

Transfer

Newsletter

11

26.03.2004

Themen:

Studien **1**
 Projekte **8**
 Medien **13**
 Kontakte **14**
 Impressum **16**



ginko
 Landeskoordinierungsstelle
 für Suchtvorbeugung
 in NRW

Im Auftrag des
 Ministeriums für
 Gesundheit, Soziales,
 Frauen und Familie
 des Landes
 Nordrhein-Westfalen



► *Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen* *Einsatzbereiche und Wirksamkeit*

von Georg Kremer

Kurzinterventionen basieren inhaltlich auf dem Motivational Interviewing (MI), einer klientenzentrierten Maßnahme zur Motivationssteigerung und dem Selbst-Kontroll-Konzept. Sie rücken die pragmatischen Aspekte einer Verhaltensänderung bezüglich des Umgangs mit Suchtmitteln in den Mittelpunkt von Beratungskonzepten. Hinsichtlich der Dauer werden ein- oder mehrmalige (bis maximal 4) Maßnahmen von 5 bis 60 Minuten als Kurzinterventionen bezeichnet. Die Maßnahme kann ambulant oder stationär, ergänzend oder aber als einzige Intervention angeboten werden, wobei Kurzinterventionen meist in einem frühen Stadium des problematischen Konsums stattfinden.

Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen wurde jetzt durch eine aktuelle Metaanalyse bestätigt, die 54 randomisierte und kontrollierte Studien aus den Jahren 1970-1998 berücksichtigt. Vor allem Menschen mit leichten bis mittelschweren Problemen im Umgang mit Suchtmitteln konnten von Kurzinterventionen profitieren. Mehrere deutsche Studien weisen zudem darauf hin, dass durch diese Form der Intervention die Inanspruchnahme anderer Dienste (z.B. Suchtberatungsstellen) gesteigert wird. Von 1993 bis 1999 wurden 13 Studien durchgeführt, die sich ausschließlich Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen widmeten, die auf dem Motivational Interviewing beruhen. In neun Studien konnten positive Effekte im Sinne einer reduzierten Trinkmenge nachgewiesen werden. Bei einigen Studien war die Kurzintervention nur über einen kürzeren Zeitraum effektiv, bei anderen ließ sich auch ein

Jahr nach der Maßnahme noch eine Wirkung nachweisen.

In Deutschland werden MI-Kurzinterventionen bei Menschen mit Suchtproblemen in Allgemeinkrankenhäusern, hausärztlichen Praxen und in der Jugendhilfe erprobt. Die Modellprojekte in Krankenhäusern erzielten zwar positive Ergebnisse, doch schlug eine Umsetzung in den Routinealltag nach Projektende aufgrund fehlender Ressourcen fehl. Kompensierend kann hier vielleicht das Angebot einzelner Suchtberatungsstellen wirken, die mit Kliniken kooperieren.

Auch in hausärztlichen Praxen wurde das Konzept des Motivational Interviewing noch nicht systematisch umgesetzt, was der Autor u.a. auf eine unzureichende Honorierung zurückführt. Positiv zu bewerten ist sicherlich die Aufnahme des Ansatzes in Fort- und Weiterbildungscurricula für Ärzte (Suchtmedizinische Grundversorgung), Psychologen (Suchtpsychologische Grundversorgung) und Mitarbeiter der Jugendhilfe. Unter dem Stichwort „MOVE“ (Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen) wurde im Auftrag des Landes NRW ein 24 Stunden umfassendes Weiterbildungskonzept entwickelt, das nahezu alle Suchtpräventionsfachkräfte des Landes absolvierten. Weitere Informationen finden Sie unter http://www.ginko-ev.de/multi_motivkurz.html.

Quelle: Kremer, G. (2003) Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. In: Suchttherapie 4, 125-131.

► *Kosten des Alkoholmissbrauchs Schätzungen für die Schweiz*

von Claude Jeanrenaud

*psychosoziale Folgen
einschätzen*

*indirekte
materielle Kosten*

*immaterielle
Kosten*

*Verlust an
Lebensqualität
messbar machen*

In der Schweiz leben 300.000 alkoholabhängige Menschen. 2100 sterben jährlich an den Folgen des Alkoholmissbrauchs. Die materiellen Kosten, die durch medizinische Behandlung und Sachschäden alkoholbedingter Unfälle entstehen, werden auf 700.000 Millionen Franken jährlich geschätzt. Produktionsverluste durch Invalidität oder frühzeitigen Tod werden als indirekte materielle Kosten bezeichnet und betragen insgesamt 1,5 Milliarden Franken.

Weitaus höher schlagen allerdings die immateriellen Verluste zu Buche, die durch eine verminderte Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen entstehen. Um den Verlust an Lebensqualität in Franken auszudrücken, führte der Autor, Professor am Institut für Wirtschafts- und Regionalforschung der Universität Neuenburg, mehrere Befragungen durch. Eine repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung wurde zunächst über die Auswirkungen folgender alkoholbedingter Erkrankungen aufgeklärt: Bluthochdruck, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung, Leberzirrhose, Krebs im Hals-Nasen-Ohren-Bereich und Unfallfolgen. Anschließend mussten die Befragten angeben, auf welchen Anteil des Einkommens sie verzichten würden, um einen solchen hypothetischen Schaden von sich abzuwenden. Dieser Betrag wurde als Indikator für den Verlust an Lebensqualität verwendet und mit der Anzahl der tatsächlichen Neuerkrankungen multipliziert. Auf diese Weise berechnet Jeanrenaud immaterielle Kosten durch Krankheit und Unfälle in Höhe von 2,5 Milliarden Franken jährlich. Hinsichtlich der psychosozialen Auswirkungen, die der Alkoholkonsum für das familiäre Umfeld mitbringt, wurde ein ähnliches Vorgehen gewählt. Eine Stichprobe von 240 Personen wurde zunächst über die sozialen Folgen der Alkoholabhängigkeit aufgeklärt, anschließend wurde

danach gefragt, welche Summe man durchschnittlich monatlich zu zahlen bereit wäre, um nicht mit einem alkoholabhängigen Menschen leben zu müssen. Durchschnittlich wäre jede Person bereit 490 Franken pro Monat zu zahlen, was bei 300.000 Alkoholabhängigen Kosten von 1,75 Milliarden Franken ausmachen würde.

An der Studie waren verschiedene Schweizer Forschungsinstitute beteiligt. Im nächsten Jahr soll eine Veröffentlichung zu den sozialen Kosten illegalen Drogenkonsums folgen.

Quelle: Jeanrenaud, C. (2003) Alkoholmissbrauch kostet Milliarden. Eine neue Studie schätzt erstmals auch die immateriellen Kosten. In: Konturen 6, 40-41.



► **Dissoziale Verhaltensmuster bei jungen Ecstasykonsumenten**

von Corinna van Niekerk, Michael Höfler, Hildegard Pfister, Christian Schütz und Hans-Ulrich Wittchen

Dass der Konsum von Ecstasy mit psychischen Erkrankungen wie z.B. Depression oder Angststörungen einhergeht, wurde bereits in einigen Studien nachgewiesen. Die aktuell vorliegende Studie zeigt, dass auch Störungen des Sozialverhaltens mit dem Konsum von Ecstasy in Zusammenhang stehen können.

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden 958 Probanden in mehreren Untersuchungswellen befragt. Zu Beginn der Studie waren die Jugendlichen 14-17 Jahre alt, zum Zeitpunkt der letzten Befragung zwischen 17 und 21. Es handelt sich um eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe in München und Umgebung. Diese setzte sich hinsichtlich des Drogenkonsums aus 85 Jugendlichen zusammen, die mindestens einmal Ecstasy konsumiert hatten, 354 Personen, die mindestens einmal eine andere illegale Droge außer Ecstasy konsumiert hatten, meist Cannabis, und 446 Jugendlichen ohne Drogen- erfahrung. Die Gruppen sind hinsichtlich Alters- durchschnitt und Geschlechtsverteilung gut vergleichbar.

Insgesamt 29 Fragen zum Sozialverhalten mussten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen den geschulten Interviewern beantworten, wobei sich die Fragen auf Verhaltensweisen vor dem 15. Lebensjahr und Verhaltensweisen nach dem 15. Lebensjahr bezogen. Je mehr Fragen bejaht wurden, desto wahrscheinlicher bzw. ausgeprägter die Störung.

Sowohl Ecstasykonsumenten als auch Konsumenten anderer illegaler Drogen weisen im Vergleich zu Personen ohne Drogenkonsum deutlich häufiger dissoziale Verhaltensweisen auf. Die beiden Konsumentengruppen unterscheiden sich dahingehend, dass diese Verhaltensmuster bei Ecstasykonsum deutlicher ausgeprägt sind. So bejahte ein Drittel der Ecstasy-

konsumenten mindestens 3 Fragen. Dies traf für ein Viertel der Konsumenten anderer illegaler Drogen und nur für 5% der Personen ohne Drogen- erfahrung zu.

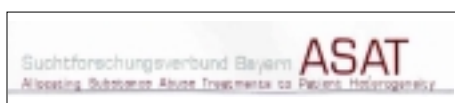
Auch für dissoziales Verhalten nach dem 15. Lebensjahr zeigen Jugendliche und junge Erwachsene, die Ecstasy genommen haben, ebenso wie Konsumenten anderer Drogen, höhere Werte als die Kontrollgruppe. Die Ecstasykonsumenten zeigen im Vergleich zu den Konsumenten anderer illegaler Drogen deutlich höhere Werte bei den Kriterien „Regelverletzung“, „Aggressivität“, „Missachtung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit anderer“ und „Verantwortungslosigkeit“.

Frauen zeigen durchweg weniger dissoziale Verhaltensweisen als Männer, wobei dieser Unterschied in den Gruppen mit Drogenkonsum ausgeprägter zu finden ist.

Der Einnahmehäufigkeit scheint übrigens hinsichtlich der untersuchten Fragestellung keine besondere Bedeutung zuzukommen.

Die Studie ist Teil des Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments To Patient Heterogeneity): www.asat-verbund.de.

Quelle: van Niekerk, C., Höfler, M., Pfister, H., Schütz, C. und H.-U. Wittchen (2003) Dissozialität bei Ecstasykonsumenten. In: Sucht 49 (4) 280-291.



prospektive Studie

*Konsum-
häufigkeit eher
unwichtig*

*Störungen bei
Ecstasykonsu-
menten häufig*

► **Schichtspezifische Unterschiede beim Alkohol- und Tabakkonsum von Frauen und Männern**

von Dieter Henkel, Uwe Zemlin und Peer Dornbusch



*sorgfältige
Stichproben-
auswahl*

Während epidemiologische Studien zu Zusammenhängen zwischen sozialer Schicht und Tabakkonsum in der Regel einen höheren Konsum in der Unterschicht nachweisen, ist die Datengrundlage zum Alkoholkonsum weit weniger eindeutig. Dies führen die Autoren auf Probleme im Studiendesign zurück und ließen so zahlreiche Überlegungen in die Auswahl der Stichprobe einfließen. Als Datenbasis diente der vom Robert-Koch-Institut durchgeführte Bundesgesundheitsurvey von 1998 mit über 7000 be-



fragten Personen im Alter von 18-79 Jahren. In die vorliegende Untersuchung wurden allerdings nur die 25-50jährigen einbezogen, da bei jüngeren oder älteren Personen signifikante Interaktionseffekte bestehen, durch die der Schichtvergleich verzerrt werden könnte. Die Stichprobe wurde nach dem modifizierten Winkler-Index, der Schul- und Ausbildungsabschluss, Äquivalenzeinkommen (bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen) und Stellung im Erwerbsleben berücksichtigt, in die Gruppen Oberschicht (n = 371), Mittelschicht (n = 647) und Unterschicht (n = 322) unterteilt. Personen mit unsicherer Sozialschichtzuordnung wurden ausgeschlossen.

Hinsichtlich des Alkoholkonsums wurde nach der Trinkfrequenz pro Monat und der dann üblicherweise zu sich genommenen Menge Alkohol gefragt, die in Reinalkohol umgerechnet

wurde. Beim Tabakkonsum interessierte neben der momentanen Konsumsituation der Beginn des regelmäßigen Rauchens, Alkoholabstinenz oder die Aufgabe des Rauchens.

Wie aus anderen Studien bekannt, zeigte sich, dass sowohl Männer als auch Frauen aus der Unterschicht häufiger und mehr rauchen. Frauen dieser Gruppe geben zudem das Rauchen seltener auf, was auf die Notwendigkeit einer Intensivierung präventiver Maßnahmen für diese Gruppe hinweist.

Beim Alkohol lässt sich sowohl für den gesundheitlich riskanten als auch für den regelmäßigen Konsum eine u-förmige Verteilung feststellen. Männer aus der Mittelschicht sind hier signifikant am wenigsten gefährdet. Unter denjenigen, die nie Alkohol trinken sind die Männer aus der Unterschicht mit 13,6% am häufigsten zu finden. Dagegen verzichtet nur jeder 25. Mann aus der Oberschicht ganz auf den Alkohol.

Auch bei den Frauen nimmt der Anteil Abstinenter von der Unterschicht zur Oberschicht deutlich ab. Bezüglich des Trinkens ist ein klarer Gradient dahingehend auszumachen, dass der Konsum mit der Sozialschicht steigt. Frauen mit gutem Bildungsabschluss und hohem Einkommen konsumieren deutlich am meisten Alkohol und sind als wichtige Zielgruppe für die Prävention zu betrachten. Weitere Studien sollten in die Aufklärung dieser Zusammenhänge investieren.

Quelle: Henkel, D., Zemlin, U. u. P. Dornbusch (2003) Sozialschicht und Konsum von Alkohol und Tabak im Bundesgesundheitsurvey 1998. In: Sucht 49 (5), 306-311.

*Alkoholprävention
für Oberschicht-
frauen*

*mehr Raucher
in der
Unterschicht*

► Süßes für die Kleinen - Alcopops werden immer beliebter - Befragungsergebnisse von der BZgA veröffentlicht

von Volker Stander, Gerhard Christiansen und Jürgen Töppich (BZgA)

Der Bekanntheitsgrad und Konsum von alkoholischen Mixgetränken ist in Deutschland von 1998 bis zum Jahr 2003 erheblich angestiegen. Zu diesem Ergebnis kommt eine im Sommer 2003 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von FORSA durchgeführte telefonische Befragung an 2004 Personen ab 14 Jahren. Eine weitere Befragung von 1000 14-17-jährigen im Herbst 2003 konnte zeigen, dass Kauf und Konsum von Mixgetränken trotz Jugendschutzgesetz keine Hürde für Jugendliche darstellt.

Kannten im Jahr 1998 gerade einmal 13% aller Befragten diese Sorte Alkohol, waren es im Sommer 2003 bereits 78%, wobei die Bekanntheit vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stark angestiegen ist. Bei den 14-17-jährigen haben 78% schon einmal von Alcopops gehört, bei den 18-29-jährigen sind es sogar 94%. Der größte Teil der Befragten wurde durch Werbung oder den Einkauf im Supermarkt auf Mixgetränke aufmerksam. Jugendliche berichten häufig darüber, durch den Besuch bei Freunden oder den Discobesuch auf diese Getränke aufmerksam geworden zu sein. Es sind die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen der stärkste Zuwachs im Kaufverhalten zu verzeichnen ist. Im Monat vor der Befragung wurden Alcopops von 39% der 14-17-jährigen gekauft, wobei 20% ein- bis zweimal und 19% dreimal und mehr zu diesen Getränken griffen. Die Zahlen für die jungen Erwachsenen liegen etwas darunter. Die Aufteilung der 14-17-jährigen in Altersgruppen zeigt, dass es vor allem die 16-17-jährigen sind, die häufig Alcopops kaufen. Das Jugendschutzgesetz stellt für viele Jugendliche kein Hindernis dar, an die beliebten Mixgeträn-

ke zu kommen: Ein Viertel der unter 16-jährigen und ein Drittel der unter 18-jährigen kaufte die jeweils verbotenen Getränke selbst, obwohl über 80% der Jugendlichen darüber informiert sind, dass Bier/Weinmixgetränke ab 16 und Spirituosenmixgetränke ab 18 Jahren erworben und konsumiert werden dürfen.

Konsumiert werden Alcopops in erster Linie bei Parties und in der Disco, wo ein starker Anstieg zu verzeichnen ist. Insgesamt ist der Konsum in allen Altersgruppen im Vergleich zu 1998 gestiegen, wiederum besonders stark bei den Jüngeren. Bei den 14-17-jährigen sind Alcopops die beliebteste alkoholische Sorte. Fast die Hälfte dieser Altersgruppe konsumiert mindestens einmal im Monat Mixgetränke, wobei kaum geschlechtsspezifische Unterschiede auszumachen sind.

Ein Vergleich der 14-17-jährigen mit den 18-29-jährigen zeigt, dass Alcopops von ersteren häufiger konsumiert werden, was sowohl für den gelegentlichen, als auch für den regelmäßigen Konsum gilt. Favorisiert werden eindeutig Spirituosenmixgetränke, die im Monat vor der Befragung von 32% der 14-15-jährigen und 53% der 16-17-jährigen trotz Jugendschutzgesetz konsumiert wurden.

Quelle: Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops in der Bundesrepublik Deutschland 2003 – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. BZgA 2003



Flyer zu Alcopops bei **ginko** zu beziehen

repräsentative
Befragung

Jugendschutz
greift nicht

Kaufanstieg bei
Jugendlichen

► **Die Rolle des Sports in der Suchtprävention Evaluation der Initiative „Kinder stark machen“**

Umsetzung mit
Hindernissen

Kompetenzen
fördern

Übungsleiter
mit vielen
Vorkenntnissen

Seit Mitte der 90er Jahre hat die BZgA ihr Engagement hinsichtlich einer Zusammenarbeit mit Sportverbänden und Vereinen intensiviert. Über die Vereine kann ein größerer Teil der Kinder und Jugendlichen gut erreicht werden. Trainer und Übungsleiter sind häufig Personen, denen Vertrauen geschenkt wird. Jährlich besuchen im Rahmen der Kampagne „Kinder stark machen“ rund 1500 von ihnen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Suchtprävention. So sollen ihre Fähigkeiten dahingehend gefördert werden, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl bei den Heranwachsenden zu stärken und Konflikt- und Kommunikationskompetenzen auszubauen. In der vorliegenden Broschüre werden zwei zentrale Fragen beantwortet. Wodurch zeichnen sich die Betreuer aus, die an der Qualifizierungsmaßnahme teilnehmen und wie hat das Seminar auf die Teilnehmenden gewirkt? Durchgeführt wurde die Studie von Klaus-Dieter Brinkhoff, Professor am Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart. Von den 1530 befragten Seminarteilnehmern betreuten 80% Kinder und Jugendliche bis zur Pubertät und damit die relevante Zielgruppe. Frauen waren deutlich überrepräsentiert, obwohl sich die Gesamtgruppe der Übungsleiter eher aus Männern rekrutiert. Auch dem Bildungsstatus kommt eine herausragende Bedeutung zu. Fast die Hälfte der Teilnehmer verfügt über Abitur oder Hochschulabschluss. Übungsleiter mit Haupt- oder Volksschulabschluss sind deutlich unterrepräsentiert. Ein Großteil der befragten Übungsleiter verfügt über vielfältige Erfahrungen, die neben der sportbezogenen Kinder- und Jugendarbeit auch pädagogische Vorkenntnisse umfassen. Jeder fünfte gab sogar Vorerfahrungen in der Suchtprävention an. Des Weiteren zeichneten sich die befragten Teilnehmer durch ein ho-

hes Maß an Leistungsorientierung aus.

Die Auswirkungen des Seminars, von dem sich der Großteil der Teilnehmer sehr angesprochen fühlte, ließen sich wie erwartet vor allem auf kognitiver Ebene nachweisen. So stieg bei den Übungsleitern die Auseinandersetzung mit den Themen Sucht und Suchtprävention ebenso wie die Sensibilität für suchtspezifische Fragestellungen. Im konkreten Handeln hat sich die Seminarteilnahme dahingehend ausgewirkt, dass Übungsleiter ihren Schützlingen besser zuhören und auch sportfremden Themen Raum widmen. Eine stabile Etablierung der Suchtprävention in der Vereinsarbeit, wie sie z.B. durch Kooperation auf Gesamtvereinebene erreicht werden könnte, konnte jedoch nicht beobachtet werden. Dennoch zeigt die Studie, dass in Sportvereinen ein hohes Potenzial steckt, das für die Suchtprävention genutzt werden kann und sollte. Die Broschüre kann kostenlos bei der BGZgA angefordert werden. Weitere Informationen zur Kampagne „Kinder stark machen“ unter www.kinderstarkmachen.de.

Quelle: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 21: Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport - Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“ Köln: BZgA 2003.



► *Situation der Sozialarbeit in Deutschland Stillstand an Erkenntnis?*

von Peter Erath

Erath ruft zu einer Neuorientierung in der Sozialarbeit auf, die sich seiner Meinung nach bereits längere Zeit in einer Krise befindet und ihre Leistungsfähigkeit nach außen nur schlecht demonstrieren kann.

Für unbestreitbar hält er die Tatsache, dass in Deutschland wie in anderen entwickelten Demokratien auf die Sozialarbeit nicht verzichtet werden könne, da sie einen wichtigen Beitrag zur Gewährung der Freiheitsrechte leistet. Weiterhin verweist er auf den Soziologen Luhmann, der Sozialarbeit in einer funktional ausdifferenzierten Gesellschaft deshalb für unverzichtbar hält, weil das Helfen hier als Aufgabe von Organisationen zeitnah und verlässlich organisiert ist.

In welchem Ausmaß Sozialarbeit stattfindet hängt nach Erath unter anderem von der ökonomischen Situation einer Gesellschaft ab. Er weist auf das Problem hin, dass gerade in wirtschaftlich schwachen Zeiten, in denen Sozialarbeit besonders gebraucht wird, die Mittel hierfür gekürzt werden. Sozialarbeit wird auch dann abgebaut, wenn die Zuständigkeit für Problemlagen anderen Bereichen, wie z.B. dem Rechts- oder Erziehungssystem zugeordnet werden. So wird z.B. in den USA die Bewährungshilfe aus der Sozialarbeit in die Justizministerien ausgegliedert. Als Dilemma bezeichnet der Autor die Tatsache, dass Sozialarbeit nie nur in Bezug auf den Klienten, sondern immer auch in Bezug auf die Gesellschaft geleistet wird. So könne sie sich nie wirklich sicher sein, wen sie in Wirklichkeit unterstützt.

Sich auf den Soziologen Bourdieu beziehend, führt Erath weiterhin aus, dass der Sozialarbeit in der Regel zu geringe Mittel zur Verfügung stehen, um wirklich effektiv helfen zu können. Und selbst wenn diese bereit stünden, können nach Luhmann immer nur Probleme in Teil-

systemen der Gesellschaft gelöst werden, weil die Gesellschaft immer neue Formen der Hilfsbedürftigkeit erzeugt. Ebenso weist er darauf hin, dass es der Sozialarbeit nicht immer möglich ist zu helfen, auch wenn dies eigentlich in ihrem Sinne wäre. Und letztlich ist der Erfolg der Hilfe, wenn sie denn angeboten wird, noch davon abhängig, ob der Klient diese Hilfe annimmt und sich aktiv im Hilfeprozess engagiert. Die sich daraus ableitende schwierige Situation der Sozialarbeit hat sich laut Erath seit den 80er Jahren noch deutlich verschlechtert. Er schreibt von Enttäuschungen, Vorwurfsgehalten und chronischer Erfolglosigkeit und wirft der Sozialarbeit vor, sich neuen Entwicklungen, wie z.B. der Anwendung von Qualitätsmanagementsystemen zu verschließen und so einen Stillstand der Erkenntnis zu zementieren. Obwohl er Veränderungen momentan für wenig wahrscheinlich hält, zeigt er mögliche Perspektiven auf, die eine Weiterentwicklung unterstützen würden. Dazu zählen u.a. die Methodenentwicklung, die Übernahme professioneller Standards, und eine verstärkte Wissenschaftsentwicklung mit intensiver empirischer Forschung.

Diese Veränderungen können nach Ansicht des Autors jedoch nur auf den Weg gebracht werden, wenn offene Diskussionen geführt werden und die Sozialarbeit bereit ist, eigene Denk- und Handlungsweisen kritisch zu reflektieren.

Peter Erath ist Professor für Theorien der Sozialarbeit und Pädagogik an der Universität Eichstätt.

Quelle: Erath, P. (2004) Wissenschafts- und Praxisentwicklung der Sozialen Arbeit/Sozialarbeit in Deutschland. Situation und Perspektiven. In: Sozialmagazin 29 (1), 37-43.

Sozialarbeit ist unverzichtbar

Entwicklungsperspektiven



eingeschränkte Leistungsfähigkeit

► **Modulares Behandlungsprogramm für opiatabhängige Patienten**

von Andreas Hauser und Alexander Weicker

Die Autoren stellen in ihrem Beitrag ein substitions-gestütztes Therapieprogramm vor, das aus verschiedenen Modulen besteht. Als Mitarbeiter der WABe Fachambulanz in Aachen haben die beiden Psychotherapeuten diese Therapieform über einen Zeitraum von 6 Jahren entwickelt und dabei insgesamt über 600 Patienten behandelt.

Es wird als besonders wichtig erachtet, dass aktuelle, alltagsnahe Probleme vor der eigentlichen Aufarbeitung der Suchtgeschichte angegangen werden. So stehen zunächst die körperliche Erstversorgung, die medizinische Diagnostik und Behandlung sowie die Substitution im Zentrum der Behandlung. Darauf folgen die soziale Stabilisierung, die Psychotherapie und die Rehabilitation.

Über insgesamt vier Module ist die Behandlung der Patienten organisiert. Der Übergang von einem Behandlungsmodul in das nächste hängen von der Motivation zur Veränderung, der Einsicht in die eigene Problemlage und das damit verbundene Potenzial zur Veränderung ab. Als Leitgedanken formulieren Hauser und Weicker, dass sich je nach Ausprägung von Veränderungsmotivation und Krankheitseinsicht Interventionsfokus und Behandlungsanforderungen verändern und die Behandlungsziele variieren. Ziele des Einstiegsmoduls A (Kontakt) sind die Einbindung des Patienten in die Hilfestruktur und die Reduktion des suchtbedingten selbstschädigenden Verhaltens. Um aktuellen Suchtfolgeproblemen effektiv zu begegnen sind die Leistungen als aufsuchende Hilfe organisiert. Neben Substitution und medizinischer Grundversorgung werden den Patienten auch juristische Beratungsgespräche angeboten. Der Übergang in das nächste Modul findet statt, wenn der Patient Krankheitseinsicht zeigt und bereit

ist, den Beikonsum zu reduzieren. Ein größerer Teil der Patienten schafft diesen Wechsel nicht und bricht die Behandlung ab. Die Zuverlässigkeit und Disziplin des Patienten ist im B-Modul, dessen Ziel die Herstellung von Therapiefähigkeit ist, stärker gefragt. Zur sozialen Stabilisierung sollen Arbeitsprojekte, Schule oder Ausbildung und der Aufbau drogenfreier Sozialkontakte beitragen. Wenn die Drogenszene vom Patienten gemieden und der Beikonsum eingestellt ist, findet im Modul C eine 12 Monate andauernde sucht- und psychotherapeutische Behandlung als Einzel- oder Gruppentherapie statt. Die Therapie wird begleitet von Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Integration und von Trainingsgruppen, die sich speziellen suchtrelevanten Themen widmen.

Ziele des abschließenden Moduls D (Nachsorge) sind die Stabilisierung der Abstinenz, die Verkürzung von Rückfallepisoden und das Lösen aus Hilfeprozessen. Absolventen des Programms wird die Möglichkeit der helfenden Mitarbeit gegeben, um anderen Patienten positive Rollenbilder zu vermitteln.

Für eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg des Programms halten die Autoren die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen, die auch über ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem gestützt wird.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.wabe-fachambulanz.de

Quelle: Hauser, A. und Weicker, A. (2003) Ein integratives Modell der substitions-gestützten Behandlung opiatabhängiger Patienten. In: Sucht 49 (4), 241-246.

*alltagsnahe
Probleme
zuerst*

Behandlungsziele

*Motivation und
Krankheitseinsicht
bestimmen*

► **Ambivalenz überwinden**

von Joachim Körkel und C. Veltrup

Bei der Anfang der 90er Jahre von William R. Miller und Steven Rollnick entwickelte Methode des Motivational Interviewing handelt es sich um einen klientenzentrierten Ansatz der Gesprächsführung, der sich in der Suchtbehandlung immer mehr durchsetzt. Ziel ist die Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, ein problematisches Verhalten zu ändern. Das Motivational Interviewing, das in mehreren Phasen abläuft, zeichnet sich durch Prinzipien und Methoden aus, die stark durch Respekt für den Klienten und die Wahrung seiner Autonomie gekennzeichnet sind. Besonders bedeutsam sind die ersten Phasen um von der Phase der Absichtslosigkeit über die Absichtsbildung zur Handlungsvorbereitung zu gelangen. Es wird hier davon ausgegangen, dass die Klienten ihrem Suchtkonsum noch ambivalent gegenüberstehen und zwischen Nutzen und Kosten abwägen. In der ersten und schwierigeren Phase wird der Klient bei diesem Abwägen begleitet und in der Bereitschaft zu einer Veränderung bestärkt. In Phase 2 folgt die gemeinsame Festlegung von Zielen und die Erarbeitung eines konkreten Veränderungsplans. Angestrebt wird eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Therapeut und Klient.

Als zentrale Grundlage zur Überwindung der Ambivalenz wird die Fähigkeit des Therapeuten zur Empathie gewertet. Dies ermöglicht es, das Erleben des Klienten zu verstehen und zu akzeptieren, was aber nicht unbedingt auch Zustimmung bedeuten muss. Zu den weiteren Prinzipien gehört die Entwicklung von Diskrepanzen beim Klienten. Dieser soll erkennen, wie sehr die Sucht mit persönlichen Zielen (z.B. Erhalt des Arbeitsplatzes) in Konflikt steht. „Die Wichtigkeit einer Veränderung soll an innerer Kraft gewinnen“. Großer Wert wird beim Motivational Interviewing darauf gelegt, die Veränderungszuversicht des Klienten zu stärken. „Der Therapeut versteht sich weniger als Experte,

denn vielmehr als ‚Hebamme‘, um intrinsische Veränderungsmotivation freizusetzen.“

Zu den grundlegenden Methoden zählen das Stellen offener Fragen und das aktive Zuhören. Die Wertschätzung von Verhaltensweisen des Klienten wirkt ermutigend hinsichtlich des Wagnisses einer Veränderung. Auch Fragen nach Nachteilen des momentanen Suchtverhaltens zielen in diese Richtung. Widerstand wird als Ausdruck einer Dissonanz in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient gewertet, auf die der Therapeut nicht konfrontativ reagieren sollte. Vielmehr sollte er darauf einwirken, die Änderungszuversicht des Klienten zu stärken, z.B. durch Rückblick auf vergangene Erfolge.

Veränderungsziele werden im gleichberechtigten Dialog zusammen mit dem Klienten erarbeitet, wobei verschiedene Wege der Zielerreichung in Betracht gezogen werden sollten. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in erster Linie darin, darauf zu achten, dass ein Lösungsweg gefunden wird, hinter dem der Klient wirklich steht. Die Überlegungen fließen abschließend in einen Änderungsplan ein, in dem das genaue Vorgehen (z.B. Termine für Beratungsgespräche) festgelegt wird.

Seit 1993 werden MI-Trainer ausgebildet. Um sich mit diesem Ansatz, der auch in anderen Bereichen des Gesundheitssystems Anwendung findet, theoretisch und praktisch vertraut zu machen, werden verschiedene Fortbildungen u.a. von der Gk Quest Akademie in Heidelberg (<http://www.gk-quest.de>), dem Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt (<http://www.iss-ffm.de>), dem Institut für Gesundheit, Kommunikation und Motivation in Marburg (www.gkm-institut.de) und vielen anderen angeboten.

Quelle: Körkel, J. und Veltrup C. (2003) Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: Suchttherapie 4: 115-124.

besonders bedeutsam sind die ersten Phasen

Respekt und Autonomie



► **Motivational Interviewing und Case Management bei Drogenabhängigen**

von Irmgard Vogt, Martin Schmid und Martina Schu

hohe Ansprüche an
den Therapeuten

Wie Studien aus den USA zeigen, kann Motivational Interviewing als Kurzintervention die Behandlungs- und Veränderungsmotivation auch von opiat- und kokainabhängigen Menschen steigern und zunächst bestehendes Misstrauen gegenüber Therapeuten abbauen. Die Wirksamkeit des Verfahrens ist jedoch immens davon abhängig, bei welcher Klientel es angewendet wird. So scheint Motivational Interviewing besonders gut bei Menschen zu greifen, die gerade erst am Anfang einer Drogenkarriere stehen, eine gute Ausbildung absolviert haben oder über ein funktionierendes soziales Netzwerk verfügen.

Da sich nur ein kleiner Teil der Drogenkonsumenten in Deutschland durch diese Merkmale auszeichnet, bevorzugen die Autoren, Mitarbeiter des Instituts für Suchtforschung in Frankfurt, das Motivational Interviewing mit dem Case Management zu verbinden. Letzteres steht für ein Verfahren, das ein strukturiertes Vorgehen, eine kontinuierliche und nachhaltige Hilfeleistung sowie den Aufbau von Unterstützungsnetzwerken in den Mittelpunkt stellt. Es folgt einem bestimmten Ablaufschema, das aus Kontaktaufnahme, Ressourcen- und Problemanalyse, Hilfeplanung, Durchführung und Erfolgskontrolle besteht. Werden bestimmte Ziele vom Klienten nicht erreicht, wird nach alternativen Vorgehensweisen gesucht oder eine Umformulierung von Zielen beschlossen (Re-Assessment).

Es wird davon ausgegangen, dass die Klienten vom Case Management möglichst gut profitieren, wenn die Beziehung zum Case Manager gut ist und dies ist vor allem dann der Fall, wenn sich der Interaktionsstil am Motivational Interviewing und damit an Empathie und Respekt für den Klienten orientiert. Es wird zwar eingeräumt, dass über Motivational Interviewing

nicht alle Drogenabhängigen zu einer Verhaltensänderung bewegt werden können, doch versprechen sich die Autoren einen im Vergleich zu anderen Methoden besseren Zugang zur Klientel.

Die Ansprüche an den Therapeuten sind dabei nicht unerheblich. „Zentrale Aufgabe der Case Manager ist es, die einzelnen Schritte im Rahmen des Case Managements an die Stadien der Veränderungsmotivation des Patienten anzupassen bzw. mit dem Interaktionsstil und den Methoden von MI jeweils so zu stärken, dass Case Management möglich wird.“ Eine intensive Schulung der Therapeuten sei daher unerlässlich.

Die Autoren berichten zwar, dass sich das geschilderte Vorgehen in der Arbeit mit Drogenabhängigen bewährt, doch stehen Studien, die der Wirksamkeit der Kombination von Motivational Interviewing und Case Management auf den Grund gehen, noch aus.

Quelle: Vogt, I., Schmid, M. u. Schu, M. (2003) Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen: Erfahrungen mit Motivational Interviewing und Case Management In: Suchttherapie 4, 132-139.

Struktur und
Vernetzung

Evaluations-
studien fehlen

Literaturhinweis:



► *Safer Möhnen und Jecken Safari*

Prävention an Karneval ohne Spaßbremse

Wie zum letztjährigen Karneval starteten Mitarbeiter des **ginko** (Gesprächs-, Informations- und Kontaktzentrums) in Mülheim auch in diesem Jahr eine unkonventionelle Aktion, die für einen besonneren Umgang mit Alkohol warb. Unter dem Motto „Safer Möhnen und Jecken Safari“ sollten am Altweiberabend aber auch die unliebsamen Begleiterscheinungen exzessiven Alkoholkonsums wie fehlende Verhütung beim Sex, Schlägereien und alkoholisiertes Autofahren gemindert werden.

Ausgestattet mit Partypacks, bestehend aus Kopfschmerztablette, Kondom, Brühwürfel, „Kotztüte“ und Infomaterial zu Hilfsmöglichkeiten in Mülheim suchten und fanden die Mitarbeiter in und um Kneipen den Kontakt zu den Karnevalisten.

Auf besonderes Interesse stieß bei diesen die Möglichkeit, den eigenen Alkoholpegel mittels Alkoholmessgerät bestimmen zu lassen. Zugleich diente die Aktion als Einstieg in weitere Gespräche mit den Feiernden, die zum Teil sehr intensiv geführt wurden. Dies liegt vielleicht

nicht zuletzt daran, dass die Mitarbeiter sich an den Grundsätzen der motivierenden Kurzintervention orientierten.

Die Reaktion der Jecken auf die Aktion, die im Vorfeld mit den Kneipenwirten abgesprochen worden war, fiel ausgesprochen positiv aus, was auf die realistische Zielsetzung und die Nähe zur Zielgruppe zurückgeführt wurde. Auch wurde deutlich, dass sich Karneval und Suchtprävention keinesfalls ausschließen. Beflügelt und auch etwas überrascht von dieser positiven Resonanz brachten die Mitarbeiter von **ginko** weitere Aktionen vor Ort zum Thema Alkohol auf den Weg. Eine ähnliche Veranstaltung bei der zentralen Feier der Abiturienten in Mülheim wurde von zwei Drittel der Besucher als sinnvoll bzw. sehr sinnvoll bewertet. Als weiterer positiver Aspekt muss die Vernetzung von Akteuren, die am Thema Suchtprävention interessiert sind, genannt werden.

Quelle: Sekundärprävention im Rausche des Karnevals. In: Thema Jugend Nr. 4/2003, 25-26.

Risiken mindern

positives Feedback



► *Was tun bei Ess-Störungen? - Handlungskompetenz für PädagogInnen*

von Martina Rabe

In Deutschland gehören Ess-Störungen zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen. Von Magersucht und Bulimie sind hauptsächlich Mädchen und junge Frauen betroffen, während Adipositas etwa gleich häufig bei beiden Geschlechtern anzutreffen ist.

Da die Früherkennung und ein frühzeitiger Behandlungsbeginn die Heilungswahrscheinlichkeit steigern, möchte die Autorin Menschen, die in pädagogischem Kontakt zu Heranwachsenden stehen, Empfehlungen an die Hand geben, um Gefährdete oder Betroffene anzusprechen und behandlungsmotivierend zu intervenie-

ren. Denn Lehrerinnen und Lehrer sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe fühlen sich in der Begegnung mit jungen Menschen mit Ess-Störungen oft hilflos und hin- und hergerissen zwischen wegschauen Wollen und dem Wunsch, das Mädchen zu retten, so Rabe, die als Seminarleiterin in diesem Bereich tätig ist. Es gilt neben diesen beiden Extremen einen Weg zu finden. Hilfreich und unterstützend für den Kontakt ist das Wissen um Zusammenhänge und Hintergründe der Erkrankung und die Bereitschaft zu einer die Grenzen der eigenen Profession wahren Begleitung. Für

frühe Intervention ist wichtig



Motivation
aufbauen

Zeichen
erkennen

wichtig erachtet sie, sich mit den Gefühlen auseinanderzusetzen, die gerade magersüchtige Mädchen auslösen und die von dem Wunsch, zu beschützen über Bewunderung bis hin zu Wut und Hilflosigkeit reichen können.

Besondere Bedeutung hat die Früherkennung. Als Anzeichen werden Verhaltensänderungen wie sozialer Rückzug und in sich gekehrt sein in Zusammenhang mit einem auffälligen Essverhalten und häufigem Fernbleiben von gemeinsamen Mahlzeiten genannt. Liegt eine Vermutung vor, ist es sinnvoll, eine bedachte Vorgehensweise zu wählen und sich Unterstützung zu holen. Es kann beispielsweise im Team oder mit einer Kollegin/einem Kollegen überlegt werden, wer einen besonders guten Kontakt zur Jugendlichen hat und sie ansprechen kann. Im Vordergrund des Gesprächs sollten die

beobachteten Veränderungen und der Ausdruck von Sorge stehen. Ziel ist es, Motivation für eine Inanspruchnahme weiterer Hilfen aufzubauen. Reagiert das Mädchen / der Junge mit Widerstand, sollte die Hilfe anbietende Person nicht insistieren, aber zukünftige Gesprächsbereitschaft signalisieren. Ohne Wissen der Betroffenen, sollte auf keinen Fall gehandelt werden. Auch gibt die Autorin den Hinweis, Mädchen oder Jungen nicht auf ihre Ess-Störung zu reduzieren.

Eltern müssen in jedem Fall dann einbezogen werden, wenn das Untergewicht lebensbedrohlich ist oder die Ess-Störung mit anderen Erkrankungen wie z.B. Depressionen einhergeht.

Quelle: Rabe, M. (2003) Was tun bei Ess-Störungen? - Handlungskompetenz für Pädagoginnen und Pädagogen - In: Prävention 26 (3) , 85-87.

Leitfaden für die Zusammenarbeit von Jugend- und Drogenhilfe

Mit dem Ziel, Anregungen für eine verbesserte Kooperation beider Hilfesysteme zu geben und damit die Betreuung Suchtmittel konsumierender Jugendlicher zu verbessern, haben die Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit e.V., der Evangelische Erziehungsverband (EREV) und der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk (GVS) die Broschüre „Jugendhilfe- und Drogenhilfe: Gemeinsam handeln“ herausgegeben. Diese enthält einleitend das Aufzeigen von Handlungsbedarf in Prävention, Intervention und Behandlung. Dazu zählen z.B. die Entwicklung gemeinsamer fachlich fundierter Interventionsstrategien und der Ausbau vernetzter Hilfsangebote. Auf eine Schilderung der unterschiedlichen Herangehensweisen zu Drogen konsumierenden Jugendlichen folgt die Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen, die eine Kooperation von Jugend- und Drogenhilfe erschweren. Die Autoren nennen hier u.a. die Konkurrenz zwischen den Hilfesystemen, fehlende Planung der Arbeit und Schnittstel-

lenprobleme bei der Betreuung von Jugendlichen durch unterschiedliche Finanzierungssysteme von Jugendhilfe, Krankenhilfe und Rehabilitation.

Ein weiteres Kapitel ist dem Aufzeigen von Perspektiven zu möglichen Formen der Kooperation gewidmet. Neben einer qualifizierten fallbezogenen Zusammenarbeit geht es hier auch um umfangreiche Qualifizierungsmaßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen. Abschließend werden einige Praxisbeispiele für erfolgreiche Kooperationen ausführlich geschildert, darunter die Entwicklung eines Jugend- und Drogenhilfeverbands im Landkreis Rems-Murr und der Einsatz von Tandemteams (ein Mitarbeiter aus der Jugendhilfe, ein Mitarbeiter aus der Drogenhilfe) in der mobilen Jugendarbeit in Pforzheim.

Die Broschüre richtet sich an Mitglieder in Verbänden, an die Träger und Verantwortlichen von Einrichtungen, sowie an Sozialpolitiker und Behörden.

Zu beziehen über
Evangelische Jugend-
sozialarbeit e.v.,
Wagenburgstr. 26-28,
70184 Stuttgart, Tel.
0711/16489-0
www.bagejsa.de
mail@bagejsa.de

► **Broschüre zur Tabakabhängigkeit und deren Behandlung**

Gebündelte Informationen für ärztliche und psychosoziale Berufe

Das wissenschaftliche Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat den zweiten Band der Suchtmedizinischen Reihe dem Thema Rauchen gewidmet. Die 2003 unter dem Titel „Tabakabhängigkeit“ erschienene Broschüre enthält neben einem umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand auch zahlreiche praktische Informationen. Vor allem ärztliche und psychosoziale Berufsgruppen werden hier mit wertvollen Informationen versorgt, die sie in ihrer Arbeit mit abhängigen Rauchern unterstützen können. So findet der Leser ausführliche Hinweise dazu, wie Klienten angemessen zur Aufgabe des Rauchens motiviert werden können, welche Entwöhnungsverfahren in Frage kommen und wodurch sich diese auszeichnen. Auch der Hinweis auf nicht empfohlene Maßnahmen wie z.B. bestimmte medikamentöse Therapien fehlt nicht.

Hintergrundinformationen gibt der Band zur

Epidemiologie des Rauchens, zu sozialen und psychischen Aspekten der Tabakabhängigkeit und zu den Wirkmechanismen des Nikotins. Die Ausführungen werden durch zahlreiche Tabellen und Abbildungen ergänzt. Hilfreich ist sicherlich auch das Adressenverzeichnis von Einrichtungen, die Informationsmaterial zur Verfügung stellen oder aber selbst Schulungen für Ärzte oder andere Berufsgruppen anbieten, die Klienten bei der Raucherentwöhnung unterstützen wollen. Weiterführende Literaturhinweise und ein Glossar runden diese Broschüre ab. Zu beziehen ist sie bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. Westring 2, 59065 Hamm, Tel.: 02381/9015-0, mail: info@dhs.de, Internet: www.dhs.de

Der in der gleichen Reihe erschienene Band „Alkoholabhängigkeit“ steht unter www.dhs.de/basis/A20055-Brosch-Alkohol.pdf zur Verfügung.

*Hintergrund
informationen*



*praxisrelevantes
Wissen*

► **Soforthilfe für Drogenabhängige**

Ministerium gibt Handlungsempfehlungen heraus

Im Zeitraum 1999 bis 2002 wurde vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW das Modellprojekt „Soforthilfe für Drogenabhängige“ gefördert. Ziel dieses Projekts, das von den Koordinationsstellen Sucht, der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland koordiniert wurde, war es, drogenabhängigen Personen, die bisher kaum Kontakte zum Hilfesystem hatten, einen kurzfristigen Zugang zu medizinischen und psychosozialen Hilfsangeboten zu vermitteln. Besondere Berücksichtigung fanden hier drogenabhängige Kinder und Jugendliche, Frauen, sowie Mi-

grantinnen und Migranten. An insgesamt 33 Standorten wurden Maßnahmen zur Soforthilfe durchgeführt. Die während des Projekts gewonnenen Erfahrungen werden in der vorliegenden Publikation in Form von Handlungsempfehlungen zusammengefasst und sollen Mitarbeitern der ambulanten Drogenhilfe als Anregungen für eine Umsetzung von Soforthilfeangeboten liefern. So werden z.B. ganz konkrete Empfehlungen zur personellen und räumlichen Ausstattung, zu Organisationsmodellen und zur institutionellen Anbindung der Soforthilfe gegeben. Fragen danach, wann diese spe-

*Zusammenfassung
von Erfahrungen*

*schnellen Zugang zu
Hilfen sichern*

zielle Hilfeform indiziert ist, werden ebenso beantwortet wie Probleme geschildert, die bei der Betreuung bestimmter Zielgruppen auftreten. Ein Anhang mit Formularen und Flyern, die im Projekt Verwendung fanden, ergänzt die Broschüre. Zu beziehen über das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des

Landes NRW, 40190 Düsseldorf; info@mail.mgsff.nrw.de, www.mgsff.nrw.de

Weitere Informationen zum Modellprojekt können auf der Homepage der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Rheinland eingesehen werden:

www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/index2_html .

► ***Neue Regelungen im Kinder- und Jugendschutz Hintergründe, Ergebnisse und Bewertungen***

von Jürgen Schattmann

Zum 1. April des Jahres 2003 sind das Jugendschutzgesetz und der Jugendmedienschutz-Staatsvertrag in Kraft getreten. Der Autor, Referatsleiter für u.a. Jugendarbeit und gesetzlichen Kinder- und Jugendschutz im Ministerium für Schule, Jugend und Kinder NRW beleuchtet die gesellschaftspolitischen Hintergründe, die die Entstehung des Gesetzes beeinflussten. Zunächst nennt er die sich verändernden Verhältnisse, unter denen Kinder und Jugendliche heute aufwachsen. So haben Kinder in der Regel mehr Entscheidungsfreiheit, tragen damit aber auch mehr Eigenverantwortung. Dadurch gewinnt der erzieherische Kinder- und Jugendschutz an Bedeutung. Institutionen wie Kindergarten und Schule, auf deren Unterstützung Eltern heute in zunehmendem Maße angewiesen sind, sind gefragt, wenn es um die Herausbildung von Kompetenzen wie z.B. um den kritischen Umgang mit Medien geht. Jene nehmen zweifellos eine große Rolle im Leben von Heranwachsenden ein.

Die politische Ausgangslage war geprägt durch Diskussionen zwischen Regierung und Opposition zur Reichweite von Lockerungen und Auseinandersetzungen zwischen Bund und Ländern hinsichtlich der Verteilung von Kompetenzen im Bereich Online-Medien. Die Reformen zum Jugendschutz hätten im Frühjahr 2002 eigentlich als gescheitert angesehen werden müssen, doch die Geschehnisse in einer Erfurter Schule zwangen laut Schattmann zum schnellen Handeln. So wurde die neue Rechtssetzung zur Chefsache

erklärt, Zeit für fachöffentliche Diskussionen blieb kaum.

Wesentlichen Neuregelungen wurden vor allem hinsichtlich Schutz vor Gewalt in den Medien vorgenommen, wobei die Länder für den Jugendschutz in Online-Medien (Fernsehen und Internet) verantwortlich sind und der Bund für die Trägermedien (Bücher, Filme, Computerspiele etc.) zuständig ist. Die Aufsichtsfunktion kommt den Landesmedienanstalten zu. Die freiwillige Selbstkontrolle wurde aufgewertet, eine Kommission Jugendmedienschutz gegründet. Computerspiele müssen mit Altersfreigaben versehen werden.

Auch im Bereich Tabak und Alkohol wurde der Jugendschutz verbessert, nach Ansicht des Autors aber aufgrund konfligierender Interessen nicht ausreichend genug. Zwar ist die gewerbliche Abgabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren verboten, Zigarettenautomaten müssen aber erst bis 2007 so umgerüstet sein, dass die Entnahme von Zigaretten für diese Gruppe nicht möglich ist.

Insgesamt hält Schattmann die neuen Gesetze für gelungen, weist aber darauf hin, dass die Neuregelungen nur dann ihre volle Wirksamkeit entfalten könnten, wenn alle mit dem Kinder- und Jugendschutz befassten Akteure zusammenwirken. Insbesondere hält er Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung bei Kindern und Jugendlichen für wichtig.

Quelle: Schattmann, J., Warum ein neues Gesetz? In: Thema Jugend 3/2003, 6-8.

*verbesserter
Schutz vor Gewalt
in Medien*

*erzieherischer
Jugendschutz
gewinnt an
Bedeutung*

*Kritik an
Übergangs-
regelung*

► *Entwicklungen in Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland*

von Rosemarie Apitz und Stefan F. Winter

Die Autoren geben einen Überblick über die gesundheitspolitischen Bemühungen, die hierzulande Prävention und Gesundheitsförderung stärken sollen. Bisherigen Defiziten, wie etwa der unverbundenen und unkoordinierten Vielzahl von Einzelkonzepten soll so effektiv begegnet und die Prävention als eigenständige Säule neben Akutbehandlung, Pflege und Rehabilitation etabliert werden.

Als Meilenstein auf diesem Weg wird die Gründung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Sommer 2002 gesehen, dem neben Institutionen und Verbänden des Gesundheitswesens auch andere für die Prävention relevante Organisationen angehören. Ziel des Forums ist die Bündelung von Aktivitäten unter besonderer Berücksichtigung des Abbaus sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In drei Arbeitsgruppen werden die Themen „Gesunde Kindergärten und Schulen“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und „Gesund altern“ bearbeitet.

Als weiterer Schritt in die richtige Richtung wird die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung durchgeführte Benennung von Gesundheitszielen genannt, die auch eine verbesserte Behandlung im Krankheitsfall einschließt.

Durch das geplante Präventionsgesetz, dessen Eckpunkte momentan entwickelt werden, sollen Zuständigkeiten geklärt und damit mehr Transparenz geschaffen werden.

Weiterhin wird 2003 erstmalig ein Präventionspreis von der Bertelsmann-Stiftung und dem Bundesministerium für Gesundheit ausgeschrieben. Vorbildliche Aktionen sollen auf diese Weise bekannt gemacht und gewürdigt werden.

Um über eine Entscheidungsbasis für Projekte im Kinder- und Jugendalter zu verfügen, führt

das Robert-Koch-Institut den ersten deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey durch, der 2006 abgeschlossen sein wird. Ein besonderer Schwerpunkt wird auf die Verknüpfung der Gesundheitsdaten mit der sozialen Lage gelegt.

Durch das Aktionsforum Gesundheitsinformationssysteme (AFGIS), dem mehr als 170 Verbände, Körperschaften und Unternehmen angehören, soll zukünftig sichergestellt werden, dass den Nutzern über das Internet verlässliche gesundheitsbezogene Informationen zugänglich gemacht werden. Von AFGIS wird ein nationales Gesundheitsportal aufgebaut.

Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit zu beleuchten, ist Aufgabe des gleichnamigen Aktionsprogramms. Ein Schwerpunkt liegt bei der Prävention umweltbedingter Erkrankungen von Kindern.

Im Bereich Suchtprävention soll der Fokus wieder vermehrt auf die legalen Drogen gerichtet werden, die folgerichtig in den nationalen Aktionsplan Drogen und Sucht miteinbezogen wurden. Für diese und andere Aufgaben im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung verfügt die BZgA über jährliche Mittel in Höhe von 20 Millionen Euro.

Hinsichtlich der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung besteht ein parteienübergreifender Konsens.

Quelle: Apitz, R. u. Winter, S.F. (2003) Prävention und Gesundheitsförderung als Ziele nachhaltiger Gesundheitspolitik in Deutschland. In: Prävention 26 (3), 67-71.



*Deutsches
Forum
Prävention*

*Aufbau eines
Gesundheits-
portals*

► *Sollten Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum abgesenkt werden? Kuratorium der DHS regt Diskussion an*

von Gerhard Bühringer und Helmut K. Seitz

*Empfehlung der
British Medical
Association*

IFT
30 Jahre

*Erhöhung des
Konsums möglich*

*Grenzwerte sind
gemittelte Werte*

Seit 1997 wird empfohlen, dass Männer im Durchschnitt nicht mehr als 30 g, Frauen nicht mehr als 20 g Alkohol pro Tag zu sich nehmen sollten. Diese Empfehlung geht zurück auf eine Stellungnahme der British Medical Association. Das wissenschaftliche Kuratorium der DHS hat sich auf einer Sitzung im Frühjahr 2003 mit der Frage auseinandergesetzt, ob es sinnvoll sei, diese Zahlen weiter nach unten zu korrigieren. Diese Überlegungen wurden ausgelöst von einer Empfehlung der deutschen Gesellschaft für Ernährung, nach der die Grenzwerte für Frauen bei 10 g, für Männer bei 20 g liegen und einer Literaturübersicht zu Zusammenhängen zwischen Alkoholkonsum und Krankheiten, in der ähnliche Zahlen genannt werden. Fachleute und Fachgesellschaften werden gebeten, sich an einer Diskussion über die Veränderung dieser Grenzwerte, zu beteiligen. Hintergrund dafür sind Überlegungen zum Zustandekommen dieser Werte und zu deren gesundheitspolitischer Relevanz.

So stellen die empfohlenen Werte ja lediglich Mittelwerte aus zahlreichen alkoholbezogenen Störungen dar, obwohl die Grenzwerte für jede einzelne alkoholbedingte Erkrankung unterschiedlich sind. Weiterhin variieren diese Werte bezogen auf eine Erkrankung noch zwischen verschiedenen Studien. Von einer Punktgenauigkeit auszugehen, wie es über die Grenzwerte suggeriert wird, ist daher nicht angemessen.

Impressum

Herausgeber: Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung in NRW, **ginko** Arbeitsbereich „Transfer“, Kaiserstr. 90, 45468 Mülheim an der Ruhr, Hans-Jürgen Gass

AutorInnen: H.-J. Gass, Anja Meurer

Gestaltung: Hansen Kommunikation, Köln

Druck: **ginko**, Mülheim an der Ruhr

Datum: 26. März 2004

Die Erhebung des Alkoholkonsums in einschlägigen Studien gibt ebenfalls Anlass dazu, die Grenzwerte kritisch zu hinterfragen. So wird nicht der täglich konsumierte Alkohol in Gramm gemessen, sondern der „standard drink“ als Maßeinheit gewählt. Dessen Alkoholgehalt variiert aber je nach Getränk zwischen 8 und 12 Gramm.

Letztlich bleibt die Frage zu klären, welchen Sinn das Festlegen von Grenzwerten für einen risikoarmen Konsum von Alkohol macht und welche Konsequenzen von einer Absenkung der Werte zu erwarten sind. Als sinnvoll erscheint den Autoren die Anwendung der Grenzwerte zur Überprüfung der Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen und als Hintergrundwissen für Gesundheitsberufe. Gegen eine Verbreitung von Grenzwerten spricht die Befürchtung, dass Personen, deren Konsum bisher unter den angegebenen Werten lag, ihren Konsum erhöhen. Angaben zu Grenzwerten sollten deshalb immer mit Empfehlungen zum Trinkverhalten verknüpft werden.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Gerhard Bühringer, IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstraße 25, 80804 München, Tel. 08936080410, buehringer@ift.

Quelle: Bühringer, G., Seitz, H.K. (2003) Absenkung der Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum alkoholischer Getränke? In: Sucht 49 (5), 272-273.