

Suchtprobleme in der Familie

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



Suchtprobleme in der Familie

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

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

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

Inhalt

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

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

Einführung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Diese Broschüre richtet sich an

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

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

... also zum Beispiel an:

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



Die Vielfalt der Familie

Klientel: Familien

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

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

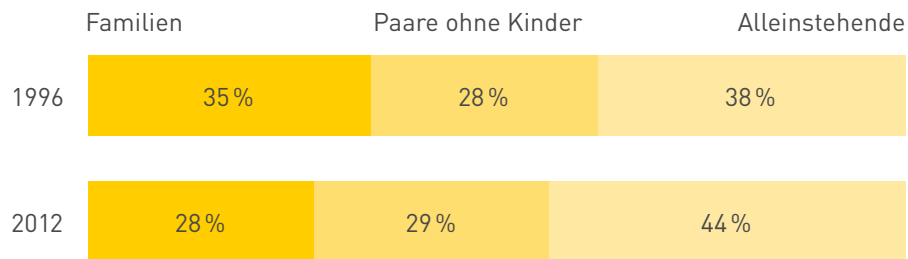
Sorgen und Nöte von Angehörigen Abhängiger

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

(Schild, 2012; Mory et al., 2002)

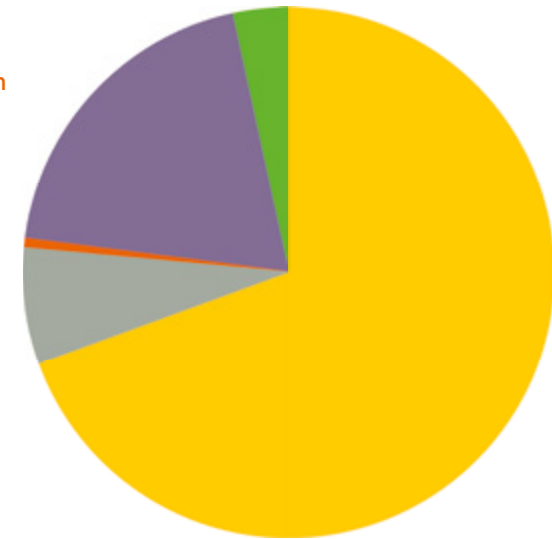
Lebensformen in Deutschland

Familien, Paare ohne Kinder und Alleinstehende



(Statistisches Bundesamt, 2014)

Lebensformen mit Kindern



Ehepaare
mit und ohne Kinder
insgesamt 17.993.000

davon Ehepaare
mit ledigen Kindern
8.058.000

Nichteheliche
Lebensgemeinschaften
mit und ohne Kinder
insgesamt 2.693.000

davon nichteheliche
Lebensgemeinschaften
mit ledigen Kindern
855.000

Alleinerziehende
Mütter insgesamt
2.308.000

davon alleinerziehende
Mütter mit ledigen
Kindern 2.308.000

Alleinerziehende
Väter insgesamt
389.000

davon alleinerziehende
Väter mit ledigen
Kindern 389.000

Eingetragene
Lebenspartnerschaften
mit und ohne Kinder
insgesamt 73.000

davon eingetragene
Lebenspartnerschaften
mit ledigen Kindern 6.000

(Statistisches Bundesamt, 2012)



Charakter der Abhängigkeit

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

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

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

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

Kriterien für Abhängigkeit

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

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

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

(DHS, 2013c, S. 17)

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



Schlüsselfragen

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

Gefragt wird:

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

(Kutschke, 2012, S. 83)

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

Häufige Folgen des Alkoholkonsums

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

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

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

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

Häufige Folgen des Tabakkonsums

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

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

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

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

Häufige Folgen des Drogenkonsums

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

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

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

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

Häufige Folgen einer Medikamentenabhängigkeit

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

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

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

Zu den Nebenwirkungen von Benzodiazepinen und deren Nachfolgestoffen zählen:

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

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

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

Risiko Alter

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

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

Mögliche Störungen in der Familie

• Veränderungen in der Familie

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

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

• Phasen der Abhängigkeit

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

• Folgen für Angehörige

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

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



Die Generation der Eltern

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

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

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

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

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

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



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

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

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



• Wenn das erwachsene Kind abhängig ist ...

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

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

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

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

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



• Wenn Großeltern abhängig sind ...

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

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

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

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

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

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

„Rollen“ der Erwachsenen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Generation der Kinder

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

• Wenn ein Elternteil abhängig ist ...

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

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

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



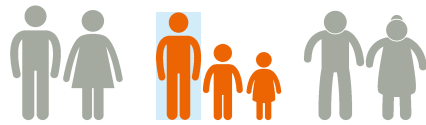
Wird das Verhalten des abhängigen Elternteils von der restlichen Familie einmal gedeckt und entschuldigt, ein andermal angeprangert und verurteilt, verunsichert dies Kinder zusätzlich. Spüren sie das „Familiengeheimnis“ nur, ohne auf ihre Fragen klare, übereinstimmende Antworten zu erhalten, kommt zur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

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

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

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

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



• Wenn ein Geschwister abhängig ist ...

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

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

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

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

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



• Wenn Großeltern abhängig sind ...

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

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

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



• Wenn das erwachsene Kind abhängig ist ...

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

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

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



• Wenn der Enkel abhängig ist ...

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

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



Was Fachkräfte wissen müssen

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

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

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

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



Was können Sie tun?

Was können Sie tun?

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

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

• Ruhe bewahren

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

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

• Beraten lassen

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

Eine erste persönliche Beratung sowie Adressen von Anlaufstellen in Ihrer Nähe erhalten Sie über die bundesweite Sucht & Drogen Hotline sowie das Info-Telefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Telefonnummern siehe Kapitel 8). In Deutschland gibt es

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

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



Ihr Recht auf Beratung

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

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

• Bedenken ernst nehmen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hilfe für Migrantinnen

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

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

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

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

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

• Vertrauen aufbauen

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

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

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

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

Frau M.: Die Ansprache hat mir geholfen

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

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

Veränderung als Prozess – Stadien der Veränderungsbereitschaft

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

Stadium	Typische Aussagen	Hilfreiche, unterstützende Informationen
Handlung In der Phase der Handlung hat die oder der Betroffene bereits begonnen, etwas an ihrem / seinem Konsum zu ändern.	»Ich habe begonnen, meinen Alkoholkonsum zu reduzieren.« »Ich rauche seit mehreren Tagen nicht mehr.« »Endlich habe ich angefangen, meine Tabletten abzusetzen.«	- Äußern von Lob und Anerkennung für das Erreichte. - Die getroffene Entscheidung bestärken, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit. - Unterstützung anbieten bei Rückfallgefahr.
Aufrechterhaltung In der Phase der Aufrechterhaltung hat die oder der Betroffene erfolgreich Veränderungen umgesetzt und bemüht sich, dieses Verhalten beizubehalten.	»Es ist mir wichtig, dass ich dabei bleibe, keinen Alkohol mehr zu trinken.« »Jetzt rauche ich bereits seit einem Jahr nicht mehr. So soll es auch bleiben.« »Ohne diese Medikamente fühle ich mich besser. Ich passe jetzt darauf auf, was mir verordnet wird.«	- Äußern von Lob und Anerkennung für das Erreichte. - Die getroffene Entscheidung bestärken, z. B. durch Herausstreichen der positiven Konsequenzen für die Gesundheit. - Unterstützung anbieten bei Rückfallgefahr.
Rückfall In der Phase des Rückfalls nimmt die oder der Betroffene wieder ihren / seinen Substanzkonsum auf und fällt ggf. auch wieder in alte Verhaltensmuster.	»Ich habe einige Monate nicht mehr / deutlich weniger getrunken / geraucht, aber jetzt ist alles wieder wie vorher.« »Ich bin ohne mein Medikament auf Dauer nicht zurechtgekommen, deshalb habe ich es mir wieder verschreiben lassen.«	- Gründe aufarbeiten für den Rückfall. - Alternative Verhaltensideen entwickeln. - Erkenntnis vermitteln, dass man an bereits Erreichtes wieder anknüpfen kann. - Eventuell intensive Hilfeangebote und Unterstützung bei der Auswahl.

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

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

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

Die Motivierende Gesprächsführung nutzt fünf Strategien:

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

(DHS, 2012c, S. 86)

Ansprache älterer Abhängiger und Angehöriger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Darüber hinaus gelten dieselben Hinweise wie für Angehörige jüngerer Abhängiger.

Die Hochprozentner

Herz- und Stärkungstinkturen mit hohem Alkoholgehalt:

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

Husten- und Bronchialmedikamente mit hohem Alkoholgehalt:

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

(Kutschke, 2012, S. 63)

Ansprache von Kindern

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

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

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

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

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

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

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

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

• Schutz für Kinder

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



Diese Hilfen gibt es

Unterstützung für Angehörige

• Medizinische Hilfe

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

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

Der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. „buss“ in Kassel weist auf seiner Internetseite in der Rubrik „Direktsuche“ (bitte das Stichwort „Angehörige“ eingeben) Kliniken aus, die die Angehörigen in die Behandlung des Familienmitglieds einbeziehen: www.therapieplaetze.de/einrichtung-suchen-direkt.php

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

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

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

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

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

(Zobel, 2008, S. 178f.)

• Selbsthilfe

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

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

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

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

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

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

Eltern abhängiger Kinder haben spezielle Angehörigengruppen und Verbände gegründet, zum Beispiel den Bundesverband suchtgefährdeter und suchtkranker Söhne und Töchter e.V.: www.bvek.org sowie den Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.: www.akzeptierende-eltern.de

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

www.nacoa.de

Kinder und Jugendliche informiert NACOA auch unter:

www.traudich.nacoa.de

Soziale Unterstützung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hilfe auf Abruf

Bundesweite Sucht & Drogen-Hotline
Tel. +49 1805 313031, täglich 0.00 – 24.00 Uhr
(kostenpflichtig: 0,14 €/Min. a. d. Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min. Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung
Tel. +49 221 892031, Montag – Donnerstag von 10.00 – 22.00 Uhr und Freitag – Sonntag von 10.00 – 18.00 Uhr
Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz.

Telefonseelsorge
Tel. 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222 (beide kostenfrei) täglich 0.00 – 24.00 Uhr
Die Telefonseelsorge bietet neben Gesprächen am Telefon auch einen Austausch per E-Mail und Chat an: www.telefonseelsorge.de

Telefon-Hilfe für Kinder

Notruf-Telefon für Kinder suchtkranker Eltern
Tel. 0800 – 280 280 1 (kostenfrei), Montag – Freitag von 17.00 – 23.00 Uhr
Samstag und Sonntag von 0.00 – 24.00 Uhr
Bundesweites Angebot des Hamburger Vereins Wendepunkt

Kinder- und Jugendtelefon
Tel. 116 111
und
Nummer gegen Kummer e. V.
Tel. 0800 1110333
(beide kostenfrei)
Montag – Samstag von 14.00 – 20.00 Uhr

Hilfe für kindliche Opfer häuslicher Gewalt:

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

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

www.bagljae.de

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

www.dksb.de



(Selbst-)Hilfe für Angehörige

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

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

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

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

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

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

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



Informationen zu Substanzen



Alkohol

Wie wirkt Alkohol?

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

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

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

Was ist zu viel?

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

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

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

Promille und ihre Folgen

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

0,2 Promille

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

0,5 Promille

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

0,8 Promille

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

1,0 Promille

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

2,0 Promille

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

3,0 Promille

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

ab 4,0 Promille

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

(DHS, 2013g; BZgA, 2012a)

• Allgemeine Auswirkungen riskanten Konsums

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

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

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

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

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

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

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

• Spezielle Auswirkungen riskanten Konsums auf ...

... Männer

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

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

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

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

Tabak

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

Wie wirkt Tabak?

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

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

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

• Allgemeine Auswirkungen des Aktiv- und Passivrauchens

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

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

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

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

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

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

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

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

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



• Spezielle Auswirkungen auf ...

... Männer

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

... Frauen

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

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

... ungeborene Kinder

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

... Kinder und Jugendliche

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

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

Wasserpfeife

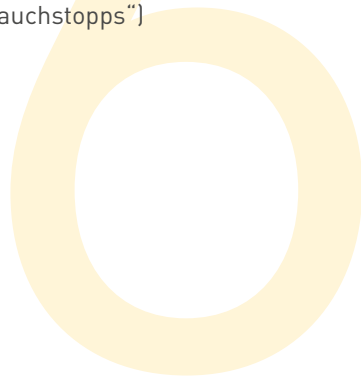
Die vermutlich in Indien entwickelte Wasserpfeife (Shisha) eroberte über Jahrhunderte den gesamten Orient und viele Mittelmeer-Anrainer. Seit einigen Jahren ist sie auch in Europa verbreitet. Viele halten die Shisha für die „gesündere Art“, zu rauchen. Das ist sie nicht. Beim Shisha-Rauchen wird mehr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

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

• Vorteile des Rauchstopps

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

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



Die Vorteile des Rauchstopps

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

Nach 20 Minuten:

Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.

Nach 8 Stunden:

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

Nach 24 Stunden:

Das Herzinfarktrisiko geht bereits leicht zurück.

Nach 48 Stunden:

Die Nervenenden beginnen mit der Regeneration, Geruchs- und Geschmackssinn verbessern sich.

Nach 2 Wochen bis 3 Monaten:

Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.

Nach 1 bis 9 Monaten:

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

Nach einem Jahr:

Das Risiko, dass der Herzmuskel zu wenig Sauerstoff erhält, ist nur noch halb so groß wie bei einem Raucher.

Nach 5 Jahren:

Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, ist um 50 % gesunken. Ebenso ist das Risiko für Krebserkrankungen von Mundhöhle, Luft- und Speiseröhre um die Hälfte zurückgegangen.

Nach 10 Jahren:

Das Lungenkrebsrisiko ist weiter gesunken bis auf normales Niveau. Zellen mit Gewebeveränderungen, die als Vorstufe eines Krebses aufzufassen sind, werden ausgeschieden und ersetzt. Auch das Risiko für weitere Krebsarten sinkt.

Nach 15 Jahren:

Das Risiko eines Herzinfarkts ist nicht höher als das eines Nichtrauchers.

(DHS, 2012c, S. 97)

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

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

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

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



Handelsnamen 2012 häufig verkaufter Medikamente:

Synthetische Schlafmittel

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

Beruhigungsmittel

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

Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)

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

Psychostimulanzien

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

Rezeptfreie Schmerzmittel (Analgetika)

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

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

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

BtM-Analgetika

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

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

Opiate

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

• Morphin

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

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

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

Opioide

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

• Heroin

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

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

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

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

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

Harmlose Namen für gefährliche Drogen

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

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

(www.drugcom.de)

Stimulanzen

▪ Amphetamine

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

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

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

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

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

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

Doping im (Amateur-)Sport

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

• Methamphetamine

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

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

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

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

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

Zu den gefährlichen Wirkungen regelmäßigen Konsums zählen:

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

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

Gefährliche Renaissance

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

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

(www.drugcom.de)

Speed

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



Literatur

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

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

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

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

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

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2013g):
<http://www.aktionswoche-alkohol.de/hintergrund-alkohol/substanz-alkohol.html>
Zugriff: 05.12.2013

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2012d):
Die Sucht und ihre Stoffe – Eine Informationsreihe über die gebräuchlichsten Suchtstoffe. Nr. 8: Amphetamine
Hamm. [Faltblatt]

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

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

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2011):
DHS warnt: Hirndoping – sinnlos, riskant und teuer! Und ein Irrweg: Immer mehr Leistung mit immer mehr Pillen!
Pressemitteilung vom 20.06.2011.
Internet: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2011_06_20_PMHirndoping.pdf,
Zugriff: 06.12.2013

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.athleten.gemeinsam-gegen-doping.de/basisinfos/verbotene-substanzen/anabole-substanzen

Athleten gemeinsam gegen Doping – Internetseite, Zugriff: 13.12.2013

www.bagljae.de

Die Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter. Zugriff: 05.12.2013

www.dksb.de

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

www.drugcom.de

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

www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/05-04-2007-erhoehtes-schlaganfallrisiko-durch-amphetamine-und-kokain/

Erhöhtes Schlaganfallrisiko durch Amphetamine und Kokain. Zugriff: 05.12.2013

www.escapade-projekt.de

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

www.frauen-gegen-gewalt.de

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

www.frauennotruf.de

Ein kostenloser Hilfe- und Informationsserver für durch Gewaltanwendung unmittelbar in Not geratene Frauen und Mädchen. Zugriff: 05.12.2013

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

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

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

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

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

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

www.halt-projekt.de

HaLT: Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen. Zugriff: 05.12.2013

www.hilfetelefon.de

Das Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen. Zugriff: 05.12.2013

www.jugend.bke-beratung.de

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

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

Stichwort: Unterlassungsdelikt / Unterlassen. Zugriff: 12.12.2013

www.kidkit.de

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

www.lwl-fred.de

FreD: Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten. Zugriff: 05.12.2013

www.maennerberatung.de/maennerhaus-kontakt.htm

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

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

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.
Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet (www.dhs.de)

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

Beratungs- und Einrichtungssuche

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

DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden: www.dhs.de/infomaterial

Bibliothek der DHS

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

Der Bibliotheksbestand umfasst über 37.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr.

Er gliedert sich in zwei Bereiche:

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

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





Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

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



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

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