



Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.)

*„No Risk - No Fun“*  
*Risikokompetenz im*  
*Jugendalter*

- 23. Jahrestagung -

10. Dezember 2003  
Münster

Forum Sucht  
Band 35  
ISSN 0942-2382

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung 50  
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht  
Leiter: Wolfgang Rometsch  
Warendorfer Straße 27  
48133 Münster

Redaktion: Doris Sarrazin  
Bearbeitung: Elisabeth Rocklage

1. Auflage  
1.-1.500

Münster 2005

*„No Risk – No Fun“  
Risikokompetenz im Jugendalter*

*- 23. Jahrestagung -*

**10. Dezember 2003**  
Münster-Wolbeck



# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>I. Risikoverhalten im Jugendalter / normative und problematische Entwicklungen</b> Anneke Bühler, München .....	7
<b>II. Forum 1: Tabak</b> <b>Strategien der Tabakprävention für Jugendliche</b> Gerd Rakete, Berlin .....	17
<b>Just be smokefree</b> Das Raucherentwöhnungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene Barbara Isensee, Kiel .....	29
<b>III. Forum 2: Alkohol</b> <b>Alkoholkonsum – Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen</b> Wolfgang Settertobulte, Bielefeld .....	37
<b>Hart am Limit – HaLT</b> Ein Projekt der Sekundärprävention für Kinder und Jugendliche mit Alkoholvergiftung im Krankenhaus Heidi Kuttler, Lörrach .....	53
<b>IV. Forum 3: Illegale Drogen</b> <b>Cannabis denn Sünde sein?</b> Risikoaspekte des Konsums und präventive Strategien Andreas Gantner, Berlin .....	65
<b>FreD</b> Ein Bundesmodellprojekt der Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten Wilfried Goergen, Köln .....	75
<b>V. Förderung der Rausch- und Risikokompetenz Jugendlicher - aber wie?</b> Gerald Koller, Steyr, Österreich .....	87



## Vorwort

Ein Kennzeichen des Jugendalters ist eine entwicklungspsychologisch begründete generell erhöhte Risikobereitschaft. Zum jugendlichen Risikoverhalten gehört schon immer auch das Experimentieren mit Rauschmitteln, doch veränderte Konsumformen, das mittlerweile immer niedriger werdende Einstiegsalter sowohl bei legalen als auch bei illegalen Suchtmitteln, als auch eine ausgeprägt hohe Risikobereitschaft, geben Anlass zur Sorge. Insbesondere in der Altersgruppe von 12-15 Jahren besteht nach aktuellen Erhebungen eine erhöhte Einstiegsbereitschaft.

Suchtmittel sind in unserer Gesellschaft überall verfügbar. Dies muss unabhängig von einer Bewertung als gesellschaftlicher Fakt gesehen werden und als Realität in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Berücksichtigung finden. Weder eine Verharmlosung von Suchtmittelkonsum noch eine Dramatisierung sind dabei hilfreich. Es geht um einen sachlichen kompetenten, verantwortungsvollen Umgang mit dieser Problematik. Unstrittig aus fachlicher wie aus politischer Sicht ist das oberste Ziel, durch gezielte Prävention die Kompetenz im Umgang mit Risiken zu erhöhen und so eine Suchtgefährdung und Suchtentwicklung zu verhindern.

Hans Meyer  
Landesrat

Doch wie kann diese Risikokompetenz vermittelt werden? Welche Konzepte, Erfahrungen und Projekte gibt es hierzu? Die 23. Jahrestagung der Koordinationsstelle Sucht gibt Antworten auf diese Fragen. Nach einem einführenden Beitrag zu normalem und problematischem Risikoverhalten wurde in drei Foren das Thema Risikokompetenz suchtmittelspezifisch (Tabak, Alkohol und illegale Drogen) diskutiert. Im Abschlussvortrag wurden anschaulich und lebendig europäische Erfahrungen dargestellt.

Die Koordinationsstelle Sucht wird sich mit diesem Thema, das an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe angesiedelt ist, auch weiterhin befassen. Es fließt ein in die Entwicklung neuer Präventionsprojekte. Entwickelt wurde auch ein Zertifikatskurs zur Rausch- und Risikopädagogik, der im Herbst 2005 startet.



# *Risikoverhalten im Jugendalter / normative und problematische Entwicklungen*

**(No risk - no development!?)**

**Anneke Bühler**

IFT Institut für Therapieforschung  
München

## Einleitung

Das Risikoverhalten Jugendlicher ist für viele unverständlich und beunruhigend. Aus entwicklungspsychologischer Sicht macht es aber Sinn. Bei wenigen Jugendlichen ist es im Rahmen eines lebenslang anhaltenden Problemverhaltens zu verstehen. Diesen Unterschied kann und sollte Suchtprävention beachten.

Dies sind die Kernpunkte meines Vortrags, die ich anhand von Forschungsergebnissen erläutern werde.

Dazu gehe ich auf drei Bereiche ein:

1. Die Verbreitung des Risikoverhaltens im Jugendalter
2. Bedeutung des Risikoverhaltens aus der Entwicklungsperspektive am Beispiel Substanzkonsum
  - a. Normative Wege
  - b. Problematische WegeEntwicklungsorientierte Suchtprävention

Die Literatur auf die ich mich beziehe sind die folgenden Artikel bzw. dort werden die Studien dargestellt.

- Reese, A. & Silbereisen, R.K. (2001). Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten. In T. Freund & W. Lindner, *Prävention – Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit*, S. 139-162. Opladen: Leske + Budrich.
- Silbereisen, R.K. & Reese, A. (2001). Substanzgebrauch Jugendlicher: Illegale Drogen und Alkohol. In J. Raithel, *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher*, S. 131-153. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, B. (1999). Zielgruppenspezifische Sekundärprävention. In

M. Freitag & K. Hurrelmann, *Illegale Alltagsdrogen*, S. 119-128. Weinheim: Juventa.

## Das Risikoverhalten Jugendlicher

Wenn auch das Konzept der Jugendzeit als generell überaus stürmische und stressreiche Entwicklungsphase zumindest für die Jugendlichen selbst nicht aufrechtzuerhalten ist (wohl aber für die Eltern), kann man doch in diesem Lebensalter besorgniserregende Verhaltensweisen zum ersten Mal oder gehäuft beobachten.

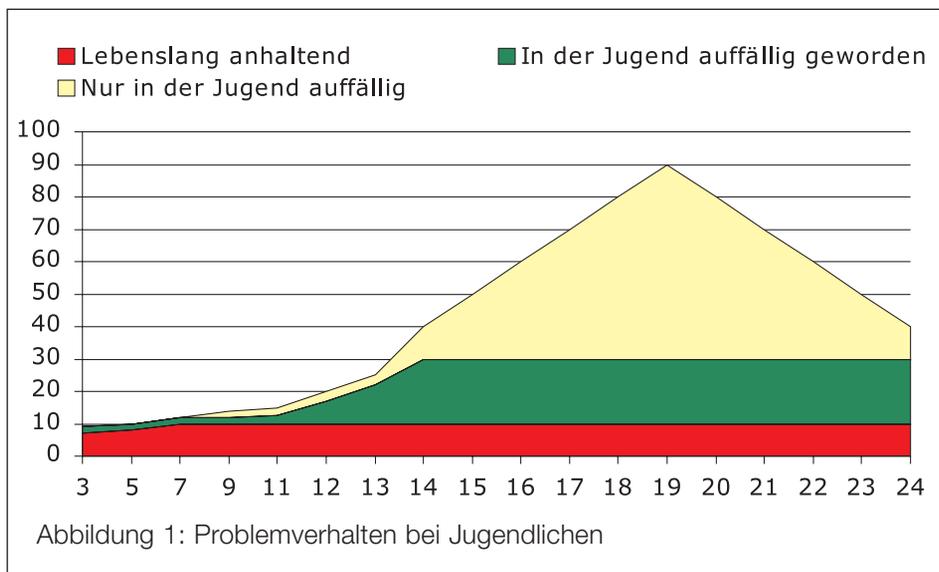
Risikoverhalten ist definiert als Verhalten, das mittelbar oder unmittelbar das Wohlbefinden, die Gesundheit oder die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigen kann. Dazu gehört Problemverhalten wie Delinquenz, Substanzmissbrauch und frühzeitige sexuelle Aktivität, die einen Verstoß gegen soziale Normen oder Gesetze darstellen. Weiterhin umfasst der Begriff sowohl inadäquates Erfüllen der sozialen Erwartungen (z.B. schlechte Schulleistungen) als auch ungesunde Verhaltensgewohnheiten (z.B. ungesunde Ernährung, sportliche Inaktivität). Schließlich sind auch psychische Störungen wie Depression, Magersucht oder Bulimie als Risikoverhalten zu verstehen.

Die Auftretenshäufigkeit der unterschiedlichen Risikoverhaltensweisen schwankt stark zwischen ungefähr 20 bis 35% (regelmäßiges Rauchen, inkonsequente Verhütung, sexuelle Viktimisierung, Übergewicht), ungefähr 5 bis 15% (Alkoholabhängigkeit, regelmäßiger Cannabiskonsum, Mobbing, frühzeitige Sexualität, starke Depressivität, Angststörungen, Bulimie) und sehr geringen Prozentzahlen

bei besonders riskanten Verhaltensweisen (Magersucht, Suizidversuch, Verkehrsunfälle).

Der Beginn von Risikoverhalten fällt zum Teil schon in die Kindheit, zum Teil manifestiert es sich erst in der späteren Adoleszenz. Die Angaben zu Beginn stehen hinsichtlich des Substanzmissbrauchs sehr differenziert zur Verfügung. Der regelmäßige Konsum von Zigaretten findet zum ersten Mal im Alter von 13 bis 18 Jahren

statt. Während unter 14- bis 15-Jährigen jeder siebte Jugendliche regelmäßiger Alkoholkonsument ist, ist dies unter 16- bis 17-Jährigen bereits jeder zweite. Ein Drittel der 14- bis 24-jährigen Jugendlichen hat vor 16 das erste Mal Cannabis konsumiert. Der Gebrauch von anderen illegalen Drogen, wenn auch sehr wenig verbreitet, nimmt ab 16 Jahren langsam zu, häufigerer Gebrauch insbesondere von Kokain oder Opiaten findet etwa ab 18 bzw. 22 Jahren statt.



Bis zum Alter von 19/20 Jahren und das soll diese grobe Abbildung ausdrücken, hat fast jeder Jugendliche irgendeine Form von Problemverhalten gezeigt. Das kann ein Ladendiebstahl sein, eine depressive Phase, ein Besäufnis oder nur eine Zigarette.

Interessant und wichtig, und das soll diese Abbildung auch ausdrücken, ist, dass man von verschiedenen Untergruppen an Jugendlichen – mindestens dreien - hinsichtlich ihres Verlaufs von Problemverhalten ausgehen

muss. Da ist die Gruppe der Jugendlichen, die lebenslang auffälliges Verhalten zeigen. Es handelt sich dabei um ungefähr 10%. Dann gibt es die Gruppe der Jugendlichen, die erst in der Jugend auffällig werden. Schließlich gibt es die Mehrheit der Jugendlichen, deren Problemverhalten auf die Jugend begrenzt ist, die weder in der Kindheit, noch später auffällig werden. Unter diesen Jugendlichen steigt das Problemverhalten bis zur späten Adoleszenz an und nimmt dann wieder peu a peu bis Ende der 20er Jahre ab.

## **Bedeutung des Risikoverhaltens aus der Entwicklungsperspektive – das Beispiel Substanzkonsum**

Auf die Mehrheit der Jugendlichen möchte ich mich im folgenden beziehen. Jene, die mit der Jugend anfangen, uns Sorgen zu machen. Was macht diese Entwicklungsphase aus, haben sich Entwicklungspsychologen gefragt, was im Zusammenhang mit dieser Zunahme stehen könnte? Alter ist nur ein Etikett für den Entwicklungsstand und die Lebensumstände, die für eine bestimmte Zeit üblich sind.

Jugendliche sehen sich spezifischen Entwicklungsanforderungen gegenü-

ber, die sich im Wechselspiel von körperlichem Wachstum, gesellschaftlichen Erwartungen und eigenen Zielsetzungen stellen. In der Auseinandersetzung mit diesen Entwicklungsaufgaben (s. Tab. 1, links) nehmen Jugendliche eine aktive Rolle ein. Substanzkonsum kann im Rahmen einiger dieser Aufgaben Mittel zum Zweck sein, also einen instrumentellen Wert haben. Alkohol kann z.B. den Zugang zu Peergruppen oder den Kontakt zu möglichen Partnern erleichtern, Haschisch rauchen kann den neuen Status durch eine bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle demonstrieren.

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben und Funktionen des Substanzkonsums

Entwicklungsaufgaben	Funktionen des Substanzkonsums
Wissen, wer man ist und was man will; Identität	Ausdruck persönlichen Stils Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen
Aufbau von Freundschaften; Aufnahme intimer Beziehungen	Erleichterung des Zugangs zu Peergruppen Exzessiv-ritualisiertes Verhalten Kontaktaufnahme mit gegengeschlechtlichen Peers
Individuation von den Eltern	Unabhängigkeit von Eltern demonstrieren Bewusste Verletzung elterlicher Kontrolle
Lebensgestaltung, -planung	Teilhabe an subkulturellem Lebensstil Spaß haben und Genießen
Eigenes Wertesystem entwickeln	gewollte Normverletzung Ausdruck sozialen Protests
Entwicklungsprobleme	Ersatzziel Stress- und Gefühlsbewältigung (Notfallreaktion)

Zu Entwicklungsproblemen, d.h. anhaltenden Schwierigkeiten bei der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben, kann es kommen, weil die Bestimmung von Entwicklungszielen misslingt (Sinnverlust), weil die Realisierung der Ziele aufgrund fehlender Kompetenzen oder Fremdbestimmung nicht möglich ist (Außenseitertum, Schulschwierigkeiten, abweichendes Entwicklungstempo, kein Ausbildungsplatz) oder weil zu viele Aufgaben gleichzeitig bearbeitet werden müssen. In solchen Situationen ermöglichen psychoaktive Substanzen der aktiven Problemlösung aus dem Weg zu gehen, indem man Belastungen (scheinbar) erträglicher macht oder den Substanzkonsum zum Ersatzziel werden lässt. In Tabelle 1 sind potenzielle Funktionen des Substanzkonsums den jugendlichen Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsproblemen gegenübergestellt. Substanzkonsum stellt sich als multifunktionales Risikoverhalten dar.

Viele Studien bestätigen diese Perspektive auf Substanzkonsum. Fragt man Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren nach Trinkmotiven und Gründen für illegalen Drogenkonsum, lassen sich daraus Hinweise auf Funktionen des Substanzkonsums entnehmen. Alkohol wird von 30 bis 40% der 3.000 befragten Jugendlichen zugeschrieben "für die richtige Stimmung sorgen zu können, wenn man mit anderen zusammen ist" oder "besser in Kontakt mit anderen kommen zu können". Beide Attribute erleichtern potenziell den Aufbau eines Freundeskreises oder die Aufnahme intensiverer Beziehungen, welche wichtige Entwicklungsaufgaben des Jugendalters darstellen. Ein Viertel nimmt an, mit Alkohol für bessere Stimmung sorgen zu können, wenn

man mit der Partnerin oder dem Partner zusammen ist. Soziale Funktion (Hemmungen überwinden, mitreden können müssen, leichter Kontakt, sexuelle Anregung) wird auch dem illegalen Drogenkonsum von drogenerfahrenen Befragten bescheinigt. Dennoch überwiegt hier eindeutig die Neugier (75%) und die stimmungshemmende wie entspannende Wirkung der Drogen. Zur Selbsterfahrung (Bewusstseinserweiterung, Kreativität) nutzen es rund ein Fünftel. In Hinblick auf Problembewältigung berichten etwa ein Drittel der Drogenerfahrenen, mit Drogen den Alltag leichter vergessen zu können. Um die 20% der Befragten schreiben dem Alkohol zu, damit besser den Ärger herunter spülen zu können oder von Schwierigkeiten abzulenken. Zusammengefasst steht also für Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren bei Alkohol die soziale Funktion im Vordergrund. Illegaler Drogenkonsum ist bei Erfahrenen (meist Cannabiskonsumenten) vor allem Ausdruck von Explorationsverhalten. Zudem wird illegaler Drogenkonsum meist stimmungsregulierend und ebenfalls mit sozialer Funktion eingesetzt.

Über die subjektiven Sichtweisen der Jugendlichen hinaus, weisen auch andere Studien auf die Funktion von Substanzkonsum bei Jugendlichen hin. Hinsichtlich des Aufbaus eines Freundeskreises und einer intensiven Freundschaft z.B. wurde gezeigt, dass Substanzkonsum einen eigenen Beitrag zur Erklärung der jährlichen Veränderung von Peerbeziehungen über die Klassen 7 bis 10 leisten konnte. Jugendliche mit vergleichsweise höherem legalem Substanzkonsum intensivierten ihre Peerkontakte stärker, berichteten zum Ende der 10. Klasse ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl in der Freundesgruppe,

berichteten von einem höheren Status innerhalb ihrer Freundesgruppe und hatten im jeweils nächsten Jahr eher eine romantische Beziehung. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen andere Forscher, die einen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum im Alter von 14 Jahren und fester Partnerschaft drei Jahre später beobachteten. 17jährige Jugendliche mit aktuellem oder früherem festen Partner hatten drei Jahre zuvor mehr und häufiger Alkohol auf Parties oder in Kneipen getrunken. Ihr Alkoholkonsum zu Hause unterschied sich dagegen nicht. Im Vergleich zu Jugendlichen, die aktuell keinen festen Partner hatten, hatte der Alkoholkonsum bei Jugendlichen in einer festen Partnerschaft weniger stark über die drei Jahre zugenommen.

Bei der Mehrheit der Jugendlichen macht Substanzkonsum also Sinn, weil er sie – unbeachtet der potentiellen Risiken - bei der Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben oder bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen unterstützt.

Für eine Minderheit an Jugendlichen, muss man allerdings von einem anderen Entwicklungspfad ausgehen. Es handelt sich dabei um ungefähr 10%. Sie sind bereits in der Kindheit verhaltensauffällig geworden, weisen als Jugendliche neben dem Substanzmissbrauch auch andere Verhaltensstörungen auf und tragen schon daher ein hohes Risiko, auch nach der Jugendzeit auffällig zu bleiben. Hier kann Problemverhalten, darunter auch Substanzkonsum, als Ausdruck von Anpassungsproblemen verstanden werden, die seit der Kindheit anhalten und zu bleibenden Beeinträchtigungen führen. Die anfängliche Ursache wird in frühkindlichen neuropsycholo-

gischen Auffälligkeiten gesehen, die dann zu Besonderheiten des Temperaments und Störungen der Verhaltensanpassung führen, welche wiederum die für die gesunde Entwicklung wichtigen Interaktionen in Familie, Kindergarten, Schule und Freizeit beeinträchtigen. Die fehlenden positiven Interaktionen in Familie und Schule können zu einer Entfremdung und geringen Selbstachtung führen, die eine Orientierung an anderen abweichenden Gleichaltrigen begünstigt und schließlich ein "antisoziales Syndrom" mit vielfältigen Manifestationen im Verhalten zur Folge hat.

Zusammengefasst beachtet die Entwicklungsperspektive auf Substanzkonsum bei Jugendlichen folgende Aspekte. Für die Prävention, also der Vorbeugung von Substanzmissbrauch, können daraus bestimmte Schlüsse gezogen werden.

- Substanzkonsum beginnt im Jugendalter, d.h. Prävention muss frühzeitig beginnen.
- Substanzkonsum ist nicht gleich Substanzkonsum, d.h. Prävention muss zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein.
- Substanzkonsum macht Sinn, d.h. Prävention muss von dem aktiven, selbstbestimmten Jugendlichen ausgehen.
- Substanzkonsum ist für die Entwicklung multifunktional, d.h. Prävention muss von vielen Ursachen für Konsum ausgehen und ganzheitlich und entwicklungsorientiert ausgelegt sein.
- Es gibt "gute" und "schlechte" Gründe für Substanzkonsum, d.h. Prävention muss eindeutige und differenzierte Definition von Substanzmissbrauch haben.

## **Entwicklungsorientierte Prävention**

Für die Mehrheit der Jugendlichen, die ihren Substanzmissbrauch auf die Jugendzeit begrenzen, lässt sich aus den Ausführungen für entwicklungsorientierte Präventionsmaßnahmen folgendes ableiten: Zeitlich gesehen muss Suchtprävention frühzeitig, spätestens beim Übergang in das Jugendalter, beginnen. Sie muss Jugendliche bei der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben und Bewältigung von Entwicklungsproblemen unterstützen, so dass Substanzmissbrauch als (Schein-) Lösung überflüssig wird. Dabei müssen suchtpreventive Maßnahmen sowohl allgemein entwicklungsfördernde Komponenten als auch für die Vorbeugung des Substanzmissbrauchs spezifische Komponenten beinhalten. Solche Maßnahmen sollten bei den Jugendlichen selbst und in ihrem sozialen Umfeld (Eltern, Lehrer, Peers) ansetzen. Für das schulische Umfeld existieren solche Ansätze, für das familiäre Umfeld allerdings noch zu wenig.

Suchtpreventive Lebenskompetenzprogramme umfassen allgemein entwicklungsfördernde und spezifische Komponenten. Lebenskompetenzen (Life Skills) sind Fertigkeiten, die eine effektive Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Herausforderungen des alltäglichen Lebens ermöglichen. Lebenskompetent ist derjenige, der sich selbst kennt und mag und über Empathie verfügt. Weiterhin sind kritisches und kreatives Denken sowie die Fähigkeit, zu kommunizieren und Beziehungen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten von Bedeutung. Darüber hinaus ist derjenige lebenskompetent, der durchdachte Entscheidungen trifft, erfolgreich Probleme löst

sowie Gefühle und Stress bewältigen kann. Mit diesen Lebensfertigkeiten ist eine gesunde Bewältigung der entwicklungsimmanenten Anforderungen des Jugendalters wahrscheinlicher.

Neben dem Training von Lebensfertigkeiten, das den größten Teil der Programme einnimmt, werden in suchtspezifischen Lebenskompetenzprogrammen zusätzlich Informationen über Substanzen vermittelt sowie Werteklä rung und Einstellungsbildung gegenüber Substanzkonsum vorangetrieben. Die Programme werden in Schulen über mehrere Klassen hinweg durchgeführt (für Deutschland s. Tab. 2). Didaktisch wird großer Wert auf interaktive Methoden (Paar- oder Kleingruppenarbeit, Gruppendiskussionen, Rollenspiel) und auf den Bezug zur eigenen Lebenswelt der Schüler gelegt.

Ein Beispiel für ein strukturiertes Programm in der Orientierungsstufe ist ALF, dessen Unterrichtseinheiten in Abbildung 2 dargestellt sind. In der fünften Klasse besteht ALF aus 12 Unterrichtseinheiten, in denen jeweils 90 Minuten lang suchtpreventive Themen behandelt werden. In der sechsten Klasse umfasst das ALF-Curriculum acht Einheiten. Eine Curriculumeinheit beginnt meistens mit der Besprechung der Hausaufgabe, die zur Vertiefung bzw. Vorbereitung der ALF-Inhalte dient. So werden beispielsweise die Schüler aufgefordert, einen Raucher zu interviewen. Dann folgt in der Regel die Bearbeitung des jeweiligen Themas.

Die bisherigen Ausführungen zu Lebenskompetenzprogrammen beziehen sich auf ihren Einsatz in der Primärprävention. Diese haben als Zielgruppe die "Normalbevölkerung" wie sie z.B. in den Schulen zu finden ist. In

Tabelle 2: Lebenskompetenzprogramme in Deutschland

Programm	Altersgruppe	Umfang	Evaluation in D
Klasse2000	1.-4. Klasse	Jährlich zwischen 6-11 Unterrichtsstunden	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 6166)
Fit und stark fürs Leben	1.-6. Klasse	Insgesamt 60 Einheiten über 6 Jahre verteilt	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 2007)
Eigenständig werden	1.-6. Klasse	Insgesamt 42+ Einheiten über 6 Jahre verteilt	Ergebnisse 2005
ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten	5.-6. Klasse	Insgesamt 20 Einheiten (40 Stunden) über 2 Jahre	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 1448)
Bielefelder Suchtpräventionsprogramm	5.-7. Klasse	Insgesamt 80 Unterrichtsstunden über 3 Jahre	Ergebnisevaluation (n = 805)
Soester Programm	5.-10. Klasse	Baukasten (ca. 300 Seiten) mit Unterrichtsmaterialien und -vorschlägen	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 1713)
Interventionsprogramm zur Alkoholprävention	7.-10. Klasse	32 Unterrichtsstunden in 5 Projekttagen	Ergebnisevaluation (n = 284)
LionsQuest	5. -10. Klasse	Baukasten aus 70 Unterrichtslektionen für etwa zwei Jahre	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 761)
Ecstasy-Präventionsprogramm	9.-11. Klasse	Insgesamt 10-12 Unterrichtsstunden innerhalb 4-5 Wochen oder einer Projektwoche	Prozess- und Ergebnisevaluation (n = 1100)

Abbildung 2: Unterrichtseinheiten eines Lebenskompetenzprogramms

## ALF - Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten

### ALF für die 5. Klasse

1. Sich kennenlernen
2. Sich wohl fühlen
3. Informationen zum Rauchen
4. Gruppendruck widerstehen
5. Kommunikation und soziale Kontakte
6. Gefühle ausdrücken
7. Selbstsicherheit
8. Informationen zu Alkohol
9. Medien und Werbung widerstehen
10. Entscheidungen treffen / Problemlösung
11. Verbesserung des Selbstbildes
12. Freizeitgestaltung

### ALF für die 6. Klasse

1. Gruppendruck widerstehen
2. Einstellung zum Rauchen
3. Klassenklima verbessern
4. Problemlösung
5. Kommunikation / Freundschaften
6. Angst / Angstbewältigung
7. Einstellung zu Alkohol
8. Positives Selbstbild

IFT München

der Jugendarbeit sind aber auch verhaltensauffällige Kinder und drogengefährdete Jugendliche anzutreffen, die möglicherweise einen Teil der

Gruppe von Jugendlichen darstellen, die lebenslang auffällige Verhaltensmuster zeigen. Die Zielgruppe der gefährdeten Kinder und Jugendlichen

ist mit selektiven Maßnahmen zu erreichen. Im Jugendalter ist Ziel der selektiven Maßnahmen die Abstinenz von harten Drogen, Reduzierung drogeninduzierter negativer Folgen und ein klar begrenzter Umgang mit weichen Drogen.

Die Methoden der universellen und selektiven Prävention sind sehr ähnlich, wenn auch der Schwerpunkt der Praxis verschieden sein kann: Lebenskompetenzförderung und Drogenerziehung, Aktivitäten zur Bindung an die Schule, Training für Bezugspersonen, gemeindebezogene Projekte zum Aufbau eines sozialen Netzwerks, gesellschaftliche Anstrengungen zur Senkung des Angebots. Die Intensität ist aber in der Sekundärprävention eine andere (kleinere Gruppen, häufigere Treffen) und der Schwerpunkt liegt mehr auf der Bewältigung von Problemen und der Einbeziehung des Einzelnen in suchtprotektive Strukturen wie die Schule oder Familie.

Universelle und selektive Prävention unterscheiden sich nur in einer Herangehensweise maßgeblich. Eine wichtige Aufgabe der selektiven Prävention ist es nämlich, die Gefährdeten zu erkennen, um ihnen dann präventive Angebote machen zu können. Als drogengefährdet haben sich herausgestellt zum einen

Kinder, die

- als Kleinkind ein schwieriges Temperament haben,
- oppositionelles Trotzverhalten/ Sozialstörung zeigen,
- früh mit dem Substanzkonsum beginnen.

Im Jugendalter gelten zur Erkennung von Drogengefährdung folgende As-

pekte. Drogengefährdet sind Jugendliche unter 21, die

- intensiv konsumieren,
- Kind mindestens eines drogenmissbrauchenden Elternteils sind,
- häufig die Schule schwänzen,
- frühzeitig schwanger werden,
- unter sozioökonomischer Deprivation aufwachsen,
- delinquente Verhaltensweisen zeigen,
- unter psychischen Störungen leiden,
- bereits mindestens einen Selbstmordversuch verübt haben und
- fortwährend Verletzungen aufweisen.

Suchtprävention heißt für Drogengefährdete im Kindesalter Erziehungstraining mit Eltern auffälliger Kleinkinder und Behandlung der bereits in der Kindheit bestehenden Verhaltensauffälligkeiten. Im Jugendalter lässt sich der Lebenskompetenzansatz wie im Projekt der "Personal Growth Class" umsetzen. Dabei treffen sich je 12 Hochrisiko-Schüler ein Schuljahr lang täglich für eine Stunde unter Anleitung einer Lehrperson, um Teamarbeit zu lernen, vertrauensvolle Beziehungen zu Lehrern und Mitschülern aufzubauen sowie in Selbstwertstärkung, Entscheidungsfindung, Kontrollverhalten und Kommunikation trainiert zu werden. Die Ergebnisse können sich sehen lassen. In der Evaluation ließ sich eine Reduzierung drogeninduzierter Folgeprobleme, ein geringeres Fortschreiten des Drogenkonsums sowie eine Verbesserung des Selbstwerts und der schulischen Bindung.

Ich habe meinem Vortrag den etwas provokativen Spruch "no risk – no

development!?" vorangestellt. Damit wollte ich deutlich machen, dass Risikoverhalten für die Mehrheit der Jugendlichen eine Möglichkeit darstellt, sich mit den besonderen Anforderungen der Jugendzeit auseinander zu setzen. Ich betone jetzt zum Schluss das Wort „eine“ Möglichkeit, weil die Forschung uns zeigt, dass es nicht unbedingt einer problembehafteten Jugend bedarf, um erwachsen zu werden. Allerdings ist auch nicht jedes die Erwachsenen verunsicherndes Verhalten alarmierend. Ziel unserer suchtpräventiven Bemühungen sollte daher die Risikokompetenz und damit der verantwortungsvolle Umgang mit psychoaktiven Substanzen sein. Der Minderheit der Jugendlichen auf dem womöglich lebenslang problematischen Entwicklungspfad sowie ihren Familien, Lehrer/innen, Mitschüler/innen, Mitmenschen ist nur mit frühem Hinschauen und Handeln geholfen.

# *Strategien der Tabakprävention für Jugendliche*

**Gerd Rakete**

Rakete Konzept GbR  
Berlin

Zigarettenkonsum stellt heute in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Nach Schätzungen der WHO sterben weltweit jährlich 4 Millionen Menschen an den Folgen des Rauchens. In Deutschland gibt es jährlich 140.000 Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Tabakwaren. Jede/r zweite Raucher/in stirbt an den Folgen des Rauchens. Damit verursacht der Tabakkonsum in Deutschland mehr Todesfälle als zusammen genommen: Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suicide (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002, WHO 1998).

Unter Zugrundelegung des ICD 10 (International Classification of Diseases) der WHO kommen Batra und Fagerström (1997) zu der Einschätzung, dass etwa 70 bis 80% aller

Raucher/innen vom Nikotin abhängig sind. Bezogen auf die rauchende Bevölkerung würde das bedeuten, dass zwischen 13 und 15 Millionen Deutsche nikotinabhängig wären. Verglichen mit den 250.000 bis 300.000 Konsumenten harter Drogen oder den 1,7 Millionen Alkoholabhängigen ist das eine beeindruckende Größenordnung (Junge und Thamm, 2003). Das Bundesgesundheitsministerium hat daher das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ zu einem der fünf vorrangig zu behandelnden nationalen Gesundheitsthemen bestimmt (Pott et al., 2003).

### Tabakkonsum Jugendlicher

Tabakkonsum und dessen Folgeschäden sind nicht gleichmäßig auf die Altersgruppen der Bevölkerung verteilt. Während die Raucherquote bei Erwachsenen (18 bis 59 Jahre) von 56% im Jahre 1973 auf 35% im Jahre

Tabelle 1: Prävalenz des Zigarettenrauchens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland, Angaben in Prozent

<b>Raucherquote nach Geschlecht und Alter</b>			
12- bis 25-Jährige in der Bundesrepublik Deutschland, Angaben			
	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>insges.</b>
<b>Alle Jugendliche</b>			
1993	21	20	20
1997	27	29	28
2001	27	28	28
<b>Westdeutschland</b>			
1993	20	22	21
1997	27	26	27
2001	26	27	26
<b>Ostdeutschland</b>			
1993	24	16	20
1997	28	41	34
2001	31	33	33

(Quelle: Drogenaffinitätsstudie, BZgA, 2001)

2000 gesunken ist, hat sich der Anteil der Raucher/innen im Alter von 12 bis 15 Jahren seit 1989 verdoppelt. In der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen hat das Rauchen von 20% in 1993 auf 28% in 2001 zugenommen.

Besorgnis erregend ist auch die Tatsache, dass das Alter, mit dem das Rauchen begonnen wird, in den vergangenen Jahren immer mehr gesunken ist. Laut Drogenaffinitätsstudie (BZgA, 2001) waren die zum Befragungszeitpunkt 12- bis 25-Jährigen im Durchschnitt 13,7 Jahre alt, als sie die erste Zigarette probierten. Der WHO-Jugendgesundheitsurvey 2003 kommt zu einer durchschnittlichen Altersangabe für die erste Zigarette von nur 11,6 Jahren (Hurrelmann et al., 2003).

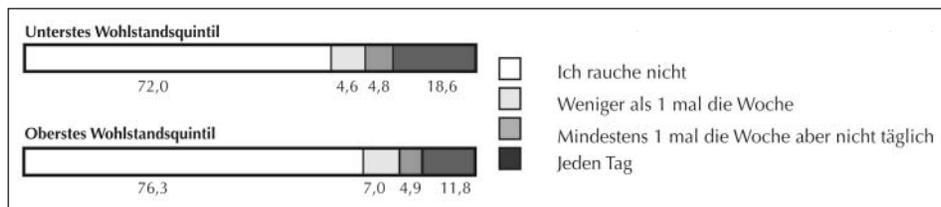
In der regelmäßigen Befragung der BZgA (2001) zur Drogenaffinität äußert sich ein wachsender Teil der Jugendlichen akzeptierend zum Zigarettenrauchen. Der WHO-Jugendgesundheitsurvey kommt zu dem Ergebnis, dass Jugendliche, die rauchen, mit höherer Wahrscheinlichkeit auch andere Substanzen konsumieren. Das Risiko, Alkoholkonsument zu sein, steigt um das Fünffache, das Risiko, Cannabiskonsument zu sein, sogar um das Elfache für Jugendliche, die regelmäßig rauchen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003, Pott et al., 2003, WHO 1998, Hurrelmann et al. 2003).

## Tabakkonsum und soziale Faktoren

Tabakpräventive Strategien sollten vor allem bei den Zielgruppen ansetzen, die in besonderer Weise den Risiken des Tabakkonsums ausgesetzt sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Wahrscheinlichkeit, Raucher/in zu werden, in erheblichem Ausmaß von sozialen Faktoren bestimmt wird: Je geringer der sozioökonomische Status, umso höher ist die Prävalenz des Rauchens und umso größer ist der Anteil der Personen, die mehr als 20 Zigaretten täglich rauchen. Die meisten aktuellen Raucher/innen finden sich in der sozial schwächeren Gruppe (44,7%), die wenigsten in der sozial stärkeren Gruppe (28,4%). Der Zigarettenkonsum von weniger als 10 Zigaretten findet sich häufiger in den höheren sozialen Schichten. Demgegenüber ist der Anteil der starken Konsument/innen in der sozial schwächeren Schicht mit 55,5% am höchsten (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2002).

Diese Tendenz zum verstärkten Tabakkonsum in den unteren sozialen Schichten zeigt sich auch in der Gruppe der Jugendlichen. Nach dem WHO-Jugendgesundheitsurvey 2003 sind Jugendliche aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wesentlich häufiger Raucher/innen als die aus oberen sozialen Schichten (Hurrelmann et al., 2003).

Abbildung 1: Rauchen Jugendlicher in verschiedenen soziodemographischen Gruppen (in Prozent), Quelle: WHO-Jugendgesundheitsurvey, Hurrelmann et al., 2003



## **Tabakkonsum und Geschlechtszugehörigkeit**

In der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (18 bis 59 Jahre) ist die Raucherquote bei Männern höher als die bei Frauen: 39% der Männer und 32% der Frauen, gaben in der Repräsentativerhebung 2000 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland an, zu rauchen (Kraus und Bauernfeind, 2001).

Bei Jugendlichen finden sich diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern jedoch nicht. In der Gruppe der Rauchenden zwischen 12 und 17 Jahren liegt die Raucherquote bei den Mädchen sogar etwas höher als bei den Jungen (vgl. Tabelle 1).

Ein wesentlich höherer Anteil der Raucher bevorzugt einen intensiveren Konsum von Zigaretten als Mädchen und Frauen. Dies betrifft alle Altersgruppen. So zeigt die Drogenaffinitätsstudie der BZgA, dass von den 12- bis 25-jährigen Rauchern 24% 20 und mehr Zigaretten pro Tag rauchen. Bei den Raucherinnen sind es lediglich 13%, die Zigaretten in dieser Menge pro Tag konsumieren (BZgA, 2001).

## **Tabakkonsum in neuen und alten Bundesländern**

Unterschiede in der Raucherquote gibt es zwischen den alten und den neuen Bundesländern vor allem bei den Frauen. Während in der Repräsentativerhebung des Bundes bei Männern in Ost- und Westdeutschland ein Anteil von jeweils 39% Rauchern festgestellt wurde, steht bei den Frauen eine Quote von 32% im Westen einer von 27% im Osten gegenüber.

Für die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 25 Jahre) stellt die Drogenaffinitätsstudie der BZgA sowohl bei männlichen (41% gegenüber 38%) als auch bei weiblichen Personen (39% gegenüber 35%) einen höheren Raucheranteil in den östlichen Bundesländern fest. Ein besonders starker Anstieg der Raucher/innen zeigt sich in den neuen Bundesländern bei Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren (vgl. Tab. 1).

## **Tabakprävention im Rahmen der Schule**

Für den Einstieg in das Rauchen spielt die Schule eine herausragende Rolle. Jugendliche rauchen nirgendwo mehr als in der Schule. Hier wird der Kontakt hergestellt zu den bereits rauchenden Schüler/innen, die als Vorbilder eine wichtige Rolle spielen. Solange in Schulen das Rauchen eine Alltagserfahrung von Kindern und Jugendlichen ist, wird sich der gegenwärtige Trend zum Tabakkonsum in der Gruppe der unter 17-Jährigen kaum umkehren lassen.

Schulen sind auch aufgrund der Tatsache, dass dort nahezu alle Kinder und Jugendlichen bestimmter Altersgruppen erreichbar sind, ein für die Prävention relevantes und bevorzugtes Handlungsfeld. Die Schule ist zudem nach den geltenden Landesgesetzgebungen zur Gesundheitsförderung verpflichtet und sie verfügt über potentielle Multiplikatoren in einer Zahl wie sonst kein anderer gesellschaftlicher Bereich.

Das besondere Gewicht dieses Handlungsbereiches wird auch deutlich, wenn man auf die Zahlen schaut:

Tabelle 2: Allgemeinbildende Schulen in Deutschland nach Schularten (ohne Vorschulklassen, Schulkindergärten, freie Schulen, Abendschulen und Kollegs),  
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004

<b>Schulart</b>	<b>Anzahl der Schulen</b>	<b>Anzahl der Klassen</b>
Grundschulen	17 075	142 872
Schulartunabhängige Orientierungsstufe	2 152	14 926
Hauptschulen	5 387	50 784
Realschulen	3 014	47 927
Gymnasien	3 154	61 209
Integrierte Gesamtschulen	777	18 715
Schularten mit mehreren Bildungsgängen	1 716	19 940
Insgesamt	33 275	356 373

Orientierungsstufen und die Sekundarstufen I und II, die für Maßnahmen der Tabakprävention wichtige Handlungsfelder darstellen, sind in Deutschland an mindestens 15 000 Schulen vertreten – freie Schulen, Berufsschulen und Abendschulen nicht mitgerechnet.

Die Zielgruppe umfasst insgesamt ca. 116.000 Schüler/innen sowie fast 10.000 Lehrkräfte. Bei Betrachtung der Schülerzahlen fällt auf, dass diese in den alten Bundesländern stagnieren (zwischen - 0,6% im Saarland und + 0,9% in Hamburg und Schleswig-Holstein), in den neuen Bundesländern jedoch deutlich sinken (zwischen 6,9% in Brandenburg und 8,0% in Mecklenburg-Vorpommern). Ursachen hierfür sind vor allem die sinkenden Geburtenraten sowie die Abwanderung von Familien mit schulpflichtigen Kindern in die westlichen Bundesländer. Diese Veränderungen ziehen in vielen Schulen organisatorische Pro-

bleme nach sich: Klassen- und Schulzusammenlegungen sowie Schulschließungen sind häufig die Folge oder stehen in Aussicht. Unter diesen Rahmenbedingungen gibt es nicht nur erhebliche Verunsicherung bei den Lehrkräften, es stehen wegen der organisatorischen Belastungen auch geringere Ressourcen für zusätzliche Projekte – z.B. für Tabakprävention – zur Verfügung.

Wie oben bereits erwähnt ist Tabakkonsum auch bei Jugendlichen in unteren sozialen Schichten häufiger anzutreffen als in den oberen Schichten. Dies spiegelt sich in aller Deutlichkeit in den Raucherquoten der unterschiedlichen Schultypen wider. Während an deutschen Gymnasien laut WHO-Jugendgesundheitssurvey 2003 nur durchschnittlich 10,5% der befragten Schüler/innen täglich Zigaretten rauchen, ist der Anteil der Raucher/innen an Hauptschulen fast viermal so hoch (Hurrelmann et al., 2003).

Abbildung 2: Rauchen Jugendlicher in verschiedenen Schultypen (Angaben in Prozent), Quelle: WHO-Jugendgesundheitsurvey, Hurrelmann et al., 2003



### Auf das Individuum bezogene Ansätze in der Tabakprävention

Der Schwerpunkt präventiver Interventionen lag in der Vergangenheit auf der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen, die noch nicht mit dem Rauchen begonnen haben. Ziel war es dabei in der Regel, Lebenskompetenzen zu vermitteln, die Jugendliche "stark machen", nein zu sagen zu Drogen. Dabei handelt es sich in der Regel um substanzunspezifische Ansätze – also nicht um Tabakprävention im engeren Sinne und es sind Interventionen, die sich unmittelbar auf das Individuum beziehen, dessen Verhalten in Richtung auf eine Immunisierung gegenüber dem Rauchen gestärkt werden soll.

In jüngster Zeit spielen in Deutschland Maßnahmen der Sekundärprävention eine immer größere Rolle – also Interventionen, die sich an bereits rauchende Jugendliche richten. Die Untersuchungen von DiFranza et al. (2002) haben nachgewiesen, dass Jugendliche in relativ kurzer Zeit Abhängigkeitssymptome entwickeln. Nach Sargent et al. (2000) sind Jugendliche aber auch in der Lage, das Rauchen rasch wieder zu beenden, wenn die äußeren Umstände dies nahe legen (z.B. Wechsel des Freundeskreises). In verschiedenen Studien konnte auch nachgewiesen werden,

dass Jugendliche mit ihrem Rauchverhalten keineswegs immer zufrieden sind. Zwei Drittel wollen den Konsum reduzieren und fast ebenso viele haben bereits versucht, ganz aufzuhören (BZgA, 2001).

Methodische Weiterentwicklungen der Verhaltensmodifikation, insbesondere die "Motivierende Kurzintervention" auf der Grundlage des Transtheoretischen Modells von Prochaska und DiClemente (1982) und die "Motivierende Gesprächsführung" nach Miller und Rollnick (1999) bieten verbesserte Chancen für Interventionen auch bei bereits rauchenden Jugendlichen. Diese wurden zuvor von manchen Präventionsfachkräften wegen des hohen Suchtpotentials des Tabaks rasch als Abhängige "abgeschrieben" und gerieten damit suchtpreventiv ins "Abseits".

Tabakprävention gewinnt insgesamt an Glaubwürdigkeit, wenn sie auch für die Jugendlichen, die im Begriff sind, gewohnheitsmäßige Raucher zu werden, Motivierungs- und Ausstiegsangebote bereitstellt. Dabei geht es nicht nur um den Schutz der Gesundheit dieser "Einsteiger", sondern auch um deren Rolle als Vorbilder gegenüber den Jüngeren.

Ausstiegskurse für Jugendliche sind in den vergangenen Jahren von ver-

schiedenen Institutionen in Deutschland aber auch in anderen Ländern (z.B. der Schweiz) entwickelt und erprobt worden. Dabei zeigten sich große Probleme hinsichtlich der Effektivität (geringe Erfolgsquoten) und auch hinsichtlich der Akzeptanz bei Jugendlichen: Freiwillige Angebote im schulischen Kontext wurden in der Regel kaum angenommen, auch wenn sie qualitativ sehr hochwertig und jugendspezifisch konzipiert waren. Hier scheinen weitere Forschungs- und Entwicklungsanstrengungen erforderlich.

Jugendliche, bei denen eine Ausstiegsbereitschaft besteht, können Unterstützung erhalten durch Manuale wie "Just be smokefree" (auch als Internetseite), die Ausstiegsmanuale der BZgA "Stop smoking boys" und "Stop smoking girls" oder auf verschiedenen Internetseiten (z.B. <http://www.feelok.de>).

### **Der Settingansatz im schulischen Rahmen**

Lehrer/innen als Einzelpersonen sind selten in der Lage, nachhaltige Wirkungen in Bezug auf das Nichtrauchen von Schüler/innen zu erzielen. Ohne eine Vereinbarung der Schule als Ganzes läuft das Engagement einzelner pädagogischer Fachkräfte ins Leere.

Schmidt und Hurrelmann (2000) haben gezeigt, dass klare und konsequent umgesetzte Regeln zum Rauchen in den Schulen eine positive Auswirkung insbesondere auf die Gruppe junger Schüler/innen haben. Dabei spielt die Schaffung eines verbindlichen schulischen Regelwerkes und Maßnahmenkatalogs zum Umgang mit dem Rauchen eine ebenso

wichtige Rolle wie die Förderung eines Schulklimas, in dem sich das Nichtrauchen zum Normalfall entwickelt (vgl. Centers for Disease Control and Prevention, 1994).

Während der individuelle Ansatz die Intervention auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten richtet (Beispiel: Gesundheitsberatung, Massenmediale Kampagnen, Lebenskompetenztraining), rückt beim Settingansatz das soziale System in den Mittelpunkt. Die Lebensumwelt der Individuen wird einbezogen, z.B. die Schule, der Betrieb, der Kindergarten (Moltimore 1996, Baric, L., 1998, Dür et al. 2002). Ziel ist es Strukturveränderungen in diesen sozialen Systemen zu erzielen und für alle Beteiligten sichtbar das Nichtrauchen fördern. Erfolgskriterien sind Nachhaltigkeit, Vernetzung, Partizipation und Organisationsentwicklung.

Unterrichtsgestaltung, die auf das Ziel des Nichtrauchens Bezug nimmt, Kooperation mit außerschulischen Organisationen, Entwicklung eines Leitbildes "rauchfreie Schule" sind Elemente eines Programms der rauchfreien Schule, das sich nicht an einzelnen Personen, Orten oder Maßnahmen festmachen lässt, sondern das die Schule als Ganzes umfasst und als Schulentwicklungsprojekt zu begreifen ist.

Im Rahmen des sog. Settingansatzes besteht auch die Möglichkeit primär- und sekundärpräventive Ansätze miteinander zu verbinden.

### **"Auf dem Weg zur rauchfreien Schule"**

Der Leitfaden der BZgA "Auf dem Weg zur rauchfreien Schule" (BZgA, 2003) ist am Settingansatz orientiert,

integriert jedoch auch individuelle Interventionen. Der Leitfaden, der im Herbst 2003 erschienen ist, soll bei der Einführung von schulischen Programmen zum Nichtrauchen praktische Orientierungen liefern und bei der Umsetzung der einzelnen Schritte Hilfestellung geben. Er bietet dem Pädagogen, der sich zum Thema "Rauchen in der Schule" engagieren will, Unterstützung in drei Bereichen an:

1. schulische Maßnahmen,
2. klassenbezogene Maßnahmen,
3. Ausstiegshilfen für den Schüler.

In allen drei Abschnitten wird ein schrittweises Vorgehen entwickelt, das die pädagogische Fachkraft an die besondere Situation seiner Schule anpassen kann. Alle Schritte sind ergänzt durch Material, Diskussionsvorlagen, Beispiele, die als Vorlage zum Kopieren oder für Folien geeignet sind.

Die Etappen zur Entwicklung eines schulischen Programms zum Umgang mit dem Rauchen sind:

1. das Einbringen des Themas Rauchen in die Lehrerkonferenz,
2. die Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs der Schule,
3. die Verabschiedung und Umsetzung des Maßnahmenkataloges.

In diesem Abschnitt werden Beispiele für schulische Regelwerke zum Rauchen und für Maßnahmenkataloge vorgestellt. Der Leitfaden rät von der Einrichtung von "Raucherecken" ab. Die disziplinarischen Vorteile, die sich viele Pädagog/innen von Raucherecken versprechen, treten in der schulischen Wirklichkeit meist nicht ein. Denn auch bei "legalen" Rau-

cherecken muss verhindert werden, dass Schüler/innen, die noch nicht 16 Jahre alt sind, in der Schule rauchen. Durch die dadurch notwendigen Raucherpässe, Erlaubnisse der Eltern, Alterskontrollen usw. bleibt zum Schluss keine wirkliche Erleichterung für das Kollegium übrig.

Verschiedene Studien zeigen zudem, dass Raucherecken aus präventiver Sicht problematisch sind: Jüngere Schüler erleben das Rauchen als akzeptiertes und erstrebenswertes Verhalten, das mit einer bestimmten, von ihnen bewunderten Altersgruppe verbunden ist. In Programmen zur rauchfreien Schule sollten Raucherecken daher nicht neu eingeführt und bestehende Raucherecken nur noch übergangsweise zugelassen werden.

Noch schwieriger ist die Frage, wie ist der Umgang mit den rauchenden Lehrkräften einer Schule. Die Skepsis mancher Lehrkräfte gegenüber der Einführung eines Programms zum Nichtrauchen beruht häufig auf der Furcht vor dem Widerstand der rauchenden Kolleginnen und Kollegen. Der Leitfaden geht davon aus, dass auch die große Mehrzahl der rauchenden Pädagog/innen an der Gesundheit der Schülerschaft interessiert ist und ebenfalls mit Sorge beobachtet, dass Jugendliche beim Einstieg in das Rauchen immer jünger sind. Dies spricht dafür, alles zu unternehmen, diese Kolleg/innen zu gewinnen und Lösungswege auszuhandeln, die ihnen ein engagiertes Mitwirken am Gelingen der Maßnahmen ermöglichen. Es können beispielsweise Übergangslösungen vereinbart und Entwöhnungshilfen angeboten werden.

Der zweite Abschnitt des Leitfadens behandelt die Entwicklung von klassenbezogenen Maßnahmen. Diese

Tabelle 3: Maßnahmenkatalog der Integrierten Gesamtschule Delmenhorst

<b>Maßnahmenkatalog</b>	
1. Vorfall:	Information der Klassenleitung, Gespräch mit Antirauchlehrkraft, Fragebogen zum Rauchverhalten.
2. Vorfall:	Information der Klassenleitung, Gespräch mit Antirauchlehrkraft, Information der Eltern, Sozialer Dienst.
3. Vorfall:	Information der Klassenleitung, Gespräch mit Antirauchlehrkraft, Information der Eltern, Sozialer Dienst, Rauchgeschichte schreiben.
4. Vorfall:	Information der Klassenleitung, Information der Eltern, Teilnahme am Antirauchertraining.
Alle Vorfälle werden im nächsten LEB oder Zeugnis (keine bewerbungsrelevanten) vermerkt.	

Herangehensweise ist vor allem dann sinnvoll, wenn in der Schule noch keine ausreichende Bereitschaft zur Entwicklung und Umsetzung eines Programms für die ganze Schule besteht. Klassenlehrer/innen können jedoch durchaus sinnvolle Vereinbarungen und Maßnahmen im Rahmen ihrer Klasse initiieren. Möglicherweise schließen sich die Parallelklassen an und vielleicht werden durch das gute Vorbild weitere Lehrkräfte motiviert, so dass sich die Schule schließlich doch als ganze auf den Weg zur rauchfreien Schule begibt.

Im dritten Abschnitt werden Interventionen behandelt, die sich auf das Rauchverhalten der Schüler beziehen. Der Leitfaden stellt zunächst das Konzept eines "Anti-Rauch-Kurses" vor. Diesen Kurs müssen Schüler/innen besuchen, die mehrmals bei Verlet-

zungen der schulischen Regeln zum Rauchen registriert worden sind. Die Teilnahme ist also nicht freiwillig. In Schulen, in denen solche Kurse bereits durchgeführt wurden, hat sich gezeigt, dass die teilnehmenden Schüler/innen in der ersten Stunde noch deutlichen Widerstand gegen das "Nachsitzen" und die befürchteten "Moralpredigten" zeigten. In den folgenden Sitzungen entsteht dann in der Regel jedoch eine konstruktive Arbeitsatmosphäre. Die Schüler/innen werden objektiv informiert und nicht unter Druck gesetzt. Sie können sich mit dem Für und Wider des Rauchens auseinandersetzen und haben die Möglichkeit ihre persönliche Einstellung zu äußern.

Bereits vorliegende Erfahrungen zeigen, dass Schüler/innen, die an Anti-Rauch-Kursen teilgenommen haben,

anschließend kaum noch in der Schule rauchen. Das erklärte Ziel des Anti-Rauch-Kurses, die Einhaltung der schulischen Regeln zum Rauchen, wird damit erreicht. Schüler/innen, die darüber hinaus motiviert sind, das Rauchen ganz aufzugeben, erhalten in einem anschließenden "Ausstiegs-kurs", dessen Konzept ebenfalls im Leitfaden beschrieben ist, Unterstützung bei diesem Vorhaben.

Der Leitfaden enthält auch Broschüren für Jugendliche, die zum Thema Rauchen informieren oder beim Ausstieg helfen, so dass die pädagogische Fachkraft dem Schüler nicht mit leeren Händen gegenübersteht. Ratgeber für Jugendliche: "Let's talk about smoking!", "Stop smoking – girls" und "Stop smoking - boys". Ein Ratgeber für Eltern "Raucht mein Kind?" ist im Druck.

Der Leitfaden "Auf dem Weg zur rauchfreien Schule" wird zur Zeit in 10 Schulen im Bundesgebiet evaluiert. Dabei zeigen sich sehr positive Ergebnisse. Pädagog/innen ebenso wie Präventionsfachkräfte bewerteten das Material als praxisgerecht und gut brauchbar. Schulen, die sich in diesem Modellvorhaben engagieren, sind wichtige Schritte auf dem Weg zur einer rauchfreien Schule gegangen. Pädagog/innen empfinden den Leitfaden nicht nur als wichtige Unterstützung, sie wissen es auch zu schätzen, dass er ihnen und ihrer Schule einen eigenen Weg zur rauchfreien Schule offen lässt. Die Ergebnisse der Erprobung werden im Sommer 2004 veröffentlicht.

## Literatur

Baric, L. (1998) Peoples in Settings, Altrincham: Barns Publications.

Batra, A., Fagerström, K.-O. (1997) Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. In: Sucht 43, 277-282.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland – Wiederholungsbefragung 2001. Köln: Selbstverlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2003). Tabakkonsum reduzieren. Ein Einblick in die Verhaltensprävention in Deutschland. Köln: Selbstverlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2003). Auf dem Weg zur rauchfreien Schule – ein Leitfaden für Pädagogen zum Umgang mit dem Rauchen. Köln: Selbstverlag.

Centers for Disease Control and Prevention (1994). Guidelines for school health Programs to prevent tobacco use and addiction. MMWR 43 (No. Rr-2), 1-18.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002). Drogen- und Suchtbericht, Mai 2002. Bundesgesundheitsministerium. Berlin.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesgesundheitsministerium. Berlin.

Di Franza, J.R., Savageau, J.A., Fletcher, K., Ockene, J., Rigotti, N., McNeill, A., Coleman, M., Wood, D. (2002). The Development of symptoms of tobacco dependence in youth: 30 month follow up data from the DANDY study. Tobacco Control, 11: 228-235.

Dür, W., Bauer, M., Grossmann, W., Mravlag, K. (2002). Partizipative Strukturen in der Schule und die Gesundheit von Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren in Österreich. Wien.

Hurrelmann, K., Klocke., Ravens-Sieberer, U. (2003). Jugendgesundheits-survey, Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der WHO. München.

Holder, H. (2001). The Effects of Substance Abuse Prevention: Result from International Research. In: Dokumentation des Expertenhearings vom 5./6. Juli 2001, Bundesministerium für Gesundheit, Manuskript. Berlin.

Junge, B., Thamm, M. (2003). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) Geesthacht: Jahrbuch Sucht 2003.

Kraus, L. und Bauernfeind, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht 47, Sonderheft 1.

Miller, W.R., Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.

Mortimore, P. (1998). The road to improvement. Reflections on school effectiveness. In: Swets & Zeitlinger Publishers.

Pott, E., Lang, P., Töppich, J.: Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2 / 2003. Springer-Verlag.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). The transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, 276-288.

Schmidt; B., Hurrelmann, K. (2000). Tabakpolitik an deutschen Schulen. Universität Bielefeld. Bielefeld.

Scholz, M., Kaltenbach, M. (2000). Förderung des Nichtraucherhaltens bei 13-jährigen Schülerinnen und Schülern von Realschule und Gymnasium. Gesundheitswesen 2000, 62, 78-85, Stuttgart: Georg-Thieme Verlag.

WHO-Partnerschaftsprojekt Tabakabhängigkeit c/o Bundesvereinigung für Gesundheit (2002). Rauchfrei am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Betriebe. 3. Auflage gedruckt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

WHO (1986). Health Promotion. Ottawa Charta. Genf: WHO.

WHO (1998). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Genf: WHO.



*Just be smokefree –  
Das Raucherentwöhnungsprogramm  
für Jugendliche und junge Erwachsene*

**Barbara Isensee,  
Gudrun Wiborg,  
Reiner Hanewinkel & Wolf-Rüdiger Horn**

Korrespondenzadresse:

Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung, IFT-Nord  
Düsternbrooker Weg 2  
24105 Kiel  
Tel.: 04 31 / 570 29 – 30  
Fax: 04 31 / 570 29 – 29  
Mail: [justbe@ift-nord.de](mailto:justbe@ift-nord.de); [isensee@ift-nord.de](mailto:isensee@ift-nord.de)  
[www.justbesmokefree.de](http://www.justbesmokefree.de); [www.ift-nord.de](http://www.ift-nord.de)

## **Warum gibt es ein Raucherentwöhnungsprogramm speziell für Jugendliche und junge Erwachsene?**

Nach den Ergebnissen der im Jahre 2001 durchgeführten Drogenaffinitätsstudie rauchen 38% der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Bereits 10% der erst 14- und 15-Jährigen bezeichnen sich als "ständige" Raucher und weitere 19% als "Gelegenheitsraucher". Die Lebenszeitprävalenz der Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV für 14- bis 24-Jährige liegt bei 19,1% (Nelson & Wittchen, 1998). Insbesondere bei sehr jungen Rauchern lässt sich in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der Prävalenz des Rauchens feststellen: Von 1989 bis 2001 verdoppelte sich die Raucherquote unter den 12- bis 15-jährigen Jungen von 9 auf 18%, bei den Mädchen von 10 auf 21% (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002).

DiFranza und Kollegen (DiFranza, Rigotti, McNeill et al., 2000; DiFranza, Savageau, Rigotti et al., 2002; O'Loughlin, DiFranza, Tyndale et al., 2003) konnten zeigen, dass etwa ein Viertel der Jugendlichen im Alter von 12 bis 13 Jahren bereits innerhalb der ersten vier Wochen, nachdem sie anfangen, gelegentlich – also nicht unbedingt täglich – zu rauchen, erste Abhängigkeitssymptome aufweisen. Dieser Befund deutet darauf hin, dass der Prozess der Abhängigkeitsentwicklung schneller erfolgt als bisher angenommen (Colby, Tiffani, Shiffman & Niaura, 2000; Shadel, Shiffman, Niaura et al., 2000).

Viele der jungen Raucher glauben, sich allein das Rauchen abgewöhnen

zu können (Sussman, Dent, Severson et al., 1998). Gleichzeitig überschätzen sie den Prozentsatz Jugendlicher, denen es gelingt, Nichtraucher zu werden (Stanton, Lowe & Gillespie, 1996). Konträr zu diesen optimistischen Annahmen scheitern jedoch viele Jugendliche bei dem Versuch, sich das Rauchen abzugewöhnen (Paavola, Vartiainen & Puska, 2001).

Die Motivation, mit dem Rauchen wieder aufzuhören, ist auch schon bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hoch: So möchten 31% der in der Drogenaffinitätsstudie untersuchten 12- bis 25-jährigen Raucher gerne ganz aufhören, und weitere 37% würden am liebsten ihren Konsum reduzieren (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2002). 60% der Raucher in der Drogenaffinitätsstudie haben bereits einen oder mehrere erfolglose Aufhörversuche hinter sich.

Diese Daten legen nahe, dass bereits bei Jugendlichen ein Bedarf an Hilfen zum Rauchstopp besteht. Jedoch ist das Angebot an derartigen Maßnahmen besonders in Deutschland nur als spärlich bis gänzlich fehlend zu bezeichnen (Heppekausen, Kröger & Reese, 2001; Kröger, 2000; Kröger & Krumbiegel, 1999). Auch eine kürzlich veröffentlichte Überblicksarbeit zu Studien zur Raucherentwöhnung im Jugendalter führt weltweit lediglich 66 einschlägige Studien – davon keine aus Deutschland – auf (Sussman, 2002).

Aus diesen Befunden lässt sich somit folgern, dass besonders in Deutschland ein Mangel an Angeboten zum Rauchstopp speziell für rauchende Jugendliche und junge Erwachsene herrscht, es jedoch auf Grund der hohen Prävalenz, relativ hoch ausgeprägter Aufhörmotivation und häufiger

Abhängigkeit einen Bedarf für derartige Angebote gibt. Diese Lücke in der Versorgung rauchender Jugendlicher in Deutschland zu schließen, ist ein übergeordnetes Ziel von "Just be Smokefree", einem Raucherentwöhnungsprogramm, das speziell für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt wurde. Methode, Implementation, bisherige Erfahrungen sowie erste Ergebnisse zur Evaluation von "Just be Smokefree" sollen dargestellt werden.

### **Das Raucherentwöhnungsprogramm "Just be Smokefree"**

"Just be Smokefree" basiert auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente (Pallonen, 1998; Pallonen, Prochaska, Velicer et al., 1998; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1993; Wiborg & Hanewinkel, 1999) und berücksichtigt unterschiedliche Stadien der Veränderungsbereitschaft, in denen sich jugendliche Raucher im Hinblick auf das Aufgeben des Rauchens befinden. Dies bedeutet, dass Jugendliche und junge Erwachsene, die (noch) nicht mit dem Rauchen aufhören möchten (oder glauben, es aufgrund einer zu starken Abhängigkeit nicht zu können), motiviert werden sollen, sich mit ihren Rauchgewohnheiten auseinander zu setzen. Weiteres (Zwischen-)Ziel bei dieser Gruppe ist die mögliche Reduktion des Konsums. Das Angebot der Auseinandersetzung mit dem individuellen Rauchverhalten erfolgt über die Möglichkeit der "Testung" des eigenen Rauchverhaltens. Diejenigen, die motiviert sind, ihr Rauchen einzustellen, erhalten detaillierte Hilfe in Form der Handreichung "Tipps zum Nichtrauchen".

Da für Jugendliche die soziale Unterstützung für den Prozess der Einleitung und Aufrechterhaltung der Abstinenz wichtig ist (Tuakli, Smith & Heaton, 1990), werden die Jugendlichen sowohl auf individueller als auch auf Gruppenebene angesprochen und können nicht nur alleine, sondern mit einem unterstützenden Paten bzw. im Team teilnehmen. Durch diese unterschiedlichen Möglichkeiten einer Teilnahme wird es auch möglich, das Programm unter verschiedenen Bedingungen durchzuführen (z.B. im Klassenverband, als Einzelperson oder zusammen mit Freunden). Als Paten können neben Freunden auch Kinder- und Jugendärzte oder Drogenberatungslehrkräfte und Eltern herangezogen werden.

Wichtig ist, dass die Jugendlichen sich nicht unter sozialen Druck gesetzt fühlen, mit dem Rauchen aufhören zu müssen, da dann die Versuche der Raucherentwöhnung weniger Erfolg zeigen (Rose, Chassin, Presson & Sherman, 1996). Aus diesem Grund finden die "Paten" in der Handreichung "Tipps zum Nichtrauchen" Hinweise zur unterstützenden Betreuung ihres Schützlings.

Die Jugendlichen haben während des Programms die Möglichkeit, eine Telefonhelpline anzurufen, um Fragen zu dem Programm zu stellen oder aufgetretene Probleme anzusprechen.

Als Anreiz für die Teilnahme an "Just be Smokefree" und zur Bekanntmachung des Programms werden pro Quartal Geldpreise in Höhe von bis zu 1.000 € unter den Teilnehmenden bzw. teilnehmenden Gruppen ausgelobt. Diese Preise werden unter den Teilnehmer/innen verlost, die mit dem Rauchen aufgehört haben.

## **Materialien und Implementation des Programms**

Es wurden folgende Materialien entwickelt:

- a) Die Anmeldebroschüre mit Informationen zum Programm, einem Test zum Rauchen, Informationen über "Mythen und Fakten" zu Zigaretten und über die Tabakindustrie und einer angehängten Anmeldekarte zur Information und Rekrutierung der Teilnehmer/innen. Auf der Anmeldekarte werden neben allgemeinen Angaben zur Person auch das aktuelle Rauchverhalten und einige weitere Variablen zum Rauchen erfasst.
- b) Der Informationsflyer mit Informationen zum Programm für Multiplikatoren.
- c) Das Handbuch zur Entwöhnung "Tipps zum Nichtrauchen" mit vielfältigen Materialien und Anleitungen zur Analyse des eigenen Rauchverhaltens, Überprüfung der Aufhörtmotivation, Vorbereitung des Rauchstopps, Hinweisen zur Reduktion, Festlegung eines Stichtags, Selbstverstärkung für erreichte Ziele, Umgang mit Entzugssymptomen und Risikosituationen und zu Rückfallprophylaxe und -management. Ebenfalls sind in dem Handbuch Kapitel mit Hinweisen für die Paten und für die Teams enthalten.
- d) Ein Poster zum Aushang.
- e) Internetseite: [www.justbesmoke-free.de](http://www.justbesmoke-free.de) (mit Informationen zum Programm, Anmeldemöglichkeit, Downloadbereich, Bereich "Mach den Test" mit verschiedenen Tests zum Rauchverhalten und einer direkten Rückmeldung zu den Ergebnissen, Gästebuch).

Potentielle Teilnehmer/innen werden über die Flyer, Presseinformationen, Internet, Ansprache durch Multiplikatoren etc. über das Programm informiert und rekrutiert. Eine Anmeldung zum Programm ist entweder über die in die Anmeldebroschüre integrierte Postkarte oder online möglich. Die Interessenten geben dabei an, ob sie allein, mit einem Paten oder in einem Team (aus Rauchern und Nichtrauchern) teilnehmen möchten. Nach der Anmeldung erhalten die Teilnehmer/innen das Handbuch zugesandt.

Vor den Gewinnziehungen werden die angemeldeten Teilnehmer/innen per E-Mail oder Brief angeschrieben und um ein Feedback (Bewertung des Programms und Angaben zum aktuellen Rauchstatus) gebeten. Auf Basis dieses Feedbacks werden die Gewinner gezogen. Es findet bei den Gewinnern eine biochemische Validierung des Raucherstatus über eine Cotinintestung im Urin beim Hausarzt statt. Die Teilnahme am Programm ist kostenfrei.

## **Beteiligung an dem Programm und Evaluation**

Im Zeitraum April 2002 bis Mitte März 2003 haben sich insgesamt 1.417 Personen zu dem Programm angemeldet, weitere 2.132 nutzten die Angebote der Webpage (z.B. Download). Seit dem Neustart des Programms im Mai 2003 haben sich über 2.250 Jugendliche und junge Erwachsene angemeldet. Die Mehrzahl beteiligt sich alleine an dem Programm.

In der Folge sollen kurz die 1.417 Teilnehmer/innen aus dem Zeitraum April 2002 bis März 2003 näher beschrieben werden:

### *Charakteristika der Stichprobe*

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer/innen lag bei der Anmeldung zu dem Programm bei 21,5 Jahren (SD=8,5; bis 18 Jahre: 51,2%). An der Intervention nahmen mehr Frauen als Männer teil (56,7% Frauen). Die Teilnehmer/innen rauchten durchschnittlich 84,4 Monate (SD=80,3). Die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag lag bei 14,7 (SD=9,4), die Anzahl erfolgloser Rauchstopp-Versuche bei 3,1 (SD=2,8).

### *Nachuntersuchung im Mai 2003*

Ende April 2003 wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt, zu der die 1.417 Teilnehmer/innen, die sich bis Mitte März 2003 zu dem Programm angemeldet hatten, angeschrieben und zu ihrem aktuellen Rauchverhalten befragt sowie um eine Bewertung des Programms gebeten wurden. An der Nachuntersuchung beteiligten sich 466 Personen (32,9%), unter denen insgesamt 10 Geldpreise à 50 € verlost wurden.

Von den 466 Personen gaben 209 an, mit dem Rauchen aufgehört zu haben. Dies entspricht einem Prozentsatz von 44,9 Prozent. Die durchschnittliche Dauer der Abstinenz lag bei 143,7 Tagen (SD=112,3) oder 4,8 Monaten. Der Range reichte von 4 bis 395 Tage. 75% der Teilnehmer/innen, die mit dem Rauchen aufhörten, rauchten seit einem Monat oder länger nicht mehr. 35% waren sechs Monate oder länger abstinent.

Betrachtet man alle diejenigen, die keine Feedbackkarte zurückgeschickt haben, als noch oder wieder rauchend und vergleicht die Anzahl der erfolgreichen 209 Teilnehmer mit der Gesamtzahl der angeschriebenen Personen (N=1.417), so resultiert eine

konservativ geschätzte Erfolgsrate von 14,7% (Intention-to-treat-Analyse).

### **Fazit**

Spezielle Programme zur Raucherentwöhnung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter fehlten bisher fast gänzlich in Deutschland. Mit "Just be Smokefree" wurde ein Raucherentwöhnungsprogramm entwickelt, das speziell auf diese Zielpopulation zugeschnitten ist.

"Just be Smokefree" ist im Jahr 2002 auf eine sehr gute Resonanz gestoßen und hat eine große Anzahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Teilnahme bewegen können. Die Anzahl der erreichten Teilnehmer/innen macht es sowohl für Deutschland als auch international zu einem der größten Programme zum Rauchstopp für diese Zielgruppe überhaupt.

Die Altersstruktur und die Charakteristika bzgl. relevanter Rauchvariablen (Rauchdauer, Konsummenge, vorherige Aufhörversuche) der angemeldeten Teilnehmer/innen belegen, dass die avisierte Zielgruppe junger Raucher, die ihren relativ intensiven Zigarettenkonsum verändern möchten, erreicht werden konnte.

Wie ist der Erfolg der Intervention zu bewerten? Werden lediglich die 466 betrachtet, die an der Nachuntersuchung teilnahmen, so ergibt sich eine Erfolgsquote von 44,9%, die mit Hilfe des Programms das Rauchen eingestellt haben. Wird als äußerst konservative Auswertung davon ausgegangen, dass alle diejenigen, die nicht an der Nachuntersuchung teilgenommen haben, nicht mit dem Rauchen aufgehört haben, ergibt sich eine Entwöhnungsrate von insgesamt 14,7%.

Für Erwachsene ist bekannt, dass der Erfolg eines einzelnen Aufhörversuchs zwischen 0,5% und 3% liegt (Jarvis, 2003). Für das Jugendalter wird von einer jährlichen Spontanfluktuationsrate, d.h. der Quote von jugendlichen Rauchern, die in dem Zeitraum eines Jahres erfolgreich das Rauchen aufgeben, zwischen 2% und 4% ausgegangen (Mermelstein, Colby, Patten et al., 2002; Paavola et al., 2001; Zhu, Sun, Billings et al., 1999). Angesichts dieser Vergleichsdaten kann eine konservativ ermittelte Erfolgsrate von 14,7% als sehr zufriedenstellend eingestuft werden.

Es ist auch möglich, die Erfolgsrate von 14,7% mit anderen Interventionsstudien zu vergleichen. Dabei ist zunächst zu berücksichtigen, dass weltweit gesehen nur sehr wenige einschlägige Arbeiten vorliegen (Curry, 2003; Mermelstein, 2003; Sussman, 2002). Sussman (2002) gibt als mittlere Erfolgsrate von insgesamt 66 Raucherentwöhnungsstudien bei Jugendlichen 12% an. Diese Quote liegt numerisch unter der in dieser Studie gefundenen Quote von 14,7%.

Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass in den Überblick von Sussman (2002) auch Studien einfließen, die wesentlich intensivere Interventionen vorhalten, als dies in der vorliegenden Untersuchung der Fall ist, und die Intensität einer Intervention mit dem Erfolg kovariert (Fiore, Bailey, Cohen et al., 2000; Sutherland, 2003).

## Hinweis

"Just be Smokefree" wird gefördert durch die Europäische Kommission, die Deutsche Krebshilfe und die Deutsche Angestellten Krankenkasse DAK und wird in Kooperation mit dem

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der Bundesärztekammer durchgeführt.

## Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002). Jugendliche Raucher. Veränderungen des Rauchverhaltens und Ansätze für die Prävention. Köln: BZgA.

Colby, S.M., Tiffani, S.T., Shiffman, S. & Niaura, R.S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59 Suppl. 1, 83-85.

Curry, S.J. (2003). Youth tobacco cessation: filling the gap between what we do and what we know. *American Journal of Health Behavior*, 27 (Suppl. 2), 99-102.

DiFranza, J.R., Savageau, J.A., Rigotti, N.A., Fletcher, K., Ockene, J.K., McNeill, A.D., Coleman, M. & Wood, C. (2002) Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.

DiFranza, J.R., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Savageau, J.A., Cyr, D. & Coleman, M. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313-319.

Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J. et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

- Heppekausen, K., Kröger, C. & Reese, A. (2001). Methoden und Ergebnisse der Raucherentwöhnung von jugendlichen Rauchern – eine Übersicht. Prävention, 24, 44-47.
- Jarvis, M.J. (2003). Epidemiology of cigarette smoking and cessation. Journal of Clinical Psychiatry, 18, 6-11.
- Kröger, C. (2000). Raucherentwöhnung in Deutschland. Gesundheitsförderung konkret Bd. 2. Köln: BzGA.
- Kröger, C. & Krumbiegel, H. (1999). Entwöhnungshilfen für jugendliche Raucher. München: IFT.
- Mermelstein, R. (2003). Teen smoking cessation. Tobacco Control, 12 (suppl. 1), i25-i34.
- Mermelstein, R., Colby, S.M., Patten, C., Prokhorov, A., Brown, R., Myers, M., Adelman, W., Hudomon, K. & McDonald, P. (2002). Methodological issues in measuring treatment outcome in adolescent smoking cessation studies. Nicotine & Tobacco Research, 4, 395-403.
- O'Loughlin, J., DiFranza, J., Tyndale, R.F., Meshefedjian, G., McMillan-Davey, E., Clarke, P.B.S., Hanley, J. & Paradis, G. (2003). Nicotine dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. American Journal of Preventive Medicine, 25, 219-225.
- Paavola, M., Vartiainen, E. & Puska, P. (2001). Smoking cessation between teenage years and adulthood. Health Education Research, 16, 49-57.
- Pallonen, U.E. (1998). Transtheoretical measures for adolescent and adult smokers: similarities and differences. Preventive Medicine, 27, A29-A39.
- Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V. & Smith, N.F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. Addictive Behaviors, 23, 303-324.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1993). In search of how people change: applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102-1114.
- Rose, J.S., Chassin, L., Presson, C.C. und Sherman, J.S. (1996). Prospective predictors of quit attempts and smoking cessation in young adults. Health Psychology, 15, 261-268.
- Shadel, W.G., Shiffman, S., Niaura, R., Nichter, M. & Abrams, D.B. (2000). Current models of nicotine dependence: what is known and what is needed to advance understanding of tobacco etiology among youth. Drug and Alcohol Dependence, 59 Suppl 1, 9-21.
- Stanton, W.R., Lowe, J.B. & Gillespie, A.M. (1996). Adolescents' experience of smoking cessation. Drug and Alcohol Dependence, 43, 63-70.
- Sussman, S. (2002). Effects of 66 adolescent tobacco use cessation trials and 17 prospective studies of self-initiated quitting. Tobacco Induced Diseases, 1, 35-81.
- Sussman, S., Dent, C.W., Severson, H., Burton, D. & Flay, B.R. (1998). Self-initiated quitting among adolescent smokers. Preventive Medicine, 27, A19-A28.
- Sutherland, G. (2003). Evidence for counselling effectiveness for smoking cessation. Journal of Clinical Psychiatry, 18, 22-34.
- Tuakli, N., Smith, M.A. & Heaton, C. (1990). Smoking in adolescence: methods for health education and smoking cessation. A MIRNET Study.

Journal for Family Practice, 31, 369-374.

Wiborg, G. & Hanewinkel, R. (1999). Primäre und sekundäre Prävention des Rauchens bei Jugendlichen. In: Keller, S. (Hrsg.), Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis (S. 103-118). Freiburg: Lambertus.

Zhu, S., Sun, J., Billings, S.C., Choi, W.S., Malacher, A. (1999). Predictors of smoking cessation in U.S. adolescents. American Journal of Preventive Medicine, 16, 202-207.

# *Alkoholkonsum - Gesundheitliche Lage und Risikoverhalten bei Jugendlichen*

**Wolfgang Settertobulte**

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

## **Einführung: Zur Bedeutung des Alkoholkonsums in der Alltagskultur**

Trotz der seit langem bekannten Gefahren und gesundheitsschädigenden Folgen erfreute sich kein anderes Rauschmittel über Jahrtausende so nachhaltiger Beliebtheit wie der Alkohol. Das hartnäckige Festhalten an den Trinkgewohnheiten lässt vermuten, dass elementare Empfindungen und Wunschvorstellungen durch das Alkoholtrinken angesprochen werden. Anders lässt es sich wohl kaum erklären, dass der Alkoholgebrauch bereits vor Tausenden von Jahren eine so große Verbreitung fand und sich daran bis heute - trotz des tiefgreifenden sozialen und kulturellen Wandels - nichts geändert hat. Heute ist Alkohol in fast allen Ländern der Welt das Suchtmittel Nummer eins.

Aus der weltweiten Perspektive ist Europa der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum. In einer WHO Studie wurde geschätzt, dass in einigen europäischen Ländern die auf den Alkoholkonsum zurückzuführende wirtschaftliche Belastung auf 5 bis 6% des Bruttosozialproduktes beziffert werden muss und die Zahl der alkoholbedingten Todesfälle etwa 6% der Gesamt mortalität beträgt.

Die Besorgnis der Gesundheitspolitiker/innen hinsichtlich der Alkoholproblematik ist in Europa jedoch durchaus unterschiedlich ausgeprägt. Während in den skandinavischen Ländern ein erhöhtes Problembewusstsein vorliegt, wird dieses Problem in Mittel- und Südeuropäischen Staaten nur marginal behandelt. Dies hängt einerseits mit kulturellen Wertvorstellungen zusammen, andererseits zeigen sich in den europäischen Regionen tradi-

tionell unterschiedliche "Trinkkulturen". Hier sind drei verschiedene Kulturkreise zu unterscheiden: Während in den Mittelmeerländern ein regelmäßiger, aber maßvoller Alkoholkonsum zur Esskultur gehört, ist in Mittel- und Westeuropa der Konsum von Bier ein bedeutender Teil sozialen Beisammenseins. In den Nord- und Osteuropäischen Ländern ist dagegen der gelegentliche Konsum von hochprozentigen Getränken mit der Absicht des sich Betrunkens üblich. Als Folge dieser Konsummuster zeigen sich in den Regionen unterschiedlich gravierende gesundheitliche und gesellschaftliche Folgen.

Der Grundstein für einen gesundheitsgefährdenden Umgang mit Alkohol wird im Kindes- und Jugendalter gelegt. Trotz eindeutiger Bestimmungen zum Jugendschutz ist bereits bei Jugendlichen der Alkoholkonsum alarmierend. In der Gruppe der Jüngeren nimmt der Alkoholkonsum auch unter den Mädchen zu. Hinzu kommen neue alkoholische Getränke auf dem Markt, die speziell für diese Zielgruppe hergestellt werden.

Die Kinder wachsen auf in einer sozialen Umwelt, in der Alkohol für verschiedene Zwecke verwendet wird. Sie lernen bereits früh dessen soziale Bedeutung und die vermeintlich positiven Auswirkungen kennen. In der Mehrzahl der europäischen Länder gilt der Umgang mit Alkohol als kulturell akzeptiert und als Teil der normalen Entwicklungserfahrungen für Kinder. Die Ergebnisse verschiedener Studien (HBSC, ESPAD) zeigen, dass junge Menschen bereits sehr früh an den Alkoholkonsum herangeführt werden. Das Trinken von Alkohol ist bei uns ein obligatorischer Teil sozialer Ereignisse im Familienkreis und in der Öffentlich-

keit. So lernen Kinder bereits früh dessen soziale Bedeutung und die vermeintlich positiven Auswirkungen kennen. Es ist zu vermuten, dass überwiegend Eltern oder nah stehende Erwachsene den Erstkontakt mit Alkohol bei den Kindern provozieren.

Stärker noch als das Rauchen gehört das gelegentliche oder auch häufige Trinken von Alkohol bei der Mehrheit der Jugendlichen zum Bestandteil ihres Sozialverhaltens und bestätigt sie in ihrem Gefühl, erwachsen zu sein.

### **Die HBSC Studie**

Die Kenntnis von Daten über die Verbreitung des Konsums von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen ist für die Entwicklung präventiver Maßnahmen von großer Bedeutung. Sollen die Präventionsmaßnahmen erfolgreich sein, müssen sie spezifisch auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten sein. Dazu reichen jedoch allgemeine epidemiologische Daten nicht aus. Hierzu werden vielmehr Informationen über alters- und geschlechts- und regionspezifische Konsummuster gebraucht. Ebenso dienen die verschiedenen inzwischen bekannten Einflussfaktoren dazu, an den spezifischen zugrundeliegenden Problemlagen zu arbeiten, die oftmals Auslöser oder Verstärker für den Alkoholkonsum darstellen.

Die Studie "Health Behavior in School-Children" (HBSC) ist ein kooperatives Forschungsprojekt, der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ziel der Studie ist es, zu einem erweiterten Verständnis gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen junger Menschen beizutragen und die Bedingungen ihrer Entwicklung zu

untersuchen. Das Thema Risikoverhalten und Substanzgebrauch nimmt in dieser Studie einen großen Stellenwert ein. Seit 1982 plant und koordiniert die HBSC Organisation in vierjährigem Turnus Datenerhebungen in einer ständig wachsenden Zahl von Ländern. Die Durchführung der nationalen Studien obliegt dabei ausgewählten Forschungsteams aus den einzelnen Mitgliedsländern nach festgelegten Richtlinien für die Stichprobenauswahl, die methodische Durchführung und die Aufbereitung der Daten. Die Erhebungen erfolgen mittels eines international standardisierten Fragebogens, der in die jeweiligen Sprachen übersetzt wird. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren in einer repräsentativen Auswahl von Schulen.

### **Alkoholkonsum und Trunkenheit bei deutschen Jugendlichen - Aktuelle Daten und Trends**

Im Rahmen der HBSC-Studie wurden die Schülerinnen und Schüler gefragt, wie häufig sie verschiedene alkoholische Getränke (Bier, Wein/Sekt, Spirituosen) zu sich nehmen. Auf der folgenden Folie sind die Angaben getrennt nach Art des Getränks und zusammengefasst als Gesamtindex des Alkoholkonsums aufgeführt. Die Angaben zu täglichem und mindestens einmaligem wöchentlichem Konsum wurden dabei zu einer Kategorie "regelmäßiger Konsum" zusammengefasst. Während das Experimentieren mit alkoholhaltigen Getränken nur in Ausnahmefällen eine unmittelbare gesundheitliche Bedrohung darstellt, muss ein regelmäßiger Konsum mit täglicher oder wöchentlicher Häufigkeit je nach Alter und Entwicklung der

Jugendlichen als problematisch eingestuft werden.

Nur wenige 11- bis 15-Jährige trinken regelmäßig, die meistens trinken nicht oder nur sehr selten. Fasst man die verschiedenen Getränkearten zusammen, zeigt sich, dass insgesamt 53% der Jungen und 57% der Mädchen zum Befragungszeitpunkt abstinent waren. Etwa gleich viele Jungen und Mädchen, nämlich etwa ein Drittel, konsumieren gelegentlich Alkohol. Männliche Jugendliche trinken aber signifikant häufiger regelmäßig Alkohol als weibliche Jugendliche.

Betrachtet man Jungen und Mädchen gemeinsam, wird deutlich, dass der regelmäßige Konsum alkoholischer Getränke von der 5. Klasse mit 1,5% über 9,9% in der 7. Klasse auf über 30% in der 9. Klasse ansteigt. In der 9. Jahrgangsstufe beginnen sich die Konsummuster für Alkohol zu differenzieren. Die Werte für abstinentes Verhalten bei Jungen (20,9%) und Mädchen (21,6%) sind wie in der 7. Klasse zwar nahezu gleich. Dafür trinken Mädchen in dieser Altersstufe aber häufiger nur gelegentlich Alkohol,

während Jungen (37%) häufiger als Mädchen (25%) regelmäßig Alkohol konsumieren.

Differenziert man die einzelnen Getränkearten, so zeigt sich, dass Bier bei den 11- bis 15-Jährigen das beliebteste Getränk ist (Jungen 14%; Mädchen 8%). Alkoholische Mixgetränke, sogenannte "Alcopops", stehen inzwischen an zweiter Stelle mit einer regelmäßigen Konsumhäufigkeit von 10,6% bei Jungen und 6,7% bei Mädchen. Spirituosen und Wein/Sekt folgen mit großem Abstand. Nur etwa 3% bis 6% der 11- bis 15-Jährigen trinken diese Produkte regelmäßig. Während Jungen signifikant häufiger regelmäßig Bier und Spirituosen zu sich nehmen, zeigt sich beim Wein- und Sektkonsum kein Geschlechtsunterschied. Hier deuten sich bereits geschlechtstypische Geschmackspräferenzen an.

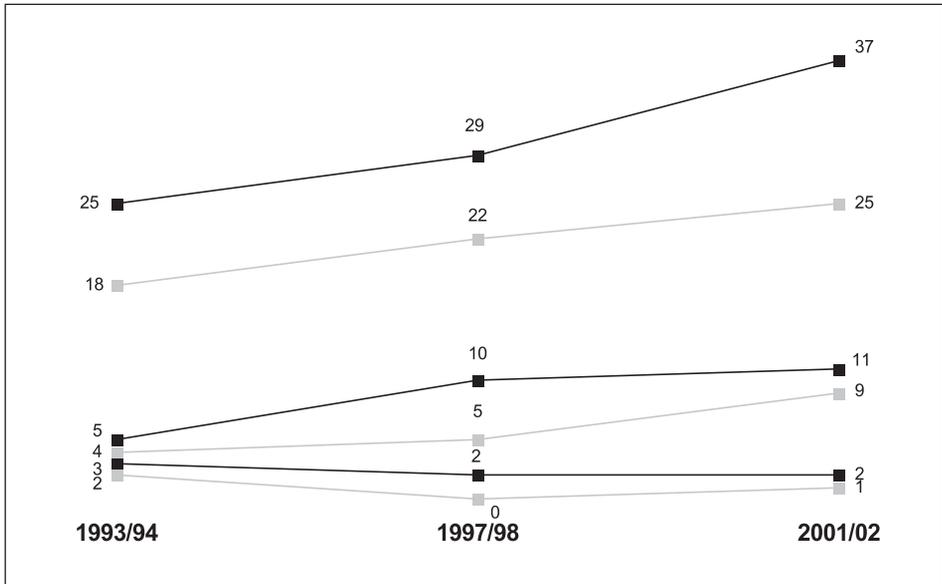
Aktueller Alkoholkonsum nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent)

Gesamtalkoholindex	Gesamt		11-Jährige		13-Jährige		15-Jährige	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
kein Alkohol	53,2	56,9	78,8	88,5	54,2	55,9	20,9	21,6
gelegentlicher Konsum	30,9	32,4	18,8	12,1	34,5	35,6	42,1	53,8
regelmäßiger Konsum	15,9	10,7	2,4	0,6	11,3	8,5	37,0	24,6

Quelle: HBSC 2001/02: Daten für Deutschland (N = 5.650)

## Entwicklung des Alkoholkonsums

Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) bei 11- bis 15-Jährigen (alle Getränke zusammen): Vergleich der Quoten von 1993/94, 1997/98 und 2001/02 in Nordrhein-Westfalen, Jungen und Mädchen (Angaben in Prozent)



Quelle: HBSC Nordrhein-Westfalen

Ein Vergleich der HBSC Ergebnisse aus Nordrhein-Westfalen seit 1993 zeigt: Nachdem die Raten der regelmäßigen Alkoholkonsumenten unter den 11-, 13- und 15-Jährigen im Verlauf der 90er Jahre wieder leicht angestiegen sind, konnte bei 15-jährigen Jungen im Jahr 2002 ein deutlicher Anstieg der Raten beobachtet werden. Bei Mädchen ist die Rate in dieser Altersgruppe dagegen nur leicht angestiegen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch die bayerische Jugendgesundheitsstudie "Jugend in Bayern" (2001). Hier konnte für den Zeitraum von 1995 auf 2000 bei 15- bis 17-jährigen Jungen, jedoch nicht bei Mädchen, ein Anstieg des regelmäßigen Alkoholkonsums nachgewiesen werden. Bei

den 13-jährigen Jungen hat sich der Anstieg von 1993/94 zu 1997/98 nicht fortgesetzt. Bei Mädchen in dieser Altersgruppe hat sich die Rate des regelmäßigen Alkoholkonsums jedoch etwas erhöht, sodass von einer Angleichung der Raten für Jungen und Mädchen gesprochen werden kann, die sich bereits 1993/94 andeutete.

Für den allgemeinen Anstieg des Alkoholkonsums unter den 13- und 15-Jährigen gibt es wahrscheinlich zwei Gründe: Zum einen führt ein früheres Einstiegsalter in den Alkoholkonsum zu einer leichten Steigerung der Konsumraten, viel bedeutender scheint jedoch ein verändertes Angebot alkoholischer Getränke zu sein. Fertig gemischte Schorlen, Biermixgetränke und mit Spirituosen versetzte Limona-

den ("Alcopops") zielen zunehmend auf eine sehr junge Konsumenten-gruppe. Diese Entwicklung, die in Großbritannien bereits Ende der 90er Jahre zu beobachten war, zeigt sich nun auch in Deutschland: Bereits 3,6% der befragten Jungen aus der 5. Klasse greifen regelmäßig zu diesen Mixgetränken. In dieser Gruppe ist damit der Konsum von Mixgetränken etwa doppelt so häufig wie der von Bier. Die Mädchen dieser Altersgruppe gaben zu 1,1% an Mixgetränke regelmäßig zu trinken. Unter den Schülerinnen und Schülern der 7. Klasse, die im Mittel 13 Jahre alt sind, gaben 8,2% der Jungen und 5,4% der Mädchen einen regelmäßigen Konsum von Mixgetränken an, in der 9. Klasse, mit im Durchschnitt 15-Jährigen, sind es bereits 22,1% der Jungen und 14,7% der Mädchen. Gene-

rell steht bei den Jugendlichen diese Art von Getränken inzwischen, nach dem Bier, an der zweiten Stelle der konsumierten alkoholischen Getränke.

### Häufigkeit von alkoholbedingten Rauscherfahrungen

Die Jugendlichen wurden in der HBSC-Studie daher gefragt, wie häufig sie bereits soviel Alkohol getrunken haben, dass sie einen Rausch hatten. Dabei wurden die Angaben von mehr als zwei bisherigen Rauscherfahrungen zu einer Kategorie zusammengefasst. Dieser Grenzwert ist zwar willkürlich gewählt, markiert jedoch in gewisser Weise ein sich aufbauendes Gefährdungsmuster, das über einen reinen Genusskonsum hinausgeht und ein gesundheitliches Risiko markiert.

Alkoholbedingte Rauscherfahrungen nach Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent)

	Gesamt		11-Jährige		13-Jährige		15-Jährige	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
nie	69,3	72,9	88,7	95,3	73,1	75,1	40,9	45,0
einmal	11,9	12,6	8,0	3,8	13,9	14,6	14,8	20,6
2- 3-mal und häufiger	18,8	14,4	3,3	0,9	12,9	10,3	44,3	34,4

Quelle: HBSC 2001/02: Daten für Deutschland (N = 5.650)

Etwa 70% der 11- bis 15-Jährigen gaben an, in ihrem Leben noch nie einen Alkoholrausch gehabt zu haben (Jungen: 69,3%, Mädchen: 72,9%). Unabhängig vom Geschlecht nimmt dieser Wert mit dem Alter deutlich ab,

so dass im Alter von 15 Jahren nur noch 40,9% der Jungen und 45% der Mädchen diese Angabe machten. Betrachtet man die ermittelten Häufigkeiten zu mehr als zwei Rauscherfahrungen wird deutlich, dass Jungen

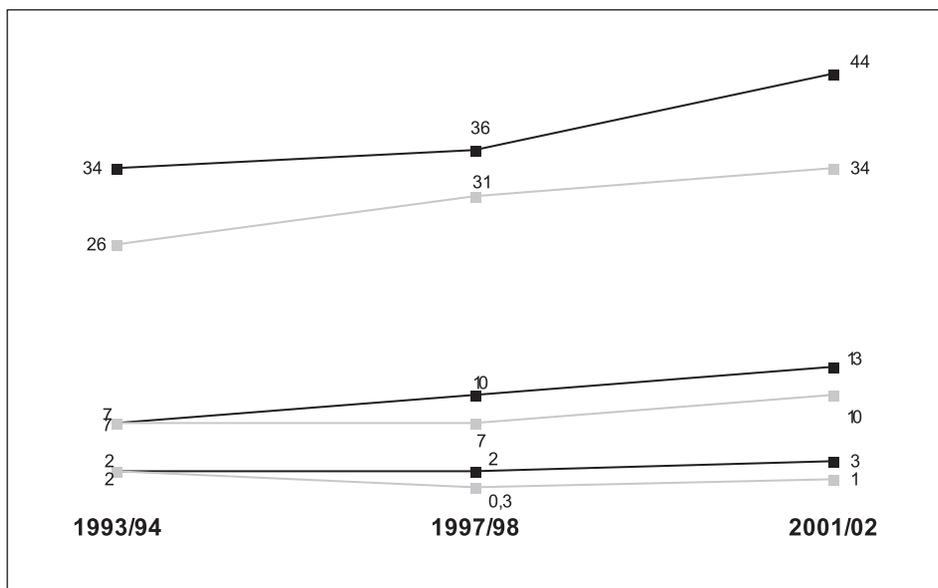
aus jeder Altersstufe häufiger betrunken waren als gleichaltrige Mädchen. Bei der Betrachtung der Raten für mehr als 10 Rauscherfahrten wird der Geschlechtsunterschied noch ausgeprägter. Dies berichten knapp dreimal so viele Jungen (15,4%) wie Mädchen (5,9%).

Der regelmäßige Konsum von Alkohol gilt als gesundheitlich bedenklich, beschreibt jedoch noch nicht zwangsläufig ein missbräuchliches und schädliches Verhältnis zum Alkohol. Regelmäßiger Konsum in kleinen Mengen ist vielmehr die Vorwegnahme eines normalen Verhaltens im Erwachsenenalter. Die Häufigkeit von Rauscherfahrten kann dagegen als

ein Indikator für schädlichen bzw. gesundheitsgefährdenden Konsum bei den Kindern und Jugendlichen angesehen werden. Die damit verbundenen unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit der Jugendlichen (z.B. Unfälle, Gewalt oder anderes abweichendes Verhalten) können dramatisch ausfallen. Starker Alkoholkonsum führt zu einem Verlust der motorischen Fähigkeiten und des Urteilsvermögens und lässt darüber hinaus die Hemmschwelle für deviantes Verhalten deutlich sinken. Gerade im frühen Jugendalter treten diese negativen Effekte recht schnell auf, schon bei einer relativ kleinen Menge konsumierten Alkohols.

### Entwicklung der Rauscherfahrten

Rauscherfahrten (mehr als 2mal im Leben) bei 11- bis 15-Jährigen: Vergleich der Quoten von 1993/94, 1997/98 und 2001/02 in Nordrhein-Westfalen, Jungen und Mädchen (Angaben in Prozent)



Quelle: HBSC-Survey Nordrhein-Westfalen

Wie für den regelmäßigen Alkoholkonsum, kann auch für wiederholte Rauscherfahrten bei 15-jährigen Jungen im Jahr 2002 ein deutlicher Anstieg der Raten beobachtet werden (siehe Abb. 4). Bei 15-jährigen Mädchen ebenso wie für die 13-Jährigen lässt sich demgegenüber nur ein geringer Anstieg der alkoholbedingten Rauscherfahrten nachweisen. Für 11-Jährige liegen die Raten über die drei Erhebungszeitpunkte auf etwa gleich niedrigem Niveau.

### **Einstiegsalter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Alkoholrausches**

Alkohol ist nach wie vor das am häufigsten konsumierte "Rauschmittel" im Jugendalter. Je früher junge Men-

schen erste Erfahrungen mit dem Alkoholkonsum machen oder aber ihren ersten Alkoholrausch erleben, um so größer gestaltet sich ihr Risiko, im späteren Lebenslauf Alkoholprobleme zu entwickeln. Dies ist zwar nicht zwangsläufig, stellt jedoch im Zusammenhang mit weiteren Risikofaktoren einen empirisch nachweisbaren Prädiktor für die Suchtentwicklung dar. In unserem Fragebogen ermittelten wir auch Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums und Alkoholrausches. Um die Genauigkeit und Vergleichbarkeit der Daten zu erhöhen, wurde die Analysen auf die 15-Jährigen begrenzt.

Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums und des ersten Rausches

	<b>Gesamt</b>	<b>Jungen</b>	<b>Mädchen</b>
Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums <sup>1</sup>	12,8	12,8	12,9
Durchschnittsalter des ersten Alkoholrausches <sup>2</sup>	13,8	13,7	13,9

Quelle: HBSC 2001/02: Daten für Deutschland (N = 5.650)

<sup>1</sup> (15-Jährige, die jemals Alkohol getrunken haben)

<sup>2</sup> (15-Jährige, die jemals einen Rausch hatten)

Das Durchschnittsalter des ersten Alkoholkonsums liegt derzeit bei 12,8 Jahren; bei Jungen nur unwesentlich früher als bei Mädchen. Der erste Alkoholrausch findet mit durchschnittlich 13,8 Jahren statt, also in der Regel etwa ein Jahr nachdem erste Erfahrungen mit dem Alkohol gemacht

wurden. Jungen erleben ihren ersten Alkoholrausch dabei signifikant früher als Mädchen.

## Ursachen und Gelegenheiten für jugendlichen Alkoholkonsum

Sozioökonomische Unterschiede im Alkoholkonsum

Regelmäßiger Alkoholkonsum nach familiärem Wohlstand, Odds Ratios (OR), 95% Konfidenzintervalle (KI), Jungen und Mädchen <sup>a</sup>

Familiärer Wohlstand	Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche)	
	Jungen	Mädchen
I (hoher Wohlstand)	1.00 <sup>b</sup>	1.00 <sup>b</sup>
II	1.01 (0.71-1.42)	1.20 (0.81-1.79)
III	1.01 (0.72-1.42)	1.13 (0.75-1.70)
IV	0.74 (0.51-1.06)	0.99 (0.66-1.49)
V (niedriger Wohlstand)	0.53 * (0.35-0.79)	0.78 (0.51-1.20)
p-Werte	P = 0.006	ns

\* Die Kategorien, die im Vergleich zur Referenzgruppe ein signifikant höheres bzw. niedrigeres Gesundheitsrisiko aufweisen.

<sup>a</sup> Multiple logistische Regressionsmodelle, kontrolliert für Alter

<sup>b</sup> Referenzgruppe

Vom Alkoholkonsum wird erwartet, dass dieser durch die soziale Lage der Jugendlichen variiert wird. Es wird häufig erwartet, dass Jugendliche aus sozial benachteiligten Lagen häufiger trinken und auch häufiger betrunken sind. Dies wurde mit den aktuellen Daten aus unserer Studie überprüft. Bezüglich des regelmäßigen Alkoholkonsums lässt sich nur für Jungen ein signifikanter Effekt entlang des Wohlstandsindikators nachweisen. Interes-

santerweise zeigt sich hier ein inverser sozialer Gradient. Jungen aus dem niedrigsten Wohlstandskuintil haben ein signifikant niedrigeres relatives Risiko, regelmäßig Alkohol zu trinken als diejenigen aus dem höchsten Wohlstandskuintil. Soziale Mängel Lage verhindert hier in gewissem Sinne offenbar den regelmäßigen Alkoholkonsum.

Ein Einfluss des familiären Wohlstandsindex auf wiederholte Rauscherfah-

rungen von Jugendlichen konnte nicht nachgewiesen werden. Vergleicht man aber die einzelnen Kategorien des Index fällt - wie bereits beim regelmäßigen Alkoholkonsum - auf, dass die Odds Ratios für Rauscherfahrten bei Jungen und Mädchen aus dem niedrigsten Wohlstandskuintil signifikant unter dem Wert der Referenzgruppe liegen. Bei den Mädchen aus der vorletzten Kategorie zeigt sich interessanterweise ein höheres relatives Risiko für Raucherfahrten. Jedoch fassen die berechneten Konfidenzintervalle den Referenzwert 1, der eine vollständige statistische Unabhängigkeit markiert, gerade noch mit

ein, so dass für diese Risikokalkulation keine statistische Signifikanz erreicht wird. Allein Jugendliche aus der untersten Wohlstandskategorie haben auch hier ein geringeres Risiko für alkoholbedingte Rauscherfahrten.

### **Der Einfluss der Gleichaltrigen- gruppe auf den Alkoholkonsum**

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass Alkohol zusammen mit Freund/innen konsumiert wird. Die Zahlen in der voranstehenden Tabelle zeigen, dass es in der Tat häufige Treffen mit den Freund/innen am Abend sind, die Gelegenheiten für regelmäßige

Wiederholte Rauscherfahrten nach familiärem Wohlstand, Odds Ratios (OR), 95% Konfidenzintervalle, Jungen und Mädchen <sup>a</sup>

Familiärer Wohlstand	<b>Rauscherfahrt</b> (2 bis 3-mal und mehr im Leben)	
	Jungen	Mädchen
I (hoher Wohlstand)	1.00 <sup>b</sup>	1.00 <sup>b</sup>
II	0.76 (0.54-1.05)	1.12 (0.78-1.60)
III	0.85 (0.61-1.17)	0.96 (0.67-1.39)
IV	0.72 (0.52-1.01)	1.40 (0.99-1.99)
V (niedriger Wohlstand)	0.67 * (0.47-0.96)	0.62 * (0.42-0.92)
p-Werte	ns	ns

\* Die Kategorien, die im Vergleich zur Referenzgruppe ein signifikant höheres bzw. niedrigeres Gesundheitsrisiko aufweisen.

<sup>a</sup> Multiple logistische Regressionsmodelle, kontrolliert für Alter

<sup>b</sup> Referenzgruppe

gen Alkoholkonsum und für Rauscherfahrungen sind. Dies gilt besonders für die 13-Jährigen, und hier besonders für Mädchen. So ist das Risiko, bereits mehrfache Rauscherfahrungen zu haben bei 13-jährigen Mädchen um das vierfache erhöht, wenn diese sich häufig am Abend treffen. Bei Jungen erhöht sich dieses Risiko "lediglich" um das 3,4-fache. Unter den 15-Jährigen lässt dieser Einfluss der Gleichaltrigengruppe wieder leicht nach.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, welche starke Rolle das andere Geschlecht bei der Motivation zum Alkoholkonsum spielt. Während die Anzahl gleichgeschlechtlicher Freunde bei 13-Jährigen keine signifikante Rolle spielt, ist es der Kontakt zu Freunden des anderen Geschlechts, der in diesem Alter den regelmäßigen Alkoholkonsum bei Jungen um das 1,5-fache und bei Mädchen um das 2,5-fache erhöht. Ähnliches zeigt sich auch in Bezug auf die Rauscherfahrungen.

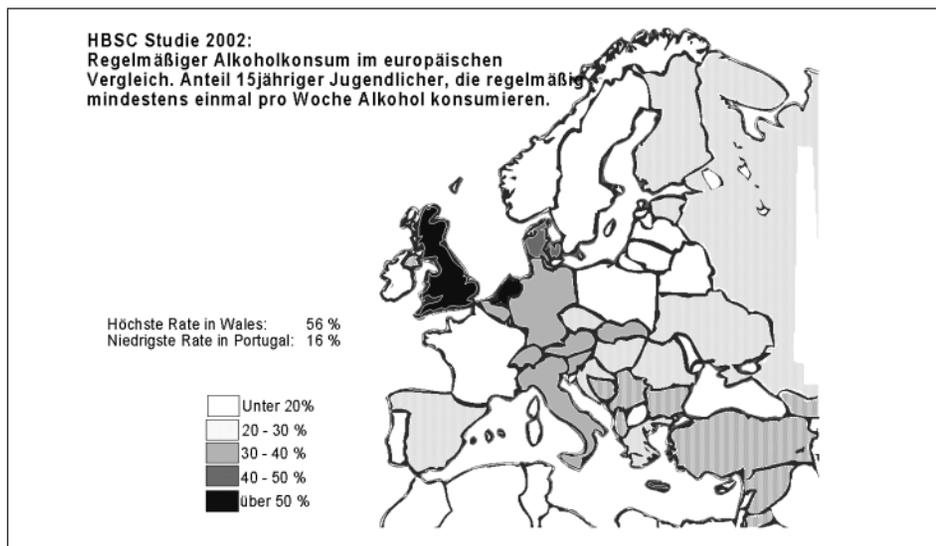
Einfluss der Peer-Group auf den Alkoholkonsum und die Rauscherfahrungen bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Geschlecht

Method: Logistic regression, Odds Ratios;	11		13		15	
	J	M	J	M	J	M
Regelmäßiger Alkoholkonsum (>2mal pro Woche) bei mehr als 3 Freunden des gleichen Geschlechts	1,2	1,6	1,2	1,4	1,5	1,3
Regelmäßiger Alkoholkonsum (>2mal pro Woche) bei mehr als 3 Freunden des anderen Geschlechts	1,3	1,7	1,5	2,5	1,6	2,1
Rauscherfahrungen (> 2 mal im Leben) bei mehr als 3 Freunden des gleichen Geschlechts	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,2
Rauscherfahrungen (> 2 mal im Leben) bei mehr als 3 Freunden des anderen Geschlechts	1,8	1,8	1,8	2,5	1,6	1,8
Regelmäßiger Alkoholkonsum (>2mal pro Woche) bei häufigen Treffen mit Freunden am Abend (>3/Woche)	2,3	2,0	2,6	3,9	2,2	3,6
Rauscherfahrungen (> 2 mal im Leben) bei häufigen Treffen mit Freunden am Abend (>3/Woche)	2,9	3,9	3,4	4,0	2,6	3,0

In der überwiegenden Zahl der Länder spielt ein regelmäßiger Alkoholkonsum unter den 11-Jährigen noch keine wesentliche Rolle. Bis auf wenige Ausnahmen liegen die Raten unter einem Durchschnitt von 5%. Besonders gering sind die Raten in Portugal, Norwegen, Finnland, Lettland und der Schweiz, wo unter den 11-jährigen Mädchen ein regelmäßiger Alkohol-

konsum praktisch nicht vorkommt. Dagegen fallen einige Länder, wie etwa Italien, Israel, England und Wales durch eine erstaunlich hohe Konsumrate in dieser Altersgruppe auf.

Eine moderate Steigerung der Raten ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der 13-Jährigen. Die Rangfolge der Länder bleibt dabei nahezu gleich.



Lediglich in Deutschland und Dänemark zeigt sich eine überdurchschnittliche Steigerung während in Israel die Rate nur geringfügig zunimmt.

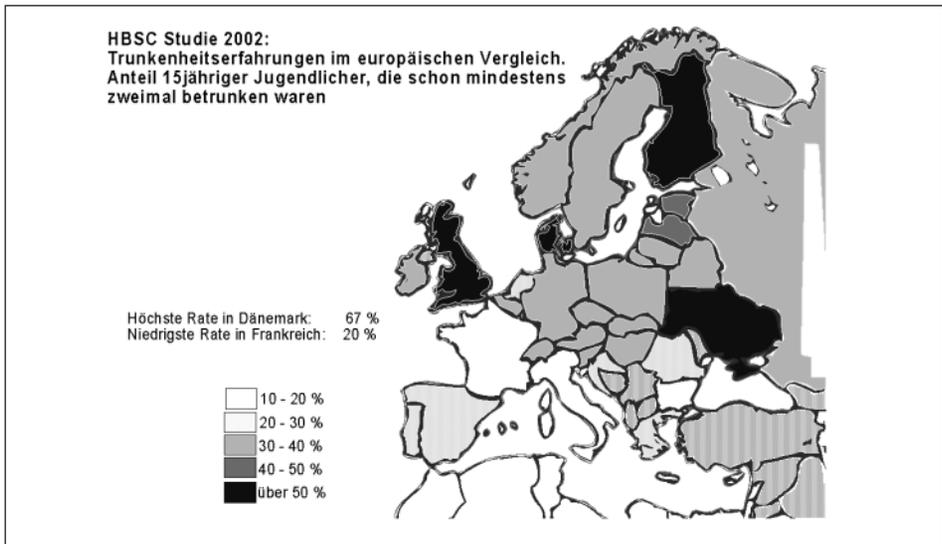
Unter den 15-Jährigen ist der Konsum von Alkohol bereits bei einem Großteil der Jugendlichen in allen Ländern üblich. Die Raten der Jugendlichen, die regelmäßig wöchentlich trinken zeigen jedoch zwischen den Ländern deutliche Unterschiede. So sind die Raten in Großbritannien, den Niederlanden und in Dänemark am höchsten, während in den Mittelmeerländern, mit Ausnahme von Italien, nur relativ wenige 15-Jährige regelmäßig trinken. Die Jungen zeichnen sich in allen hier beteiligten Ländern durch einen wesentlich häufigeren Alkoholkonsum aus.

### **Trunkenheitserfahrungen**

Bei den 11-Jährigen sind es etwa in England und Wales bereits etwa 10%, die häufiger als zweimal in ihrem

Leben betrunken waren, unter den 13-Jährigen geht die Rate in diesen Ländern bereits herauf bis 30 % und bei den 15-Jährigen liegen die höchsten ermittelten Raten bei 60% darüber. Jungen haben häufiger Erfahrungen mit Trunkenheit als Mädchen. Besonders unter den 11-Jährigen ist der Geschlechtsunterschied nahezu in allen Ländern mehr als doppelt so groß. Mit zunehmendem Alter relativiert sich die Differenz zwischen den Geschlechtern.

Während 11-jährige Deutsche ausgesprochen selten bereits Erfahrungen mit dem Betrunken sein haben, steigert sich dies bei den 13-Jährigen auf 13% unter den Jungen und 10% unter den Mädchen. Unter den 15-Jährigen gaben in Deutschland 44% der Jungen und 34% der Mädchen an, bisher häufiger als zweimal betrunken gewesen zu sein. Im internationalen Vergleich ist dies im Mittelfeld.



Es ist dabei ein geografisches Muster zu beobachten das anzeigt, dass Jugendliche aus den südeuropäischen, mediterranen Ländern Portugal, Israel, und Frankreich recht selten betrunken sind, während etwa Jugendliche aus Großbritannien überproportional häufig von Trunkenheit berichten. Die internationalen Zahlen spiegeln in erster Linie die typischen kulturell bedingten Gewohnheiten des Alkoholkonsums wieder. Aber auch andere Ursachen können festgestellt werden.

### **Ursachen für die internationalen Unterschiede beim Alkoholkonsum Jugendlicher**

Der staatliche und kommunale Einfluss auf den Alkoholkonsum, nicht nur bei Jugendlichen, ergibt sich auf drei Ebenen, Availability oder Regelungen darüber, an wen Alkohol verkauft werden darf, wo und wie Alkohol verkauft wird und der Preis bzw. die Besteuerung alkoholischer Getränke.

### **Verfügbarkeit alkoholischer Getränke**

Ist Alkohol nur an wenigen Stellen zu bekommen, ist also die Verfügbarkeit eingeschränkt, so wird weniger getrunken. Eine strenge Kontrolle über den Verkauf von Spirituosen, etwa ausschließlich in speziellen Geschäften, reduziert den Alkoholkonsum ebenfalls. Der Verkauf alkoholischer Getränke hat in den einzelnen Ländern verschiedene traditionelle Wurzeln. Nur in wenigen Ländern sind, über die Altersbegrenzungen hinaus, strenge Verkaufsbeschränkungen wirksam. Nur in Kanada, Finnland, Litauen, Schweden und den Vereinigten Staaten sind eindeutige Verbote für den Verkauf in allgemein zugänglichen Stellen ausgesprochen. In vielen Ländern verlangt das Gesetz jedoch bestimmte Lizenzen für den Verkauf. In der überwiegenden Zahl der Länder werden alkoholische Getränke, wie etwa Bier und Wein, in Supermärkten und Tankstellen sowie auf nahezu allen öffentlichen Veranstaltungen angeboten. In allen Ländern ist der

Handel gehalten, die gesetzlichen Altersbeschränkungen durchzusetzen.

### **Preis**

Eine Reihe von Studien kann zeigen, dass eine hohe Besteuerung, und damit ein hoher Preis für alkoholische Getränke entscheidend die Konsummenge beeinflusst. Der regelmäßige Alkoholkonsum wird, wie das Rauchverhalten, auch durch den Preis der alkoholischen Getränke gesteuert. Dabei ist nicht allein die Variation des Preises, sondern auch die Zu- bzw. Abnahme der durchschnittlichen Kaufkraft der Jugendlichen zu beachten. Bei der Betrachtung des zeitweisen Alkoholmissbrauchs in Form von Rauschtrinken spielt der Preis jedoch offenbar eine untergeordnete Rolle.

### **Wirtschaftliche Lage**

Der Anteil Alkohol konsumierender Jugendlicher folgt offenbar der industriellen Entwicklung der Länder. Dabei ist es vermutlich neben der Produktivität insbesondere auch die damit einhergehende Konsumorientierung in den osteuropäischen Ländern, die zu den so stark steigenden Konsumentenzahlen im Jugendalter führt. Dabei spielt, neben den bereits genannten Faktoren, auch der Medienkonsum und die damit verbundene Exposition gegenüber einschlägiger direkter und indirekter Werbung eine große Rolle.

### **Werbung**

Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke beruhen in der überwiegenden Zahl der Länder auf freiwilligen Selbstbeschränkungen der Indu-

strie. So wird inzwischen in vielen Ländern auf Werbung in spezifischen Jugendmedien, wie etwa Jugendzeitschriften verzichtet. Auch Plakatwerbung in unmittelbarer Nähe von Schulen, Gesundheits- und Jugendeinrichtungen wird weitgehend vermieden.

Nur in wenigen Ländern existieren gesetzliche Regelungen, die über dies hinausgehen. So haben etwa Belgien, Litauen, Norwegen, Polen und Schweden ein nahezu totales Werbeverbot erlassen, das lediglich noch durch Sport- und Kultursponsoring durchbrochen wird. In Dänemark, Frankreich, Deutschland, Ungarn und der Schweiz wurde die inhaltliche Darstellung der Werbung reglementiert. Hier dürfen Jugendliche nicht explizit durch die Werbung angesprochen werden. Lediglich in Frankreich ist die Werbung mit gesundheitsbezogenen Warnhinweisen versehen.

In gleicher Weise wie die Tabakwerbung ist auch die Werbung für alkoholische Getränke für das Verhalten der Jugendlichen wirksam. Die Ausrichtung der Werbebotschaften an einem jugendlichen Lebensstil auch unter Einbeziehung junger Frauen scheint mitverantwortlich für die zu beobachtenden Zuwachsraten und für die Unterschiede zwischen den Konsumentenraten bei Mädchen und Jungen. Strenge Werbebeschränkungen, die etwa für Belgien, Polen und Schweden verzeichnet sind, gehen einher mit einer Veränderung der Trinkgewohnheiten in diese Ländern, hier nimmt der regelmäßige Alkoholkonsum ab. Dieser Effekt kann aber nur im Zusammenhang mit anderen gesetzlichen Jugendschutzmaßnahmen, wie etwa eingeschränktem Verkauf, Altersbegrenzungen und erhöhtem Preis erwartet werden.

## Jugendschutz und Altersbeschränkungen

Die Heraufsetzung des Mindestalters für den Erwerb und den Konsum von Alkohol reduziert die Häufigkeit alkoholbedingter Unfälle und anderer Auffälligkeiten im Jugendalter. Durch strengere Gesetze verändern sich auch die sozialen Normen und die gesellschaftliche Toleranz des Alkoholkonsums. Dadurch wird ebenfalls eine Reduzierung der allgemein verzehrten Alkoholmenge erreicht. Das Ausmaß und der Grad der Durchsetzung solcher Maßnahmen ist in den verschiedenen Ländern geprägt durch kulturelle und historische Ausgangsbedingungen wie etwa die vorwiegende religiöse Orientierung der Bevölkerung und damit verbundene Riten und Traditionen, gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen und durch die Macht entsprechender Interessengruppen.

Die gesetzlichen Altersbeschränkungen zum Erwerb und zum öffentlichen Konsum alkoholischer Getränke variiert selbst innerhalb der Europäischen Gemeinschaft. Während die überwiegende Zahl der Länder ein Mindestalter von 18 Jahren fordern, die USA und Litauen sogar von 21 Jahren, ist in Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich Ungarn und der Schweiz ein Mindestalter von 16 Jahren zumindest für Getränke mit geringem Alkoholgehalt festgelegt. Griechenland und Portugal haben keine festgelegte Altersbegrenzung. Diese Begrenzungen werden in den einzelnen Ländern mit unterschiedlicher Strenge durchgesetzt, so dass es sich hier eigentlich lediglich um grobe Richtwerte handelt. Einflüsse der Altersbegrenzung auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen können daher auch nicht unmittelbar festgestellt werden.

## Prävention

Hinsichtlich des Ziels einer deutlichen Reduktion alkoholbedingter gesundheitlicher Schäden, wie sie in der 1995 verabschiedeten Europäische Charta Alkohol (WHO 1996) festgeschrieben wurde, wird hier ein deutlicher Nachholbedarf deutlich. Diese Charta schlägt verschiedene Strategien zur Eindämmung des Alkoholkonsums vor. Dies ist etwa eine allgemeine Information über die gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums, die Einsetzung einschlägiger Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter, sowie die Einschränkung der Verfügbarkeit alkoholischer Getränke durch gesetzliche Regelungen und Besteuerung. Der internationale Vergleich zeigt jedoch, dass die Durchsetzung staatlich restriktiver Mittel zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Jugendlichen nicht ausreicht.



## **Hart am Limit - HaLT**

# *Ein Projekt der Sekunderprävention für Kinder und Jugendliche mit Alkoholvergiftung im Krankenhaus*

**Heidi Kuttler**

**Sabine Lang**

Villa Schöpfli  
Zentrum für Suchtprävention  
Franz-Ehret-Str. 7  
79541 Lörrach-Brombach  
Tel. 07621/914 909 3  
Fax 07621/914 909 9  
E-Mail [sabine.lang@blv-suchthilfe.de](mailto:sabine.lang@blv-suchthilfe.de)

## **Zunahme von riskantem Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen**

Die Zahl der 13-Jährigen, die mehr als zweimal im Leben betrunken waren, hat sich im letzten Jahrzehnt von 7% auf 10% (Mädchen) bzw. 13% (Jungen) erhöht. Bei den 15-Jährigen stieg dieser Anteil von 26% auf 34% bei den Mädchen und von 34% auf 44% bei den Jungen. Das Alter bei der ersten Rauscherfahrung ist ebenfalls deutlich gesunken und liegt mittlerweile bei 13,8 Jahren (HBSC 2003, S. 118 f). Im südbadischen Lörrach waren Klinikärzte und Präventionsfachkräfte im Jahr 2002 auf einen besorgniserregenden Anstieg bei den Krankenhauseinweisungen von Kindern und Jugendlichen aufmerksam geworden. Die Analyse der Daten ergab, dass die Zahl der 12- bis 17-Jährigen, die mit einer Alkoholintoxikation in der Kinderklinik aufgenommen wurden, im Zeitraum 1999 bis 2002 von 16 auf 56 gestiegen war, mehr als die Hälfte (30) der Eingelieferten im Jahr 2002 waren Mädchen.

Aufgrund dieser Entwicklungen wurde von der "Villa Schöpfung – Zentrum für Suchtprävention" in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Kommune, Vereinen, Schulen, Schulsozialarbeiter/innen und der Polizei ein breit angelegtes Präventionskonzept entwickelt: Hart am Limit - HaLT. Im Rahmen von HaLT werden einerseits Einzelgespräche und Gruppenangebote für betroffene Jugendliche durchgeführt und ihren Eltern Hilfestellung angeboten, andererseits soll durch einen breiten kommunalen Ansatz der verantwortungsbewusste Umgang mit Alkohol bei Festen, in Jugendkneipen, im Einzelhandel und an Schulveranstaltungen gefördert werden. HaLT

wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung als Pilotprojekt gefördert und ab Juli 2004 in einer Modellphase von weiteren neun Bundesländern umgesetzt. Aktuell werden erstmals bundesweit die Zahlen stationär behandelter Alkoholintoxikationen bei den 12- bis 17-Jährigen erhoben. Vergleichbare Trends wie in Lörrach zeichnen sich ab, die Ergebnisse werden für Frühsommer 2004 erwartet.

## **Mögliche Ursachen für die Zunahme riskanter Trinkmuster**

Fragt man die Jugendlichen in der Klinik nach den Gründen für den exzessiven Alkoholkonsum, unterscheiden sich die Antworten nicht von dem, was Pädagog/innen in Zusammenhang mit Rauschtrinken bekannt ist: "Langeweile", "Ich hab gar nicht registriert, dass ich so viel trinke", "Wir wollten richtig einen drauf machen!" oder "Ich hatte Zoff mit meiner Mutter". Dass sich eine relativ kleine, aber doch deutlich ansteigende Zahl von Kindern und Jugendlichen nicht "nur" betrinkt, sondern mit Alkohol in einen gesundheits- oder gar lebensbedrohlichen Zustand versetzt, hat eine Vielzahl von Gründen. Kinder und Jugendliche gestalten immer früher ihre Freizeit außerhalb ihrer Familie, gehen in Kneipen, auf Partys und in die Disco - was auch einen früheren Kontakt mit Alkohol mit sich bringt. Die Initiation in den Alkoholkonsum hat sich damit mehr und mehr von der familiären Obhut in die Öffentlichkeit verschoben. Eine deutliche Reglementierung des jugendlichen Suchtmittelkonsums durch fremde Erwachsene bleibt hier in der Regel aus, die familiäre Regelungsfunktion ist damit nahezu ersatzlos weggefallen. Das Jugendschutz-

gesetz wird nicht konsequent umgesetzt, wie Testkäufe immer wieder zeigen. Betrunkene Jugendliche werden von Erwachsenen nicht angesprochen, aus Desinteresse oder auch aus Furcht vor aggressiven Reaktionen. Diese damit einhergehende geringe Orientierung im Umgang mit Alkohol kann zu Fehleinschätzungen durch die Jugendlichen führen, mit massiven gesundheitsgefährdenden Folgen. Ein geringes Körpergewicht der Kinder und Jugendlichen (weshalb vermutlich auch Mädchen so häufig betroffen sind) trägt ebenfalls dazu bei, dass die aufgenommene Alkoholmenge bis in eine Bewusstlosigkeit führen kann.

Dass das Rauschtrinken von Kindern und Jugendlichen eine ähnliche Entwicklung nimmt wie der Verkauf von Alcopops, springt ins Auge. Eine Repräsentativerhebung der BZgA ergab, dass sich der Anteil der 14- bis 19-Jährigen, die im letzten Monat dreimal und öfter Alcopops gekauft haben, zwischen 1998 und 2003 von 2% auf 20% erhöht hat (BZgA 2003). 12% der 14- bis 17-Jährigen trinken mindestens einmal wöchentlich Alcopops. Vermutlich sinkt durch die aromatische Süße und den kaum zu schmeckenden Alkohol gerade für junge Jugendliche die Hemmschwelle, überhaupt Alkohol zu trinken. Darüber hinaus werden auf diese Weise auch die hochprozentigen Bestandteile vieler Alcopops, etwa Wodka oder Rum, die für Kinder und Jugendliche lange Zeit tabu waren, immer früher getrunken. Der Konsum großer Mengen dieser Spirituosen in Reinform ist nach den bisherigen Erfahrungen meist Auslöser der stationär behandelten Vergiftungen.

## **HaLT – das Konzept Gruppenangebot RISIKO CHECK für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum**

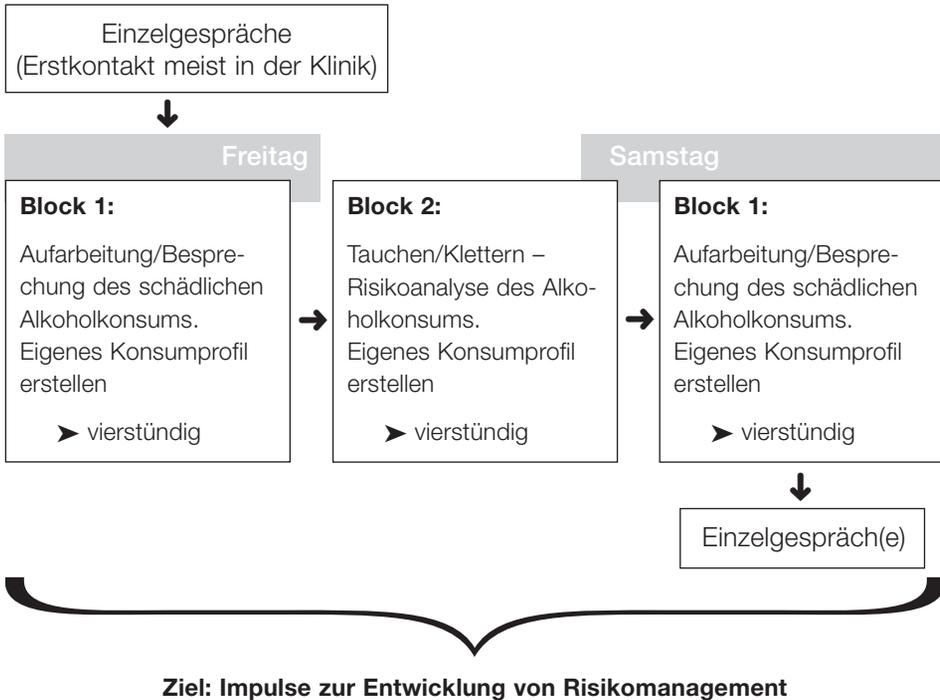
Für die Überleitung betroffener Jugendlicher in das Gruppenangebot der Villa Schöpflin wurde gemeinsam mit den Klinikärzt/innen ein für alle Beteiligten transparentes Ablaufschema entwickelt, das auch rechtliche Voraussetzungen, wie beispielsweise eine Schweigepflichtentbindung, berücksichtigt. Fortbildungen für die Klinikärzte/innen machen das Angebot und die Abläufe bekannt. Regelmäßige Info-Briefe geben dem medizinischen und dem Pflegepersonal in der Klinik ein Feedback über die weitere Arbeit mit den betroffenen Jugendlichen.

Das Risikoverhalten von Jugendlichen ist nicht irrationaler Natur, vielmehr ist es in Zusammenhang mit Entwicklungsanforderungen während der Adoleszenz und der hohen Attraktivität neuer, grenzüberschreitender Erfahrungen gerade in dieser Altersspanne zu verstehen. Jugendliches Risikoverhalten basiert auf dem Reiz der Gefahr und ermöglicht dadurch häufig soziale Anerkennung in der Peer-Gruppe oder auch eine deutliche Abgrenzung von elterlichen Normen. (Silbereisen/Reese 2001, S. 133). Auch leben Jugendliche primär gegenwartsbezogen und orientieren sich weit mehr als Erwachsene an den momentanen Vorteilen von Handlungen: der unmittelbare Gewinn beim Trinken auch großer Mengen Alkohol wiegt deutlich schwerer als mögliche Risiken, in eine Abhängigkeit zu geraten oder irgendwann "im Greisenalter" einen Leberschaden davonzutragen. Das Ausleben riskanter Verhaltensweisen wie der exzessive Alkoholkonsum erscheint den Akteur/innen daher sub-

ektiv als sinnvoll, weil die kurzfristig erzielten Vorteile durch längerfristig mögliche Nachteile nicht überdeckt werden (Engel/Hurrelmann, 1993, S. 193).

Auf dieser subjektiven Sinnhaftigkeit des exzessiven Alkoholkonsums muss

ein Gruppenangebot für diese Zielgruppe aufbauen. Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen werden nur dann aufgegeben, wenn die von der Prävention angestrebten gesundheitsfördernden Haltungen mit positiven und lustvollen emotionalen Erlebnissen verbunden sind.



Eineinhalb Tage setzen sich die teilnehmenden Jugendlichen beim RISIKO CHECK genauso mit den unbestrittenen Vorteilen wie auch den sichtbaren Nachteilen von Risikoverhalten auseinander. Sie lernen auch die Grenzen des genussorientierten, missbräuchlichen und abhängigen Konsums zu unterscheiden und gelangen zu einer individuellen Bewertung ihres Trinkverhaltens. Die Jugendlichen bearbeiten in der Gruppe

die Fragen: Wie viel Alkohol trinke ich und in welchen Situationen? Was motiviert mich zu trinken und warum fällt es mir schwer, auf Alkohol zu verzichten?

Als erlebnispädagogischer Baustein wurde das Tauchen gewählt, da die richtige Ausrüstung und Vorbereitung beim Erlebnis Tauchen lebensnotwendig ist und da zu jedem Tauchgang auch eine Nachbereitung gehört. Ein Taucher bereitet seinen Tauchgang

sorgfältig vor. Er wählt einen verlässlichen Buddy aus und klärt zuvor wichtige Kommunikationsregeln mit ihm ab, damit das Tauchen voll positiver Emotionen und gefahrlos bleibt. Abtauchen in eine andere Welt ist reizvoll, aber es muss kontrolliert sein und mit "Rückkehrgarantie". Maximalen Spaß gibt es nur bei maximaler Sicherheit. Die Jugendlichen erarbeiten, wie für sie persönlich eine gute Ausrüstung für Risikosituationen, auch für eventuelles "Abtauchen" im Rausch aussehen muss. Dazu gehören verlässliche Freunde, Absprachen untereinander ("Wer fährt?"), Achtgeben auf sich selbst sowie den Blick für Andere ("Wie bin ich heute drauf?" "Braucht meine Freundin mich heute mit klarem Kopf, da sie Liebeskummer hat?"). Diese Sicherheitsregeln können beim Tauchen angesprochen und eingeübt werden, die Jugendlichen sind beispielsweise stolz, wenn sie sich anhand weniger Zeichen zuverlässig unter Wasser verständigen können und bewerten ihre Verantwortung für Andere durchaus positiv. Bei der Auswertung werden diese Erfahrungen besprochen und auf das eigene Verhalten, beispielsweise im Freundeskreis, übertragen.

Damit Rausch- und Risikoerfahrungen nicht im Nebel des Unbewussten bleiben, schaffen wir eine kommunikative Brücke zwischen alltäglicher Vernunft und den Erfahrungen aus dem Risikobereich (vgl. Koller 2003). Damit die Jugendlichen sich die Grenzen unterschiedlicher Gefahrenbereiche – geringes Risiko, berechenbares Risiko, unkalkulierbares Risiko - bewusst machen, werden die Übergänge in unterschiedlichen Risikosituationen im Gruppenangebot durch soziometrische Methoden visualisiert. Jugendliche entwickeln dabei individuelle, auf

ihre persönliche Lebenssituation bezogene risikomindernde Strategien. Sie handeln selbstbewusster und damit selbstverantwortlicher. Dies sind wesentliche Grundlagen von Risikokompetenz.

### **Kommunaler Ansatz: Sensibilisierung für den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol**

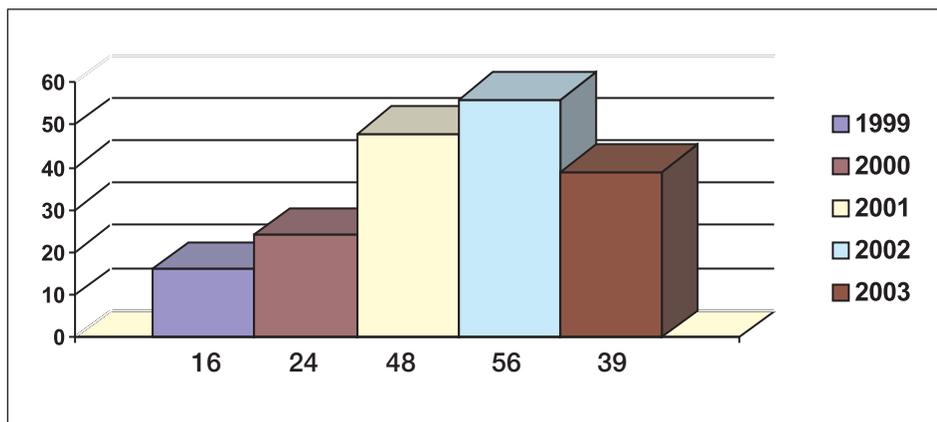
Zum Auftakt des Projektes führten fast 100 Jugendliche in 86 Gaststätten eine Untersuchung zur Preisgestaltung durch und überprüften die Einhaltung des sogenannten "Apfelsaftgesetzes". Dass nur gut die Hälfte (56%) der besuchten Kneipen die Verordnung umsetzt, wurde breit kommuniziert. Aktuell werden von den Verantwortlichen Wege entwickelt, die Einhaltung des Gesetzes systematischer zu überprüfen. Neben Schulungen von fast hundert Auszubildenden an den Kaufmännischen Schulen beteiligen sich immer mehr Einzelhändler durch verschiedene Aktionen an HaLT und setzen die Materialien zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes ein: Plakate zur Abgaberegulung ab 16 bzw. ab 18 Jahren, Aufkleber etwa am Getränkeregal sowie "rote Karten" für Jugendliche, in denen die Regelungen des Jugendschutzes kurz zusammengefasst sind.

Mittlerweile wurden die HaLT-Materialien auch bei einer Vielzahl von Sommerfesten und Fastnachtsveranstaltungen eingesetzt, ca. 40.000 Besucher/innen wurden so erreicht. Veranstalter, die sich über die strikte Einhaltung des Jugendschutzgesetzes hinaus engagieren wollen, unterzeichnen eine "Erklärung zur Durchführung von Festanlässen – für eine schöne Festkultur". Viele Veranstalter entwickeln

darüber hinaus besondere Aktionen, um riskantem Trinkverhalten bei Jugendlichen vorzubeugen: die Fastnachtscliquen einer Kommune verzichteten gemeinsam vollständig auf den Verkauf von Alcopops während der "tollen Tage". Andere wollten ihre Gäste für den Umgang mit Alkohol und Zigaretten bei den Kinder-Bällen sensibilisieren: für die Eltern gab es keinen Alkohol und es herrschte ein Rauchverbot.

Die Aktivitäten im Landkreis Lörrach und die bundesweite Sensibilisierung zur Problematik des riskanten Alkoholkonsums bei Jugendlichen zeigen erste deutliche Erfolge. Nach kontinuierlichem Anstieg ging die Zahl der stationär behandelten Jugendlichen im letzten Jahr erstmals wieder zurück. Auffällig ist, dass sich im Jahr 2003 bei fast gleichbleibender Zahl der Jungen die Zahl der Mädchen halbiert hat: von 30 auf 16.

### Klinikeinweisung von 12 – 17-Jährigen in die Kinderklinik Lörrach (1999 – 2003)



Ansichtsexemplare für die Materialien für Festveranstalter sowie die Alcopop-Flyer (pro 100 Stück 10 Euro plus Porto) können bei der Villa Schöpflin, Zentrum für Suchtprävention unter Tel. 07621/901 909 0 bestellt werden.

## Hart am Limit – HaLT



Ein Projekt der  
Sekundärprävention für  
Kinder und Jugendliche  
mit Alkoholvergiftung im  
Krankenhaus

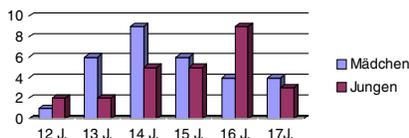
„Halt“ sagen – Halt geben

## Stichwort

### „komatöse Alkoholintoxikation“

- › Alkoholkonsum bis in die Bewusstlosigkeit
- › Mindestens 120 Gramm Alkohol innerhalb 1 - 4 Stunden aufgenommen
- › Blutalkoholwerte von 1,6 – 2,5 Promille
- › 95 % der betroffenen Jugendlichen haben hochprozentigen Alkohol getrunken

## Einweisungen von Jungen und Mädchen 12 – 17 Jahre (2002)



Gesamtzahl 56

- › 30 Mädchen
- › 26 Jungen

## Wie kam es zur Alkoholvergiftung?

„Zuerst war schon noch ein Nachdenken. Aber nach dem dritten Bier will man weitertrinken. Warum sollte man aufhören?“

„Zum Abschalten. Hab so viel Stress, mache gerade eine Lehre als Maurer.“

„Ich hab doch gar nicht so viel getrunken. Ich hätte nicht gedacht, dass mir das passiert.“

„Wir wollten testen, wie viel wir vertragen. Nach 10 Flaschen Bier für jeden haben wir mit Wodka angefangen.“

„Langeweile“

„weiß nicht“

„Ich hab ständig Zoff mit meiner Mutter. Wenn ich trinke, geht's mir besser.“

### Hypothese 1:

zusätzliche Belastungen erhöhen den Alkoholkonsum



- › Frühere Autonomie: Kinder gestalten Freizeit, Konsum etc.
- › Immer kürzere Halbwertszeit von Trends
- › Medien propagieren einen Lifestyle der Superlative
- › Hohe gesellschaftliche Leistungsorientierung
- › Hochkomplexe, ungewisse Zukunftsbilder

### Hypothese 2: Permissivität fördert den frühen Konsum



- Š BEziehung statt ERziehung in der Familie
- Š geringe soziale Kontrolle außerhalb der Familie

## Hypothese 3: Alcopops führen zu früherem Einstiegsalter

- › 5 – 6 % Alkohol
- › Limonadengeschmack à schmeckt Kindern
- › „Lifestyle-Getränk“
- › Branntweinhaltige Alcopops dürfen nur an Volljährige abgegeben werden - wird kaum umgesetzt



## HaLT – das Konzept

### Reaktiv:

Angebote für betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Eltern

### Proaktiv:

breite Sensibilisierung für die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes

Orientierung geben für den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol

## Proaktiv

- › Konsequente Einhaltung des JuSchG bei Festveranstaltungen
- › Einhaltung Jugendschutz im Einzelhandel
- › Seminare für Eltern, Lehrer/innen, Fachkräfte
- › Öffentlichkeitsarbeit



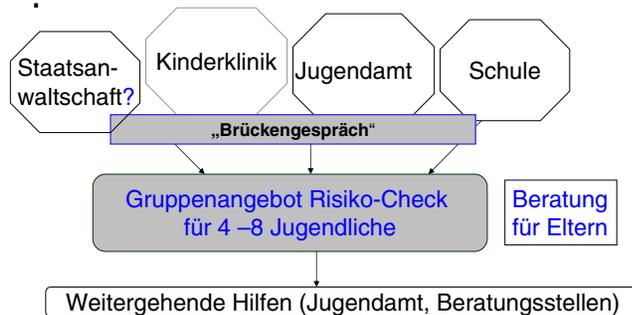


## Reaktiv

- › Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche
- › Unterstützung der Eltern
- › Vermittlung in weitergehende Hilfen bei Bedarf



## Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche



## ... zu Risikokompetenz

- › Substanzorientiert
- › Nicht abstinenzorientiert (Sicherheit im Umgang mit Alkohol)
- › Informationsvermittlung
- › Sekundärpräventive Ausrichtung



## Was heißt Risikokompetenz?

- › Informiert sein über Wirkung und Gefahren von Alkohol
- › Konsequente Punktnüchternheit
- › Nicht-schädlicher Alkoholkonsum eingebunden in Rituale
- › Sensibilität entwickeln bezüglich der Grenze zu schädlichem Gebrauch
- › Entscheidungsfreiheit bezüglich Abstinenz bzw. unschädlichem Gebrauch

## Pädagogische Leitlinien zu Risikomanagement

- › Risiko ist positiv
- › Absolute Sicherheit bedeutet Stillstand, keine Entwicklung
- › Risikosituationen nicht vermeiden, sondern lernen, damit umzugehen



## Quellenangaben

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

Engel, Uwe; Hurrelmann, Klaus (1993). Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Stressreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. Weinheim und München.

Flammer, August; Alsaker, Françoise (2002). Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern 2002.

Hurrelmann et al. (2003). Jugendgesundheitsurvey, Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München.

Kliniken des Landkreises, Datenmaterial (1999 bis 2004).

Koller, Gerhard (2003). Entwicklungspool für Rausch- und Risikokompetenz. [www.risflecting.de](http://www.risflecting.de)

Leppin, Anja; Hurrelmann, Klaus; Petermann, Harald (Hrsg.) (2000). Jugendliche und Alltagsdrogen. Berlin

Leppin, Anja, Hurrelmann, Klaus, Petermann, Harald (Hrsg.) (2000). Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Determinanten In: Leppin et al. S. 64 – 94. Berlin

Pompidou Group, Council of Europe (1999). The ESPAD Report.

Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch forsa (2003). Bekanntheit, Kauf und Konsum von Alcopops in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

Richter, Matthias; Settertobulte, Wolfgang. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Jugendgesundheitsurvey, Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München.

Silbereisen, Rainer; Reese, A. (2001). Substanzgebrauch: Illegale Drogen und Alkohol. In: Raithel, Jürgen (Hrsg.) Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Formen, Erklärungen und Prävention. Opladen.

Seifert, Thomas (1998). Die Suche nach dem Kick – was hat das mit Suchtprävention zu tun? In: Auf der Suche nach dem Kick, Jugendhilfe im Spannungsfeld von Risikobereitschaft und Suchtgefährdung. Stuttgart.

Wolffesdorff, von Christian (1998). Die Suche nach dem Kick, Über Risikoverhalten und das Bedürfnis nach Grenzziehung. In: Auf der Suche nach dem Kick, Jugendhilfe im Spannungsfeld von Risikobereitschaft und Suchtgefährdung. Stuttgart.

Ideen für HaLT auch von: [www.alles-im-griff.ch/d/die\\_gemeinden\\_handeln](http://www.alles-im-griff.ch/d/die_gemeinden_handeln); Büro für Suchtprävention, Hamburg; Arbeitskreis Suchtprophylaxe im Landkreis Emmendingen, Ansprechpartner J. Blank, blv., Tel. 07641-7315

# *Cannabis denn Sünde sein?*

## **Risikoaspekte des Konsums und präventive Strategien**

### **Andreas Gantner**

Psychologischer Psychotherapeut

Leiter des Therapieladen e.V.

Berlin

e-mail: [a.gantner@therapieladen.de](mailto:a.gantner@therapieladen.de)

## **1. Daten und Trends zum Cannabiskonsum**

Die jüngste Repräsentativerhebung (BzgA, 2001) zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen zeigt eine deutliche Steigerung der Prävalenz des Cannabiskonsums. Unter den 12- bis 25-Jährigen haben heute bereits 26% Erfahrungen mit Cannabis gemacht. (Zum Vergleich: In der Repräsentativerhebung von 1993 hatten in der gleichen Altersgruppe 16% Erfahrungen mit Cannabis). Während alle anderen illegalen Drogen eher konstante Werte im Zeitverlauf aufweisen, hat sich die herausragende Rolle von Cannabis im Spektrum der illegalen Drogen in den vergangenen Jahren noch verstärkt. Neueste Daten aus dem Jugendgesundheitssurvey (durchgeführt im Auftrag der WHO, Hurrelmann u.a. 2003) verweisen zudem auf die starke Verbreitung des Cannabiskonsums unter 15-jährigen Schülern. So haben in Deutschland bereits 23,9% dieser Gruppe Erfahrung mit Cannabis. Deutschland liegt damit im internationalen Vergleich eher im "Mittelfeld", während die Schweiz mit 44,7% an der Spitze liegt. Aussagen über Zusammenhänge zwischen der Konsumverbreitung und der unterschiedlichen Drogenpolitik der Länder lassen sich durch diese Daten jedoch nicht machen.

Ein Blick auf die Daten der bereits zitierten Drogenstudie zeigt einerseits, dass für die überwiegende Mehrheit der Cannabiskonsument/innen der Konsum nach wie vor auf die Jugendphase beschränkt bleibt. Andererseits ist auch zu beobachten, dass für einen Teil der Konsument/innen der Cannabiskonsum auch in späteren Jahren attraktiv bleibt. Der Cannabis-

konsum zieht sich demnach quer durch Generationen und ist nicht mehr nur als ein jugendtypisches Verhalten zu verstehen.

Die Besonderheit von Cannabis im Vergleich zu den anderen illegalen Drogen besteht nicht nur in der Verbreitung und Häufigkeit des Konsums, sondern auch im sozialen und situativen Kontext des Konsums. "Gekifft" wird heute überall, unabhängig vom sozialen Milieu und auch in verschiedenen situativen Kontexten. Cannabis hat sich für viele Jugendliche über den Freizeit- und Partykonsum hinaus einen festen Platz im Alltag erobert. Cannabis ist nicht nur eine populäre illegale Alltagsdroge geworden, sondern hat durch die Wiederentdeckung als vielseitig verwendbare Nutzpflanze sowie als Heilpflanze ein vielfältiges Bedeutungsspektrum bekommen. Das Image von Cannabis ist damit positiv mit Natur und Ökologie besetzt. Auch das Bestreben einer Entkriminalisierung des Cannabiskonsums (das Einstellen der Strafverfolgung bei "geringen Mengen", die als Eigenbedarf gewertet werden) hat zu einer veränderten Bewertung des Cannabiskonsums beigetragen.

### **Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums**

Die generellen Gefahren und Risiken des Cannabiskonsums werden heute von einem Teil der Experten, als auch von den Konsument/innen selbst eher gering eingeschätzt. Kleiber u. Kovar (1998) kommen in einer Expertise zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums zu der Einschätzung, dass sich die pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen des Cannabiskonsums als weniger gefährlich erweisen würden, als noch überwie-

gend angenommen wird. Die Autoren gehen davon aus, dass viele beobachtbare Probleme (z.B. Abhängigkeit, Psychosen, Amotivationales Syndrom) weniger mit der Substanz Cannabis, als vielmehr mit anderen Risikofaktoren (Psychische Vulnerabilität, polytoxikomaner Gebrauch, Einstiegsalter) erklärt werden können. Eine generelle Entwarnung bezüglich des Cannabiskonsums lässt sich aus dieser Expertise jedoch nicht ableiten. Vielmehr wird deutlich, dass es auch aufgrund methodischer Probleme noch zu wenig Erkenntnisse über die komplexen Zusammenhänge von Cannabiskonsum und den relevanten Kontextbedingungen gibt. Die Cannabisforschung ist längst noch nicht abgeschlossen und die Diskussion um die Risikoeinschätzung geht in eine neue Phase.

Für die Jugendlichen selbst, insbesondere die Drogenerfahrenen, scheint die Frage nach der Gefährlichkeit von Cannabis längst geklärt.

Neuere Ergebnisse aus der Drogenforschung (Tosman u. Pilgrim, 2001) bestätigen, dass sowohl körperliche als auch psychische Risiken bei Cannabis im Vergleich zu anderen illegalen psychoaktiven Substanzen von Jugendlichen wesentlich geringer eingestuft werden. Interessant ist hierbei zudem das Ergebnis, dass auch die legalen Drogen Alkohol und Zigaretten mit größeren Risiken als bei Cannabis in Verbindung gebracht werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Jugendliche Cannabis mit dem Bewusstsein konsumieren, gesundheitlich kein großes Risiko einzugehen.

Die praktische Erfahrung aus der Beratungs- und Präventionstätigkeit zeigt, dass in der Risikodebatte um die Droge Cannabis der Balanceakt einer differenzierten Einschätzung möglicher Risiken des Konsums eine besonderer Herausforderung ist. Nach wie vor werden praktische Erfahrungen oder wissenschaftliche Erkenntnisse für die Beweise der Harmlosigkeit oder auch der Gefährlichkeit von Cannabis herangezogen. Eine rein substanzbezogene Risikoeinschätzung ist jedoch wenig hilfreich für den konkreten Umgang mit dem individuellen Konsum Jugendlicher. Die Frage, wie gefährlich Cannabiskonsum ist, geht grundsätzlich in die falsche Richtung! Entscheidend für eine Risikoeinschätzung sind neben den pharmakologischen Aspekten das Einstiegsalter, die Konsummuster sowie die psychosozialen Kontextbedingungen.

## **2. Diagnostische Aspekte cannabisbezogener Probleme**

Eine differenzierte Diagnostik des Gefährdungspotentials durch Cannabiskonsum sollte unterschiedliche Indikatoren berücksichtigen und die Selbsteinschätzung der jugendlichen Konsument/innen selbst anregen und fördern. Insbesondere bei jugendlichen Drogenkonsument/innen sind Glaubwürdigkeit, Vertrauen und Respekt die Basis für das Erkennen und Verstehen vorhandener Problemlagen. Für eine konstruktive Auseinandersetzung mit jugendlichen Cannabiskonsumern bezüglich einer Risikoeinschätzung sind drei Aspekte von Bedeutung:

- die Analyse der Konsummuster,
- die Klärung der individuellen Motive und Funktionen des Konsums und
- die Bewertung der psychosozialen Ressourcen und Kompetenzen.

## Konsummuster

Heute spricht man nicht mehr von "weichen" oder "harten" Drogen, sondern von "weichen" oder "harten" Konsummustern.

Das Konsummuster ist eine Kombination folgender Variablen:

- Dosis,
- Konsumfrequenz,
- Anzahl konsumierter Drogen und
- situativer Kontext.

Die Klärung des individuellen Konsummusters hat deshalb eine besondere Bedeutung, weil bei Cannabis, ähnlich wie bei Alkohol, eine große Heterogenität und Variabilität in der Ausprägung der Konsummustern zu beobachten ist. Als Faustregel gilt (wie bei allen psychoaktiven Substanzen): Je höher die Dosis, je regelmäßiger der Konsum, je mehr andere Drogen konsumiert werden und je unangemessener die Situation, desto "härter" ist das Konsummuster und dementsprechend größer ist das Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrisiko. Die Erfahrung zeigt, dass im Jugendalter Schwankungen und Veränderungen im Konsumverhalten die Regel sind. Cannabis ist weder eine Einstiegsdroge für sogenannte "harte Drogen", noch lässt sich eine drogenimmanente zwangsläufige Suchtdynamik erkennen. Es gibt nicht wenige Jugendliche, die auch nach einer Phase regelmäßigen und evtl. exzessiven Cannabiskonsums im späteren Verlauf der Entwicklung ihren Konsum wieder vollständig einstellen. Andererseits bestätigen Forschungsergebnisse und klinische Erfahrung die Tatsache, dass sich regelmäßiger Gebrauch zu ausgeprägter Cannabisabhängigkeit entwickeln kann. Bei der Analyse und

Bewertung des aktuellen Konsummusters sollten jedoch die Möglichkeiten der Veränderung und des Ausstiegs immer mitgedacht und thematisiert werden. Der "Kiffertest" aus der Broschüre "Cannabis denn Sünde sein" (Therapieladen 1998) bietet für jugendliche Cannabiskonsumern eine Möglichkeit ihr Konsummuster zu überprüfen und objektiver einzuschätzen.

## Funktionen und Motive des Cannabiskonsums

Cannabis ist wie keine andere illegale Droge stark in jugendkulturellen Moden und Stilen verankert. Insbesondere über das Medium Musik wird das mit dieser Droge verbundene Lebensgefühl transportiert. Generelle **jugendtypische Motive** des Konsums sind: Neugier und Risikobereitschaft, Cool sein, Anders sein, Gemeinschaftsgefühl, Protestverhalten.

Neben den jugendtypischen Funktionen und Motiven sind jeweils individuelle Funktionen zu klären. Cannabis kann sowohl im Dienst von **Entspannungs-** und **Genussfunktionen** (etwa vergleichbar mit moderatem Alkoholkonsum), als auch im Dienst von sogenannten **Copingfunktionen** stehen. Bei letzterem steht der Cannabiskonsum im Dienst der Bewältigung psychosozialer oder starker psychischer Probleme.

Aufgrund des komplexen psychoaktiven Wirkungsspektrums (euphorisierend, dämpfend, halluzinogen) lässt sich Cannabis für eine Vielfalt von psychischen Bedürfnissen einsetzen. Die folgende Graphik zeigt einen Überblick hinsichtlich der möglichen psychischen Funktionen und Auswirkungen der erlebten Rauschwirkung.

## Funktionsspektrum der Cannabiswirkung

<b>Erlebte Rauschwirkung positiv</b>		<b>Erlebte Rauschwirkung negativ</b>
Übliche Denkmuster verblasen, neuartige Ideen und Einsichten, hinter die Oberfläche schauen, kreativ sein	<b>Denken</b>	Sich in fixe Ideen reinsteigern, von Gedanken besessen sein, geistige Selbstüberschätzung, Größenwahn
Witzige Assoziationen und starke Gedankensprünge	<b>Konzentration</b>	Konzentrationschwäche, keinen klaren Gedanken fassen können, "Peilung" verlieren
Sich amüsieren, weil man sich nicht an die vorletzten 5 Minuten bzw. am Ende eines Satzes nicht an den Anfang erinnern kann.	<b>Gedächtnis</b>	Eingeschränkte Merkfähigkeit, Erinnerungslücken, Filmrisse
Die gewohnte Ordnung beim Sehen, Hören, Riechen, Tasten verändert sich; sonst Nebensächliches wird deutlicher wahrgenommen, Intensivierung von Empfindungen, Zeitgefühl verändert sich	<b>Wahrnehmung Empfindung</b>	Wenig von der Umwelt mitkriegen, im eigenen Film gefangen sein, sich in Einzelheiten reinsteigern, Überempfindlichkeit, Überreaktionen bis hin zu Halluzinationen und Horrortrips
Eindruck, als ob man die Gedanken der anderen kennt und teilt, gemeinsame Albernheit, Gemeinschaftserleben	<b>Kommunikation Beziehung</b>	Kontakt verlieren, "abdrehen", sich nicht mehr mitteilen können, sich ausgegrenzt erleben, nur noch abhängen
Euphorie, "High-sein", gleichzeitig: Gefühle sind gedämpft, emotionaler Abstand zu allem, Gelassenheit	<b>Fühlen</b>	Ängste, Panik, Verfolgungsideen, Gefühle von Fremdheit, Ich-Auflösung, Verwirrung, Verlassenheit
Wohlige Entspannung, Wattedgefühl, Leichtigkeit, Pulsfrequenz steigt, trotzdem Verlangsamung der Bewegung, geringe Schmerzempfindlichkeit, Appetitanregung	<b>Körper Körpererleben</b>	"Breit", "fett", träge, lahm sein; oder Überdrehtheit, Übelkeit, Schwindel, Herzrasen bis zum Kreislaufkollaps

(Therapieladen, 1998)

## **Psychosoziale Ressourcen und Kompetenzen**

Das Einstiegsalter und der Beginn eines regelmäßigen Konsums gelten als wichtige Indikatoren für eine Suchtgefährdung. Kinder und Jugendliche, die in der Frühpubertät (12 bis 15 Jahre) einen regelmäßigen Cannabiskonsum aufweisen, zählen deshalb zu einer Hochrisikogruppe, weil biologische Reifungs- und psychosoziale Entwicklungsprozesse durch frühen und regelmäßigen Cannabiskonsum stark gestört, bzw. unterbrochen werden können. Die Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis mit Cannabiskonsum/innen zeigen, dass jugendliche Früheinsteiger den Cannabiskonsum in der Regel zur Bewältigung vorhandener psychosozialer Defizite einsetzen. Eine vorzeitige, altersinadäquate Loslösung aus dem Elternhaus aufgrund familiärer Probleme ist dabei oft zu beobachten. Ein konstruktives Spannungsverhältnis zwischen Herkunftsfamilie und der Gruppe der Gleichaltrigen spielt bei der Identitätsbildungs- und Ablösungsphase in der Adoleszenz eine wichtige Rolle. Gelingt es der Familie nicht, in dieser Umbruchszeit den emotionalen Kontakt zu halten, kann sich der Cannabiskonsum zu einer Art "Übergangsobjekt" entwickeln. Das "Kiffen" bekommt dann für diese Jugendlichen eine emotional größere Bedeutung als für andere Konsument/innen.

Unabhängig von psychosozialen Konflikten im Kontext der Ablösung ist zu klären, wie der generelle Entwicklungs- und Gesundheitszustand einzuschätzen ist. Entwicklungsstörungen im Kindes und Jugendalter gelten als zusätzliche Risikofaktoren für Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklungen. So kann z.B. bei dem

Vorhandensein von hyperaktiven oder affektiven Störungen der Konsum von Cannabis auch als Selbstheilungsversuch verstanden werden. Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch bei anderen psychischen Störungsbildern (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) beobachten. Das komplexe Wechselspiel von psychischer Grundsituation und Drogenkonsum erfordert eine differenzierte Diagnostik, die unterschiedliche Ebenen der persönlichen Entwicklung berücksichtigt.

Die klinisch-diagnostischen Aspekte können selbstverständlich nur von Fachärzt/innen bzw. klinisch geschulten Psycholog/innen geklärt werden.

Im Vorfeld von möglicher klinischer Diagnostik besteht jedoch die Möglichkeit, im Gespräch mit jugendlichen Konsument/innen die verschiedenen Motive des Konsums zu erforschen und mögliche Zusammenhänge mit den relevanten psychosozialen Funktionen herzustellen. (Therapieladen, 2001)

## **3. Konsequenzen für die Prävention und Behandlung**

### **Grundhaltung**

Angesichts der steigenden Prävalenz des Cannabiskonsums ist eine **offensivere, tabufreiere Auseinandersetzung** in der gesamten Gesellschaft gefordert. Insbesondere Schule und Jugendhilfe muss sich verstärkt um sekundärpräventive Angebote bemühen, um bei Bedarf eine daraus resultierende Frühintervention für diese Zielgruppe zu initiieren.

Im Umgang mit Cannabiskonsum gibt es tradierte Mechanismen, die es zu überwinden gilt. Sie sind gekennzeichnet durch:

<b>Bagatellisieren und/oder Ignorieren</b>	<b>Wahrnehmen, ernst nehmen</b>
<b>Dramatisieren und Pathologisieren</b>	<b>Differenzieren, Spezifizieren</b>
<b>Ausgrenzen und/oder Delegieren</b>	<b>Integrieren und Vernetzen</b>

### **Entwicklung sekundärpräventiver Konzepte/Frühintervention**

Die Suchtprävention hat sich von den Abschreckungskonzepten der 70er Jahre weitgehend verabschiedet und versteht sich heute als Teil der Gesundheitsförderung. Die Konzepte der Suchtprävention sind jedoch überwiegend primärpräventiv und drogenun-spezifisch ausgerichtet und sprechen drogenkonsumierende Jugendliche nicht speziell als Zielgruppe an. Die Entwicklung und Anwendung von sekundärpräventiven Konzepten steht erst in den Anfängen. Sie werden unter den Begriffen Schadensbegrenzung, Risikomanagement und Drogenmündigkeit diskutiert und erprobt. Hier zeigt sich ein großer Bedarf, der in Zukunft in der Praxis und der Wissenschaft (z.B. die Entwicklung von Standards und die Evaluation von Angeboten) stärker gefördert werden sollte. Die konsequente Durchsetzung und Anwendung sekundärpräventiver Konzepte im pädagogischen und medizinischen Alltag stellt die jeweiligen Fachkräfte vor eine große Herausforderung. Sie müssen sich nicht nur wesentlich stärker als bisher mit psychoaktiven Substanzen und den Bedingungen und Folgen des Konsums auseinandersetzen, sondern auch ihre grundsätzliche Haltung gegenüber dem Thema Drogenkonsum überprüfen.

Wir verstehen Sekundärprävention als grundlegendes Konzept der Gesund-

heitsförderung, das alle Konsument/innen psychoaktiver Substanzen (legale und illegale) anspricht, unabhängig von vorhandenen oder wahrgenommenen Problemen. Die Ziele der Sekundärprävention sind:

- Die Vermittlung fundierter sachlicher Informationen über psychoaktive Substanzen,
- Unterscheidungskriterien zu entwickeln zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit,
- Die Sensibilisierung für riskante und weniger riskante Konsummuster,
- Die Verbesserung der Selbsteinschätzung und Selbstreflexion bezüglich eigener Konsumgewohnheiten,
- Die Sensibilisierung für psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf Missbrauch und Suchtentwicklung.

Die Förderung der Selbstreflexion im Umgang mit psychoaktiven Substanzen und das Erlernen von Risikokompetenz sind die zentralen Aufgaben der Sekundärprävention. In dieser Hinsicht würde sich auch die Sekundärprävention in ihrer Grundhaltung von einem pathologie- bzw. defizitorientierten Paradigma verabschieden. Diese veränderte Grundhaltung steht nicht im Widerspruch zu der Notwendigkeit, Kriterien für riskantes und problematisches Verhalten zu

entwickeln und Risikogruppen mit spezifischen Angeboten der Frühintervention zu begegnen. Angebote der Frühintervention könnten unter diesem Aspekt als zielgruppenspezifischer Teil der Sekundärprävention verstanden werden.

### **Spezielle Aspekte der Behandlung von Cannabisabhängigen**

#### *Ambulant vor stationär*

Unsere Erfahrung zeigt, dass eine stationäre Langzeittherapie bei primärer Cannabisabhängigkeit in der Regel nicht indiziert ist.

Da in stationären Therapieeinrichtungen der Drogenhilfe noch überwiegend polytoxikomane Opiatabhängige behandelt werden, gibt es auch große Berührungs- und Schwellenängste, denn die Mehrheit der primär Cannabisabhängigen grenzt sich von "Junkies" ab und sieht zunächst wenig Gemeinsamkeiten in der Suchtproblematik.

Selbstverständlich kann dennoch im Einzelfall eine Indikation für eine stationäre Therapie vorliegen. Diese erweist sich dann als hilfreich oder notwendig, wenn die/der Klient/in bereits im starken Maße sozial desintegriert ist und insgesamt über zu wenig psychosoziale Ressourcen verfügt, um von einer ambulanten Therapie zu profitieren.

#### *Entgiftung und qualifizierter Entzug*

Bei einer Cannabisabhängigkeit ist in der Regel keine stationäre Entgiftungsbehandlung erforderlich. Ausnahmen richten sich nach der Schwere des Entzugssyndroms im Zusammenhang mit vorhandenen komorbiden Störungen. Bei Kindern und Jugendlichen kann eine stationäre Entgiftung dann indiziert sein, wenn psy-

chosenae Erlebnisse und psychische Krisen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum auftreten. Hier bedarf es einer qualifizierten stationären Entgiftung, die für Kinder und Jugendliche bisher nur in wenigen Krankenhäusern realisierbar ist. Ein zusätzliches Problem bei Entgiftungsbehandlungen ist oft das Fehlen einer zeitnahen Anschlussbehandlung aufgrund unterschiedlicher Kostenträgerschaft und nicht ausreichender Vernetzung von Behandlungssegmenten.

#### *Mehr Psychotherapie, weniger Sozialtherapie*

Wenn wir die Motive von Cannabiskonsument/innen für eine Behandlung analysieren, so zeigt sich, dass die soziale und körperliche Dimension cannabisbezogener Probleme gegenüber den psychischen Dimensionen von geringerem Stellenwert ist.

So sind z.B. die Unterschiede von Cannabisabhängigen zu polytoxikomanen Opiatabhängigen unter anderem auch in der Dynamik der Suchtfolgeprobleme begründet. Körperliche Folgeerkrankung (Hepatitis, Aids) soziale Desintegration, Beschaffungskriminalität sind Probleme, mit denen Cannabisabhängige in der Regel nicht konfrontiert sind.

Die Behandlung von Cannabisabhängigen erfordert deshalb von Beginn an ein stärker psychotherapeutisches Vorgehen. Die Berücksichtigung der individuellen Begleitstörung sollte von Beginn an ein fester Bestandteil der Therapieplanung sein.

Die Zusammenarbeit mit einer Fachärztin/einem Facharzt der Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für die Mitbehandlung spezifischer komorbider Störungen (insbes. drogenbedingter Psychosen) unverzichtbar.

## **Spezifische Aspekte in der Therapie jugendlicher Cannabismissbraucher/innen**

Das Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche mit Drogenproblemen ist geprägt von Unübersichtlichkeit, mangelnde Behandlungskontinuität durch Zuständigkeitsprobleme und daraus folgenden Finanzierungsproblemen. (s.a. Fegert, 2001)

Es ist ein "trauriges Kapitel" im Jugend- und Gesundheitswesen, dass gerade junge Drogenmissbraucher/innen und deren Angehörige durch mangelnde Kooperation von Helfern, durch fehlende Übergänge und durch Finanzierungsprobleme von Leistungen wegen "Nichtzuständigkeit" nicht frühzeitig angemessene Unterstützung erfahren.

Der wiederaufgenommene "Dialog" zwischen Jugend- und Drogenhilfe sowie die Bereitschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sich spezifischer mit dieser Zielgruppe zu befassen, gibt zwar positive Signale für eine bessere Kooperation im "Fachlichen", wenn es jedoch um Finanzierungsfragen geht, ist angesichts knapper finanzieller Ressourcen in den Kommunen und im Gesundheitswesen auch längerfristig mit Problemen in diesem Bereich zu rechnen.

Kinder und Jugendliche, die einen schädlichen Gebrauch von Cannabis aufweisen oder bereits abhängig sind, haben in der Regel auch emotionale Problem sowie Verhaltens- und Beziehungsprobleme. Hier ist eine klare Indikation für eine psychotherapeutische bzw. familientherapeutische Hilfe im Rahmen der Jugendhilfe nach §27, 3 bzw. §35a SGB VIII KJHG gegeben. Psychotherapie für jugendliche Drogenmissbraucher im Rahmen

der "Hilfe zur Erziehung" oder bei "seelischer Behinderung" wird jedoch bisher im Rahmen der Jugendhilfe eher selten angeboten. Andererseits befinden sich viele jugendliche Cannabismissbraucher in erzieherischen und sozialpädagogischen Jugendhilfemaßnahmen, ohne dass spezifisch auf den Cannabismissbrauch und die damit verbundenen psychischen Probleme eingegangen wird. Pädagogische Angebote stoßen außerdem an Grenzen, wenn der Cannabismissbrauch von Jugendlichen zur Bewältigung psychischer Probleme eingesetzt wird. Hier wäre eine Kombination von pädagogischen und psychotherapeutischen Hilfen sinnvoll, wie es das KJHG auch vorsieht. Die Erfahrungen aus den spezialisierten ambulanten (Modell-)Projekten in Rostock (*Designerdrogensprechstunde*), Hamburg (*Eppendorfer Modell in der UKE*) und in Berlin (*Therapieladen*) zeigen, dass im ambulanten Therapiebereich für Jugendliche und deren Familien erfolgreiche Angebote etabliert werden können. Die therapeutische Arbeit mit jugendlichen Konsumenten erfordert jedoch eine hohe Kooperationsbereitschaft von verschiedenen Berufsgruppen, sowie eine Flexibilität hinsichtlich der Behandlungssettings und Therapieziele.

## **Literatur:**

BzGA- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BzGA.

Bobbink, J., Spohr, B. (2002). Drogenkonsum und Psychische Störungen. Erfahrungen aus der ambulanten The-

rapie mit Cannabis- und Partydrogenmissbrauchern und Abhängigen. In: Konrad Peter, Thomas Bader (Hrsg.) Psychiatrie und Drogensucht, Lenge- rich, S.175-192.

Farke/Grass/Hurrelmann (Hrsg.) (2003). Drogen bei Kinder und Jugendlichen. Stuttgart.

Fegert, J. (2003). Blick aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psycho- therapie auf die Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe. In: DHS (Hrsg.) Jugend und Sucht. www.aus- weg.de , Hamm.

Gantner, A. (2001). Behandlungsmög- lichkeiten bei problematischen Cannabiskonsum. In: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Heft 1/2001, 18-20

Gantner, A. (2001). Check Dein Risiko. Ein selbstreflexives Kommunikations- anbot in der Suchtprävention. In: Zeitschrift für Prävention, Heft 04/2001.

Hurrelmann u.a. (Hrsg) (2003). Ju- gendgesundheitssurvey. Weinheim, München: Juventus Verlag.

Kleiber, D., Kovar, K.-A. (1998). Aus- wirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart.

Kuntz, H. (2002). Cannabis ist immer anders. Weinheim.

Soellner,R. (2000). Abhängig von Can- nabis? Cannabiskonsum und psy- chosoziale Gesundheit. Bern.

Tossmann, H-P., Pilgrim, C. (2001). Drogenkonsum und Risikoeinschät- zung in längsschnittlicher Perspektive. In: Suchttherapie 2, 1-11. Thieme Verlag.

Therapieladen e.V. (1998). Cannabis denn Sünde sein? Eine Broschüre rund ums Kiffen. Berlin.

Therapieladen e.V. (2001). Drogen und Du. Mit dem Test: Check Dich. Berlin.

### **Internetseiten zum Referat:**

[www.therapieladen.de](http://www.therapieladen.de),  
[www.drogen-und-du.de](http://www.drogen-und-du.de)

[www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)  
(Projekt "quit the shit",in Planung)

[www.feelok.ch](http://www.feelok.ch)  
(spezielle Cannabis-seite)

[www.spz.hamburg.de](http://www.spz.hamburg.de)  
(Projekt "Bekifft in der Schule")

# *Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD*

## **Möglichkeit zur Stärkungen der Risikokompetenz im Umgang mit illegalen Drogen**

### **Wilfried Görgen**

Dipl. Psychologe, Dipl.-Sportlehrer

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

[www.fogs-gmbh.de](http://www.fogs-gmbh.de)

Prälat-Otto-Müller-Platz 2

50670 Köln

Tel.: 0221/97310126

E-Mail: [goergen@fogs-gmbh](mailto:goergen@fogs-gmbh)

## Einleitung

(Sekundär-)präventive Maßnahmen stoßen bei Jugendlichen und Heranwachsenden mit einem problematischen Konsum illegaler Drogen an Grenzen. Jugendliche und junge Erwachsene stellen zwar eine spezifische Zielgruppe für (sucht-)präventive Maßnahmen dar, allerdings ist der Übergang zwischen Konsum und riskantem bzw. schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit fließend und der Konsum von psychotropen Substanzen ist oft eng verknüpft mit altersgemäßen Entwicklungsaufgaben sowie bestimmten Formen des jugendlichen Lebensstils (Schmidt 1998; Freitag/Hurrelmann, 1999). Zwar richten sich (primär-)präventive Maßnahmen vor allem an Kinder und Jugendliche, sie erreichen dabei aber unspezifisch sowohl Nicht-, Gelegenheits- und Gewohnheitskonsument/innen wie Personen mit einem unproblematischen und solche mit einem problematischen Konsum. Mit Blick auf die Gruppe der bereits problematisch konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann davon ausgegangen werden, dass diese hinsichtlich (sekundär-)präventiver Maßnahmen eher "unterversorgt" ist (Schmidt, 1998; Alte-Teigeler, 1999). Ungeklärt ist dabei vor allem die Frage nach geeigneten Zugangs- und Kontaktformen. Zwar wird über einen kontinuierlichen Anstieg von Personen mit der Hauptdiagnose Cannabis in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen berichtet, gleichwohl ist die Zahl der erreichten Personen - gemessen an den Prävalenz- und Inzidenzraten - weiterhin als gering anzusehen. Nach Schmidt/ Broekmann ist die Versorgung von Jugendlichen häufig gekennzeichnet durch "(1) Nicht-

oder Unterinanspruchnahme, (2) unangemessenes Teilnehmerverhalten in Form von Non-Compliance und/oder Abbruch, (3) unzureichende Wirksamkeit sowie (4) mangelnde Zufriedenheit" (2001, S. 515).

Bei einem Großteil der registrierten Rauschgiftdelikte in Deutschland handelt es sich um Delikte in Verbindung mit Cannabis und hierbei vor allem um Konsumdelikte. Im Zusammenhang mit Cannabis und seiner Zubereitung wurden im Jahr 2001 immerhin 131.836 Delikte registriert (BKA, 2002). Bezogen auf alle Rauschgiftdelikte wurden im Jahr 1998 insgesamt 53.252 Ermittlungsverfahren durchgeführt, die nach § 31a Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ohne Auflagen eingestellt wurden (Statistisches Bundesamt, 2001). Insgesamt wird also von Seiten der Polizei und Justiz ein nicht unerheblicher Aufwand bei der Verfolgung von Cannabiskonsument/innen betrieben, jedoch in der Regel ohne den Betroffenen dann ein (sekundär-)präventives Angebot zu machen.

An dieser Stelle setzt die von der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) entwickelte Konzeption "Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD" an, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) in Kooperation mit acht Bundesländern als Modellprogramm aufgelegt wurde. Die Leitidee des Modellprogramms bestand darin, 14- bis 21-Jährigen, aber auch jungen Erwachsenen bis zum 25. Lebensjahr nach einer polizeilichen Erstauffälligkeit - vorrangig in Verbindung mit §31a BtMG (Absehen von Verfolgung) auf freiwilliger Basis oder auch im Zusammenhang mit

§§ 45 u. 47 Jugendgerichtsgesetz (JGG) nach Weisung - ein spezifisches (sucht-)präventives Angebot zu machen. Die Ansprache der Zielgruppe erfolgte im Rahmen der polizeilichen Erstvernehmung bzw. bis zur Mitteilung der (abschließenden) Entscheidung durch die Staatsanwaltschaft. Erstauffälligen Drogengebraucher/innen sollten fundierte Informationen über die verschiedenen Drogen, deren Wirkung und Risikopotentiale vermittelt, sie sollten zur Reflexion des eigenen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen anregt sowie zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen motiviert werden. Zudem sollte einem missbräuchlichen bzw. abhängigen Drogenkonsum vorgebeugt sowie eine erneute strafrechtliche Auffälligkeit - verbunden mit ihren negativen Folgen - verhindert werden (LWL, 2002). Das Angebot, bestehend aus einem Einzelgespräch (In-Take-Gespräch) und einem viermal zweistündigen Kursangebot, war an 15 Modellstandorten bei Trägern der Sucht- und Drogenhilfe angesiedelt und wurde von (Präventions-)Fachkräften durchgeführt.

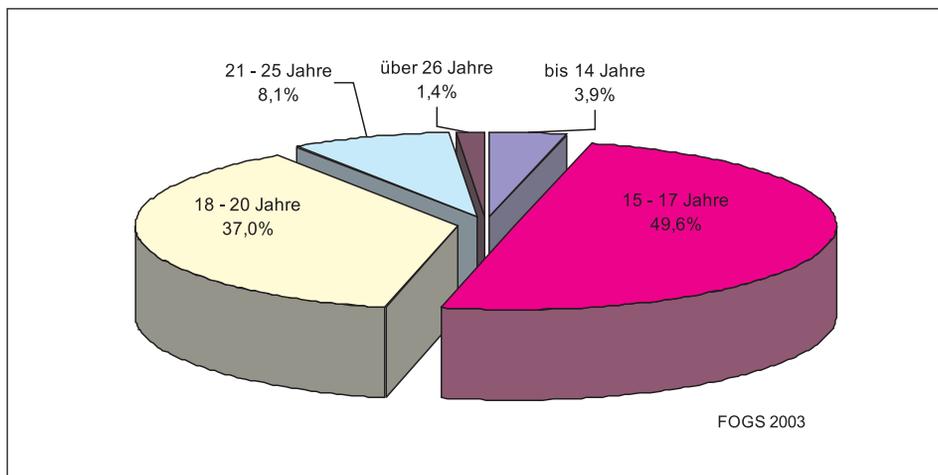
Einen umfassenden Überblick über die Evaluationsergebnisse liefert der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung (GÖRGEN u.a. 2003). Hilfen zur Umsetzung vergleichbarer Angebote können dem Handbuch (Manual) des Landschaftsverbands entnommen werden (LWL 2003).

### **Merkmale der Teilnehmer/innen**

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

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

Abbildung 1: Alter der Teilnehmenden nach Altersgruppen (N=493)



Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 17,7 Jahren; der jüngste Teilnehmende war 13 Jahre alt. Über die Hälfte der Teilnehmenden waren minderjährig (53,5%), lediglich 8 Teilnehmer (1,4%) waren älter als 25 Jahre. Damit waren die Teilnehmer/innen des Modellprogramms erwartungsgemäß deutlich jünger als Klient/innen von Sucht- und Drogenberatungsstellen bei denen bspw. nur 20% der Männer und 30% der Frauen mit der Hauptdiagnose Cannabinoide minderjährig waren (vgl. Welsch, 2001).

Das Modellangebot erreichte vor allem Jugendliche und Heranwachsende, deren **soziale Situation** als vergleichsweise stabil zu bezeichnen ist. Ihrem Alter entsprechend lebten die meisten Teilnehmenden noch bei ihren Eltern (83,1%). Die Ausbildungssituation der Teilnehmer/innen stellt sich vielschichtig dar: Ein geringer Anteil war ohne Schulbildung (7,8%), jeder Vierte hatte einen Hauptschul- und jeder Siebte einen Realschulabschluss. 3,6% verfügten über ein (Fach-)Abitur bzw. einen Hochschulabschluss (1,2%). Fast die Hälfte der Befragten befand sich zum Erhebungszeitpunkt noch in einer Schulausbildung (48,6%), wobei bei dieser Teilgruppe Realschüler (26,9%) und Gymnasiasten (33,6%) dominierten. 23,4% der Teilnehmenden waren Auszubildende, in einem Arbeitsverhältnis befand sich nur knapp jede zehnte Person. Weitere 10% befanden sich in sonstigen Erwerbsverhältnissen (z.B. Wehr- bzw. Zivildienst). Gut jeder Sechste war teilzeitbeschäftigt oder hat gejobbt, darunter auch ein Teil der Schüler/innen. Von den Teilnehmern waren 23,2% vollzeitbeschäftigt und 7% arbeitslos.

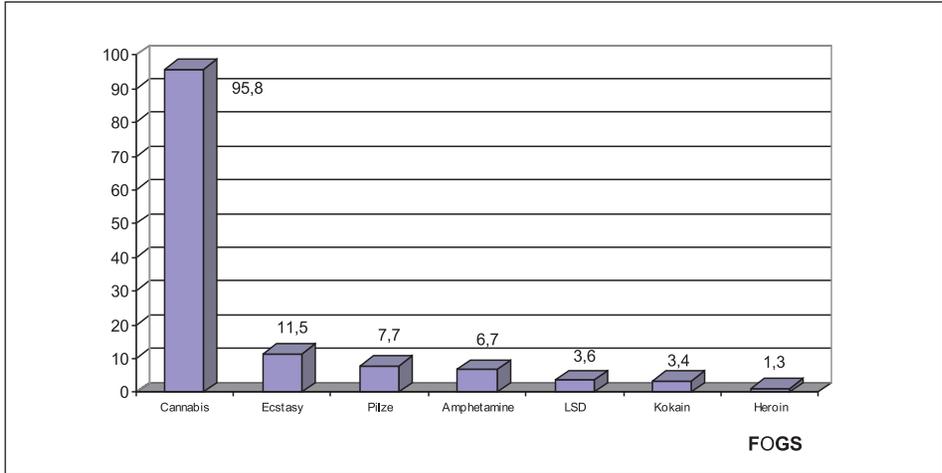
In Übereinstimmung mit Ergebnissen anderer Untersuchungen und Studien

(vgl. z.B. Wittchen u. Lieb 2000, BZGA, 2001a) zeigen auch die Ergebnisse des Modellprogramms, dass die erreichten Personen ihren Drogenkonsum mit Tabak und/oder Alkohol begonnen hatten. Das durchschnittliche Alter beim **Erstkonsum** legaler Drogen lag bei knapp 13 Jahren. Illegale Drogen wurden erstmalig mit durchschnittlich 14,8 Jahren konsumiert, wobei die erstkonsumierte illegale Droge überwiegend Cannabis war. Einige wenige Personen gaben als erstmalig konsumierte illegale Droge MDMA, Amphetamin bzw. Kokain an. Mit einem Durchschnittsalter von 14,7 Jahren haben die Modellteilnehmer/innen vergleichsweise früh Cannabis konsumiert: In der Drogenaffinitätsstudie der BZGA (2001a) lag das Erstkonsumalter bei Cannabis bei den 12- bis 25-Jährigen bei 16,5 Jahren, und Klienten/innen ambulanter Sucht- und Drogenberatungsstellen haben Cannabinoide erstmalig im Alter von 15,8 Jahren konsumiert. Laut WELSCH 2002 lag der Betreuungsbeginn (Hauptdiagnose Cannabinoide) der Klienten der Beratungsstellen bei ca. 22 Jahren (Frauen 21,7 Jahre, Männer 21,8 Jahre), folglich ca. sechs Jahre nach dem Erstkonsum. Dem Modellangebot gelang es demgegenüber bereits nach ca. drei Jahren, seine Teilnehmer mit einem suchtspezifischen Angebot zu erreichen.

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

Neben Alkohol wurden vor der Erstauffälligkeit vor allem Cannabis (95,8 %) gefolgt von MDMA (Ecstasy) und mit deutlichem Abstand Pilze, Amphetamine, LSD und Kokain konsumiert. Heroin hatten lediglich sechs

Abbildung 2: Art der konsumierten illegalen Drogen



Personen konsumiert. Einige Personen (30) gaben an, vor der polizeilichen Erstauffälligkeit keine Drogen konsumiert zu haben. Im Schnitt hatten die befragten Personen 1,3 illegale Drogen konsumiert, beim überwiegenden Teil (85,2 %) handelte es sich lediglich um eine illegale Droge. 7,2 % hatten zwei (häufig Cannabis und MDMA) und 4,2 % hatten drei bis fünf illegale Drogen konsumiert.

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

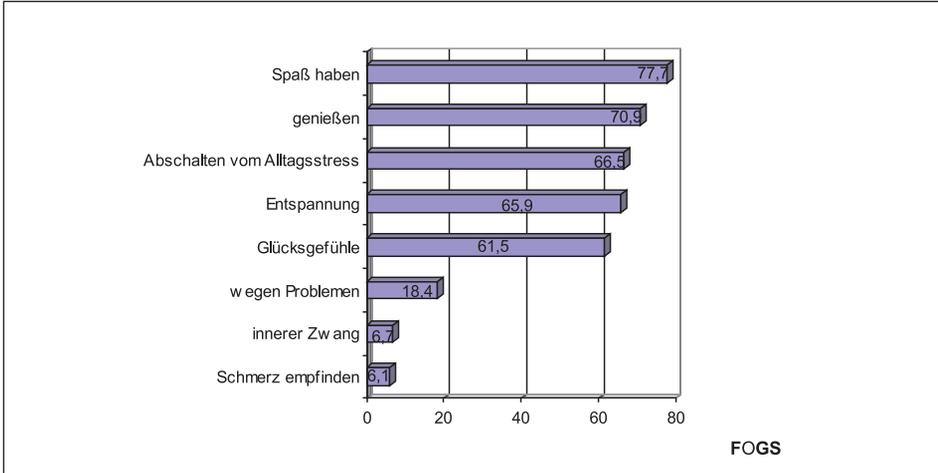
Wie Abb. 3 zeigt, gaben die Befragten vor allem hedonistische **Gründe** wie

"Spaß haben", "genießen" bzw. stimmungsregulierende Gründe z.B. "Entspannung" und "Glückgefühle" für ihren Drogenkonsum an. Zwei Drittel der Befragten diente der Konsum aber auch zur Bewältigung von Alltagssituationen ("Abschalten vom Alltagsstress"). Ähnlich fallen die Ergebnisse einer Befragung aus, die Schroers und Schneider (1998) in der Partyszene durchgeführt haben. Auch dort war der Konsum vor allem hedonistisch und stimmungsregulierend motiviert, wobei settingbezogene Motiven wie "tanzen" und "Musik hören" von den befragten Personen der Partyszene ein höherer Stellenwert eingeräumt wurde als von den Teilnehmenden des Modellprogramms. Und auch in einer repräsentativen Studie zum Drogenkonsum Potsdamer Jugendlicher (Bendel u.a., 2002) streben Jugendliche den Drogenkonsum vor allem wegen seiner stimmungsregulierenden Faktoren wie bspw. "bin ich lockerer" (56,7% der Befragten) und "kann ich besser abschalten" (27%) an. Problembezogene Gründe wie z.B. "Schmerz empfinden", "innerer

Zwang" sowie "wegen Problemen" spielten für die Befragten demgegenüber eine nachgeordnete Rolle. Insgesamt korrespondieren die Angaben der Teilnehmenden zu ihren Konsum-

motiven mit den Einschätzungen der Teilnehmenden zu ihrem Drogenkonsum, den sie weit überwiegend als nicht problematisch erlebten.

Abbildung 3: Ausgewählte Konsummotive



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

(z.B. Jugendamt, Erziehungsberatung) in Anspruch genommen.

### Die Intervention

Mit Blick auf die Interventionsinhalte werden nachfolgend einige Aspekte zu den Kursinhalten dargestellt. Orientiert an der konzeptionellen Struktur des Kursangebots wurde pro Kursabschnitt der (zeitliche) Anteil der thematischen Schwerpunkte eingeschätzt. Tab. 1 verdeutlicht die Verteilung der thematischen Schwerpunkte auf alle Kursabschnitte.

Tabelle 1: Thematische Schwerpunkte der Kurse (N = 171)

	%					
	Sozialverhalten	rechtliche Situation	Stoffkenntnisse	Gesundheit	Hilfesystem	andere Inhalte
Mittelwert	26,4 %	20,5 %	19,1 %	17,7 %	7,7 %	8,0 %

In den Kursen wurden alle konzeptionell vorgesehenen thematischen Schwerpunkte behandelt, wobei Aspekte des Sozialverhaltens und der rechtlichen Situation den meisten Raum beanspruchten, während bspw. für Aspekte des Hilfesystems aufgrund des geringeren Interesses der Teilnehmer/innen weniger Zeit verwendet worden ist.

Im Rahmen der Abschlussbefragung haben die Fachkräfte die einzelnen Themenbereiche im Hinblick auf die behandelten inhaltlichen Schwerpunkte spezifiziert. Danach zeichnet sich folgendes Bild ab:

- ❑ **Sozialverhalten:** Themen waren hier die Beziehungen zu Freunden, Geschwistern und Eltern sowie insgesamt die Situationen in Familie, Schule und Peergruppe. Dabei wurde der Konsum (illegaler) Drogen vor dem Hintergrund individueller Bewältigungsstrategien, dem Umgang mit Konfliktsituationen sowie insbesondere in Situationen mit (Gruppen-)Druck diskutiert. Schließlich wurden auch Verhaltensmöglichkeiten im Umgang mit problematisch konsumierenden Freunden und Bekannten besprochen.
- ❑ **Rechtliche Situation:** In diesem Themenbereich ging es vor allem um Fragen des Betäubungsmittelrechts und des Jugendgerichtsgesetzes, wobei insbesondere die juristischen Konsequenzen von strafrechtlich relevantem Verhalten behandelt wurden. Außerdem setzten sich die Teilnehmer/innen mit Fragen zum Thema "Drogen und Straßenverkehr" sowie zum Führerscheinentzug auseinander. Mit Blick auf die aktuelle rechtliche Situation der Teilnehmer/innen wurden schließlich auch Aufbau und Ablauf

von Ermittlungs- und Strafverfahren besprochen sowie Hinweise zu Verhalten ("Rechte und Pflichten") im Falle eines polizeilichen Aufgriffs gegeben.

- ❑ **Stoffkenntnisse:** In diesem thematischen Schwerpunkt ging es vor allem um die Wirkungsweise der einzelnen Drogen, wobei bei illegalen Drogen insbesondere auf die Wirkung von Cannabis und Partydrogen eingegangen wurde. Zum Spektrum der behandelten Drogen zählten aber auch Alkohol und Nikotin.
- ❑ **Gesundheit:** Hierbei standen im Mittelpunkt die körperlichen und psychischen Folgen des Konsums illegaler Drogen, verknüpft mit Merkmalen und Aspekten von genussorientiertem, missbräuchlichem und abhängigem Konsum. Ebenfalls Teil dieses Themenbereichs waren die möglichen Folgen von Mischkonsum und Hinweise für einen risikomindernden Konsum.
- ❑ **Hilfesystem:** Neben der generellen Vorstellung von Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe und teilweise der Jugendhilfe wurden auch Grundprinzipien der Beratung (z.B. Anonymität, Schweigepflicht) erörtert. Außerdem wurden die (relevanten) regionalen Angebote und Hilfen sowie z.T. Ansprechpartner bekannt gemacht.

Insgesamt nahmen substanz- bzw. konsumspezifische Inhalte einen breiten Raum ein. Im Sinne einer "Kommunikation über Drogen" (vgl. BZGA 2002) lag der Fokus auf der Vermittlung substanzspezifischer Informationen wie bspw. Wirkungsweise und Risiken sowie auf Einstellungen und Verhalten im Hinblick auf den Konsum

illegaler Drogen. Die Kursinhalte deckten also im Wesentlichen wichtige Aspekte der Risikokompetenz im Umgang mit illegalen Drogen ab.

### Ergebnisse der Interventionen

Von den 514 Personen, denen im In-Take-Gespräch eine Kursteilnahme empfohlen wurde, haben 446 (86,7%) an den Kursen teilgenommen. Abb. 4 zeigt die Art der Kursbeendigung von 430 Teilnehmer/innen.

Immerhin gut vier Fünftel der Teilnehmer/innen (83,3%) haben das Kursangebot **regulär abgeschlossen**, was

vor dem Hintergrund der überwiegenden Freiwilligkeit der Teilnahme und der Altersstruktur der Teilnehmer als ein gutes Ergebnis zu bewerten ist. Nur jeder sechste Teilnehmende beendete den Kurs vorzeitig. In 14,1% der Fälle erfolgte ein Abbruch durch den Teilnehmer/in, meist ohne Begründung. Wurden Gründe angegeben, standen sie meist im Zusammenhang mit Krankheit, Zeitproblemen und Einstellung des Verfahrens. In 15 Fällen erfolgte aus dem Kurs heraus eine Weitervermittlung von Teilnehmer/innen an eine Drogenberatungsstelle.

Abbildung 4: Art der Kursbeendigung (N=430)

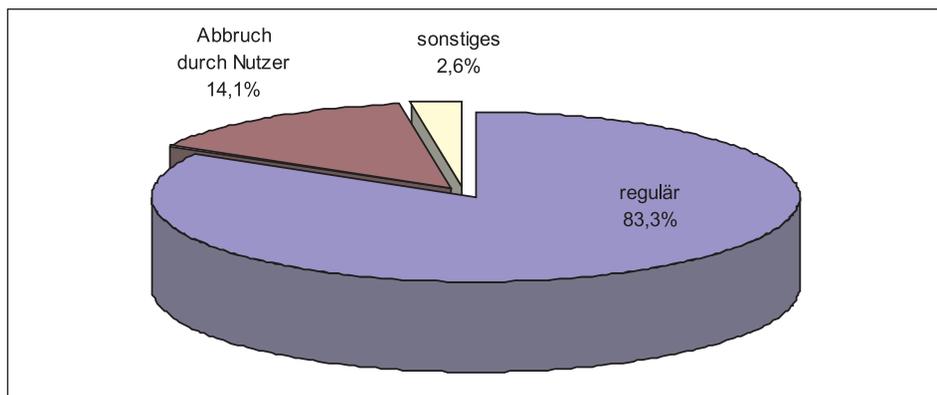
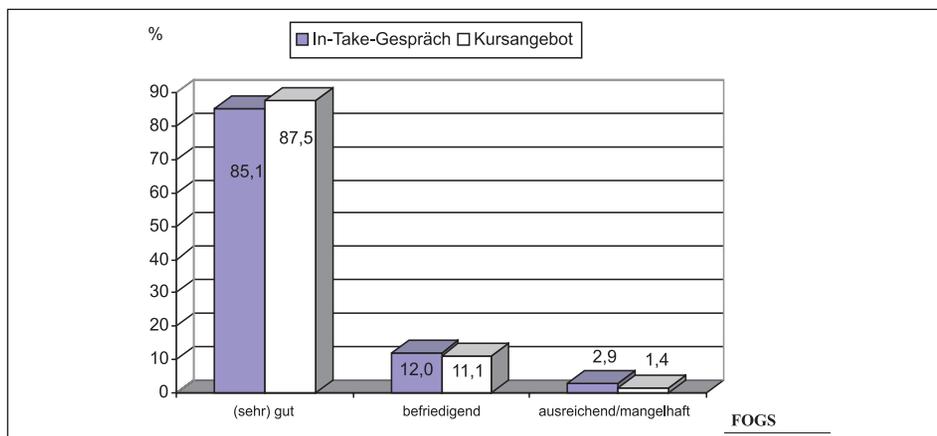


Abbildung 5: Bewertung des FreD-Angebots (N=343)



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

Mit den Kursinhalten und der Durchführung war die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer/innen (sehr) zufrieden. In-Take-Gespräch und Kursangebot wurden wie in der Abb. 5 dargestellt bewertet.

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

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

Im Rahmen einer schriftlichen **Nachbefragung** (Rücklaufquote 42,3%) gaben - nach ca. einem halben Jahr - die Befragten an, dass das FreD-Angebot - auch im Nachhinein für sie (eher) wichtig war (70,6%) und sie mit dem Angebot weiterhin (eher) zufrieden sind (94,4%). Rund zwei Drittel (67,5%) der Befragten gaben an, dass sich ihre **Einstellung zum Konsum illegaler Drogen** durch die Teilnahme am Modellangebot verändert hat. Die Einstellungsänderung zeigt sich für die Befragten u.a. im Konsumverzicht, in der Reduktion der Menge bzw. der Konsumhäufigkeit sowie in einer kritischen Reflexion des Konsumverhaltens. Insgesamt haben die Befragten also eine veränderte individuelle Risikoabschätzung vorgenommen. Gut die Hälfte (51,1%) der Befragten gab an, noch einmal illegale Drogen konsumiert zu haben. Erneut strafrechtlich auffällig waren im Nachbefragungszeitraum lediglich 4,9% der befragten Personen.

## Diskussion

Im Modellprogramm FreD wurde ein (sucht-)präventives Angebot für junge Drogenkonsument/innen erprobt. Dabei wurde ein spezifischer Zugangsweg über die polizeiliche Erstauffälligkeit gewählt. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass dort, wo Personen der Zielgruppe den Kontakt zum FreD-Angebot aufgenommen haben, das Angebot erfolgreich durchgeführt werden konnte.

Erfahrungen aus (sekundär-)präventiven Angeboten für Jugendliche über ein unangemessenes Teilnehmerverhalten in Form von Non-Compliance und/oder Abbruch wurden im Modellprogramm FreD nicht gemacht. Hierzu beigetragen hat sicherlich, dass das

Angebot "jugendadäquat" konzipiert und umgesetzt worden ist. Die Berücksichtigung der Belange und Erwartungen der Teilnehmer/innen waren hier ebenso wichtig wie die Umsetzung eines strukturierten, zeitlich begrenzten und kognitiv orientierten Rahmenprogramms. Dabei haben sich insbesondere der Gruppencharakter des Angebots sowie die Förderung von Austausch und Beziehung in der Gruppe als akzeptanzfördernd erwiesen.

Im Hinblick auf die Ergebnisse der Interventionen fallen die hohe Zufriedenheit der Modellteilnehmer/innen und die konstatierte persönliche Bedeutung im Hinblick auf die Teilnahme auf. Das Angebot hat den Teilnehmer/innen offensichtlich wichtige Informationen zum Konsum von illegalen Drogen geliefert. Dabei haben sich die Informationen nicht nur auf gesundheitliche soziale Aspekte beschränkt, sondern auch rechtliche Aspekte einbezogen, die für die Jugendlichen von besonderem Interesse waren (z.B. Drogenkonsum und Führerschein, Ablauf und Grundlagen von Ermittlungsverfahren, Rechte gegenüber Polizei und Strafverfolgung). Genutzt haben viele Teilnehmer/innen auch Informationen und Hinweise zur Risikoabschätzung und zu Gebrauchsregeln für einen risikominimierenden Konsum.

Die Ergebnisse der Intervention sind unabhängig davon, ob Teilnehmer/innen freiwillig oder nach Weisung daran teilnehmen. In der Fachöffentlichkeit wird ein verstärkter Bedarf nach (sucht-)präventiven Angeboten diskutiert, insbesondere, wenn diese an krisenhaften Situationen ansetzen. Im Interesse einer möglichst frühen Intervention sollten deshalb bei der

Implementierung vergleichbarer Angebote weitere Zugangsmöglichkeiten wie z.B. Schule, Betrieb, Arztpraxen und Krankenhäuser verstärkt genutzt werden.

## Literatur

Alte-Teigeler, A. (1999). Kommunale Angebote für suchtgefährdete Jugendliche - Eine Defizitanalyse auf der Basis von Experteninterviews. In: Freitag, M. u. Hurrelmann, K. (Hg.), S. 129 -155.

Bendel, Th. u.a. (2002). Repräsentativstudie zum Drogenkonsum Potsdamer Jugendlicher. Potsdam.

BKA (2002). Polizeiliche Kriminalitätsstatistik 2001.

BZGA (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.

BZGA (2002). Drogenkonsum in der Partyszene - Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 19. Köln.

Freitag, M., Hurrelmann, K. (Hg.) (1999). Illegale Alltagsdrogen, Weinheim. München.

Görgen, W., Hartmann, R., Oliva, H. (2003). Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten - FreD, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.), Forschungsbericht 299, Sozialforschung. Bonn.

LWL, (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) (2002). Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten (FreD), Beschreibung des Bundesmodellprojekts. Münster.

LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) (Hg.) (2003). Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD, Handbuch/Manual. Münster.

Schnidt, B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Weinheim, München.

Schmidt, B., Broekmann, A. (2001). Unterstützungsleistungen für drogenkonsumierende Jugendliche: Mitmachen und gewinnen. In: neue praxis, 1/2001, S. 514 - 522.

Schroers, A., Schneider, W. (1998). Drogengebrauch und Prävention im Party-Setting - Forschungsbericht, INDRO e.V. u. GINKO e.V. (Hg.), Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 20. Berlin.

Statistisches Bundesamt (2001). Staatsanwaltschaften 1998. Wiesbaden.

Welsch, K. (2001). Suchthilfestatistik 2000 in Deutschland. In: Sucht 47 Jg., Sonderheft 3, Dezember 2001.

Welsch, K. (2002). Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. In: Sucht 48 Jg., Sonderheft 1, Dezember 2002.

Wittchen, H.U., Lieb, R. (2000). Vulnerabilität- und Protektionsfaktoren bei Frühstadien von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Schlussbericht zum Forschungsvorhaben, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie. München.



*Wer nicht vom Weg abkommen will,  
bleibt auf der Strecke ...*

## **Förderung der Rausch- und Risikokompetenz Jugendlicher – aber wie?**

### **Gerald Koller**

c/o Büro VITAL  
Fabrikstraße 39  
A - 4400 Steyr  
Tel. 0043-7252-86780  
FAX 0043-7252-86780  
e-mail: buerovital@aon.at

Ich erinnere mich an eine Tagung, die mich nach durchzechter Nacht im Kreise der Kollegenschaft auf dem Podium als Moderator des 2. Veranstaltungstags wiedersah. Während der hochrangig besetzten Diskussion musste ich dreimal intensiv den Atem anhalten, um – sagen wir es so – das Design des Mikrofons nicht stark zu verändern. Als nach der Veranstaltung Kolleg/innen mir das Feedback gaben, dass es höchst beeindruckend sei, wie ich an den richtigen Momenten die Pausen setzen würde, war für mich ein weiterer Beweis geliefert: Rausch kann auch Ressource sein – selbst am Tag danach, der als day after mitunter wirklich der "Tag im Arsch" ist.

Was sich in all den Jahren verändert hat, ist, dass ich mir darüber zu reden gestatte. Ich habe unsere Verschwiegenheit über unsere eigenen Rauscherfahrungen immer als Manko erlebt – ein Gespräch darüber hätte uns vielleicht geholfen, eine Kultur zu entwickeln, die Erwachsene und Jugendliche brauchen, um mit dem Rausch- und Risikohaften umzugehen.

Sie sehen schon, ich bewerte Drogen nicht als schlecht – sehr wohl aber mitunter unseren Umgang damit. Vor zwei Tagen habe ich mich beispielsweise im Garten an einer Distel gestochen. Ich kann nicht einsehen, warum deshalb die Distel eine schlechte Pflanze sein soll. Mein Umgang mit ihr war jedoch nicht adäquat – hier werde ich wohl lernen.

Bei einer Fachtagung im Jahr 2002 postulierte meine Kollegin Gundula Barsch aus Berlin: "Drogenkonsum ist gestaltbar." Ich führe diesen Gedanken hier weiter und sage: "Rauschverhalten ist kultivierbar." Das Reden über Rausch ist deshalb so wichtig,

weil die Bezeichnung "Drogenkonsum" die Sache nicht auf den Punkt trifft: Menschen nehmen nicht Drogen um ihrer selbst willen, sondern um mit ihnen etwas zu erreichen: rauschhafte Erfahrungen. Es gilt also, über dieses Ziel des Drogenkonsums und die damit verbundenen Sehnsüchte zu reden.

Dies alles widerspricht einem gesellschaftlichen Konstrukt, das da besagt, dass dem Drogenkonsum ein Problem zugrunde läge. Diese Annahme entspringt dem Credo einer Hochkultur, die alles Eshafte ins Unbewusste verbannen muss und das Risiko scheut: Seit 2000 Jahren beten wir das Vater-unser und mit ihm "und führe uns nicht in Versuchung". In einem Konvent in der Nähe von Biel/Bienne beten die Männer und Frauen das Vater-unser (hoffentlich auch als Mutter-unser) anders: "... und führe uns in der Versuchung".

Das, genau das, muss das Zentrum unserer pädagogischen Fragen sein: Was führt? Welche individuelle und soziale Instanz? Und welche Pädagogik hilft dabei? Die Bewahrungspädagogik, die nur das Abstinenz-Modell in einer rauschfördernden Welt anzubieten hat, sicher nicht.

Und rauschfördernd ist unsere Welt allemal in den verschiedensten Settings unseres gesellschaftlichen Lebens:

SETTINGS von Rausch- und Risikoerfahrungen:

- Feste (Bierfeste/Familie)
- Religiöse Feste
- Fun-, Extremsport
- Konzerte
- Brauchtum
- Psychiatrie
- Raves
- Demos

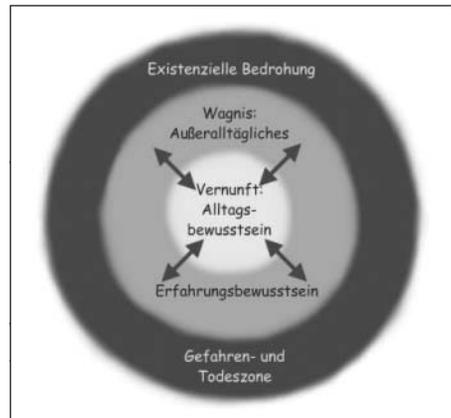
- Seminare
- Börse, Arbeit
- Medien
- Stammtische
- Shopping
- Feuerlauf
- New Age
- Kunst
- Deprivation
- Zuschauer Sport
- Events
- Erotik
- Sex
- Macht
- Hüttenzauber
- Spielcasinos, Wettbüros
- Autofahren
- Helfersyndrom
- Reisen
- .....

Die Welt ist voll von Rauscherfahrungen. Menschen berauschen sich also offensichtlich keineswegs nur, um zu flüchten oder sich selbst zu heilen. Auch dem Konsum legalisierter wie illegalisierter Drogen muss kein Problem zugrunde liegen. Denn wer taucht, boardet, kiff, den sexuellen Rausch sucht, hat nicht grundsätzlich ein Problem, sondern ist grundsätzlich Mensch. Vertiefen wir das am Beispiel der Sexualität: Natürlich kann Sex als Problemflucht missbraucht werden und führt mitunter auch zu massiven Problemen – doch wer würde es wagen, aufgrund dieser statistisch zwar relevanten, aber doch geringen Problematik, Sexualität a priori als Problemverhalten zu diskreditieren? Wenn dies so wäre, dann bräuchten wir ja bei jedem Geschlechtsverkehr beraterische Betreuung!

Was Jugendliche in einer hedonistischen Welt zu lernen bedürfen, ist die spirituelle Dimension des Rausches, seine Einbettung in Rituale und soziale Netze, seine Reflexion im Alltag. Der

Satz des griechischen Philosophen Theokrit gibt uns einigen Aufschluss darüber, wie die Griechen über den Rausch dachten: "Jetzt, da wir betrunken sind, wollen wir nichts auslassen. Ich für meinen Teil will also aus meinem tiefsten Herzen erzählen." Hier und auch bei anderen Stellen der griechischen Literatur, insbesondere bei Plato, wird deutlich, dass die Griechen nicht um des Vergnügens willen tranken – sondern im Dienste einer höheren Wahrheit, die in der Rauscherfahrung zu finden und zu kommunizieren ist.

Die wesentliche Qualität, Außeralltägliches zu erleben, bewusst vorzubereiten und integrativ durch Reflexion nutzbar zu machen, liegt, wie folgende Grafik zeigt, auf der emotionalen Ebene:



- Die Vorbereitung braucht objektiven Check der Medien, die in die Erfahrung führen sollen (Substanzen, Sportgeräte ...)
- Das soziale Netz ist zweites Zielgebiet der Vorbereitung: Mit wem gehe ich in die Erfahrung? Könnte ich hängen gelassen werden? Werde ich möglicherweise in Bereiche hineingestoßen, in die ich nicht gehen will? Und bin ich meinerseits bereit,

die anderen in der Gruppe mitzutragen?

Gerade das dänische Programm "Look at your friends" zeigt, wie wesentlich es der Prävention ist, Sozialkompetenz zu entwickeln, die es auch im Rauschfall (der immer ein Glücksfall – oder eben aber auch kein Glücksfall sein kann) ernst meint. Lässt eine Freundesgruppe betrunken eines ihrer Gruppenmitglieder liegen, wenn dieses nicht weiterkann – oder ist hier eine community gemeinsam auf dem Weg?

Ein pädagogisches Ziel auf dieser Ebene ist es auch, Menschen dabei zu durchschauen zu helfen, wie weit sie im Rahmen von Rauschritualen abhängig gemacht werden sollen – und (wie wir das aus der Geschichte des 20. Jahrhunderts mehrmals erfahren mussten) in eine wesentlich verderblichere Abhängigkeit geführt werden, als dies die psychische oder physische von Substanzen sein kann – nämlich in jene politische Abhängigkeit, die sehr oft bewusst über Rauschrituale hergestellt wurde und wird.

- Schließlich geht es um den Check der aktuellen körperlichen und psychischen Befindlichkeit, die heute vielleicht das nicht zulässt, was mir gestern zuträglich war. Als Voraussetzung dafür braucht es ein sensibles Körperbewusstsein, das insbesondere bei Männern durchaus ausbaufähig ist (diese kurze Bemerkung verweist auch darauf, dass Rausch- und Risikoverhalten bei Männern und Frauen verschiedene Ausprägungen erfährt).

Auf eben diesen 3 genannten Ebenen findet auch die Nachbereitung des Erlebten statt: Psychische Stabilisierung auf der existenziellen Ebene,

Kommunikation im sozialen Netz und Integration im Alltag.

Beispiele für Risiflecting gibt es mittlerweile schon einige: Der Führerschein ab 17, der in Österreich eine Entwicklung in die richtige Richtung genommen hat. Jugendzentren, die nicht mehr im Diskurs zwischen "Jugendarbeit mit oder ohne Alkohol" hängen bleiben, sondern qualitative alkoholische Getränke anbieten und gemeinsam mit Jugendlichen Alkoholkultur entwickeln (wie dies auch die immer mehr beliebten Shake-Kurse tun, bei denen Jugendliche die Erfahrung machen, dass es nicht auf die Menge des Alkohols, sondern auf das Raffinement der Zusammensetzung der verschiedenen Ingredienzien ankommt). In manchen deutschsprachigen Großstädten gibt es bereits Kifferräume, in denen Jugendarbeit ihre Berührungsgängste ablegt und mit Jugendlichen Auseinandersetzungen und damit Kultivierung erreichen möchte.

Damit Rauscherfahrungen im Flow, mitunter im Kick, aber nicht in der Gosse landen, bedarf es natürlich struktureller Rahmenbedingungen. Wer kein Fundament im Alltag hat, wird gerade auch im Nachtflug keine Landung auf festem Boden erleben. Hier ist Prävention gefordert – und damit Wirtschaft und Politik, die gesunde Rahmen für unser Leben entwickeln sollen.

Meine Sekretärin hat sich kürzlich (was ihr sehr selten passiert) bei der Redaktion eines Foldertextes für einen Risiflecting-Lehrgang vertippt. In einem Zitat eines Froriders schrieb sie statt "Ich muss hie und da rausgehen" das Wort "Rauschgehen" – und lächelnd dachte ich und denke ich: Vielleicht ist es genau das, was wir lernen müssen:

Im Rausch nicht zu torkeln, sondern auf gutem Boden zu gehen.

Das meint nicht, dass wir ab jetzt die moralinsaure Videokamera des Über-Ich auf unser Trieb-Erleben richten sollen. Das meint auch nicht, dass wir ab jetzt nur mehr kultiviert und mit abstehendem kleinen Finger am Glase nippen. Risflecting ist keine neue kognitive Keule gegen das wilde ungestüme Meer unseres Trieberlebens. Es gilt vielmehr unser Herz zu öffnen, um Informationen und Begierden in ihm zu fassen, in einem kurzen Moment abzuschätzen, mit wem, wie viel und was in der aktuellen Situation stimmt. In einer Diskussion mit Extremsportlern haben wir diese Fähigkeit break benannt: Noch einmal kurz Pause machen, innere und äußere Stimmigkeiten prüfen, bevor ich mich auf die Erfahrung ein- und mich fallen lasse. Dann können Rauscherfahrungen zum Glücksfall werden.



# LWL

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

