



KRIMINOLOGISCHES  
FORSCHUNGSINSTITUT  
NIEDERSACHSEN E.V.

**Forschungsbericht Nr. 138**

# **Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen**

**ABSCHLUSSBERICHT FÜR DAS  
NIEDERSÄCHSISCHE MINISTERIUM FÜR  
SOZIALES, GESUNDHEIT UND GLEICHSTELLUNG**

**Florian Rehbein, Jan Weber, Meike Kühne, Lukas Boll**

**2018**





**FORSCHUNGSBERICHT Nr. 138**

---

**Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen  
und stoffungebundenen Suchterkrankungen  
in Niedersachsen**

**ABSCHLUSSBERICHT FÜR DAS  
NIEDERSÄCHSISCHE MINISTERIUM FÜR  
SOZIALES, GESUNDHEIT UND  
GLEICHSTELLUNG**

**Florian Rehbein, Jan Weber, Meike Kühne, Lukas Boll**

**2018**

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](mailto:kfn@kfn.de)

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-9811719-2-1

Druck: DruckTeam Druckgesellschaft mbH, Hannover.

© Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. 2018

Lützerodestraße 9, 30161 Hannover

Tel. (05 11) 3 48 36-0, Fax (05 11) 3 48 36-10

E-Mail: [kfn@kfn.de](mailto:kfn@kfn.de) Internet: [www.kfn.de](http://www.kfn.de)

### Kontakt Auftraggeber:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Hannah-Arendt-Platz 2, 30159 Hannover

Tel.: (0511) 120-0,

E-Mail: [poststelle@ms.niedersachsen.de](mailto:poststelle@ms.niedersachsen.de)

Printed in Germany

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe, Aufnahme in Online-Dienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträgern wie CD-ROM etc. nur nach schriftlicher Zustimmung des Rechteinhabers.

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

**Projektdauer:** Mai 2015 bis Februar 2018

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

**Hilfskräfte/Praktikanten:** Lukas Boll  
Viktoria Fixel  
Mareike Friedberg  
Jennifer Göhringer  
Lena Herzberg  
Johannes Kohser  
Meike Kühne  
Johanna Sophie Lubasch  
Pia Peterschik  
Oliver Schlüter-Kalkstein  
Andreas Staudt  
Patrick Terhürne



## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	IX
Tabellenverzeichnis .....	XIII
Abkürzungsverzeichnis .....	XVI
1 Ausgangspunkt und Ziele des Projekts.....	17
2 Projektverlauf und Arbeitspakete November 2016 bis Februar 2018 .....	18
3 Zweite Onlinebefragung (t2) zur Vertiefung zentraler Befunde .....	20
3.1 Methodisches Vorgehen .....	20
3.1.1 Fragestellungen .....	20
3.1.2 Rekrutierung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer .....	23
3.1.3 Befragungsinstrument.....	25
3.1.4 Datenerhebung und Datenanalyse.....	27
3.1.5 Stichprobenbeschreibung .....	28
3.2 Ergebnisse.....	30
3.2.1 Thema 01: Suchtprävention in jüngeren Altersgruppen .....	30
3.2.2 Thema 02: Selektive Suchtprävention bei Personen mit erhöhtem Suchtrisiko .....	42
3.2.3 Thema 03: Früherkennung im medizinischen Kontext.....	54
3.2.4 Thema 04: Verhältnisprävention .....	60
3.2.5 Thema 05: Sportvereine .....	65
3.2.6 Thema 06: Reichweite schulischer Suchtprävention.....	69
3.2.7 Thema 07: Glücksspielsuchtprävention.....	75
3.2.8 Thema 08: Kooperation zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe .....	81
3.2.9 Thema 09: Nachfrageorientierung der Suchtprävention .....	87
3.2.10 Thema 10: Evidenzbasierung in der Suchtprävention .....	93
3.2.11 Themenübergreifende Betrachtung der Problemschwere .....	99
4 Fokusgruppendifkussionen .....	100
4.1 Methodisches Vorgehen .....	100
4.2 Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kernaufgaben der niedersächsischen Suchtprävention .....	104
4.2.1 Selektive Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien stärken .....	104
4.2.2 Selektive Prävention für Erwerbslose stärken.....	108
4.2.3 Neujustierung in der Priorisierung der Präventionsarten durch Suchtpräventionsakteure .....	110
4.3 Handlungsempfehlungen zur Reichweitenerhöhung der niedersächsischen Suchtprävention	113
4.3.1 Niedersächsische Suchtprävention in kommunale Gesamtpräventionskonzepte integrieren .....	113

4.3.2 Schulische Suchtprävention stärker formalisieren .....	116
4.3.3 Früherkennung und Frühintervention im medizinischen Kontext verbessern.....	119
4.3.4 Suchtprävention in Sportvereinen verbessern.....	121
4.3.5 Verhaltensprävention zu stoffungebundenen Suchterkrankungen stärken .....	124
4.3.6 Zugangswege in die Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten optimieren.....	127
4.3.7 Reichweite und regionale Verteilung der niedersächsischen Suchtprävention optimieren .....	129
4.4 Handlungsempfehlungen für eine Effektivitätssteigerung der niedersächsischen Suchtprävention .....	132
4.4.1 Die Evidenzbasierung von Suchtprävention erhöhen .....	132
4.4.2 Weiterführende verhältnispräventive Maßnahmen umsetzen.....	136
4.4.3 Suchtfachliche Aus- und Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren intensivieren....	139
4.4.4 Niedersächsische Suchtprävention stärken durch Abstimmung und Zusammenarbeit auf Landesebene .....	141
4.5 Alle Handlungsempfehlungen im Kurzüberblick .....	142
5 Danksagung und Ausblick.....	144
Glossar .....	145
Literaturverzeichnis.....	147

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Informationstext zum Themenbereich Suchtprävention im Rahmen der Eingangsinstruktion .....	26
Abbildung 2. Präsentation des t1-Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ in der Onlinebefragung.....	30
Abbildung 3. Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure ( $n = 449$ ) .....	31
Abbildung 4. Problemschwere des t1-Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure ( $n = 447$ ) .....	31
Abbildung 5. Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure ( $n = 436$ ).....	32
Abbildung 6. Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 395$ ) .....	33
Abbildung 7. Präsentation des t1-Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ in der Onlinebefragung .....	36
Abbildung 8: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure ( $n = 433$ ) .....	36
Abbildung 9: Problemschwere des t1-Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure ( $n = 432$ ) .....	37
Abbildung 10: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure ( $n = 432$ ).....	38
Abbildung 11: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach den Subgruppen; $n = 391$ ) .....	38
Abbildung 12. Präsentation des t1-Befundes „Notwendigkeit Kinder aus suchtbelasteten Familien zukünftig stärker zu erreichen“ in der Onlinebefragung.....	42
Abbildung 13: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“ aus Sicht der Akteure ( $n = 430$ ).....	42
Abbildung 14: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“ aus Sicht der Akteure ( $n = 416$ ).....	43
Abbildung 15: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach den Subgruppen; $n = 377$ ) .....	44
Abbildung 16. Präsentation des t1-Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ in der Onlinebefragung .....	48
Abbildung 17: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure ( $n = 405$ ).....	48

Abbildung 18: Problemschwere des t1-Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure ( $n = 405$ ).....	49
Abbildung 19: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure ( $n = 403$ ).....	50
Abbildung 20: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 367$ ) .....	50
Abbildung 21. Präsentation des t1-Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ in der Onlinebefragung .....	54
Abbildung 22: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure ( $n = 403$ ).....	54
Abbildung 23: Problemschwere des t1-Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure ( $n = 401$ ) .....	55
Abbildung 24: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure ( $n = 401$ ).....	56
Abbildung 25: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 365$ ) .....	56
Abbildung 26. Präsentation des t1-Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ in der Onlinebefragung .....	60
Abbildung 27: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure ( $n = 398$ ).....	60
Abbildung 28: Problemschwere des t1-Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure ( $n = 397$ ).....	61
Abbildung 29: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure ( $n = 396$ ).....	62
Abbildung 30: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 361$ ).....	62
Abbildung 31. Präsentation des t1-Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ in der Onlinebefragung .....	65
Abbildung 32: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ aus Sicht der Akteure ( $n = 396$ ).....	65
Abbildung 33: Problemschwere des t1-Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ aus Sicht der Akteure ( $n = 395$ ).....	66
Abbildung 34. Präsentation des t1-Befundes „Hauptschüler*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten*innen“ in der Onlinebefragung.....	69
Abbildung 35: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Hauptschüler*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten*innen“ aus Sicht der Akteure ( $n = 394$ ) 70	70

Abbildung 36: Problemschwere des Befundes „Hauptschüler*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten*innen“ aus Sicht der Akteure ( $n = 394$ ) .....	70
Abbildung 37: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Hauptschüler*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten*innen“ aus Sicht der Akteure ( $n = 394$ ) .....	71
Abbildung 38: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Hauptschüler*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten*innen“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 359$ ) .....	72
Abbildung 39: Präsentation des t1-Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ in der Onlinebefragung .....	75
Abbildung 40: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure ( $n = 392$ ).....	76
Abbildung 41: Problemschwere des t1-Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure ( $n = 392$ ).....	76
Abbildung 42: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure ( $n = 392$ ).....	77
Abbildung 43: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 357$ ) .....	78
Abbildung 44: Präsentation des t1-Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ in der Onlinebefragung.....	81
Abbildung 45: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ ).....	82
Abbildung 46: Problemschwere des t1-Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ ).....	82
Abbildung 47: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ ) .....	83
Abbildung 48: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 356$ ) .....	84
Abbildung 49: Präsentation des t1-Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ in der Onlinebefragung.....	87
Abbildung 50: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ ) .....	87
Abbildung 51: Problemschwere des t1-Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ ).....	88
Abbildung 52: Relevanz verschiedener Thesen zu möglichen Folgen des Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure ( $n = 389$ ).....	89

Abbildung 53: Relevanz verschiedener Thesen zu möglichen Folgen des Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 354$ ) .....	89
Abbildung 54. Präsentation des t1-Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ in der Onlinebefragung.....	93
Abbildung 55: Erwartungskonformität des t1-Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure ( $n = 388$ ) .....	93
Abbildung 56: Problemschwere des t1-Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure ( $n = 388$ ) .....	94
Abbildung 57: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure ( $n = 386$ ).....	95
Abbildung 58: Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; $n = 351$ ) .....	96
Abbildung 59: Einschätzungen der Problemschwere verschiedener Themenbereiche aus Sicht der Akteure im Vergleich.....	99

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Auf Basis der ersten Onlinebefragung identifizierte Inhaltsbereiche zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention (Rehbein et al., 2017) .....	20
Tabelle 2. Stichprobenrekrutierung und Rücklaufquoten.....	24
Tabelle 3. Haupttätigkeitsfelder der Suchtpräventionsakteure.....	28
Tabelle 4. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ .....	33
Tabelle 5. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren adressieren“ .....	35
Tabelle 6. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ .....	39
Tabelle 7. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Vorschulkinder bzw. deren Eltern adressieren“ .....	40
Tabelle 8. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtblasteten Familien notwendig“ .....	44
Tabelle 9. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Kinder aus suchtkranken Familien zukünftig stärker durch Suchtprävention erreicht werden“ .....	46
Tabelle 10. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ ...	51
Tabelle 11. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Erwerbslose stärker durch Suchtprävention erreicht werden“ .....	52
Tabelle 12. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ .....	57
Tabelle 13. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Früherkennungs-Screenings in der kinder- und hausärztlichen Erstversorgung häufiger durchgeführt werden“ .....	58
Tabelle 14. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ .....	63
Tabelle 15. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um einen stärkeren Einfluss von Suchtpräventionsakteuren auf die Verhältnisprävention von Suchterkrankungen zu erreichen“ .....	64
Tabelle 16. Ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ .....	66
Tabelle 17. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Suchtprävention und Sportvereinen anzuregen“ .....	67
Tabelle 18. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Hauptschüler*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten*innen“ .....	72

Tabelle 19. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Hauptschüler*innen zukünftig besser durch Suchtpräventionsakteure erreicht werden“ .....	73
Tabelle 20. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ .....	78
Tabelle 21. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um die Reichweite von Glücksspielsuchtprävention in Niedersachsen zu erhöhen“ .....	79
Tabelle 22. Zusätzlich ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ .....	85
Tabelle 23. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um die kooperative Zusammenarbeit in der Suchtprävention zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe zu stärken“ .....	86
Tabelle 24. Ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ .....	90
Tabelle 25. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen zu Folgen einer eher starken Nachfrageorientierung und geringeren Orientierung an Angebotslücken .....	91
Tabelle 26. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um Suchtpräventionsakteuren zu ermöglichen, selbstständig ihre Arbeitsschwerpunkte im Hinblick auf Adressaten*innen, Settings und Inhalte festzulegen und sich weniger an der Nachfrage zu orientieren“ .....	91
Tabelle 27. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ .....	96
Tabelle 28. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um einen stärkeren Fokus der Niedersächsischen Suchtprävention auf standardisierte und evidenzbasierte Programme zu erreichen“ .....	97
Tabelle 29. Inhalten der Fokusgruppendifkussionen und teilnehmende Institutionen .....	102
Tabelle 30. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Selektive Prävention für Kinder suchtbelasteter Familien stärken“ .....	104
Tabelle 31. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Selektive Prävention für Langzeitarbeitslose stärken“ .....	109
Tabelle 32. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Neujustierung in der Priorisierung der Präventionsarten durch Suchtpräventionsakteure“ .....	111
Tabelle 33. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Niedersächsische Suchtprävention als integralen Bestandteil kommunaler Gesamtpräventionskonzepte flächendeckend stärken und bedarfsgerecht gestalten“ .....	114
Tabelle 34. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Schulische Suchtprävention stärker formalisieren“ .....	117
Tabelle 35. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Früherkennung und Frühintervention im medizinischen Kontext verbessern“ .....	120

Tabelle 36. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Suchtprävention in Sportvereinen verbessern“ .....	122
Tabelle 37. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Verhaltensprävention zu stoffungebundenen Suchterkrankungen stärken“ .....	125
Tabelle 38. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Zugangswege in die Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten optimieren“ .....	127
Tabelle 39. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Reichweite und regionale Verteilung der niedersächsischen Suchtprävention optimieren“ .....	130
Tabelle 40. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Die Evidenzbasierung von Suchtprävention erhöhen“ .....	133
Tabelle 41. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Weiterführende verhältnispräventive Maßnahmen umsetzen“ .....	136
Tabelle 42. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Suchtfachliche Aus- und Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren intensivieren“ .....	139
Tabelle 43. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Interministerielle Zuständigkeit für die niedersächsische Suchtprävention bündeln und nutzen“ .....	141

## Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CTC	Communities That Care
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
FSS	Fachstellen für Sucht und Suchtprävention
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen
LJS	Landesstelle für Jugendschutz Niedersachsen
LPR	Landespräventionsrat
LVG & AFS	Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin e.V.
NLS	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen

## 1 Ausgangspunkt und Ziele des Projekts

Ausgangspunkt des Projektes ist der Beschluss „Gefahren und Risiken der stofflichen und nichtstofflichen Süchte erkennen – Suchtprävention stärken“ des Niedersächsischen Landtages aus dem Jahre 2014 (Niedersächsischer Landtag, 2014). Der Beschluss sieht vor, Präventionsarbeit und Suchtpolitik zukünftig noch stärker an die gesellschaftliche Realität anzupassen. 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“*.

Wie bereits im ersten Forschungsbericht der Studie dargelegt (Rehbein, Weber, & Staudt, 2017) erschien zur Erreichung dieser Zielsetzung eine Eingrenzung des Projektes auf die Niedersächsische Suchtprävention erforderlich. Das vorliegende Forschungsprojekt legt seinen Schwerpunkt auf eine Analyse der niedersächsischen Strukturen universeller, selektiver und indizierter Suchtprävention. Somit wird der Übergangsbereich von Maßnahmen der Suchtprävention in Maßnahmen der Suchthilfe berücksichtigt. Ein zusätzlicher Fokus liegt auf Strategien und Maßnahmen von Verhältnisprävention. Das niedersächsische System der Suchthilfe im engeren Sinne (therapeutische Angebote für Suchtkranke) ist hingegen nicht Gegenstand des Projektes.

Entsprechend bestand die Zielsetzung des Projektes darin, unter Berücksichtigung vielfältiger relevanter 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. Dabei weist die Studie den Charakter einer Delphi-Studie auf, da durchweg ein partizipativer Austausch mit Akteuren der Suchtprävention und angrenzender Versorgungsbereiche gewährleistet wurde, das Feedback der Akteure mittels zweier systematisch aufeinander aufbauender Befragungen eingeholt wurde und die Handlungsempfehlungen im Rahmen abschließender Fokusgruppendifkussionen mit Expertinnen und Experten in Schlüsselfunktionen konsentiert wurden.

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 unterstützen die Studie.

## 2 Projektverlauf und Arbeitspakete November 2016 bis Februar 2018

Der hier vorgelegte Abschlussbericht baut auf den Arbeiten der Projektphasen 1 und 2 auf, die bereits im ersten Forschungsbericht ausführlich dokumentiert wurden (Rehbein et al., 2017). Dieser Abschlussbericht ersetzt somit nicht den ersten Forschungsbericht, sondern ergänzt ihn um die Befunde der zweiten Onlinebefragung und die Handlungsempfehlungen, die auf Grundlage der in Fokusgruppen erarbeiteten Ergebnisse formuliert wurden. Für eine vollständige Übersicht über die Projektergebnisse sind somit beide Berichte heranzuziehen. Dem ersten Forschungsbericht sind zusammenfassend die folgenden Informationen zu entnehmen:

1. **Die im Rahmen des Projektes erarbeiteten epidemiologischen Daten zum Substanzkonsum und potenziell suchtinduzierenden Verhaltensangeboten** (Rehbein et al., 2017, Kapitel 3). Hier werden bundesweite und niedersachsenspezifische Daten zu Konsum- und Problemverhaltensweisen Jugendlicher und Erwachsener in den Bereichen Alkoholkonsum, Tabakkonsum, Cannabiskonsum, Konsum sonstiger illegaler Drogen, Glücksspielkonsum und Computerspielkonsum beschrieben. Es wurden publizierte epidemiologische Studien als auch Datenquellen des KFN im Rahmen von Sekundäranalysen verwendet. Wo möglich bzw. von der Datentlage gestützt, wurden Vergleiche zwischen Niedersachsen und bundesweiten Daten vorgenommen.
2. **Die projektvorbereitenden Systematisierungsarbeiten, die zur Auswahl der an der Studie beteiligten Akteure und der Entwicklung des ersten Onlinefragebogens beigetragen haben** (Rehbein et al., 2017, Kapitel 4). Eine Schlüsselfunktion nahmen dabei 20 Experteninterviews ein, in denen ergänzende Informationen zu aktuellen Themen und Kontroversen innerhalb der Suchtprävention gewonnen werden konnten. Darüber hinaus wurde eine umfangreiche Literatur- und Internetrecherche zu den bestehenden Strukturen und Arbeitsschwerpunkten der Suchtprävention in Niedersachsen realisiert. Basierend auf diesen explorativen Arbeiten fiel die Entscheidung darüber, wer als Suchtpräventionsakteur aufgefasst und in die geplanten Onlinebefragungen einbezogen werden sollte.
3. **Eine umfassende Bestandaufnahme zu den an der niedersächsischen Suchtprävention beteiligten Institutionen** (Rehbein et al., 2017, Kapitel 5). Diesen Darstellungen ist zu entnehmen, welche Aufgaben die verschiedenen Institutionen im Bereich der Suchtprävention wahrnehmen. Ausführliche Darstellungen finden sich zur Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, den in der Suchtprävention aktiven Fachkräften, der Selbsthilfe, der betrieblichen Suchtprävention und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, der Früherkennung von Suchterkrankungen, den Jugendämtern und Frühen Hilfen, der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, dem Landespräventionsrat Niedersachsen und der Polizei.
4. **Methodik und Ergebnisse der ersten Onlinebefragung (t1) zum Ist-Zustand der Suchtprävention in Niedersachsen** (Rehbein et al., 2017, Kapitel 6). Im Zeitraum vom 03.06.2016 bis 11.09.2016 wurden die niedersächsischen Hauptakteure der Suchtprävention mittels eines Onlinefragebogens befragt. An der Befragung beteiligt waren unter anderem die niedersächsischen Fachkräfte für Suchtprävention, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, Mitglieder kommunaler Präventionsgremien, in der Suchtselbsthilfe engagierte Personen, Mitglieder der Präventionsteams der niedersächsischen Polizei,

Fachleute aus dem Jugendschutz sowie der betrieblichen Suchtprävention bzw. des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Inhaltliche Schwerpunkte bildeten zukünftige Suchtrisiken in Niedersachsen, Präventionsziele, gesundheitspolitische Maßnahmen, Qualitätsstandards, Evidenzbasierung sowie Vernetzung und Kooperation. Des Weiteren wurden die Suchtpräventionsakteure zu ihrer Arbeit mit Endadressatinnen und -adressaten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und ihren Tätigkeiten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit und des Managements befragt. Ergänzend wurden darüber hinaus die Einschätzungen von Suchttherapeutinnen und -therapeuten, Pädiaterinnen und Pädiatern, Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie weiterem ärztlichen Personal angrenzender Versorgungsbereiche zu einigen suchtpreventiven Themen erhoben. In die Auswertung der ersten Onlinebefragung konnten die Angaben von insgesamt 527 Akteuren einbezogen werden.

5. **Zentrale Inhaltsbereiche und Thesen zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention** (Rehbein et al., 2017, Kapitel 7). Insgesamt konnten auf Basis der Ergebnisse der ersten Onlinebefragung zwölf zentrale Inhaltsbereiche identifiziert werden, die den Ausgangspunkt für die weiterführenden Projektarbeiten bildeten.

Die ursprünglich für Oktober 2017 geplante Abgabe des Abschlussberichtes musste im Rahmen einer kostenneutralen Verlängerung um vier Monate verschoben werden. Nachstehend werden die Arbeiten der dritten Projektphase, die Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts sind, skizziert:

### **Projektphase 3: Zweite Onlinebefragung (t2) und Fokusgruppendifkussionen**

1. In der dritten Projektphase erfolgte zunächst die Vorbereitung der zweiten Onlinebefragung (t2). In dieser sollten die auf Basis der ersten Befragung identifizierten Themenschwerpunkte vertieft werden. Zielsetzung war es hierbei, bereits konkrete mögliche Strategien der Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention zu identifizieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden auf die Veröffentlichung des Berichtes sowie die Möglichkeit des Downloads hingewiesen. Ausgewählte Befunde wurden unter anderem auf der XXVI. Niedersächsischen Suchtkonferenz vorgestellt und diskutiert. Auf diesem Wege und auch im Rahmen weiterer Gespräche mit Projektbeteiligten erfolgte eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung mit den Forschungsbefunden, die vom Projektteam für die Konzeption der zweiten Onlinebefragung genutzt wurde.
2. In die Zeit vom 28.04.2017 bis 14.07.2017 fiel die Feldphase der zweiten Onlinebefragung (t2). Die Ergebnisse der zweiten Onlinebefragung wurden im Dezember 2017 im Rahmen eines Fokusgruppendifkussionsverfahrens mit ausgewählten Expertinnen und Experten der niedersächsischen Suchtprävention sowie unmittelbar angrenzenden Versorgungsbereichen diskutiert. Ziel der Diskussionsrunden und eines im Februar 2018 durchgeführten finalen Zusammentreffens mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern war es, im Sinne der partizipativen Forschungsstrategie des Projektes möglichst unterschiedliche Perspektiven auf die Projektergebnisse zu berücksichtigen, um die Handlungsempfehlungen auf eine konsensuale Basis stellen zu können.

## 3 Zweite Onlinebefragung (t2) zur Vertiefung zentraler Befunde

### 3.1 Methodisches Vorgehen

#### 3.1.1 Fragestellungen

Basierend auf den Ergebnissen der ersten Onlinebefragung konnten zwölf globale Inhaltsbereiche identifiziert werden, die im Hinblick auf den Ist-Zustand sowie mögliche Weiterentwicklungspotentiale der niedersächsischen Suchtprävention als besonders zentral gelten können (vgl. Tabelle 1). Ausführliche Informationen zu den zwölf Inhaltsbereichen sind dem ersten Forschungsbericht zu entnehmen (vgl. Rehbein et al., 2017). Diese Inhaltsbereiche bildeten die Basis für die zweite Onlinebefragung und die Fokusgruppendifkussionen (vgl. Abschnitt 3 und 4).

Tabelle 1. Auf Basis der ersten Onlinebefragung identifizierte Inhaltsbereiche zur Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention (Rehbein et al., 2017)

Nr.	Globaler Inhaltsbereich
1	Universalprävention
2	Selektive Suchtprävention
3	Indizierte Suchtprävention, Früherkennung und Frühintervention
4	Verhältnisprävention
5	Suchtprävention in Lebenswelten
6	Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten
7	Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention im Setting Schule
8	Substanzbezug und Inhaltsbereiche der Suchtprävention in Niedersachsen
9	Regionale Verteilung von Suchtpräventionsangeboten in Niedersachsen
10	Kooperation und Vernetzung
11	Nachfrageorientierung
12	Evidenzbasierung

Ausgehend von den zwölf globalen Inhaltsbereichen wurden einige zentrale Einzelbefunde und Befundkomplexe ausgewählt, die im Rahmen der zweiten Onlinebefragung (t2) weiter vertieft werden sollten<sup>1</sup>. Vorzugsweise wurden Befunde ausgewählt, die Weiterentwicklungspotentiale der niedersächsischen Suchtprävention erkennen lassen, deren fachliche Einordnung jedoch weiterführende Daten erforderte. Bei der Auswahl der zu vertiefenden Befunde wurde das Feedback projektbeteiligter Akteure, der Niedersächsischen Landestelle für Suchtfragen und der Landesdrogenbeauftragten berücksichtigt. Die folgenden zehn Themen wurden ausgewählt und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Beurteilung vorgelegt:

- Suchtprävention in jüngeren Altersgruppen.** In diesem Themenkomplex wurden den Befragten zwei verschiedene Befunde aus der ersten Onlinebefragung präsentiert. Einer betraf die Arbeit mit 6-12-Jährigen und der andere die suchtpreventive Arbeit mit Vorschulkindern.  
Erster Befund: *„Epidemiologische Daten zum Konsumverhalten sprechen dafür, dass Kinder bereits frühzeitig mit universell-suchtpreventiven Maßnahmen adressiert werden sollten. Dennoch arbeiten*

<sup>1</sup> In dieser Befragung nicht weiter behandelte Teilergebnisse der t1-Erhebung wurden im Rahmen der abschließenden Fokusgruppendifkussionen berücksichtigt und thematisiert.

*in Niedersachsen derzeit rund 80% der Präventionsakteure mit Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren aber nur rund 40% mit Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 114).“*

*Zweiter Befund: „Des Weiteren gibt mit 20% ein noch geringerer Anteil der befragten Präventionsakteure an, mit Vorschulkindern bzw. deren Eltern zu arbeiten (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 114).“*

2. **Selektive Suchtprävention bei Personen mit erhöhtem Suchtrisiko.** In diesem Themenbereich wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zwei verschiedene Befunde zu Personengruppen mit erhöhtem Suchtrisiko präsentiert. Diese betrafen die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie mit Erwerbslosen.

*Erster Befund: „Gemäß der ersten Onlinebefragung (t1) kommen Methoden der selektiven Suchtprävention (im Vergleich zu Universal- und indizierter Prävention) derzeit in Niedersachsen am wenigsten zur Anwendung (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 109).*

*Insbesondere für Kinder aus suchtbelasteten Familien sehen die Suchtpräventionsakteure die Notwendigkeit, sie zukünftig noch stärker zu erreichen (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 103).“*

*Zweiter Befund: „Auch Erwerbslose sollten aus Sicht der Suchtpräventionsakteure zukünftig stärker erreicht werden. Bislang treten jedoch Agenturen für Arbeit und Jobcenter kaum als relevante Kooperationspartner der Suchtpräventionsakteure in Erscheinung (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 103, 107).“*

3. **Früherkennung im medizinischen Kontext.** In diesem Themenbereich wurde den Befragten ein Befund aus der Zusatzbefragung der Medizinerinnen und Mediziner präsentiert.

*Befund: „Die erste Onlinebefragung sah auch eine Befragung von Medizinern vor. Insgesamt konnte jedoch nur eine kleine Stichprobe von 64 niedersächsischen Medizinern befragt werden.*

*Nur eine Minderheit der befragten 64 Mediziner berichtet, Screeninginstrumente zur Früherkennung problematischen Konsumverhaltens einzusetzen. Zudem werden die Verfahren nicht durchgängig bei allen, sondern nur bei ausgewählten Patient\*innen eingesetzt (vgl. Erster Forschungsbericht, S.139).“*

4. **Verhältnisprävention.** Dieser Themenbereich wurde mit einem Befund aus der ersten Onlinebefragung eingeleitet.

*Befund: „Aus Sicht der Präventionsakteure werden viele verhältnispräventive Ziele bislang kaum erreicht (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 99). Entsprechend wünschen sich die Akteure zusätzliche Maßnahmen wie weiterführende Werbebeschränkungen, Angebotsreduzierung und Kontrollmaßnahmen (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 100).“*

5. **Sportvereine.** In diesem Themenbereich wurde den in t2 befragten Akteuren ein Befund präsentiert, welcher sich aus den Ergebnissen der ersten Onlinebefragung ableiten ließ.

*Befund: „Die befragten Suchtpräventionsakteure attestieren Sportvereinen eine gewisse Zuständigkeit für die Suchtprävention. Dennoch benennen nur 4,4% der Befragten diese als wichtige Kooperationspartner (vgl. Erster Forschungsbericht, S.106-107).“*

6. **Reichweite schulischer Suchtprävention.** Dieser Themenbereich wurde mit einem Befund eingeleitet, welcher sich aus der zusätzlichen Analyse der Schülerbefragung des KFN aus dem Jahr 2015 ergab.

*Befund: „Der Niedersachsensurvey 2015 des KFN hat ergeben, dass von niedersächsischen Hauptschüler\*innen der 9. Klasse weniger als 10 Prozent berichten, dass das Thema Alkohol an ihrer Schule durch einen externen Expert\*innen behandelt wurde. Dagegen berichten mehr als 30% der Gymnasiast\*innen, dass das Thema Alkohol durch einen externen Expert\*in an ihrer Schule thematisiert wurde (vgl. Erster Forschungsbericht, S.146). Auch berichten Hauptschüler im Vergleich zu*

*Gymnasiasten seltener von Präventionsmaßnahmen zu anderen Konsumrisiken, die an ihrer Schule durch externe Expert\*innen behandelt wurden.“*

7. **Glücksspielsuchtprävention.** In diesem Themenbereich wurde den Befragten ein Befund präsentiert, welcher sich aus den Ergebnissen der ersten Onlinebefragung sowie der Schülerbefragung des KFN aus dem Jahr 2015 ableiten ließ.

*Befund: „Der Niedersachsensurvey 2015 des KFN hat ergeben, dass Glücksspielsuchtprävention im Vergleich zu allen anderen Themen von Suchtprävention bis zur 9. Klasse die wenigsten Schüler\*innen erreicht hat (vgl. Erster Forschungsbericht, S.145). In Übereinstimmung hierzu ergibt sich aus der Befragung niedersächsischer Suchtpräventionsakteure, dass sich nur ca. 8% der inhaltlichen Arbeit mit Endadressat\*innen dem Thema Glücksspiel widmet (vgl. Erster Forschungsbericht, S.115).“*

8. **Kooperation zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe.** In diesem Themenbereich wurde den in t2 befragten Akteuren ein Befund präsentiert, welcher sich aus den in t1 gemachten Angaben zu Kooperationsverhältnissen ableiten ließ.

*Befund: „Die Daten der ersten Befragung zeigen, dass in der Suchtprävention – auch über institutionelle Grenzen hinweg – ein hoher Vernetzungsgrad zwischen den Akteuren besteht.*

*Für die Selbsthilfe ergibt sich jedoch ein abweichender Befund. Diese wird von beruflichen Suchtpräventionsakteuren kaum als wesentlicher Kooperationspartner benannt (vgl. Erster Forschungsbericht, S.108).“*

9. **Nachfrageorientierung der Suchtprävention.** Dieser Themenbereich wurde durch einen Befund aus der ersten Onlinebefragung eingeleitet.

*Befund: „Die von uns befragten Suchtpräventionsakteure berichten, dass sie sich bei ihrer Arbeit eher stark an der Nachfrage und vergleichsweise weniger stark an Angebotslücken orientieren (vgl. Erster Forschungsbericht, S.112). Dies bedeutet, dass sie eher konkret vorliegende Anfragen bedienen als selbstständig ihre Arbeitsschwerpunkte im Hinblick auf Adressaten, Settings und Inhalte festzulegen.“*

10. **Evidenzbasierung in der Suchtprävention.** In diesem Themenbereich wurde den Befragten ein Befund präsentiert, welcher sich unter anderem auf die in der ersten Onlinebefragung identifizierten, häufig angewandten Präventionsprogramme bezog.

*Befund: „Ein Großteil der von uns befragten Suchtpräventionsakteure bewertet Evidenzbasierung in der Suchtprävention als eher sinnvoll (57,1%) oder sogar essentiell (26,6%). Nur eine Minderheit von 2,6% hält evidenzbasierte Suchtprävention für unrealistisch.*

*Trotz dieser Aufgeschlossenheit gegenüber evidenzbasierter Suchtprävention sind viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Programme nicht auf der Grünen Liste Prävention (CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme) aufgeführt (vgl. Erster Forschungsbericht, S.118-119).“*

Bezogen auf die präsentierten Befunde sollten die folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Inwieweit entsprechen die Befunde den Erwartungen der Suchtpräventionsakteure?
2. Inwieweit werden die Befunde von den Suchtpräventionsakteuren als problematisch bewertet?
3. Welchen Erklärungsansätzen für das Zustandekommen der Befunde kommt aus Sicht der Suchtpräventionsakteure Relevanz zu?
4. Welche Maßnahmen könnten dazu beitragen, dass den aus den Befunden deutlich werdenden Problemen zukünftig entgegengewirkt und die Suchtprävention in Niedersachsen entsprechend gestärkt werden könnte?

### 3.1.2 Rekrutierung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Zielgruppe der Befragung waren die an der ersten Befragung beteiligten Hauptakteure der Suchtprävention. Nicht erneut teilgenommen haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Suchthilfe und -therapie bzw. der stationären und halbstationären Angebote aus dem psychiatrischen Setting. Ebenfalls nicht mehr berücksichtigt wurden die in t1 im Rahmen ergänzender Befragungsmodule adressierten ambulant tätigen Suchttherapeutinnen und -therapeuten sowie die niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte und Pädiaterinnen und Pädiater.

Im Januar 2017 wurde über die Website des Projekts (<http://expertenbefragung.kfn.de/>) die Veröffentlichung des ersten Projektberichtes (Rehbein et al., 2017) bekanntgegeben. Zusätzlich wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie alle anderen ehemals auf elektronischem Wege zur Teilnahme Eingeladenen über die Publikation per Email informiert. Insgesamt wurden 1273 Personen angeschrieben. Nach dem Versand der Nachrichten erschienen insgesamt 104 Fehlermeldungen der Emailempfangsserver. Daraufhin wurden die entsprechenden Institutionen kontaktiert, um die Ursache der Fehlermeldung respektive den Verbleib der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu klären. Insbesondere im Hinblick auf die teilnehmenden Polizeibeamtinnen und -beamte stellte sich heraus, dass viele Nicht-Zustellbarkeitsmeldungen durch Aufnahmebeschränkungen der Emailpostfächer verursacht worden waren. In anderen Fällen hatten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zwischenzeitlich geheiratet und eine Namensänderung vollzogen. Wieder andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren in den Ruhestand versetzt worden. Eine Fachstelle für Suchtprävention hatte aufgrund eines Serverwechsels neue Adresssuffixe erhalten.

In 46 Fällen konnte die aktuelle Emailadresse trotz Recherchebemühungen nicht ausfindig gemacht werden, so dass diese Personen nicht erneut zu der Befragung eingeladen werden konnten. Darüber hinaus wurden die 175 Medizinerinnen und Mediziner sowie Suchttherapeutinnen und -therapeuten aus der Liste der einzuladenden Personen entfernt, da diese Personengruppen im Rahmen der Sonderthemenschwerpunkte der Moduls E (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) und F (Retrospektive Bewertung der Wirksamkeit von Prävention) nur einmalig im Rahmen des Ist-Zustands der Suchtprävention befragt werden sollten (vgl. Rehbein et al., 2017). Somit ergab sich eine Anzahl von 1052 potentiellen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, welche eine Einladung zur Befragung erhielten. Während der Laufzeit der Befragung baten zudem 27 Eingeladene darum, aus der Verteilerliste gelöscht zu werden. Aufgrund der sich verbreitenden Nachricht über die Durchführung der zweiten Erhebungswelle wurde das Projektteam von insgesamt 11 suchtpreventiv tätigen Personen aus dem Feld kontaktiert und um eine Teilnahmemöglichkeit gebeten. Nach Prüfung der Einschlusskriterien wurde die Liste einzuladender Personen entsprechend ergänzt und die Akteure mit einem Zugangslink bedacht. Tabelle 2 gibt Aufschluss über die Gesamtzahl der eingeladenen Personen sowie die Rücklaufquoten gemäß der institutionellen Zugehörigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Insgesamt betrug die Rücklaufquote 43,3 Prozent. Diese liegt somit nur geringfügig unter der Rücklaufquote der ersten Onlinebefragung, die 47,3 Prozent betragen hatte (vgl. Rehbein et al., 2017).

Tabelle 2. Stichprobenrekrutierung und Rücklaufquoten

Kategorie	Eingeladene	Nettostichprobe	Rücklaufquote
Fachstellen	294	142	48,3%
Fachkräfte	67	46	68,7%
Selbsthilfe	148	50	33,8%
Betriebliche Suchtprävention/betriebliches Gesundheitsmanagement	65	42	64,6%
Polizei	225	79	35,1%
Kommunale Präventionsgremien/Landespräventionsrat	93	31	33,3%
Jugendschutz	15	17*	100,0%
Sonstige	129	42	32,6%
Gesamt	1036	449	43,3%

*Anmerkung.* \*Die höhere Nettostichprobe beruht auf der im Onlinefragebogen optional möglichen Neuordnung des Tätigkeitsschwerpunktes.

### 3.1.3 Befragungsinstrument

Aufgrund fehlender Referenzinstrumente wurden die Fragen und Items des zweiten Onlinefragebogens vom Projektteam des KFN entwickelt. Im Unterschied zur ersten Onlinebefragung wurde bei der zweiten Onlinebefragung nur eine einzige Fragebogenversion verwendet und diese allen Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern vorgelegt. Das Fragenformat ist über die verschiedenen Befunde hinweg weitestgehend identisch. Insgesamt wurden den Befragten zehn Themenbereiche präsentiert und ihre Einschätzung zu diesen eingeholt (vgl. Abschnitt 3.1.1). Zum Zwecke der Präsentation der Themenbereiche erfolgte jeweils eine kurze Zusammenfassung der hierzu vorliegenden relevanten Befunde, die auch Verweise auf die im ersten Forschungsbericht enthaltene ausführlichere Erläuterung und Diskussion enthielt<sup>2</sup>. Bei einigen Befunden wurde unmittelbar die relevante Abbildung aus dem ersten Forschungsbericht eingeblendet, um die Befunde visuell zu veranschaulichen. Anschließend wurden jeweils die Einschätzungen der Akteure abgefragt. Zur Beantwortung der ersten Fragestellung sollte zu jedem Befund erhoben werden, ob dieser aus Sicht der Akteure erwartungskonform oder erwartungsinkonform ausgefallen ist. Hierfür wurde das Singleitem „*Entspricht dieser Befund Ihren Erwartungen?*“ verwendet (vierstufiges Antwortformat: „*ja, voll und ganz*“, „*ja, eher schon*“, „*nein, eher nicht*“, „*nein, überhaupt nicht*“). Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung sollte eine Einschätzung darüber abgegeben werden, inwieweit der Befund als problematisch bewertet wird. Hierzu wurde jeweils das Item „*Wie problematisch finden Sie [Befund]?*“ präsentiert und um den zu beurteilenden Befund ergänzt. Zur Beantwortung der dritten Fragestellung wurden den Akteuren verschiedene – vom Forscherteam der Literatur, den Ergebnissen der zu Projektbeginn durchgeführten explorativen Experteninterviews sowie der allgemeinen Fachdiskussion entnommene – Erklärungsthesen präsentiert, deren Relevanz die Befragten bewerten sollten („*Wie schätzen Sie die Relevanz der folgenden Erklärungen für das Zustandekommen des Befundes ein?*“, zehnstufiges Antwortformat: 1 „*gar nicht relevant*“ bis 10 „*hoch relevant*“, zusätzliche Auswahlmöglichkeit „*das kann ich nicht beurteilen*“<sup>3</sup>). Hierbei handelte es sich um 3 bis 14 Thesen, die zur Vermeidung von Reihenfolgeeffekten in randomisierter Abfolge präsentiert wurden<sup>5</sup>. Im Anschluss hieran wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, ergänzende Thesen zu formulieren, mithilfe derer die Befunde erklärt werden könnten („*Fallen Ihnen noch weitere relevante Erklärungen für den Befund ein?*“, dichotomes Antwortformat: „*nein*“, „*ja*“, im Falle einer Bejahung: „*Erläutern Sie diese bitte in Stichworten*“, Freitextfeld). Zur Beantwortung der vierten Fragestellung sollte ferner abgefragt werden, welche Maßnahme die Akteure als am geeignetsten beurteilen, um den in den Befunden implizierten Problemen zu begegnen. Hierzu wurde das Singleitem „*Was wäre aus Ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme, damit ...*“ verwendet und um

---

<sup>2</sup> Bei den Themenbereichen 3 bis 10 wurde jeweils ein Befund präsentiert und beurteilt. Bei den Themenbereichen 1 „Suchtprävention in jüngeren Altersgruppen“ und 2 „Selektive Suchtprävention bei Personen mit erhöhtem Suchtrisiko“ wurden aufgrund ihrer Komplexität nacheinander zwei Befunde präsentiert und beurteilt.

<sup>3</sup> Die Anzahl der Nennungen zu „das kann ich nicht beurteilen“ variieren zwischen den Items, werden jedoch nicht im Einzelnen berichtet, um die Übersichtlichkeit der Ergebnispräsentation zu gewährleisten. Eine ausreichende Gruppengröße pro Item wurde vom Forscherteam sichergestellt.

<sup>4</sup> Beim Themenbereich 9 „Nachfrageorientierung“ wurde hier abweichend von den anderen Themenbereichen danach gefragt, inwieweit der Befund relevant sein könnte, um bestimmte andere Befunde der Befragung zu erklären.

<sup>5</sup> Beim Themenbereich 5 „Sportvereine“ lagen seitens des Forscherteams keine Thesen zum Zustandekommen des Befundes vor, weshalb hier die Erklärungen aus Sicht des Teilnehmers nur mittels der Freitextfrage abgefragt wurden.

eine dem Befund entgegengesetzte positiv formulierte Zielvorgabe ergänzt<sup>6</sup>. Alternativ zum Angeben der aus Sicht des Akteurs besten und effektivsten Maßnahme konnten die Akteure die Kästchen „Das kann ich nicht einschätzen“ oder „Das sehe ich nicht als zielführend an“ anwählen. Bei einem Inhaltsbereich wurde eine explorative Zusatzfrage gestellt. So war beim Themenbereich 4 „Verhältnisprävention“ zusätzlich das politische Engagement der Akteure von Interesse und wurde mit der Frage „Engagieren Sie sich selbst politisch, um die Verhältnisprävention von Suchterkrankungen in Niedersachsen oder auf Bundesebene zu verbessern, z. B. gesetzliche Änderungen, Beschränkungen oder Auflagen für Anbieter?“ (dichotomes Antwortformat: „nein“, „ja“, im Falle einer Bejahung: „Erläutern Sie dies bitte in Stichworten“, Freitextfeld). An die zehn Themenbereiche schlossen sich darüber hinaus einige Abschlussfragen an, die die suchtpreventive Arbeit an Schulen und das professionelle Selbstverständnis der Befragten vor dem Hintergrund ihrer Tätigkeit als Suchtpräventionsakteur betrafen. Zusätzlich folgten zwei offene Fragen zu den Unterschieden und Kooperationsmöglichkeiten zwischen der Suchtprävention einerseits sowie der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung andererseits. Die Auswertungen der Abschlussfragen sind nicht Gegenstand dieses Berichts, sondern werden stattdessen im Rahmen eines an das Projekt angegliederten Dissertationsvorhabens (Jan Weber) behandelt.

Dem Befragungsinstrument war eine Eingangsinstruktion vorangestellt, die Hinweise und Kontaktinformationen zu den Projektverantwortlichen, Informationen zur Zielsetzung des Projektes und den beteiligten Projektpartnern enthielt. Ferner wurde auf die Vertraulichkeit und Freiwilligkeit der Befragung hingewiesen. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten darüber hinaus einen Informationstext zum Themenbereich Suchtprävention, in dem das Themenfeld definiert und die Begriffe Universelle Prävention, Selektive Prävention, Indizierte Prävention sowie Verhältnisprävention erläutert wurden (vgl. Abbildung 1). 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 verstehen wir alle Maßnahmen, 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 (**Optionaler Erklärungstext:** Auf die Normalbevölkerung ausgerichtet. Beispiel: Arbeit mit Schulklassen).

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

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

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

**Abbildung 1.** Informationstext zum Themenbereich Suchtprävention im Rahmen der Eingangsinstruktion

<sup>6</sup> So wurde beispielsweise der Befund, dass „nur rund 40% der Suchtpräventionsakteure 6- bis 12-Jährige adressiert“ durch die gegenteilige Zielvorgabe „Was wäre aus Ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme, damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren adressieren?“ aufgegriffen.

### 3.1.4 Datenerhebung und Datenanalyse

Die Programmierung und das Hosting des Fragebogens sowie die Einladung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden von rc – research & consulting 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).

Wie bereits bei der ersten Onlinebefragung wurde auch die zweite Befragung über ein computergestütztes webbasiertes Interview (CAWI) mittels der Software Confirmit ([www.confirmit.com](http://www.confirmit.com)) realisiert. Confirmit gilt als eines der global führenden Programme für Online-Befragungen. Durch das Aufrufen eines personalisierten Links öffnet sich der Fragebogen der eingeladenen Person in einem Internet Browser. Mit der Zusendung individueller Befragungslinks wird gewährleistet, dass nur tatsächlich eingeladenen Personen die Teilnahme möglich und Mehrfachteilnahmen ausgeschlossen sind. Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer war es zudem möglich, die Bearbeitung des Fragebogens zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt an gleicher Stelle fortzufahren. Zur Befragung Eingeladene, die innerhalb einer bestimmten Frist nicht an der Befragung teilgenommen hatten, wurden mittels einer Erinnerungs-E-Mail erneut auf die Studie hingewiesen. Insgesamt wurden bis zu drei Erinnerungs-E-Mails versendet.

Die Onlinebefragung startete am 28.04.2017 mit einem kontrollierten Softlaunch. Dabei wurden Zugangslinks zum Fragebogen an sechs vorab kontaktierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Feld versandt. Diese Gruppe der Pre-Testerinnen und Pre-Tester setzte sich aus einer Fachkraft für Suchtprävention, einer Fachstellenmitarbeiterin, einem Akteur aus dem Bereich Jugendschutz/Jugendarbeit sowie zwei Polizeibeamten und einer Polizeibeamtin zusammen. Das Feedback der Pre-Testerinnen und -Tester fiel insgesamt positiv aus. Gelobt wurden insbesondere die vorgeschlagenen Erklärungsansätze sowie die Möglichkeit, eigene Angaben zu möglichen Ursachen von Befunden und potentiellen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Präventionsarbeit im Freitextformat machen zu können. Auf Anraten der Pre-Testerinnen und -Tester wurde im Rahmen der offenen Fragen zur besten und effektivsten Maßnahme die Auswahlmöglichkeit „*Das sehe ich nicht als zielführend an*“ mit in den Fragebogen aufgenommen. Kritik wurde darüber hinaus am Umfang des Fragebogens geäußert, der insgesamt zu groß ausfalle. Das Forscherteam entschied dennoch, die geplante Länge beizubehalten, da ansonsten auf zentrale Themenbereiche hätte verzichtet werden müssen. Die Hauptbefragung startete am 08.05.2017 mit dem Versand der Zugangslinks an das ganze Feld. Befragungsende war der 14.07.2017.

Die Daten wurden von rc in aggregierter und anonymisierter Form an das KFN-Forschungsteam übermittelt. Auf diese Weise wurde eine etwaige Zuordnung von Angaben oder Freitexteinträgen zu einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmern von vornherein ausgeschlossen. Die quantitativen Daten wurden unter Verwendung der Statistiksoftware STATA (Version 14) vorwiegend deskriptiv ausgewertet und visualisiert. Darüber hinaus wurden die qualitativen Daten der Freitextangaben mit Hilfe des Softwarepaketes MAXQDA kodiert und kategorisiert. Das Vorgehen orientierte sich dabei an der von Mayring (2010) beschriebenen qualitativen Inhaltsanalyse (induktive Kategorienbildung).

### 3.1.5 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben 490 Suchtpräventionsakteure den Onlinefragebogen aufgerufen. Davon konnten 449 in die Auswertung einbezogen werden, von denen 382 den Fragebogen vollständig ausfüllten. Die übrigen 67 Personen stiegen in unterschiedlichen Fragebogenteilen aus der Befragung aus. Da diese Personen aber die anfänglichen Daten zur Soziodemographie und auch die ersten inhaltlichen Fragen beantwortet haben, werden alle Angaben dieser Personen mit in die Auswertung einbezogen.

53,7 Prozent der Befragten sind weiblich. 4,0 Prozent geben an, jünger als 30 Jahre alt zu sein. 19,8 Prozent der Stichprobe sind zwischen 40 und 49 Jahre alt, über die Hälfte (62,8%) sind 50 Jahre oder älter. Als fachlichen Hintergrund nennen 43,2 Prozent der Personen „Sozialpädagogik/Sozialarbeit“. Des Weiteren umfasst die Stichprobe unter anderem 85 Polizistinnen und Polizisten (18,9%), 28 Psychologinnen und Psychologen (6,2%) sowie 27 Erziehungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler bzw. Pädagoginnen und Pädagogen (6,0%). Insgesamt ähnelt die Stichprobe im Hinblick auf ihre Zusammensetzung in weiten Teilen der Stichprobe der ersten Onlinebefragung. Die Verteilung der Haupttätigkeitsfelder innerhalb der Suchtprävention in der vorliegenden Stichprobe ist in Tabelle 3 ausgewiesen.

Tabelle 3. Haupttätigkeitsfelder der Suchtpräventionsakteure

Kategorisierung	Haupttätigkeitsfeld	N	%
Fachstellen	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	142	31,6%
Polizei	Polizei	79	17,6%
Selbsthilfe	Selbsthilfe	50	11,1%
Fachkräfte	Fachkraft für Suchtprävention (30), Glücksspiel (15), Medien (1)	46	10,2%
Betrieblich	Betriebliche Suchtprävention/betriebliches Gesundheitsmanagement	42	9,4%
KPG	Kommunales Präventionsgremium/(Landes-)Präventionsrat	31	6,9%
Jugendschutz	Jugendschutz	17	3,8%
	Sozialpsychiatrischer Dienst	11	2,5%
	Jugendamt/Frühe Hilfen	7	1,6%
	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen	7	1,6%
	Leitende Funktion bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege	6	1,3%
	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin e.V.	4	0,9%
	Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.	1	0,2%
	Niedersächsische Landesschulbehörde	1	0,2%
	Drogenbeauftragte	1	0,2%
	Niedrigschwellige Suchthilfe	1	0,2%
	Offene Jugendarbeit	1	0,2%
	Prävention von Rechtsextremismus und Radikalisierung	1	0,2%
	Schulen	1	0,2%
		449	100,0%

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 einem anderen der aufgelisteten Tätigkeitsfelder zuordnen.

Im Folgenden wird zum einen die Gesamtgruppe der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer analysiert, zum anderen werden wie schon bei der ersten Onlinebefragung (t1) differenzierte Auswertungen der sieben größten Befragungsteilnehmergruppen vorgenommen (vgl. Tabelle 3). Die Fachkräfte für Suchtprävention werden dabei zusammen mit den Fachkräften für Glücksspielsuchtprävention und den Fachkräften für Mediensuchtprävention als Gruppe „Fachkräfte“ zusammengefasst. Die Gruppe „KPG“ setzt sich zu einem Großteil aus Mitgliedern der Kommunalen Präventionsgremien zusammen, einen kleinen Anteil machen jedoch auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Landespräventionsrates aus. In der folgenden Auswertung werden diese zusammengefasst als Gruppe „Kommunale Präventionsgremien“ bezeichnet.

## 3.2 Ergebnisse

### 3.2.1 Thema 01: Suchtprävention in jüngeren Altersgruppen

#### 3.2.1.1 Kinder und Jugendliche

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Epidemiologische Daten zum Konsumverhalten sprechen dafür, dass Kinder bereits frühzeitig mit universell-suchtpräventiven Maßnahmen adressiert werden sollten. Dennoch arbeiten in Niedersachsen derzeit rund 80% der Präventionsakteure mit Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren aber nur rund 40% mit Kindern im Alter zwischen 6 und 12 Jahren (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 114).

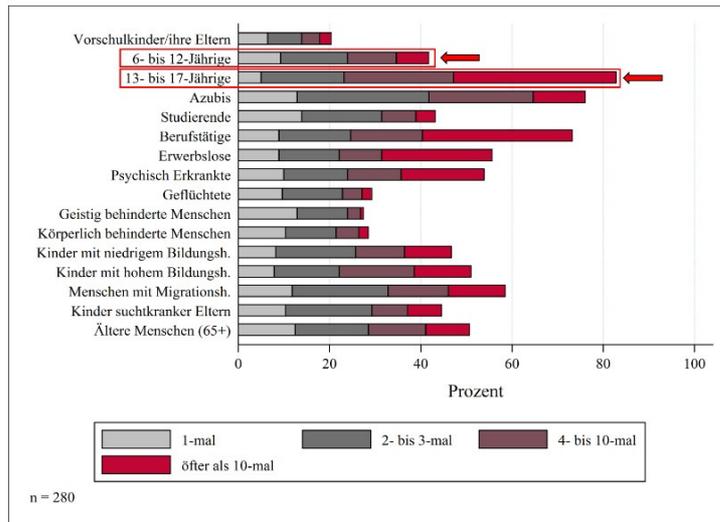
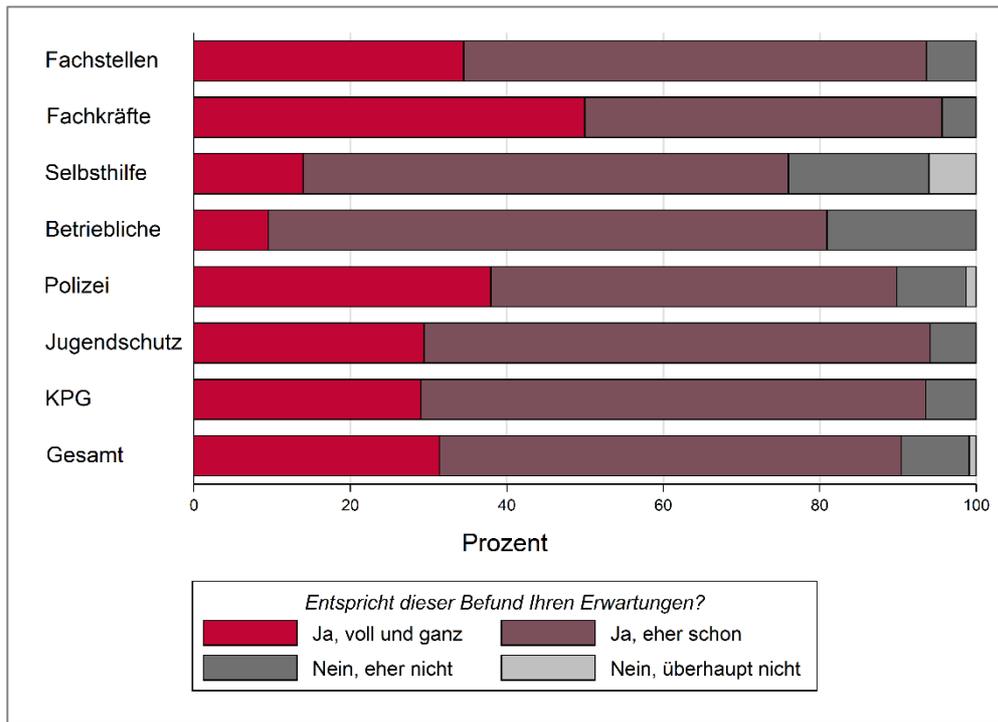


Abbildung 35. Adressierung von Endressatengruppen (Hauptakteure; n = 280)

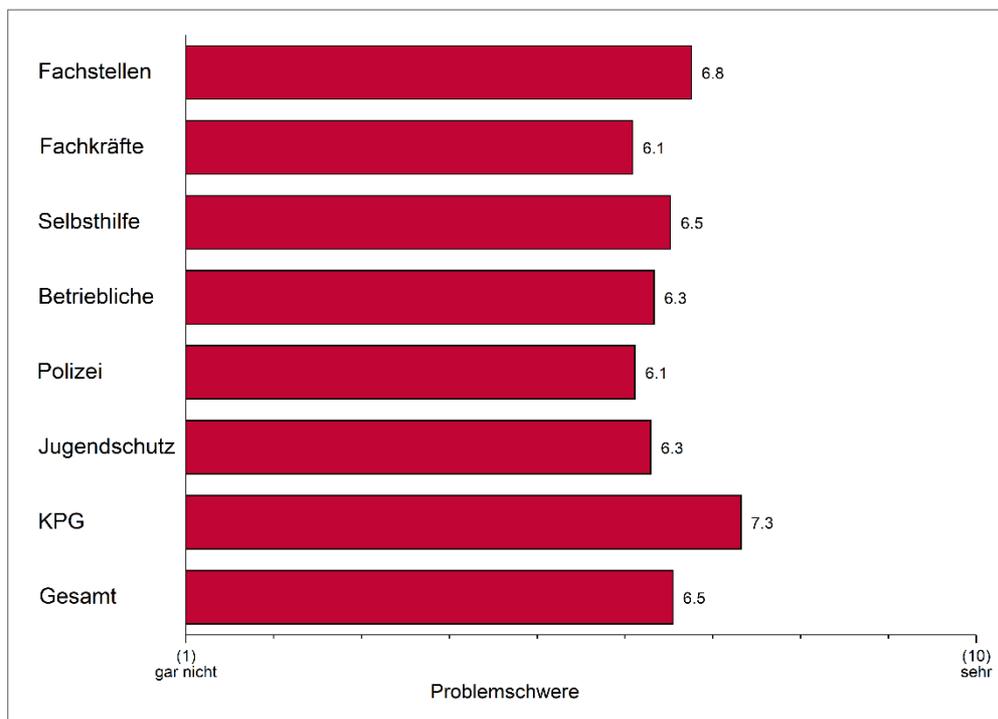
**Abbildung 2.** Präsentation des t1-Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) zeigen sich die Akteure kaum davon überrascht. Nur 10 Prozent der in t2 Befragten geben an, nicht mit diesem Befund gerechnet zu haben. Bei den Akteuren der Selbsthilfe und der betrieblichen Suchtprävention liegt dieser Anteil jedoch bei ca. 20 Prozent. Die Fachkräfte sind von dem Befund am wenigsten überrascht, knapp 50 Prozent haben voll und ganz mit diesem Befund gerechnet (vgl. Abbildung 3).



**Abbildung 3.** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure ( $n = 449$ )

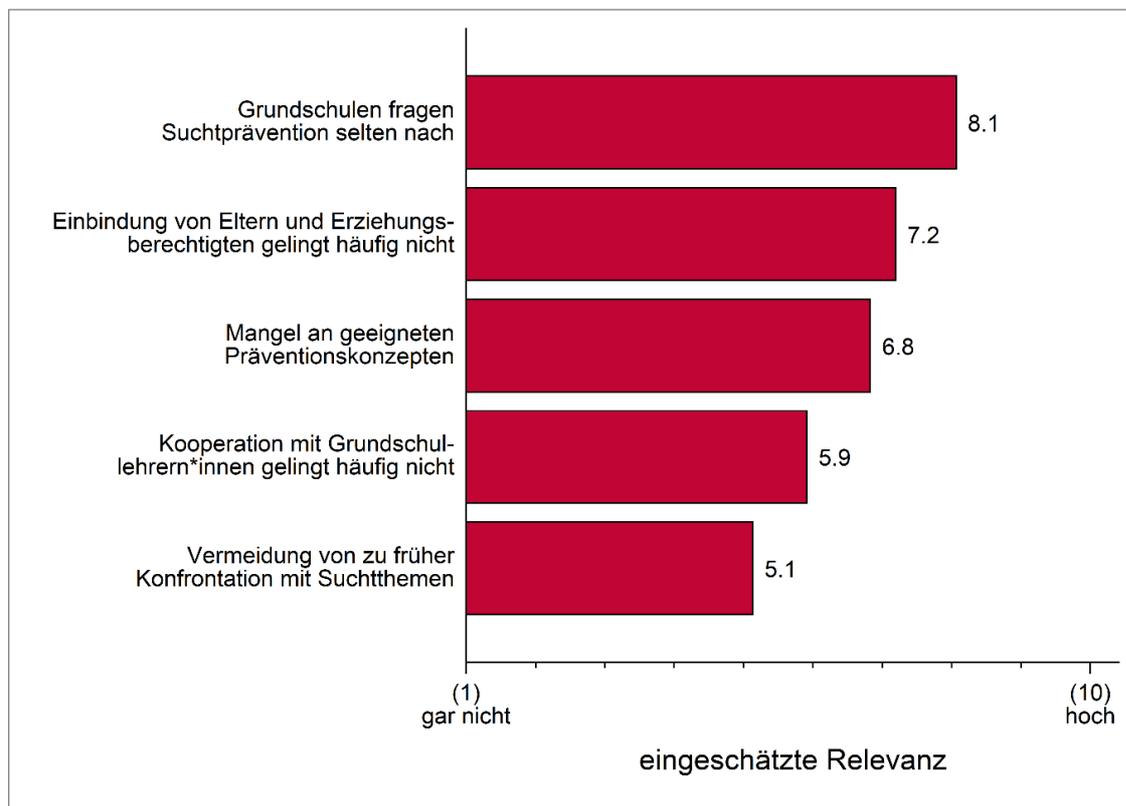
Den Befund, dass nur rund 40 Prozent der Suchtpräventionsakteure 6- bis 12-Jährige adressieren, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 6.5. Die Polizeibeamtinnen und -beamten und Fachkräfte liegen mit 6.1 etwas darunter, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kommunalen Präventionsgremien mit 7.3 deutlich höher (vgl. Abbildung 4).



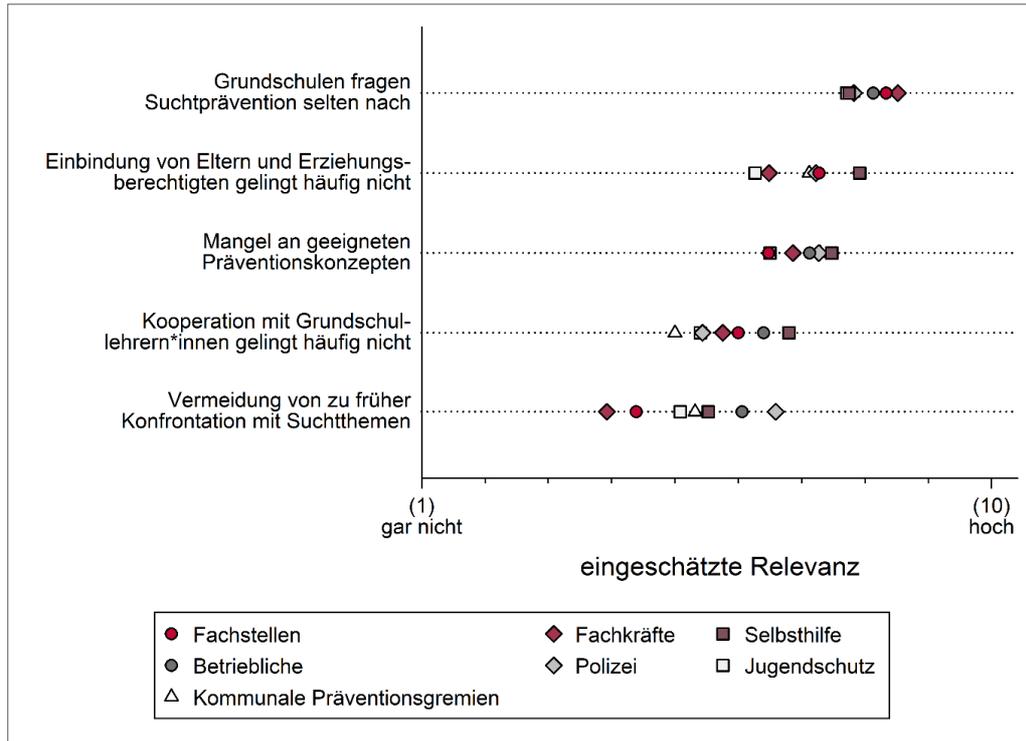
**Abbildung 4.** Problemschwere des t1-Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure ( $n = 447$ )

Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern fünf Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Die These „Grundschulen fragen Suchtprävention selten nach.“ erfährt hierbei eine besonders hohe Zustimmung. Auch die These „Die Einbindung von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten für die Zielgruppe der 6- bis 12-Jährigen gelingt häufig nicht.“ stellt aus Sicht der Akteure eine relevante These zur Erklärung der geringen Adressierung dieser Altersgruppe dar. Die These „Es gibt einen Mangel an Präventionskonzepten, die für Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren geeignet sind.“ wird noch als einigermaßen schlüssige Begründung akzeptiert. Hingegen erreichen die Thesen „Die Kooperation mit Grundschullehrer\*innen gelingt häufig nicht.“ und „Suchtpräventionsakteure wollen vermeiden, Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren zu früh mit Suchtthemen zu konfrontieren.“ nur noch mittlere Relevanzzuschreibungen (vgl. Abbildung 5).

Zwischen den Akteursgruppen bestehen in Bezug auf die Beurteilung einiger Thesen geringfügige Unterschiede. Präventionskräfte der Polizei sehen im Vergleich zu anderen Akteursgruppen das geringfügigere Adressieren von 6- bis 12-Jährigen stärker darin begründet, dass eine zu frühe Konfrontation mit Suchtthemen vermieden werden soll. Weiterhin sind insbesondere die Akteure der Selbsthilfe der Meinung, dass die Kooperation mit Grundschullehrkräften und die Einbindung der Eltern/Erziehungsberechtigten häufig nicht gelinge und somit als ursächlich angeführt werden könne (vgl. Abbildung 6).



**Abbildung 5.** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure ( $n = 436$ )



**Abbildung 6.** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; n = 395)

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“

Erklärung	N
Fehlendes Problembewusstsein/Informationen über frühzeitige Suchtprävention	26
Fehlende Ressourcen der Präventionsakteure und Schulen	22
Anderer Präventionsschwerpunkt in Grundschulen	12
Zielgruppe ist zu anspruchsvoll	4
Eltern zu unreflektiert	3
Andere sind dafür zuständig	2
Setzt zu früh an*	2
Fehlende Informationen über konkrete Präventionstechniken	1
Fokus liegt zu sehr auf Multiplikatorenschulungen für Lehrkräfte	1
Kein politischer Druck	1
Schulen arbeiten ohne Anbindung an SP-Akteure	1
Strukturelle Probleme auf politischer Ebene	1
Zu wenig Programme für die Altersgruppe*	1

Anmerkung. \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

26 Akteure führen ein fehlendes Problembewusstsein der Verantwortlichen gegenüber der Thematik an. Die Relevanz frühzeitiger Suchtpräventionsmaßnahmen sei Eltern und Lehrern häufig nicht bewusst. Sie würden sich in der Regel erst an Suchtpräventionsakteure wenden, wenn bereits akute Probleme aufgetreten seien. 22 Akteure bemängeln fehlende Ressourcen. Sowohl die Präventionsakteure selbst als auch die Schulen würden gern mehr mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren arbeiten, hätten dafür aber zu wenig Zeit und Geld. Die Lehrpläne der Grundschulen würden bereits jetzt als überfüllt wahrgenommen. Einige Befragte kritisieren, dass es zu wenige Stellen für Fachkräfte für Suchtprävention gebe. Zwölf Akteure heben hervor, dass der Präventionsschwerpunkt von Grundschulen häufig nicht auf Suchtprävention, sondern eher auf Gesundheits- und Lebenskompetenz fokussiert sei. Vier Akteure erklären, dass Kinder zwischen 6 und 12 Jahren eine besondere Zielgruppe darstellen würden und die suchtpreventive Arbeit mit ihnen zu anspruchsvoll sei. Drei Akteure geben an, dass die Eltern der Kinder zu unreflektiert seien, um mit ihnen arbeiten zu können. Zwei Akteure weisen darauf hin, dass die Aufgabe von Prävention an Grundschulen nicht in die Zuständigkeit der Suchtpräventionsakteure, sondern in die anderer Akteursgruppen falle. Zwei Akteure bekräftigen die bereits vom Forscherteam vorgelegte These, dass Suchtprävention für diese junge Altersgruppe noch ungeeignet sei. Weitere Erklärungsansätze, die von einzelnen Befragten aufgeführt werden, betreffen fehlende Informationen bezüglich konkreter Präventionstechniken, eine zu starke Fokussierung auf die Multiplikatorenschulungen für Lehrkräfte, mangelnden politischen Druck, strukturelle Probleme auf politischer Ebene sowie eine fehlende Anbindung der Schulen an Suchtpräventionsakteure. Darüber hinaus konnten zehn weitere Aussagen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### **Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure**

Die Akteure wurden des Weiteren dazu befragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren adressieren. Insgesamt äußern sich 218 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage, 183 geben an, dass sie dies nicht einschätzen könnten. Sieben Befragte geben an, eine stärkere Adressierung von Kindern zwischen 6 und 12 Jahren als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 8,0%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 5).

56 Akteure schlagen vor, die Suchtpräventionsakteure besser zu vernetzen. Dabei werden vor allem Schulen und Eltern als mögliche Kooperationspartner genannt. In diesem Zusammenhang wird auch mehrfach der Gedanke geäußert, diese durch schulpolitische Vorgaben zur Zusammenarbeit mit Suchtpräventionsfachkräften zu bewegen. Einige Befragte empfehlen zudem, nicht erst im Grundschulalter mit der Zusammenarbeit zu beginnen, sondern auch mit Kindertagesstätten Kooperationen aufzubauen. 55 Akteure sprechen sich dafür aus, Suchtprävention fest in den Lehrplan von Schulen zu integrieren. 50 Akteure empfehlen, mehr Schulungen für Schulpersonal, Eltern und Erziehungsberechtigte sowie thematische Elternabende anzubieten. 41 Akteure wünschen sich mehr Konzepte für Kinder zwischen 6 und 12 Jahren, häufig werden in diesem Zusammenhang Begriffe wie Erlebnis-/Freizeit-/Abenteuerepädagogik genannt. 29 Akteure fordern mehr Ressourcen für ihre suchtpreventive Arbeit. Viele Akteure würden gerne mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren und deren Eltern arbeiten, hätten dafür jedoch zu wenig Zeit, Geld oder Personal. Insbesondere der Mangel an Fachkräften für Suchtprävention wird hervorgehoben. 17 Akteure sprechen sich dafür aus, Öffentlichkeitsarbeit zu fördern. Weiterhin merken 15 Akteure an, dass nachhaltige Suchtprävention in diesem Alter insbesondere durch allgemeine Gesundheitsvorsorge oder Lebenskompetenztrainings erreicht werden könne. Vier Ak-

teure schlagen vor, Suchtpräventionskonzepte zukünftig einheitlicher zu gestalten. Drei Akteure wünschen sich eine stärkere Schwerpunktsetzung in Bezug auf die Evidenzbasierung. Drei Akteure fordern die Politik auf, sich für strukturelle Verbesserungen an Schulen einzusetzen. Zwei Akteure schlagen vor, kostenlose Suchtpräventionsprogramme für Schulen anzubieten. Weitere vorgeschlagene Maßnahmen, die von einzelnen Befragten genannt werden, beziehen sich auf Mitarbeiterbefragungen an Schulen und Kindergärten, eine Verknüpfung der Suchtpräventionsprogramme, die an KiTas, Schulen und weiterführenden Schulen angeboten werden, Modellprojekte, eine thematisch stärkere Einbindung der Programme in den Unterricht sowie eine systematische Abstimmung der angebotenen Programme zwischen Politik und Schule. Ein weiterer Befragter schlägt darüber hinaus vor, mehr Suchtprävention für Kinder zwischen 6 und 12 Jahren anzubieten, die auf Erfahrungsberichten basiert. Neunzehn Aussagen von Teilnehmern konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

Tabelle 5. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren adressieren“

Maßnahme	N
Bessere Vernetzung	56
Suchtprävention in den Lehrplan einbetten	55
Schulungen/Aufklärung/Sensibilisierung	50
Mehr Konzepte für Kinder (von 6 bis 12) fördern	41
Mehr Ressourcen	29
Öffentlichkeitsarbeit fördern	17
In Gesundheitsvorsorge-/Lebenskompetenzkonzepte einbetten	15
Suchtpräventionskonzepte einheitlicher gestalten	4
Schwerpunktsetzung auf Evidenzbasierung	3
Strukturelle Verbesserung der Schulen (politisch)	3
Kostenlose Programme für Schulen	2
(Mitarbeiter-)Evaluationen an Schulen und Kindergärten	1
Suchtpräventionsprogramme auf Erfahrungsberichten beruhend	1
Suchtpräventionsprogramme in KiTas und Schulen (und weiterführend) verketteten	1
Suchtpräventionsprogramme systematisch mit Politik und Schulen abstimmen	1
Suchtpräventionsprogramme thematisch in den Unterricht einbinden	1
Modellprojekt	1
Programme an SP-Akteure anpassen	1

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

### 3.2.1.2 Vorschulkinder

Darüber hinaus wurde den Befragten in der zweiten Onlinebefragung folgender Befund präsentiert:

Des Weiteren gibt mit 20% ein noch geringerer Anteil der befragten Präventionsakteure an, mit Vorschulkindern bzw. deren Eltern zu arbeiten (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 114).

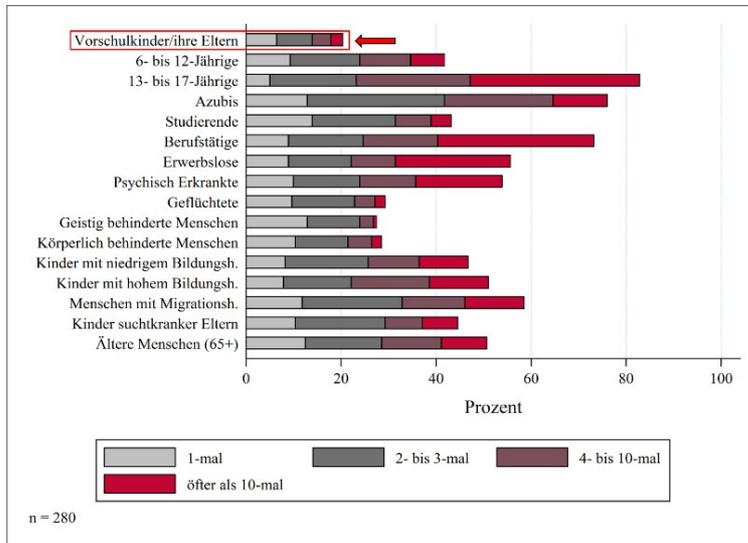
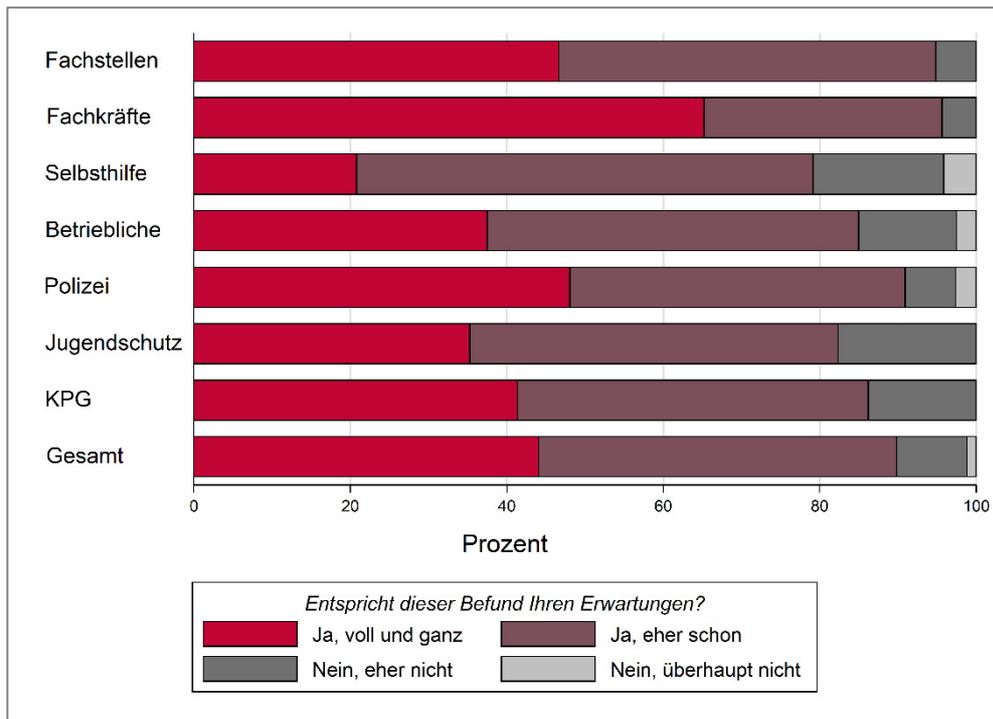


Abbildung 35. Adressierung von Endadressatengruppen (Hauptakteure; n = 280)

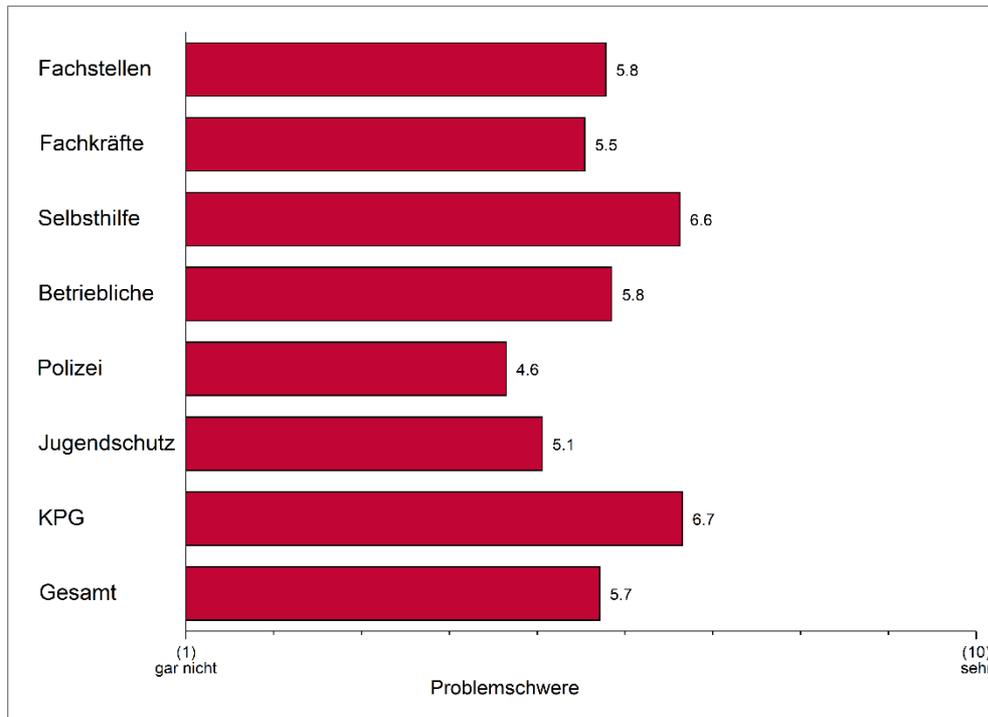
**Abbildung 7.** Präsentation des t1-Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ in der Onlinebefragung

Nur etwa 10 Prozent geben an, nicht mit diesem Befund gerechnet zu haben. Bei den Akteuren der Selbsthilfe liegt dieser Anteil bei etwa 20 Prozent, bei der betrieblichen Suchtprävention bei etwa 15 Prozent. Am wenigsten überrascht zeigen sich die Fachkräfte: Über 60 Prozent rechneten voll und ganz mit diesem Befund (vgl. Abbildung 8).



**Abbildung 8:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure (n = 433)

Den Befund, dass nur rund 20 Prozent der Suchtpräventionsakteure Vorschulkinder und deren Eltern adressieren, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 5.7. Vor allem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kommunalen Präventionsgremien und die Akteure der Selbsthilfe sehen in diesem Befund ein Problem (6.7 bzw. 6.6). Die Polizeibeamtinnen und -beamten und die Belegschaft des Jugendschutzes geben hierbei die geringsten Werte an (vgl. Abbildung 9).

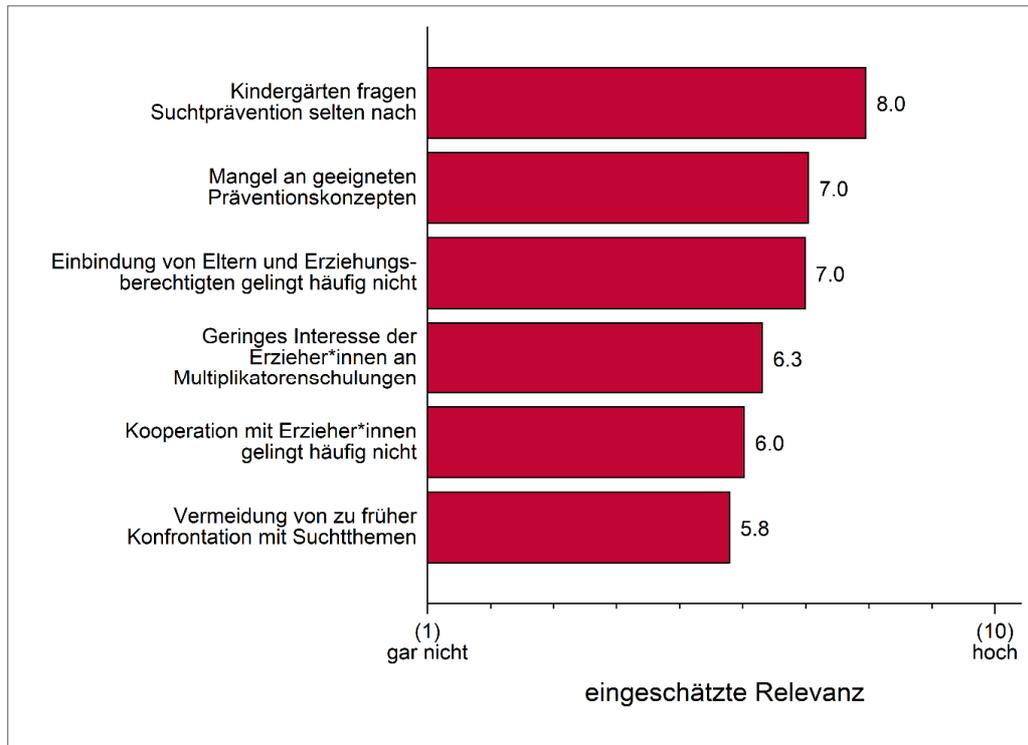


**Abbildung 9:** Problemschwere des t1-Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure ( $n = 432$ )

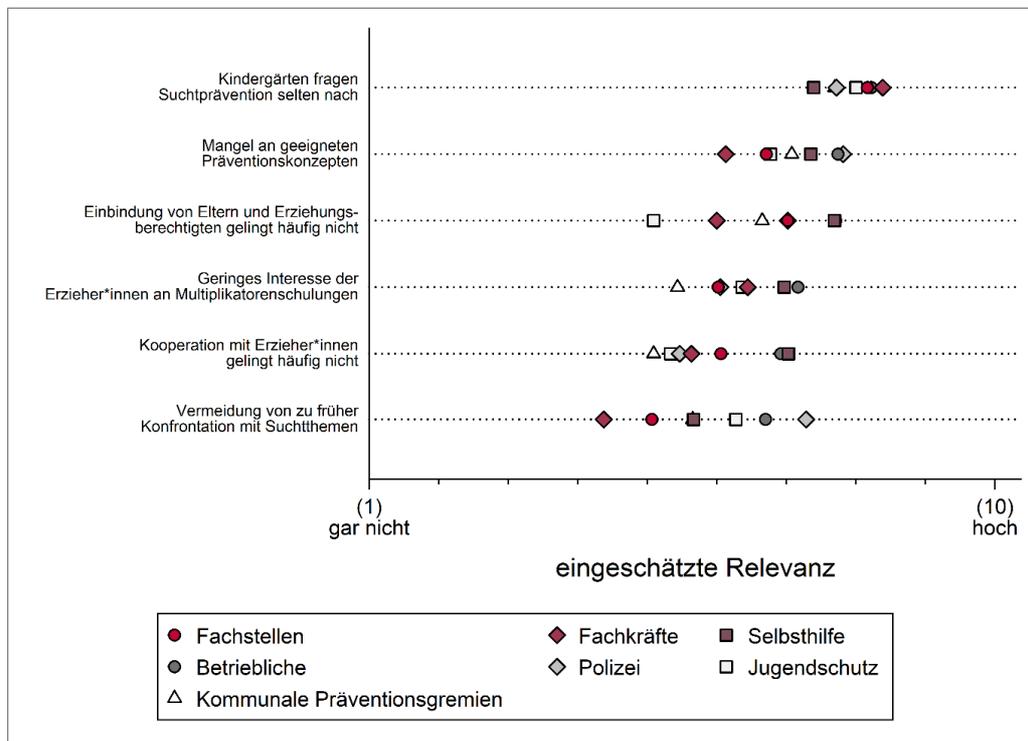
Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sechs Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Insbesondere der These *„Kindergärten fragen Suchtprävention selten nach.“* messen die Befragten eine hohe Relevanz bei. Ebenfalls als relevant bewertet werden die Thesen *„Es gibt einen Mangel an Präventionskonzepten, die für Vorschulkinder bzw. deren Eltern geeignet sind.“* und *„Die Einbindung von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten für die Zielgruppe der Vorschulkinder gelingt häufig nicht.“* Im Vergleich dazu wird die These *„Seitens der Erzieher\*innen besteht zu geringes Interesse an Multiplikatorenschulungen.“* als weniger relevante Erklärung für den Befund bewertet. Die Thesen *„Die Kooperation mit Erzieher\*innen gelingt häufig nicht.“* und *„Suchtpräventionsakteure wollen vermeiden, Vorschulkinder zu früh mit Suchtthemen zu konfrontieren.“* erreichen mittlere Relevanzzuschreibungen (vgl. Abbildung 10).

Kongruent zu den Befunden zur Suchtprävention mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren wird auch für die hier betrachtete jüngere Altersgruppe der Sorge um eine zu frühe Konfrontation mit Suchtthemen nur eine geringe Relevanz für die Zurückhaltung bei der Arbeit mit Vorschulkindern beigemessen. Die Polizeibeamtinnen und -beamten und die Beschäftigten in der betrieblichen Suchtprävention schreiben diesem Erklärungsansatz auch hier (vgl. Abschnitt 3.2.1.1 Kinder und Jugendliche) eine höhere

Relevanz zu als die Fachkräfte für Suchtprävention und die Beschäftigten der Fachstellen. Die Selbsthilfe schätzt darüber hinaus Probleme bei der Einbindung von Erziehungsberechtigten deutlich relevanter ein als zum Beispiel der Jugendschutz (vgl. Abbildung 11).



**Abbildung 10:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure (n = 432)



**Abbildung 11:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach den Subgruppen; n = 391)

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 6)

Tabelle 6. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“

Erklärung	N
Fehlende Ressourcen der Akteure und KiTas	15
Fehlendes Problembewusstsein/Informationen über frühzeitige SP	11
Fokus liegt eher auf allgemeiner Lebenskompetenzvermittlung/Gesundheitsförderung	5
Eltern kooperieren nicht*	4
Zu wenig Programme für die Altersgruppe*	3
Zu wenig Öffentlichkeitsarbeit	3
KiTas werden zu selten aktiv von SP-Akteuren angesprochen*	2
Setzt zu früh an*	1
Eltern sind zu unreflektiert	1
Erzieherinnen und Erzieher sind zu schlecht ausgebildet	1
Frühzeitige Stigmatisierung soll vermieden werden	1
Zu wenig KiTas vorhanden	1

*Anmerkung.* \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

15 Akteure führen als Begründung an, dass sowohl die Präventionsakteure selbst als auch die Kindertagesstätten über zu wenig finanzielle und personelle Ressourcen verfügten. Die Fachstellen für Suchtprävention seien allgemein „gravierend“ unterfinanziert, Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten hätten zu wenig Zeit, um sich angemessen um das Thema zu kümmern. Elf Akteure geben an, dass die Zusammenarbeit mit Eltern sich in dieser Altersgruppe schwierig gestalte. Süchtige Eltern hätten Angst, selbst „entdeckt“ zu werden, nicht-süchtige Eltern hätten wiederum kein ausreichendes Problembewusstsein für die Thematik. Insgesamt seien Informationen über die Relevanz frühzeitiger Suchtprävention nicht weit genug verbreitet. Fünf Befragte heben hervor, dass der Fokus für diese Altersgruppe eher auf der (allgemeinen) Vermittlung von Lebenskompetenzen liege:

*„Suchtprävention im Grundschulbereich [/Vorschulalter] bedeutet eher Arbeit mit Kompetenzen und Stärken und nicht mit den Begriffen der Sucht. Viele Programme sind darauf automatisch mit ausgerichtet, das Thema ‚Suchtprävention‘ taucht daher weniger auf, wird aber im Grund miteinbezogen“.*

Drei Akteure kritisieren einen Mangel an geeigneten Programmen für die Altersgruppe, weitere drei Akteure einen Mangel an Öffentlichkeitsarbeit. Zwei Akteure erklären, dass Kindertagesstätten zu selten aktiv Suchtprävention nachfragen würden. Weitere Erklärungsansätze, die von einzelnen Befragten aufgeführt werden, betreffen das Vermeiden frühzeitiger Stigmatisierung, einen generellen Mangel an KiTas, eine mangelnde Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher, sowie ein mögliches mangelndes Problembewusstsein der Eltern. Zwei weitere Aussagen von Akteuren konnten nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Die Akteure wurden des Weiteren dazu befragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme sei, damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Vorschulkinder bzw. deren Eltern adressieren. Insgesamt äußern sich 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage. Weitere 248 Befragte geben an, dies nicht einschätzen zu können. Vierundvierzig Personen geben an, eine stärkere Adressierung von Vorschulkindern und deren Eltern als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 10,2%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit zukünftig mehr Suchtpräventionsakteure Vorschulkinder bzw. deren Eltern adressieren“

Maßnahme	N
Schulungen/Aufklärung/Sensibilisierung	87
Mehr (finanzielle) Ressourcen für Suchtprävention	28
Strukturelle/Politische Lösungen	23
Bessere Vernetzung	21
Öffentlichkeitsarbeit fördern	19
(Mehr) Konzepte für Vorschulkinder (stärken)	14
Suchtpräventionsprogramme auf (allgemeine) Lebenskompetenzvermittlung fokussieren	6
Fokus auf die Eltern legen	3
Suchtpräventionsprogramme landesweit vereinheitlichen	3
Selbstbewusstsein stärken	2
Pädagogik vor Prävention	2
In übergeordnete Konzepte einbinden	1
KFN-Studie veröffentlichen	1
Kleinere KiTa-Gruppen	1
Mehr Prävention allgemein	1
Mitarbeiterevaluationen in KiTas	1
Kostenlose Präventionsprogramme	1
Suchtpräventionsprogramme auf (allgemeine) Gesundheitsvorsorge fokussieren	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

87 Akteure sind sich darüber einig, dass Suchtprävention im Vorschulbereich insbesondere über das Erreichen, Aufklären und Sensibilisieren der Eltern sowie der Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten praktiziert werden sollte. Dies könne durch (verpflichtende) Eltern- oder Themenabende oder (fest integrierte) Bestandteile in den Ausbildungen von pädagogischem Personal realisiert werden. 28 Akteure sind der Meinung, dass mehr Ressourcen, sowohl in den Kindertagesstätten als auch für die Präventionsakteure selbst, dabei helfen würden, mehr Vorschulkinder zu erreichen. 23 Akteure schlagen strukturelle oder politische Maßnahmen vor. Suchtpräventionsaspekte sollten in Vorschulkonzepten fest verankert werden. 21 Akteure schlagen eine bessere Vernetzung vor, insbesondere mit Erzieherinnen und Erziehern in Kindertagesstätten und sonstigen Einrichtungen, die sich mit Vorschulkindern beschäftigen. 19 Akteure sprechen sich für eine Förderung von vermehrter Öffentlichkeitsarbeit und Enttabuisierung aus. 14 Akteure wünschen sich, dass mehr Konzepte für Vorschulkinder geschaffen bzw. gestärkt würden. Sechs Akteure schlagen vor, bestehende Konzepte auf die (allgemeine) Lebenskompetenzvermittlung zu fokussieren. Drei Akteure sehen es als förderlich an, wenn der Fokus in dieser Altersgruppe vor allem auf die Eltern gelegt würde. Weitere drei Akteure schlagen vor, die

angebotenen Suchtpräventionsprogramme für Vorschulkinder zu vereinheitlichen. Zwei Akteure erachten es als wichtig, schon früh das Selbstbewusstsein der Kinder zu stärken. Weitere zwei Akteure betonen, dass in erster Linie die pädagogische Betreuung verbessert werden müsse. Weitere potenzielle Maßnahmen, die von einzelnen Befragten aufgeführt werden, beziehen sich auf eine Einbindung der Präventionskonzepte für diese Altersgruppe in übergeordnete Konzepte wie den CTC-Ansatz, die Veröffentlichungen von Befragungsergebnissen, eine Verkleinerung der KiTa-Gruppen, eine Ausweitung des Präventionsangebots insgesamt, Mitarbeiterevaluationen in Kindertagesstätten, die Bereitstellung kostenloser Präventionsprogramme, sowie eine verstärkte Fokussierung auf die allgemeine Gesundheitsvorsorge in den Programmen. Sieben Aussagen von Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

### 3.2.2 Thema 02: Selektive Suchtprävention bei Personen mit erhöhtem Suchtrisiko

#### 3.2.2.1 Präventionsarbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien

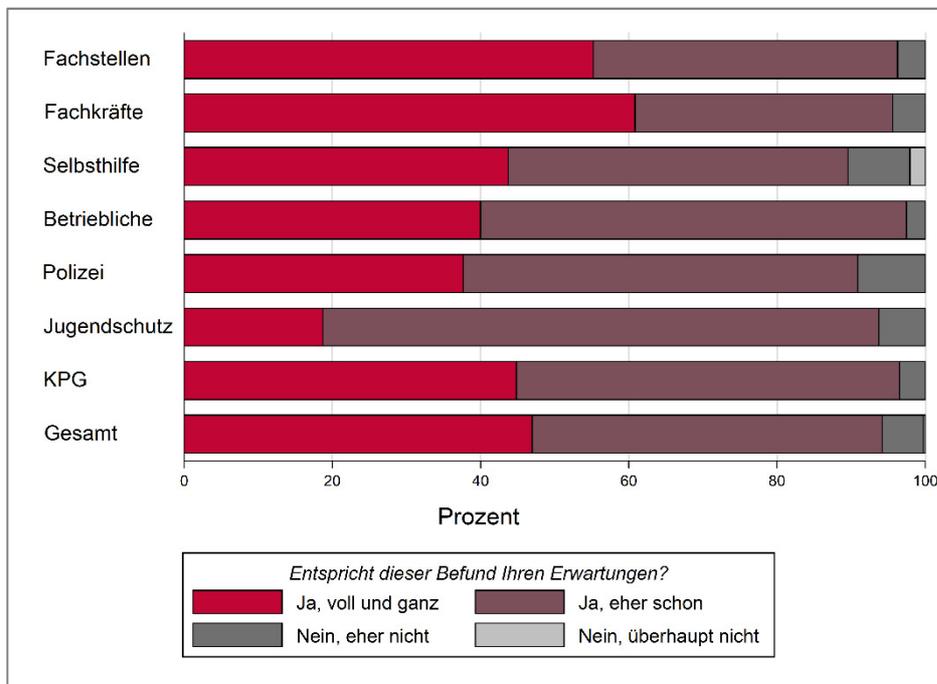
Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Gemäß der ersten Onlinebefragung (t1) kommen Methoden der selektiven Suchtprävention (im Vergleich zu Universal- und indizierter Prävention) derzeit in Niedersachsen am wenigsten zur Anwendung (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 109).

Insbesondere für Kinder aus suchtbelasteten Familien sehen die Suchtpräventionsakteure die Notwendigkeit, sie zukünftig noch stärker zu erreichen (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 103).

**Abbildung 12.** Präsentation des t1-Befundes „Notwendigkeit Kinder aus suchtbelasteten Familien zukünftig stärker zu erreichen“ in der Onlinebefragung

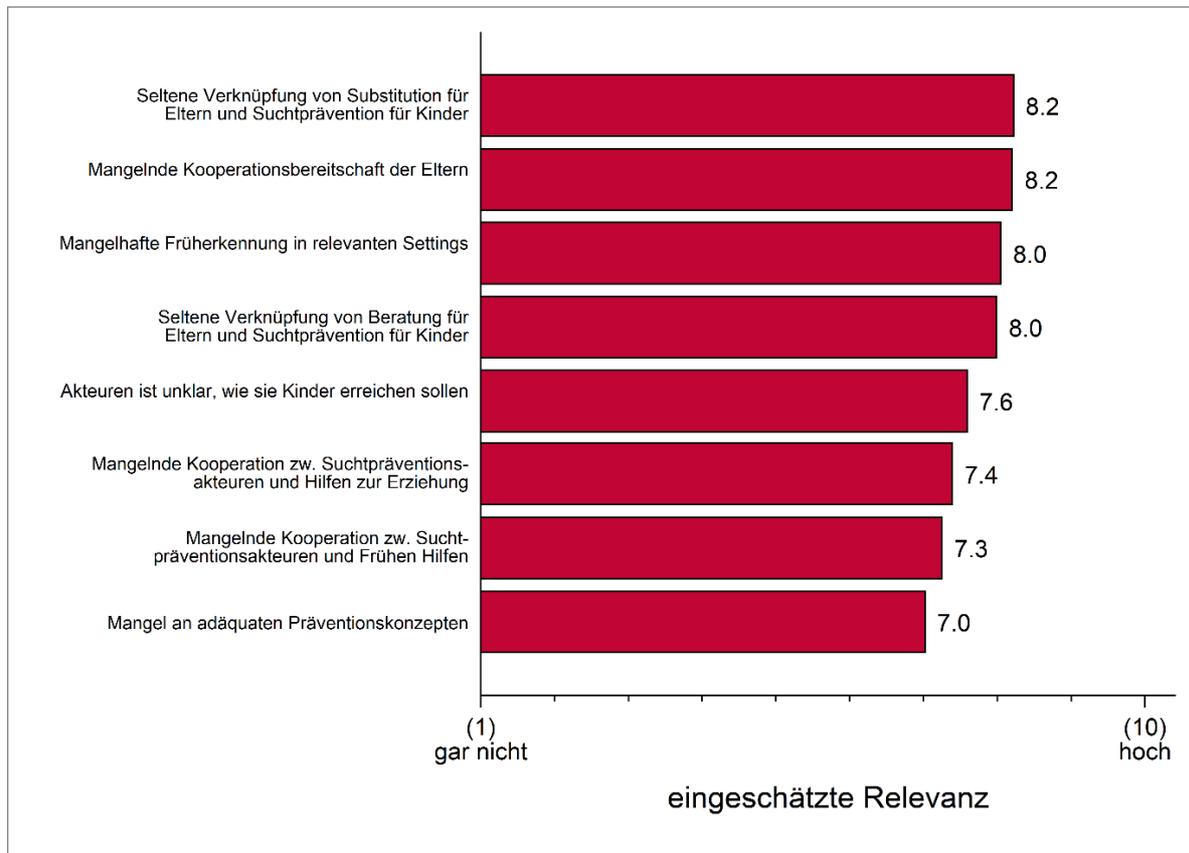
Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) zeigen sich die Akteure kaum davon überrascht. Weniger als 10 Prozent der Befragten geben an, dass der Befund nicht ihren Erwartungen entspricht. Über 60 Prozent der Fachkräfte und weniger als 20 Prozent der Beschäftigten im Jugendschutz haben voll und ganz mit diesem Befund gerechnet (vgl. Abbildung 13).



**Abbildung 13:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“ aus Sicht der Akteure (n = 430)

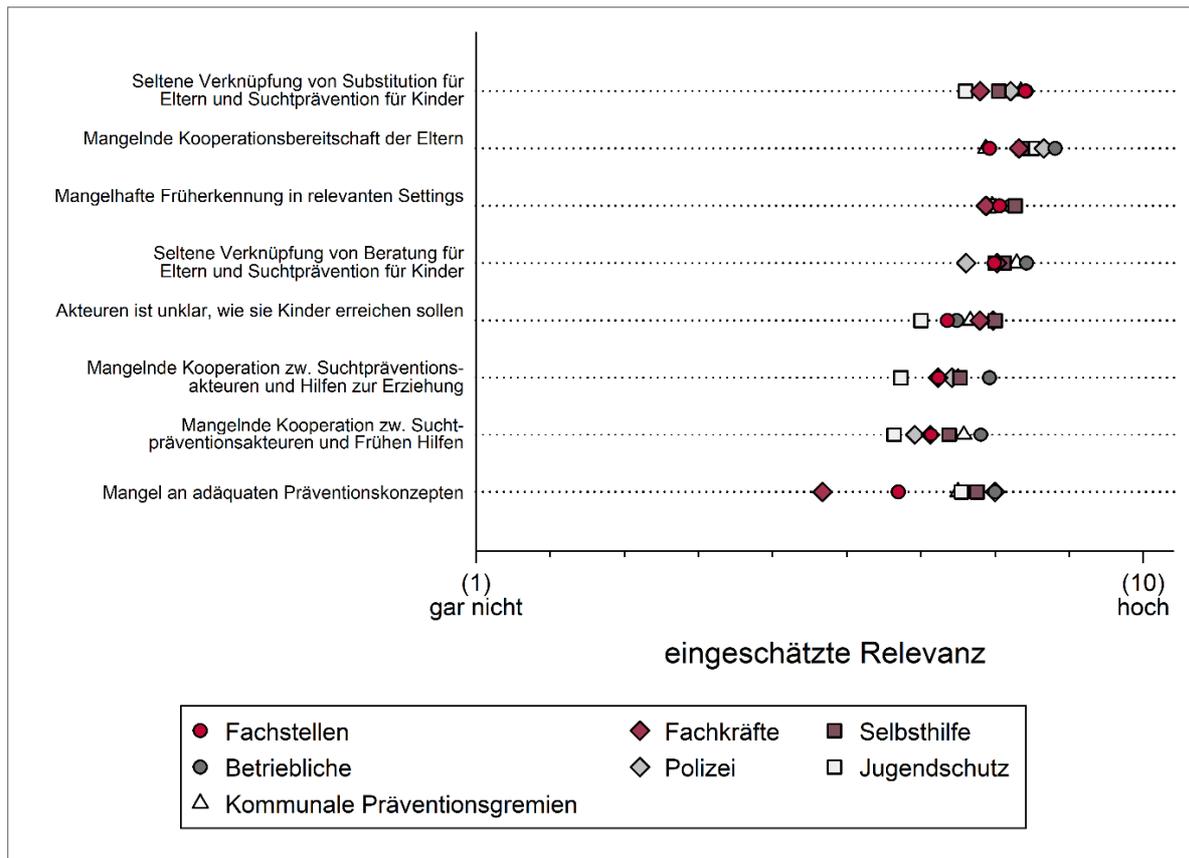
Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern acht Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Allen angebotenen Erklärungsansätzen wird eine relativ hohe Bedeutung zugesprochen. Als besonders relevant eingeschätzt werden dabei die Thesen „Im Zuge der Substitution suchtkranker Eltern wird zu selten Suchtprävention für deren Kinder bereitgestellt.“, „Maßnahmen für Kinder aus suchtbelasteten Familien scheitern häufig an der mangelnden Kooperationsbereitschaft der Eltern.“, „Die Früherkennung von Kindern aus suchtbelasteten Familien in relevanten Settings (z.B. Kindergärten, Schulen, medizinisches Versorgungssystem) ist mangelhaft.“ sowie „Im Zuge der Beratung suchtkranker Eltern wird zu selten Suchtprävention für deren Kinder be-

reitgestellt.“ Die Thesen „Viele Suchtpräventionsakteure wissen nicht, wie sie Kinder aus suchtbelasteten Familien erreichen sollen.“, „Es besteht eine mangelnde Kooperation zwischen Suchtpräventionsakteuren auf der einen Seite und den Akteuren der Hilfen zur Erziehung auf der anderen Seite.“, „Es besteht eine mangelnde Kooperation zwischen Suchtpräventionsakteuren auf der einen Seite und den Akteuren der Frühen Hilfen auf der anderen Seite.“ und „Selektive Suchtprävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien bedarf komplexer und nachhaltiger Interventionen. Hierzu stehen derzeit keine adäquaten Präventionskonzepte zur Verfügung.“ werden ebenfalls als relevant bewertet (vgl. Abbildung 14).



**Abbildung 14:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“ aus Sicht der Akteure ( $n = 416$ )

Die Thesen werden von den verschiedenen Akteursgruppen als ähnlich relevant bewertet. Lediglich in Bezug auf den Mangel an Präventionskonzepten bestehen divergierende Einschätzungen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen und insbesondere die Fachkräfte schätzen diesen Erklärungsansatz im Vergleich zu den anderen Gruppen als weniger relevant ein (vgl. Abbildung 15).



**Abbildung 15:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach den Subgruppen;  $n = 377$ )

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Auf die Frage, ob ihnen noch weitere relevante Erklärungen einfallen würden, antworten insgesamt 26 Befragte mit „ja“. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8.** Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtbelasteten Familien notwendig“

Erklärung	N
Ressourcenmangel bei den Akteuren	10
Einstellungen und Verhaltensweisen der Eltern	6
Erreichbarkeit und Motivation der Kinder	5
Strukturelle Hürden	5
Erschwerte Kommunikation	3
Kaum Konzepte, die Familienmitglieder einbeziehen	2
Schwierigkeiten Thema anzusprechen	1
Thema zu unbekannt	1
Mangel an konstanten Angeboten	1
Politische Unterstützung	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

Zehn Akteure benennen einen Mangel an finanziellen Ressourcen als mögliche Ursache für den Befund. Die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien sei sehr aufwändig. Hierfür fehle es an Fördermitteln:

*„Um die Kinder von Suchtkranken zu erreichen, muss man einen langen Atem haben und kontinuierliche Angebote anbieten. Dies ist aufgrund der mangelnden Finanzierung schwer möglich. In der Regel laufen Projekte nur über Sponsoring oder Projektförderung“*

Sechs Akteure benennen wiederum Einstellungen und Verhaltensweisen der suchtkranken Eltern als weitere mögliche Erklärung. Demnach würden Eltern das Problem nicht erkennen, das Thema würde bei ihnen wenig Akzeptanz genießen und sie hätten große Angst vor Stigmatisierung in dem Sinne, nicht als „gute Eltern“ akzeptiert zu werden:

*„Stigmatisierung der Kinder soll vermieden werden. Die suchtkranken Eltern möchten als gute Eltern angesehen werden und sind daher nicht zugänglich für Hilfe in diesem Bereich, bzw. empfinden diese als Bedrohung. Bei den Beratern besteht die Sorge durch ein zu starkes Ansprechen des Themas den Zugang zu den Eltern zu verlieren.“*

Fünf Akteure sehen in der Zielgruppe selbst eine mögliche Erklärung. Kinder aus suchtbelasteten Familien seien schwerer zu erreichen und zu motivieren. Einige würden sich zudem nicht auch noch außerhalb der Familie mit dem Suchtverhalten der Eltern auseinandersetzen wollen und würden eine abwehrende Haltung einnehmen. Weitere fünf Akteure ergänzen, dass sie in ihrer Arbeit häufig durch strukturelle Hürden eingeschränkt würden. Insbesondere Datenschutz und zu lange Beantragungsprozesse für die Implementierung nachhaltiger Maßnahmen würden eine große Rolle spielen. Einer der fünf Befragten kritisiert insbesondere den Mangel an Selbsthilfegruppen für Kinder und Jugendliche. Drei Akteure erwähnen außerdem eine erschwerte Kommunikation zwischen Akteuren untereinander und mit den Betroffenen. Auch das Jugendamt binde die Suchtpräventionsakteure nicht ausreichend in ihre Arbeit ein. Zwei Akteure verweisen darauf, dass es sowohl in der Prävention als auch in der Behandlung kaum Konzepte zur Einbeziehung von Familienmitgliedern gebe. Von einzelnen Personen wurden weitere Einflüsse genannt, wie die Schwierigkeit das Thema in der Kinder- und Jugendhilfe anzusprechen, die Unbekanntheit des Themas, der Mangel an konstanten Angeboten und mangelnde politische Unterstützungsangebote für die Umsetzung von Präventionsarbeit. Zwei Antworten konnten nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### **Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure**

Die Akteure wurden des Weiteren gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, damit Kinder aus suchtkranken Familien zukünftig stärker durch Suchtprävention erreicht würden. Insgesamt äußern sich 169 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hierzu. Zusätzlich geben 237 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Fünf weitere Befragte geben an, eine stärkere Adressierung von Kindern aus suchtkranken Familien als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 1,2%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Kinder aus suchtkranken Familien zukünftig stärker durch Suchtprävention erreicht werden“

Maßnahme	N
Mehr Kooperation	66
Stärkerer Fokussierung auf Kinder bei der Beratung/Behandlung Suchtkranker	37
Mehr personelle und finanzielle Ressourcen	30
Mehr (Multiplikatoren-)Schulungen	21
An Eltern herantreten	16
Aufklärung/Sensibilisierung für das Thema	15
Entwicklung neuer Konzepte	12
Mehr Öffentlichkeitsarbeit	10
Feste Verankerung in Schulen und KiTas	9
Regelmäßige Angebote für Betroffene	7
Anonymität verhindern	4
Verpflichtende Teilnahme an Präventionsprogrammen im Zuge der Behandlung suchtkranker Eltern	4
Stärkere Zielgruppenorientierung	4
Veränderung der Strukturen	3
Mehr Zeit für die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien	2
Mehr Befugnisse	2
Selbsthilfe stärken	1
Dauerhafte Trennung von Eltern und Kind	1
Anonymität gewähren	1
Mehr "Mut"	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

66 Akteure sprechen sich für vermehrte Kooperationen aus. Die verschiedenen Hilfesysteme müssten sich effektiver miteinander vernetzen, um Kindern aus suchtkranken Familien schneller Unterstützung bereitzustellen. Wichtige Ansatzpunkte sehen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer überwiegend in den Kooperationsverhältnissen zwischen Suchthilfen und Suchtberatungsstellen sowie Jugendämtern, den Frühen Hilfen und den Kinder- und Jugendhilfen. Ebenfalls wichtige Kooperationspartner seien darüber hinaus die Akteure des medizinischen Versorgungssystems. Hier wird insbesondere auf die Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei der Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen verwiesen. 37 Akteure schlagen vor, den Fokus vermehrt auf die Kinder zu richten. Dabei ginge es vor allem darum, die Kinder aus suchtkranken Familien in die indizierte Präventionsarbeit miteinzubeziehen und darüber hinaus spezielle Angebote und Programme für sie im Rahmen der Beratung und Betreuung ihrer Eltern bereitzustellen. 30 Akteure wünschen sich mehr personelle und finanzielle Ressourcen für die Suchtpräventionsakteure. Des Weiteren werden von 21 Akteuren mehr Schulungen im Hinblick auf das Thema gefordert. Die Zielgruppen, die hier am ehesten bedacht werden sollten, seien Kinderärztinnen und -ärzte, Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher. Eine Fokussierung auf die Eltern schlagen 16 Akteure vor. Dabei gehe es insbesondere darum, die Eltern für das Thema zu sensibilisieren. 15 Akteure wünschen sich, dass Einrichtungen verstärkt für das Thema sensibilisiert und der Wert suchtpreventiver Arbeit deutlicher gemacht werden würde. Dies sei notwendig, um Stigmatisierungstendenzen zu vermeiden. Zwölf Akteure sind der Meinung, dass die Entwicklung neuer Konzepte zur Arbeit mit suchtkranken Eltern und ihren Kindern ein Weg zur Verbesserung sei. Genannt werden hier

systemische Ansätze unter Einbezug des Umfeldes, wie z.B. Vereinsarbeit, Gemeinwesenarbeit, Familienarbeit. Zehn Akteure schlagen einen Ausbau von Öffentlichkeitsarbeit bezüglich des Themas vor. Neun Akteure sprechen sich dafür aus, suchtpreventive Maßnahmen insgesamt fester in Bildungseinrichtungen wie Kindergärten und Schulen zu verankern. Dies betrifft insbesondere die Universalprävention sowie die Informationsweitergabe zur Inanspruchnahme selektiver Suchtpräventionsangebote. Sieben Akteure betonen, wie wichtig es sei, dass Maßnahmen für Kinder aus suchbelasteten Familien regelmäßig stattfinden und fordern eine nachhaltige Implementierung dieser in den Lebenswelten der Betroffenen. Das Problem der zu wahren Anonymität wird von vier Akteuren angesprochen. Ihnen zufolge müssten in bestimmten Fällen Datenschutzerwägungen im Sinne erhöhter Transparenz zurückgestellt werden. Weitere vier Akteure sprechen sich dafür aus, dass die Teilnahme der Kinder an Präventionsprogrammen ein verpflichtender Bestandteil der Suchtbehandlung ihrer Eltern wird. Weitere vier Akteure schlagen vor, zielgruppenorientierter zu arbeiten. Drei Akteure wünschen sich eine strukturelle Veränderung beispielsweise im Sinne der Verankerung von Hilfen für Kinder aus suchbelasteten Familien auf kommunaler Ebene, eine zentral koordinierende Instanz und eine Möglichkeit der Internetberatung. Zwei Akteure wünschen sich mehr zeitliche Ressourcen, um sich vermehrt diesem Thema widmen zu können. Weitere zwei Akteure fordern eine Erweiterung der Befugnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Fachstellen und Frühen Hilfen, um so ein frühzeitigeres Eingreifen zu ermöglichen. Weitere einzelne Akteure sprechen sich für eine unbedingte Wahrung der Anonymität, für die Stärkung der Selbsthilfe, für eine dauerhafte Trennung von Eltern und Kind und für „mehr Mut“, sich mit den Familien auseinanderzusetzen, aus. Sechs Antworten konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

### 3.2.2.2 Präventionsarbeit mit Erwerbslosen

Darüber hinaus wurde den Befragten in der zweiten Onlinebefragung folgender Befund präsentiert:

Auch Erwerbslose sollten aus Sicht der Suchtpräventionsakteure zukünftig stärker erreicht werden. Bislang treten jedoch Agenturen für Arbeit und Jobcenter kaum als relevante Kooperationspartner der Suchtpräventionsakteure in Erscheinung (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 103,107).

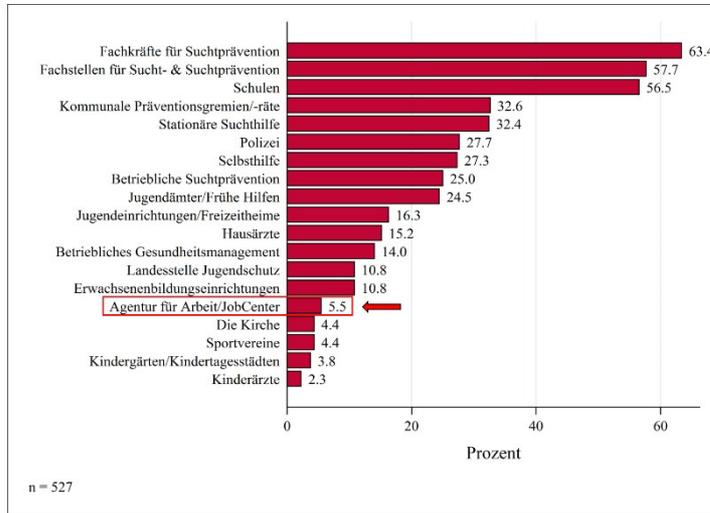
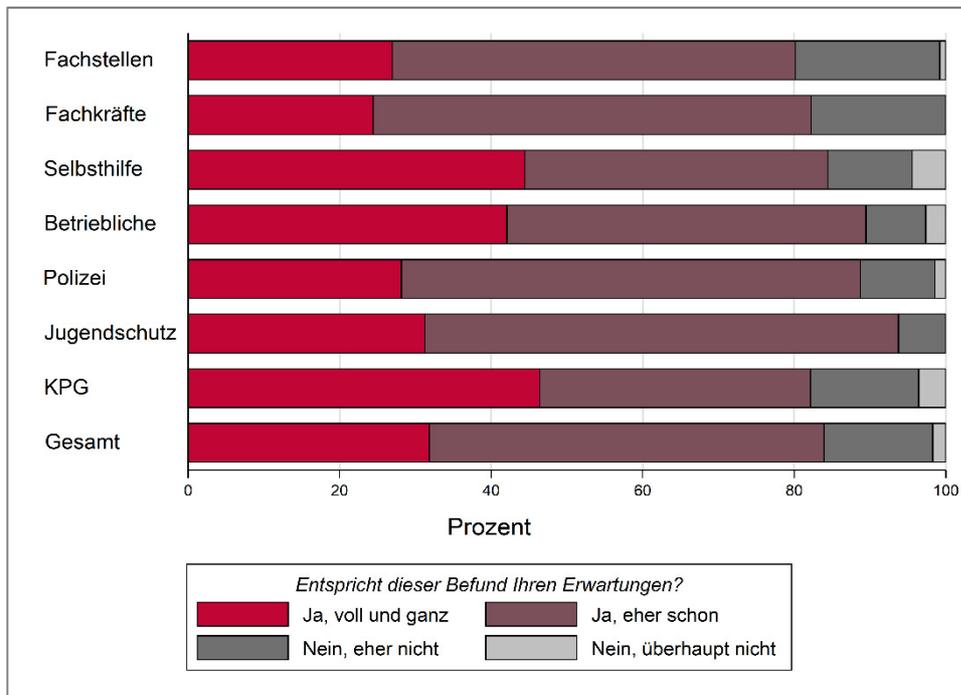


Abbildung 28. Wichtigste Kooperationspartner im Bereich Suchtprävention (Hauptakteure; n = 527)

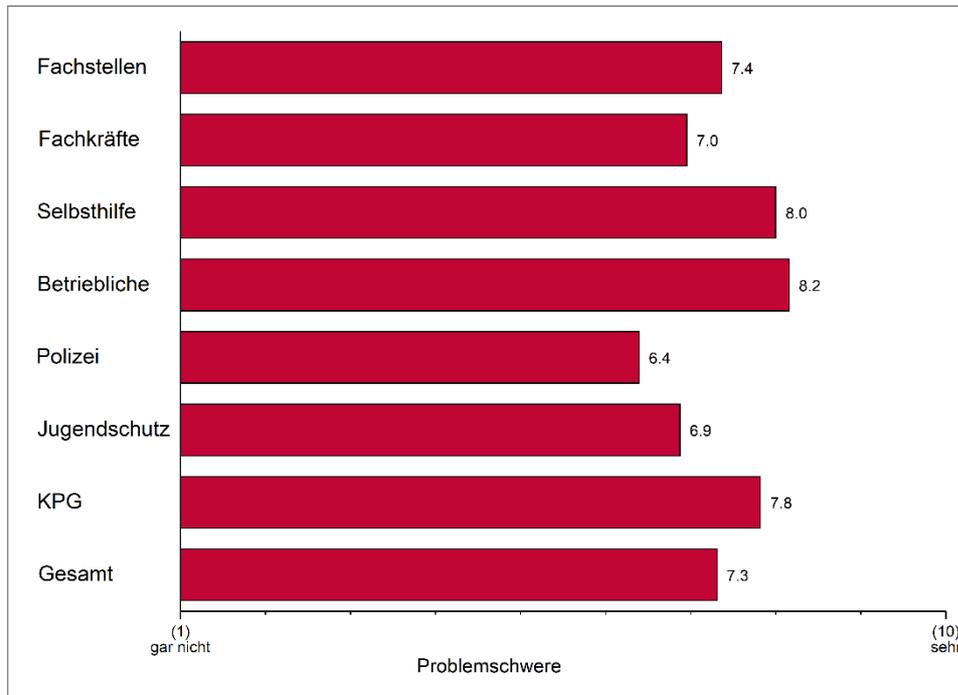
**Abbildung 16.** Präsentation des t1-Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ in der Onlinebefragung

Rund 15 Prozent der Akteure haben nicht damit gerechnet, dass Agenturen für Arbeit und Jobcenter kaum als relevante Kooperationspartner für die Suchtpräventionsakteure in Erscheinung treten. Dieser Anteil ist bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachstellen am höchsten (20%), bei den Beschäftigten im Jugendschutz mit weniger als 10 Prozent am geringsten (vgl. Abbildung 17).



**Abbildung 17:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure (n = 405)

Den Befund, dass die Agenturen für Arbeit bzw. die Jobcenter kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung treten, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 7.3. Die Polizeibeamtinnen und -beamten geben hierbei die geringsten Werte (6.4) und die in der Selbsthilfe und der betrieblichen Suchtprävention Tätigen die höchsten Werte (8.0 bzw. 8.2) an (vgl. Abbildung 18).

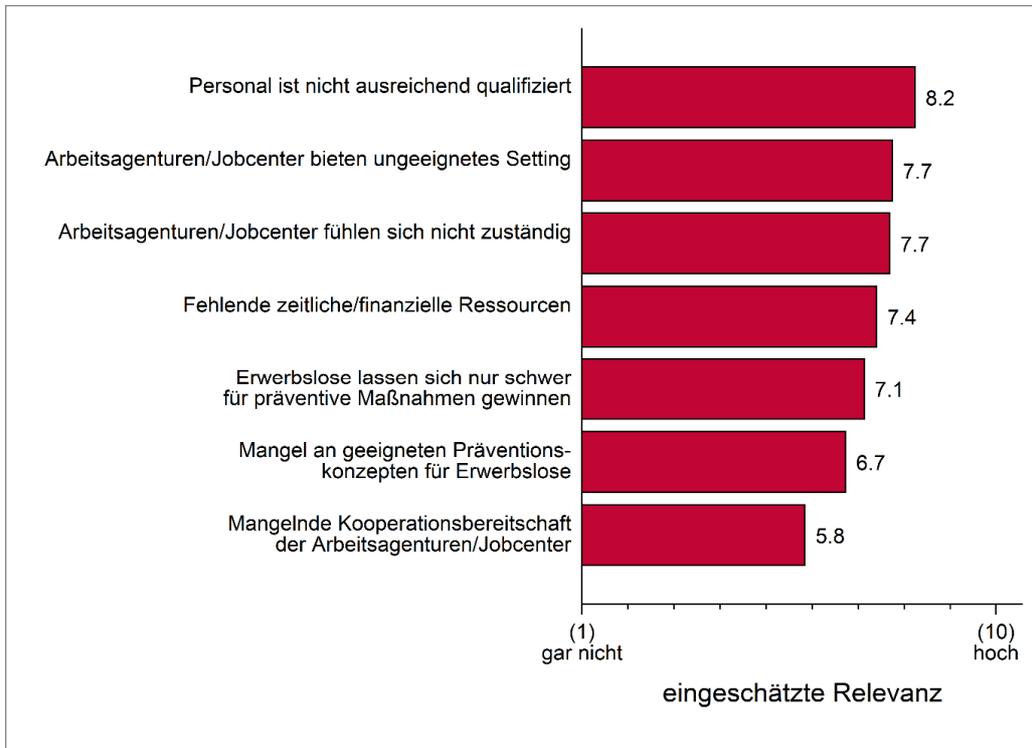


**Abbildung 18:** Problemschwere des t1-Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure ( $n = 405$ )

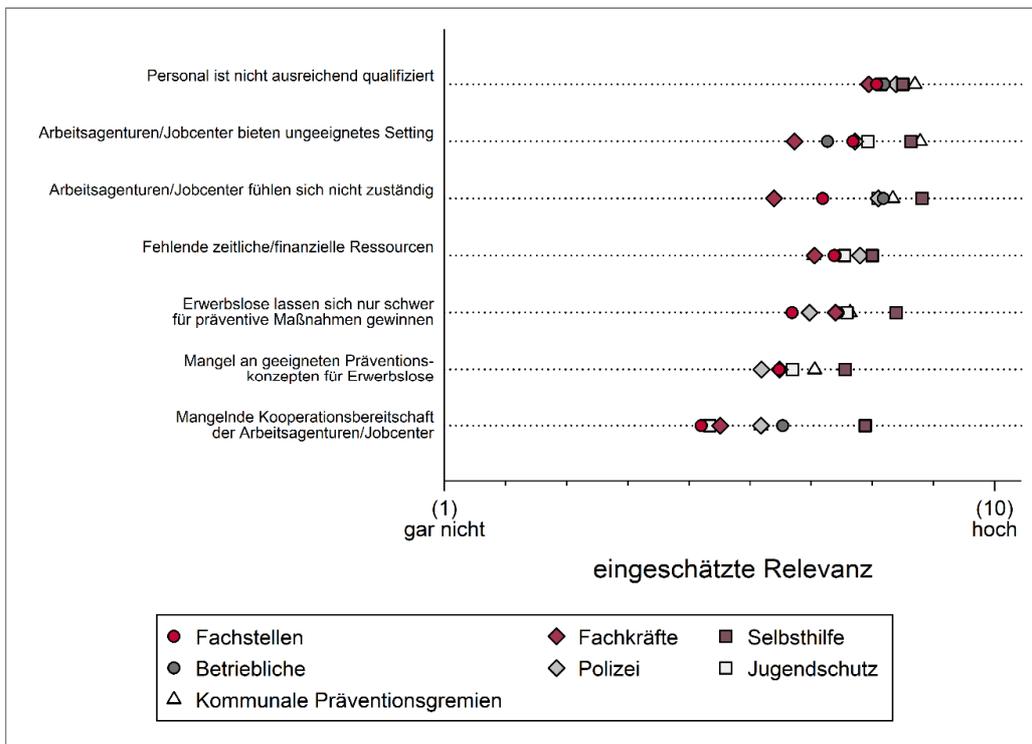
Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sieben Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Als hoch relevant bewerteten die Akteure die These „Das Personal in Arbeitsagenturen/Jobcentern weist nicht die notwendige Qualifikation für Suchtpräventionsarbeit auf.“ Ebenfalls als relevant bewertet werden die Thesen „Arbeitsagenturen/Jobcenter bieten kein geeignetes Setting für Suchtprävention.“, „Die Arbeitsagenturen/Jobcenter fühlen sich für das Thema Suchtprävention nicht zuständig.“, „Arbeitsagenturen sind für das Thema grundsätzlich offen, es scheitert aber an den zeitlichen und finanziellen Ressourcen.“, „Erwerbslose lassen sich nur schwer für suchtpreventive Maßnahmen gewinnen.“ und „Für die Gruppe der Erwerbslosen stehen zu wenig geeignete Präventionskonzepte zur Verfügung.“ Der These „Die Arbeitsagenturen/Jobcenter zeigen sich oftmals nicht offen für eine Kooperation mit Suchtpräventionsakteuren.“ wird nur eine mittlere Relevanz zugewiesen (vgl. Abbildung 19).

Einigkeit herrscht zwischen den Akteuren im Hinblick auf eine nicht ausreichende Qualifikation des Personals in den Agenturen für Arbeit/Jobcentern als mögliche Begründung für die seltene Kooperation. Akteure der Selbsthilfe bescheinigen dem Jobcenter stärker als die anderen Akteursgruppen eine mangelnde Kooperationsbereitschaft und weisen der These eine größere Relevanz zu, dass sich Erwerbslose nur schwer für suchtpreventive Maßnahmen gewinnen ließen. Die Fachkräfte sind in geringerem Maße als die anderen Akteursgruppen der Auffassung, dass die Arbeitsagenturen/Jobcenter ein

ungeeignetes Setting für die Suchtprävention darstellen und sie sich als nicht zuständig ansehen (vgl. Abbildung 20).



**Abbildung 19:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure (n = 403)



**Abbildung 20:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; n = 367)

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Zwanzig Suchtpräventionsakteure geben an, dass ihnen weitere Erklärungen für den Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“

Erklärung	N
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter	5
Angst/fehlende Problemeinsicht der Erwerbslosen	3
Datenschutzrechtliche Hürden	2
Konzepte fehlen*	2
Kooperationen fehlen	2
Zuständigkeit liegt anderswo	2

Anmerkung. \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

Fünf Akteure sehen insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter in der Verantwortung. Ursachen seien unter anderem zu geringe personelle Ressourcen, eine hohe Fluktuationsrate in den Agenturen und eine zu geringe Achtung für die Arbeit der Suchtfachstellen. Darüber hinaus sei das Personal in den Arbeitsagenturen nicht ausreichend darin geschult, sensible Themen wie Sucht mit den Erwerbslosen zu behandeln. Drei Akteure sind der Meinung, dass die Erwerbslosen ihre Suchtprobleme häufig deshalb nicht offenlegen würden, weil sie Angst vor Vermittlungshemmnissen hätten. Ein weiterer Grund sei eine mangelnde Problemeinsicht bei einigen Betroffenen. Hohe datenschutzrechtliche Hürden werden von zwei Akteuren als Erklärung für den Befund genannt. Weitere zwei Akteure benennen fehlende Suchtpräventionskonzepte im Kontext der Arbeitsagenturen und Jobcenter als Ursache für die geringe Kooperation. Dass Kooperationsverhältnisse zwischen Suchtprävention und -hilfe sowie den Arbeitsagenturen/Jobcentern intensiviert werden müssten, bekräftigen weitere zwei Akteure der befragten Suchtpräventionsakteure. Eine Zusammenarbeit zwischen den Institutionen sei selten vertraglich geregelt. Zwei Akteure sehen die Zuständigkeit bei anderen Institutionen. Demnach seien nicht die Arbeitsagenturen, sondern die Kommunen für die Betreuung der Erwerbslosen zuständig. Darüber hinaus könnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter lediglich vorliegende Suchterkrankungen erkennen. Hier sei eine Kooperation mit der Suchtberatung und -hilfe notwendig, keine Kooperation mit der Suchtprävention. Sieben Antworten konnten nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, damit Erwerbslose stärker durch Suchtprävention erreicht werden. Insgesamt äußern sich 135 Befragte hierzu. Zusätzlich geben 259 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Neun weitere Befragte geben an, diesen Ansatz als nicht als zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 2,2%). Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Erwerbslose stärker durch Suchtprävention erreicht werden“

Maßnahme	N
Mehr Kooperation	56
Mehr Schulungen	56
Präventionsangebote ausbauen	34
Mehr Ressourcen für Arbeitsagenturen und Präventionsakteure	20
Kompetenzen der Mitarbeiter*innen in den Jobcentern	17
Verpflichtende Maßnahmen für Erwerbslose	10
Zusätzliche Maßnahmen für Erwerbslose	10
Art des Verfahrens	7
Unverbindliche Maßnahmen für Erwerbslose	4
Öffentlichkeitsarbeit	4
Anreizsysteme für Erwerbslose	3
Anonymität sichern	1
Strukturelle Gewalt minimieren	1
Mehr „Mut“	1

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

56 Akteure sehen eine verstärkte Kooperation zwischen Suchtprävention und -hilfe sowie den Arbeitsagenturen/Jobcentern als effektivste Maßnahmen an. Weitere 56 Akteure sprechen sich für mehr Schulungen aus. Von diesen meinen wiederum 36 Akteure, dass Schulungen vor allem für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter nötig seien. Sechs der Präventionsakteure sind sogar der Meinung, dass grundsätzlich andere Qualifikationen, wie z. B. Soziale Arbeit, motivierende Gesprächsführung und Suchterkennung in Arbeitsagenturen/Jobcentern nötig seien, um Erwerbslose besser durch suchtpreventive Maßnahmen erreichen zu können. Jedoch müssten auch die Erwerbslosen vermehrt über Suchterkrankungen und entsprechende Hilfsangebote aufgeklärt werden. Das Angebot für suchtkranke Erwerbslose mithilfe von Arbeitsagentur und Suchtfachstellen zu verändern wird von 34 Akteuren vorgeschlagen. Dabei müssten sowohl bestehende Angebote genutzt, als auch verbessert werden und neue Angebote entwickelt werden. Hier sei es auch wichtig, die Erwerbslosen bei der Erstellung von Präventionskonzepten teilhaben zu lassen. Des Weiteren schlagen 20 Akteure mehr finanzielle und personelle Ressourcen sowohl für die Präventionsakteure als auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Arbeitsagentur/Jobcenter vor. Vereinzelt werden auch mehr zeitliche Ressourcen genannt. 17 Akteure betonen besondere Eigenschaften und Verhaltensweisen, die die Jobcenter-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter zum besseren Erreichen der Erwerbslosen benötigten. Wichtig seien unter anderem die Gesprächsführung mit den Erwerbslosen, die Kommunikation von Hilfen, das Aufzeigen von Perspektiven und Eigenschaften wie Problembewusstsein, Flexibilität, Sensibilität und Verantwortungsgefühl. Zehn Befragte sind der Meinung, dass die Verpflichtung der Erwerbslosen zum Besuch von Präventionsveranstaltungen zielführend sei. Wiederum zehn Akteure wünschen sich zusätzliche Maßnahmen für die Arbeit mit suchterkrankten Erwerbslosen. Dazu zählen bessere Betreuung, die Früherkennung von Suchtproblemen, gesellschaftliche Integration, Therapie, schnelle Interventionsmöglichkeiten in Krisensituationen und die Verkürzung der Wartezeit bei Wiedereingliederungsmaßnahmen. Sieben Akteure gehen genauer auf die Art des zu verwendenden Verfahrens ein. Eine Ausrichtung der Maßnahmen auf die Zielgruppe der Erwerbslosen sei dabei ebenso wichtig, wie feste Ansprechpartner der Suchtprävention in den Jobcentern zu etablieren, die unabhängig von der

Arbeitsvermittlung in Anspruch genommen werden können. Auch die Transparenz gegenüber den Kooperationspartnern sei eine wichtige Komponente. Ferner sollten Stigmata gegenüber Erwerbslosen abgebaut werden. Eine Arbeit auf Augenhöhe zwischen den Jobcentern und den Fachstellen für Sucht sei dabei ein wichtiger Bestandteil. Vier Akteure sprechen sich strikt gegen eine Verpflichtung von Maßnahmen aus und betonen, dass die Angebote für Suchtprävention und -therapie unbedingt freiwillig für die Betroffenen sein müssten. Öffentlichkeitsarbeit wird von vier Akteuren gefordert, dazu würden Aufklärung und Sensibilisierung der Gesellschaft gehören, sowie proaktive Bekanntmachungen der Präventionsangebote in Arbeitsagenturen und Jobcentern. Drei Akteure schlagen die Entwicklung eines individuellen Anreizsystems für Erwerbslose vor. Dabei sollen entweder finanzielle Anreize oder Einbußen zum Einsatz kommen. Vereinzelt betonen die Befragten die Wichtigkeit Fallbesprechungen anonym zu halten, die strukturelle Gewalt in den Jobcentern zu minimieren und mit mehr Mut einer möglichen Suchterkrankung nachzugehen. Sieben Antworten konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

### 3.2.3 Thema 03: Früherkennung im medizinischen Kontext

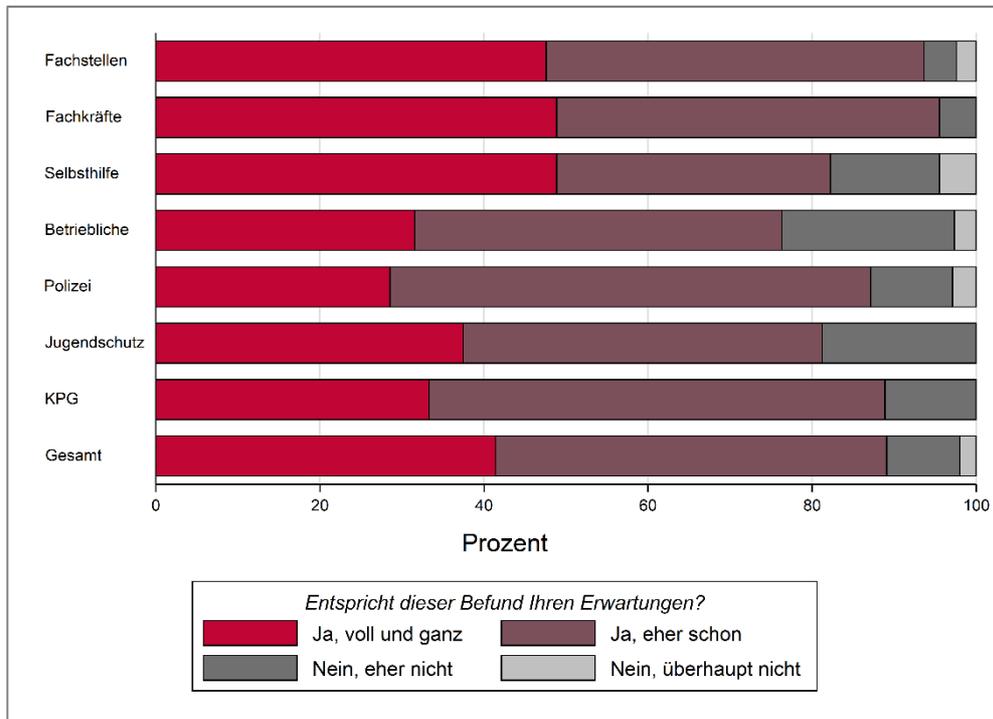
Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Die erste Onlinebefragung sah auch eine Befragung von Mediziner\*innen vor. Insgesamt konnte jedoch nur eine kleine Stichprobe von 64 niedersächsischen Mediziner\*innen befragt werden.

Nur eine Minderheit der befragten 64 Mediziner berichtet, Screeninginstrumente zur Früherkennung problematischen Konsumverhaltens einzusetzen. Zudem werden die Verfahren nicht durchgängig bei allen sondern nur bei ausgewählten Patienten\*innen eingesetzt (vgl. Erster Forschungsbericht, S.139).

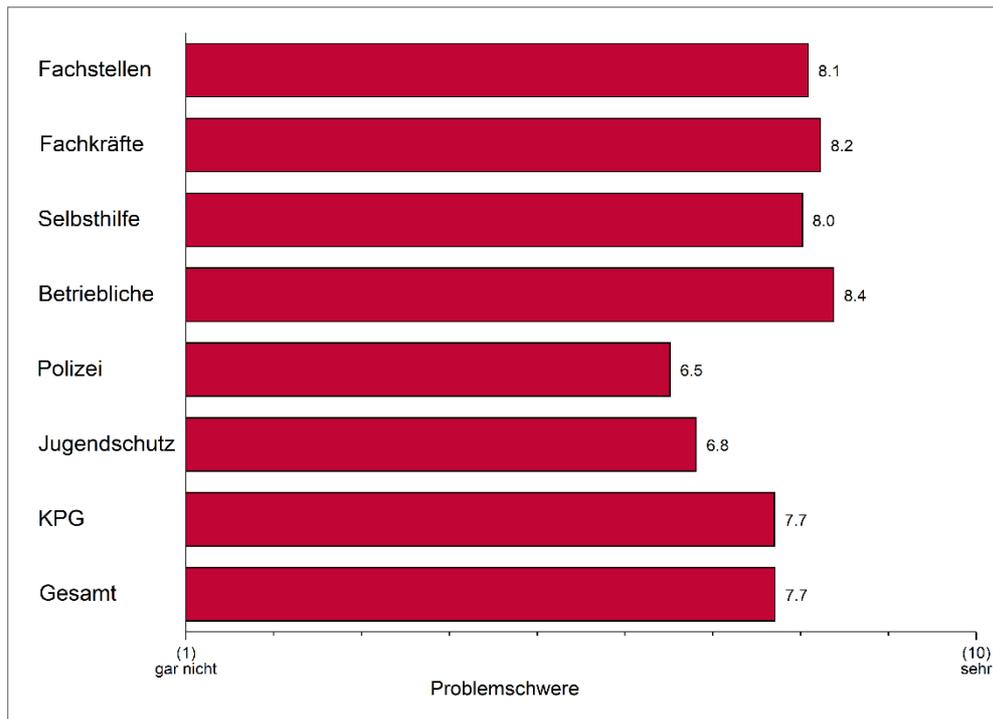
**Abbildung 21.** Präsentation des t1-Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ in der Onlinebefragung

Die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) ergibt, dass weniger als fünf Prozent aller Akteure überhaupt nicht und etwa 12 Prozent eher nicht mit dem Befund gerechnet hatten, dass nur eine Minderheit der in t1 befragten Medizinerinnen und Mediziner Screeninginstrumente einsetzt. Der Anteil ist unter den Beschäftigten in der betrieblichen Suchthilfe mit über 20 Prozent am höchsten und unter den Fachkräften für Suchtprävention mit weniger als zehn Prozent am geringsten (vgl. Abbildung 22).



**Abbildung 22:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure (n =403)

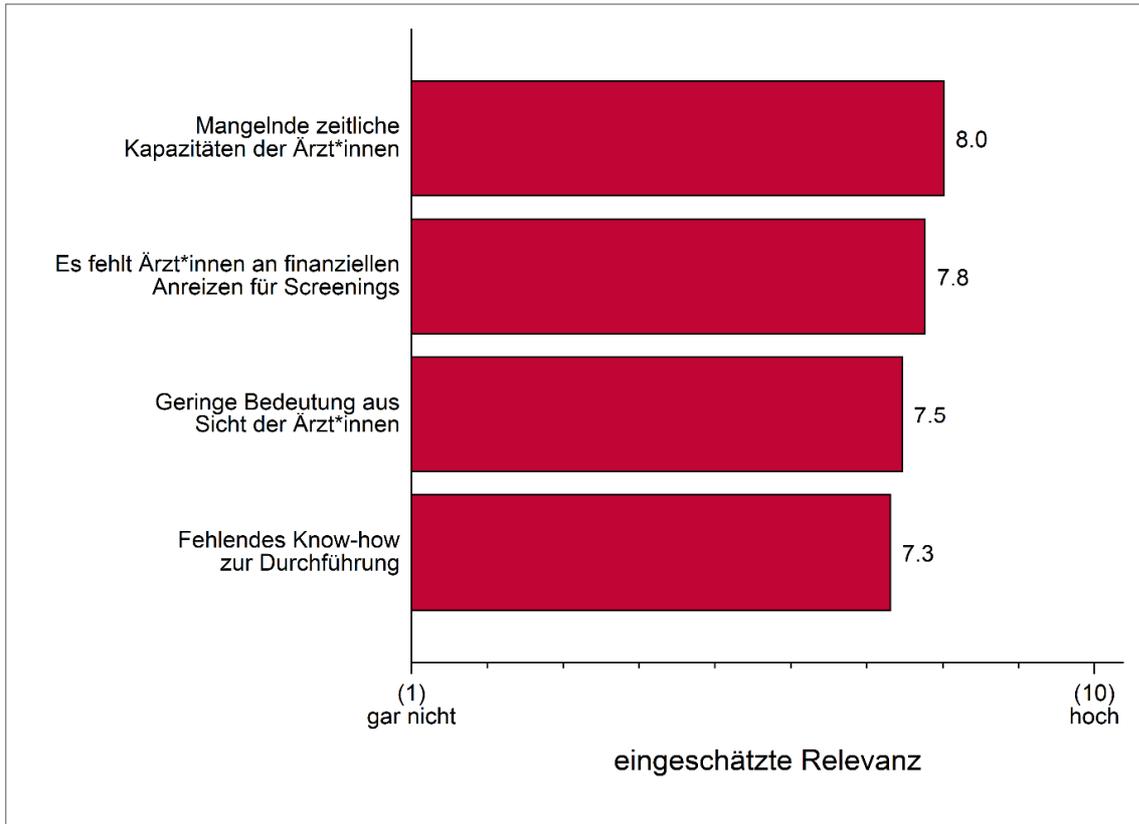
Dem Befund, dass nur ein geringer Anteil der Medizinerinnen und Mediziner Screeninginstrumente zur Früherkennung einsetzt, weisen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ insgesamt einen Problemwert von 7.7 zu, wobei die Polizeibeamtinnen und -beamten die geringsten (6.5), die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betrieblichen Suchtprävention die höchsten Werte (8.4) nennen (vgl. Abbildung 23).



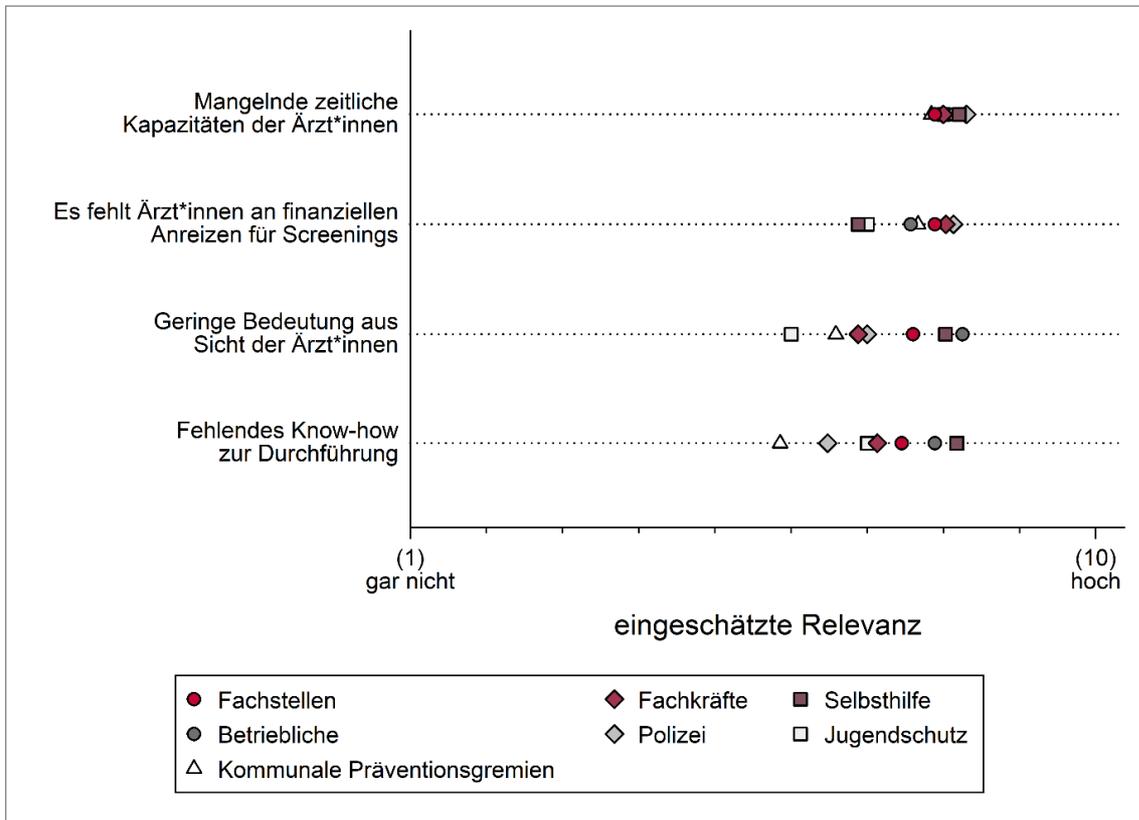
**Abbildung 23:** Problemschwere des t1-Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure ( $n = 401$ )

Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern vier Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Jeder der vorgeschlagenen Erklärungsansätze wurde von den Akteuren als relevant bewertet. Die These „*Es fehlt den Kinderärzt\*innen und Hausärzt\*innen an zeitlichen Kapazitäten für Früherkennungs-Screening.*“ wurde von den Befragten dabei als hochrelevant eingestuft. Ebenfalls als relevant bewertet wird der Erklärungsansatz „*Es fehlt den Kinderärzt\*innen und Hausärzt\*innen an finanziellen Anreizen für Früherkennungs-Screening.*“, gefolgt von den Ansätzen „*Kinderärzt\*innen und Hausärzt\*innen messen Früherkennungs-Screening zu geringe Bedeutung bei.*“ und „*Kinderärzt\*innen und Hausärzt\*innen fehlt das Know-how zur Durchführung von Früherkennungs-Screening.*“ (vgl. Abbildung 24).

Ein möglicher Mangel an zeitlichen Kapazitäten bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als Erklärung für das Zustandekommen des Befundes wird von allen Akteursgruppen ähnlich hoch eingeschätzt. Die Selbsthilfe und der Jugendschutz messen der Erklärung „*Es fehlt den Kinderärztinnen und -ärzte und Hausärztinnen und -ärzte an finanziellen Anreizen für Früherkennungs-Screening.*“ im Schnitt etwa einen Punkt weniger Bedeutung zu, als die restlichen Akteursgruppen. Die Erklärung „*Kinderärzt\*innen und Hausärzt\*innen messen Früherkennungs-Screening zu geringe Bedeutung bei.*“ wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendschutzes als am wenigsten relevant eingeschätzt, die in den kommunalen Präventionsräten Tätigen maßen der Erklärung „*Kinderärzt\*innen und Hausärzt\*innen fehlt das Know-how zur Durchführung von Früherkennungs-Screening.*“ die geringste Relevanz bei. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen, der betrieblichen Suchtprävention und der Selbsthilfe bewerteten die beiden zuletzt genannten Erklärungsansätze mit etwa 8 von 10 Punkten als ähnlich relevant (vgl. Abbildung 25).



**Abbildung 24:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure ( $n = 401$ )



**Abbildung 25:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen;  $n = 365$ )

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 32 Personen an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen für den Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“

Erklärung	N
Einstellungen der Medizinerinnen und Mediziner	15
Qualifikation der Medizinerinnen und Mediziner*	12
Mangelnde Ressourcen*	10
Verhalten der Patientinnen und Patienten	7
Thema sensibel	4
Screenings nicht geeignet	2

*Anmerkung.* \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

15 Akteure sehen Einstellungen des medizinischen Fachpersonals im Umgang mit Patientinnen und Patienten als Erklärung für den Befund an. Medizinerinnen und Mediziner würden Anzeichen von Suchterkrankungen ignorieren, sich an (abrechnungsfähigen) Diagnosen und Diagnoseschlüsseln orientieren und entsprechend agieren und präventives Handeln bzw. die Früherkennung riskanter und süchtiger Konsummuster nicht im Blick haben:

*„Kinder- und Hausärzte sind zu wenig informiert bzgl. Suchterkrankung. Sie sehen Suchterkrankung nach wie vor nicht als ihr "Aufgabenfeld". Sie beschränken sich auf die Behandlung der Folgeerkrankungen.“*

Zwölf Akteure gehen davon aus, dass es dem medizinischen Fachpersonal an den nötigen Qualifikationen fehle. Das Thema Sucht und Suchtbehandlung werde in der allgemeinen medizinischen Ausbildung zu sehr vernachlässigt. Medizinerinnen und Mediziner würden – so weitere Erklärungsansätze – häufig unsicher darin sein, wie sie das sensible Thema ansprechen sollen. Vereinzelt werden auch mangelndes Problembewusstsein der Medizinerinnen und Mediziner, Desinteresse, wenig Kontakt zur Zielgruppe und zu schnelle Verschreibung von Medikamenten als mögliche Ursachen angeführt. Zehn Akteure verweisen auf mangelnde Ressourcen als weitere relevante Erklärung. Da präventive Leistungen nur bedingt abrechnungsfähig seien, fehle es an zeitlichen als auch finanziellen Ressourcen:

*„Arztpraxen sind heutzutage Wirtschaftsunternehmen. Der Blick für den Menschen fehlt. Das Abrechnungssystem gibt keinen Raum, um sich mit den Patienten ganzheitlich zu beschäftigen.“*

Das Verhalten der Patientinnen und Patienten wird von sieben Akteuren als Erklärung für den Befund gesehen. Dabei wurde insbesondere der mögliche Wechsel des Arztes durch die Patienten bei Ansprechen von heiklen Themen als eine mögliche Erklärung für den Befund berichtet. Vier Befragte vermuten, dass die Thematik als besonders sensibel wahrgenommen würde und sehen hierin eine mögliche Erklärung für den mangelnden Einsatz von Screeninginstrumenten. Zwei Akteure betonen, dass Screeninginstrumente nicht für alle Krankheiten gleichermaßen geeignet seien. Drei Antworten konnten nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, damit Früherkennungs-Screenings in der kinder- und hausärztlichen Erstversorgung häufiger durchgeführt werden. Insgesamt äußern sich 116 Befragte hierzu. Zusätzlich geben 271 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Weitere 14 Personen sehen den Einsatz von Früherkennungs-Screenings in der kinder- und hausärztlichen Versorgung als nicht zielführend an (Ablehnungsquote: 3,3%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 13. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Früherkennungs-Screenings in der kinder- und hausärztlichen Erstversorgung häufiger durchgeführt werden“

Maßnahme	N
Qualifizierungsangebote für Medizinerinnen und Mediziner	56
Anreize für die Medizinerinnen und Mediziner schaffen	45
Standardisierter Einsatz von Screeninginstrumenten	29
Mehr Kooperation	24
Zusätzliche Maßnahmen für die Betroffenen	2
Arbeit auf Augenhöhe	1
Ausbau von Beratungsstellen	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

Insgesamt 56 Akteure sprechen sich für die Schaffung von Qualifizierungsangeboten für die Medizinerinnen und Mediziner aus. Insbesondere Schulungen/Weiterbildungen seien für das medizinische Fachpersonal notwendig. Dieser Punkt wird 42 Mal erwähnt. Es sei wichtig, die Medizinerinnen und Mediziner für die Thematik der Früherkennung von Suchterkrankungen zu sensibilisieren und ihr Interesse zu wecken. Insbesondere sei es in den Schulungen wichtig zu lernen, betroffene Patientinnen und Patienten bei Verdacht in geeigneter Weise anzusprechen. Eine größere Offenheit bzw. eine Veränderung in der Einstellung der Medizinerinnen und Mediziner zum Thema Früherkennung sei ebenso wichtig, wie den Medizinerinnen und Mediziner mehr Handlungsspielraum zuzusprechen. Auch sollten vermehrt Hausbesuche bei den kinderärztlichen Untersuchungen stattfinden. Insgesamt 45 Akteure sprechen sich für die Schaffung von Anreizen aus. Dabei seien besonders verbesserte Bezahlung bzw. die Möglichkeit, den Einsatz der Screening-Verfahren über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen, wichtig. Des Weiteren sei es wichtig, mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Eine Änderung des Umgangs mit den Screeninginstrumenten empfehlen 29 Akteure. Screenings sollten als Standard in Erstgesprächen und Vorsorge-Untersuchungen etabliert werden. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer fordern sogar, Screeningverfahren als verpflichtende Maßnahme (z.B. im Rahmen der U-Untersuchung) einzuführen. Vereinzelt werden mehr Screening-Angebote von der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. eine nachhaltigere Durchführung der Screenings vorgeschlagen. 24 Akteure nennen eine verbesserte Kooperation als beste und effektivste Maßnahme. Am häufigsten werden an dieser Stelle Kooperationen zu Beratungsstellen und zum Suchthilfesystem genannt:

*„Die Entwicklung einer verbindlichen Kooperation zwischen der kinder- und hausärztlichen Erstversorgung mit dem Suchthilfesystem auf Basis eines Behandlungs- bzw. Versorgungspfades, damit den Ärztinnen und Ärzten Unterstützungen bei erforderlichen Maßnahmen nach positiven Screening-Befunden gegeben werden können.“*

Zusätzliche Maßnahmen, wie eine Einzelfallbetreuung der Betroffenen, bzw. das Hinzuziehen von Eltern und Familie werden von zwei Akteuren als möglich Schritte genannt. Ein Akteur wünscht sich bei der Kooperation von Ärzteschaft und Fachstellen für Sucht und Suchtprävention eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Ein Akteur fordert den Ausbau von Beratungsstellen beim Kinderschutzbund sowie in Frauen-/Männerberatungsstellen.

Eine Antwort konnte nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden. Vierzehn weitere Akteure nannten keine konkreten Maßnahmen, sondern äußerten sich kritisch in Bezug auf Ärztinnen und Ärzte, Screening-Instrumente und das Gesundheitssystem im Allgemeinen. Diese Aussagen konnten jedoch keiner eindeutigen Kategorie zugeordnet werden, da sie keine spezifischen Empfehlungen formulieren.

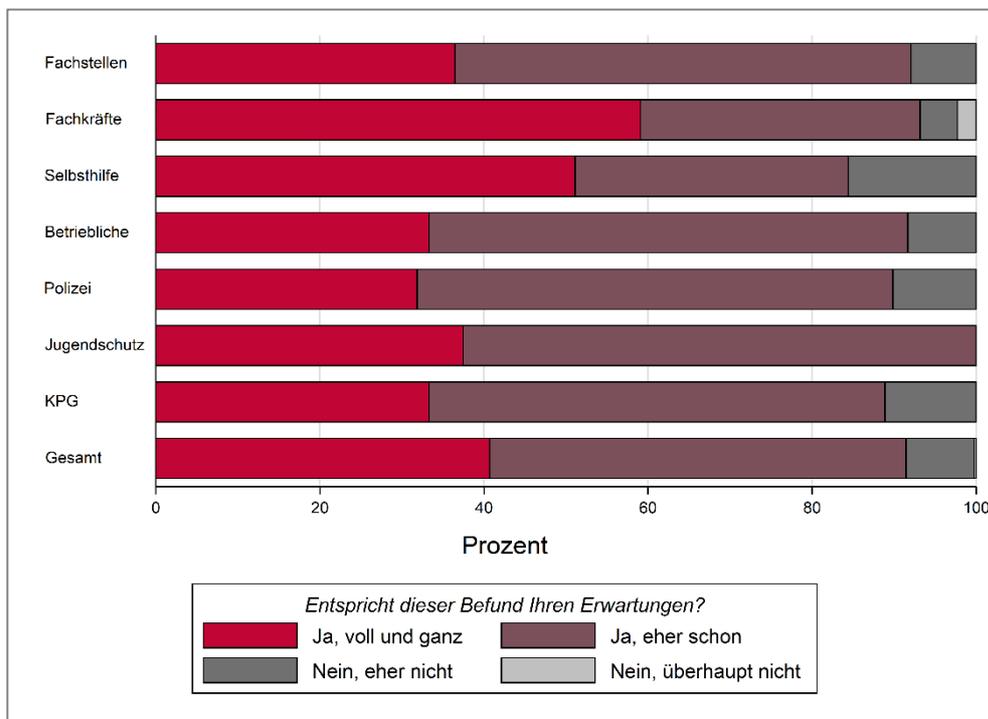
### 3.2.4 Thema 04: Verhältnisprävention

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Aus Sicht der Präventionsakteure werden viele verhältnispräventive Ziele  bislang kaum erreicht (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 99). Entsprechend wünschen sich die Akteure zusätzliche Maßnahmen wie weiterführende Werbebeschränkungen, Angebotsreduzierung und Kontrollmaßnahmen (vgl. Erster Forschungsbericht, S. 100).

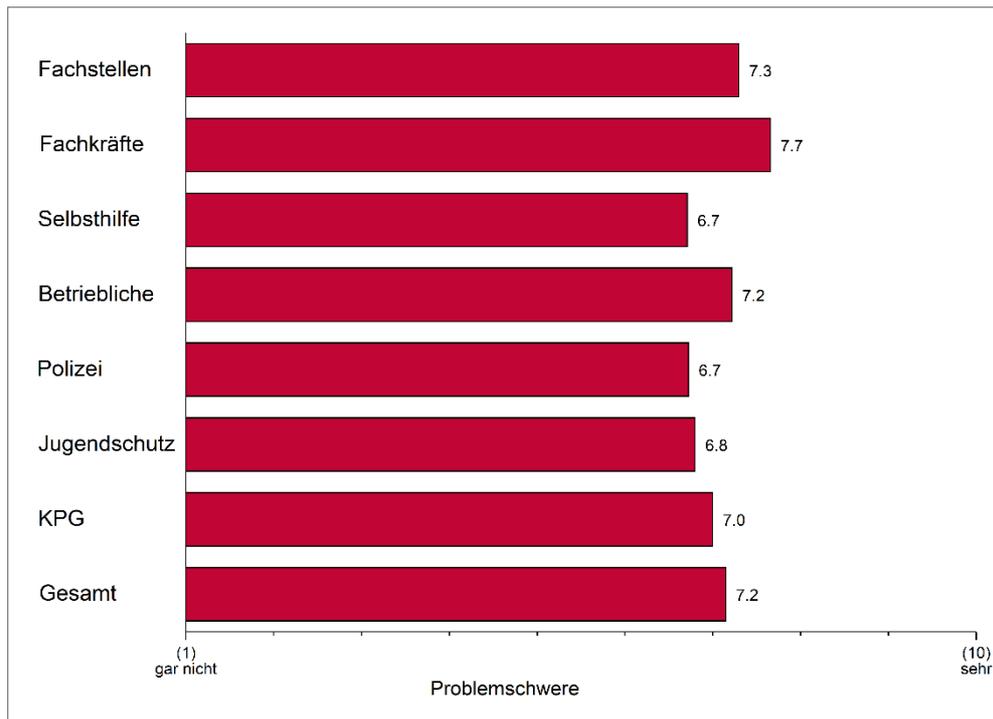
**Abbildung 26.** Präsentation des t1-Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) zeigen sich die Akteure kaum davon überrascht. Neunzig Prozent aller Akteure geben an, dass dieser Befund ihren Erwartungen entspricht. Unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendschutzes liegt dieser Wert sogar bei 100 Prozent (vgl. Abbildung 27).



**Abbildung 27:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure ( $n = 398$ )

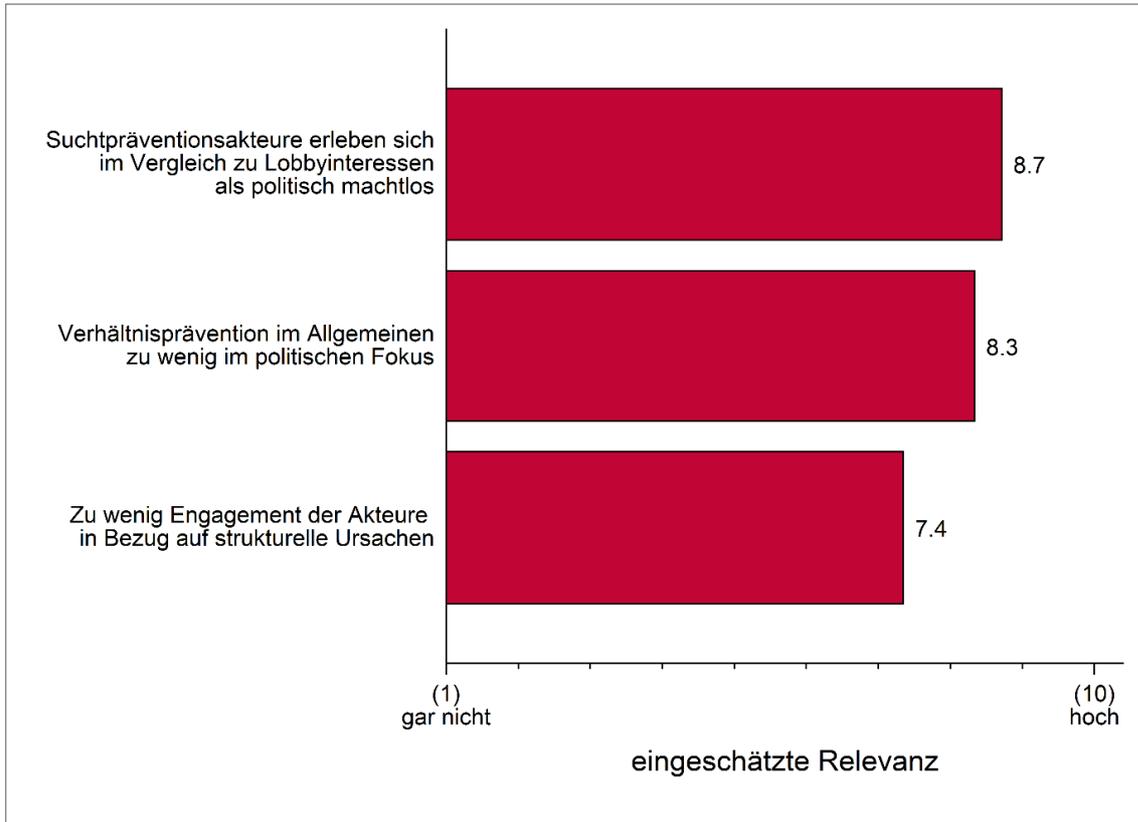
Den Befund, dass aus Sicht der in t1 Befragten verhältnispräventive Ziele bislang kaum erreicht werden, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 7.2. Die Akteursgruppen antworten hier annähernd gleich, mit Werten zwischen 6.7 bei der Polizei und Selbsthilfe und 7.7 bei den Fachkräften für Suchtprävention (vgl. Abbildung 28).



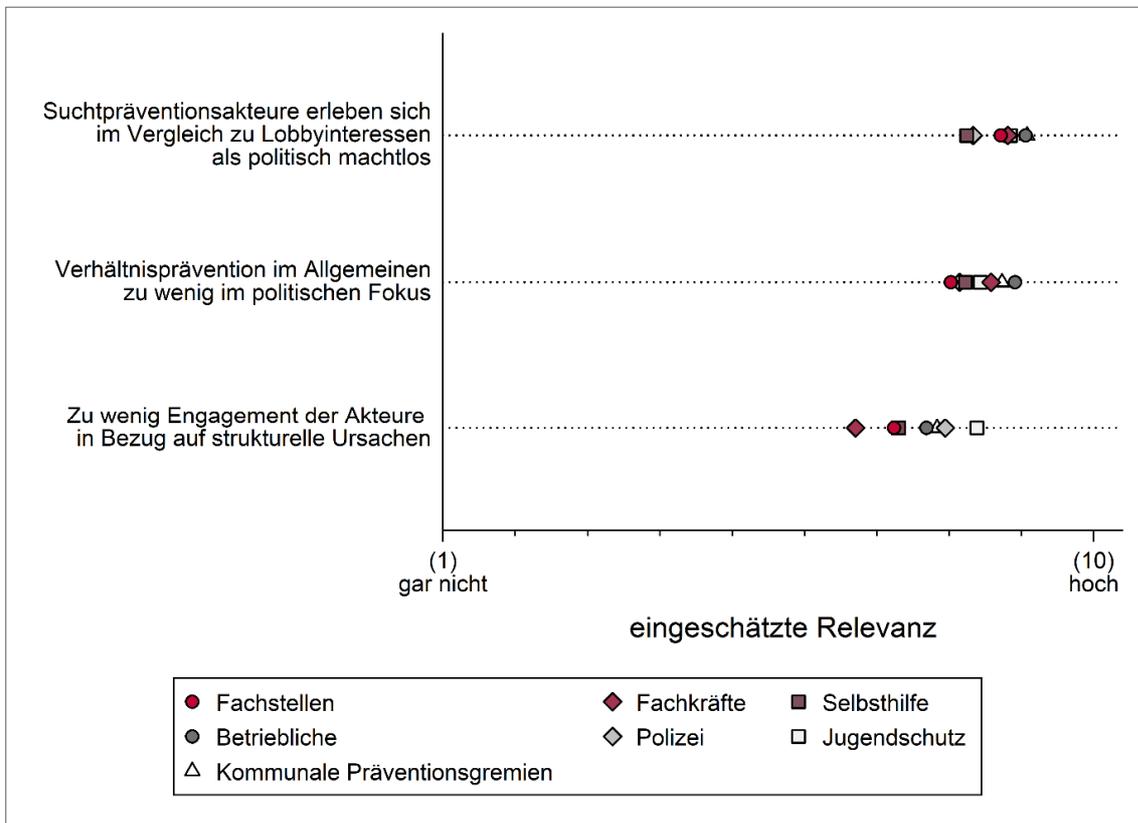
**Abbildung 28:** Problemschwere des t1-Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure ( $n = 397$ )

Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern drei Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Alle vorgeschlagenen Erklärungsansätze werden von den Akteuren als relevant bewertet. Die Thesen *„Im Vergleich zu den Lobbyinteressen der Suchtmittelproduzenten erleben sich Suchtpräventionsakteure als politisch machtlos.“* und *„Verhältnisprävention ist im Allgemeinen zu wenig im politischen Fokus.“* werden dabei als hochrelevant eingestuft. Der Erklärungsansatz *„Suchtpräventionsakteure engagieren sich in erster Linie in der Verhaltensprävention, nicht aber darin, die strukturellen Ursachen von Suchtproblemen zu verändern.“* wird von den Befragten ebenfalls als relevant bewertet (vgl. Abbildung 29).

Die Befragten sind sich über die verschiedenen Akteursgruppen hinweg recht einig in der Relevanzbewertung der Thesen. Die größten Abweichungen bestehen in der Einschätzung der These *„Suchtpräventionsakteure engagieren sich in erster Linie in der Verhaltensprävention, nicht aber darin, die strukturellen Ursachen von Suchtproblemen zu verändern.“* (vgl. Abbildung 30).



**Abbildung 29:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure ( $n = 396$ )



**Abbildung 30:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen;  $n = 361$ )

Darüber hinaus wurden die Akteure gefragt, ob sie sich selbst politisch engagieren, um die Verhältnisprävention von Suchterkrankungen in Niedersachsen oder auf Bundesebene zu verbessern. 45 Befragte (11,4%) bejahen dies. Acht Befragten geben an, in Präventionsräten und -gremien Mitglied zu sein. Sieben weitere Befragte sind nach eigenen Angaben in Arbeitsgemeinschaften und -kreisen aktiv. Sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer führen Gespräche mit Politikern oder beraten diese. Sechs der befragten Akteure verfassen Pressemitteilungen und Stellungnahmen zu suchtpolitischen Themen. Drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer engagieren sich in Bundesorganisationen zur Prävention. Drei weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind in Fachverbänden aktiv. Darüber hinaus geben drei Befragte an, sich für die Einhaltung des gesetzlichen Jugendschutzes zu engagieren. Drei der befragten Akteure unterstützen entsprechende Petitionen und zwei sind Mitglied in Sozialausschüssen. Sechs Befragte gaben Tätigkeiten im Bereich der Verhaltensprävention an. Sechs weitere Angaben von Befragten konnten keinem eindeutigen politischen Engagement zugeordnet werden.

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 14).

*Tabelle 14.* Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“

Erklärung	N
Fehlender politischer Wille	8
Für Akteure schwer umsetzbar	2
Finanzierung	2
Auswirkung von Werbung sind nicht bekannt	1
Zu wenig evaluierte Konzepte	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

Acht Akteure nennen den fehlenden politischen Willen als eine Ursache für die bestehenden Defizite in der Verhältnisprävention. Es sei Aufgabe der Politik, strukturelle Maßnahmen einzuleiten. Dies werde aber zu wenig getan, unter anderem weil der Konsum legaler Suchtmittel wie Alkohol in der Bevölkerung weit verbreitet sei. Darüber hinaus kritisieren die Akteure das mangelnde politische Engagement der Verbände. Zwei Akteure erklären, dass verhältnispräventive Maßnahmen für einzelne Akteure nur schwer umsetzbar sind. Zwei Akteure sehen in der fehlenden Finanzierung für die Suchtpräventionsakteure eine weitere Ursache. Verhältnisprävention generiere keine Einnahmen. Weiterhin wird von einzelnen Teilnehmern angeführt, dass die Auswirkungen von Werbung auf das Konsumverhalten in der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt seien und des zu wenige evaluierte Konzepte zur Verhältnisprävention gebe. Vier Aussagen von Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure befragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, um einen stärkeren Einfluss von Suchtpräventionsakteuren auf die Verhältnisprävention von Suchterkrankungen zu erreichen. Insgesamt äußern sich 119 der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage. Zusätzlich geben 270 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Sieben weitere Befragte geben an, einen stärkeren Einfluss von Suchtpräventionsakteuren auf die Verhältnisprävention

als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 1,8%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um einen stärkeren Einfluss von Suchtpräventionsakteuren auf die Verhältnisprävention von Suchterkrankungen zu erreichen“

Maßnahme	N
Stärkere Vernetzung	39
Politische Unterstützung (über gesetzliche Einschränkungen)	33
Politik und Gesellschaft auf die Relevanz des Themas aufmerksam machen	29
Finanzielle/personelle Ressourcen	9
Mehr Engagement von den Akteuren	5
Verhaltensprävention	4
Strukturelle Maßnahmen	3
Verhältnisprävention in suchtpräventive Arbeit integrieren	2

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

39 Akteure halten eine stärkere Vernetzung der Akteure mit politischen Entscheidungsträgern sowie die Bildung von kommunalen Netzwerken für sinnvoll. Suchtpräventionsakteure müssten zusammen mit verschiedenen Verbänden und Vereinen eine eigene Lobby bilden, um so Einfluss auf die Politik zu nehmen. Darüber hinaus sollten die Präventionsakteure stärker in Arbeitskreisen und politischen Gremien vertreten sein. Auch Krankenkassen werden von einzelnen Akteuren als mögliche Kooperationspartner genannt. 33 Akteure wünschen sich mehr politische Unterstützung im Zuge der Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen. Vor allem gesetzliche Einschränkungen wie Werbeverbote für legale Suchtmittel werden von den Akteuren gefordert. Darüber hinaus müsse der Einfluss von Lobbyisten aus der Suchtmittelindustrie auf die Politik abgeschwächt werden. Weitere genannte Maßnahmen sind die Regulierung der Freiverkäuflichkeit von Alkohol und Tabakwaren sowie eine konsequentere Umsetzung des Jugendschutzes. 29 Akteure empfehlen, Politik und Gesellschaft zunächst auf die Relevanz der Verhältnisprävention aufmerksam zu machen. In diesem Zuge sei mehr Öffentlichkeitsarbeit und Medienpräsenz nötig, um die Bevölkerung zu sensibilisieren und das Thema auf die politische Agenda zu bringen. Vor allem die Langzeitfolgen von Suchterkrankungen für das Gesundheitssystem müssten herausgestellt werden:

*„Die Themen müssen eine politische Relevanz bekommen. Wirtschaftliche Aspekte wie Steuereinnahmen müssen stärker hinterfragt werden und die Ausgaben im Sozialversicherungssystem durch Folgeschäden müssen dem noch stärker gegenübergestellt werden. Die Kommunalpolitiker sehen in erster Linie nur ihren Haushalt und gute Prävention kostet Geld.“*

Neun Akteure wünschen sich mehr finanzielle und personelle Ressourcen zur Umsetzung von verhältnispräventiven Maßnahmen. Fünf Akteure sind der Meinung, dass sich die Suchtpräventionsakteure zukünftig stärker politisch engagieren müssen, um Einfluss auf die Verhältnisprävention in Deutschland nehmen zu können. Vier Akteure plädieren für eine Ausweitung der Verhaltensprävention. Drei Akteure schlagen verschiedene strukturelle Maßnahmen vor, darunter die Schaffung eines eigenen Bereichs der Verhältnisprävention sowie die Weiterentwicklung der Suchtberatung zu einer obligatorischen Leistung der Kommunen. Zwei Akteure schlagen vor, Verhältnisprävention mehr in die suchtpreventive Arbeit der Akteure zu integrieren, zum Beispiel indem Fortbildungen zu dem Thema angeboten werden. Sechs weitere Aussagen konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

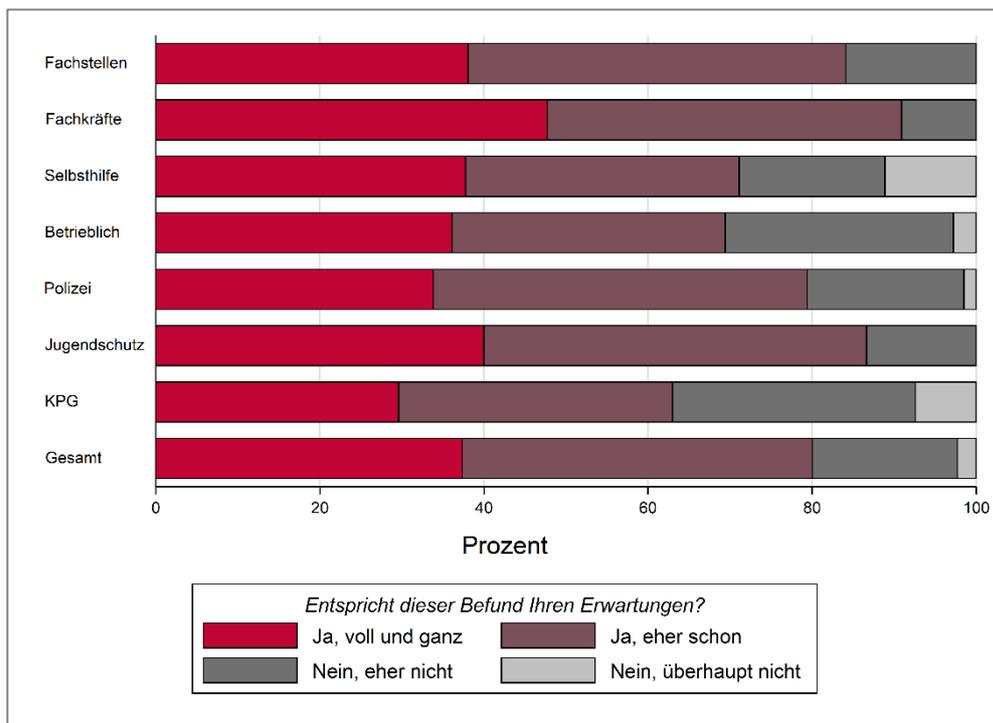
### 3.2.5 Thema 05: Sportvereine

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Die befragten Suchtpräventionsakteure attestieren Sportvereinen eine gewisse Zuständigkeit für die Suchtprävention. Dennoch benennen nur 4,4% der Befragten diese als wichtige Kooperationspartner (vgl. Erster Forschungsbericht, S.106-107).

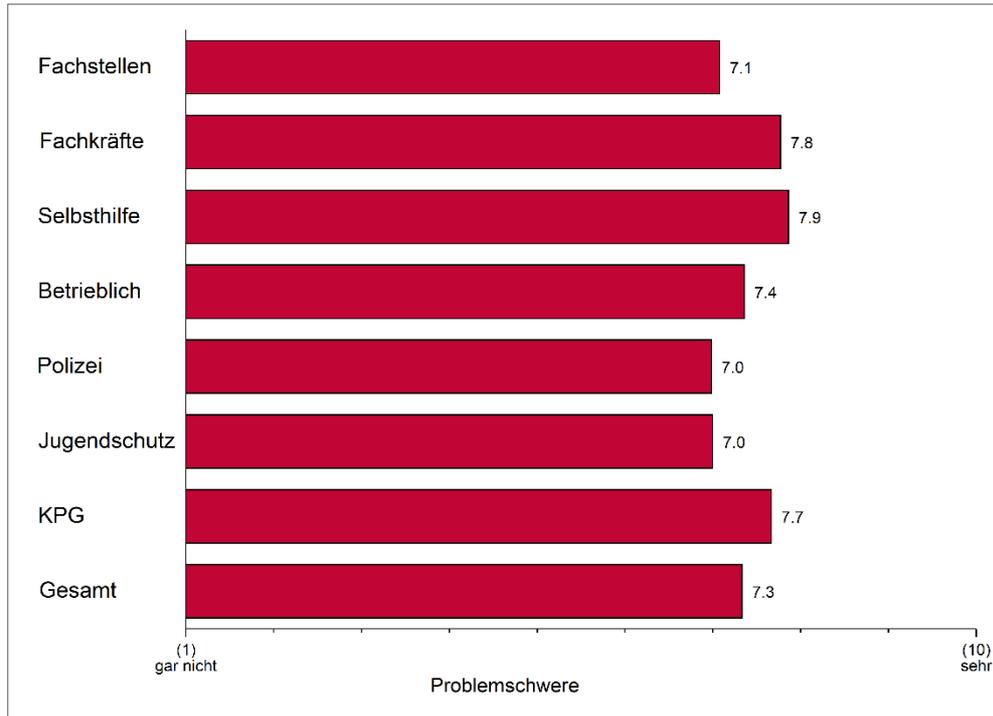
**Abbildung 31.** Präsentation des t1-Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage hin, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) antworteten rund 80 Prozent der in t2 Befragten, von der geringen Kooperation mit Sportvereinen nicht überrascht zu sein. Der Anteil schwankt hier zwischen etwa 65 Prozent bei den Mitgliedern der kommunalen Präventionsgremien und rund 90 Prozent bei den Fachkräften für Suchtprävention (vgl. Abbildung 32).



**Abbildung 32:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ aus Sicht der Akteure (n = 396)

Den Befund, dass nur etwa 4,4 Prozent der in t1 Befragten Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner benennen, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 7.3. Die Akteursgruppen sind sich hierbei relativ einig, die Werte liegen zwischen 7.0 bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Polizei und des Jugendschutzes und 7.9 bei der Selbsthilfe (vgl. Abbildung 33).



**Abbildung 33:** Problemschwere des t1-Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ aus Sicht der Akteure (n = 395)

#### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Die Akteure wurden darüber hinaus gefragt, ob ihnen relevante Erklärungen für das Zustandekommen des Befundes einfallen würden. Insgesamt bejahen 134 Personen diese Frage. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16. Ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“

Erklärung	N
Fehlendes Problembewusstsein in den Vereinen	54
Begrenzte Kapazitäten der Ehrenamtlichen	20
Negative Konsequenzen bei Thematisierung	19
Sportvereine haben andere Schwerpunkte	19
Finanzielle Abhängigkeit von Suchtmittelindustrie	17
Sportvereine haben kein Interesse	11
Begrenzte Kapazitäten der Suchtpräventionsakteure	10
Interne Suchtpräventionsangebote	2
Sportvereine sind keine relevante Zielgruppe	1

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

54 Akteure äußern sich dahingehend, dass es in den Sportvereinen an Problembewusstsein fehle. Viele Erwachsene seien sich ihrer Vorbildfunktion nicht bewusst. Besonders kritisch wird der Konsum von Alkohol beispielsweise im Sinne einer Belohnung für den sportlichen Erfolg gesehen:

*„Die Sportvereine ignorieren (überwiegend) das Problem des Alkoholkonsums innerhalb des Vereins. Alkohol wird meist auch als Belohnung eingesetzt (Kiste Bier nach dem gewonnenen Spiel). Leider wird dabei die Wichtigkeit des Vereins als Sozialisationsinstanz übersehen.“*

20 Akteure sehen eine Ursache für die geringe Kooperation mit Sportvereinen in den begrenzten Kapazitäten der Ehrenamtlichen, die in den Vereinen tätig sind. Diese hätten in der Regel keine Zeit für zusätzliche Aktionen und würden darüber hinaus häufig nicht über eine pädagogische Ausbildung verfügen. 19 Akteure vermuten, dass Sportvereine negative Konsequenzen befürchten, wenn sie das Thema Sucht ansprechen. Zu diesen wird unter anderem eine mögliche Imageschädigung der Vereine gezählt. Befürchtet werde zudem der Verlust von Mitgliedern, sollten Präventionsmaßnahmen in der Freizeit „aufgezwungen“ werden. 19 Akteure geben an, dass Sportvereine andere inhaltliche Schwerpunkte setzen und die Durchführung von suchtpreventiven Maßnahmen nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich sehen würden. Vielmehr stünden der Sport und der Freizeitgedanke in ihrem Fokus. 17 Akteure sehen ein Problem darin, dass Sportvereine häufig finanziell abhängig von Suchtmittelanbietern seien. Sponsoren kämen zu häufig aus den Reihen der Alkoholproduzenten und Wettanbieter. Auch kleinere Vereine seien häufig auf die Gewinne durch den Verkauf alkoholhaltiger Getränke bei Veranstaltungen angewiesen. Elf Akteure geben an, Sportvereine hätten kein Interesse an Suchtprävention und würden sich nicht offen für eine Kooperation mit den Akteuren zeigen. Zehn Akteure sehen eine mögliche Ursache für die geringe Kooperation in den begrenzten Kapazitäten der Suchtpräventionsakteure. Die vorhandenen Stellen würden nicht ausreichen, um alle Zielgruppen mit suchtpreventiven Maßnahmen zu versorgen. Darüber hinaus liege ein Großteil der sportlichen Veranstaltungen außerhalb der regulären Arbeitszeiten der Akteure und finde zum Beispiel am Wochenende statt. Zwei Akteure geben an, dass Sportvereine Suchtprävention häufig intern regeln würden und entsprechende Dachorganisationen autark Fortbildungen durchführten. Ein Befragter sieht in den Mitgliedern der Sportvereine keine relevante Zielgruppe. Zehn weitere Aussagen von Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten nicht eindeutig als Erklärungsansatz codiert werden.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, um eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Suchtprävention und Sportvereinen anzuregen. Insgesamt äußern sich 147 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage. Zusätzlich geben 231 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Sechzehn weitere Befragte geben an, eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Suchtprävention und Sportvereinen nicht als zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 4,1%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um eine stärkere Zusammenarbeit zwischen Suchtprävention und Sportvereinen anzuregen“

Maßnahme	N
Aufklärung und Weiterbildung der Verantwortlichen	47
Gemeinsame Aktionen und Programme	40
Anreize/Fördermittel für die Vereine	26
Sportvereine mehr in die Pflicht nehmen	15
Klare Positionierung der Sportvereine	13
Mehr finanzielle/personelle Ressourcen	8
Werbekampagnen und Öffentlichkeitsarbeit	8
Sponsoringverbot für Suchtmittelanbieter	5

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

47 Akteure wünschen sich mehr Aufklärungs- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Verantwortlichen in den Sportvereinen, um diese für das Thema Sucht zu sensibilisieren. Vor allem die Trainerausbildung wird hierbei als ein möglicher Ansatzpunkt gesehen. 40 Akteure wünschen sich mehr gemeinsame Aktionen und Programme mit den Sportvereinen. Hierzu sei es nötig, dass Suchtpräventionsakteure den Vereinen mehr Angebote machen, gleichzeitig müssten sich auch die Sportvereine offener für eine Kooperation zeigen. Um dies auf lokaler Ebene umzusetzen, schlagen einzelne Akteure vor, die Verantwortlichen der Vereine zu Suchtarbeitskreisen einzuladen. 26 Akteure empfehlen, den Sportvereinen Anreize für suchtpreventives Engagement in Form von Geldern oder Auszeichnungen zu geben. Darüber hinaus müssten mehr öffentliche Fördermittel speziell für die Durchführung von Suchtpräventionsmaßnahmen in den Vereinen bereitgestellt werden. 15 Akteure schlagen vor, die Sportvereine stärker bei der Suchtprävention in die Pflicht zu nehmen. In diesem Zusammenhang wünschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor allem eine verstärkte Kooperation mit den Verbänden und Vorständen, um entsprechende Ziele durchzusetzen. 13 Akteure fordern eine klare Positionierung der Sportvereine und -verbände in Bezug auf Suchtmittel. Vor allem exzessiver Alkoholkonsum bei Sportveranstaltungen müsse unterbunden werden. Acht Akteure wünschen sich mehr finanzielle und personelle Ressourcen für ihre Arbeit, um Sportvereine in einem angemessenen Ausmaß erreichen zu können. Acht Akteure halten verstärkte Werbekampagnen und Öffentlichkeitsarbeit für eine effektive Maßnahme, um die Zusammenarbeit mit Sportvereinen zu verbessern und mehr Personen für das Thema zu sensibilisieren. Fünf Akteure schlagen darüber hinaus vor, Sponsoring von Sportvereinen und -veranstaltungen für Suchtmittelanbieter zu verbieten, um Interessenskonflikte bei der Durchführung von suchtpreventiven Maßnahmen zu vermeiden. Sechs weitere Aussagen von Akteuren konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

### 3.2.6 Thema 06: Reichweite schulischer Suchtprävention

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Der Niedersachsensurvey 2015 des KFN hat ergeben, dass von niedersächsischen Hauptschülern\*innen der 9. Klasse weniger als 10 Prozent berichten, dass das Thema Alkohol an ihrer Schule durch eine\*n externe\*n Experten\*in behandelt wurde. Dagegen berichten mehr als 30% der Gymnasiasten\*innen, dass das Thema Alkohol durch eine\*n externe\*n Experten\*in an ihrer Schule thematisiert wurde (vgl. Erster Forschungsbericht, S.146). Auch berichten Hauptschüler\*innen im Vergleich zu Gymnasiasten\*innen seltener von Präventionsmaßnahmen zu anderen Konsumrisiken, die an ihrer Schule durch externe Experten\*innen behandelt wurden.

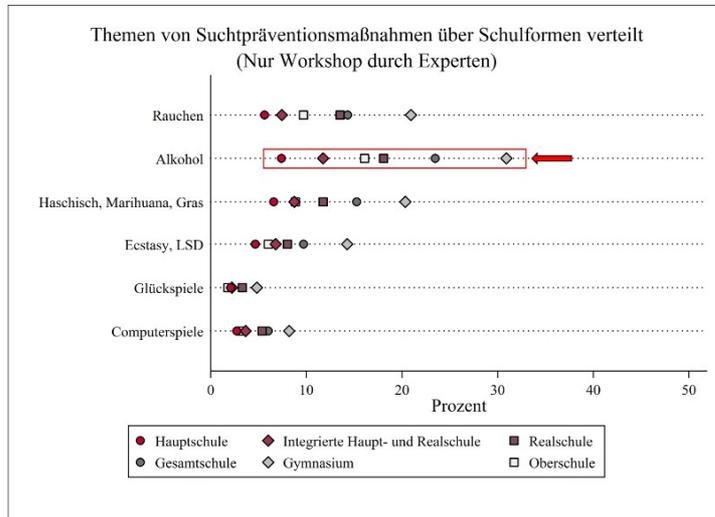
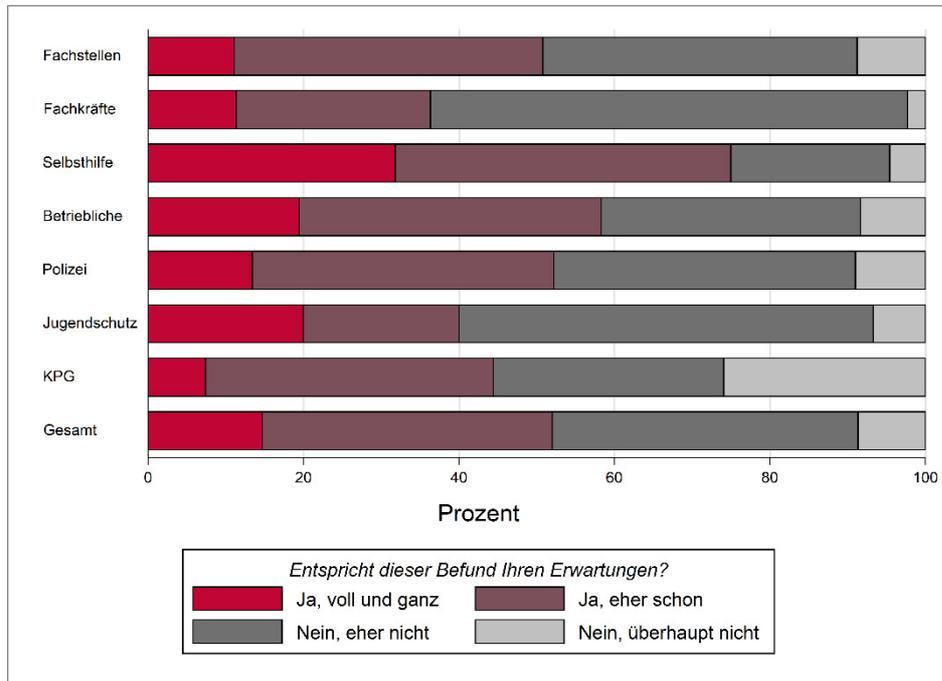


Abbildung 60. Suchtpräventionsmaßnahmen an Schulen durch externe Experten\*Innen (Jugendliche in Niedersachsen, über Schulformen verteilt; n = 10.638)

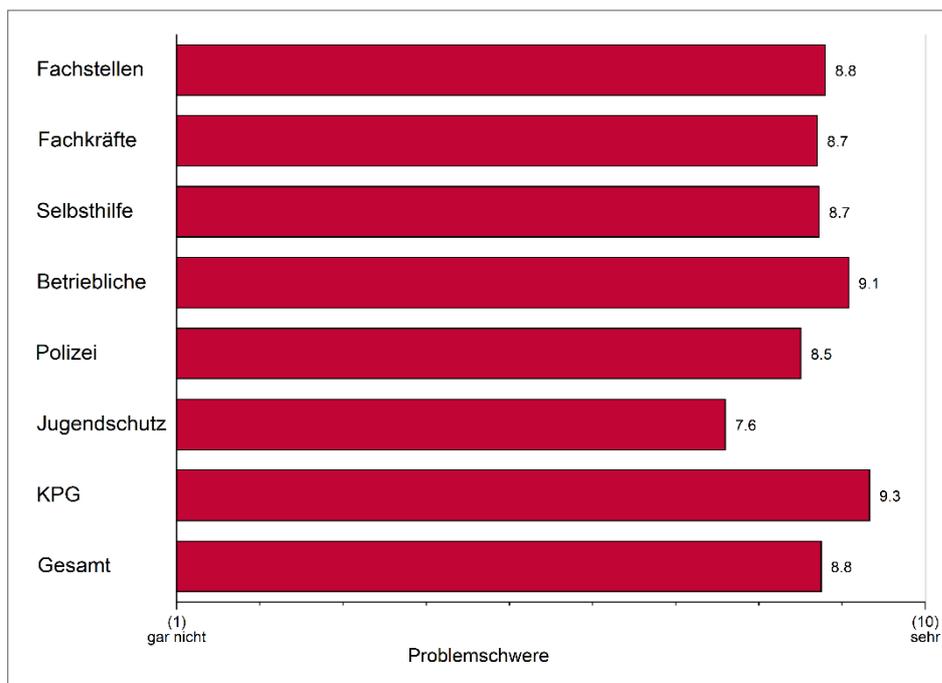
**Abbildung 34.** Präsentation des t1-Befundes „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) zeigen sich die Akteure vergleichsweise überrascht. Abgesehen von der Selbsthilfe (ca. 25%) und der betrieblichen Suchtprävention (ca. 40%) Tätigen entspricht der Befund, dass Hauptschülerinnen und Hauptschüler seltener davon berichten, an Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Expertinnen und Experten teilgenommen zu haben, nicht den Erwartungen der Mehrheit. Über 20 Prozent der Mitglieder der kommunalen Präventionsgremien haben überhaupt nicht mit diesem Befund gerechnet (vgl. Abbildung 35).



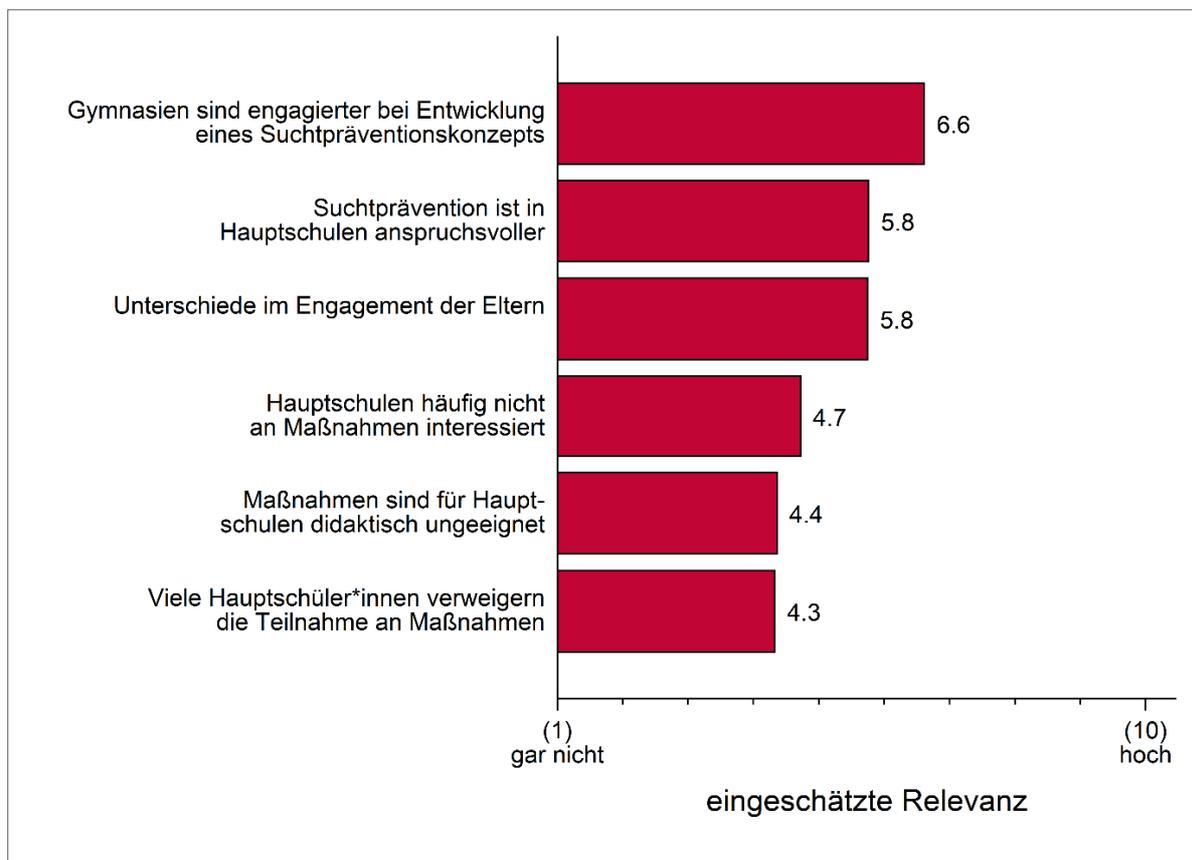
**Abbildung 35:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ aus Sicht der Akteure (n = 394)

Den Befund, dass Hauptschülerinnen und Hauptschüler seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Expertinnen und Experten berichten, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf der Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 8.8. Damit wurde diesem Befund von allen Themenbereichen der höchste Problemwert zugewiesen. Die in den kommunalen Präventionsgremien Aktiven sehen dies am problematischsten und der Jugendschutz vergleichsweise am wenigsten problematisch an (vgl. Abbildung 36).



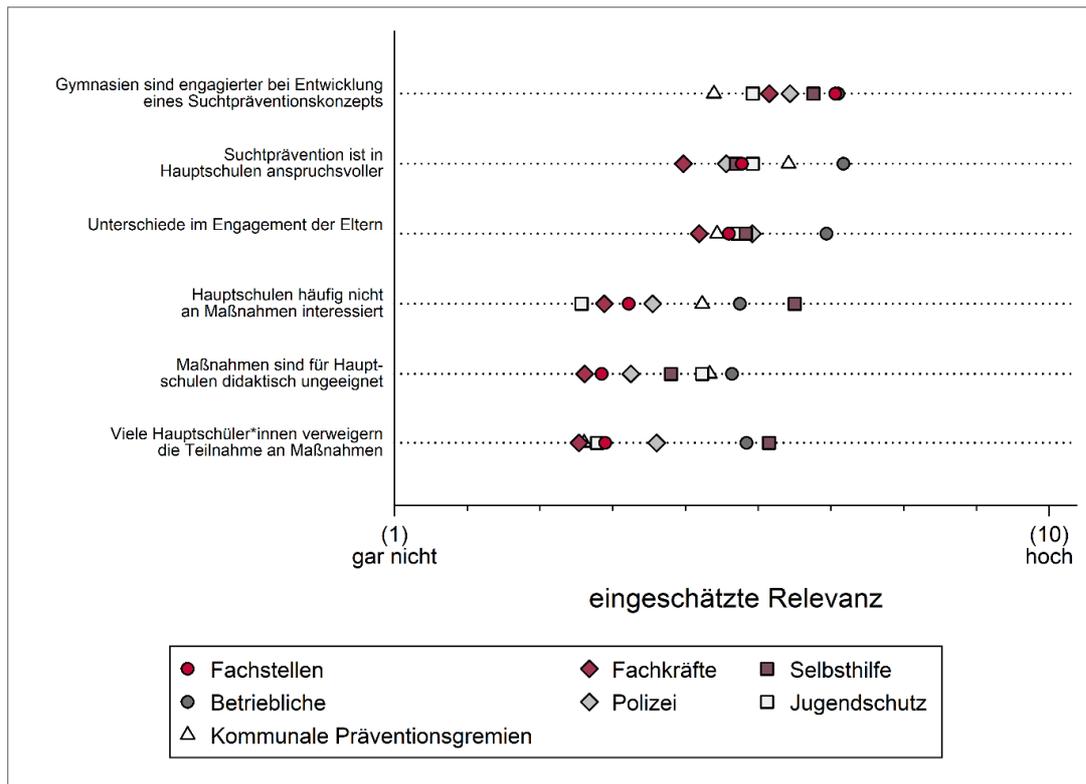
**Abbildung 36:** Problemschwere des Befundes „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ aus Sicht der Akteure (n = 394)

Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sechs Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Von diesen werden drei von den Akteuren als weniger relevant eingestuft und keine These als hochrelevant bewertet. Die Erklärung „Gymnasien sind engagierter darin, ein Suchtpräventionskonzept für die Schule zu entwickeln und auszugestalten.“ wird von den Befragten insgesamt als relevant bewertet. Den Thesen „Suchtpräventionsarbeit in Hauptschulen ist pädagogisch anspruchsvoller und belastender und wird deshalb seltener durchgeführt.“ und „Die Befunde sind auf Unterschiede im Engagement der Eltern zurückzuführen.“ wird eine mittlere Relevanz zugesprochen. Als weniger relevant für das Zustandekommen des Befundes bewerten die Akteure die Erklärungsansätze „Hauptschulen sind häufig nicht an suchtpreventiven Maßnahmen durch externe Expert\*innen interessiert.“, „Die vorhandenen Maßnahmen/Konzepte sind größtenteils didaktisch ungeeignet für die Zielgruppe der Hauptschüler\*innen.“ und „Viele Hauptschüler\*innen verweigern die Teilnahme an extern unterstützten Präventionsmaßnahmen.“ (vgl. Abbildung 37).



**Abbildung 37:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ aus Sicht der Akteure ( $n = 394$ )

Die Ergebnisse sind bei allen Erklärungsangeboten zwischen den Akteursgruppen relativ breit gestreut. Dabei wird die Tendenz erkennbar, dass die Fachkräfte die Erklärungskraft der meisten angebotenen Thesen geringer bewerten als die anderen Akteursgruppen; insbesondere im Vergleich zur betrieblichen Suchtprävention und Selbsthilfe (vgl. Abbildung 38).



**Abbildung 38:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; n = 359)

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 40 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“

Erklärung	N
Befund fehlerhaft	8
Hauptschulen haben andere Schwerpunkte	8
Hauptschüler*innen sind eine unbeliebtere Zielgruppe	6
Mangelndes Engagement des Schulpersonals*	6
Hauptschüler*innen erinnern sich nicht	5
Größere Nachfrage an Gymnasien	4
Eltern von Hauptschüler*innen ist das Problem nicht bewusst	2
Kooperation mit Hauptschulen ist schwieriger	2
Angst vor Imageschädigung bei Kooperation	2
Hauptschulen haben weniger Gelder zur Verfügung	2
Präventionskonzepte sind nicht praxisnah genug	2

*Anmerkung.* \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

Acht Akteure vermuten, dass der Befund fehlerhaft sein könnte. Er decke sich nicht eigenen Erfahrungen aus der Praxis. Hierbei wird von einigen auch die These generiert, dass der Ergebnisse dadurch zustande gekommen sein könnte, dass es kaum noch Hauptschulen in Niedersachsen gibt<sup>7</sup>. Weitere acht Akteure führen als mögliche Begründung für das geringere Erreichen von Hauptschülerinnen und Hauptschülern an, dass in Hauptschulen andere thematische Schwerpunkte beziehungsweise Probleme priorisiert werden. Für Suchtprävention als Thema fehlten im Lehrplan oft die Kapazitäten. Sechs Akteure geben an, dass Hauptschülerinnen und Hauptschüler häufig eine unbeliebtere Zielgruppe bei Suchtpräventionsakteuren seien. Weitere sechs Akteure sehen die Ursache für den Befund im mangelnden Engagement des Schulpersonals an Hauptschulen. Die Relevanz von Suchtprävention sei den Lehrkräften nicht in ausreichendem Maße bewusst. Fünf Akteure vermuten, dass der Befund dadurch zustande gekommen ist, dass sich die Schülerschaft an Hauptschulen schlechter an die durchgeführten Suchtpräventionsmaßnahmen erinnern könnte als Schülerschaften anderer Schulen. Vier Akteure geben an, dass die Nachfrage nach Suchtprävention an Gymnasien häufig größer sei als an Hauptschulen. Zwei Akteure sehen das mangelnde Problembewusstsein der Eltern als eine Ursache für den Befund. Weitere zwei Akteure geben an, dass die Kooperation mit Hauptschulen häufig schwierig sei. Die Kooperation mit Gymnasien gestalte sich vergleichsweise einfacher, da die Abläufe hier strukturierter seien. Weitere zwei Akteure geben an, dass Kooperationen teilweise daran scheitern würden, dass Schulen Angst vor einer möglichen Imageschädigung hätten. Eine Zusammenarbeit mit Suchtpräventionsakteuren könnte signalisieren, dass es insbesondere an dieser Hauptschule ein Suchtproblem gäbe. Weitere zwei Akteure sehen finanzielle Aspekte als Ursache für den Befund an. Hauptschulen hätten zum Teil weniger Finanzmittel zur Verfügung, um Suchtpräventionsmaßnahmen durchzuführen. Weitere zwei Akteure bemängeln, dass die vorhandenen Präventionskonzepte nicht praxisnah genug seien. Es fehle an Projekten, die sich an den Lebenswelten der Zielgruppe orientieren.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, damit Hauptschülerinnen und Hauptschüler zukünftig besser erreicht werden. Insgesamt äußern sich 158 der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage. Zusätzlich geben 233 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Drei weitere Befragte geben an, eine Erhöhung der Reichweite der Suchtprävention in Bezug auf Hauptschülerinnen und Hauptschüler als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 0,8%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „damit Hauptschüler\*innen zukünftig besser durch Suchtpräventionsakteure erreicht werden“

Maßnahme	N
Konzepte stärker im Lehrplan verankern	56
Mehr/andere praxisnahe Angebote	35
Mehr Engagement seitens der Suchtpräventionsakteure	19
Mehr Engagement seitens des Schulpersonals	17
Mehr finanzielle und personelle Ressourcen	15
Kooperationen stärken	6

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

<sup>7</sup> Die absolute Zahl der Hauptschüler ist für die Ermittlung des relativen Anteils von Hauptschülern, die in ihrem Leben bislang Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten erfahren haben, nicht von Bedeutung.

56 Akteure empfehlen eine stärkere Verankerung der Präventionskonzepte in den Lehrplänen der Schulen. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer fordern in diesem Zusammenhang, die Schulen hierzu durch eine Anpassung der Curricula zu verpflichten. 35 Akteure machen den Vorschlag, dass mehr praxisnahe Maßnahmen angeboten werden sollten. Diese müssten darüber hinaus ansprechender für die Zielgruppe gestaltet sein und dürften die Lehrkräfte nicht zusätzlich fordern. 19 Akteure schlagen vor, dass die Suchtpräventionsakteure selbst zukünftig offensiver auf Hauptschulen zugehen und von sich aus mehr Angebote an die Schulen machen müssten. 17 Akteure wünschen sich, dass sich das Schulpersonal in Hauptschulen stärker engagiert, wenn es um die Umsetzung von Suchtpräventionsprogrammen an den entsprechenden Schulen geht. In diesem Zusammenhang empfehlen einige der Befragten auch eine verstärkte Durchführung von Schulungen für die Lehrkräfte, um sie für das Thema Suchtprävention zu sensibilisieren. 15 Akteure wünschen sich mehr finanzielle und personelle Ressourcen zur Durchführung von Suchtpräventionsprogrammen an Schulen, insbesondere seien mehr Präventionsfachkräfte notwendig, um den Suchtpräventionsbedarf aller Schulformen abdecken zu können. Darüber hinaus werden aber auch mehr Stellen für Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter gefordert sowie eine verstärkte finanzielle Förderung für die Durchführung von Projekten an Schulen. Sechs Akteure empfehlen eine verstärkte Kooperation mit den Hauptschulen. Als möglicher Ansatzpunkt werden vor allem die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter gesehen. Zehn Befragte bezweifeln an dieser Stelle erneut die Gültigkeit des Befundes, da dieser nicht ihrer Erfahrung im Feld entspreche. Diese Angaben konnten nicht als Maßnahme codiert werden. Neun weitere Angaben konnten ebenfalls nicht eindeutig als Maßnahmen identifiziert und entsprechend codiert werden.

### 3.2.7 Thema 07: Glücksspielsuchtprävention

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Der Niedersachsensurvey 2015 des KFN hat ergeben, dass Glücksspielsuchtprävention im Vergleich zu allen anderen Themen von Suchtprävention bis zur 9. Klasse die wenigsten Schüler\*innen erreicht hat (vgl. Erster Forschungsbericht, S.145). In Übereinstimmung hierzu ergibt sich aus der Befragung niedersächsischer Suchtpräventionsakteure, dass sich nur ca. 8% der inhaltlichen Arbeit mit Endadressaten\*innen dem Thema Glücksspiel widmet (vgl. Erster Forschungsbericht, S.115).

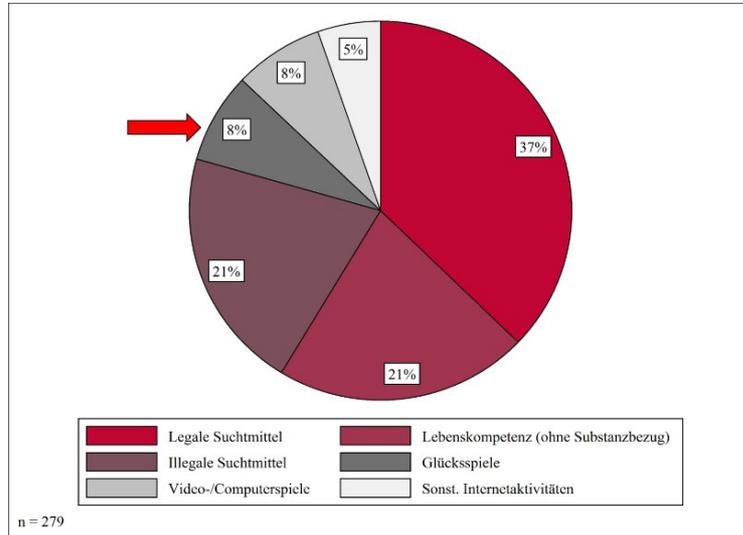
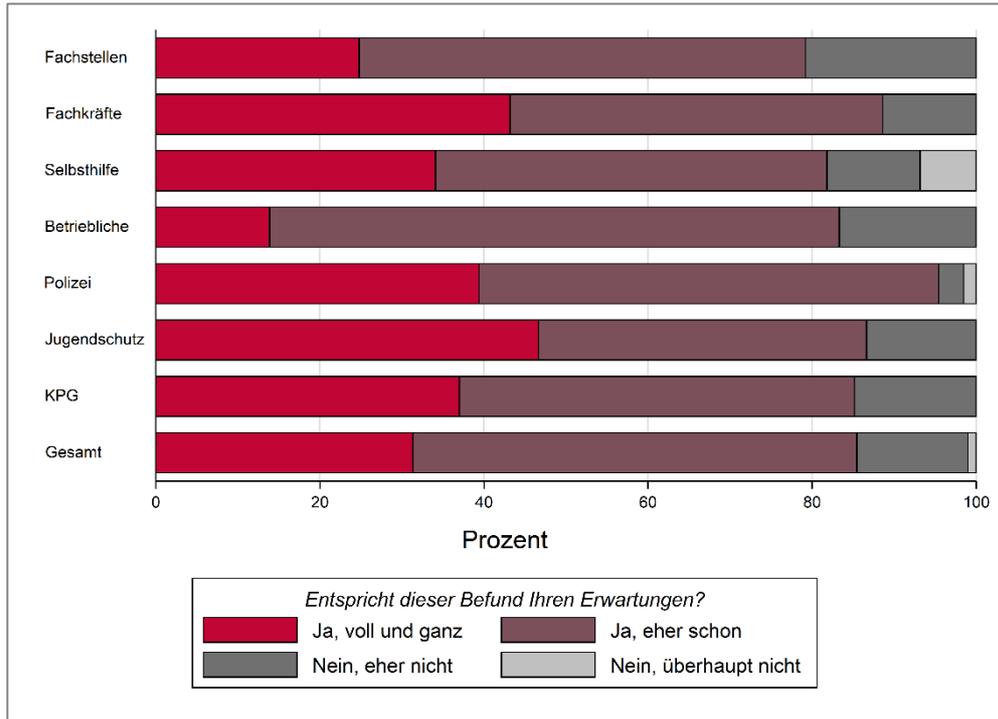


Abbildung 36. Inhalte der Suchtpräventionsarbeit mit Endadressaten\*innen in den letzten 12 Monaten (Hauptakteure; n = 279)

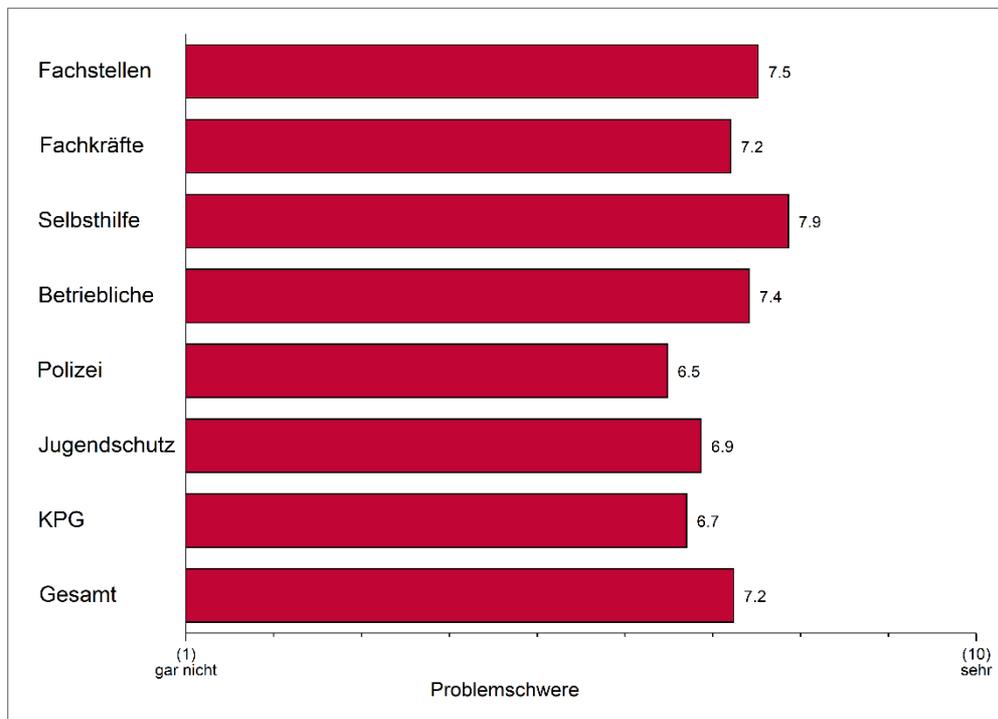
**Abbildung 39.** Präsentation des t1-Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) zeigen sich die Akteure kaum davon überrascht. Insgesamt geben weniger als 20 Prozent der Befragten an, dass der Befund nicht ihren Erwartungen entspricht (vgl. Abbildung 40). Am wenigsten durch den Befund überrascht sind die Polizeibeamtinnen und –beamten: Nur etwa fünf Prozent geben an, dass der Befund nicht ihren Erwartungen entspricht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstellen sind am ehesten überrascht: Etwa 20 Prozent geben an, dass der Befund eher nicht ihren Erwartungen entspricht.



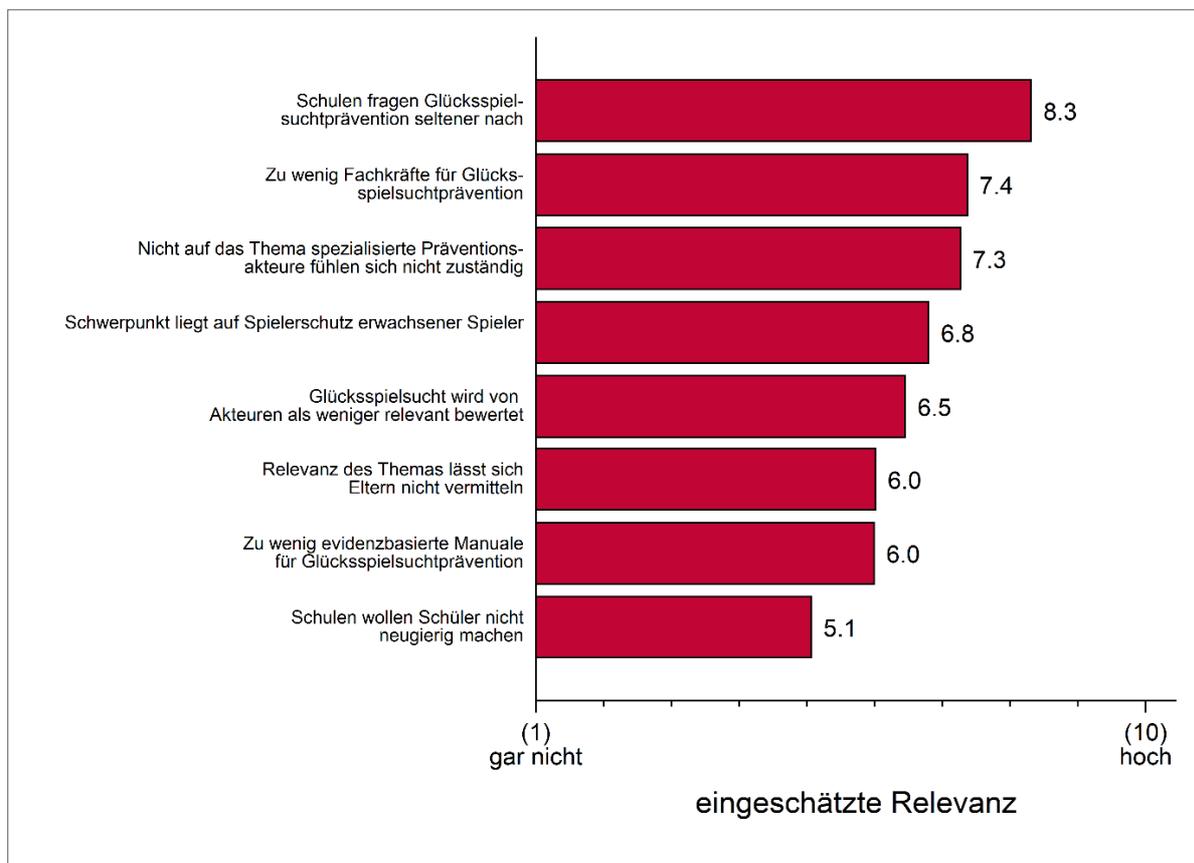
**Abbildung 40:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure (n = 392)

Den Befund, dass Glücksspielsuchtprävention nur rund acht Prozent der Endadressatenarbeit ausmacht, beurteilten die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 7.2. Der Wert schwankt dabei zwischen 6.5 bei den Polizeibeamtinnen und -beamten und 7.9 bei den Akteuren der Selbsthilfe (vgl. Abbildung 41).



**Abbildung 41:** Problemschwere des t1-Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure (n = 392)

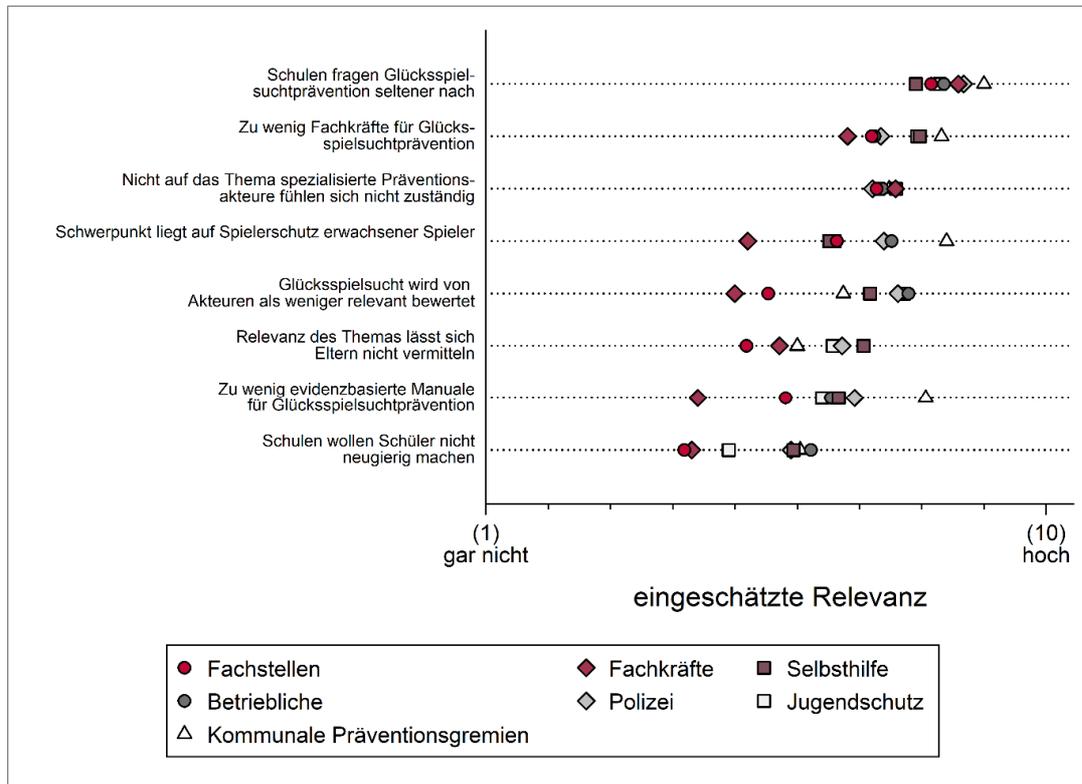
Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern acht Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Dabei schätzen die Befragten die These *„Schulen fragen Glücksspielsuchtprävention seltener nach“* als hochrelevant ein. Ebenfalls als relevant eingestuft werden die Erklärungsansätze *„Es gibt zu wenige Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention.“* und *„Aufgrund der spezialisierten Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention fühlen sich andere Präventionsakteure für das Thema nicht zuständig.“* gefolgt von den Thesen *„Die Fachkräfte legen den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf den Spielerschutz bei erwachsenen Spielern.“* und *„Gegenüber anderen Suchtgefahren wird Glücksspielsucht von Präventionsakteuren als weniger relevant bewertet“*. Den Erklärungsansätzen *„Die Relevanz des Themas lässt sich Eltern nicht vermitteln.“*, *„Es gibt nicht genügend evidenzbasierte und umsetzbare Manuale zu Glücksspielsuchtprävention.“* und *„Schulen wollen es vermeiden, ihre Schülerinnen und Schüler neugierig auf Glücksspiele zu machen.“* wird hingegen nur eine mittlere Relevanz zugesprochen (vgl. Abbildung 42).



**Abbildung 42:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure ( $n = 392$ )

Die Zustimmungsraten unterscheiden sich zwischen den Akteursgruppen deutlich. Einzig bei den Thesen *„Aufgrund der spezialisierten Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention fühlen sich andere Präventionsakteure für das Thema nicht zuständig.“* und *„Schulen fragen Glücksspielsuchtprävention seltener nach“* sind sich die Akteure eher einig. Die Erklärung *„Die Fachkräfte legen den Schwerpunkt ihrer Arbeit auf den Spielerschutz bei erwachsenen Spielern“* bewerten die Akteure aus den kommunalen Präventionsgremien als deutlich zutreffender als die Fachkräfte für Suchtprävention. Ein ähnlicher Trend zeigt sich für die These *„Es gibt nicht genügend evidenzbasierte und umsetzbare Manuale zu Glücks-*

spielsuchtprävention.“ Darüber hinaus werden die Erklärungsansätze „Gegenüber anderen Suchtgefahren wird Glücksspielsucht von Präventionsakteuren als weniger relevant bewertet.“ und „Schulen wollen es vermeiden, ihre Schülerinnen und Schüler neugierig auf Glücksspiele zu machen.“ sowohl von den Fachkräften für Suchtprävention als auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachstellen im Vergleich zu den anderen Akteursgruppen insgesamt als weniger relevant eingeschätzt (vgl. Abbildung 43).



**Abbildung 43:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; n = 357)

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 29 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“

Erklärung	N
Thema ist nicht präsent/wird unterschätzt	19
Zu wenig Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention*	4
Aufteilung in Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention und andere Präventionsfachkräfte*	3
Kapazitäten der Schulen	1
Zu wenig geeignete Konzepte	1
Schüler sollen nicht neugierig gemacht werden*	1

Anmerkung. \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

19 Akteure führen die Erklärung an, dass das Thema Glücksspielsuchtprävention in Schulen und der Öffentlichkeit nicht präsent genug sei und häufig unterschätzt werde. An Schulen habe das Thema in der Regel eine geringe Relevanz, im Fokus stünden andere Problematiken. Glücksspielsucht fiele im Gegensatz zu stoffgebundenen Erkrankungen weniger stark auf, weshalb diese als weniger relevant bewertet werden würde. Vier Akteure erklären darüber hinaus, dass es zu wenig Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention gäbe, um den Bedarf an Präventionsarbeit zu decken. Drei Akteure kritisieren die Einteilung in Fachkräfte für Glücksspielsuchtprävention und andere Fachkräfte. Aus ihrer Sicht führe dies dazu, dass das Thema Glücksspielsucht eine geringe Reichweite hat, da hierdurch die allgemeinen Fachkräfte für Suchtprävention das Thema zu wenig bedienen. In ergänzenden Einzelstatements wird darauf hingewiesen, dass Schulen im Rahmen des Curriculums kaum Zeit haben, Schulstunden für das Thema bereitzustellen, dass es derzeit im Kontext Schule an geeigneten Konzepten für Glücksspielsucht gäbe, und dass Schüler durch Glücksspielsuchtprävention neugierig gemacht werden könnten. Zwei weitere Aussagen konnten keinem eindeutigen Erklärungsansatz zugeordnet werden.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, um die Reichweite von Glücksspielsuchtprävention in Niedersachsen zu erhöhen. Insgesamt äußern sich 99 der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage. Zusätzlich geben 281 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Elf weitere Befragte geben an, eine Ausweitung der Reichweite der Glücksspielsuchtprävention als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 2,8%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um die Reichweite von Glücksspielsuchtprävention in Niedersachsen zu erhöhen“

Maßnahme	N
Mehr finanzielle und personelle Ressourcen	28
Mehr Öffentlichkeitsarbeit	21
Feste Verankerung im Lehrplan	12
Mehr verhältnispräventive Maßnahmen	9
Aufhebung der Trennung in Glücksspielsuchtprävention und andere Prävention	9
Einbettung in andere Präventionsangebote	8
Verbesserung der Präventionsprogramme	8
Verstärkte Kooperation mit Schulen etc.	7
Fortbildungen für Präventionsakteure	5

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

28 Akteure fordern eine Aufstockung der finanziellen und personellen Ressourcen, um mehr Glücksspielsuchtprävention anbieten zu können. Aktuell mangle es hierfür an Fachkräften, die im Bereich Glücksspielsucht qualifiziert sind, hier müssten mehr Stellen geschaffen werden. 21 Akteure wünschen sich darüber hinaus mehr Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung in Bezug auf Glücksspielsucht, um ein Problembewusstsein an Schulen und anderen Bildungseinrichtungen zu schaffen. Zwölf Akteure fordern eine feste Verankerung des Themas in den Curricula der niedersächsischen Schulen. Des Weiteren wünschen sich neun Akteure die verstärkte Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen, darunter Werbeverbote, Reduzierung der Angebotsdichte und vermehrte Kontrollen in Spielhallen. Weitere neun Akteure halten eine Aufhebung der Trennung von Glücksspielsuchtprävention und anderen Prä-

ventionsthemen für sinnvoll. Alle Suchtpräventionsakteure müssten mehr in dem Thema geschult werden, darüber hinaus solle mehr auf suchtmittelunspezifische Präventionsprojekte gesetzt werden. Acht Akteure empfehlen außerdem die Einbettung des Themas Glücksspielsucht als Modul in vorhandene Präventionskonzepte und -angebote. Weitere acht Akteure wünschen sich ein breiteres Angebot an Glücksspielsuchtpräventionsprogrammen. Diese müssten außerdem noch mehr auf die Zielgruppen zugeschnitten sein. Sieben Akteure halten eine Verbesserung der Kooperation mit Schulen und anderen Jugend- und Bildungseinrichtungen für eine sinnvolle Maßnahme, um die Reichweite zu erhöhen. Fünf Akteure wünschen sich mehr Fortbildungsangebote für Suchtpräventionsakteure im Bereich Glücksspielsucht. Fünf weitere Aussagen von Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten nicht eindeutig einer Maßnahme zugeordnet werden.

### 3.2.8 Thema 08: Kooperation zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Die Daten der ersten Befragung zeigen, dass in der Suchtprävention – auch über institutionelle Grenzen hinweg – ein hoher Vernetzungsgrad zwischen den Akteuren besteht.

Für die Selbsthilfe ergibt sich jedoch ein abweichender Befund. Diese wird von beruflichen Suchtpräventionsakteuren kaum als wesentlicher Kooperationspartner benannt (vgl. Erster Forschungsbericht, S.108).

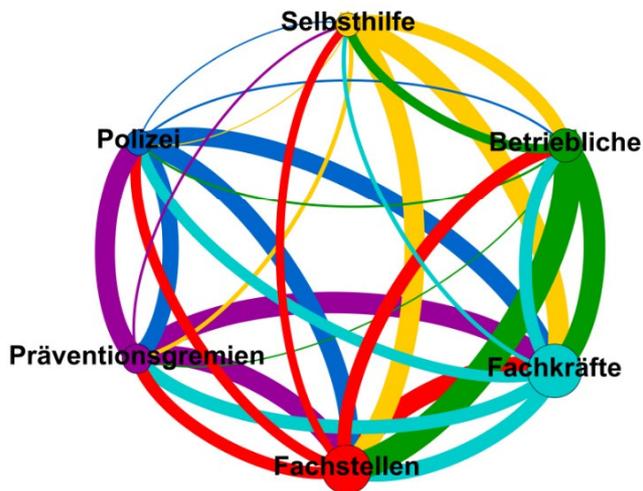
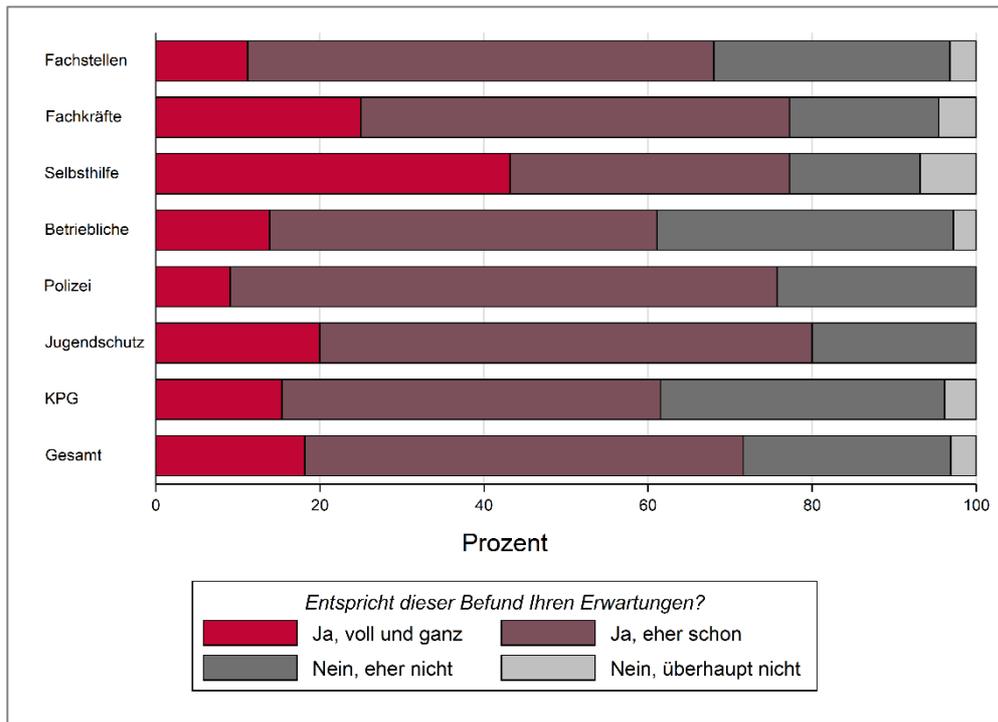


Abbildung 29. Kooperationspartner unter den Hauptakteuren der Suchtprävention in Niedersachsen

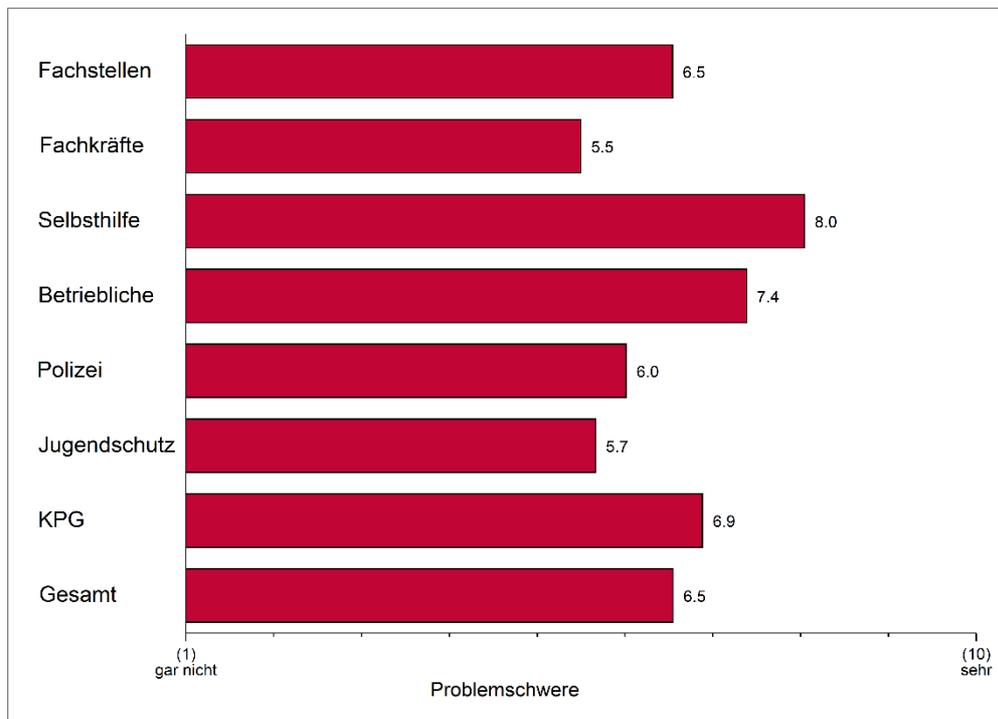
**Abbildung 44.** Präsentation des t1-Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) geben etwa 30 Prozent der Akteure an, dass der Befund nicht ihren Erwartungen entspricht. Über 40 Prozent der in der Selbsthilfe Tätigen haben voll und ganz mit dem Befund gerechnet. Die Beschäftigten in der betrieblichen Suchtprävention und den kommunalen Präventionsgremien sind am meisten von dem Befund überrascht, etwa 40 Prozent geben an, dass der Befund nicht ihren Erwartungen entspricht (vgl. Abbildung 45).



**Abbildung 45:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure (n = 391)

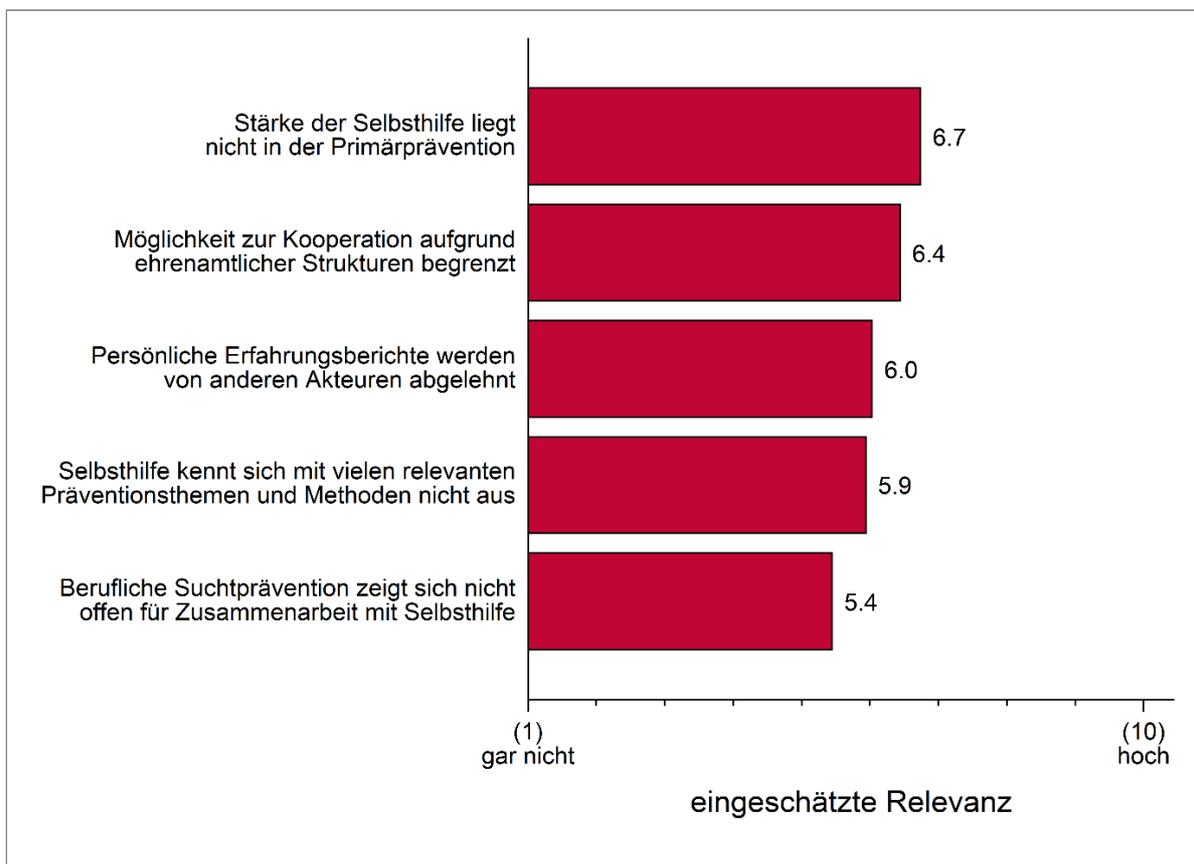
Den Befund, dass die Selbsthilfe von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt wird, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ mit einem Wert von 6.5. Die Akteure der Selbsthilfe (8.0) bewerten die Problemschwere höher als die anderen Akteursgruppen (vgl. Abbildung 46).



**Abbildung 46:** Problemschwere des t1-Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure (n = 391)

Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern fünf Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Keiner der Erklärungsansätze wird von den Befragten als hochrelevant eingeschätzt. Die Akteure bewerten die Thesen *„Die Stärke der Suchtselbsthilfe liegt in der der Sekundär- und Tertiärprävention, nicht in der Primärprävention.“* und *„Die Möglichkeit einer nachhaltigen Kooperation mit der Selbsthilfe ist aufgrund ihrer ehrenamtlichen Strukturen begrenzt.“* insgesamt als relevant. Den Erklärungen *„Die zum Teil auf persönlichen Erfahrungsberichten basierende Präventionsarbeit der Suchtselbsthilfe wird von anderen Suchtpräventionsakteuren abgelehnt.“*, *„Die Selbsthilfe kennt sich mit vielen relevanten Präventionsthemen und Methoden nicht gut genug aus.“* und *„Die berufliche Suchtprävention zeigt sich nicht offen für eine Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe.“* wird nur eine mittlere Relevanz zugesprochen (vgl.

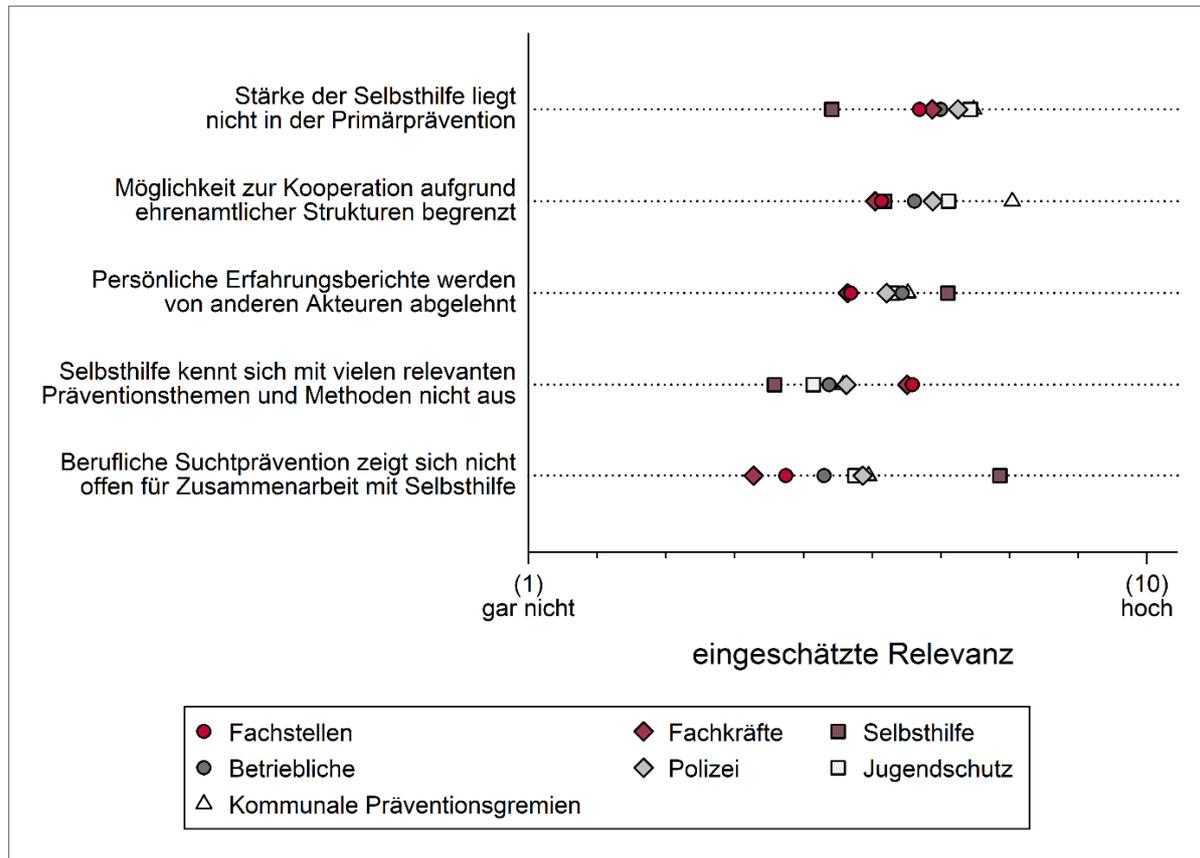
Abbildung 47).



**Abbildung 47:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ )

Die Akteure der Selbsthilfe bewerten die vorgeschlagene Erklärung, dass die Stärke der Selbsthilfe nicht in der Primär-, sondern in der Sekundär- und Tertiärprävention liege, im Vergleich zu den anderen Akteursgruppen als weniger relevant. Relativ einig sind sich alle Befragten bei der Relevanzbewertung der folgenden Erklärungsansätze *„Die Möglichkeit einer nachhaltigen Kooperation mit der Selbsthilfe ist aufgrund ihrer ehrenamtlichen Strukturen begrenzt.“* und *„Die zum Teil auf persönlichen Erfahrungsberichten basierende Präventionsarbeit der Suchtselbsthilfe wird von anderen Suchtpräventionsakteuren abgelehnt.“*

Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Fachstellen für Suchtprävention sowie den Fachkräften für Suchtprävention wird die These, dass sich die Selbsthilfe mit vielen relevanten Präventionsthemen und Methoden nicht gut genug auskennt, im Schnitt mit einer höheren Relevanz bewertet. Des Weiteren stufen die Akteure der Selbsthilfe den Erklärungsansatz, dass sich die berufliche Suchtprävention nicht offen für eine Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zeige, als relevanter ein als die anderen Akteursgruppen (vgl. Abbildung 48).



**Abbildung 48:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen;  $n = 356$ )

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 37 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 22).

Neun Akteure beschreiben die zunehmende Überalterung der Selbsthilfe und die damit einhergehenden Probleme als Grund für die geringe Kooperation zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe. Diese führe einerseits dazu, dass es immer weniger Selbsthilfegruppen gäbe, andererseits seien viele der Akteure der Selbsthilfe zu alt, um sich in die Lebenswelten von Jugendlichen hineinzusetzen. Weitere neun Akteure sehen es als Hindernis für die Kooperation an, dass oftmals Vorurteile zwischen den Akteursgruppen bestünden. Akteure der Selbsthilfe würden von den Fachkräften häufig nicht als Expertinnen bzw. Experten angesehen, die Selbsthilfe wiederum habe zum Teil „Berührungsängste“:

*„Es braucht auf beiden Seiten mehr Öffnung und Akzeptanz. Die Selbsthilfe könnte davon profitieren, wenn sie sich mehr mit Präventionskonzepten befasst und eigene Konzepte gemeinsam mit Fachkräften weiterentwickelt, um für Jüngere attraktiv zu werden. Fachkräfte müssten bereit sein, sich auf eine Kompetenzentwicklung mit Ehrenamtlern einzulassen. Im Bereich der betrieblichen Suchtprävention wird an dieser Schnittstelle auch konzeptionell gearbeitet.“*

Sechs Akteure empfinden die Ausrichtung und Wertvorstellungen der Selbsthilfe als problematisch. Diese setze zu sehr auf Abstinenz und Abschreckung und zu wenig auf eine akzeptierende Haltung zu Konsum. Fünf Akteure sehen im Konkurrenzdenken zwischen Selbsthilfe und beruflicher Suchtprävention eine Ursache für die geringe Kooperation. Dies spiele vor allem bei Angeboten der Nachsorge nach Therapien eine große Rolle. Die Akteure der beruflichen Suchtprävention und der Selbsthilfe hätten hier zum Teil das Gefühl, mit ihren Angeboten um die Endadressaten zu wetteifern. Vier Akteure betonen noch einmal, dass die Akteure der Selbsthilfe im Bereich der Prävention nicht ausreichend qualifiziert seien. Ihre Stärken werden eher im Bereich der Suchthilfe gesehen. Zwei Akteure verweisen auf die begrenzten Kapazitäten der Selbsthilfe. Aufgrund des ehrenamtlichen Engagements der Akteure fehle es an Zeit und Geld für eine Beteiligung an nachhaltiger Präventionsarbeit. Weitere zwei Befragte führen als Erklärung an, dass die Akteure der Selbsthilfe häufig anonym bleiben wollten und dies eine Kooperation erschwere. Aus Sicht von weiteren zwei Akteuren fehle es mancherorts an einer „Tradition der Zusammenarbeit“. Wenn sich die Kooperationen allerdings erstmal etabliert hätten, funktioniere die Zusammenarbeit gut. Als ergänzendes Einzelstatement wird die mangelnde Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe angeführt.

Tabelle 22. Zusätzlich ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“

Erklärung	N
Überalterung der Selbsthilfe	9
Vorurteile gegenüber dem jeweils anderen	9
Selbsthilfe hat andere Ausrichtung/Werte	6
Konkurrenzdenken	5
Selbsthilfe ist nicht qualifiziert für Prävention*	4
Fehlende Kapazitäten der Selbsthilfe*	2
Selbsthilfe will anonym bleiben	2
Kooperation sind noch nicht etabliert	2
Zu wenig Öffentlichkeitsarbeit seitens der Selbsthilfe	1

*Anmerkung.* \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, um die kooperative Zusammenarbeit in der Suchtprävention zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe zu stärken. Insgesamt äußern sich 92 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser Frage. Zusätzlich geben 267 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Zweieunddreißig weitere Befragten geben an, eine verstärkte kooperative Zusammenarbeit zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe nicht als zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 8,2%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um die kooperative Zusammenarbeit in der Suchtprävention zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe zu stärken“

Maßnahme	N
Bessere Vernetzung/Austausch	28
Gemeinsame Projekte/mehr Kooperationen	23
Angebote an die Selbsthilfe (Fortbildung, Supervision)	13
Mehr Wertschätzung gegenüber ehrenamtlichen Arbeit	12
Selbsthilfe muss offener werden	6
Gemeinsame Konzepte entwickeln	5
Bessere Koordination	3
Ehrenamtliche entlasten	2
Junge Leute in die Selbsthilfe bringen	2
Evidenzbasierte Untersuchung von Erfahrungsberichten	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

28 Akteure wünschen sich eine bessere Vernetzung und mehr Austausch zwischen den Akteursgruppen. Ein häufig in diesem Zusammenhang genannter Lösungsansatz ist die Einrichtung gemeinsamer Arbeitskreise, innerhalb derer wichtige Themen besprochen und sich über eine Optimierung der Zusammenarbeit beraten werden könne. 23 Akteure empfehlen die Umsetzung von gemeinsamen Projekten und mehr Kooperationen, damit beide Seiten positive Erfahrungen miteinander machen können. 13 Akteure halten Angebote der beruflichen Suchtprävention an die Selbsthilfe für sinnvoll. Beispielsweise könnte die Kooperation durch Weiterbildungen und Supervision gestärkt werden. Zwölf Akteure sind der Meinung, dass der ehrenamtlichen Arbeit und dem Erfahrungshintergrund in der Selbsthilfe mehr Wertschätzung entgegengebracht werden sollte. Auf der anderen Seite fordern sechs Akteure auch, dass die Selbsthilfe sich offener gegenüber den hauptamtlichen Akteuren zeigen müsse. Fünf Akteure halten eine stärkere Einbeziehung der Selbsthilfe in die Entwicklung von Präventionskonzepten und die Erarbeitung neuer Projekte für eine effektive Maßnahme, um die Zusammenarbeit zu stärken. Drei Akteure wünschen sich eine bessere Koordination. Die suchtpreventiven Aufgaben der einzelnen Institutionen müssten aus ihrer Sicht klarer zugeordnet werden. Zwei Akteure empfehlen, Ehrenamtliche zu entlasten, zum Beispiel durch ergänzende Fördermittel auch für die Finanzierung von Personalstellen. Weitere zwei Akteure halten es für sinnvoll, mehr junge Leute zu einer Tätigkeit in der Selbsthilfe zu motivieren. Als ergänzendes Einzelstatement wird ferner eine auf Evidenzgenerierung gerichtete Untersuchung von erfahrungsbasierten Programmen in der Suchtprävention vorgeschlagen. Neun weitere Angaben konnten nicht eindeutig einer Maßnahme zugeordnet werden.

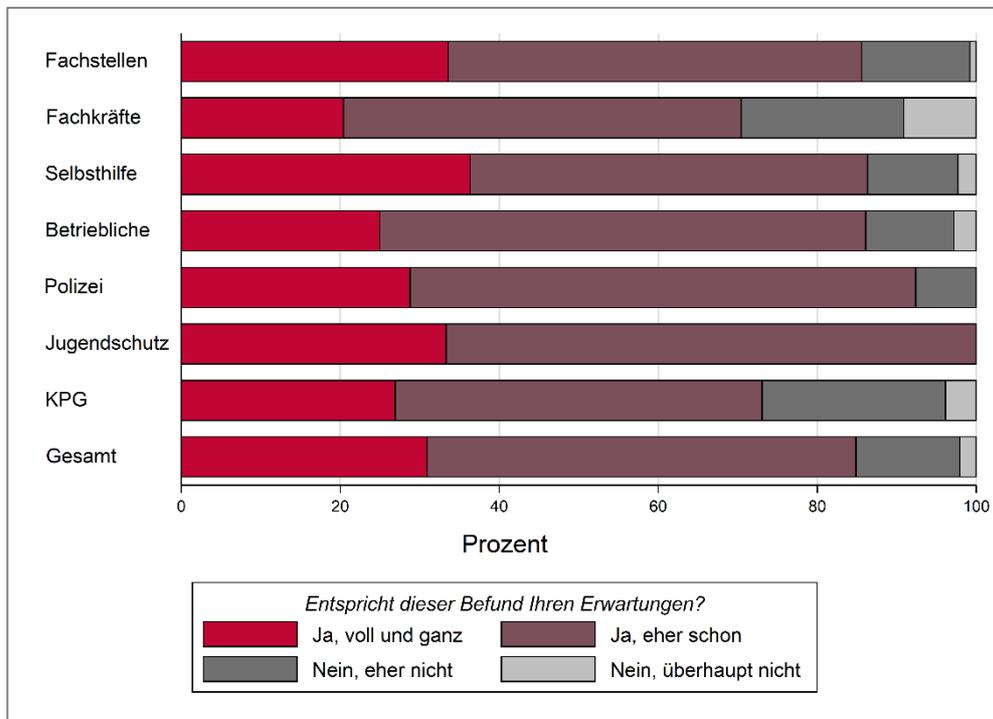
### 3.2.9 Thema 09: Nachfrageorientierung der Suchtprävention

Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Die von uns befragten Suchtpräventionsakteure berichten, dass sie sich bei ihrer Arbeit eher stark an der Nachfrage und vergleichsweise weniger stark an Angebotslücken orientieren (vgl. Erster Forschungsbericht, S.112). Dies bedeutet, dass sie eher konkret vorliegende Anfragen bedienen als selbstständig ihre Arbeitsschwerpunkte im Hinblick auf Adressaten, Settings und Inhalte festzulegen.

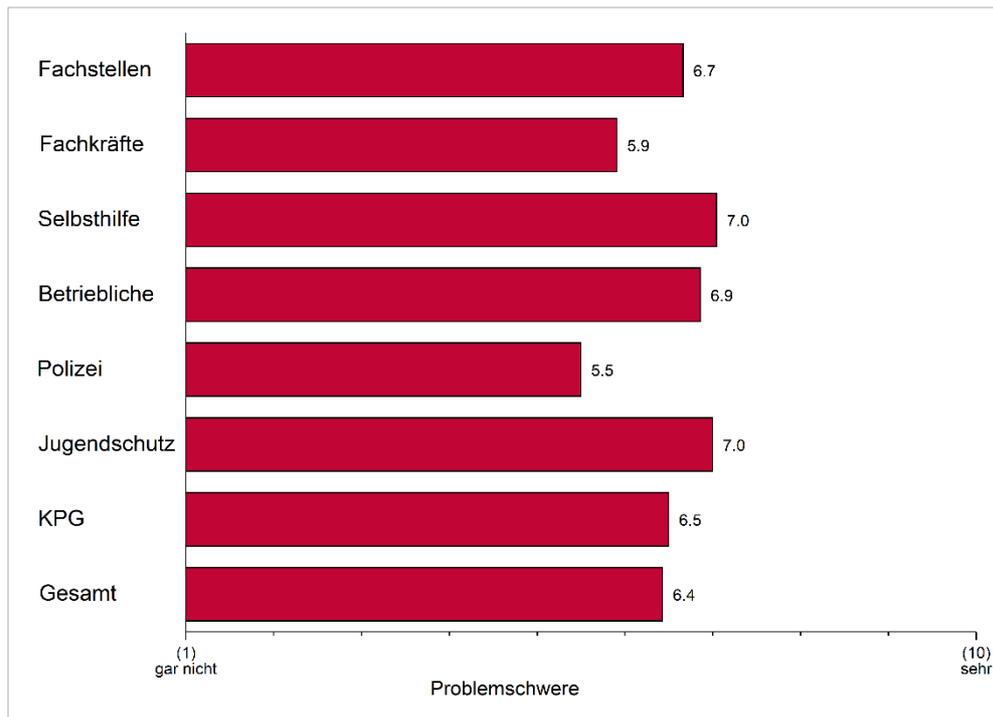
**Abbildung 49.** Präsentation des t1-Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) geben etwa 15 Prozent der Befragten an, nicht mit diesem Befund gerechnet zu haben. Der Anteil ist bei den Fachkräften für Suchtprävention (ca. 30%) und den Beschäftigten in den kommunalen Präventionsgremien (ca. 25%) am höchsten. Niemand aus der Gruppe Jugendschutz zeigt sich von diesem Befund überrascht (vgl. Abbildung 50).



**Abbildung 50:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure (n = 391)

Den Befund, dass sich die Suchtpräventionsakteure bei ihrer Arbeit eher stark an der Nachfrage orientieren, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ insgesamt mit einem Wert von 6.4. Am geringsten fallen die Werte der Polizeibeamtinnen und -beamten (5.5) und der Fachkräfte für Suchtprävention (5.9) aus (vgl. Abbildung 51).

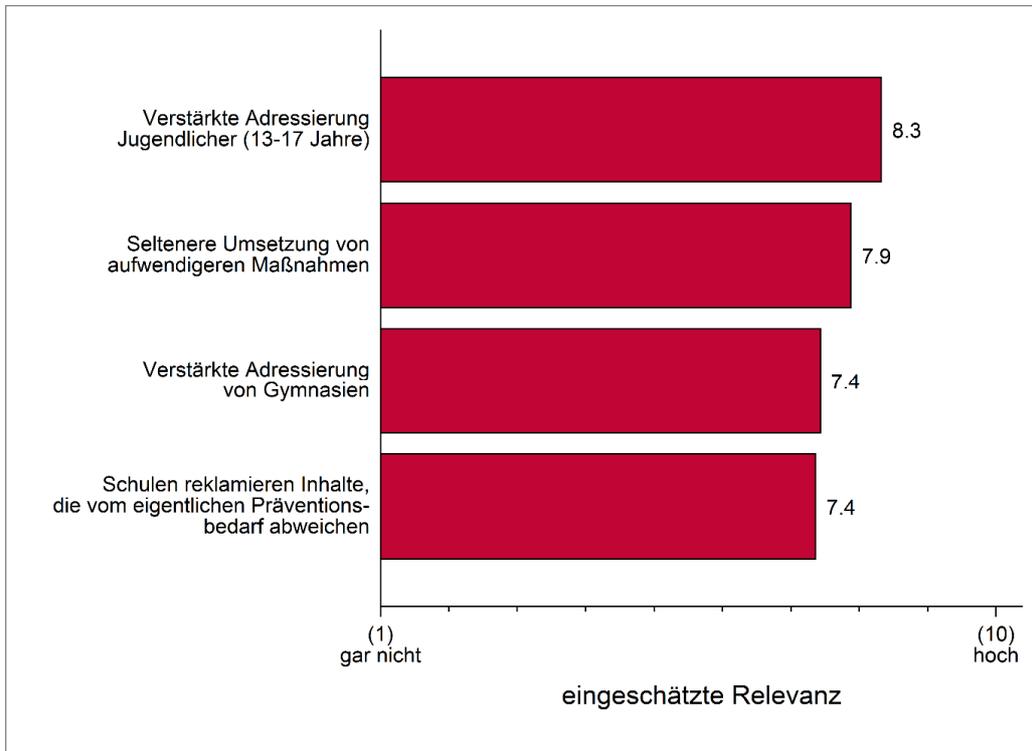


**Abbildung 51:** Problemschwere des t1-Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure ( $n = 391$ )

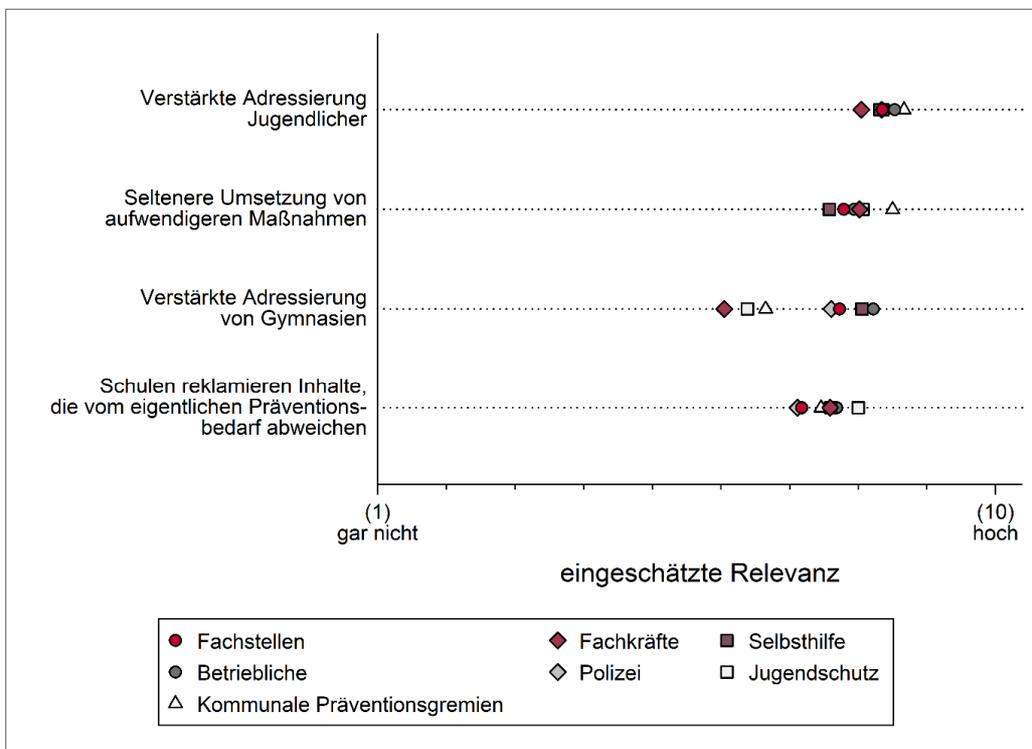
Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern vier Befunde vorgelegt, für die sie jeweils bewerten sollten, inwiefern die Nachfrageorientierung in der Suchtprävention eine relevante Erklärung für ihr Zustandekommen sein könnte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Für alle Befunde wird die Nachfrageorientierung von den Akteuren als relevante Erklärung eingestuft. Die ausformulierte These „Schulen fragen Suchtprävention insbesondere dann an, wenn konkrete Konsumprobleme im Schulalltag sichtbar werden. Konsumprobleme treten im Jugendalter verstärkt auf. Orientieren sich Suchtpräventionsakteure eher stark an der Nachfrage, so kann dies dazu beitragen, dass die Altersgruppe der 13- bis 17-Jährigen stärker als jüngere Altersgruppen adressiert wird.“ wird sogar als hochrelevant bewertet. Auch für die These „Schulen, die Suchtprävention nachfragen, haben häufig bereits konkrete Vorstellungen vom zur Verfügung stehenden zeitlichen Rahmen. Diese Vorgaben können dazu beitragen, dass sich aufwendigere und evidenzbasierte Maßnahmen häufig nicht umsetzen lassen.“ wird die Nachfrageorientierung als relevante Erklärung gesehen, gefolgt von den Thesen „Es sind häufiger Gymnasien als Hauptschulen, die Suchtprävention nachfragen. Orientieren sich Suchtpräventionsakteure eher stark an der Nachfrage, so kann dies dazu beitragen, dass Suchtpräventionsmaßnahmen häufiger mit Gymnasiast\*innen als mit Hauptschüler\*innen durchgeführt werden.“ und „Schulen, die Suchtprävention nachfragen, haben häufig bereits konkrete Vorstellungen von den zu behandelnden Präventionsinhalten. Dies kann dazu beitragen, dass manche „unpopuläre“ Themen – wie zum Beispiel Glücksspielsuchtprävention – zu kurz kommen.“ (vgl. Abbildung 52).

Drei Thesen werden von den Akteursgruppen in vergleichbarer Weise als relevant erachtet. Für die These „Es sind häufiger Gymnasien als Hauptschulen, die Suchtprävention nachfragen. Orientieren sich Suchtpräventionsakteure eher stark an der Nachfrage, so kann dies dazu beitragen, dass Suchtpräventionsmaßnahmen häufiger mit Gymnasiast\*innen als mit Hauptschüler\*innen durchgeführt werden“ ergibt sich hingegen ein ‚zweigeteiltes‘ Ergebnis: Die Fachkräfte für Suchtprävention, Beschäftigte im

Jugendschutz und in den kommunalen Präventionsgremien messen der Nachfrageorientierung in Bezug auf die These eine geringere Relevanz bei als die restlichen Akteursgruppen (vgl. Abbildung 53).



**Abbildung 52:** Relevanz verschiedener Thesen zu möglichen Folgen des Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure ( $n = 389$ )



**Abbildung 53:** Relevanz verschiedener Thesen zu möglichen Folgen des Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen;  $n = 354$ )

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure zu Folgen einer starken Nachfrageorientierung

Die Akteure wurden gefragt, ob ihnen noch weitere Folgen einfallen, die aus ihrer Sicht mit einer eher starken Nachfrageorientierung und geringeren Orientierung an Angebotslücken verbunden sind. Auf diese Frage antworteten 38 Personen mit „Ja“.

Entgegen der formulierten Fragestellung, antworten viele Suchtpräventionsakteure an dieser Stelle nicht nur mit der Nennung etwaiger Folgen. Vielmehr nutzten einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Freitextantwortfeld dazu, dem Projektteam weitere Hinweise auf mögliche Ursachen für den Befund zu nennen. Aus diesem Grund wird die Auswertung der Antworten auf diese Fragen in genannte Ursachen und genannte Folgen unterteilt. Neun Akteure äußern sich zu Folgen, 25 Akteure notieren Hinweise auf mögliche Ursachen, wobei einige Befragte Mehrfachantworten machen. Vier Antworten konnten keiner Kategorie zugeordnet werden.

Zunächst werden die Thesen der Akteure zur Erklärung der Nachfrageorientierung angeführt (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24. Ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“

Erklärung	N
Mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen	19
Zu wenig Öffentlichkeitsarbeit	2
Bequemlichkeit der Akteure	2
Imagepflege	1
Angebotslücken sind nicht bekannt	1
Kein regionales Gesamtkonzept	1
Bereitschaft der Verantwortlichen	1
Finanzierung	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

19 Akteure sprechen mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen an. Die reaktive Arbeitsweise der Präventionsakteure sei auf die begrenzten Kapazitäten zurückzuführen. Für eine Orientierung an Angebotslücken fehle die Zeit:

*„Personalmangel: Wenn ich die Nachfragen kaum bedienen kann, wie soll es dann geschafft werden, noch Angebote zu machen.“*

Zwei Akteure kritisieren Mängel in der Öffentlichkeitsarbeit. Schulen seien oftmals nicht ausreichend über die zur Verfügung stehenden Angebote informiert. Weitere zwei Akteure vermuten, dass die Nachfrageorientierung in der Suchtprävention auch auf die Bequemlichkeit der Akteure zurückzuführen sei. Ähnlich kritisch fallen weitere Einzelstatements aus, wonach die Bedienung der Nachfrage vor allem der Imagepflege dienen würde, die Akteure oftmals nichts von den bestehenden lokalen Angebotslücken wüssten, es in den einzelnen Regionen an einem Gesamtkonzept fehle, welches eine flächendeckende Suchtprävention sicherstelle, die Fachkräfte auf die Bereitschaft der Verantwortlichen in den Lebenswelten angewiesen seien und die Nachfrageorientierung die Finanzierung der Suchtpräventionsakteure sichere.

Weiterhin führen die Akteure Thesen zu möglichen Folgen einer nachfrageorientierten Suchtprävention auf (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen zu Folgen einer eher starken Nachfrageorientierung und geringeren Orientierung an Angebotslücken

Folge	N
Zielgruppen werden nicht erreicht	4
Vernachlässigung bestimmter Themen	3
Suchtprävention ist nicht bedarfsgerecht/flächendeckend	2
Bezug zu Theorie und Forschung fehlt	1
Prävention setzt zu spät ein	1
Probleme werden nicht gelöst	1

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

Vier Akteure vermuten als Folge der Nachfrageorientierung, dass wichtige Zielgruppen nicht erreicht werden, drei Akteure, dass bestimmte Themen wie Medien und Sportwetten vernachlässigt würden. Zwei Akteure nehmen an, dass die Bedarfsgerechtigkeit und Reichweite von Suchtprävention beeinträchtigt wird. In weiteren Einzelstatements wird umrissen, dass durch die Nachfrageorientierung auch die Bezüge zwischen Praxis und theoretisch relevanter Präventionsentwicklung sowie Forschung fehlten, Suchtprävention oftmals zu spät ansetze und Problem nicht umfassend bearbeitet würden.

#### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Die Akteure wurden gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, um Suchtpräventionsakteuren zu ermöglichen, selbstständig ihre Arbeitsschwerpunkte im Hinblick auf Adressantinnen und Adressaten, Settings und Inhalte festzulegen und sich weniger an der Nachfrage zu orientieren. 129 Befragte äußern sich hierzu. 246 Befragte geben an, dies nicht einschätzen zu können. Vierzehn weitere Akteure geben an, es nicht als zielführend anzusehen, sich zukünftig weniger an der Nachfrage zu orientieren (Ablehnungsquote: 3,6%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um Suchtpräventionsakteuren zu ermöglichen, selbstständig ihre Arbeitsschwerpunkte im Hinblick auf Adressaten\*innen, Settings und Inhalte festzulegen und sich weniger an der Nachfrage zu orientieren“

Maßnahme	N
Mehr finanzielle und personelle Ressourcen	53
Kooperationen stärken	20
Feste Verankerung in Curricula	20
Präventionskonzepte überarbeiten	10
Mehr Autonomie/Flexibilität in der suchtpreventiven Arbeit	9
Aktiv auf Schulen/Endadressaten*innen zugehen	9
Thematisierung in der Öffentlichkeit	9
Bedarfsanalysen	7
Stärkere Zielgruppenorientierung	7
Kombination aus Angebots- und Nachfrageorientierung	4
Koordinationsstelle einrichten	3
Andere Fördermittelvergabe	1

Anmerkung. Mehrfachantworten waren möglich.

53 Akteure wünschen sich zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen, um ihre Arbeit zukünftig stärker an Angebotslücken orientieren zu können. Hierfür fehle es aktuell noch an Zeit und Kapazitäten. Mehr Präventionsfachkräfte könnten ein größeres Spektrum an Präventionsarbeit abdecken. Der Ausbau und das verstärkte Nutzen von Kooperationsbeziehungen wird von 20 Akteuren empfohlen. Für eine flächendeckende Suchtprävention bedürfe es ein stärkeres Engagement in lokalen Netzwerken. Darüber hinaus müsse insbesondere die Kooperation mit den Schulen vertieft werden. Weitere 20 Akteure schlagen eine Verankerung von Suchtpräventionsprojekten in den Lehrplänen der Schulen vor. Einige Befragte fordern sogar einen gesetzlich festgelegten Präventionsauftrag für Schulen. Zehn Akteure sprechen sich dafür aus, die bestehenden Präventionskonzepte zu überarbeiten. Diese müssten regional immer wieder aktualisiert werden, um Rücksicht auf neue Konsumtrends zu nehmen. Neun Akteure fordern mehr Autonomie und Flexibilität in ihrer Arbeitsgestaltung, um gezielter auf relevante Zielgruppen einzugehen und Präventionsschwerpunkte selbst festzulegen. Weitere neun Akteure sind der Meinung, dass die Akteure ihr Angebot gezielter bei Schulen und anderen Zielgruppen bewerben müssten. Hierfür müssten diese Schulen in ihrer Region aktiv ansprechen, um deren Interesse an Suchtprävention zu wecken. Weitere neun Akteure sprechen sich für vermehrte Öffentlichkeitsarbeit und eine stärkere Sensibilisierung für die zugrundeliegenden Problematiken aus. Präventionsakteure müssten verstärkt für Angebotslücken sensibilisiert werden. Gleichzeitig sollte die Gesellschaft und insbesondere die Adressatinnen und Adressaten über den Mehrwert suchtpreventiver Arbeit aufgeklärt werden, um das Interesse an den Angeboten der Präventionsakteure zu erhöhen. Sieben Akteure sehen verstärkte Bedarfsanalysen auf lokaler Ebene als wünschenswert an. Hierfür müssten verschiedene Quellen und Institutionen mit in die Analyse einbezogen werden:

*„Mehr Zeit für Planung schaffen. Ergebnisse aus lokalen Schülerbefragungen, Erfahrungen von Kinderkliniken (Einlieferungen wg. Alkoholvergiftung etc.)/Ärzt\*innen, Polizei und Schulverwaltung sammeln, auswerten und daraus abgeleitete Präventionsschwerpunkte koordinieren.“*

Sieben weitere Akteure sprechen sich für eine stärkere Zielgruppenorientierung in der Suchtprävention aus. Um Angebotslücken zukünftig entgegenzuwirken, sei es nötig, passgenauere Programme anzubieten. Vier Akteure geben zu bedenken, dass neben der Orientierung an Angebotslücken auch die Nachfrageorientierung wichtig sei und beides in der suchtpreventiven Arbeit Berücksichtigung finden sollte. So könne die Reaktion auf Nachfragen unter anderem ein Türöffner für weitere Angebote sein. Drei Akteure fordern eine Institutionalisierung der Regelangebote zur Suchtprävention bzw. eine übergeordnete Stelle zur Koordination, welche vom Land gefördert werden solle, um eine flächendeckende und bedarfsgerechte Suchtprävention sicherzustellen. Einem weiteren Einzelstatement zufolge sollte die institutionelle Förderung zukünftig zugunsten einer projektbezogenen Fördermittelvergabe zurückgestellt werden. Acht Antworten konnten nicht eindeutig als Maßnahme codiert werden.

### 3.2.10 Thema 10: Evidenzbasierung in der Suchtprävention

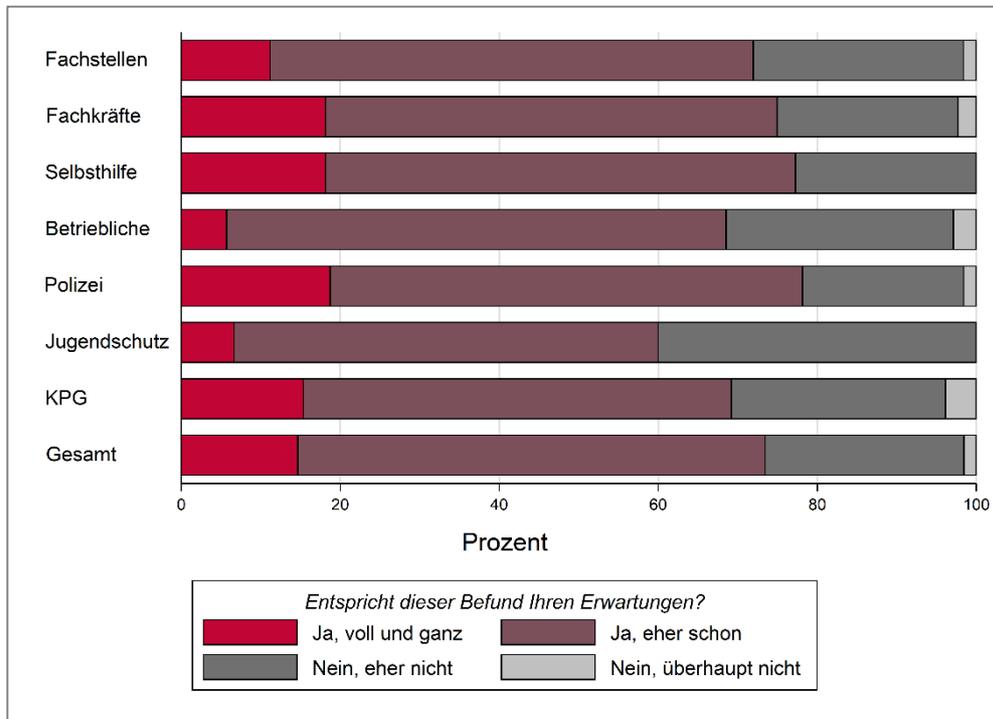
Zu Beginn dieses Themenbereichs wurde den Befragten folgender Befund präsentiert:

Ein Großteil der von uns befragten Suchtpräventionsakteure bewertet Evidenzbasierung in der Suchtprävention als eher sinnvoll (57,1%) oder sogar essentiell (26,6%). Nur eine Minderheit von 2,6% hält evidenzbasierte Suchtprävention für unrealistisch.

Trotz dieser Aufgeschlossenheit gegenüber evidenzbasierter Suchtprävention sind viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Programme nicht auf der Grünen Liste Prävention (CTC - Datenbank empfohlener Präventionsprogramme) aufgeführt (vgl. Erster Forschungsbericht, S.118-119).

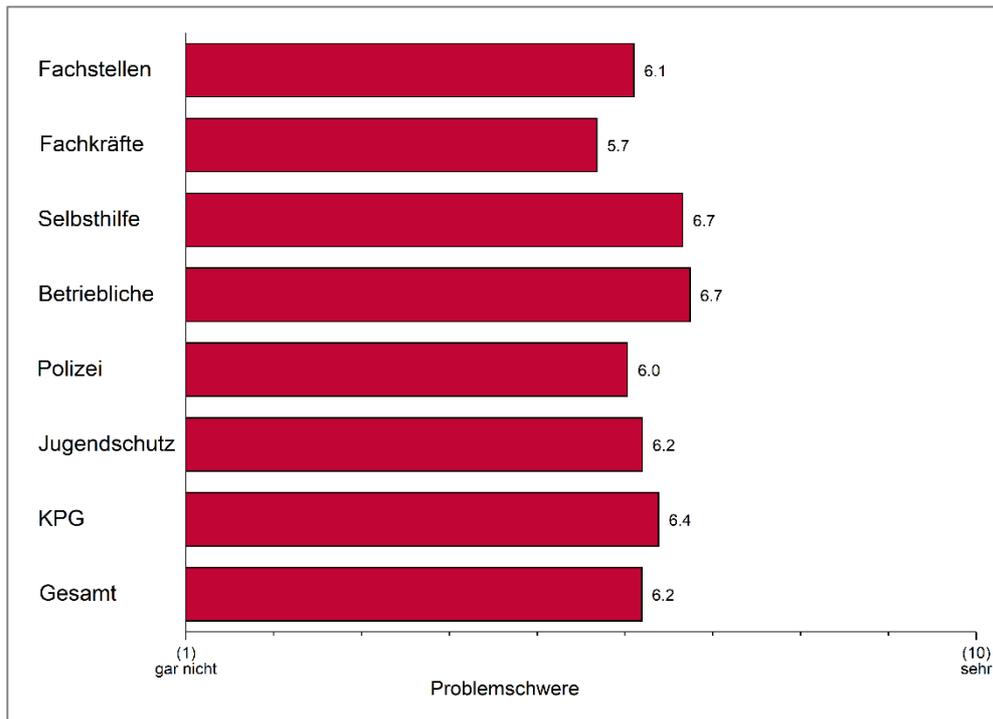
**Abbildung 54.** Präsentation des t1-Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ in der Onlinebefragung

Auf die Frage, ob dieser Befund ihren Erwartungen entsprechen würde (4-stufiges Antwortformat: „Ja, voll und ganz“, „Ja, eher schon“, „Nein, eher nicht“, „Nein, überhaupt nicht“) geben etwa 25 Prozent der Akteure an, dass der Befund nicht ihren Erwartungen entspricht. Dieser Anteil ist am höchsten unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendschutzes mit etwa 40 Prozent (vgl. Abbildung 55).



**Abbildung 55:** Erwartungskonformität des t1-Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure (n = 388)

Den Befund, dass sich viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme nicht auf der Grünen Liste befinden, beurteilen die Suchtpräventionsakteure auf einer Antwortskala von „(1) gar nicht problematisch“ bis „(10) sehr problematisch“ insgesamt mit einem Wert von 6.2. Die geringsten Werte werden hierbei von den Fachkräften für Suchtprävention (5.7) vergeben (vgl. Abbildung 56).

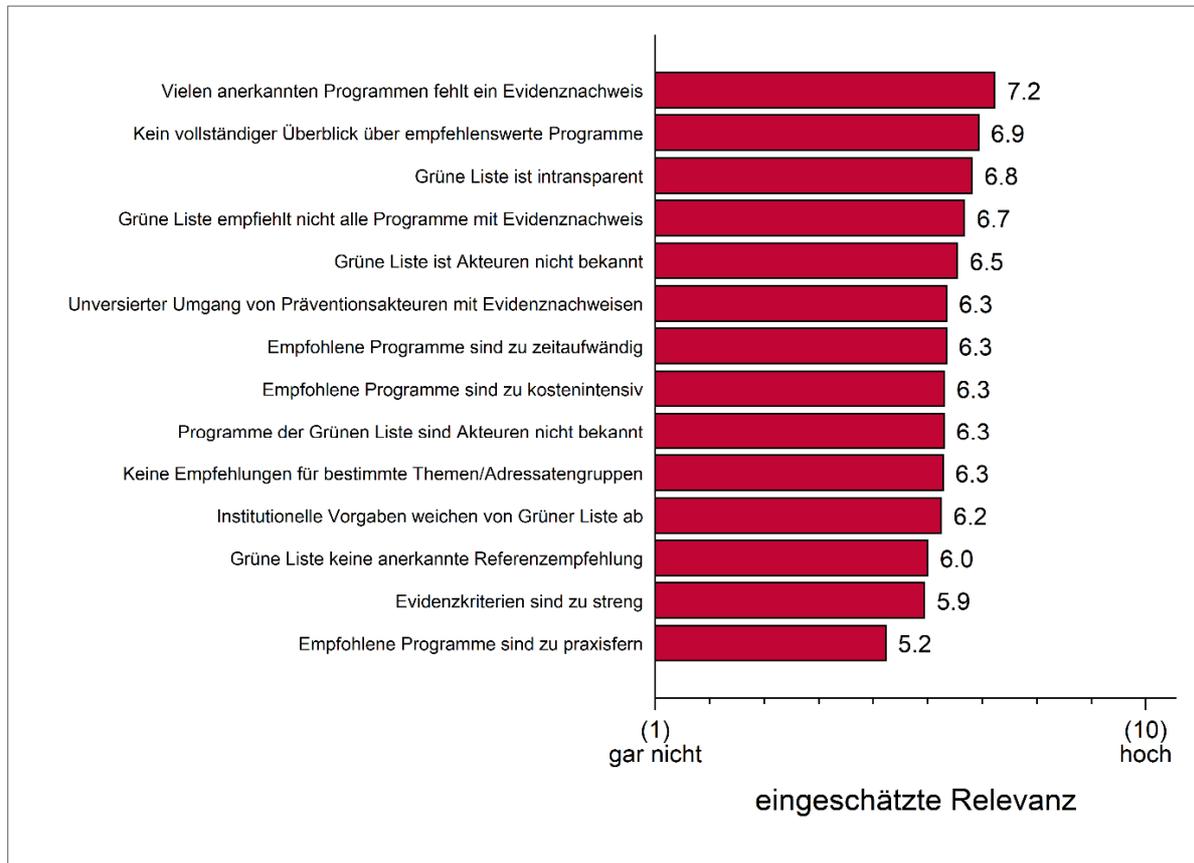


**Abbildung 56:** Problemschwere des t1-Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure ( $n = 388$ )

Insgesamt wurden den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern vierzehn Thesen zum Zustandekommen des Befundes vorgelegt, deren Relevanz beurteilt werden sollte (10-stufiges Antwortformat: „(1) gar nicht relevant“ – „(10) hoch relevant“). Im Gegensatz zu den anderen Themenblöcken enthalten sich hier überdurchschnittlich viele Befragte (mindestens 150 pro Item, teilweise sogar über 200). Keine der vorgeschlagenen Thesen wird von den Akteuren als hochrelevant für das Zustandekommen des Befundes eingeschätzt. Die höchste Relevanz wurde dem Erklärungsansatz „Viele Programme sind in der Praxis anerkannt, wurden aber nicht ausreichend erforscht, um einen Evidenznachweis aufweisen zu können.“ zugesprochen. Zehn weitere Thesen werden von den Akteuren ebenfalls noch als relevant bewertet und rangieren dabei in einem Spektrum zwischen 6,9 und 6,2:

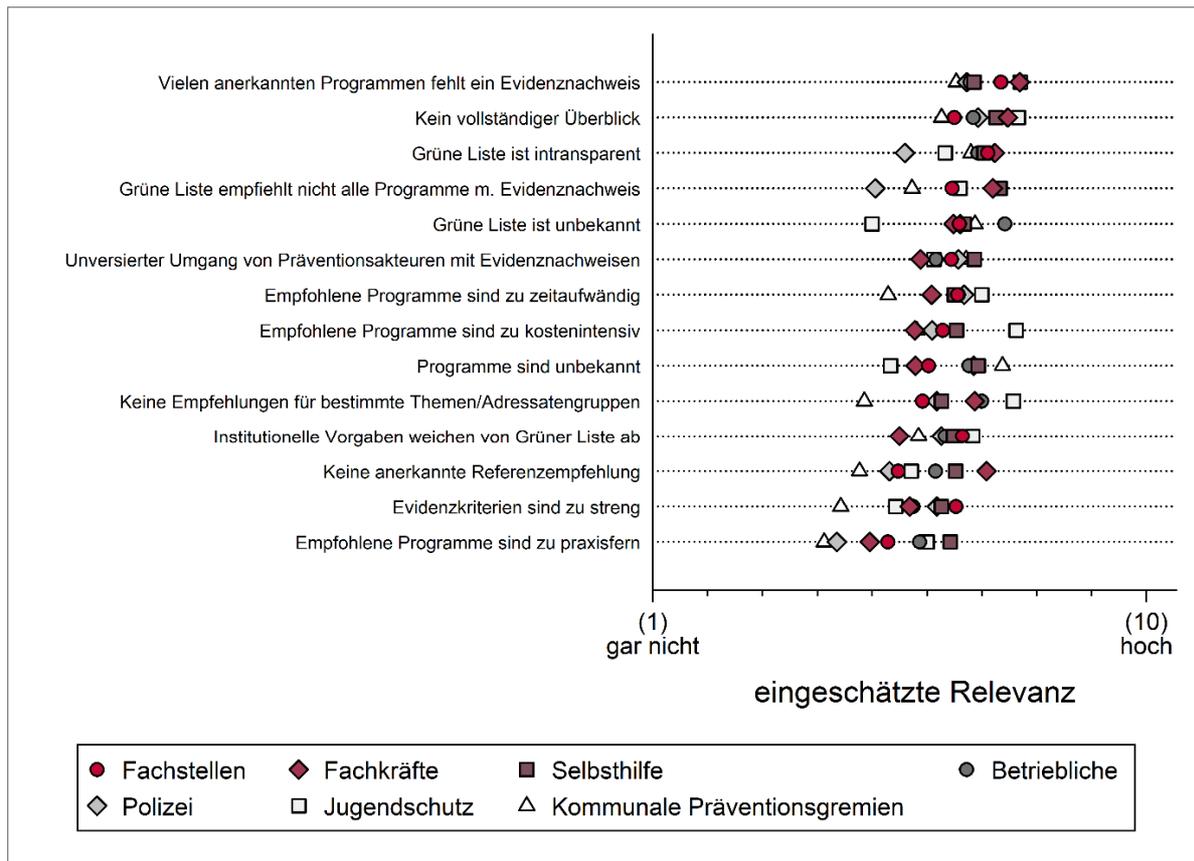
- „Die Grüne Liste Prävention gibt keinen vollständigen Überblick über die für die Suchtprävention verfügbaren und empfehlenswerten Programme.“
- „Die Grüne Liste Prävention erscheint vielen Suchtpräventionsakteuren intransparent.“
- „Die Grüne Liste Prävention empfiehlt bestimmte Programme nicht, obwohl sie einen Evidenznachweis erbracht haben.“
- „Die Grüne Liste Prävention ist Suchtpräventionsakteuren nicht bekannt.“
- „Die Suchtpräventionsakteure sind im Umgang mit wissenschaftlichen Evidenznachweisen nicht versiert genug.“
- „Die Grüne Liste Prävention empfiehlt Programme, die zu zeitaufwändig sind.“
- „Die Grüne Liste Prävention empfiehlt Programme, die zu kostenintensiv sind.“
- „Die in der Grünen Liste Prävention empfohlenen Programme sind den Suchtpräventionsakteuren nicht bekannt.“
- „Für die Arbeit an bestimmten Themen in bestimmten Adressatengruppen finden sich auf der Grünen Liste Prävention keine geeigneten Empfehlungen.“
- „Die institutionellen Vorgaben für Suchtpräventionsakteure weichen von den Empfehlungen der Grünen Liste Prävention ab.“

Die vorgeschlagenen Erklärungsansätze „Die Grüne Liste Prävention stellt aus Sicht der Suchtpräventionsakteure keine anerkannte Referenzempfehlung dar.“, „Die Evidenzkriterien der Grünen Liste Prävention sind zu streng.“ sowie „Die Grüne Liste Prävention empfiehlt Programme, die zu praxisfern sind.“ werden von den Befragten insgesamt nur mit einer mittleren Relevanz bewertet (vgl. Abbildung 57).



**Abbildung 57:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure ( $n = 386$ )

Die Einschätzungen der Relevanz der einzelnen Thesen variiert zum Teil deutlich zwischen den verschiedenen Akteursgruppen. So bewerten die Akteure des Jugendschutzes die Relevanz des Erklärungsansatzes „Die Grüne Liste Prävention ist Suchtpräventionsakteuren nicht bekannt“ etwas geringer und den Erklärungsansatz „Die Grüne Liste Prävention empfiehlt Programme, die zu kostenintensiv sind.“ etwas höher als die restlichen Akteursgruppen. Für die These „Die in der Grünen Liste Prävention empfohlenen Programme sind den Suchtpräventionsakteuren nicht bekannt.“ ergibt sich ein zweigeteiltes Feld: Die Gruppen Jugendschutz, Fachkräfte und Fachstellen für Suchtprävention bewerten die Relevanz dieser geringer als die restlichen Akteursgruppen. Für die These, dass Empfehlungen für bestimmte Zielgruppen auf der Grünen Liste fehlen würden, variieren die Einschätzungen der Akteure stark. Am wenigsten relevant bewerten dies die Mitglieder der Präventionsgremien, die höchste Zustimmung kommt von Akteuren des Jugendschutzes. Der Erklärungsansatz „Die Evidenzkriterien der Grünen Liste Prävention sind zu streng.“ wird insbesondere von den Mitgliedern der Kommunalen Präventionsgremien als weniger relevant eingeschätzt (vgl. Abbildung 58).



**Abbildung 58:** Relevanz verschiedener Thesen zur Erklärung des Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ aus Sicht der Akteure (differenziert nach Subgruppen; n = 351)

### Ad hoc generierte Thesen der Akteure

Insgesamt geben 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ihnen noch weitere relevante Erklärungen zum Befund einfallen würden. Einige Befragte nennen mehrere Erklärungsansätze (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27. Zusätzliche ad hoc generierte Thesen der Akteure zur Erklärung des Befundes „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“

Erklärung	N
Grüne Liste ist unbekannt*	8
Akteure bevorzugen eigene Methoden und Programme	4
Evidenznachweise sind zu aufwendig	3
Evidenzbasierung ist für Praxis wenig bedeutsam	3
Kritik an Aussagekraft des Evidenznachweises	2
Orientierung an Empfehlungen anderer Akteure relevanter	1

*Anmerkung.* \* War bereits Teil der angebotenen Liste möglicher Erklärungen. Mehrfachantworten waren möglich.

Acht Akteure geben an, dass die Grüne Liste ihnen selbst kein Begriff sei, beziehungsweise, dass diese häufig nur unter Präventionsakteuren, die in das CTC-Projekt involviert sind, bekannt wäre. Vier Ak-

teure führen auf, dass die Suchtprävention häufig eigene Methoden und Programme gegenüber standardisierten vorziehen würden, insbesondere, weil diese stärker auf die regionalen Bedarfe ausgerichtet seien. Drei Akteure empfinden den Aufwand, um Programme zu evaluieren, als zu hoch. Viele Anbieter würden nicht über die zur Schaffung von Evidenznachweisen benötigten zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügen. Weitere drei Akteure sehen den Stellenwert der Evidenzbasierung für die Praxis als eher gering an. Statistisch signifikante Ergebnisse seien im Alltag weniger bedeutsam. Zwei Akteure kritisieren die Methoden der Evidenzbasierung, diese würde nichts über die tatsächliche Güte eines Programmes in der Praxis aussagen. Im einem Einzelstatement wird angeführt, er Empfehlungen aus dem eigenen Netzwerk anderer Akteure relevanter seien als die der Grünen Liste.

### Effektivste Maßnahmen aus Sicht der Akteure

Des Weiteren wurden die Akteure gefragt, was aus ihrer Sicht die beste und effektivste Maßnahme wäre, um einen stärkeren Fokus der Niedersächsischen Suchtprävention auf standardisierte und evidenzbasierte Programme zu erreichen. Insgesamt äußern sich 55 Personen zu dieser Frage. Zusätzlich geben 317 Befragte an, dies nicht einschätzen zu können. Dreizehn weitere Befragte geben an, einen Fokus auf standardisierte und evidenzbasierte Programme in der Suchtprävention als nicht zielführend anzusehen (Ablehnungsquote: 3,4%). Einige Befragte nennen mehrere Maßnahmen (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28. Ad hoc generierte Vorschläge der Akteure für geeignete Maßnahmen, „um einen stärkeren Fokus der Niedersächsischen Suchtprävention auf standardisierte und evidenzbasierte Programme zu erreichen“

Maßnahme	N
Mehr Öffentlichkeitsarbeit zur Evidenzbasierung und zur Grünen Liste	13
Mehr Ressourcen für evidenzbasierte Programme	12
Fortbildungen	8
Fokus stärker auf praxisbewährte Methoden richten	6
Verpflichtende Nutzung standardisierter Programme	5
Vorhandene Programme evaluieren	4
Grüne Liste um niedersachsenspezifische Programme erweitern	3
Evidenzbasierung ist bereits auf einem guten Weg	3
Umsetzung der vorhandenen Programme	1
Abstimmung unter den Akteuren	1

*Anmerkung.* Mehrfachantworten waren möglich.

13 Akteure empfehlen eine bessere Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf evidenzbasierte Programme und die Grüne Liste. Die Programme müssten unter den Akteuren besser beworben und bekannter gemacht werden. Darüber hinaus fordern die Akteure in diesem Zusammenhang mehr Transparenz in Bezug auf die Grüne Liste und ihre Standards. Zwölf Akteure wünschen sich mehr Ressourcen und finanzielle Mittel für die Umsetzung evidenzbasierter Programme. Den Trägern müsste mehr personelle und finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt werden, um standardisierte und evidenzbasierte Programme anzubieten. In diesem Zusammenhang schlägt einer der Befragten vor, Zuschüsse speziell für evidenzbasierte Maßnahmen im Rahmen von CTC bereitzustellen. Acht Akteure empfehlen, mehr Schulungen und Fortbildung zu evidenzbasierten Programmen für Suchtpräventionsakteure anzubieten, um die Akteure im Umgang mit diesen zu schulen. Sechs Akteure empfinden einen Fokus auf Me-

thoden, die sich in der Praxis bewährt haben, als sinnvoller. Standardisierte Programme seien zu unflexibel, stattdessen müsse man vor Ort schauen, was umsetzbar ist. Fünf Akteure schlagen vor, die Fachstellen und Akteure zur Umsetzung von standardisierten Programme zu verpflichten, zum Beispiel indem im Rahmen von Förderungen entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den Trägern getroffen werden. Vier Akteure wünschen sich finanzielle Unterstützungen, um die vorhandenen und in der Praxis angewandten Programme zu evaluieren. Drei Akteure fordern eine Überarbeitung der Grünen Liste. Diese müsse um mehr Programme aus Niedersachsen erweitert werden. Weitere drei Akteure geben an, dass aus ihrer Sicht die Evidenzbasierung der suchtpreventiven Arbeit in Niedersachsen bereits auf einem guten Weg sei. In weiteren Einzelstatements wird darauf hingewiesen, dass eine verbesserte Evidenzbasierung vor allem durch die Umsetzung der vorhandenen standardisierten Programme oder eine bessere Abstimmung der Vorgehensweise zwischen den verschiedenen Akteuren erreicht werden könne.



## 4 Fokusgruppendifkussionen

### 4.1 Methodisches Vorgehen

Um die im Forschungsprozess gewonnenen Befunde für eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention nutzbar zu machen, sieht das Forschungsdesign abschließende Gruppendiskussionen mit in Schlüsselpositionen tätigen Expertinnen und Experten der niedersächsischen Suchtprävention vor. Die Umsetzung der Gruppendiskussionen orientierte sich dabei an der Methodik der Fokusgruppendifkussion.

Die Fokusgruppendifkussion ist ein Instrument zur Erhebung qualitativer Daten. Seine Ursprünge gehen auf die sozialpsychologische Kleingruppenforschung der 1920er Jahre in den USA sowie auf die Propagandaforschung während des zweiten Weltkrieges zurück. Auch in der Markt- und Marketingforschung der 1960er und 1970er Jahre kam die Methode verstärkt zum Einsatz. In Deutschland wurde das Verfahren in den 1950er Jahren im Rahmen der Untersuchung von Phänomenen politischen Bewusstseins in der Bevölkerung eingesetzt (Bohnsack, 2017; Lamnek, 1998; im Überblick: Littig & Wallace, 1997). Die Fortentwicklung und zunehmende Verbreitung qualitativer Methoden führten dazu, dass das Verfahren als ökonomischer und schnell zu belastbaren Resultaten führender Forschungsansatz immer häufiger zum Einsatz kam. Während sich ihre Verwendung in den 1970er Jahren auf die US-amerikanische Marketing Forschung konzentrierte und beispielsweise zur Exploration der Präferenzen und Einstellungen von Kunden und Konsumenten eingesetzt wurde, erweiterte sich der Verwendungszweck schnell auf andere Kontexte. Beispielhaft genannt werden die Erziehungs-, Medien- und Gesundheitsforschung (Littig & Wallace, 1997). Insbesondere im anglo-amerikanischen Raum werden Fokusgruppen zudem mit traditioneller Surveyforschung kombiniert, um mehr über Subpopulationen innerhalb der Gruppe der Teilnehmenden zu erfahren. In der jüngeren Vergangenheit kamen Fokusgruppendifkussionen auch in der angewandten politischen Forschung, beispielsweise zur Evaluation der Wirkung politischer Programme oder zur Ergründung von Wählermeinungen zum Einsatz (Littig & Wallace, 1997).

Neben ihrer Verwendung zur Generierung von Hypothesen eignet sich die Methode somit insbesondere auch zu deren Überprüfung (Littig & Wallace, 1997). Je nach Forschungskontext können Fokusgruppen dazu dienen Meinungen und Einstellung einzelner Teilnehmer, der ganzen Gruppe, aber auch öffentliche Meinungen, gruppenspezifische Verhaltensweisen, Bewusstseinsstrukturen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Gruppenprozesse zu untersuchen (Lamnek, 1998). Fokusgruppendifkussionen sind ferner insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass 6 bis 12 Personen im Rahmen einer künstlich erzeugten Gruppensituation zu einem bestimmten, von außen vorgegebenen Thema diskutieren. Voraussetzung ist dabei, dass die Teilnehmenden eine spezifische Erfahrung teilen (Kitzinger, 1994; Littig & Wallace, 1997) – also beispielsweise alle im engeren oder weiteren Sinne mit der niedersächsischen Suchtprävention verbunden sind. Ein weiteres zentrales Merkmal ist die Anwesenheit einer Moderatorin oder eines Moderators. Entlang eines thematischen Leitfadens lenkt sie oder er den Gesprächsverlauf der Gruppe auf die relevanten Themen (zurück) und verhindert auch das vorzeitige Ende der Diskussion (Littig & Wallace, 1997). Unter anderem hiermit grenzt sich der Forschungsansatz von anderen Verfahren der Gruppendiskussion ab, wie sie insbesondere in der rekonstruktiven Sozialforschung zum Einsatz kommen (vgl. hierzu: Bohnsack, 2017).

Unter Verweis auf Morgan (1998) rekurriert Lamnek (1998) zudem auf eine Verwendung der Methode als Mittel zur Realisierung von Mitbestimmung und Demokratisierung im Kontext von Entscheidungsprozessen öffentlicher Verwaltungen. Demnach können Gruppendiskussionen dazu genutzt werden, (geplante) öffentliche „...Maßnahmen vorzustellen, zu diskutieren und letztlich auch konsensuell durchzusetzen.“ (Lamnek, 1998, S. 71). Damit erschien die Fokusgruppendifkussion als partizipatives Instrument zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter und expertengetragener Handlungsempfehlungen auch für die vorliegende Studie als besonders geeignet.

Die Auswahl der zwölf einbezogenen Diskutantinnen und Diskutanten orientierte sich an den für die niedersächsische Suchtprävention zentralen Institutionen. Zur Teilnahme eingeladen wurden drei Vertreter<sup>9</sup> des Vorstandes der NLS, die sowohl die dort organisierten Wohlfahrtsverbände wie auch die Suchtselbsthilfe- und Abstinenzverbände repräsentieren konnten. Ebenfalls beteiligt waren drei aktive sowie ein bereits im Ruhestand befindlicher Vertreter der NLS. Hinzu kamen ein in leitender Position tätiger Mitarbeiter der mit präventiven Aufgaben befassten niedersächsischen Polizeikräfte, ein mit präventiven Fragestellungen beschäftigter Vertreter des niedersächsischen Landespräventionsrates sowie ein leitender Mitarbeiter einer für den Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zentralen niedersächsischen Institution. Ferner wurde erfolgreich um die Teilnahme eines mit der Verankerung präventiver Inhalte in den niedersächsischen Schulcurricula betrauten Vertreters des niedersächsischen Kultusministeriums geworben. Hinzu kam ein Vertreter der niedersächsischen Landesstelle Jugendschutz.

Die zwölf Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden auf zwei Fokusgruppen aufgeteilt, die jeweils andere Inhaltsbereiche bearbeiteten. Die Zuordnung der zu diskutierenden Inhaltsbereiche<sup>10</sup> zu den Gruppen erfolgte in Orientierung an den Tätigkeitsfeldern und fachlichen Einblicken der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (vgl. Tabelle 29). Jede Fokusgruppe kam an zwei ganztägigen Terminen zusammen. Die Fokusgruppendifkussionen fanden am 06.12.2017 und 15.12.2017 (Arbeitsgruppe 1) sowie am 08.12.2017 und 13.12.2017 (Arbeitsgruppe 2) im Niedersächsischen Sozialministerium statt. Die Diskutantinnen und Diskutanten wurden zwei Wochen vor dem ersten Diskussionstermin mittels einer schriftlichen Entwurfsfassung über die Ergebnisse der zweiten Onlinebefragung informiert.

Alle Diskussionen wurden von der zu diesem Zeitpunkt amtierenden Landesdrogenbeauftragten moderiert. Zu Beginn jedes zu diskutierenden Inhaltsbereichs erfolgte zunächst ein kurzer wissenschaftlicher Input durch die Vertreter des KFN-Forschungsteams zu den bislang zum Inhaltsbereich erhobenen Daten. Im Anschluss an jedes Impulsreferat hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, Verständnisfragen an die Referenten zu richten und ihren eigenen Eindruck aufgrund der präsentierten Informationen zu schildern. Anschließend wurden sie darum gebeten, in Anknüpfung an die präsentierten Befunde und den zu behandelnden Themenbereich Zielsetzungen auf Moderationskarten zu notieren, mit denen sich aus ihrer Sicht die Suchtprävention in Niedersachsen verbessern ließe. Die nachfolgend an einer Pinnwand thematisch organisierten Moderationskarten dienten als Grundlage für eine sich anschließende Gruppendiskussion. Hiernach wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu aufgefordert, auf weiteren Moderationskarten Umsetzungsvorschläge zu formulieren,

---

<sup>9</sup> Zum Schutz der den Diskutantinnen und Diskutanten zugesicherten Anonymität wird bei der Beschreibung des Samples nur die männliche Form verwendet, obwohl die Gruppe der Diskutierenden ausgewogen, aus sechs weiblichen und sechs männlichen Diskutantinnen und Diskutanten zusammengesetzt war.

<sup>10</sup> Die Nummerierung der in Tabelle 29 aufgeführten Inhaltsbereiche entspricht der Nummerierung der im ersten Forschungsbericht auf Basis der ersten Onlinebefragung (t1) abgeleiteten zentralen Inhaltsbereiche (vgl. Rehbein et al., 2017, S. 149ff.).

mit denen sich die vorgeschlagenen Ziele aus ihrer Sicht am besten erreichen ließen. Auch diese Karten wurden thematisch geclustert und diskutiert. Die Ziele und Umsetzungsvorschläge wurden von einem Mitarbeiter des Ministeriums – für alle Gruppenmitglieder sichtbar – unmittelbar in Ergebnistabellen festgehalten<sup>11</sup>. In Teilen wurden in Übereinkunft mit der Gesamtgruppe Präzisierungen in den in dieser Tabelle festgehaltenen Formulierungen vorgenommen. Die Diskussionsprozesse wurden zudem von einem Mitglied des Projektteams im Rahmen eines Ergebnisprotokolls skizziert und zur Unterstützung der Protokollführung auditiv aufgezeichnet.

Tabelle 29. Inhalten der Fokusgruppendifkussionen und teilnehmende Institutionen

---

**Arbeitsgruppe 1**

Ein Vertreter des niedersächsischen Kultusministeriums (an Tag 1 Block 1 aus terminlichen Gründen abwesend), zwei Vertreter der Geschäftsstelle der NLS, ein Vertreter des LKA Niedersachsens, ein Vertreter der LVG & AFS (an Tag 2 aus terminlichen Gründen abwesend), ein Repräsentant der Selbsthilfe aus dem Vorstand der NLS, ein Repräsentant der Wohlfahrtsverbände aus dem Vorstand der NLS.

Diskussionsthemen am 06.12.2017, 09:30 bis 16:00 Uhr:

- Inhaltsbereich 4 (Verhältnisprävention) + t2-Vertiefung (Verhältnisprävention)
- Inhaltsbereich 11 (Nachfrageorientierung) + t2-Vertiefung (Nachfrageorientierung in der Suchtprävention)
- Inhaltsbereich 7 (Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention) + t2-Vertiefung (Reichweite)

Diskussionsthemen am 15.12.2017, 09:30 bis 16:00 Uhr:

- Inhaltsbereich 8 (Substanzbezug und Inhaltsbereiche) + t2-Vertiefung (Glücksspielsuchtprävention)
  - Inhaltsbereich 1 (Universalprävention) + t2-Vertiefung (Suchtprävention in jüngeren Altersgruppen: 1. 6 bis 12-Jährige, 2. Vorschulkinder)
  - Inhaltsbereich 10 (Kooperation und Vernetzung) + t2-Vertiefung (Kooperation zwischen beruflicher Suchtprävention und Selbsthilfe)
- 

**Arbeitsgruppe 2**

Zwei Vertreter der Geschäftsstelle der NLS (einer an Tag 1 Block 2 aus terminlichen Gründen abwesend), ein Vertreter des LPR (an Tag 1 aus terminlichen Gründen abwesend), ein Repräsentant der Wohlfahrtsverbände aus dem Vorstand der NLS, ein Vertreter der LJS.

Diskussionsthemen am 08.12.2017, 09:30 bis 16:00 Uhr:

- Inhaltsbereich 2 (Selektive Suchtprävention) + t2-Vertiefung (Personengruppen mit besonderem Suchtrisiko: 1. Kinder aus suchtbelasteten Familien, 2. Erwerbslose).
- Inhaltsbereich 3 (Indizierte Suchtprävention, Früherkennung und Frühintervention) + t2-Vertiefung (Früherkennung im medizinischen Kontext)
- Inhaltsbereich 9 (Regionale Verteilung von Suchtpräventionsangeboten in Niedersachsen), KEINE VERTIEFUNG

Diskussionsthemen am 13.12.2017, 09:30 bis 16:00 Uhr

- Inhaltsbereich 12 (Evidenzbasierung) + t2-Vertiefung (Evidenzbasierung in der Suchtprävention)
  - Inhaltsbereich 5 (Suchtprävention in Lebenswelten) + t2-Vertiefung (Sportvereine)
  - Inhaltsbereich 6 (Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten) KEINE VERTIEFUNG
- 

Die so entstandenen Ergebnistabellen und Protokolle bildeten die Basis für die Ausformulierung über-

---

<sup>11</sup> Eine klare Trennung in Ziele und Umsetzungsvorschläge konnte von den Diskutantinnen und Diskutanten nicht immer vollständig eingehalten werden. Einige der Ziele wurden deshalb bereits im Diskussionsprozess den Umsetzungsvorschlägen zugeordnet und einige Umsetzungsvorschläge den Zielen. Diese sich konsensual aus dem Diskussionsprozess ergebenden Neuordnungen zu Zielen und Umsetzungsvorschlägen wurden nachträglich vom Forscherteam nicht mehr verändert, um eine vollständige Transparenz der Ergebnisdarstellung zu gewährleisten.

greifender zentraler Handlungsempfehlungen durch das KFN-Forscherteam. Die Auswertung der Fokusgruppentranskripte folgte einem inhaltsanalytischen Paradigma (Mayring, 2010). Hierbei stand in einem ersten Schritt die Frage im Mittelpunkt, wie sich die Arbeitsergebnisse der Gruppen globaleren Handlungsempfehlungen zuordnen (kategorisieren) lassen und wie sich bei dieser Zuordnung mögliche immanente Widersprüche zwischen verschiedenen Vorschlägen auflösen lassen<sup>12</sup>.

Nach einer ersten Auswertungsphase wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen einer im Februar 2018 in den Räumlichkeiten des Sozialministeriums durchgeführten Veranstaltung über die in einem ersten Entwurfsstadium befindlichen Handlungsempfehlungen informiert. Den Diskutantinnen und Diskutanten wurde dabei auch die Möglichkeit eingeräumt, ergänzende Vorschläge für inhaltliche Änderungen oder sprachliche Präzisierungen einzubringen. Die sich aus dem Konsentierungstreffen ergebenden letzten Präzisierungen wurden abermals im Rahmen eines Ergebnisprotokolls festgehalten, welches für die abschließende Ausformulierung der Handlungsempfehlungen durch das KFN-Forscherteam herangezogen wurde. Unter Berücksichtigung der Ziele und Umsetzungsvorschläge, die mehrheitlich von den Expertinnen und Experten präferiert wurden, und unter Berücksichtigung der Ergebnisse der zwei durchgeführten Onlinebefragungen, erfolgte die Ausformulierung der Endfassungen der Handlungsempfehlungen. Bei jeder Handlungsempfehlung wird eingangs auf die zugrundeliegenden Forschungsdaten verwiesen, die zur Ableitung der Empfehlungen beigetragen haben und diese argumentativ stützen. Zudem wird die neukategorisierte Ergebnistabelle der Fokusgruppendifkussion vorangestellt.

---

<sup>12</sup> Zwar wurde zu vorgegebenen Themenbereichen diskutiert. Jedoch entwickelten die Fokusgruppen vielfach auch Ziele und Umsetzungsvorschläge zu angrenzenden Themenbereichen. Somit musste bei der Auswertung eine Neuordnung der Arbeitsergebnisse zu den Handlungsempfehlungen vorgenommen werden. Einige Arbeitsergebnisse wurden je nach thematischer Ausrichtung auch mehreren Handlungsempfehlungen zugeordnet.

## 4.2 Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kernaufgaben der niedersächsischen Suchtprävention

### 4.2.1 Selektive Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien stärken

#### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Unter den Präventionsarten kommt derzeit in Niedersachsen selektive im Vergleich zu universeller und indizierter Suchtprävention am wenigsten zur Anwendung (Rehbein et al., Abbildung 30).
- Aus Sicht der niedersächsischen Akteure besteht für die Gruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien perspektivisch der höchste Bedarf, sie zukünftig noch deutlich stärker suchtpreventiv zu erreichen (Rehbein et al., 2017, Abbildung 22). Tatsächlich findet Endadressatenarbeit in dieser Personengruppe im Verhältnis zu anderen Gruppen in geringerem Maße statt (vgl. Rehbein et al., 2017, Abb. 35).

#### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Erhöhte Erreichung von Kindern aus suchtblasteten Familien notwendig“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.2.1).

#### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 30. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Selektive Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien stärken“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bündnis: Jugendhilfe + Suchthilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinbarung und Verträge</li> <li>• Synergie durch Austausch der unterschiedlichen Ansprechpartner</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erziehungskompetenz der Eltern stärken</li> <li>• Einbezug/Einbindung von Eltern</li> <li>• Vorbildfunktion der Eltern mehr in den Fokus nehmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elternprogramme anbieten und forcieren (z. B. Kinder suchtkranker Familien)</li> <li>• Stärkung Früher Hilfen</li> <li>• Erweiterung der Frühen Hilfen für die Altersgruppe 3+ (Lebenspräventionsketten) mit finanzieller Unterstützung durch Bund/Land/Krankenkassen unter kommunaler Federführung im Rahmen des Präventionsgesetzes</li> </ul>
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelenkte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren (Lehrer/Ärzte/ Jobcenter/Jugendamt/Soziale Dienste etc.) durch Case Manager</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klar definierte „Zuständigkeiten“ für diese Kinder inkl. Ressourcen</li> <li>• Im Rahmen der universellen Prävention: Kooperation / Abstimmung mit Kindern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Hilfesystem erfassen der Kinder (Partner), Bedarfsfeststellung und Einleitung von Maßnahmen durch Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention</li> </ul>

psychisch kranker Eltern + Frühe Hilfen + Jugendamt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfassung der Kinder (Partner) im Rahmen der Psychosozialen Begleitung</li> <li>• Abgestimmtes Konzept der Hilfeinrichtungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder suchtkranker Familien werden in ihren Lebenswelten systematisch berücksichtigt ohne stigmatisiert zu werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder suchtkranker Familien werden in ihren Lebenswelten systematisch berücksichtigt ohne stigmatisiert zu werden</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reha-Pro *Begleitkinder sichern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienangehörige Suchtkranker sollen in die Reha eingebunden werden, z. B. durch Familientherapie</li> <li>• Reha-Zeiten nutzen um Erziehungskompetenzen zu stärken (Indikationsgruppe Erziehungskompetenz)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenarbeit mit Elementarbereich/Frühe Hilfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematische Vernetzung Suchthilfesystem und frühe Hilfen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reha-Pro *Erwerbsbezug sichern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnittstellenverbesserung zwischen BA und Reha-Einrichtungen</li> </ul>
Inhaltsbereich 5: Suchtprävention in Lebenswelten (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jugendfreizeiteinrichtungen: Verstärkung der Suchtprävention</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jugendhilfeeinrichtungen: Verstärkung der Suchtprävention</li> </ul>	

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, die Prävention für Kinder aus suchtkrankten Familien zu stärken ohne diese zu stigmatisieren. Dies sollte durch eine interinstitutionelle und multiprofessionelle Beteiligung der niedersächsischen Suchthilfe in Kooperation mit gynäkologischen Praxen, Familienhebammenhilfe, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagestätten und Grundschulen auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen umgesetzt werden.**

Kinder suchtkranker Eltern werden derzeit in Niedersachsen in erster Linie über **universelle Suchtpräventionsangebote** (vgl. Abschnitt 4.2.3) (mit)erreicht. Dem spezifischen Präventionsbedarf dieser Risikogruppe im Sinne einer frühzeitig greifenden selektiven Suchtpräventionsstrategie wird hiermit jedoch nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen. Bislang bestehen in Niedersachsen unklare Zuständigkeiten in der Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern mit präventiven Hilfsangeboten. Zum einen ist dies auf die institutionelle Trennung zwischen Suchthilfe/Suchtprävention und Kinder- und Jugendhilfe zurückzuführen (vgl. Arbeitskreis Familie und Sucht Hannover, 2013)<sup>13</sup>. Zum anderen ist in Niedersachsen eine mangelnde Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe/Suchtprävention und dem medizinischen Versorgungssystem sowie eine zu geringe Beteiligung der medizinischen Grundversorgung an den zentralen Aufgaben der Suchtprävention zu monieren (allgemein vgl. Abschnitt 4.3.3, hier im speziellen Frauenärztinnen und Frauenärzte). Im Hinblick auf die selektive Suchtprävention für Kinder aus problem- und suchtkrankten Familien ergeben sich die folgenden Handlungsempfehlungen:

- a. **Suchthilfe.** Bislang fallen die Kinder von suchtkrankten Eltern und deren präventive Unterstützungsbedarfe nicht in den originären Aufgabenbereich der Suchtprävention und

<sup>13</sup> Nach § 81 SGB VIII ist eine Zusammenarbeit zwischen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe mit Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens sowie den Suchtberatungsstellen zu gewährleisten.

Suchthilfe (vgl. Arbeitskreis Familie und Sucht Hannover, 2013). Dies ist als problematisch zu bewerten, da sich ein spezieller Präventions- und Hilfebedarf dieser Kinder nicht nur in Fällen akuter Kindeswohlgefährdung sondern bereits aufgrund der Zugehörigkeit dieser Kinder zu einer besonders relevanten Risikogruppe ergibt<sup>14</sup>. Für suchtkranke Eltern und ihre Kinder sollte daher im Rahmen der Suchthilfe eruiert werden, inwieweit Unterstützungsbedarfe bestehen und Hilfeleistungen (z. B. im Rahmen der Hilfen zur Erziehung) in Anspruch genommen werden. Hierfür sollten die standardisierten Dokumentationsroutinen im Suchthilfesystem (Kerndatensatz Fall (KDS-F)) auch dafür genutzt werden, um die Kinder bereits niederschwellig als Adressatinnen und Adressaten von selektiver Suchtprävention identifizieren zu können. Dabei ist auf den freiwilligen Charakter der Hilfsangebote hinzuweisen und sicherzustellen, dass den Familien keine Nachteile aus der Annahme von Hilfen erwachsen<sup>15</sup>. Im Suchthilfesystem vorstellige schwangere Klientinnen sollten routinemäßig über Unterstützungsmöglichkeiten durch eine Familienhebamme und die Risiken eines fortgesetzten Substanzkonsums während der Schwangerschaft informiert werden. Bei in Rehabilitationseinrichtungen versorgten Eltern sollten Angebote verstärkt umgesetzt werden, die auf eine Stärkung der Erziehungskompetenzen der Eltern abzielen. Die Einrichtungen sollten zudem eine professionelle und fachgerechte Betreuung der Kinder als Begleitkinder gewährleisten.

- b. **Gynäkologie.** Problematischer Substanzkonsum stellt nicht nur einen gravierenden Risikofaktor für das ungeborene Leben (Neigung zu Frühgeburten, Entwicklungsstörungen, direkte toxische Schäden), sondern im Falle eines abhängigen Konsumverhaltens der Eltern auch für die psychosoziale Entwicklung des Kindes im Lebensverlauf dar. Entsprechend weisen Frauenärztinnen und Frauenärzte auf die Gefahren des Substanzkonsums während der Schwangerschaft hin und/oder unterstützen die Aushändigung entsprechender Informationsmaterialien. Es kann überdies empfohlen werden, dass Frauenärztinnen und Frauenärzte durchgängig bei Erstkontakt mit einer schwangeren Frau Fragen zum aktuell vorliegenden Konsumverhalten in Bezug auf Alkohol und Tabak sowie auch andere mögliche Substanzen/Medikamente stellen oder entsprechende Screeninginstrumente einsetzen. Im Falle eines vorliegenden Konsums sollten vertiefende Informationen zur Konsumhäufigkeit und Konsummenge eingeholt werden. Im Falle eines vorliegenden Konsumverhaltens sollten die Frauenärztinnen und Frauenärzte unmittelbar in der Gesprächssituation auf die Gefahren eines fortgesetzten Konsums hinweisen und mittels motivierender Gesprächsführung eine Verhaltensveränderung anregen. Bei Hinweisen auf riskanten Konsum oder das mögliche Vorliegen einer Suchterkrankung sollte ein unverzüglicher Kontakt mit der Suchthilfe angeregt und entsprechende Angebote vermittelt werden. Zudem sollten die Frauen in diesen Fällen auf unterstützende Hilfsangebote wie die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Frühen Hilfen sowie einer Familienhebamme hingewiesen werden.
- c. **Familienhebammenhilfe.** Familienhebammen verfügen über einen Eindruck des häuslich-familiären Umfeldes. Zudem besteht in der Phase von Schwangerschaft und früher

---

<sup>14</sup> Die ausschließliche Herleitung eines gesonderten Präventions- oder Hilfebedarfs bei suchtblasteten Familien im Falle von Kindeswohlgefährdung greift nicht nur zu kurz, sondern kann auch dazu beitragen, dass zusätzliche Hemmnisse zur Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe und Suchtprävention von betroffenen Eltern geschaffen werden, da diese befürchten müssen, dass ihnen bei Annahme entsprechender Angebote Nachteile entstehen.

<sup>15</sup> Es besteht hierbei allerdings entsprechend SGB VIII die Verpflichtung zum Schutze von Kindern im Sinne des Kindeswohls und der Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen.

Mutterschaft eine besonders hohe Bereitschaft der Eltern, ihr eigenes Konsumverhalten kritisch zu hinterfragen. Im Rahmen der Familienhebammenhilfe sollte daher, bei Hinweisen auf ein problematisches Konsumverhalten oder das mögliche Bestehen einer Suchterkrankung, angestrebt werden, einen Kontakt zwischen den betroffenen Eltern und der Suchthilfe zu vermitteln, sofern dieser noch nicht bestehen sollte. Um dieser Aufgabe fachlich gerecht werden zu können und die bestehende Vertrauensbasis nicht zu gefährden, sollten Hebammen verstärkt suchtfachlich sowie in Techniken der motivierenden Gesprächsführung geschult werden und zudem über die bestehenden regionalen Versorgungsangebote informiert sein.

- d. **Frühe Hilfen.** Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frühen Hilfen sollten bei Hinweisen auf ein riskantes Konsumverhalten oder das mögliche Bestehen einer Suchterkrankung versuchen, einen Kontakt zwischen den betroffenen Eltern und der Suchthilfe zu vermitteln, sofern dieser noch nicht bestehen sollte. Um dieser Aufgabe fachlich gerecht werden zu können und die bestehende Vertrauensbasis nicht zu gefährden, sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der frühen Hilfen verstärkt suchtfachlich sowie in Techniken der motivierenden Gesprächsführung geschult werden und zudem über die bestehenden regionalen Versorgungsangebote informiert sein. Frühe Hilfen für suchtbelastete Familien sollten idealerweise auch bis über das dritte Lebensjahr bis zum Einschulungsalter fortgeführt werden.
- e. **Kinder- und Jugendhilfe.** In Fällen von Kindeswohlgefährdung, bei denen die Kinder- und Jugendhilfe aktiv wird, sollte bei Hinweisen auf ein riskantes Konsumverhalten oder das mögliche Bestehen einer Suchterkrankung immer angestrebt werden, einen Kontakt zwischen Eltern und der Suchthilfe zu vermitteln, sofern dieser noch nicht bestehen sollte.
- f. **Kindertagesstätten, Kindergärten und Grundschulen.** Die Kompetenzen des fachlichen Personals in niedersächsischen Kindertagesstätten und Kindergärten sowie von Grundschullehrerinnen und Grundschullehrer sollten dahingehend gestärkt werden, dass sie Kinder aus suchtbelasteten Familien erkennen und ihnen und ihren Eltern entsprechende Hilfsangebote unterbreiten bzw. die Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem und weiteren familialen Hilfsangeboten anregen oder einleiten können.

#### 4.2.2 Selektive Prävention für Erwerbslose stärken

##### Allgemeiner Forschungshintergrund

- Eine 2011 erschienene Literaturübersicht zum Zusammenhang von Substanzkonsum und Arbeitslosigkeit kommt zu dem Ergebnis, dass riskanter Alkoholkonsum unter Erwerbslosen wesentlich häufiger zu beobachten ist als bei Menschen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Henkel, 2011). Gleiches gilt für das Rauchen sowie den Missbrauch von Medikamenten und illegalen Substanzen. Erwerbslose sind zudem häufiger von Alkohol- und Drogenabhängigkeit betroffen. Gleichzeitig erhöht ein problematisches Konsumverhalten in Bezug auf legale und illegale Substanzen das Risiko arbeitslos zu werden. Arbeitslosigkeit erhöht zudem das Risiko, dass ein riskantes Konsumverhalten in ein abhängiges Konsumverhalten mündet (Henkel, 2011).
- In den Jahren 2007 bis 2012 wurde bei 10.2% der erwerbslosen AOK-Versicherten mit Arbeitslosengeld II nach Sozialgesetzbuch II (SGB II) mindestens eine Suchtdiagnose dokumentiert. Bei den über Arbeitslosengeld I nach dem Sozialgesetzbuch III (SGB III) versorgten arbeitslosen Personen war dies immerhin noch bei 6,3% der Fall. Hingegen wurde nur bei 3,7% der Erwerbstätigen eine Suchtdiagnose gestellt (Henkel & Schröder, 2015).

##### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- In den Ursachen Leistungsdruck, Arbeitsbedingungen und Erwerbslosigkeit sowie sozialen Problemlagen/Armut werden aus Sicht der Akteure die wichtigsten Ursachen für Suchtprobleme gesehen (Rehbein et al., 2017, Abbildung 12).
- Aus der Sicht der Suchtpräventionsakteure sollten erwerbslose Menschen zukünftig stärker adressiert werden (Rehbein et al., 2017, Abbildung 22).
- Arbeitsagenturen/Jobcentern wird von den Suchtpräventionsakteuren die geringste Zuständigkeit für Suchtpräventionsarbeit unter allen abgefragten Institutionen zugesprochen (Rehbein et al., 2017, Abbildung 27). Zudem werden Arbeitsagenturen/Jobcenter nur von wenigen Akteuren (5,5%) als Kooperationspartner benannt (Rehbein et al., 2017, Abbildung 28).
- Erwerbslose werden zwar durchaus im Speziellen von Suchtpräventionsakteuren adressiert, allerdings im Vergleich zu Erwerbstätigen in etwas geringerem Maße (Rehbein et al., 2017, Abbildung 35).

##### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten kaum als relevante Kooperationspartner in Erscheinung“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.2.2).

### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 31. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Selektive Prävention für Erwerbslose stärken“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppen: SBG 2/3, Alter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Erkennen Überführung ins externe Suchthilfesystem; Kooperationsverträge</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziel: Klärung von Zuständigkeiten + Ressourcen + Methoden -&gt; Was wird durch wen mit welchen Ressourcen angeboten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivierende Gesprächsführung, positive Kommunikation</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit suchtpreventiver Maßnahmen für Erwerbslose unter Einbezug der Jobcenter und Arbeitsagenturen in Niedersachsen zu verbessern.**

Unterstützungsleistungen für Erwerbslose sollten explizit Hilfsangebote für problematischen und abhängigen Konsum beinhalten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arbeitsagenturen und Jobcentern sollten darin geschult sein, Hinweise auf problematisches Konsumverhalten und das mögliche Vorliegen einer Suchterkrankung zu erkennen. Zudem sollten sie über regional verfügbare Hilfsangebote informiert sein und in Kommunikationstechniken wie der motivierenden Gesprächsführung geschult werden, um problematisch konsumierende erwerbslose Menschen zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen motivieren zu können. Kooperationen mit dem externen Suchthilfesystem sowie anderen weiterführenden Hilfen wie Schuldnerberatungsangeboten sollten intensiviert werden, um die Situation suchtkranker Erwerbsloser zu stabilisieren. Dabei ist weiterhin sicherzustellen, dass bei Annahme von Hilfsangeboten Rückinformationen von den Arbeitsagenturen/Jobcenter nicht angefordert werden. Durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen auf kommunale Ebenen sollte sichergestellt werden, dass die Vertragswerke sich an den örtlichen Bedarfen orientieren und von den Hauspitzen der Arbeitsagenturen/Jobcenter unterstützt werden.

### 4.2.3 Neujustierung in der Priorisierung der Präventionsarten durch Suchtpräventionsakteure

#### Allgemeiner Forschungshintergrund

- Universeller Suchtprävention, die spezifische Konsumrisiken adressiert, kommt eine wichtige Bedeutung zu. Hier können Wissensbestände über die mit einem Konsumangebot verbundenen Suchtgefahren, positive Einstellungen zu Konsumreduktion oder Konsumverzicht und im Hinblick auf konkrete Konsumrisiken spezifische Risikokompetenzen vermittelt werden (zur Wirkung universalpräventiver Suchtpräventionsprogramme vgl.: Bühler & Thurl, 2013), die im Rahmen allgemeiner Lebenskompetenzförderungsprogramme in der Regel nicht in dieser spezifischen Weise adressiert werden.

#### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Die Niedersächsische Suchtprävention ist im Schwerpunkt auf Universalprävention ausgerichtet. Diese nimmt unter den Präventionsarten 48 Prozent der Arbeit mit Endadressaten ein (vgl. Rehbein et al., 2017, Abb. 30). Selektive Suchtprävention (21 %) und indizierte Prävention (31%) machen gegenüber Universalprävention jeweils einen geringeren Anteil der Präventionsarbeit aus.
- Der Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen (substanzspezifisch) kommt aus Sicht der Suchtpräventionsakteure die höchste Wirksamkeit für die Prävention von Suchterkrankungen im Allgemeinen zu (vgl. Rehbein et al., 2017, Abb. 14). Mit 21 Prozent macht die Vermittlung von Lebenskompetenzen (ohne Substanzbezug) einen bedeutsamen Anteil der Suchtpräventionsarbeit durch Suchtpräventionsakteure in Niedersachsen aus (vgl. Rehbein et al., 2017, Abb. 58).
- Niedersächsische Suchtprävention erreicht im Schwerpunkt Jugendliche im Alter zwischen 14 und 17 Jahren (vgl. Rehbein et al., 2017, Abb. 35) und setzt größtenteils Präventionskonzepte und Maßnahmen ein, die auf jugendliche Endadressatinnen und -adressaten zugeschnitten sind (vgl. Rehbein et al., 2017, Abb. 40). Jüngere Zielgruppen werden in deutlich geringerem Maße erreicht.
- Im Rahmen von universeller und selektiver Suchtprävention werden Anknüpfungspunkte zur Einleitung indizierter Suchtprävention von den Suchtpräventionsakteuren vielfältig genutzt (vgl. Rehbein et al., 2017, Abbildungen 43, 44).

#### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zu den Befunden „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ und „Nur 20% der Suchtpräventionsakteure adressieren Vorschulkinder und deren Eltern“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.1).

**Arbeitsergebnis der Fokusgruppen**

Tabelle 32. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Neujustierung in der Priorisierung der Präventionsarten durch Suchtpräventionsakteure“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universalprävention nicht nur unter dem Fokus „Sucht“ sehen, sondern universell</li> <li>• Lebenskompetenzförderung nicht mit Suchtprävention „überfrachten“, nicht auf Suchtprävention einengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vernetzung mit anderen Programmen (Gewalt etc.)</li> <li>• Synergie durch Austausch der unterschiedlichen Ansprechpartner</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr selektive Suchtprävention, weniger universelle Suchtprävention durch Suchthilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsteilung universelle Prävention mit Gesundheitsförderung,</li> <li>• Koordinierte Mittelzuwendung</li> <li>• Verstärkung selektiver und indizierter Suchtprävention</li> <li>• Entlastung von Teilen der universellen Suchtprävention durch Vernetzung mit der Gesundheitsförderung (bis auf Glücksspiel, etc.)</li> </ul>
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% universelle Prävention</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung des fachlichen Umfelds für Hochrisikogruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Themenaufnahme in Ausbildung/Fortbildung unterschiedlicher Berufsgruppen im Curriculum (insbesondere Suchthilfesystem)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Prävention – gelenkte Zusammenarbeit sicherstellen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• [VORTEIL DER UNIVERSELLEN SUCHTPRÄVENTION DURCH SUCHTHILFE:] Kinder suchtkranker Familien werden in ihren Lebenswelten systematisch berücksichtigt ohne stigmatisiert zu werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder suchtkranker Familien werden in ihren Lebenswelten systematisch berücksichtigt ohne stigmatisiert zu werden</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstkontrolltrainings – Zugang verbessern</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bindeglied zwischen Pädagogik und Sucht verstärken [(KOOPERATION FRÜHE HILFEN)]</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrative Ausbildung</li> </ul>
Inhaltsbereich 8: Substanzbezug und Inhaltsbereiche (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine Lebenskompetenzen stärken</li> </ul>	
Inhaltsbereich 10: Kooperation und Vernetzung (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von Doppelstrukturen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcenschonendes Arbeiten</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematische Erfassung bestehender Gesamtkonzepte auf kommunaler Ebene</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, eine Profilschärfung der niedersächsischen Suchtprävention in der Weise vorzunehmen, dass von Suchtpräventionsakteuren ausgehende universelle Suchtprävention in erster Linie spezifische Konsumrisiken adressiert und die Inanspruchnahme weiterführende selektiver und indizierter Suchtpräventionsangebote für Risikogruppen und Risikokonsumenten anzielt.**

Aktuell bindet die Universalprävention einen hohen Ressourcenanteil der niedersächsischen Suchtprävention (s.o.). Dabei besteht gerade im Hinblick auf die reine Lebenskompetenzförderung (ohne Konsumbezug) eine gewisse Unschärfe der Suchtprävention im Sinne einer inhaltlichen Überschneidung mit Angeboten allgemeiner Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Durch die Anknüpfung an spezifische Konsumrisiken kann universelle Suchtprävention ihr wesentliches Alleinstellungsmerkmal erfüllen, für Risikogruppen und problematisch Konsumierende als Wegweiser in das Suchthilfesystem zu fungieren. Um den Pfad zur selektiven und indizierten Suchtprävention zu stärken erscheint es zielführend, selektive und indizierte Suchtpräventionsangebote in direkter Anknüpfung an universalpräventive Suchtpräventionsangebote mit Konsumbezug immer „mitzudenken“. In diesem Zuge sollte auch der Zugang und die frühzeitige Annahme von Selbstkontrolltrainings verbessert werden. Eine besondere Bedeutung kommt hier auch der suchtfachlichen Aus- und Fortbildung von **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (vgl. Abschnitt 4.4.3) in den Lebenswelten von Hochrisikogruppen zu.

Präventionsmaßnahmen allgemeiner Lebenskompetenzförderung (ohne Konsumbezug) kommt eine zentrale Bedeutung für die Gesundheitsförderung und die allgemeine Krankheitsprävention zu. Deshalb sollte gewährleistet sein, dass diese Aufgabenfelder weiterbearbeitet und nach Möglichkeit sogar ausgeweitet werden, da durch die Stärkung von sozialen und emotionalen Kompetenzen nachweislich wirksam eine Vielzahl von Risikofaktoren gemindert werden können. Es ist jedoch zu hinterfragen, inwieweit die Aufgabe der Durchführung solcher Maßnahmen in den zentralen Verantwortungsbereich der Suchtpräventionsakteure fällt. Im Rahmen **kommunaler Gesamtpräventionskonzepte** (vgl. Abschnitt 4.3.1) sollte der bislang unzureichend spezifizierte Zuständigkeit für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung<sup>16</sup> und Suchtprävention begegnet und eine Neujustierung der Aufgabenverteilung im Sinne der oben skizzierten Profilschärfung angestrebt werden.

---

<sup>16</sup> Lebenskompetenzförderungsmaßnahmen können durch in der Gesundheitsförderung tätige Akteure, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendschutzes und der Kinder- und Jugendhilfe sowie Verantwortlichen in von Jugendlichen frequentierten Lebenswelten (z. B. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in Jugendtreffs und -einrichtungen, Streetworkerinnen und Streetworker, Jugendbetreuerinnen und Jugendbetreuer) den vorliegenden Bedarfen entsprechend vermittelt werden. Eine zunehmende Vernetzung und Arbeitsteilung zwischen den Bereichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung sowie Jugendschutz erscheint hierfür erforderlich, bei der alle Beteiligten ihren fachlichen Beitrag zur Universalprävention leisten.

## **4.3 Handlungsempfehlungen zur Reichweitenerhöhung der niedersächsischen Suchtprävention**

### **4.3.1 Niedersächsische Suchtprävention in kommunale Gesamtpräventionskonzepte integrieren**

#### **Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung**

- Bislang besteht keine regelhafte Einbettung der niedersächsischen Suchtprävention in Initiativen präventiver kommunaler Netzwerke (Kommunale Präventionsgremien, Präventionsketten). Rund ein Drittel (32,6%) der Suchtpräventionsakteure in Niedersachsen berichten jedoch bereits über eine Zusammenarbeit mit kommunalen Präventionsgremien/-räten (Rehbein et al., 2017, Abbildung 28).
- Die wichtigsten Endadressaten niedersächsischer Suchtprävention stellen aktuell Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren dar. Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren und Vorschulkinder sowie ihre Eltern werden in deutlich geringerem Maße erreicht (Rehbein et al., 2017, Abbildung 35).
- Die Befunde des Niedersachsensurveys des KFN 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 weniger als 22 Prozent erreichter Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufe 9 vergleichsweise gering aus (Rehbein et al., 2017, Abbildung 58).
- Hauptschülerinnen und -schüler werden in geringerem Maße durch extern vermittelte Suchtpräventionsmaßnahmen erreicht als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (Rehbein et al., 2017, Abbildung 60).
- Niedersächsische Suchtpräventionsakteure orientieren sich in ihrem Angebot stark an der konkreten Nachfrage und weniger stark an objektiven Kriterien zur Festlegung von Präventionsbedarfen (Rehbein et al., 2017, Abbildung 34).

#### **Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung**

- Siehe die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zu den Befunden „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ (vgl. Abschnitt 3.2.1.1), „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ (vgl. Abschnitt 3.2.6), „Die Selbsthilfe wird von der beruflichen Suchtprävention kaum als wichtiger Kooperationspartner benannt“ (vgl. Abschnitt 3.2.8) und „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ (vgl. Abschnitt 3.2.9) hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung.

### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 33. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Niedersächsische Suchtprävention in kommunale Gesamtpräventionskonzepte integrieren“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrierte kommunale Konzepte lebenslaufbezogen (Hebamme) - (KiTa) - (Grundschule) - (Sek I)</li> <li>• Frühkindliche Prävention stärken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenslaufpräventionsketten mit finanzieller Unterstützung durch Bund/Land/Krankenkassen unter kommunaler Federführung im Rahmen des Präventionsgesetzes</li> </ul>
Inhaltsbereich 10: Kooperation und Vernetzung (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppenspezifisches Qualitätskonzept für Außenkontakte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung von Standards für einzelne Bereiche (z. B. Krankenhaus, Schule, etc.) zwischen Anbietern und Nutzern unter Federführung der NLS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegenseitige Informationen über Gesamtkonzepte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematische Erfassung bestehender Gesamtkonzepte auf kommunaler Ebene</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeidung von Doppelstrukturen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressourcenschonendes Arbeiten</li> </ul>	
Inhaltsbereich 11: Nachfrageorientierung (AG 1)	
<u>Gesamtkonzept:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Erfassung (wo es weh tut...)</li> <li>• Kommunale Fachstelle/ Präventionskette</li> <li>• Lagedarstellung</li> <li>• Verknüpfung Land/Kommune</li> </ul> <u>Standards- und Qualitätsentwicklung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzielle Ausstattung</li> <li>• Gesetzlicher Rahmen/Curriculum</li> <li>• Eigene Präventionsfachkräfte (Haltung?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierarchische Einbettung (TopDown-Einbettung)</li> <li>• Kooperationsvereinbarungen (Zuständigkeiten, Rollenklärung)</li> <li>• Messung der Wirksamkeit</li> <li>• Regionale Erfassung (wo es weh tut...)</li> <li>• Methodenauswahl</li> <li>• Austausch</li> <li>• Information Schulleitung</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, dass die niedersächsischen Suchtpräventionsakteure den Aufbau/Ausbau kommunal organisierter Gesamtpräventionskonzepte unterstützen, mit dem Ziel die Reichweite der Suchtprävention zu erhöhen.**

Für eine Weiterentwicklung der niedersächsischen Suchtprävention erscheint es erforderlich, die interinstitutionelle Abstimmung zwischen verschiedenen Präventionsakteuren zu intensivieren und ein in geringerem Maße ad hoc nachfrageorientiertes zugunsten eines in höherem Maße strategisch vorausplanenden Vorgehen der Akteure anzuregen. Zudem sollte zukünftig noch besser gewährleistet werden, dass Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten rechtzeitig und nachhaltig implementiert und besser aufeinander abgestimmt werden. Um diese Ziele zu erreichen, sollten Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und Suchtprävention im Speziellen zukünftig verstärkt im Rahmen kommunaler Netzwerke organisiert werden. Hierfür sollte Niedersachsen anstreben, in allen Kommunen präventiv tätige Netzwerke zu etablieren und dabei Parallelstrukturen in gemeinsamen Netzwerken zusammenzuführen<sup>17</sup>. Die niedersächsischen Suchtpräventionsakteure sollten den

<sup>17</sup> Die bislang in Niedersachsen bestehenden kommunalen Präventionsnetzwerke (insbesondere die kommunalen Präventionsgremien des Landespräventionsrates Niedersachsen und die Präventionsketten der Landesverei-

Aufbau/Ausbau dieser Netzwerke unterstützen und regelhaft in diese eingebunden sein. In den Netzwerken sollten unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen und Angebote die lokalen Präventionsbedarfe identifiziert und im Rahmen eines die Aufgabenfelder Gesundheitsförderung, Suchtprävention und Kriminalprävention umfassenden Gesamtpräventionskonzeptes in abgestimmter Weise von den Akteuren adressiert werden.

Auf Landesebene sollten die Aktivitäten aller mit präventiven Aufgaben befassten kommunalen Präventionsnetzwerke zentral erfasst werden<sup>18</sup>. Die Fortschritte im Ausbau der kommunalen Prävention sollten regelmäßig dokumentiert werden. Im Umkehrschluss sollten auch die Gremien über beabsichtigte landesweite Präventionsinitiativen und Maßnahmen informiert werden. Hierdurch kann interinstitutionelles „Nebeneinander“ zugunsten eines interinstitutionellen „Miteinanders“ abgebaut und eine fachlich begründete Arbeitsteilung hinsichtlich universeller, selektiver, indizierter und struktureller (verhältnisbezogener) Präventionsziele sowie Aufgaben der Gesundheitsförderung erreicht werden. Etablierte Qualitätsstandards für **evidenzbasierte präventive Arbeit** (vgl. Abschnitt 4.4.1) sollten hierbei gewährleisten, dass ergänzend zur beruflichen Suchtprävention auch das präventive Engagement der Suchtselbsthilfe in den Gremien vertreten ist. Die kommunalen Präventionsbedarfe sollten regelmäßig mittels bundeslandweiter Erhebungen mit regionalem Auflösungsgrad identifiziert werden. Dabei sollten auch weiterführende präventive Handlungsfelder im Sinne des Präventionsgesetzes erschlossen werden.

---

nigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.) stellen hierfür einen wichtigen Ausgangspunkt dar. Sie sind jedoch bislang nicht in allen niedersächsischen Kommunen vertreten und weisen unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte, Aktivitätsgrade, institutionelle Beteiligungsschwerpunkte und methodische Herangehensweisen auf.

<sup>18</sup> Dies könnte auf Landesebene durch den Landespräventionsrat unter Beteiligung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. sowie der Niedersächsischen Landestelle für Suchtfragen erfolgen.

### 4.3.2 Schulische Suchtprävention stärker formalisieren

#### Allgemeiner Forschungshintergrund

- Vor allem legale Konsumangebote werden bereits frühzeitig im Lebensverlauf genutzt. Der durchschnittliche Erstkonsum von Alkohol erfolgt in Deutschland im Alter von rund 15 Jahren (Orth, 2017), der von Tabak im Alter von 15,8 Jahren (Orth, 2016). Für die Teilnahme an Glücksspielangeboten ermittelte die BZgA ein durchschnittliches Erstkonsumalter von Jungen mit 13,7 Jahren und Mädchen mit 12,3 Jahren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014). Der durchschnittliche Erstkonsum von Cannabis erfolgt im Alter von 16,7 Jahren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).
- Schulen in Niedersachsen sind verpflichtet, ein Präventionskonzept zu entwickeln. Hierbei bezieht sich der aktuelle Runderlass des Niedersächsischen Kultusministeriums (v. 07.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21065; MK.Niedersachsen, 2013) auf die Themen Rauchen und den Konsum alkoholischer Getränke in der Schule. Der Erlass impliziert somit eine Fokussierung schulischer Suchtprävention auf legale Substanzen und klammert stoffungebundene Suchterkrankungen (Gambling, Gaming) sowie illegale Suchtmittel aus.

#### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Die wichtigsten Endadressatinnen und -adressaten niedersächsischer Suchtprävention stellen aktuell Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren dar. Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren und Vorschulkinder sowie ihre Eltern werden in deutlich geringerem Maße erreicht (Rehbein et al., 2017, Abbildung 35).
- Die Befunde des Niedersachsensurveys des KFN 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 weniger als 22 Prozent erreichter Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufe 9 vergleichsweise gering aus (Rehbein et al., 2017, Abbildung 58).
- Hauptschülerinnen und -schüler werden in geringerem Maße durch extern vermittelte Suchtpräventionsmaßnahmen erreicht als Gymnasiastinnen und Gymnasiasten (Rehbein et al., 2017, Abbildung 60).
- Niedersächsische Suchtpräventionsakteure orientieren sich in ihrem Angebot stark an der konkreten Nachfrage und weniger stark an objektiven Kriterien zur Festlegung von Präventionsbedarfen (Rehbein et al., 2017, Abbildung 34).

#### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zu den Befunden „Nur 40% der Suchtpräventionsakteure adressieren 6- bis 12-Jährige“ (vgl. Abschnitt 3.2.1.1), „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ (vgl. Abschnitt 3.2.6) und „Suchtpräventionsakteure orientieren sich eher stark an der Nachfrage“ (vgl. Abschnitt 3.2.9)

hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung.

### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 34. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Schulische Suchtprävention stärker formalisieren“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration in Lehrpläne der Schulen durch Suchtpräventionsfachkräfte (außerhalb der Schulen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturelle Verankerung im schulischen Setting (Nachweisdokumentation)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturen Vernetzung schaffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung der Gesundheitsförderung/Prävention strukturell durch externe Suchtfachkräfte in den Lebenswelten</li> </ul>
Inhaltsbereich 4: Verhältnisprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunde Schule/Kita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme ins Schulcurriculum (Hochschule)</li> </ul>
Inhaltsbereich 7: Reichweite (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturiertes integriertes Gesamtkonzept in den Schulen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung durch die Suchtprävention</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenkonzept für alle weiterführenden Schulen in einer Region als Teil der Präventionskette</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NLSchB Präventionsbeauftragte</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für alle Schulformen, wichtig: Blickwinkel BBS</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturiertes integriertes Gesamtkonzept in den Schulen</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, schulische Suchtprävention im Hinblick auf die zu behandelnden Konsumrisiken und die zu adressierenden Jahrgänge stärker zu formalisieren und hierfür den Runderlass des MK (v. 07.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21065; MK.Niedersachsen, 2013) zu aktualisieren.**

Schulen bieten einen besonders zentralen und hochfrequentierten Anknüpfungspunkt für lebensweltlich ausgerichtete Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen. Deshalb sollten Vertreter der Schulen wie auch anderer zentraler kindlicher und jugendlicher Lebenswelten an der Abstimmung der **kommunalen Gesamtpräventionskonzepte** (vgl. Abschnitt 4.3.1) beteiligt und durch die kommunalen Präventionsnetzwerke in der Umsetzung ihrer präventiven Initiativen unterstützt werden.

Neben der kommunalen Abstimmung von Präventionsaktivitäten an niedersächsischen Schulen sollte schulische Suchtprävention in grundsätzlichen Bestandteilen, die nicht mit regionalen Schwerpunktsetzungen begründet werden müssen, vereinheitlicht und dessen Verbindlichkeit für die Schulen erhöht werden. Aus suchtfachlicher Perspektive ist der Runderlass des MK (v. 07.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21065; MK.Niedersachsen, 2013) mit dem Ziel der Erweiterung auf stoffungebundene Suchtformen zu aktualisieren, da bislang eine Eingrenzung auf die Themen Rauchen und Alkohol besteht, die sich erwartungsgemäß in einer deutlich geringeren Reichweite der Vermittlung anderer Suchtpräventionsthemen an niedersächsischen Schulen widerspiegelt (s.o.). Aus suchtfachlicher Perspektive sollten zusätzlich die Themenbereiche illegale Drogen (explizit Cannabis)

und stoffungebundene Suchterkrankungen (explizit Glücksspiel, Gaming, dysfunktionales Mediennutzungsverhalten) berücksichtigt werden. Orientiert an epidemiologischen Daten zum durchschnittlichen Erstkonsumalter kann empfohlen werden, dass spätestens bis zur 7. Jahrgangsstufe der Themenbereich stoffungebundene Suchterkrankungen (Gambling, Gaming, riskantes Mediennutzungsverhalten), spätestens bis zur 8. Jahrgangsstufe die Themenbereiche Alkohol und Tabak und bis zur 9. Jahrgangsstufe der Themenbereich illegale Drogen (insb. Cannabis) behandelt worden sein sollten. Auch diese Spezifizierungen könnten als Zielvorgaben in den Runderlass sowie in die Curricula aufgenommen werden. Zudem ist anzuregen, in den Runderlass qualitative Mindeststandards schulischer Suchtprävention mit aufzunehmen, die sich an den allgemeinen Standards **evidenzbasierter Suchtprävention** (vgl. Abschnitt 4.4.1) orientieren sollten.

### 4.3.3 Früherkennung und Frühintervention im medizinischen Kontext verbessern

#### Allgemeiner Forschungshintergrund

- In den medizinischen S3-Leitlinien zu alkoholbezogenen Störungen und Tabakkonsum (2015a; AWMF, 2015b) wird empfohlen, Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen in die medizinische Grundversorgung zu implementieren. Hierfür spricht das hohe Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie die Bevölkerungswirksamkeit dieser Maßnahmen, da durch diese ein hoher Anteil problematisch Konsumierender erreicht und in weiterführende Hilfen vermittelt werden kann (vgl. Diehl & Mann, 2005; Rumpf, 2009).
- Durch die Implementation von Routinescreenings in die allgemeinmedizinische Versorgung kann die Detektionsrate von problematischem Alkoholkonsum deutlich erhöht werden (vgl. Rumpf, Bohlmann, Hill, Hapke, & John, 2001).
- Eine Studie mit Hausärztinnen und -ärzten im Raum Lübeck (vgl. Krannich, Grothues, & Rumpf, 2006) kommt zu dem Ergebnis, dass nur rund 14 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte ein routinemäßiges Screening zum Thema Alkoholkonsum durchführen.

#### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Die befragten niedersächsischen Suchttherapeutinnen und -therapeuten (anfallende und nicht repräsentative Stichprobe) schätzen aus ihrer fachlichen Sicht eine frühe Intervention bei ersten Problemverhaltensweisen als effektivste Maßnahme ein, die sich mutmaßlich präventiv auf ihre Patienten ausgewirkt hätte (Rehbein et al., 2017, Abbildung 53).
- Die befragten niedersächsischen Akteure im allgemeinmedizinischen und therapeutischen Setting (anfallende und nicht repräsentative Stichprobe) berichten nur zu einem sehr geringen Anteil über den Einsatz von suchtbezogenen Screeninginstrumenten in den letzten zwölf Monaten und dabei in den meisten Fällen auch nur für einen gewissen Anteil der Patientinnen und Patienten (Rehbein et al., 2017, 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 vielfach in Gesprächen auf die Vorteile von Abstinenz und reduzierten Konsum hingewiesen, mögliche Risiken angesprochen und die Inanspruchnahme von Beratung angeregt, formelle Kurzinterventionen finden hingegen vergleichsweise selten statt (Rehbein et al., 2017, Abbildung 56).
- Als wichtige Hemmnisse werden von Seiten der Medizinerinnen und Medizern neben zeitlichen und finanziellen Ressourcen auch mangelnde Kenntnisse über suchtfachliche Themen benannt. Gerade die Pädiaterinnen und Pädiater wünschen sich mehr Orientierung im Umgang mit den Themen Computerspiel- und Internetsucht. Gewünscht werden auch vermehrt Schulungen in diesem Bereich.

#### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Nur ein geringer Anteil der Mediziner\*innen setzt Screeninginstrumente zur Früherkennung ein“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.3).

### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 35. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Früherkennung und Frühintervention im medizinischen Kontext verbessern“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 3: Indizierte Suchtprävention/Früherkennung (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Suchtmedizin im Studium und Ausbildung implementieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suchtmedizin im Studium ins Curriculum</li> <li>Gepunktete Fortbildung</li> <li>Schulung medizinisch Fachangestellter</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bezahlung für Vermittlung in die Suchthilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monetäre Leistungen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anreizsystem für Mediziner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klärung der Bedarfe mit KV</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kooperation medizinischer Systeme und Suchthilfe auf Augenhöhe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regional Ärzteverbände, überregional Kammern</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Umsetzung der Leitlinien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zugängliche und erforschte Screeninginstrumente, Nutzung der Leitlinien</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrierte Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konzeptionelle Umsetzung mit KV, Suchthilfe, Krankenkasse und Selbsthilfe</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, in Niedersachsen einen Qualitätsentwicklungsprozess anzustoßen, um zukünftig eine den medizinischen Leitlinien entsprechende Umsetzung von suchtverhaltensbezogenen Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention im ambulanten und stationären Versorgungssystem zu gewährleisten.**

Eine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche indizierte Suchtprävention ist die frühzeitige Erkennung von Risikokonsumverhaltensweisen sowie die Einleitung niederschwelliger Interventionen. Laut Leitlinienempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) sollen routinemäßige Screenings zu Alkohol- und Tabakkonsum im ambulanten und stationären Versorgungssystem erfolgen<sup>19</sup>. Die Akteure des gesundheitlichen Versorgungssystems sollten drauf hinwirken, dass die Leitlinien flächendeckend angewendet werden.

Das Ziel sollte ein routinemäßiges Screening nach Risikoverhaltensweisen in Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol, Tabak, Glücksspielangeboten, Computerspielangeboten, illegalen Drogen und Medikamenten sein. Ferner sollten routinemäßig Frühinterventionen im Falle des Vorliegens riskanter Konsumverhaltensweisen durchgeführt werden. Hierfür sollte eine systematische Kooperation zwischen dem medizinischen Versorgungssystem und der Suchthilfe angestrebt werden, um die Medizinerinnen und Mediziner fachlich zu beraten und sie insbesondere im Hinblick auf die Durchführung von Interventionen zu entlasten.

Ferner erscheint es erforderlich, bereits im Rahmen des Studiums Studentinnen und Studenten der Medizin im Hinblick auf die Themen Screening und Früherkennung sowie Frühintervention bei riskanten Konsumverhaltensweisen stärker zu schulen. Auch in den medizinischen **Ausbildungs- und Fortbildungscurricula** (vgl. Abschnitt 4.4.3) sollten suchtfachliche Inhalte stärker vermittelt werden. Dies schließt auch medizinische Fachangestellte mit ein.

<sup>19</sup> Es wird in diesem Zusammenhang die Entwicklung weiterer Leitlinien zu Glücksspiel, Gaming, illegalen Drogen und Medikamentenmissbrauch angeregt.

#### 4.3.4 Suchtprävention in Sportvereinen verbessern

##### Allgemeiner Forschungshintergrund

- Dem aktuellen Sportentwicklungsbericht 2015/16 (Breuer & Feiler, 2017) zufolge engagieren sich viele niedersächsische Sportvereine für die Gesundheitsförderung und für die Prävention sexualisierter Gewalt. Inwieweit sich die Vereine auch im Hinblick auf suchtpräventive Themen engagieren wird im Sportentwicklungsbericht bislang nicht thematisiert (vgl. Breuer & Feiler, 2017).
- Auf der Internetpräsenz des Landessportbundes Niedersachsen wird das Thema Suchtprävention mit Verweis auf das von der BZgA initiierte und durch mehrere Sportverbände unterstützte Aktionsbündnis „Alkoholfrei Sport genießen“ (BZgA, 2018) aufgegriffen, eine Maßnahme, deren Wirksamkeit bislang nicht empirisch untersucht wurde. Eine Anfrage des KFN bei der BZgA ergibt, dass im Jahr 2016 insgesamt 114 und im Jahr 2017 insgesamt 119 niedersächsische Sportvereine das Aktionspaket bestellt haben, um die Aktion durchführen zu können (Persönliche Korrespondenz, 08.03.2018). Bezogen auf die in Niedersachsen unter dem Landessportbund subsummierten 9616 Vereine entspräche dies einer jährlichen Beteiligungsrate von ca. 1,2 Prozent der Sportvereine.
- Auf der Internetpräsenz des Niedersächsischen Fußballverbandes findet sich kein prominent platzierter Hinweis auf das Aktionsbündnis „Alkoholfrei Sport genießen“. Prominent wird hingegen auf die Brauerei Krombacher und den Glücksspielanbieter Lotto Niedersachsen als Premiumpartner hingewiesen.

##### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Sportvereinen kommt aus Sicht der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure eine gewisse Verantwortung für suchtpräventive Arbeit zu (Rehbein et al., 2017, Abbildung 27). Nur ein geringer Anteil der Suchtpräventionsakteure (4,4 %) berichtet jedoch über Kooperationspartner im Bereich der Sportvereine (Rehbein et al., 2017, Abbildung 28). Unter den Suchtpräventionsakteuren, die standardisierte Programme im Rahmen von Multiplikatorenarbeit einsetzen (26,9%), nutzen 11,5 Prozent die Bausteinmappe Starke Sportvereine zur Schulung von Jugendgruppenleiterinnen und Jugendgruppenleitern (Rehbein et al., 2017, Abbildung 46).
- Auf Basis einer für Niedersachsen repräsentativen Neuntklässlerbefragung zeigt sich, dass die Mitgliedschaft in einem Sportverein auch unter Kontrolle einer Vielzahl weiterer Variablen riskanten und problematischen Glücksspielkonsum prädiziert (Rehbein, Hayer, Baier, & Mößle, 2015). Im Hinblick auf riskanten und problematischen Glücksspielkonsum stellt die Mitgliedschaft in einem Sportverein somit keinen Schutz- sondern einen Risikofaktor dar.

##### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Nur 4,4% der Befragten benennen Sportvereine als wichtigen Kooperationspartner“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.5).

**Arbeitsergebnis der Fokusgruppen**

Tabelle 36. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Suchtprävention in Sportvereinen verbessern“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sportverein – Suchtpräventionsort für Glücksspiel</li> </ul>	
Inhaltsbereich 5: Suchtprävention in Lebenswelten (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewusstseinsschaffung für Suchtmittelkonsum und Funktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information und Aufklärung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtgefahren erfahrbar machen (nicht frontal schulen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz von geeigneten Programmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenvereinbarung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf Landesebene mit settingrelevanten Partnern</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation für Sportverein schaffen, Suchtprävention umzusetzen (z. B. Konzepte und Förderung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeinsames Konzept zwischen Suchthilfe und Sportvereinen entwickeln</li> <li>• Ausloben von Preisen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einfluss über Begrenzung von Sponsoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewinn von Persönlichkeiten vor Ort für gesundheitsförderndes Sponsoring</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnisprävention in Sport-Großveranstaltungen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annäherung / Kooperation Sportvereine &amp; Akteure der Suchtprävention wird ausgebaut</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperation mit Sportverein auf lokaler Ebene ausbauen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung für Problematik des Sponsorings wird erreicht</li> </ul>	

**Handlungsempfehlung**

**Es wird empfohlen, beispielsweise durch eine Änderung des Nds. Sportförderungsgesetzes bzw. der Nds. Sportförderungsverordnung, eine stärkere Positionierung der Sportvereine für die verhaltens- und verhältnisbezogene Suchtprävention zu erreichen.**

Niedersächsische Sportvereine sollten sich zukünftig stärker dafür einsetzen, dem Verzicht auf problematische Konsumangebote zu einem besseren Image zu verhelfen. Hierfür kommt dem Landessportbund Niedersachsen und den Landessportverbänden eine wichtige Verantwortung zu. Diese sollten Suchtprävention als sportpolitische Zielsetzung stärker fördern und priorisieren. Die bislang einzige landesweit initiierte suchtpreventive Maßnahme in niedersächsischen Sportvereinen stellt das von der BZgA initiierte Aktionsbündnis „Alkoholfrei Sport genießen“ (BZgA, 2018) dar. Hieran beteiligen sich jährlich jedoch nur ca. 1,2 Prozent der niedersächsischen Sportvereine (s.o.). Neben einem verstärkten Engagement der Sportvereine für die Prävention alkoholbezogener Probleme sollten insbesondere Sportwetten als Präventionsthema in den Sportvereinen fest verankert werden. Weiterhin sollten sich die Landessportverbände für eine obligatorische Integration suchtpreventiver Lehrinhalte in die Aus- und Fortbildung von Trainerinnen und Trainern sowie Übungsleiterinnen und Übungsleitern einsetzen. Auf diese Weise könnte zum einen die Umsetzung von Kinder- und Jugendschutzbestimmungen gestärkt und insbesondere ein auf suchtmittelfreie Freizeitgestaltung gerichteter Kulturwandel innerhalb der Vereine angeregt werden. Um eine nachhaltige Implementation von Suchtprävention in den Vereinen zu erreichen, sollten lokale Suchtpräventionsakteure mit den Sportvereinen zusammenarbeiten und diese bei der Entwicklung ihres präventiven Leitbildes unterstützen. In diesem Zusammenhang

empfeht sich auch die Entwicklung geeigneter Anreizsysteme (z.B. Auslobung von Preisen, Auszeichnungen für engagierte Vereine). Im Sportentwicklungsbericht sollte zukünftig im zweijährigen Abstand das Engagement der niedersächsischen Sportvereine für die Suchtprävention erfasst werden und nicht weiter ausgeklammert bleiben.

Um die oben genannten Ziele zu erreichen wird empfohlen, durch eine Änderung des Sportförderungsgesetzes bzw. der Sportförderungsverordnung die Vergabe von Landesmitteln an Sportvereine an die Bedingung zu knüpfen, dass diese sich zugunsten eines suchtpreventiven Leitbildes positionieren und den Jugendschutz im Hinblick auf vereinsinterne Konsumangebote gewährleisten müssen. Zudem sollte geprüft werden, inwieweit der oben genannte gesetzliche Rahmen insoweit angepasst werden kann, dass eine Sportförderung nur unter der Voraussetzung erfolgt, dass keine Sponsorengelder/Werbeeinnahmen von Suchtmittelproduzenten und assoziierten Dachmarken (insbesondere Alkoholproduzenten und Glücksspielanbieter) angenommen werden. In Erwägung gezogen werden könnte darüber hinaus die Verpflichtung zur Benennung von Präventionsbeauftragten in den Vereinen. Eine ähnliche Prüfung kann für das Jugendförderungsgesetz empfohlen werden. Auch die Kommunen sollten dazu angeregt werden, die Vergabe freiwilliger Leistungen im Rahmen einer Selbstverpflichtung an diese Grundbedingungen zu knüpfen.

#### 4.3.5 Verhaltensprävention zu stoffungebundenen Suchterkrankungen stärken

##### Allgemeiner Forschungshintergrund

- Inzwischen existiert eine Vielzahl von Spielangeboten zu Glücksspielthemen im Internet, die ohne Echtgeldeinsatz genutzt werden können und bei denen nur eine fiktive Spielwährung gewonnen werden kann (sog. Glücksspielsurrogate oder simuliertes Glücksspiel, vgl. Meyer, Brosowski, Meduna, & Hayer, 2015). Diese Angebote, die häufig mit erhöhten Gewinnwahrscheinlichkeiten operieren (Sévigny, Cloutier, Pelletier, & Ladouceur, 2005), animieren Nutzerinnen und Nutzer im Laufe der Spielteilnahme häufig dazu, Spielangebote mit Echtgeldeinsatz zu nutzen. Umgekehrt betrachtet nutzen einige Computer- und Videospiele in hohem Maße Belohnungsmechanismen, die aus dem Glücksspiel adaptiert wurden, wodurch deren psychotropes Risikopotential erhöht wird (Rehbein, Mößle, Zenses, & Jukschat, 2010).
- Mit Erscheinen des ICD-11 und der zu erwartenden Schaffung einer Diagnose *Gaming Disorder* sind neben der Glücksspielsucht weitere Störungsbilder im Spektrum stoffungebundener Süchte zu berücksichtigen (WHO, 2018). Damit sind die stoffungebundenen Süchte zukünftig in einem Konvergenzbereich zwischen Gaming und Gambling zu verorten.

##### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Die Bedarfsgerechtigkeit der niedersächsischen Suchtprävention im Hinblick auf die adressierten Substanzen und Verhaltensweisen wird von Suchtpräventionsakteuren insgesamt als moderat erfolgreich eingestuft (Rehbein et al., 2017, Abbildung 20).
- Glücksspielsuchtprävention macht in Niedersachsen rund acht Prozent der Arbeit mit Endadressatinnen und -adressaten aus (Rehbein et. al., 2017, Abbildung 36). Etwa 13 Prozent der Arbeit entfällt auf die Themenbereich Computerspiel- und Internetsucht (Rehbein et. al., 2017, Abbildung 36). Unter den niedersächsischen Neuntklässlerinnen und Neuntklässlern wurden weniger als 20 Prozent jemals in ihrem Leben durch suchtpreventive Maßnahmen zum Themenbereich Glücksspiel und ca. 31 Prozent durch Suchtprävention zum Thema Computerspiele erreicht (Rehbein et al., 2017, Abbildung 58; Rehbein et al., 2018, in prep.). Damit fällt die Reichweite von Prävention zu stoffungebundenen Suchterkrankungen gegenüber anderen Formen konsumspezifischer Suchtprävention geringer aus.

##### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Nur 8% der Arbeit mit Endadressaten\*innen widmet sich Glücksspielsuchtprävention“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.7).

**Arbeitsergebnis der Fokusgruppen**

Tabelle 37. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Verhaltensprävention zu stoffungebundenen Suchterkrankungen stärken“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sportverein – Suchtpräventionsort für Glücksspiel</li> </ul>	
Inhaltsbereich 9: Regionale Verteilung (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Prävention ermöglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präventionsgesetz nutzen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufstockung personeller Ressourcen für Glücksspielsuchtprävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufstockung der Finanzhilfe MI</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr personelle Kapazitäten für Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufstockung der freiwilligen Leistung/institutionelle Förderung MS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtgefahren sichtbar machen</li> <li>• Zunehmenden Stellenwert der Glücksspielsucht akzeptieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Sensibilisierung</li> <li>• Politische Einflussnahme</li> <li>• Verhältnisprävention stärken</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neue Kombination Online + Glücksspiel berücksichtigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte</li> <li>• Entwicklung neuer innovativer Methoden, Evaluation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übermäßige Handynutzung thematisieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medienkompetenz, Risikokompetenz, Frühintervention der Eltern stärken</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Wahrnehmung der Problematik Glücksspiel bei Jugendlichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildung für pädagogische Fachkräfte</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematische, niedrigschwellige und kontinuierliche Ansprache von Eltern</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung von Glücksspiel- in allgemeine Suchtprävention</li> <li>• Glücksspiel als Querschnittsaufgabe für Suchtprävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fort- und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte</li> <li>• Verankerung in Konzepten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenhang mit allgemeiner Suchtprävention herstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtprävention unterstützt Wahrnehmung und neue Risikophänomene sichtbar zu machen (Öffentlichkeitsarbeit)</li> </ul>

**Handlungsempfehlung**

**Es wird empfohlen, die Reichweite der Prävention stoffungebundener Suchterkrankungen in Niedersachsen durch eine personelle Aufstockung der Fachkräfte zu erhöhen. Ferner wird empfohlen, im Rahmen der Prävention stoffungebundener Konsumrisiken jüngere Altersgruppen als bisher zu adressieren. Auch sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikoangebote im Konvergenzbereich von Gambling und Gaming sowie auf die Gaming Disorder gelegt werden.**

Aus der vergleichsweise geringen Reichweite von Glücksspielsuchtprävention in Niedersachsen (s.o.) leitet sich die dringende Notwendigkeit eines Ausbaus verhaltensbezogener Glücksspielsuchtprävention ab. Hierfür sollte die Zahl der Fachkräfte für Glücksspielsucht perspektivisch erhöht werden. Dabei ist zu beachten, dass die Fachkräfte für Glücksspielprävention nicht nur in die Präventionsarbeit, sondern auch verstärkt in die Beratungsarbeit eingebunden sind. Daher sollte Glücksspielsuchtprävention nicht als alleinige Aufgabe der Fachkräfte für Glücksspielsucht, sondern auch der Fachkräfte für Suchtprävention verstanden werden.

Ferner sollten zukünftig im Bereich der Glücksspielsuchtprävention Sportwetten und das Onlineglücksspiel sowie auch der Konvergenzbereich zwischen Gambling und Gaming stärker fachlich berücksichtigt werden. Auch Suchtprävention zur abhängigen Nutzung von Spielangeboten ohne Geldgewinnmöglichkeit (Gaming Disorder) ist stärker zu beachten. Dieser Aufgabenbereich ließe sich zum einen dadurch stärken, dass die fachliche Expertise der Fachkräfte für Glücksspielsucht auf den Bereich Gaming und damit auf stoffungebundene Suchterkrankungen im Allgemeinen erweitert wird. Eine andere Möglichkeit bestünde darin, den Fachkräften für Suchtprävention diese Aufgabe in verstärktem Maße zu übertragen.

Insbesondere für eine Stärkung der Glücksspielsuchtprävention aber auch der Prävention der Gaming Disorder werden **weiterführende verhältnispräventive Maßnahmen** (vgl. Abschnitt 4.4.2) als dringend erforderlich erachtet. Ferner sollte lebensweltliche Glücksspielsuchtprävention zum Thema Sportwetten stärker in den niedersächsischen **Sportvereinen** (vgl. Abschnitt 4.3.3) verortet werden. Angesichts des im Lebensverlauf frühzeitig erfolgenden Erstkonsums von Glücksspielen und Computerspielen sollte **schulische Suchtprävention** (vgl. Abschnitt 4.3.2) zum Themenbereich stoffungebundene Suchterkrankungen zukünftig frühzeitiger ansetzen.

#### 4.3.6 Zugangswege in die Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten optimieren

##### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Menschen mit Behinderungen werden durch die Suchtpräventionsakteure bereits im Speziellen adressiert (Rehbein et al., 2017, Abbildung 35).
- In der zukünftigen Erreichung dieser Zielgruppen wird ein leicht erhöhter Bedarf von den Akteuren gesehen, allerdings im Vergleich zu anderen abgefragten Endadressatengruppen in geringerem Maße (Rehbein et al., 2017, Abbildung 22).
- Unter Inklusionsgesichtspunkten deuten sich unter Einbezug der Kommentare der Suchtpräventionsakteure erhöhte Präventionsbedarfe für weitere Gruppen an. So wird etwa ein noch höherer Bedarf Suchtprävention in den Gruppen der Seniorinnen und Senioren sowie für geflüchtete Menschen gesehen.

##### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 38. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Zugangswege in die Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten optimieren“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
<u>Weitere Zielgruppen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stärkere Berücksichtigung zugewanderter Menschen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfe im Feld Migration/Flucht erheben</li> </ul>
Inhaltsbereich 6: Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten (AG 2)	
<u>Ältere Menschen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulungen von Multiplikatoren (Pflegekräfte, Krankenschwester, etc.)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsbeziehung zu den Ärzten und der Ärztekammer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung einschlägiger Magazine, Fachzeitschriften, etc.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kooperationsbeziehung zu Apothekern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung einschlägiger Magazine, Fachzeitschriften, etc.</li> </ul>
<u>Menschen mit Behinderung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhung der Reichweite</li> <li>• Proaktives Zugehen</li> <li>• Austausch unter den Fachkräften in Kooperation mit den Verantwortlichen in den Einrichtungen zur Konzeptentwicklung</li> <li>• Partizipation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtprävention in einfacher Sprache und zielgruppen- und einrichtungsspezifisch</li> <li>• Schulungen von Ansprechpartner in den Einrichtungen</li> </ul>

##### Handlungsempfehlungen

**Es wird empfohlen, im Zuge der Weiterentwicklung der Niedersächsischen Suchtprävention Zugangswege zur Suchtprävention in der Weise weiter zu optimieren, dass alle Personengruppen, die gefährdet sind eine Suchterkrankung zu entwickeln, in bedarfsgerechter Weise durch suchtpäventive Maßnahmen erreicht werden.**

Ältere Menschen können in ihrem Zugang zu Suchtprävention derzeit noch als benachteiligt gelten, da die niedersächsische Suchtprävention im Schwerpunkt auf Angebote für Kinder und Jugendliche ausgerichtet ist. Hier kommt zum einen der Aus- und Fortbildung von **Multiplikatorinnen und**

**Multiplikatoren** (vgl. Abschnitt 4.4.3) in relevanten Lebenswelten – insbesondere im Pflegesektor – eine wichtige Bedeutung zu. Zum anderen verweist der suchtpreventive Bedarf dieser Gruppe auf die Wichtigkeit einer verbesserten **Früherkennung und Frühintervention im medizinischen Kontext** (vgl. 4.3.3). In diesem Zusammenhang kann ergänzend geprüft werden, inwieweit Apothekerinnen und Apotheker stärker und systematischer an der Früherkennung eines möglichen Medikamentenmissbrauchs beteiligt werden könnten. Flankiert könnte in Printmedien (z. B. Apotheken Umschau) regelmäßig über das Thema Medikamentenmissbrauch informiert werden.

Auch für Menschen mit Behinderungen sollte sichergestellt werden, dass diese bedarfsgerecht durch Suchtprevention erreicht werden. Suchtprevention für Menschen mit Behinderungen erfordert in höherem Maße ein proaktiv zugehendes sowie zielgruppen- und einrichtungsspezifisches Vorgehen (in Absprache mit den Verantwortlichen in den Einrichtungen). In Werkstätten und Wohngruppen für Menschen mit Behinderungen könnte die Funktion der Suchtbeauftragten implementiert werden. Auch im Rahmen der schulischen Suchtprevention ist auf eine adäquate Ansprache von Menschen mit Behinderungen zu achten.

Ferner ist für zugewanderte Menschen sicherzustellen, dass diese in gleichberechtigter Weise Zugang zu suchtpreventiven Angeboten erhalten. Viele geflüchtete Menschen werden in Deutschland im Vergleich zu ihrem Herkunftsland mit neuen Suchtgefahren konfrontiert; beispielsweise aufgrund der freien Verfügbarkeit legaler Glücksspielangebote und preiswerter alkoholischer Getränke.

Den drei genannten Gruppen kann der Zugang zu Suchtprevention ferner durch einen weiterführenden Abbau sprachlicher Barrieren erleichtert werden. So sollte auf Websites, die über Suchtpreventions- oder Suchthilfeangebote informieren, generell eine Vorlesefunktion und ein vereinfachter Sprachmodus integriert werden. Ferner könnten stärker als bisher multilinguale Übersetzungsfunktionen implementiert werden.

#### **4.3.7 Reichweite und regionale Verteilung der niedersächsischen Suchtprävention optimieren**

##### **Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung**

- Die Abdeckung regionalspezifischer Bedarfe mit Präventionsangeboten wird von den Akteuren als moderat erfolgreich bewertet (Rehbein et al., 2017, 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 (Rehbein et al., 2018, in prep.).
- 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 (Rehbein et al., 2017, 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 (Rehbein et al., 2017, Abbildung 32).
- Im Hinblick auf die generelle Reichweite erscheint die niedersächsische Suchtprävention noch ausbaufähig. Anhand der für Niedersachsen repräsentativen Neuntklässlerbefragung des KFN zeigt sich, dass Präventionsmaßnahmen zu Rauchen und Alkohol die größte Reichweite aufweisen und im Alter von durchschnittlich 15 Jahren rund 60 Prozent der niedersächsischen Schülerinnen und Schüler zum Themenbereich Rauchen und 70 Prozent der niedersächsischen Schülerinnen und Schüler zum Themenbereich Alkohol erreicht haben (Rehbein et al., 2017, Abbildung 58; Rehbein et al., 2018, in prep.). Geringer fällt die Reichweite von Suchtprävention zu anderen Themenbereichen aus. Insbesondere die Reichweite von Glücksspielsuchtprävention fällt mit weniger als 20 Prozent erreichter Schülerinnen und Schüler der Jahrgangsstufe 9 vergleichsweise gering aus.

##### **Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung**

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Hauptschüler\*innen berichten seltener von Suchtpräventionsmaßnahmen durch externe Experten\*innen“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.6).

**Arbeitsergebnis der Fokusgruppen**

Tabelle 39. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Reichweite und regionale Verteilung der niedersächsischen Suchtprävention optimieren“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 7: Reichweite (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaftliche Begleitung, Niedersachsensurvey (KFN)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielgruppenspezifische Ansprache / Angebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digital gestützte Prävention</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävalenzabgleich</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;61% Erreichungsquote</li> <li>• Gewinnung personeller zusätzlicher Ressourcen (Fahrschulen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewinnung personeller zusätzlicher Ressourcen (Fahrschulen)</li> </ul>
Inhaltsbereich 9: Regionale Verteilung (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionale Abdeckung von Präventionsbedarf weiter optimieren in Niedersachsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Verteilung, 20 landesgeförderte Präventionskräfte (9)</li> <li>• Erhöhung Suchtpräventionsfachkräfte mit dem Ziel pro LK/Stadt eine Fachkraft finanziert durch Land/Kommune mit Anbindung an FSS; bedingt durch weitere thematische Anforderungen z. B. nichtstoffgebundene Süchte, neue Adressatengruppen, z. B. Zugewanderte</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzung neuer Zugangswege</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung der Nutzung von digitalen Medien (Wirksamkeit, Effektivität, Datenschutz, Sicherheit)</li> </ul>

**Handlungsempfehlung**

**Es wird empfohlen, zukünftig in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Niedersachsens mindestens eine Fachkraft für Suchtprävention mit Anbindung an eine Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention sowie die kommunalen Präventionsnetzwerke vorzuhalten.**

Niedersachsen verfügt aktuell über 20 landesweit geförderte Stellen für Fachkräfte für Suchtprävention und über 24 halbe Stellen für Fachkräfte für Glücksspielsucht, die einen zentralen Beitrag für die Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention leisten. Über diese Fachkräfte hinausgehend engagiert sich eine Vielzahl weiterer Akteure unterschiedlicher Institutionen in der Suchtprävention.

Eine verstärkte Integration der niedersächsischen Suchtprävention in **kommunale Gesamtpräventionskonzepte** (vgl. Abschnitt 4.3.1) würde bereits eine gewisse Reichweitensteigerung der Suchtprävention erwarten lassen. Das Projekt Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen hat jedoch eine Vielzahl von Anforderungen identifiziert, die auf die Notwendigkeit zusätzlicher personeller Ressourcen auf Seiten der Fachkräfte verweisen. Dies betrifft zum einen neue Risiken im Zusammenhang mit **stoffungebundenen Suchterkrankungen** (vgl. Abschnitt 4.3.5). Neue Angebote im Bereich des Internetglückspiels und der Sportwetten, die bereits von Jugendlichen genutzt werden (vgl. Rehbein et al., 2015), haben zusätzliche Risiken im Glücksspielbereich geschaffen. Mit der aktuellen DSM-5 Forschungsdiagnose Internet Gaming Disorder, die voraussichtlich als Gaming Disorder in die ICD-11 Klassifikation aufgenommen werden wird, sehen sich die Fachkräfte mit der Herausforderung konfrontiert, zusätzliche Konsumrisiken in ihrer Präventionsarbeit adressieren zu müssen. Eine weitere Anforderung besteht in

einer verbesserten **Evidenzbasierung** (vgl. Abschnitt 4.4.1) der Niedersächsischen Suchtprävention. Hierfür ist es notwendig, dass sich die Fachkräfte in die Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen fachlich einbringen können und Maßnahmen einsetzen, die in stärkerem Maße Ressourcen binden. Ferner hat das Projekt ergeben, dass in Niedersachsen Potentiale der selektiven Suchtprävention zukünftig stärker genutzt werden sollten, insbesondere im Hinblick auf **Kinder aus suchbelasteten Familien** (vgl. Abschnitt 4.2.1) und **erwerbslose Menschen** (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Auf Basis der Befundlage kann somit die Empfehlung ausgesprochen werden, zukünftig für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt die landes- oder kommunale Finanzierung mindestens einer Fachkraft für Suchtprävention mit Anbindung an eine Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention sicherzustellen. Dies würde zudem gewährleisten, dass in allen niedersächsischen Kommunen, in denen präventive Netzwerke die kommunale Prävention gestalten, eine Fachkraft für Suchtprävention beteiligt werden kann.

Ferner kann die Empfehlung ausgesprochen werden zu überprüfen, inwieweit Onlineinformationsangebote und Onlineberatungsangebote zukünftig ergänzend genutzt werden können, um die Reichweite der niedersächsischen Suchtprävention zu erhöhen. Hierzu sollte zunächst eine einheitlich von den Fachstellen und Fachkräften zu nutzende Plattform geschaffen werden, in der sowohl präventive als auch niederschwellig interventive Angebote berücksichtigt werden. Hierbei muss ein konsequenter Datenschutz der vertraulichen Informationen gewährleistet sein. Vor Verbreitung der Plattform sollte im Rahmen eines lokalen Modellversuchs wissenschaftlich begleitend überprüft werden, ob mittels eines solchen Angebots bestimmte Zielgruppen besser erreicht und zur Aufnahme von persönlicher Beratung motiviert werden können. Die Studie sollte Nutzen und Kosten des Angebots gegenüberstellen, relevante Zielkriterien definieren und deren Erreichung evaluieren und hierbei auch mehrere Messzeitpunkte realisieren, um zu dokumentieren inwieweit sich über das Angebot auch eine längerfristige Annahme von Angeboten der Suchtprävention und Suchthilfe erreichen lässt.

## **4.4 Handlungsempfehlungen für eine Effektivitätssteigerung der niedersächsischen Suchtprävention**

### **4.4.1 Die Evidenzbasierung von Suchtprävention erhöhen**

#### **Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung**

- Die Akteure sprechen sich insgesamt für eine evidenzbasierte Suchtprävention aus, indem mehr als 80 Prozent der Akteure diese als eher sinnvoll oder essentiell bewerten (Rehbein et al., 2017, Abbildung 24). Die derzeitige Fokussierung auf evidenzbasierte Konzepte/Maßnahmen in Niedersachsen wird von den Akteuren jedoch nur als moderat erfolgreich bewertet (Rehbein et al., 2017, Abbildung 20).
- Anhand der inhaltlichen Gestaltung der Arbeit mit Endadressatinnen und Endadressaten wird deutlich, dass sich die Akteure hierbei in erster Linie 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 (Rehbein et al., 2017, Abbildung 33).
- Insgesamt gibt nur knapp die Hälfte der mit Endadressatinnen und Endadressaten arbeitenden Präventionsakteure in Niedersachsen an, überhaupt standardisierte Programme einzusetzen (Rehbein et al., 2017, Abbildung 39). Eine Ausnahme stellen hier die Fachkräfte für Suchtprävention dar, unter denen ein weit überwiegender Anteil auf standardisierte Programme setzt (Rehbein et al., 2017, Abbildung 39).
- Für die meisten der in der Suchtprävention in nennenswertem Umfang eingesetzten standardisierten Programme kann deren Wirksamkeit nicht als hinreichend wissenschaftlich belegt gelten, womit insgesamt für einen hohen Anteil suchtpreventiver Arbeit in Niedersachsen derzeit nicht beurteilt werden kann, ob sich diese tatsächlich auf für die Entwicklung von Konsumrisiken relevante Risikofaktoren und Schutzfaktoren auswirkt (Rehbein et al., 2017, Abbildung 40).

#### **Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung**

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Viele der in der niedersächsischen Suchtprävention verwendeten Präventionsprogramme befinden sich nicht auf der Grünen Liste“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.10).

**Arbeitsergebnis der Fokusgruppen**

Tabelle 40. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Die Evidenzbasierung von Suchtprävention erhöhen“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verstetigung guter Programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überführung von bewährten Projekten in Dauermaßnahmen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weniger ist mehr. Programmfluten eindämmen, gute Programme fokussieren</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätssicherung von Präventionskonzepten + Transparenz</li> </ul>	
Inhaltsbereich 12: Evidenzbasierung (AG 2)	
<u>Forschung:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehr Implementationsforschung, wie werden Programme umgesetzt</li> <li>• Gut verankerte Programme besser evaluieren</li> <li>• Begleitforschung wird finanziert</li> <li>• Mehr Evaluation ermöglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonderforschungstopf beim MWK zur Unterstützung (niedersächsischer/bundesweiter) Präventionsforschung</li> <li>• BMG Ansprechpartner für den eingeschränkten Bereich der Suchtprävention</li> <li>• Neurale/unabhängige Evaluationsforschung</li> <li>• Stärkere Vernetzung von Forschung, Politik und Praxis</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einigung auf Instrument zur Anerkennung von Evidenznachweisen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgabe- und Nachweisdokumentation</li> <li>• Konsensual abgestimmtes Instrument (Jury) zur Bestimmung der Evidenzbasierung durch die Akteure der niedersächsischen Suchtprävention (Krankenkassen)</li> </ul>
<u>Praxis:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme für bestimmte Zielgruppen sichern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzer- bzw. zielgruppenspezifische Inhalte kennen und verwenden</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versierterer Umgang mit Evidenznachweisen seitens der Präventionsakteure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikation zwischen den Akteuren der Suchtprävention und der „Grünen Liste“</li> <li>• Zielgruppenspezifische Fortbildung zur Bedeutung und zur Umsetzung von Evidenzbasierung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluierte Programme stärker in der Praxis verankern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akteure vermehrt zum Thema Evidenzbasierung fortbilden/ausbilden</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenzbasierte Programme erfordern Finanz- und Personalressourcen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhter Ressourceneinsatz notwendig (Fortbildung, materielle Ausstattung, Freistellung und Fahrtkosten)</li> </ul>
<u>Theorie/Stellenwert:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardisiertes Vorgehen in der Suchtprävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manualisiertes Vorgehen dient als Grundlage zur Wirkungsmessung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht ausschließlich Evidenzbasierung als Ziel setzen</li> <li>• Evidenzbasierung ja, aber ungleich 100%: Raum für Bedarfe, Raum für Neues (Neue Probleme, neue Methoden)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionalität und Innovationen zulassen</li> <li>• Gewährung von Freiraum für die Fachkräfte</li> <li>• Fachkräfte müssen: evidenzorientiert arbeiten und professionell (im Rahmen von Qualitätsdiskussionen) experimentieren können</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtprävention und Forschung ergänzen sich – Rollen sind klar (Memorandum)</li> <li>• Keine Höherbewertung von Wissenschaft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praxis-Wissenschafts-Dialog institutionalisieren</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, der langfristigen Implementation praxiserprobter und evidenzbasierter Programme zukünftig verstärkt Priorität einzuräumen und hierfür einen sowohl fachlich-praktisch als auch wissenschaftlich anerkannten Standard evidenzbasierter Suchtprävention in Niedersachsen zu erarbeiten. Auch bei der Neuentwicklung von Suchtpräventionsmaßnahmen sollten zukünftig formalisierte Kriterien beachtet werden.**

#### Verstärkte Implementation praxiserprobter und evidenzbasierter Programme

Aufbauend auf der vorhandenen Aufgeschlossenheit der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure gegenüber evidenzbasierter Suchtprävention sollte ein fachlicher Standard erarbeitet werden, der in Einklang mit wissenschaftlich anerkannten Evidenzkriterien (Evidenzgrade) steht. Die Suchtpräventionsakteure sollten im Hinblick auf diesen Standard geschult werden. Für den Einsatz von Programmen, für die bereits ein hinreichender Evidenznachweis besteht, sollte sichergestellt werden, dass diese Programme fachgerecht umgesetzt werden und ihre avisierte Wirkung entfalten (Implementationskontrolle).

Um den Akteuren der Suchtprävention zu ermöglichen, praktisch bewährte und evidenzbasierte Programme identifizieren und nutzen zu können, ist eine allgemein anerkannte Empfehlungsliste dringend erforderlich. Die Grüne Liste Prävention stellt eine Empfehlungsliste dar, ist jedoch unter Suchtpräventionsakteuren zum Teil nicht bekannt und vielfach nicht als Standard anerkannt. So bestehen derzeit gravierende Abweichungen in den Empfehlungen des Landespräventionsrats Niedersachsen (LPR) im Rahmen der Grünen Liste Prävention und den Empfehlungen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) für evidenzbasierte Suchtpräventionsprogramme. Es wird daher nachdrücklich empfohlen, einen Dialog zwischen der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen und dem Landespräventionsrat zu initiieren, um diese Diskrepanzen abzubauen.

#### Neuentwicklung von Suchtpräventionsprogrammen

Trotz der Vielzahl der in Niedersachsen im Rahmen der Suchtprävention eingesetzten Programme ist festzustellen, dass sich einige Programme in ihren Zielsetzungen und Zielgruppen gleichen während bestimmte Konsumrisiken in Zusammenhang mit spezifischen Endadressatengruppen nicht durch standardisierte Programme abgedeckt sind. Somit besteht weiterhin ein Entwicklungsbedarf im Hinblick auf ergänzende Suchtpräventionsprogramme. Suchtpräventionsprogramme werden im Idealfall von Akteuren der Suchtprävention unter wissenschaftlicher Beratung im Sinne eines Praxis-Wissenschafts-Dialogs entwickelt. Sowohl die Praxis als auch die Wissenschaft kann neue Risikophänomene und im Zuge dessen erweiterte Präventionsbedarfe erkennen. Um die fachgerechte Evaluation von Suchtpräventionsprogrammen zu gewährleisten, sollte eine neue Finanzierungsgrundlage auf Landes- oder Bundesebene geschaffen werden. Um bei der Neuentwicklung von Programmen deren Qualität und Evidenz zu erhöhen und einen ressourcenschonenden Einsatz der Mittel zu gewährleisten, sollte bei Neuentwicklungen von Suchtpräventionsmaßnahmen sichergestellt sein, dass die nachfolgenden Kriterien a bis e erfüllt sind. Diese Kriterien sollten vor der Finanzierung einer Programmneuentwicklung überprüft werden:

- a. Es besteht ein konkreter Bedarf dafür, das Programm zu entwickeln. Dieser Bedarf kann sich daraus ergeben, dass es bislang zu einem bestimmten nachweislich relevanten Konsumrisiko

für eine bestimmte Zielgruppe kein Präventionsprogramm gibt, die vorhandenen Programme zentrale Qualitätsanforderungen nicht erfüllen oder die vorhandenen Programme in Niedersachsen nicht implementierbar sind. Eine mangelnde Qualitätsanforderung kann auch darin bestehen, dass ein Programm keinen positiven Evidenznachweis erbracht hat und gleichsam eine Prozess- und Wirksamkeitsevaluation des Programmes nicht vorgesehen ist.

- b. Das Programm ist auf Replizierbarkeit ausgelegt und wird als standardisiertes Programm (manualisiert) konzipiert. Zudem ist eine potentielle Implementierbarkeit des Programms gegeben, so dass es im Falle einer positiven Prozess- und Wirksamkeitsevaluation auch landesweit genutzt werden kann.
- c. Es werden konkrete Ziele spezifiziert, die mit dem Programm erreicht werden sollen (Verminderung konkreter Risikofaktoren, Stärkung konkreter Schutzfaktoren). Die Ziele erscheinen geeignet, um das Risiko für riskanten und süchtigen Konsum zu vermindern. Die Zielkriterien sind spezifisch auf das infrage stehende Konsumverhalten ausgerichtet (z. B. Konsumreduktion, Förderung konsumspezifischen Wissens, Förderung konsumkritischer Einstellungen, Erwerb von Risikokompetenzen im Hinblick auf das Konsumverhalten). Es werden konkrete Angaben dazu gemacht, ab wann ein Zielkriterium als erfüllt angesehen wird.
- d. Es ist eine Evaluationsphase vorgesehen, die nicht nur eine Prozessevaluation, sondern auch eine wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsevaluation mit Kontrollgruppe beinhaltet. Die Evaluation wird nicht durch die Programmentwickler selbst, sondern durch eine externe wissenschaftliche Einrichtung durchgeführt. Bei der Evaluation ist eine Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Einrichtung gewährleistet. Die wissenschaftliche Einrichtung, die die Evaluation durchführt, wird nicht von den Programmentwicklern ausgewählt und auch nicht direkt durch diese finanziert.
- e. Insofern es sich um ein universell oder selektiv ausgerichtetes Suchtpräventionsprogramm handelt, sieht dieses explizite und regelhafte Strategien der Weitervermittlung von Risikokonsumenten in Frühinterventionsmaßnahmen vor.

#### 4.4.2 Weiterführende verhältnispräventive Maßnahmen umsetzen

##### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Die Wirksamkeit von verhältnispräventiven Zielen für die Suchtprävention wird von Seiten der Präventionsakteure im Vergleich zu verhaltenspräventiven Zielen als geringer eingeschätzt (Rehbein et al., 2017, Abbildung 14). Gleichzeitig geben die Akteure aber auch an, dass verhältnispräventive Ziele im Vergleich zu verhaltenspräventiven Zielen in Niedersachsen bislang weit schlechter erreicht werden (Rehbein et al., 2017, Abbildung 16).
- Insgesamt sprechen sich die Akteure für die meisten der vorgeschlagenen verhältnispräventiven Maßnahmen ausdrücklich aus (Rehbein et al., 2017, 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, höhe Alterseinstufungen für Computerspiele mit erhöhtem Suchtpotential und ein nächtliches Alkoholverkaufsverbot.

##### Zugrundeliegende Daten der t2-Befragung

- Siehe insbesondere die in diesem Abschlussbericht dargelegten Einschätzungen der Suchtpräventionsakteure zum Befund „Verhältnispräventive Ziele werden bislang kaum erreicht“ hinsichtlich Erwartungskonformität, Problemschwere, möglichen Erklärungsansätzen und Maßnahmen zur Problemlösung (vgl. Abschnitt 3.2.4).

##### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 41. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Weiterführende verhältnispräventive Maßnahmen umsetzen“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturelle Prävention / Verhältnisprävention aufnehmen</li> </ul>	
Inhaltsbereich 4: Verhältnisprävention (AG 1)	
<u>Bund Maßnahmen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Werbeverbot (Tabak, Alkohol, Glücksspiel)</li> <li>• Preisreduktion Alkoholfreies</li> <li>• Erhöhung Steuern legale Suchtmittel</li> <li>• Kein „harter“ Alkohol in Supermärkten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesrats-Initiative</li> <li>• Unterbindung des Zahlungsverkehrs Internetglücksspiel</li> <li>• Einschränkung von Lobbyvertretungen (Transparenz)</li> <li>• Eigene Lobbyarbeit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Präventionsgesetz (Landesrahmenvereinbarung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zweckbindung zu Präventionszwecken</li> </ul>
<u>Gesetzliche Rahmenbedingungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jugendschutzeinhaltung</li> <li>• Erstkonsum verzögern</li> <li>• Schutz von Jugendlichen vor Einstieg</li> <li>• Glücksspielstaatsvertrag</li> <li>• Jugendliche auf dem Land</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestellung Verwaltungsvollzugsbeamte/ Verstärkung Vollzug</li> <li>• Stärkung Spieler- Jugendschutzes auf Landesebene</li> <li>• Kontrolle Onlineangebote</li> <li>• Keine Duldung von Sportwetten</li> </ul>
<u>Strukturelle Verankerung:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebenswelten (Sportvereine, Landjugend)</li> <li>• Landesgesetzliche Möglichkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imageveränderung</li> <li>• Aufnahme ins Schulcurriculum (Hochschule)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenkassen</li> <li>• Angebotsreduktion i.S. nicht alltäglich</li> </ul>	
Inhaltsbereich 5: Suchtprävention in Lebenswelten (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopplung von Verhaltens- und Verhältnisprävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung und Werbeverbote</li> </ul>
<u>Sportvereine:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einfluss über Begrenzung von Sponsoring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewinn von Persönlichkeiten vor Ort für gesundheitsförderndes Sponsoring</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnisprävention in Sport-Großveranstaltungen</li> </ul>	
Inhaltsbereich 7: Reichweite (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholverbot an Plätzen mit Kindern und Jugendlichen (Turnhallen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulträger</li> </ul>
Inhaltsbereich 8: Substanzbezug und Inhaltsbereiche (AG 1)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhältnisprävention stärken</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, die Verhältnisprävention in Bezug auf alle relevanten Konsumrisiken auf Bundes- und Landesebene zu stärken.**

Eine wirksame verhaltensbezogene Suchtprävention setzt eine effektive Verhältnisprävention voraus. Um den hier in weiten Teilen bestehenden Defiziten zu begegnen, sollten die folgenden Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene umgesetzt werden:

**Bundesebene.** Niedersachsen sollte sich für weiterführende Werbeverbote bezogen auf die legalen Konsumangebote Tabak, Alkohol und Glücksspiel einsetzen. Weiterhin sollte der Konsum alkoholischer Getränke im öffentlichen Raum stärker eingeschränkt werden. Durch eine erhohnte Besteuerung legaler Suchtmittel, insbesondere von Alkohol, könnte eine erhohnte Attraktivität alkoholfreier Getränke im Vergleich zu alkoholhaltigen Getränken erreicht werden. Niedersachsen sollte sich zudem für die Neuverhandlung eines neuen Glücksspielstaatsvertrags stark machen, mit dem Ziel der Regulierung von Sportwettangeboten sowie konkreter Jugend- und Spielerschutzmanahmen. Ferner sollte der Jugendmedienschutz bei der Festlegung von Alterseinstufungen auch das Risikopotential von Computerspielen im Hinblick auf die Begünstigung einer dysfunktionalen und abhängigen Nutzung berücksichtigen.

**Landesebene.** Bezogen auf Niedersachsen sollte eine verstärkte Einhaltung der bereits bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen angestrebt werden, um hierüber die Verhältnisprävention zu verbessern. Als besonders relevant wird hier die Rolle des Jugendschutzes gesehen, der zukünftig noch konsequenter die Umsetzung der Altersbestimmungen legaler Suchtmittel sicherstellen sollte. Um diese Ziele zu erreichen sollten Kontrollen durch die Aufsichtsbehörden verstärkt werden. Ferner sollte auf eine Reduktion der Angebotsdichte terrestrischen Glücksspiels abgezielt werden. Hierfür sollte nicht nur die Zahl der Spielhallen reduziert werden, sondern zudem auf ein Verbot von Spielautomaten in gastronomischen Einrichtungen hingewirkt werden. Ferner sollte eine wirksame Fremd- und

Selbstsperre bei glücksspielassoziierten Problemen in Niedersachsen sichergestellt werden. Hierbei muss gewährleistet sein, dass gesperrte Spieler nicht auf andere Spielstätten ausweichen können<sup>20</sup>.

Bei den niedersächsischen **Sportvereinen** (vgl. Abschnitt 4.3.4) sollte auf eine stärkere Positionierung der Vereine hin zu einem suchtpreventiven Leitbild sowie den Verzicht auf Sponsoring durch Anbieter problematischer Konsumangebote, vor allem im Bereich von Sportwetten und Alkohol, hingewirkt werden.

---

<sup>20</sup> Hierfür wird in Niedersachsen die Einführung einer Glücksspielkarte diskutiert. Um den präventiven Nutzen einer solchen Karte sicherzustellen sollte sichergestellt sein, dass diese durch eine zentrale Stelle personengebunden vergeben wird, mittels biometrischer Daten eine Weitergabe der Karte ausgeschlossen ist und die Karte für eine Teilnahme an allen relevanten Formen des terrestrischen Glücksspiels erforderlich ist.

#### 4.4.3 Suchtfachliche Aus- und Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren intensivieren

##### Zugrundeliegende Daten der t1-Befragung

- Den Daten der NLS zufolge wurden in Niedersachsen im Jahr 2015 von hauptamtlichen Suchtpräventionsfachkräften 131.550 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht. Lehrkräfte stellten mit 36 Prozent (Mehrfachnennungen möglich) die wichtigste Zielgruppe dar (NLS, 2016). Übereinstimmend mit diesen Daten zeigt sich mit Blick auf den weiter gefassten überinstitutionellen Personenkreis der Suchtpräventionsakteure in Niedersachsen, dass Multiplikatorenschulungen vor allem Personen im Setting Schule adressieren (Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter, Schulpsychologinnen und -psychologen). Auch Eltern und die Selbsthilfe werden häufig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult (Rehbein et al., 2017, Abbildung 45).
- Akteure im Freizeit- und Sportbereich, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Jugendämtern und bei den Frühen Hilfen und insbesondere Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Pädiaterinnen und Pädiater werden dagegen nur in geringem Maße als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Suchtprävention adressiert (Rehbein et al., 2017, Abbildung 30).
- Kinderärztinnen und -ärzte, Sportvereine und Agenturen für Arbeit/Jobcenter treten nur selten als relevante Kooperationspartner der Suchtpräventionsakteure in Erscheinung (Rehbein et al., 2017, Abbildung 28).

##### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 42. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Suchtfachliche Aus- und Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren intensivieren“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 2: Selektive Suchtprävention (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Prävention – Problemerkennung sicherstellen, Arbeitsagenturen, Jobcenter, ..., Lehrer</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Prävention – Schulung durch Fachkräfte</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung des fachlichen Umfelds für Hochrisikogruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Themenaufnahme in Ausbildung/Fortbildung unterschiedlicher Berufsgruppen im Curriculum (insbesondere Suchthilfesystem)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildung der BA-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Jobcenter</li> </ul>
Inhaltsbereich 3: Indizierte Suchtprävention/Früherkennung (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtmedizin im Studium und Ausbildung implementieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtmedizin im Studium ins Curriculum</li> <li>• Gepunktete Fortbildung</li> <li>• Schulungen Medizinischer Fachangestellter</li> </ul>
Inhaltsbereich 5: Suchtprävention in Lebenswelten (AG 2)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinatoren schulen</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dem Fortbildungsbedarf der pädagogischen Fachkräfte und Ehrenamtlichen wird nachgekommen</li> </ul>	
Inhaltsbereich 6: Suchtprävention unter Inklusionsgesichtspunkten (AG 2)	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulungen von Multiplikatoren (Pflegerkräfte, Krankenschwestern, etc.)</li> </ul>	
	Menschen mit Behinderung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulung von Ansprechpartnerinnen und -partnern in den Einrichtungen</li> </ul>
Inhaltsbereich 8: Substanzbezug und Inhaltsbereiche (AG 1)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktive Wahrnehmung der Problematik Glückspielnutzung bei Jugendlichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortbildung für pädagogische Fachkräfte</li> </ul>

### Handlungsempfehlung

**Es wird empfohlen, das bereits bestehende Engagement der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure in der Schulung pädagogisch und erzieherisch tätiger Fachkräfte auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in außerschulischen Lebenswelten und an Schnittstellen der Gesundheitsversorgung auszuweiten.**

Für eine effektive Suchtprävention kommt der Ausbildung/Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine wichtige Bedeutung zu. Bezogen auf eine verbesserte **selektive Suchtprävention für Kinder aus problem- und suchtbelasteten Familien** (vgl. Abschnitt 4.2.1) sind als relevante Zielgruppen für weitergehende Multiplikatorenschulungen Frauenärztinnen und Frauenärzte, Familienhebammen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frühen Hilfen und pädagogisches sowie erzieherisches Personal in Kindertagesstätten/Kindergärten zu benennen. Für eine verbesserte **selektive Suchtprävention für Erwerbslose** (vgl. Abschnitt 4.2.2) sollten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Arbeitsagenturen und Jobcentern stärkere Beachtung als Zielgruppe von Multiplikatorenschulungen finden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten verstärkt darin geschult werden, Anzeichen für riskanten Konsum zu erkennen und mittels motivierender Gesprächsführung auf die Annahme von Hilfsangeboten hinwirken können. Im Medizinstudium und in an Ärztinnen und Ärzte gerichteten Fortbildungen sollten Kompetenzen der **Früherkennung und Frühinterventionen** (vgl. Abschnitt 4.3.3) bei problematischen Konsumverhaltensweisen stärker vermittelt werden. Dies betrifft zum einen Kenntnisse über Suchterkrankungen, die Durchführung von Screeningverfahren zu Konsumrisiken, die Durchführung von Kurzinterventionen und die bedarfsgerechte Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote. Bei der Schulung der Kinderärztinnen und Kinderärzte ist zu berücksichtigen, dass auch riskante Konsumverhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen selbst berücksichtigt werden. Auch Pflegepersonal in der Krankenpflege, Altenpflege und der Heil- und Erziehungspflege und medizinische Fachangestellte sowie Apothekerinnen und Apotheker sollten im Hinblick auf das Thema Suchterkrankungen sensibilisiert und fachlich weitergebildet werden. Um eine Verbesserung der **Suchtprävention in Sportvereinen** (vgl. Abschnitt 4.3.4) erreichen zu können, sollten insbesondere Übungsleiterinnen und -leiter sowie Trainerinnen und Trainer verstärkt im Hinblick auf suchtpreventive Kenntnisse geschult werden. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ehe-, Familien, Erziehungs- und Schuldenberatungsstellen können in verstärktem Maße durch Multiplikatorenschulungen adressiert werden, da deren Klientinnen und Klienten häufig mit multiplen Problemen belastet und nicht zuletzt deshalb einem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt sind.

#### 4.4.4 Niedersächsische Suchtprävention stärken durch Abstimmung und Zusammenarbeit auf Landesebene

##### Forschungshintergrund

Das suchtpreventive Engagement des Landes Niedersachsen ist über mehrere Ressorts verteilt. Das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) mit der Drogenbeauftragten des Landes ist für die Suchtprävention im Allgemeinen, die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, die im Maßregelvollzug untergebrachten Personen, den Kinder- und Jugendschutz und die Gesundheitsförderung zuständig. Das Niedersächsische Kultusministerium (MK) ist für Suchtprävention bei Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften und weiteren Personen im schulischen Kontext verantwortlich. Das Niedersächsische Innenministerium (MI) ist für die Glücksspielsuchtprävention und mit der Polizei und dem LKA für Präventionsarbeit zuständig. Das Niedersächsische Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz ist für Pferdewetten zuständig. Das Niedersächsische Justizministerium (MJ) ist für die Suchtprävention von Straftäterinnen und Straftätern und den Landespräventionsrat zuständig. Das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur (MWK) ist für Suchtprävention bei Studierenden und Personal an Hochschulen zuständig. Das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung (MW) ist im Rahmen der Gewerbeangelegenheiten u.a. zuständig für das Automatenspiel in Spielhallen und Gaststätten und insofern u.a. durch Abstandsregelungen verhältnispräventiv tätig.

Die Zuständigkeiten in Niedersachsen spiegeln wieder, dass Suchtprävention eine Querschnittsaufgabe ist, die in der jeweiligen Zuständigkeit von unterschiedlichen Akteuren wahrgenommen und umgesetzt wird. Zu übergreifenden und weiterführenden Themen wie beispielsweise der Entwicklung eines landesweiten Suchtpräventionskonzeptes kann ein Arbeitskreis/ Steuerungskreis eingesetzt werden.

##### Arbeitsergebnis der Fokusgruppen

Tabelle 43. Einbezogene Ziele und Umsetzungsvorschläge der Fokusgruppen zur Entwicklung der Handlungsempfehlung „Niedersächsische Suchtprävention stärken durch Abstimmung und Zusammenarbeit auf Landesebene“

Ziele	Umsetzungsvorschläge
Inhaltsbereich 1: Universalprävention (AG 1)	
• Bündnis: Jugendhilfe + Suchthilfe	• Stärkung durch interministeriellen Arbeitskreis
Inhaltsbereich 8: Substanzbezug und Inhaltsbereiche (AG 1)	
• Bündelung „Sucht“ auf ministerieller Ebene	• Kab-Beschluss

##### Handlungsempfehlung

Es wird empfohlen, zur Anpassung der niedersächsischen Suchtprävention an aktuelle Erfordernisse, einen ressortübergreifenden Arbeitskreis einzusetzen, der vom Ressort der Landesdrogenbeauftragten geleitet wird und in dem alle Suchtpräventionsakteure auf Landesebene mitwirken. Der Arbeitskreis hat den Auftrag – vor allem im Hinblick auf das Erreichen von gefährdeten Personengruppen sowie zur Überarbeitung des bestehenden landesweiten Suchtpräventionskonzeptes von 2009 – ein abgestimmtes landesweites Konzept zu entwickeln. Das Konzept sollte basierend auf den Erkenntnissen der Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ entwickelt werden.

## 4.5 Alle Handlungsempfehlungen im Kurzüberblick

### Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Kernaufgaben der niedersächsischen Suchtprävention

1. Es wird empfohlen, die Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien zu stärken ohne diese zu stigmatisieren. Dies sollte durch eine interinstitutionelle und multiprofessionelle Beteiligung der niedersächsischen Suchthilfe in Kooperation mit gynäkologischen Praxen, Familienhebammenhilfe, Frühen Hilfen, Kinder- und Jugendhilfe, Kindertagestätten und Grundschulen auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen umgesetzt werden (vgl. 4.2.1).
2. Es wird empfohlen, die Verfügbarkeit und Zugänglichkeit suchtpreventiver Maßnahmen für Erwerbslose unter Einbezug der Jobcenter und Arbeitsagenturen in Niedersachsen zu verbessern (vgl. 4.2.2).
3. Es wird empfohlen, eine Profilschärfung der niedersächsischen Suchtprävention in der Weise vorzunehmen, dass von Suchtpreventionsakteuren ausgehende universelle Suchtprävention in erster Linie spezifische Konsumrisiken adressiert und die Inanspruchnahme weiterführende selektiver und indizierter Suchtpreventionsangebote für Risikogruppen und Risikokonsumenten anzielt (vgl. 4.2.3).

### Handlungsempfehlungen zur Reichweitenerhöhung der niedersächsischen Suchtprävention

4. Es wird empfohlen, dass die niedersächsische Suchtpreventionsakteure den Aufbau/Ausbau kommunal organisierter Gesamtpräventionskonzepte unterstützen, mit dem Ziel die Reichweite der Suchtprävention zu erhöhen (vgl. 4.3.1).
5. Es wird empfohlen, schulische Suchtprävention im Hinblick auf die zu behandelnden Konsumrisiken und die zu adressierenden Jahrgänge stärker zu formalisieren und hierfür den Runderlass des MK (v. 07.12.2012 – 34-82 114/5 – VORIS 21065; MK.Niedersachsen, 2013) zu aktualisieren (vgl. 4.3.2).
6. Es wird empfohlen, in Niedersachsen einen Qualitätsentwicklungsprozess anzustoßen, um zukünftig eine den medizinischen Leitlinien entsprechende Umsetzung von suchtverhaltensbezogenen Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention im ambulanten und stationären Versorgungssystem zu gewährleisten (vgl. 4.3.3).
7. Es wird empfohlen, beispielsweise durch eine Änderung des Nds. Sportförderungsgesetzes bzw. der Nds. Sportförderungsverordnung, eine stärkere Positionierung der Sportvereine für die verhaltens- und verhältnisbezogene Suchtprävention zu erreichen (vgl. 4.3.4).
8. Es wird empfohlen, die Reichweite der Prävention stoffungebundener Suchterkrankungen in Niedersachsen durch eine personelle Aufstockung der Fachkräfte zu erhöhen. Ferner wird empfohlen, im Rahmen der Prävention stoffungebundener Konsumrisiken jüngere Altersgruppen als bisher zu adressieren. Auch sollte ein besonderes Augenmerk auf Risikoangebote im Konvergenzbereich von Gambling und Gaming sowie auf die Gaming Disorder gelegt werden (vgl. 4.3.5).
9. Es wird empfohlen, im Zuge der Weiterentwicklung der Niedersächsischen Suchtprävention Zugangswege zur Suchtprävention in der Weise weiter zu optimieren, dass alle Personengruppen, die gefährdet sind eine Suchterkrankung zu entwickeln, in bedarfsgerechter Weise durch suchtpreventive Maßnahmen erreicht werden (vgl. 4.3.6).
10. Es wird empfohlen, zukünftig in jedem Landkreis und jeder kreisfreie Stadt Niedersachsens mindestens eine Fachkraft für Suchtprävention mit Anbindung an eine Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention sowie die kommunalen Präventionsnetzwerke vorzuhalten (vgl. 4.3.7).

### **Handlungsempfehlungen zur Effektivitätssteigerung der niedersächsischen Suchtprävention**

11. Es wird empfohlen, der langfristigen Implementation praxiserprobter und evidenzbasierter Programme zukünftig verstärkt Priorität einzuräumen und hierfür einen sowohl fachlich-praktisch als auch wissenschaftlich anerkannten Standard evidenzbasierter Suchtprävention in Niedersachsen zu erarbeiten. Auch bei der Neuentwicklung von Suchtpräventionsmaßnahmen sollten formalisierte Kriterien beachtet werden (vgl. 4.4.1).
12. Es wird empfohlen, die Verhältnisprävention in Bezug auf alle relevanten Konsumrisiken auf Bundes- und Landesebene zu stärken (vgl. 4.4.2).
13. Es wird empfohlen, das bereits bestehende Engagement der niedersächsischen Suchtpräventionsakteure in der Schulung pädagogisch und erzieherisch tätiger Fachkräfte auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in außerschulischen Lebenswelten und an Schnittstellen der Gesundheitsversorgung auszuweiten (vgl. 4.4.3).
14. Es wird empfohlen, zur Anpassung der niedersächsischen Suchtprävention an aktuelle Erfordernisse, einen ressortübergreifenden Arbeitskreis einzusetzen, der vom Ressort der Landesdrogenbeauftragten geleitet wird und in dem alle Suchtpräventionsakteure auf Landesebene mitwirken. Der Arbeitskreis hat den Auftrag – vor allem im Hinblick auf das Erreichen von gefährdeten Personengruppen sowie zur Überarbeitung des bestehenden landesweiten Suchtpräventionskonzeptes von 2009 – ein abgestimmtes landesweites Konzept zu entwickeln. Das Konzept sollte basierend auf den Erkenntnissen der Studie „Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen“ entwickelt werden. (vgl. 4.4.4).

## 5 Danksagung und Ausblick

Mit der Ableitung der Handlungsempfehlungen sowie der Finalisierung des vorliegenden Berichts endet ein umfassendes Forschungsprojekt, welches nur durch die Beteiligung vieler Akteure ermöglicht werden konnte. Damit haben sich die mit dem partizipativen Forschungsansatz verbundenen Hoffnungen und Erwartungen aus Sicht des Forscherteams vollumfänglich erfüllt. Bei allen Personen aus den vielfältigen institutionellen Zusammenhängen, die uns mit ihrer Beteiligung an den Onlinebefragungen und/oder in der Rolle als Interviewpartnerinnen und Interviewpartner unterstützt haben, möchten wir uns an dieser Stelle nochmals herzlich bedanken. Einen besonderen Dank möchten wir ferner aussprechen an den gesamten Vorstand und die Geschäftsstelle der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen, die das Projekt von Beginn an in vielfältiger Weise kooperativ unterstützt haben. Ferner möchten wir uns namentlich bei Frau Dr. med. Brägelmann-Tan und Frau Lörcher-Straßburg bedanken, die in ihrer Funktion als Landesdrogenbeauftragte das Projekt fachlich begleitet, dem Forscherteam dabei aber alle Freiheiten im Vorgehen ermöglicht und damit auch die Unabhängigkeit des Forschungsvorhabens gewährleistet haben. In eben diesem Sinne gilt unser Dank auch dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung für die Finanzierung dieser Studie.

Im Rahmen einer ersten Onlinebefragung (t1) konnte die niedersächsische Suchtpräventionslandschaft dank der regen Beteiligung im Feld in großer Bandbreite erfasst und hochauflösend dargestellt werden. Die sich hieraus ergebenden zentralen Inhaltsbereiche konnten in einer zweiten Onlinebefragung (t2), ebenfalls unter umfänglicher Beteiligung des Feldes, vertiefend analysiert werden. Das lernende Projekt legte damit in systematisch aufeinander aufbauenden Schritten die Grundlage für die Ableitung zentraler Handlungsempfehlungen, die nach unserer Überzeugung in gelingender Weise zu einer nachhaltigen Stärkung der niedersächsischen Suchtprävention beitragen können. Von Seiten des KFN-Forscherteams wird dieser Prozess auch zukünftig mit projektspezifischen Fachpublikationen und den Abschluss eines begleitenden Dissertationsvorhabens unterstützt werden.

## Glossar

<b>Case Management</b>	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).
<b>Drug-Checking</b>	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
<b>DSM</b>	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen: Klassifikationssystem psychischer Störungen der American Psychiatric Association (aktuellste Version: DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)
<b>Glücksspielkarte</b>	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.
<b>ICD</b>	Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: wichtigstes Klassifikationssystem der Medizin, das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird (aktuelle Version: ICD-10, Stand März 2018)
<b>Indizierte Prävention</b>	Präventionsmaßnahmen, die sich an Personen richten, die bereits ein manifestes Risikoverhalten aufweisen (Hallmann, Holterhoff-Schulte, & Merfert-Diete, 2007)
<b>Inklusion</b>	Einschluss bzw. Einbezug aller Menschen einer Gesellschaft, unabhängig von deren Geschlecht, Alter, Bildung, Herkunft, Religionszugehörigkeit, eventuellen Behinderungen oder sonstigen individuellen Merkmalen
<b>Multiplikatoren</b>	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

<b>Primärprävention</b>	Maßnahmen und Verhaltensweisen, die geeignet sind, eine Krankheit zu verhindern bzw. ihre Entstehung zu verlangsamen
<b>Sekundärprävention</b>	Maßnahmen, die der Früherkennung von Erkrankungen, der Verhinderung ihres Fortschreitens (Progredienz) oder ihrer Chronifizierung dienen
<b>Selektive Prävention</b>	Präventionsmaßnahmen, deren Zielpopulation eine Gruppe von Personen (z. B. Kinder von suchtbelasteten Familien) ist, die ein überdurchschnittliches Risiko für späteren Substanzmissbrauch aufweisen (Bühler & Thrul, 2013)
<b>Substitution</b>	Behandlung von Opioidabhängigkeit (meist Heroin) mit Medikamenten, die selbst Opioide (meist Methadon) enthalten, mit dem Ziel, eine dauerhafte Substanzfreiheit bei den Patienten zu erreichen
<b>Tertiärprävention</b>	Maßnahmen, mit denen Folgeschäden oder Rückfälle einer bereits bestehenden Erkrankung verhindert werden sollen
<b>Universelle Prävention</b>	Präventionsmaßnahmen, deren Zielpopulation eine Gruppe an Personen (z. B. Allgemeinbevölkerung, Klassenverband) ist, die ein durchschnittliches Risiko für späteren Substanzmissbrauch aufweisen (Bühler & Thrul, 2013)
<b>Verhaltensprävention</b>	Suchtpräventive Maßnahmen zur Modifikation konkreter Verhaltensweisen (z. B. Substanzkonsum)
<b>Verhältnisprävention</b>	Strukturelle Veränderung der Lebensumstände und Rahmenbedingungen von Endadressatinnen und Endadressaten im Rahmen der Suchtprävention

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arbeitskreis Familie und Sucht Hannover. (2013). *Kooperationsvereinbarung des Arbeitskreises "Familie und Sucht Hannover"*. Hannover.
- AWMF. (2015a). *S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums* (No. AWMF-Register Nr. 076-006).
- AWMF. (2015b). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (No. AWMF-Register Nr. 076-001).
- Bohnsack, R. (2017). Gruppendiskussion. In U. Flick, E. v. Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Rororo: 55628 : Rowohlt's Enzyklopädie. Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (12th ed., pp. 369–401). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Breuer, C., & Feiler, S. (2017). Sportvereine in Niedersachsen. In C. Breuer (Ed.), *Sportentwicklungsbericht 2015/216: Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland* (pp. 531–561). Köln: Sportverlag Strauß.
- Bühler, A., & Thrul, J. (2013). *Expertise zur Suchtprävention. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Vol. 46*. Köln: BZgA. Retrieved from <http://www.bzga.de/?uid=6f2d1d9c77fc94279c85a6af70afeb53&id=medien&sid=58>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen*. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2014). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA. (2018). Alkoholfrei Sport genießen. Retrieved from <https://www.alkoholfrei-sport-genies-sen.de/>
- Diehl, A., & Mann, K. (2005). Früherkennung von Alkoholabhängigkeit: Probleme identifizieren und intervenieren. *Deutsches Ärzteblatt*, *102*(33), 2244–2250.
- Hallmann, H.-J., Holterhoff-Schulte, I., & Merfert-Diete, C. (2007). *Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention*. Hamm, Hannover, Mülheim.
- Henkel, D., & Schröder, H. (2015). Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen: Eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007–2012. *Suchttherapie*, *16*(03), 129–135. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398618>
- Henkel, D. (2011). Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). *CDAR (Current Drug Abuse Reviews)*, *4*(1), 4–27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, *16*(1), 103–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Krannich, D., Grothues, J., & Rumpf, H.-J. (2006). Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen. *Sucht*, *52*(2), 133–139.
- Lamnek, S. (1998). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.

- Littig, B., & Wallace, C. (1997). *Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendiskussionen für die sozialwissenschaftliche Forschung: Arbeitspapier* (Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie 21). Wien. Retrieved from <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/22202>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (11., aktual., überarb. Aufl.). Beltz Pädagogik. Weinheim: Beltz.
- Meyer, G., Brosowski, T., Meduna, M. v., & Hayer, T. (2015). Simuliertes Glücksspiel. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(4), 153–168. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000144>
- MK.Niedersachsen. (2013). *Niedersächsisches Kultusministerium - Runderlass Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule*. Hannover. Retrieved from Niedersächsisches Kultusministerium, website: [http://www.mk.niedersachsen.de/download/76040/Erlass\\_Rauchen\\_und\\_Konsum\\_alkoholischer\\_Getraenke\\_in\\_der\\_Schule\\_.pdf](http://www.mk.niedersachsen.de/download/76040/Erlass_Rauchen_und_Konsum_alkoholischer_Getraenke_in_der_Schule_.pdf)
- Morgan, D. (1998). *Planning Focus Groups*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc.
- Niedersächsischer Landtag. (2014). Gefahren und Risiken der stofflichen und nichtstofflichen Süchte erkennen - Suchtprävention stärken. Unterrichtung. Beschluss des Landtages vom 22.01.2014. *Drucksache, 17/2036*.
- NLS. (2016). *Jahresbericht 2015*. Hannover.
- 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. (2017). *Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland.: Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends*. Köln.
- Rehbein, F., Hayer, T., Baier, D., & Mößle, T. (2015). Psychosoziale Risikoindikatoren regelmäßiger und riskanter Glücksspielnutzung im Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 171–180.
- Rehbein, F., Mößle, T., Zenses, E. M., & Jukschat, N. (2010). Zum Suchtpotential von Computerspielen. Onlinerollenspiele wie »World of Warcraft« bergen ein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko. *Jugend Medien Schutz-Report*, 33(6), 8–12. <https://doi.org/10.5771/0170-5067-2010-6-8>
- Rehbein, F., Weber, J., & Staudt, A. (2017). *Prävention und Hilfe bei stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchterkrankungen in Niedersachsen: Erster Forschungsbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung*. Hannover.
- 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. (2009). Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung. *Sucht*, 55(6), 372–373. <https://doi.org/10.1024/2009.06.09>
- Schu, M. (2002). Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. In L. Böllinger & H. Stöver (Eds.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (pp. 354–363). Frankfurt: Fachhochschulverlag.
- Sévigny, S., Cloutier, M., Pelletier, M.-F., & Ladouceur, R. (2005). Internet gambling: Misleading payout rates during the “demo” period. *Computers in Human Behavior*, 21(1), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.02.017>

- Wendt, W. R. (2001). Case Management: Process Navigation and Coordination in Work with Addicts. *Suchttherapie*, 2(2), 61–64. <https://doi.org/10.1055/s-2001-14376>
- WHO. (2018). 6C51 Gaming disorder - Beta Draft. Retrieved from <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1448597234>



