

Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention

Text:

Hans-Jürgen Hallmann

Ingeborg Holterhoff-Schulte

Christa Merfert-Diete

Hamm, Hannover, Mülheim

Januar 2007

Inhalt

I. Einleitung	3
II. Suchtprävention	6
II.1. Ziele der Suchtprävention.....	6
II.2. Arbeitsfelder/Settings	7
II.3. Suchtpräventive Praxis.....	11
II.4. Qualitätssicherung in der Suchtprävention	16
III. Gesundheitsförderung und ihre Schnittstellen zur Suchtprävention.....	20
IV. Suchthilfe und ihre Schnittstellen zur Suchtprävention.....	23
V. Fazit und Empfehlungen.....	25
Literatur	27

I. Einleitung

Das Arbeitsfeld Suchtprävention als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe bedarf mit fortschreitender Professionalisierung der Zuordnung und Abgrenzung gerade zu angrenzenden Arbeitsfeldern, die ebenfalls suchtpreventive Maßnahmen anbieten bzw. traditionell angeboten haben. Aufgaben wie

- nicht Konsumierende stärken und
- Risikokonsumentinnen und Risikokonsumenten frühzeitig erkennen und zur Konsumreduzierung oder -aufgabe motivieren,

sind mit unterschiedlichen Schwerpunkten Inhalte suchtpreventiver Maßnahmen. Unabhängig von der Zielsetzung der jeweiligen Maßnahmen oder des Projektes werden auch durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer suchtpreventiver Maßnahmen und deren individuelles Konsum- bzw. Risikoverhalten unterschiedliche Anforderungen an die in der Suchtprävention Handelnden gestellt. Das Arbeitsfeld Suchtprävention ist daher stärker zu spezifizieren und zu konturieren: im Hinblick auf die Ziele, die Zielgruppen und die Aufgaben sowie mit Blick auf die Aufgabenanforderungen an die Anbieter suchtpreventiver Maßnahmen.

Um die Suchtprävention zu kategorisieren gibt es verschiedene Begrifflichkeiten. Dabei werden in erster Linie zwei Einteilungen verwendet.

1. Die aus der Psychiatrie stammende und für die Suchtprävention übernommene Kategorisierung in „Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention“ bezieht sich sowohl auf den Zeitpunkt der jeweiligen Präventionsmaßnahmen als auch auf deren Zielrichtung:
 - Dabei erfasst die „Primärprävention“ alle Maßnahmen die vor der Entstehung eines Problems umgesetzt werden und wendet sich an die allgemeine Bevölkerung sowie an spezielle Zielgruppen, die nicht als Risikogruppen klassifiziert sind.
 - Die „Sekundärprävention“ richtet sich an definierte Risikogruppen (Gruppen mit erhöhter Suchtgefährdung) sowie an einzelne Personen im Anfangsstadium einer Suchterkrankung.
 - Und die „Tertiärprävention“ zielt schließlich auf Personen, die bereits von einer Suchterkrankung betroffen sind.
2. Die neuere, vom *US Institute of Medicine* vorgeschlagene Klassifikation der Prävention in „universelle, selektive und indizierte Prävention“, erfasst alle Maßnahmen, die vor der vollen Ausprägung der Suchterkrankung einsetzen:
 - Als „universelle“ präventive Intervention definiert wird dabei jede Maßnahme, die sich an die Allgemeinbevölkerung oder Teilgruppen der Bevölkerung wendet, um künftige Probleme zu verhindern. Dazu gehören etwa Schulprogramme zur Förderung von Lebenskompetenzen, massenmediale Kampagnen, Maßnahmen auf Gemeindeebene sowie am Arbeitsplatz.
 - „Selektive“ Prävention richtet sich an Gruppen mit spezifischen Risikomerkmale in Bezug auf eine spätere Suchtproblematik (z.B. Schulprob-

leme, Aufwachsen in suchtblasteten Lebensgemeinschaften). Die „selektiven“ präventiven Interventionen zielen auf die Verhinderung des Suchtmittelkonsums „durch Stärkung von Schutzfaktoren wie Selbstwertgefühl und Problemlösungskompetenz sowie durch Unterstützung im richtigen Umgang mit Risikofaktoren, wie z.B. einem Umfeld, in dem Drogen konsumiert werden“.

- „Indizierte“ Prävention richtet sich letztendlich an Personen, die bereits ein manifestes Risikoverhalten etabliert haben und einem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt sind, aber noch keine Abhängigkeitssymptome aufweisen (zum Beispiel Jugendliche und junge Erwachsene, die am Wochenende wiederholt exzessiv Alkohol trinken).

Obwohl die Unterteilung in „Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention“ im deutschsprachigen Raum immer noch Verwendung findet, gilt sie als weitgehend überholt. So wird seit den 90er Jahren auf internationaler Ebene die Einteilung in „universelle, selektive und indizierte“ Prävention favorisiert. Dieser Einteilung schließen sich auch die Autoren dieses Textes an.

Der vorliegende Beitrag beschreibt das Tätigkeitsfeld Suchtprävention als eigenständige Aufgabe und ordnet es den Arbeitsfeldern Suchthilfe und Gesundheitsförderung zu bzw. grenzt es von diesen ab. Zugleich soll aufgezeigt werden, welche Standards qualitativ gute suchtpreventive Maßnahmen erfüllen sollten.

Grundsätzlich unterscheidet die Suchtprävention zwei Ansätze: Die auf das Verhalten von Menschen ausgerichtete Suchtprävention und die Suchtprävention, die auf die Beeinflussung gesellschaftlicher Strukturen abzielt. Erfolgreiche suchtpreventive Maßnahmen verbinden beide Ansätze sinnvoll miteinander. Maßnahmen, die ausschließlich auf die Beeinflussung von Verhalten setzen, werden zu kurz greifen, wenn sie nicht auch die Lebensumstände der Personen, die sie beeinflussen wollen, mitberücksichtigen.¹

Suchtprävention wurde über Jahrzehnte zwar als pädagogische Aufgabe der Jugend- und Erwachsenenbildung praktiziert, jedoch nicht als eigenes professionelles Arbeitsgebiet verstanden. Dies entwickelte sich erst in den letzten 20 Jahren - nicht zuletzt durch das Bundesmodellprojekt „Mobile Drogenprävention“. Dabei lag der Schwerpunkt zunächst bei der sogenannten „Primärprävention“ mit einem eher suchtmittelunspezifischen Ansatz. Aktuell verlangen Fragen zu Zielgruppen und veränderten Konsum- und Missbrauchsformen die Weiterentwicklung des Tätigkeitsfeldes Suchtprävention. Weitere Schwerpunkte in der suchtpreventiven Arbeit sowie eine Positionierung der in diesem Bereich Tätigen sind erforderlich.

Ziel des Papiers ist es ferner, sowohl Fachkräften des Arbeitsfeldes Suchtprävention als auch gelegentlich professionell und ehrenamtlich Tätigen in suchtpreventiven Maßnahmen Orientierung für das eigene suchtpreventive Handeln zu geben. Es soll den in diesem Feld Agierenden ermöglichen, alle Aktivitäten

¹ Vergl. Bühler, Anke u.a.: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29, Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2006, S. 105

im Bereich der Suchtprävention entweder dem eigenen oder den angrenzenden Arbeitsfeldern zuzuordnen, wohl wissend, dass eine strikte Trennung bei inhaltlichen, fachlichen und institutionellen Überschneidungen kaum möglich erscheint. Der Aktionsradius der Suchtprävention soll identifizierbar sein und als eigenständiges Arbeitsfeld gestärkt werden. Außerdem sollen den Akteuren Möglichkeiten zur Qualitätssicherung aufgezeigt werden, denn die Einführung von qualitätssichernden Elementen oder gar Qualitätsmanagementsystemen ist immer mehr zur Normalität in diesem Arbeitsfeld geworden.

Die Entwicklung dieser Orientierungshilfe basiert neben wissenschaftlichen Erkenntnissen auf Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Praxis der Suchtpräventionsfachkräfte der Bundesländer.

II. Suchtprävention

II.1. Ziele der Suchtprävention

Suchtprävention zielt darauf ab, den mit dem schädlichen Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen verbundenen sozialen und persönlichen Schäden vorzubeugen sowie auch vorzeitige Todesfälle zu verhindern.²

Suchtprävention ist eine Querschnittsaufgabe (ressortübergreifend) und bedient sich sowohl personalkommunikativer als auch an den gesellschaftlichen Strukturen ansetzender Konzepte.

Suchtprävention arbeitet zielorientiert und zielgruppenspezifisch. Das bedeutet, dass bei der Definition der Ziele und der Wahl geeigneter Maßnahmen zu deren Erreichung sehr genau die Situation und die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe berücksichtigt werden. Suchtpräventive Maßnahmen richten sich zum einen an Menschen, die entweder noch gar keine Konsumerfahrungen haben oder bereits über Konsumerfahrungen verfügen, die jedoch noch keine manifesten Symptome einer Abhängigkeit aufweisen. Im Sinne der Suchtprävention als einer gesamtgesellschaftlichen Querschnittsaufgabe richtet sie sich mit ihren Maßnahmen zum anderen aber auch an diejenigen, die aufgrund ihrer Bezüge und Funktionen Einfluss auf das Verhalten von Menschen mit potenziellen und faktischen Konsumerfahrungen nehmen können.

Suchtprävention zielt zusammengefasst auf eine:

- positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge von Kindern und Jugendlichen (Familie, Kindertagesstätten, Schule, Freizeit),
- Stärkung der individuellen Kompetenzen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge Erwachsener (z. B. im Rahmen betrieblicher Suchtprävention),
- Fort- und Weiterbildung der Bezugspersonen von Kindern- und Jugendlichen.

Aus dieser Beschreibung ergibt sich für Akteure in der Suchtprävention die Notwendigkeit, in allen wesentlichen gesellschaftlichen Institutionen zu agieren. Die Suchtprävention muss deshalb auf Vernetzung und Kooperation setzen und in den verschiedenen Handlungsfeldern vor allem Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gewinnen.³

² vergl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2004, S. 10

³ Ebenda, S 62

II.2. Arbeitsfelder / Settings

Die Beeinflussung menschlichen Handelns in Hinblick auf einen gesunden Lebensstil sowie die Schaffung gesunder Lebensbedingungen ist ein langwieriger und nicht einfacher Prozess. Je früher entsprechende Maßnahmen einsetzen, um so erfolversprechender sind sie. Dies betrifft auch die Aktivitäten zur Suchtprävention.

Aus der Forschung sind protektive Faktoren bekannt, die Sucht verhindern können. Das heißt Personen, die zum Beispiel:

- selbstsicher sind,
- sich auch gegen den sozialen Druck verhalten können,
- ausreichende Strategien besitzen, um auch mit schwierigen Lebenssituationen umzugehen,
- in gewissem Umfang Frustrationen aushalten können und
- gute Beziehungen zu anderen Menschen haben,

sind besser gegen Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln geschützt als Menschen, die hier Defizite haben. Die Förderung bestimmter Verhaltensweisen und die Stärkung der Persönlichkeit ist ein wichtiges suchtpreventives Ziel, das in allen relevanten gesellschaftlichen Settings umzusetzen ist.⁴

Die wesentlichen Arbeitsfelder von Suchtprävention sind im Folgenden aufgeführt. Diese Liste erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Ausgelöst durch gesellschaftliche Entwicklungsprozesse können weitere Arbeitsfelder hinzukommen.

Familien bzw. Eltern

Ein wesentlicher Teil der Suchtprävention vermittelt sich über Erziehung. Deshalb sind Familien eine ganz entscheidendes Arbeitsfeld für die Suchtprävention. Wenn Eltern frühzeitig erreicht werden, kann mit ihnen in dem weiten Bereich der Lebenskompetenzförderung gearbeitet werden. Hierbei geht es um grundlegende auf die Pädagogik bezogene Fragestellungen, wie zum Beispiel:

- Wie setze ich meinem Kind Grenzen?
- Wie gehe ich bei Konflikten mit meinem Kind um, und wie fördere ich seine Konfliktfähigkeit?
- Wie fördere ich die Selbständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit meines Kindes?
- Wie verschaffe ich meinem Kind geschützte Frei- und Spielräume?
- Wie helfe ich meinem Kind, mit Frustrationen umzugehen und ein Ziel auch dann weiter zu verfolgen, wenn der Weg dahin länger und schwieriger ist?

⁴ vergl. Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. BZgA (Hrsg.). Köln 2006, S. 23 f.

Vielfach werden Eltern über die Institutionen Kindergarten und Schule erreicht. An Elternabenden zu suchtpreventiven Themen lassen sie sich oft für eine weitere Zusammenarbeit gewinnen. Es besteht ein großer Bedarf, Erziehungsfragen und -probleme zu erörtern. Eltern sind sehr daran interessiert, praktische und an Alltagssituationen orientierte Anregungen zu bekommen, die ihnen helfen, ihr Kind vor Suchtmittelmissbrauch oder einer Suchtentwicklung zu schützen. Besonders bewährt haben sich dabei kombinierte Eltern-, Kinder- und Familientrainings⁵

Kinderbetreuungseinrichtungen

In der Familie, im Kindergarten und in der Schule sind es die Erwachsenen, die die Kinder versorgen und erziehen und die ihr Umfeld gestalten. Sie sind wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die suchtvorbeugend mit den ihnen anvertrauten Kindern umgehen können. Sie zu schulen, um sie mit den suchtpreventiven Möglichkeiten im Rahmen ihrer Arbeit vertraut zu machen, und sie zu befähigen, die Kinder in den oben angesprochenen Verhaltensbereichen zu stärken, ist eine wichtige Aufgabe der Suchtprävention.

In Deutschland verbringen die meisten Kinder ab 3 Jahren einen mehr oder weniger großen Teil des Tages in einer Kinderbetreuungseinrichtung. Sie sind also in einem noch sehr entwicklungsfähigen Alter, und es macht Sinn, hier mit der Stärkung ihrer sozialen und persönlichen Fähigkeiten, also auch mit einer frühzeitigen Suchtvorbeugung zu beginnen. Dies wird im wesentlichen über die Erzieherinnen und Erzieher zu leisten sein, denen die Kinder anvertraut sind.

Eine entsprechende Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher in einer Vielzahl von sozialpädagogischen Themen ist deshalb wünschenswert. Unter suchtpreventiven Aspekten können diese Themen sowohl eine unmittelbare Nähe zum "Suchtthema" haben als auch Themenkomplexe bearbeiten, die auf Verbesserung der kommunikativen und sozialen Fähigkeiten der Kinder abzielen. Außerdem können Erzieher/-innen nur dann wirkungsvoll suchtpreventiv in ihren Einrichtungen wirken, wenn die jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen dies auch zulassen. Deshalb ist auch die Bearbeitung solcher Themen wichtig, die sich auf die berufliche Situation der Erzieher/-innen (z.B. Stress und Arbeitsbelastung) beziehen.

Schule

In den vergangenen Jahren sind die Anforderungen und Ansprüche an das Bildungssystem kontinuierlich gestiegen. Die Schule soll neben der Vermittlung kognitiver Inhalte auch einen Erziehungsbeitrag leisten, Werte vermitteln, zur Selbständigkeit erziehen und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fördern.

In diesem Aufgabenspektrum hat die Suchtprävention einen wichtigen Platz. Die Schule soll nicht nur Lernort, sondern auch sozialer Lebensraum sein. Weil keine andere Institution so lange und so verlässlich Zugang zu allen Kindern

⁵ vgl. Bühler, Anneke u.a.: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29, Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2006, S. 49

und Jugendlichen bietet, können gerade hier die zeitgemäßen suchtpreventiven Konzepte, die auf Kontinuität bauen und langfristig angelegt sind, durchgeführt werden. Mittlerweile liegt eine Vielzahl von Programmen vor, die in Schulen zur Umsetzung von Suchtprevention eingesetzt werden (ALF, Lions Quest, BASS - Bausteinprogramm schulische Suchtvorbeugung, Eigenständig werden u.a.m.).

Die aktuelle Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs⁶, die die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen untersucht hat, empfiehlt in diesem Zusammenhang die Umsetzung interaktiver Programme, die auf dem Modell des sozialen Einflusses oder der Förderung von Lebenskompetenz aufbauen. Als nicht geeignet haben sich dagegen alle Maßnahmen erwiesen, die sich auf eine isolierte Informationsvermittlung oder alleinige affektive Erziehung beschränken und nicht als interaktive Maßnahmen durchgeführt werden.

Notwendig ist es dabei, die Lehrkräfte zu gewinnen, selbst suchtpreventiv zu arbeiten und sich entsprechend fortzubilden. Nur dann kann Suchtprevention ein Teil des schulischen Alltagslebens werden und bleibt nicht auf isolierte Sonderaktionen (Projekttag o.ä.) beschränkt.

Darüber hinaus sind in vielen Schulen Arbeitskreise gebildet worden, in dem außer Lehrkräften auch Schülervorteiler/-innen und Eltern mitarbeiten. Hier können zu wichtigen suchtpreventiven Themen Entscheidungen getroffen und Maßnahmen geplant werden. Dabei handelt es sich in der Regel um die Bearbeitung folgender Fragestellungen:

- Welche suchtpreventiven Maßnahmen sollen durchgeführt werden? Wo sollen sie integriert sein: innerhalb des Unterrichtes, als flankierendes Projekt, als Arbeitsgruppenangebot?
- Welche strukturellen Maßnahmen (Räumlichkeiten, Ausstattung, Regeln) sind nötig?
- Gibt es bereits Probleme im Zusammenhang mit Suchtmitteln? Wenn ja, welche?
- Was muss geschehen, um diese Probleme einer Lösung näher zu bringen?

Suchtprevention in der Schule kann schließlich dann wirksam umgesetzt werden, wenn sie als eine Gemeinschaftsaufgabe aller am Schulleben beteiligten Personen verstanden wird.

Offener Kinder- und Jugendbereich

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) regelt und beschreibt das Recht junger Menschen, in ihrer Entwicklung gefördert und zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit erzogen zu werden. Dabei soll die Jugendhilfe Kinder und Jugendliche sowohl durch konkrete Maßnahmen als auch durch spezielle Einrichtungen in ihrer Entwicklung fördern, Benachteiligungen vermeiden oder abbauen helfen und sie dadurch vor Gefahren schützen. Die Suchtprevention ergibt sich aus dieser Aufgabenbeschreibung als eine Teilaufgabe.

⁶ Bühler, Anneke u.a.: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29, Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2006

Klassische Einrichtungen der Jugendhilfe sind Kindertagesstätten, Jugendzentren und Einrichtungen, in denen Hilfe zur Erziehung angeboten wird. In den Einrichtungen der Jugendhilfe sind häufig solche Jugendlichen anzutreffen, die mit besonderen Risiken fertig werden müssen. Als solche „Risikojugendlichen“ sind z. B. zu bezeichnen:

- Jugendliche, die bereits einen hohen bzw. riskanten Konsum bestimmter Suchtmittel haben (z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis, Ecstasy),
- delinquente Jugendliche,
- Jugendliche, die ökonomisch und/oder sozial benachteiligt sind,
- Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten sowie
- ethnische oder andere Minderheiten.

Ein Großteil dieser Jugendlichen setzen zur Bewältigung ihrer spezifischen Lebenssituationen auch Suchtmittel ein. Um hier anzusetzen und den Jugendlichen Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement zu vermitteln, ist es für die Einrichtungen der Jugendhilfe und ihrer Mitarbeiter/-innen wichtig im Rahmen der Suchtprävention folgende Vorgehensweisen umzusetzen:

- Konzipierung und Durchführung von Maßnahmen, welche die Lebenswelt der Jugendlichen ernst nehmen und an diesen ansetzen,
- Maßnahmen, die nicht nur auf Verringerung von Konsum oder auf „Schadensminimierung“ aus sind, sondern nach Möglichkeit auch bestehende Risiken oder schwierige Lebenssituationen zu verbessern suchen,
- Maßnahmen, die die Suchtmittel selbst und die Risiken des Konsums thematisieren,
- Regeln, die sich die jeweilige Einrichtung gibt, um den Konsum psychoaktiver Substanzen zu steuern bzw. in Grenzen zu halten und schließlich
- eine Strategie, diese Regeln zu implementieren und für ihre Einhaltung zu sorgen.

Stadtteil und Gemeindearbeit

Suchtprävention muss sich an der Lebenswelt und den Lebensweisen der jeweiligen Zielgruppe orientieren. So zeigen etwa Stadtteile bzw. Gemeinden in bestimmten Strukturmerkmalen Übereinstimmungen: hohe oder niedrige Arbeitslosigkeit, hoher oder niedriger Ausländeranteil, eher mittelstandsorientiert oder eher problembelastete soziale Schichten, gute oder eher weniger gute „soziale Infrastruktur“ usw. Eine Anhäufung von Strukturmerkmalen, die soziale und ökonomische Belastungen für die Bevölkerung bedeuten, macht die jeweilige Region oder den Stadtteil zum „sozialen Brennpunkt“. Es liegt auf der Hand, dass Kinder und Jugendliche, die in solchen Stadtteilen oder Regionen leben, besonderen sozialen und gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Problematischer Suchtmittelkonsum ist dann eine der möglichen individuellen Lösungsstrategien, die angewendet werden, um Probleme besser zu ertragen.

Gemeindenaher oder stadtteilbezogene suchtpreventive Arbeit erfordert kooperative und vernetzte Vorgehensweisen. In ein Netzwerk sollten möglichst viele soziale Einrichtungen der jeweiligen Kommune oder des jeweiligen Stadtteils

eingebunden sein. Durch kooperative Zusammenarbeit im Netzwerk können Strukturprobleme analysiert, Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und Projekte ressortübergreifend erarbeitet werden. Dabei ist besonderer Wert auf die Schaffung einer geeigneten Infrastruktur für eine langfristig angelegte und einrichtungsübergreifende Arbeit sowie auf eine gemeinsame Zieldiskussion und Strategie für Veränderungsprozesse zu legen.

Netzwerkarbeit ist aufgrund der notwendigen Beteiligung vieler Institutionen, der manchmal zähen und schwierigen politischen Diskussionen sowie der Schwierigkeiten geeignete Finanzierungsmöglichkeiten zu finden, oft mühsam und immer langwierig. Wichtig ist es, dass zur Umsetzung einer bestimmten Aufgabe eine Institution oder Person die Federführung übernimmt, damit Abstimmungs-, Planungs- und Umsetzungsprozesse koordiniert ablaufen können.

Betriebe

Der Arbeitsplatz – also Betriebe, Verwaltungen usw. – ist ein geeigneter Ort, um Erwachsene kontinuierlich zu erreichen. Die betriebliche Suchtprävention umfasst dabei alle Maßnahmen, die auf einen gesundheitsgerechten und auch den Erfordernissen des Arbeitsplatzes entsprechenden Umgang mit Suchtmitteln zielen bzw. diesen fördern. Dazu gehören zum einen Maßnahmen, die über die Auswirkungen von Suchtmittelgebrauch und –missbrauch auf die allgemeine Gesundheit, aber auch auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitssicherheit informieren. Zum anderen geht es aber auch darum, die strukturellen Rahmenbedingungen wie konkrete Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzgestaltung anzusprechen und hier Verbesserungen im Hinblick auf gesundheitsgerechtere Bedingungen anzuregen.

Als innerbetriebliche Multiplikatoren und Multiplikatorinnen für Suchtprävention sind in Großbetrieben z.B. Betriebsräte, betriebliche Suchtkrankenhelfer und Suchtkrankenhelferinnen, Sozialberaterinnen und Sozialberater, Betriebsärztinnen bzw. Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragte tätig. Ein weiteres wichtiges Instrument zur Umsetzung betrieblicher Suchtprävention sind Schulungen für Vorgesetzte, in denen geeignete Schritte im Umgang mit betroffenen Mitarbeitern entwickelt und die Bausteine eines betrieblichen Programms zur Suchtprävention und das professionelle Hilfsangebot erarbeitet werden.⁷

II.3. Suchtpräventive Praxis

Planung und Konzeptionserstellung

Die konkrete suchtpräventive Arbeit ist an eine Institution angebunden, bewegt sich aber in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen der jeweiligen Region. In der Regel bietet sich ein breites Feld möglicher Zielgruppen und es müssen Schwerpunkte gesetzt werden, die den jeweiligen regionalen Erfordernissen Rechnung tragen.

⁷ vergl. Standards für die betriebliche Suchtprävention, DHS (Hrsg.), Hamm 2006

Nicht sinnvoll ist es, erst auf Anfrage und damit nur punktuell präventiv zu arbeiten. Einzelne Zielgruppen müssen oft erst „aufgeschlossen“ werden, damit sie Angebote nachfragen, die die Suchtprävention bereithält. Auch hierbei sind die Fragen, welche Zielgruppe vorrangig erreicht werden sollte und auf welche Bündnispartner und Strukturen man dabei zurückgreifen kann, von großer Bedeutung.

Zur Planung und Konzeptionierung von Maßnahmen gehören:

- die Analyse des Problems,
- die Wahl und die Analyse der jeweiligen Zielgruppe,
- die anschließende Formulierung der Ziele,
- die Entscheidung für die angemessenen Maßnahmen und Methoden, um die Ziele zu erreichen und damit die eigentliche Entwicklung des Projektes,
- die Suche nach geeigneten Kooperationspartnern,
- die Bereitstellung der zur Umsetzung dieses Projektes erforderlichen Mittel (Finanzen, Räume, Medien) und
- die Anwendung qualitätssichernder Maßnahmen.

Vernetzung und Kooperation

Suchtprävention wurde bereits als Querschnittsaufgabe beschrieben. Im Zuge dessen bewegen sich die Akteure in der Suchtprävention in allen wesentlichen gesellschaftlichen Institutionen. Dies ist effektiv nur möglich, wenn Netzwerke gebildet werden und die Arbeit kooperativ und koordiniert stattfindet.

Wirksame Kooperation zeichnet sich aus durch Arbeitsteilung, d. h. klar definierte aufeinander abgestimmte Arbeitsaufträge der Kooperationspartner und durch ressortübergreifende Einbindung von Akteuren. Außerdem erscheinen vertragliche Vereinbarungen zu Form und Inhalt der Zusammenarbeit sinnvoll.⁸ Darüber hinaus können internetgestützte Instrumente wie das Fachportal zur Suchtprävention **prevnet** (www.prevnet.de) mit seinen Informationen über Einrichtungen der Suchtprävention, Projekten, Studien und Materialien als Kommunikationsplattform für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Suchtprävention sowie sonstigen Interessierten genutzt werden.

⁸ vergl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2004, S. 62

Information, Beratung, Fortbildung

Information und Fortbildungsangebote für bestimmte Zielgruppen zu suchtpreventiven Themen ist ein wichtiges Aufgabengebiet für Präventionsfachkräfte. Berufsgruppen, die nach bisherigen Erfahrungen regelmäßig Informationen und Fortbildungen wünschen, sind: Lehrer/innen, Erzieher/-innen, Jugendgruppenleiter/-innen (in Sport- und in anderen Vereinen), Mitarbeiter/-innen in der Jugendarbeit, Mitarbeiter/-innen in Heimen sowie Eltern. Die zu vermittelten Inhalte beziehen sich schwerpunktmäßig zum einen auf den Bereich der „Informationen zu Missbrauch, Sucht, Suchtmittel und Suchtentwicklung sowie der Verbreitung von Sucht und Missbrauch“. Zum anderen beziehen sich diese Informations- und Fortbildungsmaßnahmen auf Fragen der praktischen Suchtprävention: Wie kann ein suchtpreventives Projekt umgesetzt werden? Wie kann eine Institution suchtpreventive Strukturen entwickeln?

Öffentlichkeitsarbeit

Die Suchtprävention braucht immer wieder öffentliche Diskussion und Werbung für ihre Ziele und Inhalte, muss in diesem Sinne also immer wieder stimuliert werden. Gerade Eltern, Lehrkräften, Jugendarbeiter/innen und anderen Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen muss darlegt werden, warum z.B. bestimmte pädagogische Maßnahmen wie Lebenskompetenzförderung und Erlebnispädagogik so bedeutsam in der Prävention sind. Berichte in der örtlichen Presse, in denen über suchtpreventiven Maßnahmen und Projekte berichtet wird sowie Aktionen und Fachtagungen zum Thema können hier Aufmerksamkeit erzeugen und unterstützen die öffentliche Diskussion.

Auch Aktionstage, die einem breiteren Publikum zugänglich sind, dienen in erster Linie der Öffentlichkeitsarbeit und der Werbung für suchtpreventive Themen.

Weiterhin weckt eine intensive Öffentlichkeitsarbeit immer auch das Interesse der Politik für das Thema Prävention und trägt so zur Vernetzung und Verankerung von Suchtprävention in der Region bei.

Allerdings bleibt zu beachten, dass Medienkampagnen als isolierte Maßnahme wirkungslos bleiben und deshalb immer nur als flankierende Maßnahme einzusetzen sind. Empfehlenswert ist dabei eine Kombination von massenkommunikativen und personalkommunikativen Elementen.⁹

Ressourcengewinnung und Sozialsponsoring

Auch für soziale und gemeinnützige Organisationen wird Sozialmarketing immer wichtiger. Geringere Geldmittel, sowohl für Personal wie für Projektarbeit, Aufgabenverdichtung auf der einen und zunehmend komplexer werdende Aufgaben auf der anderen Seite kennzeichnen die Arbeit vieler Fachstellen. Bemühungen um Drittmittel werden mehr und mehr notwendig.

So betrifft der gesellschaftliche Umbruch vermehrt auch gemeinnützige Organisationen.

⁹ vgl. Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland, BZgA (Hrsg.), Köln 2004, S. 13

Deshalb ist es erforderlich,

- die Stärken der eigenen Organisation zu erkennen und zu nutzen,
- die Professionalisierung und Qualitätssteigerung voranzutreiben sowie
- neue Wege der Finanzierung und der Öffentlichkeitsarbeit zu entwickeln und umzusetzen.

Fundraising und Sozialmarketing zeigen dabei neue Wege auf. "Sozialmarketing bezeichnet einerseits die Planung, Organisation und Kontrolle von Marketingstrategien und -aktivitäten nichtkommerzieller Organisationen (institutionsbezogenes Verständnis), andererseits Strategien, die direkt oder indirekt auf die Lösung sozialer Aufgaben gerichtet sind (problemorientierte Verständnis). [...] Sozialmarketing als Marketing nichtkommerzieller Anbieter von sozialen Hilfen und Dienstleistungen [...] dient der Gestaltung von Austauschprozessen zwischen Anbietern, Nutzerinnen und Nutzern sowie staatlichen und/oder privaten Finanziers."¹⁰

Marketing ist im Profit- wie im Non-Profit-Bereich ein komplexer Vorgang, in dem auf der Basis von Marktanalyse und -beobachtung Angebote, Programme und Maßnahmen nach einer konkreten Zielvorgabe genau geplant, ausgearbeitet, durchgeführt und nach Abschluss ausgewertet werden.

Ein systematisches Marketingkonzept auf der Grundlage einer Organisations- und einer Marktanalyse trägt dazu bei,

- die betriebsinternen Arbeitsabläufe zu optimieren und Schwachstellen in der Organisation zu beheben,
- vorhandene Ressourcen optimal zu nutzen,
- nachzuweisen, welche Leistungen erbracht werden,
- transparent und nachvollziehbar zu begründen, warum und wofür Geld ausgegeben wird,
- neue Geschäftsfelder zu ergründen,
- das Image bei Kunden und Zuschussgebern zu stärken und
- durch konsequente Anwendung der Marketingmethoden auf veränderte Rahmenbedingungen flexibel zu reagieren.

Grundsätzlich gehört die Umsetzung solch komplexer Marketingstrategien wie auch die Ressourcengewinnung zu den Aufgaben der jeweiligen Träger von Fachstellen für Suchtprävention, um den Präventionsfachkräften ihre direkte Arbeit zu ermöglichen.

¹⁰ Detlef Luthe: Sozialmarketing. in: Fachlexikon der sozialen Arbeit, hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt 4.Aufl. 1997

II.4. Qualitätssicherung in der Suchtprävention

Der Einsatz öffentlicher Mittel verpflichtet zu einem wirtschaftlichen und effektiven Umgang mit diesen Mitteln. Er lässt sich nur dann rechtfertigen, wenn damit qualitativ hochwertige Leistungen finanziert werden. Deshalb ist es unabdingbar, dass auch der suchtpreventiven Arbeit Qualitätsstandards zugrunde liegen.

Präventionsprojekte sind in der Regel „flüchtige Produkte“, immer wieder anders strukturiert und komplex vernetzt. Sie haben einen intervenierenden Charakter und arbeiten mit unterschiedlichsten Zielgruppen.

Durch qualitätssichernde Maßnahmen werden

- die Bereiche identifiziert, die für den Projekterfolg besonders wichtig sind;
- Qualitätsziele formuliert;
- Strategien festgelegt und Maßnahmen in die Wege geleitet;
- Schwächen und Stärken im jeweiligen Projekt lokalisiert und
- mit dem Projekt- oder Begleitem, mit den Auftraggebern oder mit Mitgliedern der Zielgruppe / des jeweiligen Settings erörtert, wo Verbesserungen im Projekt notwendig sind.

Qualitätssicherung in der Suchtprävention unterscheidet drei verschiedene Bereiche:

- die Strukturqualität bezieht sich auf die Ausstattung und die (z.B. durch Konzeptionen) festgelegten Grundlagen für die suchtpreventive Arbeit,
- die Prozessqualität beschreibt, auf welche Art und Weise die Suchtprävention durchgeführt wird und
- die Ergebnisqualität überprüft, was letztendlich mit den suchtpreventiven Maßnahmen erreicht wurde.

Strukturqualität

Die Strukturqualität, die die Grundlagen für die suchtpreventive Arbeit in einer Region festlegt, wird zum einen durch die seitens der Politik festgelegten Bedingungen in den jeweiligen Bundesländern und Kommunen bestimmt und zum anderen durch die Anforderungsprofile, die die in der Suchtprävention Tätigen erfüllen müssen.

Die Strukturqualität, die sich in den jeweiligen politischen Programmen zur Suchtprävention der verschiedenen Bundesländer und auch der Kommunen darlegt, ist sehr unterschiedlich und vielfältig. Als Kernpunkte können festgehalten werden, dass

1. alle Bundesländer die suchtpreventive Arbeit durch professionelle Fachkräfte, die in den einzelnen Regionen oder Kommunen tätig sind, durchführen, und dass
2. diese Arbeit auf der jeweiligen Landesebene durch spezielle Facheinrichtungen koordiniert und fachlich begleitet wird.

Die Ausstattung mit Fachkräften (Personalmittel) sowie die Ausstattung der Fachkräfte mit Ressourcen, um suchtpreventive Arbeit durchzuführen (Sach- und Projektmittel), ist sehr unterschiedlich, in manchen Ländern nicht ausreichend.

Neben der quantitativen Ausstattung ist auch die fachliche Qualifikation der eingesetzten Präventionsfachkräfte entscheidend. Um qualitativ gute suchtpreventive Arbeit leisten zu können, müssen die im Folgenden aufgeführten Anforderungen an Fachkräfte der Suchtprävention gestellt werden.

Anforderungsprofil für Fachkräfte in der Suchtprävention

Grundsätzlich müssen Präventionsfachkräfte oder die Mitarbeiter/-innen einer Fachstelle für Suchtvorbeugung einen Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss der Fachrichtung Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Sozialpädagogik/Sozialarbeit oder Gesundheitswissenschaften vorweisen. Die Komplexität des suchtpreventiven Arbeitsfeldes erfordert für die mit der Prävention beauftragten Personen zusätzliche Qualifikationen, die sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen. Zu diesen Qualifikationen gehören:

1. ein grundlegendes Fachwissen in den Bereichen Sucht, Suchtmittel und Suchtprävention,
2. die Kompetenz, das eigene präventive Handeln fachlich zu begründen, sich Fakten und Informationen aus Wissenschaft und bisher fachfremden Bereichen anzueignen und auf das jeweilige Arbeitsfeld zu übertragen sowie Konzepte zu entwickeln,
3. kommunikative Kompetenzen, wie
 - a) Vermittlung der Inhalte suchtpreventiver Arbeit,
 - b) zielgerichtete und erfolgsorientierte Gesprächsführung, d.h. gute rhetorische Fähigkeiten, klarer sprachlicher Ausdruck in Wort und Schrift, überdurchschnittliche Fähigkeiten in Argumentation und Diskussion sowie auch Empathie und die Fähigkeit des aktiven Zuhörens,
 - c) Kenntnisse in Öffentlichkeitsarbeit und dem Umgang mit PR-Medien (Print und elektronische Medien),
4. eine administrative Kompetenz, die befähigt, Inhalte unter Berücksichtigung politisch-administrativer Prozesse und Abläufe in der Region umzusetzen sowie die Fähigkeit zum Aufbau von Kooperation und Vernetzung und deren Koordinierung und
5. Kenntnisse und Fähigkeiten in Dokumentation und Evaluation.

Die Anforderungen sind durch regelmäßige Supervision und Fortbildung zu begleiten und zu unterstützen.

Die Inhalte der Suchtprävention erfordern darüber hinaus von den in diesem Arbeitsfeld Tätigen eine kritische Reflexion des eigenen Konsumverhaltens und damit verbunden einen verantwortungsvollen und jederzeit hinterfragbaren Umgang mit Suchtmitteln.

Aufgaben einer Fachkraft für Suchtprävention

Stichwortartig beschrieben gehören zu den Aufgaben einer Fachkraft in der Suchtprävention:

- Konzept- und Projektentwicklung
- Koordination und Kooperation
- Fortbildung, Beratung und Information
- Öffentlichkeitsarbeit
- Ressourcengewinnung und Sozialsponsoring
- Dokumentation und Evaluation

Die Ausdifferenzierung dieser Aufgaben ist abhängig von den regionalen Bedingungen.

Prozessqualität

Um den Prozess einer suchtpreventiven Maßnahme qualitätssichernd zu begleiten, hat sich folgender Planungs- und Dokumentationsleitfaden bewährt:

- Ausgangslage erfassen (Beschreibung des Ist-Zustandes)
- Bedarf/Bedürfnis klären
- Ziele formulieren (welcher Zustand soll nach dem Projekt eingetreten sein?)
- Strategien wählen (welcher Ansatz ist passend?)
- Maßnahmen festlegen (was muss man tun, damit das Gewünschte erreicht wird?)
- Projektphasen bestimmen (Einteilung in Phasen mit dazugehörigen Zwischenzielen)
- Erfolgskriterien formulieren (woran sieht man, wenn etwas gelungen ist?)
- Zeitplan erstellen
- Budget aufstellen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat zur Qualitätssicherung ihrer Projekte ein Instrument entwickelt - die zielorientierte Projekt-Planung (ZOPP) - das systematisch bei allen durchgeführten Projekten zum Einsatz kommt. Dieser Bogen kann als Planungsgrundlage sowie prozessbegleitendes Instrument zur ständigen Qualitätssicherung genutzt werden. Er ist für Fachkräfte in der Suchtprävention über die jeweiligen Landeskoordinator/innen erhältlich.

Des Weiteren hat die BZgA gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) ein Instrument zur „Qualitätsbegutachtung für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung“ fertig gestellt. Dabei wird ein Projekt durch mindestens vier unabhängige, geschulte Gutachter beurteilt. Jedes Projekt wird nach übergreifenden, allgemeinen Qualitätsdimensionen beurteilt

(Konzeptqualität, Planungsqualität, Mitwirkende, Vermittlung des Projektangebotes, Projektmanagement, Erfolgskontrolle und Evaluation).

Jedes Projekt bekommt dann ein ausführliches Gutachten mit Empfehlungen zurückgemeldet. Weitere Informationen zu dieser Qualitätsbegutachtung gibt es bei der BZgA.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität stellt dar, ob die zu Beginn und im Laufe des Prozesses formulierten Ziele erreicht und die gewünschte Wirkung erzielt wurde. Die Qualität der Zielsetzung bildet dabei ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Um den Erfolg eines Programms zu bewerten, ist dementsprechend die Formulierung von Zielen und Ergebnisparametern von besonderer Bedeutung.

Als Parameter der Ergebnisqualität gelten folgende Aspekte:

- *Zielerreichung und Wirkung*

Bereits im Vorfeld muss deutlich werden, was man wie erreichen will, welche Ressourcen zur Verfügung stehen und welche Wirkungsweise erwartet werden.

- *Wirkungen bei der Zielgruppe*

Möglichst viele Personen aus der Zielgruppe müssen erreicht und die beabsichtigte Wirkung erzielt werden.

- *Günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis*

Die Maßnahmen sind nicht nur an Ergebnissen und Wirkungen, sondern auch am Aufwand und Ertrag zu messen.

- *Nachhaltigkeit*

Die Maßnahmen sind so anzulegen, dass innerhalb ihrer Dauer eine nachhaltige Wirkung erzielt werden kann und / oder eine nachhaltige Struktur geschaffen wird, die zu einer nachhaltigen Wirkung führt.¹¹

Um die Ergebnisqualität von Suchtprävention zu verbessern sind in den letzten Jahren unterschiedliche Instrumente entwickelt worden. Dazu zählen

- die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards,
- die Evaluation von Programmen in Hinblick auf Effektivität und Effizienz,
- die Dokumentation von Informationen zu Maßnahmen und Projekten,
- die Weitergabe und Auswertung der Ergebnisse von „good practice“ Projekten sowie
- die Einsetzung und Weiterentwicklung des bundesweit etablierten EDV-gestützten Dokumentationssystems Dot.sys.

10 vgl. Ruckstuhl, Brigitte, Kolip, Petra, Gutzwiller, Felix: Qualitätsparameter in der Prävention, in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen: Eine aktuelle Bestandaufnahme. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung. Band 15. Köln 2001, S. 48f.)

Die Evaluation von Programmen nimmt bei dieser Aufzählung eine besondere Bedeutung ein und wird im Folgenden näher erläutert.

Evaluation

Evaluation ist ein wesentlicher Teil des Qualitätsmanagements und unverzichtbar bei der erfolgreichen Steuerung von Maßnahmen, Projekten und Programmen. Angesichts der nach wie vor eingeschränkt zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel bei anhaltend und sich zum Teil verschärfenden Problemlagen in Folge des Rauschmittelgebrauchs und -missbrauchs gelten nicht mehr nur die strukturelle Ausstattung des Systems (= Input) und die Funktionsfähigkeit der Prozesse (= Output) als wichtige Qualitätsmerkmale suchtpreventiven Handelns, sondern zunehmend auch die Ergebnisse der erbrachten Leistungen (= Outcome). „Die eingeschlagenen Methoden zur Erreichung vorab definierter Ziele müssen auf ihre *Wirksamkeit* hin überprüft **und** in Abhängigkeit ihrer *Wirtschaftlichkeit* entsprechend intensiviert bzw. reduziert werden. Voraussetzung für solche an *Effektivität* und *Effizienz* geknüpften Entscheidungen ist die zweifelsfreie Identifikation und Messbarkeit von Ziel- und Wirksamkeitsindikatoren“.¹²

In diesem Zusammenhang ist es jedoch auch wichtig zu erkennen, wo die Grenzen der Evaluation von Suchtprevention liegen. So ist es kaum nachweisbar, dass durch eine einzige spezielle Maßnahme, auch wenn sie langfristig ausgerichtet war, ein Missbrauch verhindert wird oder eine Sucht nicht entsteht. Auch die Wirkung suchtpreventiver Maßnahmen auf die Förderung von Lebenskompetenzen lässt sich nur schwer als kausaler Zusammenhang belegen. Dafür ist die Zahl paralleler und nicht überprüfbarer Einflüsse auf die Kinder und Jugendlichen einfach zu groß.

Bei aller Notwendigkeit der evaluativen Begleitung von suchtpreventiven Maßnahmen erscheint sie jedoch nicht bei jedem Einzelprojekt erforderlich. Vielmehr sind wesentliche Merkmale einer wirksamen Suchtprevention durch wissenschaftliche Forschung bereits belegt bzw. sie garantieren eine große Wahrscheinlichkeit, dass Wissen, Einstellungen und Verhalten der jeweiligen Zielgruppe konkret beeinflussbar und gezielt zu verändern sind. Daher ist es sinnvoll und empfehlenswert, vor allem solche Verfahren und Maßnahmen anzuwenden, deren Wirksamkeit durch Studien und Untersuchungen nachgewiesen wurde.

¹² Baumgärtner, Theo: Outcomeorientierte Steuerung in der Suchtkrankenhilfe, in: Konturen, 6/2006, S. 39

II.5. Gesundheitsförderung und ihre Schnittstellen zur Suchtprävention

Allgemein definiert zielt Gesundheitsförderung darauf ab, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen und zugleich ihre gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Die konzeptionelle Entwicklung der Gesundheitsförderung als eine umfassende Handlungsstrategie bildet das unmittelbare Ergebnis einer bereits in den 70er Jahren verbreiteten Kritik an der damals aktuellen „Gesundheitserziehung“. Bis in die 80er Jahre galt das Konzept der Gesundheitserziehung, deren Handlungsbereich in erster Linie in der Vorbeugung von Gefährdungen und Krankheiten lag, die vorrangig mit personal- und massenkommunikativen Maßnahmen auf einzelne Menschen und ausgewählte Bevölkerungsgruppen abzielte. Der Schwerpunkt der Maßnahmen bestand dabei in der „Motivierung von Adressaten zur Teilnahme an Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung, der Verbesserung körperlicher und seelischer Hygiene in der Bevölkerung sowie der Unfallvermeidung und Suchtvorbeugung“. Dabei sollte die Bevölkerung individuumsorientiert zur aktiven Gesunderhaltung erzogen werden. Strukturelle bzw. verhältnisbeeinflussende Maßnahmen bildeten in diesem Zusammenhang eher die Ausnahme.¹³

Anfang der 80er Jahre forderte das WHO-Regionalbüro für Europa angesichts der mangelnden Wirksamkeit der bisherigen Vorgehensweisen ein Umdenken in der Gesundheitserziehung. Fortan sollte sich die Gesundheitserziehung u.a. an „neuen Leitbildern und einem positiven Gesundheitskonzept“ orientieren, „innovative pädagogische Methoden und Technologien verwenden, auf Gemeinschaftsaktionen und Laienbeteiligung abstellen, multisektoral und multidisziplinär vorgehen, neue Strategien auf verschiedenen Aktionsebenen entwickeln sowie soziale und Umweltfaktoren berücksichtigen“¹⁴

Als Konsequenz dieser Forderungen wurde 1984 ein neues Gesundheitsförderungs-Programm entwickelt und 1986 in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ zusammengefasst. Demnach bildete das globale Ziel von Gesundheitsförderung „die Befähigung von Menschen, größeren Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit zu nehmen“. Gleichzeitig wiesen die damit verbundenen Prinzipien auf einen Paradigmenwechsel in den bisherigen Strategien hin.

Gesundheitsförderung

umfasst demzufolge „die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen und nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen,

zielt drauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen,

¹³ vgl. SABO 1999, S. 38

¹⁴ ebenda, S. 39

verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze,

bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit,

ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung“.¹⁵

Bis in den Anfang der 90er Jahre verbreitete sich auch in Deutschland die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und bildete mit ihren neuen Prinzipien einen Gegenentwurf zur bisherigen Gesundheitserziehung und Prävention.

Trotz der anfänglichen Skepsis von Teilen des etablierten Gesundheitswesens hat das Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung inzwischen die Bereiche öffentlicher Gesundheit, Prävention, Gesundheitspolitik, Gesundheitserziehung und -bildung sowohl in der Theorie als auch in der Praxis verändert und modernisiert. Dank dieser Entwicklung konnte sich in Deutschland mittlerweile ein komplexes, sozial-ökologisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit durchsetzen und individuelle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch politische Gestaltung gesundheitsrelevanter Bedingungen ergänzt werden.

Allerdings führte dies zu einer eher beliebigen Verwendung des Begriffs Gesundheitsförderung verbunden mit einer fehlenden Abgrenzung zu anderen Bereichen, etwa zum Bereich der Prävention. Gerade die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden dabei häufig identisch benutzt, was wohl auch darauf zurückzuführen ist, dass hier in der praktischen Umsetzung nahezu gleiche Inhalte und Methoden zum Tragen kommen.

Eine integrative Sichtweise beschreibt FRANZKOWIAK (1999). Demnach ist die sozial- und risikofaktoren-medizinische Prävention neben anderen Bereichen wie Gesundheitsbildung oder gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit als grundlegender „Interventionstyp“ ein Bestandteil von Gesundheitsförderung.¹⁶

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt auch HAFEN (2004). Ausgehend von der Diskussion über die Unterschiede zwischen Gesundheitsförderung und (Sucht-) Prävention sieht HAFEN in seiner Analyse keine Argumente für eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen beiden Begriffen. „Beide Disziplinen machen von der formalen Ausrichtung her dasselbe (Behebung von individuellen und sozialen Risikofaktoren resp. Förderung von individuellen oder sozialen Schutzfaktoren) und auch methodisch lassen sich bestenfalls punktuell Unterschiede erkennen“.¹⁷

Damit fungiert der Begriff der Gesundheitsförderung quasi als ein Oberbegriff, und Prävention kann als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung verstanden werden. In diesem Sinne würde Prävention eher den operativen Bereich von Gesundheitsförderung bezeichnen, nämlich konkret den Problembereich, in dem die entsprechenden Maßnahmen anzusiedeln sind (etwa Suchtprävention, Kariesprävention, Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen etc.). Die spezifisch angewandte Methodik bliebe davon unberührt, d.h. auch

¹⁵ Kaba-Schönstein 1999, S. 40

¹⁶ vergl. Franzkowiak 1999, S. 86

¹⁷ vgl. HAFEN 2004, S. 10

Methoden, die sich erfolgreich sowohl in der bisherigen Gesundheitsförderung als auch in der Suchtprävention bewährt haben, kämen zur Anwendung, ohne dass diese als Unterscheidungskriterium gelten könnten und damit die Begrifflichkeiten Gesundheitsförderung oder Suchtprävention infrage gestellt würden.

II. 6 Suchthilfe und ihre Schnittstellen zur Suchtprävention

Unter Suchthilfe oder Suchtkrankenhilfe¹⁸ einschließlich der Drogenhilfe¹⁹ ist mit Blick auf die Strukturen die Gesamtheit der Verbände, Institutionen, Einrichtungen der professionellen Hilfe und die vorwiegend ehrenamtlich tätige Selbsthilfe als Arbeitsfeld zu verstehen, somit das Versorgungssystem.

Im Kontext der individuellen Hilfen wird die Suchtkrankenhilfe als Vielzahl unterschiedlicher Konzepte der Betreuung, Beratung und Behandlung verstanden. In gut einem hundert Jahre andauernden Prozess hat sich die Suchtkrankenhilfe als Subsystem der Sozial- und Gesundheitsversorgung ausdifferenziert.²⁰

Suchtkrankenhilfe findet statt durch Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern und durch ambulante ärztliche Hilfen der niedergelassenen Ärzte, Hausärzte, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, außerdem durch niedergelassene Psychotherapeuten und in Institutionen wie Psychiatrischen Institutsambulanzen. Beratung wird auch angeboten durch die betriebliche Suchtkrankenhilfe, die allgemeinen sozialen Dienste wie auch durch die Beratung der Leistungsträger (Krankenkassen, Rentenversicherungen). Behandlung wird angeboten durch Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und in teilstationären Einrichtungen wie Tageskliniken. Im Mittelpunkt der stationären Hilfen stehen die Akutkrankenhäuser, Psychiatrischen Kliniken und die Fachkliniken/Rehabilitationseinrichtungen. Komplementäreinrichtungen wie therapeutische Maßnahmen, betreutes Wohnen und Übergangwohnheime sind der Suchtkrankenhilfe ebenso zuzurechnen wie Selbsthilfe- und Angehörigengruppen.

Die „Drogenwelle“ der siebziger Jahre führte zu einer Reihe von Modellmaßnahmen des Bundes. Hierbei ging es in erster Linie darum, die suchtbedingten Folgen zu reduzieren, aber im zweiten Schritt auch um die Frage: „Wie kann vorgebeugt werden?“ Dazu wurde in den Jahren 1990 bis 1995 das Bundesmodellprojekt „Mobile Drogenprävention“ von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) durchgeführt. Die Ansiedlung bei der DHS wurde auch deshalb vorgenommen, weil die Beratungsstellen für Suchtkranke eine entsprechende Struktur vorhielten und hier das entsprechende Fachwissen über das Arbeitsfeld „Suchtkrankenhilfe“ vorhanden war.

Schnittstellen von Suchtprävention und Suchthilfe sind auf verschiedenen Ebenen gegeben:

- Institutionen
- Akteure und Handelnde
- Zielgruppe
- Zeitpunkt der Intervention

¹⁸ synonym wird auch der Begriff Suchtbereich verwandt

¹⁹ synonym: Drogenbereich

²⁰ Dembach, Bernd. Hüllinghorst, Rolf: Modellprogramm Mobile Drogenprävention. Abschlussbericht. Nomos-Verl.-Ges. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 85. Baden-Baden 1997.

- Ziel der Intervention
- Methode und Interventionsform
- Grad der Vernetzung

Die deutlichste Überschneidung von Suchtprävention und Suchthilfe ergibt sich in der Früherkennung. Grundlage suchtpreventiver Maßnahmen dabei ist das pädagogische Angebot, das individuelle Konsumverhalten (einschl. möglichem Risikokonsum und möglicher Abhängigkeit) zu reflektieren und ggfs. zu verändern. Oftmals wird hierbei die Schwelle gesenkt, eine Beratungsstelle aufzusuchen, wenn individueller Beratungsbedarf besteht und Betroffenen so der Weg ins Hilfesystem geebnet wird.

Die Maßnahmen und Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe müssen für beide Seiten transparent sein, um genau an den o. g. Schnittstellen den Übergang zu gewährleisten.

III. Fazit und Empfehlungen

Das Arbeitsfeld Suchtprävention hat sich seit Beginn der 90er-Jahre zunehmend professionalisiert.

In allen Bundesländern haben sich Strukturen herausgebildet, die eine systematische Umsetzung von Suchtprävention ermöglichen. Die suchtpreventive Arbeit wird in allen Bundesländern auf Landesebene koordiniert und fachlich begleitet und es wird für Vernetzung sowohl zwischen den Ländern wie zur Bundesebene hin gesorgt.

Allerdings sind die Strukturen in den einzelnen Ländern höchst unterschiedlich, dies betrifft auch die Ausstattung in personeller und finanzieller Hinsicht.

Suchtprävention hat sich als eigenständige Disziplin entwickelt, die sich als ein Teil der gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung versteht. Auf der anderen Seite positioniert sie sich im Bereich der Suchthilfe ebenfalls als eigenständige Disziplin mit eigenem Profil und eigenen Strukturen.

Das Profil ist gekennzeichnet durch folgende Merkmale:

- Verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze werden in der Arbeit kombiniert,
- im Mittelpunkt steht eher die Arbeit in und mit Gruppen als die Arbeit mit einem Individuum,
- die Arbeit geschieht im wesentlichen über Projekte, die in den jeweiligen Settings der angesprochenen Zielgruppen angesiedelt sind,
- Suchtprävention als Querschnittsaufgabe kann sich nur über Kooperation und Vernetzung mit den Institutionen, für und mit denen sie arbeitet, verwirklichen.

Das Spezifische der Suchtprävention ist in Abgrenzung zum Arbeitsfeld Gesundheitsförderung der Bezug auf Substanzen bzw. auf stoffungebunden Süchte. Auch wenn lebenskompetenzfördernd gearbeitet wird, bleibt das Ziel aller Maßnahmen die Verhinderung von Suchtmittelmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit und deren Folgen. Diese spezifische Zielsetzung bei allen suchtpreventiven Maßnahmen immer klar herauszuarbeiten ist notwendig, um das grundlegende suchtpreventive Ziel, die Verhinderung von Sucht und Missbrauch, zu erreichen.

In der Suchtprävention wird mit Nicht-Konsument/-innen und deren Bezugspersonen gearbeitet, mit Menschen, die Suchtmittel konsumieren, die riskant konsumieren oder die Missbrauch betreiben. Es wird nicht mit bereits Abhängigen gearbeitet. Dies ist die Zielgruppe der Suchthilfe.

Im Bereich der Arbeit mit Risikokonsument/-innen liegt die entscheidende Schnittstelle zur Suchthilfe. Suchtprävention bleibt jedoch immer im Zielbereich der Vorbeugung, auch wenn es z.B. in der Arbeit mit Risikokonsumenten um Konsumreduzierung geht. Mit den Institutionen der Suchthilfe müssen Fragen der Zuständigkeit sowie der Arbeitsansätze und Vorgehensweisen in diesem Schnittstellenbereich auf der Ebene der Institutionen diskutiert werden. Ziel dieser Diskussion muss es sein, sowohl die Überschneidungsbereiche als auch die

klaren Abgrenzungen herauszuarbeiten und Zuständigkeiten (für bestimmte Zielgruppen) und Vorgehensweisen in der Arbeit klar festzulegen.

Allen Akteuren in der Suchtprävention ist darüber hinaus nachdrücklich anzuraten, qualitätssichernde Elemente in ihre Programme aufzunehmen.

Dies wird allen Akteuren der Suchtprävention in den verschiedenen Bundesländern mit ihren unterschiedlichen Strukturen helfen, das Arbeitsfeld weiter zu spezifizieren und zu konturieren, dadurch die Qualität suchtpreventiver Maßnahmen zu verbessern und schließlich das wesentliche Ziel der Suchtprävention, nämlich die Verhinderung von Missbrauch und Sucht, besser zu erreichen.

Literatur

Baumgärtner, Theo: Outcomeorientierte Steuerung in der Suchtkrankenhilfe, in: Konturen, 6/2006

Bühler, Anneke; Kröger, Christoph: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 29, Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2006

Dembach, Bernd. Hüllinghorst, Rolf: Modellprogramm Mobile Drogenprävention. Abschlussbericht. Nomos-Verl.-Ges. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 85. Baden-Baden 1997.

Franzkowiak, Peter: Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 3. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz, 1999, S. 85-86

Hafen, Martin: Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In Prävention 1 / 2004, S. 8 - 11

Kaba-Schönstein, Lotte: Gesundheitsförderung I: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 3. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz, 1999

Luthe, Detlef: Sozialmarketing. in: Fachlexikon der sozialen Arbeit, hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt 4.Aufl. 1997

Ruckstuhl, Brigitte, Kolip, Petra, Gutzwiller, Felix: Qualitätsparameter in der Prävention, in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen: Eine aktuelle Bestandaufnahme. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung. Band 15. Köln 2001

Sabo, Peter: Gesundheitserziehung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, 3. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz, 1999

Schmidt, Bettina: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland. Grundlagen und Konzeption. Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 24, Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln 2004

Wienemann, Elisabeth, Schumann, Günther: Standards für die betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, DHS (Hrsg.), Hamm 2006

Autor/-innen

Dr. Hans-Jürgen Hallmann,

Koordinator der Suchtprävention NRW, c/o Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW – ginko - Kaiserstraße 90, 45468 Mülheim, Tel. 0208 / 30069-41, j.hallmann@ginko-ev.de

Ingeborg Holterhoff-Schulte,

Referentin und Koordinatorin für Suchtprävention, c/o Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Podbielskistraße 162, 30177 Hannover, Tel. 0511 / 62626616, holterhoff-schulte@nls-online.de

Christa Merfert-Diete,

Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Prävention, c/o Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Westenwall 4, 59065 Hamm, Tel. 02381 / 9015-18, merfert-diete@dhs.de