternehmen“ werden vornehmlich von der Selbsthilfe eingesetzt. Fachkräfte und Fachstellen gehören dagegen bei fast allen anderen Programmen zu den Hauptnutzern.

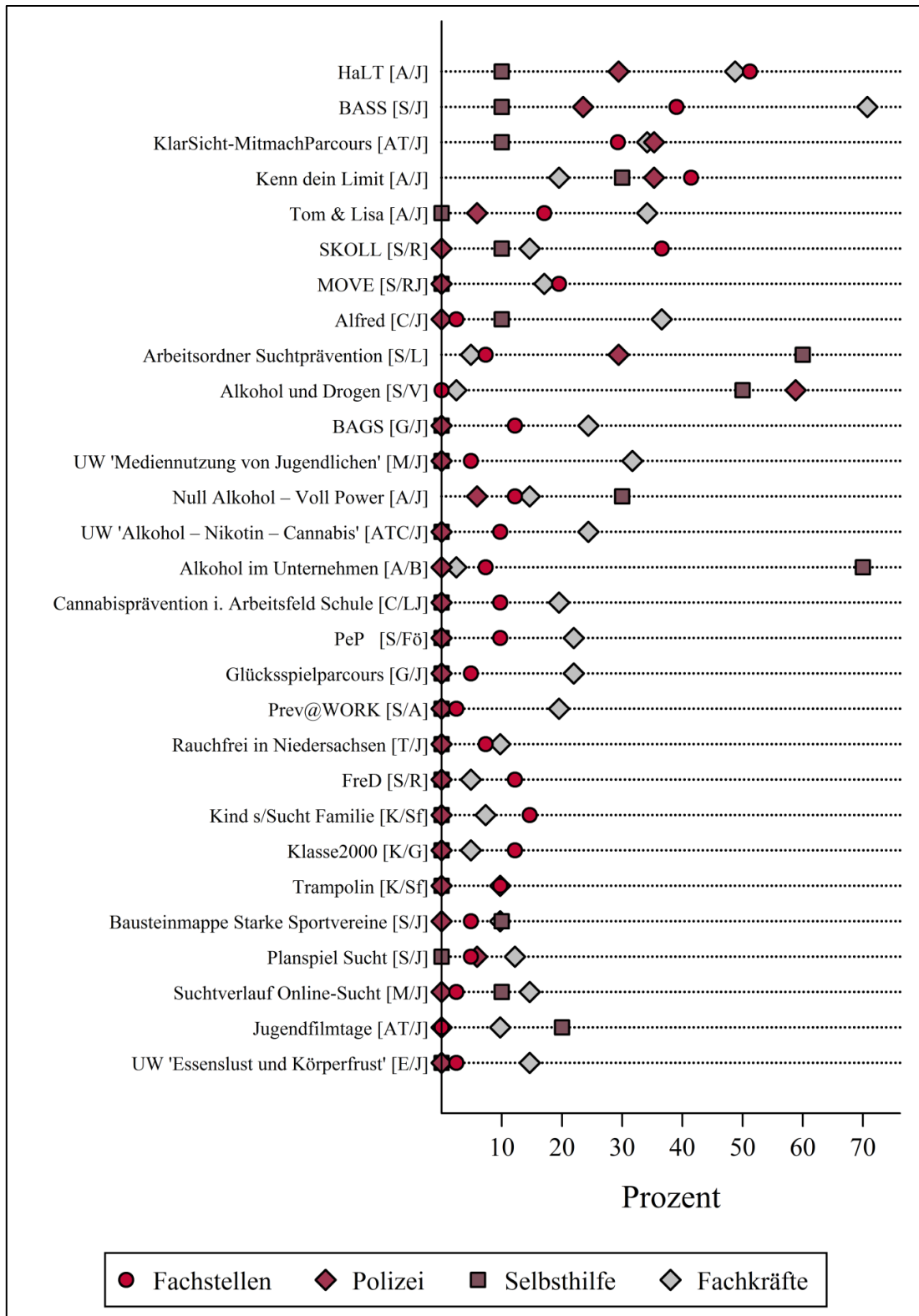


Abbildung 42. Häufigste Suchtpräventionsprogramme in der Endadressatenarbeit in Niedersachsen (relativer Nutzungsanteil unter den Akteuren, die standardisierte Programme einsetzen; differenziert nach Subgruppen; n = 130)¹³

¹³ Zu jedem Programm sind jeweils Inhaltsbereiche und Endadressatengruppen mit aufgeführt [I/A]:

- Inhalt (I): A = Alkohol, C = Cannabis, G = Glücksspiel, K = Kompetenzförderung allgemein, M = Mediennutzung, S = Substanzkonsum/Sucht allgemein, T = Tabak
- Adressaten (A): A = Auszubildende, B = Berufstätige, Fö = Menschen mit Förderbedarf, G = Grundschüler(innen), J = Jugendliche, L = Lehrer(innen)/ Erzieher(innen), M = Multiplikator(inn)en, R = Riskant Konsumierende, Sf = Suchtbelastete Familien, V = Verkehrsteilnehmer(innen)

Der nächste Abschnitt widmete sich der Frage, wie indizierte Prävention umgesetzt wird und über welche Zugangswege Personen in die indizierte Prävention gelangen. Hierzu wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, anzugeben, wie oft bestimmte Begebenheiten in den letzten 12 Monaten bei ihnen vorgekommen sind (5-stufiges Antwortformat: „nie“, „1-mal“, „2-3-mal“, „4-10-mal“, „öfter als 10-mal“). Demnach nahmen Personen mit erhöhtem oder riskantem Konsum häufig Beratung bei den Befragten in Anspruch (vgl. Abbildung 43). Auch Angehörige von Personen mit erhöhtem oder riskantem Konsum wurden vermehrt beraten. Ähnlich häufig berichteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Patientinnen und Patienten, die im Rahmen von universeller und/oder selektiver Prävention über ihren eigenen erhöhten oder riskanten Konsum berichteten. Für die Identifikation und Kontaktaufnahme spielen dagegen aufsuchende Sozialarbeit und Früherkennung eine vergleichsweise geringe Rolle.

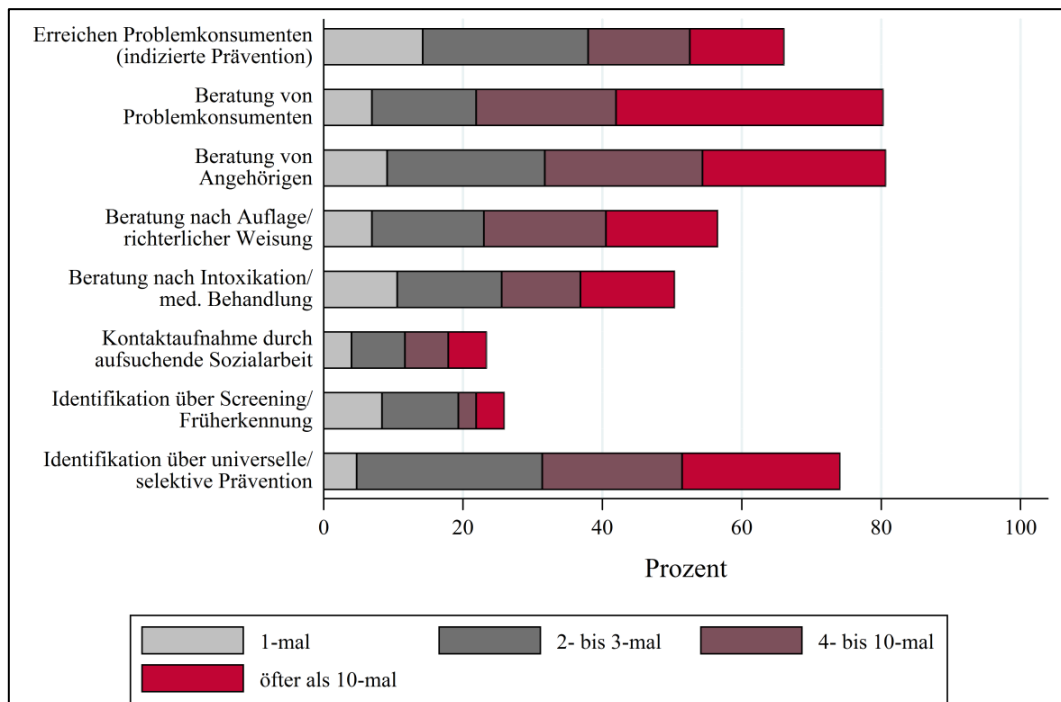


Abbildung 43. Einschätzung der Nutzung der Potentiale für indizierte Prävention (Hauptakteure; $n = 274$)

Berichteten die Akteure über eine Identifikation von Problemkonsumentinnen und -konsumenten im Rahmen von universeller oder selektiver Prävention zu mindestens einer Gelegenheit, wurden sie anschließend gefragt, was sie konkret mit diesen Problemkonsumentinnen und -konsumenten unternommen haben. Dabei wurden verschiedene Handlungsmöglichkeiten zur Einschätzung vorgegeben (4-stufiges Antwortformat: „keiner Person“, „weniger als der Hälfte der Personen“, „mehr als der Hälfte der Personen“, „nahezu allen Personen“). Einem großen Teil der identifizierten Problemkonsumentinnen und Problemkonsumenten wurden weiterführende Informationen gegeben und die Inanspruchnahme von Beratung angeregt (vgl. Abbildung 44). Selbsttests und Screenings erfolgten bei einem geringeren Anteil der Betroffenen.

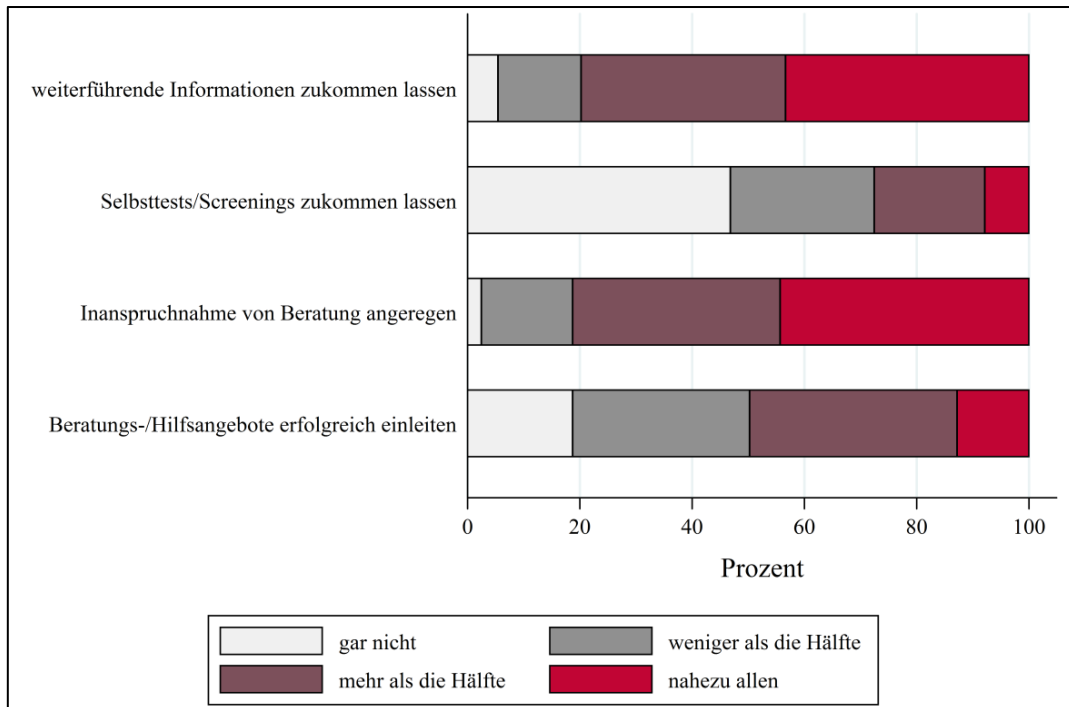


Abbildung 44. Maßnahmen mit Risikokonsumentinnen und -konsumenten, die im Rahmen von universeller oder selektiver Prävention identifiziert wurden (Hauptakteure; $n = 203$)

6.2.1.4 Modul B: Multiplikatorenarbeit

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mit Multiplikatorenarbeit betraut sind, wurden gefragt, für welche Personengruppen sie in den letzten 12 Monaten suchtpreventive Fortbildungs- und Schulungsangebote durchgeführt haben (5-stufiges Antwortformat: „nie“, „1-mal“, „2-3-mal“, „4-10-mal“, „öfter als 10-mal“). Multiplikatorenarbeit erfolgt demnach am häufigsten im Setting Schule (Lehrer, Schulsozialarbeiter, Jugendarbeiter, Schulpsychologen), mit Eltern und mit Akteuren der Selbsthilfe (vgl. Abbildung 45). Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendschutz und der Jugendhilfe sowie Fachkräfte und Fachstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter werden von mindestens der Hälfte der Akteure als Zielgruppen ihrer Multiplikatorenarbeit benannt. In sehr geringem Maße wurden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Kinderärztinnen und -ärzte, Aufsichtspersonal in Spielstätten und Verkaufspersonal geschult.

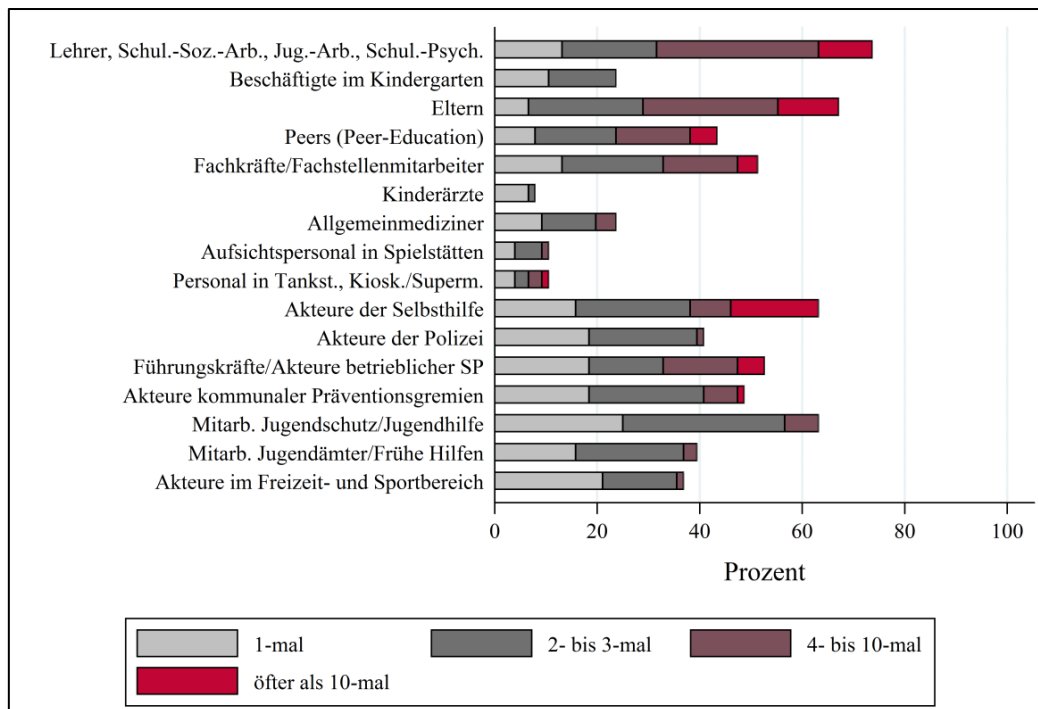


Abbildung 45. Zielgruppen der Multiplikatorenarbeit in den letzten 12 Monaten (Hauptakteure; n = 75)

Die Frage, ob sie bei der Multiplikatorenarbeit standardisierte Konzepte, Maßnahmen oder Programme verwendeten (dichotomes Antwortformat: ja/nein), bejahten lediglich ein Viertel (26,9%) der Akteure, die Multiplikatorenarbeit leisten. Fachkräfte nutzen bei der Multiplikatorenarbeit noch am häufigsten standardisierte Maßnahmen (36,0%). Bei der Arbeit von Fachstellen kommen nur in 20,0 Prozent der Fälle standardisierte Konzepte zum Einsatz, bei der Selbsthilfe sogar nur in 16,7 Prozent der Fälle. Bestätigten die Akteure die Nutzung standardisierter Programme, wurden sie in einem Freitextfeld gebeten, die Programme zu benennen, die sie bei ihrer Multiplikatorenarbeit nutzen. Wird erneut die Fünfprozentgrenze¹⁴ angelegt differenziert sich die niedersächsische Multiplikatorenarbeit auf insgesamt 14 Programme auf (vgl. Abbildung 46). „KlarSicht-MitmachParcours“ werden am häufigsten im Rahmen von Multiplikatorenschulungen vermittelt, gefolgt von „Bass“ und „Tom & Lisa“. Die Auswertung zeigt, dass die meisten der in Niedersachsen im Rahmen der Multiplikatorenarbeit eingesetzten Suchtpräventionsprogramme derzeit nicht auf der Grünen Liste Prävention aufgeführt sind. Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei der Grünen Liste Prävention um eine Positiv- bzw. Empfehlungsliste handelt (vgl. Abschnitt 6.2.1.3). Drei im Rahmen von Multiplikatorenschulungen vermittelte Maßnahmen sind auf die Grüne Liste aufgenommen und weisen den Evidenzgrad 1 auf (Effektivität theoretisch gut begründet aber keine Aussage über die Wirkung möglich). An dieser Stelle sei wiederum auf den Anhang dieses Berichts verwiesen, der eine detaillierte Auflistung und Erklärung dieser Programme enthält.

¹⁴ Das bedeutet, dass ein Programm bzw. eine Maßnahme von mindestens 5 Prozent der Akteure genannt werden musste, um in die abschließende Auswertung aufgenommen zu werden.

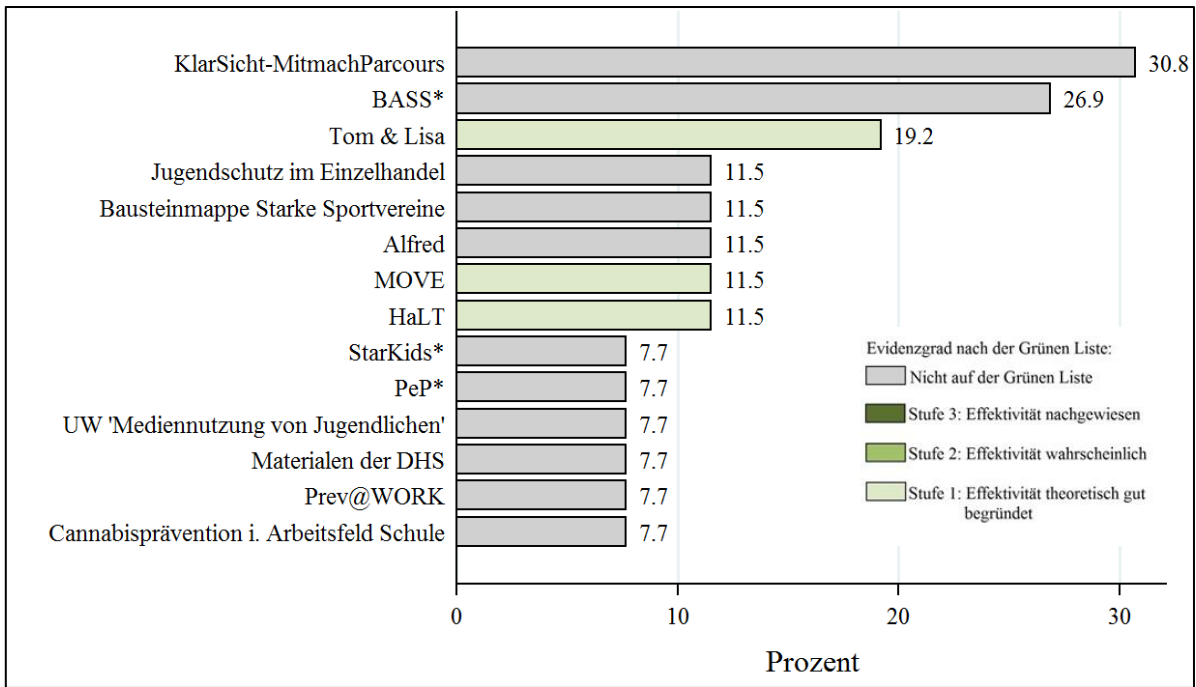


Abbildung 46. Häufigste Suchtpräventionsprogramme in der Multiplikatorenarbeit in Niedersachsen (relativer Nutzungsanteil unter den Akteuren, die standardisierte Programme einsetzen; $n = 26$)¹⁵

6.2.1.5 Modul C: Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation

Jegliche Suchtpräventionsakteure, deren Arbeitsspektrum die Bereiche Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation umfasst, wurden gefragt, welchen Anteil bestimmte Aufgaben in ihrer Tätigkeit einnehmen (6-stufiges Antwortformat: „keinen Anteil“, „einen sehr geringen Anteil“, „einen eher geringen Anteil“, „einen mittleren Anteil“, „einen eher hohen Anteil“, „einen sehr hohen Anteil“). Demzufolge verteilt sich der Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation relativ breit auf unterschiedliche Aufgaben (vgl. Abbildung 47). Die Hauptaufgaben liegen in der Organisation suchtpräventiver Aktionen und der Vernetzung von Suchtprävention und Suchthilfe. Der Großteil der genannten Aufgabenfelder nimmt aber insgesamt einen eher geringen Anteil an Arbeitszeit ein. Lobbyarbeit, Datenerhebungen zu Präventionsbedarfen und die Einwerbung von Geldern und Projektmitteln sind die Aufgabenbereiche mit den geringsten Anteilen.

¹⁵ * = Aufnahmeersuchen in die Grüne Liste in der laufenden Begutachtung

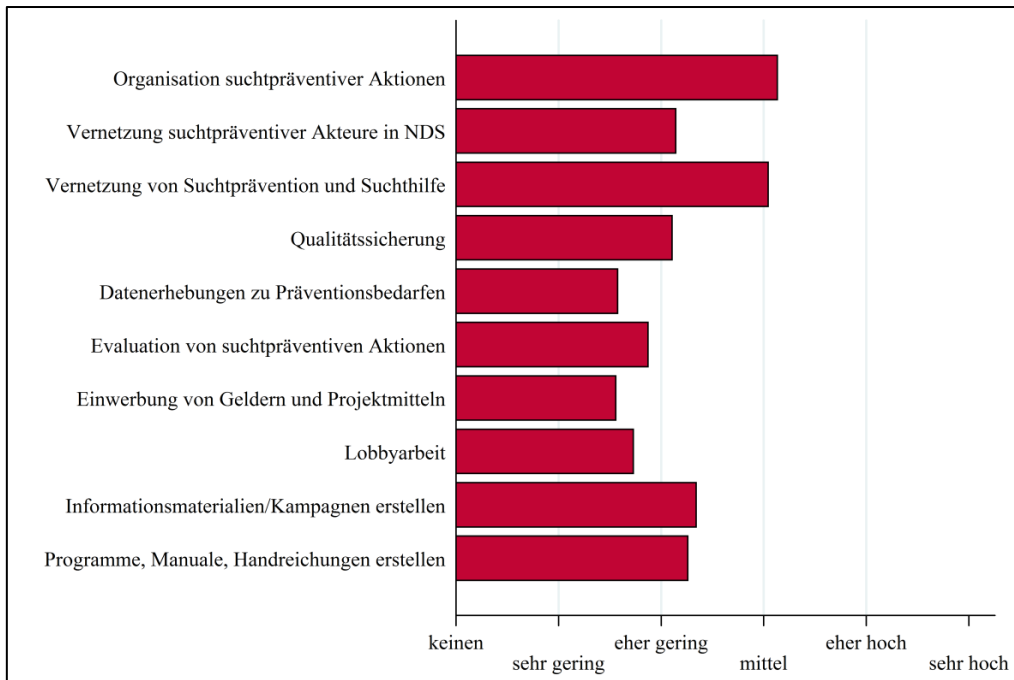


Abbildung 47. Aufgabenfelder im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation (Hauptakteure; $n = 111$)

Es zeigen sich teilweise Unterschiede in der Bedeutsamkeit der einzelnen Aufgabenfelder je nach fachlichem Hintergrund (vgl. Abbildung 48). Die Organisation suchtpräventiver Aktionen macht einen relativ großen Anteil der Arbeit von Fachkräften aus. Die Vernetzung von Suchtprävention und Suchthilfe hat für alle Subgruppen mittlere Relevanz. Der Erstellung von Informationsmaterialien und Kampagnen widmet sich im Vergleich zu den anderen Gruppen eher die Selbsthilfe. Die Polizei ist deutlich weniger mit der Qualitätssicherung und der Einwerbung von Geldern beschäftigt. Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Suchtprävention und zur Evaluation von suchtpräventiven Aktionen gehören vermehrt zum Aufgabenbereich der Selbsthilfe und der Fachstellen.

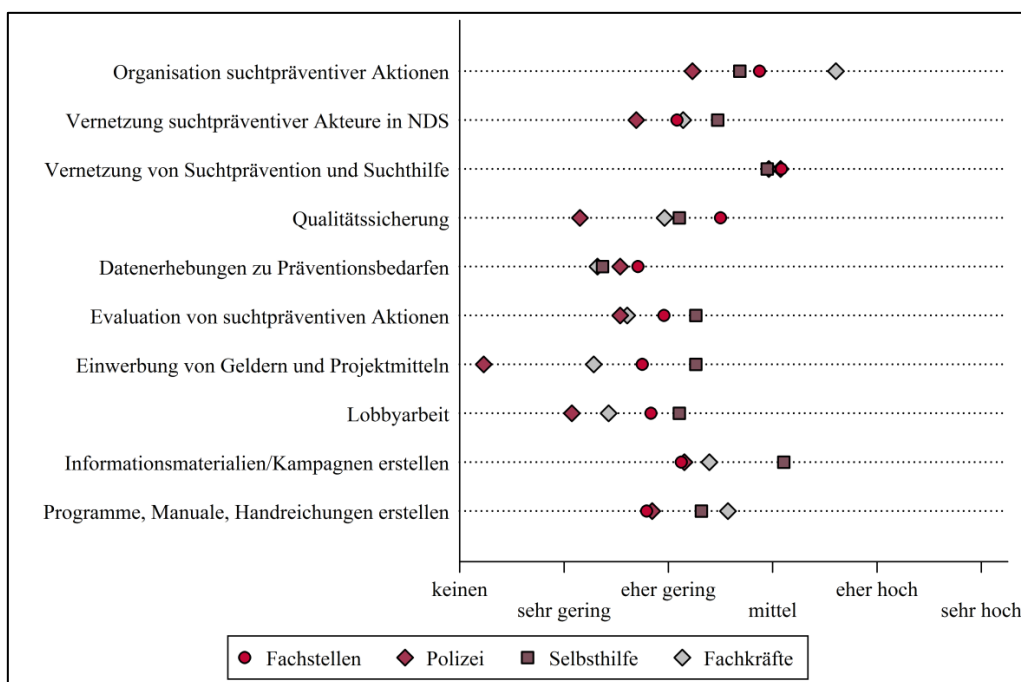


Abbildung 48. Aufgabenfelder im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Management und Organisation (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 84$)

6.2.1.6 Modul D: Abschluss

Am Ende des Fragebogens wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, wie zufrieden sie mit ihrer aktuellen Tätigkeit in der Suchtprävention sind (5-stufiges Antwortformat: „sehr unzufrieden“, „unzufrieden“, „teils/teils“, „zufrieden“, „sehr zufrieden“). Dabei gaben 2,6 Prozent der Suchtpräventionsakteure an, sehr unzufrieden zu sein. 7,0 Prozent zeigten sich unzufrieden. 39,2 Prozent antworteten „teils/teils“, wohingegen 41,2 Prozent zufrieden und 10,0 Prozent sehr zufrieden mit ihrer aktuellen Tätigkeit sind.

Die nächste Frage adressierte mögliche Probleme in Bezug auf die eigene Suchtpräventionsarbeit. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden nach ihrer Einschätzung gebeten, als wie problematisch sie bestimmte Aspekte für ihre eigene Tätigkeit einstufen (4-stufiges Antwortformat: „sehr problematisch“, „eher problematisch“, „eher unproblematisch“, „ganz unproblematisch“). Am problematischsten werden die grundsätzliche Finanzierungssituation und die Zeit für Präventionsarbeit eingeschätzt (vgl. Abbildung 49). Die Möglichkeiten zur nachhaltigen Implementierung von Maßnahmen und Konzepten sowie ausreichende Ressourcen für Evaluation und Dokumentation werden ebenfalls eher problematisch gesehen. Insgesamt werden die meisten abgefragten Bereiche jedoch als eher unproblematisch bewertet.

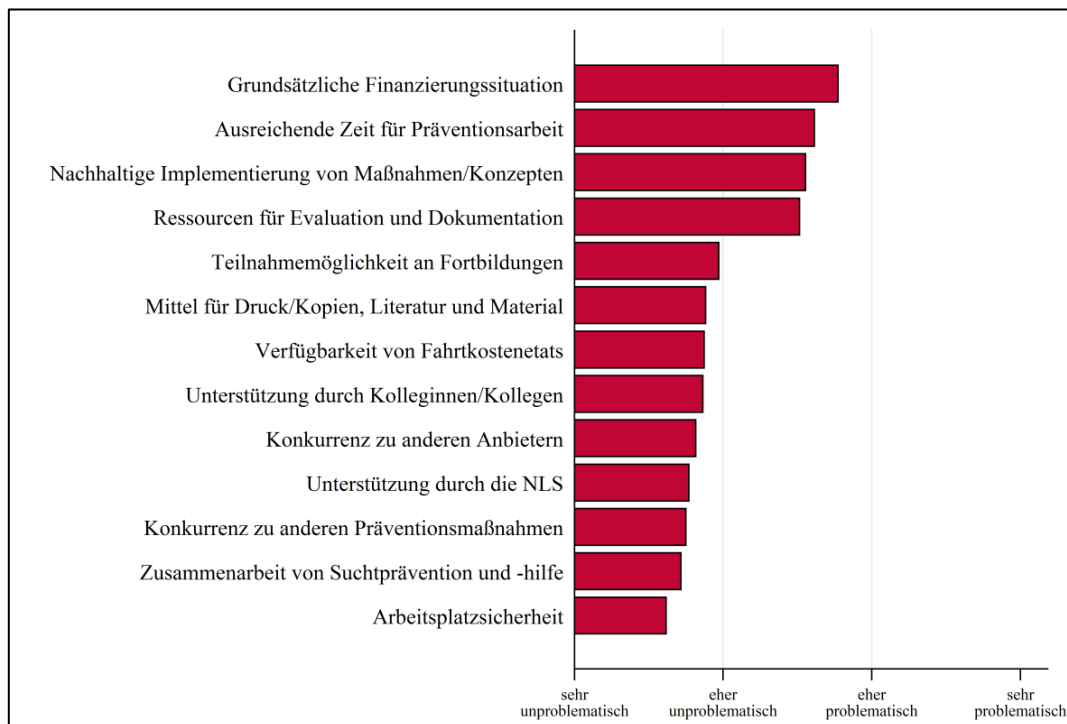


Abbildung 49. Mögliche Probleme in Bezug auf die aktuelle Tätigkeit der Suchtpräventionsakteure (Hauptakteure; $n = 499$)

Zwischen den einzelnen Gruppen der Suchtpräventionsakteure zeigen sich hier nur geringfügige Unterschiede in der Bewertung der Problembereiche (vgl. Abbildung 50). Die Verfügbarkeit von Fahrtkostenetats stellt offenbar nur für Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe ein tendenzielles Problem dar. Die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen wird von den betrieblichen Suchtpräventionsakteuren als etwas problematischer eingeschätzt als von den anderen Gruppen.

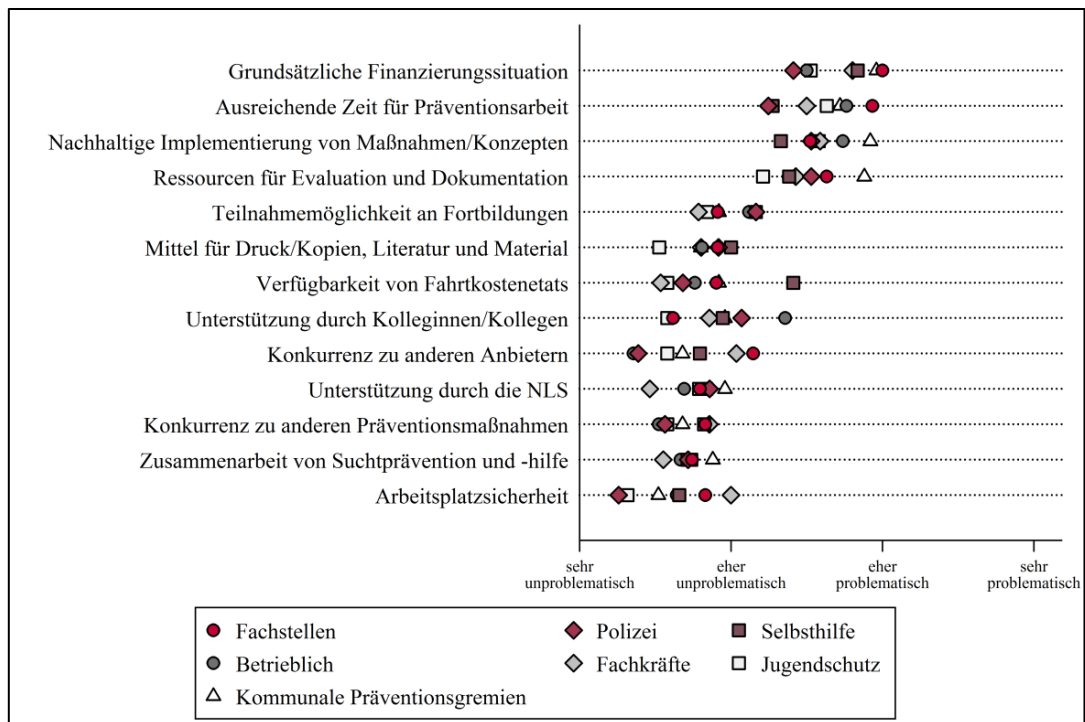


Abbildung 50. Mögliche Probleme in Bezug auf die aktuelle Tätigkeit der Suchtpräventionsakteure (Hauptakteure, differenziert nach Subgruppen; $n = 436$)

Schließlich hatten die Suchtpräventionsakteure die Möglichkeit, in freien Antwortfeldern aktuelle Stärken und Schwächen der niedersächsischen Suchtprävention zu benennen, eine Prognose über zukünftige Innovationsfelder in der Suchtpräventionsarbeit abzugeben sowie für sie selbst persönlich wichtige potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten in der Zukunft aufzuführen.

Was sind aus Ihrer Sicht aktuell besondere Stärken der Suchtprävention in Niedersachsen?

Insgesamt gaben 142 Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Antwort auf die Frage nach aktuellen Stärken der niedersächsischen Suchtprävention. 69 Befragte loben insbesondere die gute Vernetzung der verschiedenen Akteure und Institutionen innerhalb der Suchtprävention. Insgesamt profitiere man stark vom regen Austausch an Fachwissen und dem geteilten Erfahrungsschatz. In diesem Zusammenhang werden vor allem die Arbeit der Dachverbände und die gute Netzwerkarbeit der NLS gelobt. Auch die Kooperation mit Schulen bewerten zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer als sehr positiv. Diese habe sich in den letzten Jahren weiter verbessert. Ein weiteres, von 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angesprochenes Thema ist die Qualität der Konzepte und Materialien. Neben dem Einsatz evaluierter Konzepte wird vor allem die Vielzahl an Programmen gelobt, die an der Förderung von allgemeinen Lebenskompetenzen ansetzen. 21 Befragte schätzen des Weiteren die vielen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die durch die NLS bereitgestellt werden. Sieben Befragte äußern sich positiv über die Themenaktualität und die damit verbundene zeitnahe Informationsvermittlung. Weitere 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind mit der Vielfalt der Angebote der Suchtprävention und -hilfe zufrieden, die sich zudem auf nahezu alle riskanten Konsummuster, Suchterkrankungen und Zielgruppen erstrecken würde. Die Kompetenz der verschiedenen Akteure im Feld bewerten 19 Befragte als sehr positiv – neben einem umfangreichen Fachwissen wird hier vor allem das Engagement der Beteiligten gelobt. Die aktuelle Finanzierungssituation der Suchtprävention wird von zehn Teilnehmerinnen und

Teilnehmern als positiv beschrieben. In diesem Zusammenhang wird auch auf das anhaltende Engagement des Landes bei der Schaffung von Stellen für spezialisierte Fachkräften verwiesen.

Was sind aus Ihrer Sicht aktuell besondere Schwächen der Suchtprävention in Niedersachsen?

Des Weiteren kommentierten 186 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Frage nach aktuellen Schwächen der Suchtprävention in Niedersachsen. 63 Befragte beklagen die aus ihrer Sicht vorhandenen Angebotsmängel. Kritisiert wird vor allem, dass Suchtprävention in Niedersachsen zurzeit, insbesondere in ländlichen Regionen, nicht flächendeckend durchgeführt würde. Des Weiteren beklagen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Fehlen von spezifischen Angeboten für bestimmte Zielgruppen und Suchterkrankungen. Vor allem Migrantinnen und Migranten, Kinder aus suchtbelasteten Familien und Seniorinnen und Senioren würden nicht genug erreicht. Auch die Suchtprävention an Schulen wird als ausbaufähig beschrieben. Darüber hinaus wünschen sich die kommentierenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr auf Verhaltenssuchte zielende Präventionsarbeit. Weitere 59 Befragte beschreiben die begrenzte und nur bedingt nachhaltige Finanzierung als eine große Schwäche der niedersächsischen Suchtprävention.

Auch wenn in den Kommentaren zur vorhergehenden Frage das Vorhandensein von Stellen für Präventionsfachkräfte gelobt wurde, sehen die Befragten den tatsächlichen Bedarf an Fachkräften in den Kommunen als nicht ausreichend gedeckt an. Hieraus resultiere eine Beschränkung der Reichweite von Suchtprävention. Zudem führe der Mangel an Planstellen und konstanten Finanzierungszusagen dazu, dass die Suchtprävention vielerorts nicht verstetigt werden könne. In diesem Zusammenhang wird auch das als ebenfalls nicht ausreichend erlebte (finanzielle) Engagement der Gesetzlichen Krankenversicherung beklagt.

Auch wenn viele Befragte die gute Vernetzung als eine Stärke der Suchtprävention beschreiben, sehen 29 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerade Schwächen in diesem Bereich. Dies betreffe insbesondere die interinstitutionelle Kooperation und Koordination. Beispielsweise wird die mangelnde strukturelle Integration suchtpreventiver Inhalte in den schulischen Curricula und Lebenswelten beklagt. Suchtpreventiv wirkende Akteure fühlen sich zum Teil als „Pausenfüller“ missbraucht, die von den Schulen gerufen werden, um Lücken in der Unterrichtsversorgung zu kompensieren. Des Weiteren wüssten die einzelnen suchtpreventiv arbeitenden Akteure zu wenig voneinander. Die verschiedenen Angebote seien nicht aufeinander abgestimmt, was teilweise zu unklaren Zuständigkeiten und Konkurrenz führe. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer nehmen sich als Einzelkämpfer wahr, andere betonen die mangelnde Vernetzung mit dem medizinischen Versorgungssystem und der Agentur für Arbeit. 27 Akteure schätzen darüber hinaus Teilgebiete der Öffentlichkeitsarbeit als ausbaufähig ein. Die Befragten wünschen sich unter anderem mehr gesamtgesellschaftliche Aufklärung über Sucht und Suchtgefahren. Dies sei auch wichtig, um der Verharmlosung von Alkohol oder Cannabis entgegen zu wirken. Des Weiteren sei das Angebot der Fachstellen in der breiten Öffentlichkeit noch zu wenig bekannt. In diesem Zusammenhang wird zudem die generell als ausbaufähig wahrgenommene Anerkennung der Suchtprävention angesprochen. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer beklagen, dass die Bedeutung der Präventionsarbeit immer noch unterschätzt werde. Dies – so die weiteren Kommentare – äußere sich auch in den zu geringen finanziellen und personellen Ressourcen, die von der Politik bereitgestellt würden.

Weiterhin werden von 25 Befragten schlechte Arbeitsverhältnisse und ein Zeit- und Personalmangel genannt, mit dem sich einige Akteure konfrontiert sähen. Dieses Problem wird insbesondere von Seiten der Fachkräfte und Fachstellenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter benannt. Man arbeite unter Druck, Arbeitsverträge seien zu häufig befristet. Ebenfalls kritisiert wird in diesem Zusammenhang, dass ein Mangel an Therapieplätzen in der Suchthilfe sowie damit verbundene lange Wartezeiten für Betroffene bestünden. Während in der vorherigen Frage die Qualität der Konzepte und Programme von vielen Befragten positiv beurteilt wurde, äußern 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer Kritik an ebendieser. Neben einem wahrgenommenen Mangel an evidenzbasierten Konzepten wird in diesem Zusammenhang auch auf die fehlende Nachhaltigkeit der einzelnen Projekte rekurriert. 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben die Einschätzung ab, dass die Inanspruchnahme der angebotenen Programme ausbaufähig sei. In diesem Kontext werden das begrenzte Engagement und die fehlende Partizipation der Schulen kritisiert. Auch Arbeitgeber würden wenig Interesse an suchtbbezogenen Themen und Präventionsprojekten zeigen. Darüber hinaus seien einige Zielgruppen wie beispielsweise Kinder aus suchtbelasteten Familien oder Berufstätige nur schwer erreichbar.

14 Befragte sprechen Themen an, die sich auf die Grundausrichtung der Suchtprävention beziehen. Insgesamt seien die Programme nicht nah genug an der Lebenswirklichkeit von Endadressatinnen und Endadressaten und speziell Jugendlichen orientiert. Prävention setze zu spät und erst dann an, wenn bereits die ersten Verhaltensauffälligkeiten vorlägen. Auch die frühere Abstinenzorientierung in der Suchtprävention wird kritisiert. Programme seien immer noch „zu moralisch“ und dadurch wenig einladend. Demgegenüber wird die Zukunft der Suchtprävention in Projekten gesehen, die auf die Förderung von Lebens- und Konsumkompetenzen fokussieren. Auch wenn die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der vorherigen Frage von einigen Befragten besonders positiv hervorgehoben wurden, kritisieren sechs Befragte die mangelnde Ausbildung einzelner Gruppen von Suchtpräventionsakteuren. Insbesondere im Hinblick auf die niedergelassene Ärzteschaft wird ein großer Nachholbedarf konstatiert. Ärztinnen und Ärzte – so der Tenor – würden häufig nicht über ausreichend Fachwissen im Umgang mit Süchtigen verfügen. Des Weiteren wird die Genderkompetenz¹⁶ sowie das Fachwissen der Akteure im Feld beispielsweise in Bezug auf Legal Highs als verbesserungswürdig beschrieben.

Wo liegen für Sie zukünftig wichtige Innovationsfelder der Suchtpräventionsarbeit?

Insgesamt gaben 225 Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Einschätzung zu zukünftigen Innovationsfeldern in der Suchtpräventionsarbeit ab. 75 Befragte sehen weitere Innovationsmöglichkeiten im Bereich der adressierten Themen. Insbesondere im Bereich Medien- und Internetabhängigkeit müsse noch mehr Präventionsarbeit geleistet werden (49 Teilnehmerinnen und Teilnehmer). Auch zu anderen Verhaltenssuchten wie Glücksspielabhängigkeit gäbe es bisher zu wenig Projekte. Die Suchtpräventionsarbeit zu Alkohol sei ebenfalls ausbaufähig. Diese setze bei Jugendlichen oftmals zu spät an. Weitere Punkte, die angesprochen werden, betreffen die Aufklärungsarbeit zu Cannabiskonsum (insbesondere in Hinblick auf Legalisierungsdebatten), sowie die Themenfelder Medikamentenmissbrauch und Legal Highs. 69 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sehen Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich des Erreichens bestimmter Zielgruppen. Als sehr wichtig wird in diesem Zusammenhang die Arbeit mit Schülerinnen und Schülern und generell Jugendlichen gesehen. Suchtprävention müsse

¹⁶ „Gender-Kompetenz ist die Fähigkeit von Personen, bei ihren Aufgaben Gender-Aspekte zu erkennen und gleichstellungsorientiert zu arbeiten.“ (GenderKompetenzZentrum, 2012)

noch mehr im Klassenraum etabliert werden und sich über alle Schulformen erstrecken – von der Grundschule bis zur Berufsschule. In diesem Zusammenhang wird auch ein Ausbau der Elternarbeit gefordert.

Ebenfalls häufig genannt wird die Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund und Geflüchteten (22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer). Die Befragten gehen davon aus, dass diese in Zukunft mehr Raum einnehmen und eine entsprechende Anpassung der Konzepte erforderlich sein wird. Auch Seniorinnen und Senioren würden zu selten erreicht. Abhängigkeit im Alter werde nicht ausreichend thematisiert. Suchtbelastete Familien werden als weitere, teilweise schwer erreichbar Risikogruppe beschrieben. Hier müssten mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt und frühzeitig Präventions- und Interventionsmaßnahmen eingeleitet werden.

Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, Berufstätige und unter Leistungsdruck stehende Personen werden ebenfalls als verstärkt anzusprechende Endadressatinnen und Endadressaten genannt. 56 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehen davon aus, dass die Methoden der Suchtprävention zukünftig überdacht und weiterentwickelt werden müssen. Suchtprävention entfalte stellenweise auch heute noch eine abschreckende Wirkung. Dem müsse entgegengewirkt und stattdessen die Partizipation der Zielgruppen erhöht werden. Es ginge darum, die Rezipientinnen und Rezipienten dazu einzuladen, gemeinsam über ihr Konsumverhalten zu diskutieren. Insgesamt werden verhältnispräventive Maßnahmen sowie die frühzeitige Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen begrüßt. Suchtprävention müsse nicht nur niedrigschwelliger ansetzen, sondern sich auch über alle Altersstufen fortlaufend erstrecken. Ebenfalls erwünscht ist eine stärkere Verknüpfung der Suchtprävention mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Von den Befragten ebenfalls angesprochen wird die Entwicklung von „Online-Prävention“. Hier sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Möglichkeit, bisher nicht oder nur schwer erreichbare Personengruppen an Präventionsmaßnahmen teilhaben zu lassen. Des Weiteren vermuten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass zukünftig kreative Methoden entwickelt werden müssen, um Sprachbarrieren zu überwinden und verstärkt interkulturell arbeiten zu können. Drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer fordern eine stärkere Fokussierung auf evaluierte Programme. Ein weiteres Innovationsfeld sehen 49 Befragte im Bereich der Kooperation und Vernetzung. Vor allem die interinstitutionelle Kooperation müsse weiter verbessert werden, beispielsweise in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und Psychiatrien. Ebenfalls erwünscht ist eine engere Kooperation mit Schulen. In diesem Zusammenhang fordern einige Befragte die Integration suchtpreventiver Inhalte in den Unterricht sowie eine stärkere Einbindung der Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter. Auch Kitas sowie Jugend- und Sportvereine werden als potenziell wichtige Kooperationspartner gesehen. Neun Befragte kritisieren insbesondere die geringe Beteiligung von Betrieben. Betriebliche Suchtprävention und betriebliches Gesundheitsmanagement müssten daher noch mehr gefördert werden. 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschen sich mehr finanzielle und personelle Ressourcen. Um einen flächendeckenden Einsatz von Suchtprävention zu gewährleisten, müsse es mehr Präventionsfachkräfte geben. Auch fehle es an finanziellen Ressourcen zur Implementierung nachhaltiger Projekte. 18 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sehen in der suchtpreventiven Öffentlichkeitsarbeit ungenutztes Potenzial. Es erfordere Aufklärung, um das Thema Sucht „gesellschaftsfähig“ zu machen. Der Fokus sollte deshalb vor allem auf solchen Kampagnen liegen, die nicht mit Gefahren drohen sondern positive Bot-

schaften verbreiten. Auch der kritische Umgang mit neuen Medien müsse mit dem Ziel gefördert werden, das Vorbildverhalten von Erwachsenen und öffentlichen Personen zu stärken. Des Weiteren wünschen sich zwei Befragte mehr repressive Maßnahmen im Umgang mit Drogenkonsum.

Welche Aspekte wären für Sie besonders wichtig, um Sie bei Ihrer Suchtpräventionsarbeit in Zukunft zu unterstützen?

Diese Frage wurde von 192 Teilnehmerinnen und Teilnehmer beantwortet. 88 Befragte wünschen sich mehr personelle und finanzielle Ressourcen. Es herrsche Personalmangel und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hätten nicht genug Zeit für die Präventionsarbeit. Insbesondere fehle es an konstanten Fördermitteln, viele Projekte hätten keine Anschlussfinanzierung. Dies würde zu einem Mangel an langfristigen und nachhaltigen Projekten sowie zu unsicheren Arbeitsbedingungen führen. Einige Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer kritisieren darüber hinaus, dass die Antragsstellung auf finanzielle Unterstützung derzeit zu kompliziert und zeitaufwändig sei. 47 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehen Entwicklungsbedarf bezüglich der Vorgehensweise und Methodik der Suchtprävention. Insbesondere der Transfer aktueller Forschungsergebnisse in die suchtpreventive Praxis müsse besser gelingen. Gefordert werden auch mehr regionale Daten über die Prävalenz von exzessiven und süchtigen Konsummustern, um die Suchtprävention bedarfsorientierter gestalten zu können. Darüber hinaus wünschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mehr Informationsmaterial und Hilfsmittel für ihre Arbeit. Ebenfalls gefordert werden mehr Manuale, Handlungsanweisungen und ansprechende Broschüren für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Endadressatinnen und Endadressaten. Die Materialien sollten – wenn möglich – mehrsprachig und leichtverständlich sein, um möglichst viele Personen zu erreichen. Prävention müsse lebensnah und praxisorientiert organisiert werden. Hierfür müssten Alter und kultureller Hintergrund der Adressatinnen und Adressaten stärker berücksichtigt werden. Auch hier betonen Befragte, dass Prävention zukünftig mehr an allgemeiner Kompetenzförderung ansetzen sollte. Einige stellen heraus, dass Qualitätssicherung und Evaluation in Zukunft eine größere Bedeutung in der Suchtpräventionsarbeit beigemessen werden sollte. 43 Befragte wünschen sich für ihre zukünftige Arbeit eine Ausweitung der aktuellen Vernetzung und Kooperationsverhältnisse. Insbesondere die Vernetzung und Absprache zwischen den verschiedenen Fachrichtungen müsse weiter verstärkt werden. Auch die Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlicher und professioneller Suchtberatung und -hilfe sei ausbaufähig. Betriebe und Schulen müssten noch stärker als Kooperationspartner eingebunden werden. 29 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wünschen sich bessere Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen. Auf diese Weise soll dem Personalmangel entgegen gewirkt und die Präventionsarbeit der einzelnen Akteure am jeweils aktuellen Erkenntnisstand orientiert bleiben.

Aus der Sicht von 23 Befragten hat das Thema Suchtprävention eine noch zu geringe gesellschaftliche Relevanz. Dieser Situation sei mit einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit entgegenzuwirken. Einige Befragte beklagen, dass sie zu wenig Anerkennung für ihre Arbeit erfahren, da Suchtprävention häufig nicht ernstgenommen werde. Darüber hinaus seien viele Angebote noch zu unbekannt. Weitere 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmer fordern außerdem mehr verhältnispräventive Vorgaben durch die Politik. Arbeitgeber und Schulen sollten dazu verpflichtet werden, sich stärker an Suchtprävention zu beteiligen. Andere Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer äußern die Meinung, dass durch eine

strengere Gesetzgebung im Umgang mit legalen Suchtmitteln (wie Alkohol oder Glücksspiel) ein Umdenken in der Gesellschaft erreicht werden könnte.

6.2.2 Die Suchttherapeutenperspektive

6.2.2.1 Stichprobenbeschreibung

An dieser Befragung beteiligten sich insgesamt 68 Personen. Die meisten sind männlich ($n = 46$) und über 50 Jahre alt ($n = 47$). Am häufigsten sind die Befragten in suchtmmedizinischen Praxen ($n = 21$), CMA-Einrichtungen ($n = 15$) oder stationären Suchthilfeeinrichtungen/Fachkliniken ($n = 13$) tätig. Die Stichprobe besteht insgesamt aus 24 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die substituierend tätig sind (35,3%), 19 Sozialarbeiterinnen und -arbeitern (27,9%), 13 Psychiaterinnen und Psychiatern (19,1%), 4 Psychologinnen und Psychologen (5,9%) und 8 Personen (11,8%), die sich keiner dieser Kategorien zuordnen lassen (z. B. Pflegekraft, Arbeitspädagoge, Sporttherapeut).

Da die Angaben zu den allgemeinen Einschätzungsfragen zu Sucht und Suchtprävention hier in weiten Teilen deckungsgleich mit den Angaben der Hauptpräventionsakteure sind, wird im Folgenden nur auf die Ergebnisse des Zusatzmoduls eingegangen, das spezifisch für die befragten Suchttherapeutinnen und -therapeuten ist.

6.2.2.2 Modul F: Retrospektive Bewertung der Wirksamkeit von Prävention

Zunächst wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach einer Einschätzung gebeten, welcher Anteil ihrer Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monate jeweils welches Konsummuster aufwies (freie Prozenteinschätzung pro Konsummuster, Gesamtlimit über alle Konsummuster 100%). Die Hälfte (48%) der Patientinnen und Patienten, die von den Suchttherapeutinnen und -therapeuten im letzten Jahr betreut wurden, war chronisch abhängig (vgl. Abbildung 51). 17 Prozent waren Abhängigkeitskranke in der Akutphase und 10 Prozent waren Abhängigkeitskranke in der Nachsorgephase. Weitere 10 Prozent waren Personen mit erhöhtem oder riskantem Konsumverhalten. Beim Rest (16%) handelte es sich um unauffällige Konsumentinnen und Konsumenten.

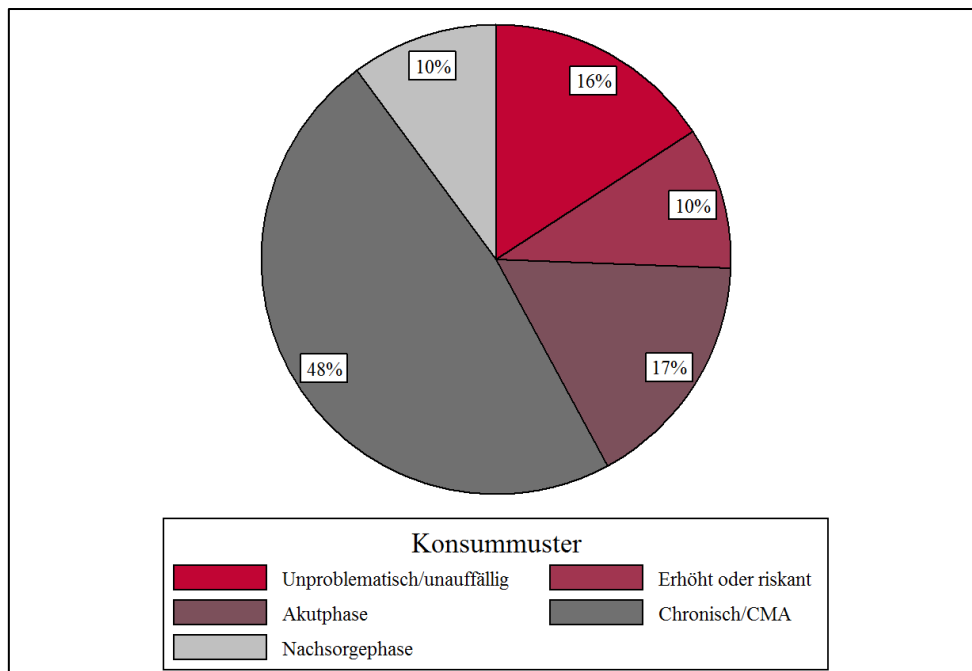


Abbildung 51. Konsummuster der Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monate (Suchttherapeutinnen und -therapeuten; $n = 68$)

Darüber hinaus wurde erfragt, zu welchen Anteilen sich bestimmte Problembereiche auf die behandelten Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monate verteilten (freie Prozenteinschätzung pro Problembereich, Gesamtlimit über alle Problembereiche 100%). Die Problembereiche verteilten sich wie folgt: Alkohol (39%) und Drogen (32%) waren die wichtigsten Problembereiche (vgl. Abbildung 52). Alle Substanzen machen zusammen über 90 Prozent der vorhandenen Problembereiche aus. Der Anteil der potenziell suchtsinduzierenden Verhaltensweisen unter den Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monate war sehr gering (6%).

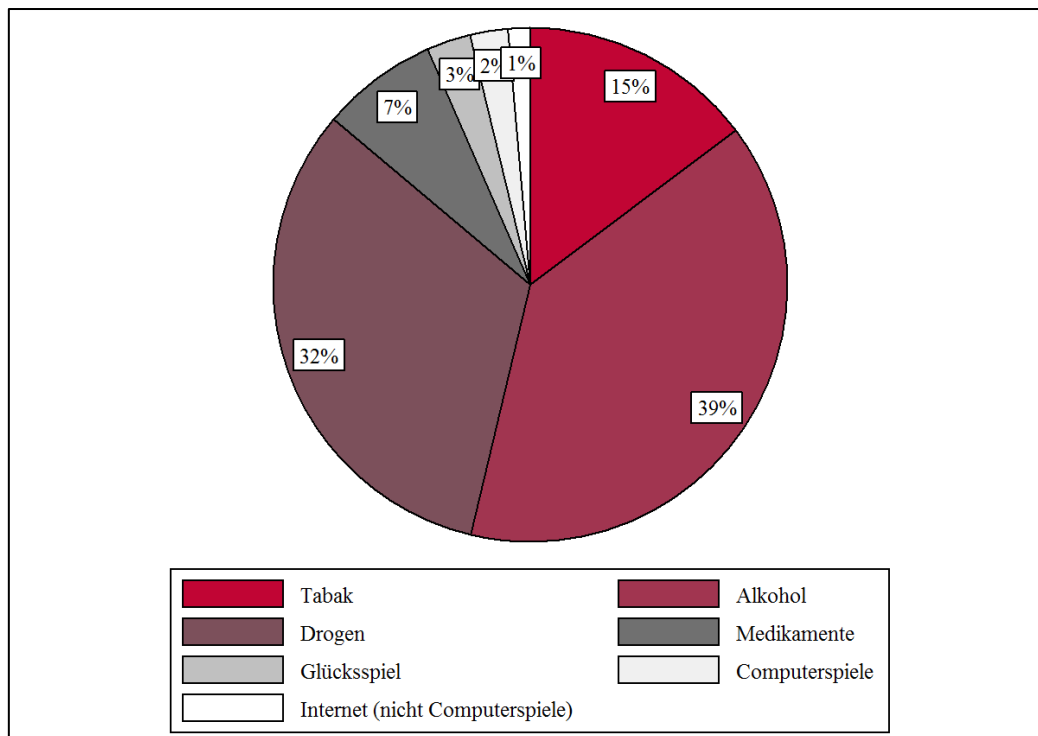


Abbildung 52. Anteil der Problembereiche bei Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monate (Suchttherapeutinnen und -therapeuten; $n = 68$)

Anschließend sollten die Suchttherapeutinnen und -therapeuten einschätzen, auf wie viele ihrer Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monaten sich bestimmte Maßnahmen präventiv ausgewirkt hätten (7-stufiges Antwortformat: „keine Person“, „1-19% der Personen“, „20-39% der Personen“, „40-59% der Personen“, „60-79% der Personen“, „80-99% der Personen“, „alle Personen“). Dabei zeigt sich, dass aus Sicht der Befragten die Mehrheit der Patientinnen und Patienten davon profitiert hätte, wenn schon bei Auftreten der ersten Problemverhaltensweisen früh interveniert worden wäre (vgl. Abbildung 53). Die meisten Präventionsmaßnahmen hätten aus Sicht der Befragten bei mindestens jedem fünften Betroffenen positive Wirkungen erzielt. Lediglich die Tragweite der Aufklärung über Suchtrisiken als universalpräventive Strategie wird von den Suchttherapeutinnen und -therapeuten als eingeschränkt wirksam eingeschätzt.

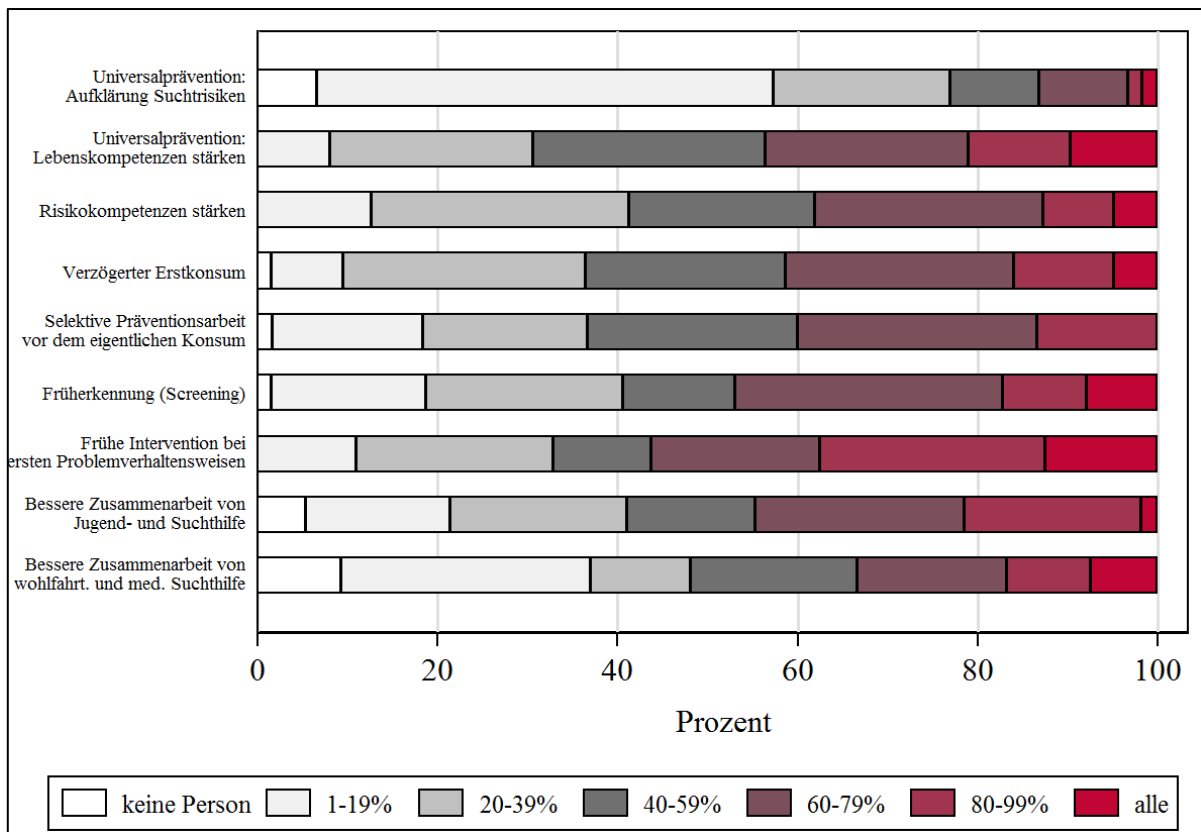


Abbildung 53. Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen sich bestimmte Maßnahmen präventiv ausgewirkt hätten (Suchttherapeutinnen und -therapeuten, $n = 68$)

Auch die Suchttherapeutinnen und -therapeuten wurden zuletzt in offenen Antwortfeldern nach ihrer persönlichen Sicht auf Stärken und Schwächen der niedersächsischen Suchtprävention gefragt. Ihnen wurde darüber hinaus die Möglichkeit gegeben, sich zu bestimmten Aspekten der Früherkennung und Frühintervention sowie zur Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote zu äußern.

Was sind aus Ihrer Sicht aktuell besondere Stärken der Suchtprävention in Niedersachsen?

Insgesamt gaben 26 Teilnehmerinnen und Teilnehmer Rückmeldungen zu dieser Frage. Neun Befragte äußern sich positiv über die organisationsübergreifende Vernetzung der Suchtprävention in Niedersachsen. Weitere neun Personen äußern sich positiv über die Angebote der Suchtprävention. Geschätzt werden in diesem Zusammenhang vor allem die Vielfältigkeit der Angebote sowie die altersangemessenen Methoden im Umgang mit Jugendlichen und anderen Zielgruppen. Sechs der Befragten nennen Aufklärungsarbeit als einen weiteren Punkt. Insbesondere die Arbeit an Schulen wird hier für gut befunden. Des Weiteren führen fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Erfahrungsschatz und das Engagement der Akteure an, hier wird vor allem der Bereich Substitution gelobt. Sechs Befragte geben an, keine besonderen Stärken der Suchtprävention in Niedersachsen zu sehen.

„Erstaunlich gut funktionierendes zufälliges Netzwerk (!) nebeneinander Handelnder, die nicht immer genau wissen, was der respektierte, aber unbekannte Mithandelnde genau tut und ist ;-)"

Was sind aus Ihrer Sicht aktuell besondere Schwächen (bzw. „blinde Flecken“) der Suchtprävention in Niedersachsen?

Diese Frage wurde von 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantwortet. Als Schwäche betrachten zwölf Befragte finanzielle und personelle Ressourcen in der Suchtprävention. Besonders kritisch wird in diesem Zusammenhang zudem der Mangel an substituierenden Ärztinnen und Ärzten in Niedersachsen gesehen. Des Weiteren wird ein Mangel an stationären Plätzen sowie ambulanten Beratungsstellen aufgeführt. Elf Befragte sehen Hemmnisse vor allem durch Politik, Gesellschaft oder Behörden. Kritisiert wird hier unter anderem die geringe Rolle, die das Thema Suchtprävention in Gesellschaft und Politik spiele. Gerade Sekundärprävention werde vernachlässigt. Ebenfalls als kritisch wird die „Kriminalisierung“ von Konsumentinnen und Konsumenten, aber auch Helferinnen und Helfern im Bereich illegaler Drogen betrachtet. Ein Befragter äußert sich besonders negativ über den Umgang mit Hinweisen über Drogenmissbrauch im Jugendamt. Eine weitere Schwäche sehen zehn Befragte im Bereich der Angebotsstruktur. Diesbezüglich wird aufgeführt, dass diese nicht flächendeckend verfügbar sei und bestimmte Themenbereiche vernachlässigt würden. Zu diesen würden unter anderem Medienkonsum, Leistungsdruck und Medikamentenmissbrauch zählen. Aus Sicht von sechs Befragten würden zudem bestimmte Zielgruppen vernachlässigt. Genannt werden neben Risikofamilien auch Sport- und Schützenvereine, da in diesen teilweise exzessiv Alkohol konsumiert werde. Des Weiteren beklagen drei Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer Mängel in der Kooperation verschiedener Instanzen. Hier fehle es an interkollegialen Absprachen, unter anderem zwischen stationärer und ambulanter Suchtbehandlung.

Welche Aspekte halten Sie für wichtig, um die Früherkennung von erhöhtem und problematischem Konsum in Zukunft zu verbessern?

Insgesamt gaben 41 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Einschätzung zu dieser Frage. Am häufigsten wird der mangelnde Einbezug bestimmter Institutionen in die Früherkennung thematisiert. 15 Befragte wünschen sich einen stärkeren Einbezug von Schulen und anderen erzieherischen Institutionen. Unter anderem sollten Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher stärker für das Thema Sucht sensibilisiert und als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich Früherkennung geschult werden. Ebenfalls gewünscht wird ein stärkerer Einsatz von bereits vorhandenen und bewährten Präventionsprojekten wie „Klasse2000“. Sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer nennen den Einbezug von Hausärztinnen und Hausärzten als einen wichtigen Aspekt. In diesem Zusammenhang wird gefordert, mehr Weiterbildungen zum Thema Suchtmedizin anzubieten und die Anwendung von Kurzinterventionen in Arztpraxen zu verankern. Acht weitere Befragte führen andere Personengruppen auf, die stärker in die Früherkennung einbezogen werden sollten. Hier werden unter anderem Eltern und Arbeitgeber genannt. Neun Befragte wünschen sich des Weiteren mehr Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung, um der Stigmatisierung Betroffener entgegenzuwirken und mehr Problembewusstsein in der Gesellschaft zu schaffen. Von acht Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden ebenfalls breitere Screenings und Kontrollen in der Bevölkerung, z. B. in Schulen, bei Vorsorgeuntersuchungen oder als Pflichtuntersuchung vor dem Erwerb des Führerscheines gefordert. Sechs Befragte kritisieren, dass es zu wenig niedrigschwellige Angebote gäbe und halten einen Ausbau dieser für potentiell förderlich. Gerade der Bereich Kinder- und Jugendarbeit sei ausbaufähig. Des Weiteren wünschen sich drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine stärkere Fokussierung auf bekannte Risikogruppen wie suchtbelastete Familien oder Personen an der Armutsgrenze.

Was sind aus Ihrer Sicht gravierende Hemmnisse in der Bereitstellung von Frühinterventionen?

Insgesamt beantworteten 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diese Frage. Das am häufigsten genannte Hemmnis sind finanzielle und zeitliche Ressourcen im Bereich Frühintervention (17 Befragte). Frühinterventionen würden nicht genug vergütet, des Weiteren seien wichtige Institutionen wie Jugendämter und Suchtambulanzen unterbesetzt. So komme es unter anderem zu langen Wartezeiten für ambulante und stationäre Therapieangebote. Neun Personen kritisieren insbesondere die mangelnde Einsicht in Politik und Gesellschaft, sich mit dem Thema Sucht auseinanderzusetzen. Es fehle an Problembewusstsein innerhalb der Bevölkerung, stattdessen würden Suchtproblematiken und der Konsum legaler Drogen verharmlost. Gleichzeitig würden Suchtkranke stigmatisiert. Von Seiten der Politik sehe man nur geringes Interesse. Auch die Bereitschaft Betroffener ist aus Sicht von sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmern kritisch. Diese zeigten häufig Vermeidungsverhalten und setzten sich nicht mit ihren Problemen auseinander. Ein weiterer Punkt, der von sieben Befragten angesprochen wird, sind mangelnde fachliche Kenntnisse beteiligter Akteure. Sowohl Ärztinnen und Ärzte, als auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter seien nicht ausreichend zum Thema Sucht ausgebildet. Ein Befragter beklagt insbesondere die geringe Wissensvermittlung im Bereich Spiel- und Internetsucht. Sechs Teilnehmerinnen und Teilnehmer führen als ein weiteres Hemmnis teilweise unklare Zuständigkeiten auf. Es fehle an Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Risikogruppen oder an Schulen. Institutionen seien nicht genügend vernetzt.

6.2.3 Früherkennung und -intervention: Allgemeinmedizinisches/therapeutisches Setting

6.2.3.1 Stichprobenbeschreibung

Der Onlinefragebogen für das allgemeinmedizinische/therapeutische Setting wurde insgesamt 68-mal aufgerufen. Davon konnten 64 Personen in die Auswertung einbezogen werden, von denen 57 den Fragebogen vollständig ausfüllten. Die verbleibenden 7 Personen beantworteten die Fragen zu den Basisdaten sowie die Einschätzungsfragen und wurden deshalb mit in die Datenauswertung zu diesen Fragebogenteilen einbezogen.

64 Prozent der Befragten sind männlich. 9,4 Prozent geben an, jünger als 40 Jahre zu sein. Über die Hälfte (71,9%) sind 50 Jahre oder älter. Als institutionellen Hintergrund geben 24 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Stichprobe „Pädiatrische Praxis“ an, 14 nennen „Hausärztliche Praxis“, 6 „Psychiatrie/psychiatrische Abteilung“ und 5 „Institutsambulanz“. 15 weitere Befragte geben einen sonstigen institutionellen Hintergrund an, darunter 12 den Hintergrund „Klinik“, „Ermächtigungsambulanz“ oder „Klinik mit Ambulanz“. Letztlich besteht diese Stichprobe aus 36 Pädiaterinnen und Pädiatern (56,3%), 15 Hausärztinnen und Hausärzten (23,4%) und 13 Personen mit psychiatrischem oder psychologischem Hintergrund (20,3%). Die letztere Gruppe setzt sich aus Personen zusammen, die in einem (meist ambulanten) Behandlungssetting außerhalb der Suchtversorgung tätig sind und deshalb eine Einladung zum Fragebogen erhalten haben.

Der Rücklauf der Stichprobenrekrutierung für diesen Fragebogen (vgl. Kapitel 6.1.1) war sehr gering und blieb weit unter den Erwartungen. Die hier präsentierte Stichprobe ist deshalb in keiner Weise repräsentativ für die Personen, die in Niedersachsen für Früherkennung und Frühintervention zuständig sind. Dennoch bieten die Daten im Rahmen der hypothesengenerierenden Zielsetzung der vorliegenden Befragung eine wichtige Ergänzung zu den Ergebnissen der Suchtpräventionsakteure.

Bei den allgemeinen Einschätzungsfragen decken sich die Antworten dieser Stichprobe in weiten Teilen mit den Einschätzungen der Hauptpräventionsakteure. Deshalb wird an dieser Stelle nur auf die Fragen eingegangen, die speziell an die Medizinerinnen und Mediziner gerichtet waren. Aufgrund der geringen Fallzahl unterbleibt eine Differenzierung nach Untergruppen.

6.2.3.2 Modul E: Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (SBIRT)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, an ihre Patientinnen und Patienten der letzten 12 Monate zu denken und einzuschätzen, mit wie vielen Personen sie bestimmte Maßnahmen zur Früherkennung von erhöhtem oder problematischem Konsum durchgeführt haben (7-stufiges Antwortformat: „mit keiner Person“, „mit 1-19% der Personen“, „mit 20-39% der Personen“, „mit 40-59% der Personen“, „mit 60-79% der Personen“, „mit 80-99% der Personen“, „mit allen Personen“). Es zeigte sich, dass fast jede und jeder Befragte mit einem gewissen Anteil an Patientinnen und Patienten Gespräche zu deren aktuellen Konsum führte (vgl. Abbildung 54). Oftmals wurde aber nur ein geringer Anteil (weniger als 20%) mit derartigen Gesprächen adressiert. Ein Großteil der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzt keinerlei Screeninginstrumente ein. Diejenigen, die überhaupt Screenings nutzen, setzen diese nur bei wenigen Patientinnen und Patienten ein.

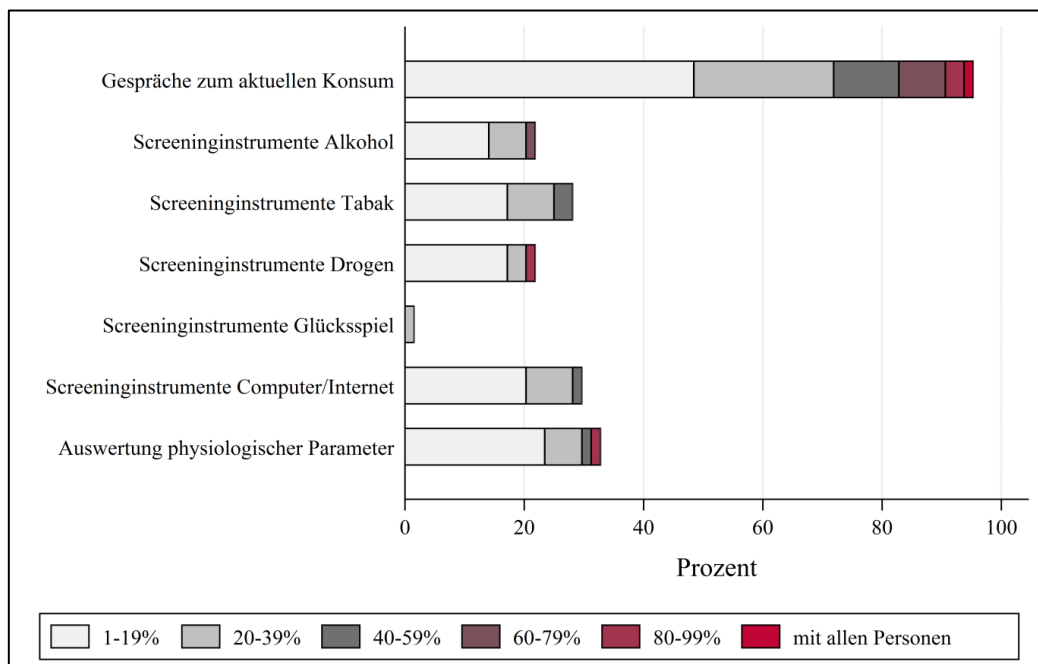


Abbildung 54. Anteil selbstdurchgeführter Maßnahmen zur Früherkennung bei Patientinnen und Patienten (Medizinerinnen und Mediziner; $n = 64$)

Gaben die Befragten an, Screeninginstrumente einzusetzen, hatten sie in einem Freitextfeld die Möglichkeit, diese Screenings genauer zu benennen. Beim Screening von Alkohol wurden der „Alcohol Use Disorder Identification Test“ (AUDIT: 3x), der „CAGE-Test“ (1x), der „Patient Health Questionnaire“ (PHQ: 1x) und das „Strukturierte Klinische Interview nach DSM-IV“ (SKID: 1x) aufgeführt. Bezüglich des Tabakkonsums wurde einmal die „Fagerström-Skala“ benannt. Im Hinblick auf Drogen wurde das SKID einmal angeführt. Bezüglich Glücksspielen wird der „South Oaks Gambling Screen“ (SOGS) und bei Computer/Internet der „Internet Addiction Test“ (IAT) einmal genannt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden anschließend gefragt, bei wie vielen ihrer Patientinnen und Patienten sie in den letzten 12 Monaten einen erhöhten oder problematischen Konsum festgestellt haben. Bei den Personen mit psychiatrischem oder psychologischem Hintergrund belief sich der Anteil auf 48,5 Prozent. Bei Hausärztinnen und Hausärzten (14,4%) sowie Pädiaterinnen und Pädiatern (7,3%) waren es deutlich weniger.

Bezogen auf ihre Patientinnen und Patienten, die in den letzten 12 Monaten einen erhöhten oder problematischen Konsum aufwiesen, sollten die Befragten die Verteilung verschiedener Problembereiche auf ihre Patientinnen und Patienten bewerten (freie Prozenteinschätzung pro Problembereich, Gesamtlimit über alle Problembereiche 100%). Unter den behandelten Personen nehmen die Problembereiche Tabak, Alkohol und Computerspiele einen vergleichbar großen Anteil (ca. 20-25%) ein. Bei jeder zehnten Patientin und jedem zehnten Patienten ging es um Drogen. Medikamente und Glücksspiele machten nur einen sehr geringen Anteil aus (vgl. Abbildung 55).

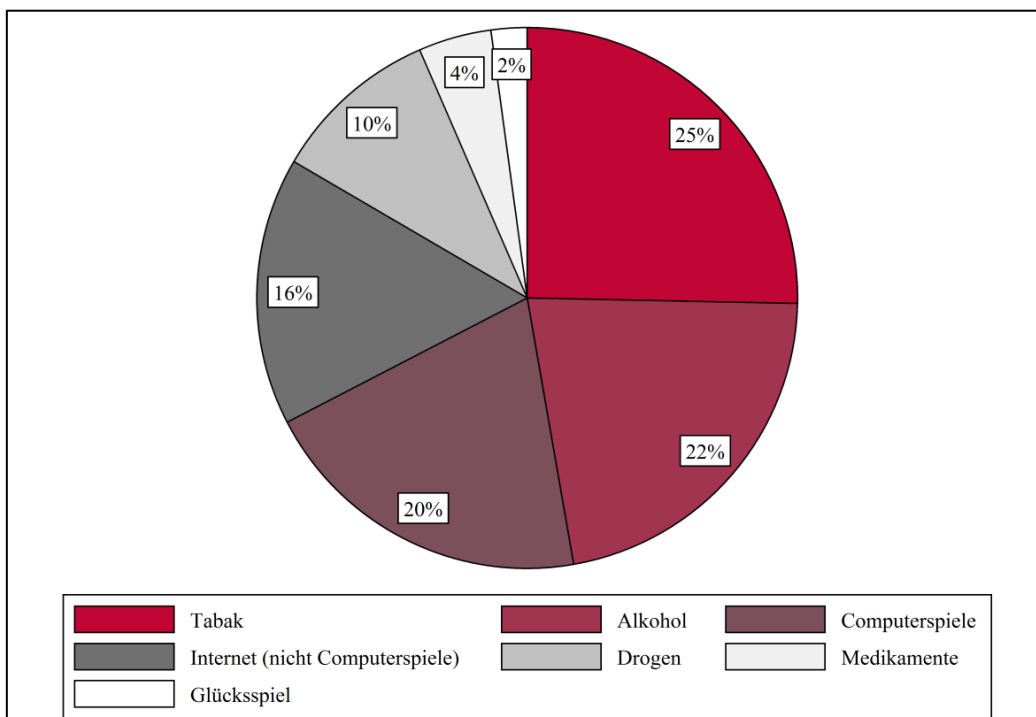


Abbildung 55. Problembereiche bei Patientinnen und Patienten in den letzten 12 Monaten (Medizinerinnen und Mediziner; $n = 60$)

Daran anschließend wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt, bei welchem Anteil an Patientinnen und Patienten, die einen erhöhten oder problematischen Konsum aufwiesen, sie selbst bestimmte Maßnahmen durchgeführt haben (7-stufiges Antwortformat: „mit keiner Person“, „mit 1-19% der Personen“, „mit 20-39% der Personen“, „mit 40-59% der Personen“, „mit 60-79% der Personen“, „mit 80-99% der Personen“, „mit allen Personen“). Die häufigsten selbstdurchgeführten Maßnahmen waren die Ansprache möglicher Risiken des Konsums und die Betonung der Vorteile der Abstinenz oder des reduzierten Konsums (vgl. Abbildung 56). Die Hälfte der Befragten führte überhaupt keine Kurzinterventionen mit ihren Patientinnen und Patienten durch. Auch Beratung oder die Inanspruchnahme von Hilfe wurde von fast jedem Befragten mindestens einmal angeregt.

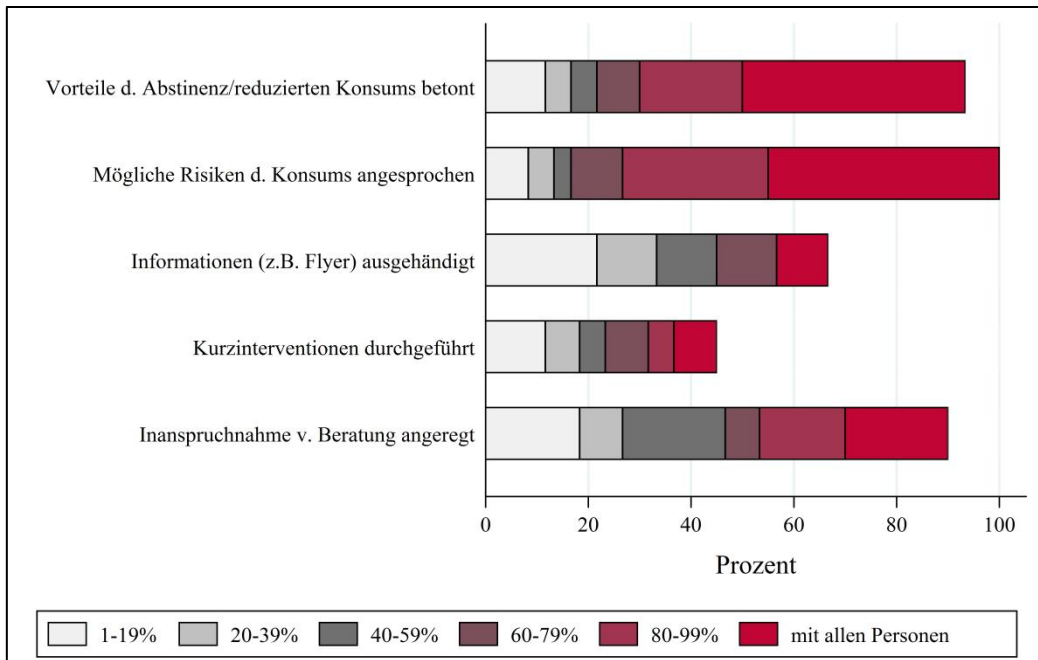


Abbildung 56. Anteile selbstdurchgeführter Maßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem oder problematischem Konsum (Medizinerinnen und Mediziner, $n = 60$)

Bestätigten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Empfehlung von Beratung oder Hilfe, wurden sie gebeten, die Angebote aufzuzählen, auf die sie ihre Patientinnen und Patienten hingewiesen haben (Freitextfeld, Mehrfachangaben möglich). Da hier die Möglichkeit bestand, mehrere weiterführende Angebote gleichzeitig zu empfehlen, ergeben die Anteile in der nachfolgenden Abbildung mehr als 100 Prozent. In mehr als der Hälfte (53,4%) dieser Fälle wurde auf Fach- und Beratungsstellen verwiesen (vgl. Abbildung 57). 31,0 Prozent machten betroffene Patientinnen und Patienten auf psychiatrische oder psychologische Betreuung aufmerksam. Erziehungs- und Familienberatung wurde in 20,7 Prozent, Selbsthilfegruppen in 15,5 Prozent und Kliniken in 12,1 Prozent der Fälle empfohlen.

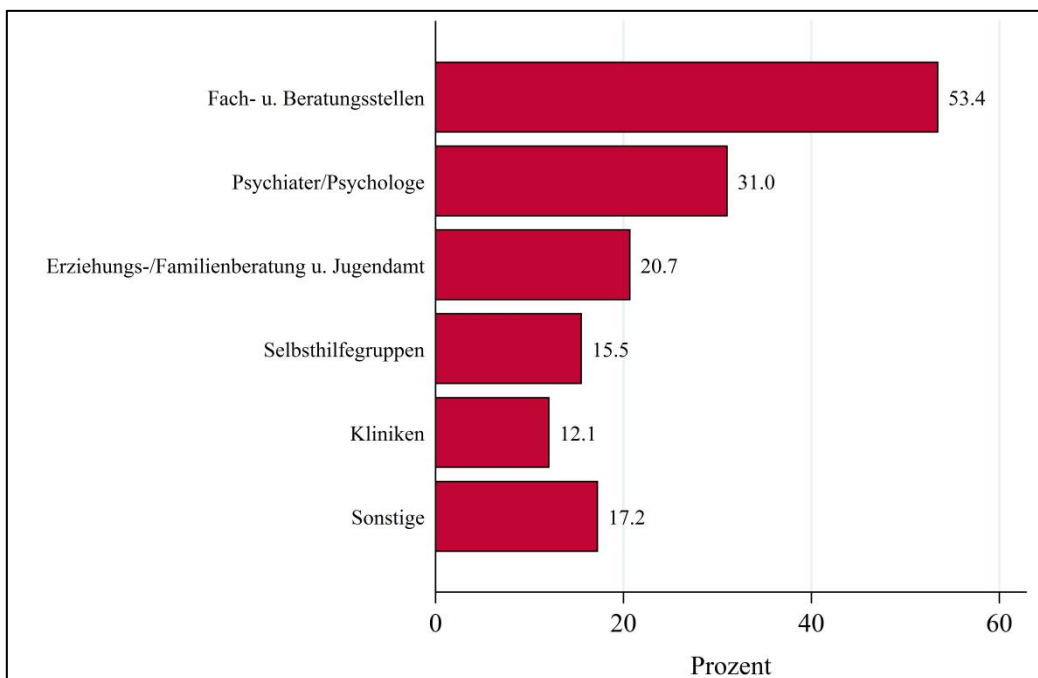


Abbildung 57. Empfohlene Beratungs- und Hilfsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem oder problematischem Konsum (Medizinerinnen und Mediziner, $n = 50$)

Zuletzt wurde den Medizinerinnen und Medizinern durch drei offen gestellte Fragen mit freien Antwortfeldern die Möglichkeit gegeben, sich persönlich zu bestimmten Aspekten der Früherkennung und Frühintervention sowie zur Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote zu äußern.

Welche Aspekte wären für Sie besonders wichtig, um Sie bei der Früherkennung von erhöhtem und problematischem Konsum in Zukunft zu unterstützen?

Insgesamt beantworteten 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diese Frage. Acht Personen nennen als einen wichtigen Aspekt, der sie bei der Früherkennung unterstützen würde, die frühzeitige Aufklärung von beispielsweise Eltern. Auch mehr Präventionsmaßnahmen an Schulen werden gefordert. Sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschen sich mehr Informationen und Fortbildungsangebote zu Suchtthemen. Neben allgemeinen Informationen zum Thema Sucht und Suchtverlauf wird im Speziellen auch der Wunsch nach Fortbildungen zum Thema Mediennutzung und Sucht geäußert. Fünf Personen fordern breitere Screening-Maßnahmen bzw. mehr standardisierte Fragebögen zum Erkennen von Suchtproblematiken, um diese ökonomisch in der Anamnese zu erkennen. Ein anderer wichtiger Bereich, der von fünf Personen angesprochen wird, ist eine bessere und transparentere Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie Beratungsstellen, Jugendamt oder Suchthilfe. Ein Befragungsteilnehmer schlägt die Hinterlegung wichtiger suchtbbezogener Daten auf der Versichertenkarte vor, um eine bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Klinikärztinnen und -ärzten zu gewährleisten. Drei Personen bemängeln insbesondere die fehlende Einsicht von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen. Früherkennung habe selten eine Konsequenz.

„Bezüglich der jugendlichen Abwesenheit durch ständigen Smartphonegebrauch bin ich hilflos, ratlos. Gegen Rauchen hilft die Erfahrung schwerer Krankheiten. Diese sind meist vorhanden und können wahrnehmbar gemacht werden. Hier habe ich deswegen am meisten Erfolg. Cannabiskonsum ist verbreitet, wird als Problem nicht ernst genommen, aber scheint über Jahrzehnte die Persönlichkeitsentwicklung negativ zu beeinflussen. Alkoholabhängige meiden weitere Arztkontakte, wenn das Problem angesprochen wird. Adipositasentwicklung stehe ich hilflos gegenüber, ist in Ihrer Aufzählung nicht erwähnt, ist mindestens so schlimm wie Rauchen. Auch hier Tendenz zum Arztwechsel beim Ansprechen“

Des Weiteren merkt ein Befragungsteilnehmer an, dass gefährdete Personen häufig erst viel zu spät ärztliche Hilfe aufsuchen würden.

Bezogen auf Ihr eigenes Behandlungs-/Interventionssetting: Was sind aus Ihrer Sicht besonders gravierende Hemmnisse in der Bereitstellung von Frühinterventionen?

Insgesamt machten 33 Teilnehmerinnen und Teilnehmer Angaben zu dieser Frage. Elf Personen geben als eines der gravierendsten Hemmnisse zeitliche, finanzielle oder personelle Ressourcen an. Man habe zu viele Patientinnen und Patienten und im Vergleich dazu zu wenig Zeit für ausführliche Gespräche. Ein weiterer Punkt, der von elf Befragten angesprochen wird, ist das mangelnde Problembewusstsein von Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder der Gesellschaft. Problematisch Konsumierende zeigten keine Einsicht, beim Ansprechen unliebsamer Themen werde eher der Arzt gewechselt

als eigene Verhaltensweisen überdacht. Vor allem die Einstellung von Eltern und Gesellschaft in Bezug auf Medienkonsum von Kindern wird stark kritisiert.

„Bezogen auf die Computersucht: Die technische Entwicklung ist zu schnell, um frühzeitig in der Praxis etwas in die richtige Richtung lenken zu können. Wir Kinderärzte sehen die Jugendlichen, wenn zu Hause die Probleme sehr präsent sind und die Fronten mit den Eltern sich verhärtet haben. Ich glaube, dass in den Schulen nicht nur eine ComputerAG angeboten werden sollte, um zu zeigen, wie Computer funktionieren, das wissen die Kinder schon. Sondern sie müssen lernen damit richtig umzugehen.“

„Der Tagesablauf mancher Kindergartenkinder besteht aus 24h Medienkonsum, unterbrochen nur durch den Nachtschlaf und die Zeit im Kindergarten. Die Erwartung der Erzieher und Eltern zur Beeinflussung der auftretenden Verhaltensauffälligkeiten besteht in der Verordnung von Ergotherapie, in der Schulzeit kommen Stimulantien dazu. Diese Ausführung ist überspitzt, soll aber auf ein grundsätzliches Problem verweisen. Das Kind wird als "Täter" präsentiert.“

Sieben Personen sprechen explizit ihren eigenen Mangel an Fachkenntnis im Bereich Frühintervention an. Vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer benennen die Scham/Angst der Patientinnen und Patienten als ein weiteres Problem bei der Frühintervention. Ebenfalls thematisiert werden von drei Personen strukturelle Mängel in der Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie süchtigen Personen. Suchthilfen seien teilweise nur schwer erreichbar, für Therapieplätze gäbe es zu lange Wartezeiten. Des Weiteren merken drei Personen an, dass Sie keine Hemmnisse bei der Bereitstellung von Frühintervention sehen.

Was würde Ihnen dabei helfen, Patient(inn)en/Klient(inn)en mit erhöhtem oder problematischem Konsum besser an weiterführende Hilfsangebote vermitteln zu können?

Insgesamt beantworteten 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer diese Frage. 15 Befragte geben an, dass es generell mehr Beratungs- und Hilfsangebote in ihrer Region geben sollte, welche auch niedrigschwelliger ansetzen. Gewünscht werden unter anderem auch mehr Raucherentwöhnungskurse und aufsuchende Hilfen. Ein Teilnehmer schlägt „Sozialprävention“ durch Präventionsfachkräfte als Pflichtuntersuchung in der Schwangerschaftsvorsorge vor, um Konsum von schädlichen Substanzen vorzubeugen. Darüber hinaus nennen elf Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer Informationsmaterial für sich und Patientinnen und Patienten über vorhandene Hilfsangebote in der Region als einen wichtigen Punkt. Kontaktdaten von entsprechenden Beratungsstellen sollten möglichst leicht zugänglich sein. Zehn Befragte würden ein Umdenken der Betroffenen/Eltern/Gesellschaft in Bezug auf Suchtproblematiken begrüßen. In diesem Zusammenhang wird mehr Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung gefordert, um die Akzeptanz von Institutionen der Suchthilfe zu fördern und der Verharmlosung von Konsum entgegenzuwirken.

„Generelle Vorbildfunktion der Erwachsenen im Mediengebrauch stärken. Auch Erwachsene legen ihr Smartphone kaum aus der Hand!! Und sie selber?“

„Aufklärung, Zugewandtheit, offenerer Umgang bzw. weniger Moralisieren, Akzeptanz auch seitens anderer Fachärzte von Sucht als Krankheit, den Focus mehr auf positive Aspekte einer Behandlung richten, Mut machen“

Sechs Personen wünschen sich eine Verbesserung der Informationsvernetzung. Absprachen zwischen verschiedenen Fachrichtungen sollten erleichtert werden und Ansprechpartner für den Fall eines begründeten Verdachts im Voraus bekannt sein. Zwei Teilnehmerinnen und Teilnehmer würden gesetzliche Änderungen in Hinblick auf einen restriktiveren Umgang mit Konsum und Sucht begrüßen. Ein weiterer Befragter gibt an, dass ihm mehr Zeit dabei helfen würde Patienten besser an weiterführende Hilfsangebote zu vermitteln.

6.2.4 Suchtprävention aus der Sicht jugendlicher Endadressatinnen und Endadressaten

Neben der Sichtweise von Hauptakteuren der Suchtprävention, Medizinerinnen und Medizinern sowie Suchttherapeutinnen und -therapeuten kann die Perspektive jugendlicher Endadressatinnen und Endadressaten wichtige Informationen zum Stand niedersächsischer Suchtprävention liefern. Dieser Blickwinkel wurde im Rahmen einer größeren Schülerbefragung des KFN im Jahre 2015 abgebildet (Bergmann et al., in Vorb.). Dazu wurden Schülerinnen und Schüler aus insgesamt 545 Klassen der Jahrgangsstufe 9 in ganz Niedersachsen befragt. Die Zufallsziehung der Schulklassen erfolgte dabei geschichtet nach Schulformen, sodass die Schulformen proportional zu ihrem Anteil in der Grundgesamtheit mit einbezogen wurden. Letztlich konnte auf diese Weise eine repräsentative Stichprobe von $N = 10.638$ Jugendlichen, die eine neunte Klasse in Niedersachsen besuchen, erreicht werden. Die Rücklaufquote betrug somit 68,5%. Die Jugendlichen waren zwischen 13 und 19 Jahren alt, mit einem weit überwiegenden Anteil zwischen 14 und 16 Jahren ($M = 14,9$ Jahre; $SD = 0,73$ Jahre); nur 17 Jugendliche (0,2%) waren 18 Jahre alt und nur 3 Jugendliche (0,03%) waren 19 Jahre alt. 50,1 Prozent waren männlich, 24,2 Prozent hatten einen Migrationshintergrund. Bei den nachfolgenden deskriptiven Auswertungen konnte aufgrund der Charakteristika der verwendeten Syntax der Gewichtungsfaktor leider nicht berücksichtigt werden.

Die Jugendlichen wurden unter anderem gefragt, ob sie schon jemals bei den jeweils genannten Maßnahmen zu den Themen Sucht und Drogenkonsum teilgenommen haben (dichotomes Antwortformat: ja/nein; Auswahlmöglichkeiten: „Unterricht durch eine Lehrkraft“, „Workshop durch einen Experten“, „Projektwoche an der Schule“, „Wettbewerb (z. B. Flyer, Lied, Post, Film, etc.)“, „Mitmach-Stationen (z. B. mit Rollenspiel, Quiz, Diskussion)“, „Mir wurden Materialien gegeben (z. B. Broschüre, Selbsttest)“, „Ich hab mir Informationen im Internet angesehen.“ und „Ich habe anderes gemacht/bekommen, und zwar: _____“). Im Falle der Bejahung einer Maßnahme sollten die Jugendlichen angeben, um welche Themen es hierbei ging (Mehrfachangaben möglich: „Rauchen“, „Alkohol“, „Hasschisch, Marihuana, Gras“, „Ecstasy, LSD“, „Glücksspiele“, „Computerspielsucht“). Darüber hinaus wurden die Jugendlichen gebeten, die erlebte Maßnahme zu bewerten (Antwortskala: Schulnoten von 1 „sehr gut“ bis 6 „ungenügend“).

Aus dem Niedersachsensurvey 2015 geht hervor, dass mehr als die Hälfte der 15-Jährigen in Niedersachsen angibt, bereits mindestens einmal im Leben durch pädagogisch angeleitete Suchtprävention (Unterricht durch Lehrkraft, Workshop durch Experte, Projektwoche, Mitmachstationen oder Wettbewerb) zu den Themenbereichen Alkohol (65%) und Rauchen (58%) erreicht worden zu sein (vgl. Abbildung 58). Cannabisprävention erreichte bis zu diesem Lebensalter immerhin 44 Prozent der Schüler. Jeder vierte Jugendliche (29%) nahm bereits einmal an einer pädagogisch angeleiteten Präventionsmaßnahme zum Thema Computerspielen teil. Demgegenüber erscheint die Reichweite der Glücksspielsuchtprävention mit nur 18 Prozent Erreichungsquote als defizitär. Die größte Bedeutung nehmen

Lehrkräfte als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren suchtpreventiver Maßnahmen ein. Auf dem zweiten Platz folgen Workshops durch externe Expertinnen und Experten. Die Reichweite massenmedial vermittelter Suchtprävention (Informationsmaterial, Internet) ist weitaus geringer als die Reichweite pädagogisch angeleiteter Suchtprävention.

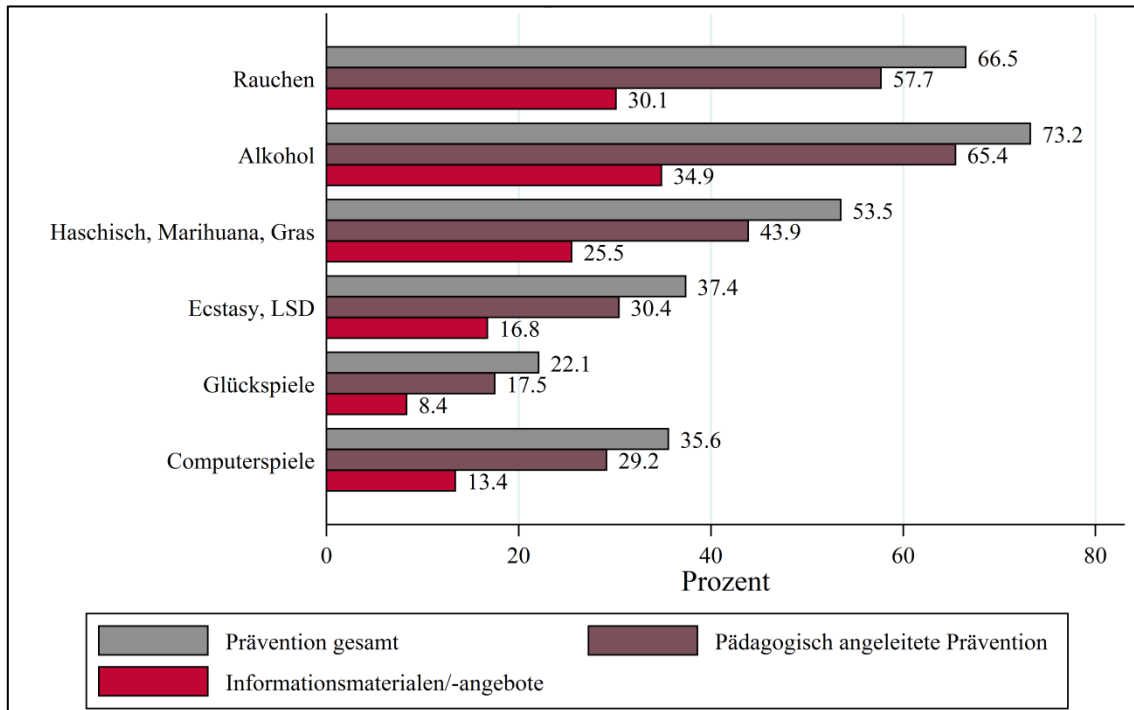


Abbildung 58. Themen von Suchtpräventionsmaßnahmen (Jugendliche in Niedersachsen; $n = 10.638$)

Insgesamt erscheinen ländliche Regionen gegenüber städtischen Regionen vergleichbar gut mit Suchtprävention in Niedersachsen versorgt. Zwar findet sich eine tendenziell effektivere Adressierung von Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern in Metropolen, die Unterschiede fallen aber sehr gering aus. Die gewählten Themenbereiche unterscheiden sich ebenfalls nicht regional.

Auch die Teilnahme von Jungen und Mädchen wie auch von Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheidet sich nicht nennenswert. Diese Gruppen werden ähnlich stark von Suchtpräventionsmaßnahmen erreicht.

Deutliche Unterschiede bestehen jedoch zwischen den Schulformen. Zwar engagieren sich Lehrerinnen und Lehrer der unterschiedlichen Schulformen in vergleichbarem Maße für Suchtprävention (vgl. Abbildung 59).

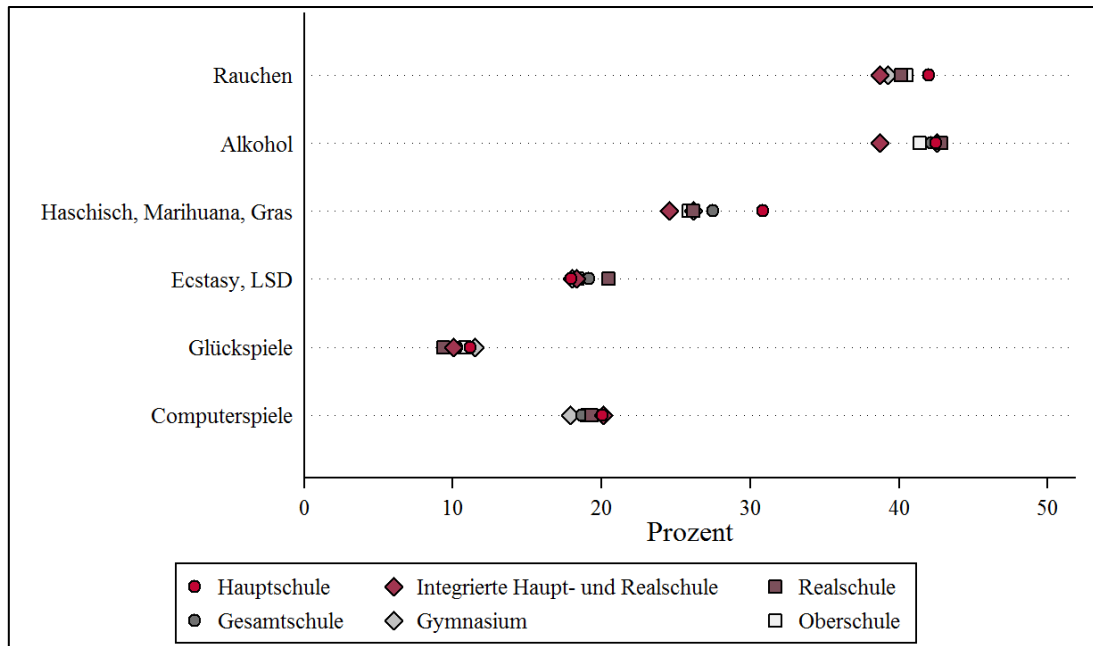


Abbildung 59. Suchtpräventionsmaßnahmen von Lehrkräften (Jugendliche in Niedersachsen, über Schulformen verteilt; $n = 10.638$)

Die Teilnahme an professionell angeleiteter Suchtprävention durch externe Expertinnen und Experten fällt jedoch in Hauptschulen und Realschulen deutlich geringer aus als an Gymnasien und Gesamtschulen (vgl. Abbildung 60).

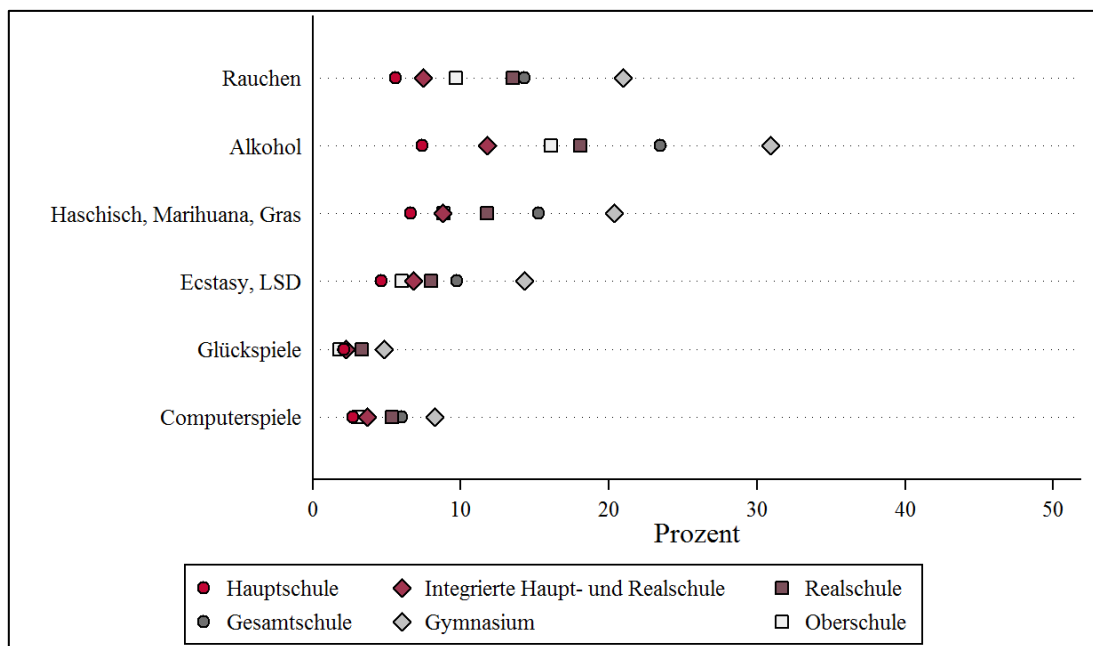


Abbildung 60. Suchtpräventionsmaßnahmen an Schulen durch externe Expertinnen und Experten (Jugendliche in Niedersachsen, über Schulformen verteilt; $n = 10.638$)

Zudem bekommen Gymnasiastinnen und Gymnasiasten sowie Gesamtschülerinnen und -schüler in der vorliegenden Stichprobe weit häufiger suchtpreventives Informationsmaterial (Broschüren, Selbsttests) ausgehändigt (vgl. Abbildung 61) und kommen häufiger in den Genuss interaktiver Suchtpräventionsmaßnahmen wie Mitmachparcours als Schülerinnen und Schüler niedrigerer Schulformen (vgl. Abbildung 62).

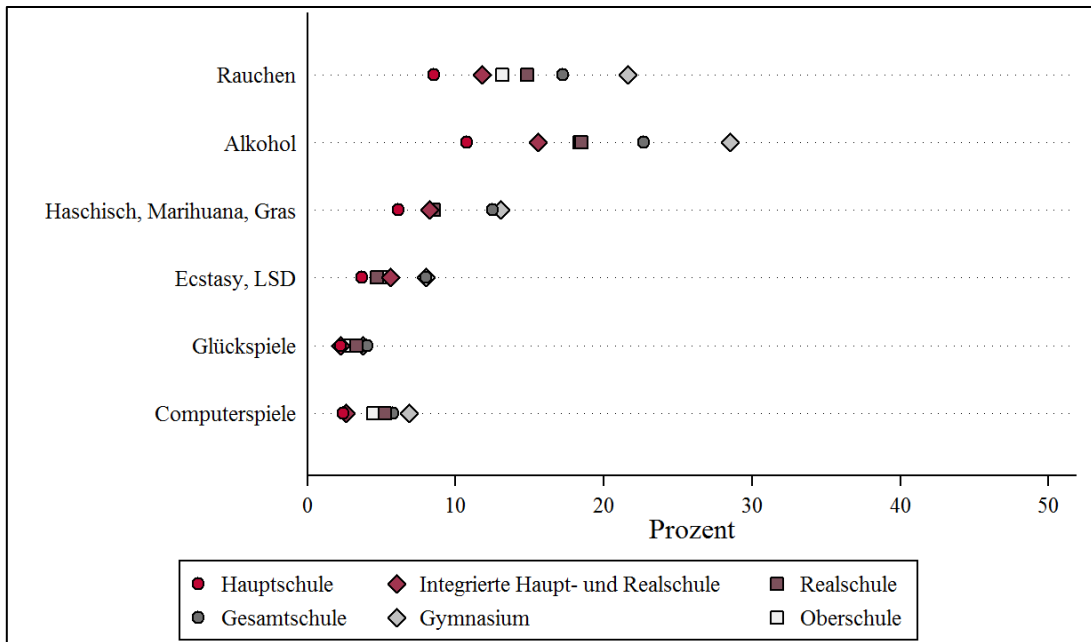


Abbildung 61. Erhalt von suchtpräventivem Informationsmaterial (Jugendliche in Niedersachsen, über Schulformen verteilt; n = 10.638)

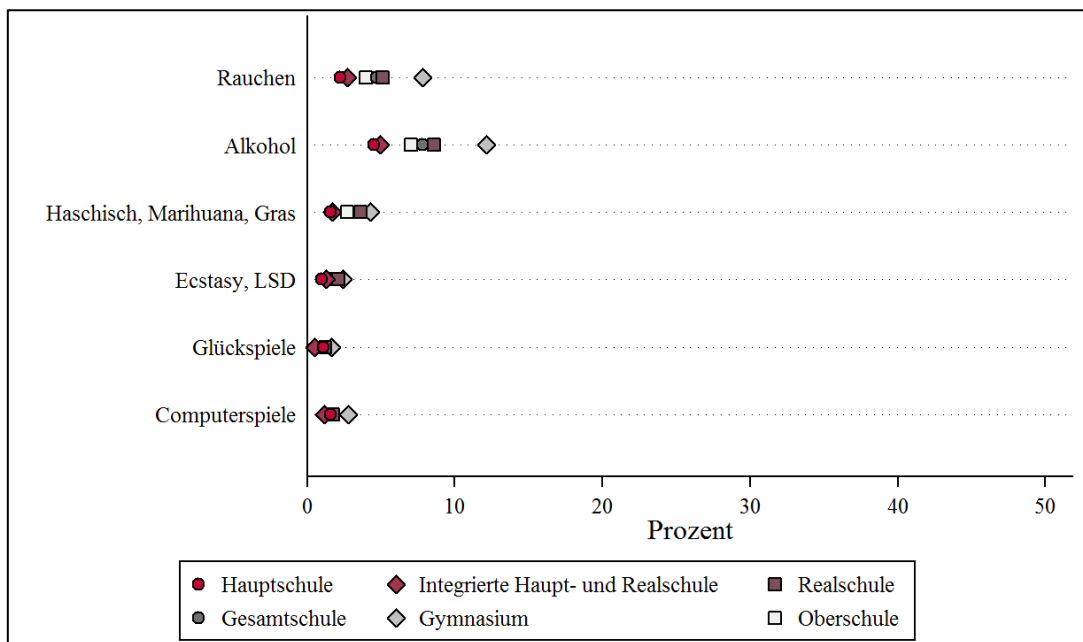


Abbildung 62. Teilnahme an Mitmach-Stationen (Jugendliche in Niedersachsen, über Schulformen verteilt; n = 10.638)

Neben der Frage nach einer Teilnahme an suchtpräventiven Maßnahmen wurden die befragten Schülerinnen und Schüler gebeten, diejenige Suchtpräventionsmaßnahmen zu bewerten, an denen sie selbst teilgenommen haben (Schulnoten). Die übergreifende Bewertung der verschiedenen Maßnahmen unterscheidet sich nur geringfügig voneinander (vgl. Abbildung 63). Am besten bewertet werden die durch externe Expertinnen und Experten durchgeführten Workshops und Mitmachstationen. Am schlechtesten werden die Informationsmaterialien bewertet.

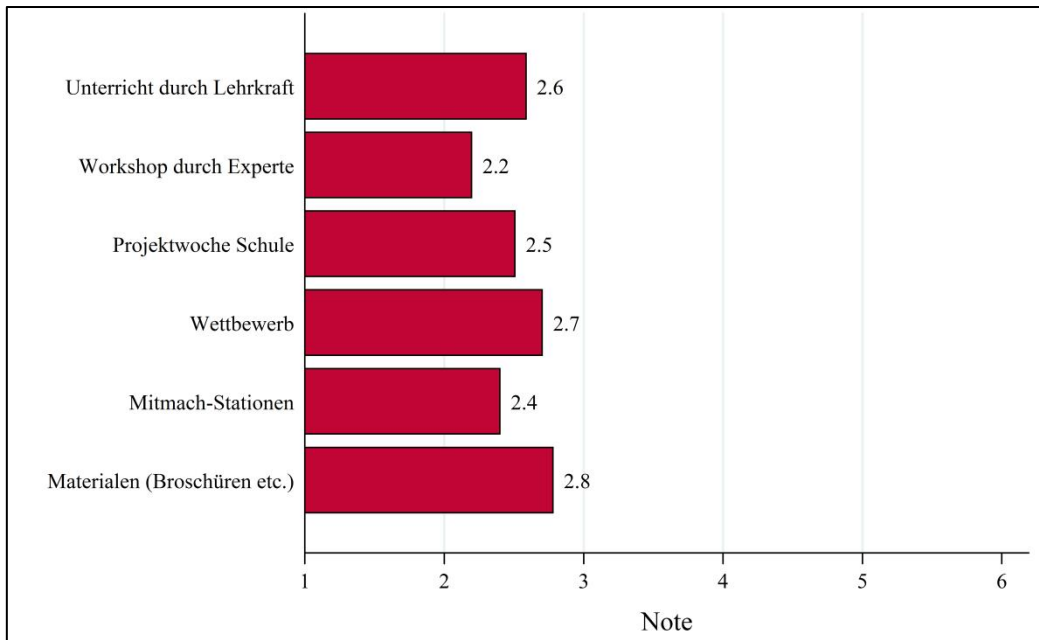


Abbildung 63. Bewertung von Suchtpräventionsmaßnahmen (Jugendliche in Niedersachsen, $n = 8.973$)

7 Zentrale Inhaltsbereiche und erste Thesen zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention

Mit der ersten Onlinebefragung (t1) konnten Daten über die inhaltlichen Perspektiven und Arbeitsschwerpunkte von mehr als 500 in der niedersächsischen Suchtprävention engagierten Akteuren gewonnen werden. Hierbei wurde ein breites Spektrum unterschiedlicher Akteure berücksichtigt, so dass auch die Perspektiven von Personen mit unterschiedlichen institutionellen Hintergründen in differenzierter Weise erfasst werden konnten. Basierend auf den dargestellten Ergebnissen werden im Folgenden Inhaltsbereiche skizziert, die auf Basis der explorativen Datenanalyse identifiziert werden konnten und die für die Beurteilung des Ist-Zustandes und eine Ableitung möglicher Weiterentwicklungspotentiale relevant erscheinen. Aus diesen Inhaltsbereichen ergeben sich zudem einige vorläufige Thesen, für die sich eine weitere Vertiefung im Rahmen der zweiten Onlinebefragung (t2) im Frühjahr 2017 anbietet.

Inhaltsbereich 1: Universalprävention

Insgesamt besteht ein hohes Engagement der befragten Akteure in der Universalprävention. Fast die Hälfte der Suchtpräventionsarbeit an Endadressatinnen und Endadressaten in Niedersachsen (48 %) ist der Universalprävention zuzurechnen (vgl. Abbildung 30). Diese Schwerpunktsetzung deckt sich mit der grundsätzlichen Einschätzung der befragten Akteure, dass universalpräventiven Ansätzen mit einer Schwerpunktsetzung auf der Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen die höchste Wirksamkeit für die Prävention von Suchterkrankungen im Allgemeinen zukommt (vgl. Abbildung 14). Gerade auf Lebens- und Risikokompetenzvermittlung abzielende Universalprävention sollte möglichst frühzeitig ansetzen, um Kinder zu befähigen, in der Zukunft ein verantwortungsvolles und gesundes Konsumverhalten zu entwickeln (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2015a). Gerade im Hinblick auf die Verzögerung des Erstkonsums können universalpräventive Ansätze insbesondere dann Wirksamkeit entfalten, wenn sie bereits vor dem Alter des ersten Frühkonsums ansetzen. Epidemiologischen Daten zufolge gewinnen alkoholische Getränke und Zigaretten in Niedersachsen bereits ab dem 12. Lebensjahr deutlich an Bedeutung (vgl. Kapitel 3). Einige Kinder haben bereits im Alter von unter 12 Jahren erste Erfahrungen mit diesen Produkten (vgl. Abbildung 3).

Unter diesen Gesichtspunkten erscheint der Befund bemerkenswert, dass die niedersächsische Suchtprävention trotz ihrer universalpräventiven Schwerpunktausrichtung Kinder im Alter unter 13 Jahren in deutlich geringerem Maße adressiert als Jugendliche (vgl. Abbildung 35). Besonders selten werden Vorschulkinder bzw. deren Eltern adressiert (vgl. Abbildung 35). Eine Zuständigkeit der Kindergärten und Kindertagesstätten für suchtpreventive Arbeit wird von den Präventionsakteuren nur in sehr geringem Maße gesehen (vgl. Abbildung 27). Übereinstimmend hiermit fallen Kooperationen der Akteure mit Personal in Kindergärten/Kindertagesstätten (vgl. Abbildung 28) sowie auch Multiplikatorenschulungen in diesem Setting (vgl. Abbildung 45) im Vergleich zum schulischen Bereich weitaus geringer aus. Unter den in der Endadressatenarbeit am häufigsten eingesetzten standardisierten Konzepten, Maßnahmen und Programmen richten sich die meisten ebenfalls an die Zielgruppe der Jugendlichen (vgl. Abbildung 40). Somit könnte es in der zukünftigen Ausrichtung der niedersächsischen Suchtprävention sinnvoll sein, einen stärkeren Fokus als bisher auf Kinder im Alter von unter 13 Jahren zu legen,

die Eltern von Vorschulkindern stärker zu adressieren und Kooperationen und Multiplikatorenschulungen in diesen Bereichen auszubauen. Diese Fragen sollen im weiteren Verlauf des Projektes vertieft und ein Feedback der Akteure hierzu eingeholt werden.

Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention

Mit selektiver Suchtprävention wird die Zielsetzung verfolgt, definierte Subpopulationen mit erhöhten Suchtrisiken zu adressieren (Hallmann et al., 2007). Selektive Suchtprävention macht unter gleichzeitiger Berücksichtigung von universeller (48%) und indizierter Prävention (31%) nach den Daten der vorliegenden Studie etwa 21 Prozent der suchtpreventiven Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten in Niedersachsen aus (vgl. Abbildung 30). Diese Präventionsart macht damit den geringsten Anteil unter den drei Präventionsarten aus. Es stellt sich die Frage, ob diese Gewichtung in ausreichendem Maße den präventiven Bedarfen in relevanten gefährdeten Subpopulationen gerecht wird. Die Daten der ersten Onlinebefragung weisen zumindest im Hinblick auf einige konkrete Subpopulationen darauf hin, dass hier noch ein weitergehender selektiver Präventionsbedarf in Niedersachsen bestehen könnte.

Eine erste spezielle Gefährdungsgruppe stellen **Kinder aus suchtkranken Familien** dar (Klein & Thomasius, 2016a). Aus Sicht der niedersächsischen Akteure besteht für diese Gruppe perspektivisch der höchste Bedarf, sie zukünftig noch deutlich stärker suchtpreventiv zu erreichen (vgl. Abbildung 22). Tatsächlich findet Endadressatenarbeit in dieser Gruppe im Verhältnis zu anderen Gruppen in geringem Maße statt (vgl. Abbildung 35). Ansatzpunkte für eine bessere Erreichung dieser Risikogruppe sollen im weiteren Projektverlauf vertieft werden. Ein möglicher Ansatzpunkt könnte z. B. in einer stärkeren Vernetzung mit Jugendämtern und den Frühen Hilfen gesehen werden. Bislang nennt rund ein Viertel der Akteure unter den fünf zentralen Kooperationspartnern auch diese Gruppe (vgl. Abbildung 28). Kooperationen bestehen also, könnten aber evtl. noch gestärkt werden. Weitere Ansatzpunkte könnten sich in Selbsthilfegruppen und in Interventionsangeboten des Suchthilfesystems ergeben, in denen suchtkranke Eltern vorstellig werden.

Eine zweite Gruppe stellen **Erwerbslose** dar, die aus Sicht der Akteure zukünftig ebenfalls stärker adressiert werden sollten (vgl. Abbildung 22). In den Ursachen Leistungsdruck, Arbeitsbedingungen und Erwerbslosigkeit sowie sozialen Problemlagen/Armut sehen die Akteure die wichtigsten Ursachen für Suchtprobleme im Allgemeinen (vgl. Abbildung 12). Die Daten zeigen aber gleichsam, dass Arbeitsagenturen/JobCenter aus Sicht der Akteure die geringste Zuständigkeit für Suchtpräventionsarbeit unter allen abgefragten Institutionen zugesprochen wird (vgl. Abbildung 27) und diese auch nur von wenigen (5,5%) als Kooperationspartner benannt werden (vgl. Abbildung 28). Weiterhin wird anhand der Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten erkennbar, dass Erwerbslose zwar durchaus im Speziellen adressiert werden, allerdings im Vergleich zu Erwerbstätigen offenbar in etwas geringerem Maße (vgl. Abbildung 35). Neben der betrieblichen Suchtprävention, die sich der Lebenswelt Arbeitsplatz widmet, könnte die Notwendigkeit eines Äquivalents für Erwerbslose diskutiert werden („außerbetriebliche Suchtprävention“). Warum sich offenbar bislang Hemmnisse oder Vorbehalte ergeben, Angebote über die Arbeitsagenturen/JobCenter zu realisieren, wenngleich diese sicherlich nicht im engeren Sinne den Lebenswelten zuzurechnen sind, soll im weiteren Projektverlauf ebenfalls mit den Akteuren diskutiert und vertieft werden.

Erhöhte selektive Präventionsbedarfe deuten sich unter Einbezug der Kommentare der Suchtpräventionsakteure auch für andere Risikogruppen an. So wird etwa ein noch höherer Bedarf von Glücksspiel-suchtprävention in der Gruppe der Migrantinnen und Migranten gesehen.

Inhaltsbereich 3: Indizierte Suchtprävention, Früherkennung und Frühintervention

Indizierte Suchtpräventionsarbeit wird in Niedersachsen insbesondere durch die Fachstellen und die betriebliche Suchtprävention geleistet (vgl. Abbildung 31). Insgesamt nimmt sie mit 31 Prozent der präventiven Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten einen wichtigen Stellenwert unter den Präventionsarten ein (vgl. Abbildung 30). Indizierte Suchtprävention erfolgt insbesondere im Rahmen von Beratungsangeboten für Problemkonsumentinnen und -konsumenten und Angehörige (vgl. Abbildung 43). Ein weiterer besonders relevanter Anknüpfungspunkt für diese Arbeit ergibt sich im Anschluss an universelle und selektive Präventionsmaßnahmen, da hier häufig risikokonsumierende Personen mit indiziertem Präventionsbedarf identifiziert werden (vgl. Abbildung 43). Unseren Daten zufolge wird dieser letztgenannte Anknüpfungspunkt von den Präventionsakteuren in erfreulicher Weise genutzt (vgl. Abbildung 44). So werden einem großen Anteil der betroffenen Personen weiterführende Informationen zugeleitet und die Inanspruchnahme von Beratung angeregt. In vielen Fällen gelingt es den Präventionsakteuren zudem ganz konkret, Beratungs- bzw. Hilfeangebote erfolgreich einzuleiten. Lediglich die Durchführung von Selbsttests und Screenings erfolgt in geringerem Maße. Es könnte somit diskutiert werden, ob in diesen Fällen nicht die unmittelbare Konkretisierung des Risikoverhaltens anhand standardisierter Tests hilfreich sein könnte und somit stärker ausgebaut werden sollte, gerade um eine Reflexion des Konsumverhaltens anzuregen.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für die Einleitung indizierter Suchtprävention ist die rechtzeitige Erkennung von Problemkonsumentinnen und -konsumenten und die zeitnahe Einleitung niederschwelliger Interventionen. Die von uns befragten Suchttherapeutinnen und -therapeuten schätzen aus ihrer fachlichen Sicht eine frühe Intervention bei ersten Problemverhaltensweisen als effektivste Maßnahme ein, die sich mutmaßlich präventiv auf ihre Patienten ausgewirkt hätte (vgl. Abbildung 53). Ein zentraler Anknüpfungspunkt für Früherkennung liegt im medizinischen Bereich (z. B. Diestelkamp et al., 2014). Die von uns befragten Personen im allgemeinmedizinischen und therapeutischen Setting berichten jedoch nur zu einem sehr geringer Anteil über den Einsatz von Screeninginstrumenten in den letzten 12 Monaten und dabei in den meisten Fällen auch nur für einen gewissen Anteil der Patientinnen und Patienten (vgl. Abbildung 54). Screeningverfahren zum Glücksspielverhalten werden in unserer Stichprobe besonders stark vernachlässigt. Selbst für Patientinnen und Patienten, bei denen erhöhter oder problematischer Konsum erkannt wird, wird zwar häufig in Gesprächen auf die Vorteile von Abstinenz und reduzierten Konsum hingewiesen, mögliche Risiken angesprochen und die Inanspruchnahme von Beratung angeregt (vgl. Abbildung 56). Formelle Kurzinterventionen finden hingegen vergleichsweise selten statt. Als wichtige Hemmnisse werden von Seiten der Medizinerinnen und Mediziner neben zeitlichen und finanziellen Ressourcen auch mangelnde Kenntnisse über Sucht im Allgemeinen und ein Mangel an ökonomischen Screeninginstrumenten genannt. Gerade die Pädia-terinnen und Pädia-ter wünschen sich mehr Orientierung im Umgang mit den Themen Computerspiel- und Internetsucht. Gewünscht werden auch vermehrt Schulungen in diesem Bereich. Hier zeichnet sich demnach ein Informationsdefizit seitens der Medizinerinnen und Mediziner ab, welches sich auch in der Multiplikatorenarbeit der Suchtpräventionsakteure widerspiegelt, die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie insbesondere Kinderärztinnen und Kinderärzte kaum adressieren (vgl. Abbildung 45).

Somit könnte diskutiert werden, inwieweit die institutionalisierte Suchtprävention ihre Fach- und Methodenkompetenz zukünftig stärker nutzen könnte, um medizinisches Personal zu schulen und damit die Bereiche Früherkennung und Frühintervention zu stärken.

Inhaltsbereich 4: Verhältnisprävention

Mit Leistungsdruck, Arbeitsbedingungen und Erwerbsunsicherheit sowie sozialen Problemlagen und Armut wird gesellschaftlichen Verhältnissen von den Präventionsakteuren eine hohe Relevanz für die Entstehung von Suchtproblemen zugesprochen (vgl. Abbildung 12). Die Wirksamkeit von verhältnispräventiven Zielen für die Suchtprävention wird von Seiten der Präventionsakteure im Vergleich zu verhaltenspräventiven Zielen als geringer eingeschätzt (vgl. Abbildung 14). Gleichzeitig geben die Akteure aber auch an, dass verhältnispräventive Ziele im Vergleich zu verhaltenspräventiven Zielen in Niedersachsen bislang schlechter erreicht werden (vgl. Abbildung 16). Insgesamt sprechen sich die Akteure für die meisten der in der Befragung vorgeschlagenen verhältnispräventiven Maßnahmen ausdrücklich aus (vgl. Abbildung 18). Begrüßen würden sie insbesondere restriktivere Maßnahmen im Hinblick auf weitergehende Werbeverbote für legale Suchtmittel, eine Reduktion der Angebotsdichte von Casinos und Spielhallen, verstärkte Testkäufe, verstärkte Drogentests und Verkehrskontrollen, mobiles Drug-Checking, die Einführung einer Glücksspielkarte, höhere Alterseinstufungen für Computerspiele mit erhöhtem Suchtpotential und ein nächtliches Alkoholverkaufsverbot. Kritisch beurteilt wird allerdings eine Legalisierung von Cannabis, die insgesamt die geringste Zustimmung der Suchtpräventionsakteure erhält (vgl. Abbildung 18).

Aus der hohen Zustimmungsrates zu den meisten verhältnispräventiven Maßnahmen kann insgesamt die These abgeleitet werden, dass Verhältnisprävention dringend gestärkt werden sollte, um die überwiegend verhaltenspräventive Arbeit der Suchtpräventionsakteure flankierend zu unterstützen. Die meisten der als sinnvoll erachteten verhältnispräventiven Maßnahmen entziehen sich jedoch dem unmittelbaren Einfluss- und Wirkungsbereich der im Feld tätigen Präventionsakteure. Hieran kann sich die Frage anschließen, wie die Expertise der Präventionsakteure zukünftig stärker in die politische Gestaltung der Verhältnisprävention in Niedersachsen und auf Bundesebene einfließen könnte. Es ist anzunehmen, dass viele Präventionsakteure über detaillierte Kenntnisse und Expertenwissen zu speziellen und auch aktuellen Risikolagen verfügen, aufgrund derer sie beurteilen können, welche Verhaltenspräventionsmaßnahmen durch flankierende Verhältnispräventionsmaßnahmen ergänzt werden sollten bzw. inwieweit Lücken in der Verhältnisprävention effektiver Verhaltensprävention entgegenstehen. Die Suchtpräventionsakteure könnten auf diesem Wege stärker als bislang als „Anwälte“ der durch Konsumrisiken benachteiligten Personen fungieren und hier auch ein Gegengewicht zu anbieter- und industrieseitigen Lobbyinteressen darstellen. Diese Fragen sollen im weiteren Projektverlauf vertieft werden. Ein solches Vorgehen würde auch der von einigen Akteuren erhobenen Forderung nach einer stärkeren Verschränkung von verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Maßnahmen entsprechen.

Inhaltsbereich 5: Suchtprävention in Lebenswelten

Unter den suchtpreventiven Lebenswelten in Niedersachsen hat das Setting Schule eine herausragende Bedeutung. Schulen wird von Seiten der Suchtpräventionsakteure auch eine besondere Zuständigkeit für die Suchtprävention zugesprochen (vgl. Abbildung 27) und es bestehen zu diesen häufig Kooperationsbeziehungen (vgl. Abbildung 28). Es überrascht jedoch, dass einigen naheliegenden Settings von Suchtprävention offenbar bislang nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung in der niedersächsischen Suchtprävention zukommt. Wie bereits dargestellt, stellen Kindergärten und Kindertagesstätten bislang kein relevantes Setting für Suchtprävention in Niedersachsen dar (vgl. Inhaltsbereich 1). Der Agentur für Arbeit und den JobCentern wird weder eine besondere Zuständigkeit (Abbildung 27) für Suchtprävention attestiert noch bestehen in ausgeprägter Weise Kooperationsbeziehungen der Präventionsakteure, die in diesen Bereich ausstrahlen würden (Abbildung 28). Obgleich Agenturen für Arbeit und JobCenter nicht als Lebenswelten im engeren Sinne aufzufassen sind, ist doch zu vermuten, dass hier ein besonders Potential zum Erreichen von Risikokonsumentinnen und -konsumenten besteht, welches möglicherweise stärker genutzt werden könnte. Eine zumindest tendenzielle Zuständigkeit für Suchtprävention kommt aus Sicht der Akteure auch den Settings Freizeithäusern/Jugendeinrichtungen, Sportvereine und Erwachsenenbildungseinrichtungen zu (vgl. Abbildung 27). Somit wird im weiteren Projektverlauf die Frage zu vertiefen sein, ob in diesen Institutionen und Lebenswelten mögliche Anknüpfungspunkte für ein verstärktes Suchtpräventionsengagement der befragten Akteure bestehen.

Inhaltsbereich 6: Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten

Behinderte Menschen werden durch die Suchtpräventionsakteure im Speziellen adressiert (vgl. Abbildung 35). Gleichzeitig wird in der zukünftigen Erreichung dieser Zielgruppen ein leicht erhöhter Bedarf von den Akteuren gesehen, allerdings im Vergleich zu anderen abgefragten Endadressatengruppen in geringerem Maße (vgl. Abbildung 22). Es soll im weiteren Verlauf des Projektes mit den Akteuren diskutiert werden, ob die gegenwärtige Präventionsarbeit den Bedarfen dieser Zielgruppen entspricht oder ob sie weiter ausgebaut werden sollte. Im letzteren Falle sollte geprüft werden, wie ein besserer Zugang behinderter Menschen zu suchtpreventiven Angeboten erreicht werden kann.

Unter Inklusionsgesichtspunkten deuten sich unter Einbezug der Kommentare der Suchtpräventionsakteure erhöhte Präventionsbedarfe für weitere Gruppen an. So wird etwa ein noch höherer Bedarf an Suchtprävention in den Gruppen der Seniorinnen und Senioren gesehen.

Inhaltsbereich 7: Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention im Setting Schule

Die allgemeine Reichweite von substanz- bzw. verhaltensspezifischer Suchtprävention an niedersächsischen Schulen lässt sich anhand der vom KFN durchgeführten Neuntklässlerbefragung im Jahre 2015 veranschaulichen (vgl. Abbildung 58). Die Befunde zeigen, dass Präventionsmaßnahmen zu Rauchen und Alkohol die größte Reichweite aufweisen und im Alter von durchschnittlich 15 Jahren rund 67 Prozent der niedersächsischen Schülerinnen und Schüler zum Themenbereich Rauchen und 73 Prozent der niedersächsischen Schülerinnen und Schüler zum Themenbereich Alkohol erreicht haben. Geringer

fällt die Reichweite von Suchtprävention zu anderen Themenbereichen aus. Insbesondere die Reichweite von Glücksspielsuchtprävention fällt mit 22 Prozent erreichter Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufe 9 vergleichsweise gering aus. Hierbei ist jedoch die Frage zu stellen, ob hierzu bislang konkrete Zielvorgaben vorliegen bzw. ob diese Zahlen den Erwartungen entsprechen und ggf. – mit den bestehenden Ressourcen – auch eine höhere Reichweite erzielt werden könnte. Diese Fragen sollen im weiteren Projektverlauf diskutiert werden. In diesem Zusammenhang erscheint bemerkenswert, dass sich die vorhandene Reichweite niedersächsischer Suchtprävention vornehmlich auf pädagogisch angeleitete Suchtprävention stützt (vgl. Abbildung 58). Informationsmaterialien/-angebote weisen nicht nur eine wesentlich schlechtere Reichweite auf, sie tragen unseren Daten zufolge auch kaum zur Gesamtreichweite von Suchtprävention in Niedersachsen bei (Vergleich der Balken „Prävention gesamt“ und „Pädagogisch angeleitete Prävention“).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ergibt sich aus unseren Daten für die schulform- und bildungsspezifische Reichweite von Suchtprävention in Niedersachsen. Die niedersächsischen Präventionsakteure sehen für Kinder mit niedrigem Bildungshintergrund einen noch stärkeren zukünftigen Bedarf an Präventionsangeboten als für Kinder mit hohem Bildungshintergrund (vgl. Abbildung 22). Auf Basis der KFN-Schülerbefragungsdaten zeigt sich, dass durch die Lehrkräfte vermittelte Suchtprävention Schülerinnen und Schüler unterschiedlicher Schulformen in ähnlichem Maße erreicht (vgl. Abbildung 59). Problematisch erscheint hingegen der Befund, dass Hauptschülerinnen und -schüler bis zum Erreichen der neunten Klasse wesentlich seltener als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten berichten, Suchtprävention durch externe Expertinnen und Experten (vgl. Abbildung 60) und Informationsmaterialien zur Suchtprävention (vgl. Abbildung 61) erhalten zu haben sowie tendenziell seltener an interaktiven Mitmachstationen teilgenommen zu haben (vgl. Abbildung 62). Besonders deutlich wird dieser Befund in Hinblick auf die Substanzen Alkohol und Tabak.

Im weiteren Verlauf des Projektes soll der Frage nachgegangen werden, welche möglichen Erklärungen aus Sicht der Expertinnen und Experten hierfür angeführt werden können. Eine mögliche Erklärung könnte in der festgestellten Nachfrageorientierung der Suchtpräventionsakteure gesehen werden (vgl. Abbildung 33, vgl. Inhaltsbereich 11). Andere mögliche Erklärungen könnten in den Konzepten und Maßnahmen selbst liegen, die möglicherweise in Teilen nicht adäquat auf die Zielgruppe Hauptschülerinnen und Hauptschüler zugeschnitten sind (kognitiver Anspruch, Interesse am Thema, Kommunikationsform, Motive für Substanzkonsum, etc.). Diese Fragen und auch weitere mögliche Erklärungsansätze sollen im weiteren Projektverlauf näher beleuchtet werden.

Inhaltsbereich 8: Substanzbezug und Inhaltsbereiche der Suchtprävention in Niedersachsen

Die Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten in Niedersachsen deckt ein breites Spektrum von Themenfeldern ab (vgl. Abbildung 36). Mit 37 Prozent werden legale Suchtmittel am häufigsten behandelt. Gemessen an der hohen Verbreitung, Akzeptanz und den gesundheitlichen Folgekosten des problematischen Konsums legaler Suchtmittel und des frühen Erstkonsums (vgl. Kapitel 3) erscheint eine Fokussierung der niedersächsischen Suchtpräventionsarbeit auf dieses Themenfeld naheliegend. Das zukünftige Engagement in diesem Bereich aufgrund rückläufiger oder konstanter Zahlen in einigen Problembereichen wie Rauchen und Alkoholkonsum zu reduzieren lässt sich nicht ableiten, da diese positiven Trends in Teilen gerade das Ergebnis erfolgreicher Prävention darstellen können. Weitere häufig adressierte Inhalte sind illegale Suchtmittel und Lebenskompetenzförderung

ohne Substanzbezug. Besonders bemerkenswert erscheint der Befund, dass sich bereits 13 Prozent der Suchtpräventionsarbeit den Themenbereichen Computerspiel- und Internetabhängigkeit widmet (vgl. Abbildung 36). Somit zeigt sich, dass die Akteure offenbar flexibel auf neue und noch wenig erschlossene Problembereiche reagieren können, selbst wenn deren Status als klinisch relevante Suchterkrankung noch nicht abschließend geklärt ist. Kritischer diskutiert werden könnte der Befund, dass der Präventionsinhalt Glücksspielkonsum nur acht Prozent der Endadressatenarbeit ausmacht. Somit findet derzeit mehr Suchtpräventionsarbeit zu Computerspiel- und Internetabhängigkeit statt als zu Glücksspielsucht. Dies deckt sich mit der Wahrnehmung der befragten Neuntklässlerinnen und Neuntklässler: Während rund 30 Prozent der 15-Jährigen bereits schulische Suchtpräventionsangebote zum Themenbereich Computerspielkonsum erhalten haben, sind es weniger als 20 Prozent zum Themenbereich Glücksspielkonsum (vgl. Abbildung 58). Abgesehen von diesem Befund erscheint das Themenspektrum ausgewogen und nachvollziehbar. Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu ergänzen, dass die Akteure selbst die Bedarfsgerechtigkeit in Niedersachsen im Hinblick auf die durch die Suchtprävention adressierten Substanzen und Verhaltensweisen nur als moderat erfolgreich beurteilen (vgl. Abbildung 20). Dieser scheinbaren Diskrepanz und der noch tiefergehenden Bewertung der priorisierten Themenfelder soll im weiteren Projektverlauf nachgegangen werden.

Inhaltsbereich 9: Regionale Verteilung von Suchtpräventionsangeboten in Niedersachsen

Die Abdeckung regionalspezifischer Bedarfe mit Präventionsangeboten wird von den Akteuren als moderat erfolgreich bewertet (vgl. Abbildung 20). Ein grundsätzliches Stadt-Land-Gefälle in der Versorgung mit Suchtpräventionsangeboten an Schulen ist aus Sicht von niedersächsischen Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern unseren Daten zufolge nicht zu konstatieren (vgl. Kapitel 6.2.4). Die von uns befragten niedersächsischen Präventionsakteure vermitteln zudem in ihrem regionalen Engagement das Bild einer flächenmäßig breit gestreuten Suchtpräventionsarbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten in Niedersachsen (vgl. Abbildung 32). Die Detailanalyse deutet allerdings an, dass bestimmte Regionen Niedersachsens in geringerem Maße von Suchtprävention profitieren könnten als andere Regionen. Basierend auf unserer Stichprobe deutet sich dies für die Landkreise Northeim (südlich von Hannover), Nienburg/Weser, den Heidekreis, Uelzen, Lüchow-Dannenberg, Wittmund (inklusive Inseln Langeoog und Spiekeroog) und Friesland (inklusive Wangerooge) und die ländliche Region südlich von Oldenburg an. Teile dieser Befunde können aber auch durch regionale Stichprobenausfälle zu erklären sein, weshalb dieser Befund im weiteren Projektverlauf noch diskutiert und dessen Gültigkeit kritisch überprüft werden muss.

Inhaltsbereich 10: Kooperation und Vernetzung

Die Verantwortung für Suchtprävention wird aus Sicht der Akteure bei vielen Akteursgruppen und Institutionen gesehen (vgl. Abbildung 27). Es besteht keine grundsätzlich erkennbare Tendenz dahingehend, bestimmten Akteuren der Suchtprävention ihre Zuständigkeit im Bereich Suchtprävention abzusprechen. Die Daten weisen zudem auf eine ausgeprägte Vernetzung zwischen Akteuren der Suchtprävention hin. Es lässt sich auf Basis unserer Netzwerkanalyse jedoch zeigen, dass die Selbsthilfe von den anderen betrachteten Akteursgruppen offenbar in vergleichsweise geringem Maße als Kooperationspartner wahrgenommen wird (vgl. Abbildung 29). Dies mag damit zusammenhängen, dass die Selbsthilfe vorrangig im Bereich der Tertiärprävention aktiv ist und somit möglicherweise weniger stark als

Kooperationspartner von Akteuren universeller, selektiver und indizierter Prävention in Erscheinung tritt. Allerdings nimmt die Selbsthilfe durchaus auch Aufgaben in diesem Spektrum wahr. Somit ist auf Basis der Daten nicht klar, ob hier ein Bedarf nach einem zusätzlichen Ausbau von Kooperationsbeziehungen gesehen wird; eine Frage die mit den Präventionsakteuren im weiteren Projektverlauf vertieft werden soll. Eine weitere mögliche Vernetzungsschwäche könnte zwischen der betrieblichen Suchtprävention und den kommunalen Präventionsgremien existieren. Auch zwischen diesen beiden Bereichen konnten kaum Kooperationsbeziehungen aufgefunden werden. Die Daten lassen damit die These zu, dass die betriebliche Suchtprävention, insbesondere aber die Selbsthilfe, eine leichte Außenseiterstellung im Kooperationsgefüge der Suchtpräventionsarbeit einnehmen.

Weiterhin wird ersichtlich, dass offenbar in geringerem Maße Kooperationsbeziehungen zu einigen Institutionen vorliegen, die in besonderer Weise in Kontakt mit problematisch konsumierenden Personen kommen, wie Arbeitsagenturen/JobCenter oder Sportvereine (vgl. Abbildung 28). Somit lässt sich auf Basis der Daten zusammenfassen, dass bereits eine ausgeprägte Vernetzung zwischen unterschiedlichen Anbietern von Suchtprävention in Niedersachsen existiert, die aber gerade zu institutionalisierten Anwendungsfeldern von Suchtprävention noch weiter ausgebaut werden könnte. Optimistisch stimmen können unsere Daten durchaus in der Hinsicht, dass die Akteursgruppen sich im Hinblick auf ihr Selbstverständnis und ihre Sichtweisen auf die Suchtprävention in vielerlei Hinsicht kaum voneinander unterscheiden (vgl. Kapitel 6.2.1). Auch über institutionelle „Grenzen“ hinweg besteht Einigkeit in vielen zentralen Fragen der Suchtprävention. Dies erlaubt die These, dass sich die unterschiedlichen Akteursgruppen von Suchtprävention eventuell „ähnlicher sind, als ihnen selbst bewusst ist“. Somit kann diskutiert werden, wie in Zukunft noch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Anbietern erreicht werden kann, um eine wechselseitige Professionalisierung und gegenseitigen Informationsaustausch zu begünstigen.

Inhaltsbereich 11: Nachfrageorientierung

Besonders zentral erscheint in der Gesamtschau der Ergebnisse auch der Befund, dass sich die Suchtpräventionsakteure bei der inhaltlichen Gestaltung ihrer Arbeit nach eigenen Angaben eher stark an der Nachfrage und vergleichsweise eher wenig an Angebotslücken orientieren (vgl. Abbildung 33). Dies könnte zumindest in Teilen einige Feststellungen erklären, die in vorangegangenen Inhaltsbereichen thematisiert wurden. So kann angenommen werden, dass Schulen sich insbesondere bei Schülerinnen und Schülern im Jugendalter zunehmend mit (sichtbaren) Konsumproblemen konfrontiert sehen. Mit der „Sichtbarwerdung“ dieser Probleme könnten sich Schulen bei älteren Jahrgängen somit stärker veranlasst sehen, aktiv Präventionsangebote von außen nachzufragen. Im Falle einer starken Nachfrageorientierung seitens der Präventionsakteure könnte dies zu einer Eigendynamik beitragen, die in Folge erhöhte Suchtprävention in älteren Jahrgängen begünstigt, wenngleich vermehrt Suchtprävention in jüngeren Jahrgängen indiziert wäre. Zumindest in Teilen könnte die aufgefundene starke Nachfrageorientierung somit den bereits dargelegten Befund erklären, dass die niedersächsische Suchtprävention trotz der Konzentration auf Universalprävention stärker auf Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren fokussiert als auf jüngere Altersgruppen (vgl. Inhaltsbereich 1). Eine starke Nachfrageorientierung könnte beispielsweise auch dazu beitragen, dass Kindergärten, in denen Suchtprävention mutmaßlich besonders wenig von den Erzieherinnen und Erziehern und Eltern nachgefragt wird, auch besonders seltener adressiert werden. Auch die bereits aufgefundenen Befunde zu der Reichweite

niedersächsischer Suchtprävention an Schulen (Inhaltsbereich 7) könnten mit der eher starken Nachfrageorientierung der Suchtpräventionsakteure in Zusammenhang stehen. Wie bereits dargestellt werden bis zum Alter von 15 Jahren niedersächsische Gymnasiastinnen und Gymnasiasten häufiger von externen Suchtpräventionsangeboten erreicht als niedersächsische Hauptschülerinnen und Hauptschüler. Mit Blick auf die Nachfragesituation könnte auch in höheren Schulformen mit höherer Bildungsnähe der Elternschaft eine größere Aufgeschlossenheit dazu bestehen, sich mit Suchtprävention zu beschäftigen. Dies könnte dazu beitragen, dass Suchtprävention von Gymnasien stärker nachgefragt wird als von Hauptschulen. Ob diese Zusammenhänge jedoch tatsächlich zutreffend sind und relevante Erklärungsmuster beschreiben, muss im weiteren Projektverlauf und in Diskussion mit den Präventionsakteuren näher beleuchtet werden.

Inhaltsbereich 12: Evidenzbasierung

Die Akteure sprechen sich insgesamt für eine evidenzbasierte Suchtprävention aus, indem mehr als 80 Prozent der Akteure diese als eher sinnvoll oder essentiell bewerten (vgl. Abbildung 24). Die derzeitige Fokussierung auf evidenzbasierte Konzepte/Maßnahmen in Niedersachsen wird von den Akteuren jedoch nur als moderat erfolgreich bewertet (vgl. Abbildung 20). Bereits anhand der inhaltlichen Gestaltung der Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten wird deutlich, dass sich die Akteure hierbei insbesondere am eigenen Erfahrungswissen, am Feedback der Klientinnen und Klienten, an eigenen Konzepten und eigenen Präferenzen orientieren und weniger stark an Evidenznachweisen und der Verfügbarkeit konkreter Manuale und Materialien (vgl. Abbildung 33). Insgesamt gibt knapp die Hälfte der mit Endadressatinnen und Endadressaten arbeitenden Präventionsakteure in Niedersachsen an, überhaupt standardisierte Programme einzusetzen (vgl. Abbildung 39). Eine Ausnahme stellen hier die Fachkräfte für Suchtprävention dar, unter denen ein weit überwiegender Anteil auf standardisierte Programme setzt (vgl. Abbildung 39).

Um eine erste Orientierung über den Evidenzgrad der eingesetzten Programme zu ermöglichen wurden diese mit den Empfehlungen der Grünen Liste Prävention abgeglichen (vgl. Abbildung 40). Unter Verwendung der Grünen Liste Prävention als Beurteilungsgrundlage weisen nur wenige der in Niedersachsen derzeit für die Suchtprävention in nennenswertem Umfang eingesetzten standardisierten Programme Evidenz auf. Nicht für jeden Einsatzzweck sind derzeit evidenzbasierte Maßnahmen verfügbar (vgl. Anhang B). Somit kann in speziellen Anwendungskonstellationen auch ein konkreter Mangel an geeigneten Programmen mit positivem Wirknachweis bestehen. Im weiteren Projektverlauf soll mit den Akteuren diskutiert werden, warum die Empfehlungen der Grünen Liste Prävention bislang nur eingeschränkt durch die Praxis widerspiegelt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem Bekanntheitsgrad bzw. dem Stellenwert der Grünen Liste Prävention unter den Präventionsakteuren. So können mit Blick auf die Grüne Liste Prävention zu einigen verbreiteten Programmen themen- und zielgruppenorientierte Alternativen identifiziert werden, die konkret von der Liste empfohlen werden. Warum diese bislang nicht häufiger eingesetzt werden, soll im weiteren Projektverlauf näher beleuchtet werden. Möglich erscheinen Probleme bei der Implementierung bestimmter Programme im Feld. Somit stellt sich die Frage, inwieweit der praktischen und ökonomischen Umsetzbarkeit von Programmen bei der Aufnahme in die Grüne Liste Prävention bislang ausreichend Rechnung getragen wird.

8 Ausblick auf Projektphase 3

In Projektphase 3 erfolgt auf Basis des ersten Forschungsberichts die Entwicklung des Fragebogens für die zweite Onlinebefragung (t2). Hier werden die bereits befragten Suchtpräventionsakteure zu den als zentral identifizierten Inhaltsbereichen vertiefend befragt. Weitere Inhaltsbereiche können sich aufgrund des Feedbacks von Rezipientinnen und Rezipienten zum ersten Forschungsbericht ergeben. Die Ergebnisse dieser zweiten Onlinebefragung werden anschließend im Rahmen von Fokusgruppensitzungen vertieft und hierbei insbesondere offen gebliebene Fragen diskutiert, kontroverse Befunde eingeordnet und Stellungnahmen zu zentralen Punkten formuliert. Die abschließenden Befunde werden im Rahmen des Abschlussberichtes dargestellt.

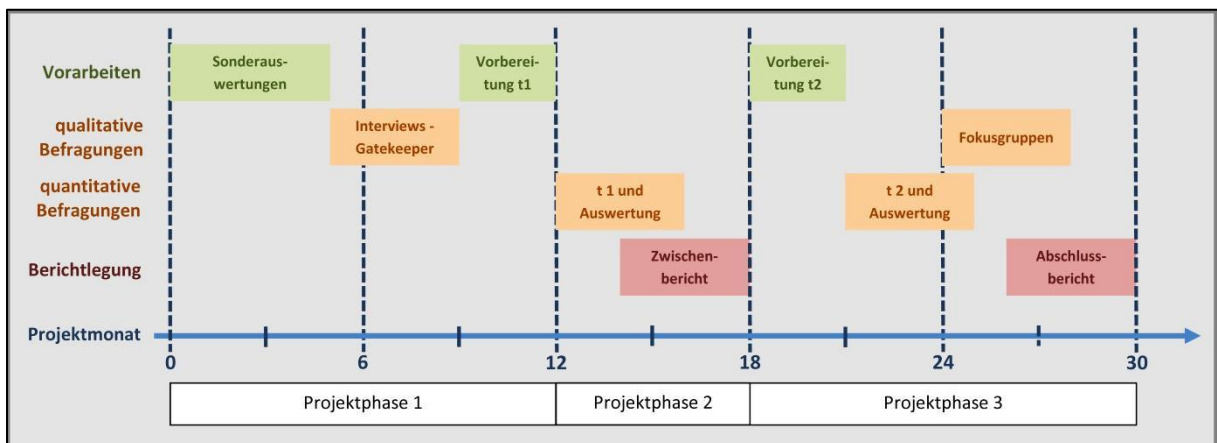


Abbildung 64. Zeitplan des Projekts

Anhang

Im folgenden Anhang A werden alle Programme, Kampagnen und Manuale, die von mindestens fünf Prozent der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure bei der Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten verwendet werden, inhaltlich beschrieben. Die Programme sind dabei absteigend nach der Häufigkeit ihrer jeweiligen Nennung sortiert. Alle gelisteten Interventionen wurden mit den Inhalten der vom niedersächsischen Landespräventionsrat initiierten Onlinedatenbank „Grüne Liste Prävention“ abgeglichen. Auf Grundlage von (wissenschaftlichen) Evaluations- und Wirksamkeitsstudien sowie theoretischen Evidenzkriterien prüft und bewertet diese gesundheits- und gewaltorientierte Präventionsprogramme entlang einer dreistufigen Skala (vgl. Legende Tabelle 16 in Anhang C), um sie für den praktischen Einsatz zu empfehlen. Als Kampagnen (z. B. „Kenn dein Limit“, „Null Alkohol – Voll Power“, „Rauchfrei in Niedersachsen“) oder Informationsveranstaltungen (z. B. Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“) konzipierte Maßnahmen werden von der Grünen Liste hingegen nicht berücksichtigt. Bislang gilt dies auch für Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention. Das Manual „Alkohol im Unternehmen“ sowie das Maßnahmenpaket „Prev@WORK“ wurden daher von der Grünen Liste nicht geprüft und klassifiziert. Hiervon ausgehend kann festgehalten werden, dass derzeit insgesamt 8 der 29 besonders häufig eingesetzten Programme eine mindestens theoretische Evidenzbasierung aufweisen. Unter Rückgriff auf die Grüne Liste lassen sich Potentiale für eine Stärkung der Evidenzbasierung niedersächsischer Suchtprävention ausloten. Der Abgleich der momentan eingesetzten Programme mit der Grünen Liste hilft dabei, einige konkrete themen- und zielgruppenorientierte Alternativen zu identifizieren, die mit einem höheren Evidenzgrad versehen sind. Ausgehend von den Ergebnissen der Onlinebefragung deutet sich zudem an, dass einige Altersgruppen und Inhaltsbereiche bisher wenig oder gar nicht über standardisierte Programme adressiert werden. Die Grüne Liste stellt für diese Zielgruppen und suchtpreventiven Kontexte bereits als wirksam klassifizierte Programme bereit. Diese möglichen Alternativen werden in Anhang B dargestellt. Tabelle 16 (Anhang C) bietet schließlich eine Zusammenschau der 29 in der niedersächsischen Suchtprävention bevorzugt eingesetzten Maßnahmen, Kampagnen und Interventionsmanuale. Die Auswahl beruht auf den Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Onlinebefragung. Die Tabelle enthält Angaben zu Inhalten, Endadressatengruppen, Zielsetzungen, Dauer, Evidenzgrad und möglichen alternativen Programmen. Tabelle 17 weist zudem eine (oder mehrere) Internetseiten aus, auf denen weiterführende Informationen zu den jeweiligen Programmen recherchiert werden können.

Nachfolgend (Anhang A) werden zunächst alle Programme, die von mindestens 5 Prozent der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure angewendet werden, inhaltlich kurz und prägnant beschrieben.

Anhang A: Kurzbeschreibungen der verbreitetsten Programme der niedersächsischen Suchtprävention

HaLT

„HaLT“ (Hart am Limit) ist ein Frühinterventionsprogramm und richtet sich an junge Menschen mit riskantem Alkoholkonsum. Es gliedert sich in einen proaktiven und einen reaktiven Teil (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016a). Der proaktive Baustein verfolgt einen verhältnispräventiven Ansatz (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016a) und wendet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, zu denen ausdrücklich Eltern aus Kommunen zählen, in denen Probleme mit riskant konsumierenden Jugendlichen vermutet werden oder evident sind. Besonderes Merkmal ist die Schaffung einer kommunalen, von einem Netzwerk aus Einrichtungen der Jugendhilfe, der Polizei, Krankenhäusern und anderen kommunalen Einrichtungen getragene Präventionsstrategie, die die Häufigkeit von Alkoholexzessen bei Kindern und Jugendlichen reduzieren soll (NLS, 2016g, 2015d). Der reaktive Teil des Projektes richtet sich direkt an Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation (stationär) behandelt wurden (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016a). Dabei wird häufig noch im Krankenhaus mit den Betroffenen und deren Eltern ein einzelfallbezogenes „Brückengespräch“ geführt. Darüber hinaus beinhaltet dieser Baustein ein Gruppenangebot, das den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit bietet, sich mit ihrem riskantem Konsumverhalten auseinanderzusetzen (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016a). „HaLT“ wurde bereits mehrfach unter verschiedenen Blickwinkeln evaluiert (z. B.: Steiner, Knittel & Zweers, 2008; Reis, Pape & Häßler, 2008; Wurdak & Wolstein, 2012). Die Online-Datenbank Grüne Liste ordnet dem HaLT-Programm den Evidenzgrad 1 zu.

BASS - Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung

Das Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung (BASS) ist ein dreigliedriges, von der NLS entwickeltes gendersensitives Programm. Mit altersgemäß zugeschnittenen Inhalten richtet sich die suchtpreventive Arbeit an die Klassenstufen 5/6, 7/8 und 9/10 (NLS, 2015b). Das Modul für die 5. und 6. Klasse erstreckt sich über eine allgemeine Einführung in das Thema Sucht und stellt Übungen zur Förderung von Lebenskompetenz zur Verfügung. Das auf die Klassen 7 und 8 zugeschnittene Modul umfasst Informationen zu den Themen Tabak, Cannabis und Alkohol und vertieft die Lebenskompetenzförderung. Für die Klassen 9 bis 10 steht das Thema Risikokompetenz im Vordergrund. Die Inhalte Cannabis und Mediennutzung werden vertieft. Der BASS-Projektordner umfasst darüber hinaus einen Leitfaden zum Umgang mit Suchtmitteln im schulischen Kontext sowie Hinweise zur Elternarbeit (NLS, 2015b). Die einzelnen Bausteine des BASS-Projektordners sind modular gestaltet und erlauben eine mehrwöchige Auseinandersetzung mit den suchtpreventiven Inhalten. Die Konzeption des Programms wurde im Rahmen eines Qualitätsgutachtens beurteilt (QIP, 2008). Zum Einsatz von BASS an niedersächsischen Schulen ist ein Evaluationsbericht verfügbar (Schad-Smith, 2006). Das BASS-Bausteinprogramm wird derzeit von den Administratoren der Grünen Liste im Hinblick auf eine mögliche Aufnahme geprüft.

KlarSicht-Mitmachparcours

Der „KlarSicht-Mitmachparcours“ zur Alkohol- und Tabakprävention ist ein von der BZgA entwickeltes Instrument zur Prävention des Tabakkonsums und Alkoholmissbrauchs, das auch von der NLS eingesetzt und unterstützt wird (NLS, 2015d). Das Konzept verfolgt einen partizipativen Ansatz und zeichnet sich durch eine Kombination aus Rollenspielen, Quizelementen und Diskussionen aus. Schülerinnen

und Schüler ab 12 Jahre sollen auf kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Ebene zur Auseinandersetzung mit den Suchtstoffen Alkohol und Tabak eingeladen werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016d, 2016b). Der Parcours wird häufig in der Kofferversion angewendet, die, wie der große Parcours, verschiedene Mitmach-Stationen beinhaltet. Um eine effektive Arbeit mit den bereitgestellten Materialien zu gewährleisten, wird Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Lehrerinnen und Lehrern die vorbereitende Teilnahme an einer Schulung empfohlen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016c). Das Konzept erlaubt eine (einmalige) Umsetzung in variierender Intensität und Länge. Der Einsatz des KlarSicht-Mitmachparcours im schulischen Kontext wurde begleitet und evaluiert (Loss & Nagel, 2004). Der KlarSicht-Mitmachparcours wird derzeit nicht von der Grünen Liste berücksichtigt.

Kenn dein Limit

Mit der auf jugendliche Rezipienten im Alter von 16 bis 20 Jahren zugeschnittenen Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ soll die Motivation zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol gesteigert werden. Neben Plakaten, Fernseh- und Kino-Spots sowie gedruckten Informationsmaterialien setzt das Konzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf die persönliche Ansprache von Jugendlichen durch geschulte Peers. Letztere sprechen die Zielgruppe in ihren Lebens- und Freizeitwelten mit dem Ziel an, diese über die mit Tabak- und Alkoholkonsum verbundenen Risiken zu informieren und das eigene Konsumverhalten selbstkritisch und verantwortungsvoll zu reflektieren. Die Kampagne wird vom Verband der Privaten Krankenversicherer finanziell gefördert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014). Ihre Materialien können über die BZgA bezogen werden. Für „Kenn dein Limit“ konnte kein Evaluationsbericht recherchiert werden. Bonfadelli (2015) beschreibt Grundlagen und Aufbau der Kampagne. Angaben zum Bekanntheitsgrad und der Akzeptanz der Kampagne finden sich bei Orth und Töppich (2015) sowie im Drogenaffinitätsbericht der BZgA (2012). Von der Grünen Liste wird „Kenn dein Limit“ derzeit nicht aufgegriffen.

Tom & Lisa

Der „Tom & Lisa – Alkoholpräventionsworkshop für Jugendliche“ hat die Stärkung von Risikokompetenz, sozialer Kompetenz und allgemein schützenden Ressourcen von Jugendlichen zum Ziel. Durchführende Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen) werden vorab geschult. Eltern können durch ein „Elterninterview“ in die Umsetzung der Maßnahme einbezogen werden (NLS, 2015c; Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016b). Der 2 x 2-stündige Workshop ist für Schulklassen der 7. und 8. Jahrgangsstufe ausgelegt und besteht aus zwei Modulen eines interaktiven Planspiels zu einer erdachten Geburtstagsfeier. Im Rahmen zweier moderierter Unterrichtsstunden werden Kenntnisse über gesetzliche Regelungen, die mit Alkoholkonsum einhergehenden körperlichen Beeinträchtigungen sowie mögliche Reaktionen auf Alkoholvergiftungen vermittelt. Durch ein fragebogengestütztes Elterninterview, das von den Jugendlichen selbst geführt wird, soll die innerfamiliäre Diskussion angeregt werden (Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention, 2016b). Das Programm wurde evaluiert (Gesellschaft für empirische Beratung mbH, 2013). Die Grüne Liste ordnet Tom & Lisa in den Evidenzbereich 1 ein.

SKOLL

Das in Niedersachsen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FSS durchgeführte „Selbstkontrolltraining – für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen – SKOLL-Training“ wurde für die Arbeit mit Jugendlichen und Erwachsenen entwickelt. Das Training umfasst zehn jeweils neunzig-minütige Treffen sowie eine Auffrischungssitzung nach acht Wochen und richtet sich an Personen mit riskanten Konsummustern (Caritas, 2016, ohne Jahr). Die in Kleingruppen durchgeführte Präventionsmaßnahme wird von zertifizierten SKOLL-Trainerinnen und -Trainern durchgeführt. Der suchtmittelübergreifende Ansatz adressiert unter anderem die Themen Risikosituationen, Stressmanagement, soziale Netzwerke, hilfreiche Gedanken, Umgang mit Krisen und Rückschritten, Konflikte und Freizeitgestaltung. Die behandelten Themen und die Intensität ihrer Bearbeitungen werden nach den individuellen Bedarfen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer variiert (Caritas, 2016, ohne Jahr). Das bundesweit in Suchtberatungsstellen implementierte Training wurde durch wissenschaftliche Evaluation und Wirksamkeitsforschung begleitet (Kliche et al., 2012). Die Grüne Liste bescheinigt SKOLL einen Evidenzgrad von 1.

MOVE

Das Präventionsprogramm „Motivierende Gesprächsführung bei konsumierenden Jugendlichen“ (MOVE) der Ginko Stiftung für Prävention wurde für die Beratung von bereits riskant Konsumierenden entwickelt (Ginko Stiftung für Prävention, 2016). In Niedersachsen kommt es insbesondere im Rahmen der von den FSS geleisteten Beratungsgesprächen zum Einsatz (z. B.: Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Osnabrück, 2016). Das Konzept basiert auf der „Motivierenden Gesprächsführung“ nach William Miller und Stephen Rollnick (Miller & Rollnick, 1991) und stützt sich zusätzlich auf das „Trans-theoretische Modell der Veränderung“ nach James O. Prochaska und Carlo DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982) aus der klinischen Arbeit mit Erwachsenen. Für die Beratung von riskant konsumierenden Jugendlichen hat die Beratungsstrategie eine Anpassung erfahren und zielt auf die Verbesserung der Früherkennung und Veränderung von riskantem Verhalten. Den für die Anwendung von MOVE geschulten Kontaktpersonen werden Grundhaltung, Basiswissen und Techniken der Motivierenden Gesprächsführung vermittelt (Ginko Stiftung für Prävention, 2016). Der Einsatz von Move wurde evaluiert (Marzinik, 2004, 2005; Marzinik & Fiedler, 2005). Von der Grünen Liste wird der Evidenzgrad mit 1 angegeben.

ALFRED – Der Grüne Koffer Cannabisprävention

Die Präventionsmaßnahme „ALFRED – Der Grüne Koffer Cannabisprävention“ setzt auf interaktive Methoden und Übungen für Jugendliche ab der neunten Klasse. Der Koffer enthält umfangreiche Informationen zu Cannabis und den Folgen seines Konsums. Die Inhalte können innerhalb von drei bis vier Unterrichtsstunden umgesetzt bzw. vermittelt werden. Neben der Informationsvermittlung will der Ansatz nicht-konsumierende Jugendliche in ihrer Haltung stärken bzw. das kritische Denken von konsumierenden Jugendlichen fördern. Darüber hinaus zielen die Bausteine des Grünen Koffers (Einstieg, Bilderrätsel, Quiz, Schadstoffe, Gruppenarbeit zu "Gründe - Wirkungen - Folgen" des Cannabiskonsums, Dialog zu Alternativen) auf die Vermittlung von Lebenskompetenzen (NLS, 2016c). Für ALFRED konnten keine Evaluationsergebnisse recherchiert werden. In der Grünen Liste findet die Methode keine Berücksichtigung.

Arbeitsordner Suchtprävention

Der Arbeitsordner Suchtprävention ist Teil des suchtpreventiven Materialienrepertoires der Präventionskräfte der Niedersächsischen Polizei. Im Jahr 2011 an die Niedersächsischen Dienststellen ausgeliefert beinhaltet der Ordner Informationen zur geschichtlichen Entwicklung von Suchtprävention, ihren Tätigkeitsfeldern und Themen und skizziert den Rahmen, die Inhalte, die Arbeitsfelder und die Ziele polizeilicher Drogenprävention. Ein Kapitel des Ordners definiert körperliche und geistige Abhängigkeiten und thematisiert die Begleiterscheinungen und Ursachen süchtigen Verhaltens. Besonders ausführlich informiert der Ordner über die verschiedenen Substanzen, beschreibt ihre Herkunft und Herstellung, thematisiert ihre Wirkung, Risiken und Gefahren und gibt einen Überblick über den (straf-)rechtlichen Rahmen ihres Konsums (Polizei Niedersachsen, 2011). Das dem Suchtmittel Cannabis gewidmete Kapitel wurde 2015 durch eine Erweiterung ergänzt (Polizei Niedersachsen, 2015). Es konnten keine Evaluationsberichte recherchiert werden. Der Arbeitsordner Suchtprävention der Niedersächsischen Polizei wird nicht von der Grünen Liste Prävention gelistet.

Unterrichtseinheit „Alkohol und Drogen“ der Polizeiinspektion Goslar

Die Unterrichtseinheit „Alkohol und Drogen“ der Polizeiinspektion Goslar stellt eine Fortführung des Projektes „Don't drug and drive“ dar (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015), das sich an die Zielgruppe der 16 bis 26-Jährigen richtet (Kerwien & Koch, ohne Jahr). Inhaltlich setzt die Maßnahme auf die Vermittlung von Informationen zu den gesetzlichen Vorschriften im Zusammenhang mit dem Fahren unter dem Einfluss legaler oder illegaler Drogen (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015). Zur Unterrichtseinheit sind keine Evaluationsberichte verfügbar. Die der Unterrichtseinheit zugrundeliegende Präventionskampagne „Don't drug and drive“ des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (Deutscher Verkehrssicherheitsrat, 2016) wurde über einen Zeitraum von drei Jahren (2005-2008) von Niedersächsischen Polizeibeamtinnen und Beamten durchgeführt. Die angesprochenen Schülerinnen und Schüler wurden dabei über die Risiken und rechtlichen Folgen von Fahrten unter Drogeneinfluss informiert. Als Multiplikatoren wurden Eltern, Lehrkräfte und Fahrlehrer ebenfalls adressiert. Darüber hinaus wurden Polizeibeamtinnen und Beamte für den Einsatz von Drogentests qualifiziert (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport, 2008). „Don't Drug and drive“ wurde bisher nicht evaluiert (Persönliche Mitteilung des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. vom 11.10.2016). Von der Grünen Liste wird das Präventionskonzept nicht berücksichtigt.

BAGS – Bausteine zur Glücksspielsuchtprävention

Unter dem Motto „Glück im Spiel? – Behalte das Glück in Deiner Hand!“ stellt der von der NLS entwickelte BAGS-Ordner Informationen und Methoden zur Glücksspielprävention in der Lebenswelt Schule bereit. Schülerinnen und Schüler in den Jahrgangsstufen 8-10 sowie Berufsschülerinnen und -schüler sollen ihre Kenntnisse über das Thema erweitern, die mit Glücksspielen verbundenen Risiken und Gefahren kennenlernen und das eigene Verhalten reflektieren. Ferner regt die Intervention dazu an, sich mit Suchtprozessen auseinandersetzen, gegebenenfalls die eigene Teilnahme an Glücksspielen zu reflektieren und zu reduzieren sowie sich alternative Bewältigungsstrategien zu erschließen. Die sich über drei 90-minütige Einheiten erstreckende Intervention bedient sich partizipativer und auf die Arbeit mit Gruppen zugeschnittener Methoden (NLS, 2016a). Evaluationsberichte sind bislang nicht verfügbar. Die Grüne Liste hat den BAGS-Ordner bislang nicht in ihre Datenbank aufgenommen.

Unterrichtswerkstatt „Mediennutzung von Jugendlichen“

Das Programm „Mediennutzung von Jugendlichen: Chancen und Risiken – ein Lernarrangement mit Unterrichtswerkstatt“ des Landesinstitutes für Lehrerbildung und Schulentwicklung in Hamburg richtet sich an Schülerinnen und -schüler der Klassenstufen 7-10. Ziel der Intervention ist es die Chancen und Risiken der Mediennutzung aufzuzeigen (Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, 2013). Die zur Verfügung gestellten Materialien bieten verschiedene Aufgabentypen, Projektarbeitsbeispiele, Videos und Hörtexte sowie mögliche Verlaufspläne und -szenarien, an denen sich die Durchführenden orientieren können. Die Schülerinnen und Schüler sollen über ihr bisheriges Wissen reflektieren, neues Wissen erwerben und sich im Rahmen von Gruppenarbeiten ihre vor problematischem Medienkonsum schützenden Ressourcen stärken (Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, 2013). In Niedersachsen schulen die Mediensuchtfachkräfte Lehrende im Umgang mit den Materialien (Multiplikatorenschulungen; persönliche Mitteilung der NLS vom 07.09.2016). Im Fokus der Intervention stehen Kinder und Jugendliche. Das Programm kann jedoch auch bei der Arbeit mit (jungen) Erwachsenen eingesetzt werden. (NLS, 2016). Bis dato stehen keine Evaluationsberichte und Wirksamkeitsstudien zur Verfügung (Persönliche Mitteilung des Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg vom 10.10.2016). Die Grüne Liste nimmt ebenfalls keinen Bezug auf das Programm.

Null Alkohol – Voll Power

„Null Alkohol – Voll Power“ ist der Name einer Alkoholjugendkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Kampagne wendet sich an Schülerinnen und Schüler im Alter von 12 bis 16 Jahren und will ihre Inhalte auf Postkarten, Mitmachaktionen an Schulen und Plakaten zur Zielgruppe transportieren. Als zentrale Informationsplattform dient eine Internetseite (www.null-alkohol-voll-power.de) Der bereits angesprochenen „KlarSicht-MitmachParcours“, die „JugendFilmTage“ und das Programm „Nikotin und Alkohol - Alltagsdrogen im Visier“ sind Teile der Kampagne (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2015). Evaluationsergebnisse zu den Peer-Aktionen der Kampagne wurden von Bühler, Thrul, Struber und Orth (2016) veröffentlicht. Die Grüne Liste nimmt keinen Bezug auf die Kampagne.

Unterrichtswerkstatt „Nikotin-Alkohol-Cannabis“

Wie die Maßnahme „Mediennutzung von Jugendlichen: Chancen und Risiken – ein Lernarrangement mit Unterrichtswerkstatt“ wird die hier thematisierte Intervention „Unterricht zur Suchtprävention mit Nikotin-, Alkohol- und Cannabiswerkstatt“ vom Hamburger Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung vertrieben. Die Materialien der Maßnahme befinden sich auf einer CD und wurden für den Einsatz in den Jahrgangsstufen 7-10 entwickelt (Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, 2016a). Gemäß den Angaben des Landesinstitutes eignen sie sich für den individualisierten Unterricht und die Arbeit mit heterogenen Lerngruppen während der Umsetzung mit fächerübergreifenden Projekten. Von den Lehrkräften angeleitete Übungen für den Klassenverband werden von Werkstätten ergänzt, in denen sich Schülerinnen und Schüler selbstständig Wissen über die potentiellen Suchstoffe Nikotin, Alkohol und Cannabis erarbeiten (Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, 2016b, 2016a). Die Maßnahme wurde bislang nicht evaluiert und wird von der Grünen Liste ebenfalls nicht thematisiert.

Alkohol im Unternehmen

Die 2005 erstmalig von der Landeszentrale für Gesundheit Bayern e.V. (LZG) veröffentlichte und zwischenzeitlich in dritter überarbeiteter Auflage vorliegende Band „Alkohol im Unternehmen, vorbeugen – erkennen – helfen“ (Gostomzyk, 2005) dient in der Betrieblichen Suchtprävention engagierten Praktikerinnen und Praktikern als Arbeitsgrundlage. Neben der überblicksartigen Präsentation von Informationen zum Thema werden Daten zur Prävalenz von Alkoholmissbrauch im Kontext von Erwerbsarbeit sowie der damit in Zusammenhang stehenden Morbidität und Mortalität behandelt. Die Besprechung von Symptomen, Auswirkungen und (Langzeit-)Folgen von akutem und chronisch-abhängigen Alkoholmissbrauch mündet in der Thematisierung von suchtpreventiven Ansätzen und Erkennungsmerkmalen von Alkoholmissbrauch sowie suchstabilisierender Verhaltensmuster. Schließlich werden Vorgesetzten Verhaltensregeln für den Umgang mit betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgeschlagen. Der Anhang der Publikation beinhaltet eine Sammlung von Merkblättern, auf denen die wichtigsten Inhalte des Bandes in komprimierter Form zusammengestellt sind. Eine Evaluation des Manuals konnte nicht recherchiert werden. Die Grüne Liste nimmt keinen Bezug auf den kostenlos im Internet abrufbaren Band¹⁷.

Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule

Das sich an Fachkräfte für Suchtprävention richtende Manual „Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule“ wurde von Mitarbeiterinnen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen entwickelt (NLS, 2016b). Es besteht aus drei Teilen, die inhaltlich auf die Arbeit mit den Zielgruppen Lehrpersonal, Schülerinnen und Schülern im Alter von 14-18 Jahren sowie ihren Eltern zugeschnitten sind (Holterhoff-Schulte, 2005). Das Manual beinhaltet Informationen über Cannabis, bietet zielgruppenspezifische Handlungsalternativen, unterstützt bei der Erarbeitung eines Handlungsleitfadens für Schulen mit Cannabis konsumierenden Schülerinnen und Schülern. Zudem werden Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der Elternschaft aufgezeigt und der Zuschnitt und Inhalt einer möglichen Informationsveranstaltung für Jugendliche dargestellt. Neben einem Kurs und einem Internetangebot für Jugendliche, die ihren Cannabiskonsum verändern wollen, werden variabel einsetz- und gestaltbare Module für die Elternarbeit beschrieben (NLS, 2016b). Für die Maßnahme konnten keine Evaluationsberichte und Wirksamkeitsnachweise recherchiert werden. Auf der Grünen Liste finden sich keine Hinweise auf das Manual.

PeP – Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention

Die Maßnahme richtet sich an Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufen 3-9, die einen besonderen Förderbedarf aufweisen. Das Programm ist dynamisch anpassbar und sieht für die Klassen 3 und 4 insgesamt 15 je neunzigminütige Lehreinheiten vor. Für die Klassen 5 und 6 sind 20, für die Klassen 7 bis 9 30 ebenfalls je neunzigminütige Unterrichtsblöcke vorgesehen. Inhaltlich zielt das Konzept auf die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch Stärkung von Lebenskompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, Kommunikation, Umgang mit Stress und anderen herausfordernden Gefühlslagen sowie Problemlösungsfertigkeiten. Ebenfalls adressiert werden das Verhalten in Gruppen sowie spezifische Prävention zu stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten. Die Materialien werden geschulten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf einer CD und drei ergänzenden, unabhängig voneinander einsetzbaren Heften zur Verfügung gestellt. Gemäß NLS eignet sich

¹⁷ <http://www.ibs-berlin.net/fachart/fachart.html>.

das Programm besonders für eine institutionsweite (bzw. in der gesamten Schule oder abgrenzbarer Teilbereiche) und nachhaltige Implementation, die von wiederkehrenden Beratungsgesprächen mit NLS-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begleitet wird (NLS, 2016n). Für das Programm liegt unter dem Titel „Evaluation der Implementierung des Unterrichtsprogrammes PeP“ (Rosenkranz & Kalke, 2011) eine Evaluationsstudie vor. Die Grüne Liste prüft derzeit ob die Anwendung des Programmes empfohlen werden kann.

Glücksspielparcours

Der „Glücksspielparcours-Koffer zur Glücksspielprävention“ beinhaltet Unterrichtsmodule zur Prävention von Glücksspielsucht, die für Anwendung an der Sekundarstufe II sowie an Berufsschulen ausgelegt sind (CTC, 2016; NLS, 2016f; SPZ, ohne Jahr). Schülerinnen und -schüler ab 16 Jahre können die Inhalte im Rahmen von ca. 5 Unterrichtsstunden vermittelt werden (CTC, 2016). Anhand von insgesamt 13 unterschiedlichen, interaktiven Szenarien werden sie dabei in Einzel-, Paar- und/oder Gruppenübungen zur Reflektion ihres eigenen Verhaltens angeregt (NLS, 2016f). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden darüber hinaus über Suchtpotentiale und die Folgen von Glücksspielsucht sowie die mit Glücksspielen verbundenen Gewinnwahrscheinlichkeiten informiert. Die Aktivitäten zielen auf Einstellungsänderungen und eine verbesserte Risikowahrnehmung (CTC, 2016). Der Glücksspielparcours-Koffer zur Glücksspielprävention wurde evaluiert (Kalke, Buth & Hiller, ohne Jahr) und wird auf der Grünen Liste mit einem Evidenzgrad von 3 geführt.

Prev@WORK

Das Prev@WORK-Konzept ist eine Maßnahme der betrieblichen Suchtprävention, das der Fachstelle für Suchtprävention in Berlin im Rahmen eines Bundesmodellprojektes entwickelt und erprobt wurde (NLS, 2015c; Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016). Die Maßnahme besteht aus drei Modulen, die sich jeweils an eine spezifische Zielgruppe richten (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016). Bei der Beratung von Führungskräften steht der Aufbau von suchtpreventiven Strukturen und Konzepten im Mittelpunkt. Dem gegenüber fokussieren die Schulungen für Ausbilderinnen und Ausbilder sowie Lehrerinnen und Lehrer auf den Wissenszuwachs im Bereich Sucht und Suchterkrankungen sowie den Erwerb von Kompetenzen zur Problemerkennung und Kommunikation (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016). Die Seminare für Auszubildende zielen auf eine Stärkung der Risikokompetenz und klären über schädliche Suchtfolgen auf (Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH, 2016). Die Modellprojektphase wurde begleitet und evaluiert (Gesellschaft für Statistik und Evaluation, 2012). Die Grüne Liste berücksichtigt derzeit noch keine auf die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zielenden Programme.

Rauchfrei in Niedersachsen

Das in Kraft tretende Runderlass „Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule“ (Niedersächsisches Kultusministerium, 2013) im Jahr 2005 wurde von einer landesweiten Kampagne begleitet. Vorrangiges Ziel war es, dem vorab formulierten niedersächsischen Gesundheitsziel „Förderung des Nichtrauchens von Kindern und Jugendlichen“ die nötige gesundheitspolitische Dynamik zu verleihen und den niedersächsischen Schulen Handlungsempfehlungen zu dessen Umsetzung bereit zu stellen. Eine von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V. sowie der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen erstellte Broschüre listet insgesamt 12, auf die Prävention bzw. Reduktion des Rauchens gerichtete Präventionsprogramme, die zur Umsetzung an

niedersächsischen Schulen empfohlen werden (LVGAFS & NLS, 2005). Die modellhafte Umsetzung der Kampagne an niedersächsischen Berufsschulen wurde evaluiert (Schad-Smith, ohne Jahr). Von der Grünen Liste wird die Kampagne nicht klassifiziert.

FreD – Frühintervention bei erstaußälligen Jugendlichen

Das ehemalige Bundesmodellprojekt Frühintervention bei erstaußälligen Jugendlichen (FreD) wurde nach seiner Erprobungsphase in den Jahren 2000-2002 in der Fläche implementiert (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2016b, 2016c). Im Anschluss an ein Einzelgespräch zwischen jugendlichem Delinquenten und Kursleiterinnen sowie Kursleiter bietet FreD Jugendlichen im Alter von 14-25 Jahren (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2016b), die durch den Konsum von Suchtmitteln aufgefallen sind, im Rahmen einer insgesamt achtstündigen Gruppenintervention die Möglichkeit ihr Konsumverhalten zu reflektieren (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2016a). Der Internetauftritt der am nordrhein-westfälischen Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ansässigen FreD-Koordinationsstelle weist für Niedersachsen drei FSS als FreD-Standorte aus. Zudem findet sich der Hinweis auf insgesamt fünf weitere niedersächsische FSS-Standorte, die mit der Durchführung von FreD ähnlichen oder anderen Frühinterventionsprojekten befasst sind (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2016d). Die Implementation des Bundesmodellprojektes wurde wissenschaftlich begleitet (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, ohne Jahr). Die Grüne Liste verortet das Programm im Evidenzbereich 1.

Kind s/Sucht Familie

Das Curriculum zur Fachkräfteschulung „Kind s/Sucht Familie“ wurde von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen in Zusammenarbeit mit der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) entwickelt. Es handelt sich um ein an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gerichtetes Schulungsangebot für pädagogische Fachkräfte, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien konfrontiert sind (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2016). Die Inhalte und Materialien werden auf einem digitalen Datenträger zur Verfügung gestellt (NLS, 2016j). Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz bietet ein zweitägiges Fortbildungsseminar, in dem suchtpräventiv tätige Fachkräfte ihrerseits für die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebildet werden (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2016) (Caritas, 2015). Neben allgemeinen Informationen zum Thema Sucht wird daher die spezielle Situation suchtkranker Erziehungspersonen und ihrer Kinder in den Blick genommen und der rechtliche Rahmen bestehender Hilfsangebote erläutert (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2016). Das Büro für Suchtprävention der LZG stellt die zusammengefassten Ergebnisse einer Evaluationsbefragung zur Umsetzung der Fortbildung zur Verfügung (Roth, 2013). Von der Grünen Liste wird das Programm nicht berücksichtigt.

Klasse2000

Das Programm Klasse2000 adressiert die suchtpräventiven Bedarfe von Grundschulkindern. Der an der Förderung von persönlichen und sozialen Kompetenzen orientierte Ansatz will Kindern ermöglichen, den eigenen Körper kennen zu lernen und eine positive Gesundheitseinstellung zu entwickeln (NLS, 2016k; Klasse 2000 e. V., 2013). Darüber hinaus sollen sie einen kritischen Umgang mit Alkohol und Tabak sowie entsprechender Produktwerbung entwickeln. Durch eine altersgerechte Unterrichtsgestaltung sollen die Schülerinnen und Schüler die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung erfahren. Die sich über 12 Unterrichtsstunden erstreckende Basisintervention wird von Lehrkräften

durchgeführt und kann durch drei Unterrichtseinheiten ergänzt werden, die von externen und geschulten Fachkräften für Gesundheitsförderung umgesetzt werden (NLS, 2016k; Klasse 2000 e. V., 2013; Klasse 2000 e.V., 2015; vgl. auch: www.klasse2000.de). Das Programm Klasse2000 wurde bereits evaluiert (Maruska, Isensee & Hanewinkel, 2012). Die Grüne Liste verortet Klasse2000 in der Evidenzstufe 2.

Trampolin

Das Trampolin-Programm ist eine an Endadressatinnen und -adressaten gerichtete suchtpreventive Maßnahme, die insbesondere 8-12 jährige Kinder aus suchtblasteten Familien adressiert (Evangelische Stiftung Neuerkerode, 2016; Klein & Thomasius, 2016a). Das manualbasierte und gendersensible Programm besteht aus neun wöchentlichen Gruppenterminen mit jeweils einem zentralen Wochenthema (Klein & Thomasius, 2016a). Ziel ist es, die positive Selbstwahrnehmung und Problemlösefähigkeiten der Kinder zu stärken, indem Stressbewältigungsstrategien und suchtspezifisches Wissen vermittelt sowie das Thema Sucht generell enttabuisiert wird (Klein & Thomasius, 2016a, 2016b). Das Programm wurde evaluiert (Bröning et al., 2012) und von der Grünen Liste mit einem Evidenzgrad von 3 klassifiziert.

Bausteinmappe starke Sportvereine

Die Bausteinmappe Starke Sportvereine wurde von der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Sportvereinen entwickelt. Ziel ist die Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Suchtmitteln innerhalb des Vereins sowie die Vermittlung praxisnaher bzw. praktikabler Handlungsoptionen zur Suchtprevention. Neben einem allgemeinen Einstieg ins Thema Sucht enthält der Ringordner Informationen zu Basistechniken der Suchtprevention sowie zu Hilfsangeboten für Suchtgefährdete. Bei Bedarf kann die Unterstützung einer Fachkraft für Suchtprevention angefordert werden (NLS, 2013a). Evaluationsergebnisse und Evidenzstudien liegen nicht vor. Eine Evidenzgradbestimmung durch die Grüne Liste ist derzeit nicht vorgesehen.

Planspiel Sucht

Beim „Planspiel Sucht“ handelt es sich um eine von der Drogenberatungsstelle Salzgitter (Salto) in Kooperation mit Pro Familia entwickelte Präventionsmaßnahme (Suchthilfe Salzgitter, 2012). Das Planspiel Sucht wird insbesondere in Kooperation mit dem suchtpreventiven Aktivitäten der Polizei umgesetzt (Landeskriminalamt Niedersachsen, 2015). Adressiert werden Schülerinnen und Schüler der 8. Klasse. Ziel des Projektes ist es, die Schülerinnen und Schüler mit den örtlichen Hilfeeinrichtungen vertraut zu machen und ihnen damit einhergehend einen Eindruck von den möglichen Konsequenzen einer Suchterkrankung zu verschaffen. In Kleingruppen werden verschiedene Drogenmissbrauchsszenarien durchgespielt, bei denen jeweils eine Schülerin oder ein Schüler die Rolle eines Konsumenten übernimmt und verschiedene Anlaufstellen besucht (Suchthilfe, Polizei, Pro Familia, etc.), während die anderen Schülerinnen und Schüler ihn oder sie dabei beobachten. Anschließend werden die Erfahrungen zusammen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Drogenberatungsstelle ausgewertet (Suchthilfe Salzgitter, 2012). Für das Planspiel Sucht liegen keine Evaluationsberichte und Wirksamkeitsnachweise vor (Persönliche Mitteilung der Suchthilfe Salzgitter vom 11.10.2016). In der Grünen Liste finden sich keine Einträge zur Maßnahme.

Jugendfilmtage „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Bei den JugendFilmTagen 'Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier' handelt es sich um eine Informationsveranstaltung der BZgA. Sie ist Teil der bundesweiten Jugendkampagnen „rauchfrei!“, „Null Alkohol – Voll Power“ und „Alkohol? Kenn dein Limit“ und findet jährlich in ca. 15 verschiedenen Regionen Deutschlands statt. Ziel der Veranstaltung ist es, Jugendliche über die gesundheitlichen Gefahren der Alltagsdrogen Nikotin und Alkohol zu informieren. Dieses Ziel soll spielerisch über Präsentation von Spielfilmen und daran anschließende Mitmach-Aktionen erreicht werden. Die von der BZgA zur Verfügung gestellten Begleitmaterialien werden von einigen Akteuren auch unabhängig von den BZgA-Jugendfilmtagen als Grundlage für ihre suchtpreventiven Aktivitäten genutzt. Sie enthalten, neben Kurzvorstellungen der Mitmach-Aktionen und Zusammenfassungen der angebotenen Filme, Beschreibungen verschiedener Methoden und Anleitung für Aktivitäten. Dies sind dazu geeignet, Schülerinnen und Schüler zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht anzuregen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016a). Evaluationsberichte zu den Jugendfilmtagen sowie deren Begleitmaterialien konnten nicht recherchiert werden. Die Kampagne sowie die Begleitmaterialien sind nicht Gegenstand der Systematisierung der Grünen Liste.

Unterrichtswerkstatt Essenslust und Körperfrust

Die Unterrichtswerkstatt „Essenslust und Körperfrust“ wurde vom Hamburger SuchtPräventionsZentrum des Landesinstituts für Lehrerbildung und Schulentwicklung entwickelt. Ziel ist die Vermittlung von Wissen über unterschiedliche Formen von Essstörungen und deren Merkmale. Das Programm richtet sich an Schüler der Sekundarstufe I und besteht größtenteils aus Übungen im Klassenverband, die von einer Lehrkraft angeleitet werden. Neben den Themen Essen und Schönheitsideale werden auch Körper- und Selbstwahrnehmung behandelt (NLS, 2013b). Evaluationsberichte konnten nicht recherchiert werden. Die Grüne Liste hat das Programm noch nicht klassifiziert.

Anhang B: Alternative Programme

Die voranstehend beschriebenen 29 Suchtpräventionsmaßnahmen und -programme, werden von mindestens 5 Prozent der befragten Suchtpräventionsakteure bei der Endadressatenarbeit zur Anwendung gebracht. Vor dem Hintergrund dieses Ergebnisses scheinen einige Altersgruppen und Inhaltsbereiche als Zieldimensionen unterrepräsentiert. Die Grüne Liste enthält weitere standardisierte Programme von denen einige die bisher wenig berücksichtigten Altersgruppen und Inhalte adressieren. Auch zu den bereits genannten Programmen existieren mitunter alternative Maßnahmen, die einen höheren Evidenzgrad aufweisen.

Beispielsweise weist das von der Grünen Liste mit Evidenzgrad 3 bewertete Programm „IPSY“ (Information und Psychosoziale Kompetenz) im Hinblick auf Inhalt und Zielgruppe viele Überschneidungen sowohl mit dem „KlarSicht-MitmachParcours“ (nicht von der Grünen Liste untersucht) als auch „Tom & Lisa“ (Evidenzgrad 1) auf. In gleicher Weise ließen sich „Kenn Dein Limit“ (nicht von der Grünen Liste untersucht) und „Null Alkohol – Voll Power“ (nicht von der Grünen Liste untersucht) durch den Einsatz des Programms „Aktion Glasklar“ (Evidenzgrad 3) kompensieren, das ebenfalls hauptsächlich auf Informationsvermittlung ausgerichtet ist, aber bereits mit dem höchsten Evidenzgrad bewertet wurde. Ferner entsprechen Zuschnitt und Zielgruppe der Unterrichtseinheit „Alkohol und Drogen“ (nicht von der Grünen Liste untersucht) in weiten Teilen denen der „Aktion BOB – Eine Aktion gegen Alkohol am Steuer“. „Aktion BOB“ wird von der Grünen Liste mit einem Evidenzgrad von 2 geführt. Die Unterrichtswerkstatt „Alkohol – Nikotin – Cannabis“ (nicht von der Grünen Liste untersucht) geht inhaltlich in der auf 12 Unterrichtsstunden ausgelegten Maßnahme „Unplugged – Suchtprävention im Unterricht“ auf. „Unplugged“ wird von der Grünen Liste mit einem Evidenzgrad von 3 bewertet. Weiterhin scheint es weitreichende inhaltliche Übereinstimmungen zwischen dem ebenfalls auf der Evidenzstufe 3 verorteten „KlasseKinderSpiel“ und „PeP“ (wird derzeit von der Grünen Liste geprüft) zu geben. „KlasseKinderSpiel“ könnte damit womöglich als Alternative in Betracht gezogen werden. Teile der Kampagne „Rauchfrei in Niedersachsen“ (nicht von der Grünen Liste) könnten sich durch „Be smart – don't start“ (Evidenzgrad 3) ersetzen lassen. Auch für das der Wirksamkeitsstufe 2 zugeordnete Programm „Klasse2000“ hält die Grüne Liste mit „PFADE“ (Programm zur Förderung alternativer Denkstrategien) eine Alternative mit höherem Evidenzgrad bereit. Weite Teile der Bausteinmappe Sportvereine (nicht von der Grünen Liste untersucht) werden ebenfalls von „Trainer Plus – Alkoholprävention im Jugendfußball“ (Evidenzgrad 2) adressiert.

Überlegungen, derzeit verwendete durch alternative Maßnahmen und Programme zu ersetzen, können sich jedoch nicht nur auf inhaltliche und zielgruppenspezifische Aspekte stützen. Vielmehr sind auch logistische und zeitliche Faktoren in Erwägung zu ziehen. Während sich der „KlarSicht-MitmachParcours“ und „Tom & Lisa“ beispielsweise an jeweils einem bzw. zwei Terminen umsetzen lassen, müssen für „IPSY“ dagegen insgesamt 25 Unterrichtsstunden veranschlagt werden. Somit ist im Hinblick auf Planung und Umsetzung bei der theoretischen Alternative von einem wesentlich höheren zeitlichen Umfang auszugehen. Vorbehaltlich einer weitergehenden inhaltlichen Prüfung scheint es zudem wenig wahrscheinlich, dass die zur Umsetzung von „PeP“ vorgesehenen 15-30 doppelten Unterrichtsstunden tatsächlich durch die einmalige Durchführung der Maßnahme „KlasseKinderSpiel“ vollständig zu kompensieren sind.

Daneben stellen ökonomische Einflussfaktoren eine weitere Herausforderung dar. Auch der Einsatz einiger der als mögliche Alternative beschriebenen Programme geht mit finanziellen Aufwendungen

einher. Wie bei einigen der bereits in Niedersachsen genutzten Programme (z. B. „BASS“, „Klasse2000“, Unterrichtswerkstatt „Mediennutzung von Jugendlichen“) zieht der Einsatz der Programme „IPSY“, „Unplugged“, „KlasseKinderSpiel“ und „PFADE“ beispielsweise Kosten für Manuale und Multiplikatorenschulungen nach sich. Während „PFADE“ darüber hinaus Supervision für die durchführenden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vorsieht, ist im Hinblick auf den Einsatz einiger weiterer Programme die obligatorische Entrichtung von Lizenzgebühren zu berücksichtigen. Darüber hinaus stehen momentan nicht für alle Inhalte programmatische Alternativen bereit. Beispielsweise lässt die Grüne Liste derzeit eine Empfehlung für einen selektiven Ansatz zur Prävention des Cannabiskonsums, wie er von „Alfred – Der Grüne Koffer Cannabisprävention“ und dem Manual „Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule“ verfolgt wird, vermissen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden kaum Suchtpräventionsprogramme genannt, die jüngere Kinder und deren Eltern adressieren, obwohl die Grüne Liste hier einige Programme mit guter Evidenzlage vorhält. Beispielhaft zu nennen ist das Konzept „Allgemeine Lebenskompetenzen und -fertigkeiten (ALF)“, das sich an die Altersgruppe der 10- bis 12-Jährigen richtet und psychoaktive Substanzen thematisiert (Walden, Kröger, Kirmes, Resse & Kutza, 2000). „ALF“ weist die höchste Evidenzstufe auf. Ebenfalls für Grundschülerinnen und Grundschüler angelegt, aber darüber hinaus auch noch ihre Eltern einbeziehend, ist das Programm „Selbstwert stärken – Gesundheit fördern – Gesundheitsförderung durch Selbstwertstärkung in Grundschulen“ (Evidenzgrad 1; Krause et al., 2000). Für Kinder von 8 bis 12 Jahren gibt es außerdem das „Sozialtraining in der Schule“ (Evidenzgrad 1), das universalpräventiv die sozialen Fähigkeiten der Kinder fördert und darüber Drogenkonsum, aber auch diversen anderen Verhaltensproblemen entgegenwirkt (Petermann, Jugert, Tänzer & Verbeek, 2012).

Das „Präventionsprogramm für sozial benachteiligte Eltern (ELTERN-AG)“ (Armbruster, 2004) richtet sich an Eltern bzw. Familien sowie Migrantinnen und Migranten in schwierigen Lebenslagen, die durch konventionelle Präventionsangebote nicht oder nur schwer erreicht werden. Dabei verfolgt es einen lebens- und erziehungskompetenzfördernden, suchstoffunspezifischen Ansatz. Das Programm „*Steps toward effective and enjoyable parenting* (STEEP)“ wendet sich an junge und/oder psychosozial belastete Mütter. Durch pädagogisch-psychologische Begleitung von Schwangerschaften und die sich daran anschließenden frühen Lebensjahre der Kinder sollen die erzieherischen Kompetenzen gestärkt werden (Evidenzgrad 2; Erickson & Egeland, 2009). Ein sehr ähnliches Ziel hat sich das Programm „Familienhebammen – eine Chance für Kinder“ gesetzt, das über Familienhebammen junge Mütter oder Mütter in schwierigen Lebenssituationen durch aufsuchende Betreuung unterstützt (Evidenzgrad 1; Windorfer, 2009). Ein auf die elterliche Erziehungskompetenz gerichtetes Tabakpräventionsprogramm ist das Konzept „ElternStärke(n) – Einfluss auf das Rauchverhalten Jugendlicher“ (Evidenzgrad 3; Raschke, Kalke & Hiller, 2009). Das Programm „Familienbasierte Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ stärkt die Erziehungskompetenz von Eltern und die Lebenskompetenzen ihrer Kinder (Evidenzgrad 3; Stolle, Sack, Stappenbeck & Thomasius, 2012).

Das Multiplikatorenprogramm „Systematisches Training für Eltern und Pädagogen (STEP)“ (Ehrlich, 2011) setzt auf die Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern, Erzieherinnen und Erziehern, Tagesmüttern und -vätern, Lehrerinnen und Lehrern sowie weiteren pädagogischen Fachkräften. STEP wird der Evidenzgrad 2 zugesprochen. Auch das Programm „KESS erziehen: Weniger Stress – mehr Freude“ zielt mit seinem Multiplikatorenkurs sowohl Eltern als auch (kurspezifisch) Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte und andere Bezugspersonen von Kindern an, um universalpräventiv Kinder von 0 bis 10 zu fördern (Arbeitsgemeinschaft für katholische Familienbildung e.V., 2007). Hier wird von der Grünen Liste ein Evidenzgrad von 1 angegeben.

Die (sucht-)präventiven Bedarfe von Kindern im Kindergarten- und Vorschulalter werden von keinem der von den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern genannten Programme adressiert. Die Grüne Liste verweist hier auf das „Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz – Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention (Papilio)“ (Evidenzgrad 3; Mayer, Heim & Scheithauer, 2007). Außerdem steht mit „Lubo aus dem All – Vorschulalter“ ein Präventionsprogramm von Verhaltensproblemen wie Hyperaktivität, Aggression oder Angst für Kinder zwischen 4 und 6 Jahren zur Verfügung (Evidenzgrad 2; Hillenbrand, Hennemann & Heckler-Schell, 2008). Auch das Programm „FREUNDE – starke Kinder, gute FREUNDE – Ein Programm zur Lebenskompetenzförderung in Kindertageseinrichtungen“ richtet sich an Kinder zwischen 3 und 6 Jahren (in modifizierter Form an Kinder bis 3 Jahre) und ist sowohl in Kindertageseinrichtungen als auch im Elementarbereich (Evidenzgrad 1; Förster, 2012). Erzieherinnen und Erzieher werden zur Förderung der Lebenskompetenzen von Kindern geschult.

„Parents as Teachers (PAT – mit Eltern lernen)“ richtet sich an junge Familien und begleitet diese von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes (PAT GmbH, 2011). Der Fokus liegt auf Familien mit Risikofaktoren wie beispielsweise geringes Einkommen, Teenagereltern oder Alkohol- und Drogenprobleme. Der Grünen Liste zufolge erreicht „PAT“ den höchsten Evidenzgrad. Das Programm „Triple-P“ (Evidenzgrad 3) will über die Arbeit mit Eltern von Kindern bis 12 Jahren universalpräventiv wirken und bietet dafür eine breite Palette unterschiedlicher Maßnahmen (Dirscherl et al., 2011). Das Kommunikationstraining für Eltern „Gordon-Familien-Training“ (Evidenzgrad 2) zielt auf die Förderung und Erweiterung der Erziehungskompetenz von Eltern und ist universalpräventiv angelegt, in dem es generell die Eltern-Kind-Beziehung stärkt und damit vielen Problemen von Kindern vorbeugen möchte (Gordon, 1998). Auch das Elterntaining „Starke Eltern – starke Kinder“ (Deutscher Kinderschutzbund e.V., ohne Jahr) zielt auf die Steigerung der Erziehungskompetenz für Eltern von 1-18-jährigen Kindern und kann somit als universalpräventives Programm gewertet werden (Evidenzgrad 2). Für Kinder im Alter von 10 bis 12 bietet das Programm „Eigenständig werden“ (Wiborg & Hanewinkel, 2001) ein universalpräventives Konzept zur Förderung von Lebenskompetenz und verfolgt damit einen Ansatz, der Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention sowie Persönlichkeitsentwicklung vereint (Evidenzgrad 2). Das Programm „Lions-Quest – Erwachsen werden“ (Wilms & Wilms, 2002) richtet sich an Kinder im Alter zwischen 10 und 15 Jahren und will das Selbstvertrauen, die kommunikativen Fähigkeiten und Kompetenzen zum Umgang mit Konflikt- und Risikosituationen schulen und damit universalpräventiv auf die Schülerinnen und Schüler einwirken (Evidenzgrad 2).

Insgesamt fällt auf, dass wenige suchtmittelübergreifende Projekte für Schülerinnen und Schüler durchgeführt werden. Mit dem Programm „REBOUND – Life Skills-Programm“ (Jungaberle et al., 2014) für junge Menschen und ihre Begleiterinnen und Begleiter wird ein modular aufgebautes Programm angeboten, das über die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen einen verantwortungsvollen Umgang mit legalen und illegalen Drogen für die Altersgruppe 14 bis 25 Jahren anstrebt. Dieses Programm wird von der Grünen Liste mit einem Evidenzgrad von 2 ausgewiesen. Ein weiteres, bislang scheinbar wenig adressiertes Betätigungsfeld ist die Elternförderung und nachbarschaftliche Vernetzung. Die Grüne Liste empfiehlt den Einsatz des Programms „Familie und Nachbarschaft – ein Modell zur Kooperation und Vernetzung familienbezogener Arbeit im Stadtteil“, das auf Kinder im Alter von 3 bis 12 Jahren als Endadressaten abzielt (Evidenzgrad 1; Tschöpe-Scheffler, 2006).

Es wird deutlich, dass die Grüne Liste zahlreiche evidenzbasierte Programme – nicht zuletzt auch im Bereich der Universalprävention – mit unterschiedlichen Inhalten und Zielgruppen bereitstellt. Viele

dieser Programme scheinen in Niedersachsen kaum oder gar keine Anwendung zu finden (vgl. Abbildung 40). Die in dieser Untersuchung generierten Daten lassen keine Rückschlüsse auf die Gründe hierfür zu. Im Hinblick auf die geplante zweite Erhebungswelle wird es so auch darauf ankommen, die Kontextbedingungen sowie etwaige Hemmnisse mit den Akteuren im Feld zu erörtern.

Anhang C: Übersicht über die verbreitetsten Programme der niedersächsischen Suchtprävention

Tabelle 16. Maßnahmen, Programme und Manuale in der niedersächsischen Suchtprävention

Programm	I/A ¹	Altersgruppe	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²	Alternatives Programm Grüne Liste	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²
HaLT	A/J				1				
HaLT Proaktiv	A/JNM	6-18	Verhältnispräventive Netzwerkarbeit	dauerhaft					
HaLT Reaktiv	A/JR	12-18	Verhaltensänderung	Wochen					
BASS	S/J	10-16	Vermittlung von Informationen und Lebenskompetenzen	modular für mehrere Wochen	i/B				
KlarSicht-Mitmachparcours	AT/J	12-18	Vermittlung von Informationen und Risikokompetenz	einmalig	-	IPSY – Information und Psychosoziale Kompetenz	Lebens- & Risikokompetenz, Verhaltensänderung	25 Unterrichtsstunden	3
Kenn Dein Limit	A/J	16-20	Kampagne zur Informationsvermittlung	dauerhaft	-	Aktion Glasklar	Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Risikokompetenz (auch Broschüre, aber Evidenzbasiert)	dauerhaft	3
Tom & Lisa	A/JM	12-14	Risiko- & Lebenskompetenzförderung	einmalig (2 Termine)	1	IPSY – Information und Psychosoziale Kompetenz	Lebens- & Risikokompetenz, Verhaltensänderung	25 Unterrichtsstunden	3

Programm	I/A ¹	Alters- gruppe	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²	Alternatives Programm Grüne Liste	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²
SKOLL	S/R	13-99	Risikokompetenz & Verhaltensänderung, Kontrolle über Konsum	einmalig (11 Termine)	1				

Programm	I/A ¹	Altersgruppe	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²	Alternatives Programm Grüne Liste	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²
MOVE	S/RM	13-24 sowie bis 99	Risikokompetenz & Motivationsaufbau zu Verhaltensänderung	modular für mehrere Wochen	1				
Alfred, der grüne Koffer	C/JM	15-18	Informationsvermittlung, Risiko- & Lebenskompetenzförderung	4 Unterrichtsstunden	-				
Arbeitsordner Suchtprävention	S/L	12-18	Informationsvermittlung	dauerhaft	-				
Alkohol und Drogen	S/V	16-26	Informationsvermittlung	einmalig	-	Eine Aktion gegen Alkohol am Steuer – Aktion BOB	Informationsvermittlung & Risikokompetenzförderung (ab 11. Klasse, bis 25 Jahre)	einmalig (45 Minuten)	2
BAGS	G/J	13-16 sowie Berufsschule	Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Risikokompetenzsteigerung	einmalig (3 Termine)	-				
UW ¹ „Mediennutzung von Jugendlichen“	M/J	12-16 sowie bis 99	Risiko- und Lebenskompetenzförderung	modular (bis zu mehreren Wochen)	-				
Null Alkohol – voll Power	A/J	12-16	Kampagne zur Informationsvermittlung	dauerhaft	-	Aktion Glasklar	Informationsvermittlung, Sensibilisierung und Risikokompetenz (auch Broschüre, aber Evidenzbasiert)	dauerhaft	3

Programm	I/A ¹	Altersgruppe	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²	Alternatives Programm Grüne Liste	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²
UW ¹ „Alkohol – Nikotin – Cannabis“	ATC/J	13-16	Lebenskompetenzförderung und Informationsvermittlung	modular (bis zu mehreren Wochen)	-	Unplugged – Suchtprävention im Unterricht	Informationsvermittlung sowie Lebens- und Risikokompetenzförderung	12 Unterrichtsstunden	3
Alkohol im Unternehmen	A/BM	Berufstätige	Informationsvermittlung, Verhältnisprävention und Kompetenzaufbau	dauerhaft	-				
Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule	C/LJM	14-18	Informationsvermittlung & Lebenskompetenzförderung, Verhältnisprävention	modular	-				
PeP	S/Fö	8-15	Risiko- und Lebenskompetenzförderung	15-30 Doppelstunden Unterricht	i/B	KlasseKinderSpiel – Spielerisch Verhaltensregeln lernen	Lebenskompetenzförderung	einmalig	3
Glücksspiel-parcours	G/J	16-18 und Berufsschule	Informationsvermittlung, Risiko- & Lebenskompetenzförderung	einmalig	3				
Prev@WORK	S/AM	Auszubildende und Ausbilder/innen	Verhältnisprävention, Risikokompetenzförderung & Informationsvermittlung	einmalig (2 Termine)	-				

Programm	I/A ¹	Altersgruppe	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²	Alternatives Programm Grüne Liste	Zielsetzung	Dauer	Evidenz ²
Rauchfrei in Nieder-sachsen	T/J	unspezifisch	Kampagne zur Verhaltensänderung und zur Verhinderung des Raucheinstiegs	dauerhaft	-	Be smart – don't start	Kampagne zur Verhaltensänderung und zur Verhinderung des Raucheinstiegs	6 Monate	3
FreD	S/R	14-25	Informationsvermittlung, Risiko- & Lebenskompetenzförderung, Verhaltensänderung	einmalig (2 Termine)	1				
Kind s/Sucht Familie	K/SfM	unspezifisch	Lebenskompetenz-förderung	dauerhaft	0				
Klasse2000	K/G	5-10	Risiko- und Lebenskompetenzförderung	12 Unterrichtsstunden	2	PFADE – Programm zur Förderung alternativer Denkstrategien	Lebenskompetenzförderung und Verhaltensänderung	dauerhaft (ca. 1 Stunde pro Woche)	3
Trampolin	K/SfG	8-12	Informationsvermittlung und Lebenskompetenzförderung	einmalig (9 Termine)	3				
Bausteinmappe Sportvereine	S/JM	Sportvereinsmitglieder	Informationsvermittlung, Verhältnisprävention und Lebenskompetenzförderung	einmalig	-	TrainerPlus – Alkoholprävention im Jugendfußball	Verhältnisprävention, Informationsvermittlung und Vermittlung von Lebenskompetenz	dauerhaft	2
Planspiel Sucht	S/J	14	Informationsvermittlung und Abbau von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem	einmalig	-				

Suchtverlauf Online-Sucht	M/J		Informationsvermittlung und Risikokompetenzförderung	einmalig	-	
Jugendfilm- tage	AT/J	12-19	Kampagne zur Vermittlung von Informationen, Lebens- und Risikokompetenz	modular	-	
UW ¹ „Essens- lust und Körperfrust“	E/J	10-16	Lebenskompetenzförderung und Informationsvermittlung	modular (bis zu mehreren Wochen)	-	

Anmerkung. ¹Abkürzungen: UW = Unterrichtswerkstatt

Inhalt (I): A = Alkohol, C = Cannabis, G = Glücksspiel, K = Kompetenzförderung allg., M = Mediennutzung, S = Substanzkonsum/Sucht allg., T = Tabak

Adressaten (A): A = Auszubildende, B = Berufstätige, Fö = Menschen mit Förderbedarf, G = Grundschüler(innen), J = Jugendliche, L = Lehrer(innen)/Erzieher(innen), M = Multiplikator(inn)en, R = Riskant Konsumierende, Sf = Suchtbelastete Familien, V = Verkehrsteilnehmer(innen)

- ²Evidenzstufen nach Grüner Liste:
- 0** = nach Prüfung erfolgte keine Aufnahme in die Grüne Liste
 - 1** = Effektivität theoretisch gut begründet
 - 2** = mindestens eine Evaluation mit einem (überwiegend) positivem Ergebnis und Vorhandensein eines der folgenden Kriterien: Benchmark/Norm-Referenz-Studie; Theory of Change-Studie; Vorher-Nachher-Messung mit Kontrollgruppe(n) in der Praxis; Rein „klinisches“ RCT oder klinisches Quasi-Experiment mit/ohne Follow-Up; Kohortendesign ohne Follow-Up; Quasi-Experiment in der Praxis ohne Follow-Up; RCT ohne Follow-Up
 - 3** = mindestens eine Evaluationsstudie des folgenden Typs mit (überwiegend) positivem Ergebnis sowie Vorhandensein mindestens hinreichender Beweiskraft für diese Programm: Kohortendesign mit Follow-Up; Quasi-experimentelle Studie mit follow-up; RCT mit Follow-Up
 - i/B** = in Bearbeitung – Programm wird derzeit für die Grüne Liste geprüft
 - = Evidenzstand nicht von Grüner Liste untersucht

Tabelle 17. Internetadressen der eingesetzten Maßnahmen, Programme und Manuale in der niedersächsischen Suchtprävention

Programm	Website
HaLT	http://www.halt-projekt.de/
HaLT Proaktiv	http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/halt-in-niedersachsen-projekt
HaLT Reaktiv	
BASS	http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/o-suchtpraevention-an-schulen#bass
KlarSicht-Mitmach-Parcours	https://www.klarsicht.bzga.de/
Kenn Dein Limit	http://www.kenn-dein-limit.info/
Tom & Lisa	http://nls-online.de/home/images/stories/%20TomLisa_FlyerDINlang.pdf http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/o-suchtpraevention-an-schulen#tom http://www.villa-schoepflin.de/thema/ueberregional/tom-lisa.html
SKOLL	http://www.skoll.de/
MOVE	https://www.ginko-stiftung.de/move/default.aspx
Alfred, der grüne Koffer	http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/o-suchtpraevention-an-schulen#DGK_Text
Arbeitsordner Suchtprävention	<i>keine Online-Informationen verfügbar</i>
Alkohol und Drogen	<i>keine Online-Informationen verfügbar</i>
BAGS	http://nls-online.de/home16/index.php/gluecksspiel/materialien-online
Unterrichtswerkstatt „Mediennutzung von Jugendlichen“	http://li.hamburg.de/unterrichtswerkstaetten/3023764/art-medienwerkstatt/ http://nls-online.de/home/images/stories/Infoblatt%20Niedersachsen.pdf
Null Alkohol – voll Power	http://www.null-alkohol-voll-power.de/
Unterrichtswerkstatt „Alkohol – Nikotin – Cannabis“	http://li.hamburg.de/suchtpraevention-unterricht/ http://nls-online.de/home/images/stories/Infoblatt%20Niedersachsen.pdf
Alkohol im Unternehmen	http://www.agsg-bayern.de/mediapool/87/875493/data/downloads/alkohol-unternehmen.pdf

Programm	Website
Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule	http://nls-online.de/home/images/stories/Cannabis-Endversion-2.pdf
PeP	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/89
Glücksspielparcours	https://www.prevnet.de/materialien/detail/14746 http://nls-online.de/home16/index.php/component/content/article/20-gluecksspielsucht/86-angebote-zur-gspraevention#Koffer
Prev@WORK	http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/betriebliche-suchtpraevention/prevwork.html
Rauchfrei in Niedersachsen	http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/6-suchtpraevention/
FreD	http://www.lwl.org/FreD/
Kind s/Sucht Familie	https://www.lzg-rlp.de/de/kind-s-sucht-familie.html
Klasse2000	http://www.klasse2000.de/
Trampolin	http://www.projekt-trampolin.de/
Bausteinmappe Sportvereine	http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-konkret/freizeit
Planspiel Sucht	http://www.gsbonline.de/index.php/ganztagschule/schulsozialarbeit/praeventionsarbeit/planspiel-sucht
Suchtverlauf Online-Sucht	https://www.drogisto.de/produkte/details/online-sucht-6/suchtverlauf-online-sucht.html
Jugendfilmtage	http://www.rauch-frei.info/aktiv-dabei/jugendfilmtage.html
Unterrichtswerkstatt „Essenslust und Körperfrust“	http://li.hamburg.de/publikationen/publikationen/2833846/leitfaden-praevention-essstoerungen/

Glossar

Best Practice	Bestmögliche Methode oder Maßnahme in einer gegebenen Situation
Binge Drinking	siehe Rauschtrinken
Casemanagement	Case Management ist ein Prozess der Unterstützung für Menschen mit komplexen Problemlagen, die verschiedene Hilfen benötigen. Dabei übernimmt Case Management zum einen die Organisation und Koordination eines Hilfe-Netzwerkes und zum anderen Teile der direkten Betreuung von Klienten. Case Management zielt auf eine Stärkung der Fähigkeit und Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen und unterstützt Klienten bei der Nutzung von Angeboten und der Inanspruchnahme von Rechten (Schu, 2002). Der Langwierigkeit und Komplexität der Behandlung und Rehabilitation Suchtmittelabhängiger entspricht das Case Management mit einer rationalen und transparenten Steuerung des Prozesses bei durchgehender Koordination und Kontrolle des Handelns der im Einzelfall Beteiligten (Wendt, 2001).
Clearingstelle	Im Kontext riskanter und süchtiger Konsummuster bieten Clearingstellen Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des medizinischen Versorgungssystems schnelle und unkomplizierte Hilfe sowie die Vermittlung von passgenauen Angeboten aus dem Suchthilfesystem (Diakonie, 2016b).
Diversität	Diversität bedeutet „Unterschiedlichkeit“ und bezieht sich auf die Heterogenität bzw. Vielfältigkeit einer Gruppe. Der Begriff wird mit Blick auf das darin steckende Potenzial verwendet und setzt auf einen verantwortungsvollen Umgang und die Nicht-Diskriminierung in den Bereichen Geschlecht, Alter, Religion, Weltanschauung, ethnische Zugehörigkeit oder sexuelle Orientierung. Umsichtiger Umgang mit Diversität ist der Ausgangspunkt für Chancengleichheit, z. B. des sozialen Geschlechts (BMFWF, 2016).
Dot.sys	Internetgestütztes Erfassungssystem der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Dokumentation von Suchtpräventionsmaßnahmen, die bundesweit von hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fach- und Beratungsstellen, Ämtern, Vereinen, Fachambulanzen und Landeskoordinierungsstellen der Suchtprävention umgesetzt werden
Drehtüreffekt	Phänomen der zeitnahen Wiederaufnahme einer (stationären) Behandlung von Patientinnen und Patienten, die zuvor bereits aus dem gleichen Grund in ärztlicher Behandlung waren, aber frühzeitig entlassen wurden
Drug-Checking	Drogentests (chemische Analyse) von psychotropen Substanzen, um potentielle Konsumentinnen und Konsumenten vor besonders gesundheitsschädlichen Substanzen zu warnen und Negativfolgen aufgrund von unbekanntem Zusammensetzungen zu verhindern

DSM	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen: Klassifikationssystem psychischer Störungen der American Psychiatric Association (aktuellste Version: DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)
Erster Arbeitsmarkt	Regulärer Arbeitsmarkt, auf dem Beschäftigungsverhältnisse ohne Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik (z. B. staatliche Zuschüsse) bestehen (BPB, 2013)
Glücksspielkarte	Die personengebundene Glücksspielkarte wäre verpflichtend, um jede legale Form des Glücksspiels (egal ob terrestrisch oder online) nutzen zu können. Befürworter einer solchen Karte versprechen sich eine verbesserte Prävention von Glücksspielsucht, eine bessere Restriktion der Spielteilnahme von Spielsüchtigen und eine Restriktion illegaler Geldwäscheaktivitäten bei Glücksspielbetreibern.
ICD	Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: wichtigstes Klassifikationssystem der Medizin, das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird (aktuellste Version: ICD-10)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (DIMDI, 2005): ressourcenorientierte Klassifikation des funktionalen Gesundheitszustandes und bestehender Beeinträchtigung
Indizierte Prävention	Präventionsmaßnahmen, die sich an Personen richten, die bereits ein manifestes Risikoverhalten aufweisen (Hallmann et al., 2007)
Inklusion	Einschluss bzw. Einbezug aller Menschen einer Gesellschaft, unabhängig von deren Geschlecht, Alter, Bildung, Herkunft, Religionszugehörigkeit, eventuellen Behinderungen oder sonstigen individuellen Merkmalen
Komasaufen	siehe Rauschtrinken
Legal Highs	Rauschmittel (meist chemische Nachahmungen und Abwandlungen der Inhaltsstoffe von Hanf- und Khatpflanzen), die unter den Bezeichnungen Kräuter- oder Räuchermischung bzw. Badesalz vertrieben werden und die (noch) nicht vom Betäubungsmittelgesetz verboten wurden; nach einem Verbot entziehen sich die Hersteller meist durch eine geringfügige Modifikation der Substanzen einer Strafverfolgung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2016)
Magische Pilze	Pilzsorten (engl. „Magic Mushrooms“), die den halluzinogenen Wirkstoff Psilocybin enthalten (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2016)
Multiplikatoren	Personen (z. B. Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, betriebliche Ansprechpersonen), die von Präventionsakteuren geschult werden, um anschließend selbst suchtpreventive Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten zu leisten
Onset	Beginn einer Verhaltensweise oder einer Erkrankung (hier: Alter beim ersten Konsum einer Substanz oder der ersten Nutzung eines Verhaltensangebots)

Primärprävention	Maßnahmen und Verhaltensweisen, die geeignet sind, eine Krankheit zu verhindern bzw. ihre Entstehung zu verlangsamen
Qualitätsmanagement	Instrumente zur Kontrolle der Qualität der erbrachten Leistungen einer Einrichtung oder Institution
Rauschtrinken	Konsum von 5 oder mehr Gläsern Alkohol zu einer Gelegenheit
Sekundärprävention	Maßnahmen, die der Früherkennung von Erkrankungen, der Verhinderung ihres Fortschreitens (Progredienz) oder ihrer Chronifizierung dienen
Selektive Prävention	Präventionsmaßnahmen, deren Zielpopulation eine Gruppe von Personen (z. B. Kinder von suchtbelasteten Familien) ist, die ein überdurchschnittliches Risiko für späteren Substanzmissbrauch aufweisen (Bühler & Thurl, 2013)
Substitution	Behandlung von Opioidabhängigkeit (meist Heroin) mit Medikamenten, die selbst Opioide (meist Methadon) enthalten, mit dem Ziel, eine dauerhafte Substanzfreiheit bei den Patienten zu erreichen
Tertiärprävention	Maßnahmen, mit denen Folgeschäden oder Rückfälle einer bereits bestehenden Erkrankung verhindert werden sollen
Universelle Prävention	Präventionsmaßnahmen, deren Zielpopulation eine Gruppe an Personen (z. B. Allgemeinbevölkerung, Klassenverband) ist, die ein durchschnittliches Risiko für späteren Substanzmissbrauch aufweisen (Bühler & Thurl, 2013)
Verhaltensprävention	Suchtpräventive Maßnahmen zur Modifikation konkreter Verhaltensweisen (z. B. Substanzkonsum)
Verhältnisprävention	Strukturelle Veränderung der Lebensumstände und Rahmenbedingungen von Endadressatinnen und Endadressaten im Rahmen der Suchtprävention
Zweiter Arbeitsmarkt	Arbeitsmarkt, der sich vom ersten Arbeitsmarkt dadurch unterscheidet, dass dort Arbeitsplätze oder Beschäftigungsverhältnisse nur mithilfe von öffentlichen Fördermitteln erhalten oder geschaffen werden können (BPB, 2013)

Literaturverzeichnis

- Adams, M. & Effertz, T. (2010). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol und Tabakkonsums. In M. V. Singer, A. Batra & K. Mann (Hrsg.), *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen* (1. Aufl., S. 57-62). s.l.: Georg Thieme Verlag KG.
- Adlhoch, U., Beyer, C. & Fankhänel, K. (2010). *Handlungsempfehlungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement* (3. Aufl.) (Landschaftsverband Rheinland & LVR-Integrationsamt, Hrsg.), Münster.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arbeitsgemeinschaft für katholische Familienbildung e.V. (2007). „Kess erziehen®“. *Elternhandbuch 1*. Bonn: AKF e.V.
- Arbeitsgruppe „Alkoholprävention in Niedersachsen“. (2014) Alkoholpolitik und Alkoholprävention. Entwicklung einer kommunalen Gesamtstrategie in Niedersachsen. In *Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention: Was kann eine lokale Alkoholpolitik leisten?* (S. 6-8). Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS); Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR); Niedersächsisches Landesjugendamt (NLJA).
- Armbruster, M. (2004). *Das Präventionsprogramm "Eltern-AG"*. Magdeburg: MAPP e.V.
- AWMF. (2016). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2013). *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg - Die süchtige Arbeitsgesellschaft? ; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer.
- Baier, D. (2015). *Sicherheit und Kriminalität in Niedersachsen. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung*. KFN-Forschungsbericht Nr. 127. Hannover: KFN.
- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). *Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch-Inst.
- Bergmann, M.-C., Baier, D., Rehbein, F. & Mößle, T. (in Vorb.). *Jugendliche in Niedersachsen. Ergebnisse des Niedersachsensurveys 2013 & 2015*. KFN-Forschungsbericht. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Berner, M. M., Mundle, G., Lorenz, G. & Härter, M. (2004). Möglichkeiten der Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, 5 (2), 70-75.
- Berner, M. M., Zeidler, C., Kriston, L., Mundle, G., Lorenz, G. & Härter, M. (2005). Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Ergebnisse einer Umfrage in hausärztlichen Praxen. *Fortschritte Neurologischer Psychiatrie*, 73, 1-13.
- Betriebliche Sozial- und Suchtberatung. (2016). *Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Hochschulen und Universitätskliniken*. HochschulNetzwerk SuchtGesundheit, Universität Oldenburg. Zugriff am 24.10.2016. Verfügbar unter <https://www.uni-oldenburg.de/bssb/>
- Beyer, C. (2013). *Handlungsempfehlungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement* (LWL- Integrationsamt Westfalen & Integrationsamt Landeswohlfahrtsverband Hessen, Hrsg.), Münster.

- Bilke-Hentsch, O. (2005). *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (2016a) [*blu:prEVENT*] - *Suchtprävention in Deutschland*. Verfügbar unter <http://www.bluprevent.de/start/>
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (2016b) [*blu:prEVENT*]. *Konzept*. Verfügbar unter <http://www.bluprevent.de/angebote/schuleinsaetze/konzept/>
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (2016c). *Emotionale Erfahrungsberichte aus erster Hand: Neues Suchtpräventionsprojekt der Polizei und des Blauen Kreuzes startete an der Hauptschule Neustädter Tor*, Blaues Kreuz in Deutschland e.V. Verfügbar unter http://niedersachsen.blaues-kreuz.de/fileadmin/lv/lv_niedersachsen/Dateien-PDFs/Praevent_Osterode.pdf
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V. (2016d). *Landesverband Niedersachsen*. Verfügbar unter <http://niedersachsen.blaues-kreuz.de/>
- BMAS. (2016). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Unfallverhütungsbericht Arbeit* (2. Aufl.) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Hrsg.), Dortmund/Berlin/Dresden.
- BMFWF. (2016). *Glossar. Diversity*, Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft. Verfügbar unter <http://wissenschaft.bmfwf.gv.at/bmfwf/wissenschaft-hochschulen/gender-und-diversitaet/stabsstelle-gender-und-diversitaetsmanagement/glossar/>
- Bonfadelli, H. (2015). Die Kampagne "Alkohol? Kenn dein Limit". Einsatz neuer Medien. In W. Koch (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland* (S. 95-107).
- BPB. (2013). *Duden Wirtschaft von A bis Z: Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag* (5. Aufl.). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Brand, T. & Jungmann, T. (Hrsg.). (2013a). *Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung früher Hilfen aus der "Pro Kind"-Praxis und -Forschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2013b). Pro Kind - Ein Modellversuch Früher Hilfen. In T. Brand & T. Jungmann (Hrsg.), *Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung früher Hilfen aus der "Pro Kind"-Praxis und -Forschung* (S. 22-35). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bröning, S., Moesgen, D., Wartberg, L., Haevelmann, A., Keller, K., Wiedow, A. et al. (2012). *Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Abschlussbericht*. Hamburg, Köln: Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen; Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ).
- Bühler, A. & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 46). Köln: BZgA. Verfügbar unter <http://www.bzga.de/?uid=6f2d1d9c77fc94279c85a6af70afeb53&id=medien&sid=58>
- Bühler, A., Thrul, J., Struber, E. & Orth, B. (2016). Cluster-randomized trial of a German leisure-based alcohol peer education measure. *Health Promotion International*, 31 (2), 385-395.
- Bundesärztekammer und Fachverband Sucht e.V. (2010). *Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung - Erkennen, Steuern, Handeln -. Gemeinsames Positionspapier der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht e.V. - Kurzversion*, Berlin und Bonn.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2013). *14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Berlin: BMFSJ.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2009). *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen. Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2014). „Alkohol? Kenn dein Limit.“ - Peers der BZgA-Jugendkampagne touren wieder durch Deutschland, BZgA. Zugriff am 06.10.2016. Verfügbar unter <http://www.bzga.de/?sid=1283>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2015a). *Prävention und Krankheitsprävention - Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*, BZgA. Zugriff am 03.05.2016. Verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/praevention-und-krankheitspraevention/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2015b). *Weniger Jugendliche mit akutem Alkoholausbruch im Krankenhaus behandelt*, BZgA. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://www.bzga.de/?sid=1374>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2016a). *JugendFilmTage Nikotin und Alkohol - Alltagsdrogen im Visier. Begleitmaterial für Lehrkräfte*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2016b). *KlarSicht - MitmachParcours zu Tabak und Alkohol. Flyer*, BZgA. Zugriff am 13.04.2016. Verfügbar unter <https://www.klarsicht.bzga.de/div/download.php?sid=094da15897a95ef074c8d3b0afdfba8f&id=2&sub=pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2016c). *KlarSicht - MitmachParcours zu Tabak und Alkohol. Klarsicht-Koffer*, BZgA. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <https://www.klarsicht.bzga.de/koffer/index.php?sid=1cc68efb0169eea6c83561c2cff51943>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2016d). *KlarSicht - MitmachParcours zu Tabak und Alkohol. Konzept*, BZgA. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <https://www.klarsicht.bzga.de/>
- BZgA. (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen* (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Hrsg.). Köln: BZgA.
- Caritas. (ohne Jahr). *Selbstkontrolltraining - für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen. Das SKOLL und SKOLL-SPEZIAL Training*. Kurzbeschreibung. : Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter http://www.skoll.de/fileadmin/user_upload/Skoll_Kurzbeschreibung.pdf
- Caritas. (2015). *Kind s/Sucht Familie. Fortbildung zur professionellen Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien*, Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.caritas-os.de/os/beratungsstelleosnabrueck/fachambulanzsucht/aktuelles/kind-s-sucht-familie>
- Caritas. (2016). *Selbstkontrolltraining - für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen. Das SKOLL und SKOLL-SPEZIAL Training*, Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.skoll.de/training.html>

- Cierpka, M. & Thyen, U. (2015). Frühe Hilfen als präventiver Beitrag zur Förderung von Beziehungs- und Erziehungskompetenz. Konzepte und Ansätze im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. In U. Walter & U. Koch (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 1, S. 186-196). Köln: BZgA.
- CTC. (2016). *Glücksspielparcours-Koffer zur Glücksspielprävention. Unterrichtsmodule zur Prävention von Glücksspiel und Glücksspielsucht in der Sekundarstufe II/Berufliche Schulen*, NLS. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/programm/87>
- Dahme, H.-J. & Wohlfahrt, N. (2010). Sozialraum und Allgemeiner Sozialdienst : Thesen zur aktuellen Reformdebatte des ASD. *Standpunkt: sozial*, 2, 28-33.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015). *Sucht am Arbeitsplatz. Regionale Netzwerke / Arbeitskreise*. Zugriff am 12.11.2015. Verfügbar unter <http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/themen/fachliche-netzwerke/regionale-netzwerke-arbeitskreise.html>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2016). *Rauschmittelkonsum im Jugendalter. Tipps für Eltern*. Hamm: DHS.
- Deutscher Kinderschutzbund e.V. (ohne Jahr). *Handbuch Starke Eltern - Starke Kinder® in deutscher Sprache*. Berlin: DKB e.V.
- Deutscher Verkehrssicherheitsrat. (2016). *don't drug + drive*. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter <http://www.dvr.de/dvr/massnahmen/ddd.htm>
- Diakonie. (2008). *Diakonie 2008. Profil, Positionen, Perspektiven*. Hannover: Diakonisches Werk Niedersachsen.
- Diakonie. (2015). *Diakonie 2015. Jahresbericht. Zusammen besser leben*. Hannover: Diakonisches Werk Niedersachsen.
- Diakonie. (2016a). *Regionaler Arbeitskreis betriebliche Suchthilfe Göttingen (RABS)*, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention. Diakonieverband Göttingen. Verfügbar unter <http://www.suchtberatung-goettingen.de/>
- Diakonie. (2016b). *Suchttherapie - Clearingstelle*, Diakonieverband Reutlingen. Verfügbar unter <http://www.diakonie-reutlingen.de/angebote/suchtberatung-reutlingen/clearingstelle.html>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2005). *Drogen- und Suchtbericht 2005*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2012). *Drogen- und Suchtbericht 2012*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2015). *Drogen und Suchtbericht 2015*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. (2016). *Drogen- und Suchtbericht 2016*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Diestelkamp, S., Arnaud, N. & Thomasius, R. (2014). Alkohol im Kindes- und Jugendalter. *Pädiatrie up2date*, 09 (01), 15-37.

- DIMDI. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Genf: WHO.
- Dirscherl, T., Hahlweg, K., Born, R., Kulesa, A., Sanders, M. R. & Wulfen, Y. (2011). *Triple P – ein „Public Health“-Ansatz zur Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz. Grundlagen, Struktur, Inhalte und Evaluation*. Münster: Triple P Deutschland.
- Donath, C., Grassel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S. & Hillemacher, T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents: ultimate and distal factors - a representative study. *BMC Public Health*, *12*, 263.
- Donath, C., Grassel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Karagulle, D., Bleich, S. et al. (2011). Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence--a representative study. *BMC Public Health*, *11*, 84.
- Ehrlich, B. (2011). *STEP - Elternttraining. Wege zu erfüllten familiären Beziehungen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Elgeti, H. & Ziegenbein, M. (2015). *Psychiatrie in Niedersachsen 2014/2015. [Geht Planung in der Psychiatrie?, Materialien zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans für Niedersachsen, Alles im Fluss? - Seelische Gesundheit im Lebenslauf, Aktuelle Berichte und Stellungnahmen]* (Psychiatrie in Niedersachsen, Bd. 7, 1. Aufl.). Köln: Psychiatrie-Verl.
- Erickson, M. & Egeland, B. (2009). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung* (2. überarb. Aufl.): Klett-Cotta Verlag.
- Evangelische Stiftung Neuerkerode. (2016). *Prävention*. Zugriff am 07.04.2016. Verfügbar unter <http://www.neuerkerode.de/gesundheitsdienste/praevention/>
- Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Osnabrück. (2016). *Unsere Leistungen für Sie*. Zugriff am 07.04.2016. Verfügbar unter <http://www.suchtberatungsstelle.de/standorte/osnabrueck/unsere-leistungen-fuer-sie.html>
- Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH. (2016). *Prev@WORK. Suchtprävention in der Ausbildung*. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter http://www.berlin-suchtpraevention.de/upload/download/Flyer_PrevWORK_Bundeslaender.pdf
- Fankhänel, T., Lenz, J., Papert, S., Volgt, K. & Klement, A. (2014). Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, *64*, 373-377.
- Fankhänel, T., Rascher, A., Thiel, C., Schulz, K. & Klement, A. (2016). Hausärztliche Bereitschaft zur Intervention bei zu hohem Alkoholkonsum. Eine Frage der Sicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *112*, 36-42.
- Feierabend, S., Plankenhorn, T. & Rathgeb, T. (2015). *JIM-Studie 2015. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest.
- Festl, R., Scharnow, M. & Quandt, T. (2013). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*, *108* (3), 592-599.

- Förster, C. (2012). *Starke FREUNDE - gelingendes Miteinander. Theoretische Grundlagen zum Präventionsprogramm*. München: Stiftung FREUNDE.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe Landesverband Niedersachsen e.V. (ohne Jahr). *Jahresbericht 2015*, Haren Ems. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter http://www.freundeskreise-niedersachsen.de/fileadmin/Berichte/Berichte_2016/Jahresbericht_2015.pdf
- GBA. (2008). Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-281/RL_Jugend_2008-06-19.pdf
- GBA. (2016a). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung). Tragende Gründe. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3900/2016-07-21_JU-RL_Praeventionsempfehlungen_TrG.pdf
- GBA. (2016b). Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien): Formale und inhaltliche Überarbeitung (Neustrukturierung). Kinder-Richtlinie. *Bundesanzeiger* (AT 18.08.2016 B1). Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1240/RL_Kinder_2015-06-18.pdf
- GBA. (2016c). Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung). Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. *Bundesanzeiger* (AT 12.10.2016 B4). Zugriff am 26.10.2016.
- GenderKompetenzZentrum. (2012). *Gender Kompetenz*. Zugriff am 10.11.2016. Verfügbar unter <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gender/genderkompetenz.html>
- Gesellschaft für empirische Beratung mbH. (2013). *Evaluation des Alkoholpräventionsworkshops für Jugendliche Tom & Lisa. Abschlussbericht*. Freiburg: GEB.
- Gesellschaft für Statistik und Evaluation. (2012). *Evaluation des Projektes Prev@WORK. Abschlussbericht im April 2012*. Berlin: StatEVAL GmbH. Zugriff am 29.07.2016. Verfügbar unter http://www.berlin-suchtpraevension.de/upload/studien/Evaluationsbericht_Bundesmodellprojekt_Prev_at_WORK.pdf
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2015). *Nationales Gesundheitsziel "Alkoholkonsum reduzieren"*.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2016). *Von Suchtkrankheit betroffene Gruppenteilnehmer/innen in den fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden der Suchtkrankenhilfe*. Zugriff am 03.06.2016. Verfügbar unter <http://tinyurl.com/zzz5zqk>
- Ginko Stiftung für Prävention. (2016). *Was ist MOVE*, Ginko Stiftung für Prävention. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.ginko-stiftung.de/move/Was-ist-MOVE.aspx>

- GKV-Spitzenverband. (2014). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V* (GKV-Spitzenverband, Hrsg.). : GKV-Spitzenverband. Zugriff am 26.12.2016. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2014). Trends im Substanzkonsum Jugendlicher. Gibt es regionale Unterschiede? *Sucht*, 60 (3), 163-172.
- Gordon, T. (1998). *Das Gordon-Modell - Anleitungen für ein harmonisches Leben. Eine Einführung*. München: Heyne.
- Gostomzyk, J. G. (2005). *Alkohol im Unternehmen. Vorbeugen - erkennen - helfen*. München: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern.
- Grothues, J. (2007). *Effektivität alkoholbezogener Kurzinterventionen bei Hausarztpatienten mit alkoholbezogenen Störungen/problematischem Alkoholkonsum und komorbiden Angst- und/oder depressiven Störungen*. Inauguraldissertation, Universität zu Lübeck. Lübeck.
- Grothues, J. M., Bischof, G., Reinhardt, S., Meyer, C., John, U. & Rumpf, H.-J. (2008). Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug and alcohol dependence*, 94 (1), 214-220.
- Guttempler - Syke. (2016). *Bildung und Kultur*. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.guttempler-syke.de/index.php/bildung-und-kultur>
- Guttempler - Zetel. (2016). *Schwerpunkte*. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.guttempler-zetel.de/index.php/wir-ueber-uns/schwerpunkte>
- Guttempler in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt. (2015). *Wir. Herbst*. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.guttempler-zetel.de/index.php/dokumente/send/6-wir/6-wir-3-2015>
- Hallmann, H.-J., Holterhoff-Schulte, I. & Merfert-Diete, C. (2007). *Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention*, Hamm, Hannover, Mülheim.
- Halves, C. & Nieting, A. (2009). Familienhebammen in sozial benachteiligten Familien. In E. M. Bitzer, H. Lingner, F. W. Schwartz & U. Walter (Hrsg.), *Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung* (S. 51-57). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hapke, U., Lippe, E. von der & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 809-813.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (1998). Differences between hospital patients with alcohol problems referred for counselling by physicians' routine clinical practice versus screening questionnaires. *Addiction*, 93 (12), 1777-1785.
- Hardoon, K. K., Gupta, R. & Derevensky, J. L. (2004). Psychosocial Variables Associated With Adolescent Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (2), 170-179.
- Haß, W. & Lang, P. (2015). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends*. Forschungsbericht der BZgA. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Haug, S., Biedermann, A., Ulbricht, S. & John, U. (2015). Individualisierte Beratung von Eltern in Kinderarztpraxen zur Reduktion der Passivrauchbelastung ihrer Kinder: eine Machbarkeitsstudie. *Gesundheitswesen*, 77 (5), 374-381.
- Hayer, T. & Rosenkranz, M. (2011). Die pathologische Nutzung Neuer Medien - Eine neue alte Sucht-Debatte. *Suchttherapie*, 12 (2), 55-56.
- Hillenbrand, C., Hennemann, T. & Heckler-Schell, A. (2008). *Lubo aus dem All!: Programm zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter*. München: Reinhardt.
- Hoch, E., Franke, A., Sonntag, H., Jahn, B., Mühlig, S. & Wittchen, H.-U. (2014). Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? *Suchtmedizin*, 6 (1), 47-51.
- Hoff, T., Laux, B., Münzel, B., Farke, W. & Kollmann, M. (2013). Screening des Alkohol- und/oder Tabakkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsberatung – Erfahrungen aus dem Kölner Präventionsansatz. *Suchttherapie*, 14 (4), 178-182.
- Hofmann, A. & Kohler, S. (2013). Motivierende Gesprächsführung als Kurzintervention bei jungen Menschen mit auffälligem Alkoholkonsum. *Abhängigkeiten*, 85-107.
- Holterhoff-Schulte, I. (2005). *Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule. Manual für Fachkräfte in der Suchtprävention*. Hannover: NLS. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home/images/stories/Cannabis-Endversion-2.pdf>
- Hundertmark-Mayser, J., Möller, B. & Balke, K. (2004). *Selbsthilfe im Gesundheitsbereich* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 23). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Jungaberle, H., Nagy, E., Heyden, M. von, Schultka, V., Lieneweg, S. & Dubois, F. (2014). *REBOUND Curriculum 1.0 - Stärken bewusst machen und fördern. Lernen, mit Alkohol und anderen Drogen umzugehen. Manual und Studienbuch für Kursleitende*. Heidelberg: FINDER Akademie.
- Kalke, J., Buth, S. & Hiller, P. (ohne Jahr). *Entwicklung, Erprobung und Evaluation von Maßnahmen der Glücksspielsucht-Prävention für das schulische Setting*. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Kendler, K. S., Myers, J., Damaj, M. I. & Chen, X. (2013). Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. *The American journal of psychiatry*, 170 (4), 408-413.
- Kerwien, H. & Koch, H. (ohne Jahr). *don't drug and drive. Unterrichtsleitfaden*. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter <https://udv.de/de/publikationen/unterrichtsleitfaden>
- Klasse 2000 e. V. (2013). *Theoretischer Hintergrund und Evaluationsergebnisse* (3. Aufl.). Nürnberg: Verein Programm Klasse 2000 e.V.
- Klasse 2000 e.V. (2015). *Stark und gesund in der Grundschule. Informationen zum Programm und Anmelde-Unterlagen*, Klasse 2000 e. V. Zugriff am 11.04.2016. Verfügbar unter http://www.klasse2000.de/fileadmin/user_upload/Broschuere-2015.pdf
- Klein, M. & Thomasius, R. (2016a). *Trampolin. Kursinhalte*. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.projekt-trampolin.de/#/f/1-0>

- Klein, M. & Thomasius, R. (2016b). *Trampolin. Methoden und Struktur*. Zugriff am 13.04.2016. Verfügbar unter <http://www.projekt-trampolin.de/#/f/1-2>
- Klein, M., Wiswasi, S. & Bätzing-Lichtenthäler, S. (2008). *Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2003). *Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern - Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Abschlussbericht*. Köln: Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen.
- Klement, A., Lorenz, G., Bretschneider, K., Herrmann, M. & Lichte, T. (2007). Die Panel-Befragung zum DEGAM-Leitlinienentwurf „Alkoholprobleme in der Hausarztpraxis“. Ein Bericht über Ergebnisse und Setting. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 83 (12), 495-500.
- Kliche, T., Post, M., Griebenow, B., Israel, B., Kremser, S. & Pfitzner, R. (2012). *Evaluation des Selbstkontrolltrainings SKOLL - Ein suchtmittelübergreifender Ansatz zur Frühintervention bei Jugendlichen und Erwachsenen: Gesundheits- und Versorgungseffekte des Programms. Abschlussbericht 2012*. Zugriff am 13.06.2016. Verfügbar unter http://www.skoll.de/uploads/media/Abschlussbericht_12_04.pdf
- Korczak, D. (2012). *Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen*. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information.
- Krannich, D., Grothues, J. & Rumpf, H.-J. (2006). Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen. *Sucht*, 52 (2), 133-139.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Tabakkonsums und der Nikotinabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012*. München: Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014a). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und alkoholbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012*. München: Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014b). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012*. München: Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2011). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen (IFT-Berichte)*. München: Institut für Therapieforschung.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Gomes de Matos, E. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Trends in Deutschland 1980-2012. *Sucht*, 59 (6), 333-345.
- Krause, C., Hannich, H.-J., Stücker, C., Widmer, C., Rohde, C. & Wiesmann, U. (2000). *Selbstwert stärken - Gesundheit fördern: Unterrichtsvorschläge für das 1. und 2. Schuljahr*. Donauwörth: Auer.
- Kreuzbund e.V. (2015). *Jahrbuch Kreuzbund 2015*. : Kreuzbund in der Diözese Osnabrück e.V.

- LAG-FW. (2015). *Jahresbericht 2014 der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e.V.* Hannover: Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e.V.
- LAG-FW. (2016). *Jahresbericht 2015 der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e.V.* Hannover: Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e.V.
- Lahme, R., Grimm, H.-G., Schmidt, R., Scheider, W. & Janßen, H.-J. (2011). *Erhebung der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Statistik 2010.* Dortmund, Hamburg, Hamm, Kassel, Wuppertal: Blaues Kreuz in Deutschland e.V.; Blaues Kreuz Hannover in der Evangelischen Kirche e.V.; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e.V.; Guttempler in Deutschland e.V.; Kreuzbund e.V.
- Lampert, T., Lippe, E. von der & Müters, S. (2013). Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 802-808.
- Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung. (2013). *Mediennutzung von Jugendlichen: Chancen und Risiken. Ein Lernarrangement mit Unterrichtswerkstatt* (2. überarbeitete Auflage), Hamburg, Kiel.
- Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung. (2016a). *Infoblatt Werkstätten. Suchtprävention - Materialien zur Gestaltung von Unterricht.* Hamburg: SuchtPräventionsZentrum (SPZ).
- Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung. (2016b). *Suchtprävention mit Nikotin-, Alkohol- und Cannabiswerkstatt Klasse 7-10*, SuchtPräventionsZentrum. Zugriff am 11.10.2016. Verfügbar unter <http://li.hamburg.de/unterrichtsmaterial/>
- Landesjugendamt Niedersachsen. (2016). *Frühe Hilfen in Niedersachsen. Die Umsetzung der Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfe und Familienhebammen in Niedersachsen von 2012-2014*, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Zugriff am 11.04.2016. Verfügbar unter http://www.familien-mit-zukunft.de/doc/doc_download.cfm?uuid=C66076A-EDA4A9CDF228D309195BCDC14&&IRACER_AUTOLINK&&
- Landeskriminalamt Niedersachsen. (2011). *Richtlinie Polizeiliche Prävention in Niedersachsen.* Az.: 12197/00 (LKA Niedersachsen, Hrsg.). Hannover: Dezernat 01.
- Landeskriminalamt Niedersachsen. (2014). *Jahresbericht Jugenddelinquenz und Jugendgefährdung in Niedersachsen 2014.* Hannover: LKA Niedersachsen.
- Landeskriminalamt Niedersachsen. (2015). *Projekte und Maßnahmen der polizeilichen Kriminalprävention und Verkehrsunfallprävention in Niedersachsen für Kinder und Jugendliche.* Hannover: LKA Niedersachsen, Abteilung 3, Dezernat 32, Zentralstelle Jugendsachen. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.lka.polizei-nds.de/download/72282/Praeventionsprojekte.pdf>
- Landeskriminalamt Niedersachsen. (2016). *Verkehrsunfallprävention*, LKA Niedersachsen. Zugriff am 14.10.2016. Verfügbar unter <http://www.polizei.niedersachsen.de/verkehr/verkehrspraevention/verkehrsunfallpraevention-1524.html>
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2016). *Netzwerkbildung für Kinder aus suchtbelasteten Systemen in Rheinland-Pfalz. Kind s/Sucht Familie - Multiplikatorinnen- und*

- Multiplikatorenschulungen*. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://www.caritas-os.de/os/beratungsstelleosnabrueck/fachambulanzsucht/aktuelles/kind-s-sucht-familie>
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (ohne Jahr). *Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten - FreD. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung*. : Landschaftsverband Westfalen-Lippe Abteilung Gesundheitswesen Koordinationsstelle Sucht. Zugriff am 04.08.2016.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2016a). *Ablauf einer FreD-Intervention*, LWL. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://www.lwl.org/FreD/interventionsprinzip/ablauf>
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2016b). *Die FreD-Zielgruppe*, LWL. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://www.lwl.org/FreD/interventionsprinzip/zielgruppe>
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2016c). *FreD - Die Praxis-Projekte*, LWL. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://www.lwl.org/FreD/praxis-projekte>
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2016d). *FreD - Standorte Niedersachsen*, LWL. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/fred-standorte/Standorte-Liste_NI.pdf
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe & Landschaftsverband Rheinland. (2013). *Aushandlung ambulanter Erziehungshilfen mit freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Arbeitshilfe für Jugendämter*. Münster, Köln: LWL Landesjugendamt Westfalen und LVR Landesjugendamt Rheinland.
- Lang, P. (2014) Effektive Alkoholprävention bindet regionale Gegebenheiten mit ein. Grußwort der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In *Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention: Was kann eine lokale Alkoholpolitik leisten?* (S. 4-5). Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS); Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR); Niedersächsisches Landesjugendamt (NLJA).
- Leibniz Universität Hannover. (2016). *Suchtbeauftragte*. Zugriff am 24.10.2016. Verfügbar unter <https://www.uni-hannover.de/de/universitaet/organisation/beauftragte/sucht/anfahrt/>
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M. & Peter, J. (2009). Development and Validation of a Game Addiction Scale for Adolescents. *Media Psychology*, 12 (1), 77-95.
- LJS. (2015a). *Thema Sucht*, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen. Zugriff am 09.11.2016. Verfügbar unter <http://www.jugendschutz-niedersachsen.de/sucht/>
- LJS. (2015b). *Wir über uns*, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen. Zugriff am 09.11.2016. Verfügbar unter <http://www.jugendschutz-niedersachsen.de/wir-ueber-uns/>
- Loss, J. & Nagel, E. (2004). *KlarSicht - MitmachParcours zu Tabak und Alkohol. Ergebnisse der Evaluation*. Köln: BZgA. Verfügbar unter <https://www.klarsicht.bzga.de/evaluationsergebnisse/index.php?sid=52b5ca1ff731c7763cb2177ebd1500ac>
- LPR. (ohne Jahr). *Geschäftsbericht 2012/2013 des Landespräventionsrates Niedersachsen*. Hannover: Landespräventionsrat Niedersachsen. Verfügbar unter http://www.lpr.niedersachsen.de/Landespraeventionsrat/Module/Publikationen/Dokumente/LPR-Geschaeftsbericht_2012-2013_1816.pdf
- LPR. (2015a). *Der LPR auf einen Blick*, Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 09.11.2016. Verfügbar unter <http://www.lpr.niedersachsen.de/>

- LPR. (2015b). *LPR Geschäftsstelle*, Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 09.11.2016. Verfügbar unter <http://www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/lpr-geschaeftsstelle>
- LPR. (2015c). *LPR-Vorstand*, Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 09.11.2016. Verfügbar unter <http://www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/lpr-vorstand>
- LPR (Landespräventionsrat Niedersachsen, Hrsg.). (2015d). *Mitgliederüberblick*. Zugriff am 09.11.2015. Verfügbar unter <http://www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/mitgliederueberblick>
- LPR. (2015e). *Prävention nach Maß: Communities That Care - CTC* (5. Aufl.). Hannover: Landespräventionsrat Niedersachsen.
- LPR. (2016a). *"GEHT DOCH OHNE"*, Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 24.10.2016. Verfügbar unter <http://www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/nimap?XA=Details&XID=238>
- LPR. (2016b). *"ICH BIN DEIN SCHUTZENGEL"*. Hannover: Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 14.10.2016. Verfügbar unter <http://www.lpr.niedersachsen.de/nano.cms/nimap?XA=Details&XID=219>
- LPR. (2016c). *Beratung und Unterstützung für Kommunen in Niedersachsen zu CTC*, Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 24.10.2016. Verfügbar unter <http://lpr.niedersachsen.de/nano.cms/praevention-nach-mass?XA=details&XID=149>
- LPR. (2016d). *Grüne Liste Prävention. CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme*, Landespräventionsrat Niedersachsen. Zugriff am 11.07.2016. Verfügbar unter <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>
- LPR. (2016e). *Veranstaltungsreihe zur kommunalen Alkoholprävention*, Landespräventionsrat Niedersachsen.
- LVGAFS & NLS. (2005). *Rauchfrei in Niedersachsen. Übersicht von Programmen zur Prävention des Rauchens*. : Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin; Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen.
- Maruska, K., Isensee, B. & Hanewinkel, R. (2012). *Klasse2000 - Abschlussbericht*. Kiel: Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung. Zugriff am 04.08.2016. Verfügbar unter https://www.ift-nord.de/downloads/Klasse2000_Abschlussbericht2012.pdf
- Marzinik, K. (2004). *Wissenschaftliche Begleitung des NRW-Modellprojektes MOVE. Abschlussbericht*. : Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Zugriff am 07.09.2016. Verfügbar unter <http://www.ginko-stiftung.de/download/MOVE%20Modellprojekt%20Abschlussbericht%202004.pdf>
- Marzinik, K. (2005). *Soziale Gesundheitsarbeit. Perspektiven für eine lebensweltorientierte Suchtprävention*. Dissertation, Universität Bielefeld. Bielefeld. Zugriff am 07.09.2016.
- Marzinik, K. & Fiedler, A. (2005). *MOVE - Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen. Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 28). Köln.
- Mayer, H., Heim, P. & Scheithauer, H. (2007). *Papilio. Ein Programm für Kindergärten zur Primärprävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention. Theorie und Grundlagen* (2. aktual. & erw. Auflage). Augsburg: beta Institutsverlag.

- Maylath, E., Schwoon, D. R., Degkwitz, P., Hach, F., Pietsch, W. & Poppele, G. (2005). Früherkennung und Kurzintervention in Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. Ein integriertes Versorgungsmodell für Alkoholranke. *Psychoneuro*, 31 (6), 331-336.
- Meerkerk, G.-J., van den Eijnden, R., Vermulst, A. & Garretsen, H. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12 (1), 1-6.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, D. Jahn, H.-J. Lauth & G. Pickel (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen* (1. Aufl., S. 465-479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., Brito, S. de, Glorius, S., Jeske, C. et al. (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE). Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Enderbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport*. Greifswald/Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und die übrigen Ministerien. (1998). Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Landesverwaltung. Gemeinsamer Runderlass des Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung und der übrigen Ministerien. *Niedersächsisches Ministerialblatt* (10), 413-414.
- Montjoie, B. & Bengelsdorf, P. (2002). *Suchtmittel und ihre Auswirkungen im Arbeitsleben (am Beispiel Alkohol). Unser Serviceangebot für Betriebe und Verwaltungen* (Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)-Integrationsamt-, Hrsg.) (Nr. 30). Münster: WL-Integrationsamt – Fachdienst für betriebliche Suchtprävention –.
- MS.Niedersachsen. (1991). Konzeption: Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich. Az.: 406.2 41543-16.4.
- MS.Niedersachsen. (2000). *Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch. Bericht und Konzept*.
- MS.Niedersachsen. (2002). Konzeption für die „Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich“ - Anlage zum Runderlass des Ministeriums vom 09.09.2002.
- MS.Niedersachsen. (2006a). *Suchtprävention und Suchthilfe in der Niedersächsischen Landesverwaltung. Rahmenempfehlung 2006*. : Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.
- MS.Niedersachsen. (2006b). Konzeption für die „Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich“ - Anlage zum Runderlass des Ministeriums vom 21.11.2006.
- MS.Niedersachsen. (2008). *Suchtprävention in Niedersachsen*. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (MS.Niedersachsen).
- MS.Niedersachsen. (2010a). Einsatz jugendlicher Testkäuferinnen und Testkäufer bei Jugendschutzkontrollen im Einzelhandel. *Niedersächsisches Ministerialblatt*, 60 (33), 895.
- MS.Niedersachsen. (2010b). Konzeption für die "Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich" Anlage zum Runderlass des Ministeriums vom 12.10.2010.

- MS.Niedersachsen. (2010c). Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention. *Niedersächsisches Ministerialblatt* (40), 1019-1021.
- MS.Niedersachsen. (2011). *Erster Basisbericht im Rahmen der Landesjugendhilfeplanung Niedersachsen mit dem Schwerpunkt Hilfen zur Erziehung*, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration.
- MS.Niedersachsen (Hrsg.). (2013a). 22. *Niedersächsische Suchtkonferenz 11/2012. Sucht zuhause? Familien und Sucht - Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten*.
- MS.Niedersachsen (Hrsg.). (2013b). 23. *Niedersächsische Suchtkonferenz 10/2013. Verloren in der virtuellen Welt? - Stoffungebundene Süchte als Herausforderung für Prävention und Hilfesysteme*.
- MS.Niedersachsen. (2015a). „Frühe Hilfen in Niedersachsen“ – *Vertiefungsbericht im Rahmen der Landesjugendhilfeplanung Niedersachsen 2014*. : Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Zugriff am 08.04.2016. Verfügbar unter http://www.ms.niedersachsen.de/download/94951/_Fruehe_Hilfen_in_Niedersachsen_Vertiefungsbericht_im_Rahmen_der_Landesjugendhilfeplanung_Niedersachsen_2014.pdf
- MS.Niedersachsen. (2015b). Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention. *Niedersächsisches Ministerialblatt* (43), 1380-1382.
- MS.Niedersachsen. (2016). *Früherkennungsuntersuchungen für Kinder*, Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie. Zugriff am 08.06.2016. Verfügbar unter http://www.soziales.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=209&article_id=454&psmand=2
- Müller, K. W., Janikian, M., Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., Tzavara, C. et al. (2015). Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24 (5), 565-574.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2014). *Leitbild Frühe Hilfen – Beitrag des NZFH-Beirats*. Köln: NZFH.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen. (2016). *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen*. Köln: NZFH.
- Neuner-Jehle, S. (2014). Der Suchtpatient in der hausärztlichen Praxis - Frust oder Lust? *Therapeutische Umschau*, 71 (10), 585-591.
- Niedersächsischer Landtag. (2007). Niedersächsisches Hochschulgesetz (NHG) in der Fassung vom 26. Februar 2007. Verfügbar unter http://www.nds-voris.de/jportal/portal/t/13rt/page/bsvoris-prod.psml;jsessionid=50FB6EBD7B2EA8439E45E6A6A9DD7DE9.jp28?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=1&fromdoc-todoc=yes&doc.id=jlr-HSchulGND2007V17IVZ&doc.part=X&doc.price=0.0#focuspoint
- Niedersächsischer Landtag. (2008). Suchtprävention. Unterrichtung. Beschluss des Landtages vom 23.06.2005. *Drucksache 15/4383*.
- Niedersächsisches Kultusministerium. (2013). Runderlass Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule. Verfügbar unter http://www.mk.niedersachsen.de/download/76040/Erlass_Rauchen_und_Konsum_alkoholischer_Getraenke_in_der_Schule_.pdf

- Niedersächsisches Kultusministerium, Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport und Niedersächsisches Justizministerium. (2010). Sicherheits- und Gewaltpräventionsmaßnahmen in Schulen in Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft. Gemeinsamer Runderlass. *Niedersächsisches Ministerialblatt*, 60 (46).
- Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. (2005). Leitlinien für die polizeiliche Bearbeitung von Jugendsachen. Runderlass des Ministeriums für Inneres und Sport. *Polizei-Nachrichtenblatt für das Land Niedersachsen*, 55 (9), 185-195.
- Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. (2008). *Kampagne: Don't drug and drive*. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter http://www.mi.niedersachsen.de/aktuelles/presse_informationen/62428.html
- Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport. (2015). *Die Polizei Niedersachsen. Organisation der Polizei Niedersachsen*, Landespolizeipräsidium. Zugriff am 12.11.2015. Verfügbar unter <http://www.polizei-nds.de/dienststellen/>
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und die übrigen Niedersächsischen Ministerien. (2006). Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Landesverwaltung. Gemeinsamer Runderlass des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit und der übrigen Ministerien. *Niedersächsisches Ministerialblatt* (23), 639.
- NLS. (ohne Jahr). *LOG OUT - Unabhängig im Netz. Medienabhängigkeit*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS). Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter http://nls-online.de/home16/images/nls/Praevention/log_out_brosch%C3%BCre_druck.pdf
- NLS. (2004). *Evaluation des Beratungsleitfadens "Kurzintervention Alkohol" für die ärztliche Praxis*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2010). *Gemeinsam gegen Glücksspielsucht. Zwischenbericht zum Projekt "Glücksspielsucht in Niedersachsen - Prävention und Beratung"*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2013a). *Bericht der Fachstellen 2012*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2013b) Das HaLT-Projekt in Niedersachsen. In Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) (Hrsg.), *Bericht der Fachstellen 2012. Suchtprävention. Stark für Niedersachsen* (S. 28-36). Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2014a). *Glücksspielsucht in Niedersachsen 2013. Dokumentation der Beratungen*. Hilfe und Beratung zur Glücksspielsucht für Betroffene, Angehörige und Multiplikatoren. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2014b). *Jahresbericht 2013*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2014c). *Konzept zur Prävention und Beratung von Glücksspielsucht in Niedersachsen. Fortschreibung 2014*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2015a). *Arbeitskreise*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 15.07.2015. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/home/arbeitskreise>

- NLS. (2015b). *Bausteinprogramm Schulische Suchtprävention (BASS)* (3. überarbeitete Auflage). Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS). Zugriff am 19.09.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-in-niedersachsen/bass/2-ohne-kategorie/127-bass>
- NLS. (2015c). *Jahresbericht 2014*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2015d). *Jahresbericht der Fachstellen für Suchtprävention in Niedersachsen. Ergebnisse der Datenerhebung 2014*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2015e). *Psychosoziale Betreuung Substituierter in Niedersachsen 2014*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2015f). *Verzeichnis der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen*.
- NLS. (2016a). *BAGS - Bausteine zur Glücksspielsuchtprävention. Glück im Spiel? Behalt das Glück in deiner Hand!*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/component/content/article/20-gluecksspielsucht/86-angebote-zur-gspraevention#BAGS>
- NLS. (2016b). *Cannabisprävention im Arbeitsfeld Schule – Ein Manual für Fachkräfte in der Suchtprävention*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 11.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-konkret/schule#canabis>
- NLS. (2016c). *Der Grüne Koffer - Cannabisprävention (ALFRED)*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 11.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-konkret/schule#canabis>
- NLS. (2016d). *Die NLS*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 04.04.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/home/die-nls>
- NLS. (2016e). *Geschäftsstelle*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 04.04.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/home/geschaeftsstelle>
- NLS. (2016f). *Glücksspielparcours - Koffer zur Glücksspielsuchtprävention*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/component/content/article/20-gluecksspielsucht/86-angebote-zur-gspraevention#Koffer>
- NLS. (2016g). *HaLT Konzept*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/halt-in-niedersachsen-projekt/halt-konzept>
- NLS. (2016h). *HaLT Koordination*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/halt-in-niedersachsen-projekt/halt-koordination>
- NLS. (2016i). *Jahresbericht 2015*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS).
- NLS. (2016j). *Kind s/Sucht Familie. Wegweiser für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Suchtprävention*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-konkret/familie>

- NLS. (2016k). *Klasse 2000 - Ein Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht und Gewaltvorbeugung an Grundschulen*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 11.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-konkret/schule#canabis>
- NLS. (2016l). *LOG OUT - Jahresbericht 2015. Modellprojekt zu Prävention von Medienabhängigkeit in Niedersachsen*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS). Zugriff am 07.09.2016. Verfügbar unter http://nls-online.de/home16/images/nls/Praevention/LOG_OUT_Jahresbericht_NLS_2015.pdf
- NLS. (2016m). *LOG OUT - Unabhängigkeit im Netz. Modellprojekt zur Prävention von Medienabhängigkeit in Niedersachsen*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/log-out-unabhaengig-im-netz>
- NLS. (2016n). *PeP – Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention*, Niedersächsische Landesselle für Suchtfragen. Zugriff am 11.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/suchtpraevention-konkret/schule#canabis>
- NLS. (2016o). *starkKids - Starke Kinder von Anfang an*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/praevention/starkids-starke-kinder-von-anfang>
- NLS. (2016p). *Suchthilfe*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/suchthilfe/suchthilfe-infos>
- NLS. (2016q). *Versorgungsstruktur*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 06.05.2016. Verfügbar unter <http://nls-online.de/home16/index.php/suchthilfe/versorgungsstruktur>
- NLS. (2016r). *Vorstand*, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Zugriff am 04.04.2016.
- NLS, LPR, LJS & LVGAFS. (2016). *Erfolge feststellen und öffentlich machen. Professionalisierung kommunaler Alkoholprävention*. Tagungsflyer. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS); Landespräventionsrat Niedersachsen (LPR); Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (LJS); LVGAFS.
- Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends* (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. & Töppich, J. (2015). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321-331.
- PAT GmbH. (2011). *Parents as Teachers - Basis-Lehrplan*.
- Pawils, S., Metzner, F., Wlodarczyk, O., Fillinger, U. & Koch, U. (2015). "Gesund groß werden". Förderung der elterlichen Gesundheitskompetenz mit dem Eltern-Ordner der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In U. Walter & U. Koch (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung in*

- Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 1, S. 197-206). Köln: BZgA.
- Petermann, F., Jugert, G., Tänzer, U. & Verbeek, D. (2012). *Sozialtraining in der Schule*. Weinheim: Beltz.
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H.-J., Mößle, T. et al. (2014). An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*, 109 (9), 1399-1406.
- Polizei Niedersachsen. (2011). *Arbeitsordner Suchtprävention*. Hannover: Landeskriminalamt Niedersachsen.
- Polizei Niedersachsen. (2015). *Arbeitsordner Suchtprävention - Cannabis Nachtrag*. Hannover: Landeskriminalamt Niedersachsen.
- Pralle-Häusser, U. (2015). "Traut euch, nein zu sagen". Suchtprävention mit den Guttemplern im Konfirmandenunterricht. *Guttempler Dialog - Zeitschrift für Guttemplerinnen und Guttempler sowie alle Interessierten*, 2.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276-288.
- QIP. (2008). *Rückmeldung über Qualitätsanalyse präventiver Maßnahmen*. Hamburg: Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Zentrum für Psychosoziale Medizin: QIP - Qualität in der Prävention.
- Raschke, P., Kalke, J. & Hiller, P. (2009). *Elterliche Regeln für das Nichtrauchen ihrer Kinder*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS).
- Refle, M., Helm, G. & Geisler, S. (2013). Prävention und Intervention - Kinderschutz im Rahmen Früher Hilfen. In T. Brand & T. Jungmann (Hrsg.), *Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung früher Hilfen aus der "Pro Kind"-Praxis und -Forschung* (S. 152-169). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mößle, T. & Petry, N. M. (2015a). Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110 (5), 842-851.
- Rehbein, F., Baier, D., Kleimann, M. & Mößle, T. (2015). *Computerspielabhängigkeitsskala (CSAS): Ein Verfahren zur Erfassung der Internet Gaming Disorder nach DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Rehbein, F., Kleimann, M. & Mößle, T. (2010). Prevalence and Risk Factors of Video Game Dependency in Adolescence: Results of a German Nationwide Study. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13 (3), 269-277.
- Rehbein, F., Kliem, S., Baier, D., Mößle, T. & Petry, N. M. (2015b). Prevalence of Internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*, 110 (5), 842-851.
- Rehbein, F. & Mößle, T. (2013). Video Game and Internet Addiction. Is there a Need for Differentiation? *Sucht*, 59 (3), 129-142.

- Rehbein, F., Mößle, T., Rumpf, H.-J., Bischof, G. & Bischof, A. (2015). Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Internet Gaming Disorder in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Wie sich das Spielverhalten Betroffener von unauffälligen Spielern unterscheidet. *Suchttherapie*, 16.
- Rehbein, F., Staudt, A., Hanslmaier, M. & Kliem, S. (2016). Video game playing in the general adult population of Germany. Can higher gaming time of males be explained by gender specific genre preferences? *Computers in Human Behavior*, 55, 729-735.
- Reis, O., Pape, M. & Häßler, F. (2008). *HaLT – Ein Bundesmodellprojekt für Kinder und Jugendliche mit akuten Alkoholvergiftungen im Raum Rostock und Güstrow 2004 – 2007. Projektbericht*. Rostock: Universitätsklinikum Rostock AöR.
- Robert-Koch-Institut. (2014). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012"* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: RKI.
- Röhrig, J., Flaig, S., Niebling, W., Ruf, D., Wahl, S. & Berner, M. (2011). Früherkennung und Behandlung alkoholbezogener Störungen: Eine Prä-Post-Studie zur Verbesserung der Vernetzung von Hausarzt und Suchtberatung. *Suchttherapie*, 12 (3).
- Rosenkranz, M. & Kalke, J. (2011). *Evaluation der Implementierung der Unterrichtsprogramms PeP*. Hamburg: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD).
- Roth, N. (2013). *Evaluation der regionalen Umsetzung der Fortbildung "Kind s/Sucht Familie" seit 2009 sowie Hinweise zur Implementierung in Rheinland-Pfalz, Berlin, Hessen, Niedersachsen und der Schweiz*. Mainz: Büro für Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence. Sample selection bias by media solicitation? *Addiction*, 95 (5), 765-775.
- Rumpf, H.-J., Bohlmann, J., Hill, A., Hapke, U. & John, U. (2001). Physicians' low detection rates of alcohol dependence or abuse: a matter of methodological shortcomings? *General Hospital Psychiatry*, 23 (3), 133-137.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern. Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46 (1), 9-17.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)*. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
- Schad-Smith, S. (ohne Jahr). *rauchfrei in Niedersachsen - Berufsschulen auf dem Weg! Abschlussbericht zum Pilotprojekt*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) & Innungskrankenkasse Niedersachsen (IKK).
- Schad-Smith, S. (2006). *BASS. Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung. Evaluation des Einsatzes von BASS an niedersächsischen Schulen*. Hannover: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS). Zugriff am 04.08.2016. Verfügbar unter http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/7-evaluations-und-projektberichte-arbeitshilfen
- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. (2014). Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit - Neue Zugangswege durch intersektorale Zusammenarbeit? *Das Gesundheitswesen*, 76.

- Schmidt, L. & Kähnert, H. (2003). *Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen - Verbreitung und Konsum. Abschlussbericht an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen*. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Schmidt, R. G. (2016). Strategien der Erkennung im Rahmen der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen. In V. Mall & A. Friedmann (Hrsg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen* (S. 149-157). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schöberl, S., Nickel, P., Schmutzer, G., Siekmeyer, W. & Kiess, W. (2008). Alkoholintoxikation bei Kindern und Jugendlichen. Eine retrospektive Analyse von 173 an einer Universitätskinderklinik betreuten Patienten. *Klinische Padiatrie*, 220 (4), 253-258.
- Schu, M. (2002). Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. In L. Böllinger & H. Stöver (Hrsg.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (S. 354-363). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Schulte, B., Schmidt, C., Farnbacher, G., Schäfer, I., Bleich, S., Kiefer, F. et al. (2014). Barrieren und Möglichkeiten in der Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis. *Suchttherapie*, 15, 35-42.
- Schumann, G. (2000). *Stand und Perspektive betrieblicher Suchtprävention und Suchthilfe. Reader zur Fachtagung des Regionalen Arbeitskreises Betriebliche Suchtprävention (RABS) Weser-Ems am 05. April 2000 in der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität.
- Schumann, G. (2010). *Leitfaden zur Intervention bei Substanzproblemen und psychischen Auffälligkeiten im Rahmen der Vereinbarung zur Betrieblichen Suchtprävention*. Oldenburg: Betriebliche Sozial- und Suchtberatung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Schumann, G. (2016). *25 Jahre Betriebliche Sozial- und Suchtberatung (BSSB) der Carl von Ossietzky Universität und des Studentenwerkes Oldenburg - Bilanzierung und Perspektive*. Oldenburg: Betriebliche Sozial- und Suchtberatung der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Selbsthilfe-Büro Niedersachsen. (2016). *Selbsthilfethemen in Niedersachsen*, Selbsthilfe-Büro Niedersachsen. Zugriff am 04.04.2016. Verfügbar unter http://www.selbsthilfe-buero.de/index.php?id=477&shl=1&fw=1&val_col_1=&val_col_3=&nr=&search_text=Sucht
- SPZ. (ohne Jahr). *Unterrichtsmodule zur Prävention von Glücksspiel und Glücksspielsucht in der Sekundarstufe II / Berufliche Schulen*, SuchtPräventionsZentrum. Zugriff am 12.10.2016. Verfügbar unter <http://li.hamburg.de/contentblob/4249596/data/infoblatt-gluecksspiel.pdf>
- Stachowske, R. (2012). *Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Die Leiden der Kinder in drogenkranken Familien* (Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Bd. 20, 4. Aufl.). Kröning: Asanger.
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Behandlungen aufgrund akuter Intoxikation (akuter Rausch durch Alkohol)*. Zugriff am 26.10.2016. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnoseAlkoholJahre.html>
- Steiner, M., Knittel, T. & Zweers, U. (2008). *Endbericht. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms "HaLT - Hart am Limit"*. Basel: Prognos AG.

- Stiftung: Eine Chance für Kinder. (ohne Jahr). *Auswertung der aufsuchenden Arbeit von Familienhebammen in 18 niedersächsischen Kommunen für die Jahre 2011 bis 2013*. Hannover: Stiftung: Eine Chance für Kinder.
- Stolle, M., Sack, P.-M., Stappenbeck, J. & Thomasius, R. (2012). Familienbasierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen am Beispiel des Strengthening Families Program. *Sucht*, 56 (1), 51-60.
- Suchthilfe Salzgitter. (2012). *Jahresbericht 2012*. Salzgitter: Suchthilfe Salzgitter.
- Suckfüll, T. & Stillger, B. (2000). *Starke Kinder brauchen starke Eltern - Familienbezogene Suchtprävention. Konzepte und Praxisbeispiele* (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 7, 2. Aufl.). Köln: BZgA.
- Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U. J., Riedesser, P., Bätzing-Lichtenthäler, S., Wersich, D. et al. (2009). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter - Das Handbuch. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Tschöpe-Scheffler, S. (2006). *Konzepte der Elternbildung - eine kritische Übersicht*. Berlin: Verlag Barbara Budrich.
- Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention. (2016a). *Präventionsprojekt HaLT. Was ist HaLT?*, Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=88
- Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention. (2016b). *Tom und Lisa - Klassenworkshop*, Villa Schöpflin - Zentrum für Suchtprävention. Zugriff am 06.04.2016. Verfügbar unter http://www.villa-schoepflin.de/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=91
- Walden, K., Kröger, C., Kirmes, J., Resse, A. & Kutza, R. (2000). *ALF - Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schüler und Schülerinnen der 6. Klasse mit Information zu Nikotin und Alkohol*. Hohengehren: Schneider-Verlag.
- Wegner, C., Gutsch, A., Hessel, F. & Wasem, J. (2004). Rauchen-attributable Produktivitätsausfallkosten in Deutschland -- eine partielle Krankheitskostenstudie unter Zugrundelegung der Humankapitalmethode. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 66 (7), 423-432.
- Wendt, W. R. (2001). Case Management. Process Navigation and Coordination in Work with Addicts. *Suchttherapie*, 2 (2), 61-64.
- Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (2001). "Eigenständig werden" - Ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention in der Schule. *Prävention*, 24, 56-59.
- Wienemann, E. & Schumann, G. (2006). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).
- Wienemann, E., Schumann, G. & Wartmann, A. (2011). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)* (2. aktualisierte Auflage). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS).
- Wilms, H. & Wilms, E. (2002). *Erwachsen werden - Life-Skills-Programm für Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufe I. Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer*. Wiesbaden: Lions Club International.

- Windorfer, A. (2009). Prävention von Kindesvernachlässigung durch aufsuchende Arbeit von Familienhebammen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 368-383.
- Wölfling, K., Müller, K. & Beutel, M. (2011). Reliabilität und Validität der Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 61 (5), 216-224.
- Wurdak, M. & Wolstein, J. (2012). *Motivbasierte Intervention am Krankenbett im Rahmen des Projektes „HaLT - Hart am Limit“*. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität. Zugriff am 14.09.2016. Verfügbar unter http://www.halt-projekt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=99
- Young, K. S., Pistner, M., O'Mara, J. & Buchanan, J. (1999). Cyber Disorders: The Mental Health Concern for the New Millenium. *Cyberpsychology & Behavior*, 2 (5), 475-479.