



Europäische Werkstatt Suchtprävention, 2016

Suchtprävention in der Gruppe
der jungen Erwachsenen

Forum Sucht Sonderband 10 ISSN 0942-2382

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster
www.lwl-ks.de

Redaktion: Doris Sarrazin, Marion Hölscher, LWL-Koordinationsstelle Sucht
Layout: Max. Mühlbauer, Druckerei Kettler
Bilder: LWL-Koordinationsstelle Sucht
Druck: Druckerei Kettler, Bönen

1. Auflage: 500

ISSN 0942-2382

Münster, Juli 2017

Hinweis für die Zitierer der Veröffentlichung:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (2017).
Europäische Werkstatt Suchtprävention: Suchtprävention in der Gruppe der jungen Erwachsenen
Forum Sucht Sonderband 10. Münster

LWL-Koordinationsstelle Sucht

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484
E-Mail: kswl@lwl.org

**Europäische Werkstatt Suchtprävention –
Suchtprävention in der Gruppe der jungen Erwachsenen
05. – 08. Dezember 2016, Legden-Asbeck**



Vorwort

Suchtgefährdung betrifft alle Altersgruppen und sozialen Schichten und macht auch nicht vor Ländergrenzen halt, das gehört zum Alltagswissen. Zum Alltag gehört aber noch nicht, dass die Akteure der Suchtprävention europaweit voneinander lernen.

Eine Gelegenheit zum länderübergreifenden fachlichen Austausch bot die „Europäische Werkstatt Suchtprävention“ im Dezember 2016 in Legden-Asbeck, veranstaltet von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL-KS), in Zusammenarbeit mit euro net, Europäisches Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention und der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

euro net – das europäische Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention ist die Basis für den Austausch und die Zusammenarbeit im Bereich Suchtprävention in Europa. Bereits seit 20 Jahren arbeiten Vertreterinnen und Vertreter regionaler und nationaler Institutionen aus EU-Mitgliedsstaaten gemeinsam daran, aktuellen Herausforderungen der Suchtprävention zu begegnen, voneinander zu lernen und gemeinsam neue Konzepte und Methoden zu erproben. euro net ist das einzige EU-Netzwerk im Bereich der Suchtprävention, das auf eine 20-jährige Existenz zurückblicken kann und bereits acht große und mehrjährige EU-Projekte umgesetzt und deren Ergebnisse nachhaltig verbreitet hat.

Suchtprobleme, insbesondere der übermäßige Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis, bedeuten neben ungesunder Ernährung und Bewegungsmangel ein besonders hohes Risiko für die Gesundheit. Zur Bewältigung der Herausforderungen, die sich dabei sowohl individuell als auch gesellschaftlich stellen, trägt auch euro net bei.

Die Europäischen Werkstätten Suchtprävention dienen dem länderübergreifenden Austausch zur Suchtprävention. Die Werkstatt in Legden-Asbeck bot generelle Informationen zur Suchtprävention. Präventionsfachkräfte stellten Initiativen und wirkungsvolle Projekte in den beteiligten Ländern vor. Den Schwerpunkt bildete 2016 die Suchtprävention für junge Erwachsene im Alter von 18-25 Jahren.

In dieser Altersgruppe ist nach wie vor - europaweit - ein hoher, auch missbräuchlicher oder abhängiger Rauschmittelkonsum zu verzeichnen. Betrachtet man die Prävalenzen verschiedener Studien, liegt ein Schwerpunkt auf Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Ebenso müssen aber der Mischkonsum und verhaltensbezogene Süchte, wie z.B. Internet- und Medienabhängigkeit in den Blick genommen werden.

Ein Ergebnis des europäischen Austausches ist, dass frühe Interventionen, maßgeschneiderte Programme, strukturelle Vernetzung und ein abgestimmter Policy-Mix zur Erreichung der Zielgruppe notwendig sind.

Ein besonderes Problem stellt auch die zielgruppengerechte Ansprache der jungen Erwachsenen in benachteiligten Lebenssituationen dar. Hier sind wirksame Zugangswege dringend gefragt.

Im ersten Teil dieser Publikation werden die unterschiedlichen Situationen und Schwerpunkte der Suchtprävention in den beteiligten Ländern vorgestellt. Praxisnah wird es im zweiten Teil: Hier werden Good-Practice-Beispiele aus 15 Ländern kurz beschrieben. Weiterführende Informationen finden Sie unter den genannten Websites oder über die Kontaktpersonen.

Es müssen nicht alle Erfahrungen selber gemacht werden, man kann auch von den Erkenntnissen anderer profitieren.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viele Anregungen für Ihre berufliche Praxis.

Birgit Westers
Landesrätin
LWL-Landesjugendamt,
Koordinationsstelle Sucht

Doris Sarrazin
Präsidentin
euro net
2012-2016

Wolfgang Schmidt-Rosengarten
Geschäftsführer der
Hessischen Landesstelle für Schulen,
Suchtfragen e.V. (HLS)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Ziele und Schwerpunkte der deutschen Suchtprävention Albert Kern, Berlin, Deutschland	7
Tool Kit mit evidenzbasierten guten Praxisbeispielen zur Reduzierung alkoholbedingter Schäden Axel Budde, Köln, Deutschland	17
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Belgien Carlo Baeten, Hasselt, Belgien	21
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Deutschland Wolfgang Schmidt-Rosengarten, Frankfurt, Deutschland	27
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Griechenland Nikoletta Georgala, Athen, Griechenland	31
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Italien Peter Koler, Bozen, Italien	35
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Luxemburg Jean-Paul Nilles, Luxemburg	47
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in den Niederlanden Hans Keizer, Enschede, Niederlande	53
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Norwegen Stig Tore Bogstrand, Oslo, Norwegen	57
Entwicklung und Status quo der österreichischen Suchtprävention Christoph Lagemann, Linz, Österreich	61
Drogenkonsum und Entkriminalisierung in Portugal Fernando Mendes, Coimbra, Portugal	67
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in der Schweiz Walter Kern-Scheffeldt, Zürich, Schweiz	71
Situation u. Schwerpunkte der Suchtprävention in Serbien Biljana Kilibarda, Belgrad, Serbien	75
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in der Slowakei Alena Kopanyiova und Zuzana Vojtova, Bratislava, Slowakei	79
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Spanien Maria Estrada, Barcelona, Spanien	87
Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Tschechien Ladislav Czemy und Viktor Mravcik, Prague, Tschechien	91

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention auf Zypern	
Pantelitsa Nicolaou, Pafos, Zypern	95
 Best-Practice Projekte	
„Sportwijs – eine web-basierte Intervention für Sportvereine und Athleten“	
David Fraters, Hasselt, Belgien	101
„eCHUG-D – Online-Prävention substanzbezogener Störungen bei Studierenden“	
Marion Laging, Esslingen, Deutschland	103
„Frühintervention in der Suchtprävention bei 18 bis 25 Jährigen am Beispiel der Fachhochschule Peloponnes in Kalamata“	
Fotini Vlachopouloti, Eleni Vlachava, Athen, Griechenland	107
„Streetlife.bz“	
Peter Koler, Bozen, Italien	109
„Überregionale Suchtprävention mit kreativen Ansätzen“	
Roland Carius, Luxemburg	111
„Moti4“	
Bert-Jan van Regteren, Enschede, Niederlande	113
„Vereinscoaching OÖFV“	
Christoph Lagemann, Linz, Österreich	115
„Schulabschlussfahrt: Vermeidung riskanten Verhaltens bei Jugendlichen“	
Irma Brito, Coimbra, Portugal	117
„Be my angel tonight“	
Chantal Bourloud, Zürich, Schweiz	119
„Peer-Programme im Schulsystem der Slowakei“	
Zuzana Vojtova, Bratislava, Slowakei	121
„Projekt: Nächte mit Qualität“	
Maria Estrada, Barcelona, Spanien	127
„SYPREDOS – Systemische Prävention von Drogenkonsum unter Jugendlichen durch Kurz-Interventionen beim Kinderarzt“	
Ladislav Czemy, Prague	129
„Mütter in Aktion – gemeinsam schaffen wir’s“	
„Mehrstufiges Programm zur Unterstützung von Teenagern“	
Pantelitsa Nicolaou, Pafos	131
Zusammenfassung der Ergebnisse und Eindrücke	
Doris Sarrazin, Münster, Deutschland	135
Teilnehmende	137

Ziele und Schwerpunkte der deutschen Suchtprävention

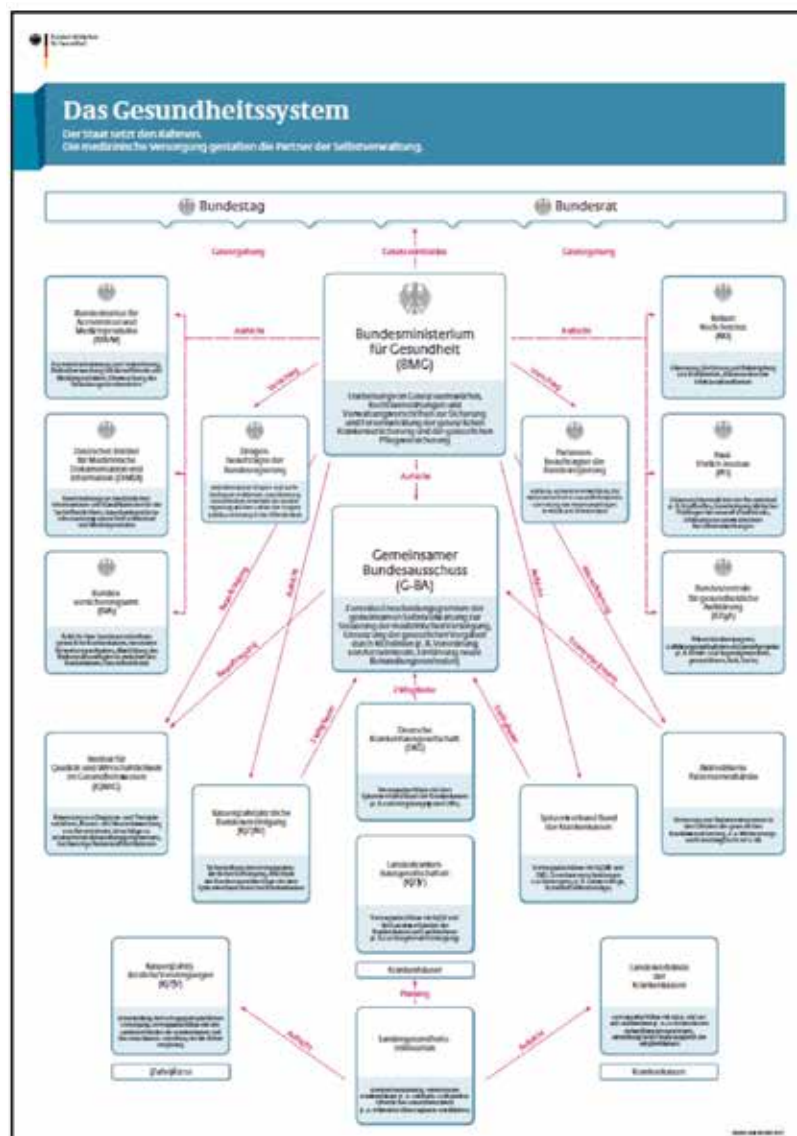
Albert Kern
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Sucht und Drogen
Berlin / Deutschland
(Auszüge aus dem PPT-Vortrag)

Gliederung

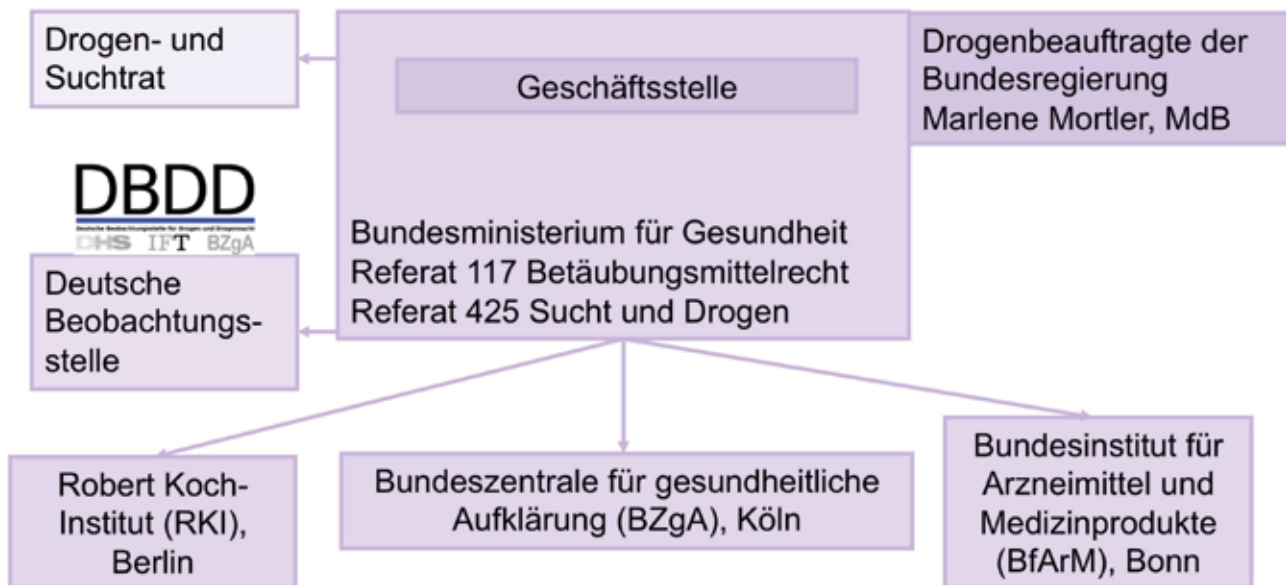
1. Sucht- und Drogenpolitik als Teil des Gesundheitssystems in Deutschland
2. Daten und Fakten
3. Beispiele für Maßnahmen und Projekte
4. Fazit

1. Sucht- und Drogenpolitik als Teil des Gesundheitssystems in Deutschland

Ein komplexes System....



Drogen- und Suchtpolitik im BMG



Die Bundesregierung koordiniert und sie vertritt die Drogen- und Suchtpolitik in der Öffentlichkeit sowie auf nationaler und internationaler Ebene. Ziele sind u.a. die Förderung des gesellschaftlichen und politischen Konsens zur Verringerung der Suchtproblematik sowie die Weiterentwicklung der Suchtprävention, der Suchthilfe und Maßnahmen zur Verringerung von Drogen- und Suchtproblemen. Der Drogen- und Suchtbericht wird von der Bundesregierung erstellt.

Handlungsfelder der Bundesministerien und Bundesbehörden im Bereich der Sucht- und Drogenpolitik

Internationale Zusammenarbeit	Strafverfolgung	BtMG und Drogen in Haft	Zölle und Steuern	Teilhabe für Abhängigkeitskranke
Modellprojekte und –programme für die Sucht- und Drogenhilfe; Erstellung, Umsetzung und Evaluation des Aktionsplans Drogen und Sucht; Kooperation mit dem medizinischen, psychiatrischen und sozialen Systems im Bereich Sucht/Drogen				
Verbraucherschutz im Bereich Alkohol und Tabak	Jugendschutzgesetz; Drogen, Alkohol und Gewalt	Alkohol und Drogen im Straßenverkehr	Sucht- und Drogenforschung	Internationale Projekte zur alternativen Entwicklung

Koordinierung zwischen Bundes- und Länderebene in der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland

BUNDESEBENE

Gesetzgebung; Repräsentation nach Außen

Betäubungsmittelgesetz, Nichtraucherschutzgesetz, Nationale Modell- und Forschungsprojekte, Kampagnen, Internationale Kooperationen

LÄNDER- UND KOMMUNALE EBENE

Exekutive, Administrative Ebene

Hilfesystem für Sucht- und Drogenabhängige
Öffentliche Gesundheitsversorgung

Organisation der Sucht- und Drogenpolitik auf der Ebene der Länder und Kommunen in Deutschland

Kommunen

Akteure auf Nicht-Regierungsebene

Private Einrichtungen

Wohlfahrtsverbände

Subsidiaritätsprinzip

Staatliche Organisationen handeln erst dann,
wenn keine anderen Organisationen bereits aktiv sind

Zwischenfazit

- Das System in Deutschland zeichnet sich durch vielfältige Akteure und Zuständigkeiten aus
- Die Gesundheitspolitik ist ein Akteur von vielen
- „Health in all Policies“ – Ansatz erfordert eine Fülle von Kooperationen
- Die Sucht- und Drogenpolitik muss als Querschnittsaufgabe verstanden werden

Basis und Aufgabenfelder

- Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik von 2012
- Koalitionsvertrag 2013 – 2017
- Internationale Abkommen
- Drogen- und Suchtpolitik steht auf den vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminimierung und Repression
- Prävention und Beratung für online basierte Suchtverhalten
- Internationale Tabakraumenkonvention (FCTC); EU-Alkoholstrategie, Globale Alkoholstrategie der WHO, EU-Drogenstrategie 2013 – 2020 und EU-Drogenaktionsplan 2013 - 2016

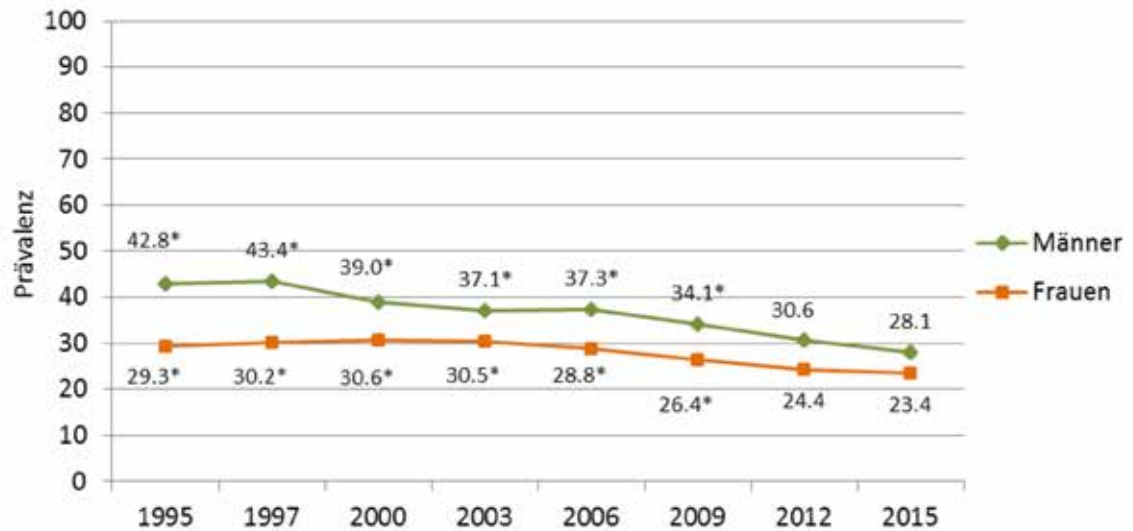
Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik

- I. Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen
- II. Alkoholkonsum der erwachsenen Bevölkerung
- III. Tabakkonsum in Deutschland
- IV. Medikamentenabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch
- V. Pathologisches Glücksspiel
- VI. Online- / Mediensucht
- VII. Illegale Drogen
- VIII. Internationale und europäische Drogen- und Suchtpolitik

2. Zahlen-Daten-Fakten

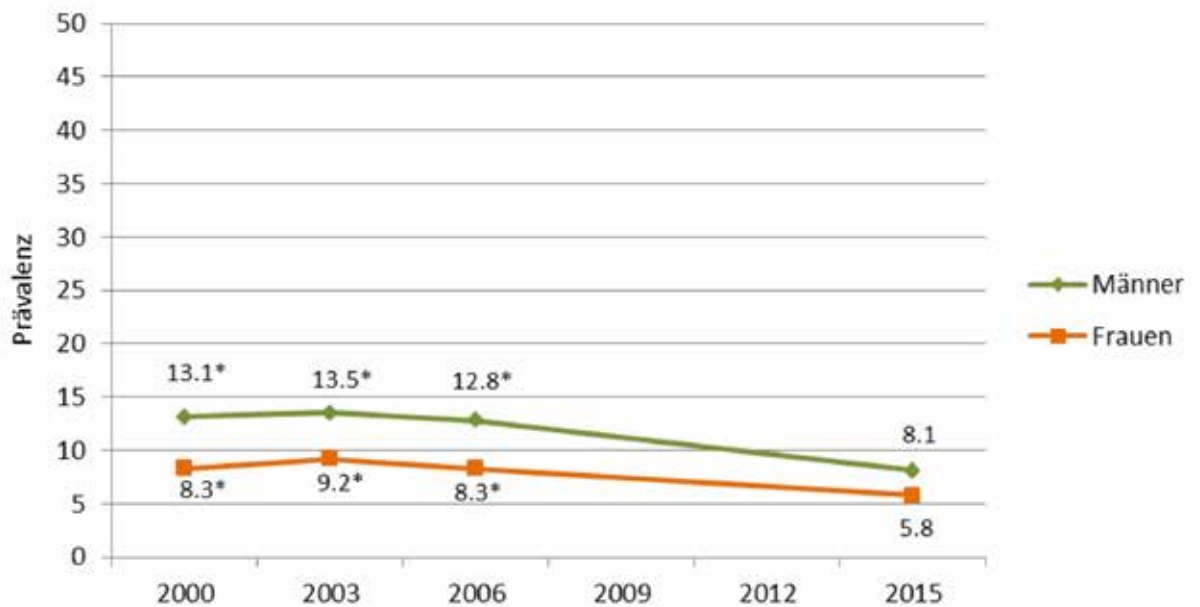
Tabak

30-Tage-Prävalenz Konsum (18 – 59 Jahre)¹



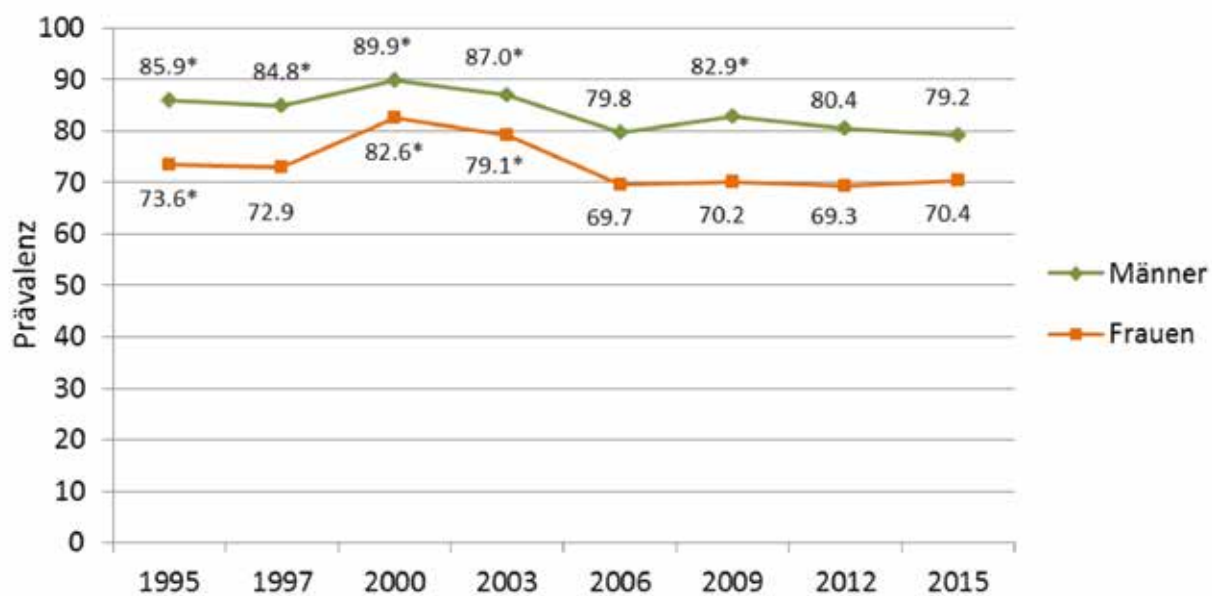
30 Tage Prävalenz Problematischer Konsum (18 – 59 Jahre)¹

Fagerström-Test

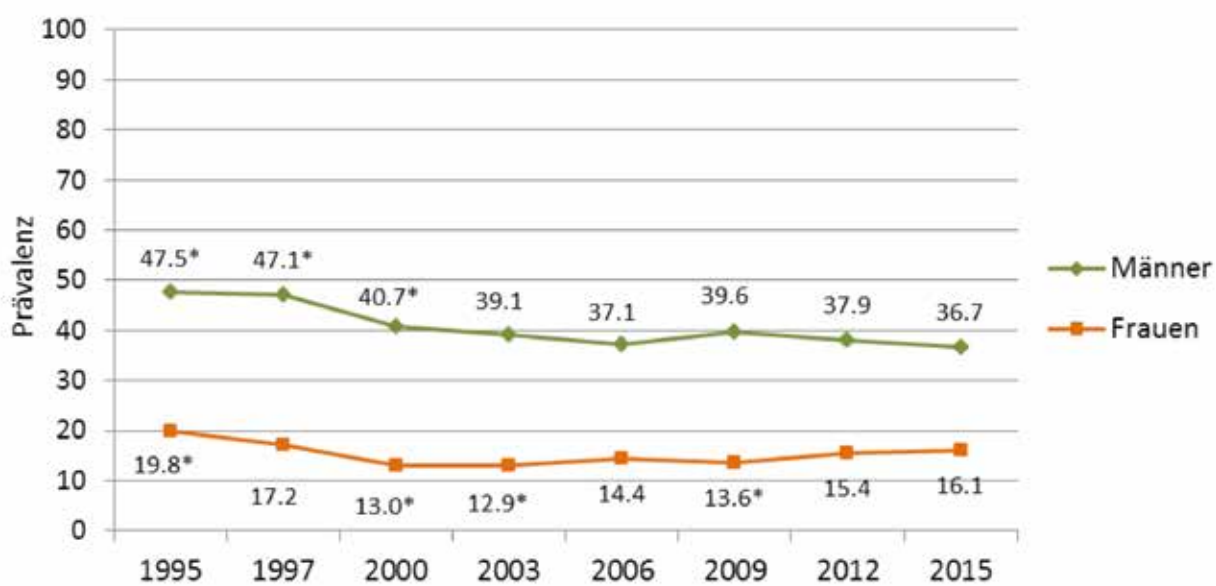


Alkohol

30 Tage Prävalenz Konsum (18 – 59 Jahre)¹

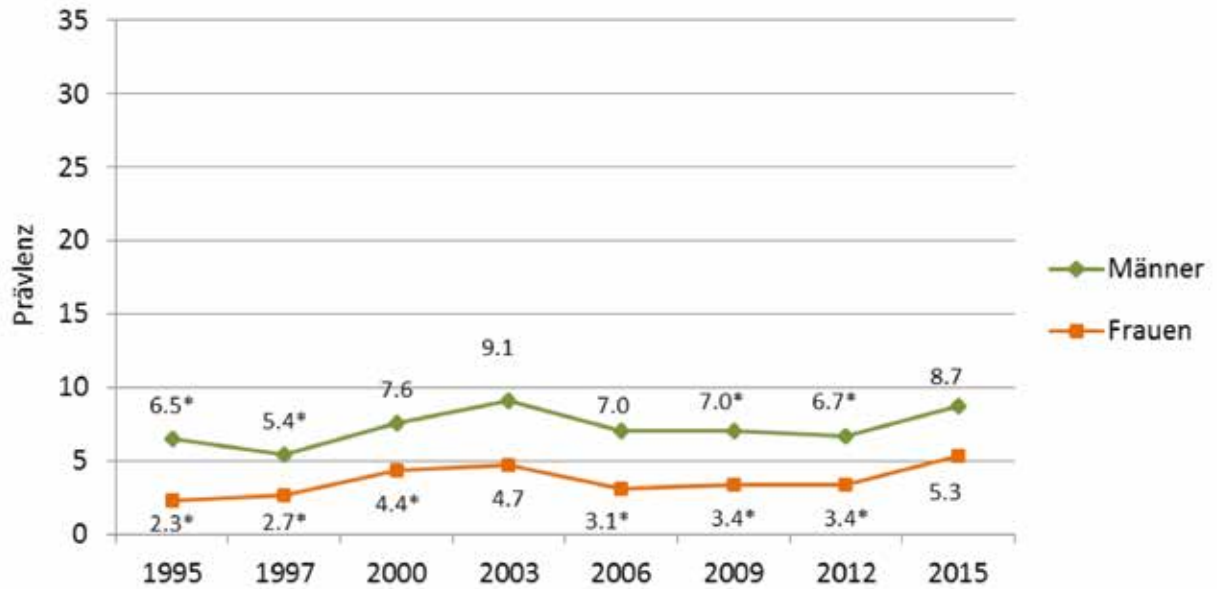


30 Tage Prävalenz Rauschtrinken (18 – 59 Jahre)¹

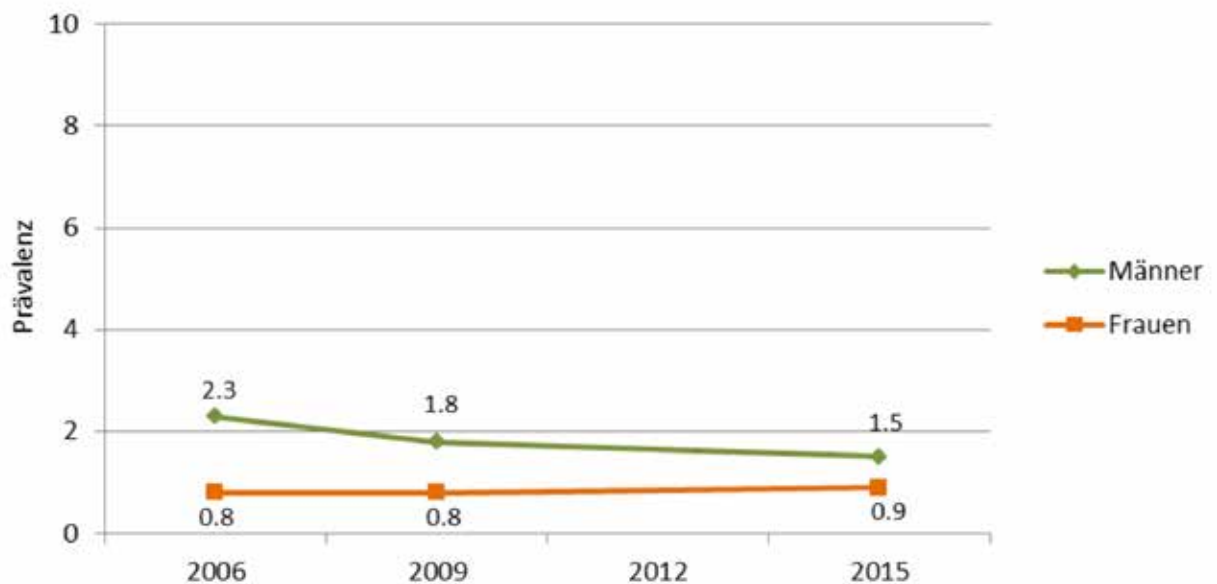


Cannabis

12 Monats Prävalenz Konsum (18 – 59 Jahre)¹

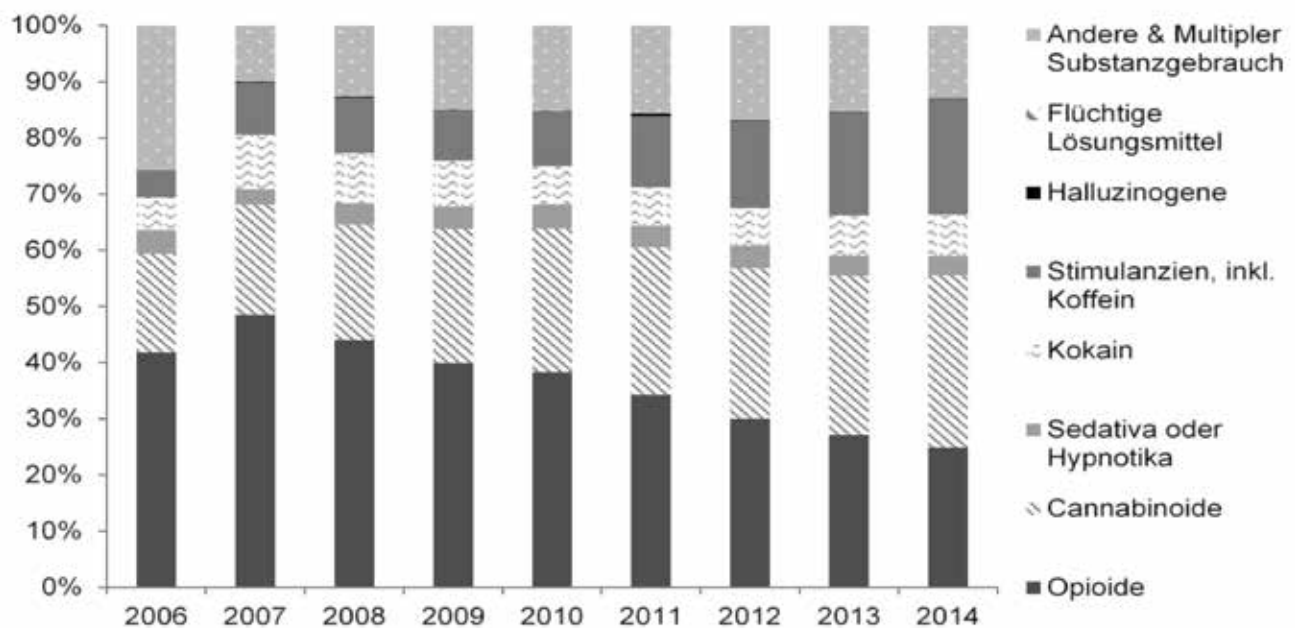


12 Monats Prävalenz Problematischer Konsum (18 – 59 Jahre)¹



¹ Epidemiologischer Suchtsurvey 2015, IFT, München

Anzahl der Klienten in stationärer Suchtbehandlung für verschiedene Hauptdiagnosen (illegale Drogen)²



Zwischenfazit

- Deutlicher Rückgang des Tabakkonsums
- Langsamer Rückgang des Alkoholkonsums
- Wenig Veränderung im Konsum illegaler Drogen
- Mehr Menschen mit Cannabisdiagnose sind im stationären Hilfesystem

3. Beispiele für Maßnahmen und Projekte

- Referat Sucht und Drogen im **BMG**
- Fachaufsicht BZgA- Prävention Suchtmittelmissbrauch
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
- Ca 80 – 100 Modell- und Forschungsprojekte jährlich
(Ca. 3,7 Mio € / Jahr)

² Bericht zur Drogensituation in Deutschland der DBDD, 2016

Modell- und Forschungsprojekte zu verschiedenen Schwerpunkten:

- Schwerpunkt Crystal, Projektbeispiel „FreD ATS“, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster
- Schwerpunkt FASD, Projektbeispiel "Schwanger? Dein Kind trinkt mit! Alkohol? Kein Schluck – Kein Risiko!
- Ärztliche Primärprävention des FASD in Schulen" der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung e.V.
- Schwerpunkt Tabak, Projektbeispiel: „KOPA – Kinder ohne Passivrauch“, LMU München
- Schwerpunkt Alkohol, Projektbeispiel „RARHA – Reduce Alcohol Related Harm“, EU-Joint Action on Alcohol
- Schwerpunkt Onlinesucht, Projektbeispiel „PIEK“, Uni Lübeck
- Schwerpunkt Angehörige, Forschungsbeispiel „Belastungsfaktoren, Unterstützungsbedarfe, Barrieren der Inanspruchnahme und persönliche Ressourcen der Angehörigen & Exploration möglicher Schnittstellenproblematiken hinsichtlich Zugangswegen aus Sicht der Behandler“, Uni Lübeck
- Schwerpunkt Medikamentenabhängigkeit, Projektbeispiel „Zielgruppe ältere Menschen – Entwicklung einer Risikokommunikation für niedergelassene Ärzte“, ZIS Hamburg
- Schwerpunkt Kinder aus suchtbelasteten Familien, Projektbeispiel „Trampolin II – Katamnese zur Überprüfung der Langzeiteffekte des Bundesmodellprojektes Trampolin“, KatHo Köln
- Schwerpunkt weitere Projekte, Projektbeispiel „QuaSiE – Qualifizierte Suchtprävention in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe“, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster

Inhaltliche Herausforderungen, die auf die Bundesregierung zukommen:

- Digitale Entwicklungen: Fluch und Segen
- Einbettung von Substanzkonsum / Sucht in psychische Erkrankungen, Neurobiologie der Sucht, NCDs
- Entstigmatisierung von Suchterkrankungen
- Evidenzbasierte Prävention – Notwendigkeit oder Überforderung?
- Neue Suchtformen / neue Konsummuster / neue Suchtmittel

Tool Kit mit evidenzbasierten guten Praxisbeispielen zur Reduzierung alkoholbedingter Störungen

Axel Budde - Joint Action RARHA

Ko-finanziert durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Union,
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
Deutschland

Die Gemeinsame Maßnahme der Europäischen Union zur Verringerung alkoholbedingter Schäden (RARHA, 2014-2016) arbeitete in drei spezifischen Bereichen:

- (1) Beobachtung von Trinkverhalten und alkoholbedingter Schäden
- (2) Empfehlungen zum Trinkverhalten zur Verringerung alkoholbedingter Schäden und
- (3) Ermittlung von Good-Practice-Beispielen und Erarbeitung eines Tool Kits zur Verringerung alkoholbedingter Schäden.

Das Ziel des dritten Arbeitsbereiches innerhalb von RARHA war es, zur Unterstützung der Mitgliedsstaaten (MS) bei der Umsetzung der europäischen Strategie zur Verringerung alkoholbedingter Schäden, konkrete Good-Practice-Ansätze zu ermitteln, die in den MS umgesetzt sind.

Diese Ansätze sind eine wichtige Evidenzbasis für politische Entscheidungen und Aktivitäten der MS im Bereich der Prävention, Behandlung und Schadensbegrenzung in Bezug auf Alkohol.

Unsere Arbeit fußte auf den Informationen aus dem WHO-Bericht über Alkohol in der Europäischen Union, der zeigte, dass Aufklärungsaktivitäten bezüglich des Alkoholkonsums weit verbreitet sind.

Good-Practice-Ansätze existieren, aber sie sind nicht gemeinsam evaluiert und für die Nutzung durch andere MS nicht verfügbar - in einigen Settings scheinen sie zu fehlen. Es gibt mehrere Good-Practice-Sammlungen, Veröffentlichungen und Datenbanken, von denen viele mit EU-Mitteln erstellt worden sind.

Die Herausforderung war, Good-Practice besser verfügbar zu machen, z.B. für entsprechende Ministerien, politische Entscheidungsträger, Fachkräfte im Gesundheitswesen, Nicht-Regierungsorganisationen oder andere Interessierte und Verantwortliche, die für die Gestaltung und Umsetzung von Interventionen im Bereich Alkoholpolitik zuständig sind.

Ein wichtiges Ziel war dabei, die Kapazitäten der EU-Mitgliedsstaaten zu stärken und Aufklärungskampagnen zur öffentlichen Gesundheitserziehung in Verbindung mit persönlicher und onlinegestützter Kommunikation zum Thema Trinkverhalten und Unterstützung zur Selbsthilfe zu erstellen.

Die Hauptaufgaben innerhalb des Arbeitspaketes 6, zu dem das Tool Kit zählte, waren:

- a) Ermittlung von Good-Practice-Beispielen
- b) Entwicklung von Good-Practice-Kriterien
- c) Zusammenstellung von Beispielen für ein Tool Kit und
- d) Verbreitung des Tool Kits.

Diese europaweite Auswertung von Interventionen im Bereich der Alkohol-Prävention war ein einzigartiger Versuch, die Qualität von Alkohol-Präventionsinterventionen in den MS zu verbessern. Es war ein erster Schritt in Richtung eines kontinuierlichen Austauschs von Felderfahrungen zur Förderung evidenzbasierter Umsetzung alkoholbezogener Interventionen.

Fachkräften bietet es die Möglichkeit, von existierendem theoretischem und praktischem Wissen und von Erfahrungen zu profitieren. Der Präventionsansatz auf Ebene der Allgemeinbevölkerung, wie etwa Besteuerung, Verfügbarkeitsregelungen usw. wurde hier nicht abgedeckt. Diese stehen bereits oben auf der Agenda und die Wissensgrundlage ist allgemein bekannt. Maßnahmen, die direkt eine individuelle Verhaltensänderung ansprechen, haben nicht die gleiche Aufmerksamkeit in der internationalen Zusammenarbeit hinsichtlich alkoholbedingter Schäden erhalten. Manche Programme hatten sogar den Ruf, sehr beliebt, aber wenig wirksam zu sein. Ein anderer Grund für das geringe Interesse ist die weitverbreitete Ansicht, dass solche Programme einen starken Fokus auf lokale oder nationale Besonderheiten legen müssten und deswegen nicht so leicht auf andere Länder übertragbar seien.

In unserer Arbeit berücksichtigten wir drei Typen von an Individuen gerichteten Präventionsprogrammen, die unterschiedliche Umsetzungsmethoden und unterschiedliche Niveaus von Wissensgrundlagen haben.

- **Öffentliches Bewusstsein** umfasst den Bereich öffentlicher Kommunikationsprogramme und Social Marketing. Angesichts gestiegenen Interesses an Verhaltensökonomie passen diese Praktiken gut in dieses Paradigma.
- **Schulbasierte Interventionen** haben eine lange Geschichte, mit einem gestiegenen Interesse an Verhaltensökonomie passen diese Praktiken gut in dieses Paradigma. Sie haben eine große Zahl unterschiedlicher Ausformungen in den verschiedenen europäischen Ländern. Viele entsprachen nicht einem Design, das gemessen und evaluiert werden kann; viele andere haben keine oder nur geringe Wirksamkeit hinsichtlich einer Verringerung alkoholbedingter Schäden gezeigt.
- **Frühinterventionen** haben innerhalb weniger Jahre den Ruf erlangt, kosteneffiziente Maßnahmen zu sein.

Ergebnisse:

Ein Tool Kit für evidenzbasierte Good-Practice: Öffentliches Bewusstsein, schulbasierte und frühe Interventionen zur Verringerung alkoholbedingter Schäden.

Im Zentrum des Tool Kits stehen Kriterien, die dazu verwendet wurden, die Evidenzbasis der eingereichten Interventionen qualitativ zu bewerten. Im Bereich der Alkoholprävention gibt es eine große Kluft zwischen den Erwartungen von Präventionswissenschaftlern, die selten mit weniger als mit randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zufrieden sind, und der wirklichen Präventionspraxis - einer Realität, in der die meisten Interventionen überhaupt nicht evaluiert werden. Um diese Kluft zu überbrücken und sowohl Praktiker als auch politische Entscheidungsträger mit lebensnahen Hinweisen zu versorgen, haben wir ein niederländisches Klassifizierungssystem angewandt. Es bewertet Interventionen entlang einer durchgehenden Skala von Evidenz-Ebenen, so dass sichergestellt wird, dass eine Mindestanzahl von Voraussetzungen erfüllt wird. Mit diesem Ansatz konnten wir Interventionen anders als mit RCTs identifizieren und klassifizieren. Unter Verwendung dieser Methode wurden 26 von 43 untersuchten Interventionen für das Tool Kit akzeptiert.

Eine der großen Leistungen des Arbeitspaketes 6 ist die Erarbeitung von Empfehlungen für Good-Practice-Ansätze. Zur Verringerung alkoholbedingter Schäden wurden eine große Anzahl von Präventionsinterventionen entwickelt - andererseits bleibt riskanter Alkoholkonsum weiterhin ein großes Gesundheitsproblem. Darüber hinaus ist die Präventionswissenschaft sehr komplex und erfordert den Einsatz eines multidisziplinären Teams. Empfehlungen auf Grundlage wirksamer Interventionen können Praktikern in der Präventionsarbeit helfen, wirksamere Programme auszuwählen, anzupassen oder zu entwickeln.

Um zu unterstreichen, dass Werte nicht nur unsere Wahrnehmung beeinflussen, sondern auch die Entscheidungsfindung leiten können, haben wir ein Kapitel zu ethischen Fragen angefügt. Es zählt eine Reihe von empirischen Ergebnissen zur Wirksamkeit auf, die mit wertgestützten Überlegungen zur sozialer Gerechtigkeit, persönlicher Freiheit und Verhältnismäßigkeit abgewogen werden müssen.

Die Absicht des Tool Kits ist es, politische Entscheidungsträger über die Werkzeuge für die Bewertung von verfügbarer Befunde zu informieren und ihnen so zu helfen, Entscheidungen in der Alkoholprävention zu treffen, die auf der besten verfügbaren Evidenz gründen, und dabei die Werte und den Kontext deutlich machen, die zu dieser Entscheidung geführt haben.

Es gibt drei Elemente im Arbeitspaket 6, die für staatliche Stellen, die mit der Planung von Politikansätzen zur Verringerung von schädlichem Alkoholgebrauch befasst sind, besonders interessant sind.

1. Die systematische Beschreibung jeder der drei Typen von Praktiken, die individuelles Verhalten ansprechen.
2. Die Empfehlungen für Methoden zur Auswahl von Good-Practice-Ansätzen. Die Vorstellung von Good-Practice-Projekten ist allein schon ein hilfreiches Werkzeug zur Bewertung von Projekten, auch auf nationaler Ebene.
3. Es gibt in allen drei Listen der als Good Practice bewerteten Projekte, interessante Projekte, die zur Verwendung zu Hause in Frage kommen. Ein zusätzlicher Vorschlag sowohl an die MS als auch an die Europäische Kommission ist die Schaffung einer dauerhafte Einrichtung zur Ermittlung von Good-Practice-Projekten zur Verringerung von schädlichem Alkoholgenuss.

Da diese Methoden nunmehr von RARHA aufgestellt wurden, dürfte dies kein kostenintensives Unterfangen darstellen. Drei bis fünf Experten damit zu beauftragen, Projekte zu sichten und sie im vorgeschlagenen Format alle zwei Jahre zu präsentieren und sie administrativ etwas zu unterstützen, wäre ziemlich kosteneffizient.

Infosheet Workpackage 6, RARHA, www.rarha.eu

Das Tool Kit finden Sie unter: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%206/Attachments/10/RARHA_Toolkit_WP6.pdf

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Belgien

Carlo Baeten

Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

CAD Limburg, Hasselt

Belgien

(Auszüge aus dem PPT-Vortrag)



Implementierung der Kriterien für evidenzbasierte Prävention



- Good / best Practices
 - Systemischer Ansatz
 - Basierend auf einem theoretischen Modell
 - Evaluation von “Zwischen-Zielen”
 - Fokus auf Schutz- und Risikofaktoren
 - Integration von Evaluation

Auf dem richtigen Weg, trotz ...

- Unklare Politikansätze
- Kein Aktionsplan Alkohol
- Keine Grenzen für die Glücksspiel Industrie



- Leicht zugängliche Versorgung

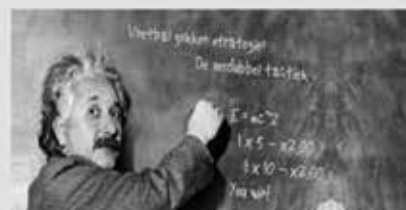


- Einfluss der Medien...

- ...Flairs: "Wein trinken hat seine Vorteile und besonders Rotwein ist gut für deine Gesundheit, er kann dir helfen, wenn du abnehmen willst."



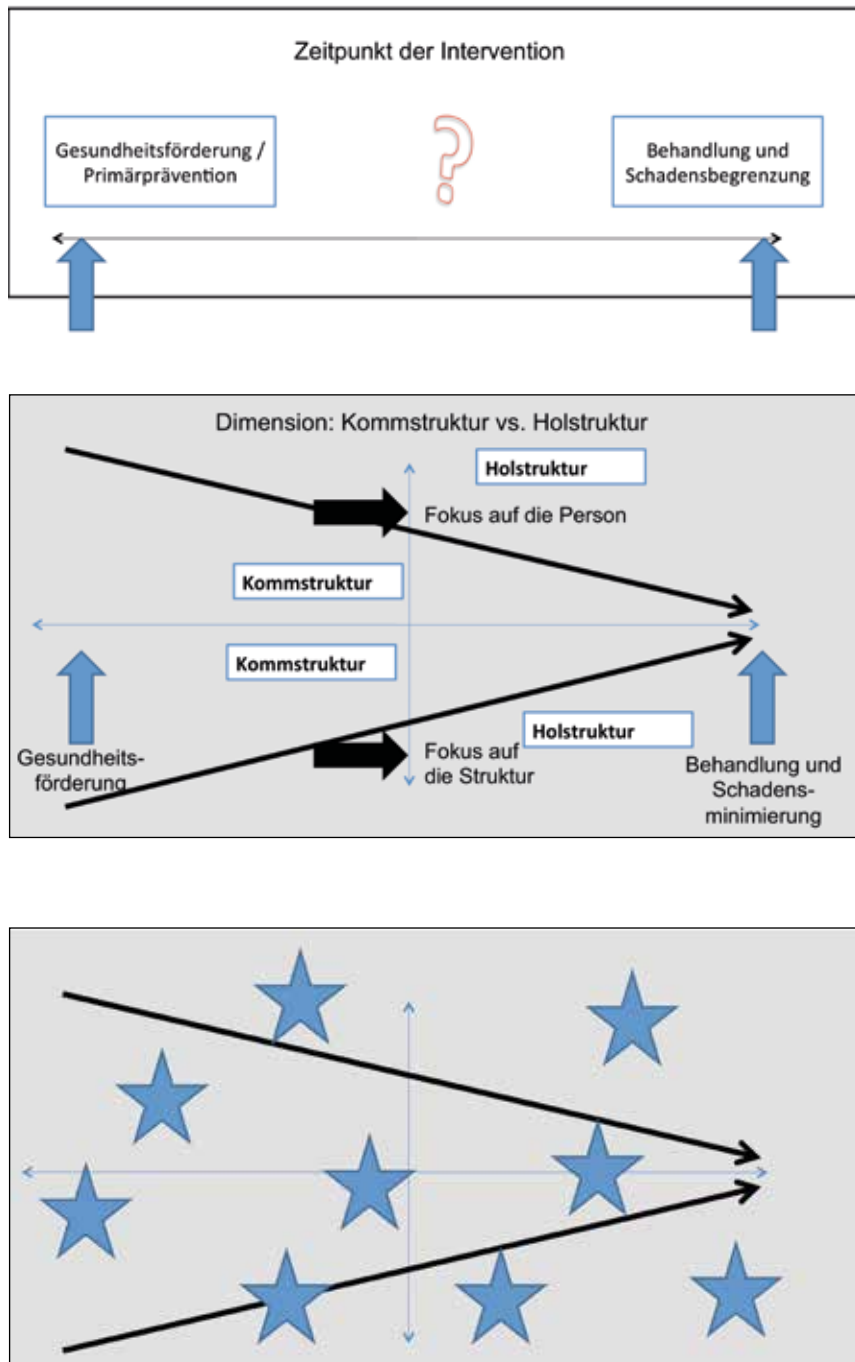
- Macht der Werbung



Gesundheit in allen Politikbereichen

"Gesundheit in allen Politikbereichen ist ein übergreifender Ansatz für alle Politikfelder, in denen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und der gesundheitlichen Chancengleichheit systematisch die Auswirkungen von Entscheidungen auf die Gesundheit betrachtet, Synergien gesucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermieden werden."

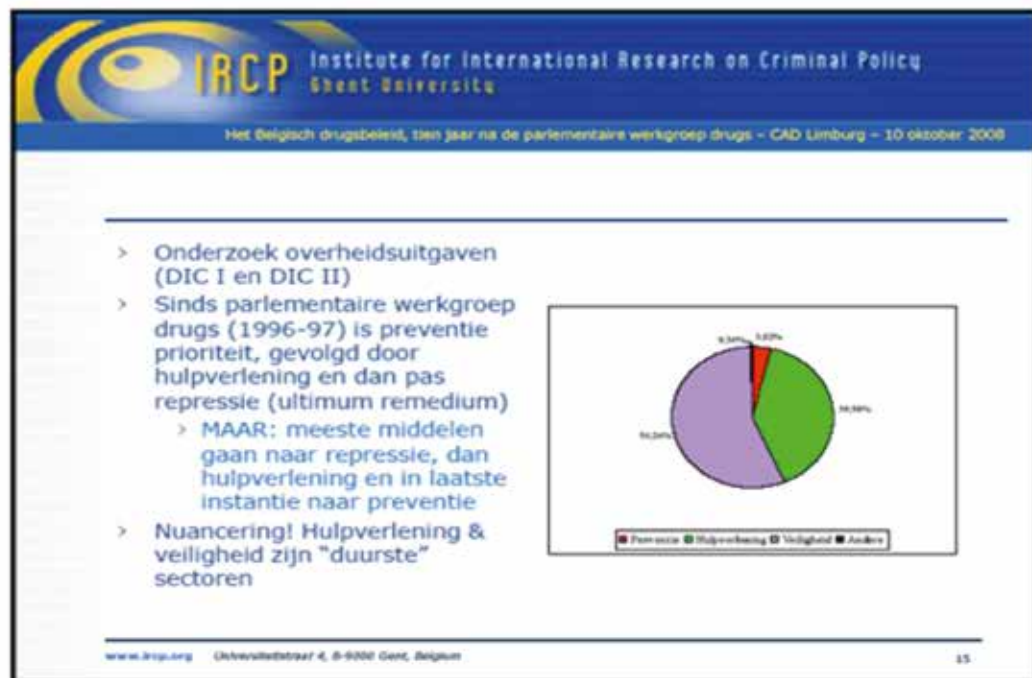
Dreidimensionales Modell (F.De Cauter)



Nationaler Plan Schwerpunkte ...

- Vom Drogengebrauch sollte abgeraten werden.
- Eine drogenfreie Gesellschaft ist eine Illusion.
- Jeder Drogengebrauch ist mit Risiken verbunden. Wenn jemand Drogen konsumiert, muss er/sie die Gesundheitsrisiken kennen und begrenzen.

“Vorbeugen ist besser als heilen, heilen ist besser als bestrafen”



Präventions-Plan Flandern...

Schwerpunkte 2017-2025...

- Soziale Kosten (im Alltag und qualitativ)
- Häufigkeit des Vorkommens
- Trends
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Strategien
- Wirksamkeit der Strategien
- Machbarkeit und Unterstützung
- Soziale Werte
- Ziele hinsichtlich Strategien sind Zielen hinsichtlich des Gebrauchs / Missbrauchs vorzuziehen.

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Deutschland

Wolfgang Schmidt-Rosengarten
Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V.
Frankfurt a.M./Deutschland

Strukturen

Das Subsidiaritätsprinzip ist eine Grundvoraussetzung für die Suchtprävention in Deutschland: Es gibt auf jeder Ebene, auf der Prävention stattfindet, immer eine staatliche und eine nichtstaatliche Säule:



Wegen des Subsidiaritätsprinzips werden 90% aller Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention in Deutschland von Trägern der freien Wohlfahrtspflege durchgeführt, die ihre Gelder von der Bundes-, Landes-, oder Kommunalebene erhalten.

Dennoch gibt es auch immer noch andere, externe Voraussetzungen, die die Ergebnisse der Suchtprävention beeinflussen:

- Deutschland ist eine Bundesrepublik mit 16 Bundesländern und selbstbewussten Gemeinden
- Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen handeln in der Praxis Seite an Seite
- zusätzlich gibt es in der Praxis noch andere Organisationen, wie Polizei, Krankenkassen usw.

Im Ergebnis dieser Situation fehlt eine bundesweit vorgegebene Strategie mit zentraler Steuerung. Stattdessen gibt es einen Flickenteppich von unkoordinierten Maßnahmen.

Nichtsdestotrotz gibt es ein hohes Maß an professionellem und politischem Engagement:

- es gibt freiwillige Arbeitsgruppen auf horizontaler und vertikaler Ebene
- in vielen Bundesländern gibt es Koordinatoren für Suchtprävention
- bundesweit gibt es insgesamt ca. 600 Vollzeitfachkräfte in Präventionseinrichtungen
- in den letzten Jahren wird zunehmend Forschung betrieben.

Ergebnisse

Ein beeindruckendes Ergebnis all dieser Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention ist:

- Rekordtief von Rauchen unter Jugendlichen
- Junge Menschen trinken immer weniger Alkohol
- Konstante oder geringere Konsumraten von Cannabis in den letzten 20 Jahren

Wissenschaftliche Prinzipien

Die in der Suchtprävention in Deutschland verwendeten Konzepte und Ansätze entsprechen internationalen Standards, wie:

- Lebenskompetenzprogramme
- Networking
- Evaluierte Programme
- Universelle, selektive und indizierte Prävention
- Familienorientierung
- Langfristigkeit

In den letzten drei Jahren wurden drei hochwertige bundesweite Papiere veröffentlicht. Jedes von ihnen nahm einen wichtigen Themenbereich in den Fokus:

Qualität

Chancen und Grenzen von evidenzbasierten Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention

Qualifikationen

die für Vollzeitpräventionsfachkräfte notwendig sind

Strukturen

Notwendigkeit von struktureller Prävention neben verhaltens-orientierter Prävention. Diese Schriften sind sehr gute Handreichungen zur Qualifizierung der Arbeit im Bereich der Suchtprävention.

Herausforderungen

Die folgenden Prozesse und neuen Zielgruppen stellen Herausforderungen für die Suchtprävention in Deutschland dar:

- Suchtprävention für ältere Menschen,
- Suchtprävention in den Bereichen des exzessiven Medienkonsums und der Spielsucht,
- Verwendung von digitalen Medien zur Erreichung der Zielgruppen,
- kultur-sensibler Suchtprävention.

Schlussfolgerung

Ein Versuch, die Situation der Suchtprävention in Deutschland ins Gleichgewicht zu bringen

Wir haben in Deutschland...	Aber...
Forschung, Studien und Daten	sie sind nur optional für Politiker und Fachleute
evaluierte Konzepte	sie sind zu teuer, um sie flächendeckend umzusetzen
organisierte Strukturen	das föderale System schafft einen bunten Flickenteppich unkoordinierter Maßnahmen
ein bundesweites Dokumentationssystem	keine in allen Bundesländern gültigen Bezugswerte
ein Bundespräventionsgesetz	auch nach 1½ Jahren sind keine positiven Effekte für die Suchtprävention sichtbar
Wissen	Politiker forcieren keine Maßnahmen der strukturellen Prävention
qualifizierte Fachleute	es gibt immer noch viele selbstgestrickte unprofessionelle Maßnahmen
Erfahrung	sie wird nicht zwingend bei politischen Entscheidungen genutzt
Geld	es wird zufällig verteilt und reicht nicht für echten Wandel
positive Ergebnisse	es ist zu bezweifeln, ob sie wirklich das Ergebnis der Suchtpräventionsarbeit sind

Daher liegt es im Auge des Betrachters, ob man das Glas als halbvoll oder halbleer sieht. Unbestritten ist, dass es noch viel zu tun gibt.

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Griechenland

Nikoletta Georgala
OKANA – Organisation against
Drugs Athen / Griechenland

Die griechische Organisation Against Drugs (OKANA) ist eine eigenständige Rechtsperson unter Aufsicht des Gesundheitsministeriums. OKANA wurde gemäß Gesetz 2161/93 gegründet, das einstimmig vom griechischen Parlament beschlossen und durch das Gesetz 2256/94 geändert wurde.

Eines seiner allgemeinen Ziele ist die Planung, Förderung und Umsetzung der staatlichen Politikansätze in den Bereichen Prävention, Behandlung und Rehabilitation von Suchterkrankungen.

Konkret wird die Suchtprävention in Griechenland von einem landesweiten Netzwerk aus 75 Zentren zur Suchtprävention und zur Förderung von psychosozialer Gesundheit umgesetzt, und zwar im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen OKANA und lokalen Behörden und Akteuren.

Ihre Aktivitäten umfassen die Prävention aller Arten von Sucht und die Förderung von psychosozialer Gesundheit.

Laut der griechischen ESPAD-Befunde von 2015 - die von UMHRI mit Unterstützung von OKANA und in Zusammenarbeit mit den örtlichen OKANA-Präventionszentren durchgeführt wurde - stellt sich die gegenwärtige Situation wie folgt dar:

Rauchen

39,2 % der 16-Jährigen Sekundarschülerinnen und -schüler landesweit haben mindestens einmal in ihrem Leben eine konventionelle Zigarette geraucht.

11,1 %, bzw. 2,9 % waren regelmäßige bzw. starke Raucher, mit einem höheren Anteil unter Jungen als unter Mädchen.

19,1 % berichteten, E-Zigaretten ausprobiert zu haben, zumeist männliche Raucher von konventionellen Zigaretten.

Alkohol

66,2 % der Schülerinnen und Schüler (SuS) hatten im vergangenen Monat Alkohol konsumiert.

7,6 % taten dies zehn Mal oder öfter, darunter fast doppelt so viele Jungen wie Mädchen.

Über starkes gelegentliches Trinken im letzten Monat wurde von 38,3 % der Befragten berichtet, bei höherem Anteil an Jungen.

27,6 % der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten betrunken gewesen zu sein.

Drogengebrauch

10,6 % der SuS hatten eine illegale Droge probiert, die Hälfte von ihnen (5,8 %) mindestens drei Mal.

Cannabis war die meist verbreitetste Droge (9,1 %), fast die Hälfte dieser SuS hatte es zum ersten Mal ausprobiert (4,1 %), die andere Hälfte gab einen Konsum im letzten Monat an.

2,5 % der SuS berichteten vom Konsum "neuer psychoaktiver Substanzen" (einschließlich synthetischer Cannabinoide)

Die Lebenszeitprävalenz aller anderen illegalen Drogen lag unter 2,0 %.

INTERNET NUTZUNG, SPIELE UND GLÜCKSSPIELE

68,7 % der SuS nutzten das Internet täglich.

Soziale Medien wurden an 5,5 Tagen / Woche genutzt.

Streaming/Downloaden von Musik und Filmen fand an 4,5 Tagen / Woche statt,

Informationssuche / Surfing an 2,9 Tagen / Woche.

Onlinespiele wurden an 1,4 Tagen / Woche gespielt.

Deutlich mehr Jungen (26,9 %) als Mädchen (2,6 %) berichteten von Erfahrungen mit Glücksspiel (online Spiele und Kaufen / Verkaufen) im letzten Jahr, 14,6 % der SuS machten dies mindestens zwei Mal im letzten Monat.

Tendenziell scheint Griechenland einen allgemeinen Rückgang beim Rauchen verzeichnet zu haben, insbesondere unter Jungen; beim Alkoholkonsum unter 16-Jährigen fand in den letzten Jahren ebenfalls ein Rückgang statt, während der Anteil der Konsumenten der beliebtesten illegalen Droge Cannabis seit 1999 konstant geblieben ist. Doch trotz der derzeitigen Rückgänge im Substanzgebrauch unter den 16-Jährigen in Griechenland müssen die Präventionsmaßnahmen fortgesetzt und zudem stärker auf folgende Bereiche konzentriert werden:

- Gebrauch neuer Substanzen, wie z.B. E-Zigaretten
- Neue psychoaktive Substanzen
- Starkes episodisches Trinken
- Glücksspiel

Hinsichtlich Tabak und tabakbezogener Produkte wurde im September 2016 vom Griechischen Parlament, in Übereinstimmung mit der EU-Richtlinie zu Tabakerzeugnissen (2014/40/EU) zur Verbesserung des Binnenmarktes für Tabak und Tabakerzeugnisse ein neues Gesetz verabschiedet. In diesem Zusammenhang fand eine breite öffentliche Debatte zu elektronischen Zigaretten (d.h. der Notwendigkeit zur Erarbeitung von Sicherheits- und Qualitätsanforderungen, Rauchen an öffentlichen Orten usw.) statt.

Außerdem war OKANA in den letzten zwei Jahren in den folgenden interministeriellen Projekten zur Prävention aktiv:

- Ministerium des Innern – KEDKE – (Konvention 2014-2020)
- Ministerium für Verteidigung (Memorandum, 8/2015)
- Ministerium für Bildung, Forschung und religiöse Angelegenheiten (Memorandum, 3/2016)
- Ministerium für Bevölkerungsschutz (Memorandum, 5/2016)

Schließlich hat OKANA eine landesweite Suchtaufklärungskampagne organisiert. Diese Kampagne wurde von Mai bis September 2015 umgesetzt und von der EU und OKANA finanziert. Sie wurde in Zusammenarbeit mit dem landesweiten Netzwerk von Präventionszentren, den OKANA-Einheiten und anderen Akteuren der Suchthilfe entwickelt.

In diesem Rahmen erstellte OKANA Informationsmaterialien für Jugendliche, Eltern, Journalisten, Gemeinden, TV-Spots und Videos. Gleichzeitig fanden in ganz Griechenland Veranstaltungen und 2 Festivals (Athen und Thessaloniki) statt, jeweils mit:

- Informationsständen
- einer Ausstellung von Arbeiten, die von Patienten aus Therapieprogrammen gemacht worden sind
- Konzerten
- audiovisuellen Projektionen und
- szenischen Darbietungen.

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Italien

Peter Koler

Forum Prävention

Bozen / Italien

(Auszüge aus dem PPT-Vortrag)

Südtirol

- Autonome Region
- Bewohner: 520.891
- 3 lokale ethnische Gruppen: 68% Österreicher, 27% Italiener, 5% Rätoromane
- 8,9 % Migranten
- Arbeitslose: allgemein 3,2%, Jugendliche 12,2%

Streetlife.bz

Peter Koler



FORUM
PRÄVENTION | PREVENZIONE



**European
Workshop of
Addiction
Prevention**

05th – 07th 12. 2016, Legden-Asbeck

**Südtirol
Alto Adige**

- Autonome Region
- Einwohner: 520.891
- 3 Ethnische Gruppen:
68% Österreicher,
27% Italiener,
5% Rätoromanen
- 8,9 % Migranten
- Arbeitslos: allgemein 3,2%,
Jugendliche 12,2%



SI?NO
Referendum



FORUM Prävention



FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION /
GESUNDHEITSFÖRDERUNG



FACHSTELLE FÜR GEWALT / EXTREMISMUS



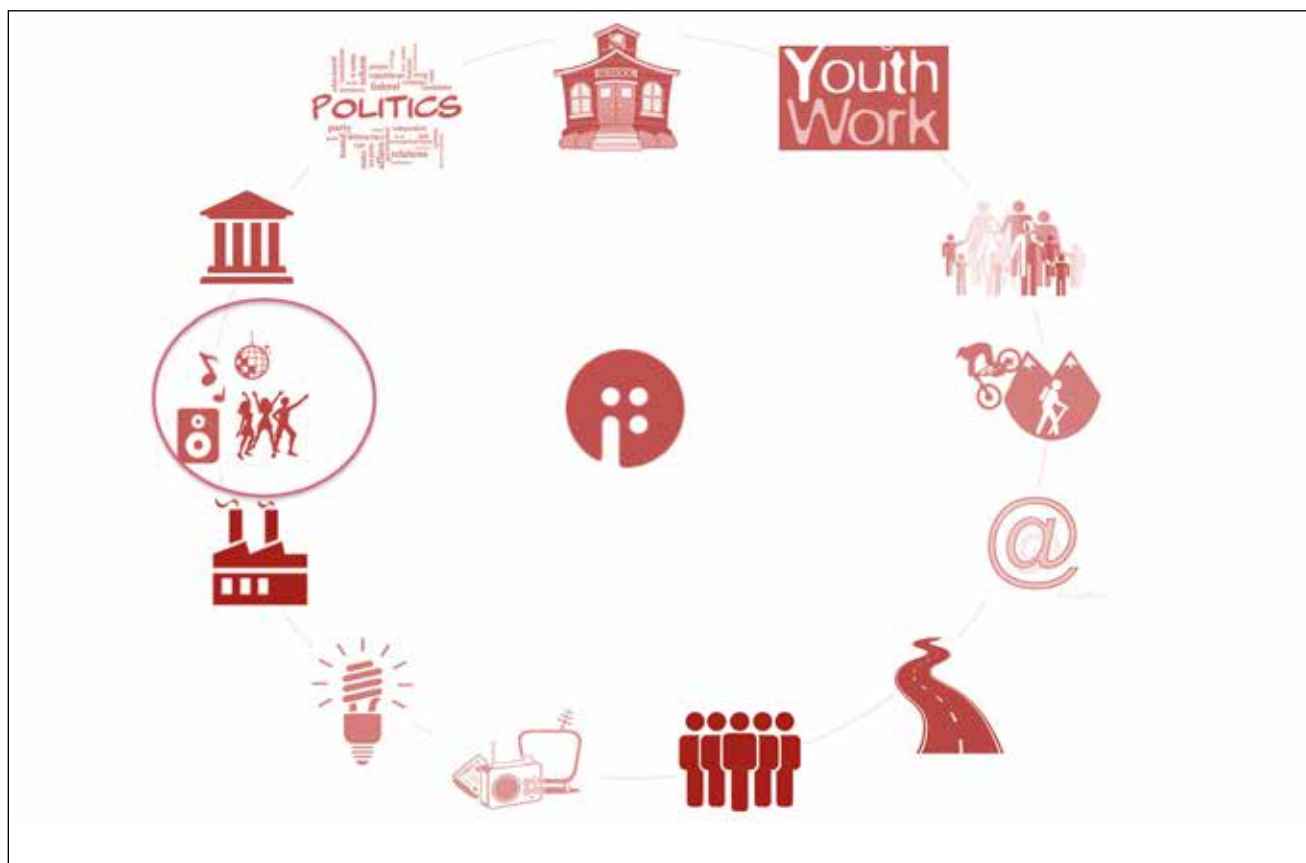
FACHSTELLE FÜR JUGEND



FACHSTELLE FÜR FAMILIE



INFES
FACHSTELLE FÜR ESSSTÖRUNGEN



**LA NOSTRA PIAZZA HA BISOGNO DI
AMICI!**

Our town square needs some new friends!



SAFER NIGHTLIFE

- Information & Beratung
- Eventbegleitung
- Szenearbeit



Feiern mit Niveau
Festa responsabile



Sensibilisierung (psychoaktive Substanzen, Sexualität, Nachtleben, ...)
 Risikokompetenz/Konsumkompetenz
 Niveauevolle Partykultur
 Safer Use -> Safer Party -> Safer Nightlife
 Wissensvermittlung
 Gesundheitsförderung
 Wissenserweiterung

Zielgruppe



Direkte Zielgruppe:

- KonsumentInnen von legalen und illegalisierten Substanzen
- PartybesucherInnen/Cliquen
- VeranstalterInnen

Indirekte Zielgruppe:

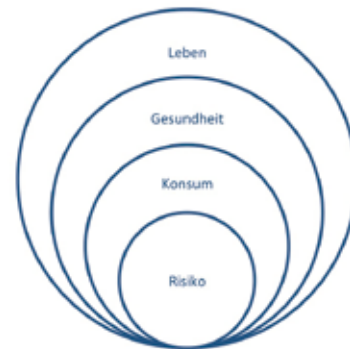
- Sicherheitspersonal/WK-RK
- VeranstalterInnen
- MultiplikatorInnen
- JugendarbeiterInnen

Konsumkompetenz

*„Fähigkeiten, welche dem Einzelnen dabei helfen,
das Konsumverhalten so zu gestalten,
dass die eigene, körperliche, geistige und soziale Gesundheit,
aber auch die Gesundheit des Umfelds erhalten wird.“*

- › Wissen als Grundvoraussetzung
- › Informationsverarbeitung
- › Emotionale Kompetenz
- › In eigene Konsumhaltung integrieren

► Eine Balance finden zwischen
unbewussten Handlungsimpulsen
und reflektierten Entscheidungen



Angebote

- Partypräsenzen: Infostand/ Chill Out/ Szenebeobachtung/ Rahmenprogramm (z.B. Minibibliothek, Fotoaktion, Alkoholaktion, ...)
- Information&Erstberatung incl. Weitervermittlung
- Safer Use Materialien
- Schulungen
- Szenearbeit und Cliquenberatung
- Forschungsarbeit
- Medienarbeit: Facebook, Infomaterialien, ...



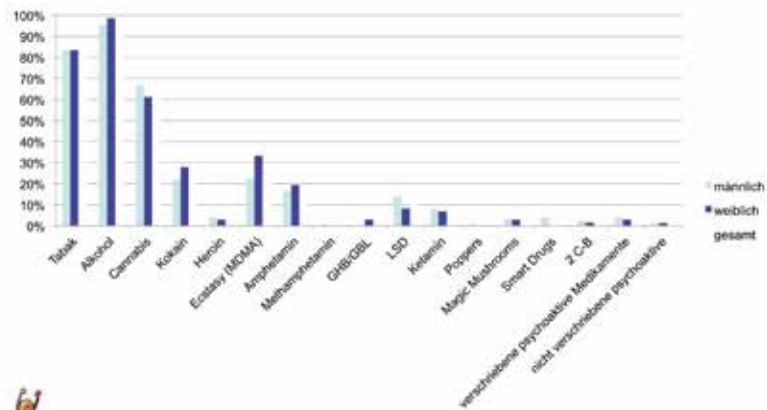
Verbindung mit
safer party



Verbindung zur
Forschung



Beobachtung des Drogenkonsums







PARTYPEOPLE



Präventions Haltung der Mitarbeiter/innen

Nach den Konzepten „Harm Reduction“, „Safer Nightlife“ und „Peer to Peer“

Akzeptierend
Wertfrei und neutral
Szenenah
Lebensweltorientiert



Projekte in Italien

Lab 57 – Bologna
Nautilus – Roma
Tips&Tricks – Venezia
Java – Firenze
Infoshock – Torino



dēkuji tack! faifetai lava 谢谢
 salamat paldies KIIITOS Toda
 Gracías Tak ačiu köszönöm
 a dank dankon mahalo
 koler@forum-p.it **Thank you!**
 www.forum-p.it
 བློ་ཆེན་པོ་ལ་ བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་རྒྱུ་ བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་ བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་
 sukriya བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་ བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་ བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་ བཀའ་ལྷན་རྒྱུ་
 Tודה Grazie شڪرا terima kasih
 dhanyavadau Dank U
 спасибо σας ευχαριστώ ありがとう takk



Suchtprävention in Luxemburg am Beispiel CePT

Jean-Paul Nilles

CePT – Centre de Prévention de Toxicomanies
Luxemburg / Luxemburg

Im Dezember 1994 beauftragte das Luxemburgische Parlament die Regierung mit der Gründung des CePT - Centre de Prévention des Toxicomanies (fortan CePT) als nationale Fachstelle für Suchtprävention in Luxemburg in Form einer Stiftung und als gemeinnützige Einrichtung (établissement d'utilité publique).

Seit 1995 konnte die Arbeit des CePT kontinuierlich aufgebaut und weiterentwickelt werden. Über regionale, nationale, interregionale und internationale Netzwerke lieferte das CePT mannigfach Beiträge und konnte sich als der nationale Ansprechpartner der Suchtprävention in Luxemburg etablieren.

Das CePT hat in Luxemburg die Öffnung des Suchtpräventionsfeldes geebnet, dies bei gleichzeitiger enger Kooperation mit Sucht- und Drogenberatungsstellen sowie der Polizei. Auf diese Weise konnte im Laufe der Jahre eine gelingende Kooperation zwischen Beratung und Prävention geschaffen werden.

Neben dem CePT als nationaler Organisation bietet auch die Police Grand-Ducale Präventionsmaßnahmen unter dem Motto „Mieux vaut prévenir que guérir“ in unterschiedlichen Settings an. Die Organisation Impuls – Aide aux jeunes consommateurs von Solidarité Jeunes asbl bietet vor allem Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention (CHOICE, CHOICE 18+; ECHO oder ProST (Programm für selbstverantwortliches Trinken) an. In Luxemburg bieten wenig andere Organisationen suchtpreventive Maßnahmen an und wenn, dann meist nur punktuell.

Im Laufe der letzten 20 Jahre wurden vom CePT unterschiedlichste Rahmenkonzeptionen für die Umsetzung suchtpreventiver Arbeit ausgearbeitet und eine Reihe an unterschiedlichen Veröffentlichungen publiziert, in denen sowohl die bisherigen Erfahrungen in der örtlichen Praxis als auch die Entwicklungen in der internationalen Suchtprävention der letzten Jahrzehnte Berücksichtigung fanden.

Das CePT orientiert sich insbesondere an folgender Formulierung der „Ottawa Charta“ (WHO 1986): „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ Daraus hat das CePT für seinen Präventionsansatz abgeleitet: „Der Mensch steht im Mittelpunkt, nicht die Droge“. Dieses Menschenbild steht für ein suchtpreventives Handeln, bei dem der Mensch und sein Wohlbefinden erste Priorität haben. Der Mensch wird dabei im Kontext seines sozialen, gesellschaftlichen und materiellen Umfeldes betrachtet. So wird ein Schwerpunkt auf die Förderung von Kompetenzen und Ressourcen gelegt, die die substanzspezifische Basis der Suchtprävention bilden. Die Bedeutung der Ressourcen tritt vor allem dann hervor, wenn sie dazu beitragen, bei vorhandenen Risikofaktoren die Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Soziale und persönliche Lebenskompetenzen sowie externe Ressourcen zu fördern, steht daher im Vordergrund der suchtpreventiven Arbeit. Auf dieser Grundlage können dann konkrete Informationen zu Substanzen und suchtgefährdenden Verhaltensweisen vermittelt werden. Es geht darum an die Erfahrungswelt der Menschen anzuknüpfen, Raum für Austausch und Dialog zu schaffen, bei dem die unterschiedlichen Aspekte ihres Lebens - so auch des Konsums psychoaktiver Substanzen (vulgo Drogenkonsum) - thematisiert werden können (Erlebnissräume, Gefühlszustände, Gruppenintegration, Ritualisierungen, Verlockungen und Gefahren, etc). Über diese Wege können des Weiteren unterschiedlichste Erklärungsmodelle erschlossen werden, die Einblicke in die Komplexität von Drogenkonsum bzw. Ursachen von Sucht liefern.

Während in den 1970er Jahren Aufklärungs- und Abschreckungskampagnen im Vordergrund standen, richtete sich zu Beginn der 1980er Jahre der Blick stärker auf die Ursachen von Suchtgefahren. Im Laufe der 1990er Jahre vollzog sich auch in Luxemburg ein grundlegender Paradigmenwechsel: Die Suchtprävention entwickelte sich schrittweise von einer defizitorientierten hin zu einer gesundheitsfördernden (salutogenetischen) Perspektive. Dies führte zur Etablierung sogenannter Life-Skills-Ansätze, die Ressourcen und Kompetenzen mehr und mehr in den Vordergrund rückten und wesentlichen Einfluss auf die aktuellen Ansätze der Suchtprävention genommen haben. Zudem wurde gerade in den letzten Jahren neben Drogenwissen vermehrt das Thema Risikokompetenz aufgegriffen.

Dies erfordert eine Beschäftigung mit der Drogenkultur unserer Gesellschaft (...) ein konkretes Wissen über Drogen (...) eine Auseinandersetzung mit dem kulturellen und sozialen Status von Rausch und Sucht (Freitag/Hurrelmann 1999) vor allem auch das Anknüpfen an Selbstreflexions- und Selbstbildungsprozesse. Neben Hinweisen auf gesundheitliche Schäden oder Verstöße gegen geltende Gesetze oder der Thematisierung von Jugendschutzbestimmungen, braucht es Zugänge wie Selbsttests zur Einschätzung des eigenen Konsumverhaltens oder Interventionen, die zur Selbstreflexion des eigenen Konsumverhaltens anregen. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Verzicht auf den Konsum psychoaktiver Substanzen ebenfalls eine Option darstellt, in manchen Fällen gar gefordert wird. Hilfreich ist die Vermittlung von Informationen und Hilfsangeboten, wie auch Angebote zur Selbstreflexion mit Elementen zum Umgang mit dem eigenen Körper, zum Wohlbefinden und zum Substanzkonsum sowie eine kritische Reflexion über Gefahren, Risiken und gesundheitliche Schäden (Schadens- und Risikominimierung) bzw. die Schärfung des Risikobewusstseins für substanzbedingte Problematiken anregen und diese fördern.

Um dies realisieren zu können, braucht Suchtprävention einen umfassenden pädagogischen Zugang, der auf die Selbstbestimmung und Selbsttätigkeit der Beteiligten setzt, ein auf die Selbstbildung beruhendes Bildungskonzept. Suchtprävention muss durch das Aktivieren selbstreflexiver Prozesse – der Reflexion des eigenen oder subkulturellen Lebensstils, der Auseinandersetzung mit den subjektiven Entwicklungspotenzialen und Lebensperspektiven – zur individuellen Bildungsbiographie in Beziehung gesetzt werden. Ausgangspunkt einer solchen pädagogischen/präventiven Herangehensweise könnte die Frage nach den vorherrschenden Bedürfnissen nach Rausch und die Suche nach Grenzerfahrungen sein, sprich die Frage nach den Konsummotiven.

Seit seiner Gründung - Mitte der 1990iger Jahre - hat das CePT die Suchtprävention in Luxemburg kontinuierlich ausgebaut, so etwa in unterschiedlichen Settings (Gemeinde, Schule) wie auch in vielen Organisationen der Jugend- und Sozialarbeit, in denen Fachkräfte des CePT bis dato interveniert haben.

Gleichwohl entwickelte das CePT als Fachstelle für Suchtprävention eine eigenständige fachliche Identität. Losgelöst vom individuumsbezogenen Beratungsdruck (klientenzentrierte Beratungsarbeit), jedoch in direktem Kontakt mit Szenen (Stichwort: Partyszene und „Freizeitkonsum“ bis hin zu Risikogruppen), bauen die Mitarbeiter des CePT einen aktuellen Wissensstand in Bezug auf präventionsrelevante Sucht-Themen auf. Dieses Handlungswissen, das sich sowohl aus der oben beschriebenen Kooperation mit den nationalen Beratungsstellen, aus Erkenntnissen aus dem Alltag (z.B. Party MAG-Net) als auch im Austausch mit internationalen Präventionsstellen und aus der Präventionsforschung ergibt, bildet eine wichtige Ressource für die Entwicklung praxisnaher Präventionskonzepte (z.B. Suchtprävention an der Gemeng, SOS-D'Schoul op der Sich, Mondorfer Gruppe, Trampolin, Party MAG-Net, DrUgcheCKing, MAG-Net 2, Pro Skills1&2, Act R.I.C.O., Rebound, etc).

Die Balance zwischen eigenständiger innovativer Präventionsarbeit und enger Kooperation mit der Suchtberatung sowie weiteren Akteuren aus unterschiedlichsten Bereichen/Settings verschafft dem CePT zugleich ein glaubwürdiges Renommee in der Öffentlichkeit und in der Diskussion mit politischen Gremien. Damit stellt das CePT ein wichtiges Bindeglied zwischen der Sucht- und Drogenhilfe und der gesellschaftlichen und politischen Öffentlichkeit dar.

Legalisierte Drogen, wie sie vom CePT thematisiert werden, finden angesichts ihrer hohen Verbreitung in der Suchtprävention besondere Beachtung, dies insbesondere auch deshalb, da viele Menschen vor dem Einstieg in den Konsum illegalisierter Drogen bereits etliche Erfahrungen mit legalisierten Drogen gemacht haben. Hinzu

kommt, dass man die Realität vorherrschenden Substanzkonsums nicht ignorieren darf, d.h. auch die Tatsache nicht, dass viele Menschen trotz Verbots illegalisierter Substanzen diese konsumieren. In besonderer Weise gilt in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Verbote und Jugendschutz gelten und Drogen nicht bagatellisiert werden dürfen. Ebenso ist hervorzuheben, dass nicht jeder Konsum gleich zur Sucht führt und neben „problematischem Konsum“ ein breites Feld sogenannten „Freizeitkonsums“ (*consommation récréative*) vorherrschend ist. In dieser Diskussion wird oft vergessen, dass viele Menschen keine illegalisierten Drogen konsumieren und der Verzicht auf den Konsum jedweder Droge/psychoaktiver Substanz Teil ihres Lebens ist.

Wie Erklärungstheorien zur Suchtentstehung darlegen, sind Sucht und Substanzmissbrauch multikausale Phänomene, die nahe legen, dass jeder Mensch seine individuelle (Sucht)Geschichte hat. Daraus ist abzuleiten, dass auch in der Suchtprävention unterschiedliche Methoden zum Einsatz kommen müssen, um die Menschen anzusprechen und sie dort abzuholen, wo sie stehen. Erst eine gewisse Methodenvielfalt, d.h. unterschiedliche, vielfältige methodische Zugänge (z.B. personenbezogene Informationsvermittlung, Vermittlung von Lebenskompetenzen, Multiplikatorenschulung, Öffentlichkeitsarbeit etc.) erhöhen die Chancen suchtpreventiven Erfolges. In diesem Sinne setzt auch das CePT unterschiedliche Formen der Vermittlung suchtpreventiver Botschaften ein, etwa über Kampagnen, Broschüren, Flyer etc., durch Trainings, praktische und interaktive Übungen oder Diskussionen. Dies wird im Rahmen von Seminaren, Schulstunden, Projekten oder durch Ansätze wie Theater-, Erlebnis- oder Wildnispädagogik und mithilfe anderer „kreativer Methoden“ umgesetzt. Damit diese einzelnen Methoden nicht nebeneinander stehen oder gar Widersprüche erzeugen, ist ein methodenintegrativer Ansatz notwendig, der die vielfältigen Methoden in Bezug auf das jeweilige Ziel aufeinander abstimmt.

Die Eingebundenheit des Menschen in soziale Systeme macht es weiterhin erforderlich, im Sinne eines Multisetting- und Multigruppenansatzes in verschiedenen gemeinschaftlichen Lebenswelten präsent zu sein. Es werden Bereiche wie Familie, Schule, Jugendarbeit, Gemeinden, Betriebe, Freizeitbereiche etc. angesprochen. Innerhalb dieser Systeme sind wiederum unterschiedliche Gruppen beteiligt. So bildet z.B. das System Schule Schüler und Schülerinnen, Lehrpersonal, Eltern, Schulleitung, Schulpersonal etc. ab. Dies führt dazu, dass die Suchtprävention neben der Verhaltensprävention auch an diesen Strukturen im Sinne der Verhältnisprävention ansetzt.

Das CePT war stets darauf bedacht, eine ausgewogene Palette an stoffspezifischen als auch stoffunspezifischen Angeboten – dies sowohl über Flyer, Seminare oder Projekte – anzubieten. D.h. es wurde eine Reihe an Themen angeboten, die Einblick in die Welt der psychoaktiven Substanzen geben sollen sowie getreu dem Motto „Nicht die Drogen stehen im Mittelpunkt“ wurden laufend stoffungebundene Themen aufgegriffen, um Suchtprävention im Alltag der Menschen verständlich zu vermitteln.

Das CePT hat im Laufe seines Bestehens die universelle Präventionsarbeit (bzw. Primärprävention) in den Vordergrund gestellt, ohne dabei die Bereiche der selektiven oder indizierten Prävention auszublenden. So wurde über 10 Jahre im Rahmen des CePT das so genannte „Suchttelefon“ angeboten, ein Beratungsdienst von ehrenamtlichen Mitarbeitern, die Ratsuchenden und Konsumenten 24 Stunden am Tag an sieben Tagen der Woche zur Seite standen. Das Suchttelefon wurde 2007 im CePT durch den Service-Bereich FroNo ersetzt. In den letzten Jahren fand auch das Thema Risikominimierung in immer stärkerem Maße Eingang in die Präventionsarbeit des CePT (wie auch in vielen anderen internationalen Instituten der Präventionsarbeit), dies u.a. auch dadurch, da einerseits das Dogma Abstinenz zusehends gefallen ist und andererseits die gesellschaftliche Realität uns tagtäglich zeigt, dass Konsum (illegalisierter) Substanzen trotz Verbot stattfindet und dass nicht jeder Konsum direkt zu Sucht führt (wenn auch durchaus verbunden mit unterschiedlichsten Risiken und Problemlagen – die man nicht bagatellisieren darf). Den so genannten „Freizeitkonsum“ ins Blickfeld der Präventionsarbeit zu nehmen, ist umso wichtiger, da die Anzahl jener Personen, die Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Substanzen (legale wie illegalisierte Substanzen) haben – bis hin zu Risikogruppen – hoch ist und diese über Präventionsbotschaften bzw. Risikominimierungsbotschaften vor allem in den entsprechenden Settings (Party-Szene, Festivals, öffentlicher Raum, etc.) erreicht werden sollen.

Es geht also darum, auf unterschiedlichste Weise Bürgerinnen und Bürger, Konsumenten und Nicht-Konsu-

menten von psychoaktiven Substanzen (Drogen) für die tieferen Ursachen einer Suchterkrankung zu sensibilisieren und für notwendige Präventionsmaßnahmen zu motivieren.

Aus dem Besagten lassen sich die Aufgabenfelder und Tätigkeiten des CePT beschreiben: Das CePT ...

- bietet eine Plattform (FroNo) mit Informations- und Unterrichtsmaterial (inkl. öffentlich zugänglicher Fachbibliothek) an,
- entwickelt und erprobt Konzepte zur Suchtprävention,
- plant und realisiert suchtpreventive Aktionen und Projekte,
- bildet Multiplikatoren in unterschiedlichen Bereichen fort z.B. Horteinrichtungen, Grund- und Sekundarschulen, Jugendarbeit sowie in vielen anderen Organisationen des psycho-sozio-educativen und medizinischen Bereiches,
- bietet im formal und non-formalen Bildungsbereich Tätigen Beratung und Hilfe bei der Initiierung, Planung und Durchführung von suchtpreventiven Maßnahmen/Projekten an,
- dokumentiert suchtpreventive Maßnahmen aus dem In- und Ausland und macht sie Interessierten zugänglich,
- verfasst Publikationen (Broschüren, Flyer, Factsheets) zu unterschiedlichen, relevanten Themen der Suchtprävention bzw. auch Hilfs- und Beratungsstellenbroschüren,
- entwickelt praxiserprobtes didaktisches Material,
- initiiert öffentlichkeitswirksame Maßnahmen mit suchtvorbeugender Zielsetzung (Gesundheitstage, Präventionswochen, Konferenzen etc.) und beteiligt sich an suchtpreventiven Kampagnen,
- arbeitet mit regionalen Medien zusammen (Presse, Radio, TV), um über Suchtgefährdungen aufzuklären und Möglichkeiten der Suchtvorbeugung vorzustellen.

Suchtprävention stellt eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe dar, die den Tätigkeitsbereich des CePT auf unterschiedlichste Handlungsfelder/Settings erstreckt, in denen das CePT als der professionelle Ansprechpartner für die Suchtprävention in Luxemburg gilt.

Dabei sind für das CePT die haupt- wie ehrenamtlich Tätigen in Schule, Aus- und Weiterbildung, Sozial- und Jugendarbeit, Verantwortliche in Vereinen usw. die erste Zielgruppe suchtpreventiver Maßnahmen. Mit diesen Multiplikatoren wird in Fortbildungen und Schulungen, in Beratungen und in Kooperationen die präventive Funktion ihres professionellen Handelns im Berufsalltag thematisiert sowie Konzepte und Maßnahmen entwickelt. In ihren jeweiligen Berufs- bzw. Tätigkeitsfeldern sind sie aufgrund ihrer unmittelbaren und mittelbaren Bedeutung für die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen, ihre gesellschaftliche Integration und persönliche Individuation die eigentlichen „Agenten“ der Präventionsarbeit. Dies gilt auch für die pädagogischen Interventionen, die im Falle von Auffälligkeiten (z.B. in Zusammenhang mit Drogenkonsum) zu planen und durchzuführen sind. Die Handlungskompetenzen dieser Multiplikatoren (einschließlich Eltern) werden gestärkt, so dass sie über die konkrete Kooperation hinaus in der Lage sind, ein Stück an der Verhinderung von Suchtentstehung mitzuwirken. Dies gilt auch bei der Einbeziehung von jugendlichen Multiplikatoren (Peers) in spezifischen Projekten.

Dies zeigt auch auf, dass präventive Maßnahmen sich letztlich nur wirksam realisieren lassen, wenn verschiedene Institutionen daran beteiligt werden. Suchtprävention ist somit als eine integrative Kooperationsdisziplin unter Einbeziehung betroffener und interessierter Akteure (Personen und Institutionen) und als eine Gemeinschaftsaufgabe in den unterschiedlichen Settings zu verstehen. Auf nationaler Ebene bietet sich das CePT den in der Prävention Tätigen als professioneller Partner an und stellt ihnen inhaltliche und methodische Kompetenz zur Verfügung. Das CePT steht zudem für die Organisation der interdisziplinären und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit vor Ort zur Verfügung.

Kooperation zu fördern und durch inhaltliche Perspektiven zu beeinflussen, macht den besonderen Beitrag des CePT aus. Das CePT kann durch seine Nachordnung gegenüber den originären Aufgaben der Kooperationspartnerinnen und -partner eine Neuordnung bzw. Gesamtordnung der Bemühungen unter präventiven Gesichtspunkten anbieten.

Dies hebt aber auch die Wichtigkeit der eigenen Öffentlichkeitsarbeit hervor, die im CePT zwei übergeordneten Zielsetzungen folgt:

- die allgemeine Information der Öffentlichkeit über Sucht und Suchtprävention,
- die Veröffentlichungen der CePT-Tätigkeiten insbesondere bei spezifischen Kooperationen und Projekten.

Die Aspekte der CePT-Öffentlichkeitsarbeit spiegeln sich in folgenden Grundzügen wider:

- Darstellung des CePT als spezifischen Ansprechpartner für die Suchtprävention in den jeweiligen Settings (z.B. „Suchtprävention an der Gemeng“, „SOS - D'Schoul op der Sich“)
- Planung und Durchführung spezieller Öffentlichkeitskampagnen, die massenmediale Einsätze regional und personal einbinden (z.B. „Keen Alkohol ënner 16 Joer – Mir halen eis drun!“)
- Vertretung der Suchtvorbeugung im politischen Raum und in der Öffentlichkeit z.B. kommunale Suchtprävention („Suchtprävention an der Gemeng“), Fachgremien (COCSIT, Suchtverband Lëtzebuerg, euro net, ICAA Alcohol Education etc) und politische Ausschüsse (PALMA - Plan d'Action Luxembourgeois de réduction du Mésusage de l'Alcool, PNT - Plan national de lutte contre le tabagisme, PND - Plan d'action national en matière de drogues et d'addictions, etc.)
- kontinuierliche Medienarbeit
- Durchführung und Präsentation nationaler, regionaler, interregionaler, internationaler Projekte, Studien und Aktionen (z.B. Lehrgang Multiplikatoren in der Primären Suchtprävention; MoQuaVo; MAG-Net; MAG-Net2; Pro Skills1 & 2; Click for Support; Party MAG-Net; DUCK - DrUgcheCKing; Mondorfer Gruppe)
- Nutzung von besonderen Gelegenheiten als Ansatzpunkte kontinuierlicher Medienpräsenz

Neben den eigenen Internetadressen wie www.cept.lu; www.frono.lu; www.partymagnet.lu; www.mag-net.eu (bzw. entsprechenden Homepages der anderen luxemburgischen Fachstellen der Suchthilfe) ist der gesamte Sektor der Sucht-Sozialarbeit auch darum bemüht, sich gemeinsam unter www.suchtverband.lu darzustellen und in den „Sozialen Netzwerken“ präsent zu sein.

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in den Niederlanden

Hans Keizer

Tactus – Instelling voor Verslavingszorg
Leiter der Bereiche Prävention und Beratung
Deventer / Niederlande

Zu Beginn ein paar Zahlen über Nutzung und Missbrauch von Substanzen in den Niederlanden:

Alkohol und Tabak sind immer noch die am häufigsten konsumierten Substanzen in den Niederlanden

Im Jahre 2014 hatten 77 % der niederländischen Bevölkerung in der Altersgruppe der über 12-Jährigen mindestens einmal im Jahr Alkohol getrunken. Jeder Neunte (11,2 %) war ein starker Trinker, d.h. trinkt mindestens einmal pro Woche und zwar bei Männern sechs oder bei Frauen vier Gläser Alkohol an einem Tag. Der höchste Anteil (18,6 %) starker Trinker lag in der Altersgruppe der 20- bis 30-Jährigen. Trotz des rückläufigen Trends im Alkoholkonsum bei Jugendlichen, ist die Zahl von Krankenhauseinweisungen wegen exzessiven Alkoholkonsums weiter gestiegen.

Ungefähr 25 % der niederländischen Bevölkerung hat zu irgendeinem Zeitpunkt im Jahr 2014 geraucht und 19 % rauchten täglich. Rauchen bleibt weiterhin die Hauptursache für Krankheiten und erhöhte Sterblichkeit in den Niederlanden. Im Jahr 2014 wurden 13,1 % aller aufgetretenen Erkrankungen dem Rauchen zugeschrieben.

Cannabis

Nach Alkohol und Tabak ist Cannabis die am meisten konsumierte Substanz. Einer von zwanzig Niederländern in der Altersgruppe der über 15-Jährigen nahm im letzten Monat Cannabis zu sich. Die Mehrheit (69 %) der aktuellen Cannabis-Konsumenten bevorzugt Marihuana (Gras), 17 % Haschisch und 14 % haben keine Präferenz.

Im Jahr 2014 wurden mehr als 6.000 Cannabis-Farmen geschlossen. Seit März 2015 sind alle Handlungen, die den Cannabis-Anbau in großem Stil oder gewerblich ermöglichen oder vorbereiten, illegal. In der Folge mussten die sogenannten 'Grow Shops' schließen und alle, die den Cannabis-Anbau begünstigten, wurden strafrechtlich verfolgt und kamen vor Gericht.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) ist ein Oberbegriff für alle Substanzen, die eine mit "traditionellen illegalen" Substanzen vergleichbare Wirkung haben, aber (noch) nicht von den Drogengesetzen erfasst werden und oft hergestellt werden, um diese Gesetze zu umgehen.

Die Risiken des Gebrauchs dieser Substanzen sind weitgehend unbekannt und ihre Prävalenz scheint begrenzt zu sein, obschon einige Substanzen, wie 4-FA, in spezifischen Gruppen, wie bei habituellen Partygängern prävalent sind.

Andere Drogen

'Traditionelle' Drogen werden häufiger verwendet als NPS. Geschätzte 5,5 % der niederländischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15 – 34 Jahre) haben im letzten Jahr Ecstasy konsumiert, 2,9 % konsumierten Amphetamine und 3,0 % konsumierten Kokain. Auch wenn die Unterschiede zwischen den Ländern mit Vorsicht interpretiert werden sollten, liegt der Gebrauch dieser Substanzen über dem EU-Durchschnitt von entsprechend 1,4 %, 1,0 % und 1,9 %.

Die Anzahl von Vorfällen bei Großveranstaltungen, mit Ecstasy als der einzigen konsumierten Droge, lag leicht niedriger als 2013 (56 % gegenüber 62 %), doch der Schweregrad dieser Vorfälle war höher. Im Jahr 2009 waren nur 7 % der Vorfälle als moderat oder schwer eingestuft worden, im Jahr 2014 war der Anteil auf 28 % gestiegen.

Die Zahl der durch Ecstasy verursachten Todesfälle scheint zu steigen; die genaue Zahl ist jedoch unbekannt und deutlich niedriger als bei anderen Substanzen. Im Jahr 2014 wurde vermehrt Pillen mit einer höheren Ecstasy-Konzentration gefunden, 59 % der verkauften Pillen enthielten mehr als 105 mg MDMA. 14 % der verkauften Pillen enthielten nicht nur MDMA, sondern auch bzw. nur andere Substanzen. Die gefährliche Substanz PMMA, wurde z. B. in 1,9 % der als Ecstasy verkauften Pillen gefunden.

Drogenkriminalität

Zahlen der Strafverfolgungsbehörden zeigen, dass die Zahl der Drogenstraftäter im Jahr 2014 9 % aller Straftäter ausmachte, etwas mehr als 2013. 16 % aller Häftlinge im Jahr 2014 waren aufgrund von Drogendelikten in Haft.

Im Jahr 2014 wurden 355,6 Millionen Euro zur Bekämpfung der Drogenkriminalität ausgegeben. Der größte Teil dieses Geldes wurde für die zum Vollzug von Haftstrafen aufgewendet.

Das Gesundheitssystem

In den Niederlanden wurde entschieden, ein marktwirtschaftliches System im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung einzuführen. Es begann 2016 mit einem regulierten Wettbewerb für die Gesundheitsversorgung. Eines der Ziele ist, dass Krankenkassen und Dienstleister über die Kosten und auch über die Qualität der Versorgung miteinander verhandeln. Die kosteneffizienten Anbieter haben damit einen Wettbewerbsvorteil. Dies soll zu Innovation in der Gesundheitsversorgung beitragen. Um in den Wettbewerb eintreten zu können, ist es notwendig, dass die Ergebnisse vergleichbar sind. Auf nationaler Ebene werden die Daten gesammelt, analysiert und Berichte erstellt.

Es wurde ein neues Bezahlungssystem entwickelt. Dieses System ist maßnahmen- und qualitätsbasiert und macht die Kosten transparent. Es gibt über 140 DBCs (das niederländische Äquivalent zu diagnostischen Fallgruppen) für Behandlung und 7 für Unterbringung. Jedes Jahr wird von der staatlichen Gesundheitsbehörde ein Maximalbetrag pro DBC festgelegt. Die niederländische Gesundheitsbehörde bestimmt jährlich den Maximalbetrag für alle DBCs.

Die regionalen Präventionsfachteams existieren nicht mehr. Die Fachkräfte sind nun in mehrere lokale Teams unterteilt. Der fachliche Austausch ist nicht mehr sichergestellt und erfordert mehr Aufwand. Das bedeutet außerdem, dass die Leitung über die Präventionsarbeit informiert werden muss, da sie einen anderen fachlichen Hintergrund hat. Präventionsfachkräfte werden bei ihrer Arbeit von einem Präventionsspezialisten unterstützt. Diese Person organisiert den Wissensaustausch innerhalb von Tactus und kooperiert auf nationaler Ebene. Ist das alles schlecht? Der große Vorteil der neuen Situation ist die enge Zusammenarbeit zwischen Prävention und Behandlung. Wenn Prävention nicht ausreicht, kann leicht in die Behandlung überwiesen werden. Therapeuten erleben die Wirkung und den Mehrwert von Präventionsprogrammen. Die Vor- und Nachteile dieser Arbeitsweise wird die Zukunft zeigen.

Die wichtigsten Themen der letzten und nächsten Jahre

- Wir brauchen einen Wandel von einer institutions- zu einer gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung für schwere psychische Erkrankungen. Auch für Tactus bedeutet dies eine Verringerung der Plätze um 30 % bis 2020. Die Reduzierung der Plätze hat bereits vor 3 Jahren begonnen, jedoch sind wir nicht ausreichend darauf vorbereitet, neue Formen der Versorgung angemessen anzubieten.

- Menschen mit Suchtproblemen werden stigmatisiert. Ein Entstigmatisierungsprogramm wurde gestartet, um die Inklusion von Menschen mit psychischen Störungen zu ermöglichen. Andererseits ist festzustellen, dass immer mehr Menschen aus unserer Gesellschaft ausgeschlossen werden.
- Allgemeinmediziner werden in der Suchthilfe immer wichtiger. Sie können im Rahmen eines neuen Finanzierungssystems Fachleute für psychische Erkrankungen in ihre Praxis einbinden. Ziel ist eine Verringerung von Patienten in der speziellen Gesundheitsversorgung für psychische Erkrankungen um 20 %. Diese Entwicklungen sollen die Arbeit der Praktiker in der Versorgung von psychisch Kranken grundlegend verändern.
- Prävention, Erkennung und Selbstmanagement werden gefördert.

Aus wirtschaftlicher Sicht sollte die psychische Gesundheit die besondere Aufmerksamkeit der europäischen Entscheidungsträger haben. Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen, um den europäischen Bürgern ein intelligentes, nachhaltiges und innovatives System für die psychische Gesundheitsversorgung zu bieten.

Wichtige Entwicklungen im Bereich der Prävention in den Niederlanden

Die Verbesserung oder Veränderung von Gewohnheiten ist nicht leicht. Im Allgemeinen brauchen wir viel Energie, um die Veränderungen umzusetzen, die wir erreichen wollen. Wir müssen erkennen, dass manche unserer Interventionen an Zielgruppen gerichtet sind, bei denen es kaum Raum gibt, in Veränderungen zu investieren. Gerade diese Zielgruppen verdienen die Unterstützung der Präventionsfachkräfte, so dass sie von den entwickelten Interventionen tatsächlich profitieren.

In den Niederlanden sind viele Interventionen auf der Ebene des Lebensstils verfügbar. Die Fachkräfte können für ihre Arbeit aus über 1.800 Interventionen in Bezug auf die unterschiedlichsten Lebensstilbereiche auswählen. Hierzu gehören von einer unabhängigen Kommission geprüfte und zugelassene Interventionen. Das Gütesiegel wird von Fachleuten geschätzt; Interviews belegen, dass das Vertrauen in die Qualität ein Grund ist, eine zugelassene Intervention auszuwählen. Fachleute erachten es als wichtig, dass eine Intervention wirksam ist. Aber es gibt auch Bedenken gegenüber zugelassenen Interventionen, z.B. Zweifel, ob die standardisierten Interventionen tatsächlich die Bedürfnisse der Praxis erfüllen. Eine andere Sorge ist, dass zugelassene Interventionen nicht notwendigerweise den lokalen Kontext ausreichend berücksichtigen. Deswegen ist es wichtig, die Grundelemente in der jeweiligen Intervention zu definieren. Wir wollen die Fachkräfte nicht ganz sich selbst überlassen, andererseits brauchen sie aber auch den nötigen fachlichen Spielraum, die Interventionen den jeweiligen Zielgruppen anzupassen.



Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Norwegen

Stig Tore Bogstrand
Department of Drug Abuse Research
Oslo University Hospital
Oslo / Norway

Norwegen:

Bevölkerung - 5.252.166 Personen

19 Verwaltungsbezirke auf erster Ebene

430 Kommunen auf zweiter Ebene

Größte Stadt Oslo (658.390 Einwohner)

Prävention

Substanzmissbrauch ist mehr als Sucht und umfasst z.B. somatische Erkrankungen, akute Verletzungen und Alkoholvergiftungen. Substanzmissbrauch hat nicht nur mit starkem Konsum zu tun. Es gibt keine klare Grenze zwischen schädlichem und nicht-schädlichem Alkoholgebrauch und dem, was man "Missbrauch" nennt.

In Norwegen gibt es eine Drogenpolitik der Schadensminimierung, begründet mit der Notwendigkeit, diejenigen zu schützen, die am anfälligsten sind. Dabei gilt es als wirksamste präventive Maßnahme, die Verfügbarkeit von Alkohol und Drogen zu begrenzen. Auf praktischer Ebene gibt es in Norwegen eine restriktive Alkoholpolitik und ein Verbot vieler Drogen in Kombination mit Bemühungen, Drogenhandel und organisierte Kriminalität zu bekämpfen. Nachfrage-reduzierende Maßnahmen sind gleichzeitig Prävention, Behandlung und Schadensminimierung für die Konsumenten. Insgesamt ist der Alkohol- und Drogenkonsum in Norwegen im Vergleich zu vielen anderen Ländern – moderat. Das Ziel der restriktiven Drogen- und Alkoholpolitik ist es, den Konsum zu begrenzen und die Probleme zu verringern, die von der großen Mehrheit verursacht werden, welche zwar nicht stark konsumiert, aber die meisten der alkohol- und drogenbedingten Schäden verursacht. Diese Politik basiert auf dem Modell des Gesamtkonsums, was impliziert, dass der Konsum auch bei für die am stärksten Konsumierenden sinkt, wenn der Gesamtkonsum sinkt.

Maßnahmen und Interventionen der öffentlichen Gesundheitsförderung werden in vielen unterschiedlichen Bereichen eingeführt, einschließlich der Bereiche Gesundheit, Arbeit und Sozialleistungen. Die Präventionsanstrengungen brauchen engagierte Mitarbeit auf mehreren Ebenen und umfassende sektorübergreifende Kooperation. Es gibt sieben regionale Ressourcen-Zentren für Suchtbehandlung und Prävention, für Suchthilfe-Angebote sind die Kommunen in den Regionen zuständig. Außerdem stützt sich die Alkoholpolitik in Norwegen auf eine Reihe universeller Maßnahmen. Am wichtigsten dabei ist das Lizenzierungssystem für den gesamten Alkoholverkauf, einschließlich Einzelhandel, Restaurants und Bars. Diese Lizenzen werden von den Kommunen vergeben. Alkohol von mehr als 4,5 % Alkoholanteil unterliegt dem staatlichen Monopol, auch im Einzelhandelsverkauf. Außerdem gibt es ein Werbeverbot für Alkohol, es gibt eine Altersgrenze für Alkohol (18 Jahre für Wein und Bier, 20 Jahre bei stärkerem Alkoholgehalt). Alkohol wird zur Nachfragereduktion außerdem stark besteuert.

Zur Verringerung von sozialen und gesundheitlichen Schäden durch Alkoholgebrauch ist es wichtig, in der Gesamtgesellschaft den Alkoholkonsum zu reduzieren. Deswegen werden die Bemühungen, die auf die Allgemeingesellschaft gerichtet sind, als wichtig erachtet und ein Großteil dieser Arbeit wird von den Kommunen geleistet.

Für Drogen wird eine Begrenzung der Verfügbarkeit als die wirksamste Präventionsmaßnahme betrachtet.

Die Strategie für Drogen- und Alkoholprävention in Norwegen ist nicht primär projektorientiert, sondern in andere Bereiche sektorübergreifend integriert. Idealerweise sollte die Präventionsarbeit systematisch stattfinden.

den und an langfristigen Plänen orientiert sein. Das Ziel ist ein integrierter Ansatz, der lokale und landesweite Anstrengungen gleichzeitig und auf mehreren Ebenen fokussiert. Ein Beispiel für diesen Ansatz sind Empfehlungen für Alkohol- und Drogenpräventionsarbeit an Schulen. Der Fokus verschob sich also von verschiedenen, zeitlich begrenzten Projekten hin zu einer systematischen Arbeit im schulpsychologischen Umfeld und einer Integration von Wissensvermittlung über Drogen und Alkohol im Unterricht, wo das Thema über längere Zeiten hin immer wieder angesprochen wird.

Prävalenz des Gebrauchs

Die Prävalenz des Alkoholgebrauchs bei 15 bis 16 Jährigen hat in den letzten 20 Jahren abgenommen. Im Jahr 2015 hatten 57 % dieser Jugendlichen überhaupt jemals Alkohol konsumiert, gegenüber 79 % im Jahre 1995

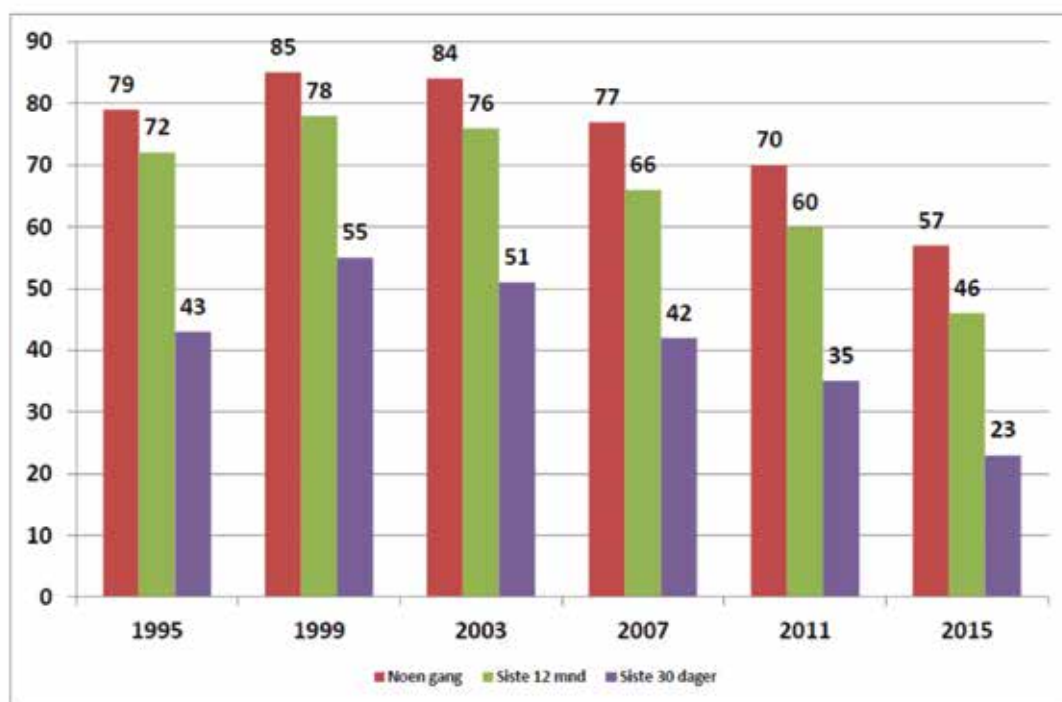


Abbildung 1: Alkoholgebrauch von Jugendlichen (15-16 Jahre): überhaupt jemals, in den letzten 12 Monaten, in den letzten 30 Tagen

Cannabisgebrauch bei den 15 bis 16 Jährigen war mit 12 %, die angaben jemals Cannabis konsumiert zu haben, im Jahr 1999 am höchsten. Seitdem ist der Trend rückläufig. Dennoch ist er von 5 % im Jahr 2011 auf 7 % im Jahr 2015 gestiegen (Abb. 2).

Norwegen hat im Vergleich mit anderen Ländern in Europa die niedrigste Cannabis-Prävalenz unter Jugendlichen. Dennoch zeigen die Zahlen von Polizei und Zoll in Bezug auf Beschlagnahmen von Cannabis und Verhaftungen von Autofahrern wegen Fahrens unter Cannabis-Einfluß einen Anstieg, zumindest innerhalb einiger Gruppen, die stark konsumieren. In einer Untersuchung unter Nachtclubbesuchern bspw. wurden 12 % positiv auf Cannabis, 14 % auf Kokain und 3 % auf Amphetamine getestet.

Präventionsarbeit in der somatischen Gesundheitsversorgung

Die Unfallrisiken steigen mit höherer Blutalkoholkonzentration und auch das Risiko akuter Erkrankungen sowie Komplikationen im Krankheitsverlauf korrelieren mit einem Langzeitkonsum von Alkohol und anderen psychoaktiven Substanzen. In einer Studie von Patienten, die in die Notaufnahme in Oslo kamen, wurden 20 % der männlichen Patienten im Alter zwischen 18 und 35 Jahren positiv auf illegale Drogen getestet, und zwar

entweder allein oder in Kombination mit Alkohol. Bei denjenigen, die auch Alkohol konsumiert hatten, wurden 50 % positiv auf eine oder mehrere psychoaktive Substanzen getestet. Diese Ergebnisse, legen beim Vergleich mit anderen Studien nahe, dass somatische Kliniken ein Ort der Behandlung für Drogen- oder Alkoholproblemen sein können.

Von 2015 an sollten deshalb öffentliche Krankenhäuser in Norwegen Patienten, die wegen somatischer Störungen behandelt werden, während des Klinikaufenthaltes die Behandlung von psychischen Störungen und/oder Sucht anbieten.

Im Jahr 2016 hat die Abteilung Drogenmissbrauchsforschung an der Uniklinik Oslo ein Projekt gestartet, um zu erforschen, wie viele Patienten, die wegen somatischer Störungen eingewiesen wurden, eine Behandlung eines Problems mit ihrem Drogen- und Alkoholgebrauch nutzen, während sie wegen der Behandlung akuter

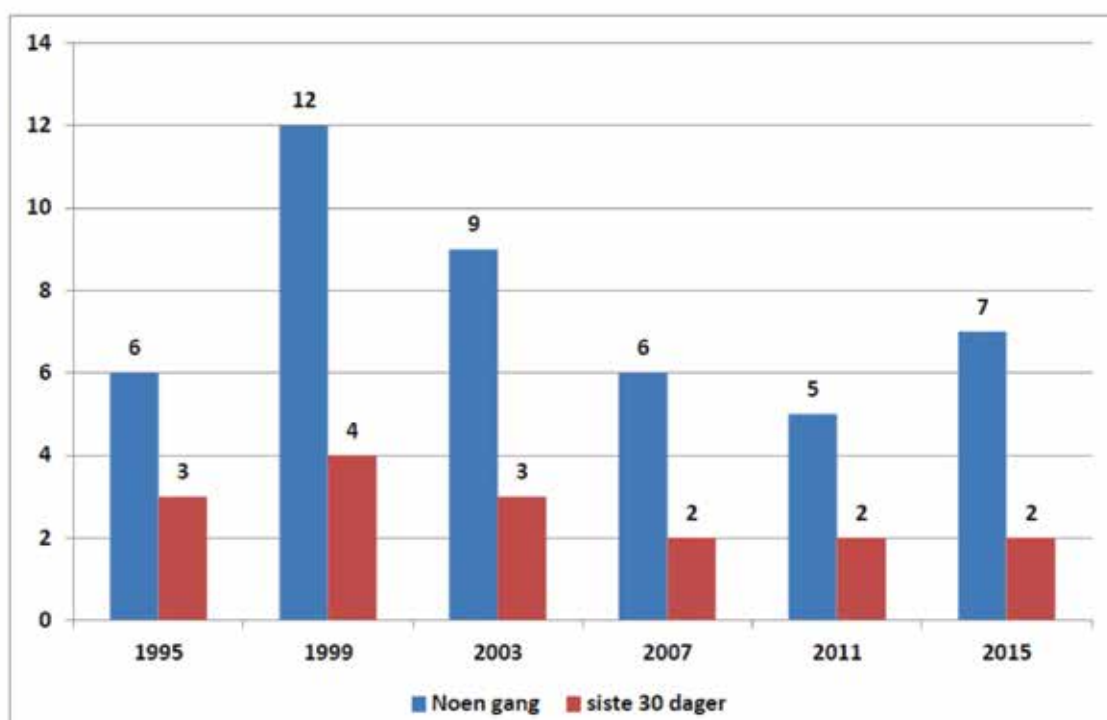


Abbildung 2: Cannabisgebrauch bei Jugendlichen (15-16 Jahre), jemals und in den letzten 30 Tagen

somatischer Störungen in der Klinik sind. Hierzu wurden Biomarker für exzessiven Alkoholkonsum und Drogen- und Alkoholtests gemeinsam mit den Selbstauskünften der Patienten verwendet. Mit dem Projekt wollen wir die Erkennung und das Screening von Patienten mit riskantem Alkohol- und Drogenkonsum und die Behandlung von Patienten mit alkohol- und drogenbezogenen Erkrankungen verbessern. Eine durch exzessiven Alkohol- oder Drogenkonsum verursachte somatische Erkrankung kann besser gemeinsam mit dem problematischen Gebrauch behandelt werden, als von zwei voneinander isolierten Problemen auszugehen.

Literaturangaben

White Paper report 30 (2011-2012) *See me! A comprehensive drug policy alcohol - drugs – doping* (Meld. St. 30 (2011–2012) Publication in Norwegian: *Melding til Stortinget Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*, The Ministry of Health and Care Services

Drugs in Norway 2016: Alcohol, tobacco, addictive drugs, medicinal psychoactive drugs, inhalants, doping and services. Publication in Norwegian: Rusmidler i Norge 2016: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet, Norwegian Institute of Public Health

Gjerde H, Nordfjaern T, Bretteville-Jensen AL, Edland-Gryt M, Furuhaugen H, Karinen R, et al. Comparison of drugs used by nightclub patrons and criminal offenders in Oslo, Norway. Forensic Sci Int. 2016;265:1-5.

Bogstrand ST, Normann PT, Rossow I, Larsen M, Morland J, Ekeberg O. Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. Drug Alcohol Depend. 2011;117(2-3):132-8.

Entwicklung und status quo der österreichischen Suchtprävention

Christoph Lagemann
Instituts Suchtprävention
Pro mente Oberösterreich
Linz / Österreich

In Österreich traf sich ab Mitte der 1980er Jahre eine kleine Gruppe an Suchtprävention Interessierter immer wieder in verschiedenen Bundesländern, um die neuen Ansätze und Ideen sowie die Kritik an der existierenden Drogenaufklärung zu diskutieren. Ein Teil kam aus der ambulanten Drogenarbeit, ein anderer aus der außerschulischen Jugendarbeit. Die Fühler Richtung Schweiz und Richtung Deutschland wurden ausgestreckt und Treffen mit Kollegen aus Schleswig-Holstein (Rolf Harten) und der Schweiz (Urs Abt) organisiert. Plakate, Broschüren und Filme sowie die bereits gemachten Erfahrungen der Schweizer und deutschen Kollegen, die bereits über Suchtpräventionseinrichtungen verfügten, stellten eine wesentliche Unterstützung für die österreichischen Pioniere dar, die Ende der 1980er Jahre die ersten Konzepte für eine österreichische Suchtprävention formulierten. Interessant ist die Tatsache, dass bei den vielen Gesprächen, die ich damals bezüglich der Eröffnung einer eigenen Suchtpräventionseinrichtung mit Politikern und Beamten geführt habe, nie die Frage aufgetaucht ist, ob der neue Ansatz auch die erwartete Wirkung zeige. Das Fokussieren der Ursachen der Sucht, sowohl auf Ebene des Verhaltens als auch der Verhältnisse und das Konzept der Schutzfaktoren waren einleuchtend und überzeugten die Entscheidungsträger.

Aus der Suchthilfe gab es dafür keine Unterstützung; eher Gegenwind. Die neuen Ansätze, die in Österreich schnell auf breites Interesse der Öffentlichkeit und der Medien stießen, wurden von den Kollegen aus der Drogenarbeit kritisch beäugt. Neid und Missgunst von Seiten der Drogenarbeit prägten die Begegnungen zwischen Prävention und Kuration über viele Jahre und sind bis heute nicht ganz verschwunden. Der neue Ansatz, der – den Zahlen entsprechend – die Alkohol- und Tabakproblematik in den Vordergrund rückte, beraubte die Drogenarbeit ihres exklusiven Status und stieß sie vom „Thron der Abhängigkeitserkrankungen“. Drogensucht war plötzlich eine von vielen Süchten und schon gar nicht die häufigste. Unterstützung fanden die neuen Ideen vor allem aus dem Bereich der Jugendarbeit. Die Prävention fokussierte anfänglich vor allem das Jugendalter, forderte mehr Freiraum für und Respekt vor der Jugend und wurde damit zum Verbündeten. Die österreichischen Landesjugendreferenten, sowohl auf Beamten- als auch auf Politikerebene, sowie das Jugendministerium förderten den neuen Ansatz sowohl ideell als auch finanziell. Gerald Koller, ein österreichischer Pädagoge und Suchtpräventionspionier der ersten Stunde, organisierte mit Mitteln der Landesjugendreferate und des Jugendministeriums die „Österreichische Bildungsbörse“, die für die rasche Verbreitung der neuen präventiven Ideen unter Lehrern, Jugendarbeitern und Polizisten sorgte.

1989, Jahre bevor die erste Fachstelle für Suchtprävention ihre Pforten öffnete, schlossen sich die Kollegen, die als Wegbereiter der österreichischen Suchtprävention bezeichnet werden können, zur „Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung“ zusammen. Die lose Gruppe rund um Gerald Koller und mich hatte es sich zur Aufgabe gemacht, die neuen Ansätze einer breiten Gruppe bekannt zu machen und vor allem bei Beamten und Politikern für die Errichtung eigener Suchtpräventionseinrichtungen zu werben. Dies gelang und eine Suchtpräventionseinrichtung nach der anderen wurde eröffnet.

Die „ARGE“ gibt es heute noch. Sie ist ein eingetragener Verein und besteht aus den österreichischen Einrichtungen für Suchtprävention, die ihre Leiter in die ARGE entsenden (in einer erweiterten Form gehören auch die Suchtpräventionseinrichtungen Südtirols und Liechtensteins dazu). Sie ist quasi die Interessensvertretung der österreichischen Fachstellen und Ansprechpartner für nationale und internationale Projekte. Die enge Zusammenarbeit der Präventionseinrichtungen Österreichs im Rahmen der ARGE bewirkt neben der fachlichen Akkordierung aber auch viele Synergien und spart die ohnehin spärlichen Mittel durch die in der Regel kosten-

freie Weitergabe der in den Bundesländern entwickelten Programme und Produkte an die Kollegen anderer Bundesländer. Auch der Kontakt im deutschsprachigen Raum besteht heute noch und jährlich treffen sich erfahrene Kollegen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich zu einem zweitägigen Austausch im „FORUM Suchtprävention“, abwechselnd in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz.

Österreich hat neun Bundesländer und laut Vereinbarung zwischen Bund und Ländern sind die Bundesländer für die Finanzierung der Suchtprävention zuständig. Präventionsgesetze gibt es in Österreich nicht. Das bedeutet, dass kein Rechtsanspruch besteht und die Finanzierung der Suchtprävention im Ermessen der zuständigen Landespolitik liegt. Ab 1993 wurden in Österreich in einem Bundesland nach dem anderen eigenständige, nicht an die Suchthilfeeinrichtungen angegliederte und meist bei einem privaten Träger angesiedelte Präventionseinrichtungen eröffnet. Die finanzielle und personelle Ausstattung dieser Einrichtungen divergiert stark. Zum Teil wegen der sehr unterschiedlichen Größe der Bundesländer (das größte österreichische Bundesland hat 1,7 Mio. Einwohner, das kleinste 280.000 Einwohner), zum Teil wegen der unterschiedlichen Wertigkeit, die der Suchtprävention von den lokalen Entscheidungsträgern beigemessen wird.

Jedes Bundesland hat heute eine Suchtpräventionseinrichtung, die mit den zum Großteil bescheidenen Mitteln mehr oder weniger erfolgreich versucht, die gestellten Aufgaben zu erledigen und den Anschluss an die Entwicklung in der Suchtprävention nicht zu verlieren. In ganz Österreich gibt es rund hundert hauptamtliche Mitarbeiter, alle Stellen gemeinsam verfügen über ein Jahresbudget von etwa sieben Millionen Euro. Würde lediglich ein Prozent der Tabaksteuer in Österreich (1,66 Mrd./Jahr) für die Suchtprävention aufgewendet, würde sich das Budget der Fachstellen mehr als verdoppeln. Doch die Forderung nach Zweckbindung von Steuereinnahmen aus Tabak- und Alkoholverkauf sind für die Politik in Österreich – wie auch in vielen anderen Ländern – ein „rotes Tuch“. Auch die im internationalen Vergleich sehr hohen Prävalenzen Österreichs beim jugendlichen Tabak- und Alkoholkonsum sind für die Politik offensichtlich kein Grund, ihre Position zu überdenken und die Suchtprävention mit mehr Mitteln auszustatten. Pro Einwohner und Jahr wird für die institutionalisierte Suchtprävention im Schnitt 0,85 Euro ausgegeben. Dass sich damit keine großen Sprünge bewerkstelligen lassen, liegt auf der Hand. Auch bei den Gesamtausgaben für Prävention im Allgemeinen liegt Österreich mit 1,9 % der Gesundheitsausgaben deutlich unter dem OECD-Schnitt von 3% (Statistik Austria, 2013). Bei der Parteienförderung jedoch ist Österreich Vizeweltmeister (hinter Japan). Pro Wahlberechtigtem werden hierzulande pro Jahr 32 Euro aufgewendet (Aichinger, 2012). Auch vor dem finanziellen Hintergrund muss das Thema Evidenzbasierung in der österreichischen Suchtprävention diskutiert werden.

Als ich mit meinen Kollegen (damals sechs Personen) vor mittlerweile zwanzig Jahren die Institution Suchtprävention eröffnete und wir die ersten Maßnahmen in Oberösterreich (ein Bundesland mit 1,4 Mio. Einwohnern) starteten, bescherten uns der anglo-amerikanische Raum aber auch unsere deutschsprachigen Nachbarn die wesentlichen Grundlagen, die dem suchtpreventiven Handeln zu Grunde liegenden Theorien und Wirkmodelle etc. „frei Haus“. Eine wesentliche Unterstützung bei der Etablierung der Suchtprävention in Österreich beispielsweise stellte die „Expertise Primärprävention des Substanzmissbrauchs“ (Böhmer et al., 1993) dar. Nicht nur die Grundlagen, auch viele suchtpreventive Programme und Projekte wurden aus Ländern mit bereits längerer Erfahrung übernommen und für Österreich adaptiert.

Unsere neue, kleine oberösterreichische Suchtpräventionseinrichtung war in den Anfängen damit beschäftigt, die zunehmenden Anfragen aus Schulen, aus der Elternbildung und den Gemeinden abzudecken, den Menschen einen über Drogen hinausgehenden Blick auf die Sucht zu eröffnen, über die mannigfaltigen Ursachen für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und über den Auf- und Ausbau wesentlicher Schutzfaktoren gegen die Sucht zu informieren. Ganz nach dem Motto: „Sucht beginnt im Alltag, Prävention auch“ (Titel einer Kampagne der Präventionsstelle der Stadt Zürich, 2002). Dabei verließen wir uns neben den theoretischen Grundlagen auf die Erfahrung und auf die Fähigkeiten, die wir als Pädagogen, Sozialarbeiter und geübte Trainer aus unseren bisherigen Arbeitsfeldern mitbrachten.

In der Bevölkerung herrschten die tradierten Ängste, Mythen und Fehlmeinungen vor, die es, um der Suchtprävention überhaupt eine Chance zu geben, zu beseitigen galt. Es dauerte Jahre, bis Medien und die Öffentlichkeit zumindest den richtigen Begriff verwendeten. Als „die Herrschaften von der Suchtgiftprävention“ wurden wir von Politikern und Beamten bis hin zu den eigenen Chefs bezeichnet. Unser erstes Produkt war deshalb eine Broschüre mit dem Titel „Sucht und Drogen nüchtern betrachtet“ (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 1995), die den bestehenden Ängsten (der Drogendealer wartet am Schulhof auf die Kinder) und Fehlmeinungen (das Drogenproblem ist größer als das Alkoholproblem) Sachlichkeit entgegenhalten wollte. Zudem sorgte ein umfassender Suchtbegriff für ein erweitertes Problemverständnis. Die Broschüre wurde für ganz Österreich gedruckt, was den Stückpreis äußerst gering hielt. Dass wir weder das nötige Geld noch genügend Personal hatten, die Broschüre an die Zielgruppe zu bringen, bemerkten wir erst später. Bei der Erstellung haben wir uns neben den eigenen Erfahrungen natürlich auch der Erfahrung von Werbefachleuten bedient. Dass es für so eine Aufgabe aber auch logistisches Know How braucht und die notwendigen Mittel, um die Broschüren an die Zielgruppen zu bringen, haben wir damals nicht bedacht.

Auf eine gezielte Recherche, wie Fehlmeinungen in der Bevölkerung zu beseitigen wären, wurde verzichtet. Zum einen war evidenzbasiertes Handeln nur beschränkt Teil unserer bisherigen Arbeitskultur, zum anderen machte uns der Aktionismus deutlich mehr Spaß, als langwierige Recherche und genaue Planung. Bei Betrachtung so mancher Projekte in den Anfängen der Österreichischen Suchtprävention denke ich heute an „Der Wüde mit seiner Maschin“ (Der Wilde mit seinem Motorrad), das in Österreich bekannte Lied von Gerhard Bronner, 1956. Darin heißt es: „I hob zwoar ka Ahnung wo i hinfoahr, aber dafür bin i gschwinder dort“ (Ich habe keine Ahnung wo ich hin fahre, aber dafür bin ich schneller dort).

Nachdem in den Anfängen der institutionalisierten Suchtprävention niemand wusste, was die Aufgaben so einer Stelle in der Zukunft sein werden, wusste natürlich auch niemand, welche Fähigkeiten neue Mitarbeiter haben sollten. Zum damaligen Zeitpunkt bestand Suchtprävention vorwiegend aus Vorträgen und Seminaren. Dementsprechend wurde bei der Personalauswahl darauf Wert gelegt, dass jemand neben einer psychosozialen Grundausbildung eine gewisse Redegewandtheit, Trainingserfahrung sowie pädagogische und didaktische Kenntnisse an den Tag legte. Dass eine Suchtpräventionseinrichtung in der Zukunft Menschen mit massenkommunikativen Fähigkeiten, technischem Wissen (IT) und profunden wissenschaftlichen Kenntnissen brauchen wird, war für uns damals nicht abzusehen.

Der Schweizer Psychiater und Suchtexperte Ambros Uchtenhagen hat anlässlich einer Tagung in Oberösterreich einmal gemeint, er „kenne keine Disziplin, die sich in derartiger Geschwindigkeit entwickelt hat, wie die Suchtprävention“. Auch wenn das vielleicht etwas übertrieben formuliert ist, darf man nicht vergessen, dass die Suchtprävention in Österreich gerade erst zwanzig Jahre alt ist und die Suchtprävention vor zwanzig Jahren mit der heutigen nicht mehr viel gemeinsam hat. Suchtprävention vor zwanzig Jahren bedeutete immens viele Fragen und sehr wenige Antworten. Vielfach wurde neues Terrain beschritten, wobei neben den theoretischen Grundlagen auch innovative und kreative Fähigkeiten von Nöten waren.

Da wir eine der ersten Suchtpräventionsstellen in Österreich waren, bestanden national wenige Möglichkeiten zum fachlichen Austausch. Die Vernetzung mit anderen europäischen Fachleuten haben wir in Linz deshalb von Anfang an großgeschrieben. In der kommunalen Suchtprävention haben wir unsere Erfahrungen und Fragen mit den Kollegen in Luxemburg, die sich damals auch in den Gemeinden engagierten, diskutiert und sind heute Mitglied des europäischen Netzwerkes rund um CTC (Communities That Care). Mit euro net waren wir ab Mitte der 1990er Jahre Teil eines europäischen Netzwerkes zum Peers-Ansatz und beschäftigten uns im Rahmen von ENCARE mit dem Thema "Kinder aus alkoholbelasteten Familien" usw.

In den letzten zwanzig Jahren sind zahlreiche fachlich interessante europäische Projekte und dadurch Verbindungen in ganz Europa entstanden, die wir gerne und häufig für unser Vorankommen nutzen.

Um die Jahrtausendwende kam es in vielen österreichischen Präventionseinrichtungen zur Aufstockung der personellen Ressourcen. In Oberösterreich haben wir die Einrichtung mit sechs Mitarbeitern eröffnet, wurden dank engagierter Politik Ende der 1990er Jahre um sieben Personaleinheiten aufgestockt und erlangten 2002 mit rund dreißig Mitarbeitern unseren heutigen Stand. Das Image der Suchtprävention war ein sehr positives, so dass aus einem breiten Feld von geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern mit universitärer Ausbildung ausgewählt werden konnte. Der hohe Anteil von Akademikern hat auch die Kultur in der Suchtprävention verändert. Systematische Recherchen bei der Entwicklung von Maßnahmen wurden immer mehr zur Selbstverständlichkeit. Im Unterschied zu früher bot der nunmehrige Personalstand die Möglichkeit, neben der systematischen wissenschaftlichen Recherche und Aufbereitung der Grundlagen, das operative Geschäft in den verschiedenen Settings aufrecht zu erhalten und damit die Kundschaft nicht zu vergrämen. Die zunehmende wissenschaftliche Fundierung unserer Arbeit hatte auch einen beträchtlichen Imagegewinn für uns selber zur Folge. Institutionsintern führte die zunehmende wissenschaftliche Ausrichtung zu mehr Sicherheit der Kollegen. Sauberes, professionelles und qualitätsgesichertes Vorgehen ist heute in unserer Einrichtung die Regel. Wenn ein Kollege eine Projektidee hat, so ist ein Maßnahmendatenblatt auszufüllen, in dem die Ausgangslage, theoretische Grundlagen, Ziele, Wirkmodell, Evaluation etc. beschrieben werden müssen. Ein für die Entwicklung suchtpreventiver Aktivitäten und Programme probates und in die Praxis von Suchtpräventionseinrichtungen gut integrierbares Instrument ist das 6 Phasen Modell nach Uhl (Uhl 1998, S. 171 ff.):

- Phase 1: Grundlagenforschung

Die wissenschaftliche Grundlagenforschung stellt die Basis für die Entwicklung von Präventionsprogrammen dar. Sie beinhaltet u.a. die Erfassung von epidemiologischen Daten zur Identifikation von Problembereichen und Konsumtrends (siehe Epidemiologie), ferner das Formulieren von Theorien, die Entwicklung von Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit erklären, sowie die Entwicklung von validen und reliablen Instrumenten für die Messung von Missbrauchsverhalten und anderen relevanten Variablen.

- Phase 2: Präventionsforschung

Auf der Grundlagenforschung aufbauend, formuliert und untersucht die Präventionsforschung kausale Modelle zur Beeinflussung von Konsumaufnahme, -veränderung, -reduktion, und -beendigung in spezifischen Zielgruppen (Interventionsmodell).

- Phase 3 und 4: Konzeptualisierung und Entwicklung

In diesen Phasen geht es um die Konzeptualisierung und Entwicklung von konkreten Maßnahmen.

- Phase 5: Überprüfung

Hier soll insbesondere die Machbarkeit und Effektivität von Maßnahmen überprüft werden. Für die Forschung stellt sich u.a. die Aufgabe, die zielführenden Elemente einer Intervention zu bestimmen.

- Phase 6: Routinisierung

Die Routinephase stellt den Abschluss der wissenschaftlich basierten Einführung präventiver Maßnahmen dar. Sie ist erreicht, wenn die Programme routinemäßig von einem großen Anwenderkreis eingesetzt werden (Bühler & Kröger 2006, S. 107 ff.).

Bei der Forderung nach Evidenzbasierung in der Suchtprävention dürfen Fragen der Ethik nicht übersehen werden. Diese stellen sich in der Praxis häufiger als angenommen und sollten umfassend diskutiert werden. Bei all dem Eifer wird auch zeitweise über "das Ziel hinaus geschossen" (siehe Tabakprävention) und hinter der emanzipatorischen Absichtserklärung steht des Öfteren unreflektiert eine paternalistische Grundhaltung, in der der Zweck die Mittel heiligt.

Nachdem es in Österreich keine spezifische Ausbildung für Mitarbeiter der Suchtprävention gab, hat mein Kollege Rainer Schmidbauer mit der Etablierung eines Hochschul- und Masterstudienlehrgangs „Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“ (gesamt 120 ECTS) gemeinsam mit der Universität Linz, der Pädagogischen Hochschule Linz und der Fachhochschule Linz die Möglichkeit für eine akademische Ausbildung geschaffen. Für die Lehre konnten international renommierte Experten gewonnen werden; von Harvard bis Finnland. Viele Kolleginnen und Kollegen aus unserem Haus haben diese Ausbildung absolviert und damit zu einer weiteren Professionalisierung im Institut Suchtprävention beigetragen. Evidenzbasiertes Vorgehen, die besten Schlüsse aus den vorhandenen Daten zu ziehen (inkl. subjektiver Erfahrung) wird auch dadurch immer mehr selbstverständlicher Teil unserer Arbeitskultur. Blinde Wissenschaftsgläubigkeit und naiver Empirismus jedoch sind in unserem Haus verpönt.

„Die messbare Seite der Welt ist nicht die Welt; sie ist die messbare Seite der Welt“ meint der deutsche Philosoph Martin Seel (2012). Ob und inwiefern wir uns in der Suchtprävention auf der messbaren Seite der Welt befinden, ist eine wesentliche Frage. Es ist unwahrscheinlich, dass die vielfältigen Faktoren, die dafür verantwortlich sind, dass eine Maßnahme funktioniert oder nicht, mit den Mitteln der Human- und Sozialwissenschaften verlässlich dargestellt werden können.

Deshalb benötigt evidenzbasiertes Vorgehen auch Hirn, das dabei hilft, die methodologischen Grenzen zu erkennen.

Drogenkonsum und Entkriminalisierung in Portugal

Fernando Mendes

Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA)

Coimbra / Portugal

Abschreckung als ein praktisches Anwendungsmodell

In den 1980er und 1990er Jahren war die Zahl der Konsumenten illegaler Drogen in Portugal im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ gering, aber bei denen, die Drogen konsumierten, fiel eine ungewöhnlich hohe Zahl in die Kategorie, die Fachleute als "problematische Drogenkonsumenten" bezeichneten, d.h. "Gefängnis". Die Zahl der Drogensüchtigen, die sich mit HIV infizierten war ebenfalls beträchtlich höher als in den meisten anderen Ländern.

Diese Nationale Strategie zur Drogenbekämpfung definiert die allgemeinen Ziele im Drogenbereich.

Die Strategie beruht auf acht Prinzipien:

- I. Internationale Zusammenarbeit
- II. Prävention
- III. das humanistische Prinzip
- IV. Pragmatismus
- V. Sicherheit
- VI. Koordination und Rationalisierung von Ressourcen
- VII. Subsidiarität und
- VIII. Partizipation

Fünf allgemeine Thesen wurden in der Strategie entwickelt:

Die erste These gründet auf der Anerkennung der weltweiten Dimension des Drogenproblems, was entsprechend Antworten auf internationaler und kontinentaler Ebene und eine verstärkte internationale Zusammenarbeit sowie die Koordinierung der nationalen Strategie mit supranationalen Strategien und Politikansätzen erfordert.

Die zweite Annahme ist eine humanistische Grundüberzeugung, die die Komplexität der menschlichen Dramen berücksichtigt, die so oft zu Drogenkonsum und -abhängigkeit führen. Drogensüchtige werden grundsätzlich als kranke Menschen gesehen, denen dann ein Zugang zu Behandlung garantiert werden muss, wenn sie Behandlung suchen, einschließlich derer, die sich aus irgendeinem Grund in Haft befinden. Dies umfasst die Förderung von Bedingungen für eine wirksame soziale Wiedereingliederung ebenso wie die Schaffung eines angemessenen, gerechten und ausgeglichenen Rechtsrahmens, der die humanistischen Prinzipien achtet, auf denen unser Rechtssystem fußt.

Die dritte These ist die Überzeugung, dass der Humanismus einhergehen muss mit einer pragmatischen Haltung, die eine undogmatische Offenheit gegenüber Innovation und wissenschaftlich belegten Ergebnissen neuerer Forschungen ermöglicht. Dies ermöglicht Lösungen, die mindestens den Schaden begrenzt, den Drogensüchtige sich selbst, der öffentlichen Gesundheit und der Sicherheit der Gemeinschaft zufügen.

Die vierte These ist die Überzeugung, dass im Bereich der Suchterkrankungen, wie in so vielen anderen, Prävention besser ist als Heilung. Und obwohl es keine bessere Prävention gibt, als echte Entwicklung zu fördern, ist es dennoch wichtig, spezifische und angemessene Suchtpräventionsansätze zu fordern, die in der Lage sind, die unterschiedlichen Organisationen der Zivilgesellschaft und vor allem die jungen Menschen selbst zu mobilisieren.

Die fünfte Annahme ist, dass die Intensivierung des Kampfes gegen illegalen Drogenhandel und Geldwäsche einen Imperativ für unsere Gesellschaft zur Verbesserung der Sicherheit, der öffentlichen Gesundheit und der Stabilität unserer Institutionen darstellt.

Der Gesetzesrahmen in Bezug auf Drogen veränderte sich in Portugal im November 2000 mit der Verabschiedung des Gesetzes 30/2000, das seit Juli 2001 in Kraft ist, welches den Gebrauch illegaler Drogen und damit im Zusammenhang stehende Handlungen entkriminalisierte, aber weiterhin Drogenkonsum als illegales Verhalten beibehielt, wobei alle Drogen einbezogen wurden, die in der entsprechenden UN-Konventionen enthalten sind.

Laut diesem Gesetz sind der Konsum und Besitz von Rauschmitteln und illegalen Drogen weiterhin verboten. Dennoch stellen der Gebrauch und der Besitz bestimmter, als notwendig erachteter Mengen kein Verbrechen dar.

Eine Person, die beim Konsum oder im Besitz von einer persönlichen Konsummenge (laut Gesetz darf diese nicht die Menge überschreiten, die eine Durchschnittsperson im Zeitraum von 10 Tagen verbraucht, das sind 1 g Heroin, 2 g Kokain, 25 g Marihuanablätter oder 5 g Haschisch) angetroffen wird, bei der kein Verdacht auf Beteiligung am Drogenhandel besteht, wird von einer örtlichen Kommission zur Abschreckung vor der Drogensucht (CDT) begutachtet. Diese Kommission besteht aus einem Juristen, einem Mediziner und einem Sozialarbeiter mit entsprechender Ausbildung im Suchtbereich.

Diese Menge des persönlichen Konsums kann in Portugal legal erworben und besessen werden, sie darf in den Straßen Lissabons in der Hosentasche herumgetragen werden ohne, dass der einzelne Angst vor Verfolgung haben müsste.

MDMA - die aktive Substanz in Ecstasy - und Amphetamine - einschließlich Speed und Meth - können ebenfalls in Mengen bis zu einem Gramm besessen werden.

Von der Kommission können Sanktionen verhängt werden, das Hauptziel ist jedoch, den Bedarf an Behandlung zu ermitteln und eine Rehabilitation zu fördern.

Konsumenten kommen nicht vor Gericht, ihnen drohen keine Haftstrafen und sie bekommen keine Eintragungen ins polizeiliche Führungszeugnis. Sie können aber administrative Sanktionen von der Kommission CDT auferlegt bekommen.

Eine CDT Kommission gibt es in allen Distrikten Portugals, einschließlich der Azoren und Madeira.

Die Sanktionen gehen, wenn sie angewandt werden, stets von der Notwendigkeit aus, dass der „Täter“ sich des Problems bewusst ist, dass der Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem erkannt wird, und dass Abschreckung vom Konsum anzustreben ist. Sanktionen können aus der unentgeltlichen Ableistung von Diensten in der Gemeinde oder periodisches Vorstelligwerden bei festzulegenden Stellen bestehen, auch die Zahlung eines Bußgeldes kann angeordnet werden.

Zeigt der „Täter“ ernstere Suchtprobleme, wird er in eine Therapieeinrichtung vermittelt.

Das portugiesische Entkriminalisierungsgesetz basiert auf der Annahme, dass der Drogenkonsument als Bürger die Unterstützung der Gesundheits- und Sozialversorgungseinrichtungen braucht.

Die Idee der Entkriminalisierung besteht darin, als eine integrative Intervention die gesamte Gemeinschaft zu mobilisieren, entsprechende Situationen frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen vorzuschlagen.

Die CDTs sind unter dem Dach des Gesundheitsministeriums angesiedelt und werden fachlich und administrativ von SICAD, unserer staatlichen Koordinationsstelle für Drogen und Drogenmissbrauch, unterstützt. Sie stellen sicher, dass dieses Gesetz und die darin vorgesehenen Maßnahmen und Sanktionen angewendet werden.

Mit diesem Gesetz und den vorgeschlagenen Maßnahmen wird die Zahl neuer Konsumenten in der Allgemeinbevölkerung und bei jungen Erwachsenen gesenkt, die Behandlungszahlen in der Gruppe der Konsumenten steigen - insbesondere bei den Cannabiskonsumenten - die Zahl mit intravenösem Drogenkonsum im Zusammenhang stehenden Infektionskrankheiten und Todesfälle sinkt.

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in der Schweiz ¹

Walter Kern

Pädagogische Hochschule Zürich
Schweiz

Die Suchtprävention und ähnliche Einrichtungen haben in der Schweiz in den vergangenen 20 Jahren eine rasche Entwicklung erlebt. Die Professionalisierung der Mitarbeitenden zeigt sich einerseits in einem dokumentierten Projekt- und Erfahrungswissen, andererseits in Konzepten und Methoden, die sich zunehmend auf wissenschaftliche Grundlagen stützen.

Die quantitative Entwicklung schlägt sich in der Vielzahl von Akteurinnen, identifizierten Zielgruppen und Settings nieder.

Wie kaum in einem gesellschaftlichen Bereich des öffentlichen Lebens treten divergierende Interessen und Konflikte so deutlich zu Tage, wie wenn es sich um potentiell gesundheitsschädigende, für den Konsum attraktive Substanzen und Verhaltensweisen handelt. Der Markt für Genuss- und Suchtmittel ist – ohne Regulation – meist ein Wachstumsgeschäft. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die Aufgaben des Staates, die Realität der Bürger und Bürgerinnen sowie die Interessen des Gewerbes und der Industrie und ihren Vertretungen in Parlament und Regierung auf vielfältige Weise miteinander verstrickt sind. Es ist wahrscheinlich nicht zufällig, dass eine wirksame strukturelle Prävention sich nur in seltenen Fällen durchsetzen kann.

Das „Sucht Panorama, 2017, Sucht Schweiz“ gibt einen Überblick über den Konsum und die Verbreitung von Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen sowie über potentiell abhängig machenden Verhaltensweisen, wie „Gamen“, durch Internetzugang ermöglichte Gewinnspiele und Pornokonsum. Bei der Diskussion über die Gefahren und Versuche zur Beschränkung dieser Bereiche zeigt sich unmittelbar die Brisanz der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Zusammenhänge.

Die Schweiz unterscheidet sich allerdings im Konsumverhalten und in der Art der Genuss- bzw. Suchtmittel nicht wesentlich von anderen Europäischen Ländern. Besonderheiten zeigen sich eher durch die politische Kleinräumigkeit des Landes. So werden teilweise Vorschriften „von Kanton zu Kanton“ anders ausgelegt. Gewichtiger sind Konsequenzen, die sich durch politische Mehrheiten in Kantonen und auf Bundesebene ergeben. So unterstützt eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung ein weitgehendes Verbot der Tabakwerbung und eine Regulation des Tabakverkaufes. Das eidgenössische Parlament, weigert sich standhaft, „Zigaretten“ und weitere Raucherwaren im Rahmen des Gesetzes wirksam zu regulieren.

Bezüglich der gesundheitlichen Schädlichkeit von E-Zigaretten sind sich die Fachleute noch uneinig. Elektrische Zigaretten gelten verbreitet als Alternative zu klassischen Tabakzigaretten. Zu den gesundheitlichen Folgen gibt es erst wenige Studien. Einige deuten darauf hin, dass E-Zigaretten weniger schädlich sind als Tabakzigaretten. Neue Studien gehen davon aus, dass E-Zigaretten, abgesehen vom Nikotin, weniger gesundheitsschädigende Stoffe enthalten.

Die Konsumzahlen im Umfeld des Alkohols haben sich in den letzten Jahren kaum verändert. Eine Entwicklung hin zu jüngeren Konsumentinnen und Konsumenten wird beobachtet. Schon heute zeigt sich ein zunehmender Anteil von 20 bis 24-jährigen chronisch risikoreich konsumierender jungen Erwachsenen. Die Politik diskutiert in diesen Altersegmenten seit Jahren geeignete Massnahmen. Die Vorstöße werden bis heute durch die im Parlament stark vertretene „Lobby“ regelmäßig abgeblockt. Im Mai 2017 wurde, mit der Begründung der Selbstverantwortung, das Verkaufsverbot von Alkoholika in Autobahnraststätten vom Parlament wie auch vom Bundesrat ersatzlos aufgehoben.

Eine ganze Reihe anderer Drogen sind im Gegensatz zum Alkohol strikt reguliert: Die Produktion, der Verkauf und Konsum sind an sich verboten. In der Schweiz gekauftes und oft auch hierzulande produziertes Cannabis wird jedoch weitverbreitet konsumiert. Auch hier ist das Risiko kontrolliert zu werden und allenfalls die Art und Schwere der Bestrafung von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Trotzdem, Wissenschaftler des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) und des klinischen Studienzentrums (CTU) werden während dreier Jahre Cannabis an ausgewählte Kiffer verkaufen und dabei u.a. untersuchen, wie sich ein regulierter Verkauf in der Stadt Bern auswirken würde. Das Projekt wird durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) mit 720'000 Franken unterstützt.

Seit April 2017 wird in den Kiosken der Stadt Zürich ein Cannabidiol (CBD) angereichertes Hanf verkauft. Der Gehalt an Tetrahydrocannabinol (THC) muss weniger als 1% betragen. Der Medikamentenkonsum bewegt sich im europäischen Mittel. Bemerkenswert ist, dass die Zahl der ohne medizinische Indikation konsumierenden Menschen nicht wirklich erhoben ist. Dieser Bereich wird durch die Prävention immer noch marginal abgebildet. Glücksspiel: schätzungsweise 75.000 Menschen spielen problematisch oder pathologisch ab 15 Jahren. Auch hier findet sich eine schizoide Haltung der Problematik gegenüber. So generiert die öffentliche Hand in diesem Bereich bedeutende Einnahmen von der Gruppe problematisch oder pathologisch spielender Erwachsener. Die sozialen Folgekosten werden auf 500 - 640.000 Millionen Franken pro Jahr geschätzt (2017). Durch die Einrichtung und Gewährung von nur technisch kontrollierbaren Onlinekasinos verschärft sich das Problem massiv.

Die öffentliche Wahrnehmung der Suchtmittel und des Konsums hat mit dem „Verschwinden“ des öffentlichen Konsums von Heroin u.a. abgenommen. Das gilt auch für die Bedeutung der Suchtproblematik auf der politischen Agenda. Schleichend zeigt sich das auch im Abbau bzw. nicht wieder Besetzens von Stellen in der Suchtprävention. Es besteht weithin eine klare Position des Parlaments, nicht regulierend in Märkte einzugreifen. Zur Rechtfertigung dieser Politik wird an die Eigenverantwortung der Bürger und Bürgerinnen appelliert. Letztlich bleibt der Mensch selber „schuld“ an seiner Suchterkrankung. Der Mythos der alleinigen „Eigenverantwortung“ erlebt eine Neuauflage.

Die Politik hat bis heute keine Visionen zu einer wirksamen Suchtpolitik beziehungsweise -prävention von individuellen und gesellschaftlichen Schäden durch den missbräuchlichen Konsum und Gebrauch von Suchtmitteln beziehungsweise Suchtverhalten. So finden beispielsweise Alkohol-politische Maßnahmen im gegenwärtigen Parlament kaum Unterstützung. Dies im Unterschied zur Schweizer Bevölkerung, die mehrheitlich eine Einschränkung der Werbung befürwortet. Den kürzlich getroffenen Entscheid des Parlamentes und des Bundesrates, den Verkauf von alkoholischen Getränken in den Autobahnraststätten zuzulassen betont nur noch die Hilflosigkeit und Abhängigkeit einer bedeutenden Gruppe der beteiligten Politikerinnen und Politiker. Das im November 2015 vorgeschlagene Gesetz zur Einschränkung der Werbung und der Gratisabgabe von Raucherwaren wurde sowohl im Ständerat, wie auch im Nationalrat zurückgewiesen. Gleichzeitig unterstützen 58 % der Bevölkerung ein generelles Tabakwerbeverbot.

Die Suchtprävention ist nach wie vor in einer komfortablen Lage. Die große Zahl der Einrichtungen verfügen über genügend Mittel und Fachpersonen. Es ist nicht auszuschließen, dass bei einem der weiteren Sparmanöver in Kanton oder Bund Entscheide getroffen werden, die ein professionelles Arbeiten massiv erschweren würden. Die immer wieder vorgebrachte Kritik nach einer belegten und überprüfbaren Wirkung von Maßnahmen und Projekten hat etwas doppelbödiges, wenn nicht zynisches. Gesuche und Anträge zur Mitfinanzierung bei geplanten Evaluation und Wirkungsforschung nach wissenschaftlichen Kriterien werden in seltenen Fällen bewilligt.

Informationen und Unterlagen

<http://www.suchtschweiz.ch/ueber-uns/portraet/>

<http://www.suchtpraevention-zh.ch/ueber-uns/>

<https://www.147.ch/Dipendenza.404.0.html?L=2>

<http://www.grea.ch/plateformes/nightlife>

http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Expertise-schwererreichbare-Zielgruppen.pdf

[PDF] *Vulnerable Anspruchsgruppen - Stadt Zürich*

Expertise: Vulnerable Anspruchsgruppen

Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich

Christa Berger

¹ Das Papier basiert auf einem Bericht der Schweizerischen Fachstelle Sucht

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Serbien

Biljana Kilibarda / Milan Jovanovic Batut

Institut für Öffentliche Gesundheit Serbien

Abteilung zur Beobachtung und Prävention

des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen

Belgrad / Serbien

In Serbien gibt es, im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, eine hohe Prävalenz beim Rauchen. Mehr als ein Drittel (34,7 %) der Bevölkerung über 15 Jahre raucht und jeder zehnte Erwachsene hat mindestens einmal eine E-Zigarette ausprobiert. Ein wichtiges Problem der öffentlichen Gesundheit ist das Passivrauchen. 54,4 % der Erwachsenen über 15 Jahre berichten, dass sie in geschlossenen Räumen der Belastung durch Tabakrauch ausgesetzt sind. Hinzu kommt, dass 47,1 % der Nichtraucher wegen der schädlichen Folgen von Tabakrauch um ihre eigene Gesundheit besorgt sind. Es gibt nur wenige Raucher, die Angebote zum Aufhören annehmen und nur ein Drittel der Raucher haben professionelle Beratung zum Aufhören in Anspruch genommen.

Unter Jugendlichen rauchen 13 % der 13-15 jährigen Schüler. Trotz des Verbots, Tabakprodukte an Minderjährige zu verkaufen, haben 31 % der 13-15 jährigen die Zigaretten, die sie zuletzt geraucht haben, in den letzten 30 Tagen in einem Geschäft gekauft. 81,2 % der aktuellen Raucher dieser Altersklasse wurden wegen ihres Alters in den letzten 30 Tagen nicht daran gehindert, Zigaretten zu kaufen.

Die Prävalenz des Alkoholkonsums lag während des letzten Jahres bei 72,1 % der serbischen Bevölkerung zwischen 18-64 Jahren, die LJP des Bingedrinking (Konsum von 60 g oder mehr reinen Alkohols bei einer Gelegenheit, das entspricht mindestens 1,5 Liter Bier oder 0,6 Liter Wein oder 0,18 Liter Spirituosen) mindestens einmal pro Woche zeigt sich bei insgesamt 3,7 % der Bevölkerung (6,7 % Männer und 0,6 % Frauen).

Ergebnisse einer Studie in der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass 13,3 % der Erwachsenen die Kriterien für die Kategorie der riskanten Alkoholkonsums erfüllen (1+ auf der RAPS-Skala) und 6,2 % für die Kategorie des schädlichen oder problematischen Alkoholkonsums erfüllen (2+ auf der RAPS-Skala), die Mehrheit sind Männer und ungefähr 1/3 aus der Altersgruppe 18–34 Jahren. Die Ergebnisse zeigen auch, dass 50,3 % des in Serbien konsumierten Alkohols im letzten Jahr von 7,5 % der Konsumenten getrunken wurde.

In der Gruppe der 16-Jährigen berichteten 87,0 % von einer Lebenszeitprävalenz (LZP) von Alkoholkonsum und 23,7 % berichteten von einer LZP von häufigerem (40+) Alkoholkonsum. Im letzten Monat haben Schüler zumeist Bier (44,0 %) und Wein (41,8 %) konsumiert, sowie ein etwas geringerer Anteil Spirituosen (32,1 %).

Im Gegensatz zum Gebrauch legaler Substanzen, ist die Prävalenz von illegalem Suchtmittelgebrauch geringer als in den meisten EU-Ländern, mit 7,7 % LZP beim Cannabiskonsum (12,4 % unter jungen Erwachsenen); 1,6 % LJP beim Cannabiskonsum (3,4 % unter jungen Erwachsenen). Unter den Cannabis-Konsumenten, die in den letzten 12 Monaten konsumiert haben, sind die Mehrheit Männer (80 %) und junge Erwachsene zwischen 18 und 34 Jahren (73 %). Ergebnisse der Studie in der Allgemeinbevölkerung zeigen, dass 0,5 % der Allgemeinbevölkerung auf problematische Weise Cannabis konsumieren, ungefähr die Hälfte von ihnen sind junge Erwachsene zwischen 18 und 34 Jahren. Die geschätzte Zahl der intravenös Drogen Konsumierenden liegt bei 20.000. Die HIV-Prävalenz unter ihnen liegt zwischen 0 bis 5 % mit einem unklaren Trend und einer HCV-Prävalenz zwischen 60 % und 80 %.

Die ESPAD-Ergebnisse von 2011 bestätigen, dass im Vergleich zum EU-Durchschnitt, der Substanzgebrauch (mit Ausnahme von rezeptfreien Sedativa) in Serbien geringer ist.

Im Allgemeinen wird der Konsum von Alkohol und Tabak im Gegensatz zu Cannabis und anderen illegalen Substanzen in Serbien gesellschaftlich akzeptiert. Die Mehrheit der Befragten widersprachen eher oder ent-

schieden der Aussage, dass es erlaubt sein sollte, Cannabis (84,5 %) oder Heroin (95,5 %) zu konsumieren. Die Wahrnehmung der Verfügbarkeit von einzelnen Drogen entspricht sowohl unter Jugendlichen wie unter Erwachsenen ihren Prävalenzraten.

In Serbien gibt es in der Prävention viele Akteure wie etwa das Gesundheitsministerium, das Institut für Öffentliche Gesundheit mit einem Netzwerk von Einrichtungen, Gesundheitsorganisationen, Innenministerium, Ministerium für Jugend und Sport, Jugendämter, Bildungsministerium, Schulen, Rotes Kreuz, Internationale Organisationen und Nichtregierungsorganisationen.

Präventionsaktivitäten finden meist in Schulen statt, weniger vertreten sind Aktivitäten im Freizeitbereich, am Arbeitsplatz, in der Gemeinde, in der Familie oder in Gesundheitseinrichtungen.

Zielgruppen von Präventionsaktivitäten sind zumeist Peers, Ausbilder (Lehrer, Polizisten, Gesundheitsfachkräfte), Schüler und Eltern von Schülern. Gefährdete Bevölkerungsgruppen, Gelegenheitskonsumenten und Partygänger sind als Zielgruppen von Präventionsaktivitäten seltener vertreten. Die am häufigsten durchgeführten Aktivitäten sind die Ausbildung von Trainern, Peer-Ausbildungen, Ausstellungen, "Kampagnen", öffentliche Veranstaltungen, Informationsaustausche, interaktive Übungen zur Entwicklung von Lebenskompetenz, Vorträge und Kooperationen mit den Medien. Strukturierte und evaluierte Programme werden in Serbien selten umgesetzt.

Es gibt eine gesetzliche Grundlage für die Umsetzung von Drogenpräventionsmaßnahmen in Schulen. Prävention von riskantem Verhalten und Gesundheitserziehung sind Teil des regulären Grundschul-Lehrplans für Natur- und Sozialkunde, Biologie, Chemie und in außerplanmäßigen Aktivitäten. Das Bildungsministerium führt Akkreditierungen von Drogenpräventionsprogrammen innerhalb von Fortbildungen für Lehrer durch, die zu Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (mindestens 100 Stunden in 5 Jahren) gesetzlich verpflichtet sind und das Gelernte auch umsetzen müssen.

Zu den aktiven NGOs gehören „Prevent“ und „Duga“.

Die NGO „Prevent“ implementiert das Projekt Game overdose (Ne radi se covece). Im Rahmen von Bildungsprojekten und Projekten zur Bewusstseins-Förderung setzen sie Spielbretter in unterschiedlichen Settings ein, so z.B. bei öffentlichen Veranstaltungen, Messen und Festivals. Für dieses Spiel hat die NGO „Prevent“ 2014 eine Auszeichnung erhalten.

Die NGO „Duga“ hat ein Projekt implementiert, welches sich an gefährdete Bevölkerungsgruppen richtet, insbesondere an die LGBTIJ, mit dem Ziel, implizierte Homophobie zu verringern. Im Rahmen dieses Projektes wurden Workshops, psychologische Beratung und Diskussionsveranstaltungen über internalisierte Homophobie angeboten, auch der Suchtmittelkonsum wurde dokumentiert. Unter den 152 erreichten LGBT-Personen haben 68 % mit Drogen experimentiert. „Duga“ hat auch das erste Drop-in Center für LGBT-Personen (einschließlich Peer-Ausbildung, Beratung und Informationen zum Substanzkonsum) gegründet, mit dem 386 LGBT-Personen erreicht wurden.

In Serbien hat internationale Kooperation einen hohen Stellenwert für die Drogenprävention. Viele internationale Organisationen, wie WHO, GFTAM, OSCE, UNODC (Behandlung, Prävention) waren oder sind weiterhin in diesem Bereich aktiv.

Wichtige, während der letzten Dekade mit EU-Förderung umgesetzte Projekte sind:

- INSADA (2009-2011)
- IPA4/EMCDDA Projekt "Vorbereitung von IPA -Empfängern für ihre Beteiligung an der EMCDDA"
- Twinning Projekt "Implementierung der Strategie gegen Drogen (Elemente der Drogennachfrage und -verringern)", umgesetzt mit deutsch-tschechischer Zusammenarbeit, einschließlich Aktivitäten wie Trainer-Ausbildung, Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Schulen zum Umgang mit Fällen, bei denen Suchtmittel in der Schule gefunden werden, Entwicklung einer Datenbank von Präventionsprojekten, Pilotumsetzung FreD goes net, etc.

Die Stärken der Prävention von Drogenkonsum in Serbien sind im Allgemeinen:

- Reduktion der Nachfrage von legalen und illegalen Substanzen wird in mehreren Strategiepapieren anerkannt
- Hohe Motivation für die Umsetzung universeller Prävention
- Gesetzliche Grundlage für universelle Prävention in Schulen
- Viele aktive Akteure im Bereich der Suchtprävention
- Großer NGO Sektor
- Netzwerk von Einrichtungen der öffentlichen Gesundheit
- Internationale Unterstützung
- Koordinierungsstellen auf kommunaler Ebene

Es gibt auch einige Lücken, dazu gehört, dass:

- viele Aktivitäten nicht evidenzbasiert sind
- Aktivitäten nicht immer dem tatsächlichen Bedarf und der aktuellen Situation entsprechen
- Projekte oft den Finanzierungsmöglichkeiten statt den nationalen Prioritäten angepasst werden
- nicht genügend NROs für die Arbeit, insbesondere in Bezug auf legale Substanzen, eintreten
- Projekte selten evaluiert werden (abgesehen von Prozess-Evaluation)
- nicht ausreichende Ressourcen (Arbeitskraft und Finanzen) vorhanden sind
- viele Aktivitäten von Enthusiasmus der Fachkräfte abhängen
- viele kleine Projekte schwer zu überwachen sind und
- es nicht ausreichend selektive und indizierte Projekte gibt.

Zur Verbesserung der Drogenprävention wird benötigt:

- Verbesserte Koordination und Kooperation auf nationaler und institutioneller Ebene
- Verstärkte Einbindung aller Akteure und Interessierten, bessere bereichs- und institutionsübergreifende Verknüpfungen und Beziehungen
- Stärkung der Koordinierungsmechanismen auf kommunaler Ebene
- Verbesserte Überwachung, Evaluation, Berichterstattung und bessere Sichtbarkeit von Best Practice zur Vermeidung von Doppelarbeit und zur besseren Verwendung begrenzter Mittel
- Verknüpfung von Standards und Qualitätskriterien mit Finanzierungen
- Mehr Projekte, die Verhaltens- und Verhältnisprävention kombinieren
- Mehr selektive und indizierte Präventionsprogramme und -projekte (wie z.B. FreD goes net)
- Verbesserte Qualität der Aktivitäten im Bereich der universellen Prävention

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in der Slowakei

Alena Kopányiová, Zuzana Vojtová
Forschungsinstitut für Kinderpsychologie
und Pathopsychologie
Bratislava / Slowakei



Prävention mit besonderem Fokus auf Kinder und Jugendliche war seit Anbeginn einer der Hauptpfeiler der slowakischen Nationalen Drogenbekämpfungsstrategie, wobei die Hauptverantwortlichkeit im Bildungssektor liegt.

Entsprechend gibt es Maßnahmen für alle Ebenen:

Interventionen für unterschiedliche Zielgruppen, von der Allgemeinbevölkerung (universelle Prävention) über gefährdete und riskant konsumierende Gruppen (selektive Prävention) bis hin zu Einzelpersonen, die indizierte Prävention benötigen. Settings sind dabei Schulen, Gemeinden und Familie.

Unsere Daten und Informationen geben einen Überblick über hauptsächlich quantitative Indikatoren und über die Infrastruktur, die Ressourcen institutionalisierter Prävention im Bildungs- und Gesundheitssektor, sowie teilweise in den Bereichen Soziales, Familie und Inneres, die den Hintergrund und umgesetzte Aktivitäten dokumentieren.

Viele präventive Ansätze und Programme fußen auf isolierten Theorien und zeigen, dass "sie in keine umfassende Theorie der Prävention eingebettet sind."

Die Leistungen zerfallen in viele isolierte Einzelaktivitäten, wohingegen ein integriertes Herangehen zugleich auf der kognitiven Ebene der Persönlichkeit, sowie an Einstellungen, Gefühlen, Verhaltensweisen, Motivation, Kreativität und Selbstregulierung ansetzen sollte.

Evaluation der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist in der aktuellen Praxis selten, und optimale Evaluation der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen mittels Kontrollgruppen findet nur auf der Forschungsebene statt.

Dies liegt an unterschiedlichen Prioritäten und Methoden zur Evaluation, am Fehlen eines kohärenten Rahmens und Standards für Präventionsprogramme, sowie mangelnder wirksamer Kommunikation und mangelndem gegenseitigen Verständnisses der Akteure (einschließlich der Zivilgesellschaft), was wiederum zu einer steigenden Zahl von Drogenpräventionsaktivitäten und -programmen führt (Nationaler Bericht 2014).

Als erstes zeigen wir, wie das Gesundheitsversorgungssystem Präventionsaktivitäten unterstützt. Diese Unterstützung nimmt Einrichtungen in den Fokus, die Behandlung und Prävention ausrichten. Die universellen und selektiven Präventionsmaßnahmen werden dabei nicht strukturell unterstützt. In der Regel werden öffentlichkeitswirksame Maßnahmen unterstützt (z.B. Antidrogen-Woche, Zeichnen von Antidrogen-Postern, "Nimm den Ball und keine Drogen", usw.).

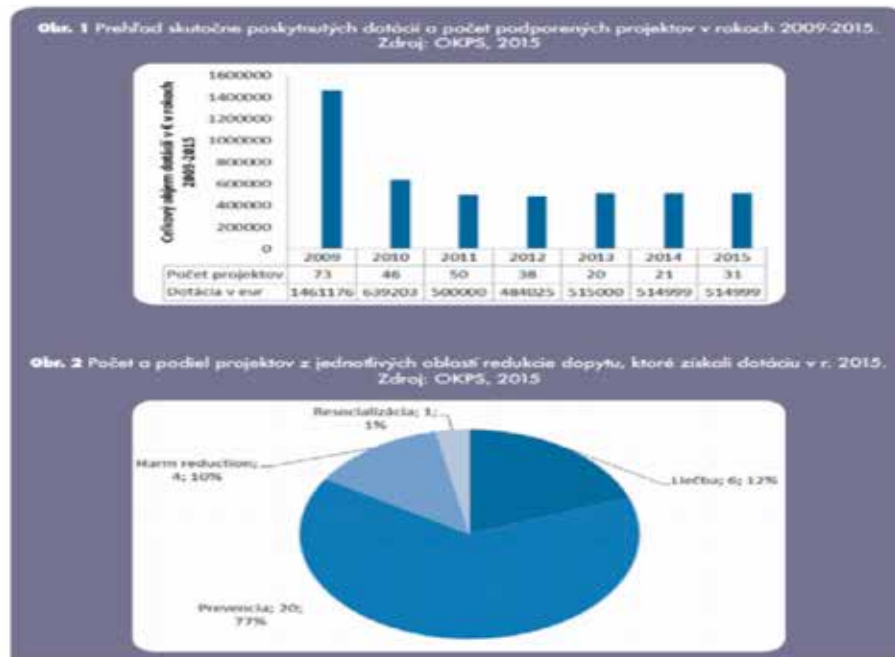


Abbildung 1: Unterstützung von Präventionsaktivitäten durch das Gesundheitsversorgungssystem

Antidrogenaktivitäten werden vom Bildungsministerium nur mit kleinen Summen für zumeist regional ausgerichtete Projekte unterstützt:

- Total – 17 Projekte / 31.000 Euro – Gesundheit und Sicherheit an Schulen
- 14 Projekte / 30.000 Euro – Drogenprävention

Prioritäre Bereiche für Projekte und Aktivitäten die abzielen auf:

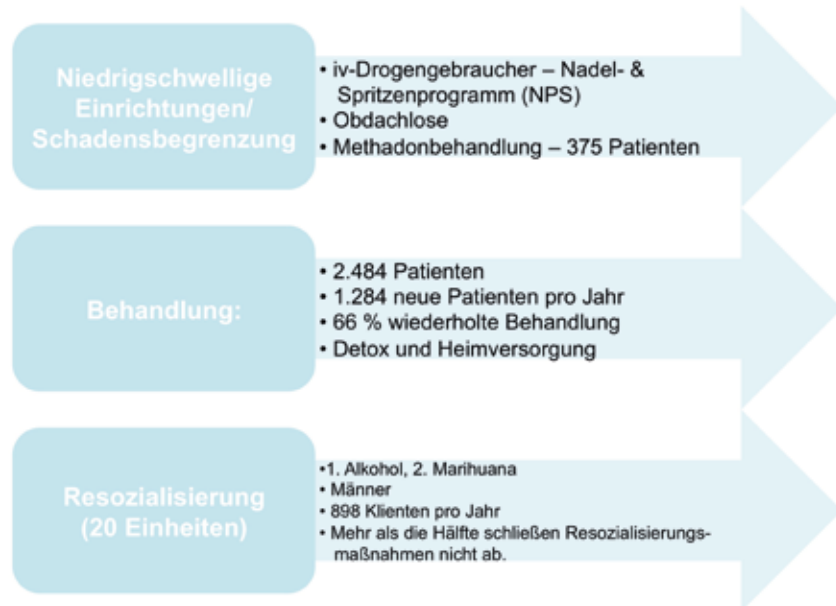
- aktiven Schutz vor Suchtmitteln
- innovative Prävention von Tabakrauchen
- Prävention und Lösung von Problemen im Zusammenhang mit Alkohol
- Prävention illegalen Substanzkonsums
- Entwurf von Richtlinien
- Entwicklung von Lebenskompetenz bei Schülern
- Unterstützung selektiver Prävention
- Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen
- Prävention und Bekämpfung von vorzeitigem Schulabbruch
- Erfahrungsaustausch und Verbreitung von Good Practice.

Andere Ressorts:

- 62 Projekte soziale Prävention, 8 Projekte aus sozialen Diensten.

Struktur der Prävention:

1. Behandlung/Resozialisierung



2. Prävention



Im Bereich Prävention gibt es einige Herausforderungen, mit denen wir umgehen müssen:

- Fehlende finanzielle Mittel
- Doppelung von Präventionsaktivitäten (jedes Ressort unterstützt "seine" Prävention)
- Fragen der Qualität der Angebote
- Fehlende Vernetzung
- Notwendigkeit für einen Wandel - Einstellungen und Ansätze in der Prävention

Angebote für Jugendliche im Alter von 18-25 Jahren:



Ausgewählte Ergebnisse aus Studien (15-24 Jahren)

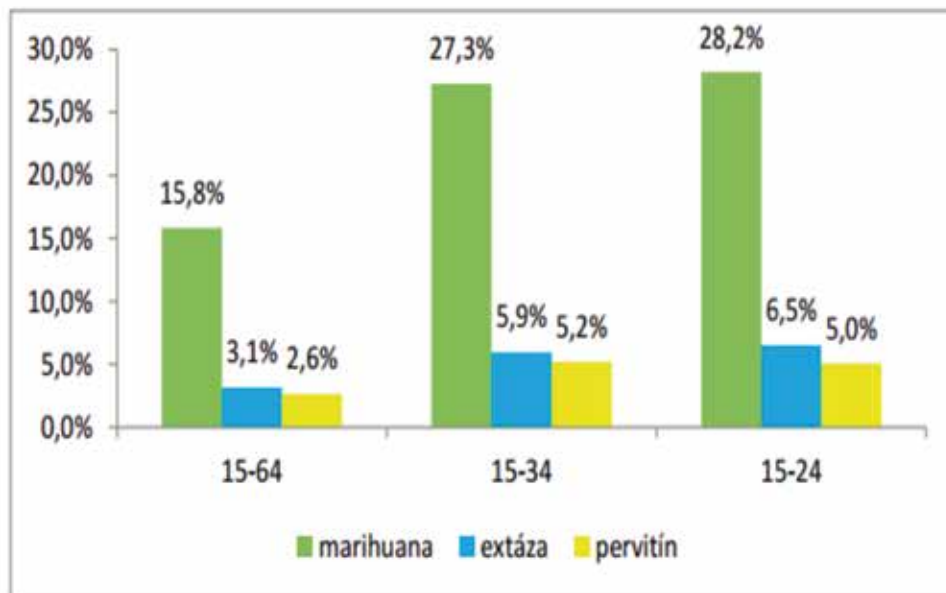
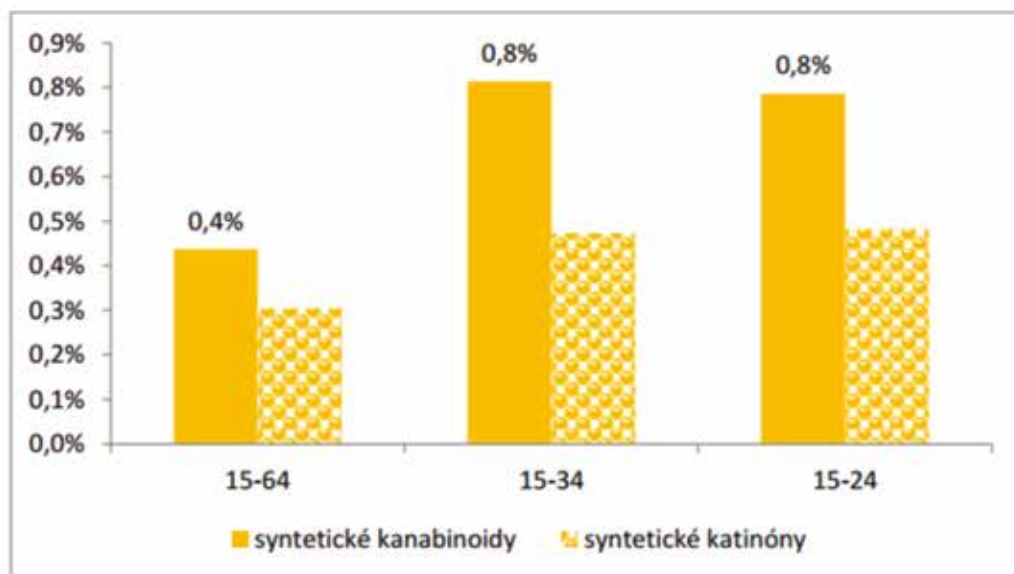


Abbildung 2: NMCD (Selbstausskunftsstudie), die drei am meisten konsumierten illegalen Drogen/Lebenszeitprävalenz

(Anmerkung: marihuana = Marihuana, extáza = Ecstasy, pervitín = Meth)

Neue synthetische Substanzen



ESPAD zeigt folgende Ergebnisse:

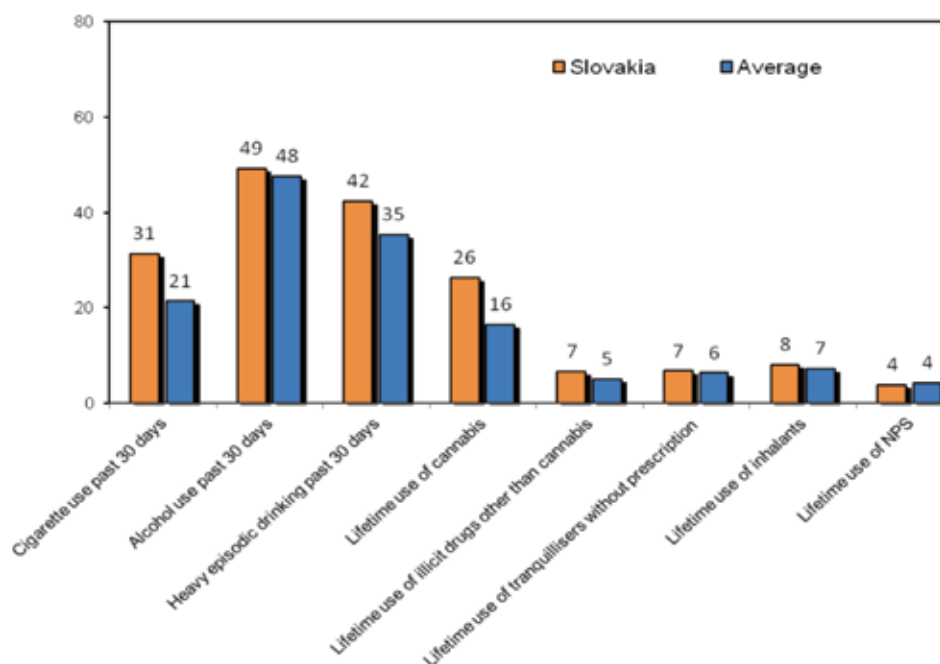
- **Stabilisierung** im Konsum illegaler Drogen in der Altersgruppe 15-20 Jahren (im Vergleich zu den Daten von ESPAD 2011 gab es keine Zunahme), aber zugleich eine sehr hohe Prävalenz (Inzidenz) im Konsum von zumeist **Marihuana (54,5 %, bzw. 30,9 %)**
- Rangfolge: 1. Marihuana, 2. Ecstasy, verändert hat sich der 3. Platz: Pflanzliche Mischungen, die **synthetische Cannabinoide enthalten, bekannt unter dem Namen Spice**. Gefolgt von **Methamphetaminen** (Pervitin).

In der Altersgruppe 15-20 Jahren ist die Lebenszeitprävalenz von Drogen signifikanter als die Erfahrungen mit Drogen in einer Stichprobe innerhalb der Gesamtbevölkerung im Alter von 15-64 Jahren.

Die slowakischen Schüler gaben höhere Prävalenzraten an, als der ESPAD-Durchschnitt für drei von acht untersuchten Schlüsselvariablen. Zigarettenkonsum in den letzten 30 Tagen wurde von 31 % der Schüler angegeben, verglichen mit einem Gesamtdurchschnitt von 21 %. Die LZP von Cannabis-Konsum lag bei slowakischen Schülern ebenfalls deutlich höher (26 % versus 16 %). Der Alkoholkonsum bei slowakischen Schülern in den letzten 30 Tagen lag ungefähr auf gleichem Niveau wie der ESPAD-Durchschnitt. Andererseits lag der Prozentsatz von starkem episodischem Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen sieben Prozentpunkte über dem Durchschnitt. Die Ergebnisse für die Lebenszeitprävalenz von Beruhigungsmitteln oder rezeptfreien Sedativa, die Lebenszeitprävalenz von Schnüffelfstoffen und die Lebenszeitprävalenz von NPS entsprachen mehr oder weniger dem ESPAD-Durchschnitt. Der Gesamteindruck ist, dass die Höhe des Substanzgebrauchs unter slowakischen Schülern entweder dem ESPAD-Durchschnitt entspricht, oder - wie die Cannabis und Alkohol-Daten zeigen - darüber liegt.

Mehr als jeder fünfte ESPAD Schüler (23 %) hat vor seinem 13. Lebensjahr Zigaretten geraucht. Die Anteile variieren stark je nach Land, von 46 % in Estland und 45 % in Litauen zu 9-13 % in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien, Island, Malta und Norwegen. Sowohl im Durchschnitt als auch in den meisten einzelnen Ländern haben mehr Jungen als Mädchen vor dem 13. Lebensjahr geraucht. Im Durchschnitt haben 4 % der Schüler vor dem 13. Lebensjahr damit angefangen, täglich Zigaretten zu rauchen. Der Anteil ist am höchsten in Estland und der Slowakei (jeweils 8 %) und am niedrigsten in Norwegen (1 %).

Im Durchschnitt waren Bier (35 %) und Spirituosen (34 %) die bevorzugten alkoholischen Getränke. In Albanien (68 %), Belgien (Flandern) (58 %), der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien (54 %), Rumänien (52 %) und Polen (52 %) haben mehr als die Hälfte der Schüler Bier bevorzugt. Spirituosen wurden in Malta (60 %), Portugal (53 %), der Slowakei (53 %), Frankreich (48 %) und Monaco (48 %) bevorzugt.



Die Trends für Alkohol und Tabak zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz für legale Drogen bei Schülern (16-20 Jahre) im ersten und vierten Schuljahr der Sekundarschule sich im Vergleich zu den Zahlen von 2003 bis 2011 nicht signifikant verändert haben (Tab. 1).

Wir können sagen, dass im Jahr 2015 in allen untersuchten Bereichen die Zahlen deutlich gesunken sind, und sich daher die Situation in Bezug auf den Konsum legaler Drogen verbessert hat.

...ABER:

Legale Drogen	Jungen			Mädchen			Gesamt		
	2007	2011	2015	2007	2011	2015	2007	2011	2015
rauchen mehr als 40 Zigaretten oder mehr in Lebenszeit	41,3	42,1	35,2	37,2	39,2	33,3	39,2	40,7	34,4
Erste Zigarette mit 13 Jahren oder früher	50,3	47,5	37,9	38,2	37,4	31,4	44,3	42,6	34,7
Regelmäßiges Rauchen: tägl. 1-5 oder mehr Zigaretten	33,4	36,4	29	31,8	33,7	25,7	32,7	35,1	27,3
5+ Gläser am 3-5 Tagen oder mehr in 30 Tagen	33,3	32,2	26,2	20,5	20,8	18,1	26,7	26,8	22,3
Betrunken 10 Mal oder öfter in Lebenszeit und Gedächtnisverlust	28,9	31	26,1	14,1	17,6	16,1	21,4	24,7	21,2
CAGE 3-4: Probleme mit Trinken	6,6	9,4	6,4	6,2	8,3	6	6,4	8,9	6,2
ADS: Symptome schwerer Sucht	4,1	5	3,2	3,1	3,4	2,2	3,6	4,1	2,7

Trinken	Jungen			Mädchen			Gesamt		
	2007	2011	2015	2007	2011	2015	2007	2011	2015
Bier mit Alkoholgehalt 4 - 5 %	21,3*	25,4*	22,4*	13,8	17,0	13,8	18,5	22,0	19,0
Cider mit Alkoholgehalt bis zu 5 %	6,4	4,4	5,9	4,5	4,6	5,5	5,4	4,5	5,7
Alkopops mit Alkoholgehalt von ca. 5 %	4,8	6,9	5,6	5,1	5,5	4,5	5,0	5,8	4,8
Wein mit Alkoholgehalt 10 - 12 %	20,1*	27,9*	19,7	15,4	20,2	18,7	16,9	22,3	19,0
Destillierter Alkohol mit 40 % oder höher	34,4*	47,1*	45,4*	27,7	37,2	36,9	30,4	41,4	40,8

Der Durchschnitt unter Jungen und Mädchen erreicht insbesondere bei Spirituosen und auch unter riskant Wein trinkenden Mädchen das Niveau eines riskanten Konsums. Das gegenwärtige Trinkverhalten von verschiedenen Arten von Alkohol (Mixing) zeigt einen signifikant höheren Durchschnittskonsum und erreicht auch das Niveau von gesundheitsgefährdendem Trinken.

Ein weiterer negativer Faktor ist die Zusammensetzung der Getränke, die bei Jungen und Mädchen gleichermaßen von 1995 bis 2015 die konsumierte Alkoholmenge allgemein, insbesondere aber bei Spirituosen hat ansteigen lassen.

Seit Beginn der TAD-Studien im Jahr 1994 bis 2010 werden Beobachtungen regelmäßig bestätigt, die einen Anstieg im Alkoholmissbrauch unter Jugendlichen allgemein und unter Mädchen im Besonderen zeigen. Dies gilt nicht nur für gesundheitsschädliches Trinken sondern auch für das **Bingedrinking**.

Die Ergebnisse hinsichtlich sozial-psychologischer Phänomene zeigen, dass zusätzlich zum Bildungsniveau der Eltern, der einen recht schwachen Einfluss auf das Konsumverhalten hat, auch ein signifikanter Einfluss durch Faktoren, wie Vollständigkeit der Familie sowie deren finanzieller und allgemeiner sozio-ökonomischen Status, ausgeübt wird.

Präventionsschwerpunkten:

- Marihuana Thema - Hochschulstudenten, arbeitslose Jugendliche u. a.
- Pro-Legalisierungstendenzen bei Marihuana – weiterhin unsere Expertenmeinungen an politische Entscheidungsträger weitergeben
- Riskantes Trinken und Bingedrinking – Unterstützung von selektiven Präventionsprogrammen (Community basiert, gefährdete Zielgruppen u. a.)
- Synthetische Drogen – Bewusstsein für gefährliche und unbekannte Inhaltsstoffe (von Billigdrogen)

Veränderung der Risikowahrnehmung durch Jugendliche - vorherrschende (statistisch gemessen) Standard wird zu einem Gefühl von geringer und mittlerer Bedrohung, nicht mehr wie zuvor das Gefühl der vollen Bedrohung durch Drogen (TAD, 2014).

Notwendigkeit von gezielter selektiver Prävention für gefährdete Gruppen über 18 Jahren:

- für Kinderheime (Waisenhäuser)
- für sozial benachteiligte Umfeldler (ethnische Roma)
- für Kinder aus unvollständigen Familien

Erneuerung der Agenda der Präventionsunterstützung /

Unterstützung von ICT in der Prävention/personalisierter Medizin/Prävention

- In der Slowakei geht der Trend zum Rückgang der traditionellen illegalen Drogen weiter (Heroin, Marihuana, Ecstasy), wie in den meisten EU-Ländern, die diesen Rückgang schon länger feststellen
- Es gibt weitere Veränderungen in der Drogenszene, etwa das Auftauchen neuer synthetischer Drogen, insbesondere verschiedene synthetische Cannabinoide und Cathinone, sogenannte synthetisches Kokain (Mephedron)

Quellen:

NMCD Slovakia Survey 2015 (15-64y.)

Nociar A.: Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za 2015. Závěrečná správa, Bratislava, VÚDPaP 2015.

TAD 2015 (Tobacco-alcohol-drugs survey) (16-20y. – TAD2, VÚDPaP)

National Report Slovakia (2014, NMCD)

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Spanien

Maria Estrada

Generalitat de Catalunya
Agentur für öffentliche Gesundheit von Katalonien
Programm Substanz-Missbrauch
Barcelona / Spanien



Katalonien: Einige wichtige Zahlen

Katalonien hat 7.516.254 Einwohner und liegt im Nordosten Spaniens. 55 % der Bevölkerung sind zwischen 20 und 59 Jahre alt. Die Arbeitslosenrate beträgt 15,9 % und der Ausländeranteil ist infolge der globalen Wirtschaftskrise von 2008 auf 13,69 % gesunken.

Katalonien unterteilt sich in 4 Provinzen und 948 Gemeinden. Die meisten Menschen - 5.537.674 Einwohner - leben in der Provinz Barcelona, gefolgt von Tarragona (791.638 Einwohner), Girona (753.024 Einwohner) und Lleida (433.918 Einwohner). Die Stadt Barcelona weist die höchste Bevölkerungsdichte auf und ist mit jährlich 19,3 Millionen Touristen ein wichtiger touristischer Anziehungspunkt in Katalonien. In der Tourismusbranche werden 11 % des Bruttoinlandsprodukts Kataloniens erwirtschaftet und 12 % aller Arbeitsplätze entfallen auf diesen Bereich.

Alkohol spielt bei den meisten unserer Traditionen und Feiern eine Rolle. Es gibt mehr als 100 Bier-, Wein- und Cava-Festivals (sowie weitere für andere traditionelle alkoholische Getränke), die im Laufe des Jahres im gesamten Land stattfinden. Es gibt zahlreiche Unternehmen, die Wein, Cava und Bier herstellen.

Im letzten spanischen Bericht über Lebensmittel und Konsum (Ministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Umwelt, 2015) spiegelt sich der Gesamtkonsum alkoholischer Getränke in der Bevölkerung wider, und die Zahlen zeigen, dass der Pro-Kopf-Verbrauch bei Bier 41,18 Liter pro Person pro Jahr betrug (816.952,7 Liter insgesamt, mit einem Gewinn für die Industrie von 968.911 €). Der Weinkonsum pro Kopf lag bei 12,97 Litern (376.611,38 Liter insgesamt, mit einem Gewinn von 966.910 €). Bei Spirituosen wurde ein Anstieg im Verbrauch und den Gewinnen von 2,5 % gegenüber 2014 verzeichnet. Der Pro-Kopf-Verbrauch lag 2015 bei 2,65 Litern (37.804,52 Liter insgesamt und der Gewinn betrug 395.160,02 €).

Neben Festivals rund um alkoholische Getränke gibt es eine bedeutende Branche im Bereich des Nachtlebens, die über Vereine und Verbände organisiert ist. In der Stadt Barcelona gibt es 9.000 eingetragene Nachtlokale und rund 1.300 Pubs, 300 Tanzklubs und 250 Veranstaltungsorte für Livemusik. Weiterhin finden wichtige Musikfestivals mit hohen Besucherzahlen statt, von denen einige internationale Bedeutung erlangt haben, wie beispielsweise Sonar, Circuit und Primavera Sound.

Im Zuge neuer rechtlicher Rahmenbedingungen in Spanien, die die Versammlungsfreiheit, die Einnahme illegaler Drogen zum Eigenverbrauch und den gemeinsamen Konsum erlauben, entstanden in den 1990er Jahren Cannabis Social Clubs (in denen die Nutzer Cannabis konsumieren und kaufen können). Bis Dezember 2016 war die Zahl dieser Clubs auf 668 angestiegen. Sie befinden sich hauptsächlich in Barcelona und seiner Metropolregion und es wird geschätzt, dass sie von 40.000 bis 140.000 Clubmitgliedern frequentiert werden.

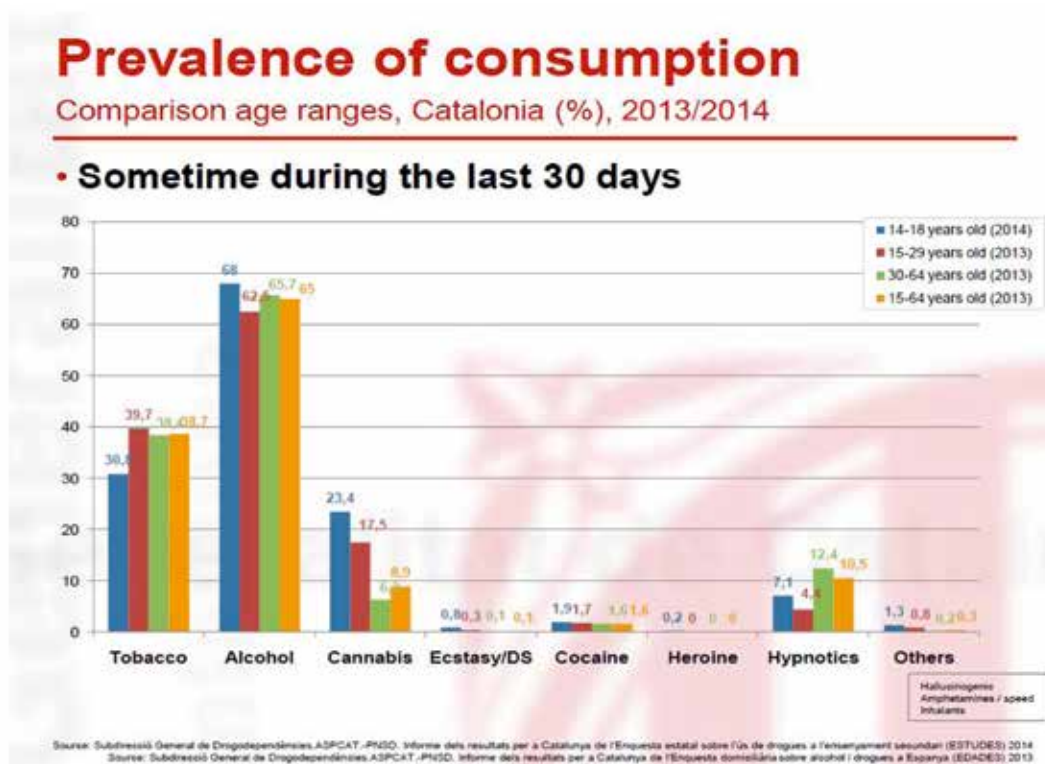
Kritische Erscheinungen im Zusammenhang mit dem kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Kontext:

Einige aggressive Verkaufsförderungspraktiken in der Freizeit- und Alkoholbranche sowie „weiche“ Präventionsansätze auf kommunaler Ebene haben zu einer Reihe von kritischen Erscheinungen geführt.

Unter Jugendlichen und Minderjährigen gibt es im Umfeld lokaler Feierlichkeiten die Erscheinung des sogenannten „Botellon“, bei der sich größere Gruppen junger Partygänger an öffentlichen Plätzen und Straßen versammeln, um Alkohol zu trinken.

Für junge Touristen gibt es besonders billige Angebote, die zu regelrechten Alkoholexzessen führen. Durch den leichten Zugang zu solchen Freizeitangeboten wird ein bestimmtes Konsumverhalten bei Alkohol und illegalen Drogen gefördert, was soziale und gesundheitliche Probleme mit sich bringt. Zu den Folgen dieser Erscheinungen gehört, dass Konsumenten, die verschiedene Drogen gleichzeitig nutzen und Alkohol stark konsumieren zur Gewalt auf der Straße, sexuellen Übergriffen und Notfallsituationen aufgrund von Alkoholmissbrauch (z. B. durch „Komasaufen“) beitragen. All dies geschieht im Kontext eines Preiskrieges zwischen den touristischen Einrichtungen, bei denen „Zechtouren“ und „Bootsparties“ an der Tagesordnung sind. In jüngster Zeit ist der Cannabis-Tourismus zu diesen Erscheinungen hinzugekommen.

Überblick über die aktuelle Situation des Drogenkonsums in Katalonien:



Alkohol, Tabak und Cannabis sind - ähnlich wie in den meisten anderen europäischen Städten - die am meisten konsumierten Drogen in Katalonien.

Die jüngste katalanische Umfrage (EDADES 2013, ESTUDES, 2014) zeigt, dass jeder vierte Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren mindestens einmal im zurückliegenden Monat einen Alkoholexzess bei sich erlebt hat.

Erwachsene zwischen 30 und 64 Jahren bilden die Altersgruppe mit dem höchsten täglichen Alkoholkonsum (18,3 % Männer und 6,1 % Frauen). Aber es sind die Jugendlichen zwischen 15 und 29 Jahren, bei denen es am häufigsten zu einer Alkoholvergiftung kommt (21,5 % Männer und 12,1 % Frauen) und „Komasaufen“ - besonders an den Wochenenden - stattfindet (27,6 % Männer und 19,3 % Frauen). Diese Praxis geht unter

Jugendlichen auch mit einem höheren Konsum anderer Drogen wie Cannabis (34,1 %) und Kokain (3,3 %) einher. Konkret wurden im Laufe des Jahres 2015 durch die medizinische Notversorgung insgesamt 1.867 Not-einsätze im Zusammenhang mit Kindern mit einer Alkoholvergiftung durchgeführt.

In den jüngsten Jahren sind neue Substanzen auf den Markt gekommen, wenngleich diese nur von einer Minderheit konsumiert werden.

Insgesamt wurden 2015 bei 186 aller getesteten Proben, die als neue oder klassische Drogen verkauft wurden, neue Substanzen als deren Bestandteile festgestellt. Es wurden dreiundvierzig unterschiedliche neue Substanzen identifiziert. Die am häufigsten vorgefundenen Substanzen waren Nexus bzw. 2C-B, 4-Fluoramphetamin und Methoxetamin.

Das katalanische Frühwarnsystem ist über das SEAT (Spanisches Frühwarnsystem) Teil des EWS (Europäisches Frühwarnsystem EMCDDA) und benachrichtigt die Behörden über die Feststellung neuer Drogen in Spanien. Dort werden Informationen über neue Drogen und neue Markttendenzen gesammelt und zur Verfügung gestellt. Über das Frühwarnsystem wurden 16 neue psychoaktive Substanzen (NPS) im Gebiet Kataloniens festgestellt und protokolliert.

Alkohol ist das Rauschmittel, bei dem in Katalonien am häufigsten eine Behandlung erfolgt (2015 nahmen 6.534 Menschen eine solche Behandlung auf), gefolgt von Kokain (2.473) und Cannabis (1.903). Heroin steht mit 1.683 Fällen als Ursache für eine Behandlung wegen Substanzgebrauch an vierter Stelle.

Bezüglich Infektionskrankheiten liegt die Prävalenz von HIV unter kokainabhängigen Personen bei 8 % und von Hepatitis C bei 9,5 %. Bei heroinabhängigen Personen liegt die Prävalenz von HIV positiv bei 27 % und von Hepatitis C bei 47 %.

Der präventive Ansatz der katalanischen Regierung

Das Gesundheitsministerium der Regierung von Katalonien (GENCAT) ist die wichtigste öffentliche Einrichtung für die Gesundheitsfürsorge in der katalanischen Region (Spanien). Das Programm zur Bekämpfung von Problemen mit Substanzgebrauch wird von der katalanischen Agentur für Öffentliche Gesundheit (ASPCAT) betrieben, die zum Gesundheitsministerium gehört. Es wurde 1989 zur Förderung der Gesundheit und zur Prävention von Krankheiten im Zusammenhang mit Substanzgebrauch und Abhängigkeit eingerichtet. Seit 2005 sind Mitarbeiter dieses Programms in die gemeinsame Koordination des Katalanischen Gesamtkonzepts zur Förderung psychischer Gesundheit und zur Verhütung von Abhängigkeit eingebunden. Dabei sind sie auf regionaler Ebene für die Prävention von Alkohol- und Drogenkonsum, die Schadensminderung und die Förderung psychischer Gesundheit in Katalonien zuständig. Ziel des Programms zur Bekämpfung von Problemen mit Substanzgebrauch ist die Mitwirkung bei politischen Maßnahmen und Interventionen auf regionaler Ebene, einschließlich des katalanischen Gesundheitsprogramms, des Gesamtkonzepts zur Förderung geistiger Gesundheit und zur Verhütung von Abhängigkeit sowie der nationalen Strategie zur Drogenprävention. Weitere Ziele des Programms sind die Beschaffung genauer und relevanter Informationen für die katalanische Regierung, die Gemeinden und die allgemeine Öffentlichkeit sowie die Förderung, Entwicklung, Verwaltung, Umsetzung und Evaluierung von Präventions- und Förderungsprogrammen im Bereich Abhängigkeit und geistiger Gesundheit, die Durchführung relevanter Forschungstätigkeit zu Präventionsfragen sowie Sicherstellung einer abgestimmten Umsetzung und Überwachung der nationalen spanischen Politik im Bereich der Abhängigkeit und geistigen Gesundheit in Katalonien.

GENCAT verfügt über die Infrastrukturen (Gesundheits- und Drogenobservatorium) und Ressourcen (Personal und Informatikausstattung), die zur Sammlung der benötigten Informationen für eine intelligente Plattform (Sammlung und Analyse der Daten des Landes von 1996 bis 2016 im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, alkoholbedingten Schäden, Kontextfaktoren und politischen Maßnahmen) und zur Umsetzung innovativer kommunaler Präventionsmaßnahmen im Lande erforderlich sind. Zusätzlich dazu hat GENCAT bereits die notwendigen Netzwerke und Partnerschaften zur Kooperation eingerichtet, um unter den relevanten Akteuren in Katalonien (freiwillige Branchenorganisationen, Jugendgruppen, Nachtclubs usw.) einen Konsens zu erreichen.

Dort sind auch die Mittel vorhanden, um die Projektziele und -ergebnisse auf regionaler und nationaler Ebene weiterzuverbreiten (siehe Website Canal Drogues)

Im Rahmen des Programms zur Bekämpfung von Problemen beim Substanzgebrauch werden Präventionsprojekte im Bereich Alkohol und anderer Drogen über eine Reihe von Initiativen umgesetzt, die von Aufklärungsprogrammen für Kinder und Schülern mit erhöhtem Risiko bis zur Weiterbildung relevanter Akteure des Bildungs- und Gesundheitswesens reichen, die im Bereich der Prävention tätig sind. Bürgern und Fachkräften werden Informations- und Präventionsinstrumente für die Anwendung im Freizeitbereich, den medizinischen Grundversorgungseinrichtungen, den Nachtclubs, bei Feiern oder Veranstaltungen in der Nachbarschaft und der Kommune über Websites (elpep.info, laclara.info), Blogs, Apps und YouTube-Videos (<https://www.youtube.com/watch?v=OJ1OdpVaN4M>) angeboten.

Zusätzlich dazu gibt es Maßnahmen im Bereich der Strafverfolgung, die unter Beteiligung von Polizeibeamten aus dem jeweiligen Revier entwickelt und umgesetzt werden.

Bestandteil fast aller präventiven Ansätze, die an Jugendliche gerichtet sind, sind Peer-to-Peer-Methoden. Dazu gehören folgende Beispiele: „**At full faculties**“ ist ein Projekt zur Prävention von Drogenkonsum und risikanten Verhaltensweisen an Universitäten. Ziel ist es, über die Peer-to-Peer-Arbeit Studenten zur Förderung präventiver Maßnahmen für andere Studenten zu schulen. Dies erfolgt unter Beteiligung von 7 katalanischen Universitäten und jährlich werden rund 9.000 Nutzer erreicht. Eine weitere Initiative, „**Rumba a tu son**“ nutzt Peer-to-Peer-Aktivitäten, um die Wahrnehmung von Risiken des Alkoholmissbrauchs unter Jugendlichen aus Lateinamerika zu erhöhen. 2016 wurden darüber 3.000 Jugendliche erreicht.

Gleichzeitig ist das **Katalanische Drogenpräventionsprogramm 2012-2016** nun ausgelaufen, für den Zeitraum 2017-21 wird ein neues Programm entwickelt. Dies erfolgt unter Beteiligung und Mitwirkung von Fachkräften der Gesundheitsbranche. Dazu gehören die öffentlichen Drogenbekämpfungsstellen auf lokaler, regionaler und Provinzebene, die Katalanische Gemeindevereinigung, der Katalanische Städtebund, Nichtregierungsorganisationen, Wissenschaftsverbände, Vereinigungen von Personen, die von Drogenkonsum betroffen sind, Berufsverbände sowie andere Regierungsbehörden und öffentliche Einrichtungen. Bei diesem Programm werden folgende Dinge verstärkt im Fokus stehen: **Netzwerkarbeit** (um Synergien unter den Beteiligten zu entwickeln), **Schulung von Fachkräften**, **Qualität** (bei der Planung und Evaluierung) und das **Gemeinschaftskonzept**. Zusätzlich werden die Anstrengungen im Bereich der **Evaluierung von Maßnahmen verstärkt**.

Neue präventive Projekte wenden sich an besonders **gefährdete Gruppen** (Kinder, Drogenkonsumenten, Schwangere und Menschen mit psychischen Problemen). Sie berücksichtigen alle Altersgruppen (von Kindern bis zur älteren Generation) sowie die **Perspektive Gender, Schädigung anderer Personen und transkulturelle Faktoren**.

Weitere Bereiche der zukünftigen Arbeit sind die Verbesserung des **fortlaufenden** Präventionskonzepts, die Verbindung von Präventionsmaßnahmen mit Früherkennungsmaßnahmen, die Risiko- und Schadensminderung sowie Behandlungsmaßnahmen. **Präventionsansätze im Umfeld Betroffener und Strafverfolgungsmaßnahmen** werden ebenfalls eine wichtige Rolle spielen.

Prävention von Substanzgebrauch in Tschechien – ein kurzer Überblick

Ladislav Czémy und Viktor Mravčík

National Institute of Mental Health

Zentrums für epidemiologische und klinische Suchtforschung

Prag / Tschechien

Institutioneller und rechtlicher Rahmen für Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention

Das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport bietet eine methodische Orientierung und koordiniert Präventionsmaßnahmen in der Tschechischen Republik im Rahmen der Nationalen Strategie für Primärprävention von Risikoverhalten für den Zeitraum 2013–18. Die methodischen Empfehlungen für die Primärprävention von Risikoverhalten unter Kindern und Jugendlichen bietet eine methodische Orientierung für Präventionsmaßnahmen. Die Regionen spielen bei diesen Maßnahmen eine zunehmende Rolle und jede Region hat seit 2012 ihr eigenes Präventionsprogramm aufgestellt, in dem die wichtigsten Prioritäten, das Netz der Dienstleistungen sowie die Koordination und Finanzierung der Maßnahmen aufgeführt sind. In den zurückliegenden Jahren wurden bedeutende Anstrengungen unternommen, um die Qualität der Primärpräventionsprogramme durch Standardisierung, Zertifizierung und Schulung sowie den Austausch von Erfahrungen und bewährten Praktiken zu erhöhen (Mravčík, 2016; Vavrincíková et al., 2013). Die Tschechische Republik hat das erste Akkreditierungssystem in Europa eingeführt, unter dem eine Finanzierung durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport nur für zertifizierte Programme zur Verfügung steht und lediglich zertifizierte Fachkräfte zur Durchführung der Präventionsprogramme berechtigt sind. Es wurden zahlreiche Dokumente zur Methodologie erarbeitet, mit denen Normen bezüglich der fachlichen Kompetenz für Dienstleister in der schulischen Primärprävention sowie Regeln für deren Zertifizierung und Richtlinien für Inspektionen vor Ort vorgegeben wurden (Pavlas Martanová, 2012a, Sekretariat, 2014).

Das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport führte ein neues Zertifizierungssystem ein, 2013 wurde die Zertifizierungsstelle des Nationalen Bildungsinstituts (wieder)eröffnet.

Die Beantragung eines Zertifikats ist Voraussetzung für die Teilnahme an bestimmten Beihilfevergabeverfahren.

Weiterhin wurde als Pilotprojekt ein online-Datenmonitoringsystem schulischer Präventionsmaßnahmen umgesetzt. Beim Nationalen Bildungsinstitut (NBI) wurden 2015 insgesamt 51 Organisationen mit 84 zertifizierten Programmen eingetragen (von denen 50 allgemeine Präventionsprogramme, 25 selektive Präventionsprogramme und 9 indizierte Präventionsprogramme waren).

Gleichzeitig wurde ein Online-Katalog zertifizierter Präventionsprogramme auf der NBI-Website eingerichtet.

Finanzielle Ressourcen für die Präventionsarbeit

Prävention und Behandlung von Substanzgebrauch werden hauptsächlich aus öffentlichen Mitteln finanziert. Der Beitrag des privaten oder kommerziellen Sektors ist kaum nennenswert. Trotz der Bedeutung der Prävention aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit ist ihr Anteil an den öffentlichen Ausgaben (siehe Tabelle 1) unverhältnismäßig niedrig und macht lediglich 3,2 Prozent aller Ausgaben des öffentlichen Haushalts im Zusammenhang mit Substanzgebrauch aus.

	CZK (tausend)	%
Prävention	47 (1,7 tausend Euro)	3,2
Schadensminderung	208	14,5
Behandlung	126	8,6
Ausnüchterungszellen	80	5,6
Nachsorge	60	4,3
Strafverfolgung (Polizei)	837	58,4
Koordination, Forschung, Evaluierung	42	2,5
Einrichtungen mit Spezialbehandlungen	38	2,7
Andere	4,6	0,3
Gesamt	1.442 (53,4 tausend Euro)	100

Tabelle 1. Vergleich der Ausgaben aus öffentlichen Haushalten nach Dienstleistungskategorien

Quelle: Mravčík et al., 2016

Universelle Prävention

Universelle Präventionsmaßnahmen im Bereich der Schule werden durch das Mindestpräventionsprogramm, einschließlich Empfehlungen für den Unterricht und schulische Aktivitäten und einige andere in den letzten Jahren entwickelte Anleitungsmaterialien vorgegeben.

Das Programm greift ein breites Spektrum an Risikoverhalten auf, einschließlich sozialer Probleme wie Schulschwänzen, Mobbing von Mitschülern, Rassismus, Ausländerfeindlichkeit, Rowdytum, Kriminalität und der Gebrauch abhängig machender Substanzen.

Nichtregierungsorganisationen (NRO) können ebenfalls projektbezogene Fördermittel zur Durchführung zusätzlicher Präventionsmaßnahmen an Schulen oder im außerschulischen Bereich erhalten. Diese Mittel stammen aus Programmen auf nationaler Ebene, die vom Ministerium für Bildung, Jugend und Sport und dem Regierungsrat zur Koordination der Drogenpolitik aufgelegt werden.

Selektive und indizierte Prävention

Eine prioritäre Zielgruppe für selektive Präventionsmaßnahmen sind Kinder und Jugendliche, bei denen das Risiko eines Substanzgebrauchs besteht. Weiterhin gibt es lokale Projekte, die sich an Familien mit hohem Risiko und Kinder mit Aufmerksamkeits- und Verhaltensproblemen richten. Selektive Präventionsmaßnahmen werden hauptsächlich von pädagogischen und psychologischen Beratungszentren umgesetzt, die spezielle Programme für Schulen oder Schulklassen durchführen, oder sie werden von NRO ausgeführt.

Das Streetwork-Onlineprojekt ist ein gutes Beispiel für die selektive Prävention. Es wendet die wesentlichen Grundsätze niedrigschwelliger Angebote an wie Freizeitaktivitäten, Schaffung eines sicheren Umfelds, Präventionsmaßnahmen und Kontakt im Internet und den sozialen Medien.

Indizierte Präventionsprogramme sind eher selten und richten sich hauptsächlich an Jugendliche, die mit psychoaktiven Substanzen experimentieren oder an deren Familien.

Eine bemerkenswerte Ausnahme ist die Umsetzung von Preventure, einem indizierten Präventionsprogramm, bei dem es um Sensationslust und Alkohol- und Substanzgebrauch, Schulschwänzen, Depression und Angst geht. Preventure ist ein kanadisches Programm, das an den tschechischen Kontext angepasst wurde. Im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Wirksamkeitsstudie von Preventure wurde Preventure für die Umsetzung in Tschechien vorgeschlagen. Auf der Grundlage der Ergebnisse sollte das Projekt in Schulen umgesetzt werden, in denen es bislang keine indizierte Prävention gibt (Maierová et al., 2015).

Im Bereich der Evaluation der indizierten Prävention wurden Untersuchungen unter Schülern der ersten und zweiten Klasse der Grundschule durchgeführt, die am Programm der Primärprävention im Prager Bezirk 6

teilgenommen hatten. Geprüft wurden Verhaltensänderungen der Kinder (Beziehung zu Gleichaltrigen und Erwachsenen, schulisches Verhalten, Konzentration, Hausaufgaben) und das Verhältnis zwischen Eltern und Lehrern nach einjähriger Teilnahme an dem Programm. Die Untersuchungen zeigten Verbesserungen insbesondere in der Beziehung der Kinder zu Gleichaltrigen, der Anpassung in der Schule, der Kommunikationsfähigkeiten, im Verhalten und der Selbstkontrolle. Eltern, Kindern und Lehrern stellten positive Veränderungen im Verhältnis zu Gleichaltrigen fest (Pavlas Martanová, 2014; Mravčík et al., 2015).

Internetbasierte Beratungsprogramme als Teil einer indizierten Prävention

Mit der schnellen Ausbreitung neuer Kommunikationstechnologien entstanden zahlreiche neue Webanwendungen. Diese Anwendungen sind zum Teil lediglich eine Alternative für die Informationsverbreitung, aber es gibt auch komplexere Programme, die als Instrument für die Früherkennung und als kurzzeitige Maßnahmen dienen.

SANANIM ist eine der größten NRO, die Dienstleistungen im Bereich von Abhängigkeit anbietet. Sie führt die internetgestützte Anwendung *Koncím s hulením* („Ich lande bei Gras“). Diese Anwendung bietet Informationen und online-Beratung sowie kurzzeitige Maßnahmen für Cannabis-Konsumenten. Innerhalb des ersten Jahres verzeichnete die Website 16 235 einmalige Besucher und es wurden 8 189 Selbsttests durchgeführt, um festzustellen, wie schwerwiegend ein Problem ist. Von den durchgeführten Tests gehörten 18 % zur Kategorie des schädlichen Konsums. Daraufhin erfolgt die Aufforderung an den User, das online-Behandlungsprogramm der Website zu beginnen. Zur online-Behandlung gehört der Kontakt mit einem Berater, die Korrespondenz über eine App oder per E-Mail sowie regelmäßige wöchentliche Chat-Konsultationen. Der Berater überprüft über das Programm auch fortlaufend den Fortschritt des Klienten, kontrolliert die Durchführung der Aufgaben und gibt dem Klienten Anleitung bei der Aufzeichnung des eigenen Konsums. Offenbar ist einer der wesentlichen Faktoren dafür, ob die zukünftige Behandlung tatsächlich begonnen wird, neben der Wartezeit auch der erste Kontakt mit dem Berater. Die besten Ergebnisse, um die Menschen für das Programm zu gewinnen, wurden bei starken Cannabis-Konsumenten mit vorherigen Erfahrungen mit Hilfeinrichtungen erzielt.

Informationen und Hilfe über anonyme online-Anfragen werden auch von anderen NRO wie *Podane ruce* angeboten, die hauptsächlich im mährischen Teil der Tschechischen Republik agiert.

Teilnahme an internationalen Projekten

Die Teilnahme an gemeinsamen Projekten, die über die Europäische Kommission finanziert werden, ist besonders wichtig, da diese tschechischen Präventionsexperten den Austausch von Kenntnissen über neue Präventionsmaßnahmen, Methoden sowie Evaluation der Verfahren und Ergebnisse ermöglichen. Von den zahlreichen Projekten führen wir hier nur zwei kürzlich durchgeführte Aktivitäten auf, die zu Verbesserungen im Bereich der Prävention führten und bei denen nützlichen Anleitungen für Lehrer, Eltern und Präventionsfachkräften erarbeitet wurden.

Ein Modellprojekt der Europäischen Union zur Prävention von Drogenmissbrauch *Unplugged* (EU-Dap) wurde in der Tschechischen Republik von 2006 bis 2010 umgesetzt. Nach sorgfältiger Evaluation, bei der sich eine statistisch relevante Verringerung im zurückliegenden Tabakkonsum und eine Verminderung beim Ausprobieren unter der Zielgruppe (Kinder im Alter zwischen 12 und 14 Jahren) ergab, wurde das Programm erweitert. 2013 bis 2014 wurden Auffrischungssitzungen im Rahmen von *Unplugged* in mehr als 70 Schulen durchgeführt. 2015 wurde erneut eine Evaluation vorgenommen. In einigen ausgewählten Schulen wurde zudem das Elternmodul von *Unplugged* eingeführt.

Europäische Familienselbsthilfe: Stärkung der Fähigkeiten der Familie zur Prävention von Problemen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen war ein Präventionsprojekt zur Stärkung der organisatorischen Kapazitäten in der Familie und zur Schaffung von Synergien unter den Familien und bei der Zusammenarbeit mit anderen Organisationen im Bereich der Prävention. Das Hauptanliegen bestand darin, europäischen Familien ihre Ressourcen zur Prävention von Alkohol- und Drogenkonsum bei ihren Kindern aufzuzeigen und diese weiterzuentwickeln sowie Wege und Voraussetzungen zu beschreiben, mit denen Eltern ihre Kinder bei der Bewältigung

riskanter Verhaltensweisen Kinder unterstützen können (Gabrhelik et al., 2014).

Zwei Projekte, die auf die Verringerung von Alkoholkonsum bei Minderjährigen und von episodisch auftretenden Alkoholexzessen abzielen, werden zurzeit umgesetzt (STAD in Europe und Localize It). Diese Projekte schließen die Lücke bei Präventionsprogrammen gegen riskanten Alkoholkonsum.

Schlussfolgerungen

Die Prävention von Substanzgebrauch gehört in der Tschechischen Republik zur etablierten Praxis. Zu den positiven Ergebnissen zählt die funktionale vertikale und horizontale Koordination. Wichtig ist ein einheitliches Schulungs- und Zertifizierungssystem, ebenso wie vorhandene Finanzierungsprogramme. Das Budget für die Prävention ist jedoch unzureichend. Eine breite Umsetzung der Prävention im Schulsystem und eine Zusammenarbeit der Schulen mit NRO bei Präventionsmaßnahmen zählen ebenfalls zu den positiven Faktoren. Fehlende langfristige Unterstützung für erfolgreiche Programme ist eine der stärksten Einschränkungen für die Präventionsarbeit.

Die Evaluation der Auswirkungen der Präventionsprogramme muss verbessert werden. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrheit der Präventionsprogramme auf die Prävention des Gebrauchs illegaler Substanzen ausgerichtet ist und die Prävention von Tabakrauchen und Alkoholkonsum immer noch unterdurchschnittlich vertreten ist.

Referenzen

- GABRHELÍK, R., CALAFAT, A., SUMNALL, H., BRENZA, J., JUAN, M., MENDES, F., KARLSSON RÅDELIUS, E., TALÍČ, S., CSÉMY, L. & GROUP, T. E. 2014. (Selbst)Organisationspotential europäischer Eltern zur Verhütung des Konsums von Alkohol, Tabak und anderen Drogen unter Kindern. *Adiktologie*, 14 (2), 116-124.
- MAIEROVÁ, E., CHARVÁT, M., MIOVSKÝ, M. & ŠTASTNÁ, L. 2015. *Evaluace procesu české adaptace programu cílené krátké intervence Preventure a jeho pilotní implementace pro žáky základních škol*. *Adiktologie*, 15 (1), 12-32.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KÍŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L. & VOPRAVIL, J. 2015b. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*, Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KÍŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J. 2016. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Jahresbericht zur Drogensituation 2015 - Tschechische Republik]* MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012a. *Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování [Zertifizierungsregeln und Anleitungen für die Inspektion vor Ort bei Zertifizierungsverfahren gemäß den Standards fachlicher Kompetenz bei den Einrichtungen, die die Programme der Primärprävention von Risikoverhalten an den Schulen durchführen]*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012b. *Manuál certifikátora [Handbuch für Zertifizierungsstellen]*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2014a. *Seznam certifikovaných programů k 30. červnu 2014 [Liste zertifizierter Programme zum 30. Juni 2014]*.
- VAVRINČÍKOVÁ, L., MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., KÍŠŠOVÁ, L., NEČAS, V. & VOPRAVIL, J. 2013. *Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví ČR – program Národní akční plány a koncepce 2012 [Darstellung der Verfügbarkeit und der Leistungen des Netzwerkes von Drogendienststellen. Analysebericht für das Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik – die nationalen Aktionspläne und politischen Maßnahmen 2012]*. Praha: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze. *Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Zypern*

Situation und Schwerpunkte der Suchtprävention in Zypern

Pantelitsa Nicolaou
Bildungszentrum Drogen und Behandlung
von Drogenabhängigen GmbH
KENTHEA
Nikosia / Zypern

Die Regulierungs- und Koordinationsbehörde, die in Zypern für den Bereich des Substanzgebrauchs verantwortlich ist, ist die zypriotische Drogenbekämpfungsstelle (Anti-Drug Council, CAC), die als eigenständige Einrichtung fungiert. Die zypriotische Drogenbekämpfungsstelle ist allgemein verantwortlich für den Entwurf einer nationalen Strategie sowie eines Aktionsplans im Bereich Drogen und anderer psychoaktiver Substanzen sowie für die Förderung, Überwachung und Kontrolle der Umsetzung derselben.

Die CAC bemüht sich um die Reduzierung der Nachfrage (Prävention, Behandlung, soziale Wiedereingliederung und Schadensminderung), die Reduzierung des Angebots sowie die epidemiologische Überwachung der Drogensituation im Land.

Die CAC ist ebenfalls verantwortlich für die Evaluierung, Bestätigung und Finanzierung von Maßnahmen in den oben genannten Bereichen.

Bei KENTHEA legen wir großen Wert darauf, die EU- und die nationale Strategie zur Feststellung von Abhängigkeit von illegalen Substanzen und schädlichem Alkoholkonsum 2013-2020 zu verfolgen. Deshalb zielen unsere neuen Projekte darauf ab, sowohl die Prioritäten beider Strategien hinsichtlich der Methodologie und Zielbevölkerung zu verfolgen als auch gleichzeitig die Mindestqualitätsstandards einzuhalten.

Im Einklang mit dem EU-Aktionsplan zur Drogenbekämpfung besteht das erste Ziel bei der Reduzierung der Nachfrage darin, Drogenkonsum zu verhüten und dessen Beginn hinauszuzögern. Dies kann durch die Verbesserung der Verfügbarkeit und der Effizienz von Präventionsmaßnahmen erfolgen, durch Berücksichtigung von Risikofaktoren für die Bevölkerung, situationsbedingter Risikofaktoren, durch stärkere Sensibilisierung und Maßnahmen, die anhand konkreter Daten gegen den Gebrauch von verschriebenen und frei verkäuflichen psychoaktiven Medikamenten entwickelt werden.

Gemäß den EU-Mindestqualitätsstandards in der Prävention (umfeldbedingte, universelle, selektive und indikative) müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- a) die Maßnahmen richten sich an die allgemeine Bevölkerung, an Bevölkerungsgruppen, bei denen ein Risiko der Entwicklung eines Problems im Substanzgebrauch besteht oder an Bevölkerungsgruppen/Einzelpersonen, bei denen ein problematischer Konsum festgestellt wurde. Sie können dazu dienen, den Drogengebrauch und/oder dessen negativen Folgen in der allgemeinen Bevölkerung und/oder Bevölkerungsgruppen zu verhindern, zu verzögern oder zu reduzieren, und sie beruhen auf einer Einschätzung von und sind zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Zielbevölkerung;
- b) die für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zuständigen Personen verfügen über die Kompetenzen und Sachkenntnis zu Präventionsgrundsätzen in Theorie und Praxis, und sie sind ausgebildet und/oder spezialisierte Fachkräfte, die von öffentlichen Institutionen unterstützt werden (Bildung, Gesundheit, Sozialdienste) oder arbeiten für zugelassene oder anerkannte Einrichtungen oder NGO;
- c) die für die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen zuständigen Personen haben Zugang zu und nutzen verfügbare evidenzbasierte Programme und/oder Qualitätskriterien, die auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene zur Verfügung stehen;

- d) Präventionsmaßnahmen sind Teil eines kohärenten langfristigen Präventionsprogramms, sie werden ordnungsgemäß und fortlaufend überprüft, sodass ggf. erforderliche Anpassungen vorgenommen werden können. Sie werden evaluiert und die Ergebnisse werden zur Verfügung gestellt, sodass man aus neuen Erfahrungen lernen kann.

Der Präventions- und Gesundheitsförderung wird auf nationaler Ebene große Bedeutung beigemessen. Heutzutage liegt der nationale Fokus auf selektiver Prävention und umfeldbezogenen Maßnahmen.

Das erste Ziel des Kapitels „Prävention“ ist die Unterstützung gefährdeter Gruppen (frühe Schulabgänger, Soldaten zwischen 18 und 20 Jahren mit experimentellem Konsum / Gebrauch, Kinder, deren Eltern im Gefängnis sind, Kinder von geistig kranken Eltern, Kinder, die missbraucht wurden, Kinder unter Obhut des Staates, Kinder von langzeitarbeitslosen Eltern, Schwangere, die Alkohol oder Substanzen konsumieren, Fahrer, die wiederholt unter Alkoholeinfluss beim Fahren erwischt wurden), um Drogenkonsum zu verhindern und Interventionen in Bereichen mit hohem Risiko anzubieten.

Das zweite Ziel besteht in der Entwicklung von Umfeldern, die geeignet sind, die Menschen vom Drogenkonsum abzuhalten.

Das dritte Ziel ist das Angebot universeller Programme für gefährdete Gruppen, um für diese ein sicheres Umfeld zu schaffen.

Die Programme, die im Moment bei KENTHEA laufen, beinhalten u. A. Folgendes:

Unterstützung des psychiatrischen Dienstes der Nationalgarde (zwei Psychologen, die in der Nationalgarde als männliche junge Erwachsene zwischen 18 und 20 Jahren ihren Pflichtdienst in dezentralen Gebieten leisten und ein Auszubildender), Sommerprogramme in den 5 Schulen des Nationalen Gefängnisses. Wir haben Gruppensitzungen angeboten für

- a) persönliche Entwicklung,
- b) elterliche Kompetenzen,
- c) Vorträge über Abhängigkeit,
- d) Psychologieunterricht, wobei in diesem Jahr eine Einführung zur Entwicklungspsychologie angeboten wurde, ein universelles Präventionsprogramm mit der Bezeichnung „Lebensreise“ (mit Schwerpunkt auf Rauchen, Alkohol oder multikulturelle Probleme je nach den Bedürfnissen der Schule).

Unsere selektiven Präventionsprogramme sind

- 1) Mehrstufige Unterstützung für Teenager (Nikosia: Agios Dometios und Dali, Famagusta und Paphos)
- 2) „Mütter in Aktion... zusammen schaffen wir es besser“
- 3) Programme, die gemäß den Bedürfnissen spezifischer Gruppen erarbeitet wurden z.B. ein Programm, das für taube Kinder mit Unterstützung ihrer Übersetzer und Lehrer entwickelt wurde. Bei dem Programm geht es um die Bewältigung von Gefühlen und die Prävention von Rauchen und Trinken. Ein weiteres Programm wurde für Schüler entworfen, die beim Rauchen in Schulgebäuden erwischt wurden und als Alternative zu einer Bestrafung in unsere Gruppe kamen
- 4) „Meine Lebensreise“ ist ein selektives Präventionsprogramm, das in Zusammenarbeit mit der Universität Zypern entwickelt wurde und im Bereich der Emotionsregulation von Teenagern abhängiger oder geistig kranker Eltern tätig ist.

KENTHEA ist ebenfalls in EU-Projekten in Zusammenarbeit mit unseren euro net-Partnern aktiv. Wir veröffentlichen auch Geschichten von Kindern, die für die Prävention von Abhängigkeit relevant sind (in diesem Jahr gab es eine über Mobbing, eine über Liebe und Zärtlichkeit, eine über den Konsum stimulierender Drogen und eine zum Thema Glücksspiel).

Wir führen weiterhin die ESPAD-Forschung 2015 durch (Analyse und Präsentation von Ergebnissen), wir halten Vorträge in der Öffentlichkeit, veranstalten Konferenzen/Seminare bzw. beteiligen uns daran, wir bieten wissenschaftliche Unterstützung für Beratungsstellen vor Ort an, führen Schulungen durch und betreuen Hochschulabsolventen bei Programmen angewandter Psychologie und bei der psychologischen Behandlung von Abhängigkeiten.

Konkret ist das Projekt „Mütter in Aktion... zusammen schaffen wir es besser“ ein selektives Präventionsprogramm, das vollständig von der Drogenbekämpfungsstelle Zyperns finanziert wird. Das Projekt zielt darauf ab, die geistige Gesundheit und die erzieherischen Kompetenzen von Müttern zu verbessern, die unter Depression oder Angstzuständen leiden, um dadurch ebenfalls das Umfeld für die Entwicklung ihrer Kinder zu verbessern. In einem gesunden Umfeld erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder Drogen und Alkohol fern bleiben.

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden 4 von 15 Menschen irgendwann in ihrem Leben einmal an einer Depression. Goyal, Gay & Lee (2010) gehen davon aus, dass Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, deren Bildungsniveau unterhalb der Fachschulebene liegt, die unverheiratet und arbeitslos sind, ein elf Mal höheres Risiko an einer Depression zu erkranken aufweisen. Weissman et al (1992) fanden heraus, dass bei Kindern depressiver Eltern ein höheres Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung besteht. Eine Langzeitstudie von Frank & Meara (2009) ergab, dass bei Kindern depressiver Frauen eine höhere Gefahr besteht, dass sie Verhaltensprobleme entwickeln.

Auch wenn auf nationaler Ebene viele Programme zur Entwicklung elterlicher Kompetenzen zur Verfügung stehen, werden diese von Müttern mit Problemen nicht genutzt. Gemäß Muzik et al, (2015) könnte dies daran liegen, dass diese Eltern nicht verstehen, inwiefern diese Programme für sie nützlich sein könnten. Sie haben keinen Ort oder niemanden, bei dem sie ihre Kinder lassen können, um an den Kursen teilzunehmen, und sie haben auch nicht die Transportmittel, um dorthin zu gelangen. Möglicherweise fühlen sie sich auch unwohl gegenüber Eltern, die in einer besseren Situation sind. Generell sind sie misstrauischer gegenüber dem System.

„Mütter in Aktion“ bietet einmal pro Woche ein Gruppentreffen zur Verbesserung der elterlichen Kompetenzen an (12 Sitzungen). Die Arbeit der Gruppe wird durch einen zugelassenen Beratungspsychologen geleitet. Gleichzeitig kümmern wir uns in einem nebenan gelegenen Zimmer um die Kinder, während die Mütter an dem Programm teilnehmen. Für die Mütter und Kinder bieten wir einen Imbiss an. Ein Betreuer wird pro Frau eingeteilt, um Bedürfnisse/Ziele zu erkennen und zu formulieren, praktische und pragmatische Unterstützung zu geben (z.B. Kontaktherstellung zwischen der Frau und den erforderlichen Diensten, Hilfe bei der Antragsstellung, Begleitung zu Terminen) und emotionale Unterstützung zu geben. Die Betreuer haben eine Hochschulausbildung in Beratungspsychologie absolviert. Die Betreuer treffen sich mit den Müttern mindestens einmal pro Woche. Die Kinder der Frauen sowie die Frauen selbst werden an die geeigneten Dienste vermittelt, soweit sie von diesen noch nicht betreut werden. In der Regel werden diese Dienste innerhalb unserer Einrichtung angeboten.

KENTHEA ist Programmkoordinator und für die Abwicklung verantwortlich. Angeboten werden Räume für Gruppentreffen, Psychologen und die Begleitung der Betreuer.

Die Universität Nikosia und dessen Abteilung für Sozialwissenschaften und Psychologie unterstützt als Kooperationspartner durch Hochschulabsolventen im Bereich Beratungspsychologie, während die Sozialdienste des Ministeriums für Arbeit, Sozialleistungen und Versicherungen dafür verantwortlich sind, die für das Programm geeigneten Mütter zu identifizieren und zu KENTHEA zu vermitteln.

Das Programm begann am 1. Oktober 2016. Eine Gruppe von 10 Frauen wurde durch die Sozialdienste an uns verwiesen. 6 Frauen erklärten sich bereit, an einem Treffen der Gruppe teilzunehmen. 5 waren einverstanden, die Arbeit fortzusetzen. Es wurde die Entscheidung getroffen, das Projekt mit diesen 5 Frauen durchzuführen und nach Abschluss desselben mit einer weiteren Gruppe von 5 Frauen zu arbeiten. Ursprüngliches Ziel waren

10 Frauen. Es wurden 5 Betreuer ausgewählt und mit den Frauen zusammengebracht. Bis zum heutigen Tag fanden 7 Gruppentreffen mit gleichzeitiger Kinderbetreuung statt.

Während der ersten beiden Treffen wurden die Teilnehmer über die Angebote informiert und füllten einige Fragebögen aus. Es wurden Ziele aufgestellt. Alle Frauen betonten, dass sie den Schwerpunkt bei den erforderlichen Zielen auf die elterlichen Kompetenzen und die Bewältigung von Stimmungen und Ängsten setzen. Es fand eine Diskussion über die Stärkung positiver und die Überwindung negativer Verhaltensweisen bei Kindern statt. Weiterhin wurden Techniken zur Unterstützung bei den Hausaufgaben erörtert. Für den Fall von Gewalt- oder Wutausbrüchen seitens der Kinder wurden Alternativen zu körperlicher Bestrafung vorgeschlagen. Weiterhin wurde die Einnahme psychotropischer Medikation für die Kinder diskutiert.

Die Frauen zeigten sich kooperativ und engagiert. Sie möchten anscheinend zeigen, dass sie sich im Bereich elterlicher Kompetenzen doch recht gut auskennen. In der Tat haben sie offensichtlich teilweise korrekte Kenntnisse, teilweise jedoch auch nicht zutreffende Vorstellungen. Am Anfang reagierten sie eher abwehrend. Von Treffen zu Treffen zeigten sie sich dann eher bereit, ihre Schwierigkeiten zu offenbaren. Sie sind auch offener für ein Feedback. Die Rückmeldungen der Betreuer bestätigen, dass es praktische Schwierigkeiten im Bereich der Elternkompetenzen, insbesondere der Festlegung von Grenzen gibt. Die Gruppe scheint sich in die richtige Richtung zu entwickeln. Die Betreuer wurden von den Frauen gut aufgenommen. Bei der endgültigen Evaluierung des Programms erfolgt eine Punktebewertung bezüglich Depressions- und Angstzuständen (BDI und BAI). Es werden Fragebögen über ihre Zufriedenheit, die Anzahl von Vermittlungen und der in Anspruch genommenen Angebote ausgefüllt, Berichte der Mitarbeiter und Kooperationspartner werden hinzugezogen und qualitative Daten zu den Ergebnissen der Gruppen- und Betreuungsarbeit erfasst. Ein Endbericht ist ebenfalls Bestandteil der Evaluierung.

Das Programm „Mehrstufige Unterstützung für Teenager“ ist ein selektives Präventionsprogramm, das teilweise von der nationalen Drogenbekämpfungsstelle Zyperns finanziert wird. Ziel ist die Minimierung der Risikofaktoren für Teenager, die zu Gruppen gehören, bei denen ein hohes Risiko besteht, einen Drogen- oder Alkoholmissbrauch zu entwickeln. Gleichzeitig werden bei ihnen schützende Faktoren gestärkt. Zu der Zielgruppe gehören stark gefährdete Teenager einer bestimmten Oberschule sowie deren Eltern und Lehrer. Als stark gefährdet gelten Teenager, deren Eltern im Gefängnis sind, wenn psychische Erkrankungen in der Familie auftreten, wenn Eltern oder Teenager Drogen und/oder Alkohol konsumieren/missbrauchen, Teenager sexuell belästigt/missbraucht wurden, Teenager aus Familien stammen, in denen psychische Gewalt vermutet wird, Teenager mit Lernbehinderungen, Teenager, die regelwidrige Verhaltensweisen zeigen oder aus Familien mit starken finanziellen oder anderen Schwierigkeiten stammen.

Laut NIDA sind die schützenden Faktoren, die es zu stärken gilt, folgende:

- a) starke Familienbande
- b) elterliche Kontrolle
- c) elterliche Unterstützung/Engagement
- d) schulischer Erfolg
- e) Teilnahme an außerschulischen Aktivitäten/Hobbys/Sport
- f) feste Haltung zum Drogenkonsum.

Gemäß der „Einstiegstheorie“ (Kandel & Kandel, 2014, Chen et al., 2002) besteht bei Kindern, die in einem frühen Alter mit dem Rauchen oder Alkoholkonsum beginnen, eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie weiterhin andere illegale Drogen nutzen und abhängig werden. Nach Angaben von ESPAD 2015 liegt der Alkohol-

konsum unter Schülern in Zypern weit über dem EU-Durchschnitt, wobei 68 % der Schüler angeben, dass sie in den zurückliegenden 30 Tagen Alkohol konsumierten und 50 % über gelegentliche Alkoholexzesse berichten. (Lebenslanger Cannabisgebrauch 7 %, Zigarettenkonsum 18 %, Beruhigungsmittel ohne Verschreibung 5 % und Gebrauch von Schnüffelfstoffen 8 %). Gleichzeitig liegt die Prävalenz von Schülern, die Erfahrungen mit Substanzgebrauch im Alter von 13 oder jünger gemacht haben, bei Alkohol bei 66 %.

Laut Li, Zhou und Stanton (2002) begannen 65 % der Teenager in China zu Hause bei einem Freund Drogen/Alkohol zu konsumieren, und 83 % taten dies unter Anwesenheit anderer, die Drogen/Alkohol konsumierten. Der Grund war, den Konsum auszuprobieren und weil jemand anderes es ihnen anbot.

Laut ESPAD 2015 glauben 88 % der Schüler, dass Alkohol „recht leicht“ oder „wirklich leicht“ zu bekommen ist (Zigaretten 56 % und Cannabis 21 %). Gemäß ESPAD 2015 stellte sich auch heraus, dass unter allen Studenten, die Alkohol konsumiert hatten, die Häufigkeit des Alkoholtrinkens in den zurückliegenden 30 Tagen bei 5,4 Anlässen lag, wohingegen Schüler aus Zypern Alkohol bei 8,2 Anlässen konsumierten. Die Prävalenz mindestens fünf oder mehr Drinks innerhalb der zurückliegenden 30 Tage konsumiert zu haben lag bei den Jungen bei 57 % und bei den Mädchen bei 45 % (35 % in Europa).

Das Programm bietet schulische Unterstützung an. Wir weisen jedem Schüler einen Betreuer für die private Betreuung zweimal wöchentlich über jeweils eine Stunde für einen Zeitraum von drei Monaten zu, um die schulischen Leistungen zu verbessern. Die Betreuer werden den Schülern je nach deren Erfordernissen zugewiesen. Die Betreuer übernehmen auch die Rolle eines Mentors. Wir vermitteln Lebenskompetenzen in Workshops: In 6 Gruppen-Workshops werden Lebenskompetenzen gelehrt (d.h. Kommunikationsfähigkeiten, Bewältigung intensiver Gefühle, Peer-Druck usw.). Für Eltern gibt es Beratungssitzungen, um sie bei der Verbesserung ihrer elterlichen Kompetenzen zu unterstützen (d.h., beim Setzen von Grenzen, in der Kommunikation, Unterstützung usw.). Es finden bis zu 6 Sitzungen statt. Bei Bedarf bieten wir weitere Sitzungen an. Wir unterstützen auch die Lehrer bei der Wahrnehmung ihrer Rolle, indem wir ihnen Vorträge anbieten, um ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit gefährdeten Teenagern zu erweitern.

„Mehrstufige Unterstützung für Teenager“ läuft in 3 Bezirken und 4 Schulen sowie in 2 Gymnasien in Nikosia: Agios Dometios und Dali, 1 Gymnasium in Famagusta und 1 Gymnasium in Paphos. KENTHEA ist auch hier Programmkoordinator und verantwortlich für die Abwicklung des Programms. Angeboten werden Räume für die Elternberatung, Psychologen für die Workshops in Lebenskompetenzen sowie die Vorträge für Lehrer. Die Universität Nikosia/Universität Neapolis/Europäische Universität bieten als Kooperationspartner Masterstudenten für Beratungen/Schulpsychologen an, die die Beratung der Eltern (und ggf. der Teenager, wenn Eltern und Teenager zustimmen) vornehmen. Zur abschließenden Evaluierung des Programms gehört Folgendes: Beratende Studenten evaluieren die Bedürfnisse/Schwierigkeiten der Familie zu Beginn und am Ende des Programms, es werden Fragebögen über die Zufriedenheit an die Familien ausgegeben. Die Schulnoten der Schüler werden zu Beginn und am Ende des Programms abgefragt.

Zum Ende des Projekts erwarten wir, dass die Schüler eine Verbesserung ihrer schulischen Leistungen aufweisen, straffälliges und regelwidriges Verhalten zurückgegangen sind, ihre sozialen Kompetenzen (Kommunikation/Durchsetzungsvermögen etc.) erweitert wurden, ihr Selbstbild und Selbstvertrauen bestärkt wurde und sie in außerschulische Aktivitäten/Hobbys stärker involviert sind. Kenntnisse über die Folgen von Drogen- bzw. Alkoholkonsum sollten erlangt worden sein. Wir erwarten auch, dass sich bei den Eltern eine Verbesserung ihrer elterlichen Kompetenzen zeigt und dass die Lehrer verbesserte Kompetenzen im Umgang mit gefährdeten Teenagern aufweisen.

Best Practice Projekte

Belgien
"SPORTWIJS.be"



Setting	Sport
Ziele	Information und Sensibilisierung von Sportvereinen und Athleten Herabsetzung der Schwelle für Alkohol- und Drogenprävention im Setting Sportvereine
Zielgruppe:	Sportvereine und junge Athleten
Dauer:	Auf Dauer angelegtes Online-Angebot
Standorte / Verbreitung:	www.sportwijs.be – Online-Angebot
Beschreibung:	Unter Einbeziehung von Sportvereinen und Athleten wurde ein Online-Angebot mit dem Ziel entwickelt, Sportvereine und Athleten über Alkohol- und Drogenprävention zu informieren und hierfür zu sensibilisieren. Das Angebot kann auch bei Treffen zum Zwecke der Kurzintervention mit Jugendlichen eingesetzt werden („FreD goes net“), um Auswirkungen von Alkohol und Drogen mit den Für und Wider zu diskutieren. In Belgien wird auf diese Website auch im Rahmen des Angebots „sportvos“ verlinkt und referenziert, bei dem Sportvereine Strategien zum Umgang mit Alkohol und Drogen erarbeiten (Vgl. „Good Sports Program“)
Inhalte und Methoden:	Die Web-App deckt acht Themenbereiche ab: Auswirkungen von Produkten, die mit sportlicher Aktivität im Zusammenhang stehen, Selbsttests, Strategien in Bezug auf Alkohol und Drogen in Sportvereinen, Erste Hilfe bei Alkohol- und Drogenmissbrauch, Sicherheit im Straßenverkehr, Doping, Glücksspiele.
Qualifikationserfordernisse:	Für Besucher der Website: Keine. Beim Einsatz im Rahmen von Kurzinterventionen: Kenntnisse im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung. Die Entwicklung der Web-Applikation erfolgte anhand der Richtlinien von „Click for Support“ von euro net.
Evaluation u. Ergebnisse:	Online seit Juni 2016, hat in sechs Monaten 15.000 Besucher erreicht, Aktivitäten zur Bekanntmachung des Angebots werden fortgesetzt
Entwickelte Materialien:	Web-App und Werbematerialien wie z. B. Beachflags, Poster und Alkoholtester
Mögliche Kosten:	10.000 € Entwicklungskosten
Stolpersteine:	Keine Historie im Setting Sport, belgische Bierkultur ist eng mit dem Sport verwoben

Kontakt:	David Fraters David.fraters@cadlimburg.be
Förderung:	Rotary: District Grant
Homepage:	www.cadlimburg.be , www.sportwijjs.be
Beteiligte Organisation:	CAD Limburg, Rotary Club Genk

DEUTSCHLAND

„Online-Prävention substanzbezogener Störungen bei Studierenden“



Setting:	Hochschule
Ziele:	Die Hochschule Esslingen entwickelte, implementierte und evaluierte im Zuge des durch das BMG geförderte Projschungsprojekt ein Konzept zur Prävention des riskanten, missbräuchlichen und schädlichen Alkohol-konsums bei Studierenden. Das Konzept „eCHECKUP TO GO & Peer-Beratung“ basiert auf der Verzahnung des Online-Präventionsprogramms eCHECKUP TO GO mit den Offline-Elementen einer studentischen Peer-Beratung und der Verknüpfung mit dem vorhandenen Beratungsnetzwerk im Setting Hochschule. Die Hochschule Esslingen diente hierbei als Pilot.
Zielgruppe:	Studierende
Dauer:	01.05.2013 – 30.04.2016
Standorte / Verbreitung:	Hochschule Esslingen (Das eCHECKUP TO GO ist in seiner englischen Version weltweit an über 600 Institutionen im Einsatz)
Beschreibung:	Als Online-Angebot wurde das amerikanische Online-Präventionsprogramm eCHECKUP TO GO innerhalb des Projektes an die deutschen Verhältnisse adaptiert und dessen Wirksamkeit mittels einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) evaluiert. Es handelt sich hierbei um ein anonymes und vollautomatisiertes online-basiertes Programm, welches den Durchführenden ein Feedback zum eigenen Trinkverhalten und dessen Folgen gibt. Ziel des Programms ist es, den Alkoholkonsum und die mit Alkoholkonsum verbundenen sozialen und gesundheitlichen Schäden zu verringern und somit ein erfolgreiches Studieren zu fördern. Für eine weitere Verankerung in das Setting Hochschule wurde eine studentische Peer-Ausbildung und –Beratung aufgebaut. Studierende dienen nach entsprechender Qualifizierung ihren Kommilitonen als eine Anlaufstelle für Sucht- und Substanzmittelfragen, gleichzeitig sensibilisieren sie diese hinsichtlich des eigenen Alkoholkonsums und das Thema des riskanten Alkoholkonsums bei Studierenden wird enttabuisiert. Darüber hinaus wurde ein Netzwerk für die weitere Beratung und ggf. Behandlung aufgebaut. Die unterschiedlichen Elemente (Onlineprogramm, Peer-Beratung und Beratungsnetzwerk) beziehen sich im Gesamtkonzept aufeinander, so dass Studierende ein umfassendes Präventionsangebot im Setting Hochschule vorfinden.
Inhalte und Methoden:	Der Forschungsansatz des Projekts kann in drei wesentliche Bestandteile gegliedert werden: (1) Adaptation des eCHECKUP TO GO (kurz: eCHUG-D), (2) Wirkungsevaluation des eCHUG-D und (3) Konzeption der studentischen Peer-BeraterInnen-Ausbildung. 1) Adaptation des eCHUG-D Das Programm eCHECKUP TO GO wurde von der San Diego State University Research Foundation entwickelt und wird mittlerweile weltweit an mehr als 600 Hochschulen eingesetzt. Im Vorfeld des Projektes wurde eine

Kooperation mit dem EntwicklerInnen-Team aufgebaut, so dass während des Projektes eine deutsche Version des Programmes erarbeitet werden konnte. Die Entwicklung einer deutschen Adaptation beinhaltete zum einen die Übersetzung der Texte und das Umrechnen der Maße (pounds / ounces / Dollar) ins Deutsche sowie zum anderen eine grundlegende Überprüfung und Anpassung aller Programmelemente im Hinblick auf die zugrunde liegenden empirischen Daten und Fakten. Im Adaptationsprozess spielte die Partizipation von Studierenden eine wichtige Rolle. In studentischen Fokusgruppen wurde der deutsche Entwurf auf Akzeptanz, Verständlichkeit und Anschlussfähigkeit an die Lebenswelten und die Sprachstile deutscher Studierender geprüft. Die Fokusgruppen wurden mit einer Gruppengröße zwischen fünf und zwölf TeilnehmerInnen durchgeführt. Zur bestmöglichen Abbildung der Studierendenschaft in Deutschland wurden die unterschiedlichen Hochschultypen (Universitäten, Hochschulen für angewandte Wissenschaft, Duale Hochschulen) an mehreren Standorten einbezogen. Zur weitergehenden Überprüfung der Adaptation wurden innerhalb der durchgeführten Wirksamkeitsevaluation (s.u.) Fragebögen entwickelt, die die Akzeptanz und das Nutzungsverhalten der Studierenden in Bezug auf eCHUG-D erfassten.

2) Wirksamkeitsevaluation des eCHUG-D

Zur Evaluation der Wirksamkeit von eCHUG-D wurde innerhalb des Projektes eine RCT an drei Universitäten aus Baden-Württemberg im Zeitraum von Mai bis Dezember 2015 durchgeführt. Das Studiendesign sah die Bildung zweier Gruppen vor (Assessment-Only-Kontrollgruppe vs. eCHUG-D-Interventionsgruppe), zu denen die Studienteilnehmenden randomisiert zugeteilt wurden. Beide Gruppen durchliefen dabei zur Basiserhebung das gleiche Assessment, bevor lediglich ProbandInnen der Interventionsgruppe einen Link zu dem Programm eCHUG-D erhielten, um dieses Programm zu absolvieren. Zur 3-monatigen und 6-monatigen Folgerhebung beantworteten die Studienteilnehmenden beider Gruppen die gleichen Fragebögen. Das Ergebnis einer RCT erreicht nach der von der Agency for Healthcare Policy and Research entwickelte Einteilung der Evidenzgrade die höchste Stufe, mit der Kategorie 1b.

3) Konzeption und Implementierung der studentischen Peerberatung

Für die Konzeption der Peer-BeraterInnen wurde auf unterschiedliche Ressourcen zurückgegriffen: Bereits seit Oktober 2009 wird das Thema Alkoholprävention an der Hochschule Esslingen bearbeitet, u. a. im Rahmen eines von Studierenden geplanten und durchgeführten Workshops für Studierende. Dieser Ansatz und die damit verbundenen Erfahrungen wurden ausgewertet und für die Neukonzeption der Peer-BeraterInnen-Ausbildung nutzbar gemacht. Bei der Konzeption der Peer-BeraterInnen-Ausbildung wurde zudem auf die Erfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei der Jugendkampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ zurückgegriffen und es fand ein intensiver Austausch mit der San Diego State University (Interviews mit den dort tätigen PsychologInnen, Peer-BeraterInnen und Studierenden), den StakeholderInnen an der Hochschule Esslingen (Zentrale Studienberatung, Hochschulleitung) sowie mit einer Expertin zur motivierenden Gesprächsführung aus dem regionalen Hilfenetzwerk statt. Die Ergebnisse aus den studentischen Fokusgruppen gingen ebenfalls in die Konzeption ein.

Qualifikationserfordernisse:	Die Administration des Programmes eCHUG-D erfordert Kenntnisse des Beratungsnetzwerkes einer Hochschule und die Fähigkeit, diese Kontaktadressen auf einer Anwenderplattform einzutragen. Lehrkraft für die Peer-BeraterInnen-Ausbildung: z. B. M. A. soz.päd/soz. arb oder ein vergleichbarer Hochschulabschluss
Evaluation u. Ergebnisse:	1) Adaptation des eCHUG-D Innerhalb der durchgeführten Studien wurde eCHUG-D überwiegend positiv beurteilt. Daraus kann geschlossen werden, dass die Übersetzung und Adaptation des eCHECKUP TO GO gelungen ist und die deutsche Version eine breite Akzeptanz unter Studierenden erfährt. 2) Wirksamkeitsevaluation des eCHUG-D Eine Wirksamkeit des eCHUG-D konnte mittels RCT belegt werden: Studierende, die das Programm eCHUG-D durchliefen, reduzierten nach drei Monaten und sechs Monaten die Anzahl konsumierter alkoholischer Getränke (in den letzten vier Wochen) sowie nach drei Monaten die maximal erreichte Blutalkoholkonzentration bei einer Trinkgelegenheit signifikant stärker als die Kontrollgruppe. Für verschiedene Variablen des (riskanten) Alkoholkonsums können somit für das eCHUG-D signifikante Effekte belegt werden. Es handelt sich – wie bereits aus anderen Studien bekannt – um kleine Effekte, die auf einer einmaligen Durchführung des Programmes beruhen. 3) Konzeption und Implementierung der studentischen Peerberatung Die entwickelte studentische Peer-Beratung wurde im Wahl-Pflicht-Bereich aller Studiengänge der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege curricular verankert. Das Ausbildungskonzept ist zwei-semesterig ausgelegt und basiert auf einem Basis- und einem Aufbaukurs. In der Peer-BeraterInnen-Ausbildung werden die Studierenden für gesundheitsrelevante Themen und Ziele sensibilisiert und sie lernen, diese glaubwürdig zu kommunizieren. Damit erwerben die Studierenden Schlüsselqualifikationen für die Promotion gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, wie z. B. Kompetenzen in der Methode der motivierenden Gesprächsführung. Ausbildungsziel ist es dabei, die Peer-BeraterInnen zu befähigen, mit ihren KommilitonInnen über den Alkoholkonsum und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu diskutieren, hinsichtlich des eigenen Alkoholkonsums zu sensibilisieren, zu einem risikoarmen Alkoholkonsum anzuregen und zur Durchführung des eCHUG-D zu motivieren. Als Kern der Peer-Aktivitäten wurden die Entwicklung, Durchführung und Optimierung von Outreach-Aktionen definiert. Die Peer-BeraterInnen sprechen Studierende auf dem Campus proaktiv auf die Thematik an und laden zur Diskussion ein. Als ein niedrigschwelliges Online-Angebot wird dabei auch das eCHUG-D bzw. Elemente daraus vorgestellt. Bei tiefergreifenden Fragestellungen kann eine Vermittlung in das Beratungsnetzwerk erfolgen. Mit der deutschen Version des Programms eCHECKUP TO GO liegt nun ein auf hoher Evidenzstufe erprobtes und auf die Lebenswelt Studierender zugeschnittenes Online-Präventionsprogramm für den deutschsprachigen Raum vor. Die Ausbildung und der Einsatz von studentischen Peer-BeraterInnen zeigten sich als eine wichtige Komponente, um das Programm im Setting Hochschule bekannt zu machen und zu verankern. Das Prä-

ventionskonzept nutzt dabei die additiven Effekte dieser verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätze, um den Studierenden in Bezug auf einen Substanzmittelkonsum ein erfolgreiches Studium zu ermöglichen. Das beschriebene Präventionskonzept wird als Teil eines weiteren Projektes („DIOS: Dissemination und nachhaltige Implementierung von (Online-) Präventionsmaßnahmen für missbräuchlichen Substanzkonsum bei Studierenden“) Hochschulen in Deutschland systematisch verfügbar gemacht werden. Darüber hinaus werden bei Interesse Hochschulen bei der Implementierung von Präventionsangeboten individuell beraten und unterstützt.

Entwickelte Materialien:

Deutsche Version des Präventionsprogrammes
„eCHECKUP TO GO-Alkohol“
(Eigentümer ist die San Diego State University)
Flyer zu eCHUG-D
Handbuch für Peer-Beraterinnen und -Berater

Mögliche Kosten:

Das Programm „eCHECKUP TO GO-Alkohol“ wird über die San Diego State University lizenziert. Die jährlichen Kosten umfassen voraussichtlich a. 975 US-Dollar.
Für die Ausbildung von Peer-Beratern fallen Kosten für die Lehrkraft und für Aktionsartikel an.

Stolpersteine:

Es ist bislang wenig über „gute Implementierung im Hochschul-Setting“ bekannt.

Kontakt:

Marion Laging
Marion.Laging@hs-esslingen.de
Thomas Heidenreich
Thomas.Heidenreich@hs-esslingen.de
Fakultät Soziale Arbeit Gesundheit und Pflege, Esslingen

Förderung:

Bundesministerium für Gesundheit, Deutschland

Homepage:

Kurzbeschreibung des abgeschlossenen Forschungsprojektes:

<http://www.hs-esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/forschung/projekte/abgeschlossene-projekte/echug-d.html>

Kurzbeschreibung des laufenden BMG Projektes „DIOS“

<http://www.hs-esslingen.de/de/hochschule/fakultaeten/soziale-arbeit-gesundheit-und-pflege/forschung/projekte/laufende-projekte/dios.html>

Beteiligte Organisationen:

San Diego State University Research Foundation
Hochschule Esslingen

Griechenland

“Frühintervention in der Suchtprävention bei 18 bis 25-jährigen am Beispiel der Fachhochschule Peloponnes in Kalamata“



Setting:	Technological Education Institution of Peloponnese in Kalamata (Fachhochschule Peloponnes in Kalamata)
Ziele:	Suchtprävention Stärkung des Selbstwertgefühls Entwicklung der kommunikativen Fähigkeiten Verbesserung der Lebensqualität
Zielgruppe:	Studierende der Technological Education Institution of Peloponnese in Kalamata (insgesamt 36 Personen, 23 Frauen und 13 Männer)
Dauer:	November 2014 – Juni 2015 November 2015 – Juni 2016
Standorte / Verbreitung:	Technological Education Institution of Peloponnese in Kalamata
Beschreibung:	Pilotprogramm zur Prävention: Persönliche Beratung und psychologische Betreuung für Studenten. Die Sitzungen fanden einmal wöchentlich nach Vereinbarung in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium statt. Die Sitzungen dauerten jeweils eine Stunde, wobei alle Studenten an jeweils drei Sitzungen teilnahmen. Die Intervention war als kurzfristige Maßnahme vorgesehen. Daher war die Anzahl der Sitzungen begrenzt. In Fällen, in denen eine langfristige Betreuung notwendig erschien, wurde den Studenten angeraten, sich an das Öffentliche Zentrum für Psychische Gesundheit des Staatlichen Krankenhauses Kalamata (Public Institution of Mental Health State Hospital of Kalamata) zu wenden, dessen Leistungen ebenfalls kostenfrei verfügbar sind.
Inhalte und Methoden:	Während der Sitzungen fokussieren wir uns auf die von den Studenten vorgetragenen Wünsche und sind bestrebt, die dysfunktionalen Gedankenmuster zu ermitteln, die bei ihnen Funktionsstörungen auf persönlicher, sozialer oder akademischer Ebene bewirken. Wir bieten individuelle Beratung zu den spezifischen Problemen und Bedürfnissen der Postadoleszenz.
Qualifikationserfordernisse:	Ausbildung in persönlicher Beratung und psychologischer Betreuung. Evaluation u. Ergebnisse: Die Evaluation der beratungsbasierten Intervention erfolgte auf Grundlage der persönlichen Schilderungen der Studenten. Aus diesen persönlichen Schilderungen ging hervor, dass sie am Ende der Sitzungen einen höheren Selbstwert und Erleichterung sowie über eine größere Klarheit verspürten, um ihre intra- und interpersonellen Probleme zu bewältigen.
Entwickelte Materialien:	./.
Mögliche Kosten:	Arbeitszeitvergütung für zwei Präventionsexperten.

Stolpersteine:	Stichprobenumfang Evaluation der beratungsbasierten Intervention erfolgte auf Grundlage der persönlichen Schilderungen der Studenten
Kontakt:	prolipsimes@gmail.com
Förderung:	Ministerium für Gesundheit, Ministerium des Innern, Ministerium für Bildung (Ministry of Health, Ministry of Interior, Ministry of Education)
Homepage	www.prolipsimessinias.gr
Beteiligte Organisation:	Prevention Centre of Addiction and Promotion of Mental and Social Health in the region on Messenia (Zentrum für Suchtprävention und Förderung der mentalen und sozialen Gesundheit in der Region Messenien) Technological Education Institution of Peloponnese in Kalamata (Health Care Dept. of T.E.I.) (Fachhochschule Peloponnes in Kalamata/Fachbereich Gesundheitsfürsorge) OKANA

Italien
„Streetlife.bz“



Setting:	Nachtleben / Party / Veranstaltungen / Jugendszenen / Cliques
Ziele:	Förderung einer niveauvollen Partykultur Förderung der Risiko- und Konsumkompetenz Minderung der Drogenproblematik
Zielgruppe:	Junge Konsument/innen von legalen und illegalen Substanzen Veranstalter/innen und Lokalbetreiber/innen
Dauer:	Projektbeginn 2012, seit 2016 ist das Forum Prävention Projektträger
Standorte / Verbreitung:	Südtirol, mobil
Beschreibung:	streetlife.bz ist ein Projekt des Forum Prävention im Nightlife- und Party-setting, das in Zusammenarbeit mit dem Bahngleis 7 / Cartias angeboten wird. Ziele sind die Förderung einer niveauvollen Partykultur, Verminderung der Drogenproblematik, Wissensvermittlung und die Förderung von Risiko- und Konsumkompetenz. Streetlife.bz informiert und sensibilisiert die Besucher/innen von Veranstaltungen im Rahmen einer Chillout-Zone und /oder eines Informationsstandes. Im Mittelpunkt des Angebotes steht die neutrale und sachliche Information zu legalen und illegalisierten psychoaktiven Substanzen, sowie deren Risiken, das Verhalten im Nachtleben und die Vorbeugung von Notfällen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenkonsum. streetlife.bz arbeitet szenenah, akzeptierend, präventiv und risikominimierend und bietet Informationen und Beratung zu: - Legalen und illegalisierten Substanzen und deren Wirkungen und Risiken (Safer Use) - aktuelle und lokale Entwicklungen und Trends - Sexualität und sexuell übertragbaren Krankheiten (Safer Sex) - physischen und psychischen Gesundheit, Risikoeinschätzung, Konsum-Reflexion - Safer Nighlife, rechtliche Aspekte Streetlife.bz bietet Partypräsenzen in Form eines Informationsstandes (Info- und Safer-Use-Materialien, Obst, Wasser, Kondome usw.), einer Chillout-Area oder in Form eines mobilen Teams, je nach Vereinbarung mit dem Veranstalter, an. Es werden anonyme Befragungen durchgeführt, die zur Datenerhebung, Wissenserweiterung, Feldanalyse und nicht zuletzt zur Legitimation der Arbeit im Nightlifebereich dienen. Das Monitoring gibt Aufschluss über Konsumverhalten, Trends und Entwicklungen. Erstberatung und Konsumreflexion ermöglichen es, Maßnahmen im Bereich Früherkennung und Frühintervention zu setzen. Workshops zu Safer Use und Drogennotfall werden sowohl Cliques und Szenegänger/innen als auch Akteuren im Veranstaltungsbereich angeboten.

Inhalte und Methoden:	Aufsuchende Sozialarbeit Harm Reduction Lebensweltorientierung Peer Education Motivierende Gesprächsführung
Qualifikationserfordernisse:	Die Mitarbeiter/innen haben eine Ausbildung im sozialen / pädagogischen Bereich (Sozialpädagogik, Soziale Arbeit, Psychologie o.ä.) und werden laufend themenspezifisch geschult Gesprächsführung, Substanzlehre, Drogennotfall, usw.) Freiwillige Mitarbeiter/innen sind Szeneangehörige (Peers), sie werden eng begleitet von den Mitarbeiter/innen und nehmen ebenfalls an den Schulungen teil.
Evaluation u. Ergebnisse:	Es gibt kein spezielles Evaluationsverfahren zum Projekt. Die Ergebnisse des Monitorings werden laufend ausgewertet.
Entwickelte Materialien:	Informationsflyer zu Substanzen und Safer Use Safer Use Materialien (Safer Sniffing)
Mögliche Kosten:	Die Angebote sind für Veranstalterinnen und Veranstalter grundsätzlich kostenlos, sie übernehmen allerdings Kosten für Obst, Verpflegung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und stellen Materialien zur Verfügung. Workshops werden verrechnet.
Stolpersteine:	Die lokale Veranstaltungspolitik, die italienische Rechtslage und die öffentliche Meinung zu Jugend / Drogenkonsum / Nachtleben
Kontakt:	Koordinatorin: Evelin Mahlknecht mahlknecht@forum-p.it streetlife.bz@gmail.com T: +39 342 3459111
Förderung:	durch die Autonome Provinz Bozen
Homepage:	www.forum-p.it/de/streetlifebz--1-462.html www.facebook.com/streetlife.bolzanobozen
Beteiligte Organisation:	Forum Prävention (Projektträger) Caritas Diözese Bozen-Brixen Bahngleis 7

Luxemburg
„Überregionale Suchtpräventionsarbeit mit kreativen Ansätzen“



Setting:	Jugendsozialarbeit
Ziele:	Förderung der interregionalen Zusammenarbeit in der Suchtprävention gemäß den ministeriellen Vereinbarungen der „Mondorfer Erklärungen“ von 1992 und 1998 (unterzeichnet in Mondorf-les-Bains/L) mit den beteiligten Regionen Großherzogtum Luxemburg, die deutschen Bundesländer Rheinland-Pfalz und Saarland, Département Moselle/Frankreich (und bis 2009 auch die deutschsprachige Gemeinschaft Beligens) Gemeinsame Planung und Durchführung von Maßnahmen der selektiven Suchtprävention
Zielgruppe:	sozial benachteiligte junge Menschen (i.d.R. 16 – 21 Jahre) Multiplikatoren und Institutionen aus dem Sektor der Jugendsozialarbeit in der Großregion
Dauer:	Kooperationsmaßnahmen von unterschiedlicher Dauer (jeweils i.d.R. 3 – 5 Tage) vereinzelt seit 1993, regelmäßig seit 1998
Standorte / Verbreitung:	Großregion der Mondorfer Gruppe: Luxemburg, Saarland, Rheinland-Pfalz, Département Moselle
Beschreibung:	Kooperation der Suchtpräventionsfachkräfte der MONDORFER GRUPPE mit jährlicher Planung und Durchführung von interregionalen Projekten für junge Leute und interregionalen Multiplikatoren-Fortbildungen zur selektiven Suchtprävention
Inhalte und Methoden:	Selektive suchtpreventive Maßnahmen: Methodenvielfalt mit kreativen Ansätzen, insbesondere aus den Bereichen Erlebnis-, Natur- und Wildnispädagogik sowie der Theater-, Musik-, Zauber- und Kunstpädagogik Modellhafte Projekte für junge Menschen sowie Fortbildungen für Multiplikatoren (z.T. beides in Kombination)
Qualifikationserfordernisse:	Koordinatorenebene der Suchtpräventionsfachkräfte: Know-How, Erfahrung, Bereitschaft zu methodischer Vielfalt, Vertrauen, Verlässlichkeit - gewachsene Basis durch die langjährige Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen Kooperationsbereitschaft der Zielgruppen (Institutionen, Multiplikatoren, junge Leute) Fachreferenten: Erfahrungen im Bereich der Jugendsozialarbeit, Sprachkompetenz (d-f)
Evaluation u. Ergebnisse:	Kurzzeit-Ergebnisse: sehr positives Feedback („intensive, sinnhafte Erfahrung“) Langzeit-Ergebnisse: Impulse für die Alltagsarbeit, Entstehung langjähriger Kontakte (z.T. bilaterale) Folgeprojekte und Arbeitsgruppen, Materialien und Dokumentationen (z.T. zweisprachig)

Entwickelte Materialien:	diverse Materialien: Dokumentationen, Manuale, DVD, CD, Presseberichte
Mögliche Kosten:	pro Maßnahme jährlich pro Region ca. 1.500 € Sachkosten zzgl. Personalkosten
Stolpersteine:	Abhängigkeit vom personellen und finanziellen Unterstützungsgrad und Ressourcenpotential der relevanten Institutionen und Entscheidungsträger, Fluktuationen im Fachkräftebereich
Kontakt:	CePT – Centre de Prévention des Toxicomanies / Luxemburg Roland Carius r.carius@cept.lu
Förderung:	durch die beteiligten Einrichtungen sowie durch Ministerien der beteiligten Regionen
Homepage	Informationen zur Mondorfer Gruppe im Internet unter www.cept.lu
Beteiligte Organisation:	Suchtpräventionsfachkräfte der Mondorfer Gruppe als
Koordinations-Plattform:	CePT-Centre de Prévention des Toxicomanies, Luxemburg Caritasverband Westeifel, Bitburg, Deutschland Drogenhilfe Saarland, Deutschland CMSEA – Service en Amont, Freyming-Merlebach, Frankreich sowie weitere Kooperationspartner / Institutionen aus der Region (je nach Maßnahme)

Setting:	Überall, Jugendorganisationen, Suchthilfeorganisationen, zu Hause, an Straßenecken
Ziele:	Motivation zur Verhaltensänderung, Annahme von (professioneller) Hilfe bis hin zur Klinikeinweisung
Zielgruppe:	Jugendliche (14-24) mit beginnendem problematischem Alkoholkonsum, problematischem Drogenkonsum oder problematischem Glücksspielverhalten
Dauer:	4 (oder 5 sofern auch ein Treffen mit den Eltern oder einem Vormund geplant ist) Treffen von jeweils einstündiger Dauer
Standorte / Verbreitung:	Online-Angebot, www.moti4.nl , moti4-app
Beschreibung:	Moti4 ist ein auf den Gesprächsprozess orientiertes Modell für Jugendliche zwischen 14 und 24, bei denen eine Gefährdung zum Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum bzw. -missbrauch bzw. Glücksspielsucht aufweisen. Der Schritt hin zur normalen Gesundheitsversorgung ist für diese Gruppe oftmals zu groß. Viele von ihnen sind nicht motiviert und oder bemühen sich nicht aktiv um Hilfe. Für diese Gruppe wurde der niedrigschwellige Ansatz von Moti4 entwickelt.
Inhalte und Methoden:	Vier Gespräche zu vier klar definierten und voneinander abgrenzbaren Themen 1. Aufbau von Vertrauen, Bestandsaufnahme von potentiellen Problemen 2. Wissen und Einsichten gewinnen 3. Stärken der eigenen Kräfte und der Selbstwirksamkeit 4. Ausblick und Abschluss 5. 3-Wege-Diskussion mit dem Jugendlichen und einem Elternteil oder Vormund (fakultativ) Der Therapeut ist dazu angehalten, das Thema der Konversation stringent zu verfolgen, hat aber viel Spielraum bei der Gesprächsführung. Es gibt attraktiv gestaltete Arbeitsbücher für Alkohol-, Drogen- oder Glücksspielsucht - eines davon speziell für Jugendliche mit moderaten intellektuellen Fähigkeiten. Den Therapeuten steht ein umfassendes Handbuch zur Verfügung. Ferner gibt es eine Webpage und wurde eine App entwickelt.
Qualifikationserfordernisse:	Die Therapeuten müssen mindestens über einen Bachelor-Abschluss in Sozialarbeit sowie über eine spezielle Ausbildung und Erfahrungen im Bereich der Motivierenden Gesprächsführung verfügen. Der Abschluss einer Grundausbildung im Bereich Suchthilfe ist zwingend erforderlich wie auch der Befähigungsnachweis für das Programm Moti4. Dieser Befähigungsnachweis kann durch Teilnahme an einem spezifischen Moti4-Ausbildungsprogramm erworben werden.
Evaluation u. Ergebnisse:	In der Mitte und zum Ende des Kurses wird gemeinsam mit den Jugendlichen und (wenn möglich) den Eltern jeweils eine Evaluation vorgenommen.

Eine randomisierte Kontrollstudie wurde zur Wirksamkeit der Cannabis-Version von Moti4 durchgeführt. Kurzzusammenfassung:
 Nach erfolgter Intervention gingen die Ausgaben für den durchschnittlichen wöchentlichen Cannabiskonsum von 17,77 € auf 11,95 € zurück. Analog hierzu wurde für die letzte Woche ein signifikanter Rückgang der Häufigkeit des Konsums festgestellt - von 4,3 auf 2,4. Was die Motivation zur Änderung angeht, so wurde ein statistisch signifikanter Zuwachs von Fällen, in denen ein Ausstieg geplant ist und eine große Zunahme der Anzahl von Menschen mit Ausstiegswunsch festgestellt. Artikel zu diesem Thema sind auf Wunsch verfügbar.

Entwickelte Materialien:	3 Arbeitsbücher (sowohl für die Jugendlichen als auch die Therapeuten), 1 Handbuch (für den Therapeuten), eine Website und eine App.
Mögliche Kosten:	Bei den Kosten handelt es sich in der Hauptsache um Personalkosten für die Therapeuten (die Suchthilfeorganisation Tactus rechnet in den meisten Fällen mit durchschnittlich 18 Stunden bzw. ca. 1.530 € pro Moti4) sowie um die Lizenzgebühr für die Nutzung des Programms (ca. 5.000 € / Jahr).
Stolpersteine:	Um die Wirksamkeit der Überweisungen zu gewährleisten, ist eine umfassende Verbreitung von Moti4 erforderlich. Zuweilen besteht insbesondere auf Seiten der Eltern eine zu hohe Erwartungshaltung – manchmal ist es schwierig, die Eltern zu einzubeziehen (die Wünsche der Jugendlichen haben Vorrang), wenngleich deren Einbeziehung fast immer nützlich wäre.
Kontakt:	Hans Dupont Mondriaan Addiction Care Heerlen, Niederlande h.dupont@mondriaan.eu
Förderung:	Moti4 wird von den kommunalen Verwaltungen finanziert.
Homepage:	www.moti4.nl
Beteiligte Organisation:	11 Einrichtungen der psychischen Gesundheitsfürsorge und der Suchthilfe in sämtlichen Provinzen der Niederlande: Mondriaan Vincent van Gogh VNN Tactus Brijder Jellinek Novadic Kentron Indigo Bouwman Victas Iriszorg

Österreich
„Vereinscoaching OÖ Fußballverband“



Setting:	Jugendarbeit / Suchtprävention in Vereinen
Ziele:	Suchtprävention in Fußballvereinen, Reflexion der Alkoholkultur im Fußballverein, Entwicklung einer alternativen Fest- und Feierkultur
Zielgruppe:	Fußballvereine in Oberösterreich, Trainer, Jugendcoaches
Dauer:	1 Jahr
Standorte / Verbreitung:	Gesamt Oberösterreich
Beschreibung:	Unter dem Slogan „Gemeinsam spielen – feiern – Vorbild sein!“ wurde ein umfangreicher Leitfaden für Festveranstalter veröffentlicht, der explizit die Besonderheiten der Fußballvereine hervorstreicht und sowohl für die Ausrichtung kleiner interner Feste als auch größerer Veranstaltungen einen kompakten und hilfreichen Begleiter für Vereine darstellt.
Inhalte und Methoden:	Workshops, Seminare, Vorträge
Qualifikationserfordernisse:	Suchtpräventive Expertise, soziokulturelle Nähe zum Thema
Evaluation u. Ergebnisse:	folgt 2017
Entwickelte Materialien:	Broschüre, Biergebinde mit Slogan, Armbänder, Plakate, Banner
Mögliche Kosten:	Die Kosten des gesamten Projektes hat die OÖ Gebietskrankenkasse übernommen
Stolpersteine:	Alkohol-affine Kultur im Fußball, Traditionen
Kontakt:	Andreas Reiter, MA Abt. Außerschulische Jugend- und Arbeitswelt +43 732 77 89 36 25 Andreas.reiter@praevention.at
Förderung:	OÖ Gebietskrankenkasse
Homepage:	http://www.praevention.at/jugend/vereinscoaching-ooefv.html
Beteiligte Organisation:	OÖ Gebietskrankenkasse, OÖ Fußballverband

Portugal

"Schulabschlussfahrt: Vermeidung riskanten Verhaltens bei Jugendlichen"



Setting:	Schulen
Ziele:	Erhöhung der Gesundheitskompetenz Sensibilisierung für Möglichkeiten der risikofreien Freizeitgestaltung, insbesondere im Hinblick auf Alkohol, Tabakprodukte und sonstigen Drogenkonsum in Freizeitkontexten wie Festivals, Partys, Jugendreisen.
Zielgruppe:	Schüler der 12. Klasse, die an der Abschlussfahrt teilnehmen werden.
Dauer:	Drei- bis fünfstündige dialogisch gestaltete Sitzungen in Abhängigkeit von der Größe der Zielgruppe.
Standorte / Verbreitung:	Schulen: Schüler, die für die Abschlussfahrt angemeldet sind.
Beschreibung:	Interventionsmodell basierend auf dem Ansatz der Partizipativen Gesundheitsforschung (ICPHR, 2013). Sensibilisierungssitzungen (3 bis 5) für Schüler der 12. Klasse, die an einer Abschlussfahrt teilnehmen werden. Die Sitzungen wurden von Krankenschwestern auf Grundlage der folgenden Fragen konzipiert: Was sind Deine Erwartungen an die Abschlussfahrt? Besteht ein Risiko (auf individueller / kollektiver Ebene)? Was sind Deine Erwartungen in Bezug auf Alkohol- Tabak- und sonstigen Drogenkonsum? Wie kannst Du Dich verhalten, um Risiken zu reduzieren bzw. zu minimieren? Wie kannst Du mit einer Krisensituation umgehen? Die Sensibilisierungssitzungen werden von Peer-Trainern unterstützt, die in 30-stündigen Schulungen zu ehrenamtlichen Trainern ausgebildet werden.
Inhalte und Methoden:	Schulungsinhalte der Peer-Trainer-Schulungen: Konsum und Missbrauch von Alkohol, Tabakprodukten und Drogen Gesundheit und Sicherheit im Nachtleben sexuelle Risiken und Gewalt Erste Hilfe und Befähigung zur aufsuchenden Arbeit (Peer-to-Peer) Methodik bei den Peer-Trainer-Schulungen: Die Peer-Trainer erstellen im Verlauf ihrer Ausbildung Bildungsressourcen wie Videos oder Flyer. Teambasiertes und problemorientiertes Lernen sowie Simulationen sind die wichtigsten pädagogischen Methoden. Inhalte der Sensibilisierungssitzungen: Konsum und Missbrauch von Alkohol, Tabakprodukten und Drogen, Gesundheit und Sicherheit im Nachtleben; sexuelle Risiken und Gewalt, Erste Hilfe Methodik bei den Sensibilisierungssitzungen: Gruppendynamik, World Café sowie Simulationen sind die wichtigsten pädagogischen Methoden. Erste Sitzung: Dialogisch gestaltete Sitzung; ABC der Liebe, Reflexion über eine verantwortungsvoll gelebte Sexualität Zweite Sitzung: Kritische Reflexion und problembasiertes Lernen Dritte Sitzung: Problemorientiertes Lernen in Hinblick darauf, auf welchem Wege Risiken und Krisensituationen reduziert oder minimiert werden können

Qualifikationserfordernisse:	Training und Simulation von Erste-Hilfe-Szenarien. Peer-Trainer-Schulungen: Teilnehmer müssen an einer Hochschuleinrichtung studieren und zur ehrenamtlichen Tätigkeit bereit sein. Schüler in Zielgruppe: Anmeldung zur Abschlussfahrt
Evaluation u. Ergebnisse:	Bewertung vor der Schulungsmaßnahme und nach der Abschlussfahrt: Gesundheitskompetenz (Online-Fragebogen und partizipative Untersuchung) während der Sitzungen. Risikoeinstellungen und -verhaltensweisen (Online-Fragebogen) Erste Sitzung: Wortwolke zu den mit der mit der Abschlussfahrt assoziierten Erwartungen. Diese fokussieren sich auf: Spaß haben, Betrinken, Liebe. Zweite Sitzung: Schnelldiagnostik vermittelt partizipativer Methoden zu Alkohol, Tabakprodukten und Drogen (Linie auf dem Fußboden ja / nein): 12,5 % rauchen, 100 % trinken Alkohol, 56,3 % waren schon mindestens einmal stark betrunken, 15,6 % gaben an, dass sie die Absicht hätten, bei der Abschlussfahrt weitere Drogen zu konsumieren, sofern sich die Gelegenheit dazu bieten sollte, Eigenberechnung des Alkoholgehalts im Blut: bei der letzten Party 0,22-3,56 mg/dl, Reflexion über Unterschiede beim Alkoholkonsum zwischen Jungen und Mädchen. Dritte Sitzung: Die Intervention wurde von allen Schülern als sehr positiv, anders als gewohnt, aufschlussreich, informativ, interaktiv und wissenserweiternd bewertet. Nach der Abschlussfahrt: Online-Fragebogen, Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Reduzierung von risikoreichen Verhaltensweisen.
Entwickelte Materialien:	Flyer: Reisepass für die Abschlussfahrt
Mögliche Kosten:	Ausbildung von 30 Peer-Trainern und Durchführung von Sensibilisierungssitzungen mit zehn Gruppen: ca. 8.000 €
Stolpersteine:	Schulen stellen nicht ausreichend Zeit, Raum und Ressourcen für die Gruppensitzungen zur Verfügung. Zu beachten ist, dass nicht alle Schüler für die Abschlussfahrt angemeldet sind.
Kontakt:	Irma Brito IrmaBrito@esenfc.pt
Förderung:	IREFREA Portugal & ESEnFC
Homepage:	http://www.esenfc.pt/pt/page/3647?outreach_project=236&id_aps=9
Beteiligte Organisation:	UICISA-E, Escola José Falcao de Miranda do Corvo, Unidades de Cuidados na Comunidade de: Soure, Montemor-o-Velho, Coimbra Saúde; Cantanhede

Schweiz
"Be my angel tonight"



Setting:	Nightlife
Ziele:	Sensibilisierung für Gefahren durch Alkohol- und Drogenkonsum im Strassenverkehr Nüchternen Fahrer für Gruppen bestimmen Nüchternes Fahren als soz. Norm verankern
Zielgruppe:	16 – 25 jährige Partygängerinnen und Partygänger
Dauer:	Unbegrenzt (solange Finanzierung gesichert ist)
Standorte / Verbreitung:	Ganze Schweiz mit Projektstandorten nach Sprachregionen (D/F/I)
Beschreibung:	Mit dem Projekt „be my angel tonight“ werden Fahrzeuglenkende motiviert, an Festen nüchtern zu bleiben. Nach dem Motto: Wer fährt, trinkt und kiffst nicht – wer trinkt oder kiffst, fährt nicht. Bekanntmachung des Angel Drivers: Die Gruppe organisiert sich selbst und bestimmt im Voraus ein/e nüchterne/r Fahrer/in. Nicht die generelle Abstinenz, sondern ein verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol im Strassenverkehr soll gefördert werden.
Inhalte und Methoden:	Der Stand von "be my angel tonight" befindet sich in der Nähe des Eingangs, um ankommende Partygäste abfangen zu können. Unter Einbezug der Gruppe verpflichtet sich der Fahrzeuglenkende mit seiner Unterschrift (digital auf App) nüchtern zu bleiben, um wieder sicher und nüchtern nach Hause zu fahren. Die Beifahrer/innen unterschreiben ebenfalls und bestätigen damit, dass sie ihren Angel darin unterstützen, keinen Alkohol zu konsumieren und sich an die Vereinbarung zu halten. Zur Kennzeichnung kriegen die Angels ein rotes Armband, das sie als Angel-Driver identifiziert. Zusätzlich zum Armband erhalten sie zwei Gutscheine, welche an der Bar gegen vergünstigte oder gratis alkoholfreie Getränke eingetauscht werden können.
Qualifikationserfordernisse:	Schichtleiterinnen und Schichtleiter (meistens Ex-Peers) werden durch ASN geschult und sind verantwortlich für den reibungslosen Ablauf eines be my angel-Einsatzes. Sie werden unterstützt von motivierten Peers, die jährlich eine Weiterbildung besuchen.
Evaluation u. Ergebnisse:	Evaluation aus dem Jahr 2007 (Paleo Festival): Zielgruppengerechtes Projekt; Getränke-Gutscheine bestätigen Angel in seinem Rollenverständnis (Séchaud, Duperrex, 2007). Regelmäßige Audits im Auftrag des Schweizerischen Fonds für Verkehrssicherheit (2013, 2016).
Entwickelte Materialien:	Promillesimulationsrechner: http://www.bemyangeltonight.ch/promillometer/courbealco.swf Angel-Vertrags-App Give-aways mit Präventionsbotschaften (Eiskratzer, Mikrofasertuch, etc. mit Botschaft „Klare Sicht mit 0,0 Promille“)

Mögliche Kosten:	Das Budget für die gesamte Schweiz beläuft sich auf 800.000 CHF / Jahr.
Stolpersteine:	Veranstalter: Neue Veranstalter zu finden ist sehr schwierig, weil sie die Vergünstigungen tragen müssen und sich vor Einbußen, aber auch vor Präventionspräsenz am Eingang / Ausgang fürchten und kein politischer Druck besteht. Deshalb sehr personal- und zeitintensiv. Beteiligte Organisationen: Verschiedene beteiligte Organisationen des Projektes erschweren die Projektidentität, sind aber unumgänglich für die lokalen Bedürfnisse – Enger Austausch zumindest auf Leitungsebene ist erforderlich. Dazu findet jährlich ein nationales Austauschtreffen statt. Peers: Altersbedingte Fluktuation der Peer-Mitarbeiter: Teamstabilität zu gewährleisten ist eine Herausforderung, für die Arbeit vor Ort aber zentral. Die Peers machen die Arbeit nicht nur wegen des Geldes, sondern weil sie auch intrinsisch motiviert sind. Diese Motivation ist für das Projekt unbezahlbar.
Kontakt:	Chantal Bourlound, Fachstelle ASN, chantal.bourlound@fachstelle-asn.ch
Förderung:	Fonds für Verkehrssicherheit, diverse Kantone, Private
Homepage	www.bemyangel.ch / www.bemyangeltonight.ch Facebook: www.facebook.ch/bemyangel.ch
Beteiligte Organisation:	Blaues Kreuz Schweiz Fachstelle ASN Fondation Vaudoise contre l'alcoolisme



Zuzanna Vojtová et al.
Forschungsinstitut für
Kinderpsychologie und Pathopsychologie,
Bratislava, Slowakei
www.vudpap.sk

Peer Education wird definiert als "die Unterrichtung und das Teilen von Informationen, Werten und Verhaltensweisen zum Thema Gesundheit innerhalb von Personen, die gemeinsame Merkmale haben" (Strange in Mac Arthur et al., 2015). Dieser Ansatz kann beinhalten, dass Teile oder die Gesamtheit einer Intervention von gleichaltrigen oder älteren Peers in formellen oder informellen Settings durchgeführt werden. Dabei werden pädagogische oder "diffundierende" Methoden verwendet, d.h. die Peer Education erfolgt als Teil der normalen Kommunikation innerhalb der sozialen Gruppe.

Dieser Ansatz basiert auf der Vorstellung, dass junge Menschen voneinander lernen, dass Peers eine höhere Glaubwürdigkeit Jugendlichen gegenüber besitzen, da sie einen gemeinsamen kulturellen Hintergrund haben und sie ein größeres Verständnis und mehr Empathie gegenüber dem Gesundheitsverhalten junger Menschen aufweisen. Sie können auch als positive Rollenmodelle fungieren, die entsprechende Botschaften verstärken. (MacArthur et al., 2015).

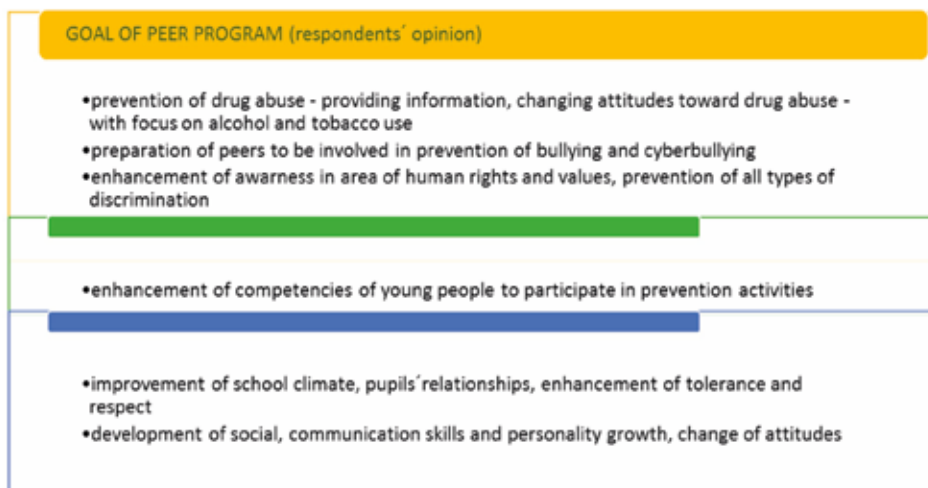
Im Juni 2016 wurde eine Befragung über den gegenwärtigen Stand der Umsetzung von Peer-Programmen innerhalb der Präventionsmaßnahmen im nationalen Netzwerk der Kinder- und Jugendberatungs- und Präventionszentren in der Slowakei (80 Zentren in SK) durchgeführt.

Methode und Auswahl der Befragten:

Online Fragebogen beantwortet von 68 Fachkräften, zumeist aus den Zentren. 35 Fachkräfte (51% der Befragten) bestätigten, mindestens ein Peer-Programm in den letzten 5 Jahren umgesetzt zu haben. 23 Präventionsfachkräfte führten mehr als ein Peer-Programm in den letzten 5 Jahren durch. 35 Peer-Programme wurden untersucht.

Peer Programme in der Prävention, Anzahl der Befragten (Total 68)

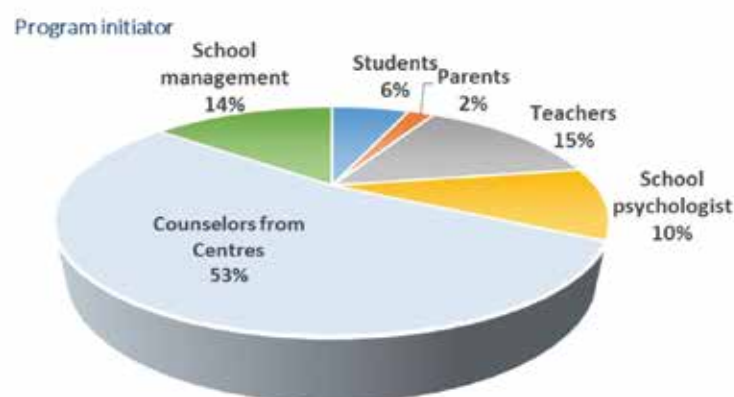




ZIEL DES PEER-PROGRAMMS (Meinung der Befragten)

- Prävention von Drogenmissbrauch - Vermittlung von Informationen, Veränderung der Einstellung gegenüber Drogengebrauch - mit Fokus auf Alkohol und Tabak Gebrauch
- Vorbereitung von Peers zum Einsatz in der Prävention von Mobbing und Cybermobbing
- Verstärkung des Bewusstseins im Bereich Menschenrechte und Werte, Prävention aller Arten von Diskriminierung
- Verstärkung der Kompetenzen junger Menschen zur Teilnahme an Präventionsaktivitäten
- Verbesserung des Schulklimas, der Beziehungen zwischen den Schülern, Verstärkung von Toleranz und Respekt
- Entwicklung von sozialen und kommunikativen Fähigkeiten, Persönlichkeitswachstum, Einstellungswandel

Die Initiative zur Umsetzung von Peer-Programmen wurde nur in 53% der Fälle von Beratern der Zentren ergriffen. Aber fast 47% der Programme wurden in Zusammenarbeit mit Lehrern, Schulleitung und Schulpsychologen initiiert. 2 Peer-Programme wurden von Eltern initiiert.



Initiator des Programms

Schulleitung 14%, Schüler 6%, Eltern 2%, Lehrer 15%, Schulpsychologen 10%

Berater aus den Zentren 53%

Entwicklung oder Anpassung der Programme: Peer-Programme sind schon seit über 15 Jahren eine wichtige Interventionsmethode in der Präventionsarbeit der Zentren, so dass sie sich in der Lage sehen, eigene, auf die Zielgruppe zugeschnittene Programme, zu entwickeln. Die Beteiligung der anderen Interessierten im Bereich Schule ist ebenso wichtig für wirksame Peer-geleitete Interventionen.

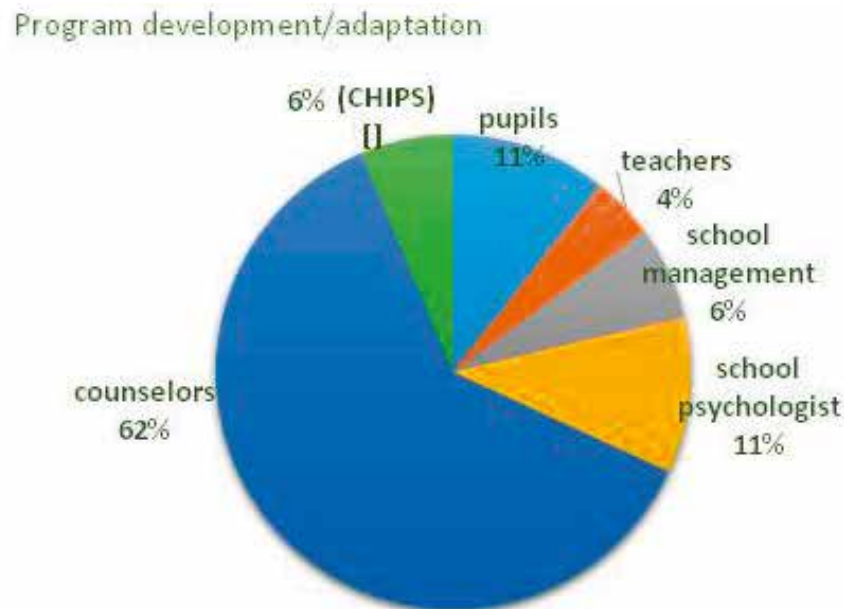


Tabelle: Programm Entwicklung/Anpassung

andere (CHIPS) 6%, Schüler 11%, Lehrer 4%, Schulleitung 6%, Schulpsychologen 11%
Berater 62%

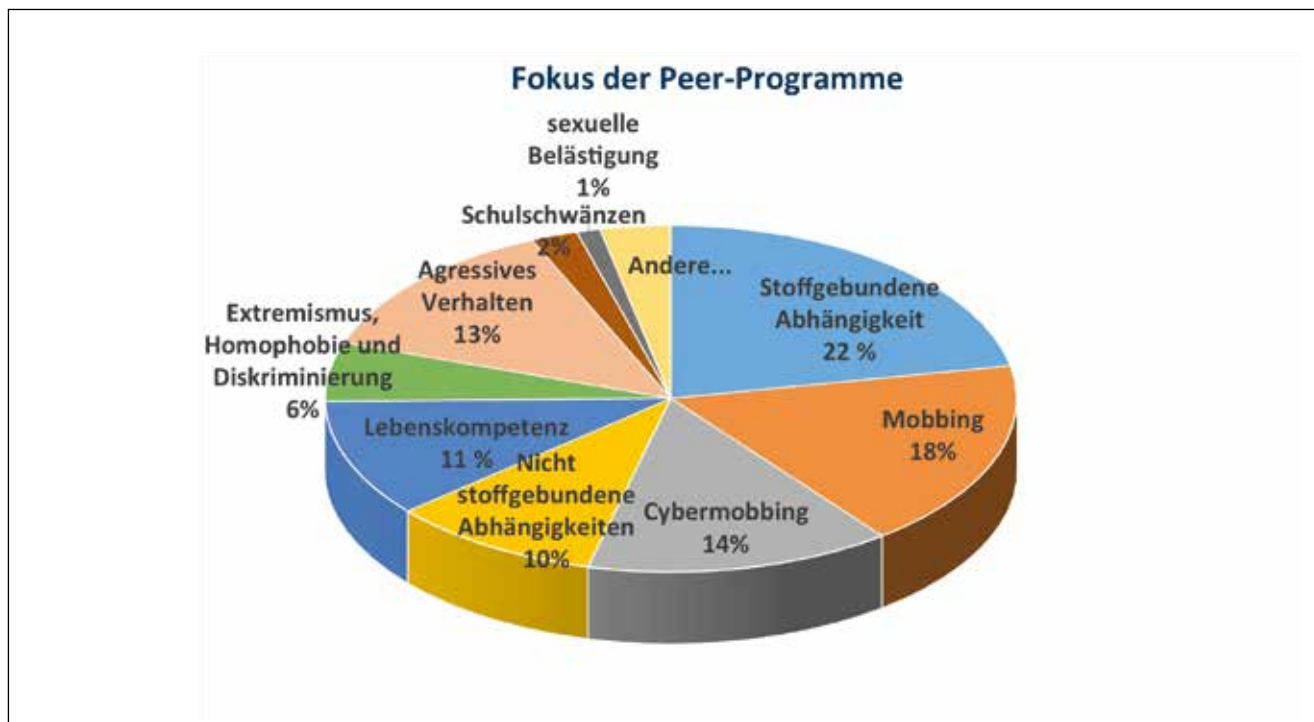
Alter der Zielgruppe und Peer-Aktivisten:

- Die meisten Peer-Programme wurden in der 2. Hälfte der Grundschulbildung (5. bis 9. Klasse) umgesetzt.
- Nur wenige für jüngere Altersgruppen (1 Programm im Kindergarten).
- 9 Programme waren für Schüler von Sekundarschulen.

Verhaltensweisen, die durch Peer-Programme angesprochen werden sollten, waren zumeist Risiken durch Rauschmittel (Alkohol, Tabak, Cannabis etc.), danach Mobbing, Cybermobbing, aggressives Verhalten, aber auch die Stärkung sozialer Kompetenzen. Der Fokus lag auch auf nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten, Prävention von Extremismus, Homophobie, Entwicklung eines gesunden Lebensstils und Schulschwänzen.

Das Training der Peers wurde zumeist von Beratern aus den Zentren (70,7%) oder Schulpsychologen durchgeführt (17,1%). Die Peers wurden in 16 Fällen über einen längeren Zeitraum (während eines Jahres) mit Trainings auf einer monatlichen Basis ausgebildet. In 9 Fällen wurden die Peers in intensiveren Workshops an Wochenenden ausgebildet. Im Durchschnitt war die Trainingsdauer 30 Stunden.

Die Supervision wurde von den Beratern (48%), von Lehrern der Schule (16%) oder von Schulpsychologen (14%) durchgeführt. In 5 Peer-Programmen wurde keine Supervision angeboten. Supervision oder professionelle Unterstützung für die Peers gab es in 26 Fällen regelmäßig durch persönliche Treffen und Beratungen. Beratungen via Mail oder Telefon wurden in 17 Programmen angeboten.



Die Auswahl der Peers fand im Allgemeinen auf freiwilliger Basis in Kombination mit anschließender Nominierung durch Berater, Lehrer oder Schulpsychologen statt (in 61.8% der Programme). Üblicherweise bestand das Auswahlverfahren aus mehreren Schritten:

1. Interessenbekundung durch den Schüler,
2. Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale, Fragebögen zu Abhängigkeitsverhalten, Soziogramme, projektive Methoden (verwendet in 60% der Interventionen) und der
3. Schritt Zustimmung durch den Lehrer.

In einigen Fällen waren Beurteilungsverfahren entscheidend für die Auswahl der Peer-Aktivisten.

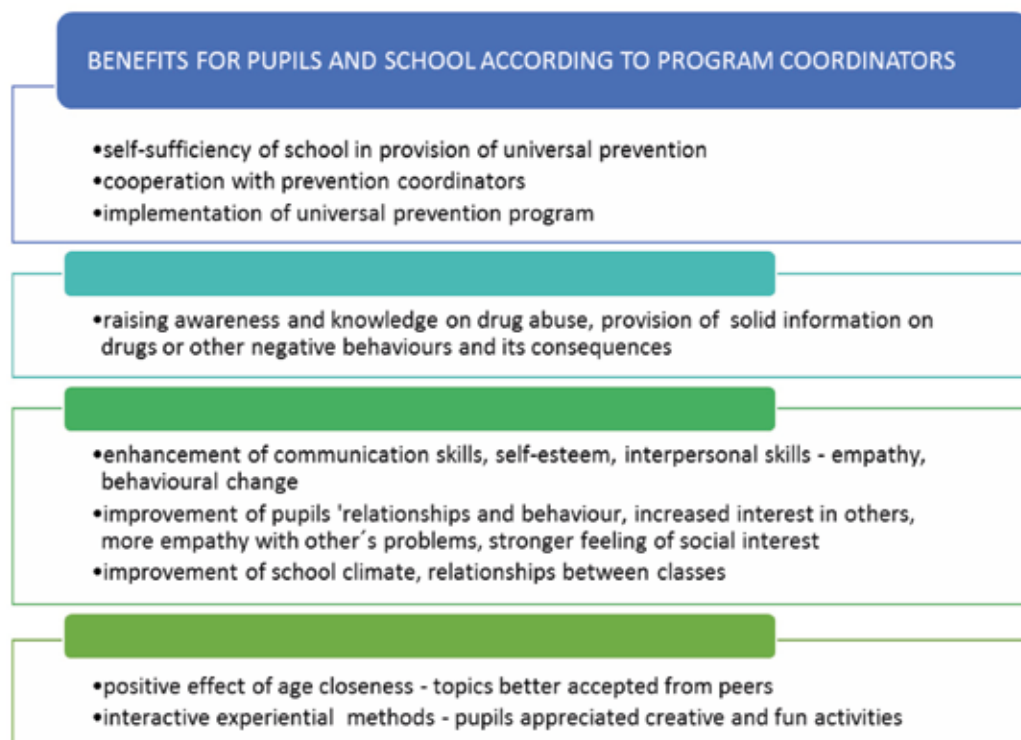
Alter der Zielgruppen und der Peers: die meisten Peer-Programme wurden in der 2. Hälfte der Grundschulbildung (5. bis 9. Klasse) umgesetzt. Nur wenige waren für jüngere Altersgruppen (1 war für den Kindergarten bestimmt). 9 Programme waren für Schüler von Sekundarschulen.

Die Wirksamkeit der Peer-Programme wurde zumeist nur mit den Feedback-Fragebögen nach Ende des Programms gemessen (88,5%). Eine Evaluation vor und nach dem Programm wurde in 8 Fällen durchgeführt. Nur ein Programm wurde mit Pretest und Posttest evaluiert und mit einer Kontrollgruppe verglichen.

NUTZEN FÜR DIE SCHÜLER UND DIE SCHULE NACH ANSICHT DER PROGRAMM-KOORDINATOREN

- Eigenständigkeit der Schule in der Versorgung mit universellen Präventionsangeboten
- Kooperation mit den Präventionskoordinatoren
- Umsetzung von universellen Präventionsprogrammen
- Erhöhung des Bewusstseins und des Wissens über Drogenmissbrauch, Versorgung mit soliden Informationen über Drogen und andere negative Verhaltensweisen und deren Folgen

- Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten, Selbstbewusstsein, zwischenmenschlichen Fähigkeiten - Empathie, Verhaltensänderung
- Verbesserung der Beziehungen und des Verhalten zwischen den Schülern untereinander, stärkeres Interesse an Anderen, mehr Empathie mit den Problemen Anderer, stärkeres Gefühl von sozialem Interesse
- Verbesserung des Schulklimas, der Beziehungen zwischen den Schulklassen
- Positiver Effekt der altermäßigen Nähe - Themen werden von Gleichaltrigen besser angenommen
- Experimentelle interaktive Methoden - die Schülern schätzten kreative und unterhaltsame Aktivitäten



Dauer des Peer-Programms

- unterschiedlich, aber ungefähr die Hälfte der Programme hatten eine Dauer von 1 Schuljahr
- 10 Programme hatten eine Dauer von weniger als 6 Monaten
- 8 Programme wurden für mehrere Jahre umgesetzt

Herausforderungen und Hindernisse für die Umsetzung von Peer-Programmen

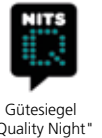
- Kooperation mit der Schule – Programm wird nicht wirklich akzeptiert, es werden keine guten Bedingungen geboten, wie Räume und Organisationshilfen, sowie Probleme, die Schüler von Unterrichtsstunde zu befreien
- Zeitliche Anforderungen – nicht genug Zeit zur Umsetzung des Programms
- Mangelnde Motivation bei den Peer-Aktivistinnen
- Probleme mit Abstinenz von Suchtmitteln innerhalb der Peer-Aktivistinnen
- Wirtschaftliche Themen, Arbeitsüberlastung für die Koordinatoren, Probleme bei der Umsetzung des Programms durch die Peers – weniger entwickelte Fähigkeiten in Präsentation, Planung und Problemlösung

Die Erfahrung der Europäischen Suchtpräventionsexperten zeigt, dass der Peer-basierte Ansatz bei Präventionsprogrammen nach wie vor als wirksame Methode zur Erreichung der Präventionsziele gesehen wird, um ungewünschtem Risikoverhalten zu begegnen, und zwar nicht nur bei Jugendlichen, sondern auch in der Altersgruppe 18-25. Auch die Forschung belegt die Wirksamkeit des Peer-Ansatzes. Ungefähr die Hälfte der Befragten hatten Peer-Programme in der Slowakei umgesetzt. Dies zeigt die Notwendigkeit für mehr Forschung, Evaluation und Weiterentwicklung dieses Ansatzes. Methodologische Schwierigkeiten, die Wirksamkeit dieses umfassenden Ansatzes zu messen, sollte nicht als Hindernis, sondern als Herausforderung gesehen werden.

Quellenangaben

MacArthur, G. et al. (2015) Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21years: a systematic review and meta-analysis

Spanien
"Projekt: Nächte mit Qualität"



Setting:	Night Life, Tanzveranstaltungen, junge Menschen Ein Projekt zur Reduzierung lokaler Risiken und für Präventionsstrategien im Night Life.
Ziele:	Ziel ist es, eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Teilnehmergruppen des Nachtlebens auf den Weg zu bringen, um dieses sicherer, attraktiver und zu einem Ort zu machen, an dem der Gesunderhaltung ein hoher Stellenwert zukommt.
Zielgruppe:	Lokale Interessenvertreter in den Bereichen Gesundheit und Jugend und die für die technische Umsetzung Verantwortlichen, lokale Verbände mit Bezug zu Kultur/Freizeit, lokale Sicherheitsdienste und Polizei, Verbände von Einzelhändlern für alkoholische Getränke sowie Eigentümer von Nachtclubs.
Dauer:	Langfristig, sobald das Netzwerk in die aktive Phase gegangen ist.
Standorte / Verbreitung:	Katalonien
Beschreibung:	Organisation von: Partizipativen Netzwerken zur Gestaltung allgemeiner Strategien für ein sicheres und auf die Gesunderhaltung ausgerichtetes Night Life auf lokaler Ebene. Etablierung von bewährten Verfahrensweisen in Clubs, auf Festivals und bei lokalen Festen. Fortbildungen für Fachpersonal und Ehrenamtliche aus dem Tätigkeitsfeld Nachtleben (nach dem Peer-to-Peer-Ansatz).
Inhalte und Methoden:	Die NitsQ Netzwerke stellen einen Raum für Diskussionen, Reflexion und Anregungen dar, der allen an der Gestaltung des Nachtlebens der jeweiligen Stadt beteiligten Stakeholders offensteht. Jede Gruppe wird hierbei zu einem dauerhaften, auf Mitwirkung ausgerichteten Organismus mit dem Ziel, Sachverhalte zu diskutieren, die das Nachtleben der Stadt betreffen, und die Risikominimierung und weitere Präventivstrategien zu unterstützen. Diskussionsthemen sind sichere Mobilität, Substanzkonsum durch Minderjährige, das Miteinander von Anwohnern und Teilnehmern des Nachtlebens in Bezug auf Lärmbelästigung, Verschmutzung sowie die respektvolle Nutzung des öffentlichen Raums; Fortbildungsangebote zur Prävention und Risikominimierung für Fachkräfte im Bereich Nachtleben und die Kulturverbände der Stadt.
Qualifikationserfordernisse:	Mediation, Sozialwissenschaften, Soziologie, Sozialpsychologie,
Evaluation u. Ergebnisse:	1. Evaluation von Gesundheitspolitik und Interventionen in Bezug auf das Night Life von Katalonien Informations- und Sensibilisierungskampagnen erfüllen in den meisten Fällen nicht die in sie gesetzten Erwartungen.

Präventive Interventionen sollten, um eine größere Wirkung zu entfalten, Emotionen und Neigungen bei der Teilnahme am Nachtleben in Betracht ziehen.

Die Mehrheit der Interventionen ist auf das Individuum ausgerichtet.

Nicht alle zur Verfügung gestellten Informationen sind geeignet, um Risiken wirkungsvoll zu begegnen.

1. Nützlichkeit von Peer-to-Peer-Interventionen bei der Weitergabe von Präventivinformationen an Nutzer von Ecstasy und anderen Freizeitdrogen
91,4% erinnerten sich an mindestens eine Botschaft mit dem Ziel der Risikoreduzierung

Informationen zur Dosierung (70,4%), zur Bedeutsamkeit einer ausreichenden Hydratierung (70 %), Informationen zu den Risiken des Mehrfachdrogenkonsums (23,7 %)

Rückgang beim Konsum von Ecstasy (66,7 – 51,7 %) und Alkohol (53,7 %)

Rückgang beim Mischkonsum von Drogen und Alkohol (31 %), vollständiger Verzicht auf Alkohol (13 %)

78 – 75 % hatten nach Informationen zur Risikoreduzierung gesucht (Flyer, Internet)

2. Empfehlungsleitfaden, um die Wirksamkeit von Präventivinterventionen im Night Life bewerten zu können

61 % der Befragten erklärten, dass die von Komando NitsQ erhaltenen Informationen ihre Verhaltensgewohnheiten positiv beeinflusst hätten.

Entwickelte Materialien: <http://hemerotecadrogues.cat/q-de-festa-2/>

Mögliche Kosten: 60.000 € / Jahr

Stolpersteine: Interessenkonflikt zwischen der Alkoholindustrie und dem Gesundheitsministerium.

Kontakt: Joan Colom
Catalan Health Department (Gesundheitsministerium von Katalonien)
Joan.colom@gencat.cat

Förderung: Catalan Health Department (Gesundheitsministerium von Katalonien)

Homepage: www.qdefesta.cat

Beteiligte Organisation: Health Department (Gesundheitsministerium), Youth Department (Ministerium für Jugendfragen), FECALON, Party +



Qualitätsstandards



Peer-Gruppe

Tschechien
“SYPREDOS – Systemische Prävention von Drogenkonsum
unter Jugendlichen durch Kurz-Interventionen beim Kinderarzt“



Setting:	Medizinische Grundversorgung für Kinder und Jugendliche
Ziele:	SYPREDOS soll einen wirksamen Beitrag zur systemischen Prävention von Drogenabhängigkeit unter Jugendlichen in der Tschechischen Republik leisten. Das Projekt wurde als Aus- bzw. Weiterbildungsmaßnahme für Kinderärzte zur Durchführung fortlaufender Behandlungsmaßnahmen konzipiert. Die Projektergebnisse dienten gleichzeitig als Grundlage für die Einrichtung einer Website zur Unterstützung und Weiterbildung von Kinderärzten im Bereich der Prävention von Substanzgebrauch unter Jugendlichen.
Zielgruppe:	Kinderärzte und deren Patienten (im Alter von 13 – 18 Jahren)
Dauer:	30 Monate
Standorte / Verbreitung:	60 Kinderarzt-Praxen in vier Regionen der Tschechischen Republik
Beschreibung:	Während der 30-monatigen Projektumsetzung wurden insgesamt 60 Kinderärzte geschult. Gleichzeitig nahmen sie an einer Wirksamkeitsstudie der im Zuge des Projektes entwickelten Methode der Kurzinterventionen teil. Im Rahmen dieser Studie wurden auch die aktuellen Bedarfe der Kinderärzte im Bereich der Drogenprävention erfasst. Auf Grundlage der ermittelten Daten wurde ein methodischer Leitfaden für Kinderärzte entwickelt, in dem Fragen zur Früherkennung, Beratung und Kurzintervention bzgl. Prävention von Drogenmissbrauch und –abhängigkeit erläutert. Die für den methodischen Leitfaden herangezogenen Hintergrundinformationen sind auf der Website des Prager Psychiatrischen Zentrums erhältlich.
Inhalte und Methoden:	Kinderärzte wurden in der Anwendung und Interpretation von CRAFFT – Früherkennungsinstrumenten geschult. In einer Schulung erlernten sie Methoden der Kurzintervention auf der Grundlage der motivierenden Gesprächsführung.
Qualifikationserfordernisse:	Fähigkeit eine Früherkennung und Kurzintervention zur Minderung des Substanzkonsums unter Jugendlichen durchzuführen.
Evaluation und Ergebnisse:	Vor- und Nachtest mit einer Überprüfung nach 6 Monaten. 3.300 Jugendliche füllten einen Fragebogen aus. Ergebnisse: Rückgang des Erstkonsum-Alters bei Cannabis und Verringerung von episodischen Alkoholexzessen. Verbesserte Kenntnisse über die Risiken des Konsums von Alkohol und Cannabis.
Entwickelte Materialien:	Eine tschechische Version von CRAFFT-Früherkennung (Fragebogen), Gesprächsleitfaden für Kinderärzte, Handbuch zur Prävention von Substanzgebrauch unter Jugendlichen im Bereich der medizinischen Grundversorgung.
Mögliche Kosten:	Die Gesamtkosten des Projektes betrugen 351.000 Euro.

Stolpersteine:	./.
Kontakt:	Ladislav Csémy (csemy@nudz.cz)
Förderung:	Zuschüsse des EWR und Norwegens
Homepage :	Aufgrund der Umsetzung einer völlig neuen IT-Technologie im Nationalen Institut für Geistige Gesundheit sind die Internetseiten des Projektes SYP-REDOS nu rim Archiv verfügbar: http://sypredos.pcp.lf3.cuni.cz/ , erreichbar unter http://web.archive.org/web/20111001012229/http://sypredos.pcp.lf3.cuni.cz/
Beteiligte Organisation:	Prager Psychiatrisches Zentrum (wird zur Zeit in das Nationale Institut für Geistige Gesundheit umgewandelt)

Zypern
“Mütter in Aktion – gemeinsam schaffen wir’s”



Setting:	Nikosia, Zypern
Ziele:	Ziel ist es, die psychische Gesundheit und die elterlichen Fähigkeiten von Müttern zu stärken, die an Depressionen oder Angststörungen leiden und damit auch die Entwicklungsumgebung ihrer Kinder zu verbessern.
Zielgruppe:	Mütter, die Sozialleistungen beziehen und an Depressionen leiden und / oder Angststörungen leiden, und – indirekt – deren Kinder
Dauer:	6 Monate
Standorte / Verbreitung:	KENTHEA stellt ihre Beratungszentren als Veranstaltungsort für Gruppentreffen und für die Supervision der teilnehmenden Psychologen und Betreuer zur Verfügung. Die sozialen Dienste waren für die Überweisung von Menschen aus der Zielgruppe zuständig. Die Betreuer werden von der University of Nicosia gestellt.
Beschreibung:	Workshops zur Förderung der elterlichen Fähigkeiten von Frauen, die an Depressionen und / oder Angststörungen leiden. Weissman et al (1992) haben festgestellt, dass Kinder von Eltern mit Depressionen ein höheres Risiko aufweisen, Suchtverhalten zu entwickeln.
Inhalte und Methoden:	Das Programm sieht jeweils einmal pro Woche Treffen zur Verbesserung der elterlichen Fähigkeiten vor (12 Sitzungen). Die Gruppe wird von einem zertifizierten Beratungspsychologen angeleitet. Während die Mütter am Programm teilnehmen, werden ihre Kinder in einem Nachbarraum betreut. Des Weiteren wird den Müttern ein Betreuer zur Seite gestellt, der sie bei emotionalen und praktischen Problemen unterstützt. Die Frauen treffen sich mindestens einmal wöchentlich mit ihren Betreuern.
Qualifikationserfordernisse:	Die Gruppenanleiter und die Betreuer müssen über die notwendige Qualifikation, um psychologische Unterstützung anbieten zu können. Die im Rahmen des Projekts tätigen Gruppenanleiter wie auch alle Betreuer sind Studierende aus dem Bereich Beratungspsychologie mit erstem Studienabschluss. Sie erhalten Supervision.
Evaluation u. Ergebnisse:	Die abschließende Evaluation des Programms wird die BDI-/BAI-Werte beinhalten sowie Zufriedenheitsfragebögen, Anzahl der Überweisungen, Angaben darüber, ob die Termine wahrgenommen wurden und die Betreuung fortgesetzt wird, Berichte von Mitarbeitern und Projektpartnern, qualitative Daten zum Erfolg der Gruppen und der Betreuungsarbeit sowie einen Finanzreport (Projektstart war im Oktober).
Entwickelte Materialien:	Nicht zutreffend
Mögliche Kosten:	Kosten für die (von KENTHEA bereitgestellten) Räumlichkeiten; Snacks für die Kinder, Kinderbetreuung, für die Anleitenden der Treffen zur Stärkung der elterlichen Fähigkeiten, für die Betreuer, die Supervision sowie Verwaltungskosten.

Stolpersteine:	Das Überweisen stellt die einzige Schwierigkeit dar, da einige Frauen unter Umständen nicht hinreichend zur Teilnahme motiviert sind.
Kontakt:	Elena Zarouna, Ltd. Koordinatorin von KENTHEA, Tel 22 38 5588, help@kenthea.org.cy
Förderung:	Teilweise finanziert vom Cyprus Anti-Drug Council
Homepage	Nicht zutreffend
Beteiligte Organisation:	KENTHEA, University of Nicosia, Department of Social Sciences (Psychology) and Social Welfare Services (Universität Nikosia - Fachbereich für Sozialwissenschaften (Psychologie) und soziale Dienste)

Zypern

„Mehrstufiges Programm zur Unterstützung von Teenagern“



Setting:	Dieses Projekt umfasst 3 Bezirke von Zypern und 4 Schulen: 2 Gymnasien in Nikosia (Agios Dometios und Dali), 1 Gymnasium in Famagusta und 1 Gymnasium in Paphos.
Ziele:	Ziel ist es, die Risikofaktoren für Teenager aus Hochrisiko- (gefährdeten) Gruppen, Opfer von Drogen- oder Alkoholmissbrauch zu werden, zu minimieren und gleichzeitig protektive Faktoren zu stärken.
Zielgruppe:	Zielgruppe sind Teenager aus Hochrisikogruppen sowie deren Eltern und Lehrer.
Dauer:	6 Monate
Standorte / Verbreitung:	KENTHEA ist Programmkoordinatorin und für die Durchführung des Programms verantwortlich; sie stellt die Räume für die Elternberatung zur Verfügung und die Psychologen zur Durchführung der Life-Skill-Workshops und der Lehrerfortbildungen. Die Beratungen werden von den Kooperationspartnern, der University of Nicosia, der University of Neapolis und der European University, angeboten, wobei Studierende des Masterstudiengangs Schulpsychologie Beratungen mit den Eltern durchführen (und ggfs. mit den Teenagern selbst, sofern hierfür die Zustimmung der Eltern und der Teenager vorliegt).
Beschreibung:	Präventionsprojekt auf verschiedenen Ebenen mit folgender Ausrichtung 1.) Schwierigkeiten der Jugendlichen bei Verhalten und schulischen Leistungen, 2.) Schwierigkeiten der Eltern in ihrer Rolle als Eltern und 3.) Unterstützung von Lehrern.
Inhalte und Methoden:	Die Schüler erhalten jeweils einen Tutor, der sie zweimal wöchentlich für jeweils 1 Stunde über einen Dreimonatszeitraum zum Zwecke der Verbesserung der schulischen Leistungen persönlich betreut. Die Tutoren werden den Schülern entsprechend der individuellen Bedarfssituation zugeordnet. Die Tutoren fungieren auch als Mentoren. Wir bieten außerdem Life-Skill-Workshops an: Es gibt sechs Gruppen-Workshops zur Vermittlung von Lebenskompetenzen (wie z.B. kommunikativen Fähigkeiten, Umgang mit starken Emotionen, Gruppendruck usw.). Die Eltern erhalten Beratungssitzungen, die dazu beitragen sollen, die Fähigkeiten als Eltern zu stärken. Des Weiteren unterstützen wir die Arbeit von Lehrern: Wir bieten Vorträge für Lehrer an, um ihr Wissen und ihre Fähigkeiten im Umgang mit Teenagern aus Hochrisikogruppen zu erweitern.
Qualifikationserfordernisse:	Die Workshops werden von Psychologen angeleitet und die Beratungssitzungen von professionellen Psychologen durchgeführt. Die Tutoren verfügen über einen Bachelor-Abschluss in Mathematik oder griechischer Literatur bzw. sind Grundschullehrer.

Evaluation u. Ergebnisse:	Die abschließende Evaluation des Programms wird Folgendes umfassen: Die bei den Beratungen eingesetzten Studenten schätzen die Bedürfnisse der jeweiligen Familie und die Schwierigkeiten am Beginn und am Ende des Programms ein. Mit Hilfe von Fragebögen werden die Familien Aussagen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit machen können, Berichte von Mitarbeitern und Kooperationspartnern sowie die Zeugnisse der Schüler werden zu Beginn und Ende des Programms hinzugezogen.
Entwickelte Materialien:	Nicht zutreffend
Mögliche Kosten:	Kosten für die Tutorentätigkeit (finanziert vom Cyprus Anti-Drug Council), Kosten für die (von KENTHEA bereitgestellten) Räume für die Beratungssitzungen), Kosten für die Workshop-Leitung (Personalpsychologen von KENTHEA), Beratungssitzungen (durchgeführt von Studierenden unserer Kooperationspartner mit Vordiplom im Bereich der Beratungspsychologie), Workshop-Räume, bereitgestellt von der jeweiligen Schule.
Stolpersteine:	Ärztliche Überweisungen stellen die einzige Schwierigkeit dar, da einige der überwiesenen SchülerInnen und Eltern unter Umständen nicht hinreichend motiviert sind und aus dem Programm ausscheiden.
Kontakt:	Elena Zarouna, Ltd. Koordinatorin KENTHEA, Tel 22 38 5588, help@kenthea.org.cy
Förderung:	teilweise Förderung durch den National Antidrug Council of Cyprus
Homepage:	Nicht zutreffend
Beteiligte Organisation:	KENTHEA, University of Nicosia, University of Neapolis, European University und 4 Gymnasien

Zusammenfassung der Ergebnisse und Eindrücke

Doris Sarrazin
LWL - Koordinationsstelle Sucht
Münster, Deutschland

An der Europäischen Werkstatt Suchtprävention nahmen Präventionsfachkräfte aus vielen Europäischen Ländern teil. Ein Schwerpunkt des internationalen Expertenaustausches war die Situation und Entwicklung der Suchtprävention in den beteiligten Ländern generell. Zweiter thematischer Schwerpunkt war die Vorstellung und Diskussion von guten Praxis-Beispielen für Präventionsmaßnahmen, die sich an 18 – 25-Jährige richten. Die Vorstellung zum Stand der Suchtprävention wurde von den Kolleginnen und Kollegen sehr unterschiedlich aufbereitet, wie auch die hier veröffentlichten Artikel zeigen. Deutlich wurde vor allem in der jeweils folgenden Diskussion, dass in einigen langjährigen Mitgliedsländern der EU wie z.B. den Niederlanden, Belgien, Österreich und Deutschland Suchtprävention zunehmend ein Teilbereich einer größeren Struktur wird. Aufgebaut wurden die Präventionsfachstellen oftmals von Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen, die vorher in der Suchtberatung und/oder Suchttherapie gearbeitet hatten. Diskutiert wurde, inwieweit diese Erfahrung die Fachlichkeit und vor allem die Haltung der Fachkräfte auch in der Suchtprävention förderlich geprägt hat. Es wurde befürchtet, dass in dem jetzt fast überall anstehenden Generationswechsel, diese Haltung und Erfahrung verloren gehen und die Arbeit einer mehr akademischen Aufgabenerfüllung weichen könnte. Wissensweitergabe und Gewinnung von Nachwuchskräften war daher auch ein Diskussionsthema.

Die Einbindung der Suchtprävention in größere Strukturen hat in vielen Ländern auch fachliche Konsequenzen. Leitungsfunktionen werden häufiger von fachfremden Berufsdisziplinen wahrgenommen, so dass Suchtprävention als Aufgabe psycho-sozialer Berufe untergeordnet und damit unselbständiger wird. Das wird für die Qualität und Zielgruppenorientierung der Arbeit kritisch gesehen. Diskutiert wurde in diesem Zusammenhang wie viel Felderfahrung auch Leitungskräfte haben sollten.

Die Angebote der Suchtprävention haben sich aus den aktuellen Bedarfen und dieser persönlichen Begegnung mit Betroffenen und ihren Angehörigen entwickelt. Dabei haben sich die Angebote immer mehr professionalisiert. Wissenschaftliche Evaluationen zur Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze führten zu einer gestiegenen Qualität, aber auch zu neuen Anforderungen. Da der Drogenmarkt das Hilfesystem und damit auch die Suchtprävention vor immer neue Herausforderungen stellt, müssen Präventionsmaßnahmen trotz der geforderten Evidenzbasierung regional und lokal bedarfsorientiert umgesetzt werden. Vor dem Hintergrund einer flachen Hierarchie mit schnellen Entscheidungsmöglichkeiten war die dazu erforderliche Kreativität und Flexibilität recht gut gesichert. Berichtet wurde aber auch, dass eine wissenschaftlich fundierte Suchtprävention im Sinne einer Wirksamkeitsorientierung zwar oftmals gefordert, eine unabhängige Evaluation aber nur selten finanziert wird. Viele Länder berichteten, dass die Abhängigkeit von politischen Veränderungen spürbar ist. Je nachdem welche politische Partei mit welcher suchtpolitischen Ausrichtung die regierende Mehrheit stellt, werden entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt oder reduziert und Abhängigkeitserkrankungen und ihre Prävention mehr oder weniger wichtig genommen. Dabei ist auch der große Einfluss der Alkohol- und Tabakindustrie benannt worden. Die Erfolge der Hilfemaßnahmen in den vergangenen Jahren führten aber auch dazu, dass das Suchtproblem in der Gesellschaft immer weniger sichtbar wurde. Offene Szenen, die zum politischen Handeln aufriefen, sind weitestgehend verschwunden. So führt der Erfolg der Suchthilfe zu einem sinkenden Bewusstsein zur Problematik, obwohl die Prävalenzzahlen sich im Vergleich zu den 1970-iger Jahren enorm gesteigert haben.

In einigen Mitgliedsländern vermittelten die Präsentationen den Eindruck, dass es eine klare Zuordnung von Präventionsmaßnahmen zu vorher erhobenen Zahlen und Daten gibt. Es werden zentraler gesteuert bestimmte Problemfelder in den Fokus genommen. Beispiele hierfür waren z.B. Tschechien aber auch Norwegen.

Aus allen Ländern wurde berichtet, dass es die Grundregel ‚Prävention vor Hilfe und Hilfe vor Strafe‘ gibt. Das bedeutet jedoch nicht schlussfolgernd, dass für die dafür sinnvollen und zielführenden Maßnahmen auch die notwendigen Ressourcen bereit gestellt werden (können).

13 Projekte guter Praxis für die Zielgruppe der 18 – 25-Jährigen wurden aus 12 Ländern vorgestellt und diskutiert. Sie wurden in verschiedenen Settings wie Hochschule, Sportverein, Straßenverkehr, Schule, Partysetting/ Nachtleben und im Rahmen von Jugendsozialarbeit durchgeführt. Eins ist ein aufsuchendes Präventionsprojekt, eins richtet sich an junge Mütter, die Sozialhilfe beziehen.

Drei Länder konnten kein gutes Praxis-Beispiel für die Zielgruppe vorstellen, weil Ihnen diese Beispiele fehlten. Vom Netzwerk euro net wurde insbesondere der Peer-Education-Ansatz in der Suchtprävention entwickelt und erprobt. Deutlich wurde in den Werkstätten, dass er sich in vielen Ländern gut etabliert hat und als angemessen und effektiv bewertet wird. Vor dem Hintergrund älter werdender Präventionsfachkräfte wurde er als besonders wichtig beschrieben.

Insgesamt bot die Veranstaltung durch den formellen und informellen Rahmen eine sehr gute Möglichkeit zum Austausch. Die beteiligten Mitglieder des Netzwerkes euro net und die weiteren Teilnehmenden hatten gute Voraussetzungen sich miteinander zu vernetzen. So ist die Übernahme im eigenen Land nicht vorhandener Maßnahmen und Programme bilateral möglich. Die Teilnehmenden aus Serbien und Tschechien möchten sich dem Netzwerk euro net neu anschließen. Das Mitglied aus Spanien, das zwischenzeitlich nicht mehr im Netzwerk vertreten war, wurde neu motiviert und wird sich wieder beteiligen.

Dieses Ergebnis zeigt, dass der internationale Austausch als sehr bereichernd und anregend empfunden wurde. Aus deutscher Sicht waren besonders die Projekte aus anderen Ländern interessant, die im Setting von Sportvereinen oder an Hochschulen entwickelt und durchgeführt wurden. Hier ist bei uns noch ein weites Entwicklungsfeld. Eine gute Anregung gab auch ein Präventionsprojekt, das junge Mütter mit Sozialhilfebezug adressiert.

Als Gesamtfazit bleibt festzuhalten, dass der offene Erfahrungsaustausch mit seinem Voneinander- und Miteinander-Lernen so etwas wie gelebtes Europa darstellte. Er bereicherte und motivierte persönlich und verstärkte das Netzwerk. Besonderer Dank gebührte den Organisatoren und Unterstützer/innen vor Ort, die diese Begegnung in historischem Ambiente erst möglich gemacht haben.

Bei einem nächsten Treffen sollte allerdings die Veranstaltungsform geändert werden. Es gab zu viele Powerpointpräsentationen nacheinander, zwar mit Diskussion aber mit zu wenig Methodenvielfalt, wie sie eigentlich für Präventionsfachkräfte typisch gewesen wäre.

Teilnehmende

Bach, Steen
Esbjerg Kommune
Esbjerg, Denmark

Baeten, Carlo
CAD Limburg
Hasselt, Belgium

Bogstrand, Stig Tore
Norwegian Institute of Public Health
Oslo, Norway

Bourloud, Chantal
Fachstelle ASN
Zurich, Switzerland

Brito, Irma
IREFREA Portugal
Coimbra, Portugal

Budde, Axel
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Cologne, Germany

Burkhart, Gregor
EMCDDA
Lisbon, Portugal

Carius, Roland
CePT - Centre de Prévention
des Toxicomanies
Luxembourg

Czemy, Ladislav
Narodni Ustav Dusevniho Zdravi
Prague, Czech Republic

Dau, Jennie
ECHOO Konferenzdolmetschen
Berlin, Germany

Eldin, Nazih
Department of Health
Dublin, Ireland

Fraters, David
CAD Limburg
Hasselt, Belgium

Georgala, Nikoletta
OKANA
Athens, Greece

Hardeling, Andrea
Landesstelle für
Suchtfragen Brandenburg
Potsdam, Germany

Hinz, Carsten
ECHOO Konferenzdolmetschen
Berlin, Germany

Hölscher, Marion
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Münster, Germany

Keizer, Hans
Tactus
Enschede, Netherlands

Kern, Albert
Bundesministerium für
Gesundheit
Berlin, Germany

Kern-Scheffeldt, Walter
Pädagogische Hochschule
Zürich, Switzerland

Kilibarda, Biljana
Institute of Public Health of Serbia
Belgrad, Serbia

Körner, Jörg
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Münster, Germany

Koler, Peter
Forum Prävention Onlus
Bozen, Italy

Kopanyiova, Alena
Research Institute for Child Psychology
Bratislava, Slovakia

Laging, Marion
Hochschule Esslingen
Esslingen, Germany

Lagemann, Christoph
Institut Suchtprävention pro mente OÖ
Linz, Austria

Mendes, Fernando
IREFREA Portugal
Coimbra, Portugal

Michaelis, Thérèse
euro net
Luxembourg

Nicolaou, Pantelitsa
KENTHEA
Nicosia, Cyprus

Nilles, Jean-Paul
CePT - Centre de Prévention
des Toxicomanies
Luxembourg

Nothdurfter, Klaus
Amt für Jugendarbeit
Provinz Bolzano, Italy

Rometsch, Wolfgang
euro net
Hamm, Germany

Sarrazin, Doris
LWL-Koordinationsstelle
Sucht
Münster, Germany

Schmidt-Rosengarten, Wolfgang
Hessische Landesstelle
für Suchtfragen e.V.
Frankfurt a.M., Germany

Steffens, Rebekka
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Münster, Germany

Van Gelder, Nadine
IVO Addiction Research Institute
Rotterdam, Netherlands

Van Regteren, Bert-Jan
Tactus
Enschede, Netherland

Vlachava, Eleni
Prevention Executive
Athens, Greece

Vlachopouloti, Fotini
Addictions Prevention & Sociopsychological Health
Athens, Greece

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Rauschmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 730 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als Beraterin und Koordinatorin der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Fach-einrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler, aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse sowie die aktuelle Gesetzgebung und moderiert die kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 27.600 Fachkräfte zu Suchtthemen in Fort- und Weiterbildungen. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen. Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe und angrenzenden Arbeitsfeldern unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus. Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten Modellprojekte sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in den Bereichen Prävention, Beratung und Behandlung.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur. Der LWL wird durch ein Parlament mit 116 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.



LWL-KOORDINATIONSSTELLE

Sucht Fragen Sie uns
doch einfach.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267
Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org