

Gesundheitsförderung – Zentrales Handlungsfeld in sozialen Brennpunkten

Je populärer eine Idee, desto weniger denkt man über sie nach, und desto wichtiger wird es, ihre Grenzen zu untersuchen.

Paul Feyerabend

In diesem Beitrag wird das Konzept „Gesundheitsförderung“ vorgestellt und als Rahmen genutzt, um es am Beispiel des Handlungsfeldes „Suchtprävention“ als zentralen Handlungsansatz für den Umgang mit Drogenkonsumenten/innen in sozialen Brennpunkten darzustellen. Zunächst aber geht es um die Herausarbeitung der geschichtlichen Entwicklung der für die Praxis der Suchtarbeit relevanten Leitkonzepte. Denn nur vor diesem Hintergrund werden ideologisch-moralische und politische Prägungen der Suchtprävention der letzten dreißig Jahre deutlich, bis es mit dem Konzept der „Gesundheitsförderung“ vor allem um fachlich begründete, evidence-based Handlungsansätze ging.

Dann werden beispielhafte Methoden der auf Partizipation und Befähigung ausgerichteten Präventionsansätze vorgestellt: „Peer-Involvement-Strategien“ und „Funktionelle Äquivalente.“ Diese Methoden wurden insbesondere deshalb ausgewählt, weil sie für die Arbeit in sozialen Brennpunkten besonders geeignet scheinen. Es folgen abschließend Empfehlungen für eine Verbesserung dieser Arbeit vor allem für die Zielgruppe sozial benachteiligter Jugendlicher in sozialen Brennpunkten. Ein Fokus liegt auf der Notwendigkeit von jungen-/männerspezifischen Angeboten, da dem Zusammenhang von „Rausch“ (öffentlicher Drogenkonsum), seinen psychosozialen Folgen und der Konstruktion von Männlichkeit mehr Beachtung geschenkt werden muss.

1. Leitkonzept in der Drogenhilfe und im Gesundheitswesen – der lange Weg vom Behandelten zum Handelnden

Im Folgenden werden wichtige Leitkonzepte der Drogenhilfe und des Gesundheitswesens vorgestellt, die den theoretischen, wie konzeptionell-praktischen Rahmen für suchtpräventive Projekte in Deutschland bilden. Damit kann den Einrichtungen, die solche Projekte planen, eine Orientierung über die jüngsten Entwicklungen und Zwischenstände der Debatte in der Drogenhilfe und des allgemeinen Gesundheitswesens gegeben werden:

Leitkonzept in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe: Akzeptanzorientierung, Empowerment und Unterstützung von Selbsthilfe/-organisation

„Akzeptanz“, „Niedrigschwelligkeit“ und „Suchtbegleitung“ haben als Trendbegriffe seit fast zwanzig Jahren Eingang in die Sozialarbeit mit zunächst Konsumenten/innen illegaler und jüngst auch legaler Drogen gefunden. Nicht zufällig sind sie in einer Phase der Drogenhilfeschichte entstanden, als die Verbreitung des HI-Virus und der AIDS-Erkrankung unter Drogenkonsumenten/innen das gesamte Drogenhilfesystem und die Drogenpolitik grundsätzlich hinterfragte: Ist die Fokussierung aller Hilfsmaßnahmen auf die Sucht und vor allem deren Beendigung sinnvoll, oder engt sie die Hilfe und schließlich die Betroffenen zu sehr ein? Welche Zielhierarchie muss für das System der Suchtkrankenhilfe entwickelt werden? Welche notwendigen Unterstützungen müssen unterhalb des Maximalziels der Abstinenz gewährt werden? Haben Menschen das Recht, selbst über den Konsum – auch den fortgesetzten – potenziell schädigender Substanzen zu entscheiden? Wollen wir eine Gesellschaft, die in Bezug auf Drogenkontrolle und Umgang mit Konsumenten höchst doppelamoralisch verfasst ist, die einen Teil der (legalen) Substanzen integriert und besteuert und einen anderen dämonisiert und verbietet, Konsumenten und Händler verfolgt? Welche Rolle soll das Strafrecht in der Drogenkontrolle einnehmen?

Einige der Antworten, die in den letzten fünfzehn bis zwanzig Jahren auf diese Fragen formuliert wurden, beinhalten ein fachlich mittlerweile verbreitetes, gemeinsames Verständnis in mehreren Grundfragen:

- (1) der Abschied vom Mythos einer „drogenfreien Gesellschaft“ bzw. der Freiheit von illegalen Drogen: Die heute illegalen und legalen Drogen werden uns auch in den nächsten zwanzig Jahren begleiten. Es kommt darauf an, Schäden für den einzelnen Konsumenten, unbeteiligte Dritte und die Gesellschaft so gering wie möglich zu halten,
- (2) der Abschied vom Mythos der „suchtfreien Gesellschaft“: Es geht nicht mehr nur darum Süchte zu verhindern, sondern auch darum, mit ihnen bedürfnisgerecht, unter Wahrung der Menschenwürde, umgehen zu lernen.
- (3) das Ende der Vorstellung eines (linearen) Königswegs in der Behandlung und Prävention von Drogenabhängigkeit (z.B. einer „Therapiekette“ von stationärem Entzug in einer Fachklinik, dann Entwöhnungsbehandlung in einer abstinenzorientierten stationären Langzeittherapieeinrichtung

- und anschließender Nachsorge),
- (4) der Abbau von Schwellen im Zugang zum Drogenhilfesystem, um die Reichweite und Haltekraft der Hilfsangebote zu vergrößern, insbesondere für die Drogengebraucher/innen, die hochschwellige drogenfreie Angebote nicht mehr erreichen können oder wollen,
 - (5) die Einsicht, dass lineares oder polares Denken in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe einem zirkulären weichen muss: So werden beispielsweise „Rückfälle“ mittlerweile als „Normalfälle“ begriffen und dürfen nicht verurteilt, sondern wertschätzend in die weitere Bearbeitung des Suchtproblems aufgenommen werden.

Dieses Verständnis ist das (Zwischen-)Ergebnis eines langen und kontrovers geführten Diskussionsprozesses, der (doppel-)moralisch-ideologisch ebenso wie politisch und fachfremd geprägt war. Der Wandel der Präventionsansätze von der Abschreckungspädagogik zu akzeptanzorientierten Ansätzen innerhalb eines konzeptuellen Rahmens der Gesundheitsförderung hat in den letzten dreißig Jahren stattgefunden.

Das in den 70ern vorherrschende Konzept der „Drogenprävention“ hatte vor allem zum Ziel, Neugierige abzuschrecken, Jugendliche zu immunisieren und sie vom Konsum vor allem illegaler Drogen abzubringen. Diese „Drogenprävention“ mit den Mitteln des erhobenen Zeigefingers und einer „schwarzen“ Pädagogik von Grusel- und Schockbildern, die vor allem von der Polizei auch heute noch vielerorts als Handlungsansatz vertreten wird, muss als fachlich gescheitert betrachtet werden. Hier lassen sich keinerlei nachhaltige Effekte nachweisen. Der Schock sitzt nicht tief, und es wird keine Brücke zur Lebenssituation Jugendlicher geschlagen.

Die 80er Jahre waren, wie PÜSCHL/ SCHLÖMER (2002) beschreiben, vor allem von der ursachenorientierten Suchtprävention geprägt: „Nicht mehr der Drogenkonsum wurde als wesentliches Problem, das es zu verhindern galt, aufgefasst, sondern Sucht. Konsequenterweise richtete sich der Blick nun auch auf die Abhängigkeit von Alkohol, Tabak und Medikamenten. Neben den stoffgebundenen Suchtformen wurden auch stoffungebundene, wie z.B. Spielsucht, Essstörungen, Arbeitssucht oder auch Fernsehen thematisiert.“ (S.121)

Erst Ende der 80er Jahre entwickelte sich aus der HIV/AIDS-Krise der Begriff der Akzeptanz in der Drogenarbeit heraus: „Akzeptanz“ drückt auf einer normativen Ebene aus, dass der Konsum von Drogen letztlich als persönliche Konsumententscheidung der Bürger/innen

betrachtet werden muss. Ein gewandeltes Suchtverständnis betrachtet Drogenkonsum (auch den fortgesetzten, abhängigen) in seiner Ambivalenz von erwünschten und unerwünschten Effekten: Kontrollverlust, Dominanz der Drogen einerseits, bewusste Entscheidungen der Konsumenten/innen, individuelle und kulturelle Risikobewältigungsstrategien, Funktionalitäten des Drogenkonsums andererseits. Die in der Drogenhilfe langjährig vorherrschende, pauschale Zuweisung eines Opferstatus für Abhängige („Sklave der Droge“, „Opfer der Händler“) und die fast selbstverständliche Zuschreibung einer Beratungs- und Therapiebedürftigkeit, ist verkürzt und liefert lediglich die Legitimationsbasis für fremdbestimmte Hilfsinterventionen. Sie blendet auch die Nutzbarmachung und Förderung der Selbstheilungskräfte und der Betroffenenkompetenz aus. Auch wenn die Entscheidungsspielräume und Handlungsalternativen der Konsumenten/innen bestimmter Drogen oftmals stark eingeschränkt sind, sind es letztlich die Gebraucher/innen selbst, die sich entscheiden. Diese ambivalente Sichtweise bedeutet eine Gratwanderung zwischen der Definition eines bestimmten Drogenkonsums als selbstbestimmten Lebensstil oder als Krankheit. Auch dort wo Drogenabhängigkeit als Krankheit begriffen wird, muss eine vorurteils- und moralfreie gesundheitlich/medizinische und soziale Hilfe angeboten werden.

Akzeptanz bildet also einerseits eine Arbeitshaltung, die vor allem darin besteht, differierende und ggf. sogar konkurrierende Wertkonzepte nicht nur zulassen zu können, sondern sich mit ihnen „zieloffen“ auseinandersetzen zu wollen. Dabei werden die Organisationsmuster, Lebensorientierungen, Handlungsmuster und Kompetenzen zur Grundlage eines Dialogs, der das Gegenüber im Rahmen seiner bisherigen Lebensbewältigung entwickelt. Diese Erfahrungen sind sinnstiftender Teil der Lebensgeschichte, Konsequenzen aus diesen Erfahrungen machen subjektiv Sinn, sind möglicherweise funktional – in den meisten Fällen hilfreich.

Akzeptanz umschreibt in der sozialen Arbeit andererseits ein methodisch/praktisches Vorgehen: Der Schwerpunkt liegt auf dem dialogischen Moment innerhalb einer Beziehungsarbeit. Diese Beziehung muss in einigen Bereichen sozialer Arbeit erst hergestellt werden, sie entsteht insbesondere dort nicht wie selbstverständlich, wo es sich um ein Verhalten handelt, das gesellschaftlich stigmatisiert oder/und strafrechtlich verfolgt wird. Hier muss zunächst eine Erreichbarkeit der Hilfe geschaffen werden: durch offene, vertrauensvolle „niedrigschwellige“ und unverbindliche,

d.h. nicht per se an grundsätzliche Verhaltensänderungsbereitschaften gekoppelte Angebote. Diese Angebote können Sondereinrichtungen der Drogenhilfe sein, aber auch offene Jugendangebote innerhalb der Jugendhilfe. Dass diese Angebote wiederum nicht regellos sind, was z.B. ein bestimmtes sozialverträgliches Verhalten innerhalb der Angebote angeht (Hausregeln), ist dabei selbstverständlich: Szenehierarchien, Szeneverhalten o.ä. sollen nicht reproduziert werden.

Methodisch bedeutet Akzeptanz weiterhin, dass ein Verständnis in dieser Beziehung auch ein Ernstnehmen anderer Wertkonzepte und Lebensentwürfe einschließt – so fern diese den meist mittelschichtorientierten Vorstellungen der Helfer/innen auch sein mögen. Die Erkenntnis, dass ihre pädagogisch-therapeutische Potenz begrenzt ist, sollte im Dialog formulierte, kleinere Teilschritte zur gesundheitlichen, emotionalen oder sozialen Stabilisierung unterstützen lernen, statt den „großen Wurf“, das Maximalziel der Abstinenz, zu verfolgen.

Auf einer praktischen Ebene fokussiert dieser akzeptierende Ansatz auf Hilfen und Unterstützungen zur Vermeidung bzw. Reduzierung nicht-beabsichtigter Schäden sowohl für den Konsumenten als auch für die Gesellschaft. Harm reduction, Schadensminimierung, hat sich als Begriff für diese praktische Ausrichtung durchgesetzt. Auf einer praktisch-methodischen Ebene geht es bei schadensminimierenden Drogenhilfeangeboten darum, möglichst ohne ideologisch geprägte Verhaltenserwartungen frühzeitigen Kontakt zu jenen Konsumenten/innen illegaler Drogen herzustellen, die einen problematischen Drogengebrauch aufweisen. Der frühzeitige Kontakt über niedrigschwellige Drogenhilfeangebote ist der Ausgangspunkt für weitergehende medizinische Behandlungen mit dem Ziel einer gesundheitlichen Stabilisierung (z.B. Substitution bei Opiatkonsumenten/innen) und psychosozialer Betreuungen und Unterstützungen mit dem Ziel einer sozialen Integration (Wohnen, Regelung sozialer Belange, Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung).

Der Ansatz der harm reduction mit der Prämisse der Akzeptanz einer selbstbestimmten Konsumentenscheidung geht jedoch als „Philosophie“ in das gesamte Spektrum der Drogenhilfe und Drogenpolitik ein und muss quer zu den verschiedenschwelligen Präventions-, Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsebenen gedacht werden. In der Präventionsarbeit beispielsweise drückt sich dieser Ansatz in der fachlich immer stärker verbreiteten Schwerpunktverschiebung von der Drogenzur Suchtprävention aus: Es geht nicht länger nur um eine „Immunisierungsstrategie“ ge-

genüber allen illegalen Drogen, sondern um Unterstützungen und individuelle Persönlichkeitsstärkung im Rahmen einer insgesamt salutogenetischen Ausrichtung zur Vermeidung unerwünschter Effekte wie etwa der Sucht, d.h. der Beeinträchtigung des Kontrollvermögens, der Reduzierung der Lebensvielfalt auf Drogenkonsum und -beschaffung. Und selbst bei süchtigem Verhalten können differenzierte Kontroll- und Stabilisierungsstrategien zwischen Beratern/innen und Betroffenen entwickelt werden, die ein völliges Abrutschen in eine Verelendung verhindern.

Befähigung von Jugendlichen

Insgesamt geht es der Akzeptierenden Drogenarbeit um „Förderung der Mündigkeit“ und „Befähigung“. Sie zielt eher auf die Erweiterung der Handlungskompetenzen und Ressourcen von Individuen und Gruppe denn auf ein vorab normiertes und anzuweisendes Gesundheitsverhalten. Dadurch ergibt sich eine Auseinandersetzung mit Akzeptanz, Verantwortung, Durchsetzungsfähigkeiten und Selbsthilfe. Werden Drogenkonsumenten/innen mit ihrem selbstgewählten Lebensstil angenommen und akzeptiert, werden auch ihre Erfahrungen und Kompetenzen im Zusammenhang mit ihrem drogenorientierten Leben ernstgenommen und wertgeschätzt. Damit wird die Selbstbestimmung der Konsumenten/innen zum Ausgangspunkt für Interaktionen, sie müssen nicht auf herrschende Definitionen reagieren, sondern besitzen selbst Definitionsmacht und eigenständige Handlungskompetenzen. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit kooperiert also mit den Jugendlichen bei der Erarbeitung eines eigenverantwortlichen, risikomindernden, aber auch genussorientierten Umgangs mit illegalisierten Drogen. Dazu muss sie „Drogen-Beratung“ im wahrsten Sinne des Wortes durchführen und Angebote vorhalten, die einen gesundheitsschonenden Konsum in Eigenregie ermöglichen können.

Die professionelle Drogenhilfe sollte also die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für die Nutzer/innen eröffnen, in denen konkrete Erfahrungen von Selbstwirksamkeit des eigenen (gesünderen) Handelns und von Kontroll-Überzeugung über Lebensanforderungen gemacht und in das Selbstbild und die Lebenspraxis integriert werden können. Derartige Angebote sind als Empowerment zu verstehen, d.h. sie stiften jenseits einer neuen pädagogischen Rezeptur von Methoden und Interventionsformen zur selbstbestimmten, eigeninszenierten Lebensgestaltung an.

Empowerment zielt auf Selbstwirksamkeit, d.h. es geht um die Unterstützung effektiver (gesundheitsschonender) Verhaltensweisen in

Drogengebrauchssituationen. Die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten, überhaupt etwas an der oftmals festgefahrenen und als aussichtslos erlebten eigenen Situation ändern zu können, gestaltet auch die Selbstwirksamkeit, bzw. wirkt motivierend. Personale, soziale und materielle Unterstützung kann diesen Prozess wesentlich moderieren, d.h. auch eine fremdvermittelte Überzeugung („Du kannst das“) kann eine stützende Funktion erhalten.

Die Fähigkeit, den eigenen Drogengebrauch selbstregulierend zu steuern und risikoarm zu gestalten, ist darüber hinaus von der subjektiven Beurteilung der eigenen Fähigkeit zur Steuerungskompetenz abhängig (Kontrollüberzeugung). Kontrollüberzeugungen beschreiben dabei die Fähigkeiten eines Individuums, Situationen bzw. deren Folgen zu antizipieren, zu beeinflussen und angemessen zu deuten. Aus der Motivationsforschung ist hinlänglich bekannt, dass eine Person dann bemüht ist, ein Ziel (hier: selbstkontrollierter Gebrauch) zu erreichen, wenn dieses Ziel für die Person eine bestimmte Wertigkeit besitzt. Beides, die Handlungsergebniserwartung und die subjektive Selbstwirksamkeitswahrnehmung (die auch gestützt sein kann), bestimmen die Handlungsmotivation. Die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit im Sinne eines möglichen Kontrollgewinns, insbesondere in vorher aversiven Situationen, hat bzw. kann eine Reihe von Folgen haben: Durch die Stützung bzw. auch Vermittlung von risikobewussten Gebrauchskontrollregeln kann das konkrete Erleben (Selbstwirksamkeits- und Kontrollerfahrung), dass man auch als Gebraucher/in illegalisierter Drogen über Fähigkeiten und Fertigkeiten zur aktiven Alltagsorganisation verfügt, ermöglicht werden. Stützung und Vermittlung von Selbstwirksamkeit mit Hilfe von Safer-Use-Maßnahmen können so regulative Orientierungen zur Gestaltung des (auch) drogenbezogenen, genussorientierten Lebensstils bewirken. Ohne dies überbewerten zu wollen oder gar einem neuen Königsweg das Wort zu reden: Derartige Maßnahmen lassen einen autonom kontrollierten und eigenverantwortlichen Umgang mit Drogen möglich werden.

„Vor diesem Hintergrund erscheint die Frage, ob Jugendliche mit Drogen experimentieren und sie in einer bestimmten Entwicklungsphase aus hedonistischen Gründen oder um sich von der ‚bürgerlichen Erwachsenenwelt‘ abzugrenzen konsumieren, sekundär. Den Gebrauch von Betäubungsmitteln werden wir nicht aus der Welt schaffen können und dem gemäß ist die Fixierung auf Drogenabstinenz irrational und unglaubwürdig. Wichtig ist, dass Jugendliche einen verantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln erlernen und eine selbstverantwortete Entscheidung für oder gegen Dro-

gen schaffen können“ (BOSSONG 1991).

Leitkonzept im Gesundheitswesen: Das WHO-Konzept „Gesundheitsförderung“

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinn ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. ... Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“ (Ottawa-Charta 1986)

Die Kernaussage der Ottawa-Charta lautet also: Menschen sollen befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen. Dieser Prozess kann aber nicht ohne die Schaffung und Veränderung entsprechender sozialer, politischer und ökonomischer Rahmenbedingungen erfolgen.

Die Charta formuliert eine grundsätzliche Strategie für Gesundheitsförderung: Sie definiert Gesundheitsförderung als ein Programm sozialer Veränderung, das die Weiterentwicklung von Organisationen ebenso umfasst wie die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Folgende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung werden genannt: Anwaltschaft für Gesundheit, Befähigen und Ermöglichen, Vermitteln und Vernetzen.

Der fachliche und gesundheitspolitische Ansatz „Gesundheitsförderung“, das „Lebensweisenkonzept“ der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Charta 1986, bietet sowohl theoretische als auch politische und hilfepraktische Ansatzpunkte, die der Weiterentwicklung eines professionellen Profils differenzierter AIDS- und Drogenhilfe dienlich sein könnten, ohne die drogenpolitischen Dimensionen der Hilfeleistung und die konsequente Basisorientierung als Arbeitsprämisse aufgeben zu müssen.

Gesundheitsförderung versteht sich gerade als ein gesundheitspolitisches Konzept, das Selbstbestimmungsprozesse von Menschen über ihre Lebensverhältnisse erweitern und Partizipationsmöglichkeiten aller gesellschaft-

lichen Mitglieder an sozialen, gesundheitszentrierten Diskursen und Praxen unterstützen will. Ein konsequenter Lebensweltbezug, Alltagsorientierung, Gemeinwesenorientierung, Partizipation aller Betroffenen und Beteiligten, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten, Orientierung an Kompetenzen und Ressourcen der Menschen (salutogene Perspektive) sind Ausgangspunkte für gesundheitsfördernde Projekte und Strukturen.

Die Rolle der Professionellen lässt sich idealtypischerweise mit dem Status von Mentoren/innen charakterisieren, die vermittelnd, fördernd und unterstützend mit ihrer Arbeit zur Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten über die eigenen Lebensweltbezüge (Empowerment) der betroffenen Menschen beitragen.

Gesundheitsförderung versteht individuelles (gesundheitsorientiertes) Handeln als eine auf einen übergeordneten lebensweltlichen Kontext bezogene Praxis. Veränderungs- und Förderungsprozesse beziehen sich demnach immer auch auf das gesamte System der sozialen und gesundheitlichen Thematik. Individuelle Gesundheitsförderung wirkt auf die Lebenswelt als das soziale System, strukturelle Gesundheitsförderung wirkt auf individuelle Verhaltensmöglichkeiten zurück. Dieses zirkuläre Entwicklungsverständnis belegt die umfassende gesundheitspolitische Motivation von Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung umfasst neben der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale Einzelner die gleichzeitige Thematisierung gesellschaftlicher Dimensionen kollektiven Gesundheitsverhaltens und der Lebensverhältnisse. Gesundheitsrisiken auch im Bereich von Rausch- und Lusterfahrungen werden auch politisch, sozial und kulturell mitverursacht (Stichwort: bürgerlich-romantisches Liebeskonzept).

Dieses Verständnis von Gesundheitsförderung bedeutet die Abkehr von der Fixierung auf individuelle Verhaltensweisen, die Abkehr von der besonderen Zielgruppenorientierung, hin zum Einbezug sozialer und politischer Ebenen und Systeme bei der Gestaltung der Gesundheitsförderung (vgl. BRÖSSKAMP-STONE et.al. 1998). Diese Sichtweise kann nicht mehr mit dem Präventionsbegriff operieren: Dieser ist sehr eng gefasst, und beinhaltet vorrangig Maßnahmen, wie eine besondere gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten verhindert, weniger wahrscheinlich oder verzögert werden kann (vgl. SCHWARTZ et al. 1998, S. 151).

Mit dem Handlungskonzept Gesundheitsförderung wird ein Paradigmenwechsel deutlich: weg von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung. Das Konzept Gesundheitsförde-

rung hat zur Durchsetzung eines umfassenden sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit beigetragen. Es hat die Aufmerksamkeit neben der individuellen Verhaltensveränderung auf die gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen gelenkt, die nur durch politisches Handeln gesetzt und verändert werden können. Gesundheitsförderung wird zunehmend als Zukunftsinvestition wahrgenommen.

„Strukturelle Prävention“

Mit dem Begriff „Strukturelle Prävention“ (vgl. umfassend KETTERER 1998) hat die Deutsche AIDS-Hilfe „sozusagen eine spontane, eigenständige, aus der Problemsituation entwickelte Nachschöpfung der 1986 verabschiedeten Ottawa-Charta“ geschaffen (ROSENBROCK 1998, S.14). 1990 wurde das „Lebensweisenkonzept“ der WHO zur Arbeitsgrundlage der Deutschen AIDS-Hilfe erklärt und die „strukturelle Prävention“ als Arbeitsziel definiert – ein (präventions-)fachliches Konzept mit (emanzipations- und gesundheits-)politischem Anspruch.

Die Grundlagen des Konzeptes sind:

- die Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention,
- die Einheit der drei Präventionsebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention,
- die Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe,
- die Einheit von Emanzipation und Prävention“ (KETTERER 1998, S. 40).

Diese fundamentalen Anforderungen des Konzeptes „Strukturelle Prävention“ betonen stärker als im „Lebensweisenkonzept“ der WHO den Zusammenhang und die Wechselwirkung vor allem von Prävention und Emanzipation für die Gesundheitsförderung: „Emanzipation ist nicht ohne Prävention und Prävention nicht ohne Emanzipation möglich“ (ROSENBROCK 1998, S.19). Strukturelle Prävention stellt sozusagen eine Schärfung und praktisch-politische Anwendung des WHO-Konzeptes auf die AIDS-/Drogen- und Gesundheitsdienste und -politik schlechthin dar – eben „angewandtes Ottawa“ (ROSENBROCK 1998, S.23).

Die Akzeptanz von verschiedenen Lebensstilen, und auch die politisch-kulturelle Schaffung von Akzeptanz, ist die normative und politische Grundlage des Konzeptes der „Strukturellen Prävention.“

Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen für die Unterstützung von bereits drogenkonsumierenden Jugendlichen

Wie lassen sich mit Drogengebrauch verbundene Gesundheitsrisiken vermeiden, wie können wir bereits mit Drogen experimentierende

Jugendliche unterstützen, ihr Wissen zu verbessern, den Nutzen aus den Drogen zu ziehen und nicht beabsichtigte Nebenwirkungen zu vermeiden lernen?

Wir alle wissen, dass individuelle Gewohnheiten, soziale Rituale, Normen und äußere Faktoren sowie Mangel an Informationen häufig Hindernisse auf dem Weg zur Änderung von riskanten oder sogar schädigenden Verhaltensweisen sind. Aus der Präventionstheorie wissen wir, dass Insider-Informationen, Wissen aus persönlicher Erfahrung und Vertrauen wichtige Faktoren für die Aufnahme und Beendigung eines bestimmten Verhaltens sind. Vertrauen ist in den Bereichen des illegalen Drogenbrauchs und des riskanten Verhaltens eine grundsätzliche Voraussetzung. Die Normen der Gleichaltrigen-Gruppen sind von grosser Bedeutung, wenn man die Einstellung von Drogenkonsumenten/innen in Richtung auf sichereres Verhalten beeinflussen will. Selbstwirksamkeit durch Vorbilder zu schaffen, ist ein anderer, sehr wichtiger Punkt. Es ist also viel notwendiger, soziale Informationen zu vermitteln als schlichtes Faktenwissen. Der Stand des Sachwissens ist häufig recht groß.

Grundlage für den Zugang zu glaubwürdigen Informationen über riskantes Verhalten ist das Vertrautsein mit den Gruppennormen und die Vertrauenswürdigkeit für die Drogenkonsumenten/innen, vor allem bei Jugendlichen. Riskanter Drogengebrauch, riskante sexuelle Kontakte müssen als Teil der Subkulturen verstanden werden. An solchen Verhaltensweisen teilzunehmen, bedeutet immer auch eine Art von Widerstand gegen die Gesellschaft und den sozialen autoritären Nahraum.

Aber welche Faktoren beeinflussen die Ansichten über den Drogenkonsum und das drogenkonsumierende Verhalten, oder ob sie in einer bestimmten Form, nach einem bestimmten Muster konsumiert werden? Diese Faktoren lassen sich anhand eines Modells für Verhaltensänderung darstellen. Wie alle Modelle ist auch dieses eine Vereinfachung der Realität. „Haltung“ zum Beispiel ist ein komplexes Phänomen, es ist weit davon entfernt, Ergebnis rationaler Entscheidungen zu sein. Weitere Aspekte spielen eine Rolle: emotionale Gesichtspunkte, solche der Motivation und der Umgebung können ebenfalls zu Verhaltensänderungen beitragen. Das Modell ist jedoch nützlich zur Veranschaulichung von zukünftigen Interventionsangeboten – wie sie angeregt werden können und wie sie sich umsetzen lassen. Wir beschreiben diese Faktoren kurz mit einigen Beispielen und zeigen, wie man sie durch bestimmte Aktivitäten beeinflussen kann.

Von außen bestimmte Variablen

Zu den äußeren Variablen gehören demografische Faktoren, die nicht zu beeinflussen sind (wie Geschlecht, Alter, Herkunft u.a.m.) ebenso wie der jeweilige Wohnort (E&C-Gebiet) oder die politische Situation.

Einstellung

Einstellung oder Haltung beschreibt, wie eine Person ein bestimmtes Verhalten bewertet. Bewertung von Verhalten ist ein Abwägen von Vorteilen gegen Nachteile. Dies ist nicht nur ein rationaler, logischer Prozess. Irrationale Gewohnheiten, Gefühle und Vorstellungen beeinflussen ebenfalls die relativen Gewichtungen von Vor- gegen Nachteile.

Soziale Einflüsse

Direkter sozialer Einfluss sind u.a. die Verhaltenserwartungen, die das gesamte soziale Umfeld, die Peer-Group, die Einrichtung, Partner/innen, Familie und Freunde/innen an eine Person richten. Ein Nichtbefolgen dieser Erwartungen kann zu Sanktionen führen.

Indirekter sozialer Einfluss bedeutet, dass Normen verinnerlicht sind, die Person folgt in ihrem Verhalten sozialen Normen, als seien es ihre eigenen Überzeugungen.

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit meint die Selbsteinschätzung einer Person über ihre Fähigkeiten, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Fragen in diesem Zusammenhang sind: „Wird es mir gelingen, nächstes Wochenende auf den Gebrauch von Cannabis zu verzichten? Und wenn nicht, warum? Hängt mein Erfolg von mir selbst ab? Von meiner Erfahrung, meiner Intelligenz, meiner Beharrlichkeit oder von der Unterstützung meiner Freunde/innen, meines Partners? Besitze ich genügend Selbstkontrolle, um mir angebotene Drogen nicht zu nehmen? Kann ich den vielfältigen anderen Versuchungen widerstehen, z.B. Alkohol zu trinken?“ Wenn jugendliche Drogenkonsumenten wirklich davon überzeugt sind, dass sie das schaffen könnten, kann man ihnen einen hohen Grad von Selbstwirksamkeit zusprechen.

Das Gegenteil ist allerdings bei weitem das Üblichere. Viele jugendliche Drogenkonsumenten erfahren regelmäßig negative Beurteilungen in ihrem Umfeld. Das beeinflusst nicht nur ihre Selbstwirksamkeit, sondern auch ihre Selbstachtung negativ. Ein Beispiel begrenzter Selbstwirksamkeit sind Klagen darüber, dass es nicht gut laufe, man aber nichts daran ändern könne, weil für die Situation andere (Produkte oder Personen) verantwortlich sind.

Absicht

Absicht ist der aktuelle Plan oder Wunsch, ein bestimmtes Verhalten anzunehmen.

Wenn alle Bedingungen (positive Einstellung, stützender sozialer Einfluss und Selbstwirksamkeit) erfüllt sind oder wenigstens zum großen Teil erfüllt sind, dann können – grob gesagt – nur zwei Dinge die Person von der Übernahme des Verhaltens zurückhalten: Barrieren und ein Mangel an Fertigkeiten.

Barrieren

Selbst wenn Leute ihr Verhalten ändern wollen, finden sie oft nicht die Hilfsmittel dafür. Das kann dazu führen, dass sie nicht in der Lage sind, ersehnte Verhaltensänderungen umzusetzen.

Fertigkeiten

Für Verhaltensänderungen reichen Willenskraft oder Motivation allein nicht aus. Die Personen müssen die notwendigen Fertigkeiten erlernen, damit sie ein alternatives Verhalten für sich umsetzen können. Dies impliziert aus Erfahrungen, auch aus sog. „Rückschlägen“ zu lernen, neue Kompetenzen zu entwickeln und sich in dem neu erworbenen Verhalten zu üben.

2. Beispielhafte Methoden der Präventionsansätze

Peer Support als methodische Strategie des Einbezugs der Zielgruppen und ihrer Kompetenz in die praktische Präventionsarbeit

Wie oben ausgeführt, ist es wichtig, zielgruppenangepasste, lebensweltnahe und wertneutrale Informationen über Drogen zu liefern und Auseinandersetzungen zu initiieren. Insbesondere Jugendliche hegen oftmals Unverletzlichkeitsphantasien, die durch die „schwarze“ Abschreckungspädagogik herrschender Präventionsbroschüren beibehalten und gepflegt werden können. Die vermittelten Informationen sind zu weit entfernt von der Lebensrealität, weshalb sich die Jugendlichen als zu weit entfernt von möglichen Schädigungen empfinden. Wie aber kann man eine Brücke schlagen zu denen, die sich für unverwundbar halten? Nur wirklichkeitsnahe Aufklärungskonzepte über Chancen und Risiken eines Drogenkonsums haben überhaupt Aussicht darauf, wahrgenommen zu werden. Und selbst rationale, wohlabgewogene Gesundheitsförderungskonzepte müssen nicht immer in einen Lebensstil passen, der auf Grenzgängerei sowie Angst- und Risikolust aus ist – auch damit muss sich Aufklärungsarbeit abfinden. Ebenso ist es nicht nur problematisch was, sondern auch wer die Gesundheitsbotschaften transportiert und wie sie im Einzelnen vermittelt werden. Deshalb

ist ein Einbezug von peers (peer involvement) von immer größer werdender Bedeutung für die Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit.

Was ist peer support?

Der Konsum jeglicher Drogen vollzieht sich innerhalb eines bestimmten Sets von Erfahrungen, Regeln, Normen, übermitteltem Alltagswissen und technischem Know-how, das von erfahreneren Gebraucher/innen erlernt und durch eigene Erfahrungen, aber in beständiger Kommunikation mit dem Umfeld (Werbung, Eltern, Schule, Gleichgesinnte) erweitert und verändert wird. In der Kommunikation der Drogenkonsumenten/innen untereinander werden wichtige und handlungsleitende Vorsichtsmaßnahmen, Tipps, schadensminimierende Ratschläge, die Drogenwirkung intensivierende Hinweise, aber auch Warnungen, Bewertungen und Mythen ausgesprochen oder im Modelllernen anderweitig transportiert und für den eigenen Alltag übernommen oder abgewandelt bzw. zurückgewiesen.

Diese Interaktion und alltagspraktische Unterstützung Gleichgestellter/ Gleichgesinnter/ Gleichaltriger, d.h. von Menschen in einer ähnlichen psychosozialen Lebenslage, wird im folgenden mit dem Begriff peer support bezeichnet.

Diese Kommunikation von Gleich-zu-Gleich ist für Konsumenten/innen illegaler Drogen doppelt wichtig: Sie bewegen sich in illegalen Lebensbereichen (Erwerb, Handel, Einfuhr illegalisierter Drogen, kriminelle Aktivitäten zur Beschaffung und Finanzierung von Drogen, Prostitution etc.). Vertrauen, Nähe, Übersichtlichkeit, Identitätsstiftung entsteht und besteht nur noch in kleineren, engen sozialen Beziehungen, die für das Alltagsmanagement eine zentrale Rolle einnehmen können.

Der Drogenkonsum wird in sozialen Bezügen erstmalig aufgenommen, erlernt und weiterentwickelt. Dabei entsteht in der peer group das Wissen über Drogenwirkungen: Gefahrenbewertung und Informationen über die (Misch-) Wirkungen des Konsums bestimmter Pillen, Tabaks, Cannabis, des Mischdrogenkonsums mit Cannabis, Alkohol und Tabak, Aufkochen von Opiaten, Rauchens von Crack, der Mischung eines Cocktails etc. und die technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Pfeifenwahl bei Crack, Abbinden, Venensuche, Einstichwinkel bei der Injektion, Spritzenwahl etc.). Diese gegenseitige Information und Beeinflussung sind von entscheidender Bedeutung für die Bildung eines Risikobewusstseins und eines daraufhin entwickelten Risikomanagements. Dieser Wissenstransport ist nicht institutionalisiert, sondern spielt sich im Alltagsleben Drogen-

abhängiger „von selbst“ ab, er ist informeller Bestandteil von Alltagshandeln und von „offizieller Seite“ nicht zu erwarten. Wie die Ergebnisse der Evaluation einer Spritzenvergabe im Gefängnis ergeben hat, wählen Gefangene vornehmlich andere Gefangene als relevante Kommunikationspartner/innen in Bezug auf Drogenkonsum und Infektionsgefahren.

Das bedeutet jedoch nicht, dass alle Informationen richtig sind, die auf diesem Wege transportiert werden: Mythen, Verklärungen, „Ideologien“, unbegründbare Behauptungen und Falschinformationen sind hier genauso vorhanden wie in anderen kommunikativen und sozialen Zusammenhängen. Der intravenöse Konsum verschiedenster Substanzen ist durchaus ein komplexes „Wissensgebiet“, in dem alltagstaugliche Kenntnisse zwar gefordert, aber nicht immer vorhanden sind

Es bestehen also „hidden risks“, die von Drogenkonsumenten/innen nicht durchgängig erkannt und deshalb in der peer group tradiert werden. Das Wissen der Drogenkonsumenten/innen kann und muss aus gesundheitsfördernder Sicht von professioneller Seite ergänzt werden durch die Weitergabe von Informationen, die alltagsrelevant, d.h. auf die Lebens- und Konsumbedingungen Betroffener abgestimmt sind. Transporteure in diesem Prozess können Betroffene und Gleichgestellte sein, die mit einer überzeugenden Glaubwürdigkeit (Authentizität) ausgestattet, mindestens jedoch zielgruppenerfahrene Personen sind, die glaubwürdig peer group-relevante Inhalte vermitteln können. Dieser Übermittlungsprozess wird mit dem Begriff „peer education“, die Einbeziehung der Betroffenen als „peer involvement“ beschrieben.

Ein Abgrenzungsbegriff macht die besondere Qualität und den Charakter von peer education deutlich: Unter dem Begriff „Drogenziehung“ (MARZAHN 1994, S. 20) wird die bewusste und planmäßige pädagogische Einwirkung auf Kinder und Jugendliche in Sachen Drogen verstanden. Der pädagogische Impetus wird in entsprechenden Aufklärungsbüchern, Leitfäden, Unterrichtseinheiten und Filmen zu drogenbezogenen Themen besonders deutlich, weil er sich zumeist auf die Beendigung eines Verhaltens (des Drogenkonsums) bezieht, zu dem die Zielgruppe jedoch in der Regel nicht bereit ist. Im Gegenteil, das drogenkonsumierende Verhalten erhält in ihrer entwicklungspsychologisch wichtigen Sozialisationsphase bestimmte Bedeutungen, Symbolunterlegungen und Funktionen. Von der inhaltlichen Schwerpunktsetzung und ehemaligen mainstream-Orientierung der Abstinenzdominanz abgesehen, muss festgehalten werden, dass es formal-didaktisch keinen Du-

alismus zwischen traditionellen Konzepten der Erwachsenenpädagogik und Konzepten von peer involvement gibt.

Peer support in unserem Zusammenhang meint also die vielfältige Unterstützung von Drogengebrauchern/innen durch andere Drogengebraucher/innen, die in vielfältiger Weise voneinander lernen können: Für die Drogengebraucher/innen sind andere Drogengebraucher/innen die zentrale Bezugsgruppe in allen Fragen des Drogenumgangs.

Praxisbeispiel: „Peer support in der schulischen Suchtprävention“

EHLERT/HEIDERMAN (2001) berichten von einer schülerbezogenen Multiplikatorenarbeit am Beispiel des „peer to peer-Projekts Lübeck“. Dieses Projekt bietet seit 1997 Schülern/innen ab dem 8. Jahrgang die Möglichkeit, an ihren Schulen suchtpreventiv tätig zu werden. „Die hierfür ausgebildeten Jugendlichen haben nicht die Aufgabe, ihre Schulen drogenfrei zu machen, sondern ihre Mitschüler/innen zur Auseinandersetzung mit dem Thema Gesellschaft, Sucht und Drogen anzuregen. Zehn Lübecker Schulen nehmen gegenwärtig an dem Projekt teil.“ Der Ansatz nutzt die Erkenntnis, „dass Jugendliche Fachleute in ihrer Lebenswelt sind und damit multiplikatorisch in ihren Bezugsgruppen und -systemen wirken können.“ (S. 313).

Die Autoren/innen bestätigen ein Ergebnis der Shell-Studie von 1997, wonach Jugendliche eher bereit zum gesellschaftlichen Engagement sind, wenn sie Tätigkeiten mitbestimmen und ihre besonderen Fähigkeiten und Kenntnisse mit in ihre Arbeit einbringen können. „Für das Projekt hieß dies, die Jugendlichen müssen über attraktive motivationale Haltungen angesprochen werden, die über das Projekt aktiviert und befriedigt werden. Die konzeptionelle Ausrichtung des Projekts berücksichtigt diese Erfordernisse. Bei dem Punkt Evaluation wird dies deutlich werden. Das Projekt ist so angelegt, dass die Lebens- und Gesundheitsvorstellungen der professionellen Gesundheitsarbeiter und Pädagogen/innen den peers nicht untergeschoben werden können, wie Kritiker des peer support-Ansatzes dies befürchten.“ (S. 313)

Das Ziel des peer to peer-Projektes besteht darin, dass die peers befähigt werden, in ihren Bezugsgruppen zum Thema Sucht zu informieren und sich als Ansprechpartner/innen sowohl für gefährdete Gleichaltrige, aber auch für vertrauenswürdige Personen und Hilfeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Funktionelle Äquivalente

Unter funktioneller Äquivalenz ist ein Konzept

zu verstehen, das nach Angeboten in der konkreten Jugendarbeit sucht, die bei Jugendlichen die gleichen Entwicklungsfunktionen einnehmen wie der Drogengebrauch. Solche Angebote stellen Alternativen dar, die über eine entsprechende Attraktivität und Intensität der Beschäftigung für die Jugendlichen verfügen. Praxisprojekte, die sich z.T. aus erlebnispädagogischen Projekten entwickelt haben, zeigen, wie wichtig es ist, dass Jugendliche die Teilnahme als Ergebnis einer bewussten Handlungsentscheidung begreifen. Die Lebensbereiche Jugendlicher werden nicht nur unter dem Gesichtspunkt ihres Risikos, sondern auch im Hinblick ihrer kreativen und stabilisierenden Entwicklungspotenziale betrachtet, mit dem Ziel, die Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Jugendlichen zu fördern, die ihnen eine adäquate Entwicklung ermöglichen (vgl. DOMBERG/ NADALIAN/ DUNKER 1997, 245ff). Domberg, Nadalian und Dunker beschreiben ausführlich ihre Erfahrungen mit dem kultur- und medienpädagogischen Tanztheater-Projekt „Magic-Shoes-Dance-Project“, das insbesondere Jugendliche ausländischer Herkunft anzieht.

3. Was wissen wir über Wirksamkeit und Erfolge präventiver Ansätze?

Unter Experten/innen besteht Übereinstimmung über die große Bedeutung von primärpräventiven Maßnahmen. Auch der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan, den die Bundesregierung 1990 verabschiedete, betont die Notwendigkeit, primärpräventive Maßnahmen zu intensivieren und verankert die Prävention als eigenständige Säule in der Drogenpolitik. Auch im aktuellen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung wird der Suchtprävention eine große Bedeutung beigemessen.

Um die Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen zu überprüfen, bzw. die Frage zu beantworten, welche Ansätze und Maßnahmen die größte Wirksamkeit versprechen, wurde im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine „Expertise zur Primärprävention des Substanzgebrauchs“ erstellt. Dort heißt es: „Entgegen vieler Vermutungen konnte empirisch nachgewiesen werden, dass präventive Maßnahmen wirksam sind im Hinblick auf eine Verhinderung des Konsums, eine Verschiebung des Konsumbeginns und/oder eine Verhinderung eines langfristigen Missbrauchsverhaltens.“ (BZgA, S.102) Die Wirksamkeit hängt jedoch in hohem Maße von der Auswahl der Maßnahme, der Altersgruppe, der Substanz und der Zielgruppe ab. Präventive Maßnahmen sind beispielsweise für Nichtkonsumenten/innen wirksamer als für Probierer/innen und regelmäßige Konsumenten/innen. Ebenfalls spielt die präventiv tätige

Person eine wichtige Rolle. Die Ergebnisse zeigen, dass altersgleiche Personen aus der nahen Bezugsgruppe präventive Maßnahmen am besten durchführen können. In den meisten Fällen ist eine Kombination mit den Lehrern/innen hilfreich. Diese müssen jedoch gut ausgebildet, speziell aufgrund ihrer Kompetenz für präventive Maßnahmen ausgewählt und in der Durchführung laufend supervidiert werden.

Ein Konzept, das prüft, welche Faktoren gegeben sein müssen, damit eine Person kein Missbrauchsverhalten beginnt (protektive Faktoren), erwies sich aus pädagogischen und methodischen Gründen für die Prävention besser geeignet als das Risikofaktorenkonzept. Dieses geht davon aus, dass das Vorhandensein bestimmter Risiken in der Entwicklung einer Person, in der engeren sozialen Umgebung sowie der sozialen Umwelt die Wahrscheinlichkeit eines Drogenmissbrauchs erhöht. Ebenfalls wurde deutlich, dass kurzfristige Aktionen nicht effektiv sind. Prävention braucht einen langfristigen Ansatz. Kritisch zu beurteilen ist die Informationsvermittlung über psychoaktive Substanzen. Im günstigsten Fall ist diese ineffektiv. Besonders wenn Abschreckung ein Teil der Informationsvermittlung darstellt, kann sie sich als schädlich in Hinblick auf die Reduzierung des Missbrauchsverhaltens auswirken. Geringe positive Effekte treten nur dann auf, wenn die Information Teil umfangreicherer Kampagnen ist, die Zielgruppe sehr jung ist, als Ziel nur eine Wissensverbesserung angestrebt wird und auf unmittelbare, beobachtbare Konsequenzen wie beispielsweise gelbe Zähne durch das Rauchen hingewiesen wird.

Als wirksame präventive Maßnahme zeigte sich die Förderung der Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Die Mehrheit der Studien zeigte deutlich positive Ergebnisse in Hinblick auf eine Verhinderung bzw. Verzögerung des Konsumbeginns und eine Verhinderung des langfristigen Missbrauchsverhaltens. Die Förderung besteht aus zwei Teilen. Zum einen aus einem suchtmittelspezifischen Teil („Standfestigkeitstraining“) und zum anderen aus einem suchtmittelunspezifischen Teil, in dem allgemeine Kompetenzen zur Lebensbewältigung (Problemlösungsfähigkeiten, Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen etc.) gefördert werden. Lebenskompetenzsteigerung – eigentlich eine originäre Aufgabe der Pädagogik auf allen Ebenen – wird als tragende Säule der Suchtprävention betrachtet. „Wenn Heranwachsende gelernt haben, ihre Alltagskonflikte zu bewältigen und Belastungen standzuhalten, Eigenverantwortung zu übernehmen, ein stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen, sich zu entspannen und zu genießen, dann sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass sie zu Suchtmitteln

als Strategie der Lebensbewältigung greifen.“ Diese Zielformulierung für den bundesweiten Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“ (S. 17) muss allerdings als Idealbild jugendlicher Sozialisation begriffen werden, die bei vielen eben nicht greift oder greifen kann. Deshalb sind sekundärpräventive Maßnahmen (harm reduction) für diejenigen, die bereits Kontakte, ggf. Gewohnheiten oder Abhängigkeiten herausgebildet haben, von essentieller Bedeutung.

Einigkeit besteht darüber, dass präventive Maßnahmen meist zu spät beginnen. Sie sind bereits im Kindesalter notwendig. Hier spielt die Familie eine wichtige Rolle, da sie den ersten und wahrscheinlich wichtigsten Einfluss auf den späteren Umgang mit Drogen hat. Sie wird, so die Ergebnisse der Untersuchung, noch zu wenig beachtet. Notwendig ist somit auch die frühzeitige Intervention in der Schule.

Für den Erfolg von präventiven Maßnahmen über Massenmedien ist nach Ergebnissen der Untersuchung eine sorgfältige Planung, Durchführung und Evaluation aller Aktivitäten notwendig. Wichtig ist zunächst eine gut definierte Zielgruppe, wobei die wichtigsten Kinder, Jugendliche und die Öffentlichkeit sind. Mit Medienaktionen ist es möglich, einen Lebensstil zu kreieren, der Drogengebrauch ausschließt. Bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, auf Themen einzugehen, die für sie relevant sind. Ebenfalls ist es „... sinnvoll, diejenigen negativen Überzeugungen der Zielgruppe anzusprechen, die eine Übernahme des erwünschten gesundheitsgerechten Verhaltens verhindern.“ (BzGA, S. 108) Massenmediale Kommunikation sollte jedoch immer durch personale Kommunikation ergänzt werden (vgl. auch KÜNZEL-BÖHMER et.al. 1994).

4. Identifikation von Defizitbereichen der Präventionsdebatte und -praxis

Obwohl eine integrative, räumliche Orientierung in der Suchtprävention von vielen Fachleuten befürwortet wird, existieren im Suchtpräventionsbereich überwiegend isolierte Einzelprojekte, punktuelle Aktionen, die oftmals im Rahmen größer angelegter Kampagnen (etwa Aufklärungsprojekte über Busse) zu bestimmten Anlässen („Weltnichtrauchertag“, Ausstellungen etc.) stattfinden. Oftmals sind diese Präventionsveranstaltungen nicht mehr als purer Aktionismus, der medienwirksam von den Trägern der Drogenhilfe oder -politik vermarktet wird (im Hinblick auf das „Gutziel“ Keine Macht den Drogen!). Nachhaltigkeit kann jedoch nur über eine Verankerung in arbeitsfähige Strukturen und Institutionalisierung erreicht werden, in Formen, in denen interdiszip-

linär und multiprofessionell und sozialräumlich verankert und vernetzt gearbeitet wird und ein regelmäßiger Austausch stattfindet. Nur eine perspektivische und zukunftsorientierte Netzwerkarbeit im Stadtteilbereich bietet Aussicht darauf, suchtpreventive Arbeit zu reflektieren, zu verstetigen und letztlich sichtbar zu machen. Dies ist oftmals ein wenig medienwirksamer Prozess, es handelt sich eher um die stille Arbeit und die „Mühen der Ebene.“

Eine sehr sinnvolle Vernetzung bundesweit ist mit der Datenbank „Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“ gelungen (<http://artemis.bzga.de/ldb/site/>). Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt Gesundheit Berlin e.V. eine Bestandsaufnahme von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland durch.

Bisher (Stand: August 2003) haben sich rund 2.600 Angebote an der Erhebung beteiligt, die jetzt auf einer Datenbank mit umfangreicher Recherchefunktion bereitsteht. Hier können Angebote nach unterschiedlichen Kategorien wie Alter, Zielgruppe, Setting oder Region gesucht werden. Die Anbieter können sich einloggen und ihre Daten selbständig aktualisieren. Diese „lebendige Datenbank“ dient der bundesweiten Vernetzung, dem Informations- und Erfahrungsaustausch und möchte einen qualifizierten Überblick über Maßnahmen und Projekte auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte bieten. Insbesondere diejenigen Projekte sind erfasst, die sich teilweise oder vorwiegend an Menschen in schwierigen und belastenden Lebenssituationen wenden.

Es zeigt sich häufig, dass Suchtpräventionsprojekte nicht niedrighschwellig zugänglich und darüber hinaus in Ansprache, Zielvorstellungen und Durchführung eher mittelschichts-, d.h. kognitiv- und verbalorientiert sind. Hier ist dringend ein Paradigmenwechsel nötig. Formen der spielerischen Interaktion, sinnlicher Erfahrungen, aber auch die Nutzung neuer Medien und interaktiver Angebote (z.B. www.drugcom.de) bilden eher eine Ausnahme.

Zeitlich längerfristig angelegte Projekte (im schulischen Bereich etwa „Be smart, don't start“ – schulische Nichtraucherförderung in 7. und 8. Klassen, vgl. PÜSCHL/ SCHLÖMER 2002, vgl. Praxisbeschreibung „sign“) die im schulischen Bereich institutionalisiert, außerschulisch und weitergehend im Stadtteil vernetzt und verankert sind, sind ebenfalls eher selten.

Viele suchtpreventive Projekte verharren zu stark in der Trennung von primär- und sekundärpräventiven Strategien. Es reicht nicht

aus, primärpräventiv nur im Vorfeld von Konsumerfahrungen anzusetzen, wenn z.T. gleichzeitig andere, gleichaltrige Gruppenmitglieder bereits Konsumerfahrungen aufweisen. Insbesondere für die Zielgruppen bereits erfahrener jugendlicher Konsumenten/innen müssen Strategien der Förderung von Risikokompetenzen und der Aneignung kontrollierter genussorientierter Gebrauchsmuster entwickelt werden.

Suchtpräventive Angebote sollten sich mehr als bisher auf die bereits vorhandenen Kompetenzen und das Wissen von jugendlichen Drogenkonsumenten/innen beziehen. Sie sind Experten/innen ihrer Lebenswelt, ihre Expertise muss auch zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit einbezogen werden. Methodisch stehen dafür „von-gleich-zu-gleich“-Modelle (peer support; peer education) zur Verfügung.

Lebensweltnahe und zielgruppenspezifische Konzepte bilden in der Praxis eher die Ausnahme, obwohl der Gebrauch psychotroper Substanzen in der Sozialisation, Biographie, Kultur und Geschlecht ganz unterschiedliche Bedeutungen, Funktionalitäten und Sinngebungen erfährt. So wenig wie beispielsweise Jugendarbeit geschlechtsneutral organisiert werden kann, so wenig lassen sich mit allgemeinen suchtpräventiven Konzepten Mädchen und Jungen in ihren Besonderheiten ansprechen.

Viele der suchtpräventiven Projekte setzen nur auf der Verhaltensebene an. Das Konzept der Gesundheitsförderung schließt aber auch eine Veränderung der Verhältnisse mit ein. Diese Blickrichtung beinhaltet notwendigerweise drogenkonsumfördernde Strukturen (Werbung, hohe Griffnähe bspw. über das europaweit einzigartige Netz von Zigarettenautomaten in Deutschland). Eine stadtteilorientierte Praxis kann diese Strukturen nur zum Teil verändern, aber sie kann dafür Verantwortliche und Betroffene sensibilisieren.

Im Rahmen kommunaler Gesundheitsberichterstattung sollte auch über die Entwicklung suchtpräventiver Angebote berichtet werden, um ihnen eine angemessene Aufmerksamkeit zu verleihen. Das beinhaltet auch Evaluationen der Maßnahmen, die an den vorhandenen Mitteln orientiert sein und nicht immer wissenschaftlichen Charakter aufweisen müssen.

Abschließend lassen sich die Kritikpunkte an der gängigen Drogen- und Suchtprävention wie folgt zusammen fassen. Drogen-/Suchtprävention

- ist substanzfixiert, statt die (Vielfalt der) Konsummuster zu betrachten,
- wird mystifiziert statt sachlich-nüchtern betrachtet,
- ist verhaltensorientiert statt auch verhältnisorientiert,
- basiert auf einer Negativ-Einstellung statt

einer Anerkennung, Wertschätzung von Sinnhaftigkeit und Funktionalität des Drogengebrauchs,

- ist in der Regel genussfeindlich,
- ist fixiert auf Abhängigkeit, statt die Vielfältigkeit und Dynamik der Konsummuster zu beachten,
- basiert grundsätzlich auf Abstinenz statt auf Stärkung der „Risikokompetenz“ und Selbstbestärkung,
- ist ausgrenzend statt integrierend.

Defizitbereiche der Präventionsdebatte und -praxis vor allem für die Zielgruppe sozial benachteiligter Jugendlicher in sozialen Brennpunkten der E&C-Gebiete

Für die Zielgruppen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in sozialen Brennpunkten sind kaum gut ansprechende Curricula bzw. Suchtpräventionsstrategien vorhanden. Diese müssten zielgruppenspezifisch auch die Stärken und Schwächen der Migrantinnen/innen und (anderer) sozial benachteiligter Gruppen aufnehmen. Es geht nicht darum „Präventionsveranstaltungen“ (nur) für diejenigen zu planen und durchzuführen, die möglicherweise auch über Zugänge zu anderen Vermittlungsquellen präventiver Botschaften verfügen, sondern darum, nicht-erreichte Jugendliche anzusprechen und sie für unerwünschte Risiken zu sensibilisieren.

Dieses Defizit äußert sich in der Tatsache, dass sich in dem Bundeswettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention – Ergebnisse eines bundesweiten Wettbewerbs“ wohl einige der 220 am E&C-Programm teilnehmenden Kommunen (N=11) finden, nicht aber mit Suchtpräventionsangeboten in ihren E&C – sozialen Brennpunkten (N= 300 Programmgebiete) vertreten sind. Dieses Defizit ist deshalb so wichtig, weil gemäß einer Untersuchung der Universität Bielefeld (2001) sozial Schwächere ein deutlich schlechteres Gesundheitsverhalten aufweisen (vgl. auch HENKEL 1998, 2000; HELMERT/ MASCHESKY-SCHNEIDER 1998). Umgekehrt sind soziale Brennpunkte durch eine „chronische Unterversorgung“ an Präventionsangeboten gekennzeichnet.

Ansätze für Interventionen könnten sein:

- Familienunterstützung,
- Stärkung sozialer Ressourcen,
- Bessere Vernetzung der Präventionsangebote,
- Motivation zur Inanspruchnahme der Versorgungsangebote,
- zielgruppengerechte Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen,
- Abbau von Zugangsschranken (bspw. Sprachbarrieren).

Die Anforderungen wären:

- eine umfassende Bedarfsanalyse,
- die Einbeziehung der Zielgruppen in Planung und Durchführung,
- eine angemessene Ausstattung,
- eine verständliche Sprache,
- der Einbezug von Migranten/innen als Mitarbeiter/innen der suchtpreventiven Angebote,
- schicht- und kulturspezifische Kommunikation, Dokumentation und Evaluation.

Übergeordnete Aufgaben müssten dabei sein:

- die Schaffung eines bundesweiten Überblicks über suchtpreventive Angebote in sozialen Brennpunkten,
- der Transfer der Erfahrungen und Projektdaten,
- die Verbesserung der Koordination solcher Projekte.

Spezieller Fokus auf Gender: jungen-/männerspezifische Aspekte der Suchtprävention

In sozial benachteiligten städtischen Quartieren besteht vor allem die Notwendigkeit, neben zielgruppenspezifischen (Kinder, Jugendliche und/oder Heranwachsende/Erwachsene) vor allem geschlechts- und kulturspezifische Schwerpunktsetzungen vorzunehmen.

Drogenriskantes Verhalten wird von beiden Geschlechtern unterschiedlich interpretiert und konstruiert. „Drogenkonsum“ und „Sucht“ sind vor allem Männerthemen: Zwei Drittel der 2,5 Mio. Alkoholiker/innen sind Männer, ebenso zwei Drittel der etwa 150 000 Opiatkonsumenten/innen. Während Männer ihren Konsum vor allem öffentlich sichtbar, in Gruppen, risikoreich und zum Teil provokativ inszenieren und ihren Rausch ausleben, zeigt sich bei Frauen eher der „heimliche Konsum psychotroper Substanzen“ (z.B. Medikamente). Trotzdem gibt es kaum männer- oder jungenspezifische Ansätze in der Suchtprävention, die sich mit den Phänomenen wie dem frühen Einstieg in den Drogenkonsum oder die großen psycho-sozialen Folgeproblematiken bei Männern befassen.

Will man etwa den jugendlichen Alkoholkonsum verstehen, müssen für folgende, mit Alkoholkonsum verbundene Konstruktionen von Männlichkeit Antworten gefunden werden:

- Unverletzlichkeitsphantasien,
- Übermut vor allem im Gruppenerleben,
- „Kampf- und Komatrinken“, Quantifizierung des Getrunkenen als Konstruktionsbaustein von Männlichkeit,
- Trophäensammlung,
- Demonstration von Stärke und Macht,
- Anwendung von Gewalt,
- Symbolisierung – die Sprache des Alko-

hols,

- Selbstverleugnung und Betäubung.

Geschlechts- und kulturhomogene Bezugspersonen können hier von großer Bedeutung sein, was auch bedeutet, dass die Mitarbeiter/innen die am stärksten im Quartier vertretenen Kulturen repräsentieren sollten.

5. Wie lässt sich die suchtpreventive Praxis in benachteiligten städtischen Quartieren mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung verbessern?

Suchtpreventive Projekte sollten sich über ihre Prämissen (Welche Haltung zu Drogen soll wie verändert werden?), Zielorientierung (Primär-/Sekundärprävention), ihren Handlungsrahmen (Verhaltens- und/oder Verhältnisprävention) vor Beginn solcher Maßnahmen klar werden.

Suchtpreventive Projekte sollten im Quartier verankert und vernetzt sein und gemeinsam von Jugend- und Drogenhilfe, Schule und Eltern getragen werden. Nur die Vernetzung und enge Kooperation im Sozialraum verspricht Aussicht auf Verstetigung und Nachhaltigkeit.

Wenn Suchtprävention im Wesentlichen zur Vermeidung oder zu einem kontrollierten Umgang mit Risiken „befähigen“ soll, dann ist eine Transparenz der Planung und des Vorgehens, aber vor allem eine Partizipation der Betroffenen unerlässlich. Ihre Sprache, ihre Konstruktion der Wirklichkeit ist wichtig und erreicht vor allem peers. Nicht konfrontativ geführte Botschaften, sondern ein Verständnis „von innen“ durch Jugendliche, die selbst Experten/innen ihrer biographischen Lebensphase sind, verspricht Aussicht darauf, Jugendliche auch in ihrer eigenen Lebenswelt zu erreichen.

Konsequenterweise müssen methodische Umorientierungen vorgenommen werden: peer support-Modelle („von-gleich-zu-gleich-Modelle“, oder die Einbeziehung älterer peer leader) sind eher in der Lage, brisante und sensible Botschaften ohne Kultur-/Alters- und Geschlechterbarriere zu transportieren. Alle Erfahrungen der Jungen- und Mädchenarbeit in der Jugend- und Drogenhilfe und Schule sind hier anzubringen. Mit Modellen der Schaffung von „funktionellen Äquivalenten“ kann man Jugendliche mit nicht-drogengebundenen Selbsterfahrungen anziehen.

Kontinuität ist gefordert und nicht isolierte, punktuelle oder gar medienwirksam inszenierte Maßnahmen. Suchtpreventive Projekte müssen langsam wachsen können, dabei sind Vernetzungen und Kooperationen prozesshaft zu verstehen und können erst mit jahrelanger vertrauensvoller gemeinsamer Arbeit erreicht werden.

Personalkommunikative, spielerische Strategien, an den Problemen und Stärken der Zielgruppen ausgerichtet, sind zu entwickeln, statt Informationsvermittlung, die auf kognitive Aspekte setzen. Mehr Wissen heißt nicht mehr Risikobewusstsein im Alltag! Reine pharmakologische Faktenvermittlung kann sogar negative Auswirkung haben, insoweit sie bei Jugendlichen nicht unbedingt Ablehnung, sondern auch Neugier auf die Drogen wecken kann.

Integrierte, sowohl suchtmittelspezifische als auch suchtmittelunspezifische Strategien sind zu wählen: Standfestigkeitstrainings, Erleben von Selbstwirksamkeit und Kollektivität, Stärkung von Handlungskompetenz und Zuwachs an life skills sind entscheidende Stichwörter für suchtpreventive Angebote.