

1 Besonders gefährdete junge Menschen

1.1 Zusammenfassung

In Deutschland gibt es eine ausgedehnte Forschung über jugendliche Gruppen, die in besonderem Maße gefährdet sind, Drogen zu konsumieren. Es handelt sich in der Regel jedoch nicht um epidemiologische, sondern um soziologische Studien, die sich bemühen, Zusammenhänge zu erklären, die zu Drogenkonsum führen können. Die beteiligten Disziplinen haben zudem unterschiedliche Blickwinkel: Während repräsentative Studien zur Prävalenz des Drogenkonsums nur bedingt Informationen über die verschiedenen Risikogruppen liefern, ist die Forschung in der Jugend- und Suchthilfe - die den Kontakt zu den Risikogruppen hat - eher prozess- und outputorientiert oder qualitativ ausgerichtet. Wirkungsforschung ist bisher selten, da hierzu häufig die Instrumente und die Finanzen fehlen. Im therapeutischen Setting dagegen ist die Forschung meist quantitativ und outcomeorientiert, aber wenig risikogruppenbezogen. Als Reaktion auf gestiegene Qualitätsansprüche in der Suchtprävention hat es verstärkte Anstrengungen in den vergangenen Jahren gegeben, um verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze von Präventionsmaßnahmen und -programmen auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen (Bühler & Kröger 2006).

Den vielschichtigen Problemlagen der besonders gefährdeten Jugendlichen steht ein breit gefächertes Angebot an Präventions-, Beratungs-, Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten gegenüber.

1.2 Risikogruppenprofile

1.2.1 Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe

Stationäre Erziehungshilfe bedeutet: Vermittlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht mehr in der Herkunftsfamilie oder einer Pflegefamilie und/oder noch nicht eigenständig leben können, in geeignete Unterbringungsformen. Den Rahmen hierfür bietet das Sozialgesetzbuch (SGB VIII). Die Umsetzung liegt bei den Ländern und Kommunen, die hierfür Landesjugendämter und Jugendämter eingerichtet haben. Angebote und Einrichtungen der Jugendhilfe werden meist von freien Trägern vorgehalten. Diese Art der Hilfe zu Erziehung wird in einer Einrichtung (Kinderheim, Jugendwohnheim etc.) oder in einer betreuten Wohnform (Jugendwohngemeinschaft, individuelle Betreuung in eigener Wohnung) geleistet. Es handelt sich also um sehr unterschiedliche Betreuungsformen unter einem Oberbegriff.

Von den insgesamt 23,4 Millionen jungen Menschen in Deutschland lebten im Jahr 2005 61.806 (0,26%) in Heimen oder sonstigen betreuten Wohnformen. Nicht-deutscher Herkunft waren 9,1% der jungen Menschen in Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen (Statistisches Bundesamt 2006c).

Der Anteil von Minderjährigen zwischen 12 und 17 Jahren in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betrug 63% (39.293), der an jungen Erwachsenen zwischen 18 und 26 Jahren 16% (9.951). Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern betrug 56,3% (Jungen) zu 43,7% (Mädchen). Die meisten Unterbringungen (25.200 = 51%) finden im Alter von 15 bis 18 Jahren statt (Statistisches Bundesamt 2007e).

Kinder und Jugendliche in Erziehungshilfen kommen häufig aus belasteten und schwierigen Lebensverhältnissen. Ihre familiären Lebensbedingungen sind geprägt von Arbeitslosigkeit materieller Not und Ausgrenzung. Die Konstellation in den Familien wird meist als komplexe Multiproblemlage beschrieben, in der auch Alkohol-, Drogen und Tablettenkonsum eine entscheidende Rolle spielt. Die Familie ist häufig nur nominell vorhanden oder durch schwierige Partnerschaftsverhältnisse geprägt. Ein Teil der Kinder und Jugendlichen hat physische, psychische und sexuelle Gewalt erlebt. Aber auch der Anteil von Kindern und Jugendlichen aus Mittelschichtfamilien in Erziehungshilfen steigt. Immer häufiger sind Eltern in ihrer Erziehungskompetenz verunsichert.

Bei den Betreuungsanlässen für Erziehungshilfe zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Während Schulprobleme und allgemeine Erziehungsschwierigkeiten bei beiden Geschlechtern wichtig für die Beantragung von Erziehungshilfen sind, werden Mädchen jedoch häufiger betreut, weil sie von zu Hause weglaufen, Sexualität früher eine wichtige Rolle spielt oder sie auf Krisensituationen mit psychischen Erkrankungen reagieren. Jungen dagegen erhalten Erziehungshilfen, weil sie durch aggressives Verhalten oder Delinquenz auffallen (Kolmer 2003).

1.2.2 Schulabbrecher/Schulversagen

Der Begriff „Schulabbrecher“ wird in Statistiken der Europäischen Union (EUROSTAT) zum Vergleich von Bildungsindikatoren verwendet. Es sind damit die 18- bis 24-Jährigen gemeint, die keinen weiterführenden Bildungsabschluss (höchstens einen Bildungsabschluss des Sekundarbereichs I) haben und an keiner Aus- oder Weiterbildung teilnehmen (Jörger 2004). Weder in der Schulstatistik noch in der Bevölkerungsstatistik der Bundesrepublik ist dieser Begriff als statistisches Merkmal einer Personengruppe zu finden. Es existiert keine einheitliche Definition des Begriffes „Schulabbrecher“. Der deutsche Städte und Gemeindebund (DStGB) beziffert die Anzahl der Schulabbrecher in Deutschland im Jahr 2005 auf 10% bei den Deutschen und 20% bei den in Deutschland lebenden Ausländern (DStGB 2005).

In der einschlägigen Literatur sind eher die Begriffe Schulschwänzen, Schulmüdigkeit, und Schulverweigerung oder Schulabsentismus gebräuchlich. Dabei werden drei Gruppierungen von Schüler unterschieden:

- auffällige, die erste Anzeichen von Schulverweigerung zeigen, wie z.B. Motivationsverlust oder Fehlen von Randstunden
- gefährdete, die sich innerlich und äußerlich von der Schule entfernt haben und häufig für mehrere Tage fehlen und

- ausgestiegene, die sich selber nicht mehr als Schüler einer Schule betrachten und wochen- bzw. monatelang fehlen (Rödel 2007).

Schätzungen gehen davon aus, dass 300.000 bis 500.000 Schüler in Deutschland solch ein schulaversives Verhalten zeigen, von denen ca. 10.000 als Totalverweigerer bezeichnet werden.

Schüler, die den Schulbesuch verweigern, kommen häufig aus bildungsfernen Familien mit schwierigen sozialen und materiellen Lebensverhältnissen. Aber auch Kinder mit besonderen Talenten und Kinder mit Lernbedarfen, die nicht mit dem Gleichschritt in der Schule vereinbar sind, können schulverweigerndes Verhalten zeigen.

Zwischen 12 und 14 Jahren sind die Jugendlichen besonders anfällig für Schulumüdigkeit. Jungen fallen tendenziell eher auf, da sie aktiv den Unterricht verweigern, stören oder fehlen, während Mädchen eher unauffällig bleiben und sich aus dem Unterrichtsgeschehen zurückziehen (Rödel 2007).

1.2.3 Kinder aus suchtbelasteten Familien

Als Kinder aus suchtbelasteten Familien werden diejenigen Kinder und Jugendlichen bezeichnet, die zumindest zeitweise mit einem Elternteil zusammenleben, der an einer substanzbezogenen Störung leidet. Man schätzt die Zahl der Kinder und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien auf 2,65 Millionen. Das bedeutet, jeder siebte Minderjährige lebt zeitweise und jeder zwölfte Minderjährige dauerhaft in einer alkoholbelasteten Familie. 30.000-40.000 Kinder und Jugendliche leben mit drogenabhängigen Eltern zusammen. Jährlich werden aufgrund von Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft 2.200 alkoholgeschädigte Babys in Deutschland geboren. Es gibt ca. 5-6 Millionen erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Darüber hinaus sind 5 bis 7 Millionen Angehörige durch die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitglieds betroffen. (Klein 2007a; DHS 2006c).

Fast alle alkoholabhängigen Mütter, die einen Partner haben, leben mit einem alkoholabhängigen Mann zusammen (Klein 2007a). Jedes dritte Kind in einer suchtbelasteten Familie erfährt regelmäßig physische Gewalt, sei es als Zeuge oder als Opfer. Kinder suchtkranker Eltern stellen die größte Risikogruppe für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit dar. Ca 30-40% von ihnen werden selbst süchtig. Auch das Risiko für stärkeren Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen ist bei den Kindern erhöht, ebenso wie das Risiko für andere psychische Störungen wie Angst, Depressionen sowie für ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung) (Klein 2007b; DHS 2006c; Lieb et al. 2001).

1.2.4 Junge Obdachlose/Straßenkinder

Im Unterschied zu erwachsenen Obdachlosen verfügen junge Obdachlose häufig über einen offiziellen festen Wohnsitz, da sie noch bei ihren Eltern gemeldet sind. Junge Obdachlose werden in Deutschland meist Straßenkinder genannt, auch dann, wenn sie keine Kinder mehr sind. Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) nennt folgende Merkmale für die Definition von Straßenkindern:

- weitgehende Abkehr von gesellschaftlich vorgesehenen Sozialisationsinstanzen wie Familie oder ersatzweise Jugendhilfeeinrichtungen sowie Schule und Ausbildung,
- Hinwendung zur Straße, die zur wesentlichen oder auch einzigen Sozialisationsinstanz wird,
- Hinwendung zu Gelderwerb auf der Straße durch Vorwegnahme abweichenden, teilweise delinquenten Erwachsenenverhaltens, wie Betteln, Raub, Prostitution, Drogenhandel und
- faktische Obdachlosigkeit (DJI 1995).

Kurzfristige „Ausreißer“ von zu Hause werden nicht zu den Straßenkindern gezählt. Angebote für die Zielgruppe „junge Obdachlose“ richten sich nicht nur an Minderjährige sondern auch an junge Erwachsene, z.T. bis 27 Jahre.

Bis zu 2.500 Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren flüchten in Deutschland jährlich von ihren Elternhäusern oder Jugendhilfeeinrichtungen auf die Straße. Der Großteil von ihnen kehrt jedoch nach Hause zurück oder wird in einer stationären Einrichtung aufgenommen. Etwa 300 bleiben jedoch auf der Straße. Aktuell leben in Deutschland zwischen 7.000 und 9.000 Kinder und Jugendliche auf der Straße, allein ein Drittel von ihnen lebt in Berlin. Die meisten Straßenkinder sind 13 Jahre und älter (www.tdh.de / www.offroadkids.de).

Straßenkinder in Deutschland stammen aus allen gesellschaftlichen Schichten. Es handelt sich fast ausnahmslos um Deutsche. Die meisten stammen nicht aus den Großstädten, in denen sie sich aufhalten, sie kommen vielmehr aus ländlichen Gebieten und suchen Schutz in der Anonymität der Großstädte. Straßenkinder sind sehr mobil und wechseln häufig die Städte. Bis zu 5 Wechsel des Aufenthaltsortes in einem halben Jahr sind keine Ausnahme. Misshandlungen in der Familie sind einer der Hauptgründe, warum Kinder und Jugendliche aus ihren Familien fliehen. Über ausländische Straßenkinder ist wenig bekannt (www.offroadkids.de).

Ein Teil der jungen Menschen versucht, seinen Lebensunterhalt durch Prostitution zu bestreiten. Unter Drogen- oder Beschaffungsprostitution versteht man die Ausübung, Erduldung und Stimulation sexueller Handlungen gegen Entgelt oder andere materielle Güter, wie beispielsweise Essen, Unterkunft oder Drogen. Sie wird sowohl von Mädchen als auch von Jungen ausgeübt, insbesondere von denen, die Heroin konsumieren. Inwieweit die Zunahme von Kokain- und Crackkonsum in einigen Großstädten sich im Bereich der Beschaffungsprostitution auswirkt, ist noch nicht untersucht.

Prostitution ist für Drogen konsumierende Mädchen und junge Frauen die zweitwichtigste Einnahmequelle zur Finanzierung des eigenen Drogenkonsums nach dem Verkauf bzw. der Vermittlung von Drogen. Eine in Hamburg durchgeführte Studie mit sich wegen Drogen prostituierenden Frauen ermittelte bei den 14- bis 23-Jährigen ein Durchschnittsalter von ca. 19 Jahre. Die Mädchen und jungen Frauen waren in ihrem Leben vielfältigen Belastungen ausgesetzt, vom Tod der Eltern (19,1%) über Fremdunterbringung (44,7%) bis zu Gewalterfahrungen (61%) (Zurhold 2005).

1.2.5 Junge Straftäter

Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr wird einem Mensch vom Gesetzgeber her zugetraut, die Folgen seiner Handlungen zu überblicken. Daher muss er ab diesem Zeitpunkt für seine Handlungen die Verantwortung übernehmen, was mit dem Begriff Strafmündigkeit beschrieben wird.

Im Alter zwischen vierzehn und achtzehn Jahren unterliegt ein Beschuldiger dem Jugendgerichtsgesetz. Es wird geprüft, ob und ggf. wie weit der Beschuldigte schon strafrechtlich verantwortlich ist. Unter Umständen kommen auch in diesem Falle noch Maßnahmen des Jugendamtes in Frage. Ist der Jugendliche strafrechtlich verantwortlich, dann ist die Anwendung von Jugendstrafrecht zwingend. Heranwachsende gelten grundsätzlich als strafrechtlich verantwortlich. Es wird jedoch geprüft, ob der Heranwachsende von seinem Reifezustand zur Tatzeit im Hinblick auf die konkrete Tat noch einem Jugendlichen gleichzustellen war oder ob er eine jugendtypische Tat begangen hat. In der Praxis wird sehr häufig auch bei Heranwachsenden noch das Jugendstrafrecht angewendet. Jugendliche drogenabhängige Straftäter haben auch die Möglichkeit, in spezielle suchtherapeutische Einrichtung aufgenommen zu werden.

Delinquenz variiert in Art und Häufigkeit mit dem Alter. Sie erreicht bei jungen Menschen zwischen 16 und 20 Jahren ihren Höhepunkt und fällt danach kontinuierlich und deutlich ab. Aus Dunkelfelderhebungen ist bekannt, dass die Mehrheit der Jugendlichen (80-90%) wenigstens gelegentlich Straftaten begeht. Ein kleiner Teil der jugendlichen Tatverdächtigen, ca. 3 bis 6%, fällt durch wiederholte Straftaten auf. Jungen gehören öfter zu dieser Gruppe als Mädchen. Diese kleine Gruppe von Mehrfach- bzw. Intensivtäter begehen nach Untersuchungen der Landeskriminalämter zwischen 30-60 % der für die Altersgruppe bekannt gewordenen Straftaten.

Die deutsche Polizeistatistik unterscheidet zwischen tatverdächtigen Kindern (8 bis unter 14 Jahre), Jugendlichen (14 bis unter 18 Jahre) und Heranwachsenden (18 bis unter 21 Jahre).

Tabelle 1. Tatverdächtige nach Altersgruppen und Geschlecht 2006

Tatverdächtige	absolut	%	Männlich %	Weiblich %
Kinder	100.487	4,4	71,4	28,6
Jugendliche	278.447	12,2	72,5	27,5
Heranwachsende	241.824	10,6	79,2	20,8
Erwachsene	1.662.369	72,8	76,3	23,7
Insgesamt	2.283.127	100,0		

Bundeskriminalamt 2007b.

Der Anteil junger Tatverdächtiger an Straftaten insgesamt betrug im Jahr 2006 im Bundesgebiet 27,2%. Davon sind über 70% männlich. Der Anteil der weiblichen tatverdächtigen jungen Menschen sinkt mit zunehmendem Alter (Bundeskriminalamt 2007b) (Tabelle 1). Was die Rauschgiftkriminalität angeht, so waren im Jahr 2006 18,9 % der Strafdelikte der Heranwachsenden, 8,7 Prozent der Delikte der Jugendlichen sowie 2,3 Prozent der Delikte der Kinder Delikte im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG). (Detailliertere Ausführungen siehe Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht**

gefunden werden. „Soziale Begleiterscheinungen und Folgen“, Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**)

1.2.6 Jugendliche in sozial benachteiligten Wohngebieten und/oder mit hoher Verfügbarkeit von Drogen

Statt von sozial benachteiligten Wohngebieten wird häufig auch von Stadtteilen mit besonderen Entwicklungsbedarfen gesprochen. In Großstädten hat sich am ehesten der Begriff „soziale Brennpunkte“ durchgesetzt. Der Anteil von Langzeitarbeitslosen, Armen, alten Menschen, Alleinerziehenden und Migranten in diesen Wohngebieten ist hoch. Es gibt wenig Arbeits- und Ausbildungsplätze, dafür Probleme in Schulen, Gewalt und Kriminalität sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch. Wenn es sich Familien leisten können, ziehen sie aus diesen Stadtviertel weg. Übrig bleiben die Menschen, die vielfach auf staatliche Unterstützung angewiesen sind. Kinder und Jugendlichen lernen von klein auf staatliche Unterstützung als "normale" Einkommensquelle kennen (Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik 2004).

Junge Menschen, die in sozial benachteiligten Wohngebieten aufwachsen, erfahren in vielerlei Hinsicht Benachteiligungen, wobei sich diese Benachteiligungen gegenseitig potenzieren. Deutsche und ausländische Jugendliche sind häufig ohne Ausbildung und Arbeit. Kinder und Jugendliche haben signifikant geringere Chancen gesund zu sein. Sie haben häufiger Unfälle, weisen einen höheren Grad an psychosozialen Auffälligkeiten auf und nehmen nur unzureichend an Vorsorgeuntersuchungen teil. Ihre Lebenserwartung ist um mehrere Jahre geringer als bei Kindern und Jugendlichen, die unter sozial abgesicherten Umständen aufwachsen (Hemme 2003)¹.

Bei den Landesämtern für Statistik und Datenerhebung können die Basisdaten für jede politisch selbständige Gemeinde Deutschlands abgerufen werden. Das Gemeindeverzeichnis enthält u.a. die Merkmale Amtlicher Gemeindeschlüssel (AGS), Gemeindenamen, Postleitzahl, Fläche und Einwohnerzahl. Darüber hinaus stehen Daten zu einem breiten Spektrum soziodemographischer und wirtschaftlicher Daten zur Verfügung. Auch individuelle kleinräumliche Recherchen sind möglich.

1.2.7 Junge Menschen mit Migrationshintergrund

Der Begriff „Ethnische Minderheiten“ wird von den Sozialwissenschaften in Bezug auf Deutschland selten verwendet. Es wird eher von Menschen mit Migrationshintergrund gesprochen. Dies macht sich auch in der statistischen Datenerfassung bemerkbar. Seit 2005 wird die Zuwanderung in der amtlichen Statistik (Mikrozensus) nicht mehr über ein an der Staatsangehörigkeit orientiertes Ausländerkonzept erhoben, sondern mittels eines Migrationskonzeptes (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006).

¹ Bei den Landesämtern für Statistik und Datenerhebung können die Basisdaten für jede politisch selbständige Gemeinde Deutschlands abgerufen werden. Das Gemeindeverzeichnis enthält u.a. die Merkmale Amtlicher Gemeindeschlüssel (AGS), Gemeindenamen, Postleitzahl, Fläche und Einwohnerzahl. Darüber hinaus stehen Daten zu einem breiten Spektrum soziodemographischer und wirtschaftlicher Daten zur Verfügung. Auch individuelle kleinräumliche Recherchen sind möglich.

Im Jahr 2005 lebten von den 15,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund 96% in den alten Bundesländern und Berlin. Am höchsten ist ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung in Großstädten wie z.B. Stuttgart mit 40% oder Frankfurt am Main mit 39,5%. Bei den unter 5-Jährigen liegt dieser Anteil in sechs Städten bei über 60%. Insgesamt hat knapp ein Drittel aller Kinder unter fünf Jahren einen Migrationshintergrund. (Statistisches Bundesamt 2007f).

In der Altersgruppe der unter 25-Jährigen haben mehr als ein Viertel (27,2%) - dies entspricht ca. 6 Mio. Personen - einen Migrationshintergrund. Innerhalb der jungen Bevölkerung mit Migrationshintergrund sind die Ausländer der ersten, zweiten und dritten Zuwanderergeneration mit 10% die größte Migrantengruppe. Der Anteil von Spätaussiedlern beträgt 3,1% gegenüber 6,7% von Kinder und Jugendlichen, die eingebürgert sind. 7,5% sind Deutsche der 2. Generation mit einem Elternteil mit Migrationshintergrund oder basierend auf *Ius-soli*-Regelungen². Knapp die Hälfte der jungen Menschen mit Migrationshintergrund besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit und ist nicht selbst zugewandert. (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006) In den letzten fünf Jahren waren ca. 36% der zugewanderten Spätaussiedler bei der Einreise jünger als 20 Jahre (Kazin 2006).

Im Vergleich zu den Deutschen ohne Migrationshintergrund weisen die Migranten im Durchschnitt ein niedrigeres Bildungsniveau auf. Dies gilt sowohl bei den allgemeinen Schul- als auch bei den beruflichen Bildungsabschlüssen. Während junge Deutsche überwiegend einen Realschulabschluss oder das Abitur erreichen, hat die Hälfte der jungen Ausländer einen Hauptschulabschluss. 20% der ausländischen Jugendlichen bleiben ohne Hauptschulabschluss gegenüber 9% der Deutschen. Bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund beträgt der Anteil der Personen ohne beruflichen Abschluss in der Altersgruppe 25 bis 34 Jährige 15%, bei den Personen mit Migrationshintergrund sind es 41%. Die Genderdifferenzen fallen bei den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlich aus (Bundeszentrale für Politische Bildung 2004; Konsortium Bildungsberichterstattung 2006).

Drogenabhängigkeit steht bei Migranten in Deutschland an dritter Stelle psychischer Störungen. Noch häufiger treten psychosomatische und depressive Syndrome auf. Posttraumatische Belastungsstörungen und Psychosen haben eine niedrigere Inzidenz als Drogenabhängigkeit (Collatz 2001). Die jugendlichen russlanddeutschen Spätaussiedler in Deutschland bilden eine besondere soziale Risikogruppe, die überproportional häufig desintegrierte Lebensläufe aufweist, einschließlich Suchtverhalten und Devianz.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund leben meist unter belastenderen Lebensumständen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Dennoch liegt

² *Ius Soli* (lat. Recht des Bodens), bezeichnet das Prinzip, nach dem ein Staat seine Staatsbürgerschaft an alle Kinder verleiht, die auf seinem Staatsgebiet geboren werden. Es wird auch als „Territorialprinzip“ bezeichnet. Ab dem 1. Januar 2000 wurde auch ein Element des *Ius Soli* in das deutsche Staatsangehörigkeitsrecht eingeführt. Die Anforderungen an den Geburtserwerb sind jedoch sehr hoch und es handelt sich um das sog. „Optionsmodell“, bei dem bis zur Volljährigkeit eine doppelte Staatsbürgerschaft besteht und sich die Person dann in der Regel bis zum 23. Lebensjahr für eine Staatsbürgerschaft entscheiden muss (www.wikipedia.de).

die Inanspruchnahme von unterstützenden Leistungen der Jugendhilfe weit unter dem Durchschnitt, die Abbruchquote von Hilfsangeboten dagegen ist überdurchschnittlich hoch. Außer bei den ambulanten Hilfen und den justiznahen Maßnahmen, wie soziale Gruppenarbeit, sind ausländische Minderjährige bei den Hilfen zur Erziehung unterrepräsentiert. Dies liegt z.T. auch an den eingeschränkten rechtlichen Voraussetzungen für Leistungen für nichtdeutsche Kinder und Jugendliche. Einrichtungen der offenen Jugendarbeit, die allen Kindern und Jugendlichen offen stehen, werden dagegen überproportional von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund besucht (Schuch 2003).

1.2.8 Partyszene

Unter Partyszene versteht man in Deutschland junge Menschen, die besonders am Wochenende Clubs, Partys oder Events mit elektronischer Musik besuchen. Als Partydrogen werden dementsprechend aufputschende und euphorisierende Substanzen bezeichnet, wie Ecstasy, Amphetamin, Metamphetamin oder Kokain, die im Kontext dieser Partys und Events eingenommen werden. Auch Alkohol und halluzinogene Drogen (LSD oder psilocybinhaltige Pilze) gehören zu den Partydrogen, letztere jedoch eher in geringem Maße. Cannabis wird eher als "Afterparty-Droge" benutzt, um die aufputschenden Wirkungen zuvor konsumierter Substanzen abzumildern.

Seit Beginn der 90er Jahre ist die Popularität von so genannten Partydrogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kontinuierlich gestiegen. Demnach haben etwa 11,4% der 18 bis 24 Jährigen Erfahrungen mit Ecstasy und/oder Amphetaminen und 4,7% haben in ihrem Leben schon einmal Kokain konsumiert (Kraus et al. 2005).

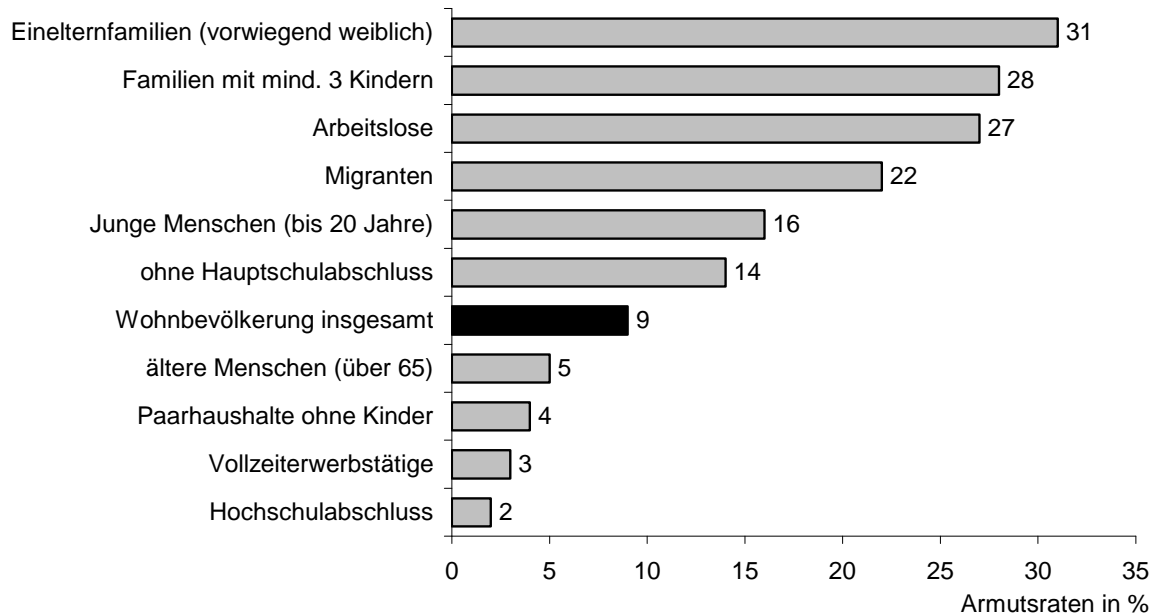
Partygänger sind im Durchschnitt 21 Jahre alt. Die Hauptaltersgruppe bilden die 18- bis 19-Jährigen. Rund die Hälfte ist zwischen 16 und 21 Jahre alt. Die Besucher von Techno-Partys verfügen, soweit sie die Schule schon beendet haben, über hohe Bildungsabschlüsse. Ein Drittel hat Abitur. Partybesucher sind überwiegend deutscher Nationalität. Das Geschlechterverhältnis ist ausgewogen (Schroers & Schneider 1999).

1.2.9 Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien

Die europäische vergleichende Armutsforschung arbeitet mit dem Begriff der "relativen Armut". Als arm definiert werden Einzelpersonen oder Familien, die über weniger als 50% des durchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommens - gewichtet nach Anzahl und Alter der in einem Haushalt lebenden Personen - verfügen (50%-Grenze). Wer mit weniger als 40% des Durchschnittseinkommens auskommen muss, befindet sich danach in "strenger Armut" (40%-Grenze). Unter der 50%-Grenze leben erheblich mehr Menschen als an oder unter der offiziellen Grenze für Sozialhilfe bzw. seit 2005 der Grundsicherungsleistung für erwerbsfähige Hilfebedürftige (Arbeitslosengeld II). 2000 waren danach rund 6,6 Millionen Westdeutsche (9,7%) und 0,8 Millionen Ostdeutsche (5,8%) arm.

Heute sind u.a. besonders Kinder und Jugendliche von Armut bedroht. Der Anteil der jungen Menschen unter 20 Jahren, die in relativer Armut leben, beträgt 16%. Unter den

Sozialhilfeempfängern sind sie fast doppelt so häufig vertreten wie unter der Gesamtbevölkerung (Bundeszentrale für politische Bildung 2004 (Abbildung 1))



Bundeszentrale für politische Bildung 2000, 2004.

Abbildung 1. Armutsraten in % nach der 50%-Grenze (Nettoäquivalenzeinkommen)

Mit ihrer Unterschrift unter das Abschlussdokument des Weltsozialgipfels von Kopenhagen 1995 hat sich die Bundesregierung verpflichtet, einen nationalen Armutsbericht zu erstellen. Regionale und nationale Armuts- und Gesundheitsberichterstattung wird in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Einige Bundesländer, wie Berlin, Hamburg oder Sachsen, haben Sozialstrukturatlanten herausgegeben.

1.3 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei besonders gefährdeten jungen Menschen

1.3.1 Prävalenzen

Aktuelle epidemiologische Daten zum Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurden bereits ausführlich unter **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** (ab Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) beschrieben. Aktuelle Daten liegen aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS, Lampert & Thamm 2007), der HBSC (Settertobulte & Richter 2007), Erhebungen der BZgA (BZgA 2004, 2007a) sowie regionalen Umfragen unter Schülern wie z.B. in Hamburg vor (Baumgärtner 2006a).

Die Ergebnisse der ESPAD-Studie 2003 (ESPAD Report 2003) zeigen hinsichtlich der soziodemographischen Faktoren, die den Konsum von Drogen beeinflussen können, in Deutschland wenig relevante Korrelationen. Ein Zusammenhang zwischen einem schlechten ökonomischen Status einer Familie und Cannabiskonsum von Jugendlichen aus diesen Familien konnte nicht nachgewiesen werden. Eine schwache Korrelation existiert zwischen Cannabiskonsum von Jugendlichen und dem Leben mit einem allein erziehenden Elternteil, der Zusammenhang ist etwas deutlicher, wenn auch ein Stiefelternteil zur Familie gehört.

Dagegen besteht ein stärkerer Zusammenhang zwischen der elterlichen Kontrolle (gemessen daran, ob die Eltern wussten, wo sich ihre Kinder am Samstagabend aufhielten) und geringerem Cannabiskonsum. Am deutlichsten ist der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Schulschwänzen sowie Substanzgebrauch eines Geschwisterkindes. (Björn et al. 2004).

Den Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Migrationshintergrund untersuchte eine repräsentative Studie bei Schülern der 9. Klassenstufe im Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg (n=5.832, überwiegendes Alter 14 und 15 Jahre). Sie unterscheidet vier Gruppen: deutsch, türkisch, russisch und andere. Dieser Untersuchung zufolge gibt es nur geringe Unterschiede beim Drogenkonsum in Abhängigkeit vom Migrationshintergrund. Tendenziell konsumieren Jugendliche mit türkischem Hintergrund weniger Drogen, während Jugendliche mit anderem Migrationshintergrund (weder türkisch noch russisch) eher zu Drogen greifen (Haffner et al. 2006).

Tabelle 2. Drogenkonsum und Migrationshintergrund

Drogenkonsum	Deutsch (n=4.536)	Türkisch (n=410)	Russisch (n=268)	Andere (n=550)
Nie	87,5%	92,4%	88,4%	83,6%
Gelegentlich	9,2%	5,4%	8,6%	11,3%
Wöchentlich	3,3%	2,2%	3,0%	5,1%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Haffner et al. 2006.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Substanzkonsum und Wohnortgröße erweist sich unter den Jugendlichen, die Drogen gelegentlich konsumieren, die städtische Gruppe (Heidelberg) als die größere Gruppe. Regelmäßiger Drogenkonsum findet sich dagegen am häufigsten in kleineren Gemeinden (Haffner et al. 2006).

Dieselbe Studie belegt, dass Eltern den Konsum illegaler Drogen bei ihren Kindern kaum oder gar nicht wahrnehmen. Während die Eltern sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen davon ausgehen, dass ihre Kinder keine illegalen Drogen zu sich nehmen, berichteten 15% der Jungen und 10% der Mädchen von illegalem Drogenkonsum (Tabelle 3).

Tabelle 3. Drogenkonsum von Schülerinnen und Schülern. Eigenangaben und Elterneinschätzung

Drogenkonsum	Eigenangaben der Schüler (n=5.541)		Einschätzung der Eltern (n=3.255)	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Nie	84,8%	90,4%	98,2%	99,0%
Gelegentlich	10,6%	7,6%	1,3%	0,8%
Einmal pro Woche	1,6%	0,6%	0,3%	0,0%
Mehrmals pro Woche	1,2%	0,8%	0,1%	0,0%
Täglich	1,8%	0,6%	0,1%	0,2%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Haffner et al. 2006.

1.3.2 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei Heimkindern

In der Ulmer Heimkinderstudie wurde zwischen 2002 und 2004 eine Stichprobe von 689 Kindern und Jugendlichen untersucht (Fegert 2006). Die Studie belegt, dass Kinder und Jugendliche in Heimen immer schwieriger werden und Störbilder aufzeigen, wie sie früher in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu finden waren. Demnach leiden 60% der Heimkinder in Südwürttemberg an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. 8,8% der nach einem Screening mit der „Child Behaviour Checklist“ (CBCL) auffälligen Kinder und Jugendlichen missbrauchen Alkohol oder Drogen (Fegert 2006). In dieser Studie wurden soziodemographische und diagnostische Daten für die Gesamtstichprobe erhoben, nicht aber spezifisch für die Gruppe der Substanzkonsumierenden ausgewertet.

1.3.3 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei Kindern in suchtbelasteten Familien

Seit März 2005 führt die „Kompetenzplattform Suchtforschung“ ein Studienprojekt zum Thema „Gewalterfahrungen, Unfälle und Verletzungen bei Kindern in alkoholbelasteten Familien (ALC-VIOL)“ durch. Im Rahmen von ALC-VIOL wurden ca. 500 Kinder zwischen 12 und 18 Jahren aus alkoholbelasteten Familien sowie Kontrollkinder u.a. zu Familienvariablen und psychischen Auffälligkeiten in Interviews befragt (addiction 2007).

Die Ergebnisse von ALC-VIOL bestätigen Studien aus dem angloamerikanischen Raum, wonach rund 33-40% der Kinder alkoholabhängiger Eltern selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung entwickeln (OR=6,0). Eine besonders hohe retrospektive Transmission von Alkoholabhängigkeit - 50-75% - konnte bei Heimkindern, Jugendlichen im Strafvollzug, Patienten im Maßregelvollzug und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrien festgestellt werden. Auch die retrospektive Transmission bei Drogenabhängigkeit über zwei Generationen ist hoch: 45-50% der Eltern von Drogenabhängigen wiesen eine Alkoholabhängigkeit auf (Klein 2007a). Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit wie Männer ohne abhängigen Vater.

1.3.4 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei jungen Straftätern

Epidemiologische Studien über Substanzkonsum in Jugendstrafanstalten liegen in Deutschland nicht vor. Es gibt jedoch bei Haftantritt Einschätzungen der jungen Straftäter hinsichtlich ihrer Suchtmittelgefährdung und des Therapiebedarfs. Diesem zufolge wurden im Jahr 2004 in einer baden-württembergischen Justizvollzugsanstalt mit 750 Insassen zwischen 16 und 21 Jahren bei 67% der Neuzugänge eine Suchtmittelgefährdung und bei 43% ein Therapiebedarf festgestellt. Aussagen über die Höhe des tatsächlichen Konsums während der Haftzeit können daraus nicht abgeleitet werden (JVA Adelsheim 2007, persönliche Mitteilung).

Tabelle 4. Suchtmittelgefährdung und Therapiebedarf bei Neuzugängen in der JVA Adelsheim 2004

Suchtmittelgefährdung	Anteil
Keine erkennbare Suchtmittelgefährdung	21%
Opiatgefährdung	39%
Cannabisgefährdung	17%
Exzessiver Alkoholkonsum	11%
Verurteilung wegen Verstoß gegen BtMG, nicht selber konsumiert	5%
Therapiebedarf	
Therapiebedarf	25%
eher ja	18%
Ungewiss	13%
eher nein	11%
kein Therapiebedarf	33%

JVA Adelsheim 2007.

In forensischen Psychiatrien finden sich wenige junge drogenabhängige Straftäter. Die Hauptgruppe der Suchtkranken im so genannten Maßregelvollzug ist zwischen 31 und 40 Jahre alt, die Altersverteilung streut zwischen dem 21. und dem 65. Lebensjahr. Bei den Suchtdiagnosen handelt es sich in erster Linie um Alkoholabhängigkeit, erst in zweiter Linie um Drogenabhängigkeit. Häufig liegen zugleich schwere Persönlichkeitsstörungen vor. Die häufigsten Anlasstaten zur angeordneten Unterbringung sind Gewaltdelikte. Beim Großteil der Patienten bestehen erhebliche Mängel in der Schul- und Berufsausbildung, gravierende Probleme im Bereich Wohnen und Arbeiten und häufig eine hohe finanzielle Verschuldung. Bei jungen Straftätern spielen zusätzlich Reifungsdefizite eine Rolle (Claßen et al. 2006).

1.3.5 Drogenkonsum und problematischer Drogenkonsum bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund

Bislang liegen keine repräsentativen epidemiologischen Daten über Suchterkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland vor. Eine regionale Studie in Bayern mit russlanddeutschen Opiatabhängigen zwischen 18 und 27 Jahren, die erst in Deutschland begannen, Heroin zu konsumieren, ergab nur wenige signifikante soziodemographische Unterschiede zwischen den Abhängigen und der Kontrollgruppe. So kamen die Opiatkonsumenten häufiger aus größeren Städten, die Kontrollgruppe häufiger vom Land. Auch gab es unter den Opiatkonsumenten signifikant mehr Arbeitslose (38% wurden nach Auftreten der Opiatabhängigkeit arbeitslos), aber auch mehr Berufstätige, während sich in der Kontrollgruppe mehr Auszubildende und Schüler befanden. Hinsichtlich der Familien- und Wohnsituation, der Religionszugehörigkeit und dem schulischen Werdegang gab es keine signifikanten Unterschiede (Kazin 2006).

Deutlicher sind die Unterschiede bei den migrationsspezifischen Daten. So reisten 68% der Gruppe der opiatabhängigen Russlanddeutschen ohne deutsche Sprachkenntnisse ein (vs. 24% in der Kontrollgruppe). Auch zum Zeitpunkt der Befragung waren die Opiatabhängigen sprachlich schlechter integriert. Hauptgrund für die Ausreise nach Deutschland war in beiden Gruppen der Wunsch der Angehörigen. Von den Opiatabhängigen wollten 16% selbst nicht

ausreisen, von der Kontrollgruppe nur 8%. Statistische Signifikanz wurde für drei Aussiedlungsgründe festgestellt, die in der Kontrollgruppe häufiger gefunden wurden:

- „Wollte mit bereits in Deutschland lebenden Familienangehörigen zusammen sein“
- „Bessere Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder in Deutschland“
- „Wollte nicht länger als Deutscher Benachteiligungen ausgesetzt sein“ (Kazin 2006).

Eine wichtige Rolle spielte die Dauer des Aufenthaltes im Übergangsheim. Diese war bei den opiatabhängigen Spätaussiedlern signifikant länger, nämlich im Durchschnitt 18,0 Monate gegenüber 10,5 Monaten bei der Kontrollgruppe. Obwohl es in beiden Gruppen sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit der Migration nach Deutschland gab, war der Anteil derjenigen, die nur positive Erfahrungen gemacht hatten, in der Kontrollgruppe signifikant größer. Kontaktpflege zu einheimischen Deutschen oder anderen Spätaussiedlern spielten dagegen keine Rolle (Kazin 2006).

Als Einstiegsdroge wurde von fast zwei Dritteln der opiatabhängigen Russlanddeutschen direkt Heroin konsumiert. Dies unterscheidet die Gruppe deutlich von anderen nicht migrationspezifisch ausgewählten Gruppen von Opiatabhängigen in Deutschland. Sie entwickelten auch wesentlich gefährlichere Konsummuster und zeigten geringere Therapiemotivation (Kazin 2006).

Die Anzahl opiatabhängiger russlanddeutscher Frauen in Deutschland ist gering. Darüber hinausgehende Aussagen über genderspezifische Unterschiede in dieser Migrationsgruppe können nicht getroffen werden, da Frauen entweder nicht in die Studien einbezogen waren oder die Daten nicht genderspezifisch ausgewertet wurden.

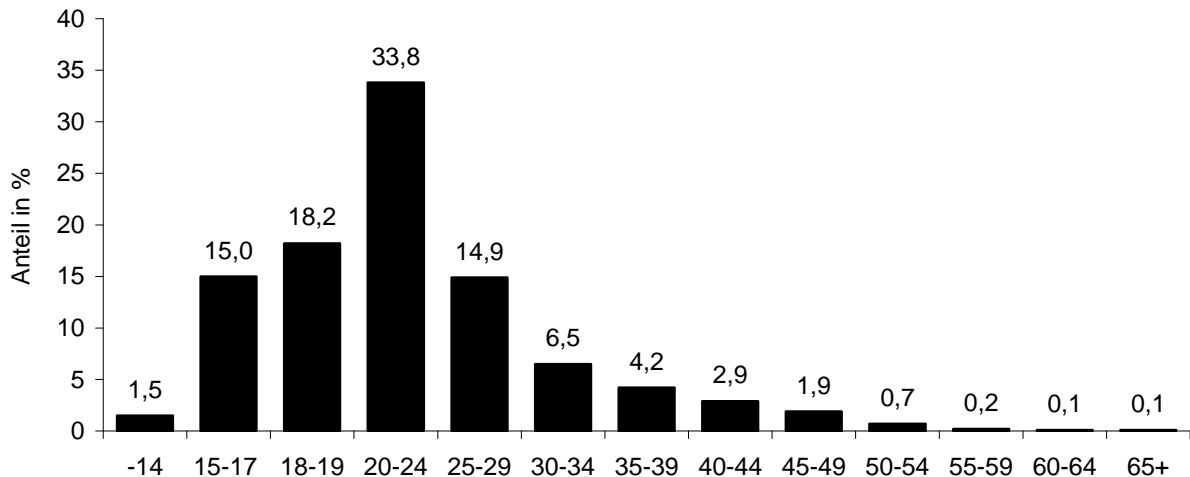
Da in den Herkunftsländern Opiate relativ einfach zugänglich sind, kommen jugendliche Aussiedler teilweise bereits mit Vorerfahrungen im Drogengebrauch nach Deutschland. Sie haben oft besonders gefährliche Arten des Drogenkonsums angenommen, wie beispielsweise den Mischkonsum von Alkohol und Heroin, dessen Gefahrenpotential sie weit unterschätzen (Info-Dienst Deutsche Aussiedler 2002).

Eine neuere Studie (Heimann et al. 2007) untersucht die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Spätaussiedlern, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen. Dieser Studie zufolge führen die kulturellen Unterschiede in den Erklärungsmodellen zu Verständigungsproblemen mit den in Hilfseinrichtungen Tätigen. Türkische Jugendliche und jugendliche Aussiedler tendierten dazu, ihre Kontrollfähigkeit über das Suchtmittel zu überschätzen. Dies kann dazu führen, dass sie Einrichtungen der Suchthilfe erst spät aufsuchen. Besonders Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion fürchteten Stigmatisierung und soziale Marginalisierung.

1.3.6 Besonders gefährdete Gruppen in der behandelten Bevölkerung

Die Datensätze der deutschen Suchthilfestatistik lassen eine Interpretation hinsichtlich der Risikogruppen nicht oder nur sehr bedingt zu, da sie nicht risikogruppenspezifisch erhoben werden. Es können nur Aussagen zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt gemacht werden.

Ca. 10% der Hilfesuchenden in Beratungsstellen sind Konsumenten mit der Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit. Die Behandlungsdaten spiegeln die Prävalenzen des Drogenkonsums bei Jugendlichen insofern wider, als sie zeigen, dass die Problematik bei den bis zu 14-Jährigen sehr gering ist, dann aber kontinuierlich bis zum Alter von 24 Jahren ansteigt und danach wieder sinkt. Von den Menschen, die ambulant beraten werden, sind 68,5% bis 24 Jahre alt, bzw. 83,4% bis 29 Jahre alt.



Sonntag, Bauer & Hellwich 2007a.

Abbildung 2. Altersverteilung der Hilfesuchenden mit Hauptdiagnose Cannabisabhängigkeit in ambulanten Beratungs-/Behandlungseinrichtungen

Aufgrund des hohen Anteils junger Menschen an den Cannabiskonsumenten können aus weiteren Daten der deutschen Suchthilfestatistik vorsichtige Rückschlüsse auf jugendliche Konsumenten gezogen werden. 90,2% der Cannabiskonsumenten, die durch Beratungsstellen erfasst werden, sind deutsch, 2,3% kommen aus der Europäischen Union (EU) und 7,4% aus sonstigen Ländern. Daraus kann man schließen, dass die Verteilung bei den jungen Menschen ähnlich ist. Ebenso verhält es sich bei den folgenden Merkmalen. Der Erstkonsum von Cannabis findet bei 41,1% im Alter bis zu 14 Jahren statt. Weitere 41,1% konsumieren Cannabis erstmals im Alter zwischen 15 und 17 Jahren. Wie bei dem mehrheitlich jungen Alter der Hilfesuchenden nicht anders zu erwarten, leben 45% der in der deutschen Suchthilfestatistik erfassten Cannabiskonsumenten bei den Eltern. 43,7% gehen zur Schule oder befinden sich in der Ausbildung. Weit mehr als die Hälfte, nämlich 64,1% wurden im Jahr 2006 erstmals beraten, was für einen verbesserten Zugang zum Klientel spricht. Der Altersdurchschnitt beträgt 23,6 Jahre.

Da in den anderen Hauptdiagnosegruppen die Altersverteilung stark differiert und auch das Durchschnittsalter wesentlich höher ist, können hier keine Rückschlüsse auf soziodemographische Merkmale der jungen Menschen gezogen werden.

Für die Risikogruppe der Straßenkinder und benachteiligten, drogengefährdeten oder -abhängigen Jugendlichen liegen deskriptive Daten aus den Jahresberichten einzelner regionaler Suchthilfeträger vor. Die Evaluation eines Projektes des Berliner Jugendsuchthilfeträgers Karuna e.V. gibt einen Einblick in die Problematik dieser Zielgruppe. Im „Zwischenland“ einem stationären Projekt, das der Stabilisierung, Motivierung, Klärung

und Neuorientierung der Jugendlichen dienen soll, beträgt das Geschlechterverhältnis 3 (Jungen) zu 1 (Mädchen). Das durchschnittliche Alter ist 16,4 Jahre, altersbezogenen geschlechtsspezifische Unterschiede sind sehr gering. Es wird jedoch deutlich, dass die Jugendlichen im Projekt im Laufe der letzten 4 Jahre immer jünger wurden und zwar um insgesamt 9 Monate zwischen den Jahren 2000 und 2004. Auch die Altersvarianz hat sich verringert. Diese Verjüngung ist statistisch signifikant (Karuna 2004).

Von den Klienten gaben 80% Cannabis als Hauptdroge an, es folgten Opiate mit 13% sowie Alkohol mit 5% und Amphetamine mit 3%. Die Betrachtung der Konsummuster bei Aufnahme in das Projekt zeigt, dass alle Jugendlichen sowohl Cannabis, Alkohol und Tabak konsumiert hatten. Über die Hälfte hatte Erfahrungen mit Amphetaminen und Halluzinogenen und 45% hatten schon einmal Kokain konsumiert (Karuna 2004).

Fast zwei Drittel der Klienten gaben bei ihrer Ankunft im Projekt Suchtprobleme in der Familie an, eine traditionelle Familienstruktur war meist nicht vorhanden, der Kontakt zum Vater häufig abgebrochen. Zwei Drittel der Jugendlichen hatten innerhalb und außerhalb ihrer Familie Gewalt erlebt. Die Wohnsituation der Jugendlichen war vor der Aufnahme im Projekt von hoher Mobilität und Varianz geprägt. Ein Großteil hatte schon in anderen Einrichtungen gewohnt, entweder in Kriseneinrichtungen, Notunterkünften oder betreuten Wohnprojekten. Nur 30% gaben einen einzigen Wohnort an, alle anderen hatten in den vergangenen 6 Monaten in 2 bis 6 verschiedene Wohnorte. Die Hälfte der Jugendlichen hatte in den letzten Monaten/Jahren den Schulbesuch verweigert. Nur ein Drittel verfügte zum Zeitpunkt des Aufenthaltes im Projekt über einen Schulabschluss. 35% hatten Hafterfahrung (Karuna 2004).

1.4 Begleiterscheinungen und Folgen des Substanzgebrauchs bei besonders gefährdeten Gruppen junger Menschen

1.4.1 Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Folgen

Über die allgemeinen gesundheitlichen Aspekte des Drogenkonsums wird ausführlich in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** berichtet. Darüber hinausgehende Informationen über die hier behandelten Risikogruppen liegen kaum vor. Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, ist jedoch der Zusammenhang von psychischen Störungen und Substanzkonsum auffällig, wobei die kausale Richtung nicht immer eindeutig ist.

Die schwerwiegendste Folge von Drogenkonsum sind die Drogentodesfälle. Hier sticht die Gruppe der russlanddeutschen Spätaussiedler mit über 10% im Jahr 2006 (132 von 1.296) besonders hervor (BKA, persönliche Mitteilung). Schon im Suchtbericht 2004 wies die Bundesregierung auf die prozentuale Zunahme der Drogentodesfälle von Aussiedlern hin während die Zahl der Drogentoten insgesamt sank (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004).

Ein zunehmend bedenkliches Problem stellt trotz des insgesamt sinkenden Alkoholkonsums von Jugendlichen das episodisch starke Trinken (binge drinking) dar. Dies führt im jugendlichen Alter häufig zu schwerwiegenden Intoxikationen, im ersten Halbjahr 2007 in

einem Fall sogar mit tödlichem Ausgang. Die Zahl der alkoholbedingten stationären Aufnahmen in der Altersgruppe von 10 bis 19 Jahren ist zwischen 2000 und 2004 um 49% gestiegen. Besonders betroffen sind die unter 16-Jährigen, die die Hälfte der Betroffenen ausmachen. Unter ihnen sind speziell Mädchen gefährdet. Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen hatte bei der Krankenhauseinweisung einen Blutalkoholwert von über zwei Promille (Prognos 2007).

1.4.2 Soziale Begleiterscheinungen und Folgen

Von den insgesamt 209.625 Tatverdächtigen für Rauschgiftdelikte waren fast die Hälfte (45,4%) heranwachsende 18- bis unter 25-Jährige. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren betrug 11,4%. Jugendliche und Heranwachsende weisen besonders bei Delikten im Zusammenhang mit Cannabis und Amphetaminen relativ hohe Anteile bei den Tatverdächtigen auf. Jeweils ein Viertel der Cannabis- und Amphetamindelikte werden 18 bis unter 21-Jährigen angelastet (Bundeskriminalamt 2007b).

Insgesamt jedoch ist gegenüber dem Jahr 2005 die Anzahl der Strafdelikte im Zusammenhang mit dem BtMG im Jahr 2006 sowohl bei den Kindern, als auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden stark zurückgegangen, wobei der Rückgang bei den nichtdeutschen stärker ausfiel.

Tabelle 5. Veränderungen der Tatverdächtigenzahlen bei BtMG Delikten

Altersgruppen	Deutsche		Veränderung		Nichtdeutsche		Veränderung	
	2006	2005	Abs.	%	2006	2005	Abs.	%
Heranwachsende	37.280	41.586	-4.306	-10,4	6.450	7.823	-1.373	-17,6
Jugendliche	20.456	26.766	-6.310	-23,6	2.527	3.404	-877	-25,8
Kinder	678	1.068	-390	-36,5	65	103	-38	-36,9

Bundeskriminalamt 2007b.

1.5 Umgang mit Drogenproblemen in besonders gefährdeten Gruppen

1.5.1 Politische und gesetzgeberische Entwicklungen

Die rechtlichen Aspekte sowie die politischen Strategien im Umgang mit Drogen wurden schon in den Kapiteln **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ausführlich behandelt. Der Begriff der Vulnerabilität in Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit und Sucht ist in Deutschland noch relativ jung. Der Begriff wurde eher im Bereich von Public Health und Gesundheitsförderung verwandt. Vulnerabilität ist danach ein Merkmal sozialer Benachteiligung neben materieller Benachteiligung, schlechterem Zugang zu Bildung und Gesundheit und geringer gesellschaftlicher Partizipation. Vulnerable Menschen und Gruppen verfügen über geringe eigene Ressourcen und Schutzfaktoren und sind dabei gleichzeitig erhöhten Risiken ausgesetzt. Dieses Verständnis von Vulnerabilität hat u. a. das Risiko- und Schutzfaktorenmodell der Verhaltensprävention geprägt, durch das Risikofaktoren abgeschwächt und Schutzfaktoren gestärkt werden sollen.

1.5.2 Prävention und Behandlung

Suchtprävention in Deutschland wurde in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** bereits ausführlich dargestellt. Um einer Suchtgefährdung der jugendlichen Risikogruppen vorzubeugen, sind häufig Maßnahmen notwendig, die über suchtspezifische Informationen und Aufklärung hinausgehen und die Aspekte von Förderung sowie strukturelle Veränderungen stärker berücksichtigen. Dies bedeutet kindliche Frühförderung in sozial benachteiligten Wohnvierteln und für Kinder aus suchtblasteten Familien, Stärkung der Elternkompetenz, Sprach- und Integrationsförderung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und Lern- und Ausbildungsangebote für Schulverweigerer.

In all diesen Bereichen gibt es ein vielfältiges Angebot, das in Projekt- und Good-Practice Datenbanken (siehe Link Liste) nach unterschiedlichen Handlungsfeldern und Kriterien recherchierbar ist. Aufgrund eines stärker werdenden Bewusstseins für die Notwendigkeit von Projektqualität führen viele Projekte Struktur- und Prozessevaluationen durch. Aufwendigere Ergebnisevaluationen oder eine wissenschaftliche Begleitung können sich nur wenige Projekte leisten.

In verschiedenen Handlungsfeldern werden Wettbewerbe von Stiftungen oder öffentlichen Institutionen ausgeschrieben, um die Entwicklung innovativer Projekte zu fördern (siehe Link

Liste). Der Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ zur Förderung innovativer gemeindenaher Ansätze wurde schon im letzten Bericht vorgestellt.

In Deutschland gibt es zahlreiche gute und evaluierte Präventions- und Interventionsansätze. Ein Problem besteht jedoch darin, die Kontinuität zu sichern. Das heißt, Projekte werden häufig als Modelle entwickelt und (teilweise durch den Bund) gefördert. Ist die Modell- oder Förderphase jedoch vorüber, ist es für die Projekte trotz positiver Evaluierung schwierig, eine Weiterfinanzierung auf der zuständigen Ebene zu erhalten, bzw. in die Regelversorgung übernommen zu werden.

Im Bereich der jugendspezifischen Suchtberatung und -behandlung existiert ein ausgedehntes Angebot. Das Einrichtungsregister der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zeigt 401 Beratungs- und Behandlungsstellen an, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind oder ein jugendspezifisches Angebot vorhalten. Darüber hinaus gibt es 60 Entzugskliniken und 105 stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die Kinder und Jugendliche aufnehmen, sowie 196 Einrichtungen des Betreuten Wohnens für Jugendliche.

1.5.3 Spezifische Maßnahmen für besonders gefährdete Gruppen

Straßenkinder

In den größeren Städten gibt es meist Projekte, die sich gezielt um Straßenkinder, sozial benachteiligte und drogenabhängige Kinder und Jugendliche kümmern. Mit Straßensozialarbeit, Notschlafstellen, Anlaufstellen und Cafés bieten sie den Kindern und Jugendlichen ein niedrighschwelliges Angebot zur Überlebenssicherung. Die Mitarbeiter dienen als Ansprechpartner in allen Fragen und Unterstützer im Umgang mit Behörden. Darüber hinaus halten die Projekte häufig auch höherschwellige und therapeutische Angebote für diejenigen vor, die an ihrer Lebenssituation etwas verändern möchten und haben dadurch eine Schnittstellenfunktion zwischen Prävention, niedrighschwelliger lebenspraktischer Hilfe und Behandlung.

Beispiele für Websites, die Hinweise auf spezifische Hilfsangebote für Straßenkinder beinhalten sind: www.karunaberlin.de/ (Berlin), www.kids-hh.de/ (Hamburg), www.strassenkin-der-leipzig.de/ (Leipzig), <http://www.treberhilfe-dresden.de/> (Dresden), <http://www.treber-hilfe.org/> (Berlin), www.offroadkids.de, <http://www.klik-berlin.de/> (Berlin), <http://www.gang-way.de/>.

1.5.4 Institutionelle Maßnahmen und Angebote

Kinder- und Jugendnotdienst

Als zentrale Anlaufstellen nehmen Kinder- und Jugendnotdienste der öffentlichen Jugendhilfe die Aufgabe wahr, Kinder und Jugendliche in Krisen- oder Notlagen in Obhut zu nehmen und gegebenenfalls in geeignete Einrichtungen weiterzuvermitteln.

Stationäre Kinder- und Jugendhilfe

Eine Heim- oder sonstige stationäre Unterbringung von Kindern und Jugendlichen kann auch das Ziel verfolgen, Suchtkarrieren zu verhindern oder den Ausstieg aus der Sucht zu fördern. Ein Beispiel für einen kombinierten jugend- und suchtspezifischen Ansatz ist die Einrichtung „Kleiner Bärenberg“, ein Projekt der Drogenhilfe-Nordhessen, das vollstationäre Hilfe zur Erziehung anbietet. Ausgehend von der Annahme, dass es ein isoliertes Suchtmittelproblem bei Jugendlichen nicht gibt, arbeitet das Projekt mit einem umfassenden pädagogischen und therapeutischen Konzept, das auch schulische Ausbildung und Berufsorientierung umfasst. Übergeordnetes Ziel des Projektes ist die Befähigung zur suchtmittelfreien Lebensführung (http://www.drogenhilfe-nordhessen.de/boeddigerberg/boe_kbb.htm).

Eine umstrittene Rolle nehmen geschlossene Heime ein, denn Jugendhilfe hat einen Entwicklungs- und Förderauftrag und keinen Strafauftrag. In die geschlossenen Einrichtungen kommen Kinder und Jugendliche nicht durch die Verurteilung eines Jugend- oder Strafgerichtes, sondern auf Anordnung eines Familienrichters, wenn das Kindeswohl in Gefahr ist. Als Einweisungsgrund für diese intensivtherapeutische Betreuung gilt häufiges Weglaufen, meist in Kombination mit Defiziten im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung u.a. auch Suchtgefährdung, Schulproblemen oder allgemein die Gefahr einer kriminellen Entwicklung. (Deutsches Jugendinstitut 2000).

Angebote für erstauffällige Drogenkonsumenten und Drogenabhängige in Haftanstalten

Der erfolgreiche Präventions- und Frühinterventionsansatz FreD für Erstauffällige Drogenkonsumenten wurde schon in früheren Reitoxberichten vorgestellt. Auch für jugendliche Straftäter, die zu Haftstrafen verurteilt wurden, gibt es Behandlungsmöglichkeiten. So verfügen einige Strafanstalten über sozial- und/oder suchtherapeutische Einrichten. Grundlagen der suchtherapeutischen Behandlung sind die Aufarbeitung der Drogensucht in Gesprächsgruppen, körperliches Aufbautraining, Arbeitstherapie und Erlernen sozialer Verhaltensweisen sowie eine gründliche Vorbereitung der Entlassung. Darüber hinaus führen Drogenberatungsstellen in allen Bundesländern externe Suchtberatung für Straf- und Untersuchungshäftlinge durch.

1.5.5 Soziale Integration

Sozial benachteiligte Stadtteile

In diesem Bereich gibt es eine Vielzahl von Projekten, die sich an unterschiedliche Zielgruppen wenden oder zielgruppen- und handlungsfeldübergreifend arbeiten, wie z.B. das Lernhaus in Berlin (www.lernhaus.net), Familienprogramme wie „Adebar“ (www.adebar-st-pauli.de) und „Schutzengel“ (www.schutzengel-flensburg.de), Stadtteil- und Frauentreffpunkte (www.tenever.de), Integrationsprojekte (www.imaz.org ; www.bkk-promig.de) und Projekte der Gemeinwesenarbeit (www.oldenburg.de/stadtol ; www.margaretenhuette.de). Aufbauend auf niedrighschwelligen, Ressourcen stärkenden Ansätzen und integrierten Handlungskonzepten arbeiten diese Projekte präventiv in einem umfassenden Sinne (siehe Link Liste).

Schulabbrecher

Schulverweigerung ist in Deutschland schon seit einigen Jahren im Blickfeld von Politik, Wissenschaft und Praxis. Initiativen und Verbände haben Methoden und Konzeptionen zur sozialen, schulischen und beruflichen Integration weiterentwickelt und verbessert. Dabei haben sich zwei Schwerpunkte herausgebildet:

- Ansätze, die Ressourcen von Jugendlichen fördern und sie aktivieren, ihr Leben selbst zu gestalten,
- Ansätze, die eine bessere Abstimmung und Verknüpfung mit anderen Handlungsfeldern und Fördermöglichkeiten anstreben.

Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) organisierte und moderierte zwischen 2003 und 2005 ein Netzwerk von Projekten, die in Kooperation mit Jugendsozialarbeit und Schulen gemeinsame Anstrengungen zur Prävention von Schulmüdigkeit und Schulverweigerung unternahmen. Gefördert wurde dieses Vorhaben vom Bundesbildungsministerium (BMBF) im Rahmen des Programms "Kompetenzen fördern - Berufliche Qualifizierung für Zielgruppen mit besonderem Förderbedarf". Kofinanziert wurde das Projekt aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (http://cgi.dji.de/bibs/229_2190_praxisprojekte.pdf).

Ethnische Minderheiten

Auf Angebote für ethnische Gruppen wurde bereits in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** eingegangen.

Maßnahmen zur Erhaltung der Öffentlichen Ordnung

In diesem Bereich gibt es auf kommunaler Ebene vereinzelt Verbote für Alkohol- und Drogenkonsum auf öffentlichen Plätzen, insbesondere Spielplätzen. Personen, die durch Alkoholkonsum und Verwahrlosung besonders auffallen, erhalten in einigen Städten Aufenthaltsverbote für bestimmte Regionen. Es existieren jedoch keine bundes- oder länderweit einheitlichen Regelungen.

Einrichtungen der Suchthilfe, die aufgrund des Verhaltens ihrer Klientel Schwierigkeiten mit dem Umfeld erwarten, sorgen meist durch Hausordnungen, Regeln für das Verhalten im näheren Umfeld und „Runde Tische“ im Stadtteil für unbürokratische Lösungen, in die auch die Drogenabhängigen mit einbezogen sein können, z.B. beim Aufsammeln benutzter Spritzen in der szenenahen Umgebung.

1.5.6 Trends und Veränderungen

In Hinblick auf die besonders gefährdeten Gruppen junger Menschen wird deutlich, dass die Themen „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und „Sucht und Migration“ bei Politikern und Fachöffentlichkeit deutlicher ins Bewusstsein gerückt sind. Auch die Problematik der Schulverweigerer wird stärker wahrgenommen. Weiterhin gibt es neben

zielgruppenspezifischen Maßnahmen und Interventionen auch breiter angelegte, themen- und zielgruppenübergreifende Programme und Projekte (siehe Kapitel 1.5.5).

In den Kommunen und Landkreisen haben Jugend- und Suchthilfe begonnen zusammenzuarbeiten und Schnittstellenprobleme zu beheben. Suchtprävention ist einerseits ein integraler Bestandteil von Schule und Jugendhilfe andererseits setzt sich die Erkenntnis durch, dass spezialisierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen notwendig sind. Wohlfahrtsverbände und freie Träger wie z.B. Condrobs (www.condrobs.de) oder Suchthilfe direkt (www.suchthilfe-direkt.de/) und andere Träger haben darauf reagiert und jugendspezifische Beratungs- und Behandlungsprojekte mit unterschiedlichen Modulen konzipiert. Es entwickelt sich zunehmend eine praxisnahe Zusammenarbeit, wie z.B. in Sachsen-Anhalt, wo die Drogenberatungsstelle Magdeburg in einem Kooperationsprojekt mit einem Jugendziehungsheim Mitarbeiter schult und einen Leitfaden für den Umgang mit Drogen konsumierenden und gefährdeten Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe erarbeitet hat.

Frühinterventionsstrategien

„Stop - and go!“ ist ein Projekt zur familienorientierten Suchtprävention der Landesstiftung Baden-Württemberg in Kooperation mit der Caritas. Zielgruppe sind Familien mit Kindern im Alter von 12 bis 18 Jahren, die auffällig psychoaktive Substanzen (Nikotin, Alkohol, Drogen) konsumieren. Das Projekt soll es Eltern, Jugendlichen und Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben, erleichtern, bereits zu einem frühen Zeitpunkt auf den gesundheitsschädlichen oder riskanten Suchtmittelkonsum aufmerksam zu werden um dann gegebenenfalls zeitnahe Unterstützung zu erhalten. Das Projekt ist in das Gesamtberatungs- und Hilfsberatungsangebot der Psychosozialen Beratungsstelle eingebunden. Neben persönlichen Beratungsgesprächen für Eltern und Kinder gibt es auch eine Online-Beratung und eine Telefonsprechstunde. Im Projektzeitraum werden sowohl Seminare für interessierte Eltern als auch für die Jugendlichen selbst angeboten.

Der Erfolg des Projekts ist eng mit der frühen und direkten Einbindung von möglichen Kooperationspartnern vor Ort verknüpft. Um Kinder, Jugendliche und Eltern möglichst lebensweltnah erreichen zu können, sieht Stop - and go! daher eine enge Vernetzung mit den bereits bestehenden (Hilfe-)Angeboten und den Partnern aus den unterschiedlichsten Handlungsfeldern vor. Schnittstellen ergeben sich u. a. zu den Bereichen Jugendarbeit und Jugendhilfe, Schule und Schulsozialarbeit, Polizei und Jugendgerichtshilfe sowie Allgemeinärzte und Krankenhäuser. Bei Interesse werden für diese Institutionen Schulungen und Infoveranstaltungen angeboten. „Stop - and Go!“ wird durch die Fachhochschule Esslingen wissenschaftlich begleitet. Die wissenschaftliche Begleitung hat den Schwerpunkt, neue Zugangswege zu Familien zu erforschen. (<http://www.caritas-uhl.de/34318.html>).

Selektive Prävention für Risikofamilien

Wie schon in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** beschrieben, ist das Thema Kinder und

Jugendliche in suchtblasteten und sozial benachteiligten Familien ein wichtiges Thema geworden.

Die Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen führt Forschungsprojekte zu unterschiedlichen Themen der Suchtprävention und Frühintervention durch, u.a. zu familialen Risiken bei der Suchtentstehung und zum Zusammenhang zwischen Alkoholproblemen und Gewaltverhalten in Familien. Sie ist beteiligt am europäischen Forschungsprojekt „ALC-VIOL“. Ihre Kompetenzplattform Suchtforschung führt seit März 2005 das Projekt „Gewalterfahrungen, Unfälle und Verletzungen bei Kindern in alkoholbelasteten Familien (ALC-VIOL)“ durch. Die Europäische Kommission unterstützt das Projekt finanziell im Rahmen des DAPHNE-Programms - ein Aktionsprogramm mit dem Ziel Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen zu verhüten und zu bekämpfen (<http://www.addiction.de/index.php?id=71>).

In Baden-Württemberg wurden in der Zeit von 2002 bis 2007 an insgesamt 23 Standorten Suchtpräventionsprojekte mit Kindern suchtkranker Eltern durchgeführt, gefördert von der Landesstiftung Baden-Württemberg. 16 dieser Projekte wurden für eine Evaluationsstudie ausgewählt, die Hinweise auf den Verlauf der Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern die an einer Kindergruppe teilnehmen, liefern soll. Aufgrund der Heterogenität der verschiedenen Maßnahmen können noch keine abschließenden Aussagen über die Wirksamkeit gemacht werden.

Stellvertretend für die Ansätze, die sich an suchtblastete und sozialbenachteiligte Familien richten, seien hier einige Projekte mit unterschiedlichen Ansätzen vorgestellt. „Fitkids“ in Wesel ist ein Projekt, das vor allem die Belange der benachteiligten Kinder aus suchtblasteten Familien in den Vordergrund stellt. Neben Angeboten für Kinder gibt es jedoch auch Angebote für suchtkranke Eltern, für werdende Eltern und auch für Fachkräfte, die sich weiterbilden wollen. Von Anfang an hatte die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Nachhaltigkeit zentrale Bedeutung für das Projekt (<http://www.fitkids-wesel.de/>). Das Projekt arbeitet im Arbeitskreis "Hilfen für Kinder von Suchtkranken" der Katholische Fachhochschule NRW auf Landesebene teil. Ein „Mütter Unterstützungstraining“ (MUT) für substituierte Mütter wurde landesweit von zwölf Trägern angeboten und wissenschaftlich über das Programm "Transferorientierte Forschung an Fachhochschulen" (TRAFO) begleitet und ausgewertet. Der Arbeitskreis ist an das europäische Netzwerk ENCARE angebunden (<http://www.encare.info/>).

Weitere Projekte:

- „Ambulant Sozialpädagogische Familienhilfe in Familien mit Suchtproblemen (SPFH-Sucht)“. Drogenhilfe Nordhessen e.V. <http://www.drogenhilfe-nordhessen.de/>
- Selbsthilfe für Kinder und Jugendliche: www.nacoa.de, <http://www.al-anon.de/subdomains/alateen/www/>
- Ansätze, bei denen stärker die Mütter oder Eltern im Vordergrund stehen, sind:
 - „Liliput“: <http://www.soziales.nuernberg.de/drogen/projekte.html#liliput>
 - „extra“ <http://www-extra-ev.org/index.html> und

- „Lichtpunkt“ <http://www.idh-frankfurt.de/>.

„Lichtblick“ ist Partnerorganisation des europäischen Projekts „Vulnerable People: addicted mothers and their young children - preventing upbringing problems by providing professional assistance“ (<http://www.vulnerablepeople.org/>). Dieses Projekt hat zum Ziel, länderübergreifende Standards in der Umgangsweise mit Kindern drogenabhängiger Eltern zu entwickeln.

Präventionsprojekte für sozial benachteiligte Familien mit Kindern haben nicht immer einen explizit suchtspezifischen Anspruch. Durch Erziehungskompetenz fördernde Ansätze wirken sie jedoch auch suchtpreventiv. Vertretend sei hier das Magdeburger Präventionsprogramm "Eltern-AG" genannt, das vom Landesministerium für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt unterstützt wird. Niedrigschwelligkeit und Empowerment sind zentrale Merkmale des Projektes, das dazu beitragen möchte, die Erziehungskompetenzen sozial benachteiligter Eltern zu verbessern. Ziele sind die Förderung der sozialen und pädagogischen elterlichen Fertigkeiten sowie der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung der Kinder während der ersten sieben Lebensjahre, die Verminderung von schichtspezifischen Risikofaktoren und die Anregung nachbarschaftlicher Elternnetzwerke. Durch die Stimulierung von Autonomie und Selbsthilfekompetenzen der Eltern hat die „Eltern-AG“ das Potential, eine Wirkung über das Projekt hinaus zu entfalten. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und wurde als Good-Practice-Projekt ausgezeichnet (www.eltern-ag.de).

1.5.7 Linkliste Projektdatenbanken

Sozial Benachteiligte

- www.iss-ffm.de/infoboerse/projekt/recherche.html Infobörse Teilhabe und Integration (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik)
- <http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=17> Datenbank SINTEGRA (Deutsches Jugendinstitut)
- www.gesundheitliche-chancengleichheit.de Datenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Gesundheit Berlin)
- www.good-practice.de/loesungen/ Infobörse Teilhabe und Integration (Bundesinstitut für Berufsbildung)
- <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=25> PRAXIMO - Praxismodelle Jugend in Arbeit (Deutsches Jugendinstitut)
- www.sozialestadt.de/ Bundestransferstelle Soziale Stadt
- <http://infodok.bka.de/> Bundeskriminalamt
- <http://www.kriminalpraevention.de/> Deutsches Forum Kriminalprävention

Wettbewerbe/ Förderung

- www.deutscher-praeventionspreis.de Deutscher Präventionspreis

- <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/8186.asp> LISA-Projekte starten für eine bessere Integration junger Spätaussiedler
- <http://www.institut.de/preis/foerderpreis.htm> Deutscher Förderpreis Kriminalprävention
- <http://www.eundc.de/themen/eundc.html> Bundesmodellprogramm Entwicklung+Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten (Stiftung SPI) (2006 abgeschlossen)
- http://www.los-online.de/content/e2717/index_ger.html LOS - Lokales Kapital für soziale Zwecke (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006 abgeschlossen)