



FRÜHINTERVENTION



BEI ERSTAUFFÄLLIGEN  
DROGENKONSUMENTEN

*Frühintervention bei  
erstauffälligen  
Drogenkonsumenten*

Fachtagung

23.-25. Juni 2003  
Potsdam

Forum Sucht  
Band 33  
ISSN 0942-2382



Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe [www.lwl.org](http://www.lwl.org)

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Landesjugendamt und Westf. Schulen  
Dezernent: Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht  
Leiter: Wolfgang Rometsch  
Warendorfer Straße 27  
48133 Münster

Redaktion: Doris Sarrazin  
Bearbeitung: Gudrun Niehaus

1. Auflage  
1 - 2.500

Münster 2003

*Frühintervention bei  
erstauffälligen Drogenkonsumenten*

*- Fachtagung -*

**23. - 25. Juni 2003**  
Potsdam

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1. Vorwort</b> .....	5
<b>Prävention, ein Schwerpunkt des "Aktionsplanes Drogen und Sucht" der Bunderegierung</b> Dr. Ingo Ilja Michels, Berlin .....	7
<b>Früherkennung und Schadensminimierung aus europäischer Sicht</b> Margareta Nilson, Lissabon, Portugal .....	19
<b>Sekundärprävention - selektive Prävention - Verhaltensprävention - Wem hilft diese Differenzierung?</b> Dr. Bettina Schmidt, Köln .....	29
<b>Ausrichtung polizeilicher Drogenprävention - Beiträge - Bindeglied zwischen Repression und Drogenhilfe - Evaluation</b> Irmgard Baumhus, Düsseldorf .....	33
<b>Früherkennung und Kurzintervention - ein neues Heilmittel?</b> Dr. Georg Kremer, Bielefeld .....	43
<b>"Frühintervention bei erstauffälligen Drogenabhängigen" - Ziele, Inhalte und Struktur des Modellprojektes</b> Wolfgang Rometsch, Münster .....	57
<b>"Frühintervention bei erstauffälligen Drogenabhängigen" - Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung</b> Wilfried Görgen, Köln .....	65
<b>Die juristischen Rahmenbedingungen von FreD</b> Karl-Rudolf Winkler, Koblenz .....	73
<b>Risikokompetente Prävention - Voraussetzung und Wegbegleiter für Jugendliche, Rausch- und Risikobalance zu entwickeln</b> Gerald Koller, Steyr, Österreich .....	79
<b>Wieviel Freiheit braucht Prävention - wieviel Zwang verträgt sie?</b> Dr. Alfred Uhl, Wien, Österreich .....	89

**"Hart am Limit - Halt" - ein Projekt der Sekundärprävention für Jugendliche mit Alkoholvergiftung im Krankenhaus**

Heidi Kuttler, Lörrach ..... 111

**FreD in der Praxis**

- 1. aus polizeilicher Sicht  
Gerhard Stern, München  
aus Sicht einer Staatsanwaltschaft  
Hajo Tacke, München ..... 123
  
- 2. aus Sicht eines Trägers  
Rainer Bathen, Hamm ..... 133

## Vorwort

*Junge Menschen experimentieren nach wie vor mit einer Vielzahl legaler wie illegaler Drogen. Die vorherrschenden Aktivitäten der Sucht- und Drogenhilfe in der Bundesrepublik konzentrieren sich in diesem Zusammenhang seit mehr als 20 Jahren weitgehend auf die Vermeidung des Konsums (primäre Prävention) sowie die Behandlung der Abhängigkeit (Therapie). Betrachtet man hingegen den Bereich des (riskanten) Konsums bzw. Missbrauchs, so muss man feststellen, dass es an Konzepten der Frühintervention fehlt. Diese Lücke schließt das Projekt "Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD" - welches vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziert wurde - modellhaft.*

*Die Zahl der erstmals polizeilich erfassten Drogenkonsumenten ist in den 90-er Jahren kontinuierlich gestiegen. Unter bestimmten Bedingungen droht den Betroffenen keine Strafverfolgung, ihnen wird aber auch keine Unterstützung angeboten. Eine gute Chance, frühzeitig zu intervenieren, wird damit nicht genutzt. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen des Anfang der 90-er Jahre gestarteten Projektes "Therapie sofort" entwickelte die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster 1998 das Projekt "FreD".*

*Leitidee war es, jungen, polizeilich erstauffälligen Drogenkonsumenten frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu unterbreiten. Die Intervention soll helfen, die Risiken einer sich möglicherweise anbahnenden Abhän-*

*gigkeit oder Konsumverfestigung zu reduzieren und einem Abgleiten in die Kriminalität entgegen zu wirken.*

*Früh- und Kurzinterventionsprojekte sind nicht nur aus fachlichen Gründen verstärkt weiter zu entwickeln, sie passen sich auch wegen ihres geringeren Aufwandes an personellen und finanziellen Ressourcen gut in die aktuelle Hilfelandschaft ein.*

*Insbesondere die Gruppe der Cannabisgebraucher, die lt. Ebis-Statistik erst 6 Jahre nach Konsumbeginn Kontakt zum Hilfesystem aufnimmt, profitieren von FreD, da sie schon nach rd. 3 Jahren erreicht wurden. Ein solcher Interventionsansatz eignet sich sicherlich auch für an anderen Orten (z. B. Schule, Beruf, Jugendhilfe) auffällig gewordene Konsumenten. Daher befassen sich die Beiträge dieses Bandes umfassender mit dem Thema der Früh- und Kurzintervention sowie der Sekundärprävention bei jungen Drogenkonsumenten.*

Wolfgang Rometsch  
Projektleitung

# *Prävention - ein Schwerpunkt des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“ der Bundesregierung*

**Dr. Ingo Ilja Michels**

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Berlin

## 1 Neue Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen wahrnehmen

Wenn wir uns die Entwicklung von Konsummustern psychoaktiver Substanzen<sup>1</sup> in Deutschland in den letzten zwanzig Jahren anschauen, lassen sich einige substanzuelle Trends beschreiben:

- der Konsum psychoaktiver Substanzen, von Tabak und Alkohol bis zu Heroin, sinkt langsam;
- aber er ist immer noch sehr verbreitet und wird, insbesondere was legale Substanzen wie Alkohol betrifft, von der Mehrheit der Bevölkerung relativ unkritisch bewertet;
- der Tabakkonsum sinkt langsam und wird sowohl gesundheits- wie gesellschaftspolitisch in den letzten Jahren kritischer betrachtet;<sup>2</sup>
- der Konsum illegaler Drogen ist – außer bei Cannabis – nur in einer kleinen Gruppe verbreitet;
- die Gruppe der Heroinkonsumenten "altert", es handelt sich überwiegend um Erwachsene zwischen 30 und 50 Jahren;
- die Gruppe der Kokainkonsumenten hat sich nicht dramatisch vergrößert (obwohl hier eine möglicherweise hohe Dunkelziffer vor-

liegt); es handelt sich überwiegend um die Altersgruppe der 25 bis 35-Jährigen mit relativ stabiler sozialer Einbindung;<sup>3</sup>

Zur gleichen Zeit konsumieren mehr und mehr junge Menschen psychoaktive Substanzen in riskanter Weise im Kontext einer "Spaßkultur", ohne kritisches Bewusstsein ihres Handelns. Diese Konsumformen spielen sich in der Regel in spezifischen Gruppen mit eigenständigen Identitätsmustern ab.<sup>4</sup>

Experimenteller Cannabiskonsum wird mehr und mehr 'normal' unter Jugendlichen. Über ein Viertel der Jugendlichen hat bereits Konsumerfahrungen, in der Altersgruppe der 18 bis 25-Jährigen sogar nahezu jeder Zweite, wobei - wie bei fast allen Substanzen - Mädchen und junge Frauen deutlich geringere Konsumprävalenzen und -frequenzen aufweisen. Beim Tabakkonsum holen Mädchen drastisch auf und ziehen mit Jungen gleich. Früher Tabakkonsum ist assoziiert mit frühem Cannabiskonsum, jedenfalls ist nahezu jeder Cannabis-konsument Raucher.

Wir brauchen deshalb eine gesellschaftliche Diskussion über die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substan-

<sup>1</sup> Das Bundesministerium für Gesundheit führt regelmäßige epidemiologische Untersuchungen durch, die es erlauben, längerfristige Trends zu beobachten:

BZgA (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Repräsentativerhebung; Köln

KRAUS/AUGUSTIN (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. SUCHT 47 (Sonderheft 1)

<sup>2</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2002): Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland; Heidelberg

<sup>3</sup> Weil allerdings nur wenig valide Untersuchungen zur Prävalenz und zu Konsummustern von Kokain in Deutschland vorliegen, hat das Gesundheitsministerium neuerdings einige Forschungsprojekte in Auftrag gegeben

<sup>4</sup> RAKETE/FLÜSMEIER (1997): Der Konsum von Ecstasy. Köln: BZgA; TOSSMANN/HECKMANN (1997): Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. Köln: BZgA



zen. Diese Risiken hängen nicht ab davon, ob diese Substanzen legal oder illegal sind.

Dabei ist es natürlich schon so, dass diese Entwicklungen in jugendlichen Lebenszusammenhängen nicht neu sind und dass sie auch zur Entwicklung des Erwachsenwerdens hinzugehören.

Die ehemalige Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit hat in ihrer „Stellungnahme zur Verbesserung der Suchtprävention“ u.a. ausgeführt:

„Da Kindern vor der Pubertät die physiologischen, psychologischen und sozialen Voraussetzungen (niedriges Körpergewicht bzw. fehlendes Reflektieren der Konsequenzen des Konsums) für einen verantwortlichen Umgang fehlen, ist i.d.R. jeglicher Substanzgebrauch als schädlicher Gebrauch zu bezeichnen, da er potenziell die gesunde körperliche und psychische Entwicklung beeinträchtigt.

Bei Jugendlichen können aufgrund physiologischer Unterschiede sowie psychologischer Bedingungen die typischerweise bei Erwachsenen angelegten Kriterien nicht einfach übernommen werden. Wesentliche Ebenen zur Unterscheidung von Gebrauch und schädlichem Gebrauch psychoaktiver Substanzen, die den entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Jugendalters und den spezifischen Charakteristika der unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen Rechnung tragen, sind die Substanz und Konsumumstände, Merkmale der Person, körperliche und psychische Reaktion

und kurz- wie langfristige Konsequenzen. Im Mittelpunkt der Definition von Missbrauch steht der unverantwortliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen nebst potenzieller Schäden für die eigene Person oder für Andere.

Jugendliche müssen den verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen erst erlernen. Verantwortlicher Umgang kann heißen: Wissen um die Wirkungsweise und Folgen der Substanzen, kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen, Verzicht auf bestimmte Substanzen, Konsumverzicht in bestimmten Situationen und ein (selbst-) kontrollierter Konsum in tolerierten Situationen. Bedenklich wird dieser Konsum, wenn sich negative Konsequenzen wie Schulprobleme, Konflikte mit der Polizei, Unfälle oder Gewalttätigkeit häufen oder er die langfristige psychosoziale Entwicklung beeinträchtigt. In diesen Fällen kann nicht mehr von akzeptablem Gebrauch gesprochen werden. Die Kompetenz, einen verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erlernen, kann allerdings auch kurze Phasen des Missbrauchs einschließen. Möglicherweise müssen z.B. manche Jugendliche hin und wieder die aversiven Folgen eines Alkoholrausches erleben, um im Normalfall kontrolliert mit Alkohol umgehen zu können.“<sup>5</sup>

Auch in der jüngst publizierten Studie zum Gesundheitsverhalten von Berliner Schülerinnen und Schülern – im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie<sup>6</sup> der Weltgesundheitsorganisation (WHO) - wird bei der Bewertung der

<sup>5</sup> Drogen- und Suchtkommission (2002): Stellungnahme zur Verbesserung der Suchtprävention. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin; S. 7 f.

<sup>6</sup> Ulrike RAVES-SIEBERER, Christiane THOMAS (RKI Berlin) (2003): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern; Berlin ; die HBSC-Studie erhebt Daten zum Gesundheitsverhalten von Schüler/innen in nahezu allen Ländern Europas, sowie den USA und Kanada

Daten diesem Kontext Rechnung getragen:

„Neue Rollen, Verhaltensweisen und Einstellungen werden ausprobiert und getestet. Hierzu gehört das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wie Tabak, Alkohol und illegalen Drogen. (...) Diese aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht kritischen Verhaltensweisen können von Jugendlichen auch aktiv eingesetzt werden und zur Bewältigung alltäglicher Lebensprobleme und -herausforderungen dienen, um spezifischen Anforderungen der Lebensphase zu begegnen. (...) Substanzkonsum ist vor allem dann problematisch, wenn er sehr früh oder exzessiv einsetzt oder wenn er in Kombinationen mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt.“<sup>7</sup>

## 2 Neue jugendliche Lebensentwürfe kennenlernen

Augenfällig sind allerdings die Veränderungen in den jugendlichen Selbstverständnissen. Auf der Fachtagung „Drogenkonsum in der Partyszene“, die von der BZgA im Auftrag des Gesundheitsministerium im September 2001 durchgeführt wurde, hat dies der Leiter des Münchener Präventionsprojektes MINDZONE, Stefan Nitschke, sehr treffend zusammengefasst<sup>8</sup>:

- die jugendliche "fun generation" definiert bewusst die Spaßkultur

als Gegenentwurf gegen langweilige Lebensentwürfe;

- "coolness" und unmittelbare Lebensfreude sind die Motivationen des Handelns, statt erwarteter "Frust und Angst bis zur Rente".

Der Drogenkonsum ist dabei eingebettet und Bestandteil einer jugendlichen Erlebniskultur. Es geht nicht mehr in erster Linie um abgeschotteten Experimentalkonsum und Abgrenzung gegen erwachsene Identität, nicht mehr um transzendente Rauscherfahrungen, sondern um "Spaßrebellion" als Erlebniskultur und um dem Drogenkonsum als "*tuning für die Sinne*".

Jugendliche suchen förmlich *Inszenierungen* von sich selbst und von ihrem Körper, um Möglichkeiten von Glück für sich zu erleben. Die sogenannten *events* in ihrer *Szene* haben für diese Jugendlichen einen *sinnstiftenden Charakter*, weil sie sich nicht mehr an Ideologien orientieren, sondern mosaikartig verschiedene kulturelle Entwicklungen zusammenpuzzeln. Die Technomusik und die Technokultur kommen diesem Erlebnishunger entgegen.

Dabei sind diese Kulturen auch tendenziell offen füreinander, auch wenn sie ihre eigenständigen Erkennungsmerkmale aufweisen (z.B. bestimmte Kleidung). Die Musik-Kultur konstituiert sich dabei als Teil des Erlebnishungers Jugendlicher.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> ebenda

<sup>8</sup> Stefan NITSCHKE (2002): Vorgestellt: Trendgestützte Gesundheitsförderung; In: BZgA (Hrsg.): Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 19; Köln; S. 152 ff.

<sup>9</sup> Dies beschreiben auch Ronald HITZLER/Michaela PFADENHAUER (Hrsg.) (2001): Techno-Soziologie. Erkundigungen einer Jugendkultur; Opladen

### 3 Sorge um Spaßkultur ernst nehmen

In der öffentlichen Diskussion über die Auseinandersetzung mit den neuen jugendlichen Lebensentwürfen wurde auch kritisiert, dass damit den Jugendlichen vorgeworfen werde, dass sie genuss- und spaßorientiert seien. Dabei sollte klargestellt werden, dass der Begriff "Spaßkultur" nicht verwerflich ist und es nicht darum geht, Jugendlichen ihren "Spaß" madig zu machen. Es soll ihnen keine "Ernstkultur" aufgedrängt werden. Es geht vielmehr um die gesellschaftliche Verantwortung für diejenigen, die die Grenzen des Spaßes nicht mehr wahrnehmen können und in ernsthafte Krisen geraten. Welche Strategie aber ist dazu notwendig, damit dieses Anliegen auch diejenigen erreicht, die tatsächliche Risikokumulationen aufweisen? Wie kann verhindert werden, dass die falschen Botschaften die falschen Personen zur falschen Zeit erreichen?

### 4 Realistische und glaubwürdige Präventions- und Behandlungskonzepte entwickeln

Wir benötigen eine *langfristige Präventionsstrategie*, in der konkrete Ziele festgelegt werden. Folgende Fragestellungen stehen im Zentrum moderner Präventionsstrategien:

- Welche Gruppen sollen erreicht werden?

- Wie kann der gefährliche Konsum psychoaktiver Substanzen reduziert werden?
- Wie kann dies gemessen werden?
- Wie kann der Erfolg in der Prävention beschrieben und evaluiert werden?
- Wie kann die Strategie der Förderung und Stärkung individueller Fähigkeiten (der sogenannte *life-skills approach*) entwickelt und praktisch umgesetzt werden, damit bestimmte Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können?

Basierend auf den realen Lebensbedingungen von Jugendlichen soll mit Präventionsaktivitäten dazu beigetragen werden:

- den Beginn der Konsums zu verhindern oder herauszuzögern,
- hochriskante Konsummuster frühzeitig zu reduzieren,
- eine Abhängigkeit mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, von der Abstinenztherapie bis zur medikamenten-gestützten Therapie, zu behandeln.

Wann funktioniert Prävention? Aus den Erfahrungen der Praxis und von Seiten der Präventionsforschung<sup>10</sup> wissen wir, dass folgende elementare Bestandteile der Präventionsarbeit notwendig sind:

- eine konzeptionelle Gesamtstrategie, die in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung eingebettet ist;

<sup>10</sup> DENIS et.al. (1994): Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Köln/München;  
REESE/SILBEREISEN (2001): Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten; In: Freund/Lindner (Hrsg.): Prävention - zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit; Opladen  
FRANZKOWIAK (2002): Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel; In: BZgA (Hrsg.): Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 19; Köln; S. 107 ff.

- die Erweiterung der Lebenskompetenzen zur konkreten Alltagsbewältigung;
- die Vermittlung positiver Botschaften statt Abschreckungs- und Angststrategien und die Androhung von in der Ferne liegenden Gesundheitsschäden;
- die zielgruppengerechte Ansprache;
- die Einbeziehung von "Peers" und der Selbsthilfe;
- die Langfristigkeit der Maßnahmen.
- den Erhalt und den Ausbau des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes in den Ländern und Kommunen;
- die Beschränkungen der Werbung und die Preisgestaltung für legale Substanzen;
- die Intensivierung der Selbstverpflichtungen der Tabak-, Alkohol- und Glücksspielindustrie.

Diese Anforderungen stellen unter den gegenwärtigen schwierigen sozioökonomischen Rahmenbedingungen eine besondere Herausforderung dar.

## **5 Strukturelle Präventionspolitik ist notwendig**

Wir wissen aus der Forschung zur Kontrolle von Tabak- und Alkoholkonsum<sup>11</sup> auch, dass neben individualpsychologischen Strategien und Maßnahmen auch *strukturelle* Maßnahmen erforderlich sind, damit zu Verhaltensveränderungen überhaupt motiviert werden kann und sie sich langfristig stabilisieren. Solche strukturellen Maßnahmen betreffen u.a.:

- die Verbesserung des Lebens- und Wohnumfeldes von Menschen<sup>12</sup>;
- die Verstärkung der Kooperation auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene;
- die Nutzung von Synergieeffekten und Einsparpotenzialen durch intensivere Zusammenarbeit und durch die Absicherung der Arbeit der Fachkräfte zur Suchtprävention;

## **6 Professionelles Selbstverständnis von Jugendhilfe und Drogenhilfe entwickeln und Kästchendenken vermeiden**

Wenn die Umsetzung der beschriebenen Strategien gelingen soll, müssen auch die bestehenden professionellen Hilfestrukturen sich dieser Herausforderung stellen. Dabei zeigt sich, dass die jeweiligen Philosophien der Jugendhilfe wie der Drogenhilfe tatsächlich über viele Schnittbereiche verfügen, aber auch unterschiedliche „Hilfephilosophien“ zu Grunde liegen, deren mögliche „Störwirkung“ vermieden werden sollte.

Was sind die Gemeinsamkeiten, derer man sich in den Hilfesystemen stärker bewusst werden sollte:

- Man will die Klienten "dort abholen, wo sie sind".

<sup>11</sup> EDWARDS (Hrsg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung; Stuttgart

The World Bank (Hrsg.) (2002): Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle; Heidelberg

<sup>12</sup> U.a. trägt dem das Bund-Länder-Modell „Soziale Stadt“ Rechnung (siehe: [www.soziale-stadt.de](http://www.soziale-stadt.de))

- Man begreift aber auch den pädagogischen Auftrag, Menschen vor Gefahren zu bewahren und nicht sich und andere zu schädigen.
- Die Beratung und Behandlung soll klientenorientiert sein und nicht bevormundend.
- Die Hilfe soll die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen stärken.
- Die Hilfe soll aber auch ein strukturierendes Element sein.
- Die Kooperation auch mit dem medizinischen und dem repressiven Bereich wird zunehmend Standard sozialpädagogischer Hilfe.

Ein zentrales Problem in den Schnittstellenbereichen der Hilfen besteht aber darin, dass nicht an den *ganzen Menschen* gedacht wird, sondern dass er in unterschiedliche Persönlichkeitsteile parzelliert wird, für die unterschiedliche Experten zuständig sind, z.B. für:

- den suchtgefährdeten Teil in der Persönlichkeit,
- den delinquenzgefährdeten,
- den geschlechtsspezifischen.

Deshalb ist es notwendig, dass rechtzeitig alle am Hilfeprozess Beteiligten sich gemeinsam mit den Jugendlichen verständigen und Strategien entwickeln, um seelische Beeinträchtigungen für die betroffenen Jugendlichen zu vermeiden.

Dabei gilt es, *Problemfelder* in der Praxis von Jugend- und Drogenhilfe zu überwinden. Um es noch einmal zu rekapitulieren: Die Phase des Erwachsenwerdens wird von Jugendlichen oft als Überforderung erlebt, gleichwohl können die meisten Jugendlichen konstruktiv mit dieser Situation umgehen. 90 % geben mit der Verantwortungsübernahme als Erwachsene ihr

Probierkonsumverhalten auf. Es ist wichtig, die 10 % zu erreichen, die das nicht schaffen und exzessive Muster fortsetzen. Allerdings sind diese Kinder und Jugendlichen in der Regel (noch) nicht in Einrichtungen der Drogenhilfe anzutreffen. Dorthin werden sie erst nach langjähriger Suchtentwicklung oder auf Grund von sozialen oder strafrechtlichen Auffälligkeiten vermittelt.

Das hängt möglicherweise auch damit zusammen, dass in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Jugendfreizeitbereich der Konsum von Suchtmitteln zum Alltag gehört, der nicht als suchtgefährdend erkannt oder lange Zeit bagatellisiert wird, oder dass er dort *per definitionem* ausgeschlossen wird und eher clandestin stattfindet.

Das Erproben pädagogischer Konzepte zur Stärkung von Selbstbewusstsein und zum Erlernen von Genussfähigkeit *vor Ort* ist dagegen eine Strategie, um auch selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen rechtzeitig zu erkennen. Noch gibt es aber erst wenige Konzepte hierfür.

Ein weiteres Problem besteht in der *Fixierung der Drogenhilfe auf Opiatabhängige* und das damit verknüpfte Defizit in der Kenntnis jugendlichen Drogenkonsumverhaltens. Erst allmählich befassen sich die Beratungsstellen z.B. mit jugendlichen Cannabiskonsumenten, die mit dieser Substanz Probleme entwickeln. Dies ist lange Zeit bagatellisiert und deshalb auch nicht wahrgenommen worden. Das hängt auch damit zusammen, dass sich Gefährdungspotenziale bei jugendlichem Konsum über den alltäglichen Gebrauch von Tabak und Alkohol, oft in exzessiver Form und in Mischung mit dem Konsum von Cannabis, aber auch Kokain oder Ecstasy, entwickeln.

Einen weiteren Problembereich stellt das *Sozialsystem Schule* dar. Es ist zwar das konstitutive Feld für Erfahrungen und Einüben von sozialen Normen, aber weder die Jugendhilfe, noch die Drogenhilfe haben eine ausreichende Kooperation mit der Schule entwickelt. Noch immer schottet sich das Schulsystem gegen eine „Einmischung von außen“ zu sehr ab, obwohl es zunehmend Veränderungsbereitschaft gibt. Auch die Schulsozialarbeit sucht noch zu wenig den Kontakt mit außerschulischen Strukturen.<sup>13</sup>

Ein weiteres Problemfeld konstituiert die *Elternarbeit*. Drogenhilfemitarbeiter verstehen oft zu wenig die Konflikte, Verunsicherungen und Nöte von Eltern und häufig bagatellisieren sie jugendlichen Cannabiskonsum. Sie definieren sich zu sehr als "Verbündete" der Klienten, ohne die familiäre Gesamtstruktur in das Konzept der sozialen Intervention einzubeziehen.

Wie gesagt: all die geschilderten Problembereiche stellen sich *holzschnittartig* so dar und es darf nicht übersehen werden, dass sich hier in den letzten Jahren ein deutliches Problembewusstsein herausgeschält hat, und dass sich entsprechende Veränderungen sowohl konzeptionell wie praktisch entwickelt haben, die all die beschriebenen strukturellen Mängel erkannt haben und sie überwinden wollen.

Nicht nur strukturell muss sich das Hilfesystem verändern, es muss auch methodisch neue Wege beschreiten, weil sich die Kommunikationsformen von Jugendlichen dramatisch verändert haben. Die Berliner HBSC-Studie zeigt dies deutlich:

Der Computer ist eine beliebte Freizeitbeschäftigung (an Schultagen bis zu 1 Std. täglich, an Wochenenden 2 Std.).

Jugendliche aus schlechteren sozioökonomischen Verhältnissen bevorzugen allerdings das Fernsehen (bis zu 4 Std. täglich).

Das Telefonieren vom Handy und Verschicken von Emails und SMS findet bei 16 % der Jungen und 27 % der Mädchen täglich statt.

Diesen aktuellen Kommunikationsstrategien muss sich eine moderne Präventionsstrategie anpassen.

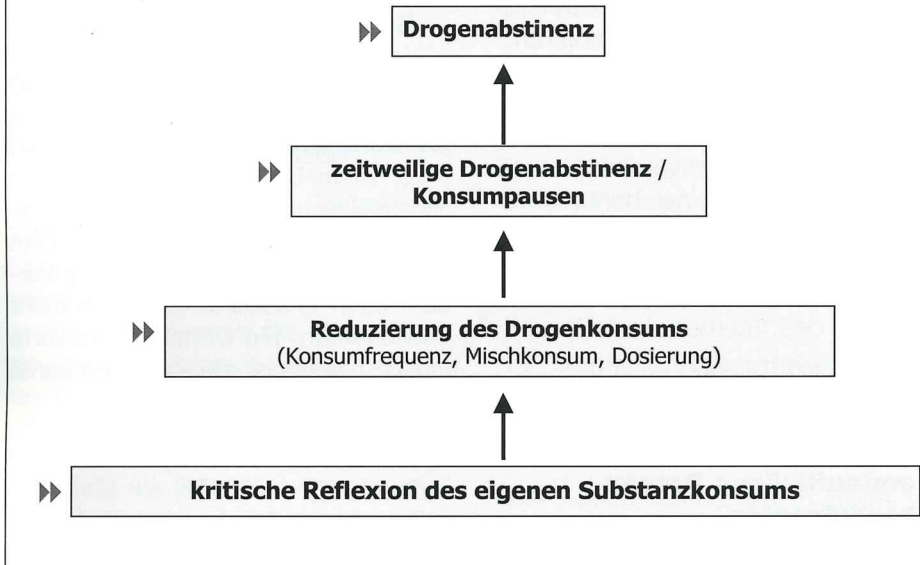
## **7 Drugcom.de als Beispiel moderner Prävention**

Junge Menschen, die "cool" sein wollen, tendieren zu hochriskanten Konsummustern "Partydrogen". Solche jungen Menschen begreifen sich nicht als suchtgefährdet und es ist nahezu ausgeschlossen, sie über die traditionellen Drogenhilfeeinrichtungen zu erreichen. Deshalb startete im Sommer 2001 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das **Internet Projekt "drugcom"**, das speziell junge Menschen ansprechen will, die bereits Drogenerfahrung haben - zumeist mit Cannabis und Ecstasy. Das Projekt will die Kommunikation mit Jugendlichen fördern, die keine moralischen Botschaften akzeptieren, die aber an anonymer Information und Beratung interessiert sind.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Projekt „drugcom“ lassen darauf schließen, dass es sich bewährt hat. Täglich surfen etwa 600 Besucher auf

<sup>13</sup> vgl.: Sybille HEIZMANN: Schulsozialarbeit und die seismographische Funktion der Schule; In: Sucht-Magazin; Nr.2, April 2003; Basel; S.14 ff.

## Differentielle Projektziele



dem Internetportal, informieren sich oder lassen sich vom drugcom-Team beraten. Besonders beliebt sind die Wissenstests zu acht verschiedenen Substanzen. Seit dem Onlinestart haben mehr als 80.000 Besucher einen oder mehrere Tests absolviert, am häufigsten den Cannabistest. Neu hinzugekommen ist in diesem Jahr der Selbsttest zum Alkoholkonsum „check your drinking“. Nachdem sie einige Fragen zu ihrem Alkoholkonsum beantwortet haben, bekommen Jugendliche eine differenzierte und individuelle Rückmeldung darüber, wie es um ihr Konsumverhalten steht. Anders als in den sonst üblichen klinischen Screeningverfahren liegt der Schwerpunkt dieses Tests darin, altersgemäße Empfehlungen auszu-

sprechen, die dazu anregen, sich kritisch mit dem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen.

Wer persönliche Fragen zu seinem Konsum oder zum Alkohol- und Drogenkonsum von Freunden hat, kann sich täglich von Montag bis Freitag zwischen 15:00 und 19:00 Uhr in den drugcom-Chat einloggen und seine Fragen mit einer professionellen Beraterin „unter vier Augen“ besprechen. Monatlich wird der Chat von über 300 Usern zur Kommunikation und zur Beratung genutzt, Tendenz steigend. Offenbar ist der Zugang zu dieser Form professioneller psychosozialer Beratung in vieler Hinsicht einfacher und komfortabler als der traditionelle Weg, bei dem zunächst per Telefon Kontakt aufgenommen und ein Termin

vereinbart werden muss. Die Drogenberatung via Internet macht Jugendlichen zunächst ein eher unverbindliches Angebot: Der Kontakt zur Beraterin kann ohne großen Aufwand hergestellt und jederzeit unkompliziert wieder abgebrochen werden. Jugendtypisches Probierverhalten kann in diesem Kontext zum „Ausprobieren“ einer Drogenberatung führen. Häufig stellt sich dabei heraus, dass weitergehende Hilfen, wie der Besuch einer Drogenberatungsstelle vor Ort, ratsam wären. Dabei ist eine behutsame motivierende Gesprächsführung notwendig, da die Klienten nicht ohne weiteres bereit dazu sind, Hilfe auch außerhalb des Internets in Anspruch zu nehmen.

### **8 FreD - Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten**

Ein weiterer Versuch, methodisches Neuland zu betreten, ist das Bundesmodell „FreD“.

Junge Menschen experimentieren nach wie vor mit einer Vielzahl legaler wie illegaler Drogen. Eine Vielzahl der Verfahren werden nach § 31 a BtMG oder 45 Abs. 1 JGG eingestellt. Das Modellprojekt „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“ (FreD) setzt an dieser Schnittstelle an, um einen möglichst frühen Zugang zu dieser Gruppe von potentiellen Gefährdeten zu finden. Ein speziell auf diese Gruppe von jungen Konsumenten ausgerichtetes Angebot, bestehend aus einem „Intake-Gespräch“ und einem Kursangebot (8 Stunden), soll helfen, die Risiken einer sich anbahnenden Abhängigkeit zu reduzieren und einem Abrutschen in die Kriminalität entgegenzuwirken.

Leitlinie dieses Modellprojektes ist es, jungen erstaufrälligen Drogenkonsumenten frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu unterbreiten.

### **9 Was sind augenfrällige Ergebnisse?**

Interessant ist, dass die erstaufrälligen Drogenkonsumenten in diesem Projekt signifikant häufiger illegale Drogen – vor allem Cannabis – konsumieren als die Gleichaltrigen, die nicht polizeilich auffällig werden; das bedeutet evtl., dass diejenigen, die auffällig werden, auch tatsächlich erheblich mehr konsumieren. Ein Drittel konsumierte täglich Cannabis, die Zahl liegt sonst erheblich niedriger (unter 5 %).

Sie steigen auch sehr viel früher in den Konsum von Cannabis ein (mit 14,7 Jahren gegenüber 15,8 bei der BZgA-Studie). Es fällt der sehr hohe Anteil männlicher „Auffälliger“ (über 87%) auf; junge Männer neigen deutlich stärker zu „deviantem“ Verhalten.

Ob die Teilnahme „freiwillig“ erfolgte oder auf „Weisung“ änderte nichts am Ergebnis der Intervention: vielleicht müssen wir unsere Vorurteile ein Stück revidieren, dass nur freiwillige Interventionen nützen. Das gilt auch für ein weiteres augenfrälliges Ergebnis:

Allein schon die polizeiliche Intervention („Erwischtwerden“ von der Polizei) führt zur Konsumreduktion (kein Konsum = vorher rund 5%, nachher 15%!) (in München kein Konsum vorher 6 %, nachher 28%!).

Im Projekt zeigte sich eine sehr unterschiedliche Qualität der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendgerichtshilfe, Staatsanwaltschaft und Polizei. Die Drogenhilfe scheint noch



immer zu zurückhaltend zu sein in der Zusammenarbeit mit Bereichen der Repression, obwohl dies auch den Klienten nutzen kann.

Die sozialen und fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter, die in diesem Feld arbeiten, müssen hoch sein. Konsumenten mit häufigem Konsum haben häufiger psychosoziale Hilfe beansprucht, obwohl sie sich nicht als gefährdet einschätzen und noch keine Abhängigkeit entwickelt haben.

Die Bewertung der Kurse war bei rund 90% der Teilnehmer (sehr) gut. Die Einbeziehung von betroffenen Jugendlichen wurde dabei als sehr unterstützend gewertet. Die Kurse führten dazu, das eigene Konsumverhalten deutlich (selbst)kritischer einzuschätzen, auch wenn noch kein Konsumverzicht geübt wurde (Einschätzung des Konsums als „problematisch“: vorher rund 10%, nachher 18%).

Der tägliche Konsum ging deutlich zurück von rund 30% auf 16%. Allerdings ist auch klar geworden, dass der Hauptgrund für den Konsum Spaßgewinn war, nicht Problembewältigung.

## **10 Was werden wir tun?**

Es wird mit der Verabschiedung des „Aktionsplanes Drogen und Sucht“ im Juni/Juli 2003 durch Bund und Länder eine strategische Plattform geschaffen, auf deren Grundlage die Maßnahmen zur Prävention und auch zur frühzeitigeren Behandlung von suchtspezifischen Störungsmustern systematischer koordiniert und deren Effekte besser evaluiert werden können. Die Bundesregierung hat sich entschlossen, exemplarische Maßnahmen des Bundes umzusetzen, die allerdings

nicht allein ausreichen werden, die genannten Ziele zu erreichen bzw. die gewählten Indikatoren auch tatsächlich in die gewünschte Richtung zu verändern. Diese Zielerreichung wird nur durch aufeinander abgestimmte Aktivitäten des Bundes, der Länder und Kommunen, der Leistungsträger und -erbringer sowie freier Träger und Initiativen möglich werden. Es bedarf zudem einer Feinabstimmung über konkrete Einzelziele, Maßnahmen und Evaluationsschritte, um die Effektivität der Maßnahmen zu überprüfen

Dies wird die Herausforderung der nächsten Jahre bilden.

## **11 Schlussfolgerungen**

Eine ganzheitliche Strategie wird gebraucht:

Das Setzen von konkreten Zielen, wie gesundheitsschädlicher Konsum reduziert werden kann, ist notwendig;

eine einseitige Fixierung auf illegale Drogen übersieht die schwerwiegenden sozialen und physischen Effekte des Missbrauchs legaler Suchtmittel.

Wir brauchen eine kohärente Suchtpolitik, die alle Bereiche der Gesellschaft, die betroffen sind, einbezieht.

# *Früherkennung und Schadens- minimierung aus europäischer Sicht*

## **Prävention mit Risikogruppen**

**Margareta Nilson**

Programme Coordinator

EMCDDA

LISBOA

## **1 Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht**

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurde 1993, vor zehn Jahren, gegründet. Sie hat ihre Arbeit im Jahr 1995 in Lissabon aufgenommen.

Die Aufgabe der EBDD ist es, "objektive, zuverlässige und vergleichbare Informationen auf europäischer Ebene zu Drogen, Drogensucht und deren Folgen" zu sammeln, zu analysieren, zu vergleichen und zu veröffentlichen. Drei Bereiche stehen im Vordergrund und entsprechen drei Abteilungen:

- Epidemiologie – Zahlen und Statistiken über Drogenkonsum und ihre Folgen,
- Maßnahmen – Methoden und Wirksamkeit von Prävention, Schadensreduzierung, Behandlung und Rehabilitation,
- Politische Strategien – nationale und europäische Aktionspläne.

Im Jahr 2003 hat die EBDD etwa 75 Mitarbeiter und einen jährlichen Haushalt von etwa 10 Mio €. Sechzehn Länder sind Mitglieder der EBDD, die 15 EU Mitgliedstaaten und Norwegen. Im nächsten Jahr bekommen wir zehn neue Mitgliedsstaaten und wahrscheinlich Bulgarien, Rumänien und die Türkei als assoziierte Mitglieder.

## **2 EU-Aktionsplan gegen Drogen**

Der EU Aktionsplan gegen Drogen 2000-2004, der maßgeblich ist sowohl für die Arbeit der Europäischen Institutionen, also auch für die EBDD, wie auch für die Mitgliedsstaaten, besagt zur Prävention:

„Die Drogenprävention und die Reduzierung der Nachfrage und insbeson-

dere des Einstiegs in den Drogenkonsum sowie die Reduzierung der negativen Auswirkungen des Drogenkonsums werden stärker in den Mittelpunkt gestellt.“

Das heißt, die EU und die Mitgliedsstaaten meinen, es wird nicht genug in der Prävention getan, und sie haben sich verpflichtet, mehr zu tun.

## **3 EU-Empfehlung zur Prävention und Risikominderung von Drogensucht**

Erst in den letzten Tagen hat der EU-Rat eine Empfehlung zur Prävention und Risikominderung von Drogensucht verabschiedet, d.h. sich selbst verpflichtet, gewissen Richtlinien zu folgen.

Die Empfehlung besagt unter anderem, dass Mitgliedsstaaten

- Drogenkonsumenten Informationen und Beratung zur Risikominderung zur Verfügung stellen sollen;
- die Gesellschaft und Familien einbeziehen, um Risiken des Drogenkonsums zu verringern, d.h. es soll gemeindenah gearbeitet werden;
- „Aufsuchende Arbeit“ in nationalen Strategien verankern sollen;
- Peers zu involvieren sind;
- interdisziplinäre Netzwerke und Kooperation fördern sollen, um Angebote der Risikominderung leichter verfügbar zu machen.

Weiter wird ganz besonders auf die Bedeutung der Evaluation hingewiesen.

Die Mitgliedsstaaten sollen

- Entscheidungen über Interventionen nach wissenschaftlichen Kriterien treffen;

*Prävention aus europäischer Sicht*

- Evaluierungskriterien entwickeln und implementieren;
- Finanzierung von Interventionen an Evaluierung knüpfen;
- Informationen über Maßnahmen standardisieren und sammeln;
- innovative Evaluationsmethoden fördern.

#### **4 Resolution der Horizontalen Arbeitsgruppe Drogen über die Bedeutung von Frühinterventionen**

Die griechische Präsidentschaft, die gerade zu Ende geht, hat sich in der Horizontalen Arbeitsgruppe Drogen des Rates besonders um die Frühintervention bemüht. Die Resolution, die vorgelegt wurde, hat zwar keine Verbindlichkeit, dennoch ist es wichtig, dass das Thema in der Arbeitsgruppe behandelt wurde.

Der Resolutionsentwurf betont u. a. die Bedeutung von

- frühzeitigem Erkennen von Drogenkonsum bei Jugendlichen;
- Frühinterventionen, die sowohl Drogenprobleme, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Kriminalität verhindern können;
- Einbindung von lokalen Akteuren in Prävention, Früherkennung und Frühinterventionen, bevor Abhängigkeit und Schäden entstehen;
- der Bearbeitung von persönlichen und sozialen Risikofaktoren in der Prävention.

#### **5 Universelle, selektive und indizierte Prävention**

Schon 1994 hat das US Institute of Medicine eine neue Klassifikation von

Prävention vorgeschlagen: Universelle, selektive und indizierte Prävention. Es sollte das überholte Konzept von Primär-, Sekundär und Tertiärprävention ersetzen. Wir haben das in Bezug auf Drogenprävention übernommen und benutzen die folgenden Definitionen:

##### **Universelle Prävention**

Richtet sich an die Allgemeinbevölkerung, hauptsächlich in der Schule und auf Gemeindeebene („community prevention“).

##### **Selektive Prävention**

Richtet sich an Gruppen, die speziellen Risiken ausgesetzt sind, z.B.

- psycho-soziale Risiken: gestörte Familienverhältnisse, Stress, Missbrauch;
- demographische Risiken: Geschlecht, Ethnizität, Arbeitslosigkeit, Armut;
- Umweltrisiken: soziale Brennpunkte, Kriminalität.

##### **Indizierte Prävention**

Richtet sich an Personen mit bestimmten Risikomerkmale, z.B.

- Drogenkonsum;
- Schulprobleme;
- ADHD, Sensationssuche;
- Probleme mit der Polizei.

#### **Warum selektive Prävention bei der Prävention in Risikogruppen?**

Selektive Prävention hat eindeutige Vorteile bei der Prävention in Risikogruppen, weil

- eine theoretische Basis vorhanden ist;

- Drogenprobleme, nicht Drogen, im Fokus stehen;
- Risikofaktoren für Missbrauch bzw. Gebrauch nicht gleich sind, persönliche und soziale Merkmale von experimentierenden Jugendlichen und missbrauchenden Jugendlichen unterscheiden sich z. T. erheblich;
- Risikominderung eine Zielsetzung ist, nicht notwendigerweise Risikoreliminierung;
- sie spezifische Bedürfnisse der Zielgruppe berücksichtigt;
- sie Ressourcen bündelt;
- zeit- und kostenintensiver ist, aber
- Ergebnisse sichtbar macht.

### **Selektive Prävention - Zielgruppen**

Aus den theoretischen Überlegungen und in der praktischen Arbeit ergeben sich ziemlich klare Zielgruppen – was nicht heißt, dass es einfach ist, sie zu operationalisieren und sie zu erreichen. Zu nennen sind:

- Schulschwänzer und Schul-drop-outs, die keinen Schulabschluss haben und selten oder gar nicht mehr in der Schule auftauchen;
- jugendliche Straftäter, die wegen Kleindelikte auffällig geworden sind. Dabei muss es sich nicht immer um Drogenkriminalität handeln;
- Risikofamilien, drogen- oder alkoholmissbrauchende Eltern, schwierige Familienverhältnisse;
- ethnische Gruppen, z.B. Arbeitsmigranten, Flüchtlinge, Aussiedler, Asylsuchende;

- Jugendliche in der Partyszene – mit einer etwas anderen Dimension von Risiko.

### **Selektive Prävention – „Settings“**

Wie immer in der Prävention, muss die Zielgruppe dort abgeholt werden, wo sie ist. Das heißt für selektive Prävention, dass Maßnahmen angesiedelt werden

- in der Schule – sofern die Risikogruppe noch dort ist;
- in der Freizeit – in Freizeiteinrichtungen, oder dort, wo Jugendliche herumhängen, mangels Freizeiteinrichtungen, oder weil sie dort herausgeworfen wurden;
- in sozialen Brennpunkten – im Wohnviertel erreicht man die Familien, und wie immer ist es wichtig, sie mit einzubeziehen;
- auf Parties; in Diskos, in der Tanz- und Technoszene, speziell, aber nicht nur, wenn es um synthetische Drogen geht.

### **Selektive Prävention in Europa<sup>1</sup>**

Nach unseren Informationen setzen die europäischen Länder zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte:

- Risikogruppen in der Schule frühzeitig zu erkennen und dort zu intervenieren, wird als Ansatzpunkt aus Frankreich, Österreich und Norwegen, aber auch aus Deutschland und Irland berichtet;
- in Spanien und Portugal hat man spezielle Programme für Jugendliche entwickelt, die schon gar nicht mehr zur Schule kommen;

<sup>1</sup> Informationen stammen, wo nicht anders angegeben, aus den Berichten der REITOX nationalen Knotenpunkte, und EDDRA, beide [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)

- in Finnland, Irland und Großbritannien wendet man sich gezielt an sozial schwache Risikogruppen in sozialen Brennpunkten;
- jugendliche Straftäter sind wichtige Zielgruppen in Schweden und Finnland, in Großbritannien und auch in Deutschland.

### **Risikogruppen in der Schule**

In Deutschland und Österreich ist ganz erfolgreich das Programm „Step by Step“ eingesetzt worden. Es hilft Lehrern, Schüler zu identifizieren, die beginnende Drogenprobleme haben könnten, und sie zu unterstützen, wobei klare Regeln im Schulalltag ein wichtiger Teil ist. In Norwegen gibt es einen ähnlichen Ansatz mit einem Handbuch für Lehrer.

In Frankreich sind Kontaktstellen in Schulen eingerichtet worden, in denen Schülern in den Pausen gezielte Beratung angeboten wird.

Ein Beispiel aus Irland findet sich in unserer Datenbank EDDRA, d.h. es ist ein Projekt, das eine gute Methodenbeschreibung hat und evaluiert ist (Step by Step ist auch in EDDRA).

STAY – St. Aenguns Stay-In School Youth Project – richtet sich an 10-14-Jährige und hat als Ziel, die Jugendlichen in der Schule zu behalten. In Kooperation mit Elternhaus und Stadtteil wird versucht, persönliche und soziale Kompetenzen zu entwickeln, z.B. durch Hausaufgabenhilfe, Computerunterricht, Freizeitangebote und konkrete Drogenprävention. Das Ergebnis ist beeindruckend: 90 % der Zielgruppe nahmen die Angebote

wahr, nach zwei Jahren nahmen die Projektteilnehmer immer noch am Schulunterricht teil, und außerdem bewirkte das Projekt, dass ein lokales Netzwerk sich herausbildete.

### **6 Schulabbrecher**

Programme für Schulabbrecher oder drop-outs haben vor allem Spanien und Portugal eingesetzt. Für Jugendliche, die nicht mehr zur Schule kommen, wurden alternative Lehrpläne und berufsvorbereitende Maßnahmen entwickelt.

### **7 Freizeitangebote und aufsuchende Arbeit**

Viele Angebote der aufsuchenden Arbeit und viele Freizeitangebote sind von der Schule abgekoppelt; es gibt sie überall in Europa. Manchmal werden verschiedene alternative Freizeitangebote als Drogenprävention bezeichnet, ohne dass weder eine klare Zielsetzung noch ein theoretisches und methodisches Konzept dahinter stehen. In Spanien sind einige solche alternative Freizeitangebote evaluiert worden. Es wurde festgestellt, dass sie gern angenommen werden, dass sie aber nicht unbedingt Risikogruppen erreichen und dass die Teilnehmer die präventive Wirkung relativ gering einschätzen. Ganz interessante Ergebnisse einer tschechischen Studie deuten darauf hin, dass Sport nicht als solcher ein protektiver Faktor ist, vielmehr scheint es, als ob mit sportlichen Aktivitäten aufzuhören ein prädiktiver Faktor des Drogenkonsums sein könnte<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> VINGENDER, I. and SIPOS, K. (2001) Social integration deviances drug consumption (with due regard to the potential protective and predictive factors of sports). In: Mészáros, I., (Ed.) Kalokagathia. Review of the Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Budapest: Semmelweis University]

In Finnland und in Irland gibt es Jugendcafés, wo Jugendliche sich in Ruhe mit erwachsenen Bezugspersonen treffen und unterhalten können. Ähnliche Ansätze gibt es sogar in den holländischen Coffee-shops, mit einer Initiative, die Coffee-shop-Besitzer zur Drogenprävention heranzuziehen und auszubilden.

In Griechenland ist aufsuchende Arbeit in der Jugendszene relativ neu, sie war bis vor kurzem sehr therapieorientiert.

In Skandinavien gibt es seit mehreren Jahren in den Städten sogenannte „Nachteulen“- Streifen. Es sind Eltern, die zu mehreren nachts in der Szene unterwegs sind, um Ansprechpartner zu sein oder schon durch ihre Anwesenheit beruhigend auf Drogenkonsum, Gewalt und Kriminalität zu wirken.

Ein Beispiel aus EDDRA ist das Projekt „Der Wagen“ aus Österreich. Eine Gruppe Jugendlicher mit problematischem Alkohol- und Drogenkonsum trafen sich am Bahnhof Möglingen; es gab Beschwerden in der Nachbarschaft und häufig Querelen. Ein niedrigschwelliges Angebot wurde eingerichtet, „der Wagen“, wo die Jugendlichen sich aufhalten und auf den Zug warten konnten. 50 Jugendliche nahmen täglich das Angebot an, was einer maximalen Ausnutzung der Kapazität von Raum und Personal entsprach. Das Ergebnis war, dass weniger gegen Regeln verstoßen wurde, dass mehr miteinander kommuniziert wurde, insbesondere zwischen Ausländern und Österreichern, und es weniger Streit gab.

## **8 Jugendliche Straftäter**

In Europa ist man sich weitgehend einig, dass Gefängnisstrafen nicht geeignet sind, Drogenkonsumenten

vom Drogenkonsum abzuhalten. Vor allem ist man um Jugendliche besorgt; es gilt, sowohl weiterem Drogenkonsum, wie auch Kriminalität vorzubeugen. Das ist auch die Zielsetzung von FreD in Deutschland.

In Portugal ist seit 2001 der Besitz von Drogen zum Eigenkonsum straffrei. Es sind örtliche „Kommissionen zur Abmahnung“ eingerichtet worden unter Beteiligung von Drogeneinrichtungen und der Justiz. Sie entscheiden über Maßnahmen für Personen, bei denen kleine Mengen Drogen gefunden wurden. Die meisten Erfassten sind männlich, zwischen 16 und 34 Jahre alt und haben niedrige Schulbildung. Etwa ein Drittel wird in Behandlung überwiesen, bei zwei Dritteln werden keine weiteren Maßnahmen unternommen. Im Gegensatz zu FreD sind also keine konkrete „Zwischenlösungen“ zwischen Therapie und einfacher Warnung vorgesehen oder vorhanden. Die Rückfallquote innerhalb eines halben Jahres beträgt 4 %.

In Schweden arbeitet die Polizei eng mit den Sozialdiensten zusammen, wenn sie Jugendliche mit Drogen aufgegriffen hat. Wie in Finnland hat die Polizei auch dort eine wichtige Rolle in der Drogenprävention und Früherkennung.

Schließlich sind in Großbritannien schon lange Youth Offending Teams (YOTs) etabliert, die mit verschiedenen schulischen, berufsvorbereitenden und Freizeitangeboten versuchen, Jugendliche vor Rückfällen in Drogenkonsum oder Kriminalität zu bewahren.

## **9 Soziale Brennpunkte**

In Irland und Großbritannien werden nach bestimmten Kriterien soziale

Brennpunkte definiert, die Fördermittel für gemeindenahe Projekte zur Jugendarbeit, einschließlich Suchtprävention, erhalten.

In Irland gibt es solche örtlichen Arbeitsgemeinschaften, local drug task forces, in vielen Vierteln in Dublin, aber inzwischen auch in anderen Städten, die Gelder durch einen speziellen Fond erhalten.

In Großbritannien werden auch viele Projektmittel in soziale Brennpunkte investiert, z.B. in das Positive Futures-Programm, das mit Freizeit- und Sportangeboten in 57 sozialen Brennpunkten Kriminalität und Schulschwänzen reduzieren und dabei einen stärkeren gemeinschaftlichen Zusammenhalt bewirken konnte. Ein anderes Programm, Health Action Zones, hat 130 Querschnittsprojekte initiiert, die durch eine bedürfnisorientierte Gesundheits- und Sozialfürsorge besonders anfällige Jugendliche fachübergreifend unterstützen sollen.

Ein Beispiel aus EDDRA ist das AZZARI-Projekt aus den Niederlanden, das sich an marokkanische Jugendliche und ihre Familien richtet. Zusammen mit marokkanischen Organisationen wurden Diskussionsveranstaltungen organisiert, in denen über die holländische Gesellschaft und über Drogen und Kriminalität gesprochen wurde. Das Ziel war, ein Tabu-Thema zu öffnen. Interessant war, dass insbesondere Mütter erreicht wurden, was sonst kaum möglich gewesen war. Die Evaluierung ergab, dass die Eltern sich besser informiert fühlten und dass 80 % meinten, dass man über

Drogen und Kriminalität in der Familie sprechen sollte, gegenüber 47 % in der Kontrollgruppe.

## 10 Tanzszene

Haben die bisherigen Beispiele vor allem sozial schwache Jugendliche im Fokus gehabt, ist selektive Prävention in der Tanzszene etwas anders konzipiert. Hier geht es darum, in einem Setting, in dem viele Drogen genommen werden, gezielt gegen Drogenkonsum oder gegen riskanten Drogenkonsum etwas zu unternehmen.

Alle Länder haben inzwischen offizielle oder halboffizielle Websites mit Informationen, insbesondere über Partydrogen. Eine ganz neue europäische Studie hat bei 700 Jugendlichen, zur Hälfte Drogenkonsumenten und Nicht-Konsumenten, in der Tanzszene untersucht, welche Information sie für glaubwürdig halten<sup>3</sup>. Es stellte sich heraus, dass drogenkonsumierende Freunde die glaubwürdigste und wichtigste Informationsquelle ist. Informationsblätter und persönliche Beratung in der Szene war weniger wichtig, aber glaubwürdig. Dagegen wurden Jugendzeitschriften und Internet weder als wichtig noch als glaubwürdig eingestuft. Allerdings wurden interaktive Internet chat-rooms oder direkte Beratung im Internet wieder als glaubwürdig erachtet.

Bei Veranstaltungen selbst bieten Drogeneinrichtungen in vielen Ländern Beratung an, in der Regel in chill-outs oder Ruheräumen. In Luxemburg gibt es aber keine rechtliche Möglichkeit für Drogeneinrichtungen, solche An-

<sup>3</sup> BENSCHOP, A.; RABES, M.; KORF, D.J. (2002) Pill Testing, Ecstasy and Prevention – A scientific Evaluation in three European cities - Amsterdam 2002



gebote zu machen. In einigen Ländern wird auch erste Hilfe angeboten; aber in Frankreich hat es Kontroversen darüber gegeben, dass Ärzte erste Hilfe an illegalen Raves leisteten.

Eine andere Möglichkeit hat die „Rave-Kommission“ in Stockholm, wo junge Polizisten, die direkt in der Tanzszene intervenieren, und z.B. Urinuntersuchungen veranlassen können. Jugendliche, bei denen Drogenkonsum festgestellt wurde, werden an den Sozialdienst übergeben.

## 11 Pill Testing

Angebote, Pillen direkt bei Veranstaltungen auf ihre Wirkstoffe zu untersuchen, werden in vielen Ländern sehr kontrovers diskutiert. Die EMCDDA hat eine Übersicht vorgelegt<sup>4</sup> und die Europäische Kommission hat eine Untersuchung über solche Projekte in drei Ländern finanziert<sup>5</sup>, um Vor- und Nachteile zu überprüfen.

Inzwischen gibt es solche Programme, die bei Veranstaltungen Pillen testen in Deutschland, Spanien, Frankreich, Holland, und Österreich, immer in Verbindung mit Beratung. In Österreich und Spanien scheint Pill-Testing bei Veranstaltungen eher zuzunehmen, während in den Niederlanden, die damit die ersten waren, inzwischen nur noch im Labor getestet wird, weil sich herausgestellt hat, dass die Schnelltests (Marquis Reagenz) nicht ausreichen und eine Scheinsicherheit vermitteln.

Die Studien weisen darauf hin, dass Projekte, die Pillenuntersuchungen und Beratung anbieten, erfolgreich

junge Leute erreichen, die zwar Drogen nehmen, aber sich selber nicht als Drogenkonsumenten identifizieren und somit nicht eine herkömmliche Drogenberatung aufsuchen würden. Es gibt auch keine Hinweise, dass solche Projekte kontraproduktiv in Bezug auf abstinenz-orientierte Prävention wären.

## 12 Evaluierung

Wie in anderen Bereichen der Drogenprävention auch, sind Evaluationsergebnisse Mangelware. Nur einige wenige der Projekte und Programme, die vorgestellt worden sind, können ihre Wirksamkeit nachweisen. Es ist schon verwunderlich, wieviel Geld in die Prävention gesteckt wird, ohne dass genügend in Auswertung und Forschung über effektive Ansätze und Methoden investiert wird.

Evaluation ist zwar nicht einfach, aber sie ist langfristig notwendig.

Die EMCDDA hat schon 1998 Richtlinien zur Evaluierung von Prävention herausgegeben; sie sind auch auf Deutsch auf der Homepage zum Herunterladen erhältlich. Die Richtlinien sind allgemeingültig, aber vielleicht eher für universelle Prävention.

Weil selektive Prävention und aufsuchende Arbeit teilweise andere Methoden benötigen, hat die EMCDDA 2001 auch Richtlinien zur Evaluation von aufsuchender Jugend- und Drogenarbeit herausgegeben. Die „Guidelines for the Evaluation of Outreach Work“ sind sowohl gedruckt als Handbuch<sup>6</sup> wie auch auf der Homepage erhältlich, allerdings leider nur in englischer Sprache.

<sup>4</sup> [http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project\\_reports/responses/pill\\_testing\\_report.pdf](http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf)

<sup>5</sup> BENSCHOP, A., et al. a.a.O.

Sie b

- Zu  
zip  
su  
ru  
Vo  
es  
ni
- D  
Ev  
lu  
Ev
- M  
sc  
ur  
zu

Einig

www

www

www

www

<sup>6</sup> EMC  
ce f

Präv

Sie behandeln in drei Teilen

- Zugänge zur Evaluation, d.h. Prinzipien der Evaluation, wo bei aufsuchender Arbeit Selbstevaluierung und Prozessevaluierung oft in Vordergrund stehen wird, aber wo es trotzdem wichtig ist, die Ziele nicht zu vergessen.
- Durchführung der Evaluation: die Evaluierung der Planung, die Evaluierung der Durchführung und die Evaluierung der Ergebnisse.
- Methoden der Evaluation: Praktische Hinweise zur Datenerhebung und Datenanalyse und nicht zuletzt zur Nutzung der Ergebnisse.

**Einige weiterführende Websites:**

[www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)

[www.drug-prevention.de/](http://www.drug-prevention.de/)

[www.clubhealth.org.uk/](http://www.clubhealth.org.uk/)

[www.doh.gov.uk/drugs/](http://www.doh.gov.uk/drugs/)

---

<sup>6</sup> EMCDDA, Guidelines for the Evaluation of Outreach Work. A Manual for Outreach Practitioners, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2001

# *Sekundärprävention, selektive Prävention, indizierte Prävention: (Wem) Hilft diese Differenzierung?*

**Bettina Schmidt**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Köln

## 1 Einführung

Das Referat hat den Gegenstand, die im nationalen und internationalen Feld gebräuchlichen Begriffe zur Suchtprävention zu sichten, zu sortieren und hinsichtlich der Nützlichkeit zu bewerten. Der Beitrag ist in vier Abschnitte gegliedert: Während im ersten Teil die unterschiedlichen Begriffe, die gegenwärtig zur Anwendung kommen, definiert werden, wird der zweite Teil eine Übersicht über die Verwendungsformen im nationalen und internationalen Feld liefern. Der dritte Teil erörtert Chancen und Risiken einer solchen Begriffsvielfalt und begrifflichen Differenzierung. Im vierten Teil werden vor dem Hintergrund internationaler Praxisbeispiele Vorschläge für den künftigen Umgang mit den verfügbaren Begriffen innerhalb der Suchtprävention gemacht.

### 1. Zu den unterschiedlichen Begriffen und ihren Definitionsweisen

Sowohl für die Begriffe der primären, sekundären und tertiären Prävention als auch für die der universalen, selektiven und indizierten Prävention wurden von den Fachgesellschaften eindeutige Definitionsvorschläge gemacht. Allerdings zeigt die genauere Betrachtung des Begriffs z.B. der sekundären Suchtprävention, dass hierüber kein einheitliches Verständnis bei unterschiedlichen Akteuren besteht.

### 2. Die Verwendung der Begriffe in der nationalen und internationalen Diskussion

Die Analyse verschiedener Datenbanken im Hinblick auf die Verwendung der unterschiedlichen Begriffe zeigt, dass deutsche Begriffe in den ge-

sundheitsrelevanten Zeitschriften-Datenbanken kaum zur Anwendung kommen. Für die internationalen Begriffe ‚Primary‘, ‚Secondary‘, ‚Tertiary Prevention‘ ist erkennbar, dass sie im suchtspezifischen Arbeitsbereich selten – sondern statt dessen vor allem innerhalb der klassischen medizinischen Fachdisziplinen – zur Anwendung kommen. Die Begriffe ‚Universal‘, ‚Selective‘ und ‚Indicated Prevention‘ gehören weder in der suchtspezifischen noch in der somatischen Fachdebatte zu den gebräuchlichen Schlagworten. In der Suchtprävention kommen vor allem der Begriff ‚Prevention‘ sowie eine nähere Klassifizierung in Form der ‚Substance Prevention‘ und ‚Drug Prevention‘ zur Anwendung. ‚Harm reduction‘ wird vorwiegend im Zusammenhang mit therapeutischen Verfahren (Spritzentausch, Methadonsubstitution) etc. verwendet.

Es zeigt sich also, dass keine einheitliche Verwendung der Begriffe im nationalen und internationalen Arbeitsfeld der Suchtprävention und Suchttherapie stattfindet, sondern verschiedene Begriffe für vergleichbare Ansätze und identische Begriffe für unterschiedliche Ansätze verwendet werden. Um unmissverständlich kommunizieren zu können, schlage ich vor, im Rahmen der heutigen Auseinandersetzung unter sekundärer Suchtprävention solche Maßnahmen zu verstehen, die frühzeitig angelegt sind, sich an konsumerfahrene junge Menschen richten und sich vorwiegend mit schadensminimierenden Ansätzen der Prävention befassen. (Dieser Vorschlag basiert weniger auf allgemeingültigem Fachwissen, sondern dient dazu, über eine solche Arbeitsdefinition innovative Produktivitätsreserven freizusetzen; denn bisher sind derartig definierte

Präventions-Ansätze noch sehr randständig entwickelt und evaluiert).

### **3. Möglichkeiten und Grenzen der existierenden Begriffsvielfalt und -differenzierung**

Es liegt auf der Hand, dass eine detaillierte Differenzierung von Prävention in verschiedene Unterbereiche ein hilfreiches Instrument darstellt, um die Komplexität eines umfassenden Konstrukts, wie der Suchtprävention, zu reduzieren. Reduzierte Komplexität ermöglicht eine eindeutige Kommunikation und einheitliche Verständigung über das Thema und es erhöht durch die damit in der Regel einhergehenden Spezialisierungen die arbeitsteilige und passgenaue Leistungserbringung. Allerdings sind die Nachteile, die unter dem Begriff der Schnittstellenproblematik diskutiert werden, ebenfalls hinlänglich bekannt. Zu nennen sind hier beispielsweise die Gefahren der Unter-, Über- und Fehlversorgung, der Konkurrenz um Ressourcen sowie der hohe Koordinationsaufwand.

### **4. Ausgewählte Praxisbeispiele aus Deutschland, Europa, USA und Kanada**

Unbehelligt von begrifflichen Definitions-Auseinandersetzungen hat sich die Praxis entwickelt. Sowohl im nationalen als auch im internationalen Präventionssektor existieren Präventionsmaßnahmen, die sich frühzeitig an konsumierende junge Frauen und Männer richten und das Ziel verfolgen, mit schadensminimierenden Strategien Drogenmissbrauch und Sucht zu verhindern. Recht weit verbreitet in Deutschland und auch in vielen anderen Ländern sind die Szene-nahen Partyprojekte, die darauf abzielen, vor Ort

in Clubs oder Bars, Konsumenten zu einem möglichst schadlosen Drogenkonsum zu befähigen. In den angloamerikanischen Ländern gibt es darüber hinaus bereits multidimensionale Präventionsprogramme, die darauf angelegt sind, Schüler/innen und Lehrkräfte zu einem kompetenten Umgang mit legalen und illegalen Drogen bzw. zu einem kompetenten Umgang mit Konsumenten zu befähigen. Unter dem Label z.B. des „Harm reduction education“ werden hier, jenseits aller begrifflichen Definitionszwänge und Differenzierungsdogmen, pragmatische Ansätze zur Prävention angewendet, die darauf ausgerichtet sind, Substanzmissbrauch und nicht -gebrauch zu verhindern.

*Ausrichtung polizeilicher Drogen-  
prävention - Beiträge - Bindeglied  
zwischen Repression und Drogenhilfe  
- Evaluation*

**Kriminaloberrätin Irmgard Baumhus**

Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen  
Leiterin des Dezernates „Vorbeugung“

## 1 Grundsätzliches

Polizeiliche Kriminalprävention ist prinzipiell Aufgabe der Länderpolizeien. Die gesetzliche Zuständigkeit zur Gefahrenabwehr und damit der Auftrag zur Kriminalprävention ergibt sich aus den Polizeigesetzen der Länder. Gleichwohl besteht eine länderübergreifende Zusammenarbeit und die Grundsatzangelegenheiten der polizeilichen Kriminalprävention werden auf Bundesebene in unterschiedlichen Gremien abgestimmt. Dadurch ist sichergestellt, dass eine sachgerechte Harmonisierung der Aufgabenstellung erfolgt, ohne die Länderhoheit anzutasten.

Anfang der 90er Jahre etablierte sich innerhalb der polizeilichen Kriminalprävention auch die Sucht- und Drogenprävention. Die Abgrenzung einer rollenscharfen Aufgabenwahrnehmung zwischen Polizei und anderen Verantwortungsträgern in diesem Bereich war nicht immer einfach. Zweifelsfrei und unproblematisch war und ist das Mitwirken der Polizei bei der Zielgruppe der Multiplikatoren und Bezugspersonen.

Demgegenüber war das Mitwirken der Polizei bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen verschiedentlich spannungsgeladen. Immer dort, wo kaum noch der Unterschied zwischen Polizei und Sozialpädagogik erkennbar war, traten Probleme zwischen diesen Professionen auf.

Im Jahre 1995 beauftragte das Bundeskriminalamt Prof. Dr. Dölling, Direktor des Instituts für Kriminologie der Universität Heidelberg, mit einem Forschungsprojekt, in dem die Beteiligung der Polizei an der Sucht- und Drogenprävention geklärt werden sollte.

Nach einer Bestandsaufnahme der polizeilichen Aktivitäten in Deutschland und im europäischen Nahraum, sowie einem intensiven Meinungsaustausch mit Experten der Suchtprophylaxe und der Polizei, wurde die Rolle der Polizei, wie folgt definiert:

„Die Polizei gehört nicht zu den vorrangigen Trägern der Sucht- und Drogenprävention. Die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung junger Menschen ist keine Aufgabe der Polizei. Sie kann aber einen Beitrag leisten. Die Zuständigkeit ergibt sich aus der Aufgabenzuweisung der Polizeigesetze der Länder zur Gefahrenabwehr. Die Polizei kann die primären Träger bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützen. Sie hat ihnen die Erkenntnisse aus ihrem kriminalistisch-kriminologischen Erfahrungswissen zur Verfügung zu stellen.“

Prof. Dr. Dölling kommt in seinem Gutachten auch zu dem Schluss, dass die Polizei einen unmittelbaren Beitrag zur Sucht- und Drogenprävention leisten kann und leisten sollte. Die Polizei kann daran mitwirken, jungen Menschen die Gründe für den Drogenkonsum, die Verstrickungssituationen, die Funktionen und Wirkungen von Drogen, die Entstehungsbedingungen, den Verlauf und die Folgen von Drogenabhängigkeit, sowie die rechtlichen Konsequenzen zu verdeutlichen.

Die These, dass die Polizei auch daran mitwirken sollte, die Widerstandsfähigkeit junger Menschen gegen Drogen zu stärken, indem ihnen Verhaltenstechniken vermittelt werden, teile ich nur dann, wenn sich der polizeiliche Part dabei auf die Vermittlung polizeilichen Erfahrungswissens beschränkt. Die Polizei erhält durch ihre alltägliche Arbeit im Umgang mit Kon-

fliksituationen eine Seismographenfunktion, und ihr kommt dadurch eine Frühwarnfunktion nicht nur für die Kriminalitätsentwicklung, sondern auch für gesellschaftliche Veränderungen zu. Das Einüben von Verhaltenstechniken und die Interaktion mit Kindern und Jugendlichen ist nach meiner Auffassung aber eindeutig Aufgabe der Pädagogik.

Einen weiteren Orientierungsrahmen geben die im Jahr 1998 bundesweit verabschiedeten „Leitlinien Polizeiliche Kriminalprävention“, in denen die durch die Polizei eigenständig wahrzunehmenden Präventionsaufgaben beschrieben werden.

Dazu gehören insbesondere die Erstellung von Kriminalitätslagebildern, die lageangepasste Präsenz, die sicherungstechnische und die verhaltenensorientierte Beratung, die präventive Öffentlichkeitsarbeit sowie die Umsetzung bundesweiter Schwerpunktprogramme.

Diese Aufgaben sind im wesentlichen auf die Reduzierung von Tatgelegenheiten ausgerichtet. Sie können Kriminalität verhindern und in ihren Folgen gering halten, jedoch nicht tieferliegende Ursachen von individuellen und gesellschaftlichen Defiziten beseitigen. Auf Bereiche wie Erziehung, Wohnsituation, örtliche Infrastruktur und Freizeitverhalten kann die Polizei allenfalls mittelbar Einfluss nehmen.

Die Leitlinien stellen weitergehend klar, dass die Mitwirkung an übergreifenden Präventionsmaßnahmen für die Polizei nicht die Übernahme kriminalpräventiver Aufgaben anderer Verantwortungsträger bedeutet, sondern die Pflicht, andere Verantwortliche aktiv auf kriminalitätsrelevante Probleme hinzuweisen, die zur Problemlösung

benötigten Informationen bereitzustellen und auf gemeinsame Präventionsmaßnahmen hinzuwirken.

Der mit diesen Leitlinien vorgegebene Rahmen bietet den Länderpolizeien noch genügend Handlungsspielraum in der Ausgestaltung ihrer Präventionsmaßnahmen, den sie auch nutzen. Daher gestaltet sich die Sucht- und Drogenprävention in den Bundesländern auch weiterhin unterschiedlich.

In Nordrhein-Westfalen orientiert sich die Ausrichtung polizeilicher Maßnahmen der Sucht- und Drogenprävention maßgeblich an dem von der Landesregierung herausgegebenen „Landesprogramm gegen Sucht“, in dem die Bekämpfung der Sucht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert wird. Die Polizei leistet mittlerweile im Rahmen des ursachenorientierten ganzheitlichen Präventionsansatzes einen bedeutenden Beitrag durch die Mitwirkung in regionalen und überregionalen Gremien, durch Initiierung oder Beteiligung an gemeinschaftlichen Projekten, sowie durch die Entwicklung eigener Präventionsmaßnahmen.

Bereits 1993 wurden in allen 50 Kreispolizeibehörden Kommissariate „Vorbeugung mit Sachraten Sucht- und Drogenprävention“ eingerichtet. Den mit dieser Aufgabe betrauten Beamtinnen und Beamten obliegt aufgrund ihres kriminologischen und kriminalistischen Fachwissens in der Primärprävention die stoffkundliche und rechtliche Informationsvermittlung gegenüber Multiplikatoren wie Lehrern, Erziehern und auch Eltern. Dazu gehört insbesondere die Vermittlung sachorientierter Stoffkunde ohne Abschreckung und Verharmlosung, aber mit dem Ziel der Entmythologisierung,



die Erläuterung der suchtspezifischen Folgen der verschiedenen Drogen, die Weitergabe kriminologischer Informationen zu jugendtypischen Neugierde-, Prober und Trotzverhalten, die Darstellung kriminalistischer und strafrechtlicher Aspekte des Drogenkonsums, sowie die Verdeutlichung der Rolle der Polizei und deren rechtliche Stellung. Wichtiger Beitrag dabei ist auch die Hervorhebung der Vorbildfunktion der Eltern und anderer Bezugspersonen im Umgang mit legalen Drogen und der Hinweis auf weitere Hilfsangebote.

Bei Kindern und Jugendlichen leistet die Polizei in der Primärprävention ihren Beitrag grundsätzlich nur in Zusammenarbeit bzw. Absprache mit den pädagogisch ausgebildeten Fachkräften der Prophylaxefachstellen. Hierbei vermittelte Inhalte sind insbesondere die Verdeutlichung der Gründe für Drogenkonsum, die Informationen über Verlauf und Folgen der Drogenabhängigkeit, die Darlegung der rechtlichen Konsequenzen, sowie die Sensibilisierung für Verstrickungssituationen.

Das Informationsangebot der Polizei sollte nicht für sich allein stehen, sondern immer mit Maßnahmen anderer Verantwortungsträger verbunden sein, zum Beispiel durch die Einbindung in Suchtworkshops oder Projektstage.

Das Dezernat Vorbeugung des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen nimmt für den Bereich der Kriminalprävention im Land die Zentralstellenfunktion wahr. Im Dezernat Vorbeugung werden präventionsrelevante Informationen gesammelt, ausgewertet und den Kreispolizeibehörden aufbereitet als Grundlage für die Ausgestaltung eigener Präventionsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Daneben bietet das Landeskriminalamt auch Projekte für die Kreispolizeibehörden an.

Ein Projekt, das sicherlich einigen unter Ihnen bekannt ist, ist die Anti-Drogen-Disco.

Es gibt wohl kaum eine Präventionsaktion aus den Reihen der Polizei, die sowohl intern als auch extern sehr intensiv und teilweise auch konträr diskutiert wurde.

Die Anti-Drogen-Disco ist keine unmittelbare Maßnahme der Sucht- und Drogenprävention mit dem Ziel, Verhalten zu beeinflussen. Sie ist in weiten Teilen der präventiven Öffentlichkeitsarbeit zuzuordnen. Präventive Öffentlichkeitsarbeit ist nach meinem Dafürhalten ein wichtiger Beitrag zu einer akzeptierten Sucht- und Drogenprävention.

Primäres Ziel der Anti-Drogen-Disco ist die Schaffung einer Öffentlichkeitsplattform für regionale Präventions-, Beratungs- und Freizeitangebote. Örtliche Institutionen und Vereine haben im Rahmen der Veranstaltung die Möglichkeit, ihren Bekanntheitsgrad bei den Jugendlichen der Stadt zu steigern, untereinander Kontakte herzustellen oder gemeinsame Projekte zu initiieren. Ein in der Eingangshalle des jeweiligen Veranstaltungsortes stattfindender „Markt der Möglichkeiten“ garantiert die erforderliche Aufmerksamkeit seitens der jugendlichen Besucher.

Unter dem Motto „Zoff dem Stoff“ wird darüber hinaus während der eigentlichen Disco durch einen Wechsel von Musik, Tanz und Information die präventive Ansprache junger Menschen - Zielgruppe sind 11 bis 14-Jährige - erleichtert. Die Schülerinnen und Schüler sollen zur Teilnahme an regionalen Erlebnis- und Freizeitalternativen motiviert und ihre Bereitschaft zur Information und kritischen Auseinandersetzung mit der Suchtproblema-

tik gefördert werden. Auch die Präsentation von Hilfsangeboten nimmt einen hohen Stellenwert ein.

Seit April 1990 bis heute wurden insgesamt 123 Veranstaltungen mit ca. 260.000 jugendlichen Besuchern durchgeführt. Der Erlös aus den Eintrittsgeldern in Höhe von ca. 400.000 € kam über die jeweiligen Veranstalter örtlichen Organisationen zur Förderung der Jugendarbeit und der Suchtvorbeugung zugute.

Die Planung und Organisation der Anti-Drogen-Disco erfolgt immer in Abstimmung mit anderen Verantwortungsträgern und ergänzt deren Präventionsprogramme.

Insgesamt gesehen stellt dieser Disco-Abend den „krönenden“ Abschluss für die vorangegangene intensive Auseinandersetzung der Schülerinnen und Schüler mit der Sucht- und Drogenproblematik während Projekttagen oder Suchtweeks dar.

Zwischenzeitlich ist in der Sucht- und Drogenprävention die Bedeutung einer frühestmöglichen Intervention bei gefährdeten Personen, möglichst also noch zum Zeitpunkt des Gebrauchs- oder Missbrauchsverhaltens, allgemein anerkannt.

Schadensminimierende Ansätze treten verstärkt in den Vordergrund. Kinder und Jugendliche sollen befähigt werden, mit ihrem eigenen Risikoverhalten konstruktiv umzugehen. Ziel ist es, bei ihnen einen verantwortlichen Umgang mit Drogen jeglicher Art zu erreichen; Stichwort „Risikokompetenz“.

Diese Ausrichtung stellt für die Polizei als Strafverfolgungsbehörde ein Problem dar, da entsprechende Maßnahmen zwangsläufig den direkten Kontakt mit den Konsumenten beinhalten.

Unproblematisch sind eigene Beiträge der Polizei, solange es sich um Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit dem Konsum legaler Drogen handelt. Da auch die Polizeiliche Kriminalstatistik belegt, dass Alkohol ein kriminalitätsbegünstigender Faktor ist, wird von fast allen Kreispolizeibehörden die durch mein Dezernat zur Verfügung gestellte Präventionskampagne „Alkohol – Irgendwann ist der Spaß vorbei“ eingesetzt. Die Gestaltung der Kampagne ist so angelegt, dass der Zielgruppe der 12 bis 21-Jährigen auf Plakaten und Postkarten in jugendgerechter Sprache der Unterschied zwischen maßvollem und missbräuchlichem Konsum vor Augen geführt wird. Witzige Texte in Verbindung mit ansprechenden Bildmotiven garantieren eine hohe Aufmerksamkeit und bieten einen großen Diskussionsanreiz.

Die Kampagne wurde für die Nutzung durch polizeiliche und schulische Veranstalter konzipiert. Es besteht die Möglichkeit, mit den sogenannten „Boys- und Girls- Cards“ kleinere Ideenwettbewerbe durchzuführen. Die Jugendlichen haben dabei die Gelegenheit, sich eigene Texte auszudenken und in die vorhandenen Leerfelder einzutragen. Im Anschluss können dann die besten Ideen prämiert oder auch einzelne Texte als Diskussions Einstieg genutzt werden.

Insgesamt hat die Kampagne zum Ziel, den bestehenden Konsum zu reduzieren bzw. möglichst risikoarm zu gestalten. Die Risiken missbräuchlichen Konsums sollen bewusst gemacht und der eigenverantwortliche Umgang mit alkoholischen Getränken gefördert werden.

Ein unmittelbarer polizeilicher Beitrag zur Konsumbegleitung bei **illegalen Drogen** ist hingegen rechtlich und tat-

sächlich nicht möglich, da das Legalitätsprinzip die Polizeibeamtinnen und -beamten zwingt, bereits bei dem Verdacht einer Straftat einzuschreiten.

Gleichwohl beteiligt sich die Polizei auch hier im Rahmen der Netzwerkarbeit. Ihr kommt häufig eine Initialfunktion zu, indem sie ihre Kenntnisse aus dem repressiven Umgang mit Drogenkonsumenten und -händlern in Arbeitskreise und Projektgruppen einbringt.

Vor Ort hat sich zur Lösung konkreter Problemstellungen im Zusammenhang mit Konsumenten illegaler Drogen die Zusammenarbeit in Ordnungspartnerschaften bewährt. Dabei ist es zwingend erforderlich, dass allen die Zielsetzungen, Aufgaben und Vorgehensweisen der beteiligten Institutionen transparent sind und verbindliche Kooperationsabsprachen und -vereinbarungen getroffen werden. Beispiele für diese Kooperationsform lassen sich im Sucht- und Drogenbereich insbesondere in den Städten Nordrhein-Westfalens finden, wo Maßnahmen zur Bekämpfung offener Drogenszenen ergriffen oder Drogenkonsumräume eingerichtet wurden.

Nur mit einem einheitlichen Grundverständnis zur Vorgehensweise bei der Problembewältigung lassen sich Konflikte vermeiden und damit ein für alle zufriedenstellendes Ergebnis erzielen.

Abschließend zu diesem Themenkomplex möchte ich aber nochmals erwähnen, dass - losgelöst von dem bestehenden Spannungsfeld - die Polizei selbstverständlich bereit ist, bei der Vermittlung von Hilfsangeboten zu unterstützen. Gerade der erste Kontakte eines Drogenkonsumenten mit der Polizei bietet gute Möglichkeiten, auf die Angebote der Drogenhilfe

hinzuweisen. Eine entsprechende Beteiligung fordert ja das Modellprojekt FreD, das wir sehr begrüßen. Sollte das Projekt flächendeckender auch in Nordrhein-Westfalen umgesetzt werden, wird die Polizei diese Bindegliedfunktion gerne wahrnehmen.

## **2 Polizeiliche Präventionsarbeit und Evaluation**

In NRW befassen sich zwischenzeitlich ca. 700 Beamtinnen und Beamte mit den Aufgaben der Polizeilichen Kriminalprävention und der Verkehrsunfallprävention.

Im Haushalt des Landes Nordrhein-Westfalen sind im Innenressort dafür ca. 800.000.- € pro Jahr eingestellt.

Angesichts dieses Ressourceneinsatzes muss die Frage zulässig sein, ob die polizeiliche Kriminalprävention auch entsprechend erfolgreich ist?

Präventionsprojekte müssen stärker unter dem Gesichtspunkt der Wirkung betrachtet werden.

Bisher wurden Präventionsmaßnahmen, auch die der Polizei, häufig allein mit der Zuversicht durchgeführt, etwas Positives bewirken zu wollen. Das Dilemma dabei war: Je stärker Präventionsmaßnahmen das menschliche Verhalten verändern sollten, umso ungenauer wurde die Vorstellung, was denn letztlich diese Maßnahmen konkret bewirken könnte.

Zahlreiche Präventionsmaßnahmen der Kreispolizeibehörden des Landes NRW, die, wie ich oben dargestellt habe, in der Regel in Kooperation mit anderen Verantwortungsträgern durchgeführt werden, belegen, mit welchem hohem Engagement und Aufwand polizeiliche Kriminalprävention betrieben wird.

Zuweilen verwischen sich hierbei jedoch die Grenzen zwischen polizeilicher Kriminalprävention und Öffentlichkeitsarbeit.

Häufig wird in den Projektbeschreibungen das Ziel „Sensibilisieren oder Aufklären der Zielgruppe“ formuliert. Im Anschluss wird das Erreichen dieses Zieles attestiert, ohne dafür tatsächlich den Nachweis erbringen zu können. „Wer sensibilisiert oder aufgeklärt ist, verhält sich anders“ ist die Leitidee vieler Projekte. Ist dieser Rückschluss aber tatsächlich zulässig?

Auch die Häufigkeit der Nachfrage nach einem polizeilichen Präventionsangebot wird oft als Maßstab für den Erfolg einer Maßnahme gewertet. Je größer die Nachfrage, desto erfolgreicher wird die Maßnahme bewertet. Aber bewirkt die Aufklärung über richtige Verhaltensweisen bei der Zielgruppe tatsächlich eine Verhaltensänderung?

Auf diese Frage können wir bislang nur selten eine gesicherte Antwort geben, da eine standardisierte, strukturierte Projektplanung, -durchführung und -evaluation für die polizeiliche Kriminalprävention bisher grundsätzlich nicht vorgesehen war. Nur wenige polizeiliche Präventionsprojekte sind bisher über Kooperationen mit Universitäten oder wissenschaftlichen Instituten evaluiert worden.

Erfolgreich evaluierte Projekte gewährleisten ein hohes Maß an Qualität, besser ein hohes Maß an nachweisbarer Qualität.

Ich weiß, dass die Polizei im Hinblick auf die Evaluation eigener Präventionsprojekte noch „in den Kinderschuhen steckt“. Aber schon aufgrund des eigenen Anspruchs an eine moderne und leistungsstarke Polizei,

die in Zeiten knapper Ressourcen diesen Anforderungen schon bei der Projektplanung, aber erstrecht bei der Projektdurchführung Rechnung trägt, müssen wir uns intensiv mit der Thematik der Qualitätssicherung und damit der Evaluation befassen.

Wie hat sich die Polizei in NRW der Thematik genähert?

Bereits im Jahr 2000 hat eine polizeiinterne Landesarbeitsgruppe mit wissenschaftlicher Unterstützung allgemeingültige Standards zur Planung, Durchführung und Controlling polizeilicher Präventionsprojekte erarbeitet.

Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe wurde zur Basis des Handbuchs „Qualitätssicherung polizeilicher Präventionsprojekte – Eine Arbeitshilfe für die Evaluation“, das vom Programm Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes in diesem Monat herausgegeben wurde. Damit bestehen nun bundesweite Standards, auf deren Grundlage Präventionsmaßnahmen so angelegt werden können, dass eine qualitätssichernde Prüfung ihrer Planung, Realisierung und Wirkungen möglich ist. Die Arbeitshilfe wird allen mit Aufgaben der Kriminalprävention und Verkehrsunfallprävention befassten Polizeidienststellen, sowie dem polizeilichen Aus- und Fortbildungsbereich, zur Verfügung gestellt.

Die Arbeitshilfe soll die Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten vor allem mit dem Kapitel „Arbeitsschritte zur Evaluation“ bei der Konzeption und Umsetzung von Präventionskonzepten unterstützen. Die Beachtung der Arbeitsschritte ermöglicht, ein Projekt systematisch zu konzipieren, es konsequent an einem definierten Projektziel auszurichten und seine Wirkung

nach Gesichtspunkten der Evaluation überprüfbar zu machen.

In Verbindung mit einem breitgefächerten Fortbildungsangebot sollen die Präventionsakteure der Polizei durch die Arbeitshilfe in erster Linie „Konzeptionskompetenz“ erhalten.

Evaluation wird häufig ausschließlich mit Wirkungsevaluation gleichgesetzt, also mit der Frage, was konkret ein Projekt oder eine Maßnahme leisten. Mit der Wirkungsevaluation soll nachgewiesen werden, ob und inwieweit Projektziele erreicht worden sind und ob die festgestellten Veränderungen auch tatsächlich auf das durchgeführte Projekt oder die Maßnahmen zurückzuführen sind oder ob nicht (auch) andere Faktoren mitursächlich waren.

Ich möchte vorweggreifen. Wirkungsevaluationen können aufgrund ihrer Komplexität von der Polizei mit eigenen Mitteln und Möglichkeiten kaum durchgeführt werden.

Evaluation umfasst aber nicht nur die Wirkungsevaluation, sondern auch die formative Evaluation und die Prozessevaluation, die ich nun kurz erläutern möchte.

Die formative Evaluation ist die Entwicklung und/oder Anpassung einer Projektidee an die lokalspezifischen Gegebenheiten. Sie beginnt bereits im Planungsstadium eines Projektes und setzt sich auch gegebenenfalls während der Projektlaufzeit fort. Die formative Evaluation umfasst einerseits die Konzeptionsplanung - mit Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Bestimmung der Ziele und der Zielgruppen, Festlegung von Kennzahlen zur Messung des Problems und der Zielerreichung, Maßnahmenammlung und -auswahl mit Bewertung und

Festlegung der Projektlaufzeit, sowie andererseits die Ressourcenplanung in personeller wie materieller Hinsicht.

Die formative Evaluation wird künftig von den Akteuren der Polizeilichen Kriminalprävention sukzessive einzufordern sein.

Auch die Prozessevaluation wird von diesen Akteuren zu leisten sein. Damit meine ich die Überprüfung während und nach dem Projekt, ob die ausgeführten Arbeiten den Planungsvorhaben entsprechen und ob die anvisierte Zielgruppe auch tatsächlich erreicht wurde.

Die formative Evaluation hilft festzustellen, ob das beabsichtigte Projekt auch für die Probleme vor Ort passt; die Prozessevaluation gibt Aufschluss darüber, ob das Projekt auch wirklich entsprechend durchgeführt wurde.

Eine Wirkungsevaluation, gerade bei größeren Projekten, wird auch zukünftig kaum von Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten durchgeführt werden können. Es ist sinnvoll, damit externe wissenschaftliche Fachkräfte zu beauftragen. Aber die Strukturen dafür, dass ein Projekte auf seine Wirkung hin evaluiert werden kann, legen die Projektverantwortlichen. Hierfür sind die formative Evaluation und die Prozessevaluation unverzichtbar.

Die Projektstrukturierung auf der Basis der Arbeitshilfe Evaluation wird für die Projektbetreiber anfänglich gegebenenfalls einen Mehraufwand darstellen. Der Mehraufwand reduziert sich aber mit zunehmender Praxis sowie mit der mittelfristigen Möglichkeit, auf Landesebene auf einen stetig anwachsenden Fundus an Projekten mit bereits geprüfter Qualität und Wirkung zurückgreifen zu können.

Die Evaluation von Präventionsprojekten wird zugleich dazu beitragen, auch Projekte zu erkennen, die nicht oder nur bedingt wirken und daher nicht mehr zu wiederholen sind.

Wir haben für die Polizei in NRW einen Strukturvorschlag erarbeitet, der vorsieht, Evaluation in der Alltagsorganisation zu verankern. In den Kreispolizeibehörden sollen „Sachraten Evaluation“ aufgebaut werden. Diese „Sachraten Evaluation“ haben die Aufgabe, die Organisationseinheiten der jeweiligen Kreispolizeibehörde bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Präventionsprojekten zu beraten und zu unterstützen sowie den behördlichen Informations- und Wissenstransfer zu gewährleisten. Dazu zählen insbesondere das Sammeln, Aufbereiten und Steuern aller lokal evaluationsrelevanten Informationen, das Erstellen von Projektbeschreibungen geplanter Präventionsprojekte, das Koordinieren nichtpolizeilicher Evaluationsunterstützung und -beratung sowie das Erfassen von Präventionsprojekten in der Landespräventionsdatenbank.

Weitergehend soll im Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen eine „Zentralstelle Evaluation“ eingerichtet werden, die hinsichtlich der Evaluation – quasi als Plattform für den Wissenstransfer – den Erfahrungsaustausch unterstützt, Experten, Dokumente und Konzepte bereitstellt, sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung der Evaluation von Projekten nachhaltig fördert.

Wesentliche Aufgaben der Zentralstelle werden die Beratung und Unterstützung der Polizeibehörden bei der Evaluation ihrer Präventionsprojekte sein. Dies umfasst neben der Steuerung fachspezifischer Informationen auch die projektbezogene Vermittlung ge-

eigneter Methoden sowie externer Beratung und Unterstützung. Die fachliche Zusammenarbeit der Polizeibehörden mit entsprechenden Gremien und Institutionen, Hochschulen und sonstigen Einrichtungen sowie mit dem Landespräventionsrat NRW wird von der Zentralstelle koordiniert und abgestimmt.

Diese Zentralstelle wird zunächst Grundsatzarbeit leisten, indem sie wesentliche Kriterien der Evaluation polizeilicher Präventionsprojekte sowie Vergabekriterien für die nichtpolizeiliche Evaluation solcher Projekte, insbesondere für die Wirkungsevaluation, konzipiert und fortschreibt. Sie wird Erfolgsfaktoren evaluierter polizeilicher Präventionsprojekte erheben, beschreiben und daraus entsprechende Standards ableiten. Weitergehend wird sie Vorgaben für eine Dokumentation des Evaluationsprozesses und des -ergebnisses entwickeln und die Erfassung evaluierter polizeilicher Präventionsprojekte in der Datenbank des Bundeskriminalamts gewährleisten.

Zur Förderung des Informations- und Wissenstransfers werden auch die Durchführung fachspezifischer Dienstbesprechungen, Arbeits- und Fachtagungen sowie die Mitwirkung an der fachbezogenen Aus- und Fortbildung und der internen und externen Öffentlichkeitsarbeit gehören.

Über diesen Strukturvorschlag werden wir noch gemeinsam mit dem Innenministerium NRW und den Kreispolizeibehörden diskutieren und dann Verfahren und Organisation konkret abstimmen.

### **3 Regeln**

Wir möchten die polizeiliche Kriminalprävention methodischer und wir-

kungsvoller betreiben, indem wir Evaluation zum Standard unserer Präventionsarbeit machen.

Dabei werden die folgenden sieben Regeln der Evaluation zur Prämisse unseres Handelns:

Wir beginnen mit kleinen Evaluationsvorhaben.

1. Wir führen weniger Projekte durch, dafür aber solche mit gesicherter Qualität.
2. Wir integrieren Evaluation von Anfang an in die Projektplanung.
3. Wir betrachten nicht allein die kurzfristigen Kosten von Evaluation; denn mittelfristig führt Evaluation zu Kosteneinsparungen.
4. Evaluation in der Polizei ist nicht mit dem Anspruch sozialwissenschaftlicher Forschung zu betreiben, Polizeibeamte sollen keine Wissenschaftler werden.
5. Erkenntnisse, warum etwas funktioniert, sind genauso wichtig wie Erkenntnisse, warum etwas nicht funktioniert.
6. Wir machen die Ergebnisse von Evaluationen anderen zugänglich.

Noch stehen wir bei dem Prozess der Implementierung von Evaluation in die polizeiliche Präventionspraxis am Anfang; ich bin aber zuversichtlich, dass Evaluation in einigen Jahren zur Routine polizeilichen Handelns gehören wird.

Polizeiliche Kriminalprävention wird in Nordrhein-Westfalen nicht isoliert, sondern immer in Kooperation mit anderen Verantwortungsträgern betrieben. Daher ist es sehr erfreulich, dass auch der Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen die Förderung der Evaluation von Präventionsprojek-

ten in sein Arbeitsfeld übernommen hat. Eine Projektgruppe befasst sich derzeit mit der Erarbeitung von Evaluationsstandards für kommunale Präventionsprojekte. Dabei sollen die Inhalte der polizeilichen Arbeitshilfe Berücksichtigung finden. Daher werden die vernetzten Präventionsakteure künftig nicht nur inhaltlich gemeinsam arbeiten, sondern auch eine gemeinsame „Projektsprache“ haben.

en  
ch  
lu-  
rä-  
die  
ilfe  
er-  
ure  
am  
in-

# *Früherkennung und Kurzintervention – ein neues Heilmittel?*

**Dr. Georg Kremer**

Zentrum für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin (ZPPM) Gilead  
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen  
Bielefeld



## 1 Einleitung

Früherkennung und Kurzinterventionen (KI) bei substanzbezogenen Störungen wurden vor allem in der medizinischen Versorgung eingesetzt und evaluiert - hier vor allem im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum -, jedoch finden sich auch Untersuchungen zu KI bei anderen Substanzen und in anderen Settings. In diesem Beitrag soll in der gebotenen Kürze ein Überblick gegeben werden über den derzeitigen Forschungsstand. Ein besonderes Gewicht sollen dabei diejenigen Studien erhalten, die sich mit KI bei problematischem Konsum illegaler Substanzen befasst haben. Es werden darüber hinaus die wesentlichen Elemente des Gesprächsführungskonzepts "Motivierende Gesprächsführung - Motivational Interviewing" (MI), sowie der Stand der Forschung zur Evidenz des MI im Überblick vorgestellt. Überlegungen zur Relevanz von Konzepten der Früherkennung und Kurzintervention für das Projekt FreD sowie für allgemeine Fragen der Prävention und Behandlung bilden den Abschluss dieses Beitrags.

## 2 Was heißt Früherkennung?

Wenn in der Literatur von Früherkennung von Menschen mit problematischem Substanzkonsum die Rede ist, dann können damit sehr unterschiedliche Konzeptionen gemeint sein. Mindestens drei verschiedene Früherkennungsansätze sind zu unterscheiden:

1. Früherkennung konsumbezogen  
- hier werden Menschen erreicht, die häufig in einem problematischen Ausmaß konsumieren, aber noch keine gravierenden körperlichen, sozialen oder psychischen

Folgeschäden entwickelt haben. Zur Früherkennung werden hier vor allem Selbstaussage-Fragebögen u.a. mit Fragen zu Konsummengen eingesetzt. Insbesondere Studien in medizinischen Versorgungsinstitutionen verfolgen diesen Ansatz, um Patientinnen und Patienten mit riskantem oder missbräuchlichem Alkoholkonsum oder in einem frühen Stadium der Abhängigkeit zu erreichen.

2. Früherkennung institutionsbezogen  
- hier geht es um Menschen, die zwar schon körperliche, soziale und/oder psychische Folgeschäden entwickelt haben, die unter Umständen eine manifeste Abhängigkeit aufweisen, die aber bislang noch keine fachspezifischen Hilfen aufgesucht haben. Auch hier spielt die medizinische Versorgung eine wichtige Rolle, aber auch andere Versorgungsbereiche des psychosozialen Sektors wie z.B. Bewährungshilfe, betriebliche Suchtkrankenhilfe, Allgemeine Soziale Dienste, Wohnungslosenhilfe etc. Zwei Projekte, die in den 90er Jahren in Deutschland in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt wurden, verfolgten die beiden vorgenannten Früherkennungsansätze (s. Tab. 1). In Lübeck können somit von den im Krankenhaus erreichten Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen (17,5%) mindestens 4,8% - also etwa jede/r vierte - als früh erkannt (im Sinne des ersten Ansatzes: konsumbezogen) eingestuft werden. Aus Bielefeld liegen auch Zahlen zum zweiten Ansatz (institutionsbezogen) vor. Hier können wir von mindestens 9,8 % früh erkannten Patientinnen und Patienten ausgehen - bezogen auf die insgesamt erreichten

15,7% somit etwa zwei von drei. Diese Zahlen belegen, dass das Allgemeinkrankenhaus im Hinblick auf die Früherkennung von Menschen mit Alkoholproblemen eine zentrale Institution ist.

3. Früherkennung lebensgeschichtlich  
- dieser Ansatz hat zum Ziel, junge Menschen - egal ob riskant, missbräuchlich oder abhängig konsumierend - mit einem fachspezifischen Angebot zu erreichen. Hier

Tab. 1: Daten zur Früherkennung aus zwei Alkohol-Studien in Allgemeinkrankenhäusern

**Lübeck** (JOHN et al. 1996)

Missbrauch (DSM III-R, ICD-10)	4,8 %	Früh i. S. des ersten Ansatzes
Abhängigkeit	12,7 %	keine Differenzierung

**Bielefeld** (KREMER et al. 1998)

Riskanter Gebrauch	4,0 %	Früh i. S. des ersten Ansatzes
Schädlicher Gebrauch (ICD-10)	3,9 %	Früh i. S. des ersten Ansatzes
Abhängige ohne bish. Kontakt z. Hilfesystem	1,9 %	Früh i. S. des zweiten Ansatzes
Andere Abhängige	5,9 %	

wird versucht, diejenigen Institutionen einzubinden, die in dieser Lebensphase Zugang zu den Betroffenen haben. FreD ist vor allem hier anzusiedeln, wenngleich sicherlich auch eine Reihe von jungen Menschen erreicht werden, die dem zweiten Ansatz zuzurechnen sind. Ein weiteres hier anzusiedelndes Projekt ist MOVE (Träger: ginko e.V., Mülheim/Ruhr. [www.ginko-ev.de](http://www.ginko-ev.de)), in dem ein Qualifizierungsprojekt für Kontaktpersonen der außerschulischen Jugendarbeit entwickelt wurde.

**3 Studien zu Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen**

Eine aktuelle Meta-Analyse zu KI bei Alkoholproblemen berücksichtigt 54 Studien, die in den Jahren 1970-98 als

randomisierte und kontrollierte Studien veröffentlicht worden sind (MOYER et al. 2002). KI werden als ein- oder mehrmalige (bis zu vier) Interventionen von jeweils 5 - 60 Minuten Dauer definiert. Sie sind sämtlich als Alternative zu keiner oder einer intensiveren Behandlung konzipiert. Inhaltlich basieren sie weitgehend auf zwei theoretischen Ansätzen:

(1) Motivational Interviewing (MILLER & ROLLNICK 1991, 2002; s. u. Kap. 1.3), für die medizinische Versorgung von ROLLNICK et al. (1992) als "Brief Motivational Interviewing" adaptiert. Dieser KI-Ansatz betont insbesondere die motivationalen Aspekte einer möglichen Verhaltensänderung und berücksichtigt folgende Themen:

- Lebensführung, Stressoren und Substanzgebrauch;

- Gesundheit und Substanzgebrauch;
- ein typischer Tag;
- die guten und die weniger guten Dinge des Substanzgebrauchs;
- Informationen geben;
- Zukunft und Gegenwart;
- Sorgen und Beunruhigungen herausarbeiten;
- Hilfe bei der Entscheidungsfindung.

(2) Kognitiv-behaviorale Theorien, hier insbesondere das Selbst-Kontroll-Konzept, wie es von HESTER und MILLER (1989) entwickelt und von HEATHER et al. (1996) als "Skills Based Counselling" für die medizinische Versorgung adaptiert wurde. Dieser KI-Ansatz betont die pragmatischen Aspekte einer Verhaltensänderung und berücksichtigt folgende Themen:

Trinkverhalten und Lebensführung;

- Vergleiche zwischen individuellem Konsum und "normalem" Konsum;
- Informationen über zu empfehlende Trinkmengen;
- Instruktionen zur Selbstbeobachtung;
- Tipps zur Verringerung der Häufigkeit des Trinkens;
- Identifikation von Hoch-Risiko-Situationen;
- Instruktionen, wie mit diesen Situationen umzugehen ist, ohne zu trinken;
- Diskussion über alternative Verhaltensweisen im Rahmen einer veränderten Lebensführung.

Unter dem Akronym FRAMES werden von MILLER & SANCHEZ (1994)

sechs wesentliche Elemente von KI beschrieben, die sich als wirksam erwiesen haben:

- Persönliches Feedback geben;
- die persönliche Verantwortung des Betroffenen betonen;
- einen konkreten Ratschlag geben;
- eine Reihe alternativer Veränderungsstrategien vorschlagen und diskutieren;
- die Selbstwirksamkeit stärken;
- Empathie ausdrücken.

In ihrer Meta-Analyse kommen MOYER et al. (ebd.) zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Es liegt eine hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Vergleich zu Kontrollgruppen vor, die keine Intervention erhalten haben.
2. Dies gilt vor allem für Menschen mit leichten bis mittelgradigen alkoholbezogenen Problemen.
3. Die Effektstärken liegen im unteren bis mittleren Bereich.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt KÜFNER (2000) in seiner Übersichtsarbeit:

1. Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen und Kurztherapien ist generell sehr gut nachgewiesen.
2. Kurzinterventionen im Sinne einer minimalen Behandlung bis drei oder vier Sitzungen eignen sich gut für Änderungen des Risikokonsums von Alkohol.

Mehrere Studien, die in Deutschland zu KI durchgeführt wurden, zeigten darüber hinaus, dass KI (auf Basis des Motivational Interviewing) zu einer

deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen (z.B. Suchtberatungsstellen) bei Alkoholabhängigen führten (JOHN et al. 1996, KREMER et al. 1998, GÖRGEN et al. 1999). KREMER et al. (ebd.) konnten nachweisen, dass KI vor allem bei bisher vom Hilfesystem noch nicht erreichten Patienten zu einer deutlichen Veränderung der Konsumgewohnheiten führten, was den sekundärpräventiven Aspekt der KI-Ansätze im Alkoholbereich unterstreicht.

Im Hinblick auf differenzierte Indikationen zu eher motivationalen oder eher verhaltenbezogenen KI konnten HEATHER et al. (ebd.) zeigen, dass Patienten, die vor Beginn der KI noch nicht entschieden waren, ihr Konsumverhalten zu ändern, von einem motivationalen Ansatz signifikant häufiger profitierten.

#### **4 Studien zu Kurzinterventionen bei Störungen im Bereich illegaler Substanzen**

Die Datenlage ist für diesen Bereich sehr viel schlechter. Lediglich 6 randomisierte und kontrollierte Studien seit 1990 konnten in einer vom Autor durchgeführten Recherche (MEDLINE) identifiziert werden. Zwei Studien (BAKER et al. 1993, 1994) befassten sich mit HIV-riskantem Verhalten bei i.v. Drogenabhängigen (n = 121 bzw. 95), eine mit Haltequote und Opiatfreiheit bei Methadonsubstitution (SAUNDERS et al. 1995; n = 122), eine mit Amphetaminkonsum (BAKER et al. 2001; n = 64), eine mit Kokainkonsum (MONTI et al. 1997; n = 108) und schließlich eine mit Cannabis-Konsum (COPELAND et al. 2001; n = 229).

Alle Studien wurden in Settings der Drogenhilfe durchgeführt. In drei Stu-

dien wurden KI als Ergänzung zur Standardbehandlung eingesetzt, in den übrigen drei Studien als Alternative zu keiner Behandlung. Der Umfang der KI reichte von einer bis zu acht Sitzungen. Inhaltlich basierten die KI-Konzepte auf einer der oben dargestellten Theorien. Die Nachbefragungszeiträume lagen zwischen zwei und acht Monaten.

Die Cannabis-Studie von COPELAND et al. (ebd.) ist die methodisch aufwändigste: 229 erwachsene Männer (69%) und Frauen, die den Wunsch hatten, ihren Cannabis-Konsum zu reduzieren, und keine Vorbehandlung aufwiesen, wurden mittels Zeitungsanzeigen zur Teilnahme an der Studie rekrutiert. Sie wurden anschließend randomisiert drei etwa gleich großen Studiengruppen zugewiesen: die erste Gruppe [1] erhielt 6 KI-Sitzungen auf Basis des Motivational Interviewings (s. o.) mit einem Rückfallpräventions-Modul, die zweite Gruppe [2] erhielt 1 KI-Sitzung mit einem motivationalen Schwerpunkt und einigen Informationen zur Selbsthilfe, die dritte Gruppe [3] schließlich wurde einer Wartekondition zugeordnet. Für die Nachbefragung nach ca. 8 Monaten wurden 74% der Studienteilnehmer erreicht. Kontrolliert wurden u. a. die abstinenter Tage im Nachbefragungszeitraum sowie die Konsummengen an Konsumtagen. Der einzige signifikante Unterschied zwischen den Studiengruppen betraf die Menge des Cannabis-Konsums im letzten Monat vor der Nachbefragung: hier wiesen die Teilnehmer der Gruppe 1 (6 KI-Sitzungen) deutlich niedrigere Werte auf als die Teilnehmer der Gruppe 3 (Warteliste;  $p = 0.02$ ). Allerdings zeigte sich über alle Ergebniskriterien kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen 1 und 2. Mild signifikante

Unterschiede ( $p > 0.05$ ) zeigten sich zwischen den Interventionsgruppen (1, 2) und der Warteliste (3) bei den Kriterien Schweregrad der Abhängigkeit, Abstinenz im Monat vor der Nachbefragung und Cannabis-bezogenen Problemen (soziale, psychische, körperliche).

BAKER et al. (2001) berichten bei einem ähnlichen methodischen Ansatz (Basistheorie hier kognitiv-behavioral) eine signifikante Verringerung der Amphetamin-Konsumtage im Nachbefragungszeitraum. Die optimale KI-"Dosis" lag bei zwei Sitzungen.

BAKER et al. (1994) untersuchten das HIV-riskante Konsum- und Sexualitätsverhalten bei i.v. Drogenabhängigen und teilten sie zwei Konditionen zu: 1 Sitzung Motivational Interviewing oder keine Intervention. Über den Nachbefragungszeitraum von 6 Monaten ergaben sich zwar signifikante Veränderungen des HIV-riskanten Verhaltens aller Studienteilnehmer, aber keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Autoren erklären dies damit, dass die ausführliche Diagnostik, die alle Studienteilnehmer absolvieren mussten, offenbar schon ausgereicht habe, um künftig wachsamer für riskantes Verhalten zu sein.

In einer weiteren Studie (BAKER et al. 1993) zu HIV-riskantem Verhalten mit einem 3-Gruppen-Design (6 Sitzungen Rückfallprävention, 1 Sitzung KI, keine Intervention) als Ergänzung zum Standard-Substitutions-Programm berichtet dieselbe Arbeitsgruppe keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf HIV-riskantes Verhalten.

MONTI et al. (1997) untersuchten den Kokain-Konsum nach KI auf Basis

eines 2-Gruppen-Designs (8 Sitzungen Coping Skills Training, 8 Sitzungen Entspannung als "Placebo"-Kontrollgruppe) als Ergänzung zum (teil-)stationären Standardbehandlungsprogramm. Ergebnis nach drei Monaten Nachbefragungszeitraum: ein kokain-spezifisches Bewältigungstraining führt zu einer signifikanten Reduktion der Konsumtage und der Konsummengen an Konsumtagen.

SAUNDERS et al. (1995) schließlich untersuchten das Ausmaß opiatbezogener Probleme, Opiat-Beigebrauch sowie Programm-Compliance bei Patienten im Methadon-Programm im Rahmen eines 2-Gruppen-Designs (1 Sitzung Motivational Interviewing, 1 Sitzung Information und Diskussion als Kontrollkondition). Ergebnis nach 6 Monaten Nachbefragungszeitraum: Patienten der MI-Kondition wiesen signifikant weniger opiatbezogene Probleme als Patienten der Kontrollgruppe auf, blieben häufiger und längere Zeit im Methadon-Programm und blieben längere Zeit ohne Opiat-Konsum. Die KI hatte allerdings keinen Einfluss auf die Methadon-Dosis oder den Schweregrad der Abhängigkeit, wirkte sich sogar negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartungen der Patienten aus.

Die hier vorgestellten Studien zu KI im Bereich illegaler Drogen legen den Schluss nahe, dass relativ kurze Interventionen von einer bis zu acht Sitzungen im Vergleich zu keiner Intervention zu einer signifikanten Verringerung des Konsums und von substanzbezogenen Störungen führen können. Die Anzahl der Studien, methodische Schwächen und die insgesamt erreichte geringe Teilnehmerzahl erlauben allerdings keine generelle Übertragbarkeit der Ergebnisse.

## 5 Die wesentlichen Elemente des MI

Ambivalenz ist ein Begleiter aller wichtigen Lebensentscheidungen und häufige Begleiterscheinung psychologischer Probleme bzw. Störungen. Im Zusammenhang mit süchtigen Verhaltensweisen ist Ambivalenz ein zentrales Phänomen. PETRY (1998) stellt fest, dass „... die Kernproblematik der Behandlungs- und Veränderungsmotivation in einer konflikthaften Ambivalenz gegenüber der Anforderung zur Loslösung von dem Suchtmittel und der damit verbundenen alternativen Lebensweise zu suchen ist.“ Die Ursache der Ambivalenz ist dabei nach MILLER & ROLLNICK (ebd.) weder in einer klar umrissenen pathologischen („süchtigen“) Persönlichkeit zu finden, noch in charakterlich fehlgeleiteten Abwehrmechanismen (wie z. B. Verleugnen, Rationalisieren, Projizieren). Viel eher müsse für den im Hinblick auf den Suchtmittelkonsum bzw. seine Beendigung ambivalenten Menschen das Gefangensein in einem sog. „Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt“ angenommen werden: er fühle sich hin- und hergerissen zwischen den angenehmen und unangenehmen Folgen des Konsums, zwischen Attraktion und Destruktion, zwischen Weitermachen und Aufhören. Um diesen Konflikt näher zu beschreiben, führen MILLER & ROLLNICK (ebd.) das Bild einer Waage an, die aus zwei Waagschalen besteht: auf jeder Waagschale befinden sich zwei Arten von Gewichten. In die eine werden die erlebten Vorteile des Konsums und die erwarteten Nachteile einer Änderung geworfen, in die andere die erlebten Nachteile des Konsums und die erwarteten Vorteile einer Änderung. Das Erstellen einer solchen Waage - begleitet vom Respekt des Beraters gegenüber allen vom Konsumenten geäußerten

Aspekten – führt in der Regel zu einer differenzierteren Sichtweise gegenüber dem Suchtmittelkonsum. Diese stellt wiederum die Basis einer stabilen Veränderungsmotivation und einer individuell abgestimmten differenzierten Zielfindung dar. Erster Schritt also im „motivierenden“ Umgang mit Suchtmittelproblemen ist die Anerkennung von Ambivalenzen gegenüber einer Änderung des Suchtverhaltens.

Das Herzstück der motivierenden Gesprächsführung bilden die fünf Grundprinzipien. Diesen können einzelne Strategien und "Techniken" zugeordnet werden.

### 1. Empathie ausdrücken

Empathie, d. h. die Bereitschaft und Fähigkeit, sich in die Einstellungen anderer Menschen einzufühlen, kann als das wesentliche Charakteristikum motivierender Gesprächsführung angesehen werden. Empathie meint, die Gefühle, Sichtweisen und Standpunkte des Gegenübers zu verstehen - ohne sie zu bewerten, zu kritisieren oder gar ins Lächerliche zu ziehen. „Verstehen“ heißt dabei nicht dasselbe wie „einverstanden sein“ oder „billigen“. Empathisch sein heißt, zu versuchen, die Standpunkte so umfassend wie möglich zu begreifen, d.h. insbesondere ambivalente Einstellungen zuzulassen.

Strategien, die zu einem empathischen Umgang beitragen, sind z.B.:

- Offene Fragen stellen (z.B. „Sie hatten sich einverstanden erklärt, mit mir einmal über Ihren Drogenkonsum zu sprechen. Erzählen Sie doch mal. Wie sieht denn ein normaler Tag bei Ihnen aus? Und welche Rolle spielt der Konsum darin?“).

- Aktiv Zuhören und Zusammenfassen.
- Bestätigen (z.B. "Sie haben einen großen Schritt getan, indem Sie sich zur Teilnahme an diesen Treffen bereit erklärt haben!").

## **2. Diskrepanzen entwickeln**

Es ist sicherlich nicht das oberste Ziel motivierender Gesprächsführung, den Konsumenten zu helfen, sich selbst zu akzeptieren und dann alles beim Alten zu lassen. Motivierende Gesprächsführung verfolgt das Ziel, die Veränderungsmotivation zu stärken und Wege der Veränderung zu finden. Deshalb ist es nicht sinnvoll, den Konsumenten allein die Wahl von Inhalt, Richtung und Tempo des Gesprächs zu überlassen. Vielmehr ist es zum gegebenen Zeitpunkt wichtig, Expertenwissen und (möglicherweise ungemütliche) Realitäten zu vermitteln. „Diskrepanzen entwickeln“ bedeutet, dazu beizutragen, dass die Betroffenen in ihrer Selbstwahrnehmung Widersprüche oder „Dissonanzen“ entdecken: sie stellen etwa fest, dass ein Unterschied besteht zwischen der gegenwärtigen Situation und dem, was sie früher einmal für sich gehofft hatten oder sich heute für die Zukunft wünschen würden. Diskrepanzen können grundsätzlich in allen Lebensbereichen sichtbar werden: Gesundheit, Familie/Partnerschaft/Freunde, Arbeitsplatz, Selbstachtung, persönliche Ziele usw. Aufgabe des Experten ist es, diese Diskrepanz, die der Betroffene in sich trägt, bewusst zu machen und wenn nötig (und möglich) zu verstärken.

## **3. Beweisführungen vermeiden**

Das dritte Grundprinzip basiert auf der Erfahrung, dass Debatten und Streite

zwischen professionellen Helfern und Betroffenen, die eher an Gerichtsverhandlungen erinnern denn an Beratungsgespräche, im Hinblick auf die Förderung von Veränderungsmotivation ineffektiv sind: die Wahrscheinlichkeit, dass jemand nicht in eine bestimmte Richtung geht, steigt, je mehr man von außen versucht, ihn dahin zu bringen. Aggressive Konfrontationen im Zusammenhang mit Substanzkonsum erzeugen in aller Regel Widerstand – oder anders ausgedrückt: aufkommender Widerstand beim Gegenüber sollte den Beratern immer ein Zeichen sein, den bisherigen Gesprächsverlauf, konkrete Beratungsstrategien und (offene oder verdeckte) Beratungsziele zu überprüfen. Widerstand ist das Problem des Beraters - nicht das des Klienten. Dem Klienten dient er in aller Regel als Schutz, oftmals als Schutz vor respektloser Behandlung.

## **4. Den Widerstand aufnehmen**

Wenn man nicht streitet und Beweise anführt, was soll man dann tun? MILLER & ROLLNICK (ebd.) führen hier ein Prinzip asiatischer Kampfsportarten (z.B. Aikido) ein: einem mit einer bestimmten Kraft vorgetragenen Angriff wird nicht dieselbe oder eine noch größere Kraft entgegengesetzt (wie z. B. beim Boxen), sondern die Kraft des Gegners wird aufgenommen und in eine andere Richtung gelenkt. Man fügt dem Schwung eine leichte Drehung bei, geht einen kleinen Schritt zur Seite und bringt den Gegner so zu Fall. Man lässt ihn dabei nicht ins Leere laufen, sondern bleibt ständig mit ihm in Kontakt. Der Vergleich sollte nicht überstrapaziert werden; es geht nicht um einen Kampf mit Sieger und Verlierer. Was aber den Umgang mit Wider-

stand angeht, so lassen sich aus dem Bild verschiedene Leitlinien ableiten:

(1) Widerstand ist ein Interaktionsphänomen: er verlangt vom Berater eine Überprüfung eigener Strategien.

(2) Die Kraft des Widerstands kann positiv genutzt werden: Berater sind weder passiv und erdulnd noch aggressiv oder gekränkt, sondern greifen das Widerstandsthema aktiv steuernd auf.

(3) Berater bleiben mit den Klienten im Kontakt. Widerstand nicht von vornherein als mangelnde Motivation, sondern als Hinweis auf unberücksichtigte ambivalente Einstellungen aufzufassen, ist die grundlegende Aufgabe der Berater.

Strategien, die geeignet sind, den Widerstand im o.b. Sinne zu integrieren, sind z.B.:

- *Widerspiegelungen (einfache [1], überzogene [2] oder die Ambivalenzen integrierende [3]) i. S. d. Aktiven Zuhörens.*

Kurzer Beispieldialog: "Ich sitze die Zeit hier ab. Mit meinen Problemen muss ich sowieso alleine fertig werden. Mitnehmen tu ich hier nichts!" > "Sie sitzen die Zeit ab." [1] "Das bringt Ihnen hier alles gar nichts. Sie wissen sowieso schon alles." [2] "Auf der einen Seite hat Ihnen das Konsumieren einige Probleme bereitet, auf der anderen Seite wollen Sie hier keine Unterstützung erhalten." [3]

- *Den Fokus verschieben bzw. das (unproduktive) Widerstandsthema "umschiffen".*

Kurzer Beispieldialog: "Wenn die Gesellschaft Cannabis legalisieren würde, müsste ich heute nicht hier sitzen." > "Sie haben vermutlich

recht, dass da mit zweierlei Maß gemessen wird. Das werden wir beide aber im Moment nicht ändern können. Was mich viel eher interessieren würde, wäre, wie Sie selbst zu Ihrem Konsum stehen, wo Sie ihn völlig unproblematisch finden, und wo Sie selbst Grenzen ziehen oder mit sich nicht im Reinen sind."

- *Zustimmen mit einer konstruktiven Wendung.*

Kurzer Beispieldialog: "Warum nerven Sie mich eigentlich so? Wenn Sie so 'ne Familie hätten wie ich, würden Sie sich auch dauernd breit machen!" > "Sie haben da was ganz Wichtiges gesagt. Es geht um mehr als Ihr persönliches Konsumverhalten. Und vielleicht habe ich dem zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ohne einen Plan, wie Sie künftig mit dem familiären Stress umgehen können, macht es wahrscheinlich gar keinen Sinn, über eine Veränderung des Konsums nachzudenken. Oder wie sehen Sie das?"

Konstruktiv mit dem Widerstand umzugehen, bedeutet, den Kontakt zum Gegenüber zu halten und die Auseinandersetzung mit der Suchtmittelproblematik nicht abreißen zu lassen. Dies zwingt Berater oftmals, einen Schritt zurückzutreten, das Tempo der Problemlösung zu verlangsamen und/oder seine Richtung zu ändern. In diesen Fällen ist es die vorrangige Aufgabe des Beraters, sich in seiner Expertenrolle nicht gekränkt zu fühlen, sondern den Klienten auf seinem Veränderungsweg zu begleiten.

## **5. Selbstwirksamkeit fördern**

„Selbstwirksamkeit meint das Vertrauen einer Person in die Fähigkeit, eine



spezifische Aufgabe erfolgreich lösen zu können“ (MILLER & ROLLNICK, ebd.). Ein grundsätzliches Ziel motivierender Gesprächsführung ist es, den Glauben des Klienten an sich selbst, sein Selbstvertrauen zu stärken und sich selbst als jemanden wahrzunehmen, der mit einer bestimmten Aufgabe und dabei möglicherweise auftretenden Hindernissen fertig wird. Aufgabe von Beratern ist es hier, sich weniger auf Defizite, Schwächen und negative Konsequenzen zu konzentrieren, sondern die Fähigkeiten, Stärken und (sozialen) Ressourcen der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass eine allgemeine Stärkung des Selbstvertrauens – die durch eine empathische Grundhaltung gefördert wird – auf konkrete, aktuell zu lösende Aufgaben angewandt wird. Es gilt, gemeinsam mit dem Betroffenen den nächsten realistischen – d. h. auf seine spezifischen Kompetenzen zugeschnittenen – Schritt in Richtung einer Veränderung von Konsum- und/oder Lebensgewohnheiten zu finden. So kann es selbst bei grundsätzlich eher resignativ und passiv eingestellten Menschen gelingen, konkrete aktive Schritte in Gang zu setzen. Es kann für viele Menschen ermutigend sein zu sehen, dass es viele mögliche Wege der Veränderung gibt. Die Zielfindung ist deshalb ein zentraler Baustein der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und somit der Erhöhung der Veränderungsbereitschaft.

MI basiert auf dem Grundgedanken, dass Menschen mit Suchtmittelproblemen für eine Veränderung selbst verantwortlich sind. Diese Tatsache, die vielen Professionellen immer wieder deutlich und manchmal schmerzhaft vor Augen geführt wird, wird hier nicht beklagt, sondern im Gegenteil

zum ethischen Prinzip erhoben: professionelle Helferinnen und Helfer sind hier Begleiter eines Bewusstwerdungs- und Veränderungsprozesses, nicht Führer; sie sind durchaus direktiv, aber nicht dirigierend. Sie sehen ihre Hauptverantwortung darin, ihr Wissen und ihre Energie zur Förderung der Eigenverantwortung der Betroffenen einzusetzen. MI muss somit als ein emanzipatorisches und autonomie-förderndes Konzept angesehen werden.

## **6 Praktische Umsetzung im Projekt FreD**

Kurzinterventionen sind wirksam. Das ist für den Bereich alkoholbezogener Störungen nachgewiesen, für Störungen im Bereich illegaler Drogen zumindest wahrscheinlich. Keine der vorliegenden Studien aus dem Bereich illegaler Drogen kann eindeutig dem sekundärpräventiven Bereich zugeordnet werden. Dennoch kann man mit einer gewissen Plausibilität davon ausgehen, dass KI auch in diesem Bereich einen Effekt aufweist. Inhalte der KI sollten motivationale und verhaltensbezogene Themen integrieren. Für beide Konzepte liegen positive Ergebnisse vor.

Das Ziel des FreD-Projekts, Konsumenten frühzeitig und auf Basis eines gewissen sozialen Drucks mit einem Interventionsangebot zu erreichen, legt es nahe, ein Beratungskonzept bzw. eine Grundhaltung zu wählen, die den Betroffenen in seiner häufig sehr ambivalenten Haltung gegenüber einer Veränderung des Konsums ernst nimmt und respektiert. MI als Autonomie-stützendes Konzept ist hier sicherlich die richtige Wahl. Sowohl im Intake-Gespräch, als auch in den späteren Kursangeboten ist es wichtig,

sachliche Informationen zu vermitteln und sich gleichzeitig in die individuelle Situation des Gegenübers einzufühlen, ohne zu kritisieren oder zu verurteilen. Menschen mit Suchtmittelproblemen, und hier insbesondere junge und erstmalig erreichte Konsumenten, entscheiden eigenverantwortlich, welche Inhalte für sie wichtig sind und welche Konsequenzen sie daraus ziehen. Die Berater wollen mit jungen Menschen ins Gespräch kommen, die ihren Konsum bislang vielleicht noch nie offen in Frage gestellt oder problematisiert haben. Sie wollen Informationen geben und wissen nicht, ob diese überhaupt gewünscht sind. Hier ist MI - das zeigen die vorliegenden Studien - hilfreich: Informationen geben auf Basis einer einfühlsamen Grundhaltung, im nächsten Schritt die individuelle Bedeutung dieser Informationen erheben und mögliche Konsequenzen diskutieren.

Früherkennung und Frühintervention können nur gelingen, wenn Berater die ambivalenten Haltungen der Konsumenten ernst nehmen. Eine Entscheidung eines jungen Drogenkonsumenten, am FreD-Kursangebot teilzunehmen, bedeutet per se noch nicht, dass auch eine Entscheidung in Richtung Veränderung der Konsumgewohnheiten getroffen ist. MI kann hier sehr hilfreich sein, die nötige Gelassenheit zu bewahren, um mittels Rückmeldungen, Informationen und Fragen in einem offenen Diskussionsprozess zur Klärung individueller Standpunkte beizutragen. In diesem Sinne bedeutet "Motivieren" nichts anderes als "Klären".

Im Intake-Gespräch muss es darauf ankommen, die "Zwangssituation" des Betroffenen zu benennen, hier Verständnis zu signalisieren und ein

"zwangloses" Angebot zu unterbreiten. Dies könnte sich folgendermaßen anhören:

*"Sie und ich, wir wissen beide, dass Sie nicht ganz freiwillig hierher gekommen sind. Das ist - so wie ich Ihre Situation verstehe - eine nicht ganz einfache Situation. Ich bin nicht beim Gericht angestellt und will Sie auch nicht dazu bringen, etwas zuzugeben oder etwas zu verändern. Was wir Ihnen anbieten wollen, sind einige Informationen und einiges an Unterstützung, wenn Sie Ihre derzeitige Situation überprüfen und über Veränderungen nachdenken wollen. Ob Sie tatsächlich etwas verändern, das ist allein Ihre Entscheidung. Wie hört sich das für Sie an?"*

Die Vermittlung und Diskussion der o. b. Inhalte von KI-Ansätzen in den nachfolgenden Kursen gelingt am ehesten, wenn sich auch hier diese auf dem Bemühen um Empathie und Autonomie basierende Grundhaltung dem jungen Menschen vermittelt. D. h. die Vermittlung von Informationen - etwa über rechtliche Bestimmungen, gesundheitliche Risiken des Konsums oder weiterführende Hilfen - als ein wesentliches Element von Kurzinterventionen muss von dem Interesse und der Neugier geleitet sein, was diese Informationen für die Betroffenen bedeuten und wie sie damit umgehen wollen.

*"Sie haben nun einige Informationen über die gesundheitlichen Risiken des Ecstasy-Konsums erhalten. Einige von Ihnen haben ja in der jüngsten Vergangenheit auch Ecstasy konsumiert, andere nicht. Waren diese Informationen neu für Sie? Was bedeuten diese Informationen für Sie?"*

Eine moralisierende Haltung ("Ich hoffe, dass Ihnen jetzt endlich klar gewor-

den ist, wie schädlich das ist, was Sie tun!") würde auf Seiten der Betroffenen Widerstand aufkommen lassen. Kursleiter müssen hier Distanz wahren und Respekt vor den Sichtweisen des Gegenübers zeigen.

Kurzinterventionen im Sinne des Angebots FreD bestehen somit im wesentlichen daraus, Auseinandersetzungsprozesse beim einzelnen Konsumenten anzuregen und Diskussionen zieloffen zu moderieren.

## 7 Zusammenfassung

- Früherkennung ist ein sehr heterogenes Konzept. FreD legt den Schwerpunkt auf die lebensgeschichtlich frühe Erkennung, erreicht aber auch junge Menschen, die schon gravierende Folgeprobleme entwickelt haben, bisher aber noch keine fachspezifische Hilfe in Anspruch genommen haben.
- Kurzinterventionen sind nicht immer tatsächlich kurz, sondern können bis zu 8 Stunden lang sein. Im Vergleich zu üblichen Behandlungsansätzen allerdings sind auch 8 Stunden eine kurze Zeit.
- Für Kurzinterventionen im Alkohobereich liegt eine unstrittige Evidenz vor. Im Drogenbereich mangelt es leider noch an aussagekräftigen Studien, sodass man hier nur von Hinweisen auf moderate Effekte ausgehen kann.
- Früherkennung und Kurzinterventionen erreichen bisher nicht erreichte Zielgruppen mit fachspezifischen Hilfeangeboten. Dies gilt für Alkoholabhängige oder Drogennotfälle im Allgemeinkrankenhaus genauso wie für die im Projekt FreD erstmals angesprochenen Drogenstraftäter.
- Früherkennung und Kurzinterventionen aktivieren Versorgungsbereiche, die bisher im Hinblick auf die Thematisierung oder Problemmatisierung des Substanzkonsums eher inaktiv geblieben waren.
- Die hinreichend nachgewiesenen Effekte von Früherkennung und Kurzinterventionen stellen allerdings auch bewährte Behandlungsstrukturen und -konzepte in Frage, indem sie nicht mehr für jeden problematisch konsumierenden Menschen eine Langzeittherapie einfordern. Suchtfachleute stehen deshalb vor der Aufgabe, Behandlungsbedarf stärker zu differenzieren und zu individualisieren. Dazu mangelt es allerdings noch an aussagekräftigen Studien.
- Konzepte der Früherkennung und Kurzintervention gelangen in Zeiten immer knapper werdender Kassen zu großer Popularität. Es können sehr viel mehr Menschen mit (zugegeben) weniger fachlicher Hilfe erreicht werden. Dieser unstrittige ökonomische Nutzen sollte allerdings den fachlichen Nutzen nicht schmälern.
- Früherkennung und Kurzinterventionen sind schließlich keine neuen Heilmittel! Projekte wie FreD und MOVE stellen nach heutigem Wissensstand notwendige und sinnvolle Ergänzungen bestehender Präventions- und Behandlungsansätze dar. Eine ganze Reihe von Menschen mit Suchtmittelproblemen profitiert von intensiven und langfristigen Behandlungen, für einen großen Teil der Menschen mit Suchtmittelproblemen aber stellen

kurze Interventionen angemessene und ausreichende Behandlungsformen dar.

## Literatur

BAKER, A., BOGGS, TG., LEWIN, TJ.: Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction* 2001; 96: 1279 - 1287.

BAKER, A., HEATHER, N., WODAK, A., DIXON, J., HOLT, P.: Evaluation of a cognitive-behavioural intervention for HIV prevention among injecting drug users. *AIDS* 1993; 7: 247-256.

BAKER, A., KOCHAN, N., DIXON, J., HEATHER, N., WODAK, A.: Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. *AIDS Care* 1994; 6: 559-570.

COPELAND, J., SWIFT, W., ROFFMAN, R., STEPHENS, R.: A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21: 55 - 64.

GÖRGEN, W., HARTMANN, R., WEINING, M.: Suchtbezogene Sekundärprävention im Krankenhaus im Rahmen eines regionalen ärztlichen Konsiliar-/Liaisondienstes - (Zwischen-)Ergebnisse eines Modellversuchs. *Sucht Aktuell* 1999; 2: 39-43.

HEATHER, N., ROLLNICK, S., BELL, A., RICHMOND, R.: Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review* 1996; 15: 29-38.

HESTER, RK., MILLER, WR.: Self-Control Training; in Hester RK, Miller WR (eds): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives*. New York, Pergamon Press, 1989, pp 141-149.

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H-J., HILL, A., DILLING, H.: Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden, Nomos, 1996.

KREMER, G., DORMANN, S., WIENBERG, G., PÖRKSEN, N., WESSEL, T., RÜTER, E. unter Mitarbeit von ENGLER, U., SCHLANSTEDT, G.: Erkennung und Behandlung von PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen*. Band 106, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden, Nomos, 1998.

KÜFNER, H.: Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus - ein Überblick. *Suchtmed* 2000; 2: 181-192.

MILLER, WR., ROLLNICK, S.: *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, The Guilford Press, 1991 [Dt. Ausgabe 1999: *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. Br., Lambertus].

MILLER, WR., ROLLNICK, S.: *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, The Guilford Press, 2002.

MILLER, WR., SANCHEZ, VC.: *Motivating young adults for treatment and*

lifestyle change. In: Howard GS, Nathan PE (eds): Alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame, University of Notre Dame Press, 1994.

MONTI, PM., ROHSENOW, DJ., MICHALEC, E., MARTIN, RA., ABRAMS, DB.: Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction* 1997; 92: 1717 - 1728.

MOYER, A., FINNEY, JW., SWEARINGEN, CE., VERGUN, P.: Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002; 97: 279-292.

PETRY, J.: Suchtentwicklung und Motivationsdynamik. In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Beutel M (Hrsg.): Motivation in der Suchttherapie - Intrapsychischer Prozess und versorgungspolitische Aufgabe. Geesthacht, Neuland, 1998.

ROLLNICK, S., HEATHER, N., BELL, A.: Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Medical Health* 1992; 1: 25 - 37.

SAUNDERS, B., WILKINSON, C., PHILLIPS, M.: The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* 1995; 90: 415 - 424.

# *„Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ - Ziele, Inhalte und Struktur des Modellprogramms*

**Wolfgang Rometsch**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Koordinationsstelle Sucht  
Münster

## 1 Die Ausgangssituation

Vorab einige wenige Zahlen - Daten - Fakten, die u. a. den Hintergrund für das zur Diskussion stehende Bundesmodellprogramm darstellen.

- Nach der letzten Repräsentativbefragung der BZgA aus dem Jahre 2001 haben von den 12- bis 25-jährigen in Deutschland
  - mindestens einmal in ihrem bisherigen Leben 27 %
  - mindestens einmal in den letzten 12 Monaten 13 %
  - und regelmäßig (d. h. 10 x und häufiger) i. d. letzten 12 Mon. 3 %

illegale Drogen konsumiert. Dabei ist eine deutliche Angleichung der Konsumgewohnheiten junger Menschen in West- und Ostdeutschland erfolgt.

Nach dieser Repräsentativerhebung liegt das Durchschnittsalter des Erstkonsums illegaler Drogen bei 16,4 Jahren.

- Bei einer Betrachtung des Problems unter substanzspezifischen Gesichtspunkten zeigt sich, dass die Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit überwiegend Cannabis konsumieren, konkret 26 %.

Ecstasy mit 4 % und Amphetamine mit 3% fallen deutlich ab.

- In der Bundesrepublik bezieht sich der größte Anteil der Rauschgiftdelikte ebenfalls auf die Substanz Cannabis (2001 waren dies 54,8 %).

Von den im Jahr 2001 registrierten 131.836 Delikten waren mehr als 70 % sogenannte „Konsumdelikte“.

- Ein letzte Zahl: 1998 wurden 53.252 Ermittlungsverfahren (in 11 Bundesländern) durchgeführt, die dann nach § 31 a BtMG (Absehen von Verfolgung) ohne Auflage eingestellt wurden.

Diese wenigen Zahlen machen deutlich, dass junge Menschen - neben legalen - insbesondere mit illegalen Drogen - und hier vor allen Dingen mit Cannabis - experimentieren. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei einer Teilgruppe um riskanten bzw. missbräuchlichen Konsum handelt.

Aktivitäten der Sucht- und Drogenhilfe zielen weitgehend auf die Vermeidung des Konsums sowie auf die Behandlung einer Abhängigkeit. Demgegenüber fehlen immer noch gezielte Angebote zu Beginn eines problematischen Drogenkonsums Jugendlicher und junger Erwachsener. Dabei können frühe Interventionen - wie Erfahrungen bei Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum zeigen - durchaus dazu beitragen, schädlichen Entwicklungen vorzubeugen.

Das von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverband Westfalen-Lippe Anfang der 90-er Jahre entwickelte und durchgeführte Modellprojekt „Therapie sofort“ hat zudem gezeigt, dass viele Konsumenten illegaler Drogen mit ihrem Konsum erstmalig bei der Polizei auffällig werden (rd. 40 %). Auch wenn mit dem § 31 a BtMG die folgenlose Einstellung eines Verfahrens möglich ist, so hat der Gesetzgeber im Grundsatz auch hier das Prinzip „Hilfe vor Strafe“ zur Geltung bringen wollen. Dieser Hilfespekt findet sich jedoch heute in den Vorschriften selbst, wie auch in der Verfolgungspraxis, kaum wieder.

## **2 Die Leitidee für das FreD-Konzept**

### Polizeiliche Erstauffälligkeit

Vor dem Hintergrund des bei einem Teil der Jugendlichen zu beobachtenden riskanten Konsums illegaler Drogen hat die Koordinationsstelle Sucht das Konzept „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD“ entwickelt. Mit Blick auf junge Konsumenten illegaler Drogen soll der Umstand ihrer polizeilichen Erstauffälligkeit genutzt werden, um vorrangig in Verbindung mit dem § 31 a BtMG (also dem Absehen von Verfolgung) und § 153, Abs. 1, StPO (geringes Verschulden) auf freiwilliger Basis oder auch im Zusammenhang mit den §§ 45, Abs. 2 JGG bzw. 153 a, Abs. 1, StPO nach Weisung Hilfen in Form eines spezifischen Angebots anzubieten.

Leitidee des Konzeptes ist es,

- jungen Menschen, konkret den 14-21-Jährigen, aber auch jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr,
- die wegen ihres Konsums von illegalen Drogen erstmalig strafrechtlich, (polizeilich) auffällig geworden waren, frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu unterbreiten.

### Frühzeitig.

d. h. nah am Zeitpunkt des Erstkonsums, um möglichst rechtzeitig die suchtpreventiven Ziele (zu nennen wären hier insbesondere die Entwicklung von Risikokompetenz oder Abstinenz) umzusetzen. Frühzeitig auch deshalb, weil beispielsweise Cannabiskonsumenten unter den Klienten von Drogen- und Suchtberatungsstellen erst

nach 6 Jahren den Kontakt zu suchtspezifischen Stellen finden, wie die Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland ausweist.

### Kurz und gezielt.

da erwartet wird, dass nur ein kurzes, curricular ausgerichtetes Angebot von der Zielgruppe akzeptiert wird. Darüber hinaus wurden Ergebnisse aus Studien zu Kurzintervention bei Personen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken in der medizinischen Versorgung berücksichtigt.

### Freiwillig.

soll das Angebot möglichst deshalb sein, da darin gegenüber einem juristischen Zwang (z. B. einer Weisung) die besseren Voraussetzungen im Hinblick auf die Zielerreichung vermutet werden. Dabei wird nicht übersehen, dass durch die polizeiliche Erstauffälligkeit und das – bis zur staatsanwaltschaftlichen Entscheidung hinsichtlich einer Einstellung – „offene“ Verfahren eine Art „Drucksituation“ entstehen kann, die im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Angebotes genutzt werden soll.

## **3 Struktur des Kursangebotes**

Das Angebot setzt sich konzeptionell aus folgenden Elementen zusammen:

### Informationen

über das Angebot sollen durch Polizei, Staatsanwaltschaft und Jugendgerichtshilfe in Form eines Flyers gegeben werden. Dieser nimmt die polizeiliche Auffälligkeit zum Ausgangspunkt und gibt Informationen zum Angebot und zur Kontaktherstellung.

### Einzel- oder In-Take-Gespräch

mit Fachkräften des beteiligten Sucht- bzw. Drogenhilfeträgers soll u. a. dazu



dienen, das Angebot vertieft darzustellen, die (Konsum-) Situation des Interessenten zu besprechen und ihn zur Teilnahme am Kursangebot zu motivieren. Darüber hinaus zielt das Gespräch darauf, die Eignung des Teilnehmers im Hinblick auf die Kursteilnahme (u. a. durch den Ausschluss einer Abhängigkeit) festzustellen sowie ggf. notwendige suchtspezifische oder psychosoziale Hilfen zu vermitteln. Schließlich soll der Einzelkontakt für interessierte Personen eine Art „Brückenfunktion“ in das Angebot haben.

### Kursangebot

Die Kurzintervention ist in Form eines 8-stündigen Kursangebotes (entweder 4 x 2 Stunden oder 2 x 4 Stunden) vorgesehen.

Im Rahmen des Kursangebotes ist zu ausgewählten Themen der Einsatz externer Referenten (z. B. ein Rechtsanwalt oder Arzt) möglich.

Auf Wunsch erhalten die Teilnehmer eine Bescheinigung über die Kursteilnahme.

Der Kurs ist als Gruppenangebot konzipiert, um Teilnehmer untereinander auch ins Gespräch zu bringen und sich gegenseitig konstruktiv zu unterstützen.

### Individuelles Auswertungsgespräch

Grundsätzlich ist es möglich, dass auf Wunsch des Teilnehmers mit der Kursleitung ein Auswertungsgespräch geführt wird.

## **4 Welche Ziele verfolgt FreD?**

Das FreD-Angebot zielt u. a. darauf ab, erst auffällige Drogengebraucher

- zur Reflektion des eigenen Umgangs mit psychoaktiven Sub-

stanzen und den zugrundeliegenden Situationen anzuregen,

- die Konfrontation mit den persönlichen Grenzen sowie den Folgen des eigenen Drogenkonsums zu ermöglichen,
- zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren,
- fundierte Informationen über die verschiedenen Drogen, deren Wirkung und Risikopotentiale zu vermitteln,
- eigenverantwortliche Entscheidungen vor dem Hintergrund der Selbst- und Fremdeinschätzung sowie der persönlichen Risikowahrnehmung zu treffen und
- Arbeitsweisen und Hilfen (ggf. auch Personen) der regionalen Drogenhilfe bekannt zu machen.

Grundlegendes Ziel ist es, die Entwicklung zu einem missbräuchlichen bzw. abhängigen Drogenkonsums sowie eine erneute strafrechtliche Auffälligkeit – verbunden mit ihren negativen Folgen – zu verhindern.

## **5 Der Zugang zur Zielgruppe**

Die Schaffung geeigneter Zugangswege zu jugendlichen und heranwachsenden Konsumenten legaler und illegaler Drogen zählt zu den wesentlichen Aufgaben einer konsumentenorientierten Suchtprävention. U. a. zielt FreD auf die Gruppe der „riskant konsumierenden Personen“. Von „riskantem“ Konsum wird deshalb gesprochen, weil der Konsum mit potentiellen negativen Folgen – wie die eingetretene Strafverfolgung – einhergeht. Konzeptionell wurde, bezogen auf gesundheitliche Aspekte, neben (unproblematischem) gelegentlichem

Konsum auch schädlicher Konsum – und in Einzelfällen auch abhängiger Konsum – erwartet.

Die Ansprache dieser Zielgruppe sollte insbesondere im Rahmen der polizeilichen Erstvernehmung bis zur Mitteilung der (abschließenden) Entscheidung durch die Staatsanwaltschaft erfolgen. Dabei zielt die Konzeption vor allem auf diejenigen Personen, bei denen zu erwarten ist, dass bei Vorliegen der strafrechtlichen Voraussetzungen (u. a. Eigengebrauch, geringe Mengen und kein öffentliches Interesse) mit einer Einstellung des Verfahrens nach § 31 a BtMG zu rechnen ist. Im Rahmen des Verfahrens ist es folglich Aufgabe von Polizei, Jugendgerichtshilfe und Staatsanwaltschaft, Personen der Zielgruppe anzusprechen.

Dabei sollten die genannten Stellen

- Personen der Zielgruppe aus der Gesamtheit der im Zusammenhang mit Drogendelikten strafrechtlich Auffälligen auswählen, sowie
- über das Fred-Angebot informieren und für eine Inanspruchnahme des Angebotes motivieren.

Dieser spezielle juristische Zugang wurde im Rahmen des Modellprojektes umgesetzt und erprobt.

## **6 Die Mitwirkenden im Kooperationsnetzwerk**

Die Abstimmung und Kooperation der verschiedenen Projektbeteiligten war eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung der Modellidee. Zu Beginn musste insbesondere Einvernehmen zwischen den zuständigen

- Gesundheits- und Sozialministerien (Sucht- und Drogenhilfe),

- Justizministerien (General-/Staatsanwaltschaften) sowie den
- Innenministerien (Polizei)

herbeigeführt werden.

Dieser Prozess gestaltete sich aufwändiger und schwieriger als erwartet; darüber wird aber sicherlich die wissenschaftliche Begleitung noch gesondert berichten.

Auf örtlicher Ebene waren insbesondere der Projektträger, die Polizei, die Jugendgerichtshilfe sowie die Staatsanwaltschaft gefragt. Hier noch einmal kurz ihre Aufgabenstellungen:

- Aufgabe der **örtlichen Projektträger der Drogenhilfe** war es, das FreD-Angebot im vorgegebenen Rahmen inhaltlich zu entwickeln, geeignetes Fachpersonal zur Verfügung zu stellen und die organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung des Angebotes zu schaffen. Außerdem fiel ihm die Aufgabe zu, den Abstimmungsprozess zu steuern und die Kooperationsbeziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Der Projektträger hatte vor Ort die Federführung und sollte als Motor der Projektimplementierung fungieren.
- **Die Polizei** hat im Zusammenhang mit einer Straffälligkeit den erwähnten ersten Kontakt zu jugendlichen und heranwachsenden Drogenkonsumenten. Bei diesem Erstkontakt (Aufgriff, Vernehmung) sollten Personen der Zielgruppe u. a. durch die Überreichung des FreD-Flyers – mit einer örtlichen Kontaktadresse – über das Gesprächs- und Kursangebot im Rahmen des Modells informiert werden. Die Polizei nahm folglich die wichtige Rolle der „Erstaus-

wahl“ vor, indem sie aus der Gruppe aller Beteiligten mit Verstößen gegen das BtMG diejenigen Personen auswählte, denen sie das Modellangebot unterbreiten wollte. Darüber hinaus legt die Polizei bekanntlich den entscheidungsbefugten Staatsanwaltschaften die Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens vor und unterrichtete – bei Jugendlichen – in den Fällen, in denen eine Diversion in Frage kommt, das zuständige Jugendamt (Jugendgerichtshilfe).

- Da nach den Jugendgerichtsgesetz in bestimmten Fällen die **Jugendämter / Jugendgerichtshilfen** bei Ermittlungsverfahren gegen Jugendliche heranzuziehen sind, kommt auch ihnen eine wichtige Funktion zu. Der Kontakt der Jugendgerichtshilfe zu strafrechtlich auffälligen jugendlichen Drogenkonsumenten sollte daher ebenfalls genutzt werden, um über das Modellangebot zu informieren. Dies sollte unabhängig davon geschehen, ob im Verfahren eine Weisung erteilt wurde oder nicht.
- Die **Staatsanwaltschaften** sollten im Rahmen ihrer Entscheidung über eine Einstellung des Verfahrens nach § 31 a BtMG ebenfalls auf das Angebot hinweisen. Auch sollten sie das Modellangebot in das Diversionsverfahren bei Jugendlichen einbinden und schließlich sollte die Beteiligung am Kurs und die abschließende staatsanwaltliche Entscheidung zur Einstellung bzw. Fortführung der Strafverfahren zeitlich verknüpft werden.

In Einzelfällen – und je nach Verlauf und Stand des Strafverfahrens – war vorgesehen, dass die Bewährungshil-

fe als weitere Vermittlungsinstanz zum Modellangebot fungieren sollte.

## 7 Das Kursangebot

Das In-Take-Gespräch hat mit Blick auf das Kursangebot eine „Brückenfunktion“. Ziel des Gespräches ist es vor allem, den Interessenten die Kursbeteiligung zu erleichtern und durch geeignete Interventionen und Maßnahmen die Teilnahmebereitschaft zu stärken. Dabei soll

- der Kontakt zu betroffenen Jugendlichen und Heranwachsenden hergestellt, vertieft und Vertrauen aufgebaut werden;
- überprüft werden, ob das Kursangebot für die betreffenden Personen ein geeignetes Angebot darstellt oder es sollen – sofern erforderlich –
- weiterführende suchtspezifische oder pädagogische Hilfen vermittelt werden.

Zu berücksichtigen war im In-Take-Gespräch, dass die Gesprächsführung teilnehmerorientiert und an den individuellen sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten der Jugendlichen und Interessenten ansetzt. Das Gespräch endete mit einer Vereinbarung zur Kursteilnahme bzw. mit einer anders lautenden Empfehlung.

Die Dauer des Gespräches richtete sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls, sie sollte 30-60 Minuten nicht überschreiten.

## 8 Die Themen der Kurse

In den Kursen wurde die Förderung von Kommunikation und die Ermöglichung von Selbstbestimmung im Sinne der Unterstützung von Bewälti-

gungsressourcen bei den Teilnehmern mit dem Verständnis einer Förderung der Persönlichkeit als hauptsächliche Ziele angestrebt. Die Umsetzung erfolgte durch die FreD-Kursleitung in der Rolle eines pädagogischen Teams.

Wissenszuwachs (z. B. zu rechtlichen Zusammenhängen und zu Risiken des Drogengebrauchs), Einstellungsänderungen (z. B. zum Konsum illegaler Drogen) und möglichst auch Verhaltensänderungen sowie die Stärkung sozialer Kompetenzen und Fähigkeiten sind weitere zentrale Ziele des FreD-Angebotes. Die schon erwähnte Information der Teilnehmer über die Hilfeangebote vor Ort war ebenfalls Gegenstand der Kurse.

## **9 Die Mitarbeiter**

Die kursleitenden Fachkräfte sollten über einschlägige berufliche Erfahrungen in der Drogen- und Suchthilfe, einschließlich der Präventionsarbeit, verfügen. Kenntnisse in den Bereichen

- des Rechts,
- der Methoden sozialer Gruppenarbeit,
- der Motivationsstrategien,
- der regionalen Suchtkrankenversorgung sowie insbesondere
- kommunikative Kompetenzen erleichtern die Arbeit erheblich.

Die Projektstruktur sieht vor, dass die Zweier-Teams mit je 7 Wochenstunden in diesem Bereich tätig sind.

Bei der Schulung der Mitarbeiter wurde Wert darauf gelegt, dass sowohl Grundkenntnisse der Salutogenese (also nicht den Blick auf Defizite und Probleme, sondern auf vorhandene Fähigkeiten und Stärken des jeweili-

gen Betroffenen richten) sowie Kenntnisse des Motivational Interviewing nach MILLER und ROLLNICK vermittelt wurden.

Das Ziel von FreD, Konsumenten frühzeitig und sicherlich auf der Basis eines gewissen sozialen Drucks mit einem Interventionsangebotes zu erreichen, legt es nahe, ein Beratungskonzept bzw. eine Grundhaltung zu wählen, die den Betroffenen in seiner häufig sehr ambivalenten Haltung gegenüber einer Veränderung des Konsums ernst nimmt und respektiert. Motivational Interviewing als autonomiestütztes Konzept erschien uns hier die richtige Wahl.

## **10 Transfer der Ergebnisse**

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, dem ich an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich für die finanzielle Unterstützung danke, hat es ermöglicht, das Jahr 2003 als Transferjahr zu nutzen. Nachdem die wissenschaftlichen Ergebnisse ausgewertet, der Projektbericht erstellt und das Manual entwickelt wurde, ist diese Veranstaltung der Auftakt für weitere Transferaktivitäten in der gesamten Bundesrepublik.

*Frühintervention bei erstauffälligen  
Drogenkonsumenten (FreD) -  
Ausgewählte Ergebnisse der  
wissenschaftlichen Begleitung*

**Dipl.-Psychologe/Dipl.-Sportlehrer Wilfried Görgen**

FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und  
Sozialbereich mbH  
Köln

## 1 Einleitung

Das Modellprogramm war konzeptionell so angelegt, dass die Implementierung und Durchführung des Angebots i. e. S. (In-Take-Gespräche, Kurs) eingebettet waren in einen komplexen Rahmen von Abstimmungsprozessen und Kooperationen unterschiedlicher Akteure. Zu diesen zählten u.a. auf **überregionaler Ebene** die zuständigen Stellen in den Gesundheits- bzw. Sozialministerien sowie den Justiz- und Innenministerien der Länder und die Generalstaatsanwaltschaften, auf **regionaler Ebene** die Verantwortlichen der Polizei, Staatsanwaltschaft, Jugend- und Drogenhilfe sowie ggf. Bewährungshilfe, sowie auf der **Projektebene** die vermittelnden Polizeibeamten, Mitarbeiter der Jugendhilfe, kursleitenden Fachkräfte der Drogenhilfe sowie ggf. Mitarbeiter der Bewährungshilfe und schließlich die Teilnehmer des Modellangebots. Im Rahmen der Evaluation wurden zu jeder der beteiligten Ebenen Fragestellungen entwickelt und Daten erhoben. Einen umfassenden Überblick über die Ergebnisse der Evaluationsergebnisse liefert der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung (GÖRGEN u.a. 2003). Nachfolgend wird über ausgewählte Ergebnisse zu den Themen:

**Merkmale der Teilnehmer/innen** sowie **Ergebnisse der Interventionen** berichtet.

## 2 Merkmale der Teilnehmer/innen

Im Rahmen des Modellprojekts haben 675 Interessenten Kontakt zum FreD-Angebot aufgenommen. 569 (84,3 %) haben an einem In-Take-Gespräch und 430 (75,6 %) an einem Kurs teilgenommen.

Mit Blick auf die Teilnehmer des Modellangebots stellt sich die Frage, ob die Zielgruppe des Modellprogramms - 14 bis 21-Jährige, aber auch junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr, die erstmalig wegen des Konsums von illegalen Drogen strafrechtlich auffällig geworden waren - tatsächlich erreicht wurde. Tab. 1 zeigt die **Altersstruktur** der Teilnehmenden.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 17,7 Jahren; der jüngste Teilnehmer war 13 Jahre alt. Über die Hälfte der Teilnehmer war minderjährig (53,5 %), lediglich 8 Teilnehmer (1,4 %) waren älter als 25 Jahre. Damit waren die Teilnehmer/innen des Modellprogramms erwartungsgemäß

Tab. 1: Altersstruktur

Alter (Jahre)	Anzahl	%
bis 14	22	3,9
15 - 17	281	49,6
18 - 20	210	37,0
21 - 25	46	8,1
26 - 30	4	0,7
über 30	4	0,7
GESAMT	493	100,0
Ø = 17,7 Jahre		

Tab. 2: Lebenssituation

	Anzahl	%
alleinlebend	40	7,0
mit Elter(teil)	473	83,1
mit Partner	15	2,6
mit Freunden/Bekanntem	5	0,9
mit sonstigen Personen, u.a. betreute Wohngruppen, Verwandte	36	6,3
GESAMT	569	100,0

deutlich jünger als Klienten von Sucht- und Drogenberatungsstellen bei denen bspw. nur 20 % der Männer und 30 % der Frauen mit der Hauptdiagnose Cannabinoide minderjährig waren (vgl. WELSCH 2001).

Das Modellangebot erreichte vor allem Jugendliche und Heranwachsende, deren soziale Situation als vergleichsweise stabil zu bezeichnen ist. Tab. 2 zeigt die **Lebens- bzw. Wohnsituation** der Teilnehmer/innen.

Ihrem Alter entsprechend lebten die meisten Teilnehmer noch bei ihren Eltern (83,1 %).

Die **Ausbildungssituation** der Teilnehmer/innen stellt sich vielschichtig dar: Ein geringer Anteil war ohne Schulausbildung (7,8 %), jeder Vierte hatte einen Hauptschul- und jeder Siebte einen Realschulabschluss. 3,6 % verfügten über ein (Fach-)Abitur bzw. einen Hochschulabschluss (1,2 %). Fast die Hälfte der Befragten befand sich zum Erhebungszeitpunkt noch in einer Schulausbildung (48,6 %), wobei bei dieser Teilgruppe Realschüler (26,9 %) und Gymnasiasten (33,6 %) dominierten. 23,4 % der Teilnehmer waren Auszubildende, in einem Arbeitsverhältnis befand sich nur knapp jede zehnte Person. Weitere 10 % befanden sich in sonstigen

Erwerbsverhältnissen (z.B. Wehr- bzw. Zivildienst). Gut jeder Sechste war zeitbeschäftigt oder hat gejobbt, darunter auch ein Teil der Schüler. Von den Teilnehmern waren 23,2 % vollzeitbeschäftigt und 7 % arbeitslos.

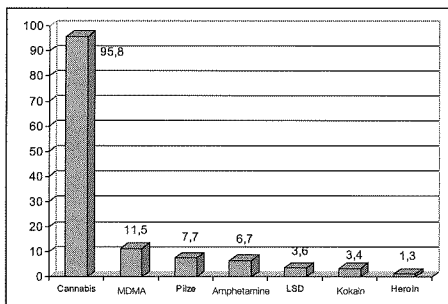
Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass mit dem Modellangebot vor allem Jugendliche und Heranwachsende erreicht wurden, deren soziale Situation als vergleichsweise stabil zu bezeichnen ist.

In Übereinstimmung mit Ergebnissen anderer Untersuchungen und Studien (vgl. z.B. WITTCHEN u. LIEB 2000, BZgA 2001a) zeigen auch die Ergebnisse des Modellprogramms, dass die erreichten Personen ihren Drogenkonsum mit Tabak und/oder Alkohol begonnen hatten. Das durchschnittliche Alter beim **Erstkonsum** legaler Drogen lag bei knapp 13 Jahren. Illegale Drogen wurden erstmalig mit durchschnittlich 14,8 Jahren konsumiert, wobei die erstkonsumierte illegale Droge überwiegend Cannabis war. Einige wenige Personen gaben als erstmalig konsumierte illegale Droge MDMA, Amphetamin bzw. Kokain an. Mit einem Durchschnittsalter von 14,7 Jahren haben die Modellteilnehmer/innen vergleichsweise früh Cannabis konsumiert: In der Drogenaffinitätsstudie der BZgA (2001a) lag das Erstkon-

sumalter bei Cannabis bei den 12 bis 25-Jährigen bei 16,5 Jahren, und Klienten/innen ambulanter Sucht- und Drogenberatungsstellen haben Cannabinoide erstmalig im Alter von 15,8 Jahren konsumiert. Laut WELSCH 2002 lag der Betreuungsbeginn (Hauptdiagnose Cannabinoide) der Klienten der Beratungsstellen bei ca. 22 Jahren (Frauen 21,7 Jahre, Männer 21,8 Jahre), folglich ca. sechs Jahre nach dem Erstkonsum. Dem Modellangebot gelang es demgegenüber bereits nach ca. drei Jahren, seine Teilnehmer mit einem suchtspezifischen Angebot zu erreichen.

Von besonderem Interesse war das **aktuelle Konsumverhalten** der erreichten Personengruppe in den letzten 30 Tagen vor der Erstauffälligkeit.

Abb. 3: Art der konsumierten illegalen Drogen



Neben Alkohol wurden vor der Erstauffälligkeit vor allem Cannabis (95,8 %), gefolgt von MDMA (Ecstasy) und mit deutlichem Abstand Pilze, Amphetamine, LSD und Kokain konsumiert. Heroin hatten lediglich sechs Personen konsumiert. Einige Personen (30) gaben an, vor der polizeilichen Erstauffälligkeit keine Drogen konsumiert zu haben. Im Schnitt hatten die befragten Personen 1,3 illegale Drogen konsumiert, beim überwiegenden Teil (85,2 %) handelte es sich lediglich um eine illegale Dro-

ge. 7,2 % hatten zwei (häufig Cannabis und MDMA) und 4,2 % hatten drei bis fünf illegale Drogen konsumiert.

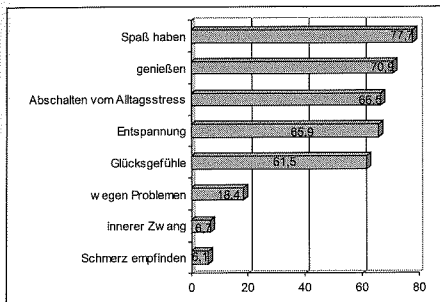
Mit Blick auf die **Konsumhäufigkeit** der hauptsächlich konsumierten illegalen Drogen gab ein Drittel der befragten Personen (32,5 %) an, in einem 30-Tages-Zeitraum an bis zu sieben Tagen Drogen konsumiert zu haben. Zwei Fünftel hatten an acht bis 25 Tagen und immerhin 28,4 % täglich konsumiert. Hinweise auf einen möglicherweise problematischen Konsum liefert der Anteil derjenigen, die in kurzer Zeit mehrere illegale Drogen konsumiert hatten, bzw. derjenigen, die einen regelmäßigen (täglich) Konsum illegaler Drogen aufwiesen.

Wie Abb. 4 zeigt, gaben die Befragten vor allem hedonistische **Gründe** wie „Spaß haben“, „genießen“ bzw. stimmungsgeregulierende Gründe z.B. „Entspannung“ und „Glücksgefühle“ für ihren Drogenkonsum an. Zwei Drittel der Befragten diente der Konsum aber auch zur Bewältigung von Alltagssituationen („Abschalten vom Alltagsstress“). Ähnlich fallen die Ergebnisse einer Befragung aus, die SCHROERS und SCHNEIDER (1998) in der Partyszene durchgeführt haben. Auch dort war der Konsum vor allem hedonistisch und stimmungsgeregulierend motiviert, wobei settingbezogenen Motiven wie „tanzen“ und „Musik hören“ von den befragten Personen der Partyszene ein höherer Stellenwert eingeräumt wurde als von den Teilnehmern des Modellprogramms. Und auch in einer repräsentativen Studie zum Drogenkonsum Potsdamer Jugendlicher (BENDEL u.a. 2002) streben Jugendliche den Drogenkonsum vor allem wegen seiner stimmungsgeregulierenden Faktoren wie bspw. „bin ich lockerer“ (56,7 % der Befragten) und „kann ich besser ab-



schalten“ (27 %) an. Problembezogene Gründe wie z.B. „Schmerz empfinden“, „innerer Zwang“ sowie „wegen Problemen“ spielten für die Befragten demgegenüber eine nachgeordnete Rolle. Insgesamt korrespondieren die Angaben der Teilnehmer zu ihren Konsummotiven mit den Einschätzungen der Teilnehmer zu ihrem Drogenkonsum, den sie weit überwiegend als nicht problematisch erlebten.

Abb. 4: Ausgewählte Konsummotive



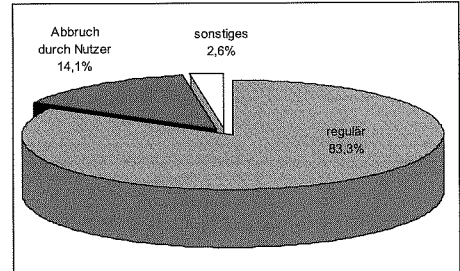
Ganz überwiegend hatten die befragten Personen bisher keine Hilfen im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum **in Anspruch genommen** (89 %). Teilnehmer/innen mit geringem Konsum hatten vor ihrer Teilnahme am Modellangebot deutlich seltener sucht-spezifische bzw. psychosoziale Hilfen in Anspruch genommen als Teilnehmer mit einem täglichen Konsum. Immerhin hatte jeder fünfte Teilnehmer mit täglichem Konsum bereits 1 Mal Hilfen im Zusammenhang mit seinem Drogenkonsum und jeder Dritte in dieser Personengruppe bereits 1 Mal psychosoziale Hilfen (z.B. Jugendamt, Erziehungsberatung) in Anspruch genommen.

### 3 Ergebnisse der Interventionen

Von den 514 Personen, denen im In-Take-Gespräch eine Kursteilnahme empfohlen wurde, haben 446 (86,7 %) an den Kursen teilgenommen. Abb.5 zeigt die Art der Kursbeendigung von 430 Teilnehmenden.

an den Kursen teilgenommen. Abb.5 zeigt die Art der Kursbeendigung von 430 Teilnehmenden.

Abb. 5: Art der Kursbeendigung (N=430)

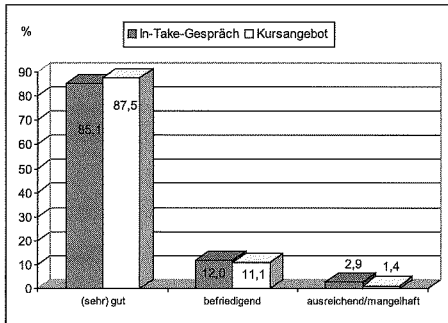


Immerhin gut vier Fünftel der Teilnehmer/innen (83,3 %) haben das Kursangebot **regulär abgeschlossen**, was vor dem Hintergrund der überwiegenden Freiwilligkeit der Teilnahme und der Altersstruktur der Teilnehmer als ein gutes Ergebnis zu bewerten ist. Nur jeder sechste Teilnehmer beendete den Kurs vorzeitig. In 14,1 % der Fälle erfolgte ein Abbruch durch den Teilnehmer, meist ohne Begründung. Wurden Gründe angegeben, standen sie meist im Zusammenhang mit Krankheit, Zeitproblemen und Einstellung des Verfahrens. In 15 Fällen erfolgte aus dem Kurs heraus eine Weitervermittlung von Teilnehmern an eine Drogenberatungsstelle.

Nach Abschluss des Kurses wollen zwei Drittel der Teilnehmer ihren Drogenkonsum verändern. Die **Änderungsabsichten** zielen dabei mehrheitlich auf eine generelle Reduzierung von Konsummenge bzw. -häufigkeit oder die Verringerung des Konsums bestimmter Drogen (z.B. Ecstasy, LSD). Zudem nahmen sich einige Jugendliche vor, bestimmte Gebrauchsregeln (z.B. „nur noch an Wochenenden“, „nicht mehr in der WG“, „Kiffen als Belohnung nach Verpflichtungen“) beim Drogenkonsum zu beachten.

Mit den Kursinhalten und der Durchführung war die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer (sehr) **zufrieden**. In-Take-Gespräch und Kursangebot wurden abschließend - wie in der folgenden Abb. dargestellt - bewertet.

Abb. 6: Bewertung des FreD-Angebots (N=343)



In-Take-Gespräch und Kursangebot werden von einer deutlichen Mehrheit der Teilnehmer mit (sehr) gut bewertet. Lediglich ein kleiner Teil der Teilnehmer beurteilt das In-Take-Gespräch mit ausreichend bzw. mangelhaft. Als weiterer Qualitätshinweis auf das FreD-Angebot kann auch dienen, dass 74,9 % der Teilnehmer das Angebot weiterempfehlen können.

Die Teilnehmer waren mit dem Modellangebot hinsichtlich Inhalt und Durchführung in hohem Maße zufrieden. Offensichtlich haben zentrale Merkmale des Modellangebots wie bspw. Partizipation, Teilnehmerorientierung, Gruppencharakter des Angebots sowie klare Durchführungsstruktur und der begrenzte zeitliche Rahmen dazu beigetragen, dass das Angebot die Gütekriterien „jugendweltadäquat“ und „wirksam und hilfreich“ (vgl. SCHMIDT u. BROEKMANN 2001) erfüllen konnte.

Im Rahmen einer schriftlichen **Nachbefragung** (Rücklaufquote 42,3 %) gaben - nach ca. einem halben Jahr -

die Befragten an, dass das FreD-Angebot auch im Nachhinein für sie (eher) wichtig war (70,6 %) und sie mit dem Angebot weiterhin (eher) zufrieden sind (94,4 %). Rund zwei Drittel (67,5 %) der Befragten gaben an, dass sich ihre **Einstellung zum Konsum illegaler Drogen** durch die Teilnahme am Modellangebot verändert hat. Die Einstellungsänderung zeigt sich für die Befragten u.a. im Konsumverzicht, in der Reduktion der Menge bzw. der Konsumhäufigkeit sowie in einer kritischen Reflexion des Konsumverhaltens. Gut die Hälfte (51,1 %) der Befragten gab an, noch einmal illegale Drogen konsumiert zu haben. Erneut strafrechtlich auffällig waren im Nachbefragungszeitraum lediglich 4,9 % der befragten Personen.

#### 4 Abschließende Bemerkung

Im Modellprogramm FreD wurde ein suchtpreventives Angebot für junge Drogenkonsumenten erprobt. Dabei wurde ein spezifischer Zugangsweg über die polizeiliche Erstauffälligkeit gewählt. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass dort, wo Personen der Zielgruppe den Kontakt zum FreD-Angebot aufgenommen haben, das Angebot erfolgreich durchgeführt werden konnte. Dabei wirkt das Angebot unabhängig davon, ob Teilnehmer/innen freiwillig oder nach Weisung daran teilnehmen. Experten konstatieren einen verstärkten Bedarf nach suchtpreventiven Angeboten, insbesondere, wenn diese an krisenhaften Situationen ansetzen. Im Interesse einer möglichst frühen Intervention sollten deshalb weitere Zugangsmöglichkeiten wie z.B. Schule, Betrieb, Arztpraxen und Krankenhäuser verstärkt genutzt werden.

## Literatur

BENDEL, Th. u.a. 2002

Repräsentativstudie zum Drogenkonsum Potsdamer Jugendlicher, Potsdam.

BZgA 2001

Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Köln.

SCHMIDT, B., BROEKMANN, A. 2001

Unterstützungsleistungen für drogenkonsumierende Jugendliche: Mitmachen und gewinnen. In: neue praxis, 1/2001, S. 514 - 522.

SCHROERS, A., SCHNEIDER, W. 1998

Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting - Forschungsbericht, indro e.V. u. Ginko e.V. (Hrsg.), Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 20, Berlin.

WELSCH, K. 2001

Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland. In: Sucht 47 Jg., Sonderheft 3, Dezember 2001.

WELSCH, K. 2002

Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. In: Sucht 48 Jg., Sonderheft 1, Dezember 2002.

WITTCHEN, H.U., LIEB, R. 2000

Vulnerabilität- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Schlussbericht zum Forschungsvorhaben, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, München.

# *Die juristischen Rahmenbedingungen von FreD*

**Karl-Rudolf Winkler**

Leitender Oberstaatsanwalt  
Generalstaatsanwaltschaft Koblenz  
Koblenz

Die Namensgebung des Modellversuchs „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ legt es nahe, dass er auch eine juristische Komponente hat. Auffälligkeit klingt nach Normverstoß und Intervention nach staatlichem Eingriff. Damit nähert man sich bereits der Frage, welchen präventiven Ansatz man aus strafrechtlicher Sicht mit FreD verbindet. Strafrecht ist primär repressiv definiert, reagiert auf Delinquenz mit Strafdrohung und Strafe und ist damit nicht ohne weiteres ein Instrument der Prophylaxe. Allerdings verfolgt es - wie auch das Bundesverfassungsgericht hervorgehoben hat - auch präventive Ziele. Der generalpräventive Ansatz einer abstrakten Strafdrohung zielt auf Verbrechensverhinderung, der spezialpräventive dagegen auf den Schutz der Bevölkerung und die Besserung des Straftäters. All das wird natürlich vor allem von Verhängung und Vollzug von Strafe erwartet, die es aus präventiver Sicht aber eigentlich zu vermeiden gilt.

Das heißt aber nicht, dass das Strafrecht nicht auch präventive Effekte haben kann, die legitimerweise auch konkret angesteuert werden dürfen. So steht das Jugendstrafrecht umfassend und in allen seinen Facetten unter einem pädagogischen Anspruch und bekennt sich damit vor allem anderen zu einer präventiven Zielsetzung. Im Betäubungsmittelstrafrecht, das den Orientierungsrahmen für FreD geben soll, finden sich immerhin Maximen wie „Therapie statt Strafe“ oder doch „Therapie statt Strafvollstreckung“. Sie lassen erkennen, dass Repression keinen unüberwindlichen Vorrang vor Behandlung beanspruchen muss, sondern gerade umgekehrt zurücktreten kann, wenn die Behandlung eines abhängig gewordenen Straftäters grö-

ßere Chancen auf seine Reintegration bietet. Die hiervon betroffenen Personen sind aber nicht diejenigen, denen FreD ein Angebot machen will. Bei ihnen ist schon die letzte Stufe einer als präventive Leiter gedachten Skala erreicht. Man kann das als Tertiärprävention bezeichnen, während ein sekundärpräventiv wirksames Konzept wie FreD wesentlich früher eingreift; nämlich bereits dann, wenn Primärprävention als Grundstufe nicht ausreichend gegriffen hat und es bereits zu einem oder mehreren Drogenkontakten gekommen ist, Abhängigkeit sich aber noch nicht ausgebildet hat.

FreD wendet sich daher in einer hochselektiven Auswahl an Drogenkonsumenten, die erstmals polizeilich auffällig geworden sind. Sie sehen sich - jedenfalls wegen ihres Drogenkonsums - zum ersten Mal mit Strafverfolgung konfrontiert. Manch einen von ihnen wird das sogar wundern, weil die Fehlvorstellung immer noch verbreitet zu beobachten ist, Cannabiskonsum sei nicht strafbar. Das aber ist nur insoweit richtig, als der schlichte Gebrauch als solcher nicht mit Strafe bedroht ist. Strafbar ist aber auch nach der bekannten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9.3.1994 der Erwerb oder Besitz selbst kleiner Mengen des Rauschmittels. In praktisch allen Fällen wird der Konsument das Cannabis vor dem Konsum besessen haben, weil er die Möglichkeit hatte, über das Mittel nach eigenem Belieben zu verfügen. In § 29 Abs. 1 BtMG ist das ebenso mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bedroht wie der Erwerb der Droge, sei es im Wege des Kaufes oder sogar der Schenkung. Dem Vorwurf einer Straftat sieht sich daher jeder ausgesetzt, der wegen Drogenkonsums aufgefallen ist.

Von diesem Moment der Auffälligkeit an sieht sich der Drogenkonsument bestimmten Zwangsläufigkeiten der Strafverfolgung ausgesetzt. Das sog. Legalitätsprinzip zwingt die Staatsanwaltschaft zum Einschreiten gegen jede festgestellte Straftat. Das diesem Prinzip nachgeordnete Opportunitätsprinzip gestattet allerdings, insbesondere bei Bagatelldelikten, Ausnahmen, die indessen allein verfahrenswirtschaftliche Ziele verfolgen und von denen noch zu reden sein wird. Jeder einzelne Fall muss deshalb ausnahmslos von der Polizei an die Staatsanwaltschaft gemeldet werden. Nur diese ist befugt, zu entscheiden, wie es weitergeht. Daraus folgt, dass die Polizei einen Aktenvorgang anlegen muss, aus dem sich der Sachverhalt möglichst präzise ergibt. Dazu gehört selbstverständlich auch das, was der in Verdacht Geratene selbst dazu vorbringen möchte. Ihm wird daher das sog. „rechtliche Gehör“ gewährt, indem ihm der Tatvorwurf eröffnet und Gelegenheit gegeben wird, sich gegen den Vorwurf zu verteidigen. Schon das ist kein informeller Akt, sondern eine wesentliche Verfahrensförmlichkeit, die in einem Protokoll festgehalten wird. Nicht selten entscheidet sich an genau dieser Stelle der weitere Fortgang der Sache. Auch hierauf wird zurückzukommen sein.

Nach der vorgeschriebenen Vorlage der Akte an die Staatsanwaltschaft wird das Verfahren dort registriert und dem Staatsanwalt zum weiteren Befinden vorgelegt. Er entscheidet darüber, ob weitere Ermittlungen nötig sind oder ob das Verfahren abgeschlossen werden kann. Die abschließende Entscheidung kennt nur zwei Varianten: Erhebung der öffentlichen Klage oder Einstellung des Verfahrens. Lässt sich ein Tatverdacht nicht aufrechterhalten,

wird das Verfahren schon deshalb endgültig eingestellt. Erscheint der Tatvorwurf dagegen nachweisbar und kommt deshalb eine Anklageerhebung in Betracht, muss er zunächst gewichtet werden. Jetzt kommt die Kernaussage der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Tragen, wonach die Strafverfolgungsbehörden gehalten sind, bestimmte Konsumentendelikte nicht zur Anklage zu bringen. Zentrale Vorschrift hierfür ist § 31a BtMG, die es gestattet, das Verfahren trotz des Tatnachweises einzustellen, wenn sich die Tat auf eine geringe Menge des Betäubungsmittels zum eigenen Bedarf bezogen hat, wenn das Verschulden als gering erscheint und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu darauf hingewiesen, dass diese Vorschrift bei Vorliegen der Voraussetzungen regelmäßig angewendet werden soll, wenn die Tat nicht mit einer Fremdgefährdung einherging, wie dies etwa beim öffentlichen Konsum in einem Jugendzentrum der Fall wäre. Dann nämlich würde das öffentliche Interesse eine Ahndung der Tat erfordern.

Schon das Bundesverfassungsgericht hat moniert, die Anwendung von § 31a BtMG müsse in den einzelnen Bundesländern einheitlich sein. Das aber konnte bis heute nicht erreicht werden. Nach wie vor sind sich die Länder nicht darüber einig, was eine „geringe Menge“ ist, so dass es mir an dieser Stelle noch nicht einmal möglich ist, einen einheitlichen Richtwert zu benennen. Auch hier wiederhole ich, dass ich die Unfähigkeit der Justizminister zu einer Einigung darüber, was eine Bagatelle ist, als Skandal empfinde. Immerhin aber wird es sich um eine Menge handeln müssen,

die bei nur wenigen Gelegenheiten üblicherweise verbraucht ist.

Bei Jugendlichen und ggf. auch bei Heranwachsenden bis 21 Jahren sind die Möglichkeiten, das Verfahren ohne Anklageerhebung zu beenden, breiter gefächert. Hier gibt es die inzwischen fest im Justizalltag etablierte Möglichkeit der Diversion nach § 45 JGG. Sie setzt vor dem Hintergrund des Verfahrensdrucks auf erzieherische Einflussnahme, vermeidet einen gerichtlichen Schuldspruch und damit die Stigmatisierung wegen einer an sich nur geringfügigen Normverletzung. Auch hier spielt das „geringe Verschulden“ eine Rolle, weil es dem Staatsanwalt die Möglichkeit gibt, ohne Beteiligung des Richters und ohne weiteres die Akte zu schließen. Sieht er aber ungeachtet geringen Verschuldens erzieherischen Nachholbedarf, der noch befriedigt werden muss, um eine günstige Sozialprognose auch ohne gerichtliche Verurteilung zu rechtfertigen, hängt die Verfahrenseinstellung von der Durchführung erzieherischer Maßnahmen ab. Sie können, falls sie nicht schon erfolgt sind, vom Staatsanwalt eingeleitet werden, wobei die Einbindung der Jugendgerichtshilfe eine zentrale Rolle spielt. Was eine ausreichende und Erfolg versprechende erzieherische Maßnahme ist, unterliegt einem recht weiten Ermessen. Je näher sie an die Wurzel der sozialen Auffälligkeit gelangt, desto geeigneter wird sie sein. Ist Drogenkonsum das Symptom einer Störung, dürfen Maßnahmen favorisiert werden, die den Konsumenten zu einer inneren Auseinandersetzung mit den damit einhergehenden Problemen und möglichst auch zur Verhaltensänderung veranlassen. Das Angebot von FreD ist hierfür geradezu maßgeschneidert. Bei Erwachsenen besteht eine ver-

gleichbare Möglichkeit aber leider nicht.

Die Freiwilligkeitsmaxime, die FreD zugrunde liegt, lässt Spielraum für das JGG und die dort mögliche erzieherische Weisung, an einem präventiv ausgerichteten Kurs teilzunehmen und die Teilnahme nachzuweisen. Entweder hat der Jugendliche bei Aktenvorlage an die Staatsanwaltschaft bereits freiwillig an dem Kurs teilgenommen, so dass es keiner Weiterungen mehr bedarf, oder aber es wird ihm nach § 45 Abs. 2 JGG die Möglichkeit gegeben, das nachzuholen, bevor das Verfahren eingestellt wird.

§ 31a BtMG räumt dem Staatsanwalt solche pädagogisch orientierten Reaktionsmittel nicht ein und ist allein auf die Verfahrensvereinfachung ausgerichtet. Hier entfaltet die freiwillige Teilnahme an FreD eine eher geringe unmittelbare Wirkung. Sie kann aber in Zweifelsfällen einen wichtigen Hilfsaspekt für die Verneinung eines öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung darstellen. Die mit FreD gemachten Erfahrungen könnten aber durchaus ein Anstoß für den Gesetzgeber sein, hier eine gesetzliche Korrektur anzubringen, damit die Verschwendung von Interventionschancen ein Ende hat.

Auf anderer Rechtsgrundlage ist allerdings auch bei Erwachsenen eine Weisung zulässig, an einem FreD-Kurs teilzunehmen. Bei Annahme nur geringer Schuld kann bei einem Vergehen, das nicht nach § 31a BtMG abschließend behandelt werden soll, nach § 153a Abs. 1 StPO eine entsprechende Anordnung zur Beseitigung des öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung getroffen werden, von deren Erfüllung die Verfahrenseinstellung abhängig ist. Im Misserfolgs-

fall m  
Anklag  
quenz  
likt ab

Kehre  
dem z  
Hier  
Ganze  
die F  
schlie  
fen. S  
zei au  
chen  
Staat  
ende  
wicht  
zu. S  
Betre  
len u  
stufe  
geda  
von  
kann  
tion  
vorg  
liche  
Betr  
finde  
nach  
es g  
läss  
ten  
Fre  
sen  
verl  
Bis  
Kap  
tion  
der  
geb  
fah  
dig  
un  
jus  
Vis  
sat  
da

fall muss dann aber in aller Regel Anklage erhoben werden, eine Konsequenz, die man bei einem Bagatelldelikt aber lieber vermeiden möchte.

Kehren wir noch einmal kurz zurück zu dem Zeitpunkt der Polizeiauffälligkeit. Hier findet die Schlüsselszene des Ganzen statt. Wie schon betont, kann die Polizei eine das Verfahren abschließende Entscheidung nicht treffen. Selbstverständlich kann die Polizei auch keine Zusagen darüber machen, mit welcher Entschließung die Staatsanwaltschaft das Verfahren beendet. Gleichwohl kommt ihr eine wichtige Rolle im Konzept von FreD zu. Sie stellt aber nicht nur fest, ob der Betreffende zum ersten Mal aufgefallen und lediglich als Konsument einzustufen ist, weil FreD nicht für Personen gedacht ist, die an der Weitergabe von Drogen beteiligt waren. Sie allein kann nämlich die entstandene Situation z.B. im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Gewährung rechtlichen Gehörs dafür nutzen, dass der Betroffene möglichst frühzeitig Anlass findet, über eine Verhaltensänderung nachzudenken. Betroffene und - wo es gesetzlich vorgeschrieben oder zulässig ist - ihre Erziehungsberechtigten können mit dem Angebot von FreD bekannt gemacht werden, dessen Annahme im weiteren Verfahrensverlauf dann eine Rolle spielen kann. Bislang wurde versäumt, präventives Kapital aus dieser besonderen Situation zu schlagen. Allein Erwägungen der Verfahrensökonomie waren maßgeblich für die Abwicklung eines Verfahrens, in dem ein an sich offenkundiger Beratungsbedarf unbeachtet und unbefriedigt blieb. Diese Lücke im justitiellen Repertoire hat FreD im Visier. Die Justiz sollte für diesen Ansatz einer frühen Rückfallprophylaxe dankbar sein.



*RISIKOKOMPETENTE PRÄVENTION –  
Voraussetzung und Wegbegleiter für  
Jugendliche, Rausch- und Risiko-  
balance zu entwickeln*

**Gerald Koller**

Büro Vital

Steyr

## 1 Zur Ausgangslage

Die stetig steigende Anzahl jugendlicher Konsument/innen illegaler Substanzen, wie sie Studien, wie jene von WITTCHEN und LIEB, aufzeigen, verweist auf ein sich diesbezüglich verdünnendes Unrechtsempfinden immer größerer Personengruppen. Noch bedeutsamer ist jedoch der Umstand, dass durch die hier beschriebene Dynamik zunehmende Alltagsnähe von Drogenkonsum und Rauscherfahrungen eine lange Zeit unhinterfragte, aber populäre Grundannahme der Suchthilfe obsolet geworden ist: Menschen greifen nicht nur zu Drogen, weil sie damit psychischen und sozialen Problemen kurzzeitig entfliehen wollen oder Selbstheilung anstreben, sondern weil die Rauscherfahrung Genuss, Selbstentgrenzung, community und fun verspricht!

Diesen Umstand muss Prävention ebenso wahrnehmen wie die Notwendigkeit des Gesprächs über all das, was Menschen im Rausch so tun: Erlösung, Abenteuer, Geborgenheit, andere Wirklichkeiten, die über den gesellschaftlich definierten Rahmen hinausführen, schließlich Initiation.

Das hier vorgestellte „risreflecting-Konzept“ versteht sich als Beitrag zu einer risikokompetenten Prävention, die nicht nur Risiken definiert, sondern das Risiko an sich als wesentliche Entwicklungssehnsucht des Menschen begreift.

Unter **Rausch** wird hier eine prozesshafte Veränderung sinnlicher und sozialer Wahrnehmung hinsichtlich Eindrücken, Emotionen, Grenzen und Konventionen verstanden.

**Risiko** meint die Verbindung von Ungewissheit und Bedeutsamkeit, die mit einem Ereignis einhergeht und zur

Auseinandersetzung mit ihm und seinen Folgen auffordert.

## 2 Gesellschaftliche Polaritäten...

Rausch und Risiko sind in unserer Gesellschaft höchst ambivalent gebrauchte Begriffe: auf der einen Seite werden sie als mögliche Gefährdung für die menschliche Stabilität und Gesundheit problematisiert bzw. moralisch verworfen – auf der anderen Seite von politischen, wirtschaftlichen und sozialen Kräften als wichtige Faktoren in p.r. und der Inszenierung von sozialen Events erkannt und eingesetzt. So ist insbesondere der Freizeitbereich junger Menschen als rauschhaftes „no risk-no fun“-Patchwork komponiert.

Philosophen und Lernpsychologen fordern überdies vermehrt Risikobereitschaft, die erst Lernen und Wertentwicklungen ermöglicht. Und die globale Wirtschaft erwartet sie als Grundtugend des gegenwärtigen und zukünftigen Arbeitsalltags.

## 3 ...und pädagogische Konsequenzen

Wie auch immer: Das Bedürfnis nach Risikosituationen und rauschhaften Erfahrungen ist im Menschen verankert, ihm wird täglich millionenfach auf verschiedenste Weise nachgegangen. Dies ruft nach Auseinandersetzung und Kultivierung.

Hier steht die präventive Jugendarbeit, die die Negativ-Wirkungen all dieser Sehnsüchte einzuschränken hat, im Dilemma einer Tradition, die seit etwa 200 Jahren das Kind mit dem Bade ausschüttet: Im Kampf gegen problematische Auswirkungen, die keineswegs zwingend sind, werden auch die

ihnen zugrundeliegenden Bedürfnisse problematisiert und oftmals bekämpft.

Mit diesem Versuch der Minimierung von Risiko- und Rauschsituationen wird aber Prävention zunehmend als weltfremd erlebt. Pädagogik, die Rausch und Risiko ausschließlich mit Gefahren und Tod assoziiert, hilft Menschen nicht, Kommunikation zwischen ihrem Lebensalltag und ihren außeralltäglichen Sehnsüchten und Erfahrungen aufzubauen. Sie spaltet vielmehr in zwei Bewusstseinsbereiche: ein von Kontrollmoral besetztes „Über-Ich“ und ein triebhaftes „Es“; für das mit Schuldgefühlen erlebte „Es“ wird fortan keine Verantwortung übernommen („Ich weiß nicht, was ich gestern gesagt habe – ich war ja betrunken“).

Da Maßnahmen insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit nur dann erfolgversprechend sind, wenn sie lebenswelt-orientiert geplant und durchgeführt werden, folgern Expert/innen in diesem Arbeitsgebiet vermehrt, dass die hier beschriebenen Phänomene aus dem Problemzirkel herausgelöst und als grundlegende menschliche Verhaltens- und Erfahrungsräume betrachtet werden müssen. So ist es für eine effiziente Gesundheitsförderung nicht zuträglich, wenn das Phänomen „Rausch“ mit dem zwangs- und abhängigkeitsorientierten Phänomen „Sucht“ assoziiert wird: Die Verknüpfung zweier unterschiedlicher Phänomene ist weder einem fachlichen Diskurs noch einer differenzierten Umsetzung im Arbeitsalltag von Nutzen.

#### 4 Ein neues pädagogisches Kommunikationsmodell

Im internationalen Diskurs zeigt sich daher die Tendenz, statt der Minimierung von Rausch- und Risikosituationen

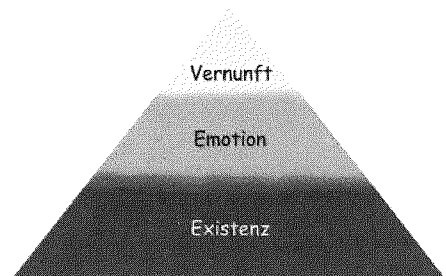
eine **Optimierung** des Verhaltens zu erreichen.

Dazu bedarf es der Entwicklung

- persönlicher Kompetenzen,
- offener Kommunikationsformen über Erfahrungen und Erlebnisse,
- und gesellschaftlicher Integrationsformen sowie der Kultivierung des Diskurses.

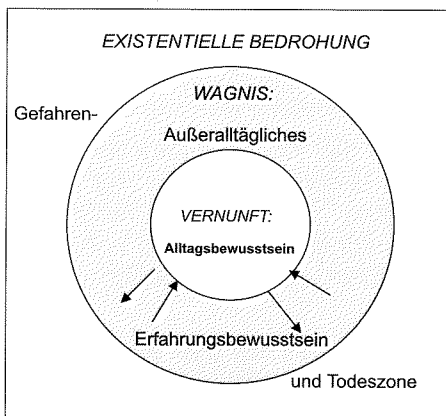
Der diesbezügliche Forschungs- und Handlungsansatz findet in Europa vermehrt praktische Anwendung und wird mit dem Begriff **RISFLECTING®** beschrieben. Risflecting greift die aktuellen Ergebnisse der Gehirnforschung auf, die besagen, dass das menschliche Gehirn in drei evolutionären Phasen entstanden ist:

- Das sogenannte Reptiliengehirn mit Hirnstamm und Kleinhirn, das für die Sicherung der existenziellen Funktionen und Emotionen zuständig ist.
- Das ältere Säugetiergehirn (sogenanntes „Pferdegehirn“) mit Hippocampus und Amygdala, das Erinnerungen an Gefühle und Orte und somit die soziale Dimension unseres Lebens steuert.
- Und das jüngere Säugetiergehirn, die Großhirnrinde: Die hier angelegten Funktionen ermöglichen Sprache, Planung und komplexe Gefühle wie Selbstreflexion.



Da das lernende Gehirn neue Synapsen zwischen den Neuronen nur in freudvoller Gestimmtheit, also bei Ausschüttung von Dopamin oder Serotonin, bildet, lassen neuropharmakologische Forschungsergebnisse darauf schließen, dass ein optimaler Umgang mit Rausch und Risiko nicht durch die Warnung vor den Gefahren, sondern durch den Aufbau einer kommunikativen Brücke zwischen alltäglicher Vernunft und dem Risikobereich in den gefühlssteuernden Zentren unseres Gehirns gewährleistet wird (vgl. HEPP, DUMAN, 2000).

Damit werden kulturgeschichtliche Erkenntnisse bestätigt, die besagen, dass Gesellschaften, die Risiko- und Rausch-Erfahrungen integrieren, diese Erfahrungen für das Individuum und die Gesellschaft nutzbar machen können – und damit auch Problem-entwicklungen vorbeugen: Das Wagnis, ein **RISIKO** einzugehen / Rausch zu erleben, wird durch Vor- und Nachbereitung, also durch **ReFLEKTion**, einschätzbar und in den Alltag integriert.



Die Pfeile deuten die Brückenfunktion von RISIFLECTING an.

Die hier dargestellten drei Erfahrungsbereiche menschlichen Lebens ent-

sprechen den o.g. Entwicklungsstufen und Aufgabenbereichen des menschlichen Gehirns:

- Überleben in der Gefahren- und Todeszone,
- Entwickeln von Gefühlen,
- Strukturieren durch Vernunft.

Die gesellschaftlich/pädagogische Reaktion auf Risiko- und Rauschbedürfnisse, dass diese nur durch Vernunftmaßnahmen kontrollierbar seien – ansonsten ausnahmslos der Weg in die Gefahren- und Todeszone führe, lässt Lern- und Kommunikationsmöglichkeiten im sozialen Gefühlsbereich unberücksichtigt.

Erst die Interaktion zwischen vernunftgeleitetem Alltag und selbstgewähltem Wagnis macht die Optimierung und Kultivierung von Rausch- und Risikoverhalten möglich. Diese Brücke will risiflecting bauen: Denn nur die Kommunikation zwischen beiden Bewusstseinsbereichen sichert die **VERANTWORTUNG** des Individuums und der Gesellschaft für Rausch- und Risikosituationen - statt der eher problemfördernden Bekämpfung derselben.

Auch in der pädagogischen Arbeit gilt:

Erst das Hereinholen des Rausch- und Risikohaften in die Nähe des Alltäglichen sichert

- a) die mögliche Auseinandersetzung mit ihm,
- b) den Kontakt mit den Zielgruppen (die präventive Maßnahmen nur allzu oft als moralische Verwerfung ihrer Rausch- und Risikosehnsüchte erlebt).

## 5 Risflecting® verfolgt folgende Ziele:

- Integration von Rausch- und Risikoerfahrungen auf persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Ebene,
- Nutzbarmachung dieser Erfahrungen für die Alltags- und Lebensgestaltung,
- Übernahme von Verantwortung für außeralltägliches Verhalten durch Rauschkultur und Risikokompetenz. Dies meint insbesondere die Vor- und Nachbereitung solcher Erfahrungen durch die bewusste Wahrnehmung und Gestaltung von Set (innerer Bereitschaft) und Setting (äußerem Umfeld).

Grundlagen des „risflecting-Ansatzes“ sind der empowerment-Ansatz der WHO, die flow-Forschung, Erkenntnisse der Psychoanalyse, der Gehirnforschung sowie sozial-ethnologischer Studien.

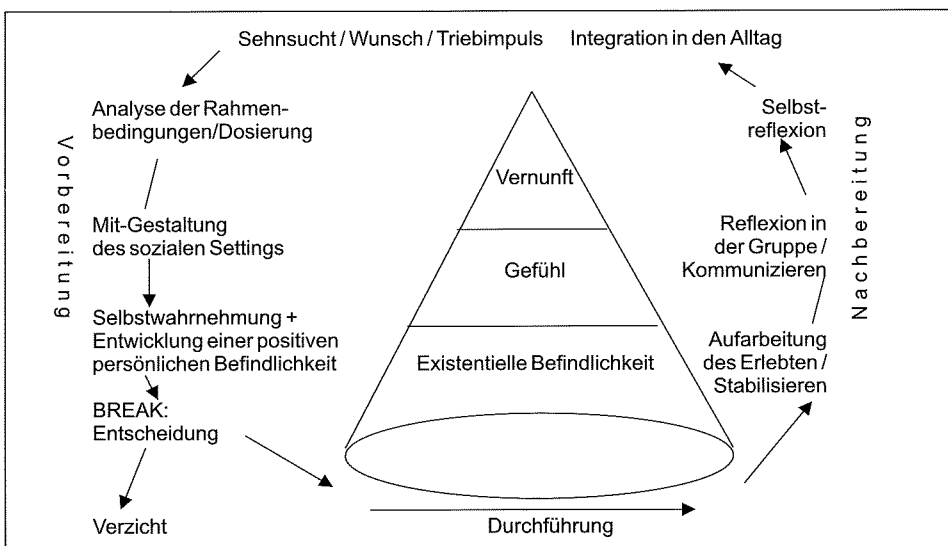
**Zielgruppen** von Risflecting sind nicht Problemkonsumenten von Substanzen und Missbraucher, nicht Personen und Gruppen mit exzessivem

Risikoverhalten. Solche Personen-Gruppen bedürfen sekundärpräventiver Hilfestellung und Maßnahmen der harm reduction.

Risflecting zielt vielmehr darauf ab, jener großen Gruppe von Personen, die Risikosituationen unbewusst eingehen und Rauscherfahrungen konsumieren, bewusste Kultivierungsmöglichkeiten durch Diskurs, Projekte und Beziehungsarbeit anzubieten.

Da Risikoverhalten je nach persönlicher Vorliebe und sozialem Setting variiert, sind Risikotypen als durchgängige Handlungsstrategie nicht eindeutig diagnostizierbar – wir haben es in unserem pädagogischen Handeln also immer mit einer Melange verschiedener Handlungsdynamiken und Einflussfaktoren zu tun. Hier strebt risflecting **Balance** an: So brauchen in mancher Situation die einen mehr Risikobereitschaft, die anderen wiederum Hilfestellung durch Begrenzung derselben.

In der präventiven Jugendarbeit setzt also Risflecting gemäß den oben dargestellten Grafiken wie folgt an:



Ziel von risflecting ist also die Optimierung folgender Handlungsressourcen:

- **soziale Kompetenzen**

Auf individueller wie sozialer Ebene sind damit folgende 3 Kultivierungsinstrumente gemeint:

- die offene Diskussion über Rausch- und Risikoerfahrungen, -sehnsüchte und -strategien,
- soziale Wahrnehmung, wie sie das dänische Präventionsprogramm „look at your friends“ auf zweifache Weise fokussiert: „Schau, wer deine Freunde sind – und schaut aufeinander, wenn ihr gemeinsam unterwegs seid.“
- Entwicklung stabiler nachhaltiger sozialer Netze und Strukturen in allen gesellschaftlichen Settings, die Begleitung und Lernraum anbieten können.

- **break**

Die Kompetenz, vor dem Eingehen auf eine Risikosituation kurz inne zu halten – und innere Bereitschaft, psychische und physische Verfassung, sowie soziale und Umweltfaktoren miteinander in Abstimmung zu bringen, bevor die Entscheidung zur Handlung getroffen wird – wird BREAK genannt. Dieser – mitunter durchaus kurze – Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozess ist weniger kognitiver als emotionaler Natur – zumal auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers wichtige Voraussetzung für diese Kompetenz ist.

- **Reflexion**

Außeralltägliche Erfahrungen bedürfen der Reflexion auf individueller und sozialer Ebene, um nach-

haltig wirken zu können und für den Alltag nutzbar zu sein. Erst die Integration in das alltägliche Leben – auch im Sinne einer gesundheitsfördernden „Kultur der Balance“ – beugt Fluchttendenzen und moralischen Bewusstseinsspaltungen (wie sie beispielsweise den gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol bestimmen) vor.

Der deutsche Gehirnforscher Wolf SINGER hat herausgefunden, dass hormonell gesteuerte vereinheitlichende neuronale Oszillationen im Schwingungsbereich von 40 Hz die größtmögliche Zusammenbindung von Erfahrungen ermöglichen. Reflexionsfördernde Settings wie eine angenehme Gesprächsatmosphäre führen zur Entwicklung dieser Oszillationen (SINGER bei KLEIN, 2002). Somit muss also auch Reflexion nicht als rein kognitiver, sondern vielmehr als sozialer Akt verstanden werden, der einen Prozess positiver Gefühle auslöst und nachhaltiges Lernen ermöglicht.

### **Lebenskompetenzen als Voraussetzung für die Entwicklung von risflecting:**

Um Rausch- und Risikokompetenz zu entwickeln, bedarf es grundsätzlicher intellektueller, sozialer und emotionaler Fähigkeiten. Diese zu bilden ist Ziel allgemeiner Pädagogik, der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Hier bietet sich die Kooperation mit Fachkräften aus diesen Handlungsfeldern an. Der „Eisberg grundlegender Kompetenzen“ zeigt, dass die Fähigkeit, mit Rausch- und Risikosituationen umzugehen, als special skill die Spitze eines Eisbergs von generellen life skills ist, deren unspezifische Ausrichtung risflecting auf den Umgang

mit Rausch möchte:

So ist eine **petenz** wie die speziell flecting an gemeint, und ents konsumier psychoak allen Unte als auch Genuss- entwickel tungssys als ange zu wiede immer d zu imme schüttur des St sind in c mus zw ten ist t

Rausch  
Risiko

Kon

mit Rausch und Risiko fokussieren möchte:

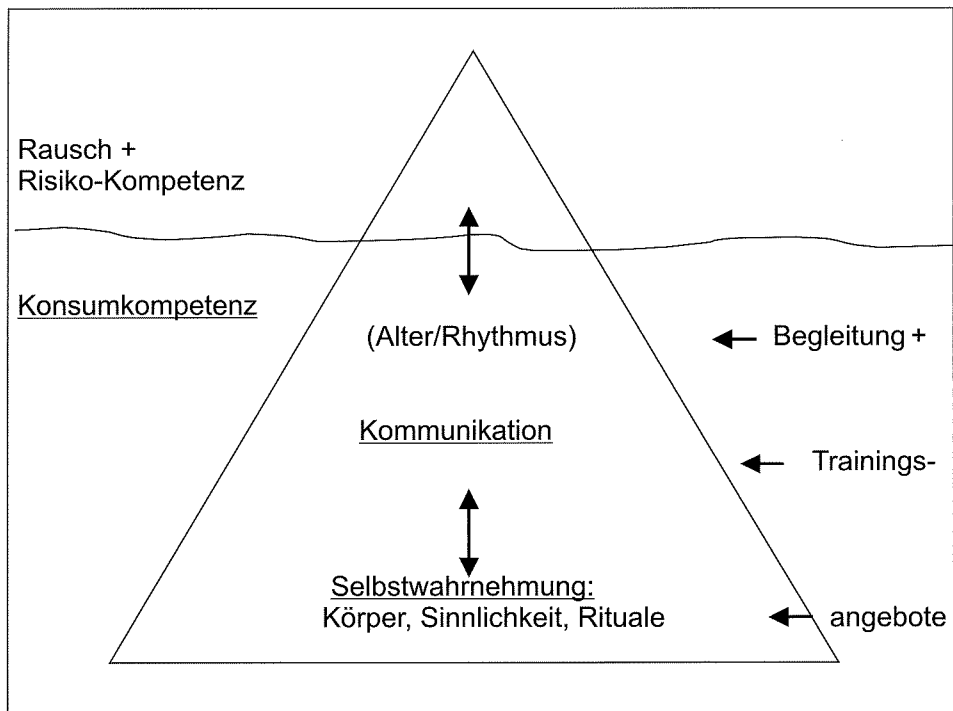
So ist eine allgemeine **Konsumkompetenz** wichtige Voraussetzung für die speziellen Kompetenzen, die riskant anstrebt – damit ist sowohl gemeint, altersgemäß Substanzen und entsprechende Quantitäten zu konsumieren (ein zu früher Konsum psychoaktiver Substanzen gilt nach allen Untersuchungen als schädigend) als auch einen Rhythmus zwischen Genuss- und Verzichtssituationen zu entwickeln: Der vom Dopamin-Erwartungssystem gesteuerte Lustimpuls, als angenehm empfundene Zustände zu wiederholen, führt, wenn er nur auf immer dieselbe Weise befriedigt wird, zu immer niedrigeren Endorphin-Ausschüttungen im linken Scheitellappen des Stirnhirns. Dosissteigerungen sind in der Regel die Folge. Der Rhythmus zwischen Genießen und Verzichten ist daher ein ebenso wesentliches

präventives Ziel wie auch die Entwicklung verschiedener Rausch- und Risikostrategien nach der alten Weisheit „Variatio delectat“ (vgl. auch das Klaviermodell nach KOLLER, 1994).

Die **Kommunikation** über Rausch- und Risikosituationen und -erfahrungen gelingt nur dann, wenn in allen Bereichen des Alltags Kommunikation trainiert und angewandt wird.

**Übung in Selbstwahrnehmung** ist eine wichtige Voraussetzung dafür, die eigene Befindlichkeit situativ und aktuell wahrzunehmen: Beginnend bei der sensiblen Wahrnehmung der körperlichen Befindlichkeit in Stress- und Entspannungssituationen über die Entwicklung einer adäquaten Sinnlichkeit auf allen Ebenen bis zur Integration von persönlichen und sozialen Ritualen, die das Alltägliche wie das Außeralltägliche strukturieren.

#### Der Eisberg der Kompetenzen:



## 6 Strukturelle Grundlagen als Voraussetzung für den Einsatz von risflecting:

Insbesondere die Risikotypen von GUZEI zeigen, dass risflecting nur gelingen kann, wenn der Alltag jener Menschen, die Rausch- und Risikoerfahrungen suchen, strukturell abgesichert ist. Wer keine Arbeit hat, obdachlos ist, wem es an Lebenssinn fehlt oder wer allgemein in gesundheitsschädigenden strukturellen Rahmenbedingungen lebt, läuft wesentlich häufiger Gefahr, Risikosituationen nicht aus dem Motiv der Erfahrungssuche oder des Genusses aufzusuchen, sondern als Kompensation, Flucht aus unerträglichen Lebensbedingungen oder im Sinne eines Selbstheilungsversuchs.

Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung sind also eine wichtige Voraussetzung dafür, dass risflecting greifen kann.

## 7 Die Praxis

Um die wissenschaftlichen Grundlagen für die Diskussion und Weiterführung der bisherigen Präventionsmaßnahmen im Jugendbereich durch Risflecting zu gewährleisten, wurde ein Pool für Risflecting -Strategien entwickelt, in dem Entscheidungsträger und Praktiker/innen Forschungsergebnisse, Bildungsmaßnahmen und Praxisprojekte austauschen und weiterentwickeln.

→ Die Projekte sollen

- den Begriff „Wagnis“ positiv einführen und den Begriff „Sicherheit“ kritisch hinterfragen: es geht um bewusste Auseinandersetzung, Kultivierung und Balance zwischen Risiko und Reflexion;

- einen Prozess von der Bewahrungs- zur Bewährungspädagogik einleiten;
- einen gesellschaftspolitischen Diskurs einleiten: von der Entprivatisierung und Delegation des Risikos zur Eigenverantwortung.
- den Missbrauch von Rausch- und Risikoerfahrungen für wirtschaftliche oder politische Zwecke kritisch beleuchten;
- Rausch- und Risikoerfahrungen als Mittel für persönliches Wachstum und gesellschaftliche Veränderung integrieren und weiterentwickeln.

An konkreten Praxisprojekten wurden bislang umgesetzt (beispielhafte Nennungen – detaillierte und weitere Beschreibungen unter [www.risflecting.at](http://www.risflecting.at)):

- Jugendcafé SERVAS: Ein Jugendzentrum bietet qualitativ hochwertige alkoholische Getränke an. Die Jugendleiter/innen haben auch gastronomische Ausbildung und begleiten Jugendliche als Barkeeper bei ihren Alkoholerfahrungen.
- OBERTRUM RAUSCH FREI: Eine Landgemeinde setzt sich mit der Funktion von Rauscherfahrungen im Gemeindeleben auseinander.
- SHAKE YOUR BRAKE: Jugendliche können bei Großveranstaltungen ihre alkoholischen Longdrinks unter Anleitung selbst zubereiten.
- Rauschrituale in Jugendzentren.
- WAGNIS LEBEN: Initiationsrituale für 14-Jährige, die nach der Absolvierung seitens der Öffentlichkeit (Gemeinde, Stadtteil, Schule) neue Rechte zuerkannt bekommen.
- Peer leader als Vermittler von Rausch- und Risikokompetenz: In



den Großprojekten RISK+FUN (Training von peer leaders in Snowboardszenen, [www.risk-fun.com](http://www.risk-fun.com)) und B'RAUSCHEND (Qualifizierung der Festkultur im ländlichen Raum) werden peers und Multiplikator/innen nicht dazu ausgerüstet, als Rollenmodelle Risikoabstinenten, sondern Risikokompetenz in rauschhaften Erfahrungen zu vermitteln.

→ Ein weiterer zukünftiger Schwerpunkt von *risflecting*<sup>®</sup> ist die Auseinandersetzung mit Festen als Rausch- und Risikoräume (KOLLER, 2002) und die Entwicklung entsprechender Festkultur, die Vor- und Nachbereitung dieser Erfahrungen vorsieht.

## **8 Folgerungen für die präventive Arbeit**

- Der Diskurs über Rausch und Risiko kann nicht allein vernunftgeleitet geführt werden. Erst ein interaktives emotionales Geschehen sichert nachhaltige präventive Wirkungen.
- Diese tiefgreifende Nachhaltigkeit von Lernschritten über gewünschtes Verhalten hinaus wird – neuesten Erkenntnissen der Gehirnforschung zufolge – nur auf zweierlei Wegen gewährleistet: durch massive Krisen (wie z.B. die Erfahrung einer heißen Herdplatte in der Kindheit) – oder durch ein wohlwollendes und wohlthuendes Setting: das Gehirn lernt bei Ausschüttung von Dopamin und Serotonin im linken Scheitellappen, nicht aber in cortisolgesteuerten Stresssituationen, die (wer erinnert sich nicht an so manche Unterrichtsstunde) zu Lernblockaden führen.

- Im Rahmen aktuell durchgeführter qualitativer und quantitativer Erhebungen wurde deutlich, dass Jugendliche und Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe Anliegen, Ansätze und Sprache der Prävention oftmals nicht verstehen und als von ihrer Realität abgehoben empfinden. Alltagsnähe ist also angesagt. Neben dem komplexen Geschehen struktureller Maßnahmen sollten wir in der Kommunikation mit Jugendlichen nicht vergessen, zwei jahrtausendlang bewährte Hilfen zur Rausch- und Risikobalance anzubieten: „Nimm nichts – oder nicht viel, wenn Du schlecht drauf bist. Guter Rausch braucht gute Stimmung – und Zeit“ und: „Halt Ausschau nach Leuten, mit denen du deine Erfahrungen teilen kannst. Auch danach.“

- Die Vorbildrolle erwachsener Begleiter/innen ist nicht zu unterschätzen, wenn es um Rausch und Risiko geht. Hier ist Offenheit angesagt. Über Grenzziehungen, Informationen, pädagogische Appelle und Maßnahmen bzw. -regelungen hinaus schulden wir Kindern und Jugendlichen vor allem eine ernsthafte und aufmerksame Einführung in die Bereiche des Außeralltäglichen.

**Literatur auf die in diesem Artikel  
Bezug genommen wird:**

DUMAN, R. et al: Neuronal plasticity and survival in mood disorders, in: Biol. Psychiatry 48, 2000.

KLEIN, S.: Die Glücksformel, Reinbek bei Hamburg, 2002.

KOLLER, G.: ZuMutungen – ein Leitfaden zur Suchtvorbeugung für Theorie und Praxis, BMUJF, 3. Auflage, 1999

KOLLER, G.: Das Fest als Rausch- und Risikoraum, in: Feste feiern. Ausstellungsband zur OÖ. Landesausstellung Waldhausen 2002

ROLLS, E.: The brain and emotion, Oxford.

*Wie viel Freiheit braucht  
Suchtprävention – wie viel Zwang  
verträgt sie?*

**Dr. Alfred Uhl**

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht) und  
AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)  
beide am Anton-Proksch-Institut (API)  
Wien

## 1 Einleitung

Bevor ich mich dem Thema **„Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?“** annähere, möchte ich klären, was die zentralen Begriffe bedeuten – also was unter „Prävention“ zu verstehen ist und um wessen Freiheit es hier geht.

Der Ausdruck „Prävention“ wird im Alltag und in der wissenschaftlichen Literatur oft in einer Art und Weise verwendet, die suggeriert, dass völlig klar sei, was darunter zu verstehen sei. Bei einer kritischen Analyse des Sprachgebrauchs stellt man aber rasch fest, dass dem keinesfalls so ist. Ich werde daher einleitend auf unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Prävention“, dann auf einige grundlegende Fragen der angewandten Prävention und Präventionsforschung eingehen und danach erörtern, wie ich zur Freiheit in Zusammenhang mit Prävention stehe.

Als ich gebeten wurde, zum Thema meines Vortrags zu sprechen, fiel mir spontan nur die **„Freiheit der Zielpersonen“** ein, die sich für oder gegen die Vorgaben, Ziele und Methoden der Prophylaktiker mehr oder weniger frei entscheiden können. Dann bemerkte ich allerdings, dass das keinesfalls der einzige relevante Aspekt in diesem Zusammenhang ist. Es gibt komplementär dazu auch noch die **„Freiheit des Prophylaktikers“**, seine Methoden und Ziele frei

und unabhängig zu wählen und die **„Freiheit des Präventionsforschers“**, beliebige Forschungsdesigns zu entwerfen, die Daten auszuwerten und die Ergebnisse nach eigenem Gutdünken zu interpretieren. Ich werde mich in meinem Vortrag mit allen drei Aspekten auseinandersetzen.

## 2 Was bedeutet „Prävention“?

Das populäre Drei-Säulen-Modell der Suchtpolitik unterscheidet drei Bereiche, nämlich „Repression“, „Therapie“ und „Prävention“ – und den meisten Menschen ist intuitiv sofort klar, was damit gemeint ist. Hier wird Prävention eindeutig gegen Repression und Therapie abgegrenzt. Das impliziert, dass Prävention im Sinne des Drei-Säulen Modells eine nicht repressive Intervention an Personen ist, bei denen es (noch) keiner therapeutischen Intervention bedarf.

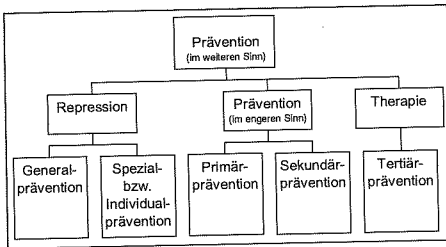
Sprachliche Verwirrung entsteht allerdings, wenn man weiter ins Detail geht; wenn man nämlich feststellt, dass Repression traditionellerweise in „Generalprävention“<sup>1)</sup> und „Spezial- bzw. Individualprävention“<sup>2)</sup> unterteilt wird, und dass Therapie häufig als „Tertiärprävention“<sup>3)</sup> bezeichnet wird, womit sowohl „Repression“ als auch „Therapie“ mit dem Begriff „Prävention“ assoziiert werden (Abb. 1)

<sup>1)</sup> „Generalprävention“ zielt auf die Allgemeinheit. „Negative Generalprävention“ bedeutet Abschreckung der Öffentlichkeit durch Bestrafung von Tätern. „Positive Generalprävention“ bedeutet Stabilisierung der Strafrechtsnorm und Schaffung von Vertrauen in der Öffentlichkeit in die Rechtsordnung.

<sup>2)</sup> „Spezial- oder Individualprävention“ zielt auf den Täter. „Negative Spezialprävention“ bedeutet Unschädlichmachen des Täters durch In Gewahrsam Nehmen und durch individuelle Abschreckung. „Positive Spezialprävention“ bedeutet Resozialisierung des Täters.

<sup>3)</sup> Diese Begrifflichkeit entspricht der in der Suchtforschung weit verbreiteten 3-stufigen Klassifikation in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, auf die in diesem Kapitel unter 2.1 (2) noch genauer eingegangen wird.

**Abb. 1: Einteilung von „Suchtprävention im umfassenden Sinn“**



Es ist ganz offensichtlich, dass zwei ganz unterschiedliche Präventionsbegriffe angesprochen werden, nämlich

- „Prävention im weiteren Sinn“ als Überbegriff über jegliches suchtpolitisches Handeln und
- „Prävention im engeren Sinn“ im Sinne „nicht repressiver Interventionen an Personen, bei denen (noch) keine therapeutische Intervention nötig ist“.

Ist schlicht von „Prävention“ die Rede, so ist in der Regel „Prävention im engeren Sinn“ gemeint; und da der Titel meines Vortrages den Begriff „Prävention“ nicht präzisiert, folgere ich, dass der Gegenstand meines Vortrages „Prävention im engeren Sinn“ ist, was definitionsgemäß repressive Maßnahmen ausschließt. Damit bewege ich mich bereits per definitionem in einem Bereich, wo es nicht primär um Zwang gehen kann.

### 2.1 Weitere Klassifikationen von Prävention und Präventionsmaßnahmen

Der Begriff Prävention ist sowohl in Zusammenhang mit Erkrankungen (wie Herzkrankheiten oder Sucht) als auch in Zusammenhang mit Problemen ohne Krankheitscharakter (wie Kriminalität oder Drogenmissbrauch) relevant. Für meine folgenden Überlegungen zur Definition bzw. Klassifikation

von „Prävention“ ist es unerheblich, ob das Interventionsziel Erkrankungen oder Probleme ohne Krankheitscharakter darstellt. Um die Dinge nicht unnötig zu komplizieren, werde ich in der Folge allerdings konsistent von „Krankheit“ sprechen – die Generalisierung auf „Probleme“ ist jederzeit möglich.

Ein großes Problem in der Praxis ist, dass in den folgenden gebräuchlichen Klassifikationen teilweise identische Ausdrücke mit unterschiedlicher Bedeutung belegt werden und dass diese Mehrdeutigkeit Vielen nicht oder nicht voll bewusst ist. Alle Klassifikationen, die in der Folge genannt werden, fanden bereits Niederschlag in zentralen Publikationen von Arbeitskreisen im Auftrag von internationalen oder nationalen Organisationen, wie der WHO, der EBDD, der BZgA, der NIDA etc., die die Resultate dann in ihren Schriftenreihen veröffentlichten. Es ist verständlich, dass Leser dieser Dokumente die gefundenen Definitionsvorschläge dann als „die WHO-Definition“, „die EBDD-Definition“ etc. interpretieren und auch so weiterverbreiten. Meist vermitteln übliche Disclaimer wie „The opinions expressed herein are the views of the authors and may not necessarily reflect the official policy or position of ...“ zwar recht unmissverständlich, dass es sich um keine autorisierte Sprachregelung der Organisation handelt – aber wer liest schon das Kleingedruckte bei Verträgen oder bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Da es keine allgemein anerkannte Definition zentraler Begriffe in der Wissenschaft gibt, kommt man also nicht umhin, die Bedeutung der verwendeten Begriffe beim Gebrauch regelmäßig zu präzisieren, um eine babylonische Sprachverwirrung zu vermeiden.

Ein häufiger Kritikpunkt gegen die meisten Klassifikationssysteme ist, dass man konkrete Einzelfälle nicht klar und eindeutig zuordnen kann. Dieses Argument geht aber am Wesen des Problems vorbei. Bei vielen wichtigen Begriffssystemen handelt es sich nicht um Taxonomien – also um erschöpfende Kategoriensysteme mit einander ausschließenden Kategorien –, sondern um Kategorien wie „warm“ vs. „kalt“, „angenehm“ vs. „unangenehm“, „leicht“ vs. „schwer“, usw. – also Pole eines Kontinuums –, die zwar unerlässliche Werkzeuge unseres Denkens darstellen, die es aber ohne zusätzliche Festlegungen und Grenzziehungen nicht ermöglichen, alle denkbaren Objekte eindeutig zuzuordnen.

Nun zu den gebräuchlichsten Einteilungen von Prävention und Präventionsmaßnahmen.

(1) Die Commission on Chronic Illness (1957) führte eine 2-stufige Klassifikation in Primär- und Sekundärprävention ein, die vor allem in der Organmedizin noch immer weit verbreitet ist (z.B. WINDLER, 2001):

- „Primärprävention“ = Maßnahmen vor Krankheitsmanifestation; d.h. „allgemeine Prophylaxe“ und „Prophylaxe bei Hochrisikogruppen“;
- „Sekundärprävention“ = „Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation“; d.h. Behandlung und Rückfallprophylaxe.

(2) Einige Zeit nach der Formulierung der 2-stufigen Klassifikation wurde diese in der Fachwelt auf eine

3-stufige ausgeweitet, die inzwischen im Bereich der geistigen Gesundheit und im Suchtbereich am gebräuchlichsten ist und die auch in der Organmedizin laufend an Boden gewinnt und fälschlich immer wieder mit der Commission on Chronic Illness (1957) in Zusammenhang gebracht wird. Diese 3-stufige Klassifikation unterteilt folgendermaßen (z.B. NIDA, 1997b<sup>4</sup>):

- „Primärprävention“ = „allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen“;
- „Sekundärprävention“ = „Prophylaxe bei Hochrisikogruppen“;
- „Tertiärprävention“ = „Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten“.

Für „Sekundärprävention“ wird häufig auch das Schlagwort „Frühintervention“ bzw. „Early Intervention“ gebraucht. Die Bezeichnung „Tertiärprävention“ ist hier insofern gerechtfertigt, als die Behandlung eines Erkrankten zwar nicht mehr die Krankheit selbst verhindern kann, sich aber zunächst prophylaktisch gegen eine Verschlechterung der Erkrankung und später prophylaktisch gegen einen Erkrankungsrückfall richtet.

(3) Caplan (1964), der oft ebenfalls fälschlich als Vater der unter (2) beschriebenen 3-stufigen Klassifikation bezeichnet wird, verwendete zwar die gleichen Ausdrücke, definierte diese aber inhaltlich völlig anders:

<sup>4</sup> Auch NIDA (1998b) bezieht sich bei der 3-stufigen Klassifikation fälschlich auf die Commission on Chronic Illness (1957)

- „Primärprävention“ = „Maßnahmen, um die Inzidenz einer Krankheit zu verhindern“

- „Sekundärprävention“ = „Maßnahmen, um die Dauer einer Krankheit zu verringern“

- „Tertiärprävention“ = „Maßnahmen, um die Auswirkungen einer Krankheit zu verringern“

(4) Eine aus internationalen Suchtex-perten bestehende Arbeitsgruppe (COST-A6-Expertengruppe; Uhl, 1998), sprach sich ebenfalls für die unter (2) beschriebene 3-stufige Klassifikation aus, schlug aber vor, dem zunehmenden Stellenwert der Rückfallsprophylaxe Rechnung zu tragen, indem die letzte Kategorie in zwei Untergruppen „Tertiärprävention, Typ A“ und „Tertiärprävention, Typ B“ unterteilt wird. Einige Vertreter der Arbeitsgruppe plädierten dafür, statt „Tertiärprävention, Typ B“ den Begriff „Quartärprävention“ zu verwenden, blieben damit aber in der Minderheit.

- „Primärprävention“ = „allgemeine Prophylaxe“

- „Sekundärprävention“ = „Prophylaxe bei Hochrisikogruppen“

- „Tertiärprävention, Typ A“ = „Behandlung“.

- „Tertiärprävention, Typ B“ (bzw. „Quartärprävention“) = „Rückfallprophylaxe“.

Die COST-A6-Klassifikation steht nicht in Widerspruch zur etablierten Klassifikation (2), sondern führt nur eine Unterteilung der letzten Kategorie ein.

(5) In letzter Zeit gewinnt im Suchtbereich noch eine weitere, sich an

der unter (2) beschriebenen 3-stufigen Klassifikation orientierende Einteilung an Bedeutung. Dabei wird die erste Kategorie in „Primordialprävention“ und „Primärprävention“ unterteilt. Der Begriff „primordiale Prävention“ geht auf STRASSER (1978) zurück, der dafür alternativ auch den Begriff „Protoprophylaxe“ vorschlug.

- „Primordialprävention“ (bzw. Protoprophylaxe) = „Veränderungen von gesellschaftlichen Risikofaktoren, die zu einem erhöhten Krankheitsrisiko beitragen“; d.h. Verhältnisprävention im Sinne von (7)

- „Primärprävention“ = „direkt auf unselektierte Individuen fokussierende Maßnahmen“; d.h. Verhaltensprävention im Sinne von (7)

- „Sekundärprävention“ = „Prophylaxe bei Hochrisikogruppen“

- „Tertiärprävention“ = „Behandlung“

Auch diese Klassifikation steht nicht in Widerspruch zur etablierten Klassifikation (2), sondern führt wie (4) bloß eine Unterteilung einer Kategorie ein, diesmal aber eine Unterteilung der ersten Kategorie.

(6) Ein interessanter Versuch, eine ähnliche Klassifikation wie die im Suchtbereich gebräuchlichste 3-stufige Klassifikation mit eindeutigeren Begriffen zu formulieren, geht auf GORDON (1983) zurück. Diese Klassifikation wird z.B. von NIDA (1997a) verwendet. Dabei werden unterschieden:

- universelle Programme, die auf die Allgemeinheit zielen ~ Primärprävention im Sinne von (2);

- selektive Programme, die auf Risikogruppen zielen ~ Sekundärprävention im Sinne von (2);

- indizierte Programme, die auf Personen mit manifesten Problemen zielen ~ Tertiärprävention im Sinne von (2).

(7) Eine ganz andere, ebenfalls weit verbreitete Klassifikation unterscheidet danach, ob die eigentlichen Zielpersonen direkt angesprochen werden oder ob auf deren Umgebung gezielt wird:

- umgebungsorientierte Prävention = Verhältnisprävention = strukturelle Prävention, zielt auf die Strukturen um die eigentliche Zielperson;

- personenorientierte Prävention = Verhaltensprävention = kommunikative Prävention, zielt auf die eigentliche Zielperson selbst.

(8) Eine weitere Klassifikation orientiert sich daran, ob die Prophylaktiker persönlich mit den eigentlichen Zielpersonen arbeiten oder nicht (vgl. UHL & SPRINGER, 2002):

- direkte Maßnahmen finden in Interaktion mit den eigentlichen Zielpersonen statt;

- indirekte Maßnahmen zielen auf Schlüsselpersonen, Mediatoren und Multiplikatoren<sup>9</sup>, die dann mit den eigentlichen Zielpersonen interagieren.

(9) Eine ganz anders geartete populäre Einteilung unterteilt nach Angebots- vs. Nachfragereduktion:

- Angebotsreduktion versucht, den Zugang der Zielpersonen zu Problemsubstanzen zu erschweren und zielt auf Erzeuger und Händler;

- Nachfragereduktion versucht, das Interesse der Zielpersonen an Problemsubstanzen zu verringern und zielt auf die Konsumenten bzw. potentiellen Konsumenten.

„Angebotsreduktion“ und „Nachfragereduktion“ werden oft als disjunkte Kategorien verstanden – in der EU Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon (EBDD) erfolgt sogar eine Unterteilung der Aufgabenbereiche nach dieser Klassifikation. Die beiden Kategorien stehen aber nicht in einem grundsätzlichen Widerspruch. Die klassische ökonomische Theorie besagt, dass die Nachfrage vom Angebot und das Angebot von der Nachfrage bestimmt werden, was die unabhängige Behandlung dieser Größen eigentlich ausschließt. Setzt man diese Dichotomie in Relation zum Drei-Säulen-Modell (Abb.1), so dominiert bei der Angebotsreduktion die Repression und bei der Nachfragereduktion die Prävention im engeren Sinn sowie die Therapie.

(10) Eine weitere relevante Einteilung unterteilt nach Konsumreduktion vs. Problemreduktion:

- Konsumreduktion kann über Angebots- und/oder über Nachfragereduktion erfolgen und strebt Konsumverringerung – quasi als Selbstzweck – an;

<sup>9</sup> Schlüsselpersonen sind „Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System“, Mediator/innen sind „unmittelbare Bezugspersonen“, Multiplikator/innen sind „mittelbare Bezugspersonen“ (vgl. UHL & SPRINGER, 2001).



- Problemreduktion = „Harmreduktion“ zielt auf eine Verringerung der mit dem Konsum zusammenhängenden Probleme.

Die implizite Annahme vieler Menschen ist, dass der kompromisslose Kampf gegen den Substanzkonsum zwangsläufig auch Probleme in Zusammenhang mit diesem Phänomen minimiert. Diese Annahme entspricht aber nicht der Realität und ist durch die Geschichte laufend widerlegt worden. „Konsumreduktion“ und „Schadensreduktion“ stehen aber nicht grundsätzlich in Widerspruch zueinander. Dort, wo ein sinnvolles Engagement für weniger Konsum tatsächlich auch weniger Schaden für alle Beteiligten nach sich zieht, ist Konsumreduktion auch aus einer Problemreduktionsperspektive zweckmäßig, und die Unterscheidung hat in diesem Fall wenig praktische Relevanz. Von zentraler Bedeutung wird die Unterscheidung Konsumreduktion vs. Problemreduktion dort, wo das rigide Beharren auf Konsumreduktion zur Problemzunahme für die Beteiligten führt.

(11) Synthese aus (9) und (10):

Da Konsumreduktion mittels Angebots- und/oder Nachfragereduktion erfolgen kann und Problemreduktion eine weitere Dimension darstellt, ist es möglich und sinnvoll, die Klassifikationen (9) und (10) zu einer dreistufigen Klassifikation zu verbinden (UHL, 1999):

- Angebotsreduktion (Konsumreduktion),
- Nachfragereduktion (Konsumreduktion),

- Problemreduktion.

(12) Von ganz besonderer Bedeutung ist in Zusammenhang mit Prävention auch die auf ANTONOVSKY (1987), zurückgehende Unterscheidung in Pathogenese und Salutogenese:

- Pathogenese entspricht dem medizinischen Modell in dem Sinne, dass Risikofaktoren verringert werden;
- Salutogenese entspricht dem Gesundheitsförderungsansatz der WHO in dem Sinne, dass Schutzfaktoren gestärkt werden.

Zur Veranschaulichung der nicht ganz einfach nachvollziehbaren Unterscheidung zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren kann folgendes Beispiel aus der Immunologie dienen: Im Sinne dieses Konzepts ist „erfolgter Impfschutz“ ein protektiver Faktor, der sich logischerweise nur dann auswirken kann, wenn der entsprechende Risikofaktor „Kontakt mit einer infizierten Person“ auftritt. Es ist in diesem Sinne unzulässig, „mangelnden Impfschutz“ als „Risikofaktor“ oder „keinen Kontakt zu infizierten Personen“ als „protektiven Faktor“ zu bezeichnen. In der Praxis ist diese, im Rahmen der Impfmeterapher leicht nachvollziehbare Unterscheidung aber nicht ganz einfach zu treffen, da in der Praxis die Identifikation von Risikofaktoren und protektiven Faktoren meist empirisch über Korrelationsrechnungen erfolgt – was eine differenzierte Reflexion zur Art des Zusammenhangs kaum zulässt (vgl. UHL, 2002).

(13) Die letzte Klassifikation von Präventionsmaßnahmen, auf die ich

hier eingehen möchte, betrifft das hinter den Maßnahmen stehende Menschenbild. Je nach zugrunde liegendem Menschenbild kann man unterscheiden in einen

- demokratisch-emanzipatorischen Präventionsansatz und in einen
- autoritär-kontrollierender Präventionsansatz.

Da mir diese Unterscheidung inzwischen inhaltlich am bedeutendsten erscheint, und in diesem Zusammenhang – wie ich immer wieder feststellen konnte – die intensivsten Konflikte die Suchtprophylaxe betreffend entstehen, gehe ich im nächsten Abschnitt besonders genau auf das Menschenbild ein.

## **2 Das Menschenbild der modernen Suchtprävention**

Nach den durchwegs negativen Erfahrungen mit den anfangs sehr populären Abschreckungsmaßnahmen und nach der ebenfalls nicht sehr erfolgreichen normativen Beeinflussung ergab sich in der Suchtprävention vieler Industriestaaten eine inhaltliche Verschiebung der Schwerpunkte in Richtung **Lebenskompetenzsteigerung** und **sachliche Informationsvermittlung**. Der professionelle Umgang mit den Phänomenen Missbrauch und Sucht hat sich nun schon über viele Jahre hinweg kontinuierlich von einer **manipulativ - repressiven** Strategie in Richtung Gesundheitsförderung entwickelt, die in den Zielpersonen keine Objekte, sondern selbstständige Subjekte sieht. Die Ottawa Charta der WHO (1986), in der der Begriff „Gesundheitsförderung“ definiert wird, legt ganz klar fest, dass den Verfas-

ser/innen ein demokratisch-emanzipatorischer Ansatz vorschwebt. Diese Definition geht Hand in Hand mit der Definition des Begriffs „Gesundheit“, wie er sich in der 1946 erstellten WHO-Verfassung findet: d.h. „Gesundheit“ als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“.

Hinter dieser Umorientierung in der Suchtprävention manifestiert sich eine grundlegende Veränderung des impliziten Menschenbildes. Es geht hier um eine weltanschauliche Grundhaltung, die nicht nur für die Suchtprävention, sondern für jegliche Erziehung von Bedeutung ist. Diametral gegenüber stehen sich ein **„demokratisch - emanzipatorisches Menschenbild“** im Sinne der Ottawa-Charta und ein **„autoritär - kontrollierendes Menschenbild“**, das stark von der auf Kontrolle und Repression fixierten amerikanischen und nordeuropäischen Alkohol- und Drogenpolitik beeinflusst ist. Zentral für den die Suchtprävention derzeit prägenden **„demokratisch-emanzipatorischen Gesundheitsförderungsansatz“** ist die Überzeugung, dass die überwiegende Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen später autonom richtige Entscheidungen treffen wird, wenn man sie in jungen Jahren darin unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln, sie umfassend und ausgewogen informiert, sie ermutigt, Entscheidungen zu treffen, sie anleitet, ein glückliches Leben anzustreben und mit Risiken sinnvoll umzugehen. Schlagworte für diesen gegenwärtig sehr populären Ansatz sind z.B. „Empowerment“, „Partizipation“ oder „Risikokompetenz“. Die Zielpersonen werden in ihrer konkreten Lebenslage akzeptiert, ihre **persönliche Autonomie** wird nicht in Frage gestellt und

Entscheidungen werden ihnen letztendlich weitestgehend selbst überlassen. Die Zielpersonen werden dabei als **Subjekte** wahrgenommen, im Sinne von Interaktionspartnern, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern. Ein deklariert **emanzipatorisches** Grundverständnis im oben beschriebenen Sinne liegt ausdrücklich auch den für das österreichische Schulsystem verbindlichen dreizehn Unterrichtsprinzipien zugrunde (UHL, 2002b).

Die Grundlage des „autoritär - kontrollierenden Ansatzes“ ist hingegen die Überzeugung, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen später nur dann richtige Entscheidungen treffen wird, wenn man sie im Rahmen der Erziehung kontrolliert, „gefährliche Informationen“ zensuriert, sie bevormundet und ihnen Lustverzicht sowie Risikoverringerung durch Enthaltensamkeit nahe legt. Auch wenn letzterer Ansatz zur Zeit in der professionellen österreichischen Suchtprävention keine relevante Rolle spielt, sollte man sich dennoch bewusst sein, dass dieser Zugang international noch keinesfalls überwunden ist. Sogar die WHO, die vehement den Gesundheitsförderungsansatz propagiert, unterstützt in Zusammenhang mit Alkohol und Nikotin (z.B. EDWARDS, 1997) durchaus Sichtweisen, die der Gesundheitsförderung diametral entgegenstehen. Interessant ist dabei, dass dieser eklatante Widerspruch in der Grundorientierung der WHO von Expert/innen kaum offen angesprochen und erörtert wird.

Die Entscheidung zwischen diesen beiden Zugängen ist auch von eminenten demokratiepolitischer Bedeutung. Wer nämlich annimmt, dass die Mehrheit der Bevölkerung gar nicht in der Lage ist, nach ausreichender Förderung und Information selbstbewusst richtige Entscheidungen treffen zu können, negiert implizit, aber konsequent die Grundidee der „Demokratie“. Der/die Betreffende sympathisiert dann – in der Regel ohne sich dessen bewusst zu sein – mit einer Pseudodemokratie, in der Eliten die breite Bevölkerung durch subtile Kontrolle und Zensur in die gewünschte Richtung manipulieren.

Da ich mich selbst deutlich einem demokratisch-emanzipatorischen Menschbild verbunden fühle, und auch danach trachte meine Kinder in diesem Sinne zu erziehen, trete ich ganz klar für das Primat von Freiheit, Ehrlichkeit und Förderung von Emanzipation und Selbstständigkeit in der Prävention ein. Aus diesem Grund könnte ich mit Zwang, Manipulation und Kontrolle in der Erziehung – und bei Primär- und Sekundärprävention handelt es sich um eine Form der Erziehung – nur recht wenig anfangen, selbst wenn sich damit eine relevante Reduktion des gesellschaftlichen Substanzkonsums erzielen ließe.

### **3 Vier Ebenen zur Beurteilung von Maßnahmen**

Bei der öffentlichen Diskussion über Substanzen und Strategien gegen Probleme in Zusammenhang mit Substanzen hat man oft den Eindruck, dass es gar nicht um die potentiellen Gefahren, die von den Substanzen ausgehen, und um eine möglichst rationale Drogen- und Alkoholpolitik geht, sondern dass die Thematik als

Projektionsfläche für nur sehr mittelbar mit der Problematik zusammenhängende weltanschauliche und politische Konflikte missbraucht wird. Um mehr Rationalität in die Diskussion zu bringen, sollte man versuchen, Distanz zu gewinnen und bei der Beurteilung von Maßnahmen folgende vier Ebenen exakt trennen:

- Die erste Ebene ist die **persönliche Einstellungsebene**: Diese betrifft unsere persönliche Einstellung zum Umgang mit Substanzen. „Bin ich persönlich für Abstinenz oder für verantwortungsbewussten Umgang mit Substanzen?“, „Tendiere ich eher zur Askese oder zum Hedonismus?“ usw. Diese Einstellungen leiten zwar unser eigenes Verhalten, sollten aber nicht unkritisch zum Maß aller Dinge gemacht werden. Wohl ist es meist durchaus sinnvoll, seine eigene Haltung in einen suchtpreventiven Kontext einzubringen, man sollte aber akzeptieren, dass andere Menschen ganz andere handlungsleitende Maximen haben können und wohl auch haben dürfen.
- Die zweite Ebene ist die **symbolische Ebene**: Viele Formen des Substanzkonsums sind recht eng mit subkulturellen und weltanschaulichen Inhalten verbunden – und es fällt oft recht schwer, den Substanzkonsum an sich und das, wofür er symbolisch steht, zu trennen. In diesem Sinne gibt es in Österreich seit einigen Jahren eine deutliche Polarisierung in zwei politische Lager, die man vereinfachend und plakativ mit „Haschen gegen Rechts und Saufen gegen Links“ umschreiben könnte. In einer derart polarisierten Situation kann eine Auseinandersetzung

über Alkohol- und Drogenpolitik, über Gefahren in Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum usw. kaum unabhängig von der ideologischen Grundhaltung der Beteiligten stattfinden. Ein sachlicher, fruchtbarer Dialog ist unter solchen Rahmenbedingungen nur möglich, wenn vom Suchtprophylaktiker eine akzeptanzorientierte Grundhaltung signalisiert wird, d.h. wenn der Gesprächspartner trotz abweichender Weltansicht als Mensch akzeptiert wird, wenn die Unterschiede in der Weltanschauung zur Kenntnis genommen werden, wenn konsequent versucht wird, von der symbolisch-ideologischen Ebene auf eine sachlich-konstruktive zu gelangen. Bei vielen Konfrontationen in suchtpreventivem Kontext passiert aber genau das Gegenteil. Das Prinzip „Provokation durch Suchtprevention“ scheint mir eine weitverbreitete Strategie für jene pädagogisch Tätigen zu sein, die erkennen, dass sie infolge ihrer Grundhaltung auf die Zielgruppe keinen erwünschten Einfluss ausüben können, und die daher die Gelegenheit benutzen, dem Gegner lustvoll eins auszuwischen. Selbstredend, dass die daraus resultierende Polarisierung aus suchtpreventiver Perspektive ziemlich kontraproduktiv ist.

- Die dritte Ebene ist die **ethische Ebene**: Hier geht es um die Frage, unter welchen Bedingungen können wir vertreten, dass unsere persönliche Haltung bzw. die einer bestimmten Gruppe der Gesellschaft aufgezwungen wird? Ich vertrete hier entschieden, dass, auch wenn die individuelle Freiheit so weit wie möglich gewahrt werden soll, die

Gesellschaft in Fällen von extremer Fremd- oder Selbstgefährdung intervenieren muss. Bei der Beurteilung diesbezüglicher Fakten muss man aber sehr vorsichtig sein, damit diese Entscheidung nicht zur Projektionsfläche für ideologische Auffassungskonflikte wird. Im Zweifelsfall sollte man – wie in der allgemeinen Psychiatrie – von Repressionsmaßnahmen Abstand nehmen. Im Zusammenhang mit der ethischen Ebene erscheint mir auch die Entscheidung für ein grundlegendes Menschenbild essentiell, und ich vertrete, dass man als Demokrat gar keine andere Option hat, als konsequent für ein demokratisch-emanzipatorisches Menschenbild einzutreten.

- Die aus der Sicht eines Wissenschaftlers wichtigste Ebene ist die **pragmatisch-wissenschaftliche Ebene**, die sich mit der Frage auseinandersetzt, ob die angedachten Strategien überhaupt sinnvoll sind. Selbst wer der Meinung ist, dass die Gesellschaft ein Recht habe, gegen den Willen eines Teils der Bevölkerung repressiv das Ziel „drogenfreie Gesellschaft“ durchzusetzen, kann nicht sinnvoll auf der Implementierung von Maßnahmen beharren, wenn sich erweist, dass der Versuch, das Ziel zu erreichen, sowohl für jene, die gezwungen werden sollen, als auch für jene, die den Zwang ausüben möchten, erheblich mehr Nachteile als Vorteile bringt. Hier bin ich der Meinung, dass die bisherigen Erfahrungen mit der Drogenpolitik – ganz besonders, wenn man die

Entwicklung in Europa und den USA analysiert – recht deutlich machen, dass die primär auf Repression setzende Drogenpolitik kontraproduktiv war und ist, und dass es daher sinnvoll ist, die neuen europäischen Entwicklungen in der Drogenpolitik auch gegen den Druck der USA fortzusetzen und zu festigen.

#### **4 Das Dilemma der Prophylaktiker und Experten**

Aber auch wenn man die genannten vier Dimensionen trennt und sich der Suchtprävention sachlich und möglichst fakten gestützt annähern will, steht man in der Praxis oft vor einem Dilemma. Wer in einer Situation erfolgreich intervenieren möchte, muss diese möglichst kompetent verstehen und von der Zielgruppe akzeptiert werden, und das geht nur, wenn er sich der Aufgabe möglichst aufgeschlossen und akzeptanzorientiert<sup>6</sup> nähert.

Das Grunddilemma für Prophylaktiker und Experten ist, dass Aufgeschlossenheit und Akzeptanzorientierung in Zusammenhang mit Suchtphänomenen von Vielen als Parteilichkeit für die Substanzmissbraucher und Süchtigen ausgelegt wird, was Misstrauen begründet (UHL, 2002b). Wer von der Zielgruppe ernst genommen werden will, muss Kompetenz und Sachlichkeit demonstrieren; gerade das wird aber von Personen, die einem irrational überzeichneten Alkohol- und Drogenbild anhängen, als Verharmlosung erlebt. So ist es für jeden in der Öffentlichkeit stehenden Experten sehr rat-

<sup>6</sup> „Akzeptanzorientiertheit“ bedeutet, dass man sein Gegenüber in seiner Gesamtheit als Mensch akzeptiert – was nicht bedeutet, dass man dessen Meinungen und Verhaltensweisen unkritisch toleriert oder gar befürwortet.

sam, sich genau zu überlegen, was er wo, wie, formuliert. So wurde z.B. ich selbst einmal von einem Politiker massiv persönlich als „Drogenverharmloser“ angegriffen, weil ich in Zusammenhang mit der Heroingrenzmengendiskussion die in der Pharmakologie übliche Äquivalenzrelation zwischen Heroin und Morphin zitierte, und dieser Politiker der Meinung war, dass man, trotz analoger Wirkung, das als Medikament zugelassene Morphin nicht in einem Satz mit dem nicht zugelassenen Heroin nennen dürfe. Ich bin sicher, dass man noch viel leichter unter heftigen Beschuss kommen kann, wenn man erwähnt, dass man Opiate und Opioide primär deswegen in hoher Dosierung und ohne zeitliche Begrenzung zur Substitutionstherapie einsetzen kann, weil diese bei fachgerechter Anwendung im Gegensatz zu Alkohol oder Nikotin keine zellschädigende Wirkung auf innere Organe ausüben. Ähnliches passiert wohl auch, wenn man erwähnt, dass zahlreiche Experten die von Thomasius (2000) formulierten Schlussfolgerungen über massive neurotoxische Auswirkungen des Ecstasykonsums stark relativieren, weil gravierende methodologische Probleme bei der Studie evident sind.

Konkret heißt das, wer von kompetenten – also über Drogen Bescheid wissenden – Zuhörern als Forscher, Prophylaktiker bzw. Therapeut ernst genommen werden will, muss zeigen, dass er am aktuellen Wissensstand ist und sich ganz klar gegen Vorurteile und Mythen abgrenzt. Wer aber keine Schwierigkeiten haben will, sollte sich hüten, das offen zu tun, wenn Laien bzw. ideologisch Andersdenkende anwesend sind. Für Lehrer heißt das z.B., dass sie einerseits in Anbetracht von in Drogenfragen kompetenten

Schülern diesen gegenüber ganz deutlich signalisieren müssen, dass sie wissen, wovon sie reden, und andererseits sich davor hüten sollten, das Gleiche offen vor drogenunerfahrenen Schülern zu tun, weil ihnen ihre Haltung sonst leicht als Verharmlosung ausgelegt werden könnte. Um in diesem Spannungsfeld existieren zu können, haben sich in der Fachwelt drei Strategien herausgebildet.

- Eine Strategie ist es, ausschließlich einen substanz- und suchtspezifischen Präventionszugang zu wählen; d.h. inhaltliche Aussagen über Drogen und Sucht kategorisch zu vermeiden, spezifische Fragen möglichst nicht zu beantworten und alle suchtpreventiven Aktivitäten ausschließlich nach einem drogen- und suchtspezifischen Gesundheitsförderungsansatz anzulegen. Dieser Zugang stößt in seiner Radikalität bei den Zielpersonen allerdings oft auf Widerspruch, weil diese, wenn es um Drogen- und Suchtprevention geht, von Experten meist auch das Thema „Drogen und Sucht“ explizit einfordern. Das völlige Aussparen von drogen- und suchtspezifischen Inhalten in der Schule wird außerdem dem Anspruch nicht gerecht, Kinder und Jugendliche zu informieren und zu Bürgern zu erziehen, die später kompetente Entscheidungen für sich und Andere treffen können sollen. Außerdem überlässt man so das Feld, ohne Einflussmöglichkeiten wahrzunehmen, den oft recht einseitigen und mit bedenklichen Inhalten gefüllten Informationen durch Gleichaltrige (Peers), dem Internet und den Massenmedien, was sicherlich recht kritisch zu sehen ist.

- Die zweite Strategie besteht in der Wahl einer bewusst vagen und mehrdeutigen Kommunikationsform, die einerseits kompetenten Zuhörern ganz deutlich vermittelt, dass man genau weiß, wovon man spricht, und dass man über die gängigen Inhalte und Kontroversen im Feld ganz genau informiert ist, die andererseits aber für ein Publikum, das solide in Vorurteilen, Missverständnissen und Tabus verwurzelt ist, alles so verklausuliert, dass es die Widersprüchlichkeit gar nicht bemerken kann. Man sagt z.B. „Ich bin gegen Prohibition!“, um die völlig äquivalente, für Laien aber weit besser verständliche Formulierung „Ich bin für eine Legalisierung!“ nicht aussprechen zu müssen, usw. Viele Experten haben es in dieser Form der dualen Kommunikation zu einer unglaublichen Perfektion gebracht. Angesichts des Umstandes, dass die Sprache im Drogen- und Suchtbereich auch ohne gezielte Verwirrungsstrategien bereits eine enorme Herausforderung an alle Forscher, Prophylaktiker und Therapeuten darstellt, sollte man vielmehr mutig Tendenzen zur Präzisierung und Vereinheitlichung verstärken, als mutwillig Mehrdeutigkeit und Vagheit zu fördern.
- Die dritte und einzige nicht opportunistische Strategie besteht darin, sich situationsunabhängig klar gegen Vorurteile, Mythen, Einseitigkeiten und Doppelgleisigkeiten abzugrenzen, offen zu wissenschaftlichen Fakten und zur Logik zu stehen und auch kontroversielle Themen nicht auszusparen. Nur die letztgenannte Strategie bietet der Öffentlichkeit eine klare Orientierungshilfe, fördert die Entstehung

von Sachkompetenz und kann Grundlage für einen offenen und mutigen Dialog über den adäquaten gesellschaftlichen Umgang mit Drogen und Sucht bieten. Infolge der zuvor beschriebenen Versachlichung und Entemotionalisierung des Drogenthemas wird diese letztere Strategie auch immer gangbarer und ungefährlicher.

## **5 Wie weit ist die Suchtprävention faktenbasiert bzw. wie weit kann sie das sein?**

Nachdem sich die Suchtprävention als Branche inzwischen relativ etabliert und gefestigt hat, und man sich intern immer mehr mit kritischen Inhalten und den grundsätzlichen Möglichkeiten der Suchtprävention auseinandersetzen begann, wuchs das Bewusstsein, dass die Schere zwischen Erfolgserwartung und dem tatsächlich Machbaren immer weiter auseinander klappte. Vor dem Hintergrund abnehmender öffentlicher Ressourcen, sowie angesichts eines in allen Bereichen wachsenden Erfolgs- und Evaluationsdrucks wuchs die anfängliche Begeisterung über die rasche Etablierung von Suchtprävention zur eigenen Branche dem bangeren Bewusstsein, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den realen Möglichkeiten der Suchtprävention und deren Evaluation – mit all ihren nicht hinterfragten impliziten Hintergrundannahmen, mit unklaren Zielvorstellungen und mit unausgesprochenen handlungsleitenden Theorien – immer notwendiger wurde, um den Bestand der neuen Profession längerfristig gewährleisten zu können.

Der unbedingt notwendige nächste, sozusagen letzte Schritt in dieser dreiphasigen Entwicklung – von „unkoor-

dinierten Maßnahmen" über die „Etablierung als eigene Disziplin“ hin zur „Professionalisierung“ – ist eine offene, systematische und kritische Auseinandersetzung mit den Grundlagen präventiven Handelns. Nur so kann die Zukunft und die Reputation der inzwischen etablierten Suchtpräventionsbranche längerfristig gesichert werden. Das Ziel in diesem Zusammenhang ist, zu empirisch überprüften, in der Fachwelt anerkannten, handlungsrelevanten Theorien zu gelangen.

Es gibt zwar, wie z.B. RÖHRLE (1999) betont, inzwischen eine Vielzahl von Modellen und Theorien zur Begründung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, und darunter befinden sich ohne Frage interessante Ansatzpunkte für Forschung und Praxis; man muss jedoch gleichzeitig auch festhalten, dass der stichhaltige empirische Erfolgsnachweis für Maßnahmen, die auf diesen Grundlagen aufbauen – zumindest im Zusammenhang mit Primärprävention von Sucht und Substanzmissbrauch – bis heute keinesfalls so überzeugend gelungen ist, wie viele Experten implizieren. Vieles spricht dafür, dass in diesem Forschungsfeld eindeutige Erfolgsbelege, wie sie z.B. in der Pharmakologie und in der „evidence-based medicine“ durchwegs gefordert und teilweise auch realisiert werden, oft gar nicht möglich sind, und dass man aus dieser Erkenntnis Konsequenzen ziehen muss. Viele relevante und interessante Fragestellungen liegen nahe an bzw. jenseits der ontologischen, technischen und ökonomischen Forschungsgrenzen, und zahlreiche populäre Versuche, diese Forschungshindernisse zu überwinden, können einer kritischen Analyse nicht standhalten (UHL, 2002a)

In einem Forschungsfeld wie der Primärprävention, wo es nicht – oder zumindest noch nicht – möglich ist, ein umfassendes, konsistentes und empirisch gut fundiertes Modell als Grundlage für präventive Handlungsstrategien zu entwerfen, ist es zweckmäßig, existierende wissenschaftliche Befunde kritisch auf Stichhaltigkeit zu prüfen und diese wie Puzzlesteine zu einem Gesamtbild zusammenzufügen. Wenn man in diesem Sinne vorgeht, wie Kriminalisten, die einen komplexen Fall bearbeiten, ergeben sich naturgemäß laufend logische Widersprüche, Situationen, die mehrere plausible Interpretationen zulassen und fehlende Puzzlesteine, die vorläufig basierend auf Erfahrung, Common Sense und Analogieschlüssen ergänzt werden müssen. Selbstredend, dass der beschriebene Prozess zeitaufwändig ist und viele Fragen offen lässt. So kann man sich langsam einem realitätstreueren Bild der Wirklichkeit annähern und immer adäquatere Handlungskonzepte formulieren. Die einzelnen Forschungsschritte führen allerdings nur selten zu ganz eindeutigen Ergebnissen. Häufig erhält man statt Antworten bloß neue Fragen, die mit weiteren hypothesengeleiteten Forschungsschritten aufgeklärt werden müssen.

Diese Situation erzeugt sowohl für Forscher als auch für Praktiker, von denen erwartet wird, dass ihr Handeln auf Forschungsergebnissen aufbaut – sie also in Neudeutsch „evidence based“ vorgehen – ein ziemliches Dilemma. Auftraggeber für Forschungsprojekte gewähren in der Regel nur einen begrenzten Zeitrahmen und bieten bloß begrenzte Mittel zur Beantwortung von wissenschaftlichen Fragen an. Nach Projektabschluss erwarten sie klare und eindeutige Aussagen und nicht offene Fragen. Wer hier im



Projektantrag unrealistische Machbarkeitserwartungen nährt, ohne rechts und links zu schauen, den etablierten Forschungs-, Auswertungs- und Interpretationstrampelpfaden des „State of the Art“ folgt und es vermeidet, sein Handeln kritisch zu hinterfragen, hat gegenüber jenen Kollegen, die sich kritisch mit den methodologischen Grundlagen und begrenzten Möglichkeiten der empirischen Forschung quälen, einen enormen Wettbewerbsvorteil – zumindest solange er damit durchkommt ohne anzuecken. So wird heute allgemein gefordert, alles wissenschaftlich zu evaluieren – ohne zu fragen, ob das in konkreten Fällen überhaupt inhaltlich sinnvoll und/oder realisierbar ist – und gleichzeitig werden die für Evaluation bereitgestellten Mittel meist in einer Art und Weise begrenzt, dass echter Erkenntnisgewinn gar nicht möglich ist – eine pathologische Evaluationspraxis, die ich anderenorts (UHL, 2000b) mit „Evalopathie“ umschrieben habe.

Derzeit ist die Chance für den Forscher im Präventionsfeld mit gravierenden Mängeln durchzukommen allerdings recht gut. Ob Forschungsergebnisse und -interpretationen stichhaltig sind, spielt nach Abschluss der Projekte in der Regel kaum eine Rolle, weil auch bei gravierenden Mängeln sich nur selten fundierte und konsequente Kritik unter Forscherkollegen entwickelt. Wer selbst im Glashaus sitzt, und sich dessen bewusst ist, vermeidet es, mit Steinen zu werfen, und wer sich dieses Umstands nicht bewusst ist, kann gar nicht gezielt mit Steinen werfen, weil er nicht weiß, wohin er zielen könnte. In diesem Sinne steht die empirische Forschung oft im Spannungsfeld zwischen „zynischem Opportunismus“ und „bewusst gewählter Ignoranz“ (UHL, 2000a).

## **6 Mythen in Suchtforschung und Suchtprophylaxe**

Um nach diesen sehr kritischen Tönen die Forschungspraxis betreffend zu zeigen, was ich meine, möchte ich zur Illustration nur einige wenige Beispiele anführen:

Nehmen wir an, wir hätten ein sehr gutes Präventionsprogramm, das Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen in der Zielgruppe relativ zur Vergleichsgruppe um 20% verringern kann. Nehmen wir weiter an, dass die Kontrollerhebung zur Messung des Programmeffekts ein Jahr nach der Intervention erfolgt, und dass bei der Erfassung keine Mess-, Kodierungs- oder sonstige Fehler passieren. Gehen wir ferner von einem Signifikanzniveau von 5% aus und fordern wir, dass der Erfolg der Maßnahme mit 80% Wahrscheinlichkeit nachweisbar sein muss („statistische Macht“). Unter diesen Rahmenbedingungen errechnet sich ein minimaler Gesamtstichprobenumfang von 360 000 Versuchspersonen. Wenn wir den Erfolg des Programms mit höherer Wahrscheinlichkeit nachweisen möchten, oder wenn wir realistischerweise annehmen, dass man Drogenprobleme nicht völlig fehlerfrei erfassen kann, dann benötigt man noch weit größere Stichprobenumfänge (UHL, 2002a). Dass Stichprobenumfänge von mehreren 100 000 Personen in der Forschungspraxis kaum realisierbar sind, bedarf wohl keiner näheren Erörterung.

Eine beliebte Strategie, wie man das Dilemma der ungenügenden „statistischen Macht“ in methodologisch unzulässiger Weise umgehen kann, ist, viele kleine Studien mit vielen unabhängigen Zielvariablen durchzuführen und auszuwerten. In diesem Fall

aggregiert man in der Regel bloß irrelevante Zufallssignifikanzen („Fischen nach Signifikanzen“) und, da ja bevorzugt signifikante Forschungsergebnisse publiziert werden, kann man auch noch auf den „Publikations-Bias“ vertrauen, der bewirkt, dass in der veröffentlichten Literatur Effekte von Maßnahmen systematisch überschätzt werden.

Eine andere Strategie ist, Veränderungen von „Surrogatvariablen“ zu erfassen und einen Zusammenhang zum eigentlichen Zielkriterium „problematischer Drogenkonsum“ zu postulieren. Hier stehen wir dann vor dem Problem, dass die beliebtesten Surrogatvariablen wie „Drogenabwehrhaltung“ oder „Probierkonsum“ sich aus logischen Gründen zur Erfassung des eigentlichen Zielkriteriums zwar logisch nicht eignen, infolge des Papageieffekts in der Regel aber massive Scheineffekte entstehen, die Erfolge suggerieren. Der Papageieffekt (UHL, 2002a) bedeutet Folgendes: Wenn Schüler, die noch keine Erfahrungen mit illegalen Drogen aufweisen und auch keinen Bezug zum Thema „Drogen“ haben, mit „Gefährlichkeitsausagen über Drogen“ konfrontiert werden, so werden sie die Inhalte wie andere Lerninhalte aufnehmen und bei Befragung unverändert wiedergeben. Zu glauben, dass das bloße Nachsagen von Informationen einen protektiven Effekt hat und Drogenabwehrhaltung ausdrückt, ist hochgradig naiv; so wie man auch nicht erwarten sollte, dass ein Papagei, dem man die Worte „Ich hasse Bananen“ beibringt, in Zukunft keine Bananen mehr fressen wird. Die Zustimmung zur genannten Aussage ist also wenig relevant in Bezug auf zukünftiges Drogenkonsumverhalten.

Wer durch überzeichnete Gefährlichkeitsaussagen bei ahnungslosen und von deren Inhalt noch nicht betroffenen Kindern eine deutliche, in Wahrheit ausschließlich mit dem Papageieffekt erklärbare, Zunahme der Drogenabwehrhaltung bewirkt, erzielt damit nicht nur keine langfristigen Erfolge, sondern riskiert sogar einen „Bumerangeffekt“. Wenn Kinder und Jugendliche mit überzeichneten Gefahreninhalten konfrontiert wurden, die sich bei der ersten Auseinandersetzung mit der Realität als offensichtlich falsch erweisen, wird die Autorität der Informationsquelle nachhaltig untergraben. Die Informationsquelle beraubt sich damit unnötigerweise der Möglichkeit, in kritischen Situationen als kompetenter Partner einbezogen zu werden und dadurch angemessen intervenieren zu können. Die Annahme der überzeichneten Gefahreninhalte wird hier nicht zum protektiven Faktor, sondern zum Risikofaktor (UHL, 2002a).

Auch die Surrogatvariable „Probierkonsum“ eignet sich nur schlecht, um späteren Problemkonsum vorauszusagen. Das folgt aus dem „Mäßiger Konsum – Problemkonsum – Paradoxon“ (UHL, 2002a). Dieses Paradoxon folgt aus dem Umstand, dass sowohl völlige Abstinenz in Subkulturen, in denen der Umgang mit der entsprechenden Substanz zum Alltag gehört, als auch exzessiver, die subkulturelle Norm sprengender Konsum als Problemindikator („erhöhte Vulnerabilität“) zu interpretieren sind. Sollte man nun, im Sinne erfolgreicher Gesundheitsförderung, eine deutliche Reduktion der Problembelastung von Individuen durch Empowerment erzielen, so sollte das den Hypothesen entsprechend einerseits mit einer Reduktion des Problemkonsums und andererseits

mit einer Zunahme des Experimentierkonsums sowie mäßigen Konsums einhergehen (UHL, 2002a). Wer in dieser Situation die Zunahme des Probierkonsums als Hinweis für mehr Problemkonsum interpretiert, geht einem eigentlich leicht darstellbaren Paradoxon auf den Leim.

Eine weitere, bei näherer Analyse logisch schwer nachvollziehbare, für die Präventionsdiskussion aber nach wie vor sehr relevante Theorie ist die Einstiegsdrogentheorie. Hier wird aus dem Umstand, dass der Konsum von zwei funktional mehr oder weniger äquivalenten Substanzen korreliert, geschlossen, dass man den Konsum der einen Substanz (meist Heroin oder Kokain) langfristig vermindern kann, indem man den Konsum der ersteren (meist Nikotin, Alkohol und/oder Cannabis) entschieden bekämpft. Die Drogengeschichte lehrt uns aber genau das Gegenteil: nämlich dass Drogen, die plötzlich weniger verfügbar werden, langfristig durch andere substituiert werden. Verschiebungen von Kaffee zu Tee im asiatischen Raum im 17. und 18. Jhd (vgl. MARITSCH & UHL, 1989) oder die gegenwärtige dramatische Zunahme des Stimulanzienkonsums in Australien, nachdem es zu einem plötzlichen Heroinengpass gekommen war, sind dafür recht eindrucksvolle Beispiele. Pointiert formuliert: Da Obstliebhaber gerne Äpfel und Birnen essen, kann man annehmen, dass der Apfel- und Birnenkonsum deutlich korreliert. Es wäre aber wohl widersinnig zu erwarten, dass ein hungriger Obstliebhaber, der eine Birne und einen Apfel vor sich zur Auswahl liegen hat, auch auf die Birne verzichtet, wenn man ihm den Apfel wegnimmt – im Gegenteil, die Chance, dass er zur Birne greift, steigt.

Es ist eine allgegenwärtige Erwartung in der Prävention, dass man späteren Problemkonsum verhindern kann, indem man den Einstieg möglichst weit hinausschiebt. Geschlossen wird das meist aus dem Umstand, dass früher Einstieg mit späterem Problemkonsum nachgewiesen hoch korreliert. Diese Interpretation ist aber methodologisch deswegen unzulässig, weil der Zusammenhang über die Drittvariable „Problemanfälligkeit“ der betreffenden Personen erklärbar ist. Es ist nämlich seit langem bekannt, dass Problemverhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen miteinander korrelieren (vgl. Problem Behaviour Theory von JESSOR & JESSOR, 1977). „Früher Alkoholkonsum“ als Problemverhalten korreliert, wie immer wieder empirisch festgestellt wurde, mit einer Fülle von anderen Problemverhaltensweisen, wie Aggressivität, frühe Sexualität, Kriminalität, Suchtgefahr und Vielem mehr. Wenn früher Alkoholkonsum sich offensichtlich als Prädiktor eignete, um andere Problemverhaltensweisen vorhersagen zu können, so bedeutet das nicht, dass eine spontane oder durch Intervention verursachte Veränderung des Alkoholeinstiegsalters eine gleichsinnige Veränderung in den anderen Problemverhaltensweisen hervorrufen muss. Kausalität manifestiert sich zwar meist in Korrelationen, und Zusammenhänge können eine Grundlage sein, um Kausalität zu vermuten, aber von einem Zusammenhang zwingend auf Kausalität zu schließen, ist logisch unzulässig („Cum Hoc Fehlschluss“). Derzeit beginnen Jugendliche akzelerationsbedingt immer früher gleichwertig am Leben der Erwachsenen – und damit auch an deren Konsumgewohnheiten – teilzunehmen und gleichzeitig sinkt in Österreich und Deutschland der

Alkoholkonsum sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch bei jungen Erwachsenen (UHL, 2003; BZgA, 2001; KRAUS et al., 2003). Würde der Zusammenhang zwischen frühem Einstieg und späterem Problemkonsum in der postulierten Form zutreffen, müsste der durchschnittliche Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen konsequent ansteigen, was aber nicht der Fall ist. Es ist aus diesem Grunde durchaus angezeigt, zu vermuten, dass man spätere Problemverhaltensweisen nicht dadurch verringern kann, dass man eines der Symptome mit Zwangsmaßnahmen verändert, sondern indem man bei den eigentlichen Ursachen des Problems ansetzt – so wie man eine fiebrige Infektion ja auch nicht bekämpfen kann, indem man die Körpertemperatur künstlich reduziert, sondern nur, indem man die Abwehrkraft stärkt oder medikamentös gegen Keime ankämpft. Die Vorstellung, dass man in der Prävention vor allem den frühen Einstieg bekämpfen muss, lässt sich daher leicht als „Early Onset Mythos“ darstellen.

Einer der gebräuchlichen Indikatoren zur Erfolgsmessung von Prävention in einer Gesellschaft ist die Zahl der Drogenopfer, wobei in vielen europäischen Ländern sowohl die direkten Drogenopfer (Überdosierungen und Unfälle) als auch die indirekten Drogenopfer (durch drogenbedingte Krankheiten) gezählt und interpretiert werden. Diese Interpretation geht aber an der dynamischen Natur des Phänomens völlig vorbei. Da Drogen nicht unsterblich machen, sterben alle Drogenabhängigen – wie auch alle anderen Menschen – früher oder später. Sogar, wenn präventionsbedingt die Neueinstiegsrate dramatisch abnimmt, und man die Zahl der direkten Drogenopfer durch geeignete medizi-

nische und soziale Maßnahmen gering halten kann, muss es infolge der natürlichen Alterung der Szene noch über Jahre zu einer steigenden Zahl an indirekten Drogenopfern kommen. Gelingt es, die Zahl durch eine optimale Drogenpolitik kurzfristig zu verringern, so erzeugt man einen „Rückstau“, der sich auch bei Beibehaltung der guten Politik in wenigen Jahren durch einen überproportionalen Anstieg der Zahlen ausgleichen muss (UHL, 2002c).

In diesem Kapitel wurden einige Mythen und Probleme in Zusammenhang mit Prävention und deren wissenschaftlicher Fundierung angesprochen. Die bis jetzt angesprochenen Inhalte dienen als Hintergrund für die Behandlung des eigentlichen Themas meines Vortrags „Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie?“ zu dessen Erörterung ich nun spät, aber doch, ansetzen werde.

## **7 Um wessen Freiheit geht es?**

Wenn man über Freiheit in Zusammenhang mit Suchtprävention spricht, so nimmt man spontan an, dass es um die „Freiheit der eigentlichen Zielpersonen“ – meist Kinder oder Jugendliche – geht, sich für oder gegen die Vorgaben, Ziele und Methoden der Prophylaktiker zu entscheiden. Das ist allerdings keinesfalls der einzige Aspekt, der in diesem Zusammenhang relevant ist. Es gibt auch noch die Aspekte „Freiheit des Prophylaktikers“, der seine Methoden und Ziele frei und unabhängig wählen möchte und „Freiheit des Präventionsforschers“, um beliebige Forschungsdesigns zu entwerfen und die Ergebnisse nach eigenem Gutdünken zu interpretieren. Die drei Bereiche „Frei-

heit der Zielperson“, „Freiheit des Prophylaktikers“ und „Freiheit des Präventionsforschers“ betreffend gibt es meiner Auffassung nach zwar viele Argumente für möglichst wenig Zwang – gleichzeitig muss man aber auch anerkennen, dass in allen drei Bereichen nicht kategorisch auf Kontrollmaßnahmen und Vorgaben verzichtet werden kann. Die Gretchenfrage ist daher: Wo und wie soll diese Abgrenzung im konkreten Fall erfolgen?

### **Zur Freiheit der Zielpersonen:**

Wenn Individuen sich selbst erheblich gefährden und ganz besonders, wenn sie andere erheblich gefährden, sind Zwangsmaßnahmen ohne Frage gerechtfertigt. Die Betonung liegt dabei auf dem Wort „erheblich“, und hier sollte man es sehr genau nehmen. In der Psychiatrie, wo über Jahrhunderte mit Zwangsmaßnahmen recht willkürlich und freizügig umgegangen wurde, hat es im Zuge der „demokratischen Psychiatriebewegung“ eine radikale Umorientierung gegeben. Heute kann in vielen europäischen Ländern die Psychiatrie gegen den Willen eines Betroffenen nur intervenieren, wenn dieser als hochgradig selbst- oder fremdgefährdend imponiert. Auch in Zusammenhang mit Alkohol wird in Europa – von Ausnahmen abgesehen – recht behutsam mit Freiheitsentzug umgegangen. Bei illegalen Drogen hingegen erfolgt der Griff nach Sanktionen und Zwangsmaßnahmen auch heute noch recht rasch. Maßnahmen, die man in der herkömmlichen Psychiatrie oder in Zusammenhang mit Alkohol als „übergriffig“ erleben würde, werden in Zusammenhang mit illegalen Drogen von der breiten Bevölkerungsmehrheit geduldet, ja sogar gefordert. Ein sich abzeichnendes grundlegendes Umdenken in der

europäischen Drogenpolitik – ich denke hier an die Schlagworte „Harmreduktion“, „Therapie statt Strafe“, „Entkriminalisierung bei Konsumdelikten“, „Umdenken in der Cannabispolitik“ etc. – erfolgt dabei meiner Einschätzung nach nicht etwa, weil Entscheidungsträger oder die Bevölkerungsmehrheit aus ethischen Gründen Repression in der Drogenpolitik ablehnen würden, sondern aus rein pragmatischen Gründen. Erstens zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die ursprünglich primär repressiv orientierte Drogenpolitik keine plausiblen Erfolge vorweisen kann, und zweitens wird immer offensichtlicher, dass mit Repression erheblich mehr Probleme erzeugt als gelöst wurden. Es steht für mich aber trotz meines auf einem demokratisch-emanzipatorischen Menschenbild basierenden, negativen Urteils zur Repression in der Suchtprophylaxe außer Frage, dass ein völliger Verzicht auf Zwangsmaßnahmen in Zusammenhang mit der Drogenpolitik nicht sinnvoll sein kann, wobei man hier allerdings keine einfachen Patentrezepte zur Entscheidung anbieten kann.

### **Zur Freiheit des Prophylaktikers:**

Ähnlich komplex wie die Frage nach der Angemessenheit von Sanktionen und Kontrollen bei Drogenkonsumenten ist auch die Frage, wie weit man Prophylaktikern das Recht einräumen sollte, über Methoden und Ziele frei und unabhängig zu entscheiden. Auch hier ist die Entscheidung alles andere als leicht. Wenn Pädagogen und Erziehern keine weitreichende Methodenautonomie gewährt wird, werden diese zwangsläufig zum Spielball fordernder Behörden und Eltern. Die Folge von Einschränkungen und widersprüchlichen Direktiven ist meist Motivationsverlust und Burn-Out –

eine Entwicklung, die zwangsläufigen Qualitätsverlust nach sich zieht. Auf der anderen Seite ist es aber auch nicht zu akzeptieren, dass in Präventionsfragen fachlich absolut inkompetente Pädagogen auf inadäquaten Methoden und inakzeptablen Grundhaltungen bestehen. Ich denke da z.B. an Pädagogen, die auch heute noch als kontraproduktiv gebrandmarkte Abschreckungsansätze durchziehen, an Personen, die ohne die elementarsten Prinzipien der Gesundheitsförderung verstanden zu haben, ohne Strategie und Zielvorstellungen chaotischen Aktionismus veranstalten und das „Gesundheitsförderung“ nennen, an Personen, die ihre Zielpersonen mit Falschinformation traktieren oder bei ideologischen Meinungsunterschieden übergriffig reagieren usw. Wenn man bedenkt, wie leicht inkompetente Prophylaktiker bei ihren Opfern nachhaltigen Schaden verursachen können, sind qualitätssichernde Maßnahmen für den Präventionsalltag nicht nur wünschenswert, sondern nachhaltig zu fordern. Ich vertraue hier auf entsprechende Weiterbildungsangebote, auf Anreize, diese anzunehmen und auf Rahmenbedingungen, die den Pädagogen ausreichende Weiterbildung ermöglichen. Wann man von außen intervenieren sollte, und wie man zu einer ausgewogenen Balance zwischen Methodenautonomie und qualitätssichernder Einschränkung kommen kann, muss auch hier individuell im Einzelfall entschieden werden. Ich kenne konkrete Beispiele, meine eigenen Kinder betreffend, wo ein unmissverständlicher Ordnungsruf an suchtprophylaktisch tätige Pädagogen höchst angezeigt gewesen wäre, wo aber trotz vorsichtiger Intervention meinerseits – mit massiven Interventionen befürchtete

ich meinen Kindern in der Schule zu schaden – absolut keine Qualitätsverbesserung zu erzielen war.

### **Zur Freiheit des Präventionsforschers:**

Der letzte Bereich, den ich hier berühren möchte, betrifft die Präventionsforschung – das Gebiet, mit dem ich am unmittelbarsten verbunden bin. Die Freiheit der Forschung – im Sinne von „Unabhängigkeit von den Partikularinteressen mächtiger Interessensgruppen“ – ist zwar ein ganz wichtiges Grundprinzip der Forschung, aber bedeutet das auch, dass Forscher willkürlich öffentliche Gelder verwenden dürfen, um Wissenschaftsmüll zu produzieren? Bedeutet das, dass Forscher, die sich aus Ignoranz oder Opportunismus über die fundamentalen Grundlagen der Erkenntnislogik hinwegsetzen, als gleichberechtigte Kollegen akzeptiert werden müssen? Ich glaube, wenn wir an Qualität und Fortschritt interessiert sind, ist ein uneingeschränktes „anything goes“ im Sinne von Paul Feyerabend (1984) nicht zu akzeptieren – und in der Praxis wird das auch nicht akzeptiert. Wer Prophylaktiker an die wissenschaftlichen Ergebnisse der Präventionsforschung binden möchte, muss gewährleisten, dass die Präventionsforscher sich bei der Planung von Studien, bei deren Durchführung und der Interpretation der Daten an fundamentale Grundprinzipien von Logik und Methodologie halten, und damit wird die Freiheit der Forscher, zu tun, was ihnen beliebt, erheblich eingeschränkt. Die konkreten Qualitätssicherungsmechanismen, die hier am Werk sind, sind die Begutachtung durch Fachkollegen im Zuge der Finanzierung von Forschungsprojekten und in Zusammenhang mit der Publikation in anerkannten Zeitschriften. Damit sind für Forscher Kontrollme-

chanismen installiert, die deren Freiheit in der Forschung deutliche Grenzen setzen. Diese Kontrollmechanismen sind zwar – wie uns allen bewusst ist – keinesfalls optimal organisiert, völlig ohne sie auskommen zu wollen, wäre aber fraglos ein deutlicher Rückschritt.

## Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- BZgA (2001): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001*, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- CAPLAN, G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic books, New York
- Commission on Chronic Illness, (1957): *Chronic Illness in the United States. Vol. 1. Published for the Commonwealth Fund*. Cambridge, MA, Harvard University Press
- EDWARDS, G. (Hrsg.) (1997): *Alkoholkonsum und Gemeinwohl*, Enke, Stuttgart
- FEYERABEND, P. (1984): *Wissenschaft als Kunst*, Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- GORDON, R. (1983): *An Operational Classification of Disease Prevention*, Public Health Report, 98, 2,107-109
- JESSOR, R.; JESSOR, S.L. (1977): *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*, Academic Press, New York
- KRAUS, L.; AUGUSTIN, R; TÖPPICH, J. (2003): *Alkoholkonsumtrends bei Jugendlichen und Erwachsenen*, in: DHS: Jahrbuch Sucht 2003. Neuland, Geesthacht
- MARITSCH, F.; UHL, A. (1989): *Kaffee und Tee*, in: Scheerer, S.; Vogt, I.: *Drogen und Drogenpolitik*, Campus, Frankfurt
- NIDA (1997a): *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents A Research Based Guide*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD
- NIDA (1997b): *Drug Abuse Prevention: What Works*, NIH Publication, No. 97-4110, Rockville, MD
- RÖHRLE, B. (1999): *Ein Modell präventiven und gesundheitsförderlichen Handelns*, in: Röhrle, B. & Sommer, G. (Hrsg.) (1999), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 53-68), Tübingen: DGVT.
- STRASSER T. *Reflections on cardiovascular diseases*, *Interdisc Sci Rev* 1978; 3: 225-230
- THOMASIU, R. (Hrsg.) (2000): *Ecstasy Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs*, Wissenschaftliche VerlagsgmbH, Stuttgart
- UHL, A. (1998): *Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs: Definitions - Concepts - Problems*, in: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*, A COST-A6 Publication, European Commission Social Sciences, Brussels
- UHL, A. (2000a): *The Limits of Evaluation*, in: Neaman, R.; Nilson, M.; Solberg, U.: *Evaluation - A Key Tool for Improving Drug Prevention*, EMCDDA Scientific Monograph Series, No 5, Lisbon

UHL, A. (2000b): Evaluation vs. Evalopathy: Support for Practical Improvement vs. Irrational Nuisance, in: Abstracts of the 3rd Nordic Health Promotion Research Conference, Tampere, 6-9 September, 2000, University of Tampere, Tampere

UHL, A. (2002a): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe, in: Röhrle, B. (Hrsg): Prävention und Gesundheitsförderung Bd. II, DGVT, Tübingen

UHL, A. (2002b): Medien und Suchtprophylaxe, Medienimpulse, Beiträge zur Medienpädagogik, 11, 41, 61-71

UHL, A. (2002c): Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 25, 1/2, 23-32

UHL, A. (2003): Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens, *prae.doc*, 1, 3-10

UHL, A.; SPRINGER, A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien

WHO (1984): The WHO-Constitution, Geneva

WHO (1986): Ottawa Charta. Geneva

WINDLER, E. (2001): Lipidtherapie: Prävention arteriosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen, *Der Internist*, 42, 1, 92-110



*Hart Am LimiT – HALT:  
Ein Projekt der Sekundärprävention  
für Jugendliche mit Alkoholvergiftung  
im Krankenhaus*

**Heidi Kuttler, Diplompädagogin**

Leiterin Villa Schöpflin

Zentrum für Suchtprävention

Badischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation

Lörrach-Brombach

## **1 Warum ein Suchtpräventionsprojekt zum Rauschtrinken?**

Alkohol ist eine legale Droge und gesellschaftlich breit akzeptiert. Dass Heranwachsende irgendwann ihren ersten Rausch haben, ist fast so normal wie der erste Kuss, der Mofaführerschein oder die erste durchwachte, durchtanzte Nacht.

Warum dennoch ein spezielles Projekt für Jugendliche, die mit einem Alkoholrausch aufgefallen sind? Weil sich bei einer kleinen, aber vermutlich steigenden Anzahl von Jugendlichen, ein neuer Umgang mit Alkohol abzeichnet, der über das hinausgeht, was wir in vielen Fällen als jugendtypisches Austesten von Alkohol bewerten.

- Die aufgenommene Alkoholmenge führt nicht „nur“ in einen Rausch, sondern bis zur Bewusstlosigkeit, die damit verbundenen Gefahren sind ungleich höher.
- Der Rausch ist nicht ein mehr oder weniger erwünschter Nebeneffekt des Alkoholkonsums, sondern, so die ersten Einschätzungen, der einzige Sinn und Zweck.
- Der massive Kontrollverlust kann ein sich frühzeitig manifestierender Risikofaktor für den Umgang mit Suchtmitteln sein.
- Die hohen Risiken und Nachteile des Rauschtrinkens werden in Kauf genommen, da der erwartete Gewinn subjektiv höher ist: z.B. Anerkennung in der Gruppe finden, Stärke beweisen, Ausweichen vor Frustrationen. Dies kann ein Hinweis auf geringe psychosoziale Kompetenzen und fehlende Alternativen sein.

## **2 Binge-drinking und Alkoholvergiftung - eine Begriffsklärung**

Seit einigen Jahren taucht in der Fachliteratur vermehrt der Begriff des „Binge-drinking“ auf. Er beschreibt ein Muster, insbesondere unter Jugendlichen, bei dem es um gezieltes Rauschtrinken geht. Die Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden, zeigen ein solches Trinkverhalten, weshalb über das Binge-drinking zunächst eine theoretische Annäherung versucht werden soll.

### **Was ist Binge-drinking?**

In verschiedenen europäischen Studien wird Binge-drinking unterschiedlich definiert (vgl. Gmel et al, 2003). In manchen Erhebungen dient – sehr allgemein – „ein hoher, unkontrollierter Konsum innerhalb einer begrenzten Zeitdauer“ für eine Eingrenzung. In anderen Befragungen geht es um den subjektiven Eindruck von „betrunken sein“, wobei bei der Selbst- und Fremdeinschätzung dieses Zustandes kulturelle Aspekte eine große Rolle spielen.

Andere Erhebungen nehmen eine Einordnung über die Anzahl der Trinkeinheiten während eines Trinkanlasses vor. In der Literatur verbreitet sind 5 oder mehr alkoholische Getränke (5+), allerdings sind große länderspezifische Unterschiede auszumachen. Teilweise werden zusätzlich geschlechtsspezifische Differenzierungen vorgenommen: in den USA 4+ für Frauen und 5+ für Männer, in Australien 8+ für Jungen und 6+ für Mädchen, in Großbritannien sogar 10+ für Männer und 7+ für Frauen. Zusätzlich erschwert wird die Vergleichbarkeit verschiedener Befragungen durch unterschiedliche Mengenangaben für

Standardgetränke: in Großbritannien beinhaltet ein Standardgetränk 8 Gramm reinen Alkohol, in den USA 12 Gramm. Damit beginnt in den unterschiedlichen Studien Binge-Drinking manchmal bei 30 Gramm reinem Alkohol, manchmal erst bei 80 Gramm.

Angesichts der uneinheitlichen Erhebungsinstrumente in Europa und den USA lassen sich aus den unterschiedlichen Studien kaum vergleichbare Ergebnisse ableiten. Am verlässlichsten lässt sich aus den verschiedenen Erhebungen der Schluss ziehen, dass Männer 3 – 4 mal stärker vertreten sind als Frauen.

Obwohl Binge-drinking im Jugendalter ein früher Indikator für mögliche soziale und gesundheitliche Probleme sein kann, fehlt bisher eine systematische Erforschung der Problematik. Um auf besorgniserregende Entwicklungen aufmerksam zu werden oder um länderspezifische Vergleiche anstellen zu können, müssten regelmäßig Wiederholungsbefragungen durchgeführt und die angelegten Mengenkriterien standardisiert werden.

### **Binge-drinking gleich Alkoholvergiftung?**

Wie oben aufgeführt, spricht man ab einer Aufnahme von 30 – 80 Gramm reinem Alkohol pro Trinkanlass von Binge-drinking. HALT wendet sich an Jugendliche, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert wurden.

### **Quantitative Unterschiede**

Die betroffenen Jugendlichen hatten alle mindestens einen halben Liter Spirituosen, meist Wodka, Rum oder Schnaps, zu sich genommen, das entspricht ca. 120 Gramm reinem Alkohol.

48 % der Jugendlichen, die beim Binge-drinking nach 4 bzw. 5 Trinkeinheiten erfasst wurden, hatten weniger als 0,8 Promille Blutalkohol; unsere Zielgruppe hatte dagegen Blutalkoholwerte zwischen 1,6 und 2,5 Promille, in Einzelfällen auch mehr.

### **Qualitative Unterschiede?**

Nach den bisherigen Erfahrungen trinkt sich mit Bier oder Wein allein niemand ins Koma, denn größere Mengen davon führen vorher zu Übelkeit und Erbrechen. Es ist abzuklären, ob der Unterschied zwischen einer komatösen Alkoholvergiftung und Binge-drinking lediglich ein quantitativer oder – was zu vermuten ist – in vielen Fällen auch ein qualitativer ist.

Die bisherigen Studien zum Binge-drinking erfassen ein zwar problematisches, aber – so die erste Einschätzung – ein insgesamt weniger exzessives und riskantes Trinkverhalten, als es die Gruppe der in eine Klinik eingelieferten Jugendlichen zeigt. Die Problematik der von uns erfassten Jugendlichen möchte ich daher mit „komatöser Alkoholintoxikation“ bezeichnen.

### **3 Jugendliche im Krankenhaus - nur die Spitze des Eisbergs?**

Schwierig sind Rückschlüsse von den Klinikzahlen auf die tatsächliche Verbreitung von komatösen Alkoholvergiftungen. Es ist davon auszugehen, dass es sich bei den erfassten Jugendlichen lediglich um die Spitze des Eisbergs handelt; denn verschiedene Kriterien entscheiden, ob eine Jugendliche / ein Jugendlicher in die Klinik gebracht wird oder nicht.

Es ist möglich, dass in manchen Cliques/Szenen auch eine schwere

Alkoholvergiftung ignoriert wird und nicht dazu führt, dass der Notarzt gerufen wird. Sind Eltern oder andere Erwachsene in der Nähe, ist eine Kontaktaufnahme zur Klinik wahrscheinlicher. Auch das Alter und das Geschlecht können Kriterien sein, die eine ärztliche Intervention mehr oder weniger wahrscheinlich machen: Kinder werden sicherlich schneller in die Klinik gebracht als ältere Jugendliche, Mädchen eher als Jungen.

#### 4 Die Risiken einer Alkoholvergiftung

Hauptrisiko des exzessiven Rauschtrinkens ist nach Einschätzung der Ärzte ein komatöser Zustand, in dem lebenswichtige Reflexe ausgeschaltet sind und es beim Erbrechen zum Tod durch Erstickern kommen kann. Bei einem in Lörrach im Winter aufgetretenen Fall konnte durch aufmerksame Anwohner möglicherweise das Erfrieren zweier Mädchen verhindert werden. Auch das Risiko von Badeunfällen oder Verkehrsunfällen steigt in Verbindung mit der schnellen, unberechenbaren Wirkung starker Alkoholika (Ohnmacht innerhalb weniger Sekunden). Mädchen werden in stark alkoholisiertem Zustand schneller Opfer sexueller Gewalt. Nachbefragungen bei den betroffenen Jugendlichen im Landkreis Lörrach haben in Einzelfällen Hinweise auf Tage oder Wochen andauernde Empfindungsstörungen (Tastsinn) und emotionale Störungen (Panikattacken, Schlaflosigkeit) ergeben.

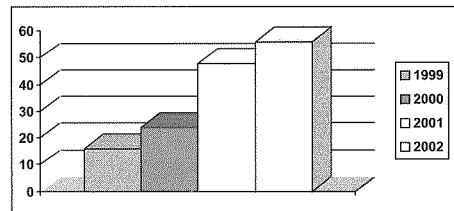
Vermutlich kommt es immer wieder zu Todesfällen, die direkt durch die toxische Wirkung des Alkohols ausgelöst wurden. Eine australische Studie vermutet einen Zusammenhang zwischen exzessivem Rauschtrinken und

plötzlichem Herztod; eventuell lag jedoch in einigen Fällen bereits eine latente Herzerkrankung vor (Puddey et al. 1999). Eine Studie des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) schätzt, dass ein Teil der etwa 1.400 US-amerikanischen Jugendlichen, die pro Jahr in Zusammenhang mit Alkohol ums Leben kommen, nach einer Alkoholintoxikation nicht mehr aufwachen; der größte Teil stirbt jedoch bei Unfällen.

#### 5 Klinikeinweisung mit Alkoholvergiftung – Die Zahlen im Landkreis Lörrach

Im Sommer letzten Jahres machte der Chefarzt der Kinderklinik Lörrach in einem Pressegespräch auf eine besorgniserregende Entwicklung aufmerksam. Nach seiner Einschätzung hatte sich die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholintoxikation stationär eingeliefert wurden, innerhalb der letzten Jahre dramatisch erhöht. Nach der Auswertung der Klinikzahlen der Jahre 1999 bis 2002 durch die Villa Schöpflin bestätigte sich dieser Eindruck. In den letzten 4 Jahren war eine Erhöhung von 16 (1999) auf 56 Fälle (2002) zu verzeichnen.

#### 12 – 17-Jährige mit Alkoholvergiftung in der Kinderklinik Lörrach, 1999 - 2002



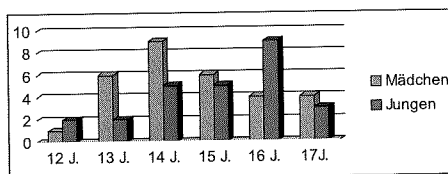
## 6 Alkoholkonsum bei jungen Männern und Frauen

Für die Altersgruppe der 12 - 25-Jährigen liegen die Konsumzahlen in der Bundesrepublik differenziert nach Geschlecht vor. Eine Repräsentativerhebung der BZgA (2001) beziffert den Anteil der Konsument/innen von mehr als 120 g reinen Alkohol pro Woche bei den jungen Männern auf 22 %, bei den Frauen lediglich auf 6%. Auch bei den Rauscherfahrten der 12 - 25-Jährigen überwiegt die Zahl der jungen Männer (6 mal Alkoholrausch oder häufiger: 27% der jungen Männer und 12% der jungen Frauen, nie einen Alkoholrausch: 33 % der Männer und 45 % der Frauen (BZgA 2001)). Auch Studien auf europäischer Ebene zum Binge-drinking belegen, wie schon erwähnt, dass Männer 3 - 4 mal häufiger vertreten sind als Frauen (Gmel et al, S. 108).

## 7 Geschlechterverteilung bei komatöser Alkoholintoxikation in der Kinderklinik Lörrach

Wie zu erkennen ist, ergibt die Aufschlüsselung der statistischen Daten der in die Kinderklinik Lörrach eingelieferten Jugendlichen ein anderes Bild. Im Jahr 2000 wurden 24 Jugendliche erfasst, 12 Mädchen und 12 Jungen. Eine ähnliche Geschlechterverteilung zeigt sich im Jahr 2002:

**Jahr 2002**, gesamt: 56 (30 Mädchen, 26 Jungen)



## 8 Überdurchschnittlich hoher Anteil an Mädchen

Dass bei den jüngeren Altersgruppen der Anteil der Mädchen überwiegt, kann mit ihrem früheren Eintritt in die Pubertät zusammenhängen. Ob es sich bei der atypischen Geschlechterverteilung um einen neuen Trend oder um ein spezifisches Lörracher Phänomen handelt, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beurteilen. Vermutlich spielen auch soziokulturelle Faktoren eine Rolle; ein stark betrunkenes Mädchen ruft im Umfeld wahrscheinlich größere Besorgnis hervor als ein Junge.

## 9 Mögliche Motive und Hintergründe

Nach den bisherigen Befragungen der Jugendlichen lassen sich verschiedene Motive erkennen, die sich jedoch nicht wesentlich von bisherigen Erklärungsansätzen für jugendliches Rauschtrinken unterscheiden. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede zeichnen sich ab, aufgrund der geringen Zahl der Befragten ist die Datengrundlage jedoch zu dünn, um Hypothesen zu formulieren.

### Erklärungsansätze auf individueller Ebene:

- die Älteren in der Clique beeindrucken wollen, zum Kreis der Älteren gehören wollen
- beweisen wollen, wie viel man verträgt, nicht zimperlich sein wollen (auch wenn's nicht schmeckt)
- Fehleinschätzung der Wirkung harter Alkoholika
- eskalierende Gruppendynamik (z. B. beim Wetttrinken)

- bewusst angestrebter Kontrollverlust (nicht mehr verantwortlich sein für das, was man tut)
- biochemische Prozesse im Gehirn: Kontrollverlust nach einer gewissen Menge Alkohol
- Suche nach Risiko und grenzüberschreitenden Erfahrungen
- Wunsch nach Flucht und Verdrängung (angesichts großer Probleme einfach „weg sein“)
- parasuizidales Verhalten (insgesamt ist in den letzten Jahren die Suizidrate bei Jungen und Mädchen gestiegen)

#### **Erklärungsansätze auf gesellschaftlicher Ebene:**

- aktueller Trend zu Spirituosen, evtl. mitausgelöst durch sog. Alcopops, süße alkoholische Mixgetränke, die wie Softdrinks schmecken, aber Rum, Wodka etc. enthalten
- Grifffnähe von Spirituosen für Jugendliche, leichte Verfügbarkeit
- eine Zunahme individueller Freiheiten Jugendlicher bei gleichzeitiger Verunsicherung und Orientierungslosigkeit durch sehr heterogene Werte und Normen
- zunehmende emotionale Belastungen im Jugendalter: immer kürzere Halbwertszeit von Trends, Auflösung von Familien mit dem Verlust von Bezugspersonen, Mobilität von Familien
- Alkoholrausch als Übergangsritual vom Jugend- zum Erwachsenenalter angesichts immer weniger anderer Rituale (der erste Rausch hat Symbolfunktion, Alkohol ist Accessoire des Erwachsenseins, symbolisiert Nicht-mehr-Kind-Sein)

## **10 Hart Am Limit - HALT**

Das Konzept

1. Erfassung qualitativer und quantitativer Daten an verschiedenen Krankenhäusern

2. reaktive Maßnahmen → Ansätze auf individueller Ebene

- Gruppen- und Einzelangebote für betroffene Jugendliche
- evtl.: Überleitung in weitergehende Hilfen
- Gesprächsangebot für Eltern

3. proaktive Maßnahmen → Ansätze auf kommunaler Ebene

- Checkliste "Suchtprävention" für Festveranstaltungen
- Seminare für Eltern, Lehrkräfte, Gruppenleiter/innen
- Seminare für Azubis, Verkaufspersonal

4. breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit durch Aktionen, Presse, Plakate

## **11 Erfassung quantitativer und qualitativer Daten**

Neben der systematischen Erfassung von Anzahl, Geschlecht, Alter, besuchter Schule und (sozio-) kultureller Herkunft von Jugendlichen mit Alkoholvergiftung in der Kinderklinik Lörrach (und im Projektverlauf auch in anderen Krankenhäusern) sollen Informationen zu möglichen Hintergründen und Auslösern für den exzessiven Alkoholkonsum gewonnen werden. Sie dienen der Entwicklung eines passgenauen Konzeptes zur Aufarbeitung und Vorbeugung. Erschwert wird die Befragung durch die Tatsache, dass fast alle Jugendlichen einen „Filmriss“ haben und sich an die Zeit

vor ihrer Bewusstlosigkeit nicht mehr erinnern.

## **12 Reaktive Maßnahmen**

### **Gruppenangebot für die betroffenen Jugendlichen**

#### **Suchtspezifische und suchtunspezifische Themen**

Im Rahmen von HALT soll für Jugendliche ein Gruppenangebot entwickelt werden, in dem sie ihre Emotionen und Reaktionen in Zusammenhang mit der Alkoholvergiftung - Scham, Versagensgefühl, Ängste, Angeberei oder auch Verharmlosung - gemeinsam mit Gleichaltrigen aufarbeiten, die Auslöser bzw. Motive erkennen und sich mit möglichen Risiken in ihrem Umgang mit Suchtmitteln auseinandersetzen. Der verantwortungsbewusste Umgang mit Alkohol stellt eine Entwicklungsaufgabe für Heranwachsende dar; in der Gruppe sollten daher auch Orientierungen für „safer-use“ erarbeitet werden. Dieser suchtspezifische Teil sollte auf unspezifische Aspekte, wie Umgang mit Krisen und Konflikten, Rolle in der Gruppe etc., ausgeweitet werden.

Bei den bisher befragten Jugendlichen bedeutet Alkohol kaum Genuss der Substanz, sondern vor allem Gewinn durch die Wirkung. Um Alkohol in den beschriebenen Konzentrationen und Mengen zu sich zu nehmen, überwinden sie schützende Körperreaktionen, die Widerwillen signalisieren. Sie entwickeln Strategien, um diese Signale auszuschalten, indem sie Wodka oder Whisky zunächst mit Saft verdünnen oder ihn „Ex“ trinken. Hier bestehen Anknüpfungspunkte für eine Sensibilisierung für Warnsignale, für eigene Bedürfnisse und Grenzen.

## **13 Erlebnispädagogische Aufarbeitung der Funktion des riskanten Alkoholkonsums**

Ein weiterer Schwerpunkt sollte das Nachdenken über die Funktion des Alkoholkonsums sein; denn riskanter Alkoholkonsum ermöglicht für viele Jugendliche die Befriedigung wesentlicher Bedürfnisse auf „einfache“ Art:

- Gemeinschaftserlebnis,
- Grenzerfahrungen machen,
- Anerkennung in der Gruppe erhalten,
- Ausbruch aus dem Alltag,
- Schwierigkeiten vergessen,
- sich erwachsen fühlen.

Diese subjektiv empfundenen Vorteile sind ernst zu nehmen und lassen sich argumentativ nicht auflösen, insbesondere, wenn ansonsten wenig Ressourcen zur Befriedigung dieser zentralen Bedürfnisse zur Verfügung stehen (Belastungen durch Außenseitertum, Schulversagen, familiäre Probleme, geringes Selbstwertgefühl). Ein erlebnispädagogisches Angebot (z.B. Klettern, angeleiteter Mutsprung), kann für bereichernde und destruktive Anteile einer Bedürfnisbefriedigung sensibilisieren.

### **Einzelgespräche**

Erste Erfahrungen sprechen dafür, dass für einige Jugendliche ein Gruppenangebot nicht geeignet ist (zu jung, große Scham, Sprachprobleme). Für solche Jugendliche wären als Alternative 2-3 Einzelgespräche denkbar. Ziel wäre die Reflexion des Vorfalls sowie die Abklärung und Motivierung für eventuell erforderliche weitergehende Hilfen.

### **Gesprächsangebote für Eltern**

Begleitend werden Gespräche mit den Eltern angeboten. Nach Aussa-

gen der Ärzte bagatellisieren einige (wenige) Eltern den Vorfall oder wollen die Alkoholvergiftung ihres Kindes nicht nochmals thematisieren. Zu solchen Eltern erhalten wir dann keinen Kontakt, wobei anzunehmen ist, dass gerade für solche Familien Hilfestellung angezeigt wäre. Viele Eltern nehmen das Gesprächsangebot jedoch gerne an. Manche Familien haben bereits eine lange Beratungs- und Therapiegeschichte hinter sich, deren Erfolg mit der Klinikeinweisung des Kindes in Zweifel gezogen wird. Oft verstärkt die Alkoholvergiftung des Kindes Gefühle von Hilflosigkeit und Resignation bei den Eltern. Hier kann eine Intervention hilfreich sein; denn wir wissen, dass gut bewältigte Krisen, egal in welchem Lebensalter, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und die Lebenskompetenzen stärken.

#### **14 Einleitung weitergehender Hilfen**

Da sich bereits abzeichnet, dass bei einem Teil der Jugendlichen die Alkoholintoxikation nur ein Symptom für eine bereits länger bestehende, tiefergehende Problematik darstellt, bietet HALT die Möglichkeit, solche Jugendlichen frühzeitig zu erfassen und in geeignete Hilfeangebote überzuleiten. Ein Hilfeplan muss gemeinsam mit dem/der Jugendlichen, den Eltern sowie dem Jugendamt bzw. den Beratungsstellen im Landkreis erstellt werden.

#### **15 Zuweisungen über die Kinderklinik Lörrach**

##### ***Beachtung von Freiwilligkeit und Schweigepflicht***

Es wurde vereinbart, dass die Ärzte/innen telefonisch mit der Villa Schöpflin Kontakt aufnehmen, wenn

eine Jugendliche / ein Jugendlicher eingeliefert wurde. Dies geschieht nur, wenn sowohl die Jugendlichen als auch ihre Eltern einer Kontaktaufnahme zustimmen und die Eltern den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden. Für das Projekt soll eine sozialpädagogische Fachkraft mit Rufbereitschaft am Wochenende eingestellt werden, die das Erstgespräch in der Klinik führt. Über dieses Erst-Gespräch sollen Jugendliche für eine Teilnahme am Gruppenangebot motiviert werden.

Alle Eltern erhalten im Krankenhaus einen Informationsflyer mit wesentlichen Informationen zur Problematik und dem Namen der Ansprechpartnerin in der Villa Schöpflin. So können sie auf Wunsch auch noch zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt aufnehmen.

#### **16 Enge Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und Jugendarbeit**

Die Gruppen- und Einzelangebote im Rahmen von HALT sollen auch für Jugendliche zur Verfügung stehen, die an anderer Stelle durch schädlichen Alkoholkonsum auffallen: In Familien, die vom Jugendamt betreut werden, in der Schule, im Straßenverkehr etc.. Die Überleitungswege zwischen dem Jugendamt, der Polizei, sowie der Schulsozialarbeit in die Villa Schöpflin werden derzeit ausgearbeitet.

#### **17 Proaktive Maßnahmen**

HALT möchte „Halt sagen“, aber auch „Halt geben“. Erwachsene, die auf die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes achten, die z.B. keinen Alkohol an unter 16- bzw. unter 18-Jährige verkaufen und die insgesamt deutlich



Stellung beziehen, geben Orientierung und übernehmen die Verantwortung, die ihnen zukommt.

### **Checkliste Suchtprävention bei Festveranstaltungen**

Gemeinsam mit Vertreter/innen von Stadt, Landkreis, Vereinen, Polizei und Jugendlichen soll eine Checkliste „Suchtprävention“ erarbeitet werden. Sie wird verbindlicher Bestandteil der offiziellen Festgenehmigung. Diese Liste wird bei den verantwortlichen Veranstaltern offensiv kommuniziert, geeignete Materialien (Plakate, Aufkleber, Infolyer) unterstützen die praktische Umsetzung. Mitarbeiter der Polizei überwachen die Einhaltung, bei Verstößen erfolgen Sanktionen und es wird im Folgejahr keine Festgenehmigung mehr erteilt.

### **Seminare für Eltern, Lehrkräfte und Gruppenleiter/innen**

Seminare sollen Eltern sowie Multiplikator/innen an Schulen und in Jugendgruppen für den Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln sensibilisieren und Hinweise für die Ausarbeitung klarer Regelungen geben (z.B. Handreichung für die Gestaltung von Schulfesten). Darüber hinaus sollen im Rahmen von HALT Bausteine für den Unterricht und für die Gruppenarbeit entwickelt werden.

### **Schulungen von Auszubildenden und Verkaufspersonal**

Auszubildende und Beschäftigte im Einzelhandel sollen für die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes sensibilisiert und motiviert werden. Eine Schulung zum riskanten Alkoholkonsum Jugendlicher und zum Jugendschutzgesetz wird fester Bestandteil des Ausbildungsgangs an den kaufmännischen Schulen in Lörrach.

### **Breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit**

Der riskante Alkoholkonsum unter Jugendlichen soll durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit, durch Aktionen (z.B. durch Jugendliche zum Apfelsaftgesetz), sowie durch Medienarbeit, Infobroschüren und Plakate problematisiert werden.

Bei vielen Angeboten übernehmen wir Ideen und bewährte Konzepte, die an anderer Stelle entwickelt wurden, z.B. aus der Schweiz (vgl. Radix: Die Gemeinden handeln), aus Hamburg (Sixpack, Büro für Suchtprävention Hamburg), dem Landkreis Emmendingen (Schon 16? Jugendschutz – Ich mache mit, Arbeitskreis Suchtprophylaxe Emmendingen) oder der Bundesdrogenbeauftragten (Aktion zum Apfelsaftgesetz).

## **18 Offene Fragen**

### **Sind betroffene Jugendliche für ein Angebot zu motivieren?**

Es gibt bewährte Methoden der Kurzintervention, auf die wir bei der Entwicklung eines Gruppenangebotes zurückgreifen können. Aufgrund der Rahmenbedingungen bei HALT (geringer sozialer Druck, Neigung zu Bagatellisierung und Verdrängung, hohes Schamgefühl, geringes Interesse mancher Eltern) kann es jedoch schwierig sein, Jugendliche für ein Angebot zu gewinnen. Eine kompakte erlebnisorientierte Maßnahme (z.B. Freitag Nachmittag und den folgenden Samstag mit dem Besuch eines Klettergartens o.ä.) erscheint angesichts dieser Schwierigkeit am ehesten erfolgversprechend.

## **Eine Alkoholvergiftung ist stark schambesetzt**

Wir verfügen über Erfahrung mit Cannabiskonsumierenden Jugendlichen und erleben, dass sie sich nach anfänglicher Zurückhaltung schnell öffnen und der Konsum offen besprochen werden kann. Nach den bisherigen Erfahrungen ist, im Gegensatz zum Cannabiskonsum, eine Alkoholvergiftung stark schambesetzt und damit schwerer in der Gruppe besprechbar. Dies muss bei der Konzeption des Gruppenangebotes berücksichtigt werden.

## **Eventuell schwierige Überleitung in weitergehende Hilfen**

Manche Jugendliche brauchen nach unseren Erfahrungen mehr als ein kurzfristiges Angebot. HALT ist konzeptionell jedoch nicht so angelegt, dass es eine langfristige Begleitung von Jugendlichen übernehmen kann. Im Rahmen der Maßnahme können lediglich Impulse gegeben und Weichen gestellt werden. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und den Beratungsstellen, die geeignete längerfristige Hilfen anbieten können, ist daher unverzichtbar. In Einzelfällen stößt das Projekt sicherlich an Grenzen, insbesondere da, wo Jugendliche bereits über jahrelange Betreuung- und Therapieerfahrungen verfügen.

Der von der Prävention angestrebte „angemessene“ und „verantwortungsbewusste“ Umgang mit Alkohol ist in seiner Differenziertheit schwer zu vermitteln, denn

- Alkohol ist eine akzeptierte Alltagsdroge,
- hin und wieder betrunken zu sein ist in der Gesellschaft breit akzep-

tiert und wird in der Regel auch von Fachleuten nicht immer als problematisch bewertet,

- der Rausch eines Jugendlichen löst bei vielen Erwachsenen amüsiertes Schmunzeln, bei vielen Jugendlichen Anerkennung aus.

Die Grenze zwischen alterstypischem Probierverhalten und problematischem Alkoholkonsum ist Jugendlichen und auch Erwachsenen in dieser Differenziertheit nur schwer zu vermitteln

Ziel ist, mit HALT erstmals Zahlen und Trends bezüglich komatöser Alkoholvergiftungen zu erhalten, sowie mögliche Hintergründe und Motive auf Seiten der betroffenen Jugendlichen systematisch zu erfassen. Daneben wollen wir sowohl ein passgenaues Konzept für die Gruppenarbeit mit betroffenen Jugendlichen entwickeln als auch ein Gesamtpaket an geeigneten Maßnahmen und Materialien für die Verhältnisprävention auf kommunaler Ebene. Hier liegen durch andere Projekte der Sekundärprävention bereits Anregungen vor, die angepasst und ausgebaut werden müssen.

Eine anspruchsvolle Aufgabe ist voraussichtlich auch der Aufbau von funktionierenden Zugangswegen sowie die Weitervermittlung in geeignete Hilfeangebote im Landkreis. Durch die bisherige enge und sehr gute Zusammenarbeit mit den Ärzten der Kinderklinik Lörrach haben wir diesbezüglich sicherlich schon einen großen Schritt vorwärts gemacht.

## **Erste Erfolge: Sensibilisierung, Orientierung und frühe Ansprache der Zielgruppe**

In den vergangenen Monaten der Vorarbeiten sind bereits erste Erfolge zu

verzeichnen. Zum einen ist durch die Thematisierung des Problems die Sensibilität bei unseren Projektpartnern – Kinderklinik, Beratungsstellen, Jugendamt, Kommune, Polizei – weiter gestiegen. Zum anderen erhalten wir erste Anfragen von Schulen, Sozialarbeiter/innen und Eltern, die sich mit dem riskanten Alkoholkonsum Jugendlicher aufgrund bestehender Probleme (z.B. an Schulfesten, im Jugendzentrum) tiefer auseinandersetzen wollen. Insgesamt herrscht auch große Unsicherheit, ab wann jugendlicher Alkoholkonsum als besorgniserregend einzuordnen ist und wie geeignete Hilfemaßnahmen aussehen können.

Ein weiterer großer Vorteil: über das Projekt erreichen wir sicherlich sehr früh Jugendliche mit riskantem Trinkverhalten, in der Regel bevor sich die Problematik zementiert hat - ein optimaler Zeitpunkt für eine Frühintervention.

### **Literatur/Quellen**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001, Köln 2001

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahrbuch Sucht 2003, Geesthacht 2003

Deutsche Shell (Hrsg.) Jugend 2002, 14. Shell Jugendstudie, Frankfurt 2002

ESPAD-Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries, CAN und Pompidou Group 1999

FRANZKOWIAK, Peter, Risikokompetenz in der Suchtprävention, in: Prävention 4/2001, S. 102 – 104

GMEL/REHM/KUNTSCHE, Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology and consequences in: Sucht, 49/2 2003, S. 105 ff

LEPPIN/HURRELMANN/PETEK-MANN (Hrsg.), Jugendliche und Alltagsdrogen, Berlin 2000

LEPPIN, Anja, Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Determinanten, in: Leppin et al., Berlin 2000, S. 64 - 94

LOOSEN, Werner, Süchtige Kinder und Jugendliche, Prävention und Therapie des Substanzmissbrauchs, in: Konturen 2/2003 (S. 14 – 16)

PLANT/MILLER/THORNTON, Plant & Bloomfield, Life stage alcohol consumption patterns, alcohol-related consequences, and gender, in: Substance Abuse, 4/21, 2000, S. 265 - 282

PUDDEY et al, Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors – a review, Addiction 1999 S. 649 - 663, zitiert in Partner-Magazin 6/2002)

Statistik nach ICD 10 der Kinderklinik Lörrach

[www.collegedinkingprevention.gov](http://www.collegedinkingprevention.gov) (NIAAA Reports)

[www.alles-im-griff.ch/d/die\\_gemeinden\\_handeln](http://www.alles-im-griff.ch/d/die_gemeinden_handeln); Darstellung des Präventionskonzeptes von Radix

*„FreD in der Praxis“  
aus polizeilicher Sicht  
aus Sicht einer Staatsanwaltschaft*

**Gerhard Stern**

Polizeihauptkommissar  
Polizeipräsidium München

**Hajo Tacke**

Oberstaatsanwalt  
Staatsanwaltschaft München

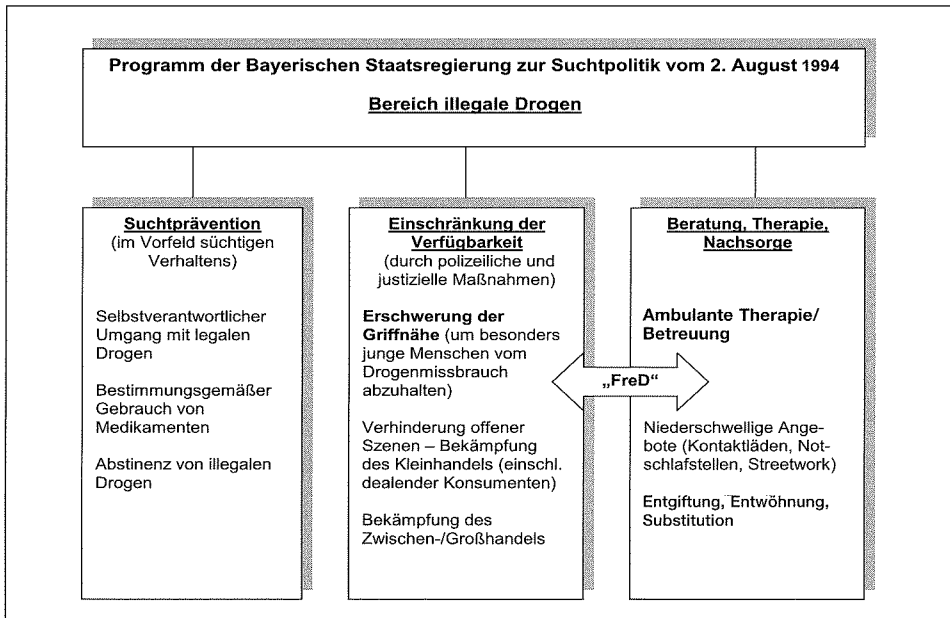
# 1 Rahmenbedingungen der Rauschgiftbekämpfung in Bayern

Die Erhaltung der Gesundheit liegt in erster Linie in der Eigenverantwortung jedes Einzelnen. Es ist aber auch Aufgabe von Staat und Kommunen, die Gesellschaft insgesamt sowie den Einzelnen vor Suchtmittelabhängigkeit zu schützen.

In der Fortschreibung der Gesamtkonzeption zur Bekämpfung von Rausch-

gifthandel und -missbrauch hat die Bayerische Staatsregierung am 02.08.1994 der von einer interministeriellen Arbeitsgruppe gegen Drogen- und Rauschmittelmisbrauch erarbeiteten Vorlage zum Suchtprogramm zugestimmt.

Neben Maßnahmen im Zusammenhang mit legalen Suchtmitteln stellt das Programm bei illegalen Drogen konzeptionell auf nachfolgende gleichrangige Säulen ab:



Als Interventionsangebot ist „FreD“ konzeptionell im Bereich „Beratung, Therapie, Nachsorge“ anzusiedeln und stellt gleichzeitig die Verbindung zum exekutiven Maßnahmenpektrum her.

Die „Einschränkung der Verfügbarkeit“ stellt auf die Gewährleistung eines kontinuierlichen polizeilichen Kontroll- und Verfolgungsdrucks und eine entsprechende justizielle Sanktionierungspraxis ab. Diese langjährige Strategie hat möglicherweise zu einer

günstigen Ausgangsposition des Projektes im Hinblick auf die Förderung der Motivation betroffener Konsumenten beigetragen.

## 2 Rauschgiftbekämpfung beim PP München

Eine konsequente präventivpolizeiliche und strafprozessuale Strategie bei der Rauschgiftbekämpfung ist insbesondere unter ballungsraumspezifischen Gesichtspunkten (Attraktivität-, Veranstaltungs-/Vergnügensange-

bot, spezifische Problemlagen, Sogwirkung, Szenenbildung u.a.) eine Notwendigkeit und erfordert ein Zusammenwirken der mit dieser Thematik befassten Behörden und Institutionen.

## 2.1 Organisatorische Aspekte

Mit Ausnahme weniger Deliktsbereiche erfolgt beim Polizeipräsidium München die kriminalpolizeiliche Sachbearbeitung zentral in (Fach)Dezernaten und deren nachgeordneten Kriminalkommissariaten, während die Dienststellen der Schutzpolizei (Polizeiinspektionen, Einsatzhundertschaften) die erforderlichen Maßnahmen im „Ersten Angriff“ (Identitätsfeststellung, Durchsuchung, Sicherstellung, vorläufige Festnahme u.a.) durchführen.

So ist für die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten (Handels-/Konsumdelikte, Beschaffungskriminalität) bis zur Abgabe an die Staatsanwaltschaft das Dezernat 25 mit den Kommissariaten 251 – 254 zuständig.

Die bestehende Organisationsstruktur war für die Umsetzung des Modellprojektes beim PP München mitbestimmend.

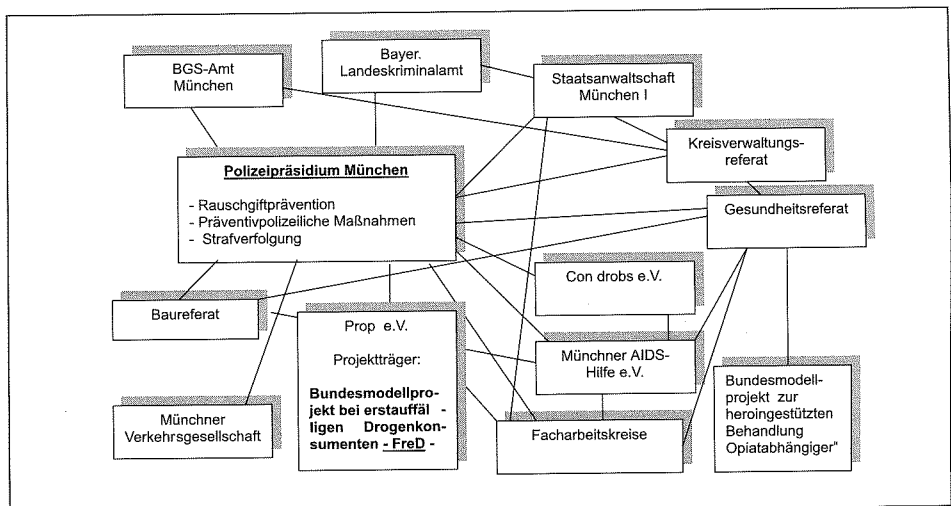
## 2.2 Behördenübergreifende Zusammenarbeit

Um der Rauschgiftproblematik, insbesondere im Ballungsraum, mit einer größtmöglichen Effizienz zu begegnen, ist ein Zusammenwirken notwendig.

Die Zusammenarbeit der mit Rauschgiftproblematik befassten Behörden und Institutionen i.S. eines „koordinierten Miteinanders“ hat sich, unter Beachtung der jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen, besonders bewährt in Grundsatzangelegenheiten, bei der Abstimmung von Maßnahmen sowie bei der Klärung auftretender Probleme. Beispielhaft hierfür stehen Absprachen im Zusammenhang mit niederschweligen Angeboten (Kontaktläden, Streetwork), bei der Brennpunkt-bekämpfung, gemeinsame Fortbildungen und Facharbeitskreise.

Die seit langen Jahren bestehenden Kooperationsstrukturen waren wesentliche Voraussetzung für die reibungslose und zeitnahe Umsetzung des Bundesmodellprojektes.

### Netzwerk der Rauschgiftbekämpfung in München



### **3 Umsetzung des Modellprojektes in München**

#### **3.1 Planungs- und Realisierungsphase**

Am **20.03.2001** hat das Bayerische Staatsministerium des Innern das Polizeipräsidium München erstmals über das Modellprojekt und dessen geplante Umsetzung in der Landeshauptstadt informiert. Neben ersten Überlegungen zur Realisierung des Projektes wurde der Leiter der für die Bearbeitung von Rauschgiftdelikten zuständigen Abteilung der Staatsanwaltschaft München I im Rahmen bestehender Kontakte informiert.

Ca. fünf Wochen später, am 25.04.2001, fand die erste und gleichzeitig die letzte Besprechung vor Projektbeginn unter Beteiligung des Projektträgers „Prop e.V.“, des rechtlichen Beraters der Projektleitung (Herr Ltd. OSTA Winkler) und von Vertretern verschiedener Münchner Behörden und Institutionen statt, in der das Projekt in seinen Einzelheiten vorgestellt und der Durchführungsrahmen abgesteckt wurde.

Im Anschluss wurden Detailfragen der Umsetzung in bilateraler Abstimmung mit den Kooperationspartnern erarbeitet, sodass die Konzeption nach ca. sechs weiteren Wochen Ende Mai 2001 fertig gestellt war. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Auslieferung der Informationsfaltblätter hat sich der Projektstart jedoch bis zum **01.07.2001** verzögert.

Die Realisierung des Modellprojektes war in dem relativ kurzen Zeitraum ca. dreieinhalb Monaten möglich.

#### **3.2 Geltungsbereich**

Die Intention des Modellprojektes (Frühintervention bei erstauffälligen

Drogenkonsumenten) und die reibungslose Durchführung machten es erforderlich, folgende Aufnahmekriterien für die Zielgruppe zu definieren:

- Kriminalpolizeiliche Erstauffälligkeit mit Verstoß nach dem BtMG (Erwerb/Besitz geringer Menge zum Eigenverbrauch – stoffliche Begrenzung i.d.R. auf Cannabisprodukte);
- Bei dem Beschuldigten muss es sich um einen Jugendlichen oder einen Heranwachsenden (§ 1/II JGG) handeln;
- Der Beschuldigte muss in München (Stadtgebiet / Landkreis) wohnhaft und geständig sein (zur Verfahrensvereinfachung hat wesentlich beigetragen, dass die Zuständigkeitsbereiche der Staatsanwaltschaft München I und des Polizeipräsidiums München deckungsgleich sind und somit weitere Regelungen nicht herbeigeführt werden mussten).
- Zwischen dem Beschuldigten und dem Projektträger muss grundsätzlich eine sprachliche Verständigung möglich sein, so dass ein Dolmetscher nicht erforderlich ist (Kostenfaktor).
- Geringe Vorbelastung mit Straftaten der Allgemeinkriminalität (insbes. Körperverletzung, Diebstahl) bzw. aus dem Bagatelldeliktensbereich (Erschleichen von Leistungen, einfache Sachbeschädigung). Da eine BtM-Auffälligkeit bei minderjährigen Tätern meist ein Symptom einer dissozialen Entwicklung darstellt, schließt bei einer BtM-Erstauffälligkeit eine anderweitig vorhandene deliktische Vorbelastung ein Teilnahmeangebot nicht aus<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> (vgl. „Kinder- und Jugendkriminalität in München“, BLKA, 1998, Ziff. 5.6.3, Seite 126)

### 3.3 Verfahrensablauf

Neben organisatorischen Gesichtspunkten war die Qualitätssicherung ein entscheidender Aspekt für die gewählte Verfahrensweise, sodass das Rauschgiftdezernat bzw. das Kommissariat 253 mit der polizeilichen Durchführung des Modellprojektes beauftragt wurde. Im Einzelnen ergibt sich stichpunktartig folgender Ablauf:

#### a) Polizei

- Eingang der Strafanzeige bei K 253 bzw. Anzeigenerstellung bei eigenständigen Aufgriffen;
- Beachtung des Beschleunigungsgebotes im Jugendstrafverfahren (JGG);
- Prüfung der Auswahlkriterien sowie Zusammenfassung der kriminalpolizeilichen Erkenntnisse ;
- Information des Beschuldigten, bei Jugendlichen zusätzlich der gesetzlichen Vertreter im Rahmen der Anzeigenaufnahme bzw. postalisch mittels **Formbrief** und **Informationsfaltblatt** mit **Fristsetzung** hinsichtlich der Vorstellung beim „Prop e.V.“ (**drei Wochen nach Auslaufdatum des Formbriefes**) und möglichst zeitgleich
- Information der Staatsanwaltschaft / Abt. XIII, sowie der LH München, KVR – HA I (zentrale referatsübergreifende Steuerungsstelle) über Teilnahmeeignung und -angebot im Rahmen der Anzeigenzuleitung bzw. bestehender Informationspflichten;

#### b) Staatsanwaltschaft

- Nach Eingang der Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft ruht zunächst das Ermittlungsverfahren innerhalb der 3-Wochen-Frist;

- Nimmt der Beschuldigte innerhalb dieses Zeitraumes mit dem Projektträger Verbindung auf bzw. findet ein Gesprächstermin statt, wird die Staatsanwaltschaft durch den Prop e.V. informiert (**Erstmeldung**);
- Eine weitere Information der Staatsanwaltschaft (Zweitmeldung) hinsichtlich der Teilnahme des Beschuldigten an dem Informations-/Beratungsangebot erfolgt innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen nach der Erstmeldung. Nach Vorliegen der Zweitmeldung wird das Verfahren durch die Staatsanwaltschaft eingestellt bzw. finden die bisherigen Bemühungen des Beschuldigten strafmildernde Berücksichtigung.
- Erhält die Staatsanwaltschaft innerhalb der 3-Wochen-Frist durch den Prop e.V. keine Rückmeldung über eine erfolgte Kontaktaufnahme bzw. Gespräch des Beschuldigten mit vorgenanntem Projektträger, wird das Ermittlungsverfahren aufgenommen;
- Entsprechende Verfahrensweise gilt, soweit zwar eine Erstmeldung durch den Prop e.V. vorliegt, jedoch innerhalb der anschließenden 4-Wochen-Frist keine Zweitmeldung erfolgt.
- Über den Ausgang des Verfahrens erfolgt durch die Staatsanwaltschaft die Information der sachbearbeitenden Kriminalpolizeidienststelle (K 253), die das Ergebnis an die Kriminalakte des Beschuldigten abverfügt.

#### c) Prop e.V.

- Nach Kontaktaufnahme bzw. dem Erstgespräch des Beschuldigten

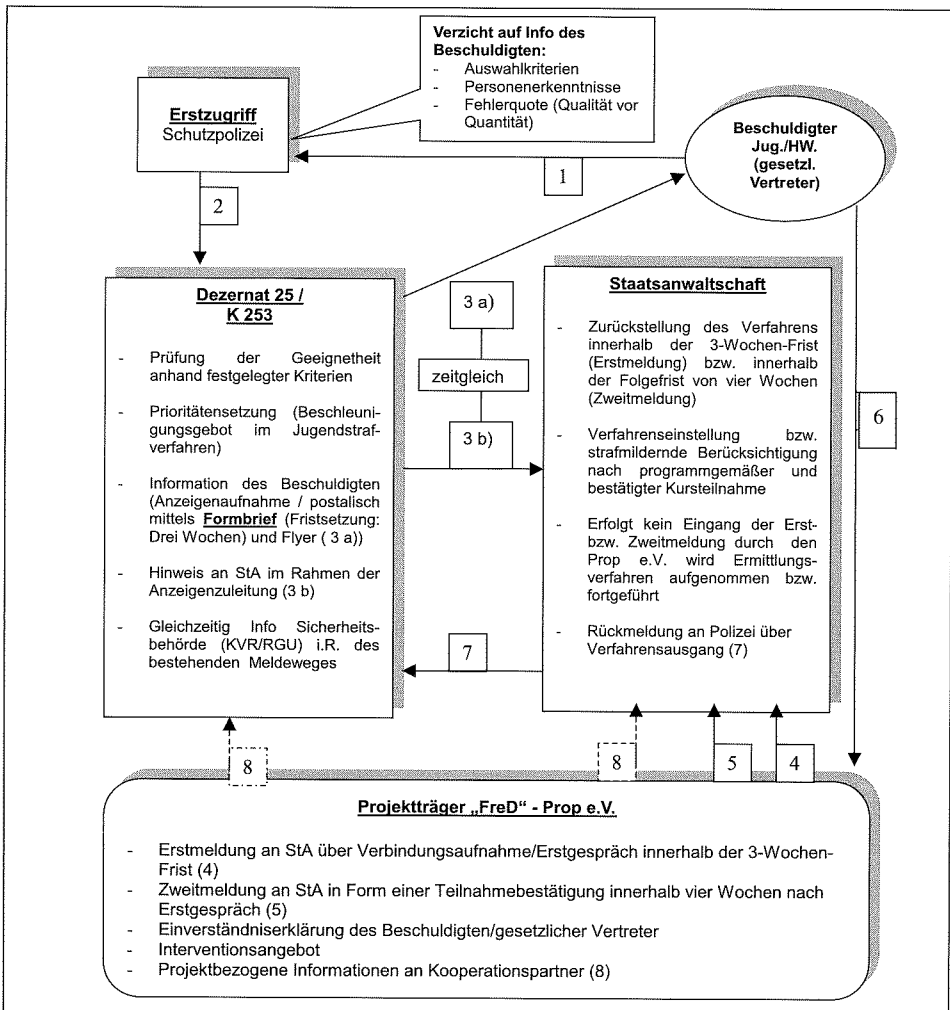


mit dem Projektträger innerhalb der 3-Wochen-Frist erfolgt von dort die Information (Erstmeldung) der Staatsanwaltschaft;

- Im Zeitraum von vier Wochen nach dem Erstgespräch wird von dort die Staatsanwaltschaft nunmehr in Form einer Teilnahmebestätigung informiert (Zweitmeldung);
- Erfolgt keine Information der Staatsanwaltschaft (Erst- oder Zweitmeldung) wird davon ausgegangen, dass der Beschuldigte kein Interesse an dem Informations-/Beratungsangebot hat.

- Die jeweilige Information der Staatsanwaltschaft (Erst-/Zweitmeldung) durch den Prop e.V. beinhaltet die

- Einverständniserklärung des Beschuldigten, bzw., bei Jugendlichen, des gesetzlichen Vertreters, hinsichtlich der Übermittlung personenbezogener Daten;
- die Personalien des Beschuldigten und
- das polizeiliche Aktenzeichen (Zuordnungsvoraussetzung bei der Staatsanwaltschaft).



#### 4 Information des Beschuldigten

Ausgehend von dem Gedanken, dass eine bloße Zuleitung des Informationsfaltblattes durch die Strafverfolgungsbehörden wenig wirkungsvoll ist, wurde ein Anschreiben (Formbrief) erarbeitet, das durch Hinweise

##### Inhalt

- zur Situation (Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz, kp-Ermittlungen), auf allgemein gehaltene rechtliche, gesundheitliche und soziale Konsequenzen und
- Risiken,
- auf das Projekt „FreD“ als konkretes Hilfeangebot,
- zu positiven Auswirkungen auf das justizielle Verfahren (Einstellung,

strafmildernde Berücksichtigung) und der

- Aufforderung zur Kontaktaufnahme innerhalb von drei Wochen mit dem Projektträger

##### Ziele

- den Jugendlichen bzw. Sorgeberechtigten persönlich und gezielt anspricht,
- die Nachdrücklichkeit eigenverantwortlichen Handelns aus Sicht der Polizei / Staatsanwaltschaft hervorhebt,
- in Ergänzung des Informationsfaltblattes die positiven justiziellen Konsequenzen verdeutlicht und
- eine gewisse Handlungssicherheit vermitteln soll.

**Polizeipräsidium München**  
Kriminalpolizeidirektion 2 / Dezernat 25  
Karlststraße 77  
80335 München

Herrn / Frau

Ihre Nachricht vom Ihr Zeichen	Bitte bei Antwort angeben Az:	Telefon 089/548829-	Fax 089/548829-308	Zi.-Nr.	Datum
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------	-----------------------	---------	-------

*Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumenten – Bundesmodellprojekt „FreD“*

Anlage  
Informationsfaltblatt

Sehr geehrte/r Frau / Herr

gegen Sie werden derzeit aufgrund einer Straftat nach dem Betäubungsmittelgesetz kriminalpolizeiliche Ermittlungen geführt, die nach Abschluss der Staatsanwaltschaft München I zur weiteren Entscheidung vorgelegt werden. Neben den rechtlichen Konsequenzen, auch beim Erwerb und Besitz von Betäubungsmitteln in geringer Menge zum Eigenverbrauch, ist der Konsum solcher Substanzen mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Risiken verbunden.

Vor diesem Hintergrund bietet das Modellprojekt „FreD“ auf freiwilliger Basis eine kostenfreie Teilnahme an einem Informations- und Beratungskurs an. Einzelheiten hierzu sind beiliegendem Informationsfaltblatt zu entnehmen. Für das Stadtgebiet und den Landkreis München wird der Kurs durch den „Prop e.V.“, Landwehrstraße 43, 80336 München, Tel.: 0160/820 88 57, durchgeführt, der so zugleich Ansprechpartner ist.

Eine vollständige und bestätigte Kursteilnahme kann zu einer Einstellung Ihres Ermittlungsverfahrens führen, ist jedoch zumindest strafmildernd zu berücksichtigen.

Sie werden gebeten, sich bis zum ..... (3-Wochen-Frist) mit dem „Prop e.V.“ hinsichtlich einer Teilnahme in Verbindung zu setzen. Erfolgt bis zu dem genannten Termin keine Kontaktaufnahme Ihrerseits, wird davon ausgegangen, dass Sie an dem Informations- und Beratungskurs kein Interesse haben.

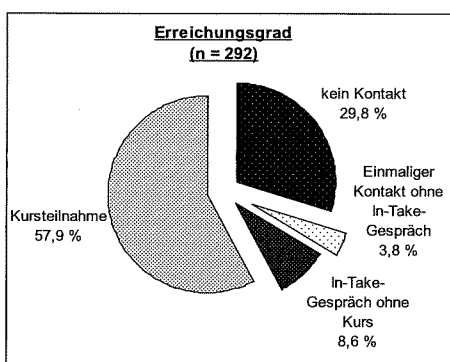
Mit freundlichen Grüßen

## 5 Erfahrungen aus polizeilicher Sicht

### 5.1 Zielgruppe

Im gesamten Projektzeitraum vom 01.07.2001 bis 31.12.2002 informierte das K 253 292 Personen der definierten Zielgruppe. Davon haben nach Auskunft des Prop e.V. 70 % bzw. 205 Interessenten mit „FreD“ Kontakt aufgenommen.

Insgesamt kamen 194 zum In-Take-Gespräch, von denen dann 169 oder knapp 60 % der von der Polizei informierten Personen an den Kursen teilgenommen haben.



Im Rahmen der kriminalpolizeilichen Sachbearbeitung wurde festgestellt, dass das Projekt mit zunehmender Dauer bei vielen Betroffenen über Mundpropaganda bereits bekannt war. Soweit bei Vernehmungen angesprochen, zeigten sich Beschuldigte insgesamt interessiert. Skeptische Äußerungen blieben größtenteils aus.

Diese unmittelbaren Erfahrungen und die erreichten Personen zeigen, dass die Zielgruppe über die polizeiliche Schiene erreicht und der konzeptionelle Projektansatz bestätigt werden konnte.

## 5.2 Kooperation

Die konzeptionelle Umsetzung des Modellprojektes machte eine möglichst frühzeitige Einbindung von Polizei und Staatsanwaltschaft erforderlich. Neben der konstituierenden Sitzung, in der umfassend über das Vorhaben informiert wurde, erleichterte die persönliche Bekanntschaft der Teilnehmer die Durchführung konkreter Schritte.

Absprachen waren insbesondere notwendig bei der Definition und der Information der Zielgruppe, der inhaltlichen Gestaltung des Formbriefes und dem behördenübergreifenden Verfahrensablauf.

Auftretende Detailfragen, Informationen zum Sachstand, aber auch Anregungen zur Nachbesserung konnten unbürokratisch in bilateralen Gesprächen bzw. fernmündlich geklärt oder umgesetzt werden.

Aufbauend auf bereits mehrjährigen Kooperationserfahrungen fand die Zusammenarbeit in einem vertrauensvollen Klima statt. Wesentlicher Punkt war, dass die jeweilige Aufgabenstellung mit den individuellen Möglichkeiten und Grenzen wechselseitig bekannt waren und diesbezügliche Klärungs-/Positionsgespräche nicht erforderlich waren.

### 5.3 Aufwand bei der Polizei

#### a) Planung

Die Planungsphase blieb insgesamt auf die Stabsebene (Abteilung Einsatz – E 3 / Verbrechensbekämpfung) beschränkt, ohne dass die notwendige Einbindung des Dezernats 25 vernachlässigt wurde. Vereinfachend hat sich dabei die Ansiedelung des Projektes bei einer polizeilichen Fachdienststelle ausgewirkt.

Die Abstimmung mit der Staatsanwaltschaft und dem Prop e.V. war unbürokratisch und zeitnah möglich. Insgesamt war der Planungsaufwand gering.

### **b) Durchführung**

Die Information des Beschuldigten erfolgt im Rahmen der Sachbearbeitung überwiegend auf postalischem Weg (vgl. Ziffer 4). Durch die Erstellung des Formbriefes als Formular, das vom Sachbearbeiter um Namen, Anschrift des Beschuldigten und um die Frist zu ergänzen ist, konnte der Erstellungsaufwand auf ein Minimum reduziert werden.

Fehler, insbesondere bei der Zielgruppenauswahl und der Beilage des Informationsfaltblattes, blieben auf Einzelfälle beschränkt. Wiederholte Hinweise an die kriminalpolizeilichen Sachbearbeiter zum Verfahrensablauf waren im Regelfall nicht erforderlich bzw. blieben weitgehend auf personelle Neuzugänge beschränkt.

Insgesamt war und ist mit der Projektdurchführung keine wesentliche Mehrbelastung verbunden.

### **5.4 Aufwand bei der Justiz**

Der justizinterne Aufwand ist als äußerst gering zu betrachten. Die Koordination erfolgte zentral durch den Leiter der Betäubungsmittelabteilung der Staatsanwaltschaft München I. Von ihm wurden die entsprechenden Verfahren, in denen eine Anwendung von „FreD“ seitens der Polizei vorgeschlagen wurde, besonders gekennzeichnet an die jeweiligen Referenten weitergeleitet und später die entsprechenden Anschreiben von Prop e.V. verteilt.

Mit Ausnahme einer kurzfristigen Verzögerung des Verfahrens aufgrund der

vereinbarten Fristen entstanden keinerlei Nachteile oder Mehraufwendungen.

## **6 Zusammenfassung**

Zusammenfassend ist aus Sicht von Polizei und Staatsanwaltschaft festzustellen, dass

- die Strategie der Strafverfolgung – konsequente/r Kontroll- / Verfolgungsdruck von Polizei und Sanktionierungspraxis von Staatsanwaltschaft - mitunter die Teilnahmeakzeptanz gefördert hat,
- das Projekt auf eine mehrjährige behördenübergreifende Kooperationsstruktur aufbaut und die Klärung grundsätzlicher Fragen der Zusammenarbeit nicht erforderlich war,
- es gelang, das Projekt in dem relativ kurzen Zeitraum von ca. dreieinhalb Monaten zu realisieren,
- die Qualitätssicherung durch die zentrale polizeiinterne Projektabwicklung beim Rauschgiftdezernat gewährleistet werden konnte,
- die aufgrund der zentralen Ansiedelung des Projektes erforderliche postalische Information des Jugendlichen / Heranwachsenden bzw. Erziehungsberechtigten mittels Formbrief ein wirksames Instrumentarium hinsichtlich der Teilnahme darstellt,
- eine relativ hohe Zahl von Personen erreicht werden konnte (70 % der von der Polizei informierten Personen haben mit „FreD“ Verbindung aufgenommen, fast 60 % an Kursen teilgenommen),
- die Zusammenarbeit zwischen den Projektbeteiligten von einer ver-

trauensvollen Atmosphäre geprägt  
und

- der mit der Projektumsetzung verbundene Aufwand bei Polizei und Staatsanwaltschaft insgesamt gering war.

# *„Trägerempfindlichkeiten zwischen selbstverständlicher Kooperation und begrenzenden Vorgaben“*

## *– Das Projekt „FreD“ aus Sicht eines Trägers*

### **Rainer Bathen**

Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.  
Hamm/Westf.

## 1 Einleitung

Seit 1970 ist der gemeinnützige Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. Träger des vernetzten Drogenhilfesystems in Hamm und der umliegenden Region. Das Arbeitsspektrum des vernetzten Drogenhilfesystems reicht von der Suchtvorbeugung über niedrighschwellige suchtbegleitende Angebote und Beratungsangebote bis zu ambulanten und stationären Behandlungsformen sowie nachsorgenden Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Aufgaben teilen sich vier Einrichtungen und verschiedene Projekte mit über 50 Mitarbeiter/innen und Mitarbeitern unterschiedlicher Fachdisziplinen.

FreD als Projekt war bei uns angegliedert an das Drogenhilfezentrum, eine Einrichtung mit ambulanten Angeboten schwerpunktmäßig der Drogenhilfe, und einzelner Satellitenprojekte im Grenzbereich Jugendhilfe-Suchthilfe.

Der Veranstalter dieser Fachtagung hat mich gebeten, zum Projekt FreD ein Impulsreferat aus Sicht eines Trägers zu halten. Robert LEMKE, den die nicht mehr ganz so Jungen unter uns als Journalisten und Fernsehmoderator kannten, sagte einmal: „Impulsiv ist, wenn es einem nachher Leid tut.“ Das hoffe ich nicht, dass mir das hier Gesagte Leid tun wird, wenn ich mir auch nach einigen positiven Bewertungen des FreD-Projektes kritische Anmerkungen erlauben möchte.

Ich glaube, Herr Rometsch versteht unter „Impuls“ aber eher immer „kurz, knapp und bündig“. Insbesondere bat er mich, auf unsere „Erfahrungen aus Trägersicht bei der Installierung eines handlungsfähigen Kooperationsverbundes / Netzwerkes einzugehen“ – kurz, knapp und bündig. Ich will dies gerne in Ansätzen tun, auch wenn ich

Themen unter Berücksichtigung der Leitidee „kurz, knapp und bündig“ nur anreißen kann, und will dabei für uns wichtige Aspekte dieses FreD-Projektes einbinden:

- Qualität lebt auch vom Kontakt
- „Inmitten von Schwierigkeiten liegen günstige Gelegenheiten.“
- Nicht unumstritten: Prädominanz der Pädagogik vor der Strafverfolgung
- FreD – soll das alles gewesen sein?

Zunächst möchte ich aus Trägersicht dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe auch dafür danken, dass er den Mut besaß, ein Projekt in ein Arbeitsfeld im Schnittstellenbereich von Jugendhilfe und Suchthilfe einerseits und von Suchthilfe und Justiz andererseits zu platzieren. Beide Schnittstellen sind fachpolitisch komplizierte Betätigungsfelder mit vielen Gelegenheiten für Konflikt und Konkurrenz. In diesem nicht einfachen Feld gilt der Dank auch dem Projektkoordinator Ronald Meyer (und diesen Dank gebe ich auch gern im Namen meiner Mitarbeiter im FreD-Projekt weiter), der mit viel Struktur und Unterstützung durch Fachseminare, einer gesondert gestalteten Fortbildung für die Fachkräfte und ständigem Einsatz durch Kommunikation und Moderation auch die durchaus komplizierten Fragen im Projekt gestaltete.

## 2 Qualität lebt auch vom Kontakt

Wer länger in der Arbeit steckt, weiß, dass die besten Ergebnisse dort zu erzielen sind, wo sich die gemeinsam an einem Werk Schaffenden kennen und verstehen. Im Projekt FreD kom-

men Partner an einen Tisch, deren Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren der Suchthilfearbeit nicht unbedingt eine hohe Priorität hatte. Ein wesentlicher Baustein – und das ist als Erfolg des FreD-Projektes zu verbuchen – liegt in der Notwendigkeit, eine interdisziplinäre Steuerungsgruppe unterschiedlicher Säulen der Suchtpolitik, nämlich die Säulen Prävention, Hilfe und Repression, zusammenzuführen. Unterschiedliche Aufträge (bei möglicherweise gar nicht so unterschiedlichen Zielen) der Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte einerseits und der Suchthilfe andererseits führten in der Vergangenheit zu einer langen Liste von gegenseitigen Vorbehalten und Vorurteilen. Andererseits hat Ernst FERSTL, ein österreichischer Dichter und Aphoristiker, gesagt: „Andersdenkende sind oft ganz anders als wir denken“. Das stellt sich allerdings oftmals erst heraus, wenn durch Vorbehalte existierende Kontaktbarrieren überwunden und ein Austausch der Gedanken und Ideen begonnen hat.

Ein Projekt wie FreD, das zum Ziel hat, erstaußälligen Drogenkonsumenten die Chance einer pädagogischen Unterstützung zu geben, erfordert in der Praxis das Gespräch und den Austausch, die gemeinsame Planung, Entwicklung, Steuerung und Modifikation zumindest durch Polizei, Staatsanwaltschaften, Gerichte, Jugendgerichtshilfe und andere Jugendhilfen und der Drogenhilfe - und zwar vor Beginn der Arbeit mit den konsumierenden Jugendlichen, während des Projektes und – nicht zu vergessen - in der Nachbereitung.

Mein Mitarbeiter Ewald Wehner, der auch in der Projektkoordination von FreD in Hamm tätig war, schreibt in dem Handbuch zum Projekt: „Bereits im Vorfeld der konkreten Kontaktaufnahme werden der Aufbau der Organisation, die Hierarchieebenen, die Kommunikationswege, sowie konkrete Aufträge zukünftiger Partner erforscht. Potentielle Wünsche, Kompetenzen und Grenzen werden ausgelotet, um mögliche förderliche Aspekte der Zusammenarbeit zu identifizieren und Projektrisiken vorzubeugen“<sup>1</sup>.

Unter dem Motto: „kurz, knapp und bündig“ kann ich nicht auf Einzelheiten eingehen, die bei der Projektentwicklung und –pflege beachtet werden sollten. Hierzu möchte ich auf das Projekt-Handbuch verweisen, das in qualifizierter Art theoretische Konzepte und praktische Erfahrungen zu diesem Thema wiedergibt. Als Impuls kann ich nur einige wesentliche Aspekte herausheben:

- Unter Beachtung aller Eigenständigkeit der Projektpartner und der Akzeptanz unterschiedlicher Bewertungen des Drogenkonsums Jugendlicher muss die Projektkoordination der Einrichtung, die Frühintervention betreibt, für sich einen klaren Steuerungs- und Clearingauftrag definieren und von den Partnern zugeschrieben bekommen.
- Es muss Zielklarheit existieren. Alle Partner müssen in dem Ziel übereinstimmen, dass drogenkonsumierende Jugendliche vorrangig einem pädagogischen Angebot zugeführt werden sollen. Dies setzt auch voraus, dass zunächst die

---

<sup>1</sup> Ewald WEHNER: Leitfaden zur Implementierung vor Ort, in: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten – FreD – Handbuch, Münster 2003, S. 75ff.



Pädagogik Vorrang vor einem öffentlichen Interesse der Strafverfolgung hat.

- Alle Partner in dem Kooperations-system haben eigenständige Aufgaben und Verantwortungsbereiche. Klare Kooperationsvereinbarungen regeln die institutionsindividuellen Einzelverantwortungen im Gesamtablauf, beschreiben und managen die Ablaufprozesse und schaffen Regelungen für die Beseitigung von Störungen. Zudem schaffen diese Vereinbarungen einen klaren Abstimmungsrahmen für die Verständigung über die Zielgruppen, die Projektphasen und -inhalte, die Projektstruktur, den zeitlichen Rahmen und über die Dokumentation und Evaluation.
- Unterschiedliche Institutionssozialisationen der Beteiligten, unterschiedliche Erfahrungen mit Ablauf- und Entscheidungsprozessen, Regeln, Hierarchien, Paradigmen und Institutionsmythen benötigen den regelmäßigen Austausch von Informationen, Wahrnehmungen, Interpretationen und Haltungen – auch auf der Metaebene. Grundsatzdiskussionen in kontrolliertem Rahmen können fruchtbare Ergebnisse für eine grundsätzliche Kooperation und gegenseitiges Verständnis auch in der Zusammenarbeit außerhalb des FreD-Projektes mit sich bringen. „Um Erfolg zu haben, musst du den Standpunkt des anderen annehmen und die Dinge mit seinen Augen betrachten“, meinte Henry FORD I. (1863 - 1947), US-amerikanischer Automobilindustrieller,

Gründer der Ford Motor Company, zu diesem Thema.

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass eine Steuerungsgruppe hilfreich ist, Planung, Durchführung und Nachbereitung des Projektes zu begleiten. Mitglieder dieser Steuerungsgruppe benötigen eine Umsetzungs- und Direktionskompetenz in ihren Institutionen, um den Prozess und seinen Verlauf schnell und deutlich beeinflussen zu können. Gleichzeitig müssen die „bottom-up“-Erfahrungen der alltagsbeteiligten Praktiker Einfluss auf die Steuerungsprozesse finden.

Die zeitliche und energetische Investition in den Aufbau und die Sicherung dieses Rahmens macht sich allemal bezahlt. Nach meinem Wissen hat das Projekt FreD auch den Zusammenhang deutlich gemacht, dass die Standorte, die hier investiert haben, gute Ergebnisse in der Erreichbarkeit und in der konkreten Arbeit mit den Jugendlichen erzielen konnten.

### **3 „Inmitten von Schwierigkeiten liegen günstige Gelegenheiten.“**

**(Albert Einstein (1879 - 1955), deutsch-US-amerikanischer Physiker, 1921 Nobelpreis für Physik)**

Leitidee des FreD-Projektes war, „frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu machen; für junge Menschen (14- bis 21-Jährige), aber auch für junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr, die wegen des Konsums von illegalen Drogen erstmalig strafrechtlich (polizeilich) auffällig geworden sind.“<sup>2</sup> So weit – so gut. Das

<sup>2</sup> Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD – Handbuch, Münster 2003, S. 39.

Handbuch beschreibt hier die Zielgruppe, die durch das Projekt erreicht werden soll. Weiterhin führen die Autoren aus, was mit frühzeitig, kurz, gezielt und freiwillig gemeint ist. Weniger klären sie Fragestellungen, die sich im Rest der Leitidee stellen, die im Kontext einer erstmaligen (?) polizeilichen und/oder strafrechtlichen Auffälligkeit entstehen. Die Idee, einen Ort zu suchen, an dem sich Kontaktchancen zu gefährdeten Jugendlichen ergeben, ist natürlich erst einmal nicht schlecht. Sie ist ja auch entstanden, weil klassische Drogenberatungsstellen in der Regel erst Jahre später (durchaus bis zu 7 – 9 Jahre später) die Klientel in ihrer Beratungsstelle antreffen, wenn schon eine Reihe zusätzlich belastender Faktoren erwachsen ist.

An anderer Stelle beschreibt das Handbuch eine Ausgangslage, die zur Idee des Projektkonzeptes geführt hat: „Mit Blick auf junge Konsumenten illegaler Drogen soll der Umstand ihrer **polizeilichen Erstauffälligkeit** genutzt werden, um vorrangig in *Verbindung mit § 31a BtMG* (Absehen von Verfolgung) und § 153 Abs. 1 StPO (geringes Verschulden) *auf freiwilliger Basis* oder *auch* im Zusammenhang mit § 45 Abs. 2 JGG bzw. § 153 a Abs. 1 StPO nach Weisung Hilfen in Form eines spezifischen Angebots anzubieten“<sup>3</sup>. Während des Projektverlaufes ist an verschiedenen Stellen vom Projektträger LWL bestritten worden, dass sich hier auch eine Zielperspektive verbirgt. Es handele sich nur um eine Art „Einflugschneise“ zur Zielgruppe gefährdeter Jugendlicher. Auch das BMGS habe wiederholt entsprechende Zielabsichten verneint.

Inhaltlich beschäftigt sich allerdings das BMGS mit dieser Frage aktuell im Kontext der Studie mit dem Thema: „Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten“. Hierin geht es um eine Neubewertung des § 31a BtMG. Ziele dieser Art finden sich tatsächlich in der Zielbeschreibung des Projektes und auch im Handbuch nicht wieder, waren aber wiederholt Gegenstand von Projektplanungsgesprächen und von Projektbesprechungen zwischen Projektkoordination und Projekteinrichtungen. Da ist etwas unklar geblieben und auch ein wenig nebulös.

Die Kritik lautet, dass die Bedeutung des § 31a BtMG in seiner Rolle als „Zuführer“ von Projektteilnehmern falsch bewertet wurde. Viel Energie wurde an den Standorten in die Diskussion um diesen „Zuführungsweg“ verschlissen. Hätte nämlich eine genauere Kenntnis der Verfahrensabläufe bei den Projektverantwortlichen bestanden, hätte man erkennen können, dass zum Zeitpunkt des Aufgriffs eines Betroffenen und dem Zeitpunkt der Anzeige gegenüber der Staatsanwaltschaft noch gar nicht absehbar ist, ob der § 31a BtMG im betreffenden Verfahren Anwendung findet.

Konstruktiv und unabhängig von der Konstruktion des FreD-Projektes betrachtet, zeigen die positiven Ergebnisse des FreD-Projektes auf, dass dem § 31a BtMG durchaus die Chance gegeben werden könnte, seine Hilfeabsicht stärker zum Zuge kommen zu lassen. Die Gerichte müssten dafür diesen Paragraphen häufiger anwenden. Und dennoch: die an dieser Stelle interpretierbare bzw. zu vermutende Zielpers-

<sup>3</sup> Landschaftsverband Westfalen-Lippe a.a.O., S. 39.

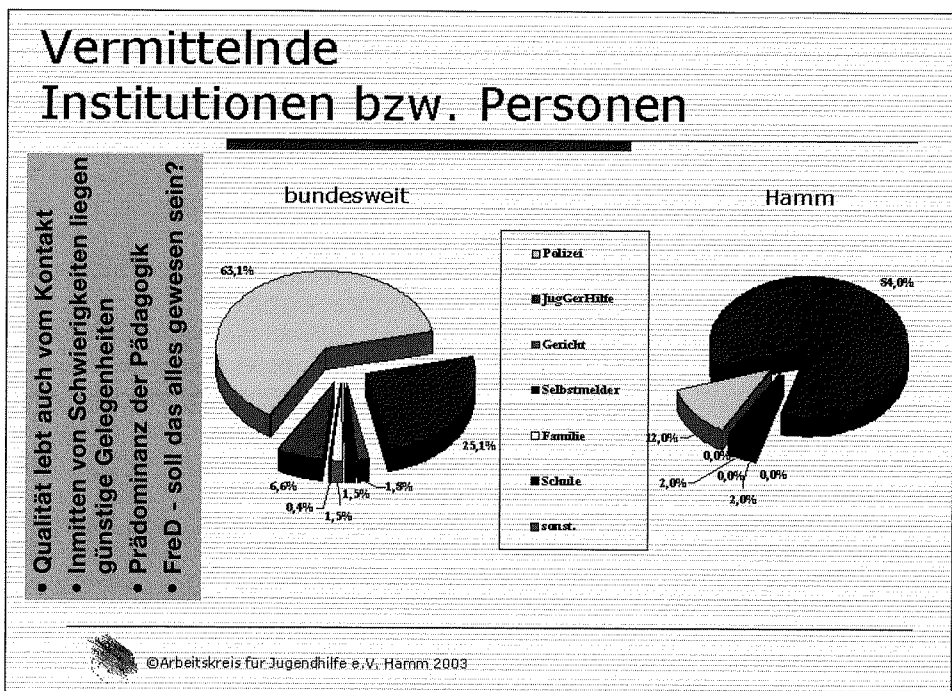
pektive, dass nämlich die Funktionalität insbesondere des § 31a BtMG geprüft und die Nutzung des Paragraphen insbesondere mit Blick auf seine weniger bekannte Hilfeabsicht ausgeweitet werden sollte, stellte sich in unserer Praxis zunehmend als Barriere im Erfolg des Projektes heraus.

An einer Folie möchte ich Ihnen etwas erläutern:

In den Jahren 2001/2002 fanden bundesweit in allen FreD-Projekten 63,1 % der Teilnehmer an den FreD-Projekten direkt über die Polizei den Zugang zu den Kursen. In Hamm kamen 84 % erst später im Verfahrensablauf, vermittelt über die Jugendgerichtshilfe. Deutlich wird hier, dass in Hamm die Verfahren gegen die Jugendlichen schon so weit gediehen waren, dass die Jugendgerichtshilfe bereits durch die Staatsanwaltschaften in das Verfahren einbezogen worden war.

Versuche, die Polizei stärker in die Rolle des Zuweisers zu holen, scheiterten an einer Intervention der Projektkoordination in einer gemeinsamen Besprechung aller Projektbeteiligten (bis auf die Projektkoordination hatten sich alle für eine Ausweitung der Zielgruppe ausgesprochen) mit dem Verweis auf eine notwendige Begrenzung auf straffällig gewordene Jugendliche. Die Polizei hatte sich durchaus bereit erklärt, die Verteilung der Flyer an ihr bekannte und auffällige Jugendliche in Straßenszenen, z.B. durch Kontaktbereichsbeamte, zu prüfen. Die Polizeiführung musste uns mitteilen, dass sie sich nicht in der Lage sehe, diesen Weg zu gehen, da wir als Projekteinrichtung nicht in der Lage seien, dem Projekt eine neue strategische Ausrichtung mit kriminalpräventivem Charakter zu geben.

Die o.g. Zahlen verdeutlichen auch, dass im Rahmen der Projektvorgaben



des FreD-Projektes ein konkreter Zugang in das Projekt über Schulen, Jugendhilfeangebote und Eltern marginal und zu vernachlässigen ist. Die Statistik gibt aber nicht die hohe Zahl an Interesse und konkreten Nachfragen durch diese Gruppen wieder.

Hier wurden m. E. im Projekt Chancen vertan. Einräumen muss ich, dass diese Zugänge zumindest ersten Projektintentionen widersprechen. Andererseits muss dem Projekt FreD zugute gehalten werden, dass es sich eben nicht um ein Regelangebot der Suchthilfe gehandelt hat, sondern Modell war und Arbeitsverfahren erprobt werden sollten. FreD hat gezeigt, welche Möglichkeiten in einem pädagogischen Angebot liegen können, selbst wenn strafrechtliche Handlungen bereits vorgefallen sind. FreD hat auch gezeigt, dass Bedarfe an Frühintervention in der Zielgruppe selbst gesehen werden und auch im sozialen Umfeld. Wenn es schon im Projekt FreD als Modell nicht möglich war, dieses ausreichend zu berücksichtigen, sollte eine Erweiterung der Zugangswege in einem weiterentwickelten FreD-Konzept vorgesehen werden. Ein afrikanisches Sprichwort sagt: „Nur wenn man sich im Weg irrt, lernt man den rechten Weg kennen.“

Für die Zusammensetzung einer Steuerungsgruppe hätte dies die Bedeutung, dass der Teilnehmerkreis entsprechend der konkreten Bedürfnisse und Arbeitskooperationen vor Ort erweitert werden müsste, beispielsweise um die Bewährungshilfe, einen Schulvertreter, einen Vertreter der Jugendzentren (oder vielleicht sogar besser der Jugendhilfeplanung).

Deutlich möchte ich nur machen, dass der Bedarf an einer Frühintervention

mit suchtpreventivem Charakter - auch in Abgrenzung zu den üblichen sozialen Trainingskursen der Jugendgerichtshilfen - wesentlich höher ist, als die konkreten Teilnehmerzahlen zunächst vermuten lassen. Wir hätten mehr auffällige Jugendliche früh erreichen können, als wir dann tatsächlich in den Kursen unterbringen konnten (durften).

#### **4 Nicht unumstritten: Prädominanz der Pädagogik vor der Strafverfolgung**

Ein faktisch rechtlich und zudem ideologisch schwieriges Thema ist die Behandlung der Frage, wann und in welchen Fällen der pädagogischen oder therapeutischen Arbeit mit straffällig gewordenen jugendlichen Drogenkonsumenten der Vorrang vor einer strafrechtlichen Verfolgung gegeben werden soll. Grundsätzlich ist das Vorgehen der Staatsanwaltschaft am Legalitätsprinzip ausgerichtet; jedem Verdacht auf eine Straftat muss nachgegangen werden. Die Strafprozessordnung und die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) lassen Ausnahmen im Sinne eines Opportunitätsprinzips nur unter bestimmten Bedingungen zu, z.B. wenn ein geringes Verschulden vorliegt (§ 31a BtMG) - was aber häufig erst im Zuge eines Gerichtsverfahrens zu klären ist. Darüber hinaus kann im Rahmen des Jugendstrafrechts (JGG) dann auf strafrechtliche Mittel verzichtet werden, wenn im Rahmen einer Diversion nach § 45 Abs. 1 JGG pädagogische Mittel angemessen sind. Die vorrangige Anwendung welches Rechts ist dann auch noch in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, bis hin zur unterschiedlichsten Spruchpraxis der Gerichte.

Eine weitere Frage ist: Wie eng muss der Begriff der „**Erstauffälligkeit**“ beachtet werden? Was ist mit Jugendlichen, die mindestens zum zweiten Mal bei der Polizei auffällig waren? In der Beantwortung dieser Fragestellungen durch die Polizei wurde deutlich, dass die Antworten stark auch durch innere Zweifel geprägt waren („Bringt das denn was?“). Die immer wieder auftauchende Diskussion um eine Strafverschärfung im Zusammenhang mit steigenden Zahlen der Jugendkriminalität – da wird dann wenig nach Straftatbeständen differenziert – beeinflusste auch die Ablaufprozesse in der Zuweisung zum FreD-Projekt.

Die Drogen- und Suchtkommission (BMGS) unter Leitung von Frau Dr. Alexa Franke hat im Juni 2002 Vorschläge zur Änderung des Betäubungsmittelrechts vorgelegt, die bisher nicht umfassend berücksichtigt worden sind. Interessant erscheint mir hierbei insbesondere die Prädominanzklausel, die im Konfliktfall den gesundheitspolitischen Zielen den Vorrang vor Determinanten des Strafrechtes einräumt. Solange es hier keine Klarheiten gibt und die Grauzonen zwischen den Schnittstellen unterschiedlicher Gesetze und Politikziele die praktische Arbeit mit Drogengebranchern unmittelbar beeinflussen, bekommen auch die subjektiven Bewertungsraster einzelner Projektpartner viel Raum. Dies hat Konsequenzen im tatsächlichen Projektverlauf und ist ein schwierig zu handelndes Thema. Es existiert kein Grundkonsens, dass erstauaffällige jugendliche Drogenkonsumenten vorrangig die Chance einer pädagogischen Unterstützung bekommen sollen. Solange hierüber auch kein gesellschaftlicher Konsens existiert, wird dieser Konflikt auf der lokalen Ebene

zwangsläufig widergespiegelt und beschäftigt die Gemüter.

Dieses ist ein Grundsatzthema, das nicht von den Steuerungsgruppen vor Ort gelöst werden kann. Die Steuerungsgruppen vor Ort haben dies Problem erkannt und benannt. Manches Mal wurde möglicherweise auch zu viel Zeit für dieses Thema verwendet und damit vor den notwendigen und lösbaren Fragen der lokalen Arbeitsebene ausgewichen.

## **5 FreD – soll das alles gewesen sein?**

Seit inzwischen über 10 Jahren wird das Thema einer stärkeren Verzahnung von Suchthilfe- und Jugendhilfeangeboten in den Fachkreisen bewegt. Bewegende Worte sind nach meiner Wahrnehmung dabei weitestgehend das Wesentliche, was als Ergebnis bis jetzt beschreibbar ist. Die jährlich wiederholte Nennung des Bedarfs an eben solch einer notwendigen Ausgestaltung der Schnittmengen dieser beiden Arbeitsfelder hat – mit Ausnahmen – bisher nicht zu einer tatsächlichen umfassenden Gestaltung geführt. Stärker bestimmen Trägerideologien oder Kompetenz- und Machtgerangel um die Wertigkeit von Pädagogik und Therapie die Landschaft.

FreD geht den Weg der Frühintervention und landet damit zwingend im Schnittstellenbereich von Jugendhilfe und Suchthilfe. Das ist bei all den Querelen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe mutig; der Mut besteht zusätzlich im Einbezug solch scheinbar widersprüchlicher Felder von Hilfe und Repression.

Im Projekt-Handbuch ist zu lesen: „Für die Durchführung entsprechen-

der Angebote sind Sucht- und Drogenberatungsstellen, Jugend- und Drogenberatungsstellen sowie Fachstellen für Suchtprävention geeignet. Diese verfügen i.d.R. über die notwendigen suchtbetragenden Qualifikationen und Kenntnisse zur Prävention. Eine derartige **Verortung** schließt eine "aufsuchende" Umsetzung des Angebots bspw. gemeinsam mit Einrichtungen der Jugendhilfe nicht aus."<sup>4</sup> An manchen Orten der Projektdurchführung scheint genau dies zum Zankapfel dieser Arbeitsfelder geworden zu sein. Wer hat den Gestaltungsauftrag? Wie viel wurde in den Aufbau der Projektkooperation vor Ort investiert? (Ich erinnere an die Fragestellungen zu Beginn meines Vortrags).

Z.T. stellte eine zunehmende Vermittlung jugendlicher Abhängiger die Suchtberatungsstellen auch vor Probleme. Stellte sich in einem Kontakt mit der Drogenberatung heraus, dass der Grad einer manifesten Abhängigkeit bei einem oder einer Jugendlichen vorlag, eine Kursteilnahme daher nicht möglich war, hatte die Beratungsstelle oftmals Probleme, alternative Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der Angebotsmarkt gibt da nicht viel her, Versorgungslücken sind nicht zu verleugnen. Drogenberatungsstellen sind in vielen Fällen nicht auf Jugendliche, ihre Lebensrealität, Lebensthemen und mangelnden Problemsichten eingestellt. Von der Nutzung neuer Medien und der Beachtung kommunikativer Strukturen der Jugendszene und der virtuellen Cliquen über Internet (Chaträume, Foren, usw.) oder Handys (SMS) sind viele Suchthilfe-Institutionen meilenweit entfernt, sitzen in

ihren Beratungsstellen und beschwören den angeblich unverzichtbaren face-to-face-Kontakt.

Die Finanzierungssysteme der Drogenhilfe sind zudem aber auch eher auf manifest abhängige ältere Gebrauchter abgestimmt, und die Einrichtungen verfügen nicht über die Ressourcen und somit nicht über das Know-How im Kontakt mit Jugendlichen. Dieser Umstand ist nicht neu und auch hier nicht zu vertiefen, wurde aber durch FreD erneut deutlich. Es gibt Einiges zu tun im Schnittfeld Jugend- und Suchthilfe: auf Seiten der Leistungsanbieter, aber auch auf Seiten der Leistungs- oder deutlicher: Kostenträger.

Um nicht missverstanden zu werden: das FreD-Projekt zeigt sicherlich **einen** (von vielen denkbaren) Wegen einer Angebotsstruktur im Schnittstellenbereich Jugendhilfe-Suchthilfe auf und ist unter diesem Aspekt richtungweisend. Zum FreD-Projekt lassen sich als Impuls dennoch hauptsächlich zwei Fragen stellen:

- War das Projekt eingebettet in eine vorhandene Struktur an jugendspezifischen Angeboten der Suchthilfe oder war es eine im Grunde isolierte Einzelmaßnahme?
- Welche Verzahnung existierte tatsächlich mit weitergehenden Angeboten der Jugend- und Familienhilfe?

In Hamm zeigte sich, dass die Kurse nach anfänglicher Skepsis bei den Jugendlichen zu einer Vertrauensbildung und Öffnung führten. Die Jugendlichen begannen, die kommuni-

<sup>4</sup> Landschaftsverband Westfalen-Lippe a.a.O., S. 73.

kativen Möglichkeiten mit den anderen Peers und mit den professionellen Kursleitern zunehmend zu nutzen. Sie liefen sich quasi „warm“ und der Bedarf z.B. an weitergehenden familienbegleitenden Hilfemaßnahmen - (die Jugendlichen waren oftmals auch im systemischen Sinne „nur“ der Symptomträger einer weitergehenden problematischen Umfeldsituation) - und auch an einer jugendspezifischen Einzelberatung wurde deutlich.

Nach Kursende bedeutete dieses Ende für die Jugendlichen auch, plötzlich wieder alleine „im Regen zu stehen“. Der Kurs war beendet, das Zertifikat in der Tasche, der juristische Verlauf vielleicht beeinflussbar. Aber manche Themen waren im Ansatz besprochen und nicht gelöst.

Ich stelle nicht den Sinn der Kurse in Frage; ohne Frage haben die Kurzzeitinterventionen eine Wirkung, wie auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studie verdeutlichen. Aber nicht in jedem Fall sind damit andere Notwendigkeiten beachtet und die Möglichkeiten ausgeschöpft. Nun könnte man sagen, dass diese Bedarfe ja durch das existierende Angebot der Suchtberatungsstellen und der Jugendzentren aufgefangen werden könnten. Auf die Problematik habe ich hingewiesen: Was passiert, wenn die Suchtberatungsstelle und das Jugendzentrum über die notwendigen Ressourcen nicht verfügen, die Beratungsstelle auf Jugendliche gar nicht eingestellt ist und das Jugendzentrum sich nicht mit

Einzelberatung auskennt? Wo existieren neben dem FreD-Projekt funktionierende arbeitsfeldübergreifende Hilfesysteme für Familien, wo existiert eine Jugendberatungsstelle, die diesen Titel nicht nur im Namen trägt, sondern darauf spezialisiert ist?

Das inzwischen abgeschlossene Forschungsprojekt „VERSO“ (Versorgungsbedarf bei früher Suchtgefährdung)<sup>5</sup> der Universität Bielefeld zeigt auf, dass zwar oder auch „nur“ 36% der Jugendlichen von der Existenz von Drogenberatungsstellen wissen, aber kaum jemand sie in Anspruch nehmen würde. Selbst unter den nach den Kriterien der Untersuchung als „stark gefährdet“ definierten Jugendlichen sagen 51% der Jugendlichen, dass sie niemanden haben, den sie um Hilfe bitten können oder wollen.

Die Studie belegt den Bedarf an **niedrigschwiligen ganzheitlichen Hilfen** für Jugendliche, die

sowohl Beratungsbedarfe (professionelle Beratungskompetenz),

- kulturelle Bedürfnisse,
- Freizeitwünsche,
- Fragen zum Wohnen, Ausbildung und Arbeit

beantworten.

Unter diesem Aspekt ist es sicherlich bedauerlich, dass nach dem offiziellen Abschluss des FreD-Projektes eine Fortsetzung nun zu einer starken regionalen Unterschiedlichkeit führen

<sup>5</sup> Antje BROEKMANN/SCHMIDT: Angebote der Drogen- und Jugendhilfe aus der Sicht von Jugendlichen, in: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen (Hg.): Dialog und Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe. Dokumentation eines Expertinnengesprächs der internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) in Kooperation mit dem Fachverband für Drogen (FDR) und Rauschmittel und dem Evangelischen Erziehungsverband (EREV) Veranstalter im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums für Gesundheit am 28. und 29. Mai 2001 in Berlin (Bezug kostenlos: IGfH, Schaumainkai 101-103, 60596 Frankfurt/Main)

wird. Es gibt Projektträger, die kein Interesse an einer Fortsetzung der Projektidee zeigen; andere wollen und können aber nicht, da sie nicht über die notwendigen materiellen Ressourcen verfügen. Die Bereitschaft der Bundesländer und Kommunen, sich an einer weitergehenden Finanzierung zu beteiligen, ist an vielen Stellen mit Hinweis auf die Lage der öffentlichen Kassen nicht vorhanden. Hier gibt es noch einiges zu tun, soll das FreD-Projekt nicht der berühmte „Tropfen auf dem heißen Stein“ gewesen sein.

Aber es heißt ja auch: „Steter Tropfen höhlt den Stein“; von daher bleiben wir doch optimistisch? Denn es heißt auch: „Nutze kleine Chancen, sie können der Beginn großer Unternehmungen sein.“



# LWL

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

