



Leitlinien der Suchtpolitik der Landeshauptstadt München

Herausgeberin:
Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt
Bayerstr. 28a
80335 München

Autorinnen, Autor im Referat für
Gesundheit und Umwelt:

Birgit Gorgas
Josef Gallas
Vreni Steinack

Die Leitlinie wurde im Austausch mit vielen
Kooperationspartnerinnen und -partnern
entwickelt. Das Referat für Gesundheit
und Umwelt bedankt sich für Diskussion
und Stellungnahmen der Facharbeitskreise
und Träger der Suchthilfe, der Fachstellen
und Referate der Landeshauptstadt München,
des Polizeipräsidiums
sowie der Bezirksausschüsse.

Stand November 2010

www.muenchen.de/rgu siehe Veröffentlichungen

Vorwort



Liebe Münchnerinnen und Münchner,

Suchtpolitik trägt zum sozialen Frieden in einer Stadtgesellschaft bei und wird von vielen Akteuren gestaltet. Auch die Landeshauptstadt München ist in der Suchtpolitik aktiv. Um dieses Feld durch eigene politische Aussagen zu umreißen und inhaltlich zu gestalten, gibt sie sich Leitlinien zur Suchtpolitik. Diese wurden 1995 erstmals erstellt und dienen seither als Basis für Weiterentwicklungen in der Münchner Suchthilfe.

Um den veränderten politischen und fachlichen Umgang mit Suchtmitteln und suchtkranken Menschen abzubilden, legt die Landeshauptstadt München ihre Leitlinien der Suchtpolitik nun in einer aktualisierten Form vor. Aufgegriffen sind darin Forderungen von Politik und Fachlichkeit zur Ausgestaltung einer modernen Suchtpolitik sowie nach einer fachgerechten Versorgung suchtgefährdeter und -kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Mit den aktualisierten Leitlinien stellt die Landeshauptstadt München ihre Grundhaltung zu Prävention, Behandlung und Versorgung von suchtkranken Menschen sowie zu schützenden und repressiven Maßnahmen dar.

In ihrer Suchtpolitik ist die Landeshauptstadt München stets auch auf die Kooperation der anderen Akteure in diesem Feld angewiesen. Die Leitlinien bilden daher nicht nur Grundlage und Ausgangspunkt für die Ausgestaltung der eigenen Suchtpolitik, sondern verstehen sich auch als Interessenvertretung für alle betroffenen Münchnerinnen und Münchner gegenüber anderen Leistungsträgern und Akteuren aus Suchtpolitik und Suchthilfe. Nicht zuletzt sollen die aktualisierten Leitlinien der Münchner Suchtpolitik als Anstoß für eine weiterführende politische und fachliche Diskussion dienen.

Ihr



Joachim Lorenz
Referent für Gesundheit und Umwelt
der Landeshauptstadt München

Inhaltsverzeichnis

1	Grundsätzliches	4
1.1	Was ist Sucht?	4
1.2	Zielgruppen	6
1.3	Angebote der Suchthilfe	8
1.4	Akteure und Kooperationen	13
1.5	Die Rolle der Landeshauptstadt München	16
2	Themenfelder der Suchtpolitik	19
2.1	Frauen und Männer	19
2.2	Kulturelle Unterschiede	21
2.3	Junge Menschen	23
2.4	Ältere Menschen	26
2.5	Kinder und andere Angehörige	28
2.6	Komorbidität	31
3	Handlungsfelder der Suchtpolitik	33
3.1	Handlungsfeld Prävention	33
3.2	Handlungsfelder der Suchthilfe/Versorgung	36
3.2.1	Alkohol	36
3.2.2	Tabak	39
3.2.3	Medikamente	41
3.2.4	Cannabis	44
3.2.5	Opiate und andere illegale Suchtmittel	46
3.2.6	Essstörungen	49
3.2.7	Verhaltenssüchte	51
3.3	Handlungsfeld Schutzmaßnahmen, Kontrolle und Repression	54
3.3.1	Schutzmaßnahmen und Kontrolle	54
3.3.2	Kommunale repressive Maßnahmen	57

1 Grundsätzliches

1.1 Was ist Sucht?

Sucht ist eine Erkrankung, die meist mit vielfältigen und oft existentiellen körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen einhergeht. Darüber hinaus gibt es psychische und psychosomatische Erkrankungen, die Suchtcharakter annehmen können. Sucht entsteht in einem prozesshaften Geschehen, bei dem biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren zusammenwirken. Ebenso prozesshaft und vielschichtig sind auch die Hilfe und die Vermeidung von Suchterkrankungen zu gestalten.

Sucht ist eine behandlungsbedürftige, chronisch-rezidivierende Erkrankung, das heißt eine Erkrankung, die dauerhaft verlaufen und immer wieder auftreten kann. Sucht ist als „Abhängigkeitssyndrom“ in das von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebene Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 aufgenommen.

Abhängigkeit und Sucht bezeichnen den Zustand, auf eine Substanz oder ein Verhalten angewiesen zu sein und ein unüberwindliches Verlangen danach zu verspüren. Der Begriff "Abhängigkeit" bezeichnet dabei hauptsächlich die medizinisch-körperliche Seite des Phänomens, der Begriff "Sucht" umfasst darüber hinaus die psychischen und sozialen Auswirkungen. Beide Begriffe werden jedoch meist synonym verwendet.

Suchtmittelkonsum und Suchterkrankungen treten bei Frauen und Männern sowie bei Angehörigen verschiedener kultureller Herkunft in unterschiedlicher Form auf. Die Erforschung, Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen hat sich zunehmend gemäß dieser Unterschiede differenziert.

Sucht tritt häufig in Zusammenhang mit besonders belastenden Lebensumständen, traumatischen Erfahrungen oder anderen Erkrankungen auf. Der Konsum von Suchtmitteln ist in vielen Fällen auch der Versuch, die negativen Auswirkungen dieser Belastungen zu mildern. Zunehmend kommt es zu Mehrfachabhängigkeit, also einer gleichzeitigen Abhängigkeit von mehreren Substanzen oder Verhaltensweisen, die eine besondere Herausforderung für die Suchthilfe darstellt.

Sucht betrifft nicht nur die Erkrankten, sondern ihr gesamtes Umfeld, insbesondere die Angehörigen. Neben den Suchtkranken benötigen daher auch die Menschen in ihrer Umgebung sowie betroffene Institutionen (zum Beispiel Schulen, Betriebe) Hilfe und Unterstützung.

Die Grenzen zwischen Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Sucht-

mitteln sind fließend – ähnlich wie der Übergang von normalem zu pathologischem Verhalten. Suchterkrankungen entstehen in einem prozesshaften Geschehen, an dem viele Einflussgrößen beteiligt sind. Nach heutigem Wissensstand bietet das bio-psycho-soziale Modell den geeignetsten Erklärungsansatz: Sucht ist danach kein Zustand, sondern ein dynamisches Geschehen, in dem biologische, psychologische und soziokulturelle Variablen zusammen und ineinander wirken. Risikofaktoren wie genetische Veranlagung oder erlebnisarme Umgebung stehen dabei neben Schutzfaktoren wie hohem Selbstwertgefühl oder suchtmittelfreiem Umfeld. Risiko- und Schutzfaktoren können sich gegenseitig abschwächen oder verstärken. Sucht entsteht nicht durch die Wirkung einzelner dieser Faktoren, sondern durch ihre Interaktion. Der Konsum eines Suchtmittels führt nicht automatisch zu einer Suchterkrankung, sondern erst, wenn zugleich bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und Umweltbedingungen fehlen oder vorhanden sind. Zu den Umweltbedingungen sind beispielhaft die Wohnverhältnisse, das Wohnumfeld oder auch Freizeitmöglichkeiten zu zählen – Bereiche auf die eine Kommune Einfluss nehmen kann, um der Entstehung von Sucht entgegenzuwirken.

Erkenntnisse aus der Neurobiologie zeigen, dass bei einem dauerhaften Konsum von Suchtmitteln neurologische Anpassungsprozesse im Gehirn stattfinden. Diese Veränderungen werden für die Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens verantwortlich gemacht. Sucht ist demnach eine chronische Erkrankung, die von neurologischen Veränderungen begleitet wird und einer differenzierten und interdisziplinären Behandlung bedarf.

Der Konsum bestimmter Suchtmittel ist in unserer Gesellschaft anerkannt oder zumindest toleriert, der Konsum anderer hingegen gesetzlich sanktioniert. In der Suchtpolitik muss daher zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln differenziert werden. Diese Unterscheidung sagt aber nichts über deren Gefährlichkeit aus und darf nicht dazu führen, dass legale Substanzen als harmlos angesehen werden.

Suchtkranke Menschen haben Ressourcen und Fähigkeiten, ihre Erkrankung zu überwinden oder ihr Leben bestmöglich damit in Einklang zu bringen. Sie bleiben damit selbst verantwortlich für ihr Handeln und für die Wahrnehmung ihrer Rechte und Pflichten im gesamtgesellschaftlichen Kontext. Die Angebote der Suchthilfe unterstützen Suchtkranke dort, wo sie nicht in der Lage sind, zu einer abstinenter Lebensführung zu kommen oder ihre Lebensumstände zu verbessern.

1.2 Zielgruppen

Moderne Suchtpolitik richtet sich an die Gesellschaft als Ganzes, denn der Konsum von Suchtmitteln oder abhängiges Verhalten beschränken sich zunächst nicht auf bestimmte Bevölkerungsgruppen. Gleichwohl gilt es besondere Aufmerksamkeit zu richten auf Menschen, die aufgrund einer Belastung oder eines Risikofaktors gefährdet sind, eine Sucht zu entwickeln oder bereits suchtkrank sind. Angehörige und andere von einer Suchterkrankung mittelbar Betroffene haben ebenso Anspruch auf Unterstützung durch die präventiven und behandelnden Angebote der Suchthilfe.

Der Konsum von Suchtmitteln ist gesellschaftlich sehr weit verbreitet. Etwa 80 Prozent der Bevölkerung trinkt Alkohol, rund jeder Dritte raucht Tabakwaren und etwa jeder dritte junge Erwachsene hat mindestens einmal Cannabis konsumiert. Insbesondere der Konsum von Alkohol ist gesellschaftlich mit Festen und Feiern, mit bewusstem Genuss und Lebenskultur ebenso assoziiert wie mit den Gefahren des unkontrollierten Rausches und der langfristigen Abhängigkeit. Da der Umgang mit Suchtmitteln in alle Lebensbereiche hineinreicht, müssen eine Haltung zum Konsum von Suchtmitteln und einschlägige Verbote mit allen Bevölkerungsgruppen thematisiert und ausgehandelt werden.

Eine bewusste Suchtpolitik geht auf alle Bürgerinnen und Bürger einer Stadtgesellschaft in ihren verschiedenen Rollen zu. Sie vermittelt einerseits geltende gesetzliche Vorgaben, stellt andererseits aber auch einen Konsens über einen risikobewussten Umgang mit Suchtmitteln her und adressiert dabei ganz verschiedene Zielgruppen: Erwachsene und insbesondere Eltern sind in ihrer Vorbildfunktion und Erziehungsverantwortung für Kinder und Jugendliche anzusprechen, Arbeitgeber in ihrer Verantwortung für den Umgang mit Alkohol im Betrieb und den Umgang mit suchtkranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Ärztinnen und Ärzte sollten sensibilisiert werden für eine aufmerksame Diagnostik von Suchtgefährdungen und -erkrankungen sowie für eine verantwortungsvolle Verschreibung von Medikamenten. Gastronomie und Festbetreiber wiederum sind hinzuweisen auf ihre Mitverantwortung für den Alkoholkonsum ihrer Gäste, Freizeit- und Sportangebote sollten Alternativen für eine suchtmittelfreie Freizeitgestaltung vermitteln. Diese Aufzählung ließe sich lange fortsetzen und verdeutlicht, dass Suchthilfe keinen Bereich des gesellschaftlichen Lebens aussparen kann.

Neben der gemeinsamen Verantwortung, den Konsum von Suchtmitteln zu begrenzen und süchtiges Verhalten nicht zu fördern, hat die Gesellschaft auch eine Fürsorgepflicht gegenüber jenen Menschen, die eine stoffliche oder

stoffungebundene Abhängigkeitserkrankung entwickeln. Sie sollten – im Interesse aller – bereits bei einer Suchtgefährdung frühzeitig Hilfsangebote erhalten, die Abhängigkeitserkrankungen mit ihrem hohen Potenzial an menschlichem Leid und volkswirtschaftlichen Kosten begrenzen. Gefragt sind hier die Entwicklung und Umsetzung von Frühinterventionen für alle Altersgruppen und Suchtformen ebenso wie zielgruppengerechte Informationen und Beratungsangebote zur Reflexion des eigenen Verhaltens. Einer Bagatellisierung von gefährdendem Verhalten muss konsequent entgegen gewirkt werden.

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben einen Anspruch auf fachgerechte Behandlung – unabhängig davon, ob sie ein legales oder illegales Suchtmittel konsumieren oder eine stoffungebundene Sucht vorliegt. Neben der Abstinenz zielt ihre Behandlung darauf ab, ihre Lebensqualität zu verbessern und eine Verschlechterung ihrer gesundheitlichen wie sozialen Lage zu verhindern. Gleichermaßen haben suchtkranke Menschen ein Anrecht darauf, ihren Arbeitsplatz bestmöglich zu erhalten oder ins Arbeitsleben reintegriert zu werden, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und bei der Bewältigung ihres Alltags – soweit erforderlich – unterstützt zu werden. Suchtkranke Menschen müssen die gleiche Behandlung erfahren wie rein körperlich erkrankte Menschen; einer Stigmatisierung von Suchterkrankungen ist aktiv entgegenzutreten.

Suchtpolitik und Suchthilfe richten sich aber auch an Angehörige von suchtkranken Menschen – insbesondere an Partnerinnen und Partner, Kinder und Eltern sowie das weitere familiäre und soziale Umfeld. Sie alle sind in unterschiedlich starker Weise von der Suchterkrankung mit betroffen und erleben häufig sowohl die damit verbundene Scham als auch die soziale Ausgrenzung mit. Eine Stadtgesellschaft muss sich hier solidarisch zeigen, Ausgrenzung verhindern und konkrete Hilfen vorhalten.

Die Suchtpolitik der Landeshauptstadt München setzt auf einen bewussten Umgang mit Suchtmitteln und der von ihnen ausgehenden Gefährdung. Dies gilt auch für Verhaltensüchte und ihre Auslöser. Im Fokus der Suchtpolitik stehen die Menschen und ihr Verhalten, nicht eine Dämonisierung der Suchtmittel. Die Landeshauptstadt München sieht sich in der Verantwortung, durch generelle Aufklärung und spezifische Präventionsmaßnahmen bei allen Bürgerinnen und Bürgern eine gesundheitsbewusste Haltung gegenüber Suchtmitteln zu fördern sowie eine Kultur des gemeinsamen Hinsehens und der gemeinsamen Verantwortung zu entwickeln. Gleichzeitig sorgt sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit für angemessene Hilfsangebote, die suchtkranken Menschen helfen, ihre Erkrankung zu überwinden und/oder ein würdiges Leben in der Gemeinschaft zu führen.

1.3 Angebote der Suchthilfe

Die Suchthilfe hat sich in den letzten Jahrzehnten ausdifferenziert. Sie gestaltet sich heute als modulares System, das auf Synergien zwischen den Angeboten setzt. Den unterschiedlichen Stadien einer Suchterkrankung stellt sie verschiedene Hilfsangebote gegenüber, die neben der Abstinenz auch die Lebensqualität von chronisch Kranken und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern. In Zukunft muss die Suchthilfe ihre Angebote noch stärker auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen mit ihren Ressourcen und Lebenswirklichkeiten ausrichten und flexible, passgenaue Hilfen entwickeln. Begleitend dazu sind die Leistungsträger gefordert, entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Traditionell gliedert sich die Suchthilfe in Deutschland in drei große Bereiche: Prävention, Beratung und Rehabilitationsmaßnahmen. Sie waren lange Zeit in einem linearen Zusammenhang darauf ausgerichtet, dass Menschen mit Suchtproblemen oder -erkrankungen vollständig abstinent werden und bleiben. Bei Hilfe suchenden Personen wurde vorausgesetzt, dass sie ihre Sucht überwinden und abstinent leben wollen. In den achtziger Jahren wurde die Suchthilfe speziell für Opiatabhängige um einen vierten Bereich erweitert: Überlebenshilfen mit Angeboten zur Prävention von Infektionserkrankungen und medizinischer Substitutionsbehandlung. Zudem setzte sich die Erkenntnis durch, dass Suchtkranke die Motivation zur Behandlung und Abstinenz auch durch angemessene Hilfen erwerben und stabilisieren können und daher Angebote mit niedrigen Einstiegsanforderungen nötig sind.

Ziel der suchtkranken Menschen wie auch der Suchthilfe ist ein unabhängiges, von Sucht freies Leben. Je nachdem, wie stark ausgeprägt der Konsum und die Abhängigkeit von Suchtmitteln sind, wird dieses Ziel entweder kurzfristig und mit wenigen Maßnahmen oder – für chronisch erkrankte Menschen – nur in Teilzielen erreichbar sein. Wichtig sind deshalb ineinander greifende Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten, die jeder erkrankten Person den Einstieg entsprechend ihrer Lebenssituation und ihrer individuellen Suchtproblematik ermöglichen. So mögen für Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum eine fundierte Beratung und ein begrenztes Gruppenprogramm ausreichen. Wer hingegen seit mehreren Jahren abhängig von Alkohol oder Opiaten ist, benötigt eine körperliche Entgiftung, stationäre Entwöhnung sowie eine Nachbehandlung, um abstinent zu werden und zu bleiben. Menschen wiederum, die durch ihre Sucht psychisch destabilisiert und sozial verelendet sind, benötigen zunächst konkrete Überlebenshilfen. Für sie ist das Ziel der Abstinenz nicht immer erreichbar, doch ihre Gesundheit, Lebensqualität und gesellschaftliche

Teilhabe lässt sich über Angebote zur Konsumreduktion und die Behandlung der psychischen Begleiterkrankungen deutlich verbessern. Nötig sind dafür zunächst oft Maßnahmen, die die Veränderungsmotivation und den Glauben an die eigenen Ressourcen und Fähigkeiten fördern. Die Übergänge zwischen den einzelnen Hilfen müssen offen und fließend sein, denn es entspricht dem Wesen der Suchterkrankung, dass der Weg zu Stabilisierung und Abstinenz selten geradlinig verläuft, sondern vielmehr von wechselweisen Fortschritten und Rückschlägen gekennzeichnet ist. Die erreichbaren Ziele ändern sich entsprechend der verschiedenen Phasen der Sucht.

Hilfeplanung muss deshalb mit den Betroffenen konkret erarbeiten, welche Ziele sie verfolgen, welche persönlichen Fähigkeiten, Ressourcen und Lebensumstände sie einbringen und welche individuellen und krankheitsbedingten Einschränkungen vorliegen – und dabei ihr Alter, Geschlecht, ihre soziale Lage, kulturelle Herkunft, Lebensphase und Lebenssituation, ihren Aufenthalts- und Minderheitenstatus sowie ihre sexuelle Identität beachten und berücksichtigen. All diese Faktoren müssen der Behandlungsplanung, der Förderung sowie den Maßnahmen zur Wiedereingliederung zugrunde gelegt und im aktuellen Kontext gewichtet werden. Nur dann lässt sich gewährleisten, dass suchtkranke Menschen in ihren Potenzialen und Selbstheilungskräften unterstützt werden. Hierzu sind weitere diagnostische Instrumentarien zu erproben und zu implementieren. Zudem gilt es, den Aufbau und die Finanzierung von Hilfen zu flexibilisieren.

Weitgehend alle Bereiche der Suchthilfe agieren heute auf Grundlage der Personenzentrierung. Bereits in der Prävention steht eine Persönlichkeit – ob Kind, Jugendliche/-r oder Erwachsene/-r – mit den eigenen Stärken, Ressourcen und Belastungen im Vordergrund der Arbeit und wird in ihrer gesunden Entwicklung gestützt und gefördert. Die Suchtberatung bietet suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen Freiräume, damit sie sich über die eigene Problematik und ihre Auswirkungen bewusst werden und Schritte in weitere Behandlung planen können. Suchtkranke und ihre Angehörigen erhalten Informationen über geeignete Hilfen und Behandlungsformen und werden in ihrer Motivation gefördert, ihr Leben zu verändern. Gleichzeitig gewähren ihnen die Suchtberatungsstellen vielfältige Unterstützung in allen Belangen der Alltagsbewältigung. Ein spezielles Beratungsangebot stellt die so genannte "externe Suchtberatung" in den Justizvollzugsanstalten dar. Sie bietet alkohol- oder drogenabhängigen Inhaftierten Beratung an und vermittelt sie insbesondere in stationäre Rehabilitation, die sie nach § 35 BtMG als "Therapie statt Strafe" wahrnehmen können.

Die Aufgaben der sozialen Unterstützung haben mit der neuen Sozialgesetzgebung und der zunehmenden Verarmung suchtkranker Menschen zuge-

nommen. Sie binden Ressourcen in den Suchtberatungsstellen, so dass der originäre Auftrag der Suchtberatung immer mehr dahinter zurück tritt. Kooperationen mit anderen Versorgungsbereichen müssen hier wieder Freiräume für die suchtspezifische Arbeit schaffen.

Entzugsbehandlungen werden größtenteils stationär durchgeführt. Allerdings sind auch hier, insbesondere im Bereich der Alkoholabhängigkeit, ambulante Maßnahmen entstanden. Der medikamentengestützte Entzug hat zwar vielen suchtkranken Menschen die Angst vor der Entgiftungsphase genommen. Die aus Kostengründen verkürzte Aufenthaltsdauer bei Entzugsbehandlungen wirkt sich hingegen negativ auf den Erfolg aus, da die Patienten bei ihrer Entlassung häufig noch keine ausreichende psychische Stabilität erreicht haben.

Das Spektrum der Rehabilitationsmaßnahmen und psychotherapeutischen Angebote in der Suchthilfe hat sich erfreulich erweitert. Neben der herkömmlichen stationären Rehabilitation hat sich die ambulante Therapie für jene Menschen etabliert, die ausreichend stabil sind und auf diese Weise ihr Arbeits- und/oder soziales Umfeld erhalten können. Teilstationäre Angebote, die einen stärker schützenden Rahmen bieten, sind noch auszubauen, ebenso Rehabilitationsangebote für substituierte Menschen oder für Jugendliche. Problematisch ist allerdings, dass Rehabilitationsmaßnahmen stark gekürzt wurden. Für stärker belastete Menschen reicht die Behandlungszeit damit nicht mehr aus. Hier müssen Anschlusshilfen ausgebaut werden, um die Erfolge der Rehabilitation nicht zu gefährden. Angebote und Einrichtungen der Nachsorge sind in München derzeit stark unterrepräsentiert, hier besteht hoher Bedarf. Besser zugänglich ist bei manchen Suchtformen wie etwa Essstörungen eine Psychotherapie durch niedergelassene Psychotherapeuten. Insgesamt sind derer aber zu wenige für Suchterkrankungen qualifiziert und bereit, mit suchtkranken Menschen zu arbeiten. Hinzu kommt, dass Psychotherapie bei Suchterkrankungen meist keine Kassenleistung darstellt.

Bei opiatabhängigen Menschen, für die eine Abstinenzbehandlung zunächst nicht geeignet ist, besteht die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung. Diese medizinische Behandlung hat viel dazu beigetragen, die Zahl der Todesfälle bei Opiatabhängigen zu senken. Eine Substitutionsbehandlung verbessert ihren gesundheitlichen Zustand und schafft somit die Grundlage, dass sie aus der Illegalität heraustreten und die bestmögliche Kontrolle über ihren Suchtmittelkonsum oder langfristig eine Abstinenzbehandlung erreichen können. Voraussetzung für den Erfolg ist eine begleitende psychosoziale Betreuung.

Neben den behandelnden Angeboten haben sich in der Suchthilfe verschiedene weitere Hilfen etabliert. Überlebenshilfen wie Kontaktläden für Opiatabhängige

und Streetwork dienen zunächst der Grundversorgung und der Infektionsprävention. Inzwischen bieten sie auch ein breites Spektrum an Krisenintervention, Beratung, Vermittlung in weiterführende Hilfen sowie Tagesstrukturierung insbesondere für Menschen, die sich nicht von sich aus an Einrichtungen der Suchthilfe oder die soziale Versorgung wenden. Eine ähnliche Funktion übernehmen die Kontakt- und Begegnungsstätten für alkoholabhängige Menschen.

Überlebenshilfe beinhaltet auch die Beschaffung oder den Erhalt von Wohnraum für suchtkranke Menschen. Ein drohender Wohnungsverlust löst existenzielle Ängste aus und trägt zu einer Verschärfung der Suchtproblematik bei. Der Verlust der Wohnung schließlich bedeutet eine drastische Verschlechterung der sozialen Situation und erschwert die Suchtbehandlung erheblich. Eine gesicherte Wohnsituation unterstützt suchtkranke Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung.

Angebote des betreuten Wohnens oder des betreuten Einzelwohnens gewinnen zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich um Maßnahmen der Wiedereingliederung, die sich auf den konkreten Hilfebedarf meist chronisch suchtkrank Menschen in ihrem Alltag zuschneiden lassen. Sie werden in ihrem Wohnumfeld aufgesucht und begleitet und erhalten dabei alle notwendigen medizinischen und psychosozialen Hilfen. Zusammen mit tagesstrukturierenden Maßnahmen hilft das betreute Wohnen, stationäre Aufenthalte oder Wohnungslosigkeit zu vermeiden.

Suchterkrankungen stellen ein erhebliches Risiko für die Teilhabe am Arbeitsleben dar - sowohl durch die Suchtdynamik selbst als auch durch die Stigmatisierung von Suchterkrankungen. Umgekehrt ist eine zufriedene Berufstätigkeit - oder eine andere erfüllende Beschäftigung - nicht nur ein Schutzfaktor gegen die Entstehung einer Sucht. Sie hilft suchtkranken Menschen auch bei der Überwindung ihrer Erkrankung, indem sie Perspektiven eröffnet und das Selbstwertgefühl stärkt. Jenseits der Entwöhnungstherapie sollten deshalb alle Maßnahmen hohe Priorität haben, die dazu dienen, dass Suchtkranke einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz erlangen oder erhalten. Betriebliche Suchtarbeit kann hier einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie ist Bestandteil einer modernen Personalpolitik und ihr Spektrum reicht von ehrenamtlichen Ansprechpartner/-innen bis hin zu professionellen betriebs-internen Beratungsstellen. Betriebliche Suchtarbeit ist besonders dazu geeignet, Alkoholkonsum und Rauchen am Arbeitsplatz zu reduzieren, die Enttabuisierung von Suchterkrankungen in Betrieben zu fördern. Sie kann suchtgefährdete und suchtkranke Beschäftigte frühzeitig erreichen und für eine Verhaltensänderung oder Behandlung gewinnen. Ebenso bedeutsam sind Maßnahmen zur Reintegration ins Arbeitsleben nach

einer erfolgreichen Entwöhnung. Arbeitsprojekte im zweiten Arbeitsmarkt und Zuverdienstprojekte helfen suchtkranken Menschen, ihre Arbeitsfähigkeit teilweise oder ganz wieder herzustellen. Derartige Projekte sind für die betroffenen Menschen ebenso bedeutsam wie für die Stadtgesellschaft als Ganzes. Angesichts der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung müssen sie daher gesichert und ausgebaut werden. Nötig sind zudem Angebote zur Tagesstrukturierung, um auch jenen Menschen eine Perspektive zu bieten, die aufgrund ihrer Erkrankung langfristig nicht mehr arbeitsfähig sind.

Die Selbsthilfe ist seit jeher ein wesentlicher Teil der Suchthilfe. Sie zielt darauf ab, dass der Betroffene seine individuellen Fähigkeiten und Ressourcen als Antriebsquelle von Entwicklungsprozessen mobilisiert. Für suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen trägt die Selbsthilfe wesentlich dazu bei, Schamgefühle abzubauen sowie den sozialen Rückzug und gesellschaftliche Ausstoßung zu vermeiden. Selbsthilfegruppen sind für viele suchtkranke Menschen der erste Schritt, sich ihrer Erkrankung zu stellen und Hilfe anzunehmen. Angebote zur Selbsthilfe sind zugleich ein unverzichtbarer Baustein in der Nachsorge nach Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen. Gleichermäßen wichtig ist die Selbsthilfe für die Angehörigen Suchtkranker.

Angehörigengruppen dienen dem Erfahrungsaustausch und der gegenseitigen Unterstützung in einer belastenden Lebenssituation. Darüber hinaus betreiben Selbsthilfegruppen Öffentlichkeitsarbeit und vertreten die Anliegen suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen auch in Fachgremien und gegenüber der Politik. Während die Selbsthilfe für Alkoholabhängige in München gut ausgebaut ist, konnte sie sich im Bereich der illegalen Suchtmittel und für Menschen mit Essstörungen bisher kaum etablieren. Die Landeshauptstadt München fördert Selbsthilfeangebote bei gleichzeitiger Anerkennung ihrer Eigenständigkeit.

1.4 Akteure und Kooperationen

Suchthilfe wird von vielen Leistungsträgern und Leistungserbringern gestaltet. In einem anspruchsvollen Handlungsfeld entwickeln sie innovative und zielorientierte Konzepte zur Prävention und Behandlung von Suchtproblemen und setzen diese um. Obwohl sie ein gemeinsames Ziel verfolgen, stehen die Akteure der Suchthilfe im Wettbewerb zueinander. Um die Versorgung suchtkranker Menschen ökonomisch und entlang ihren Bedarfen zu gestalten, sind träger- und einrichtungsübergreifende Verbundstrukturen erforderlich.

Die Suchthilfe ist ein vielgliedriges System, das verschiedene Sozialgesetzbücher und Leistungsträger überspannt. Deren Zuständigkeiten wechseln im Verlauf der verschiedenen Phasen der Sucht und den jeweils indizierten Behandlungsformen: So wird die Beratung von suchtkranken Menschen über das Sozialgesetzbuch (SGB) II finanziert, die Akutbehandlung über SGB V und die medizinische Rehabilitation über SGB VI. Leistungen zur Teilhabe von Suchtkranken sind über SGB XII geregelt, die Arbeitsförderung über SGB III, die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen über SGB IX, Angebote für Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern über SGB VIII. Hinzu kommen unterschiedliche Zuschüsse als freiwillige, jederzeit widerrufbare Leistungen, wie etwa von den Bundesländern zur Förderung von Prävention und Modellprojekten oder von den Kommunen wie in München, um besondere Bedarfe der Suchthilfe in einer Großstadt zu decken. Die bisweilen unübersichtliche Vielfalt an Zuständigkeiten erschwert eine kontinuierliche, transparente und ökonomische Leistungserbringung.

Wichtigster Leistungsträger und Kooperationspartner für die Landeshauptstadt München in der ambulanten Suchthilfe ist der Bezirk Oberbayern. Als überörtlicher Sozialhilfeträger verantwortet er ambulante Leistungen zur Teilhabe von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, zu denen auch suchtkranke Menschen zählen. Der Bezirk Oberbayern plant und steuert die ambulante-komplementäre Suchthilfe durch politische Grundsatzentscheidungen zur Angebotsstruktur sowie durch fachliche Vorgaben für die einzelnen Angebotsformen. Alle relevanten Leistungsträger und Leistungserbringer hat er im Gremium zur Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung zusammengeführt. Ziel ist es, die Zusammenarbeit zu optimieren und Zuständigkeitsprobleme zugunsten gemeinsamer Lösungen zu überwinden. Für die medizinische Rehabilitation von Suchtkranken – sowohl stationär wie ambulant – sind vorrangig die Rentenversicherungsträger zuständig. Sie steuern und gestalten damit einen wesentlichen Bereich der abstinentenorientierten Maßnahmen.

Ebenso vielfältig wie die Leistungsträger sind in der Suchthilfe die Leistungserbringer. Neben den großen Wohlfahrtsverbänden mit eigenen oder angeschlossenen Einrichtungen gehören dazu zahlreiche gemeinnützige Vereine und private Träger sowie die Landeshauptstadt München. Sie alle stehen in der Verantwortung, ihre Konzepte und Angebote fachlich auf die verschiedenen Bedarfe ihrer Klientel auszurichten, dabei aktuelle Entwicklungen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu integrieren und die Vorgaben der Leistungsträger umzusetzen. Wirtschaftliche Risiken tragen die Leistungserbringer dabei nicht nur im entgeltfinanzierten Bereich, sondern auch bei pauschal finanzierten Angeboten. Insgesamt hat die Suchthilfe von den vielen Initiativen und Schwerpunktsetzungen der Träger und Verbände profitiert. In enger Abstimmung mit den jeweiligen Leistungsträgern haben sie aktuelle und grundlegende Themen aufgegriffen, ihre Angebote weiter entwickelt und somit entscheidend zu einer bedarfsgerechten Ausdifferenzierung der Hilfen beigetragen.

Die Leistungserbringer stehen heute allerdings in einem Wettbewerb um immer knappere Finanzmittel. Dies erschwert die fachliche Zusammenarbeit und den Aufbau von trägerübergreifenden regionalen Verbundstrukturen. Gleichzeitig lassen sich die komplexen Bedarfe suchtkranker Menschen jedoch meist besser durch die Verzahnung von sich ergänzenden Angeboten behandeln. In diesem Sinne entstanden in München beispielsweise Kooperationen zwischen Beratungsstellen und Substitutionspraxen, zwischen Wohn- und Arbeitsprojekten oder zwischen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe. Kooperations- und Verbundstrukturen erfordern zwar mehr zeitlichen Aufwand, der sich aber rechnet, als sie Parallelstrukturen und Behandlungsabbrüche vermeiden. Die dafür nötigen Personalressourcen in den Einrichtungen sind durch die Leistungsträger zu finanzieren.

In der Suchthilfe sind Fachkräfte aus Grundberufen wie Medizin, Sozialpädagogik, Psychologie, Pädagogik und verwandten Fachrichtungen tätig. Da erfolgreiche Suchtbehandlung die verschiedenen Lebensbereiche der Klienten mit ihren vielfältigen Anforderungen integrieren muss, arbeiten in den meisten Einrichtungen interdisziplinäre Teams. Neben ihrer Grundausbildung verfügen viele Fachkräfte über therapeutische Zusatzqualifikationen. Damit gewähren sie suchtkranken Menschen auch dort Zugang zu psychotherapeutischen Verfahren, wo sie von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund ihrer Sucht ausgeschlossen sind.

In ihrer Arbeit in Beratungsstellen, Kliniken, Arztpraxen, Wohnangeboten, Streetwork, stationären und anderen Einrichtungen engagieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfe für sozial ausgegrenzte Menschen mit starken psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen sowie oft traumatisierenden Lebenserfahrungen. Der enge Kontakt zu ihrer

Klientel birgt das Risiko, dass auch sie selbst belastet werden und Ausgrenzung erleben. Fortbildungen und Supervision sind deshalb zwingender Bestandteil der Arbeit in der Suchthilfe. Darüber hinaus sollten Fachkräfte der Suchthilfe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zusätzliche Angebote zum Erhalt ihrer psychischen Gesundheit bekommen.

Suchtkranke Menschen haben ein Anrecht auf Behandlung ihrer Anliegen und Bedarfe in den Regelversorgungssystemen. Eine Suchterkrankung ist zunächst kein Grund, sie davon auszuschließen. Dennoch verweigern nicht wenige Einrichtungen und Hilfen suchtkranken Menschen ihr Angebot – meist aus Überforderung – und verweisen auf die Suchthilfe. Es muss deshalb ein Anliegen der Suchthilfe sein, Querschnittsbereiche wie Wohnungslosenhilfe, Psychiatrie, Sozialverwaltung, Jugendhilfe, medizinische Pflichtversorgung, Arbeitsvermittlung, Straffälligenhilfe, psychotherapeutische Angebote oder Altenhilfe in Kooperationen sowie in fachlich und politisch wirksame Gremien einzubinden. Eine derartige Vernetzung trägt dazu bei, dass suchtkranke Menschen in der Fülle ihrer Probleme und Bedarfe gesehen werden und unterstützt das langfristige Ziel, sie in die jeweils zuständigen Versorgungssysteme zu integrieren.

Eine größere Rolle sollten in der Suchthilfe München künftig Wissenschaft und Forschung einnehmen. Neue Erkenntnisse aus der Suchtforschung haben stets die Methoden in der Suchtbehandlung verändert – und sollten dies auch weiterhin tun. Mit der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, den ortsansässigen Universitäten und Hochschulen sowie renommierten privaten Forschungsinstituten und -persönlichkeiten verfügt München über ein großes Potenzial, um Fragestellungen der Suchtprävention und -behandlung wissenschaftlich aufzugreifen. Wichtig dabei ist, den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis zu etablieren. Aber auch die Akteure der Suchthilfe sollten sich mit ihren Fragestellungen aktiv an die Wissenschaft wenden. Leistungsträger und Politik sind in diesem Zusammenhang aufgefordert, ausreichend Mittel für wissenschaftliche Studien bereit zu stellen, die einer qualitativ verbesserten und damit ökonomischeren Behandlung von suchtkranken Menschen zugute kommen.

1.5 Die Rolle der Landeshauptstadt München

Für eine Großstadt ergeben sich besondere Anforderungen an die Suchtpolitik und die Ausgestaltung der Suchthilfe. Die Landeshauptstadt München vertritt die Interessen und Bedarfe ihrer von Sucht betroffenen Bürgerinnen und Bürger gegenüber allen Akteuren der Suchtpolitik. Sie beteiligt sich an der Koordinierung des Versorgungssystems und gestaltet die Suchthilfe durch freiwillige Leistungen in der Förderung sowie durch eigene Angebote.

Nach Expertenschätzungen leben in München etwa 30.000 alkoholabhängige Menschen, 100.000 abhängige Raucherinnen und Raucher, 30.000 Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit sowie 4.000 bis 5.000 opiatabhängige Menschen. Nicht eingerechnet sind dabei Menschen mit einem gefährdenden oder riskanten Konsum von Suchtmitteln, Verhaltenssuchten oder Essstörungen, da hierfür keine belastbaren Zahlen vorliegen. Auf jeden suchtkranken Menschen kommen etwa drei Angehörige, insbesondere Kinder, die selbst belastet sind und Hilfe benötigen.

Diese Zahlen zeigen eindrücklich, dass Suchtpolitik sowie die Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen keine Randthemen sind. Eine Suchthilfe, die dem großen Bedarf gerecht werden will, benötigt zahlreiche und unterschiedliche Einrichtungen und Angebote. Diese sind auf den ersten Blick kaum zu überschauen, zumal sie bisher kaum regional organisiert sind. Die Vielfalt ist jedoch kein Ausdruck von Überversorgung, sondern entspricht der fachlich notwendigen Differenzierung entlang der unterschiedlichen Bedarfe der vielen Betroffenen.

Die Landeshauptstadt München will in diesem Versorgungsbereich die Interessen ihrer Bürgerinnen und Bürger vertreten und dazu beitragen, dass in der Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen bedarfsgerechte, fachlich differenzierte, gender-, kultur- und migrationssensible sowie leicht zugängliche Angebote zur Verfügung stehen. Wichtig ist auch, dass Menschen trotz einer Suchterkrankung am Arbeitsleben und dem gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Dieses Ziel verfolgt die Landeshauptstadt München durch Koordinierungsaufgaben sowie durch die Förderung und den Betrieb eigener Einrichtungen.

Zentrales Gremium der Münchner Suchthilfe ist der Arbeitskreis Sucht. Als Arbeitskreis des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München ist er ein Regionalgremium gemäß den Bayerischen Grundsätzen zu Sucht- und Drogenfragen. Aufgabe des Arbeitskreises Sucht ist es, die einschlägigen Akteure und

Gremien der Suchthilfe wechselseitig zu informieren, zu beraten und zu koordinieren sowie der Politik, den Leistungsträgern und den relevanten Schnittstellen zu dienen. Zu seinen Mitgliedern zählen Vertreter der Facharbeitskreise der Münchner Suchthilfe, Verbände, Leistungsträger, Vertreter der Querschnittsbereiche sowie das Polizeipräsidium München. Den Vorsitz des Arbeitskreises Sucht hat die Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe der Landeshauptstadt München.

Mit der Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe im Referat für Gesundheit und Umwelt stellt die Stadtverwaltung allen Akteuren der Suchthilfe und der angrenzenden Versorgungsbereiche einen fachkompetenten Ansprechpartner zur Verfügung. Sie vermittelt Informationen, fördert Kooperationsstrukturen, greift aktuelle Entwicklungen auf und entwickelt adäquate Angebote. In diesem Zusammenhang werden auch Handlungskonzepte anderer Städte geprüft, um innovative Ansätze und damit verbundene positive Entwicklungen auf München zu übertragen. All dies geschieht im Auftrag des Stadtrates und in enger Abstimmung mit dem Bezirk Oberbayern als wesentlichem Leistungsträger für die ambulante Versorgung suchtkranker Menschen in München. Ebenso vertritt die Koordination für Psychiatrie und Suchthilfe die Belange suchtkranker Menschen gegenüber anderen Versorgungssystemen.

Als Leistungsträger gewährt die Landeshauptstadt München im Rahmen freiwilliger Leistungen größtenteils Sachmittelzuschüsse für Einrichtungen, die zwar vom Bezirk Oberbayern finanziert werden, für ihren Betrieb in einer Großstadt aber auf weitere Zuschüsse angewiesen sind. Darüber hinaus finanziert die Landeshauptstadt München Hilfen, die dem besonderen Bedarf einer Großstadt entspringen und nicht vom überörtlichen Sozialhilfeträger übernommen werden. Dies betrifft vor allem Streetwork für Drogen- und Alkoholabhängige. Auch beschließt der Stadtrat besondere Maßnahmen, die Modellcharakter haben und Lücken in der Angebotsstruktur schließen helfen. Hierzu gehört etwa die diarmorphingestützte Behandlung von Opiatabhängigen oder das Projekt "Hart am Limit" für alkoholintoxikierte Jugendliche. Durch ihre Förderungen kann die Landeshauptstadt München Einfluss nehmen auf die inhaltliche Ausgestaltung der Suchthilfe und mittels Zielvereinbarungen Themen einbringen, die aus ihrer Sicht für die Versorgung ihrer suchtkranken Bürgerinnen und Bürger von Bedeutung sind.

Mit der Alkohol- und Medikamentenberatung sowie der Drogenberatung im Referat für Gesundheit und Umwelt betreibt die Landeshauptstadt München zwei Einrichtungen, die sich insbesondere chronisch erkrankten Bürgerinnen und Bürgern sowie deren Angehörigen zuwenden. Die Beratungsstellen bieten auch Fortbildungen für Fachkräfte der sozialen Versorgung zum Umgang mit suchtkranken Menschen an. Die Clearingstelle der Drogenberatung informiert und

vermittelt Opiatabhängige in Arztpraxen und Ambulanzen, in denen sie eine qualifizierte Substitutionsbehandlung erhalten können. Das Referat für Gesundheit und Umwelt koordiniert zudem Fortbildungsangebote im Bereich der Suchtprävention und schult pädagogisches Personal in eigenen Veranstaltungen. Darüber hinaus unterhält die Landeshauptstadt München eine Vielfalt von Angeboten, die sich auch an suchtkranke Menschen wenden und ein breites Spektrum an Hilfen anbieten, wie etwa der Sozialpsychiatrische Dienst, die Beratungsstelle zu sexuell übertragbaren Infektionen einschließlich AIDS, Schuldnerberatung, Schwangerenberatung oder Bezirkssozialarbeit. In der Zusammenarbeit der verschiedenen städtischen Referate liegt eine Chance, Hilfen für suchtkranke Menschen und ihre Angehörigen zu bündeln und mit kurzen Wegen und einer gemeinsamen Haltung zu organisieren. Als Arbeitgeberin stellt sich die Landeshauptstadt München durch die „Dienstvereinbarung über den Umgang mit suchtgefährdeten und -kranken Beschäftigten“ der Verantwortung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Landeshauptstadt München nimmt durch die Bereitstellung und Vermietung von Werbeflächen mittelbar Einfluss auf das Konsumverhalten der Münchner Bevölkerung. Das umfasst auch den Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak. Wissenschaftliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass Werbung den Konsum von Suchtmitteln bei Jugendlichen fördern kann. Alle Formen von Werbung, die dazu geeignet sind, insbesondere junge Menschen zum Suchtmittelkonsum zu ermuntern sind daher zu vermeiden. Sofern freiwillige Werbebeschränkungen nicht wirksam sind, müssen städtische Maßnahmen geprüft werden, die entsprechende Werbung auf städtischen Veranstaltungen und auf stadteigenen Werbeflächen unterbinden.

2 Themenfelder der Suchtpolitik

2.1 Frauen und Männer

Frauen und Männer sind von Suchterkrankungen in unterschiedlicher Form betroffen. Ursachen und Verlauf der Krankheit, bevorzugte Suchtmittel, Konsummuster und auch die Entwicklung komorbider Störungen haben eine geschlechtsspezifische Komponente. Die Suchthilfe muss sich für die spezifischen Bedürfnisse der Geschlechter öffnen und entsprechende Angebote bereithalten. Bei der Entwicklung von Konzepten muss den unterschiedlichen Lebenswelten von Frauen und Männern Rechnung getragen werden.

Abhängigkeitserkrankungen treten je nach Geschlecht unterschiedlich auf, ebenso lassen sich Konsummuster entsprechend differenzieren und analysieren. So zeigen Männer häufiger als Frauen ein regelmäßiges oder schädliches Trinkverhalten und sind häufiger alkoholabhängig. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gleicht sich das Trinkverhalten allerdings über die Geschlechter hinweg tendenziell an. Illegale Drogen werden öfter von Männern konsumiert, Frauen wiederum weisen eine deutlich höhere Prävalenz bei der Einnahme von Medikamenten auf. Es ist davon auszugehen, dass sie auch stärker als Männer von Medikamenten abhängig sind. Im Bereich der Essstörungen sind Mädchen und junge Frauen grundsätzlich gefährdeter als Jungen, an Anorexia oder Bulimie zu erkranken.

Für etliche Bereiche fehlen valide Daten zur Prävalenz und zum Geschlechterverhältnis. Insgesamt ist die Datenlage zu den genderspezifischen Aspekten von Sucht noch nicht zufrieden stellend. Es reicht nicht aus, lediglich Zahlenverhältnisse abzubilden. Eine Geschlechterdifferenzierung ist auch nötig, um die Entstehung und den Verlauf von Sucht, das Leben von Suchtkranken sowie Behandlungserfahrungen zu erforschen. Denn: Die zum Konsum von Suchtmitteln und zur Entwicklung einer Suchterkrankung führenden Faktoren sind bei Männern und Frauen unterschiedlich. Ohne eine differenzierte Kenntnis der Motive und geschlechtsspezifischen Erfahrungen lassen sich keine adäquaten Behandlungskonzepte entwickeln. Neben einer verstärkten Forschung ist auch eine Evaluierung von Behandlungsangeboten nach Gesichtspunkten der Geschlechtergerechtigkeit erforderlich.

In der Versorgungsstruktur der Suchthilfe fällt auf, dass Frauen als direkt Betroffene in vielen Einrichtungen unterrepräsentiert sind. In der Angehörigenberatung indes sind sie stark vertreten; bei Selbsthilfeangeboten zeigt sich ein ähnliches Bild. Insgesamt nehmen Frauen eine fürsorgende Rolle ein und stellen

ihre eigenen Interessen häufig hinter die eines suchtkranken Angehörigen zurück. Sind sie selbst erkrankt, ist ihre Scham meist groß. Aber auch die Gesellschaft bringt suchtkranken Frauen weniger Verständnis entgegen als suchtkranken Männern. Besondere Beachtung verdient darüber hinaus die Tatsache, dass eine Suchterkrankung viele Belastungen, denen Frauen in unserer Gesellschaft generell ausgesetzt sind, zusätzlich verschärft. So sind unter suchtkranken Frauen besonders viele allein erziehende Mütter anzutreffen. Schwangerschaft und Mutterschaft aber bedeuten für suchtkranke Frauen einen existentiellen Konflikt zwischen ihrer eigenen Lebenssituation und den grundlegenden Bedürfnissen ihrer Kinder. Gewalt gegen Frauen und Kinder sowie sexuelle Gewalt gegen Frauen wiederum wird gehäuft von Männern unter Alkohol- und Drogen Einfluss ausgeübt.

Auch die sexuelle Orientierung kann Einfluss auf das Suchtverhalten haben. Diskriminierungserfahrungen aufgrund der sexuellen Identität können dazu führen, dass ein riskanter Suchtmittelkonsum als vermeintlicher Konfliktlösungsweg gesucht wird. So deuten Untersuchungen darauf hin, dass unter lesbischen Frauen Suchtmittelkonsum weiter verbreitet ist als unter der Allgemeinbevölkerung. Das Verständnis für die spezifischen Bedürfnisse homosexueller Frauen und Männer hilft, diese besser mit den Angeboten der Suchthilfe zu erreichen und die Behandlungserfolge zu verbessern.

Um Frauen und Männer gleichermaßen früh zu erreichen und sie für Hilfsangebote zu gewinnen, müssen Fachkräfte der Suchthilfe für diese Phänomene sensibilisiert sein und sie in ihre Arbeit integrieren. Bereits in ihrer Öffentlichkeitsarbeit müssen Einrichtungen Frauen und Männer unterschiedlich ansprechen. In der Beratung, Betreuung und Behandlung sollte es Suchtkranken möglich sein, Bezugspersonen des gleichen Geschlechts zu wählen. Zumindest aber sollte reflektiert werden, welche Rolle die Geschlechterverteilung spielt. Dies gilt insbesondere für Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund, da dieser oft das Rollenverständnis beeinflusst.

Der Rolle des Geschlechts bei der Entstehung und in der Behandlung von Suchterkrankungen gerecht zu werden, ist eine fortwährende Aufgabe der Suchthilfe. Denn: Geschlechterrollen und geschlechtsspezifische Erfahrungen wandeln sich im Laufe der Zeit. Für Frauen wie Männer sind geschützte Settings zu schaffen, die es ermöglichen, die eigene geschlechtliche Identität zu reflektieren und in Zusammenhang mit der Suchterkrankung zu stellen.

2.2 Kulturelle Unterschiede

Über ein Drittel der Münchner Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Verlässliche Aussagen darüber, wie stark und in welcher Form diese Gruppe von Sucht betroffen ist, gibt es kaum. Daten aus Einrichtungen der Suchthilfe weisen jedoch darauf hin, dass die bestehenden Angebote Menschen mit Migrationshintergrund nicht genügend erreichen. Die interkulturelle Öffnung der Angebote ist eine wichtige Aufgabe für die Suchtpolitik. Dazu müssen Suchthilfe, Migrationsberatungsstellen, Jugendhilfe und andere relevante Hilfssysteme gemeinsam das Wissen um die Bedarfe dieser Zielgruppe erweitern und spezielle Konzepte des Zugangs und der Behandlung entwickeln.

22,6 Prozent der Münchnerinnen und Münchner haben eine ausländische Staatsangehörigkeit, weitere 13,3 Prozent sind Deutsche mit Migrationshintergrund (2009). Hinter diesen Zahlen verbirgt sich eine Vielzahl von unterschiedlichen ethnischen Gruppen mit verschiedenen Traditionen und kulturellem Hintergrund. Die große Heterogenität erschwert es, verlässliche Daten über ihr Suchtverhalten zu gewinnen. Von Interesse wären zum Beispiel das Ausmaß der Betroffenheit, die Verteilung über die diversen Migrantengruppen hinweg sowie besondere Formen von Sucht in Abhängigkeit vom kulturellen bzw. religiösen Hintergrund. Einzelne Untersuchungen sowie noch unsystematisch dokumentierte Erfahrungen aus der Praxis der Sucht- und Migrationshilfe liefern dennoch hilfreiche Anhaltspunkte für die Suchtpolitik.

Aktuell gibt es kaum Hinweise darauf, dass sich Menschen mit Migrationshintergrund in ihrem Suchtverhalten generell von ihren Mitbürgerinnen und -bürgern ohne Migrationshintergrund unterscheiden. Gleichwohl gibt es Abweichungen zwischen, aber auch innerhalb ethnischer Gruppen, deren Ursachen größtenteils kulturell und sozial bedingt sind. Sie äußern sich unter anderem im Umgang und in der Bewertung von bestimmten Suchtmitteln. So ist beispielsweise in manchen Kulturen der Konsum von Alkohol tabuisiert, während er in anderen eine wichtige soziale Funktion übernimmt. Dem entsprechend scheinen manche Menschen mit Migrationshintergrund von bestimmten Substanzen bzw. Formen von Sucht stärker betroffen zu sein als andere. Der kulturelle Hintergrund kann also sowohl Risiko für als auch Schutz vor Sucht bedeuten.

Ebenso kann der Konsum von Suchtmitteln ein ungeeigneter Versuch sein, migrations- und kulturspezifische Belastungen wie Sprachprobleme, mangelnde soziale Anerkennung oder Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung zu bewältigen. Insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund haben neben ihren altersspezifischen Entwicklungsaufgaben oft zusätzlich den

schwierigen Auftrag, sich in die Aufnahmegesellschaft zu integrieren, ohne ihre kulturellen Wurzeln aufzugeben bzw. zu „verraten“.

Die Erfahrung zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund Angebote der Suchthilfe deutlich seltener wahrnehmen als Menschen ohne Migrationshintergrund. Auf Seiten des Individuums spielen dabei Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede im Umgang mit Suchterkrankungen sowie fehlendes Wissen über vorhandene Angebote der Suchthilfe eine maßgebliche Rolle. Auf institutioneller Seite trägt dazu bei, dass es kaum interkulturell offene Angebote bzw. migrantenspezifische Angebote für ausgewählte Problemgruppen gibt.

Um Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu Angeboten der Suchthilfe zu erleichtern, muss diese sich insgesamt interkulturell öffnen sowie entsprechende interkulturelle Personal-, Organisations- und Qualitätsentwicklung betreiben. Dazu gilt es, Fachkräfte interkulturell zu schulen, die Konzepte der Einrichtungen kultursensibel auszurichten sowie Dolmetscherdienste zu nutzen und zu finanzieren, wo sie erforderlich sind. Zudem müssen Anreize geschaffen werden, um Fachkräfte mit Migrationshintergrund für die Arbeit in der Suchthilfe zu gewinnen. Aber auch Migrationssozialdienste, die häufig den ersten Zugang zu den Betroffenen haben, müssen sich für Suchterkrankungen sensibilisieren und qualifizieren. In der Folge kann eine engere Zusammenarbeit zwischen Migrationsberatungsstellen und Einrichtungen der Suchthilfe entstehen. Um insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren teils sehr spezifischen Konsummustern rechtzeitig zu erreichen, sind in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe sozialräumliche, kultursensible Zugangskonzepte zu entwickeln.

2.3 Junge Menschen

Der verantwortungsvolle Umgang mit Suchtmitteln und die Abstinenz von Drogen ist eine Entwicklungsaufgabe des Jugendalters. Jugendliche benötigen dazu sowohl Freiräume als auch klare Richtlinien und Schutz, ebenso wie Unterstützung innerhalb ihrer Lebenswelten Familie, Schule, Ausbildung und in ihrem weiteren sozialen Umfeld. Jugendhilfe, Psychotherapie und Suchthilfe müssen mehr altersspezifische Behandlungskonzepte für suchtgefährdete oder suchtkranke Jugendliche entwickeln und implementieren. Probleme der Zuständigkeit sind zugunsten einer kontinuierlichen und verlässlichen Unterstützung von Jugendlichen zu überwinden.

Das Jugendalter ist eine Lebensphase mit vielfältigen Entwicklungsaufgaben. Dazu gehört auch der verantwortungsvolle Umgang mit Suchtmitteln, die in unserer Gesellschaft verbreitet und toleriert sind, sowie die Abstinenz von illegalen Substanzen. Jugendliche machen heute bereits sehr früh erste Erfahrungen mit Alkohol und anderen Suchtmitteln. Entsprechend muss auch Prävention früh und möglichst umfassend einsetzen. Angebote einer substanzübergreifenden Suchtvorbeugung richten sich daher bereits an Kinder und ihre Eltern sowie an Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schulen.

Gleichwohl konsumieren Jugendliche Suchtmittel – aus Neugier, um Grenzen zu erleben oder um sich ihre Entwicklungsaufgaben zu erleichtern. Durch den Konsum von Alkohol versuchen sie beispielsweise, Selbstständigkeit und Erwachsensein zu demonstrieren, um ihr Ansehen bei Gleichaltrigen zu steigern. Ein Teil der Jugendlichen benutzt Suchtmittel, um Stress und Überforderung zu bewältigen oder negative Gefühle auszublenden. Im Hinblick auf die Entwicklung späterer Suchterkrankungen stellen sie eine besondere Risikogruppe dar. Aus dem Suchtmittelkonsum resultierende soziale und strafrechtliche Sanktionen wie Schulverweise oder Führerscheinentzug sollten die möglichen Konsequenzen für die Zukunftsperspektiven der Jugendlichen berücksichtigen.

Von allen Suchtmitteln konsumieren Jugendliche am häufigsten Alkohol und Tabak. Hier unterscheiden sie sich nicht von der erwachsenen Bevölkerung. Unter den illegalen Substanzen ist Cannabis die mit Abstand am häufigsten konsumierte Droge. Insgesamt ist der Konsum legaler und illegaler Suchtmittel bei Jugendlichen zwar rückläufig, allerdings trinkt ein großer Teil nach wie vor zu viel Alkohol und auch Cannabiskonsum ist immer noch weit verbreitet. Der Alkoholkonsum junger Frauen hat sich sogar gesteigert und ist heute nahezu ebenso hoch wie der junger Männer. Und: Es gibt Jugendliche und junge

Erwachsene, die bei bestimmten Gelegenheiten gezielt sehr viel Alkohol konsumieren, um sich zu berauschen und dabei erhebliche Gefährdungen wie eine Alkoholvergiftung in Kauf nehmen. Über diese Gefährdungen müssen Jugendliche deutlich informiert werden. Nötig sind zudem Angebote zur Frühintervention wie etwa das bundesweite Programm "HaLT – Hart am Limit", das alkoholintoxizierten Jugendlichen und ihren Eltern im Krankenhaus aufsuchende Hilfe anbietet.

Für den Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter benötigen junge Menschen Freiräume, in denen sie eigene Erfahrungen machen und sich adäquate Verhaltensweisen aneignen können. Wichtig sind aber auch Regelungen, die ihnen Orientierung geben und sie vor Gefahren bewahren, die sie oftmals nicht selber erkennen können. Die Umsetzung der relevanten Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes sowie das konsequente Verfolgen und Ahnden von Verstößen kann den frühen und damit besonders schädlichen Konsum von Suchtmitteln eindämmen. Handel und Gewerbe stehen in der Verantwortung, durch geeignete Maßnahmen die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes sicherzustellen. Als wirksam erwiesen haben sich dabei zum Beispiel Schulungen für das Verkaufspersonal in Verbindung mit technischen Vorrichtungen wie Kassensystemen für jugendschutzrechtlich relevante Produkte. Auch sind Angebote zu schaffen, die Jugendlichen Alternativen für eine suchtmittelfreie Freizeitgestaltung aufzeigen, beispielsweise alkoholfreie Clubevents und Konzerte.

Von besonderer Bedeutung für den jugendlichen Umgang mit Suchtmitteln sind die Eltern. Das elterliche Erziehungsverhalten, ihre Vermittlung von Regeln und ihre Vorbildfunktion sind sehr wichtige Einflussfaktoren. Sie zeigen ihren Kindern dadurch Grenzen auf und geben ihnen so Orientierung. Oftmals sind Eltern in ihrem Erziehungsverhalten verunsichert, sie wissen nicht, wie sie sich gegenüber ihren jugendlichen Kindern verhalten und wie weit sie diese einschränken sollen. Eltern müssen daher in der oftmals schwierigen Erziehungsarbeit unterstützt werden. Sie sollen ermutigt werden, Grenzen zu setzen, wenn dies erforderlich ist, und die notwendigen Informationen erhalten, um Gefährdungen ihrer Kinder zu erkennen.

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Suchtmitteln wird Jugendlichen dann leichter gelingen, wenn sie ihn auch bei Erwachsenen erleben. Das gilt nicht nur für Eltern, sondern für alle pädagogisch wirksamen Bezugspersonen. Schulen, Ausbildungsstätten, Jugendeinrichtungen oder Sportvereine benötigen daher klare Regeln für den Konsum von Suchtmitteln. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene umsetzen lassen sich solche Forderungen am besten, wenn sie in einem kommunalen Programm oder einer regionalen Initiative gebündelt und öffentlich

sichtbar gemacht werden. Dies hilft, möglichst viele Akteure einzubinden.

Neben präventiven Maßnahmen ist aber auch Unterstützung nötig für Jugendliche, die gefährdet sind, in den Suchtmittelmissbrauch oder in eine Abhängigkeit zu geraten. Sie brauchen Hilfen, die sehr individuell auf sie und ihre familiäre und soziale Situation zugeschnitten sind. Jugendliche, die Suchtmittel missbrauchen, empfinden sich häufig als perspektiv- und orientierungslos und haben in ihrem Leben nicht selten schwerwiegende Brüche oder Traumata erfahren. Der Konsum von Suchtmitteln oder suchttähnliches Verhalten verschafft ihnen eine Distanz zur Realität, die sie als Erleichterung erleben. Der Konsum von Suchtmitteln gerät zum Selbstheilungsversuch.

In dieser schwierigen Situation benötigen Jugendliche verlässliche Begleitung, persönliche Wertschätzung sowie Perspektiven für eine selbstbestimmte und sinnhafte Gestaltung ihres Lebens. Gefragt sind hier suchtspezifische Angebote der Jugendhilfe, die auch die Familien mit einbeziehen kann, ebenso wie psychiatrische und psychotherapeutische Angebote sowie Angebote der Suchthilfe, die auf Jugendliche ausgerichtet sind. In all diesen Bereichen gibt es allerdings noch zu wenig differenzierte Konzepte und zu wenig Behandlungsplätze für suchtgefährdete und suchtkranke Jugendliche. Hinzu kommen Unklarheiten der Zuständigkeit zwischen den möglichen Leistungsträgern, insbesondere beim Übergang von Jugendlichen zu jungen Erwachsenen ab 18 Jahren. Überdies werden Jugendliche noch viel zu häufig aus Schule oder Ausbildung entlassen, wenn sie durch Suchtmittelkonsum oder Suchtverhalten auffallen. Diese strukturellen Defizite gilt es zu überwinden, um Jugendlichen so früh und umfassend wie möglich den Weg aus dem Suchtmittelmissbrauch und der Sucht aufzuzeigen – und damit womöglich jahrzehntelanges Leiden zu verhindern.

2.4 Ältere Menschen

Suchtkranke werden alt, ebenso können Menschen auch im Alter noch suchtkrank werden. In der Suchthilfe sind daher spezielle Konzepte für ältere Suchtkranke zu entwickeln und umzusetzen. Aber auch reguläre Altenhilfe und Pflege müssen sich öffnen für suchtkranke Menschen und sich für die Arbeit mit ihnen qualifizieren. Denn: Auch alten suchtkranken Menschen stehen Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben jenseits der Rehabilitation zu.

Suchtkranke ältere Menschen finden immer noch zu wenig Beachtung - sowohl in der Suchthilfe als auch in Suchtforschung und -politik. Deutlich wird dies an den fehlenden Erkenntnissen über diese Gruppe sowie an einem Mangel an spezifischen Hilfsangeboten. Handlungsbedarf besteht insbesondere angesichts der demographischen Entwicklung, in deren Verlauf die Zahl älterer Menschen mit Suchterkrankung steigen wird.

Dabei wird es einerseits Menschen geben, die erst in einem hohen Lebensalter suchtkrank werden - ausgelöst beispielsweise durch eine Krisensituation wie den Verlust der Partnerin oder des Partners oder den Ausstieg aus dem Berufsleben. Nicht selten gleitet dann ein durchschnittlicher oder bereits gefährdender Konsum, zum Beispiel von Alkohol, in eine Abhängigkeit ab. Ein besonderes Augenmerk ist auch zu richten auf die Entwicklung der Medikamentenabhängigkeit als "versteckter Sucht", insbesondere bei alten Menschen.

Bedingt durch die verbesserte (sucht-)medizinische Versorgung wird es andererseits künftig auch mehr Menschen geben, die bereits in jungen Jahren suchtkrank wurden und mit der Erkrankung alt geworden sind. Sie benötigen in besonderem Maße Hilfe, da sie über Jahrzehnte hinweg starke gesundheitliche, psychische und soziale Schädigungen erlitten haben. Eine langjährige chronische Alkoholabhängigkeit etwa hat direkte gesundheitliche Folgen bis hin zur Lebensgefährdung oder dem Verlust der Persönlichkeit. Zudem birgt sie das Risiko sozialer Desintegration, beispielsweise Wohnungslosigkeit. Nikotinabhängigkeit ist ebenfalls mit starken gesundheitlichen Risiken und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen vorzeitigen Tod verbunden. Ältere opiatabhängige Menschen wiederum waren meist über Jahrzehnte besonders belastenden Lebensumständen ausgesetzt, leiden unter schwerwiegenden Folgeerkrankungen, sind in einem hohen Maß psychosozial beeinträchtigt und vorzeitig gealtert.

Bisher differenzierte die Suchthilfe ihre Angebote vorwiegend nach Suchtmittel und Geschlecht der Betroffenen, nun wird eine verstärkte Differenzierung nach

Altersgruppen erforderlich. Die bestehenden Hilfen sind noch sehr auf Rehabilitation, also eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, ausgerichtet. In Zukunft bedarf es auch Maßnahmen, die sich stärker an der Lebenswirklichkeit älterer Menschen orientieren und ihnen gesellschaftliche Teilhabe sowie Lebensqualität ermöglichen. Tagesstrukturierende Maßnahmen wie Kontakt- und Begegnungsstätten sowie Beschäftigungsangebote mit Zuverdienstmöglichkeiten sind daher zu fördern und auszubauen.

Aber auch Altenhilfe und Pflege stehen vor neuen Herausforderungen. Aufgrund vielfältiger Folge- und Begleiterkrankungen benötigen ältere suchtkranke Menschen häufig besondere Pflege- und Betreuungsangebote. Da sie oftmals früher pflegebedürftig werden, sind sie deutlich jünger als die übrigen Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen. Überdies lassen sich ihre Lebensgewohnheiten und Interessen oftmals nur schwer mit dem Angebot oder Tagesablauf einer Einrichtung der Altenhilfe in Einklang bringen.

Sucht- und Altenhilfe sollten sich diesen Herausforderungen gemeinsam stellen. Eine adäquate Versorgung lässt sich nur sicherstellen, wenn die Suchthilfe ihre Angebote für ältere Menschen öffnet und die Altenhilfe ihre Angebote für suchtkranke Menschen. Dazu müssen sich die Systeme wechselseitig fortbilden und spezifische Konzepte und Angebote für suchtkranke alte Menschen entwickeln. Auch der Prävention von Suchterkrankungen, etwa der Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit im Alter, ist ein fester Platz in der Arbeit mit alten Menschen einzuräumen. Diese Maßnahmen zu unterstützen und voranzutreiben, zählt zu den Kernaufgaben zukunftsorientierter Suchtpolitik.

2.5 Kinder und andere Angehörige

Kinder suchtkranker Eltern tragen in aller Regel das Risiko, in ihrer psychischen, geistigen und/oder körperlichen Entwicklung selbst Schaden zu nehmen. Dies gilt für Kinder aller Altersstufen ebenso wie für Ungeborene, auf die sich der Suchtmittelkonsum der Mutter unmittelbar überträgt. Suchthilfe, Jugendhilfe und gesundheitliche Versorgung müssen gemeinsam das Wohl dieser Kinder schützen und sie wie auch ihre Eltern unterstützen. Direkt von einer Suchterkrankung betroffen sind neben den Kindern auch Partnerinnen und Partner, Eltern und weitere Angehörige. Auch sie benötigen Unterstützung und spezifische Hilfen, um durch den belastenden Umgang mit dem suchtkranken Menschen nicht selbst zu erkranken.

Über die Kinder suchtkranker Eltern liegen keine spezifischen Zahlen vor. Schätzungen gibt es lediglich für alkohol- oder drogenabhängige Eltern. Sie basieren auf der Annahme, dass sich der Anteil der Eltern unter Suchtkranken nicht grundsätzlich von dem innerhalb der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. Danach leben in Deutschland 2,65 Millionen Kinder mit alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Eltern und rund 30.000 bis 40.000 Kinder mit drogenabhängigen Müttern. Etwa jedes fünfte Kind wächst damit in einer suchtbelasteten Familie auf.

Die Suchthilfe hat Kinder von Suchtkranken lange nicht wahrgenommen. Entsprechend selten wurden suchtkranke Eltern in ihrer Elternschaft und der damit verbundenen Verantwortung, ihren Aufgaben und Lebenserfahrungen erkannt und angesprochen. In der Folge haben viele Kinder die Suchterkrankung ihrer Mütter und Väter ohne korrigierende Unterstützung getragen und ertragen und dabei Schaden in ihrer Entwicklung genommen. Die Schäden können bereits das ungeborene Kind betreffen, das dem Suchtmittelkonsum seiner Mutter ausgesetzt ist. Insbesondere Alkohol und Nikotin führen teilweise zu erheblichen körperlichen und geistigen Schädigungen wie Alkoholembryopathie. Babies und Kleinkinder sind gefährdet, wenn es den suchtkranken Eltern nicht gelingt, eine stabile Bindung zu ihnen aufzubauen und sie verlässlich zu versorgen. Mit zunehmendem Alter werden Kinder durch die Sucht ihrer Eltern vor allem psychisch und im sozialen Kontext belastet, isoliert und in ihrer Entwicklung behindert. Nicht selten entwickeln sie psychische Auffälligkeiten - ein Versuch, die Belastungen zu kompensieren. Kinder suchtkranker Eltern erleben zudem häufiger als andere Kinder häusliche Gewalt, Vernachlässigung und Trennung. Insgesamt ist ihr Risiko, selbst einmal suchtkrank zu werden, deutlich höher als das der Allgemeinbevölkerung.

Suchtkranke Eltern leiden meist sehr unter dem Wissen oder der Annahme, dass sie aufgrund ihrer Sucht und ihrer Lebenssituation den Bedürfnissen ihrer Kinder nicht gerecht werden. Leugnung, Schuld- und Schamgefühle verstärken die familiäre Problematik und können zu einem inkonsistenten Erziehungsverhalten führen, das die Kinder weiter belastet. Eine Schwangerschaft oder die Sorge um die eigenen Kinder kann aber auch eine wichtige Motivation und Ressource sein, den Konsum von Suchtmitteln zu beenden oder zumindest zu kontrollieren.

In dem beschriebenen Spannungsfeld benötigen Kinder, ihre suchtkranken Eltern sowie alle Angehörigen, die in die Sorge für die Kinder einbezogen sind, kontinuierliche und verbindliche Unterstützung durch die Gesellschaft. Suchthilfe und Jugendhilfe, aber auch Kindertagesstätten, Schulen und andere Einrichtungen sind daher gefordert, Kooperationsformen zu entwickeln und zu installieren, die eine verbindliche Formen der Zusammenarbeit mit den betroffenen Familien gewährleisten. Nur so lässt sich sicherstellen, dass Familien alle notwendige Hilfen erhalten, um das Wohl der Kinder zu sichern und ihre gesunde Entwicklung zu ermöglichen.

Der Münchner Stadtrat hat im Jahr 2006 das "Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblemen" und das "Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern" beschlossen. Die Hilfenetzwerke beschreiben Standards der verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, benachbarten Disziplinen und den betroffenen Familien.

Die Kooperation im Rahmen der Hilfenetzwerke muss beständig weiter entwickelt und qualifiziert werden. Zudem sind zusätzliche Hilfen für Kinder, ihre Eltern und die Familien als Ganzes zu entwickeln und auszubauen. Dazu zählen aufsuchende Arbeit in den Familien, intensiv betreute Wohnangebote für suchtkranke Mütter und/oder Väter und ihre Kinder sowie Elterntrainings. Ebenso sind ausreichend Angebote zur Kindertagesbetreuung, ambulante Erziehungshilfen und spezielle Gruppenangebote für Kinder erforderlich. Ein positives Beispiel in diesem Kontext ist das "Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen" für psychosozial hoch belastete Familien mit Kindern bis drei Jahren, das auch für Familien mit einem an Sucht erkrankten Elternteil zugänglich ist. Für die Entwicklung derartiger Angebote bedarf es personeller wie finanzieller Ressourcen in Suchthilfe, Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung.

Eltern, Geschwister, Partnerinnen und Partner, Freunde sowie das soziale Umfeld von suchtkranken Menschen sind je nach Art und Ausprägung der Erkrankung stark mit betroffen. Häufig bemühen sie sich lange, mit großem

persönlichen Einsatz und unter Einbußen ihrer eigenen Lebensqualität, dazu beizutragen, dass die Sucht überwunden oder kontrolliert werden kann. Dabei geraten sie nicht selten in die Dynamik der Sucht und tragen ungewollt zu ihrem Erhalt bei. Die gesellschaftliche Stigmatisierung, die nicht nur Suchtkranke, sondern auch ihre Familien erleben, trägt zu ihrer sozialen Isolation bei. Schuldzuweisungen an Eltern, Partnerinnen und Partner sind in unserer Gesellschaft noch nicht überwunden. Für suchtkranke Menschen stellen stabile Familienbeziehungen indes eine wichtige Ressource dar, da sie der Verelendung entgegen wirken und zu einem Weg aus der Sucht motivieren können.

Um den starken persönlichen Belastungen stand halten und das eigene Verhalten überprüfen zu können, müssen Eltern, Partnerinnen und Partner sowie weitere Angehörige von Suchtkranken einen Anspruch auf eigene Beratungen und therapeutische Angebote haben. Sie sind als Teil der originären Klientel der Suchthilfe anzusehen und in Maßnahmen der Prävention, Beratung und Behandlung einzubeziehen – sowohl zu ihren eigenen Themen als auch als Bezugspersonen, die zur Behandlung des Erkrankten beitragen können.

2.6 Komorbidität

Suchterkrankungen gehen häufig einher mit anderen körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen. Dies stellt nicht nur eine besondere Belastung für die Betroffenen dar, sondern auch eine große Herausforderung für ihre Behandlung und Betreuung. Komorbidität erfordert eine verstärkte Berücksichtigung und interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Bereichen Diagnostik, Beratung, Behandlung sowie bei Maßnahmen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Eine Suchterkrankung belastet die Betroffenen stark – umso mehr, wenn noch weitere Erkrankungen hinzukommen. Das mit einer Suchterkrankung häufig einhergehende eingeengte Erleben und Verhalten führt einerseits dazu, dass viele Suchtkranke seltener in ärztliche Behandlung gehen und schlechter dabei mitwirken als die Allgemeinbevölkerung. Andererseits bewirkt die Stigmatisierung von Suchtkranken und die häufig damit verbundene Unterstellung, dass sie nur eine geringe Motivation zur Behandlung aufbringen, dass ihnen der Zugang zu medizinischer Versorgung unnötig erschwert wird. Hier gilt es durch Aufklärung und Information Barrieren abzubauen und durch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und medizinischer Versorgung den Zugang zu gesundheitlichen Hilfen für Suchtkranke zu verbessern.

Ein spezieller Fall von Mehrfacherkrankung ist die so genannte Doppeldiagnose. Dabei handelt es sich um das gemeinsame Auftreten einer psychischen Störung und einer Suchterkrankung bzw. eines Suchtmittelmissbrauchs. Die Zahl der Menschen mit Doppeldiagnose steigt stetig an. Sie bilden längst keine Randgruppe mehr, sondern sind als eigene Zielgruppe mit besonderem Behandlungsbedarf zu sehen. Untersuchungen deuten darauf hin, dass ein Drittel bis die Hälfte der Menschen mit Suchterkrankung oder -missbrauch weitere psychische Störungen aufweisen. Bei bestimmten Substanzen ist der Anteil noch höher.

Der Konsum von Suchtmitteln kann ein inadäquater Versuch sein, eine belastende Lebenssituation zu bewältigen oder aber Symptom einer psychischen Erkrankung. Die Betroffenen versuchen, durch den Konsum von Alkohol oder illegalen Drogen die für sie belastenden Begleiterscheinungen der psychischen Erkrankung zu beseitigen oder zumindest zu lindern. Umgekehrt kann der Missbrauch von Suchtmitteln psychische Störungen auslösen oder ihr Auftreten begünstigen. Auch deutet einiges darauf hin, dass es Faktoren gibt, die sowohl das Entstehen einer Suchterkrankung als auch das Auftreten einer psychischen Störung begünstigen und so eine Erklärung dafür liefern, warum beide Phänomene häufig zusammen auftreten.

Die Bedeutung des Zusammenspiels von Sucht und anderen psychischen Erkrankungen wurde lange unterschätzt. Eine adäquate Versorgung scheiterte oft daran, dass sich weder Psychiatrie noch Suchthilfe richtig zuständig fühlten und häufig mit der fachfremden Diagnose überfordert waren. Dabei zeigte sich, dass die übliche getrennte Behandlung der verschiedenen Erkrankungen oft nicht den gewünschten Erfolg brachte. Übergreifende Ansätze gab es kaum, da sich Psychiatrie und Suchthilfe als eigenständige Systeme begriffen.

Hier hat erfreulicherweise ein Umdenken eingesetzt. Die Vernetzung zwischen Psychiatrie und Suchthilfe gewinnt zunehmend an Bedeutung. Integrierte Behandlungsansätze ermöglichen es, psychische Störungen und Suchterkrankungen gleichzeitig zu behandeln. Diese Entwicklung ist weiterhin zu fördern, etwa durch fest vereinbarte Konsiliardienste oder Sprechstunden der einen Disziplin in Einrichtungen, Ambulanzen und Praxen der anderen. Dies senkt auch Hemmschwellen bei betroffenen Patientinnen und Patienten, weitere fachärztliche Hilfe aufzusuchen.

Die Landeshauptstadt München setzt sich für eine verstärkte Kooperation von ambulanter psychiatrischer Versorgung und ambulanter Suchthilfe ein. Mit dem Ziel, verlässliche Kooperationen zu fördern, hat sie die Suchtberatungen und die Sozialpsychiatrischen Dienste in vier Regionen zusammen geführt, die bei Bedarf auch weitere Einrichtungen in den Regionen unterstützen.

3 Handlungsfelder der Suchtpolitik

3.1 Handlungsfeld Prävention

Prävention hat zum Ziel, Abhängigkeitserkrankungen zu verhindern, gesundheitliche Schäden zu verringern und ein erneutes Auftreten zu vermeiden. Sie ist zwingender Bestandteil einer differenzierten Suchtpolitik und umfassenden Gesundheitsförderung, die von vielen gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen geleistet werden muss. Hierfür sind in der Suchthilfe wie in den Lebenswelten der Zielgruppen ausreichend Ressourcen vorzuhalten.

Das Bayerische Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz vom 24. 07. 2003 weist den Kommunen für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention einen expliziten Gestaltungsauftrag zu.

Gesundheitsförderung und Suchtprävention basieren im Wesentlichen auf dem gleichen Verständnis: Die soziale, ökologische, wirtschaftliche und kulturelle Umwelt beeinflusst die individuelle Lebensweise und das jeweilige Verhalten des Menschen. Entsprechend bietet ein gesundes Umfeld die Voraussetzung für eine gesunde – und damit auch suchtfreie – Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Aufgrund ihrer vielen Bezüge zu angrenzenden Themenbereichen werden Gesundheitsförderung und Prävention von Suchterkrankungen zu Querschnittsaufgaben, die verschiedene Politikbereiche wie Gesundheit, Soziales und Bildung betreffen. Spezielles Ziel der Suchtprävention ist es, den Konsum von Suchtmitteln bzw. Missbrauch und Abhängigkeit sowie Essstörungen zu vermeiden und nach Überwindung einer Sucht einen Rückfall in abhängige Verhaltensweisen zu verhindern. Suchtprävention ist damit zwingender Bestandteil eines differenzierten Suchthilfesystems und trägt dazu bei, individuelles Leid und gesellschaftliche Kosten zu reduzieren.

Suchtprävention umfasst heute zum einen verhaltens- und verhältnisorientierte Strategien sowie andererseits universelle, selektive und indizierte Verfahren. Präventive Erfolge mit einer breiten und langfristigen Wirkung lassen sich nach aktuellem Wissensstand nur über ein Zusammenspiel der genannten Vorgehensweisen erreichen.

Verhaltenspräventive Maßnahmen sollen zu gesunden Lebensweisen befähigen und zielen darauf, dass der Einzelne gesundheitsgefährdende Gewohnheiten verändert. Der große Vorteil dieser Maßnahmen ist, dass sie nicht nur Sucht, sondern auch anderen problematischen Verhaltensweisen vorbeugen. So können erfolgreiche Projekte zur Förderung von Lebenskompetenzen – zum

Beispiel die Entwicklung von positivem Körperbewusstsein, Konfliktlösungsstrategien, Selbstwertgefühl oder Genussfähigkeit – bei Schülerinnen und Schülern sowohl der Gesundheitsförderung als auch der Gewalt- und Suchtvorbeugung dienen.

Verhältnispräventive Maßnahmen beziehen sich auf das Umfeld und die Lebensbedingungen der Menschen. Unterschieden wird dabei zwischen direkter und indirekter Verhältnisprävention. Erstere meint die Veränderung unmittelbarer politischer und sozialer Strukturen (zum Beispiel gesetzliche Vorgaben, die den Verkauf von Alkohol begrenzen), oder die Schaffung gesunder Lebenswelten in Familie, Kindergarten, Schule, Arbeitswelt und Gemeinwesen. Indirekte Verhältnisprävention zielt auf eine Verhaltensumstellung von Bezugspersonen wie Eltern oder Lehrern ab, auf dass sie angemessen auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen einwirken können. Da der Grundstein für die Entstehung von Sucht bereits im Kleinkindalter gelegt wird, sind frühzeitige Beratungs- und Fortbildungsangebote für Eltern und Fachkräfte der Kindererziehung von großer Bedeutung. Bewährt hat sich hier die Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten, die in koordinierter Weise sowohl Seminare für pädagogisches Personal als auch für Eltern anbieten, um das Bewusstsein für die Thematik zu erhöhen und eine gemeinsame Erziehung der Kinder zu unterstützen.

Etwa 95 Prozent aller Kinder und deren Familien können über Kindertagesbetreuung als niedrigschwelligem Zugang erreicht werden, dabei auch sozial Benachteiligte, ohne diese zu stigmatisieren. Ziel der Suchtprävention dort ist es, Kinder möglichst frühzeitig in ihrer Entwicklung zu begleiten und ihre positiven Kräfte und Lebenskompetenzen zu stärken, damit sie zu eigenständigen, verantwortungsbewussten und sozial kompetenten Persönlichkeiten heranwachsen.

In der Fachwelt besteht Konsens darüber, dass eine kombinierte Verhaltens- und Verhältnisprävention die größtmögliche Wirkung erzielt, da beide in wechselseitiger Beziehung stehen. So können gesetzgebende Maßnahmen wie die Altersbeschränkung für den Kauf von Alkohol eine höhere Wirkung erzielen, wenn sie in Verbindung mit Informations- und Aufklärungsstrategien für das Verkaufspersonal umgesetzt werden.

Die beschriebenen Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention sind auf alle Zielgruppen der Suchtprävention anzuwenden. Dazu werden Verfahren der universellen, selektiven und indizierten Prävention eingesetzt. In der Umsetzung dieser Verfahren sind kultur- und geschlechtsspezifische Aspekte durchgängig zu beachten.

Universelle Verfahren der Suchtprävention richten sich an Personen, die keiner

besonderen Risikogruppe angehören. Sie zielen darauf ab, auf struktureller Ebene (Politik, Werbung, Institutionen, Infrastrukturen) wie auch auf individueller Ebene (soziales Lernen, Erziehung, Sensibilisierung) schützende Faktoren zu fördern. Besonders wirksam sind hier Ansätze, die mit der gesamten Familie arbeiten, zum Beispiel in Form eines Kommunikationstrainings. Gleiches gilt für Programme in Schulen, die Schüler zur Eigenaktivität anregen und ihnen einen risikobewussten Umgang mit Suchtmitteln vermitteln. Verfahren der selektiven Prävention widmen sich Menschen, die ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit aufweisen. Sie versuchen, gezielt auf Risikofaktoren einzuwirken und zu verhindern, dass aus Gefährdeten manifest suchtkranke Menschen werden. Zu den Risikogruppen zählen beispielsweise Kinder alkoholabhängiger Eltern. In der Arbeit mit ihnen haben sich neben den schon beschriebenen Maßnahmen in Schule und Familie auch Patenschaftsprogramme als präventiv wirksam erwiesen. Erwachsene Paten unterstützen dabei als stabile Bezugspersonen die schulische Entwicklung der Kinder und unternehmen mit ihnen Freizeitaktivitäten.

Personen, die bereits ein manifestes Risikoverhalten ausgebildet haben und damit ein erhöhtes Suchtrisiko aufweisen, sind Zielgruppe der indizierten Prävention. So kann bei Jugendlichen, die wegen einer Alkoholvergiftung klinisch behandelt werden, ein motivierendes Gespräch zur Reflexion des eigenen Alkoholkonsums Änderungen im Verhalten bewirken. Während des Gesprächs zeigt sich auch, ob weitere Hilfen angebracht sind. Ein großer und wichtiger Bereich der indizierten Prävention sind überdies Angebote für Erwachsene in Betrieben, Krankenhäusern und anderen Lebensbereichen, in denen ihre Suchtproblematik auffällt und sie aus ihrem beruflichen und sozialen Netz heraus zu fallen drohen. Auch hier gilt es, den Betroffenen zunächst zu einer realistischen Wahrnehmung ihres Suchtmittelkonsums zu verhelfen, bevor ihnen weitere Hilfen zur Konsumreduktion oder Rehabilitation angeboten werden.

Suchtprävention kann nur gelingen, wenn alle relevanten Akteure frühzeitig einbezogen werden, diese die Zielsetzungen mittragen und mit ihren Ressourcen unterstützen. Im Rahmen der Suchthilfe sind dafür einerseits ausreichend Mittel für die Durchführung und Weiterentwicklung der Präventionsarbeit zur Verfügung zu stellen. Nötig sind aber auch Ressourcen für gesundheitsfördernde und suchtpreventive Maßnahmen in den Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Hier kommt der Landeshauptstadt München in ihrer Verantwortung für Kindertagesstätten, Schulen, Jugendhilfe und Jugendschutz eine tragende Rolle zu. Langfristige Erfolge lassen sich nur über ein breites Spektrum differenzierter Angebote für alle Zielgruppen erzielen. Um Parallelstrukturen und damit unnötige Kosten zu vermeiden, müssen die Aktivitäten der Suchtprävention stadtweit vernetzt und koordiniert werden.

3.2 Handlungsfelder der Suchthilfe/Versorgung

3.2.1 Alkohol

Alkohol ist in unserer Gesellschaft als Genussmittel anerkannt und weit verbreitet. Gleichzeitig birgt der Konsum für alle Menschen Risiken – von akuten und langfristigen gesundheitlichen und sozialen Schädigungen bis hin zur Abhängigkeitserkrankung. Durch seine enthemmende Wirkung und den damit einher gehenden Kontrollverlust trägt Alkohol zudem zu Unfällen und Gewalttaten bei. Erforderlich ist eine gesellschaftliche Auseinandersetzung zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, die den risikoarmen Konsum ebenso fördert wie den Schutz besonders gefährdeter Risikogruppen. Die Behandlungsangebote für alkoholgefährdete und -abhängige Menschen müssen den verschiedenen Stadien von Missbrauch und Sucht angepasst sein und aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis übertragen.

Gemessen an der Anzahl der Betroffenen, den gesundheitlichen Folgen und den damit verbundenen Kosten, sind legale Suchtmittel von zentraler gesellschaftlicher Bedeutung. Allen voran Alkohol, der wie kein weiteres Suchtmittel im täglichen Leben verankert ist. Nur wenige Menschen leben dauerhaft abstinent, was angesichts der langen Tradition von Alkohol als Genuss- und Rauschmittel in unserer Gesellschaft kaum verwundert. Mäßiger Konsum ist anerkannt und auch ein gelegentliches Übermaß wird in der Regel toleriert. Aus manchen gesellschaftlichen Zusammenhängen ist Alkohol kaum wegzudenken, wie sich auch in München mit seiner vielfältigen Gastronomie und dem jährlichen Oktoberfest zeigt.

Die Grenzen zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit sind fließend. Den meisten Menschen gelingt es, maßvoll und verantwortungsbewusst mit Alkohol umzugehen. Etwa zehn Prozent der Erwachsenen aber konsumiert in einer Weise, die zumindest als problematisch zu bezeichnen ist. Gesundheitliche und soziale Probleme bis hin zur Alkoholabhängigkeit können die Folge sein. Schätzungen zufolge sind 1,3 Millionen Menschen in Deutschland alkoholabhängig.

Problematischer Umgang mit Alkohol ist keine Frage des Alters. Zwar machen Jugendliche bereits sehr früh erste Erfahrungen mit Alkohol – meist in einem Alter, in dem regelmäßiger Konsum ihre Entwicklung beeinträchtigen kann. Aber auch die meisten älteren Menschen trinken regelmäßig Alkohol, obwohl die Verträglichkeit mit zunehmendem Alter sinkt. Die unterschiedlichen Altersgruppen unterscheiden sich hauptsächlich in ihrem Konsummuster: Während

junge Menschen in der Regel episodisch exzessiv trinken, konsumieren ältere Menschen oft regelmäßiger, dafür auf niedrigerem Niveau. Problematischer Alkoholkonsum wirkt sich entsprechend ihrer Lebenssituation unterschiedlich auf junge und alte Menschen aus. Prävention sowie Beratungs- und Behandlungsangebote müssen daher auf die Trinkmotive und die spezifischen Gefährdungen unterschiedlicher Altersgruppen abgestimmt sein.

Alkoholprobleme schaden nicht nur den Betroffenen. Straftaten wie Sexualdelikte, Körperverletzung oder Sachbeschädigung werden häufig in alkoholisiertem Zustand begangen. Der Anteil an Autounfällen unter Alkoholeinfluss ist trotz rückläufiger Tendenz nach wie vor hoch. Schwer zu erfassen sind die wirtschaftlichen Verluste durch verloren gegangene Arbeitszeit und -leistung aufgrund übermäßigen Alkoholkonsums. Fest steht aber, dass Alkohol neben persönlichem Leid auch enorme gesellschaftliche Kosten verursacht.

Ein alkoholkranker Angehöriger kann eine enorme Belastung für eine Familie darstellen. Gerade Kinder leiden sehr unter einer Suchterkrankung ihrer Eltern oder eines Elternteils. Ungeborene sind in besonderem Maß gefährdet: Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft gilt als die häufigste nicht-genetische Ursache für eine geistige Behinderung des Kindes. Dazu muss die Mutter noch nicht einmal suchtkrank sein. Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen für Schwangere, Frauenärztinnen und -ärzte sowie für Hebammen und Entbindungspfleger sind daher zu fördern und auszubauen.

Die Münchner Suchtpolitik will nicht den genussvollen und verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol erschweren. Sie zielt vielmehr darauf, die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums durch geeignete Maßnahmen einzudämmen. Erhöhte Aufmerksamkeit gilt dabei besonders schutzbedürftigen Menschen, insbesondere Kindern und Jugendlichen. Selbst die größten Anstrengungen werden jedoch nicht verhindern können, dass Menschen alkoholkrank werden. Für sie müssen differenzierte Hilfs- und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen.

Das Spektrum der Behandlungsansätze bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit hat sich erheblich erweitert. Es reicht von der stationären Abstinenztherapie über ambulante Angebote bis hin zu Programmen zur Konsumreduktion. Neue Erkenntnisse der Suchtforschung treiben diese Entwicklung voran. Als Maßnahmen der Frühintervention etwa haben sich seit kurzem Gruppenprogramme zum kontrollierten Konsum etabliert. Sie vermitteln Klientinnen und Klienten ein Bewusstsein für ihr problematisches Trinkverhalten sowie alternative Handlungsmöglichkeiten. An die Zielgruppe angepasst, zeigen

diese Gruppenprogramme auch Erfolge in der Arbeit mit alkoholabhängigen Wohnungslosen. Generell ermöglichen derart zieloffene Angebote eine konstruktive Arbeit mit Menschen, die (noch) nicht bereit sind, abstinent zu leben, sehr wohl aber ihren schädigenden Alkoholkonsum reduzieren wollen. In den vergangenen Jahren ebenfalls hinzugekommen sind Möglichkeiten zum ambulanten Entzug und zur ambulanten Entwöhnung von Alkohol. Sie senken deutlich die Schwelle für eine Behandlung bei jenen Menschen, die ihr soziales Umfeld dafür nicht verlassen können oder wollen.

Für chronisch alkoholranke Menschen sind in den vergangenen Jahren Kontakt- und Begegnungsstätten entstanden, die Angebote zur Tagesstrukturierung und zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft offerieren – und damit einer Vereinsamung oder Verelendung entgegenwirken. Diese Einrichtungen müssen durch aufsuchende Arbeit und Streetwork im öffentlichen Raum ergänzt werden, um auch jene Menschen zu erreichen, die von sich aus keinen Kontakt zu Hilfsangeboten aufnehmen können. Weiter zu entwickeln sind auch Programme für Menschen, die unter Alkoholeinfluss straffällig geworden sind, diesen Zusammenhang erkennen und in der Folge Handlungsstrategien gegen den Alkoholkonsum entwickeln müssen.

Die fortwährende Stigmatisierung alkoholkranker Menschen stellt für diese eine erhebliche Hemmschwelle dar, Hilfsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Um dem entgegen zu wirken, muss die Suchthilfe gezielt über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten aufklären und die gesellschaftliche Auseinandersetzung über den Umgang mit Alkohol befördern.

3.2.2 Tabak

Nikotinabhängigkeit wird als Krankheit meist unterschätzt und eher als individuelles Fehlverhalten angesehen. Der hohen Zahl der Abhängigen stehen nur wenige Entwöhnungsangebote gegenüber, die zudem unzureichend finanziert sind. Analog zu anderen Substanzabhängigkeiten müssen auch bei der Nikotinentwöhnung die Kosten vollständig und ohne Eigenanteil der Betroffenen übernommen werden. Der Konsum von Tabak gefährdet nicht nur die eigene Gesundheit, sondern birgt über das Passivrauchen auch Gesundheitsrisiken für Angehörige und Menschen in der näheren Umgebung. Um diese Risiken einzudämmen sind Maßnahmen der Verhältnisprävention sowie Behandlungsangebote für spezielle Personengruppen erforderlich.

Trotz rückläufiger Tendenz ist der Konsum von Tabak in unserer Gesellschaft weit verbreitet: Etwa ein Drittel der erwachsenen Münchnerinnen und Münchner raucht, wobei der Konsum mit zunehmendem Lebensalter abnimmt. Während fast die Hälfte der 18 bis 29-Jährigen regelmäßig zur Zigarette greift, sind es bei den über 65-Jährigen nur knapp 13 Prozent. Der Konsum von Tabak wird mit zahlreichen Gesundheitsstörungen in Verbindung gebracht. Die Notwendigkeit, das Nichtrauchen im Zuge der Gesundheitsvorsorge zu fördern, ist daher unbestritten. Senken lässt sich der Tabakkonsum durch aufeinander abgestimmte Maßnahmen der Prävention und Behandlung.

Tabakrauchen kann neben vielfältigen Gesundheitsschäden auch zu einer Nikotinabhängigkeit führen. Auch wenn diese wie keine andere Suchterkrankung im öffentlichen Bewusstsein häufig nur als schlechte Angewohnheit oder Charakterschwäche angesehen wird, ist sie als Abhängigkeitserkrankung medizinisch anerkannt und wird in den gängigen psychiatrischen Klassifikationssystemen wie jede andere Substanzabhängigkeit behandelt.

Die meisten Raucherinnen und Raucher beginnen im Jugendalter mit dem Konsum von Tabak. Wer bis zum 18. Lebensjahr nicht raucht, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nie damit beginnen. Ein früher Tabakkonsum kann indes auf eine grundsätzliche Bereitschaft zum Konsum psychoaktiver Substanzen hindeuten und damit ein Anzeichen für eine erhöhte Suchtgefährdung sein. Besonders Ziel führend sind daher Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche wie etwa die Teilnahme von Schulklassen an dem bundesweiten Programm „Be smart - don't start“. Auch verhältnispräventive Maßnahmen wie rauchfreie Schulen, Sportstätten und Jugendeinrichtungen können sich positiv auswirken.

Untersuchungen haben gezeigt, dass ein großer Teil der Raucherinnen und Raucher ihren Konsum beenden oder zumindest reduzieren will. Vielen gelingt das jedoch nicht ohne begleitende Unterstützung. Entsprechende Entwöhnungsangebote aber sind nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Die daraus resultierenden langen Wartezeiten halten viele Raucherinnen und Raucher von einer Teilnahme ab, ebenso wie die Tatsache, dass sie die Kosten größtenteils selbst tragen müssen. Das Spektrum von Angeboten für Nikotinentzug und -entwöhnung muss ausgeweitet und die Kosten dafür – ähnlich wie bei anderen Substanzabhängigkeiten – vollständig übernommen werden.

Der Konsum von Tabak gefährdet nicht nur die Gesundheit von Raucherinnen und Rauchern; Tabakrauch in der Umgebungsluft belastet auch ihr Umfeld. Verhältnispräventive Maßnahmen wie rauchfreie Räume helfen, die Belastung zu reduzieren. Generell gilt für alle Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums: Sie verringern nicht nur Gesundheitsrisiken von Raucherinnen und Rauchern, sondern mindern auch die Belastung durch Passivrauchen für deren Umfeld. Dem entsprechend sollte Entwöhnung von Nikotin vor allem Schwangeren angeboten werden, da Tabakkonsum das Ungeborene belastet, aber auch Eltern, um die im Haushalt lebenden Kinder vor Passivrauchen zu schützen. Zur Aufklärung von Raucherinnen und Rauchern sowie für die Vermittlung von Entwöhnungsangeboten sind gesundheitliche Hilfen wie Hebammen oder pädagogisches Personal in Kindertagesstätten einzubeziehen.

3.2.3 Medikamente

Medikamentenabhängigkeit ist eine wenig erkannte Sucht, da sie häufig als verschriebene Medikation beginnt und selbst langjährige Abhängigkeiten oft nicht als solche erkannt werden. Beratung und Behandlung von Personen mit Medikamentenabhängigkeit sind in der Suchthilfe noch unterentwickelt und keine eigene Disziplin. Da Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten jedoch in verschiedenen Bevölkerungs- und Altersgruppen sowie bei beiden Geschlechtern verbreitet ist, sind Forschung, Diagnostik und Behandlung dringlich zu verstärken. Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker müssen in einem risikobewussten Umgang mit Medikamenten unterstützt werden. Sie sind zudem wichtige Kooperationspartner für die Aufklärung der Bevölkerung.

Auch wenn aussagekräftige Daten bislang fehlen, gehen Fachleute davon aus, dass bundesweit ähnlich viele Menschen von Medikamenten abhängig sind wie von Alkohol. Gleichwohl erhalten sie vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit.

Medikamentenabhängigkeit gilt als „stille Sucht“, da sie meist wesentlich unauffälliger als andere Suchterkrankungen verläuft. Dem Missbrauch – das heißt der Einnahme eines Arzneimittels ohne medizinische Indikation bzw. in höherer Dosierung und länger als notwendig – geht in der Regel ein bestimmungsgemäßer, ärztlich verordneter Gebrauch voraus. Die Übergänge zwischen Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit sind bei Medikamentenabhängigkeit fließend. Vielen Betroffenen fehlt die Einsicht, dass sie einen problematischen Konsum aufweisen, insbesondere wenn das Medikament ärztlich verordnet ist oder ursprünglich war. Häufig wird eine Abhängigkeit erst durch Entzugserscheinungen beim Absetzen des Medikaments erkannt.

Das Angebot an Arzneimitteln ist enorm, in Deutschland sind etwa 10.000 verschreibungspflichtige Medikamente erhältlich. Etwa vier bis fünf Prozent davon besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. Das gilt insbesondere für psychotrope, also die menschliche Psyche beeinflussende Medikamente wie Schmerz- und Beruhigungsmittel. Es ist davon auszugehen, dass etwa ein Drittel dieser Medikamente nicht aus therapeutischen Gründen, sondern zur Vermeidung von Entzugserscheinungen eingenommen wird. Angebot und Nachfrage nach psychotropen Arzneimitteln steigt. Grund ist der zunehmende Wunsch vieler Menschen, durch Medikamente schnell und ohne Veränderung ihrer Lebensführung Beschwerden und unerwünschte Empfindungen abzulegen oder erwünschte Wirkungen wie Leistungssteigerungen zu erzielen.

Medikamente zur Beeinflussung von problematisch empfundenem Verhalten oder zur Leistungssteigerung werden zunehmend auch Kindern und Jugendlichen verabreicht und verschrieben. Diese Problematik muss noch stärker öffentlich thematisiert werden, da hier ein unkritischer Umgang mit psychotropen Substanzen auch im Erwachsenenalter angelegt wird. Da Kinder Medikamente fast immer durch ihre Eltern erhalten, tragen diese eine besondere Verantwortung, auch in Hinblick auf ihre Vorbildfunktion. Sie sind durch Information und Beratung zu unterstützen. Jugendliche wiederum experimentieren – wie mit anderen Suchtmitteln – auch mit der Wirkung von Medikamenten. Um Anzeichen für einen problematischen Umgang früh zu erkennen, sind auch Schulen und Jugendeinrichtungen für die Thematik zu sensibilisieren.

Von Medikamentenabhängigkeit betroffen sind häufig ältere Menschen: Die Prävalenz steigt ab dem 40. Lebensjahr an, ab dem 60. Lebensjahr kann der Missbrauch von psychotropen Medikamenten als weit verbreitet bezeichnet werden. Frauen scheinen häufiger betroffen zu sein als Männer. Nicht selten tritt im Verlauf eine Mehrfachabhängigkeit auf, bedingt durch die Einnahme verschiedener Arzneimittel oder den gleichzeitigen Konsum von Arzneimitteln und Alkohol. Insgesamt muss festgestellt werden, dass sich die Forschung diesem Bereich noch viel zu wenig zugewandt hat. Neben Daten zur Prävalenz fehlen insbesondere auch Aussagen zu Motiven und Verläufen bei Medikamentenabhängigkeit.

In der Praxis der Suchthilfe sind Medikamentenabhängige deutlich unterrepräsentiert. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen – Frauen und ältere Menschen – von den Einrichtungen der Suchthilfe generell schlechter erreicht werden als andere. Überdies mangelt es an speziell auf Medikamentenabhängigkeit ausgerichteten Konzepten. Zwischen den Kapazitäten geeigneter Angebote und der Anzahl der Betroffenen besteht ein eklatantes Missverhältnis. Ein Ausbau dieser Angebote in Verbindung mit Information und Aufklärung ist daher dringend geboten.

Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Medikamentenabhängigkeit muss das Alter und die Lebenswelt der jeweiligen Zielgruppen berücksichtigen. Diese nehmen Informationen dann besonders gut auf, wenn sie in Zusammenhang mit ihren generellen Interessen und Themen stehen. Beispiele hierfür sind Informationen zu Benzodiazepinen in Frauenzeitschriften oder Berichte zu den Risiken von Anabolika in Sportmagazinen. Nötig sind zudem ausreichend Beratungsangebote. Sie lassen sich auch außerhalb des Suchthilfesystems – etwa in Einrichtungen der Altenhilfe oder in frauenspezifischen Angeboten – platzieren. Darüber hinaus bedarf es einer breiten, langfristigen und auf die

Gesamtbevölkerung gerichteten Aufklärung, die den steigenden Medikamentenmissbrauch thematisiert und zu einem kritischen und risikobewussten Umgang mit Arzneimitteln auffordert. Zudem sind Maßnahmen der gesundheitlichen Versorgung zu entwickeln und zu fördern, die Alternativen zum Arzneimittelgebrauch aufzeigen.

Der weitaus größte Teil der missbräuchlich verwendeten Medikamente wird ärztlich verordnet. Für Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker ist es nicht immer einfach, mit Forderungen von Patientinnen und Patienten nach schneller und einfacher medikamentöser Hilfe adäquat umzugehen sowie angesichts der Vielzahl von Arzneimitteln in jedem Fall das geeignete auszuwählen und etwaige Nebenwirkungen dauerhaft zu überwachen. Gleichwohl kommt ihnen eine besondere Verantwortung zu, Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Auch andere Berufsgruppen aus dem medizinischen Bereich müssen für das Thema sensibilisiert werden. Eine umfassende Information verbessert nicht nur die Diagnose von Medikamentenabhängigkeit. Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sind zudem wichtige Kooperationspartner in der Aufklärung der Bevölkerung über einen angemessenen Umgang mit Arzneimitteln und können einen bedeutenden Beitrag zur Prävention von Medikamentenabhängigkeit leisten. Entsprechende Informationsangebote und Fortbildungen sind in Kooperation der Suchthilfe mit den Berufsverbänden und Kammern zu entwickeln und durchzuführen.

3.2.4 Cannabis

Obwohl illegal, ist Cannabis ein besonders von Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig konsumiertes Suchtmittel. Während ein kleinerer Teil der Konsumierenden soziale und gesundheitliche Probleme bis hin zur Abhängigkeit entwickelt, gelingt den meisten jedoch ein maßvoller Umgang mit Cannabis. Prävention und eine kritische Auseinandersetzung mit den individuellen Konsummustern sollten deshalb Vorrang haben vor sanktionierenden Maßnahmen. Neu entwickelte Behandlungsmethoden sind in die Regelversorgung zu implementieren und auszubauen.

Cannabisprodukte wie Haschisch und Marihuana sind die am häufigsten konsumierten illegalen Suchtmittel. Etwa ein Viertel der Erwachsenen gibt an, mindestens einmal im Leben Cannabis probiert zu haben. Zumeist bleibt es bei einem sporadischen, zeitlich begrenzten Konsum. Der Anteil der Erwachsenen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, liegt in Bayern bei unter fünf Prozent.

Während Jugendliche und junge Erwachsene häufiger Cannabis konsumieren, nimmt der Konsum bei den über 30-Jährigen deutlich ab. Das liegt nicht zuletzt daran, dass Cannabis stark mit bestimmten Jugendkulturen verbunden ist und von manchen Jugendlichen eher als normales Konsumgut denn als illegales Rauschmittel gesehen wird. Anfang der neunziger Jahre ist der Cannabiskonsum bei Jugendlichen deutlich angestiegen, in den vergangenen Jahren war ein Rückgang zu verzeichnen. Von einer Trendwende kann allerdings noch nicht gesprochen werden.

Cannabis birgt im Vergleich zu manch anderen Suchtmitteln weniger Gefahren. Der Konsum ist dennoch nicht harmlos. Jüngere Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus der Praxis der Suchthilfe lassen keinen Zweifel daran, dass dauerhafter Cannabiskonsum zur Abhängigkeit führen kann. Auch wenn deren Intensität in aller Regel nicht so stark ist wie bei anderen Suchterkrankungen, sind Betroffene vielfach nicht in der Lage, ihren Konsum ohne Unterstützung zu reduzieren oder zu beenden.

Regelmäßiges Rauchen von Cannabis wirkt sich schädlich auf Atemwege und Lunge aus; weitere Gesundheitsschäden sind möglich. Menschen, die dauerhaft Cannabis konsumieren, zeigen zudem eine Tendenz zum Rückzug aus sozialen Bezügen, die von Passivität und verringerter Belastbarkeit begleitet wird. Auch wird davon ausgegangen, dass Cannabis bei manchen Menschen vorhandene latente psychische Erkrankungen auslösen kann. Das Risiko dafür hängt, wie

auch die Gefahr einer Abhängigkeit, mit der Dauer und Intensität des Konsums zusammen. Ein früher Einstieg in den Cannabiskonsum erhöht das Risiko für Gesundheitsschäden und Suchterkrankung.

Schwerwiegende Folgen im sozialen Bereich können aus der Verfolgung von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz erwachsen. Eine Vorstrafe wegen Cannabisbesitz oder Sanktionen wie Schulentlassung und Führerscheinentzug wirken sich mitunter gravierend auf den weiteren Lebensweg aus. Prävention und Hilfsangebote für Cannabis-Konsumierende sollten daher Vorrang vor sanktionierenden Maßnahmen haben. Bewährt haben sich hier Methoden, bei denen die Teilnahme an einem psychoedukativen Programm Sanktionsalternativen bietet.

Cannabis konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene sind in der Regel nur schwer für Angebote der Suchthilfe zu gewinnen. Hier gilt es, zielgruppen-gerechte Zugänge und Behandlungsformen zu entwickeln. Dazu zählen manualisierte Gruppenangebote von überschaubarer Dauer oder Programme, die vorrangig über das Internet absolviert werden können. Derartige Ansätze zeigen bisher viel versprechende Ergebnisse. Sie sind weiter zu evaluieren und bei Erfolg auszubauen.

3.2.5 Opiate und andere illegale Suchtmittel

Eine Vielzahl von Suchtmitteln unterliegt gesetzlichen Restriktionen. Unter diesen erfordert Heroin aufgrund seines Suchtpotenzials, der akuten Lebensbedrohung sowie seiner schwerwiegenden gesundheitlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen besondere Beachtung durch Suchtpolitik und Suchthilfe. Letztere stellt für Heroinabhängige zahlreiche Angebote in den Bereichen Prävention, Beratung, Behandlung und Überlebenshilfen bereit. Diese sind zu erhalten und unter Berücksichtigung neuer Problemstellungen auszubauen. Darüber hinaus muss die Suchthilfe verstärkt zielgruppenspezifische Zugänge und Behandlungsprogramme für Konsumentinnen und Konsumenten anderer illegaler Suchtmittel entwickeln.

Während der Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol oder Tabak nur wenigen rechtlichen Beschränkungen unterliegt, ist der unerlaubte Umgang mit zahlreichen anderen Substanzen durch das Betäubungsmittelgesetz unter Strafe gestellt. Dies gilt für Heroin, Kokain und Ecstasy ebenso wie für viele weitere Substanzen, die natürlichen Ursprungs sind oder synthetisch hergestellt werden. Die Konsumgewohnheiten in Bezug auf illegale Suchtmittel ändern sich permanent, da insbesondere synthetisch hergestellte Substanzen laufend verändert oder neu entwickelt werden. So hat in den letzten Jahren der Konsum von Wirkstoffen wie Gamma-Butyrolacton (GBL), Methamphetamin und synthetischen Cannabinoiden an Bedeutung gewonnen, insbesondere bei jüngeren Menschen. Die Suchthilfe muss ihre Angebote diesem stetigen Wandel anpassen und insbesondere Zugänge und Behandlungsmöglichkeiten für neue Konsumgewohnheiten und Zielgruppen entwickeln.

Amphetamine und Ecstasy werden hauptsächlich von jungen Menschen konsumiert, häufig auf Veranstaltungen wie Festivals und Partys oder in Clubs und Diskotheken. Hier haben sich Peer-Gruppen-Ansätze bewährt, bei denen Jugendliche unter Anleitung selbst als Beraterinnen und Berater tätig werden. Peer-Gruppen-Arbeit basiert auf der Erkenntnis, dass sich Jugendliche bei Fragen und Problemen eher an Gleichaltrige wenden als an Erwachsene. So erreichen diese Angebote eine Zielgruppe, die sich von den herkömmlichen Angeboten der Suchthilfe kaum angesprochen fühlt. Peer-Gruppen-Angebote sind zu erhalten und auszubauen, auch um neue Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und angemessen reagieren zu können.

Insgesamt scheint der Konsum illegaler Suchtmittel rückläufig zu sein. Die Anforderungen an das Suchthilfesystem sind dennoch nicht gesunken, vor allem niedrighschwellige Einrichtungen verzeichnen einen erhöhten Hilfebedarf. Die

Hilfesuchenden stehen häufig vor komplexen Problemlagen: Mehrfachabhängigkeiten und Doppeldiagnosen haben zugenommen, das Durchschnittsalter steigt. Auch hier muss die Suchthilfe ihre Angebote dem sich wandelnden Bedarf anpassen.

Unter den illegalen Suchtmitteln nimmt Heroin aufgrund seiner Gefährlichkeit eine Sonderstellung ein. Seine starke Wirksamkeit bedingt im Vergleich zu anderen Suchtmitteln eine besonders hohe Suchtgefahr. Die Notwendigkeit, sich aus Angst vor Entzugserscheinungen mehrmals am Tag eine neue Heroindosis zuzuführen, stellt heroinabhängige Menschen vor hohe Kosten, die sie in der Regel nur durch illegale Handlungen wie Diebstähle, Einbrüche oder Handel mit Betäubungsmitteln decken können. Durch ihre Sucht geraten sie in eine Abwärtsspirale, die durch Inhaftierungen, Verlust von Arbeit und sozialen Kontakten sowie einer sehr eingeeengten Lebensführung die soziale Verelendung vorantreibt. Von der Allgemeinbevölkerung werden heroinabhängige Menschen oft als fremd und bedrohlich wahrgenommen. Die damit verbundene Stigmatisierung und Ausgrenzung kann ihre Situation weiter verschärfen.

Auch die Strafverfolgung trägt zu den gesundheitlichen und sozialen Problemlagen heroinabhängiger Menschen bei. Der mit ihr verbundene Druck auf die Betroffenen engt ihre Lebensführung weiter ein: Der Alltag von Heroinabhängigen dreht sich fast ausschließlich um die illegale Beschaffung und den versteckten Konsum von Heroin. Hinzu kommen die Folgen der Strafvollstreckung: Nach Schätzungen von Fachleuten befinden sich bundesweit rund 20.000 bis 30.000 Opiatabhängige im Gefängnis. Inhaftierung bedeutet für jeden Menschen einen tief greifenden Einschnitt in seinen Lebenslauf. Bei suchtkranken Menschen verstärkt sie die ohnehin schon erhebliche Stigmatisierung und erschwert die spätere Wiedereingliederung beträchtlich. Liegt die Ursache für eine Straftat in einer Suchterkrankung, sollte deren Behandlung – und damit die Beseitigung der Ursache – Vorrang vor der Strafvollstreckung haben. Insbesondere sollten die Möglichkeiten des § 35 BtMG („Therapie statt Strafe“) ausgeschöpft werden.

Problematisch ist die gesundheitliche Versorgung von inhaftierten Opiatabhängigen. Zwar gilt für die medizinische Versorgung in Haft, dass sie in ihrer Qualität der üblichen Versorgung außerhalb des Gefängnisses entsprechen soll. In Bayern bedeutet eine Inhaftierung für Substitutionspatientinnen und -patienten jedoch das Ende der Behandlung, da die Justizvollzugsanstalten die Substitutionstherapie in der Regel nicht fortführen. Inhaftierte Opiatabhängige erhalten keine sterilen Injektionsutensilien, obwohl auch in Justizvollzugsanstalten Heroin intravenös konsumiert wird. HIV- und Hepatitisinfektionen können die Folge sein. Die Münchner Suchtpolitik setzt sich dafür ein, die

gesundheitliche Versorgung inhaftierter opiatabhängiger Menschen zu verbessern.

Beim Konsum von Heroin besteht ein hohes Risiko einer Überdosierung, da zwischen Verträglichkeit und tödlicher Wirkung nur ein geringer Spielraum besteht. Von allen illegalen Substanzen steht Heroin am häufigsten mit Todesfällen in Zusammenhang. Die Drogentodesfälle sind im vergangenen Jahrzehnt allerdings deutlich zurückgegangen. Zu verdanken ist dies vor allem dem Ausbau von niedrighschwelligem Hilfsangeboten wie Kontaktläden und Streetwork sowie ihren schadensbegrenzenden Maßnahmen, darunter etwa die Vergabe von sterilen Infektions-utensilien. Aber auch zur Versorgung von Menschen, die gesundheitlich stark belastet sind und sich häufig in schweren sozialen Notlagen befinden, leisten diese Hilfsangebote einen wichtigen Beitrag. Sie gilt es daher zu erhalten. Dabei ist laufend zu beobachten, wie sich Konsummuster entwickeln und zu prüfen, ob Maßnahmen angepasst oder neu geschaffen werden müssen.

Zu einer wesentlichen Verbesserung der Situation opiatabhängiger Menschen in München hat auch der Ausbau der Substitutionsbehandlung beigetragen. Die Vergabe von Ersatzstoffen und eine unterstützende psychosoziale Begleitung ermöglichen es vielen opiatabhängigen Menschen, ein vergleichsweise geregeltes Leben zu führen - abseits von Illegalität und riskanten, gesundheitsschädigenden Konsumpraktiken. Dies senkt in der Folge auch die Beschaffungskriminalität, vermeidet Begleiterkrankungen und damit auch zusätzliche medizinische Kosten. Die qualifizierte Substitutionsbehandlung und die begleitende psychosoziale Betreuung ist daher ebenfalls zu sichern und auszubauen. Für den teilweise problematischen „Beikonsum“ von Alkohol, Medikamenten oder Betäubungsmitteln sind Behandlungsmethoden zu entwickeln, die diesen Konsummustern und Abhängigkeiten gerecht werden.

Obgleich viele opiatabhängige Menschen durch eine Substitutionsbehandlung stabilisiert werden können, gibt es auch schwerstabhängige Menschen, bei denen die Behandlung mit herkömmlichen Ersatzstoffen nicht den gewünschten Erfolg bringt. Für diese Menschen stellt die Behandlung mit Diamorphin eine wichtige Ergänzung der Behandlungsoptionen dar. München hat sich am bundesweiten Modellprojekt zur diamorphingestützten Behandlung beteiligt und damit dazu beigetragen, diese Behandlung zu legalisieren. Diese muss im Interesse der Betroffenen, aber auch der Stadtgesellschaft langfristig gesichert und dem Bedarf entsprechend angeboten werden.

3.2.6 Essstörungen

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen, die aufgrund ihres suchtähnlichen Charakters als Aufgabenbereich der Suchthilfe etabliert sind. Es wird zunehmend deutlich, dass Essstörungen in ihren verschiedenen Ausprägungen alle Altersgruppen und beide Geschlechter in spezifischer Weise betreffen. Ebenso wichtig wie Beratungs- und Behandlungsangebote ist eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik und die Entwicklung präventiver Maßnahmen.

Dem Begriff der Essstörung werden verschiedene Krankheitsbilder zugeordnet. Dies sind vor allem die Magersucht (Anorexia Nervosa), die Ess-Brech-Sucht (Bulimia Nervosa) und periodische Heißhungeranfälle (Binge Eating Disorder). Gemeinsam ist allen Essstörungen, dass für die Betroffenen Essen keine Selbstverständlichkeit mehr ist, die sich nach Hunger und Appetit richtet, sondern mit dauerhafter Planung und Überlegung einhergeht. Neben psychischen Belastungen wie die durch Essen erzeugten Schuld- und Schamgefühle bergen Essstörungen erhebliche Gefährdungen der körperlichen Gesundheit bis hin zur Lebensbedrohung. So sterben fünf Prozent der an Magersucht Erkrankten in der Akutphase ihrer Erkrankung und 20 Prozent innerhalb von 20 Jahren. Folgeerkrankungen wie hormonelle Störungen, Ödeme und Osteoporose schränken Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen auch dann noch erheblich ein, wenn die Magersucht überwunden werden konnte. Auch die anderen genannten Krankheitsbilder beinhalten das Risiko von Folgeerkrankungen. Essstörungen gehen außerdem häufig mit anderen Suchterkrankungen oder psychiatrischen Krankheitsbildern einher. Angesichts der vielfältigen gesundheitlichen Gefahren sowie des Leids der Betroffenen müssen sowohl vielfältige Präventionskonzepte als auch geeignete Beratungs- und Behandlungskonzepte vorgehalten und weiterentwickelt werden.

Während es zahlreiche Untersuchungen über die Auslöser von Essstörungen gibt, ist die Datenlage über die Prävalenz von Essstörungen nicht zufrieden stellend. Die wenigen Studien zu Häufigkeit und Verteilung der einzelnen Krankheitsbilder über die Geschlechter und Altersgruppen hinweg sind lokal begrenzt bzw. nicht repräsentativ angelegt. Für München oder Bayern liegen keine aussagekräftigen Ergebnisse vor. Es ist aber bekannt, dass die einzelnen Krankheitsbilder Frauen und Männer unterschiedlich betreffen und auch die Verteilung auf Altersgruppen nicht gleich ist. So sind nach wie vor Mädchen und Frauen häufiger als Jungen und Männer von Magersucht und Ess-Brech-Sucht betroffen. Über 80 Prozent der Klientinnen von Münchner Beratungsstellen für Essstörungen sind unter 40 Jahre alt. Trotz der überdurchschnittlich hohen Betroffenheit der jüngeren weiblichen Bevölkerung berichten Fachkräfte, dass der Anteil von Männern und älteren Menschen ebenso wie der von Kindern in ihren Einrichtungen zunimmt. Diesen neuen Zielgruppen muss verstärkt Rechnung getragen werden.

Neben individuellen Dispositionen fördern auch gesellschaftliche Bedingungen die Entwicklung von Essstörungen. Prävention muss deshalb von vielen gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen geleistet werden und betrifft verschiedene Politikbereiche wie Gesundheit, Soziales und Bildung. Zu fördern sind Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche darin unterstützen, ein gesundes Körperbild sowie Freude an Ernährung und Bewegung zu entwickeln. Dazu zählen Sport- und Bewegungsangebote ebenso wie Maßnahmen, die gemeinsame Mahlzeiten und eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung in Elternhaus, Kindergarten oder Schule fördern. Anzustreben ist darüber hinaus eine kritische Auseinandersetzung über die von den Medien verbreiteten Bilder und Botschaften zu Körper und Ernährung. Neben den Kindern und Jugendlichen selbst sind auch Eltern und pädagogische Fachkräfte eine wichtige Zielgruppe, da sie den Alltag von Mädchen und Jungen begleiten und gestalten.

Angesichts der zunehmenden Problematik von Essstörungen müssen Beratung, Therapie und Nachsorge mit ihren individuell ausgerichteten Behandlungsangeboten gesichert und ausgeweitet werden. Vernetzung und Kontinuität der Betreuung und Begleitung müssen mehr Beachtung erfahren, da die Leistungserbringer nur unzureichend vernetzt und koordiniert sind. Eine Chance für diese Situation bietet die integrierte Versorgung nach SGB V. Hier wird in der niedrigschwelligeren Beratung als Eingangsangebot die Situation der Betroffenen erhoben und Informationen vermittelt. Im folgenden Clearingprozess wird nach ausführlicher multiprofessioneller Diagnostik abgeklärt, welche Art von Therapie in Frage kommt und welche Einrichtung dafür geeignet ist. Die koordinierende Clearingstelle stellt durch Kooperationen mit Ärzten, Therapeuten und Kliniken sicher, dass ein stationärer Aufenthalt oder eine ambulante Therapie ohne lange Wartezeit begonnen werden kann. Die betroffenen Menschen mit Essstörungen profitieren von klaren, transparenten Therapiezielen und -plänen und einer lückenlosen Behandlung durch Überbrückungsangebote.

Gegenwärtig mangelt es etwa noch an Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der ambulanten Versorgung, die sich auf Menschen mit Essstörungen spezialisiert haben. Aufgrund der vielfältigen Verknüpfungen mit anderen Krankheitsbildern müssen die Angebote für Menschen mit Essstörungen dringend mit anderen Diensten der Suchthilfe sowie mit dem Hilfesystem der Psychiatrie vernetzt werden. Dies gilt auch für die Planung und Koordinierung von politischen Strategien und Maßnahmen, die beispielhaft auch Institutionen aus der Mode- oder Ernährungswirtschaft einbeziehen sollten.

3.2.7 Verhaltenssüchte

Manche Verhaltensweisen können suchtähnliche Züge annehmen. Das Bewusstsein für derart substanzunabhängige Störungen mit Suchtcharakter ist insgesamt noch gering ausgeprägt. Die Suchthilfe stellt sich diesem neuen Aufgabenfeld und ist darin zu unterstützen, differenzierte Hilfsangebote zu entwickeln. Um den verschiedenen Störungsbildern und ihren Zielgruppen gerecht zu werden, müssen Behandlungs- und Präventionsstrategien breit angelegt sein und viele Kooperationspartner einbeziehen.

Exzessive Verhaltensweisen, die Merkmale einer psychischen Abhängigkeit aufweisen, werden umgangssprachlich als Verhaltenssucht oder stoffungebundene Sucht bezeichnet. Ihnen ist gemeinsam, dass die Betroffenen nicht von einer Substanz, sondern von einer bestimmten Tätigkeit abhängig sind. Verhaltenssucht tritt hauptsächlich in Form von pathologischem Glücksspiel, pathologischem Kaufen, Hypersexualität sowie in verschiedenen Formen von Medienabhängigkeit wie zum Beispiel pathologischem Internetgebrauch auf. Die Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen weisen Ähnlichkeit mit stoffgebundenen Suchterkrankungen auf. Der Effekt stellt sich allerdings nicht durch eine Substanz ein, sondern durch körpereigene biochemische Veränderungen, die durch bestimmte Verhaltensweisen ausgelöst werden.

Die Frage, ob solch exzessives und selbst schädigendes Verhalten den stoffgebundenen Abhängigkeiten entspricht, wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Mit Ausnahme des pathologischen Glücksspiels, das bislang als Störung der Impulskontrolle klassifiziert ist, haben Verhaltenssüchte noch nicht Eingang in die gängigen psychiatrischen Klassifikationssysteme gefunden. In der Praxis wurden sie bislang als „nicht näher bezeichnete Impulskontrollstörungen“ eingeordnet. Derzeit wird allerdings eine Neuordnung des Klassifikationssystems DSM diskutiert, in dem diese Störungen voraussichtlich als „stoffungebundene Sucht“ aufgenommen werden sollen. Erfahrungen aus der Praxis lassen keinen Zweifel am Krankheitswert dieser Phänomene, die deutlich suchtähnlichen Charakter haben. Dennoch ist eine differenzierte Betrachtung nötig, da nicht jedes exzessive Verhalten eine psychische Störung darstellt.

Über die Verbreitung von Verhaltenssucht ist insgesamt nur wenig bekannt. Umfassende epidemiologisch fundierte und repräsentativ verwendbare Untersuchungen fehlen, oft liegen nur Schätzungen vor. Die Angaben zu den verschiedenen Formen der Verhaltenssucht schwanken erheblich, da einheitliche Diagnosekriterien fehlen. Derartige Kriterien anhand von eingehenden wissenschaftlichen Untersuchungen zu entwickeln, ist eine dringliche Aufgabe der Suchtforschung. Ebenso nötig sind Erhebungen zur Verbreitung von

Verhaltenssucht, um den Bedarf an Beratungs- und Behandlungsangeboten einschätzen zu können.

Für das pathologische Glücksspiel stellt sich die Forschungslage etwas besser dar: Der Anteil der Menschen mit pathologischem Glücksspielverhalten liegt bei 0,2 bis 0,6 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Eine besondere Problematik ergibt sich aus den so genannten Geldspielautomaten. Sie stellen zwar rechtlich kein Glücksspiel dar, sind in Zusammenhang mit pathologischem Glücksspiel aber von großer Bedeutung. Der Großteil der Glücksspielenden, die Einrichtungen der Suchthilfe aufsuchen, nutzt primär diese Geldspielautomaten. Neben strukturellen Merkmalen der Geräte wie etwa die rasche Spielabfolge machen Fachleute auch ihre hohe Verfügbarkeit in Spielhallen und Gaststätten verantwortlich. Eine Beschränkung der Spielangebote könnte helfen, das Risiko für pathologisches Glücksspiel zu senken. Um es speziell für Kinder und Jugendliche zu mindern, sind die relevanten jugendschutzrechtlichen Bestimmungen konsequent umzusetzen und zu überwachen. Zudem sind städtische Maßnahmen zu prüfen und zu entwickeln, die eine Ansiedelung von Spielhallen in unmittelbarer Nachbarschaft von Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen zu verhindern helfen.

Für die Suchthilfe stellt die Verhaltenssucht eine neue Herausforderung dar. Noch fehlt es an wissenschaftlich begründeten deutschsprachigen Behandlungsempfehlungen. In der Praxis erweist sich bislang ein entsprechend angepasster Einsatz von bewährten suchttherapeutischen Methoden als Erfolg versprechend. Dies ist jedoch durch wissenschaftliche Begleitforschung zu belegen. Die Behandlung von Verhaltenssucht erweist sich auch deshalb als schwierig, weil Abstinenz in vielen Fällen nicht möglich ist. So ist etwa der Arbeitsalltag ohne Internetnutzung in vielen Berufen kaum mehr vorstellbar, ebenso wenig können Menschen mit pathologischem Kaufverhalten gänzlich auf den Einkauf verzichten.

Die Suchthilfe muss ihr Spektrum um Angebote zur Verhaltenssucht erweitern. Es wird aber auch zu prüfen sein, ob sie das ausschließliche Hilfssystem zu deren Behandlung ist und sein soll. Insbesondere niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten können hier einen wichtigen Teil des Behandlungsauftrages wahrnehmen. In der Prävention sind Strategien zu entwickeln, die im Bereich der selektiven und indizierten Maßnahmen umgesetzt werden können, so etwa Angebote zur Förderung der Medienkompetenz oder der aktiven Freizeitgestaltung. Insbesondere hinsichtlich des Problems der pathologischen Internetnutzung bei Kindern und Jugendlichen kommt den Eltern besondere Verantwortung zu. Sie benötigen Angebote, die sie über das Internet und neue Medien informieren und sie darin unterstützen,

das Nutzungsverhalten ihrer Kinder sowie mögliche Gefährdungen besser einzuschätzen. Auch hier zeigt sich, dass die Prävention von Verhaltenssucht nicht alleinige Aufgabe der Suchthilfe sein sollte, sondern in Kooperation mit Schulen, Jugendhilfe, Beratungsstellen für Erwachsene, Volkshochschulen und anderen Einrichtungen gestaltet werden muss.

3.3 Handlungsfeld Schutzmaßnahmen, Kontrolle und Repression

3.3.1 Schutzmaßnahmen und Kontrolle

Gesetzliche Vorgaben wie das Betäubungsmittelgesetz, das Jugendschutzgesetz oder das Gesundheitsschutzgesetz zielen darauf, Menschen vor den Gefahren eines verfrühten oder passiven Suchtmittelkonsums sowie vor dem Missbrauch von Betäubungsmitteln zu schützen. Wirkung können die Gesetze nur entfalten, wenn ihre Einhaltung kontrolliert und eine Missachtung sanktioniert wird. Da Gefährdungsanlässe und gesetzliche Vorgaben zunehmen, müssen auch die Ressourcen für die Kontrolle erweitert werden.

Jugendschutz

Zentrale Aufgabe des Jugendschutzes ist es, Kinder- und Jugendliche vor vielfältigen Gefährdungen zu schützen und die Voraussetzungen für ein gesundes Aufwachsen in unserer Gesellschaft sicherzustellen. Dabei sind präventive und restriktive Maßnahmen von gleichrangiger Bedeutung.

Die präventive Arbeit des Jugendschutzes unterstützt Mädchen und Jungen dabei, gefährdende Einflüsse in der alltäglichen Konsum-, Freizeit- und Medienkultur zu erkennen, sich kritisch mit ihnen auseinander zu setzen und sie gemeinsam mit Anderen zu bewältigen. Sie fördert zudem Lebenskompetenzen wie Kritik- und Entscheidungsfähigkeit, Eigenverantwortlichkeit sowie Verantwortung gegenüber den Mitmenschen. Präventive Arbeit erfolgt in unmittelbarem Kontakt mit Jugendlichen und ihren Bezugspersonen, die sich mit Fragen an den Jugendschutz wenden. Neben Informationen, geeigneten Materialien und Hinweisen auf relevante Internetseiten bietet ihnen der Jugendschutz auch Vorträge und Schulungen zu aktuellen Themen an.

Darüber hinaus bemüht sich der Jugendschutz im Stadtjugendamt um Kooperationen und Vernetzungen mit weiteren Institutionen, die Jugendschutz in München verantworten und gestalten. Dies gewährleistet, trotz geringer personeller Ressourcen möglichst bedarfsgerecht zu agieren. Fachkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus den Bereichen Jugendsozialarbeit, Jugendarbeit und aus den Vereinen informiert der Jugendschutz zu relevanten Themen.

Als gleichermaßen wichtig im präventiven Wirkungsgefüge erweist sich die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes. Im Vorfeld von jugendaffinen Großveranstaltungen und Stadtteilfeiern weist der ordnungsrechtliche Jugendschutz

Veranstalter und Gewerbetreibende auf relevante Regelungen hin und stellt gegebenenfalls durch Auflagen sicher, dass Jugendliche nur gemäß den gesetzlichen Altersvorgaben eingelassen werden und anwesend sind. Zudem sorgt der ordnungsrechtliche Jugendschutz dafür, dass die Abgabebeschränkungen von Alkohol eingehalten sowie weitere Gefährdungen – etwa in Form der dargebotenen Inhalte – durch Auflagen oder Verbote ausgeschlossen werden. In enger Kooperation mit dem Kreisverwaltungsreferat und der Polizei finden gezielte Kontrollen statt. Gewerbetreibende und Veranstalter werden auf Verstöße angesprochen. Sind diese gravierend, werden Ordnungswidrigkeits- bzw. Strafverfahren eingeleitet.

Der Jugendschutz ist aber auch Ansprechpartner für Bürgerinnen und Bürger, wenn sie Jugendgruppen im öffentlichen Raum als störend oder sich selbst gefährdend einstufen. Er analysiert dann die Situation vor Ort und sucht gemeinsam mit Jugendeinrichtungen, Jugendhilfe, Polizei, Kreisverwaltungsreferat und anderen Akteuren nach geeigneten Interventionen und Hilfsmöglichkeiten.

Um die Aufgaben des Jugendschutzes wahrnehmen zu können, müssen die beauftragten Fachkräfte stets auf dem aktuellen Stand über Entwicklungen in der Jugend- und Veranstaltungsszene sein. Angesichts der steigenden Zahl an Veranstaltungen für Jugendliche und junge Erwachsene sowie der zunehmenden Gefährdungen, denen sie als unworbene Konsumentengruppe ausgesetzt sind, bedeutet dies eine große Herausforderung. Gerecht werden kann ihr der Jugendschutz nur, wenn für die Umsetzung der präventiven und restriktiven Arbeit ausreichend Personalressourcen bereit stehen und diese von einem gesamtgesellschaftlichen Engagement begleitet werden.

Nichtraucherschutz

Das Einatmen von Tabakrauch in der Umgebungsluft (Passivrauchen) kann die Gesundheit beeinträchtigen. Ziel des Nichtraucherschutzes ist es, Menschen vor Gesundheitsgefahren durch Passivrauchen in der Öffentlichkeit zu schützen. Besonders gilt dies für gesundheitlich sensible Personengruppen wie Kinder und Jugendliche oder Menschen mit Atemwegserkrankungen. Der Nichtraucherschutz wird in Bayern durch das Gesundheitsschutzgesetz geregelt, das am 1. August 2010 nach einer Volksentscheidung in Kraft getreten ist.

Das Gesetz untersagt das Rauchen in öffentlichen Gebäuden, in Schulen und Jugendeinrichtungen, Kultur- und Freizeiteinrichtungen und Sportstätten. Ebenso gilt das Rauchverbot in Gaststätten und für vorübergehend betriebene Bier-, Wein- und Festzelte sowie Festhallen, soweit es sich nicht um „echte

geschlossene Gesellschaften“ handelt. Die Definition hierfür wird sehr eng gefasst und beinhaltet nur mehr Feierlichkeiten wie zum Beispiel Hochzeiten, Taufen, Trauer- oder Geburtstagsfeiern.

Hinsichtlich des Rauchverbots in Gaststätten liegt der Vollzug des Gesundheitsschutzgesetzes in München in Händen der Bezirksinspektionen des Kreisverwaltungsreferats, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter u. a. die Einhaltung des Rauchverbots kontrollieren.

Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs

Den Umgang mit Betäubungsmitteln zu überwachen ist eine kommunale Pflichtaufgabe im übertragenen Wirkungskreis. In Bayern nehmen sie die kommunalen Gesundheitsämter und Kreisverwaltungsbehörden wahr. Ihnen obliegt es, Apotheken, Kliniken sowie ärztliche und zahnärztliche Praxen auf Einhaltung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu kontrollieren. Dies bezieht sich nicht nur den Umgang mit Substitutionsmitteln, sondern auch auf alle anderen Arzneimittel, die unter das Betäubungsmittelrecht fallen. Kontrollen sollen sicher stellen, dass die Verschreibung von Betäubungsmitteln ordnungsgemäß erfolgt und dokumentiert wird, Betäubungsmittel sicher aufbewahrt und nicht mehr benötigte Präparate gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vernichtet werden. Ein nicht bestimmungsgemäßer Umgang mit Betäubungsmitteln lässt sich auf diese Weise frühzeitig erkennen und verhindern.

In den vergangenen Jahren haben Verstöße gegen betäubungsmittelrechtliche Vorschriften zugenommen. Dieser Entwicklung ist durch verstärkte Kontrollen zu begegnen. Aufgrund der umfangreichen Regelungen im Betäubungsmittelverkehr, insbesondere bei den Substitutionsbehandlungen, sind dazu fachliche Kompetenz und ausreichend personelle Ressourcen nötig. Für München mit seiner hohen Dichte an medizinischer Versorgung besteht hier noch zusätzlicher Personalbedarf.

3.3.2 Kommunale repressive Maßnahmen

Repressive städtische Maßnahmen sind als „ultima ratio“ einzusetzen, um Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, des Straßenverkehrs oder die Gefährdung Jugendlicher zu verhindern und zu unterbinden. Repressive Maßnahmen beschneiden die Rechte von Personen, die die Rechte und die Sicherheit von Unbeteiligten gefährden. Zu entwickeln sind Konzepte, die die Interessen aller Beteiligten bereits im Vorfeld von Sicherheitsstörungen bestmöglich in Übereinstimmung bringen. Umgesetzt werden repressive Maßnahmen in enger Abstimmung zwischen der Landeshauptstadt München und dem Polizeipräsidium München.

Kommunale repressive Maßnahmen erfolgen unter Wahrung der rechtsstaatlichen Grundsätze, insbesondere des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Sie werden vorwiegend in Form von Überwachung und Kontrollen sowie durch Einzelanordnungen gegen sicherheitsrechtlich störende Personen umgesetzt. Hiervon unberührt bleiben die eigentlichen repressiven Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden.

Ziel der repressiven Maßnahmen ist es, die öffentliche Sicherheit aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen. Für die Allgemeinheit haben sie somit einen präventiven Charakter. Jene Personen, gegen die Maßnahmen wie Aufenthaltsverbote oder Bußgelder ausgesprochen werden, erleben diese Maßnahmen indes als repressiv, bestrafend und als einen massiven Eingriff in ihre Persönlichkeitsrechte. Auflösen lässt sich dieser scheinbare Widerspruch nicht.

Teilnahme suchtkranker Menschen am Straßenverkehr

Verkehrskontrollen als polizeiliche Maßnahme sind eine staatliche Aufgabe. Ihr Ziel ist es, Personen darauf hin zu überprüfen, ob sie die Voraussetzungen für eine Teilnahme am Straßenverkehr erfüllen. Bei Verstößen werden die Umstände festgehalten und damit auch die Voraussetzungen für weitere repressive staatliche Maßnahmen (zum Beispiel Bußgeldbescheide, strafgerichtliche Entscheidungen) geschaffen.

Für die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr und die dafür anfallenden Überwachungsmaßnahmen ist die kommunale Fahrerlaubnisbehörde zuständig. Im Sinne der Prävention lässt sie nur Fahrerinnen und Fahrer am Straßenverkehr teilnehmen, die charakterlich dafür geeignet sind. Der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen steht dieser Anforderung entgegen.

Fallen Personen entsprechend auf, ist es Aufgabe der Führerscheinstelle im Kreisverwaltungsreferat, primär über ärztliche Gutachten feststellen zu lassen, ob bei ihnen eine Suchtproblematik vorliegt oder nicht.

Ob eine vormals abhängige Person ihre Sucht nachhaltig überwunden hat, wird über verschiedene Stufen mittels ärztlicher und psychologischer Gutachten festgestellt. Nur wenn diese positiv ausfallen, lässt sich im Hinblick auf die allgemeine Verkehrssicherheit verantworten, dass diese Person wieder als FahrerIn oder Fahrer – auch fahrerlaubnisfreier Fahrzeuge – am Straßenverkehr teilnimmt.

Sicherheitsstörungen im öffentlichen Raum

Grundsätzlich haben alle Münchner Bürgerinnen und Bürger das Recht, sich auf öffentlichen Plätzen und in Grünanlagen aufzuhalten. Diese bieten Raum für Kommunikation, Freizeit und Erholung. Für manche Menschen stellt der öffentliche Raum den zentralen Bezugspunkt in ihrem Leben dar. Da ihnen verlässliche soziale Beziehungen fehlen und sie häufig nicht über die finanziellen Mittel für eine aktive Freizeitgestaltung verfügen, suchen und finden sie soziale Kontakte und gesellschaftliche Teilhabe in Grünanlagen und auf öffentlichen Plätzen. Das trifft oftmals auch für suchtkranke Menschen zu. Stehen sie in Gruppen beieinander, löst dies bei Passanten sowie Anwohnerinnen und Anwohnern oftmals ein subjektives Unsicherheitsgefühl aus. Bisweilen kommt es auch tatsächlich zu Sicherheits- und Ordnungsstörungen, insbesondere mit zunehmendem Alkoholkonsum.

Der Konsum von Alkohol im öffentlichen Raum unterliegt nach derzeitiger Rechtslage dem straßenrechtlichen Gemeingebrauch und ist somit generell nicht zu beanstanden. Sicherheitsrechtliche Maßnahmen können nur an konkrete Störungen durch einzelne Personen angeknüpft werden. Polizei und Kreisverwaltungsreferat gehen hier nach einem dreistufigen Konzept vor. Es richtet sich insbesondere an Personen, die wiederholt durch Störungen aufgefallen sind und beinhaltet aufeinander aufbauende Maßnahmen, die von polizeilichen Platzverweisen bis zu mehrmonatigen Aufenthaltsverboten reichen.

Dieses Konzept erleichtert es, gezielt gegen Personen vorzugehen, die durch ihr Verhalten andere belästigen oder beeinträchtigen und zugleich allen Anderen den weiteren Aufenthalt zu ermöglichen. Nicht störende Personen bleiben so für aufsuchende Hilfsangebote wie Streetwork erreichbar, deren Wirksamkeit auch darauf beruht, ihrer Zielgruppe regelmäßigen und verlässlichen Kontakt anzubieten.

Ziel im Umgang mit Konflikten zwischen suchtkranken Menschen und der

Allgemeinbevölkerung im öffentlichen Raum muss ein möglichst störungsfreies Nebeneinander sein. Dazu bedarf es Maßnahmen und Konzepten, die den jeweiligen Orten und Bedürfnissen der Nutzergruppen angepasst sind sowie letztere an einer Lösung beteiligen. Derartige Interventionskonzepte sind von Stadtverwaltung, Suchthilfe, Sozialprojekten und dem Polizeipräsidentium München gemeinsam zu entwickeln und zu implementieren.

Treffen sich drogenabhängige Menschen regelmäßig an bestimmten Orten im öffentlichen Raum, steigt dort in der Regel die Betäubungsmittel- und Begleitkriminalität. Im Interesse einer Stadt liegt es deshalb zu vermeiden, dass sich bestimmte Plätze als erkennbare Treffpunkte für den Konsum und Handel mit illegalen Suchtmitteln etablieren. Intensive (Kontroll-)Maßnahmen der Polizei können Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz unterbinden. Unterstützend dazu erlässt das Kreisverwaltungsreferat nach entsprechenden Meldungen der Polizei an den sicherheitsrelevanten Örtlichkeiten auch Aufenthalts- und Betretungsverbote. Diese richten sich an Personen, von denen konkret die Gefahr ausgeht, dass sie vor Ort Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten begehen. Das Verbot untersagt ihnen das Betreten bzw. den Aufenthalt in einem bestimmten Gebiet bis zu einer Dauer von zwölf Monaten. Auf diese Weise lässt sich bereits im Vorfeld das Entstehen einer offenen Drogenszene verhindern.

Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und Sicherheitsbehörden

Suchtpolitik sowie die praktische Arbeit der Suchthilfe berührt in vielen Punkten den Auftrag der Sicherheitsbehörden, Straftaten zu verhindern oder – sofern bereits begangen – der Strafverfolgung zuzuführen. Insbesondere Abhängige von illegalen Drogen sind in ihrem Konsum sowohl straffällige als auch zugleich kranke Menschen, die Behandlung und Unterstützung benötigen. Um beiden Handlungsaufträgen gerecht zu werden, müssen sich Sicherheitsbehörden und Suchthilfe fortlaufend wechselseitig informieren und bestmöglich über erforderliche Maßnahmen absprechen. Vom Austausch ausgenommen sind personenbezogene Daten, da die gesetzliche Schweigepflicht der Suchthilfe eine Weitergabe ausschließt.

Die Zusammenarbeit von Stadtverwaltung und Polizei in München wird befördert durch das Sicherheits- und Aktionsbündnis Münchner Institutionen (S.A.M.I.). Ziel von S.A.M.I. ist es, durch gemeinsames und koordiniertes Handeln der jeweils zuständigen Behörden sowie durch aktive Präventionsarbeit Probleme ressortübergreifend zu lösen und so das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Im Rahmen eines regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausches analysiert S.A.M.I. die vorliegenden Erkenntnisse über Ordnungs- und Sicherheitsstörungen an bestimmten Plätzen

und vereinbart konkrete Maßnahmen, die die jeweils verantwortlichen Stellen dann in eigener Zuständigkeit durchführen. Da ein nicht unerheblicher Anteil der Störungen in Zusammenhang mit dem Konsum von Suchtmitteln steht, bietet dieses Bündnis die Möglichkeit, alle verfügbaren Mittel der Suchthilfe, der sozialen Arbeit sowie der Sicherheitsbehörden bestmöglich zu koordinieren und bereits im Vorfeld umfassende und angemessene Strategien für Problembereiche zu entwickeln.

the 1990s, the number of people who have been employed in the public sector has increased in all countries. The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.

The increase in public employment has been particularly rapid in the United States, where the number of public employees has increased by 100% since 1970. In the United Kingdom, the number of public employees has increased by 50% since 1970. In the United States, the number of public employees has increased by 100% since 1970.