

Kommunale Gesundheitskonferenz Krefeld/Ortsnahe Koordinierung
- Arbeitsgruppe Sucht -

**Fortgeschriebene
Suchthilfekonzeption**

**für die
Stadt Krefeld**

2019

Stadt Krefeld
Der Oberbürgermeister
Fachbereich Gesundheit
Gartenstraße 30-32
47798 Krefeld

Birgit Paas und Jeanette Drees
Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenz sowie der Psychosozialen Arbeitsgemein-
schaft Krefeld, Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung,
birgit.paas@krefeld.de und jeanette.drees@krefeld.de

Krefeld, im Mai 2019

*Trotz aller Sorgfalt kann für die Aktualität, Richtigkeit oder Vollständigkeit der hier veröffentlichten In-
formationen keine Haftung oder Garantie übernommen werden. Irrtum über Inhalte, Angaben, Beschrei-
bungen, Hinweise und Links bleibt vorbehalten.*

Inhaltsverzeichnis:	Seite
Vorwort	4
1. Einleitung und Hintergrundinformationen	6
1.1 Sucht	6
1.1.1 Allgemeine Informationen	6
1.1.2 Substanzgebundene Sucht	8
1.1.3 Substanzungebundene Sucht	8
1.2 Angaben zur verschiedenen Süchten	9
1.2.1 Alkohol	10
1.2.2 Medikamente	12
1.2.3 Tabak	15
1.2.4 Illegale Suchtmittel	18
a) Cannabis	18
b) Heroin	20
c) Kokain	21
d) Amphetamine und Abkömmlinge	22
e) Neue psychoaktive Substanzen/ „Legal Highs“	24
f) Biogene Suchtmittel/psychoaktive Pflanzen/Pilze	25
1.2.5 Multipler Substanzgebrauch	25
1.2.6 Glücksspiel	26
1.2.7 Medien-/Computerspiel-/Internetsucht	27
1.2.8 Essstörungen	28
1.3 Suchtprävention	30
2. Suchthilfe und Suchtprävention in Krefeld	32
2.1 Vernetzung und Kooperation	32
2.2 Angebote im Suchthilfesystem	34
2.2.1 Tabelle: Medizinisches System	35
2.2.2 Tabelle: Psychosoziales System	44
2.2.3 Tabelle: Selbsthilfeangebote	50
2.3 Angebote im Suchtpräventionssystem	56
2.3.1 Tabelle: Suchtprävention	57
2.3.2 Informationen zur Präventionsarbeit in Schulen	63
3. Handlungserfordernisse und Entwicklungen	65
4. Quellen, Literaturhinweise und weitere Informationen	80
5. Mitglieder der Arbeitsgruppe	84
6. Informationen zum Datenschutz	85

Vorwort

Wie in jeder Stadt, so gibt es auch unter den Krefelder Bürgerinnen und Bürgern Menschen mit Suchtproblemen unterschiedlicher Art und unterschiedlichen Ausmaßes. Einige dieser suchtkranken Menschen fallen im Stadtbild auf. Beim weitaus größeren Teil der Menschen in Krefeld ist deren Problematik nicht unbedingt sichtbar, sondern eher unauffällig, verborgen beziehungsweise geheim. Nach Expertenaussagen soll der Anteil der Menschen mit Suchtproblemen in Nordrhein- Westfalen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, (inklusive Tabak) bei etwa 20% bis 25 % liegen.

Als untere Gesundheitsbehörde hat die Stadt Krefeld - konkret auf das Themengebiet Sucht bezogen - nach dem NRW-Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 27.11.1997 (zuletzt geändert am 14.05.2013) u. a. die Koordination der Suchtkrankenversorgung sowie Aufgaben der Beratung und Hilfe bezüglich Abhängigkeitskranken und ihrer Angehörigen wahrzunehmen. Darüber hinaus basiert die Zusammenarbeit zwischen dem Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld und anderen Trägern von Hilfen im Bereich der Suchthilfe auch auf §5 und §6 des Landesgesetzes NRW über die Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17.12.1999 (zuletzt geändert am 6.12.2016). Mit dem Caritasverband Krefeld besteht dazu eine entsprechende vertragliche Regelung.

Die Fortschreibung der Suchthilfekonzeption ist angesiedelt im Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld bei der zu diesem Zwecke eingesetzten Arbeitsgruppe Sucht der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK), die im Jahr 2001 gegründet wurde. Nach dem oben angeführten Gesetz sind alle Fachgremien mit gesundheitlichem Bezug unter dem Dach der Gesundheitskonferenz zusammenzuführen. Die KGK ist eine Kommunikations- und Koordinationsplattform der gegenseitigen Information und Beratung der örtlichen Akteure des Gesundheitswesens; die Sicherstellung und Verbesserung der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung und Lebensbedingungen in Krefeld werden angestrebt. Die KGK berät dazu gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf auch Empfehlungen.

Die Arbeitsgruppe Sucht der Gesundheitskonferenz hat sich zum Ziel gesetzt, zunächst eine aktualisierte, möglichst umfassende Darstellung des Krefelder Hilfesystems mit seinen breit gefächerten Leistungsangeboten und seinen Strukturen in den Bereichen der Prävention und Suchthilfe zu präsentieren. Kommunale Besonderheiten werden thematisiert, Defizite angesprochen, Veränderungsbedarf aufgezeigt und, wo es möglich erscheint, praktikable Entwicklungsmöglichkeiten zur Diskussion gestellt. Die Schwerpunktthemen aus dem Bereich der Suchthilfe wurden zunächst in der von der Arbeitsgruppe Sucht eingerichteten Kleingruppe Suchthilfe erarbeitet, die Schwerpunktthemen aus dem Bereich der Suchtprävention in der eingerichteten Kleingruppe Prävention. In diesem Rahmen wurden auch Verbesserungsvorschläge und Handlungserfordernisse bezüglich der Arbeitsfelder beraten. Die Recherche-, Koordinie-

rungs- und redaktionellen Arbeiten erfolgten in der dafür installierten Lenkungsgruppe der Arbeitsgruppe Sucht, die letzte Abstimmung nahm die Gesamt-AG vor.

Diese von der Gesundheitskonferenz aktualisierte Suchthilfekonzeption lehnt sich in ihrer Gliederung an die Konzeption von 2012 an. Neu aufgenommen wurde ein Kapitel über die entsprechende Vernetzung und Kooperationen in Krefeld.

Die abschließenden aktuellen Handlungserfordernisse ergeben sich aus dem Abgleich der in der SHK 2012 aufgezeigten Handlungserfordernisse mit der aktuellen Situation und den entsprechenden Bedarfen. Sie richten sich - als Empfehlung der Krefelder Gesundheitskonferenz - an die politischen und fachlichen Entscheidungsträger, verbunden mit dem Ziel, dass diese die in ihre Zuständigkeit fallenden entsprechenden Themenbausteine beraten und die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen bereitstellen, so dass die Realisierung/Umsetzung der Handlungserfordernisse nachhaltig ermöglicht werden kann.

Der tabellarische Charakter der Angebotsdarstellung gewährt eine ausbaufähige und umfassende Übersicht und ermöglicht einen schnellen Zugriff auf die verschiedenen Bereiche der Suchthilfe und Prävention, deren organisatorische Einbindung und der im Suchthilfesystem tätigen Anbieter. Die Kategorisierung im Bereich der Suchthilfe in Medizinisches System, Psychosoziales System und Selbsthilfe und die sich anschließende Präventionsübersicht dienen einer anwenderfreundlichen Orientierung bei der Suche nach spezifischen Angeboten. Mit der Entwicklung der geforderten anwenderfreundlichen Internetversion der Tabelleninhalte, die schrittweise umgesetzt werden soll, ist begonnen worden. Erst bei der nächsten Neuauflage der Konzeption werden Korrekturen, Aktualisierungen und die Aufnahme weiterer Einrichtungen mit suchtspezifischen Angeboten möglich sein.

Es wird darauf hingewiesen, dass diejenigen vielen Anbieter hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden, die ebenfalls Berührungspunkte mit den Bereichen Suchthilfe und -prävention haben (das sind vor allem niedergelassene Ärzte, allgemeine Krankenhäuser, Beratungsstellen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Kirchengemeinden), aber keine suchtspezifischen Angebotsschwerpunkte aufweisen bzw. andere Aufgabenschwerpunkte haben. Gleichwohl leisten diese ebenfalls einen wichtigen Beitrag im Rahmen des Krefelder Suchthilfesystems. Auch mit diesen Anbietern besteht eine Vernetzung mit der Suchthilfe.

Die nationale Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung gründet auf den folgenden vier Säulen:

1. Sucht-Prävention,
2. Beratung und Behandlung von Suchtkranken und-gefährdeten,
3. Überlebenshilfen und Schadensreduzierung (zur Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Situation von Suchtkranken) sowie
4. Repression und Regulierung.

Die in der Suchthilfekonzeption der Stadt Krefeld dargestellten Inhalte betreffen zuständigkeithalber die ersten drei Säulen, womit sie einen Beitrag zur Drogen- und Suchtpolitik der Stadt Krefeld leistet. Die vierte Säule ist nicht Gegenstand der Suchthilfekonzeption. Grundsätzlich wird die überarbeitete Suchthilfekonzeption von der kommunalen Gesundheitskonferenz beraten und beschlossen. Dem für Gesundheit zuständigen Ausschuss der Stadt Krefeld wird sie anschließend zur Kenntnis gegeben, wobei die in der Suchthilfekonzeption enthaltenen Handlungserfordernisse als Empfehlungen der Gesundheitskonferenz zu verstehen sind. Die Veröffentlichung erfolgt auf der Homepage der Stadt Krefeld www.krefeld.de beim Unterpunkt Gesundheitskonferenz.

Nach einem Zeitraum von etwa drei bis fünf Jahren soll die Konzeption von der Arbeitsgruppe Sucht auf ihren Aktualitätsgrad hin evaluiert und bei Bedarf durch die Gesundheitskonferenz die Fortschreibung eingeleitet werden.

1. Einleitung und Hintergrundinformationen

1.1 Sucht

1.1.1 Allgemeine Informationen

Das Phänomen Sucht ist so alt wie die Menschheit selbst. Eine „suchtfreie“ Gesellschaft hat noch nie existiert; suchtkranke Menschen hat es schon immer gegeben. Die gesellschaftliche Sicht von Sucht hat sich seit langem verändert. Es wird nicht mehr nur nach der Lösung des gesellschaftlichen Suchtproblems gesucht. Die Krankheit Sucht wird als existierendes komplexes gesellschaftliches Problem verstanden, auf das angemessen reagiert werden muss und in dessen Rahmen Hilfen als Angebote für die Betroffenen definiert werden. Dabei geht es zum einen um Behandlungs-(einschließlich Ausstiegs-) Konzepte für Betroffene, zum anderen um Strategien zur Sicherung ihres (Über-) Lebens als suchtkranke Menschen. Die Verbesserung der psychischen und physischen gesundheitlichen sowie sozialen Situation aller suchtkranken Menschen ist oberstes Ziel.

Suchterkrankungen aller Art werden durch gesellschaftliche Prozesse mitbedingt. Suchthilfe und Suchtprävention kann keinesfalls durch das medizinische System allein gewährleistet werden, sondern es bedarf dafür - auch auf kommunaler Ebene – im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs - der institutionsübergreifenden Kooperation/Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote in multiprofessionellen Teams.

Der Begriff Sucht bezieht sich nicht nur auf Abhängigkeitserkrankungen, sondern auf die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf a) Suchtmittel (legale wie illegale) sowie b) auf nicht substanz- oder stoffgebundene Verhaltensweisen (wie Glücksspiel). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Begriff „Sucht“ zwar (bezogen auf den Konsum von Substanzen) offiziell er-

setzt durch "Abhängigkeit" und "schädlicher Gebrauch". Da „Sucht“ aber diesbezüglich in vielen Formulierungen erhalten geblieben ist (z. B. Suchtmittel, Suchtberatung, Suchthilfe) und u.a. auch von offiziellen Stellen nach wie vor benutzt wird, wird er hier auch weiterhin allgemein verwendet.

Bis heute jedoch besteht keine wissenschaftliche Einigkeit hinsichtlich der Definition von Sucht. Sie wird von der WHO definiert als ein seelischer, eventuell auch körperlicher Zustand, welcher dadurch gekennzeichnet ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er sich beherrscht fühlt.

Es wird unterschieden zwischen substanz-/stoffgebundener Abhängigkeit/Sucht und substanzungebundener Sucht. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf substanzbezogene Süchte. Die WHO hält dabei auch die Differenzierung zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit für nützlich, zumal die Behandlung der psychischen Abhängigkeit häufig wesentlich schwieriger ist.

Die offizielle Beschreibung der Diagnose des Abhängigkeitssyndroms ist enthalten in Kapitel V der aktuell in Deutschland gültigen Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD-10=International Classification of Diseases and Related Health Problems, GM=German Modification, Version 2018). Diese von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene und für Deutschland modifizierte ICD dient in Deutschland seit dem Jahr 2000 verpflichtend zur Diagnoseverschlüsselung für die Abrechnung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser. Danach handelt es sich beim Abhängigkeitssyndrom um eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht dabei ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Heroin, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Die Diagnose „Schädlicher Gebrauch“ ist in der ICD 10 als Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt, die eine körperliche Störung oder eine psychische Störung sein kann, beschrieben. In der ICD 10 sind im Abschnitt F 10 bis F 19 u.a. die entsprechenden Diagnosen bezüglich des schädlichen Gebrauchs (Missbrauch) von und der Abhängigkeit (im oben genannten engeren Sinne) durch psychotrope Mittel definiert.

1.1.2 Substanzgebundene Sucht

Sowohl legale als auch illegale Suchtmittel, die ein unterschiedliches Suchtpotenzial aufweisen, sind psychoaktive, (auch genannt:) psychotrope Substanzen. Dies bedeutet, dass sie in der Regel über das zentrale Nervensystem in die natürlichen Körperabläufe eingreifen, Stimmungen, Empfindungen und Wahrnehmungen beeinflussen/verändern und somit auf den Bewusstseinszustand wirken, was eine Sucht zur Folge haben, die sich zum Beispiel auf Alkohol, Medikamente, Opiate, Kokaïn, Amphetamine und Nikotin beziehen kann.

1.1.3 Substanzungebundene Sucht

Immer noch werden diesbezüglich in der Suchtforschung zwei verschiedene Auffassungen vertreten. Die eine Gruppe konstatiert, dass sich jedes Verhalten - in exzessiver Form - zu einer Sucht entwickeln kann, während die andere Gruppe davon ausgeht, dass Sucht ausschließlich auf die Abhängigkeit von Substanzen zu begrenzen ist.

Bereits in der Februarausgabe 2008 des Deutschen Ärzteblattes wurden unter „Substanzungebundene Süchte: Klassifikation als Verhaltenssucht?“ folgende Aussagen der Interdisziplinären Suchtforschungsgruppe Berlin, Institut für Medizinische Psychologie an der Charité/Universitätsmedizin Berlin referiert:

„Nicht substanzgebundene Süchte, wie exzessives Kaufen, Spielen, Sporttreiben, Arbeiten oder Computernutzen, befinden sich definitorisch in einer Grauzone. Gemäß gängigen Klassifikationssystemen werden sie unter anderem in die Gruppen der „Impulskontrollstörungen“ oder „Zwangsstörungen“ eingeordnet, obwohl sie hinsichtlich einiger Kriterien nicht mit diesen Erkrankungen übereinstimmen. So sind beispielsweise bei Verhaltenssüchten im Gegensatz zu Impulskontrollstörungen eine Toleranzentwicklung und eine Zentrierung der Lebensinhalte um das Suchtmittel zu beobachten. Zwangshandlungen werden im Gegensatz zu den Verhaltenssüchten nicht als angenehm empfunden, nicht lange vorbereitet und teilweise unmittelbar stereotyp wiederholt. Aufgrund dieses unbefriedigenden Zustands regen Psychologen der Universitäten Aachen, Berlin und Bonn, wie bereits in der Suchthilfekonzeption 2012 beschrieben an, diese Süchte unter dem Begriff „Verhaltenssucht“ zusammenzufassen und sie eventuell als eigenständige diagnostische Einheit zu behandeln. Die Vorteile einer neuen Klassifikation „Verhaltenssucht“ lägen in einer vereinfachten Diagnosestellung und in der Möglichkeit, gezieltere präventive, rückfallprophylaktische und Therapiemaßnahmen abzuleiten. Die Einordnung exzessiver Verhaltensweisen als Verhaltenssucht berge jedoch die Gefahr eines inflationären Gebrauchs des Begriffs, warnen die Autoren und fordern aus diesem Grund klare diagnostische Kriterien.“

Unabhängig von den unterschiedlichen Auffassungen scheint bei den meisten Fachleuten Einigkeit darüber zu herrschen, dass „substanzungebundene Süchte“ eine andere Behandlung als substanzgebundene Süchte erfordern. Dabei ist auch die genaue Abgrenzung des jeweiligen Krankheitsbildes gegenüber anderen Diagnosen und auffälligen Verhaltensweisen von wesentlicher Bedeutung.

Im Kapitel V der ICD 10 sind auch Essstörungen (unter Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) und pathologisches Spielen (unter Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) aufgeführt.

Wie in der Suchthilfekonzeption 2012 erwähnt, wurde bereits im Drogen- und Suchtbericht 2011 zum Thema Computerspiel- und Internetsucht erklärt, dass sich aufgrund entsprechender Studien in der internationalen Forschung die Auffassung durchzusetzen scheine, dass der pathologische Internetgebrauch (Verhaltenssucht) als Suchtstörung in Analogie zu substanzbezogenen Abhängigkeiten betrachtet werden müsse. Nach der im Jahr 2018 von der WHO veröffentlichten ICD 11 soll Computerspielsucht nun zukünftig als eigenständige Krankheit in einer neuen Kategorie "Substanzgebundene und Verhaltenssüchte" angesehen werden (weitere Erläuterungen siehe Kapitel 1.2.7). Diese ICD gilt für Deutschland noch nicht. Wann sie wie angepasst und übernommen werden wird, steht derzeit noch nicht fest.

Grundsätzlich ist jede Sucht eine Krankheit mit gravierenden gesundheitlichen (einschließlich psychischen) Folgen, die bis hin zur Lebensgefahr reichen können. Dies kann bereits während einer Schwangerschaft auch für das ungeborene Kind gelten. Darüber hinaus zieht Sucht soziale Folgen für die suchtkranken Menschen selber, deren unmittelbares Umfeld und auch für die Gesellschaft als Ganzes nach sich. Umfangreiche Informationen über die konkreten Wirkungsweisen, Effekte, Risiken und Folgeschäden einzelner Suchtmittel werden etwa auf der Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen unter „Suchtstoffe/ -verhalten“ aufgeführt.

Untersuchungen speziell für Krefeld liegen, wie auch für die meisten anderen Kommunen, in der Regel nicht vor. Die Arbeitsgruppe Sucht der Gesundheitskonferenz hat im Folgenden bzgl. der aufgeführten Suchtarten wichtige Ergebnisse der in den Quellenangaben herangezogenen Untersuchungen ausgewählt und mit Hintergrundinformationen bezüglich gesundheitlicher Aspekte angereichert. Sie geht von der Prämisse aus, dass die Verhältnisse und Entwicklungen bzgl. des Themenfeldes Sucht in Krefeld tendenziell denen auf Bundes- und Landesebene entsprechen.

1.2 Angaben zu verschiedenen Süchten

Die folgenden Kapitel enthalten Informationen zu Vorkommen und Entwicklungen bzgl. substanzgebundener und substanzungebundener verschiedener Süchte. Es liegen dazu für Deutschland einige Studien vor, wobei es aber aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns eine gewisse Bandbreite ermittelter Zahlen gibt und die Ergebnisse, u.a. wegen mangelnder methodischer Vergleichbarkeit (unterschiedliche studienspezifische Faktoren wie untersuchte Populationen, Repräsentativität, Erhebungsverfahren und Definition), zum Teil variieren. Zudem sei darauf hingewiesen, dass man angesichts der sensiblen Thematik und der damit verbundenen angenommenen Dunkelziffern oft auf Expertenerfahrungen und -einschätzungen angewiesen ist.

Da hier nicht wissenschaftliche Abhandlungen im Fokus sind, sondern die Situation und Entwicklungen im Suchtbereich nachvollziehbar dargestellt werden sollen, wurde vereinbart, Sachverhalte, Trends und Entwicklungen so zu skizzieren, dass eine ungefähre Vorstellung von der aktuellen Dimension der verschiedenen Konsummuster erlangt werden kann. Anbei wird auf die herangezogenen Quellen hingewiesen, die auch für Leserinnen und Leser, die sich vertiefend informieren möchten, interessant sein können (siehe Literaturverzeichnis). Insbesondere sei auf die Drogen- und Suchtberichte der Bundesregierung (die jährlich herausgegeben werden), die Veröffentlichungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren DHS (u.a. Jahresberichte), die sogenannte Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (regelmäßig wiederholte Repräsentativbefragungen) und die Epidemiologischen Suchtsurveys (regelmäßig wiederholte bevölkerungsrepräsentative Befragungen und Studien) des Instituts für Therapieforschung München IFT verwiesen. Es sei darauf hingewiesen, dass die darin erwähnten Angaben zu Auswertungen, Studien und Befragungen in der Regel nicht aus dem jeweiligen Erscheinungsjahr der genannten Veröffentlichungen stammen, sondern aus den Vorjahren. Die Ergebnisse aktueller Untersuchungen etc. werden also in zukünftigen Publikationen enthalten sein.

Zunächst werden substanzgebundene Süchte thematisiert.

1.2.1 Alkohol

In gesundheitlich riskanter Form konsumieren nach dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung in Deutschland 21,4 % der Menschen zwischen 18 und 64 Jahren täglich Alkohol, was einen leichten Anstieg bedeutet.

Die Studie Gesundheit in Deutschland/European Health Interview Survey des RKI etwa, die sich auf 2014/2015 bezieht, benennt riskanten Konsum bei 18,2% der über 18-jährigen Männer und bei 13,8 % der über 18-jährigen Frauen. Als riskant gilt bei Frauen der tägliche Konsum von mehr als 10 g reinen Alkohol, bei Männern von mehr als 20 g. Die Definition der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen weicht leicht davon ab mit mehr als 12g bei Frauen und mehr als 24 g bei Männern. Für Menschen, die krank sind bzw. ein zusätzliches genetisches oder erworbenes Risiko aufweisen, kann schon ein geringerer Konsum riskant sein.

In den Altersgruppen der 55- bis 64-jährige Männer und der 45- bis 54-jährigen Frauen finden sich besonders viele Risikokonsumenten.

Zur Prävalenz alkoholbezogener Störungen/Diagnosen lässt sich sagen, dass bundesweit bei 1,6 Millionen Menschen, d.h. 4,7% der Männer zwischen 18 und 64 Jahren und 1,5% der Frauen derselben Altersgruppe Alkoholmissbrauch vorliegt. Als alkoholabhängig gelten in Deutschland gemäß der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen knapp 1,8 Millionen Menschen. 4,8% der Männer der genannten Altersgruppe sind alkoholabhängig, und 2% der Frauen.

Alkohol steht somit - gemäß dem Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen - hinter Tabak und Medikamenten auf Platz 3 der Liste aller Abhängigkeiten.

Nach Zahlen des Landesgesundheitsministeriums sind in Nordrhein-Westfalen etwa 400.000 Menschen alkoholabhängig, von denen ca. 70% männlich und 30% weiblich sind.

Man geht davon aus, dass immer noch mindestens 74.000 Menschen in Deutschland jährlich entweder allein an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs oder der Kombination aus Alkohol- und Tabakkonsum sterben. Experten machen zudem auf die hohe Wahrscheinlichkeit der Unterschätzung aufmerksam, denn meistens fließen in die wenigen Berechnungen dieser Todesfälle, die allein auf Alkohol zurückzuführen sind, nur jene Diagnosen ein, die hundertprozentig auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Außerdem sind Todesfälle durch Unfälle, die oft nach übermäßigem Alkoholkonsum passieren, in dieser Zahl nicht enthalten.

25% der Männer, die im Alter zwischen 35 und 65 Jahren sterben, sterben an den Folgen des Alkoholkonsums, 13% der Frauen.

In der Liste der 20 Hauptdiagnosen in deutschen Krankenhäusern für das Jahr 2017 stand - gemäß den Diagnosedaten des statistischen Bundesamtes - die Diagnose „Psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol“ bei Männern an zweiter Stelle, bei Frauen an letzter Stelle. Zu den gesundheitlichen körperlichen und psychischen Folgen übermäßigen Alkoholkonsums, nicht nur bei alkoholabhängigen Menschen, sei auf die Literaturhinweise verwiesen. Die Lebenserwartung von Menschen mit chronischem Alkoholmissbrauch verkürzt sich um durchschnittlich 23 Jahre.

Gerade für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen kann Alkoholkonsum schwerwiegende akute und chronische Folgen haben, die geistige und körperliche Entwicklung beeinträchtigen und sich negativ auf den Sozialisationsprozess auswirken.

Bundesweit ist der regelmäßige (das heißt mindestens einmal wöchentliche) Alkoholkonsum bei den 12- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen (mit 10,9%) weiter rückläufig, ebenso bei den 18- bis 25-Jährigen (mit 33,7%).

4,5 % der 12- bis 17-Jährigen und 14,2% der 18- bis 25-Jährigen konsumieren so viel Alkohol, dass die Grenzwerte (gemäß der von der DHS verwendeten Definition, s.o.) für den gesundheitlich riskanten Konsum Erwachsener überschritten werden. Da in der Entwicklungsphase von Kindern/Jugendlichen individuelle Risiken bestehen, lassen sich für diese keine Grenzwerte bestimmen.

In den Krankenhausfällen Nordrhein- Westfalens wurden 4924 Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren im Jahr 2017 wegen akuter Alkoholvergiftung entsprechend eingewiesen, was eine sinkende Tendenz darstellt. Ihr Anteil, bezogen auf die gleichaltrige Bevölkerungsgruppe, lag bei 0,28%. Für Krefeld sind für das Jahr 2017 insge-

samt 41 entsprechende Einweisungen verzeichnet (ein Jahr zuvor waren es noch 71), diese verteilen sich auf 21 Jungen und 20 Mädchen; der Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung lag bei knapp 0,2%.

Derartige Zahlen sind jedoch weiterhin auch vor dem Hintergrund veränderter gesellschaftlicher Sichtweisen zu interpretieren. Hierzu stellten etwa Dr. Uhl und Kobrna bereits in ihrem Aufsatz „Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung“ (in der Zeitschrift Suchttherapie 2012:13:15-24) fest, dass die mediale Präsenz des Themas „Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen“ und eine entsprechende Sensibilisierung seit einigen Jahren dazu geführt hätten, entsprechende Hilfen wie Notarzt oder Rettungswagen häufiger hinzuzuziehen. Diese Tendenz gilt heute immer noch. Auch das Dokumentationsverhalten des medizinischen Personals habe sich diesbezüglich geändert.

Rauschtrinken, auch Binge-Drinking oder - in extremer Form - Koma-Saufen genannt, ist eine besonders riskante Form des Alkoholkonsums, die unmittelbar zu einer Alkoholvergiftung führen kann. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Binge-Drinking als „heftigen episodischen Alkoholkonsum, mit dem Ziel, einen Alkoholrausch herbeizuführen. Nach der Bundesdrogenbeauftragten sind dies bei Jungen mindestens 5 Standardgläser, bei Mädchen 4 Gläser. (Ein Standardglas, das ist z.B. ein 0,25 l-Glas Bier, ein 0,1 l-Glas Wein oder ein 4cl-Schnapsglas Wodka, enthält zwischen 10 bis 12 Gramm reinen Alkohol.) Die Tendenz ist leicht rückläufig (siehe Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2017) im Vergleich zur letzten Suchthilfekonzepktion.

14,1% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen gaben an, in den letzten 30 Tagen Rauschtrinken praktiziert zu haben, bei den 18-bis 25-Jährigen waren es 38,2%. Häufiges Rauschtrinken (d.h. Rauschtrinken an mindestens vier der letzten 30 Tage) praktizierten 2,9% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren. Bei den 18- bis 25-Jährigen waren es 9,7%. In beiden Altersgruppen übersteigen die Zahlen der Jungen die der Mädchen.

Es sei schließlich darauf hingewiesen, dass etwa 22% der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (RKI, 2016). In Bezug auf regelmäßiges Rauschtrinken ist von 14 % der Elternteile auszugehen, Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2017).

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass weiterhin über 95% aller Deutschen ab 18 Jahren Alkohol trinken und dieser als legale Droge eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz genießt. Ein Problem stellt dabei der häufig spät bemerkte Übergang vom Genuss zum Missbrauchs- oder zur Abhängigkeits trinken dar.

1.2.2 Medikamente

Medikamentenabhängigkeit gilt auch als sogenannte „stille“ Sucht, die sich aufgrund des sozial oft unauffälligen Verhaltens der Betroffenen häufig der öffentlichen Wahr-

nehmung entzieht. Das Phänomen ist komplex und sehr schwer zu erfassen. Oft können oder wollen die betroffenen Menschen die Symptome ihrer Sucht (lange) nicht wahrnehmen oder sind sich dessen nicht bewusst, dass sie ohne ein bestimmtes Mittel nicht mehr auskommen. Der Begriff „Abhängigkeit“ wird im Zusammenhang mit Medikamenten unterschiedlich verwendet. Oft wird im wissenschaftlichen Sprachgebrauch, auch bei der WHO, zwischen einer psychischen Abhängigkeit (im Sinne einer Abhängigkeit ohne körperliche Entzugerscheinungen) und einer körperlichen Abhängigkeit (im Entzug treten körperliche Entzugerscheinungen auf) unterschieden. Eine entsprechende Darstellung ist jedoch im medizinischen Diagnoseschlüssel (ICD 10) nicht vorhanden. Nach der ICD 10 muss bei Substanzen, die eine körperliche Abhängigkeit hervorrufen können, zwischen einem Missbrauch und einer Abhängigkeit unterschieden werden, und ist bei Substanzen, die keine körperliche Abhängigkeit zur Folge haben können, nur ein Missbrauch möglich. (Alternativ spricht man teilweise auch von einerseits moderater und andererseits schwerer Substanzgebrauchsstörung.)

Medikamente können generell missbräuchlich eingenommen werden. 4% bis 6% aller häufig verordneten Arzneimittel haben ein Abhängigkeits- oder Suchtpotenzial im engeren Sinne, das heißt: eine der möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten ist auch eine körperliche Abhängigkeit. Die meisten davon sind verschreibungspflichtige Schlaf- und Beruhigungsmittel. Dazu kommen bestimmte verschreibungspflichtige Schmerzmittel und andere Medikamente.

Die ICD 10 enthält (neben den Diagnosen bezüglich schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit im engeren Sinne) weiter im Abschnitt F 55 auch Erläuterungen zum „schädlichen Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“. Einige der entsprechenden „nichtabhängigkeitserzeugenden“ Medikamente können bei Dauergebrauch ebenfalls Gesundheitsschäden auf psychischer, sozialer und körperlicher Ebene verursachen. So kann es sein, dass auch hier bei missbräuchlicher Einnahme die Möglichkeit eines Abhängigkeitssyndroms berücksichtigt werden muss.

Auch in der Gesellschaft wird bzgl. des Medikamentenmissbrauchs oft von Abhängigkeit gesprochen. Medikamentenmissbrauch, der eine Vorstufe zur Abhängigkeit darstellen kann, bedeutet, dass bestimmte Arzneimittel eingenommen werden, ohne dass dafür eine medizinische Notwendigkeit besteht, dass sie in einer höheren Dosierung eingenommen werden, als für die Behandlung einer Krankheit erforderlich wäre, oder dass sie länger als notwendig eingenommen werden. So kann durch derartige Konsumgewohnheiten die körperliche und seelische Gesundheit gefährdet werden, auch wenn (noch) keine entsprechende Abhängigkeit im engeren Sinne vorliegt.

Die Gruppe der Menschen, welche (auch rezeptfreie) Medikamente missbräuchlich konsumieren, ist schwer zu erfassen. Die Übergänge zwischen sachgerechtem und schädlichem Gebrauch, zwischen schädlichem Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit sind oft fließend und schwer erkennbar. Nach Schätzungen sind bis zu 1,9% der Bevölkerung in Deutschland von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln abhängig (Zweidrittel davon sind Frauen), davon ca. 80 % von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

Bei schätzungsweise einem Drittel bis der Hälfte derartiger rezeptpflichtiger Mittel geht es eigentlich nicht um die entsprechenden medizinischen akuten Probleme (z.B. Schlafstörungen). Sondern es geht um die Erhaltung der durch die durch zu lange Einnahme derartiger Schlaf- und Beruhigungsmittel verursachten Sucht bzw. Vermeidung von Entzugerscheinungen. Medikamente mit einem Missbrauchs- und Suchtpotenzial werden also immer noch vor allem älteren Menschen und Frauen verschrieben: von allen von Medikamentenabhängigkeit Betroffenen sind Zweidrittel ältere Menschen, und davon ca. 80% Frauen - und sie kommen aus allen sozialen Schichten. (Dazu kommt, dass bei bis zu 12 % der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente ebenfalls von einem - geringeren - Suchtpotenzial ausgegangen wird.)

Bei fachgerechter Verschreibung und sachgemäßer und kurzfristiger Einnahme handelt es sich bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln (vom Benzodiazepin- oder sogenannten Z-Typ) in der Regel um wirksame Medikamente. Gerade bei den Beruhigungsmitteln sind „Einnahmekarrieren“ von 15, 20 oder mehr Jahren dennoch keine Seltenheit. Hier spielt die Niedrigdosisabhängigkeit (Dosissteigerung nicht erforderlich) eine große Rolle. Bestimmte Schmerzmittel werden insbesondere bei nicht oder nicht ausreichend kontrollierter Versorgung und bei missbräuchlicher Verwendung mit dem Risiko des Missbrauchs und der Abhängigkeitsentwicklung assoziiert. Nach Schätzungen hat die Anzahl der von stark wirksamen Schmerzmitteln abhängigen Menschen (die aufgrund der Toleranzentwicklung/Gewöhnung unter Druck stehen, sich entsprechende Mittel in dauerhaft ansteigenden Mengen/Dosen verschreiben zu lassen oder anderweitig zu beschaffen) zugenommen. Dies bestätigen auch die Experten der Arbeitsgruppe Sucht.

Grundsätzlich ist der problematische Medikamentengebrauch seit dem Jahr 2000 in Deutschland weiterhin angestiegen.

Es gibt die Tendenz, Medikamente zur Steigerung des Wohlbefindens missbräuchlich einzunehmen. Darüber hinaus existiert bei Gesunden der - mittlerweile nicht mehr neue - Trend des bewussten missbräuchlichen Konsums von rezeptpflichtigen Substanzen außerhalb der zugelassenen Indikation zur kognitiven Konzentrations- und Leistungssteigerung (Hirndoping, siehe auch Stichworte Neuroenhancement oder Cognitive Enhancement). Das können beispielsweise Antidementiva (eigentlich gegen Demenz) oder Methylphenidat - besser bekannt unter dem Handelsnamen Ritalin – (eigentlich gegen ADHS/Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen) sein, aber auch illegale Substanzen.

Die Studienlage ist hierzu, auch international, sehr heterogen; das Thema wurde in der Vergangenheit von den Medien fokussiert. Wenn man sich auf größere repräsentativ angelegte Befragungen bezieht, so liegt die Prävalenz ohne Ausnahme nur im einstelligen Prozentbereich. Die Entwicklungen in diesem Bereich bleiben abzuwarten. Dass man aber die Thematik nicht unterschätzen sollte, zeigt etwa die recht aktuelle repräsentative Veröffentlichung, dem DAK-(=Deutsche Angestellten Krankenkasse)-Gesundheitsreport 2015 zum Thema pharmakologisches Neuroenhancement bei Erwerbstätigen. Es wurde untersucht, ob und wie Erwerbstätige ohne medizinische Not-

wendigkeit zu verschreibungspflichtigen Medikamenten greifen. Hochgerechnet nehmen gemäß dieser Studie knapp eine Million Berufstätige (1,9 %) regelmäßig stimulierende leistungssteigernde oder stimmungsaufhellende Substanzen ein. Die Zahl der Arbeitnehmer, die - gemäß dieser DAK-Studie - entsprechende Mittel schon zum Hirndoping missbraucht haben, ist seit 2009 von 4,7 auf 6,7% gestiegen.).

Neben unerwünschten Nebenwirkungen besteht die Gefahr der Abhängigkeit von der eingenommenen Substanz, insbesondere, wenn sie wiederholt eingenommen wird. (Dies gilt besonders für die Wirkstoffe Methylphenidat und Modafinil.)

Außerdem kann, wie im Interview mit Prof. Dr. Lieb in www.report-psychologie.de/5-Fragen-an-Prof.-Dr.-Klaus-Lieb-vom-09.02.2017 veröffentlicht, durch die Einnahme leistungssteigernder Mittel die Hemmschwelle für den Gebrauch anderer Drogen sinken. Es bleibt abzuwarten, ob weitere Studien zu dieser Thematik, auch bezüglich unterschiedlicher Zielgruppen, durchgeführt werden, die sich mit dem Thema der Abhängigkeit im Zusammenhang mit Neuroenhancement beschäftigen. Experten vermuten aktuell eine erhöhte Dunkelziffer bei der Anzahl von Menschen, die leistungssteigernde Substanzen regelmäßig und/oder problematisch konsumieren.

Generell stellt Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit gemäß der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen inzwischen das zweitgrößte Suchtproblem in Deutschland (nach Tabak, knapp vor Alkohol) dar.

1.2.3 Tabak

Rauchen gilt als eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland und als wesentliche Ursache für vorzeitige Sterblichkeit. Unter den über 4.000 in Tabak enthaltenen chemischen Substanzen sind es mehr als 40 Substanzen, die nachweislich krebserregend sind. Und durch das Rauchen wird vor allem auch das Atem- und Herz-Kreislauf-System sehr belastet. Es werden vor allem Zigaretten geraucht, der Anteil der Zigarren, Zigarillos und Pfeifen liegt zusammen nur bei etwas mehr als 3%.

Eine Tabakabhängigkeit beeinträchtigt, im Gegensatz zu vielen anderen Süchten, in der Regel nicht die Fähigkeit der Betroffenen, ihren Alltag zu gestalten.

Der Anteil der erwachsenen Frauen, die Tabak konsumieren, liegt bei 26%, der der erwachsenen Männer bei 31%. Bundesweit rauchen also etwa ein Drittel der Männer und etwa ein Viertel der Frauen.

85% der Raucher/innen in Deutschland ab 15 Jahren rauchen regelmäßig, 15% gelegentlich. Eine diagnostizierte Tabakabhängigkeit aufgrund des Nikotins entwickelt sich rasch, sie liegt bei etwa 11 % der bundesdeutschen Bevölkerung in der Altersgruppe der 18- bis 64-jährigen vor. Hochgerechnet erhalten ca. 12,5% der Männer und ca. 9%

der Frauen die ärztliche Diagnose Tabakabhängigkeit. Nach neuesten Schätzungen sind etwa 50% bis 60% aller Raucherinnen und Raucher tatsächlich vom Tabak abhängig.

Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Studien ist bzgl. der Gruppe der Kinder und Jugendlichen und der (vor allem jungen) Erwachsenen durchgängig weiterhin ein Rückgang des Rauchens zu verzeichnen. Gemäß Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat sich der Anteil der 12- bis 17-jährigen Raucherinnen und Raucher seit 2001 um mehr als Zweidrittel reduziert. Während er im Jahr 2001 bei 27,5% lag, liegt er bei 2015 bei unter 10%. Hier gibt es beim Rauchverhalten keine Geschlechterunterschiede. 3,4% Personen in dieser Altersgruppe geben an, täglich zu rauchen. 1,8% Personen in dieser Altersgruppe rauchen mehr als 10 Zigaretten täglich, 0,4% mehr als 20 Zigaretten. Auch bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren geht die Verbreitung des Rauchens weiter zurück. Im Jahr 2001 rauchten 44,5 % der jungen Erwachsenen, im Jahr 2015 durchschnittlich nur noch etwa 26,2%, wobei der Anteil der Männer höher ist. 11,6% Personen in dieser Altersgruppe rauchen täglich. 11,7% rauchen hier mehr als 10 Zigaretten täglich, 3,3% mehr als 20 Zigaretten. Das durchschnittliche Einstiegsalter für den Konsum von Zigaretten hat sich wieder leicht nach hinten verschoben und liegt bei um die 14,8 Jahre.

Wer bis zu seinem 20. Lebensjahr nicht mit dem Rauchen angefangen hat, fängt meistens später nicht mehr damit an.

Gut 70% der Bevölkerung in Deutschland rauchen nicht. Mehr als Zweidrittel der Nichtraucher/-innen fühlen sich durch Tabakrauch stark gestört. Ca. jedes zweite Kind unter 6 Jahren lebt in einem Raucherhaushalt. 20% der Schwangeren rauchen. Dabei sollte nicht verkannt werden, dass der Passivrauch einer Zigarette - der nur zu 20% aus Hauptstromrauch (Rauch, den der Raucher ausatmet), aber zu 80% aus schwelendem Nebenstromrauch besteht - toxischer ist als der reine, vom Raucher inhalierte Hauptstrom. Nicht nur das Passivrauchen selber, sondern auch kalter Rauch kann ein gesundheitliches Risiko besonders für Ungeborene und Kinder, aber auch für Erwachsene sein. Kinderärzte weisen darauf hin, dass nach dem Schwedischen Forschungsrat Kinder von Rauchern auch dann überdurchschnittlich viel Nikotin im Körper haben, wenn ihre Eltern Tabak nur außerhalb der eigenen vier Wände konsumieren. Kleinkinder von Rauchern, die ausschließlich draußen vor verschlossenen Türen und Fenstern rauchen, weisen doppelt so viel Reststoffe von Nikotin im Körper wie Kinder von Nichtraucher. Rauchen die Eltern in Gegenwart der Kinder, so ist die Menge 15-mal so hoch. Es existiert kein Grenzwert, unterhalb derer keine gesundheitsschädigende Wirkung des Passivrauchens zu erwarten wäre.

Neuere Formen, mit denen man ebenfalls Tabak (oft süßlich aromatisiert) konsumieren kann, sind das Rauchen/Dampfen von Wasserpfeifen/Shishas und E-Zigaretten. Die Bundesdrogenbeauftragte sieht bei beiden Produkten eine Zunahme bei Jugendlichen und Erwachsenen. Bundesweite und aussagekräftige Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen liegen noch nicht vor.

Nach der Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher in der Bundesrepublik 2015 haben ca. 8,9% der befragten Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren in den letzten 30 Tagen Wasserpfeife/Shisha geraucht und 2,4% E-Zigarette - sowie 15,1% der 18- bis 25-jährigen Wasserpfeife/Shisha - und 3% dieser Altersgruppe E-Zigarette.

Das Rauchen/Dampfen einer Wasserpfeife, die sich zusammensetzt aus einem mit Wasser gefüllten Glasbehälter/bowl, einer Rauchsäule, einem Tabakkopf (in den Wasserpfeifentabak, auf den glühende Kohle gelegt wird, gefüllt wird) und einem Schlauch mit Mundstück, kann eine Stunde dauern. Es werden Wasserpfeifen mit oder ohne Tabak, gegebenenfalls mit Kräutermischungen und weiteren Zusatzstoffen geraucht. Durch das Verschwelen entstehen hohe Konzentrationen schädlicher Stoffe wie Acetaldehyd, Benzol, Acrolein, Formaldehyd sowie beim Erhitzen der Kohle Kohlenmonoxid.

Nach Einschätzung des Bundesinstituts für Risikobewertung stellt die Aufnahme hoher Nikotinmengen und die damit verbundene Suchtgefahr nach heutigem Kenntnisstand ein großes Problem der Nutzung von Wasserpfeifen mit Tabak dar. Einige Experten weisen darauf hin, dass die Wasserpfeife die Zigarette als Einstiegsdroge abzulösen scheint.

Darüber hinaus ist die E-Zigarette (rauchlose Zigarette oder elektronische Zigarette) ein Gerät zum Inhalieren verdampfter Flüssigkeit, Liquid genannt) und daraus sich bildendem Nebel. Der Dampf und der daraus mit angesaugter Luft entstehende Nebel ähneln Tabakrauch und erzeugen so das sensorische Gefühl des Rauchens, wobei aber keine schwelende Verbrennung stattfindet.

Inhaltsstoffe des Liquids sind Propylenglykol, Glycerin, Lebensmittelaromen und Wasser, teilweise auch Nikotin in verschiedener Stärke (max. 20ml/ml). Es gibt nikotinhaltige und -freie sowie aromatisierte und nicht aromatisierte Liquide. Grundsätzlich sind die Risiken und das Suchtpotenzial des Konsums noch nicht umfänglich erforscht. Nach dem Drogen- und Suchtbericht 2017 enthält das Aerosol - in deutlich geringerer Menge als Tabakrauch - gesundheitsschädliche und krebserzeugende Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, flüchtige Kohlenwasserstoffe und Metalle wie Blei, Nickel, Cadmium. Es ist derzeit nicht quantifizierbar, in welcher Größenordnung E-Zigaretten weniger schädlich als Tabakzigaretten sind. Die langfristigen gesundheitlichen Folgen des E-Zigaretten-Konsums für die Konsumenten und Passivraucher sind derzeit unbekannt. Für Raucher klassischer Zigaretten kann im Sinne der Schadensminimierung dennoch ein Umstieg auf E-Zigaretten, gegebenenfalls auch zu Entwöhnung, hilfreich sein, wohingegen die E-Zigarette als Einstieg ins Rauchen besonders für Jugendliche als kritisch zu sehen ist.

Ein weiteres Gerät zum Konsumieren von Tabak ist ein sogenannter Tabakerhitzer, in dem ein Tabakstick auf nur ca. 300 °C erhitzt wird. (Bei herkömmlichen Zigaretten dagegen wird der Tabak bei ca. 800°C verbrannt). Das Aerosol wird über ein Mundstück inhaliert. Da er sich nicht direkt rauchen lässt, wird dieser Tabak nicht als Zigarette,

sondern als Pfeifentabak günstiger versteuert. Gemäß dem Bundesinstitut für Risikobewertung liegen die in den Dämpfen erreichbaren Nikotingehalte in der gleichen Größenordnung wie bei herkömmlichen Tabakzigaretten und ist die Nutzung mit einem Suchtpotenzial verbunden. Gesundheitliche Beeinträchtigungen seien möglich. Es verweist darauf, dass weitere, unabhängige Untersuchungen notwendig seien, um zu überprüfen, ob von den Tabakerhitzern tatsächlich die behaupteten geringeren gesundheitlichen Risiken im Vergleich zu herkömmlichen Zigaretten ausgehen.

1.2.4 Illegale Suchtmittel

Suchtmittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, werden als illegale Suchtmittel bezeichnet; genaue Zahlen über den Konsum liegen naturgemäß nicht vor. Hier ist man eher auf Befragungsergebnisse und entsprechende Hochrechnungen sowie Schätzungen angewiesen.

Mehr als jeder vierte Erwachsene durchschnittlich hat wenigstens einmal im Leben eine illegale Droge konsumiert, bei den Jugendlichen ist es jeder Zehnte. Rund 600.000 Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren weisen einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen auf (Bundesgesundheitsministerium online). Männer nehmen deutlich häufiger illegale Drogen zu sich als Frauen, und jüngere Erwachsene häufiger als ältere.

Aufgrund der Nähe zu den Niederlanden ist in Krefeld, im Vergleich zu anderen Städten ähnlicher Struktur und Größenordnung ohne Grenznähe, nach wie vor ein erhöhtes Aufkommen illegaler Suchtmittel möglich.

Der Konsum illegaler Drogen wird weiterhin deutlich durch den Cannabis-Konsum bestimmt. Von den anderen illegalen Drogen kommt auf niedrigem Niveau nur Amphetaminen und Ecstasy und bei den Erwachsenen auch den neuen psychoaktiven Substanzen eine gewisse quantitative Bedeutung zu.

Die meisten Konsumenten probieren neben Cannabis keine weiteren illegalen Suchtmittel. Bezüglich nicht legaler Suchtmittel kann natürlich nicht über genaue Konsumzahlen berichtet werden; bzgl. Cannabis jedoch liegen zumindest umfangreiche Befragungsergebnisse vor.

a) Cannabis

Die von allen Altersgruppen am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis. Die Konsummuster reichen vom gelegentlichen über regelmäßigen Konsum bis hin zur Abhängigkeit. Cannabis (wissenschaftlich für die Hanfpflanze) ist der Oberbegriff für die Rauschmittel Haschisch (aus dem Saft der Hanfpflanze gewonnen, auch Shit genannt) und Marihuana (aus getrockneten Hanfblüten, -blättern und -stängeln gewonnen, auch

Gras genannt; es gibt viele andere Bezeichnungen). Hauptwirkstoff der Cannabispflanze ist das sogenannte Tetrahydrocannabinol (abgekürzt THC), dessen Gehalt aber, abhängig von der Pflanzensorte, erheblich schwanken kann. Bei Cannabis handelt sich um die in Deutschland am weitesten verbreitete illegale Droge. Problematisch ist, dass der Wirkstoffgehalt des in Deutschland sichergestellten Cannabis seit Jahren ansteigt.

9,7% der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren haben in Befragungen angegeben, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Der Anteil Jugendlicher, die demnach schon einmal Cannabis konsumiert hat, ist somit im Vergleich zu 2011/2012 wieder etwas angestiegen. Das Durchschnittsalter des Erstgebrauchs liegt bei ca. 16 Jahren. 34,5% der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren haben ebenfalls schon einmal Cannabis konsumiert. Der Großteil der Cannabiskonsumenten sind Probier- oder Gelegenheitskonsumenten. In den letzten 12 Monaten haben 7,3% der Jugendlichen und 15,3% der jungen Erwachsenen Cannabis konsumiert.

Bei allen erfragten Konsumzeiträumen der Befragten bilden den größten Anteil die jungen Erwachsenen (überwiegend Männer) ab. Auch bei den Jugendlichen überwiegt der Anteil der Jungen.

Die 30-Tage-Prävalenz liegt bei 3,1% (4,0% Männer, 2,3% Frauen). Der Anteil der regelmäßig Konsumierenden, die täglich oder fast täglich konsumieren, liegt bei schätzungsweise ca. 1% der Bevölkerung.

Unverändert 0,5% der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren weisen nach Hochrechnungen einen klinisch auffälligen Cannabismissbrauch auf, ebenso 0,5% dieser Altersgruppe eine Cannabisabhängigkeit. Davon sind jeweils 0,8% Männer und 0,2% Frauen). Festzustellen ist, dass auch mehr Männer als Frauen und mehr jüngere als ältere Erwachsene von einem Cannabismissbrauch / einer Cannabisabhängigkeit betroffen sind.

Gemäß Suchthilfestatistik entfallen in den Facheinrichtungen der Suchthilfe im Jahr 2016 bei den ambulanten Hauptdiagnosen 17,8% auf Störungen des Konsums von Cannabis, bei den stationären sind es 9,2%.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Sucht der Gesundheitskonferenz berichten, dass die eine Zunahme von Cannabis-Konsumenten vor Ort beobachten; repräsentative Zahlen für Krefeld sind den Verfassern nicht bekannt.

Die gebräuchlichste Cannabis-Konsumform ist das Rauchen (Kiffen), meistens in einem sogenannten Joint oder Stick. Das ist eine selbstgedrehte Zigarette, in welcher zerbröseltes Marihuana oder Haschisch meist mit Tabak vermengt wird. Um stärkeres Rauscherleben zu erzielen, wird Cannabis mittels diverser (Wasser-) Pfeifen geraucht. Manchmal werden Cannabisprodukte auch in Tee aufgelöst und getrunken oder in Keksen verbacken und so gegessen. Die durchschnittliche Wirkstoffkonzentration in Cannabisprodukten hat weiter zugenommen. Häufiger Konsum birgt ein hohes Risiko

einer psychischen Abhängigkeit und auch die Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher akuter und dauerhafter Beeinträchtigungen. Unmittelbare negative Folgen des Konsums können etwa ein erhöhtes Unfallrisiko, Kreislaufprobleme, Symptome von Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, Panikreaktionen sein. Grundsätzlich können Entwicklungs-, Hirnreifungs- und Leistungsstörungen (besonders in der Pubertät), Wahrnehmungsstörungen, kognitive Defizite, psychische Störungen und Krankheiten (z.B. Psychose, Depression), körperliche Erkrankungen (z.B. Beeinträchtigung der Lungenfunktion, Lungenkrebs) sowie eine soziale Rückzugsneigung durch Cannabis ausgelöst werden.

Je jünger der Konsument/die Konsumentin ist, desto größer ist für ihn /sie die Gefahr, abhängig zu werden. Studien weisen darauf hin, dass Cannabis im Gehirn von (jüngeren) Jugendlichen eine weitaus schädlichere Wirkung als bei Erwachsenen aufweist. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geht davon aus, dass bei Kindern und Jugendlichen mit entsprechendem Cannabismisbrauch mit hoher Wahrscheinlichkeit begleitende Erkrankungen vorliegen, wie z.B. Störungen des Sozialverhaltens, Aggressivität, Impulsivität, einschließlich hyperkinetisches Syndrom (Aufmerksamkeitsdefizit- oder auch Hyperaktivitätsstörung), Suizidalität und Angst- und Essstörungen (weitere Informationen z.B. in Thomasius/Petersen, siehe Quellenverzeichnis).

Weltweit zeichnen sich Veränderungsprozesse in der Legalisierung von Cannabis ab, welche sich gegebenenfalls auf die Diskussion in Deutschland auswirken werden.

Exkurs: Cannabis war in einigen festgelegten Ausnahmefällen bereits seit 2011 als verkehrs- und verschreibungsfähiges Arzneimittel zugelassen –und ist seit März 2017 in bestimmten Fällen regulär zugelassen. Cannabis kann als Medikament zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass als Indikation eine schwerwiegende Erkrankung zugrunde liegen muss, die bisher erfolglos therapiert wurde oder nicht ausreichend zu therapieren war oder bei der die Aussicht auf Erfolg mit der Standardtherapie nicht gegeben ist. Diese Cannabis-Therapie muss derzeit noch dem Patienten von seiner Kasse genehmigt werden. Die Lieferfähigkeit von entsprechendem Cannabis ist derzeit sehr eingeschränkt. In einem großen Teil der Behandlungen kam es in der Vergangenheit zu einem Abbruch, da der Erfolg ausgeblieben ist. Bislang liegen jedoch keine ausreichenden Erfahrungen in Deutschland mit Cannabis als verschreibungsfähiges Medikament vor. Es muss abgewartet werden, inwieweit sich die Therapie mit Cannabis bei welcher Indikation als erfolgreich herausstellt.

b) Heroin

Heroin wird chemisch hergestellt, wobei die Ausgangssubstanz des Heroins Morphin ist, das aus Roh-Opium, dem getrockneten Milchsafte der Schlafmohn-Pflanze, gewonnen wird. Heroin sowie andere morphinähnliche Stoffe nennt man Opiode (=dem Opi-

um ähnlich). Während Heroin in der Vergangenheit überwiegend intravenös konsumiert wurde, gewinnen nun weitere Formen wie Schnupfen oder Rauchen bzw. vor allem Inhalieren (der Heroindämpfe) an Bedeutung. Die Wirkstoffkonzentration ist schwankend.

Heroin gilt derzeit als das Suchtmittel, welches am ehesten eine Abhängigkeit, sowohl körperlich als auch psychisch, erzeugt. Aufgrund der raschen Gewöhnung und Toleranzentwicklung stellen sich sehr schnell Entzugerscheinungen ein (z.B. Schlafstörungen, Panikattacken, Krämpfe, Schüttelfrost, Schmerzen), denen die abhängige Person mit immer höheren Heroindosen in immer kürzeren Abständen entgegenzuwirken versucht, wobei der Spielraum zwischen Verträglichkeit und toxischer Wirkung gering ist. Letztere kann sich akut in Bewusstlosigkeit (verbunden mit der Gefahr der Erstickung an Erbrochenem), Atemlähmung, Kreislaufversagen, Verlangsamung der Herztätigkeit und sich entwickelnden Lungenödemen und -embolien äußern. Heroinkonsum kann durch Überdosis oder giftige Beimischungen anderer Drogen mit einer tödlichen Vergiftung enden. Die akute Gefahr, im Rauschzustand zu verunfallen, ist ebenfalls gegeben.

Infolge des intravenösen Konsums kann es zu lokalen Infektionen (z.B. der Lymphgefäße, des Zellgewebes), zu Venenschädigungen und Herzentzündungen kommen. Beim Gebrauch nicht steriler Spritzen besteht darüber hinaus die Gefahr der Infizierung mit ansteckenden Krankheiten (z.B. Geschlechtskrankheiten, Hepatitis, HIV). Die Langzeitfolgen des Heroinkonsums sind sowohl körperlicher als auch sozialer Art, inklusiver strafrechtlicher Problematiken. Der Konsum direkt, die damit oft verbundene soziale Verelendung und gesundheitsbelastende Lebensweise führen häufig zu einem körperlichen Verfall und einer Persönlichkeitsveränderung. Viele der heutzutage von Heroin abhängigen Menschen sind schon lange von Heroin abhängig und älter als 50 Jahre. Aufgrund der vergleichsweise guten Versorgungslage leben heutzutage Heroin-Konsumenten im Gegensatz zu früher deutlich länger. (Informationen zur Substitutionsbehandlung siehe Kapitel 2.1).

Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die in der BZGA-Befragung angaben, schon einmal Heroin konsumiert zu haben, liegt deutlich unter 1 Prozent, nämlich nahe Null (0,1%). Auch bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren fallen die Anteile derjenigen, die angaben, schon einmal Heroin konsumiert zu haben, mit 0,5% gering aus. Die 12-Monats-Prävalenz liegt für 18- bis 64-Jährige bei 0,3%, die 30-Tage-Prävalenz liegt bei 0,2%.

c) Kokain

Mithilfe chemischer Prozesse wird aus den Blättern des Kokastrauches das - berauschend und betäubend wirkende sowie Blutgefäße verengende - weiße Pulver Kokain (Koks, Schnee) gewonnen, das geschnupft (häufigste Konsumform) oder in aufgelöster Form intravenös gespritzt wird. Als Kokainbase gemischt mit Natron (dann Crack ge-

nannt, hohes Abhängigkeitspotenzial) kann Kokain in kleinen Pfeifen auch geraucht werden. Der Wirkstoffgehalt ist seit etwa 10 Jahren stabil. Kokain gilt immer noch hauptsächlich als Leistungs-Suchtmittel. In der ersten euphorischen Phase des Rausches wirkt es zunächst aufputschend, aktivierend, aufmerksamkeitssteigernd, die als positiv empfundenen psychischen Wirkungen gehen aber in der zweiten Phase zurück und es können ängstlich paranoide Stimmungen hinzutreten, die vor allem mit akustischen, manchmal auch mit optischen Halluzinationen einhergehen. Die dritte Phase ist geprägt durch Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung bis hin zu Angstzuständen, Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Suizidgedanken.

Die 12-Monatsprävalenz liegt in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen bei 0,3% und bei den 18- bis 64-Jährigen bei 0,6%. Die 30-Tage-Prävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen liegt bei 0,2%, Zahlen für die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen konnten nicht gefunden werden. Etwa 1,5 % der Erwachsenen in Deutschland und 1% der Jugendlichen und Heranwachsenden sollen aktuell Kokain konsumieren.

Wesentlich mehr Männer als Frauen weisen kokainbezogene Störungen auf, die Patienten befinden sich noch im mittleren Altersbereich (34 bis 35 Jahre, siehe Jahresbericht 2016 der deutschen Suchthilfestatistik), es gibt Anzeichen dafür, dass Kokain sich aber auf alle Alters- und Gesellschaftsschichten auszubreiten scheint und der Konsum eher ansteigt.

Einen klinisch relevanten Konsum von Kokain, bezogen auf die letzten 12 Monate, weisen 0,2% der Männer zwischen 18 und 64 Jahren auf, und 0,1 % der Frauen dieser Altersgruppe. In den Facheinrichtungen der Suchthilfe entfallen im Jahr 2016 bei den entsprechenden ambulanten Hauptdiagnosen 2,8% auf Störungen des Konsums von Kokain, bei den stationären sind es 2,2%.

Der regelmäßige Kokainkonsum kann mittel- und langfristig zu schwerwiegenden körperlichen (des Herz-Kreislaufsystems, des Gehirns), psychischen, neurologischen und sozialen Beeinträchtigungen und Persönlichkeitsveränderungen führen. Eine psychische Abhängigkeit von Kokain stellt sich sowohl bei episodischem als auch bei kontinuierlichem Konsum sehr schnell ein. Die Kokainsucht wird häufig unterschätzt. Die akuten gesundheitlichen Risiken und Folgen des Konsums sind umso gefährlicher, desto schneller die Substanz vom Körper aufgenommen wird. Besonders gesundheitsgefährdend ist die Kombination von Kokain mit anderen illegalen und legalen Substanzen, die bei Kokainkonsumenten oft vorkommt. So hängt die Kokainabhängigkeitsdiagnose bei sich in Behandlung befindlichen Konsumenten häufig mit den Einzeldiagnosen bzgl. Cannabis, Alkohol, Tabak, Amphetaminen oder Heroin zusammen.

d) Amphetamine und Abkömmlinge

Amphetamine (Speed) gehören zur Gruppe der synthetisch hergestellten Substanzen. Sie gehören zur Gruppe der illegalen Suchtmittel. (Sie können aber als Teilsubstanz

auch in verschreibungspflichtigen Medikamenten enthalten sein.) Sie werden vor allem in Pulver- und Tablettenform geschluckt, geschnupft/gesnieft (d.h. durch die Nase gezogen) oder eingerieben (in die Mundschleimhaut) oder in gelöster Form intravenös gespritzt. Amphetamine können sehr schnell zu einer starken psychischen Abhängigkeit führen und nach neueren Erkenntnissen auf lange Sicht zu zunehmenden körperlichen und psychischen Störungen und einem Rückzug aus dem sozialen Umfeld. Der Wirkstoffgehalt in Amphetaminen hat sich erheblich erhöht, von 2015 bis 2016 hat er sich vervierfacht.

Außer Amphetamin gibt es Amphetaminformen und -derivate (Abkömmlinge). Zu dieser Gruppe gehören z.B. auch Ecstasy und Methamphetamin. Ecstasy, als Partydroge bekannt, ist eigentlich ein Gemisch unterschiedlicher chemischer Amphetaminderivate. Als Ecstasy werden aber mittlerweile auch verschiedene Substanzen angeboten, die zusätzlich noch mit anderen Wirkstoffen oder toxischen Substanzen versetzt (gestreckt) sind (siehe DHS). Ecstasy wird meistens in Form von Kapseln oder Tabletten konsumiert. Es wird ein vergleichsweise geringeres Abhängigkeitspotenzial vermutet.

Auch Methamphetamin wird in der Regel gesnieft. Es kann aber auch geschluckt oder geraucht und in gelöster Form intravenös gespritzt werden. Es wird häufig in Form von kleinen Kristallen angeboten - und dann Chrystal Meth genannt, kommt aber auch in Tabletten- oder Kapselform vor. Eine andere Bezeichnung ist z.B. Speed. Der Wirkstoffgehalt in Methamphetaminen hat sich von 2015 bis 2016 verdoppelt. Es wird von einem häufigen Mischkonsum von Methamphetamin-Konsumenten berichtet, insbesondere mit Cannabis, aber auch weiteren illegalen Mitteln und auch Alkohol.

Zahlen zum Konsum von Amphetaminen lassen sich wieder der Drogenaffinitätsstudie der BZGA 2015 und dem epidemiologischen Suchtsurvey entnehmen. Danach liegt die 12-Monatsprävalenz bei den 12- bis 17-Jährigen insgesamt bei 0,3%. Betrachtet man die Altersgruppe der 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen, so liegt sie hier bei 2,0% insgesamt. In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen liegt sie bei 1%. Der Frauenanteil ist generell etwa geringer als der Männeranteil. Die 30-Tage-Prävalenz liegt bei den Erwachsenen bei 0,5%.

Zu den Abkömmlingen lässt sich Folgendes sagen:

Bzgl. Ecstasy liegt die 12-Monatsprävalenz bei den 12- bis 17-Jährigen bei 0,5%, bei den 18- bis 25-Jährigen bei 2,2% und bei den 18- bis 64-Jährigen bei 0,6%. Bei diesen Erwachsenen liegt die 30-Tage-Prävalenz bei 0,2%.

Bezüglich Crystal Meth/Methamphetamin liegen für 12- bis 17-Jährige die 12-Monatswerte in der Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015 annähernd bei 0%, bei 18- bis 25-Jährigen bei 0,4 %, bei den 18- bis 64-Jährigen bei 0,2%. Die 30-Tage-Prävalenz liegt für letztere bei 0,1%.

Klinisch relevanten, problematischen Konsum von Amphetaminen/Methamphetaminen betreiben etwa 0,2% der Männer und 0,3% der Frauen der Altersgruppe 18 bis 64 Jahre.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Sucht der Gesundheitskonferenz berichten, dass sie eine weitere Zunahme von Amphetamine-Konsumenten vor Ort beobachten; Zahlen für Krefeld sind den Verfassern nicht bekannt.

e) Neue psychoaktive Substanzen/ „Legal Highs“

Bei den neuen Drogen handelt sich in der Regel um synthetische sogenannte Cannabinoide oder synthetische Cathinone. Sie werden auch als Designerdrogen bezeichnet. Als neue psychoaktive Stoffe werden in Deutschland folgende Substanzen/Stoffe oder Zubereitungen eines Stoffes aus den Stoffgruppen

a) 2-Phenethylamin (d.h. mit Amphetamin verwandte Stoffe) oder

b) Cannabinoidmimetika (synthetische Cannabinoide, die die Wirkung von Cannabis imitieren), im unten erwähnten Gesetz bezeichnet. Diese machen Zweidrittel aller neuen psychoaktiven Substanzen aus.

Derartige Stoffe aus der Pharmazie und Forschung sind ideale Bausteine für die Schöpfung scheinbar legaler Drogen. Bei dem synthetisch hergestellten Cannabinoid handelt es sich um einen mit dem Haschisch-Wirkstoff THC (Tetrahydrocannabinol) verwandten Stoff. Diese Stoffe werden harmlosen und legalen Materialien hinzugefügt oder beigemischt und z.B. als Kräutermischung (Spice), Badesalze, Lufterfrischer, Reiniger oder Pflanzendünger angeboten, um den wahren Zweck – den Konsum – zu verschleiern. Die Verpackungen enthalten keine Hinweise auf zugesetzte Betäubungsmittel, Stimulanzien oder andere synthetische Wirkstoffe.

Die Behörden sind bemüht, derartige Inhaltsstoffe zu identifizieren und die entsprechenden Mischungen dann unter Verbot des Betäubungsmittelgesetzes stellen zu lassen. Am 26. November 2016 ist das Neue-psychoaktive- Stoffe-Gesetz (NpSG) in Kraft getreten, in dem erstmals ganze Stoffgruppen, welche eine Vielzahl von Einzelsubstanzen umfassen, verboten werden. Weitere Stoffgruppen sollen bei Bedarf aufgenommen werden. Seither ist es nicht mehr möglich, durch kleine chemische Veränderungen die Verbote und Strafvorschriften des BtMG zu umgehen und gefährliche Stoffe als vermeintlich legal auf den Markt zu bringen.

Der Markt ist schnelllebig und „kreativ“. Insbesondere in Online-Shops werden solche Drogen - fälschlicherweise als legale Alternative - vertrieben und erwecken den Anschein, ungefährlich und gesundheitlich unbedenklich zu sein. Allerdings kann selbst der erstmalige Konsum dieser Stoffe schwerste Folgen, beispielsweise Versagen der Vitalfunktionen, nach sich ziehen. Psychosen, Selbstmordversuche und Selbstverstümmelungen im Drogenrausch sind ebenfalls bekannt.

Die 12-Monats-Prävalenz liegt laut Drogenaffinitätsstudie bei den 12- bis 17-Jährigen bei 0%, bei den 18- bis 25-Jährigen bei 0,3% sowie bei den 18- bis 64-Jährigen laut Epidemiologischem Suchtsurvey bei 0,9%. Zahlen über die 30-Tage-Prävalenz der Erwachsenen gehen gegen 0.

f) Biogene Suchtmittel/psychoaktive Pflanzen/Pilze

Biogene Drogen sind Substanzen mit vorwiegend Halluzinationen hervorrufender Wirkung, die von Natur aus in bestimmten Pflanzen, Pilzen und auch Tieren enthalten sind. Fast jede verbotene Substanz kann durch ein entsprechendes Naturprodukt ersetzt werden. Sie sind kostengünstig bzw. -los, legal und gelten als ökologisch korrekt. Es handelt sich um sogenannte tropanalkaloidhaltige Pflanzen (wie z.B. Stechapfel, Engelstromeckel), halluzinogene Pilze (psilocybinhaltige Pilze) und halluzinogene Pflanzen (z.B. Muskatnuss) oder etwa bestimmte Krötenarten (halluzinogene Hautsekrete). Der Gehalt des Wirk- bzw. Giftstoffes der Pflanzen und Pilze unterliegt erheblichen Schwankungen, was zu fatalen Folgen beim Konsum führen kann. Die Wirkung ist schwer einschätzbar, wobei der Grat zwischen der erwünschten Wirkung und Vergiftung schmal ist. Häufiger Konsum kann psychisch abhängig machen.

Da die Wirkstoffe Psilocybin und Psilocin unter das Betäubungsmittelgesetz fallen (nicht die Pilze selber), ist der entsprechende Betäubungsmittelbesitz oder -handel (mit eng begrenzten Ausnahmen) in Deutschland strafbar.

Die 12-Monats-Prävalenz der 12-bis 17-Jährigen liegt bei 0,2 %, der 18- bis 25-Jährigen bei 1,4%. Die 12-Monats-Prävalenz bezogen auf Pilze liegt bei 18- bis 64-Jährigen bei 0,4%, die 30-Tage-Prävalenz tendiert aber gegen 0.

1.2.5 Multipler Substanzgebrauch

In der professionellen Suchthilfe werden immer mehr Menschen mit multiplem Substanzgebrauch gesehen. Multipler Substanzgebrauch, auch Mischkonsum genannt, bezeichnet den Konsum von mehreren psychoaktiven Suchtstoffen (psychoaktiv = die Psyche beeinflussend, veraltet: Rauschmittel), so dass sich ihre Wirkungen überlagern. Es werden zwei oder mehr verschiedene Substanzen konsumiert, wobei die Formen sehr unterschiedlich sein können. Die Gründe für Mischkonsum können vielschichtig sein. Es kann sein, dass beim Konsum eines bestimmten Mittels spontan ein Verlangen nach weiteren Mitteln auftritt. Es kann aber auch sein, dass durch gezielten Mischkonsum eine besondere Wirkung erhofft wird. Neben den klassischen Substanzen Alkohol, Nikotin, Cannabis, Amphetamine, Heroin, Kokain und Benzodiazepine kommen Substanzen wie Crystal Meth oder neue psychoaktive Substanzen dazu. Zusätzlich werden aber auch Psychopharmaka oder Antidepressiva, Antipsychotika oder Antiepileptika eingenommen. Dadurch kommt es zu vermehrten Wechsel- und Nebenwirkungen, die zu lebensbedrohlichen Situationen führen können.

Oft wissen die Betroffenen selbst nicht, was sie eingenommen haben, so dass sich die Notfallversorgung als sehr schwierig gestalten kann. Das Wissen um den multiplen Substanzgebrauch und den sich daraus ergebenden komplizierten Entzug sollte unbedingt im Hilfesystem Berücksichtigung finden. Die Aufklärung der Betroffenen über die Gefahren ist dringend erforderlich. In der Notfallversorgung sollten Drogenscreenings durchgeführt werden.

Als Mehrfachabhängigkeit wird ein bestehendes Abhängigkeitssyndrom beim Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen bezeichnet. Diese Art der Abhängigkeit tritt insbesondere bei Schwerst-Drogen- und Medikamentenabhängigen und einem längeren Abhängigkeitsverlauf auf. Alkohol spielt bei der Mehrfachabhängigkeit eine große Rolle, sei es als „Grundsuchtmittel“ oder als begleitendes Konsummittel. Oftmals entwickelt sich parallel - neben der Abhängigkeit von illegalen Drogen - eine Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.

Der Konsum ausschließlich von Heroin ist heutzutage eher selten. Der Zustand der Mehrfachabhängigkeit, zum Beispiel in der Kombination mit Benzodiazepinen, stellt insbesondere in diesem Zusammenhang erhebliche, langwierige Probleme dar. Die Entzugssymptome bei Mehrfachabhängigkeit verlaufen wesentlich komplizierter und sind schwieriger zu behandeln als bei einer Abhängigkeit von nur einer konkreten Substanz. Mehrfachabhängigkeit führt bei den Menschen häufig zu sehr ausgeprägten und raschen körperlichen, geistigen, psychischen und auch sozialen Störungen und massiver Verelendung. Der Konsum von mehreren Suchtmitteln gleichzeitig führt zu einer stärkeren Reaktion des menschlichen Körpers auf die Giftstoffe und zu einem erhöhten Risiko chronischer gesundheitlicher Probleme.

Mehrfachabhängigkeit wird auch im Bereich der substanzungebundenen Süchte diskutiert. Im Folgenden werden einzelne substanzungebundene Süchte thematisiert.

1.2.6 Glücksspiel

Glücksspiele, das heißt Spiele, bei denen Geld eingesetzt wird, deren Ausgang vom Zufall bestimmt sind und für die es einen äußeren Anreiz, in der Regel einen Geldgewinn, gibt, sind in Deutschland weit verbreitet. Glücksspiele dürfen nur unter staatlicher Aufsicht und Kontrolle durchgeführt werden (Glücksspielmonopol des Staates). Dazu gehören Lotterien, Sportwetten und Rubbellose, das sogenannte große Spiel in Spielbanken (Roulette, Kartenspiele), das sogenannte kleine Spiel in Spielbanken (Glücksspielautomaten) sowie Geldspielautomaten, Gewinnhotlines, Quizfernsehen und Pferdewetten. Glücksspiele ohne staatliche Konzessionen wie Sportwetten privater Anbieter oder öffentliche Glücksspiele im Internet sind illegal.

Wie auch bei den stoffgebundenen Suchtformen ist bei dem Glücksspiel zu unterscheiden zwischen Gebrauch, Missbrauch und Sucht. Auch hier sind die Übergänge zwi-

schen den einzelnen Phasen fließend. Das Suchtpotenzial für Glücksspiele ist von der Art des Spiels abhängig. So ist etwa die Teilnahme an Sportwetten, dem kleinen Spiel in der Spielbank, Poker und Geldspielautomaten in Spielhallen oder Gastronomiebetrieben mit einem erhöhten Risiko für pathologisches Glücksspiel verbunden. In der Regel werden die Begriffe pathologisches Spielen, Glücksspielsucht, süchtiges Spielverhalten synonym verwandt. Pathologisches Spielen ist gemäß der ICD, der internationalen Krankheiten-Klassifikation für Deutschland, als Krankheit (im Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen) anerkannt. Es wird hier gekennzeichnet durch häufiges und wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt, einschließlich zwanghaften Spielens. Folgen exzessiven Spielens sind psychische, soziale und finanzielle Probleme.

Nach aktuellen Studien betreiben ca. 0,6% der Bevölkerung problematisches Glücksspiel und etwa 0,3% pathologisches (12-Monatspräferenz), so dass knapp 1% der 16- bis 65-jährigen in Deutschland ein problematisches oder pathologisches (süchtiges) Glücksspielverhalten zeigen. Es sind deutlich mehr Männer als Frauen und bei den Jugendlichen fast ausschließlich Jungen betroffen. Es wird eine hohe Dunkelziffer vermutet.

Es zeigen sich immer mehr Vermischungen zwischen klassischem Glücksspiel und Onlinespielen.

1.2.7 Medien-/Computerspiel-/Internetsucht

Problematische Computer- und Internetnutzung und exzessiver (digitaler) Medienkonsum können zu einer Abhängigkeit führen. Nach derzeitigem wissenschaftlichem Stand werden diese Störungsbilder im Bereich der Computerspiel- und Internetnutzung noch nicht den stoffungebundenen Suchterkrankungen (Verhaltenssüchten) zugerechnet. Während für den Bereich des Computerspielens weitgehende Einigkeit darüber besteht, dass es deutliche Parallelen zu einem Suchtverhalten gibt, muss noch genauer geklärt werden, ob weitere internetbezogene Verhaltensweisen - hier insbesondere die exzessive Nutzung sozialer Netzwerke - ebenfalls den Verhaltenssüchten zuzuordnen sind.

Unter dem Begriff Computerspielsucht versteht man den zwanghaften Drang, so oft wie möglich und exzessiv PC-Spiele (auf Computern, Handys oder Konsolen) zu spielen. Bei der Internetsucht unterscheidet man zwischen dem Surfen (aufeinanderfolgendes Betrachten von mehreren Webseiten), dem Chatten (elektronische Kommunikation, oft in Echtzeit) oder dem Spielen (wie z.B. Online-Spiele mit Glücksspielcharakter oder Rollenspiele) im Internet. Auch bestimmte Aktionen und/oder Geschäfte im Internet zu tätigen, kann sich möglicherweise zur Sucht entwickeln.

Bei der Internetsucht nimmt die Online-Computerspielsucht einen breiten Raum und die höchste Nutzungsdauer ein. 36,6% der Internetabhängigen nennen als Hauptaktivität Online-Spiele (hier sind Jungen und Männer am meisten gefährdet). Diese Spiele basieren in der Regel auf bestimmten Belohnungssystemen oder binden die Teilnehmenden in soziale Spielernetzwerke ein, was ein hohes Suchtpotenzial in sich birgt. Beispielsweise leben Menschen, die exzessiv Online-Rollenspiele spielen, vielfach fast ausschließlich in der virtuellen Welt des Internets und verlieren die Kontrolle darüber, wieviel Zeit sie dort verbringen. Sie leiden unter Entzugserscheinungen wie Missstimmung, Angst, Reizbarkeit oder Langeweile, wenn sie nicht entsprechend online sein können. Oftmals wird das Internet dazu genutzt, um schlechten Gefühlen in der realen Welt zu entfliehen. Man vernachlässigt die Arbeit, die Schule, soziale Kontakte, verwaht teilweise sogar körperlich und nimmt die negativen Konsequenzen in Kauf.

Ebenfalls 36,6% nennen als Hauptaktivität die Nutzung Sozialer Medien (hier überwiegen Mädchen und Frauen), die übrigen 26,8% geben andere Internetanwendungen an (das können das Anschauen von Online-Pornographie sein oder Recherchieren). Vergleicht man diese drei Gruppen, so erkennt man kaum Unterschiede auch bezüglich Beeinträchtigungen, Lebensbewältigung und Abhängigkeitsmerkmalen.

Die Computer- und Internetabhängigkeit (definiert nach dem sogenannten Compulsive Internet Use Scale, einem mittlerweile anerkannten Testverfahren) der 11- bis 17-jährigen Mädchen hat sich 2015 auf 6,2% erhöht, die der gleichaltrigen Jungen auf 5,3%. Bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren liegt sie bei den Frauen bei 2,5% und bei den Männern bei 2,6%.

Zum Thema der Computerspielsucht lässt sich feststellen, dass nach einer aktuellen Studie 8,4% der männlichen 12- bis 24-Jährigen und 2,9% der weiblichen Befragten dieser Altersgruppe die Kriterien der Abhängigkeit nach der sogenannten Internet Gaming Disorder Scale, einem dafür standardisierten amerikanischen Kriterienkatalog zur entsprechenden Diagnoseerstellung, erfüllen. Computer-Spielsucht (gaming disorder), die sich auf online- und offline-Videospiele beziehen kann, wird aufgrund der Veröffentlichung der zukünftigen ICD 11 im Juni 2018 durch die Weltgesundheitsorganisation als eigenständige Krankheit in der Kategorie der Verhaltenssüchte angesehen werden; diese soll ab Januar 2022 in Kraft treten. Über den Zeitpunkt der Einführung der modifizierten ICD 11 in Deutschland sind noch keine Aussagen möglich. Bislang ist eine Behandlung nur möglich im Zusammenhang mit einer Zweitdiagnose.

Es gibt mittlerweile in Nordrhein-Westfalen erste Medien-Ambulanzen an Kliniken mit speziellen Behandlungsangeboten für Erwachsene und Kinder.

1.2.8 Essstörungen

Essstörungen werden als psychosomatische Krankheiten mit suchtvähnlichem Charakter bezeichnet. Sie haben psychische Hintergründe/Ursachen und körperliche Auswir-

kungen. Essstörungen sind (gemäß der o.a. ICD 10, der internationalen Krankheiten-Klassifikation für Deutschland) als Krankheiten (im Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen) anerkannt. Essstörungen führen in der Regel zu erheblichen gesundheitlichen, sozialen und psychischen Beeinträchtigungen und haben eine Tendenz zu chronischen Verläufen mit fortschreitender Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes, was sogar bis hin zur lebensbedrohlichen Krisen reichen kann. Vermutlich werden sie nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen überhaupt diagnostiziert und behandelt. Oft dauert es jahrelang, bis Hilfen aufgesucht werden und bis Essstörungen erkannt werden, so dass erst sehr spät mit der Beratung/ Behandlung begonnen werden kann.

Zuverlässige Aussagen über die Verbreitung von Essstörungen sind schwierig. Es wird mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet, da es sich um eine schambesetzte Thematik handelt und eine diagnostische Abgrenzung oft schwierig ist. Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht) gehören nicht zu den Essstörungen im engeren Sinne und werden hier nicht thematisiert. Bei Essstörungen sind drei Arten zu unterscheiden: Magersucht (Anorexia Nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimia Nervosa), Binge-Eating-Störung (bei letzterer, die weit verbreitet ist, kommen Essanfälle vor ohne gegenregulierende Maßnahmen, wodurch viele der Betroffenen übergewichtig sind) und andere, sogenannte atypische bzw. nicht näher bezeichnete Essstörungen.

Bei der augenscheinlichsten Essstörung, der Anorexia, werden - aufgrund des starken Bestrebens nach extremer Schlankheit (trotz starken Untergewichts) und aufgrund panischer Angst vor Gewichtszunahme - das Hungergefühl und der Appetit unterdrückt. Die Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichtes ist verzerrt, Angst vor Kontrollverlust spielt eine große Rolle.

Typisch dagegen für die Essstörung der Bulimie sind wiederkehrende Heißhungeranfälle, auf welche als Kompensation z.B. Erbrechen, Diäten oder Abführmittel-Missbrauch folgen. Oft liegt das Körpergewicht der Betroffenen dabei im Normalbereich.

Die Prävalenz bei Mädchen und Frauen ist bzgl. Anorexia Nervosa und Bulimie etwa 10mal so hoch wie bei Jungen und Männern. Überwiegend ist die Altersgruppe zwischen 15 und 35 Jahren betroffen, durchschnittlich 0,5% bis 1% dieser Altersgruppe weisen eine Anorexia auf und ca. 1% bis 4% eine Bulimia. Bei der Binge-Eating-Störung ist die Prävalenz bei Frauen mit etwa 1% bis 6% wohl nur bis dreimal so hoch wie bei Männern.

Die meisten dieser Erkrankungen beginnen im Jugendlichen- oder frühen Erwachsenenalter. Da über das tatsächliche Ausmaß der betroffenen Männer und Jungen und entsprechende geschlechtsspezifische Besonderheiten aber nur wenig bekannt ist, wird ihr Anteil möglicher Weise unterschätzt. Es gibt zudem Hinweise, dass auch immer mehr Kinder (im Grundschulalter) von Essstörungen betroffen sind.

Zum Vorkommen derartiger Essstörungen gibt es keine verlässlichen Daten, nach Schätzungen liegt die Anzahl der Menschen mit Anorexia Nervosa in Deutschland bei

etwa 490.000 und für Menschen mit Bulimie bei 1,4 Millionen. Für Nordrhein Westfalen geht man von ca. 100.000 Anorexie-Kranken und ca. 300.000 Bulimie-Kranken aus.

1.3 Suchtprävention

Suchtprävention, hier gleichbedeutend mit Suchtvorbeugung, versteht sich als Teilbereich allgemeiner Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht (Auszug, WHO 1986, siehe Kapitel 4).

Zudem orientiert sich die Arbeit an den aktuellen Qualitätskriterien sowie an neuesten Erkenntnissen der Präventionsforschung (Downloads auf der Seite der GINKO-Stiftung für Prävention - Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung in Nordrhein-Westfalen verfügbar, siehe Kapitel 4). Grundsätzlich erfolgt dabei eine Unterscheidung in drei verschiedene Kategorien der Prävention: universelle, selektive und indizierte Prävention.

Als „universelle“ präventive Intervention definiert wird dabei jede Maßnahme, die sich an die Allgemeinbevölkerung oder Teilgruppen der Bevölkerung wendet, um künftige Probleme zu verhindern. Dazu gehören etwa Schulprogramme zur Förderung von Lebenskompetenzen, massenmediale Kampagnen, Maßnahmen auf Gemeindeebene oder am Arbeitsplatz.

„Selektive“ Prävention richtet sich an Gruppen mit spezifischen Risikomerkmale in Bezug auf eine spätere Suchtproblematik z.B. Schulprobleme, Aufwachsen in suchtbelasteten Lebensgemeinschaften. Die „selektiven“ präventiven Interventionen zielen auf die Verhinderung von Abhängigkeiten durch Stärkung von Schutzfaktoren wie Selbstwertgefühl und Problemlösungskompetenz sowie durch Unterstützung im richtigen Umgang mit Risikofaktoren, wie z.B. einem Umfeld, in dem Drogen konsumiert werden, ab.

„Indizierte“ Prävention richtet sich letztendlich an Personen oder Gruppen, die bereits ein manifestes Risikoverhalten etabliert haben und einem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt sind, aber noch keine Abhängigkeitssymptome aufweisen, zum Beispiel Jugendliche und junge Erwachsene, die am Wochenende wiederholt exzessiv Alkohol trinken.

Als Grundlage dienen für alle drei Arten der Prävention:

- frühzeitiges Einsetzen von Aktivitäten,

- langfristige Anlage der Maßnahme,
- kontinuierliche Durchführung,
- zielgruppenspezifische und lebensweltorientierte Angebote,
- vernetztes und koordiniertes Vorgehen der Beteiligten.

Suchtprävention zielt darauf ab, den mit dem schädlichen Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen verbundenen sozialen und persönlichen Schäden vorzubeugen. Die vielfältigen Erscheinungsformen für ein selbst- und fremdschädigendes Verhalten beschränken sich dabei nicht allein auf den Konsum stoffgebundener Substanzen wie Nikotin, Alkohol und anderer Drogen, sondern schließen auch extreme Verhaltensweisen wie z.B. zwanghaftes Glücksspiel, exzessive Mediennutzung oder Essstörungen ein.

Suchtprävention zielt zusammengefasst auf:

- positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge von Kindern und Jugendlichen in Familie, Kindertagesstätten, Schule, und Freizeit
- Stärkung der individuellen Lebensbewältigungskompetenzen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge Erwachsener, z. B. im Rahmen betrieblicher Suchtprävention, Fort- und Weiterbildung der Bezugspersonen von Kindern- und Jugendlichen.
- Erreichen eines eigenverantwortlichen, risikoarmen Umgangs mit Suchtmitteln, bzw. nicht stoffgebunden abhängigen Verhaltensweisen.

Suchtprävention versteht sich als eine Querschnittsaufgabe (ressort-übergreifend) und bedient sich sowohl personalkommunikativer als auch gesellschaftlicher Strukturen, im Rahmen von Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Diese Gliederung der Prävention bezieht sich auf die unterschiedlichen Interventionsebenen - die Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Die personenorientierte Suchtprävention, die sogenannte Verhaltensprävention, hat zum Ziel, das Verhalten des einzelnen Menschen zu beeinflussen und dessen Handlungskompetenz zu erhöhen. Die strukturorientierte Suchtprävention, die sogenannte Verhältnisprävention, richtet sich primär an Strukturen und Lebenswelten (Gesellschaft / Politik / Gesetzgebung und Gemeinwesen).

Beide Präventionsansätze können sowohl substanz-spezifisch als auch substanzun-spezifisch sein. Suchtvorbeugung verbindet sinnvollerweise diese unterschiedlichen Ansätze der Arbeit miteinander. Dies erreicht die Suchtprävention vor allem durch die Schulung von Multiplikatoren, die in ihrer Rolle als (pädagogische) Fachkräfte regelmäßig mit der zu erreichenden Zielgruppe interagieren oder Schlüsselpositionen in den erwähnten Strukturen einnehmen. So lassen sich die o.g. Ziele erreichen.

Aus dieser Beschreibung ergibt sich für Akteure in der Suchtprävention die Notwendigkeit, in allen beteiligten gesellschaftlichen Institutionen wie z.B.: Schule, Ausbildung, Familie, Vereine, Betrieben, etc. zu agieren, um durch Vernetzung und Kooperation in den verschiedenen Handlungsfeldern Multiplikatoren zu gewinnen.

Abschließend ist noch hinzuzufügen, dass sich alle Maßnahmen der Suchtprävention bei der Zielsetzung und deren Überprüfung neuesten Qualitätsanforderungen zu stellen haben. Die eingesetzten Programme wurden daher nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt und bereits von unabhängigen Stellen evaluiert. So ist gewährleistet, dass eine nachhaltige Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Suchtpräventionsmaßnahmen in einem guten Verhältnis zueinander stehen.

Darüber hinaus bietet die Stadt Krefeld durch die gute Vernetzung und Kooperation der einzelnen Institutionen, der Akteure und der Aufgabengebiete ein sich stetig erweiterndes Angebot der Suchtprävention in den vielschichtigen Handlungsfeldern, das Synergien nutzt.

2. Suchthilfe und Suchtprävention in Krefeld

2.1 Vernetzung und Kooperation

Im Bereich der Suchthilfe (einschließlich der Prävention) wird das Expertenwissen auf kommunaler Ebene themenbezogen in den verschiedenen Gremien und Arbeitsgruppen gebündelt, so dass auch auf aktuelle Entwicklungen zeitnah eingegangen werden kann. Sowohl in der Suchtprävention als auch in der Suchthilfe existiert vor Ort eine bewährte Struktur der Vernetzung und Kooperation zwischen den Akteuren des präventiven, medizinischen Systems, des psychosozialen Systems und der Selbsthilfe, die sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich umfassen. Grundsätzlich ist deren Erhalt und zudem eine weitere Intensivierung der Vernetzung der Hilfesysteme besonders zwischen den Bereichen Sucht und Psychiatrie und dem ambulanten und stationären Sektor wünschenswert. Denn es werden mehr Menschen mit Suchterkrankungen und gleichzeitig psychischen Erkrankungen (Doppeldiagnosen) in den Kliniken und Praxen gesehen und auch mehr entsprechende Differentialdiagnostiken erhoben (Beispiele: junge Menschen mit Schizophrenie und einer Suchterkrankung oder Menschen mit ADHS-Syndrom= Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung und Suchterkrankung).

Der Fokus der Arbeitsgruppe Sucht der KGK liegt auf der Aktualisierung der Suchthilfekonzeption (die sich auch auf die Prävention bezieht). Themen der Suchthilfe und -prävention werden darüber hinaus in Krefeld fachlich beraten bzw. erarbeitet in der Untergruppe Sucht der seit über 40 Jahren existierenden Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Krefeld, die – auch im Auftrag der Gesundheitskonferenz – die Angebote der Suchthilfe und -prävention und das entsprechende Versorgungssystem und

mögliche Bedarfe in Krefeld erörtert. Daneben berät eine Arbeitsgemeinschaft nach § 78 Sozialgesetzbuch VIII/Kinder- und Jugendhilfegesetz des Bundes, die im Fachbereich Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung der Stadt Krefeld angesiedelt ist, Themen der Prävention im Kindesalter.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit der an der Substitutionsbehandlung Beteiligten ist in Krefeld seit Jahren sehr gut und findet ihren Ausdruck im schon seit 29 Jahren existierenden (Fach-)Arbeitskreis Substitution, den es in dieser Ausprägung in anderen Kommunen so nicht gibt. In regelmäßigen Sitzungen werden hier alle möglichen, die Substitution betreffende Fragestellungen erörtert, auch entsprechende Standards für Krefeld erarbeitet und Experten-Stellungnahmen abgegeben. Dessen Teilnehmerkreis setzt sich zusammen aus den dafür qualifizierten niedergelassenen Ärzten und Klinik-Ärzten, die vor Ort Substitutionsbehandlung (mit bestimmten dafür zugelassenen Ersatzmedikamenten) anbieten, den Fachstellen, welche die begleitende psychosoziale Betreuung und Beratung durchführen, den Substitutions-Apothekern, Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens und dem allgemeinen sozialen Dienst des Landgerichtes Krefeld. Er bezieht auch zu fachlichen Fragen Stellung.

Im Folgenden kurz einige erläuternde Informationen zur Substitutionsbehandlung: Substitution ist eine in Deutschland anerkannte Behandlungsmethode bei Langzeit-Drogenabhängigkeit von Opiaten (meist Heroin), die unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist. In der Regel beinhaltet sie eine umfassende begleitende psychosoziale Betreuung vor Ort. Heutzutage ist - neben dem traditionellen Ziel des Herbeiführens der dauerhaften Abstinenz - die Verbesserung der psychischen und physischen gesundheitlichen Situation und der sozialen Situation der Betroffenen durch eine (Langzeit-) Substitutionsbehandlung im Sinne der Schadensminimierung und als Überlebenshilfe als gleichwertiges weiteres Ziel zu betrachten. Es können verschiedene (unter das Betäubungsmittelgesetz fallende) das Suchtmittel ersetzende Medikamente eingesetzt werden, die oral einzunehmen sind; das bekannteste ist das Mittel Methadon, weiter kommen Buprenorphin und retardierte Morphine zum Einsatz. Das Substitutionsmittel Substitol etwa, das sei dem Jahr 2015 in Deutschland zugelassen ist, enthält ein retardiertes Morphin (also mit verzögerter Wirkstofffreisetzung) mit Langzeitwirkung, das täglich oral als Kapsel verabreicht wird. Damit ist dieses Medikament pharmakologisch betrachtet von allen Substitutionsmedikamenten dem Heroin am ähnlichsten, denn auch beim Abbau von Heroin entsteht u.a. Morphin, das bei den Heroinanwendern für einige Zeit noch den Entzug verhindert. Die Behandlung mit Substitol ist keine Originalstoffvergabe, kommt dieser aber am nächsten.

In bestimmten Einzelfällen und unter sehr viel strengeren Bedingungen kann auch eine Substitutionstherapie mit dem Originalstoff, also Heroin, das dann als Medikament als Diamorphin (=chemische Bezeichnung für Heroin) bezeichnet wird, möglich sein (siehe hierzu Handlungserfordernisse).

Grundsätzlich besteht die Gefahr des Missbrauchs von Substitutionsmitteln. Weiter sollte während einer Substitutionstherapie, vor allem wegen der möglichen Überdosie-

rung, der nicht erwünschte, aber vorkommende schädliche Konsum von Substanzen (Beikonsum) neben dem Substitutionsmittel bedacht und beachtet werden.

Auch in der etablierten Arbeitsgemeinschaft SiS (Selbsthilfegruppen im Bereich Sucht) e.V. in Krefeld, welche im Forum der Krefelder Selbsthilfe organisiert ist, werden - neben der klassischen Beratungs- und Unterstützungsarbeit bezüglich Betroffener und deren Angehöriger - Suchthilfethemen beraten und Konzepte und Projekte der Suchtprävention und -selbsthilfe mitentwickelt. Die AG SiS verbindet die unabhängig voneinander in Krefeld existierenden Sucht-Selbsthilfegruppen, vertritt diese auch auf lokaler Ebene und hat eine eigene Homepage: www.agsis-krefeld.de.

2.2 Angebote im Suchthilfesystem

Es folgen auf den nächsten Seiten zunächst Übersichten der einzelnen Suchthilfe-Angebote vor Ort im medizinischen, psychosozialen und Selbsthilfe-Bereich.

In der Tabelle „Medizinisches System“ sind die medizinischen ambulanten und stationären Angebote der Fachkliniken, der Sucht-/ Substitutionsfachärzte, der Apotheken, welche Mittel für die Substitutionstherapie anbieten, der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation Sucht, des Medi-Mobils und des Dentimobils aufgeführt. Die Tabelle „Psychosoziales System“ enthält die Beratungs- und Informations- und Schulungsangebote, spezifische Angebote der psychosozialen Betreuung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, Streetwork, Aufenthalts- und Übernachtungsangebote, tagesstrukturierende Angebote und Anlaufstellen im Bereich des betreuten Wohnens. Die Tabelle „Selbsthilfegruppen in Krefeld“ beinhaltet die verschiedenen Selbsthilfegruppen für abhängigkeiterkrankte Menschen und Angehörige.

2.2.1 Tabelle: Medizinisches System

Einrichtung:	Kontakt:	Öffnungszeiten/Erreichbarkeit	Angebot/e:	Zielgruppe:
Alexianer-Krefeld GmbH Klinik für Abhängigkeitserkrankungen Eingang: Oberdießemer Str. 136 47805 Krefeld	Aufnahmekoordination Station A 6 und A 12 Fr. Lüdke e.luedke@alexianer.de 02151/334-1472	8.00h bis 13.00h von montags bis freitags	Station A 6 - Alkohol- und Medikamentenentzug (20 Betten)	Patienten mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit (Möglichkeit des Nahtlosverfahrens in die Rehabilitation)
			Station A 12 - Qualifizierter Drogenentzug (20 Betten)	Patienten mit Drogenabhängigkeit
Alexianer-Krefeld GmbH Klinik für Abhängigkeitserkrankungen Eingang: Oberdießemer Str. 136 47805 Krefeld	Aufnahmekoordination Rehabilitation Frau Lüdke e.luedke@alexianer.de 02151/334-1472	8.00h bis 13.00 h von montags bis freitags	Stationäre und ganztägig ambulante Suchtrehabilitation und Adaption (23 Betten, 12 Plätze)	Patienten mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (auch Möglichkeit der Raucherentwöhnung) und Patienten mit Abhängigkeit und chronischem Schmerz

Alexianer-Krefeld GmbH Klinik für Abhängig- keitserkrankungen Eingang: Oberdießemer Str. 136 47805 Krefeld	Frau Kossi s.kossi@alexianer.de 02151/334-7222 oder 02151/334-1472	8.00h bis 16.00h von montags bis freitags	Drogenambulanz (Institutsambulanz) Psychiatrisch- psychotherapeutische Gesprächs- termine Cannabisgruppe NADA-Akupunktur	Patienten mit Canna- bis-, Amphetamin-, Kokain-, ...ab- hängigkeit
Alexianer-Krefeld GmbH Klinik für Abhängig- keitserkrankungen Eingang: Oberdießemer Str. 136 47805 Krefeld	Frau Kossi s.kossi@alexianer.de 02151/334-7222	Jeden Montag um 17.30 Uhr in der Tagesklini- schen Rehabilitation, Haus AL, Station 8	Spezialsprechstunde	Menschen mit patho- logischem Glückspiel, Medien und Internet- verhalten und deren Angehörige
Klinik Königshof St. Augustinus- Kliniken gGmbH Neuss Am Dreifaltigkeitsklos- ter 16 47807 Krefeld	0172 1697373 Bettenmanagement Frau Sonntag	Aufnahme nach Verein- barung	Station Luisa Entzug - Alkohol Station Michael Geschützte Station zum Alkohol- entzug und Entzug von illegalen Drogen)	Alkoholabhängige Alkoholabhängige, Abhängige illegaler Drogen

Suchtambulanz der Klinik Königshof St. Augustinus- Kliniken gGmbH Neuss Am Dreifaltigkeitskloster 16 47807 Krefeld	02151/82335102 Frau Dr. Goldbach	7 Tage pro Woche 11.00h–12.00h sowie nach Vereinbarung	Opiatsubstitution und Mitbehandlung psychiatrischer Erkrankungen sowie psychosoziale Betreuung	Patienten mit Abhängigkeitserkrankung vom Opiattyp und gleichzeitig bestehender psychiatrischer Erkrankung (Doppeldiagnosen)
Arbeitsgemeinschaft Ambulante Rehabilitation Sucht Krefeld (AG ARS Krefeld): Stadt Krefeld Alexianer Krefeld GmbH Caritasverband für die Region Krefeld e.V., Geschäftsstelle der AG ARS: Südstraße 43 47798 Krefeld	Tel.: 02151/84494-0 alk-drogenberatung@caritas-krefeld.de Ansprechpartnerin: Ute Kaber	Termine nach Vereinbarung; Offene Sprechstunde, siehe Sprechstunde der Caritas	Ambulante suchtmmedizinische Rehabilitation: Ambulante, medikamentengestützte Rehabilitation, und nachstationäre Rehabilitation	Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen)
Dr. med. Gabriele Böhm-Schmitz, Heinrich Schmitz Alte Krefelder Straße	02151/481148 boehm-schmitz@web.de	Mo.-Fr.: 8.00h-11.00h	Substitution	Opiatabhängige Menschen

20 47829 Krefeld				
Dr. med. Peter Arbter und Frau Dr. Ursula Haars Uerdinger Stra- ße 128 47799 Krefeld	02151/21807 Im Notfall Dr. Arbter: 0171 6397666 info@arbter.de	Mo. – Fr. 08.00h – 11.00 h 11.00h – 11.30 h Pause 11.30h – 12.00h Bei Abholung 11.30h – 15.30h Do. 16.00h – 19.00h	Tabakentwöhnung Ambulante Betreuung von Patien- ten mit Alkoholproblemen, Ambulante Entzugsbehandlung /Rückfallprophylaxe bei Alkoholp- roblemen Kooperation mit stationären Ein- richtungen Supervision für ambulant tätige Suchttherapeuten Aus- und Fortbildung von Sucht- therapeuten und Assistenzperso- nal Ambulante Entzugsbehandlung bei Morphinabhängigkeit, Substitutionstherapie Opiatab- hängiger,	Raucher Patienten mit Alkohol- abhängigkeit und Al- koholmissbrauch so- wie riskantem Alko- holkonsum Ambulant tätige Sucht- therapeuten Ärzte, Psychotherapeu- ten, Psychologen, me- dizinisches und thera- peutisches Assistenz- personal Opiatabhängige

			Antagonistenbehandlung bei Opiatabhängigkeit Ambulante Betreuung von Patienten mit sonstigen Substanzabhängigkeiten Ambulante Betreuung von nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten	Patienten mit Cannabis-, Kokain-, Amphetamin-, Halluzinogenproblemen Patienten mit Problemen mit nicht stoffgebundenen Süchten
Drs. med. Deselaers/Hertkens Weiden 72 47809 Krefeld	02151/541030 martinadeselaers@web.de naturheilkunde-krefeld-oppum@gmx.de	Mo.-Fr.: 8.00h-11.00h, Mo., Di., Do.: 16.00h-18.00h	Substitutionstherapie Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen	Opiatabhängige
Dr. med. Stefan Rieger und Birgit Rieger Schleswiger Straße 7 47809 Krefeld	02151/570189 praxis@rieger-dr.de	Mo. –Fr.: 8.00h-12.00h, Mo., Di., Do.: 16.00h-18.00h	Beratung bei Nikotin-, Alkohol-, Drogenabhängigkeit Substitution bei Heroinabhängigkeit	Opiatabhängige

Drs. med. Einfalt und Krausbauer Danziger Platz 7 47809 Krefeld	02151/570358 info@hausarztpraxis-linn.de	Mo. –Fr.: 8.00h-11.30h, Mo., Di., Do.: 16.00h-18.00h	Beratung, Diagnose und Behandlung bei Suchtmittelabhängigkeit Substitutionstherapie	Alkohol- und Drogenabhängige Opiatabhängige
Frau Dr. med. Olga Berdichewski Frau Dr. Olga Schott Ostwall 242 47798 Krefeld	02151/8555-0 Frau Klyan	Mo.-Fr. : 9.00h -11.00h, Mo., Di., Do.: 16.00h-17.00h und nach Vereinbarung	Medikamenten-gestützte Entgiftungen, Suchtmedizinische Beratungen, Substitutionstherapie, Alkoholentgiftungen	Patienten mit Substanzabhängigkeit
Praxis Dr. med. Ridderskamp Oberstraße 35 47829 Krefeld	02151/480031	Mo.-Fr.: 9.00h-12.00h, Mo., Di., Do.: 15.00h-18.00h Fr. : 15.00h -17.00h	Substitutionstherapie	Opiatabhängige
Praxis Dr. T. Weiszmänn Kölner Str. 616 47807 Krefeld	02151/774918	Mo. – Fr. : 09.00h – 12.00h In der Zeit von 15.00h -17.00h nach Vereinbarung	...	...
Einhorn-Apotheke Karlsplatz 2 47798 Krefeld	02151/773631 einhorn-apotheke@web.de	Mo.-Fr.: 08.00h – 13.00h 14.30h – 18.30h Sa.: 09.00h - 13.00h	Herstellung und Belieferung der Substitutionsstoffe	Substitutionsärzte Suchtkranke

Linner Apotheke Rheinbabenstra- ße 170 47809 Krefeld	02151/570355 m.krueger@linner-apotheke.de	Mo.-Sa.: 8.00h-13.00h und 15.00h-19.00h (au- ßer Mi. und Sa.)	Produktion von Substitutionsmit- teln, Beratung und Versorgung von substituierten Patienten und sub- stituierenden Praxen und Ambu- lanzen, präventive Drogenberatung, Analyse von verdächtigen Sub- stanzen	Ärzte Allgemeinbevölkerung
Roland Apotheke Ostwall 242 47798 Krefeld	02151/24720 robin.ghosh@roland-apo.de	Mo., Di., Do.: 8.00h-13.00h, 14.00h-19.00h, Mi. und Fr.: 8.00h-13.00h, 14.00h- 18.30h, Sa: 9.00h-13.00h	Herstellung und Belieferung der Substitutionsmittel, Verkauf von Injektionsbesteck, Beratung und Aufklärung über die Möglichkeit zur Substitution, Prüfung von Benzodiazepinver- ordnungen bei offensichtlich Süchtigen	Substituierte Süchtige Nicht substituierte Süchtige
Medi-Mobil (Trägerge- meinschaft) Anschrift: Caritas Verband für die Region Kre-	0150/3627006 0174/6714239 notschlafstel- le@caritas-krefeld.de	Sprechzeiten: Di.: 15.00h-19.30h, Einsatzzeiten: Di: 18.00h-20.00h	Kostenlose Untersuchung, Begleitung durch Streetwork der Caritas (bei Folgeuntersuchun- gen/Gesprächsangebot)	Suchtmittelabhängige Menschen mit und oh- ne festen Wohnsitz

feld/Meerbusch Melanchtonstraße68 47805 Krefeld	Torsten Gärtner			
Dentimobil (Caritasverband/Frau Dr. Pavel) in der Cari- tas- Notschlafstelle (siehe dazu Tabelle Psychosoziales Sys- tem)	0150/3627006 0174/6714239 notschlafstel- le@caritas-krefeld.de	dienstags – 14-tägig (konkrete Termine erfra- gen)	Kostenlose zahnärztliche Untersu- chung	Suchtmittelabhängige Menschen mit und oh- ne festen Wohnsitz
LVR-Klinik- Fachbe- reich Kinder- und Ju- gendpsychiatrie Johannisstr. 70 41749 Viersen	02162 96-5211 Ambulanz Kinder – und Jugendpsychiat- rie http://www.klinik- viersen.lvr.de		Diagnostik und Behandlung bei kinder- und jugendpsychiatrischen Fragestellungen, u.a. Qualifizierter Entzugsbehandlung für substanz- abhängige Jugendliche; Entwöhnungsbehandlung für Ju- gendliche von 14 bis 19 Jahren mit Abhängigkeitserkrankungen (Re- habilitation)	Jugendlichen mit Ab- hängigkeit von Alkohol oder Drogen (Einwei- sung erforderlich)
Angefragt!!! Ambulanz und Tagesklinik Kre- feld der LVR-Klinik Viersen Psychiatrie, Psycho- somatik und Psycho- therapie des Kindes- und Jugendalters,	02151/ 36539-0 http://www.klinik- viersen.lvr.de		ergänzt die ambulanten und stati- onären Therapiemöglichkeiten der LVR-Klinik Viersen	

Vom-Bruck-Platz 8 47805 Krefeld				
------------------------------------	--	--	--	--

2.2.2 Tabelle: Psychosoziales System

Einrichtung:	Kontakt:	(Telefonische) Erreichbarkeit	Angebot/e:	Zielgruppe/n:
Stadt Krefeld Sozialpsychiatrischer Dienst Gartenstraße 30-32 47798 Krefeld	02151/863529 02151/863530 ute.meskendahl@krefeld.de ,	Mo.-Fr.: 8.30h-12.30h, Mo.-Mi.: 14.00h-16.00h, Do.: 14.00h-17.30h, Termine nach Vereinbarung	Beratungs-und Informati- onsgespräche, Beratung über ambulante sowie stationäre Behand- lungsmaßnahmen und Vermittlung, Anregung von gesetzlichen Betreuungen, Krisenintervention, Mitwirkung in PsychKG- Verfahren (nach dem Ge- setz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei Psychisch Kranken NRW), Hausbesuche Psychosoziale Betreuungen	Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen Klienten mit einer Suchtmit- telabhängigkeit (Alkohol, Medikamente, illegale Dro- gen) Drogenabhängige Klienten in einer Substitutionsbehand-

				lung
Beratungsstelle für Alkohol- und Drogen- fragen Caritasverband für die Region Krefeld e.V. Südstraße 43 47798 Krefeld	02151/844940 alk- drogenberatung@caritas- krefeld.de	Mo., Mi., Fr.: 9.00h-12.00h, Di.: 14.00h-17.00h, Do.: 14.00h-19.00h, offene Sprech- stunde: Di. Zugang: 14.00h-15.00h und Do. speziell für Berufstätige Zugang: 17:00h- 18.00h Termine nach - Vereinbarung	Beratung Aufsuchende Arbeit in Ent- zugsabteilungen der Kre- felder Kliniken, Justizvollzugsanstalt Kre- feld, PSB - Psychosoziale Be- treuung, Vermittlung in andere an- gebote der Suchthilfe und andere Hilfsangebote, Kontrolliertes Trinken,	Menschen mit problemati- schem/abhängigem Sucht- mittelgebrauch wie Alkohol, Medikamente (z.B. Benzodi- azepine), Opiate (z.B. Hero- in) und exzessivem Medien- gebrauch und deren Umfeld, s.o. Inhaftierte der U-Haft mit ab- hängigem Gebrauch von ille- galen Drogen, Menschen mit abhängigem Opiatgebrauch in Substituti- onsbehandlung, s.o. Menschen mit problemati- schem Alkoholgebrauch,

			Selbstkontrolltraining Skoll Casemanagement in Arbeit Kooperation und Gremienarbeit, Gruppenleiterschulung, Supervision und Organisationsberatung	s.o. s.o. Für alle Teilnehmer von Krefelder Selbsthilfegruppen, die in der AGSIS organisiert sind, Gruppenleiter der Selbsthilfegruppe Frohe Insel
Klinik Königshof St. Augustinus-Kliniken gGmbH Neuss Am Dreifaltigkeitskloster 16 47807 Krefeld Suchtambulanz	02151/82334004 Stephan Krien Dr. Silja Goldbach-Kielczynski		Psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung	Substituierte der hiesigen Substitutionsambulanz
AIDS-Hilfe Krefeld e.V.	Beate Schanzenbach	Mo.-Fr.:	Psychosoziale Betreuung	HIV-positive Klientinnen und

Rheinstraße 2-4 47799 Krefeld	02151/6572912 Be-ate.schanzenbach@krefeld.aidshilfe.de	10.00h-13.00h,	bei Substitutionsbehandlung (PsB)	Klienten in Substitutionsbehandlung
Café Pause des Caritasverbandes für die Region Krefeld e.V. Westwall 67 47798 Krefeld	02151/20441 cafe-pause@caritas-krefeld.de	Mo.-Do.: 11.00h-15.00h, Fr.-Sa.: 11.00h-14.30h	Grundversorgung (Versorgung mit Nahrung, Körperhygiene, Kleidung), Safer-Use (Spritzentausch, Vergabe anderer Safer-Use-Artikel),	Konsumenten illegaler Drogen
Streetwork des Caritasverbandes für die Region Krefeld e.V. Westwall 67 47798 Krefeld	02151/203442 streetwork@caritas-krefeld.de	Nach Vereinbarung bzw. Sprechstunde im Café Pause	Streetwork, aufsuchende Arbeit auf Szenepätzen, Beratung	Konsumenten illegaler Drogen
Notschlafstelle Caritas des Caritasverbandes für die Region Krefeld e.V. Melanchtonstraße 68 47805 Krefeld	02151/310655 notschlafstelle@caritas-krefeld.de	Einlasszeiten: 21.00h-23.00h, Öffnungszeiten: 21.00h-8.00h	Ganzjährige Möglichkeit zur Übernachtung, Gesundheitsprophylaxe (Tauschen gebrauchter Spritzen, Ausgabe von Kondomen, Bereitstellung von Verbandsmaterial) Möglichkeiten der Grundversorgung (Versorgung mit	Obdachlose Konsumenten illegaler Drogen ab 18 Jahren

			Nahrung, Kleidung, Körperhygiene) Informationen über andere Hilfsangebote Angebot eines Schutz- und Ruheraumes,	
Beratungszentrum für Wohnungslose der Diakonie Krefeld-Viersen Lutherstraße 18 47805 Krefeld	02151/396909 Iris Hilsenitz wohnungsloshilfe@diakonie-krefeld-viersen.de	Einlass bis 23.00h	Ganzjährige Möglichkeit zur Übernachtung	Wohnungslose Menschen ohne illegalen Suchtmittelgebrauch
Straffälligenhilfe-Diakonie Dreikönigenstr.44 47799 Krefeld	straffaelligenhilfe@diakonie-krefeld-viersen.de			
Caritas-Service - Beschäftigungsangebote für Suchtkranke Dießemer Straße 63 47799 Krefeld	02151/41493111 caritas-service@caritas-krefeld.de	Mo.-Fr.: 9.00h-16.00h	Einsatz in den verschiedenen Bereichen des Caritas-Service und des Caritasverbandes (u.a. fairKauf im Hansa-Haus, Möbelladen, Umzugshilfe für Senioren,	Suchtkranke

			Kleidertruhe), Ableistung von gemeinnütziger Arbeit	
SKM Krefeld Sozialpsychiatrisches Zentrum Krefeld Betreutes Wohnen	02151/36337-30 Herr Christ christ@skm-krefeld.de 02151/36337-11 Herr Stapmanns stapmanns@skm-krefeld.de 02151/ 36337 33 delschen@skm-krefeld.de	Mo. – Fr.: 09.00h – 12.30h Di. – Fr. 14.30h – 16.30h	Anlaufstelle im Bereich Betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe)	Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen und einer zusätzlichen Suchterkrankung
PSH Krefeld Sozialpsychiatrisches Zentrum Betreutes Wohnen	02151/6468025 Frau Geenen	Nach Vereinbarung	Anlaufstelle im Bereich Betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe)	Menschen mit Suchterkrankungen, psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen
Frauenberatungsstelle Krefeld e.V.	Carl-Wilhelm-Straße 33 47798 Krefeld 02151/800571 frauenberatung@frauenberatung-krefeld.de	Jeden Dienstag offene Sprechstunde: 9.00h – 11.00h, Telefonzeiten: Mo.-Fr. 9.00h-12.00h	Für Mädchen ab 14 Jahren Frauen und Mütter	Beratungsangebote bezüglich Essstörungen

2.2.3 Tabelle: Selbsthilfeangebote

Einrichtung:	Kontakt:	Öffnungszeiten:	Angebot/e:	Zielgruppe:
AG SIS e.V. (Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe im Suchtbereich Krefeld) Geschäftsstelle: Südstraße 43 47798 Krefeld	Karl-Heinz Wentorp 02841/32197 karl-heinz-wentorp@gmx.de Walter Hahn 02842/81787 www.agsis-krefeld.de		vertritt folgende Krefelder Selbsthilfeorganisationen: - Blaues Kreuz - Frauenzimmer - Alos-Freundeskreis Krefeld - Frohe Insel - Lebensfreude - OASE - Online-Sucht - Quelle der Hoffnung (und weitere in Nachbarkommunen, s.Homepage)	Suchtkranke Menschen sowie deren Angehörige
Anonyme Alkoholiker Frankenring 100 47798 Krefeld	aa-kontakt@anonyme-alkoholiker.de www.anonyme-alkoholiker.de Kontakt/Informationen auch über Selbsthilfekontaktstelle Krefeld:	Erster Mo. im Monat: 19.30h, Pfarrheim St. Elisabeth, Florastraße 91 Mi.: 20.00h, Freizeitheim St. Nobertus, Frankenring 100 (rollstuhlgerecht),		Alkoholiker, die den ehrlichen Wunsch haben, mit dem Trinken aufzuhören, für Alkoholabhängige (s.o.) und Familienange-

	Telefon: 02151/ 9619025 info@selbsthilfe-krefeld.de, www.selbsthilfe-krefeld.de	Mi.: 20.00h, Mühlenstr. 42 Do.: 20.00h, Pfarrheim St. Stefan, Mariannen- straße 53, Fr.: 20.00h, Jugendheim/ Altenta- gesstätte, Hofstr. 2, Sa.: 19.00h, Gemeinde- haus Lukaskirche, Bres- lauer Str. 2 (Garten- stadt), So.: 10.00h, Jugendfreizeit- heim Ispelstraße 67a (Dießem/Lehm- heide) und 20.00h Frei- zeitheim St. Norbertus, Frankenheim 100 (alle Krefeld)		hörige, Freunde, Ver- wandte, sonst Interes- sierte
--	--	--	--	--

				Oben genannte Zielgruppen und Öffentlichkeit
Blaues Kreuz Begegnungsgruppen für abhängigkeitserkrankte Männer und Frauen/ Angehörige	0157/30405252 info@suchthilfe-krefeld.de www.suchthilfe-krefeld.de	für Männer und Frauen – jeden Do.: 19.30h- 21.30h, SHG für Angehörige - jeden Do.: 19.00h-21.00h, SHG Frauen (Suchtwege) – jeden Di.: 19.30h- 21.30h Westwall 40, im Haus der Familie	Information über Suchterkrankungen, Erarbeiten von Hilfsmöglichkeiten, Motivation und Neuorientierung, Seelsorge, Gesprächsgruppen, Besinnungstage, Freizeiten, Kreativgruppen, Sportgruppe. Rauschmittelfreie Lebensführung	Abhängigkeitserkrankte Männer und Frauen (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen), Angehörige
Frohe Insel	info@frohe-insel.de www.frohe-insel.de Roland Hax 02151/4468668 Carlos Degado	Mo., Di.: 19.30h-21.30h Südstraße 43 47798 Krefeld		Verschiedene eigenständige Selbsthilfegruppen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige sowie deren Angehörige

Frohe Insel	01735115040	Alle 14 Tage dienstags, 19.30h – 21.30h Südstr. 43 47798 Krefeld	Führerscheingruppe	
Kreuzbund Krefeld	015736964155 krefeld@kreuzbund-aachen.de Beate Bürger	Je Mi.: 19.30h-21.30h Mariannen- straße 106 47799 Krefeld	Austausch und Bespre- chung von Problemen, Informationen, Seminare, Freizeitaktivitäten, Veranstaltungen, gemein- same Feiern	
Kreuzbund Uerdingen	02151/476845 uerdingen@kreuzbund-aachen.de Christine Merfort	Jeden Mittwoch 19.15-21.15h Stübeweg 15 47829 Krefeld	Gruppengespräche (ge- mischt und bei Bedarf getrennt nach Ge- schlecht), Informationen, Seminare, Freizeitaktivitäten	Abhängige aller Sucht- formen – auch mehrfach Abhängige - und Ange- hörige
SHG Oase Am Dreifaltigkeitskloster 16 47807 Krefeld	0179 6705602 Shg.oase@gmail.com Ulrich (Keuken)	Mo.: 19.30h-21.30h		Abhängige von Drogen und Alkohol und deren- Angehörige
Quelle der Hoffnung	Stephan 02151/753561	Mo.: 19.30h-21.30h		Alkohol- und Medika- mentenabhängige und

	gruppe@quelle-der-hoffnung.de , www.quelle-der-hoffnung.de	Quarteln- straße 13 47798 Krefeld		deren Angehörige
Onlinesucht	Britta 015756240827 kontakt@shg-krefeld.de	Jeden 2. Donnerstag im Monat (gerade Woche) von 18.00h – 20.00h In der Selbsthilfekon- taktstelle, Mühlenstr. 42		Betroffene und Angehöri- ge in der Mediensucht
Lebensfreude	Heinz Karp 017771716743	Jeden Donnerstag im Monat, 18.00h – 20.00h, Alexianer Krankenhaus, Konferenzraum 3, Ober- dießemer Str. 136		Alkohol- und Medika- mentenabhängige
Frauenzimmer	Elke Scholz Luisenstr. 79 (Netzwerk) 47799 Krefeld	Jeden Mittwoch 18.00h -20.00h Luisenstr. 79	Suchtselbsthilfe nur für Frauen	
ALOS - Freundeskreis	Frank Happel 02841/36572 Karl-Heinz Wentorp 02841/32197	Jeden Montag 19.00h – 21.30h Mariannenstr. 106 Und jeden 1. Samstag im Monat Spielenach- mittag		Betroffene
ALOS Frauengruppe	Gaby Schuffenhauer-	Jeden 2. Montag im Mo-		Betroffene und mitbe-

	Hempel 02841/537324	nat parallel zur Männer- gruppe Mariannenstr. 106		troffene Frauen
SHALK SHG für Lesben und Schwu- le	www.shalk.de info@shalk.de 02037564316	Gruppen in Duisburg, Köln Bielefeld, Kleve u.a.	Suchtselbsthilfe für Les- ben und Schwule (für Kre- feld befindet sie sich ak- tuell in der Gründung)	
Alexianer-Krefeld GmbH/ Klinik für Abhängigkeitser- krankungen Dießemer Bruch 81 47805 Krefeld	02151/334-7222 Frau Kossi s.kossi@alexianer.de	Jeden Montag um 18.30h in der Tageskli- nischen Rehabilitation, Haus AL, Station 8	Erfahrungsaustausch	Expertengestützte Selbsthilfegruppe für Menschen mit problema- tischem Glückspiel-, Me- dien- und Internetverhal- ten und deren Angehöri- ge

Eine Übersicht aller Selbsthilfegruppen in Krefeld und zum Teil auch aus umliegenden Kommunen sowie weitere Informationen dazu erhalten Sie bei der Selbsthilfekontaktstelle Krefeld, Telefon: 02151/ 9619025, info@selbsthilfe-krefeld.de, www.selbsthilfe-krefeld.de.

2.3 Angebote im Suchtpräventionssystem

2.3.1 Tabelle Suchtprävention

In der Tabelle „Suchtprävention Krefeld“ sind nun die verschiedenen Angebote der Fachstellen aufgeführt, die schwerpunktmäßig im Bereich der Prävention tätig sind.

[illegible]

Präventionseinrichtungen/Institutionen	Anschrift & Kontakt	Öffnungszeiten	Suchtmittel	Zielgruppe	Angebote
				Eltern Multiplikatoren Öffentlichkeit	○ Elternabende ○ Elternkurse ○ Elternberatung ○ Krisenintervention ○ Informations- und Fachveranstaltungen ○ Seminarangebote ○ Fortbildung in motivierender Gesprächsführung ○ Fort- und Weiterbildung in verschiedenen Präventionsansätzen ○ Regelmäßige Information für die Presse /Aufklärungsbereich ○ Infowochen
Stadt Krefeld Fachbereich Gesundheit/Sozialpsychiatrischer Dienst	📄 Gartenstr. 30-32 47798 Krefeld 📞 863530 oder 863529 📠 863552 @ u-te.meskendahl@krefeld.de j.trappmann-rosen@krefeld.de	Termine nach Vereinbarung	Alle Bereiche	10-18-Jährige Erwachsene	○ Informationsvermittlung ○ Beratung ○ Gefährdungsaufklärung ○ Informationsvermittlung ○ Beratung ○ Gefährdungsaufklärung ○ Verdeutlichung der Strukturen der Suchthilfe

Präventionseinrichtung/Institution	Anschrift & Kontakt	Öffnungszeiten	Suchtmittel	Eltern Zielgruppe	○ Informationsvermittlung Angebote
				- Multiplikatoren - Öffentlichkeit	○ Beratung ○ Unterstützung ○ Information über das Wesen von Abhängigkeitserkrankungen ○ Suchthilfesystem ○ Beratung ○ Internet- und Pressepräsenz
Stadt Krefeld Fachbereich Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung Kinder- und Jugendschutz	 Rathaus Von-der-Leyen-Platz 1 47798 Krefeld  863359 oder 863285  863287  @ katharina.jakobs@krefeld.de	Termine nach Vereinbarung	○ Illegale und legale Drogen ○ Auffälliges Konsumverhalten ○ Spielsucht ○ Auffälliges Medienverhalten	6 -10-Jährige 10-18-Jährige	○ Entwicklung und Durchführung von präventiven Angeboten zur Steigerung der Medienkompetenz für Kinder im Grundschulalter ○ Entwicklung und Durchführung von präventiven Angeboten zum Spielverhalten von Kindern im Grundschulalter ○ Durchführung von Jugendschutzkontrollen in Kooperation mit Polizei und KOD ○ Gefährdungsaufklärung für Jugendliche ○ Beratungsgespräche nach
			Suchtmittel		

Präventionseinrichtung/Institution	Anschrift & Kontakt	Öffnungszeiten		Zielgruppe	Angebote
				Lehrer/innen und Fachkräfte Gewerbetreibende Zielgruppe	Auffälligkeiten (z.B. übermäßigem Alkoholkonsum) ○ Weiterführung von Anti-Alkohol-Kampagnen (z.B. School's out Party, Informationsveranstaltung) ○ Initiierung und Durchführung von Projekten zur Stärkung der Medienkompetenz ○ Einsatz der „Mobilen Theatergruppe“ zu den unterschiedlichen Suchtmitteln und -problematiken ○ Durchführung von Informationsveranstaltungen im Bereich der legalen Drogen und im Bereich der Medien ○ Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige ○ Fachberatung und Fortbildungsangebote für Multiplikatoren/innen im Bereich von Medien ○ Aufsuchende Informationsarbeit ggf. Belehrung von Betreibern von Alkoholverkaufsstellen

Präventionseinrichtung/Institution	Anschrift & Kontakt	Öffnungszeiten	Suchtmittel		Angebote
				Öffentlichkeit	○ Durchführung von Testkäufen mit Jugendlichen unter Einhaltung definierter Kriterien ○ Internet- und Pressepräsenz
Frauenberatungsstelle Krefeld e.V.	☰ Carl-Wilhelm-Straße 33 47798 Krefeld ☎ 800571 ☎ 601266 @ frauenberatung@frauenberatung-krefeld.de	Jeden Dienstag, offene Sprechstunde: 9-11 Uhr Telefonzeiten: Mo.-Fr. 9-12 Uhr	Esstörungen	Für Mädchen ab 14 Jahren In der Regel ab Klasse 8 und Eltern Frauen und Mütter Lehrer/innen und Fachkräfte Öffentlichkeit Zielgruppe	○ Beratungsangebote ○ Präventionsveranstaltungen zum Thema „Essstörung“ ○ Beratungsangebote ○ Fachgespräche und Schulungen ○ Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Essstörungen“

Präventionseinrichtung/Institution	Anschrift & Kontakt	Öffnungszeiten	Suchtmittel		Angebote
Polizei Krefeld - Kriminalkommissariat Kriminalprävention/Opferschutz	 Hansastr.25 47799 Krefeld  634 4902  634 4939 @joerg.grothus@polizei.nrw.de	Mo. – Fr. 8.00 Uhr- 15.30 Uhr	Legale und illegale Drogen	10-18- Jährige Ab 8.Klasse Eltern Lehrer/innen, Fachkräfte in Jugendeinrichtungen und Ehrenamtliche Gewerbetreibende Öffentlichkeit	○ Jugendschutzkontrollen (Alkohol- und Tabakkonsum) ○ Aufklärung und Information von Schulklassen ○ Elternabende und telefonische und persönliche Beratung/Information jeweils zu rechtlichen Aspekten ○ Veranstaltungen zum Thema ○ Jugendschutzkontrollen ○ Flyer mit Infos ○ Informationen durch Medienberichte

2.3.2 Informationen zur Präventionsarbeit von Schulen

Zur Präventionsarbeit in den Krefelder Schulen hat der Fachbereich 40 der Stadt Krefeld - Schule, Pädagogischer und Psychologischer Dienst (hier: Schulamt der Stadt Krefeld) folgenden Text verfasst:

Im §2 des Schulgesetzes des Landes NRW ist die Entwicklung der Freude, gesund leben zu wollen, als Aufgabe im Rahmen des Bildungs- und Erziehungsauftrags von Schulen verankert. Hierzu gehört auch, wie im §54 des Schulgesetzes des Landes NRW formuliert, in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden die Schulgesundheit der Schülerinnen und Schüler zu fördern, „ (...) Krankheiten (...) vorzubeugen, sie frühzeitig zu erkennen und Wege zu ihrer Heilung aufzuzeigen.“ Die Gesundheitserziehung versteht sich als Persönlichkeits(aus)bildung, d.h. den Schülerinnen und Schülern werden exemplarische Kenntnisse und Handlungsmöglichkeiten vermittelt, die ihnen helfen, einen eigenverantwortlichen und selbstständigen Umgang mit der eigenen Gesundheit zu pflegen.

Die Thematik der Sucht- und Drogenprävention in der Schule ist Teil dieser Gesundheitsbildung und wird durch entsprechende Richtlinien und die Lehrpläne einiger Fächer, sowie gesetzliche und erlassmäßige Vorgaben geregelt. Der „Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs und des Tabakkonsums“ wird hierbei durch einen Runderlass des Kultusministeriums in besonderer Weise Rechnung getragen:

„Um dem Alkohol- und Tabakkonsum von Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken, besteht eine (...) wichtige Aufgabe der Gesundheitserziehung in der Schule darin, die Schülerinnen und Schüler aller Altersstufen über die biologischen, psychologischen und sozialen Probleme des Konsums von alkoholischen Getränken und Tabakwaren zu unterrichten. Dabei kommen der Einstellungsänderung und dem Aufbau positiver Verhaltensbereitschaften besondere Bedeutung zu.“

In der Primarstufe erfolgt die Suchtprophylaxe durch eine fächerübergreifende ganzheitliche und präventive Gesundheitsbildung mit Schwerpunkten in einzelnen Fächern. Dazu gehören u.a.:

- in Deutsch: Umgang mit Medien,
- im Sachunterricht: Wahrnehmung des Körpers und seiner Fähigkeiten, Erkunden und Beschreiben unterschiedlicher Ernährungsgewohnheiten und deren Folgen, Kennenlernen der Grundsätze der Körperpflege und gesunden Lebensführung, Bewerten von Konsumgewohnheiten,
- im Sport: Entwicklung eines Verständnisses für ein funktionell richtiges Bewegen, Schulung der Körperwahrnehmung, Koordination und Kondition, Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins.

In der Sekundarstufe erfolgt die Suchtprophylaxe durch eine sachgerechte Aufklärungsarbeit und durch die unterrichtliche Aufarbeitung der Themen in unterschiedlichen Fächern (u.a. Biologie/Chemie, Religionslehre, Gesellschaftslehre, Deutsch). Die Verfahrensweisen und Inhalte sind an die Vorgaben der Richtlinien der einzelnen

Schulformen der Sekundarstufe und den Lehrplänen der unterschiedlichen Fächer gebunden.

Die Aufgaben der Gesundheitserziehung und Suchtprophylaxe werden von den Schulen eigenverantwortlich wahrgenommen. Als sogenannte innere Schulangelegenheiten entzieht sich die Wahrnehmung dieser Aufgaben weitestgehend der Einflussnahme durch die Schulverwaltung. Unterstützt und kontrolliert werden die Schulen bei Bedarf durch die jeweils zuständige Schulaufsicht. Der Beitrag des Schulträgers der Stadt Krefeld bezieht sich insoweit überwiegend auf die Bereitstellung von Medien und Materialien zur schulischen Suchtprävention. Der örtlichen Schulaufsicht - die für die Grund-, Haupt und Förderschule zuständig ist - ist bekannt, dass an den Schulen vielfältige Aktivitäten im Rahmen der Suchtprophylaxe stattfinden und Angebote vorgehalten werden. Diese sind z.B.: Zusammenarbeit mit außerschulischen Organisationen (Jugendhilfe, Gesundheitsbehörden, Suchtberatungsstellen, Krankenkassen, Polizei - Kriminalkommissariat Kriminalprävention/Opferschutz), Verwendung der Unterrichtsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, unterrichtliche Aufklärungsarbeit, Elterninformationsveranstaltungen, themenorientierte Lehrerkonferenzen, Beratungslehrer für Suchtvorbeugung, Lehrerfortbildung und Teilnahme am Arbeitskreis Suchtprävention.

3. Handlungserfordernisse und Entwicklungen

Trotz der Vielfalt der vorhandenen Angebote sowohl im Suchtpräventionsbereich als auch im Suchthilfebereich Krefelds konstatieren Experten verbesserungs- bzw. ausbaufähige Bereiche, die im alltäglichen Praxisbezug evident geworden sind. Nachfolgend sind die entsprechenden Themenkomplexe aufgeführt, die für alle in der Suchtarbeit vor Ort tätigen Anbieter Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft darstellen.	
Suchtprävention: Die im Suchthilfekonzept aus dem Jahr 2012 geforderten Veränderungen im Bereich der Suchtvorbeugung in Krefeld konnten zu einem großen Teil umgesetzt werden. Die vier Hauptakteure in der Präventionsarbeit, bestehend aus der Fachstelle für Suchtvorbeugung der Caritas Krefeld, Vertretern des Fachbereichs Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung, des Fachbereichs Schule, Pädagogischer und des Psychologischen Dienstes der Stadt Krefeld und des Kriminalkommissariats Kriminalprävention und Opferschutz gründeten eine Arbeitsgemeinschaft, die viermal jährlich zusammenkommt. Die engere Zusammenarbeit und Abstimmung untereinander hat zur Weiterentwicklung und Verbesserung bereits bestehender Konzepte geführt. Die unterschiedlichen Einsatzorte und Aufgaben der verschiedenen Akteure konnten klarer und transparenter definiert werden, um einen zielgenauen und nachhaltigen Einsatz zu gewährleisten. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass die oben angeführte Fachstelle für Suchtvorbeugung die nur zu einem Viertel aus Landesmitteln finanziert wird, ab dem Jahr 2020 nicht aufrechterhalten werden kann, sofern sich keine weiteren Finanzierungsmöglichkeiten ergeben. Hier gilt es, eine Lösung zu finden.	Vernetzung
Die vorhandenen Angebote im Bereich Suchtvorbeugung zu den beiden Hauptthemen Alkohol und Cannabis in den weiterführenden Schulen werden nach wie vor gut angenommen, wobei die Anfragen zur	Schule

Cannabisprävention deutlich zugenommen haben. Eine weiterführende Vernetzung aller Schulen und den entsprechenden Stellen ist wünschenswert. Um diese zu erreichen, ist ein zentraler Internetauftritt erstrebenswert, der alle Zugänge zu Angeboten der Suchtvorbeugung aufzeigt. Weiterhin ist es erforderlich, Lehrer und Lehrerinnen entsprechend fortzubilden, um zeit- und situationsgerecht mit den Anforderungen im Bereich Sucht umgehen zu können.	
Das Einbinden von Kindern und Jugendlichen, sogenannte Peergruppenarbeit, ist eine besonders sinnvolle Ergänzung bisheriger Angebote. Jugendliche werden durch die Fachkräfte befähigt, Vorbeugungsarbeit innerhalb ihrer Peergroup selbst zu leisten. Hierbei werden ältere Schüler als Ansprechpartner für „Suchtfragen“ weitergebildet, so dass sich die jüngeren Schüler mit entsprechenden Fragen und Problemen an sie wenden können. Die Peergruppenarbeit, stellt für die Schüler einen besonders niederschweligen Zugang zu einem Hilfs- und Informationsangebot, direkt in der eigenen Lebenswelt, dar. Sie bietet ein hohes Maß an Akzeptanz innerhalb der Zielgruppe und erleichtert den Austausch insbesondere über sensible (Jugend-) Themen. Eine weitere Implementierung an Schulen in Krefeld erscheint aufgrund der guten Erfahrungen als sinnvoll.	- Peergruppenarbeit
Im Bereich der Prävention von Medienabhängigkeit/-sucht bei Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Anfragen zu verzeichnen. Auch die gesamtgesellschaftliche Entwicklung spricht für die Notwendigkeit, die bereits bestehenden Angebote für die 5., 6. und 7. Klassen nicht nur weiter zu etablieren, sondern auch ein entsprechendes Angebot auf den Grundschulbereich auszuweiten.	- Medienabhängigkeit
Hierbei liegen die Aufgaben der Prävention einerseits in der Aufklärung und andererseits in der Stärkung der Persönlichkeit mit den einzelnen Schutzfaktoren. Neben der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen spielen die Eltern eine wichtige Rolle in der Präventionskette, da sie selbst eine Vorbildfunktion haben. Dabei ist es wichtig, dass Eltern einen eigenen Standpunkt	

zu dem medialen Angebot vertreten und ihr eigenes Medienverhalten reflektieren. Die vorhandenen Kompetenzen können durch den Austausch mit anderen Eltern gestärkt werden. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, die Elternarbeit zum Thema Medienerziehung bereits in den Kindergärten und Grundschulen zu integrieren. Eine weitere Zielgruppe im Rahmen der Angebote im Bereich Medienabhängigkeit sind Multiplikatoren und Fachkräfte. Hier liegt der Schwerpunkt auf den Weiterbildungen von Lehrkräften, die das Thema der Medienkompetenz an die Schulen tragen sollen. Es besteht ein bereits beschriebener Bedarf an weiteren Angeboten. Eine Herausforderung stellt weiterhin das Erreichen besonders der Eltern aus sozial schwierigen Milieus dar. Um diese Zielgruppe zu erreichen, sollten kreative Angebote geschaffen werden. Eines dieser Angebote stellt die mobile Theatergruppe „Juckreiz“ dar, die die aktuellen Themen und Probleme authentisch in den Mittelpunkt rückt. Auch die Schulung von Elternbegleiter/-innen, wie sie in der Vergangenheit in Kooperation mit dem Kommunalen Integrationsdienst im Rahmen des Rucksackprojektes durchgeführt wurde, kann ein möglicher Zugang zu Eltern sein. Die beschriebenen Angebote sollen weiter entwickelt und ausgebaut werden. Das bereits in der Suchthilfekonzeption 2012 aufgeführte Handlungserfordernis, weiter ein besonderes Augenmerk auf das Erreichen von Eltern aus sozial schwierigen Milieus zu legen, hat also weiterhin Bestand. Es wird im Rahmen der „Kommunalen Präventionsketten“ ebenfalls an neuen Modellen gearbeitet. Im Rahmen der Prävention im Bereich Essstörungen und Themen der Selbstwahrnehmung, Selbstdarstellung (vor allem in den sozialen Medien) und Stärkung eines gesunden Selbstbewusstseins sollen bestehende Module für Schulen, Jugendeinrichtungen und Institutionen weiter angeboten werden.	- Multiplikatoren Elternarbeit Essstörungen
--	--

Weiterhin gilt es, die bestehenden Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in Institutionen, Betrieben und auch Vereinen weiter auszubauen. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf die Fortbildung von Multiplikatoren (Pädagogen in Bildungseinrichtungen, Führungskräfte, Ausbilder oder betriebliche Suchthelfer, Trainer) gerichtet sein. Andere bereits bestehenden Angebote wie z.B. Gesundheitstage oder Dienst-, Betriebsvereinbarungen sollten gezielter kommuniziert werden.	Betriebe, Institutionen, Vereine
Aufgrund der weiterhin anhaltenden Debatte über eine Freigabe/Legalisierung von Cannabis in Deutschland ist eine Veränderung der gesellschaftlichen Wahrnehmung zu verzeichnen. Cannabis wird von Jugendlichen und jungen Erwachsenen vermehrt verharmlosend dargestellt, und es entsteht teilweise eine große Sorge und Unsicherheit bei Eltern, Lehrern und auch bei Fachkräften, die mit dem Klientel in der Jugendhilfe arbeiten. Sollte es in den nächsten Jahren zu einer Freigabe von Cannabis kommen, müssen Konzepte und Programme, insbesondere im Bereich der Informationsvermittlung, angepasst werden, um den veränderte Bedürfnissen in der Prävention bei Jugendlichen aber auch der Eltern- und Multiplikatorarbeit zu entsprechen.	Cannabis
Im Gegensatz zum Bereich der Cannabisprävention fehlen nachhaltige Programme in Bezug auf leistungssteigernde Substanzen für junge Erwachsene (für die Altersgruppe von 18 bis 24 Jahre). Von einer Notwendigkeit für Präventionsarbeit im Bereich der Hochschulen, der Berufsausbildung und der weiterführenden Schulen kann ausgegangen werden (siehe dazu auch Kapitel 1.2.2). Hier sollten bestehende Kooperationen ausgebaut und angepasste Konzepte entwickelt und umgesetzt werden.	Leistungssteigernde Mittel
Suchtprävention gewinnt an Bedeutung, da Suchtprobleme im Alter aufgrund der demographischen Entwicklung sowie auch durch die allgemein bessere	Senioren

(sucht)medizinische Versorgung und die daraus resultierende höhere Lebenserwartung weiter zunehmen. Die Zahl der älteren Menschen, die vor allem Alkohol oder Medikamente missbrauchen, wird auch in den kommenden Jahren weiter steigen. Bereits seit 2016 werden Fachkräfte, die mit der Zielgruppe arbeiten, geschult und fortgebildet. Hierbei geht es um die Sensibilisierung und Qualifizierung der Altenhilfe, Pflege und Ärzteschaft für die Belange von suchtgefährdeten älteren Menschen, in Kooperation mit der Suchthilfe. Es ist zu erwarten, dass der entsprechende Bedarf in kommenden Jahren zunehmen wird. Das bereits bestehende Netzwerk genutzt werden, um vorbeugende Maßnahmen in den unterschiedlichen Quartieren in Krefeld anbieten zu können und Jugendliche sowie deren Eltern zu erreichen. Es fehlen weiterhin spezifische Angebote für Kinder von suchtkranken Eltern (-teilen), durch welche diese Kinder- und Jugendliche gestützt und sie zu der Verarbeitung ihrer Problemlagen befähigt werden sollen. Grundsätzlich ist es sinnvoll, Resilienzen/Resilienzfähigkeiten bei Kindern suchtkranker Eltern zu fördern. Der Kontakt, Umgang und die Arbeit der Mitarbeiter von Suchthilfeinstitutionen bezieht sich in der Regel auf Erwachsene, junge Erwachsene und gegebenenfalls jugendliche Menschen. Es ist daher sinnvoll, dass die Unterstützung für die Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern in gegenseitiger Ergänzung der jeweiligen Fachkompetenzen durch die Bereiche Suchthilfe und erzieherische Hilfen/Jugendhilfe übernommen wird. Auch Fortbildungen für Erzieher und Lehrer sollten um das Modul Sucht - Kinder aus suchtbelasteten Familien erweitert werden. Neben der inhaltlichen Notwendigkeit, Kinder und Jugendliche von entsprechend ausgebildeten Fachleuten betreuen zu lassen, wird - auch vor dem Hintergrund ständig knapper werdender (finanzieller) Ressourcen - eine Integration dieser Kinder in bereits bestehende Gruppen der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder aus unterschiedlich belasteten Familien gefor-	Jugendarbeit - Kinder und Jugendliche von suchtkranken Eltern
---	--

dert. Allerdings wäre bezüglich dieser Gruppen eine Pauschalfinanzierung sinnvoll, da die Hürde für suchtmittelabhängige Eltern bei der Beantragung von Einzelfallhilfen als besonders hoch anzusehen ist. Kinder von suchtkranken Eltern haben dadurch aktuell große Schwierigkeiten, in den bereits offenen Gruppen anzukommen. Derartige Angebote dürften jedoch nicht zulasten der Einzelunterstützung dieser Kinder durch die Kinder- und Jugendhilfe sein, für die ebenfalls ein weiterer Bedarf besteht. Dabei sind auch der Ausbau entsprechender Netzwerkarbeit, wie des Netzwerkes „Kindersicht - Hilfen für Kinder und Jugendliche mit einem psychisch erkrankten Elternteil und ihre Familien in Krefeld“, und weitere fachübergreifende Kooperationen, etwa durch Fachtagungen, wünschenswert. Ziel muss es sein, im bestehenden System durch weitere Kooperationen und Vernetzung bestehende Hilfen auszubauen, entsprechende Versorgungslücken zu schließen und Möglichkeiten zu entwickeln, entsprechende Kinder zu identifizieren. Für junge Erwachsene und Erwachsene, deren Eltern bzw. Elternteile suchtmittelabhängig sind, existieren mittlerweile Selbsthilfegruppen als Angehörigengruppen, allerdings in Rheinberg und Mönchengladbach, die auch offen für Krefelder Betroffene sind. Eine entsprechende Selbsthilfegruppe wäre auch für Krefeld wünschenswert. Nachhaltige Suchtpräventionsarbeit vor Ort bedarf einer adäquaten Anpassung der finanziellen und personellen Ressourcen für die erforderlichen bestehenden und neuen Angebote. Suchthilfe: Für suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche aus Krefeld erfolgt die Akutbehandlung (einschließlich Entzug) in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen, Essen und auch Hamm. Beratung erfolgt durch die Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenfra-	- erwachsene Kinder von suchtkranken Eltern Ressourcen suchtkranke Kinder und Jugendliche
--	--

gen der Caritas im Rahmen des allgemeinen Beratungsangebotes. Es wird darüber hinaus auf die Bedeutung spezieller Beratungsangebote - neben Entzug und Behandlung - für Minderjährige und auch deren Angehörige hingewiesen, die auf die besondere Situation minderjähriger Suchtmittelgebraucher eingehen können.	
Neben den stoffgebundenen Süchten sind Kinder und Jugendliche heutzutage insbesondere auch von stoffungebundenen Süchten, insbesondere Mediensucht/ Online-Sucht oder vom entsprechenden problematischen, exzessiven Verhalten im Umgang mit (Online-) Medien betroffen. Mittlerweile wurden in Krefeld als diesbezügliche Beratungsangebote von der Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenfragen der Caritas und auch vom Alexianer-Krankenhaus dazu spezielle offene Sprechstunden geschaffen, die auch von Angehörigen in Anspruch genommen werden können. Darüber hinaus nimmt die Beratungsstelle am deutschlandweiten Online-Beratungsangebot der Caritas zum Schwerpunkt Computersucht teil. Es sei darauf verwiesen, dass im Internet einige weitere Online-Beratungsangebote zu diesem Themenfeld existieren.	verschiedene Arten von Sucht
Die in der Suchthilfekonzeption 2012 bereits geforderte Jugend-Suchtsprechstunde, die in das bereits bestehende Suchthilfesystem - in Kooperation mit der Jugendhilfe - integriert werden sollte, konnte bislang nicht realisiert werden. So könnte die Jugendhilfe den betroffenen Kindern und Jugendlichen sinnvollerweise den Zugang zu Angeboten des Suchthilfesystems erleichtern (z.B. Selbstkontrolltrainings hinsichtlich des Konsums von Suchtmitteln oder Verhaltensweisen oder Frühinterventionsmaßnahmen).	Jugend-Suchtsprechstunde
Auch die Einrichtung einer Selbsthilfegruppe für junge suchtkranke Erwachsene sollte in Erwägung gezogen werden, wobei darauf zu achten wäre, dass die besonderen Belange und Bedürfnisse dieser jungen Menschen im Fokus stehen.	junge suchtkranke Erwachsene

Im Bereich des illegalen Drogenkonsums ändern sich oftmals Konsummuster (ein Konsummuster bildet sich vor allem aus Häufigkeit, Menge, Konsumform, subjektiver Bedeutung) und Konsumphasen, denen in Form von entsprechenden Angeboten des Suchthilfesystems Rechnung getragen werden muss. Es ist wichtig, den unterschiedlichen und wechselnden Konsumtypen gerecht zu werden, entsprechend müssen die Angebote adäquat modifiziert werden. So geht es weiterhin auch um die Fragen der Anpassung der Behandlungskonzepte beziehungsweise möglicher neuer Hilfsangebote für Menschen mit entsprechendem polyvalentem Konsum. Es wird zur Klarstellung vorab darauf hingewiesen, dass die meisten der suchtkranken Menschen, die sich sichtbar in der Stadt, insbesondere an öffentlichen Plätzen, aufhalten, eine eigene Wohnung haben und dass es eine große Gruppe von suchtkranken Menschen gibt, die lange völlig unauffällig in der Stadt leben. Seit einiger Zeit jedoch wird eine steigende Anzahl wohnungsloser oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen mit (mehreren) Abhängigkeiten und gleichzeitigen psychischen Krankheiten vermutet, bei denen eine Verelendungsgefahr befürchtet werden muss. Bei den Beratungen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, insbesondere der Untergruppe Erwachsenenpsychiatrie, spielt die Gruppe jener Menschen, die auffällig sind und für die die üblichen Hilfsangebote daher nicht adäquat sind, eine besondere Rolle. Die Entwicklungen sind dringend weiter zu verfolgen und hinsichtlich möglicher Hilfsangebote für die Menschen zu diskutieren. Erste Wege der fachübergreifenden Kooperation und Vernetzung sind beschritten worden. Aufgrund der unterschiedlichen Sozialisation der verschiedenen Konsumententypen muss es weiterhin möglich sein, die Akutbehandlung je nach Bedarf der suchtabhängigen Person räumlich getrennt vorzu-	(il)legale Drogen - Konsummuster, -phasen, -typen wohnungslose Menschen - abhängig und psychisch krank Akutbehandlung
--	--

nehmen. Beim Thema Substitutionsbehandlung opiat- oder heroinabhängiger Menschen ist dafür zu sorgen, dass die exzellente Vernetzung, Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Partnern wie substituierenden Praxen, Kliniken, Apotheken und psychosozialen Beratungsstellen im Sinne der Patienten vor Ort beibehalten wird. Hier sei auf den Krefelder (Fach-)Arbeitskreis Substitution hingewiesen (siehe Kapitel 1.4). Besondere Aufmerksamkeit muss dabei weiterhin auf die Einhaltung der fixierten Qualitätsstandards bezüglich der Substitutionsbehandlung und der psychosozialen Betreuung durch die beteiligten Anbieter gelegt werden. Bezüglich der Einschätzung der Substitutionsbehandlung mit dem Mittel Diamorphin (Heroin als Medikament - Originalstoffbehandlung), die zur Zeit in Krefeld nicht durchgeführt wird, lässt sich für Krefeld konstatieren, dass sich hier eine Substitution mit den herkömmlichen Mitteln (z.B. Methadon) für die entsprechenden Patienten bewährt hat. Eine Substitution mit Diamorphin kann eventuell in definierten Einzelfällen bei schweren Verläufen als Ultima Ratio nach individueller ärztlicher Entscheidung sinnvoll sein und ist nur unter besonderen Voraussetzungen möglich. Die Anzahl der hier potenziell in Frage kommenden Menschen ist nach Einschätzung der Mitglieder des Arbeitskreises Substitution sehr gering. Wenn tatsächlich im Einzelfall bei einer Person in Krefeld eine Substitutionsbehandlung mit Diamorphin angezeigt war bzw. sein sollte, konnte in der Vergangenheit bzw. kann zukünftig eine individuelle überregionale Lösung gefunden werden. Ein entsprechendes Regelangebot aber wird (von den, zum Teil langjährig in der Substitutionsbehandlung tätigen, erfahrenen Fachleuten) für Krefeld als Stadt in dieser Größenordnung für nicht erforderlich angesehen. Grundsätzlich werden die vor Ort vorhandenen Angebote der Substitutionsbehandlung - einschließlich dem Substitutionsbehandlungsangebot mit dem retardierten (=verzögernd den Wirkstoff freisetzen-	Substitutionsbehandlung Originalstoffvergabe
---	--

den) Morphinpräparat Substitol - als umfänglich, sinnvoll und ausreichend angesehen. Ein Drogenkonsumraum ist eine schadensreduzierende Einrichtung für den Vorgang des Konsumierens von für den Eigenverbrauch mitgebrachten illegalen Substanzen (Betäubungsmittel), der unter bestimmten Voraussetzungen für die Zeit des Konsumierens genutzt werden kann. Nach der Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen des Landes Nordrhein-Westfalen vom 1.12.2015 dürfen mittlerweile in NRW auch suchtkranke Menschen, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, einen Drogenkonsumraum nutzen. Der Krefelder Arbeitskreis Substitution hat in seiner Stellungnahme dazu zum Ausdruck gebracht, dass er aus fachlicher Sicht die Nutzung eines derartigen Angebotes durch Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, mit dem Ziel, dort gegebenenfalls gleichzeitig und unkontrolliert illegale Drogen zu konsumieren, besonders vor dem Hintergrund des möglichen Rückfalls und des letalen Risikos, als problematisch ansieht. Von Fachleuten ist berichtet worden, dass die Anzahl der Notarzteinsätze in einigen Drogenkonsumräumen in Nordrhein-Westfalen seit der o.a. Änderung der Verordnung deutlich gestiegen ist (wegen massiver Intoxikation mit Atemdepression). Inwieweit ein möglicher Drogenkonsumraum vor Ort auf freiwilliger Basis für die Zeit des Konsumvorgangs in Anspruch genommen und akzeptiert würde, ist grundsätzlich nach wie vor nur schwer einschätzbar. Bei den Fachstellen ist ein konkreter Bedarf an einem Drogenkonsumraum weiterhin nicht erkennbar, was aber nicht bedeutet, dass dessen Sinnhaftigkeit nicht weiterhin beobachtet werden sollte. Darüber hinaus wurde in der Diskussion zu diesem Thema im Arbeitskreis Substitution, aber auch in der Stadt Krefeld und im Ausschuss für Gesundheit der Stadt dazu der gesetzlich vorgegebene enorme fachliche, bauliche und finanzielle Aufwand gesehen, der	Drogenkonsumraum
---	-------------------------

zum Aufbau und zur Durchführung eines solchen Angebotes aufgrund der Bestimmungen unerlässlich wäre. Es wird zudem darauf hingewiesen, dass ein entsprechendes Angebot in Krefeld auch weitere Drogenkonsumenten aus den umliegenden Kommunen/ Kreisen (Kreis Viersen, Kreis Wesel, Mönchengladbach, Kreis Kleve) akquirieren könnte. Zur Sprache gebracht wurde nun auch das mögliche Angebot eines Drogenkonsum-Mobils, auch mobiler Drogenkonsumraum genannt. Hier sollten die Informationen und Erfahrungen des bis dato einzigen Anbieters in Deutschland (Berlin) und auch die Überlegungen anderer interessierter Kommunen (z.B. Dortmund) in die allgemeinen Beratungen einfließen, um so unter Berücksichtigung der vor Ort geltenden Voraussetzungen und Bestimmungen die mögliche Übertragbarkeit, Sinnhaftigkeit und Machbarkeit bezüglich Krefeld ausloten zu können. Weiterhin Bestand hat der Hinweis, dass für arbeitsfähige substituierte Frauen und Männer tagesstrukturierende Beschäftigungsmaßnahmen fehlen, um schrittweise ihren Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit zu fördern und zu begleiten. Es gibt mittlerweile ein Casemanagement mit intensiver Einzelfallbetreuung für chronifizierte suchtkranke Menschen, mit dem Ziel, sie in den Arbeitsmarkt zu bringen. Ein Ausbau der Beschäftigungsmaßnahmen für suchtmittelabhängige Menschen generell ist anzustreben (auch zum Beispiel sogenannte Arbeitsangelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, früher 1-Euro-Jobs genannt). Es sei auf das Reinigungsprogramm auf dem Theaterplatz durch betroffene suchtkranke Menschen nach dem Verursacherprinzip hingewiesen. Die Finanzierung bestehender Angebote des Suchthilfesystems grundsätzlich ist dauerhaft zu gewährleisten.	tagesstrukturierende Maßnahmen - für substituierte Menschen - für chronifizierte suchtkranke Menschen Ressourcen
--	---

ten. Dass das Suchthilfesystem erfreulicher Weise immer mehr Menschen erreicht, heißt, dass eine Anpassung der finanziellen und personellen Ressourcen für die entsprechenden Angebote erforderlich ist. Oftmals handelt es sich um Menschen, die multimorbide und chronifiziert erkrankt sind, so dass sich ein erhöhter Betreuungs- und Beratungsbedarf und ein entsprechend erhöhter und auch noch qualifizierterer Ressourceneinsatz ergeben. Bei der Anpassung der Hilfeangebote muss auch die Zunahme des polyvalenten Konsums mehrerer Suchtmittel (illegale wie legale) berücksichtigt werden. Wichtig ist, dass auch hier alle bestehenden Angebote dauerhaft auskömmlich finanziert werden, was zur Zeit nicht in allen Bereichen gewährleistet ist. Die in der letzten Suchthilfekonzeption vor diesem Hintergrund geforderte Ausweitung der Öffnungszeiten des Cafés Pause (Tagestreff - Kontaktladen und Unterstützungsangebot für drogenkonsumierende Menschen) beispielsweise auch auf das Wochenende, die mittlerweile für den Zeitraum samstags 11:00 Uhr bis 14:30 Uhr realisiert werden konnte, wird gut angenommen. Es gibt Überlegungen hinsichtlich der Ausweitung der Leistungen der Suchthilfe-Streetworker - auch vor dem Hintergrund eines in Rede stehenden möglichen sogenannten Krefelder Bürgertelefons im Zusammenhang mit suchtkranken Menschen. Hier ist darauf zu achten, dass gegebenenfalls derartige Beratungs-, Unterstützungs- und Vermittlungsaufgaben dieser Streetworker auf die sie betreffenden drei Säulen der Suchthilfekonzeption (siehe Vorwort) ausgerichtet werden. Angebote des „Stationär Betreuten Wohnens“ sind in Krefeld derzeit für geistig, körperlich und/oder psychisch Erkrankte verfügbar, jedoch immer noch nicht für suchtmittelabhängige Menschen, was sinnvoll wäre. Der zuständige Landschaftsverband Rheinland	erhöhter Betreuungs- und Beratungsbedarf Café Pause Suchthilfe-Streetworker Wohnformen suchtkranker Menschen
---	--

hat hier aber keine weiteren stationären Plätze in Aussicht gestellt. Spezielle Angebote für psychisch- und/oder geistig behinderte Menschen mit Suchtmittelkonsum befinden sich weiterhin im Aufbau. Es gibt immer noch keinen systematischen Ausbau, aber einzelne Kooperationen. Hier ist eine weitere Konzeption und Entwicklung gefragt, insbesondere vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in Richtung „ambulant vor stationär“. Eine Vernetzung zwischen den Hilfesystemen ist zu fokussieren, da die Suchthilfe allein mit dieser Problematik überfordert ist. In der Altenhilfe wird weiterhin vermehrt eine Suchtmittelproblematik der Bewohner von Heimen wahrgenommen und nach Lösungswegen gesucht. Suchtmittelmissbrauch ist bei älteren Menschen oft nicht einfach zu erkennen, da viele Symptome nur schwer von altersbedingten Symptomen abzugrenzen sind. Diese Problematik trifft ebenfalls auf die ambulante Altenhilfe und -pflege im häuslichen Bereich zu. Die in der letzten Suchthilfekonzeption geforderten Mitarbeiter-Fortbildungen bezüglich Suchtverhalten von alten und pflegebedürftigen Menschen, die sich nicht nur auf die stationäre Altenpflege beschränken, sondern auch die Pflege im häuslichen Umfeld einschließen, sind mittlerweile teilweise etabliert. Da entsprechend dem demographischen Wandel auch suchtmittelabhängige Menschen älter und oftmals mit, längerer Lebensdauer, auch kränker und/oder pflegebedürftiger werden, zeigt sich der Bedarf an adäquaten Lebens- und Wohnformen, in denen Betreuung und gegebenenfalls auch Pflege dieser Menschen angeboten wird. Herkömmliche Alten- und Pflegeheime decken diesen Bedarf in der Regel nicht ab, da diese Personen zum Teil jünger sind, einen eher unkonventionellen Lebensstil pflegen und, im Sinne der Schadensminimierung, ein ihre Erkrankung akzep-	ambulante Angebote für psychisch und/oder geistig behinderte Menschen mit Suchtmittelkonsum suchtkranke Senioren in Heimen und in der ambulanten Altenhilfe und -pflege Fortbildungen Entwicklungen hinsichtlich des Wohnens und der Pflege suchtkranker Senioren
---	---

tierendes Umfeld benötigen. Insbesondere an diesem Punkt befinden sich die Heime in einem Dilemma, da von ihnen erwartet wird, sich für Personengruppen zu öffnen, für die sie sich nicht originär zuständig sehen. Denkbar wären festgelegte, eigenständige Gruppen in Altenheimen, strukturiert wie Wohngruppen, in denen individuell auf die Bedürfnisse dieser eher untypischen Bewohner eingegangen werden kann. Es gibt mittlerweile erste Überlegungen hinsichtlich der Realisierung derartiger Angebote.	
Im Bereich der Computerspiel- und Internetsucht (Mediensucht) bzgl. verschiedener Zielgruppen muss die Implementierung adäquater Beratungs- und Behandlungsangebote und deren Vernetzung weiterhin Ziel für Krefeld sein. Mittlerweile gibt es hier zwei Beratungs- und Vermittlungsangebote in Behandlung und eine gut funktionierende Selbsthilfegruppe. Die Lage sollte weiter beobachtet werden, zumal sich derzeit hauptsächlich Angehörige dem Beratungsangebot zuwenden.	Mediensucht
Fachleute berichten darüber, dass sie zunehmend mit dem Thema der Abhängigkeit von Schmerzmitteln aus der Wirkstoffgruppen der Opiode konfrontiert werden und dass für entsprechende Personen eine eigene adäquate Herangehensweise und Kooperation wichtig ist. Dem gesamten Themenkomplex sollte verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt werden	Schmerzmittel-Abhängigkeit
Eine Koordination der hier im Rahmen der Suchthilfekonzeption zuständigkeitshalber (von der Gesundheitskonferenz) behandelten, im Vorwort beschriebenen Themenkomplexen mit den an anderen Stellen vor Ort angesiedelten Sucht-Themenbereichen der Repression im polizei- und ordnungsrechtlichen Sinne wird - dem Beispiel anderer Städte folgend - weiterhin als sinnvoll angesehen. Dazu sollte auf Augenhöhe in einer übergeordneten Lenkungsgruppe eine strukturierte Zusammenarbeit des Suchthilfesystems (einschließlich Suchtpräventi-	Koordination der vier Säulen der Suchtpolitik

on), also der drei Säulen in der Suchthilfekonzeption, mit der vierten Säule, für die der Ordnungs- und Sicherheitsbereich zuständig ist, etabliert werden. In dieser Gruppe sollten insbesondere Schnittstellenthemen, die beide Bereiche tangieren, (so auch Vorschläge wie der des Bürgertelefons, s.o.), beraten werden. Mit der geforderten Realisierung einer internetfähigen Fassung der Suchthilfekonzeption, die schrittweise umgesetzt werden soll, wurde begonnen. Forderungen, die nicht von kommunaler Seite beeinflussbar sind: Ambulante und stationäre Therapien zur Nikotinentwöhnung Erwachsener werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert. Diese bezuschussen lediglich bestimmte Nichtraucher-Kurse als Präventionsmaßnahmen nach § 20 SGB V. Eine Aufnahme der Nikotinentwöhnung in den Leistungskatalog der Krankenkassen sollte erfolgen. Die oftmals notwendige stationäre Entzugsbehandlung bei Cannabisabhängigkeit und ebenso bei Amphetaminabhängigkeit wird nicht bzw. nur eingeschränkt von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Eine entsprechende reguläre Kostenübernahme sollte in deren Leistungskatalog aufgenommen werden.	Internetpräsenz übergeordnete Forderungen: Nikotin Cannabis und Amphetamine
---	---

4. Quellen, Literaturhinweise, weitere Informationen

Institut für Therapieforschung München:

Epidemiologischer Suchtsurvey (2015, u.a. - Querschnittsbefragungen zu Konsum und Missbrauch von psychoaktiven legale und illegale Substanzen in der deutschen Allgemeinbevölkerung der 18- bis 64-Jährigen (siehe: Rubriken Studien, Ergebnisse, Publikationen - fortlaufend; gefördert durch das Bundesgesundheitsministerium).

Informationen unter: www.esa-survey.de. Zugriff am 30.07.2018.

Und dort auch angesiedelt:

Deutsche Suchthilfestatistik (der teilnehmenden Einrichtungen).

Informationen unter www.suchthilfestatistik.de. Zugriff am 30.07.2018.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht des European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction:

Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2016/2017 (bezüglich illegaler Drogen, jährliche Berichte) und weitere Publikationen.

Informationen unter: www.dbdd.de (siehe auch: www.bzga.de, dort unter Fachpublikationen). Zugriff am 30.07.2018.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (one of the EU's decentralised agencies):

European Drug Report 2017, Country Drug Reports (auch Deutschland, siehe vorheriger Eintrag) und verschiedene weitere Publikationen bezüglich illegaler Drogen in europäischen Ländern.

Informationen unter: www.emcdda.europa.eu. Zugriff am 30.07.2018.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS):

Veröffentlichungen, insbesondere Daten und Fakten zu den verschiedenen Suchtstoffen, -verhalten, weiterführende detaillierte Informationen dazu, Reihen, Stellungnahmen, Faltblätter und Positionen der DHS, Info-Material und von der DHS publiziertes Jahrbuch Sucht (fortlaufend).

Informationen unter: www.dhs.de, Zugriff am 28.07.2018.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

Orth, B. Drogenaffinitätsstudie - Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015, Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. 2016 - u.a. Basisberichte und verschiedene Teilbände (fortlaufende Studie).

Informationen unter: www.drogenbeauftragte.de/presse/pressekontakt-und-mitteilungen. Zugriff am 30.07.2018.

Bei BZgA angesiedelt: Internetportal über legale und illegale Drogen.

Informationen unter www.drugcom.de. Zugriff am 30.07.2018.

Ebenfalls bei BZgA angesiedelt: Informationsportal zum Thema Alkohol.
Informationen unter: www.kenn-dein-limit.de. Zugriff am 30.07.2018.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung:
Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2017, 2018 (jährliche Berichte).
Informationen unter: www.drogenbeauftragte.de. Zugriff am 28.07.2018.

Robert-Koch-Institut:
Studie: Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)/ European Health Interview Survey.
Befragung 2012, 2014/ 2015, u.a. zu Alkohol- und Tabakkonsum.
Informationen unter: www.rki.de. Zugriff am 28.07.2018.

Dort auch (Langzeit-) Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – KIGGS-Studie /Welle 2. Informationen u.a. auch zu Tabak- und Alkoholkonsum.
Informationen unter: www.kiggs-studie.de. Zugriff am 30.07.2018.

Landesbetrieb Information und Technik des Landes Nordrhein Westfalen (amtliche Statistikstelle des Landes NRW):
Veröffentlichungen in Bezug auf Gesundheitswesen.
Informationen unter: www.it.nrw.de. Zugriff am 28.08.2018.

Landesstelle Sucht NRW:
Diverse Informationen, Publikationen und Suchthilfedatenband.
Informationen unter: www.landesstellesucht-nrw.de. Zugriff am 30.07.2018.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen:
Aktionsplan gegen Sucht Nordrhein-Westfalen (Veröffentlichungsnummer 163).
www.mgepa.nrw.de/publikationen (auch bestellbar). Düsseldorf 2015.

Hallmann; Holterhoff-Schulte; Merfert-Diete: Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention, Hamm, Hannover, Mülheim 2007.

Bei der Ginko-Stiftung für Prävention:
diverse Fachinformationen, Fachportal , weitere Informationen bezüglich Prävention.
Informationen unter: www.ginko-stiftung.de. Zugriff am 30.07.2018.

WHO (World Health Organization):
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung Ottawa (Kanada) 1986:
Siehe: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion. Zugriff am 27.02.2019.

Bühler, Anneke u.a.: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29, Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2006.

Landesfachstelle Essstörungen NRW:

Diverse Informationen und Vernetzung.

Siehe: www.landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de. Zugriff am 30.07.2018.

Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen:

Wir in NRW – Das Landesportal. Dort Thema Gesundheit/Sucht.

Siehe: www.land.nrw.de. Zugriff am 1.08.2018.

DAK-Gesundheit/J. Marschall/H.D. Notling/S. Hildebrandt/H. Sydow:

Gesundheits-Report - Update - Doping am Arbeitsplatz 2015.

Siehe: www.dak.de (dort als Download). Zugriff am 28.07.2018

Report-Psychologie (Zeitschrift des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen):

Darin vom 09.02.2017 - 5 Fragen an Prof. Dr. K. Lieb - (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz).

Siehe: www.report-psychologie.de. Zugriff am 31.07.2018.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) Mainzer Studie Cognitive Enhancement:

Normalität, Normalisierung und Enhancement in den Neurowissenschaften: Ethische, soziokulturelle und neuropsychiatrische Aspekte von Cognitive Enhancement, daraus Teilprojekt C: Prof. Dr. K. Lieb. Cognitive Enhancement aus neuropsychiatrischer Perspektive. 2008-2011.

Informationen unter: www.philosophie.fb05.uni-mainz.de. Zugriff am 31.07.2018.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI):

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme .10. Revision – geltende deutsche Modifikation. Version 2018.

Siehe: www.dimdi.de (unter: Klassifikationen). Zugriff am 31.07.2018.

Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen:

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW).

Siehe: www.recht.nrw.de. Zugriff am 31.07.2018.

Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein-Westfalen:

Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG).

Siehe: www.recht.nrw.de. Zugriff am 1.08.2018

Bundesanzeiger Verlag – Bundesgesetzblatt online, 1994 vom 10.03.1994:

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz BtMG);

und Bundesgesetzblatt online, 1981 vom 22.12.1981:

Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln – Betäubungsmittelverschreibungsverordnung – BTMVV.
Beide siehe: www.bgbl.de. Zugriff am 13.12.2018.

Bundesinstitut für Risikobewertung: Ausgewählte Fragen und Antworten zu Wasserpfeifen vom 29.11.2016, siehe: www.bfr.bund.de. Zugriff am 3.12.2018.

Bundesinstitut für Risikobewertung: Wie gefährlich sind Tabakerhitzer?, 20/2018, 18.05.2018, siehe: www.bfr.de. Zugriff am 13.12.2018.

Stadt Krefeld/Fachbereich Gesundheit:
Geschäftsordnung der Krefelder Gesundheitskonferenz (KGK).
Siehe: www.krefeld.de (in Rubrik Gesundheit und Soziales, unter Gesundheitskonferenz als Download). Zugriff am 31.07.2018.

Stadt Krefeld/Fachbereich Gesundheit:
Geschäftsordnung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Krefeld (PSAG).
Siehe: www.krefeld.de (in Rubrik Gesundheit und Soziales, unter Gesundheitskonferenz/Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft als Download). Zugriff am 31.07.2018.

Stadt Krefeld/Fachbereich Gesundheit:
Datenschutzerklärung - Fachbereich 53- Hinweise.
Siehe: www.krefeld.de (in Rubrik Gesundheit und Soziales, unter Dienstleistungen des Fachbereichs Gesundheit). Zugriff am 14.12.2018.

5. Mitglieder der Arbeitsgruppe Sucht der Krefelder Gesundheitskonferenz:

Allen Mitwirkenden vielen Dank für ihr Engagement bei der Fortschreibung der Suchthilfekonzepation! Ein besonderer Dank gilt der Sprecherin und der stellvertretenden Sprecherin der Arbeitsgruppe sowie den Sprechern der Kleingruppen.

Sprecherin der Arbeitsgruppe: **Ute Kaber**

Caritasverband Krefeld, Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenfragen

Stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe: **Beate Schanzenbach**

AIDS-Hilfe Krefeld e.V.

Geschäftsführung der Arbeitsgruppe: **Jeanette Drees** und **Birgit Paas**

Gesundheitskonferenz-Geschäftsstelle im Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld

Mitglieder:

Dr. Peter Arbter

Arbeitskreis Substitution in der Stadt Krefeld; Kassenärztliche Vereinigung, Kreisstelle Krefeld

Norbert Axnick

Fachbereich 51/ Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung der Stadt Krefeld

Dr. Helmut Devos (zunächst)

Psychosoziale Hilfe/ für die Sozialpsychiatrischen Zentren Krefelds (Anlaufstellen für alle Anbieter des betreuten Wohnens)

Dr. Jan Dreher

Klinik Königshof, Krefeld

Sebastian Dückers (Nachfolger von Herrn Spilles)

Caritasverband Krefeld, Beratungsstelle für Drogen und Alkoholfragen/ Suchtprävention

Dr. Helmut Eich

Alexianer Krefeld GmbH

Caroline Frank-Djabbarpour (Nachfolgerin von Herrn Dr. Devos)

SKM - Katholischer Verein für soziale Dienste/ für die Sozialpsychiatrischen Zentren Krefelds (Anlaufstellen für alle Anbieter des betreuten Wohnens)

Dr. Robin Ghosh

Roland-Apotheke/für die Krefeld/Apothekerkammer

Jörg Grothus

Polizei Krefeld – Kriminalkommissariat Kriminalprävention/Opferschutz

Katharina Jakobs

Fachbereich 51/ Jugendhilfe und Beschäftigungsförderung der Stadt Krefeld

Peter Klein

Stephanusschule Rote Kreuz-Straße/ für den Fachbereich Schule der Stadt Krefeld

Dr. Knut Krausbauer

Ärztekammer/Kreisstelle Krefeld

Philipp Martens (Nachfolger von Herrn Spilles)

Caritasverband Krefeld, Beratungsstelle für Drogen und Alkoholfragen/ Suchtprävention

Ute Meskendahl

Sozialpsychiatrischer Dienst im Fachbereich Gesundheit der Stadt Krefeld

Georg Spilles (zunächst)

Caritasverband Krefeld, Beratungsstelle für Drogen und Alkoholfragen/ Suchtprävention

Karl-Heinz Wentorp

AG SIS - Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe im Suchtbereich Krefeld e.V.

Torsten Wessel

Amtsapotheker für die Stadt Krefeld und den Kreis Wesel

6. Informationen zum Datenschutz

Es wird auf die Datenschutzerklärung der Stadt Krefeld und die entsprechenden Hinweise des Fachbereichs Gesundheit verwiesen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe Sucht sind mit der Verarbeitung/Veröffentlichung ihrer Namen einverstanden. Dasselbe gilt für die in den Tabellen der Suchthilfe und Suchtprävention bei den aufgeführten Angeboten genannten Daten konkreter Ansprechpartner.

Anhang zur Suchthilfekonzeption 2019 **der Krefelder Gesundheitskonferenz für die Stadt Krefeld:** **Änderungen/ Ergänzungen in den Tabellen**

Die folgende Übersicht enthält Änderungen/Ergänzungen zu den in der Suchthilfekonzeption in den Tabellen dargestellten Angeboten. Diese sind erst nach der Verabschiedung der Suchthilfekonzeption 2019 durch die kommunale Gesundheitskonferenz am 15.05.2019 eingegangen und können daher, auch aus Praktikabilitätsgründen, erst im Rahmen einer zukünftigen erneuten Fortschreibung durch die Gesundheitskonferenz in die Konzeption selber einfließen. Die Entscheidung über die Aufnahme von Einträgen in diesen Anhang trifft die Lenkungsgruppe der zuständigen Arbeitsgruppe Sucht der Gesundheitskonferenz.

Die Suchthilfekonzeption 2019 und dieser Anhang sind zu finden unter:

www.krefeld.de

in der Rubrik „Gesundheit und Soziales“

unter dem Punkt „Gesundheitskonferenz“,

beim Unterpunkt „Informationen aus den Arbeitsgruppen“, dort als Downloads.

Die Änderungen/Ergänzungen im Einzelnen:

Zur Tabelle „Selbsthilfe“, Seite 54:

Selbsthilfegruppe Onlinesucht

Änderungen (mitgeteilt durch die Selbsthilfekontaktstelle am 6.06.2019):

Die in der Suchthilfekonzeption genannte Person ist nicht mehr Ansprechpartnerin, die genannte Handynummer nicht mehr gültig. Der neue Ansprechpartner und die neue Telefonnummer werden noch ergänzt.

Die Treffen sind nicht mehr donnerstags, sondern in der Regel vierzehntätig mittwochs von 18.00 Uhr bis 19.30 Uhr weiterhin in den ungeraden Kalenderwochen im Begegnungszentrum Wiedenhof, Mühlenstraße 42, Krefeld.

Zur Tabelle „Selbsthilfe“, Seite 55:

Shalk – Sucht-Selbsthilfegruppe für Lesben und Schwule

Ergänzung (mitgeteilt durch die Selbsthilfekontaktstelle am 6.06.2019):

Neu: es gibt auch eine Shalk-Gruppe in Krefeld, sie trifft sich alle 14 Tage mittwochs, von 19.00 Uhr bis 20.30 Uhr an den geraden Kalenderwochen im Begegnungszentrum Wiedenhof, Mühlenstraße 42, Krefeld.