

Professionelle Suchtprävention in Österreich:

Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention

Koordination der Studie und Text der Endfassung:
Alfred Uhl / Alfred Springer
Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung

auf Initiative und unter Mitarbeit der
Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention

gefördert vom
Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
sowie der Europäischen Kommission als Beitrag
zur Europäischen Woche für Suchtprävention
vom 16. – 22. November 1998

in Kooperation mit dem
Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Wien, Juli 2002



Bundesministerium für
soziale Sicherheit und
Generationen



Ludwig-Boltzmann-
Institut für Suchtforschung



Europäische Woche der
Suchtprävention 1998



Europäische Kommission

Korrespondenzadresse:

Dr. Alfred Uhl

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht)

am Anton-Proksch-Institut (API)

Mackgasse 7-11,

A-1237 Wien,

Tel: +43 – (0)1 – 88010 – 950,

FAX: +43 – (0)1 – 88010 – 956,

E-mail: alfred.uhl@api.or.at

Homepage: <http://www.api.or.at/lbi>

Eigentümer, Herausgeber und Verleger:

Republik Österreich,

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Stubenring 1, A-1010 Wien

Korrespondenzadresse:

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen

Radetzkystraße 2, A-1030 Wien,

Broschürentelefon: +43 – (0)1 – 0800 – 202074

E-Mail: broschuerenservice@bmsg.gv.at

Druck:

Hausdruckerei des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

Auflage: 5000

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind vorbehalten.

Die ausführliche Fassung dieser Publikation kann gratis über

<http://www.api.or.at/lbi> herunter geladen werden.

<p>Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. A. Uhl, A. Springer Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, 2002 ISBN 3-85010-096-0</p>

Vorwort des Herrn Bundesministers

Die Prophylaxe von Missbrauch und Sucht wird ganz allgemein als öffentliches Anliegen mit hoher Priorität gesehen. Einen sehr starken Auftrieb erhielt die Idee der Suchtprävention als sich die Gesellschaft vor mehr als dreißig Jahren mit einem wachsenden Drogenproblem konfrontiert sah. Viele Menschen vertraten damals die optimistische Ansicht, dass man dem Phänomen mit abschreckenden Berichten über die Folgen und mit gesetzlicher Härte gegen Drogenhändler rasch den Boden unter den Füßen entziehen würde. Heute wissen wir, dass diese anfänglichen Erwartungen weit überzogen waren. Wir haben erkannt, dass diese Art von Abschreckung sich als wenig wirksam erweist, und dass die einseitige Fokussierung auf illegale Drogen zu wenig weit greift. Dem modernen Verständnis von Suchtprophylaxe entsprechend, wird diese heute im umfassenderen Kontext der Gesundheitsförderung verortet und neben den illegalen werden auch die legalen Drogen, psychotrope Medikamente und stoffungebundene Süchte miteinbezogen.

Wenn man die Entwicklung der Suchtprävention über die letzten 30 Jahre, von anfänglichen unkoordinierten drogenpräventiven Maßnahmen bis zur heute feststellbaren Etablierung als bedeutende eigene Profession, Revue passieren lässt, so wird man mit einer großen Zahl von wesentlichen empirischen Studien, mit vielen wichtigen theoretischen Erörterungen und mit einer Reihe recht unterschiedlicher Begriffssysteme konfrontiert, was nicht nur Laien sondern auch viele PraktikerInnen und ExpertInnen immer wieder verwirrt.

Aus diesem Grund beschlossen die österreichischen Fachstellen für Suchtprävention unter fachlicher Leitung des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung in Kooperation mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen sowie mit finanzieller Unterstützung meines Ressorts und der Europäischen Kommission eine umfassende Bestandsaufnahme der relevanten Präventionskonzepte und Begriffssysteme, und darauf aufbauend die konsensuelle Entwicklung eines Leitbildes für ihre tägliche Arbeit.

Die umfangreichen Ergebnisse dieser Studie sind ein Fundus für an Suchtprävention interessierten Personen, die sich rasch und präzise mit den elementaren konzeptuellen und sprachlichen Grundlagen der modernen Suchtprävention vertraut machen wollen und gleichzeitig ein Dokument, das erstmals in Österreich detailliert Standort und Selbstverständnis der professionellen Suchtprävention beschreibt.

Ich bin daher überzeugt, dass dieses gelungene Werk für alle, die sich mit Fragen der Suchtprävention beschäftigen, von großem Interesse ist und freue mich, es als Publikation meines Ressorts zur Verfügung stellen zu können. Dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, insbesondere aber auch den Fachstellen für Suchtvorbeugung, darf ich für ihr Engagement bei der Erarbeitung der Studie herzlich danken.

Wien im Juli 2002

Mag. Herbert Haupt
Bundesminister für
soziale Sicherheit und Generationen

**An der Studie beteiligte MitarbeiterInnen der Österreichischen
Fachstellen für Suchtprävention:**

Mag. Anne Arends, Margot Brandstetter, Dr. Barbara Drobesch,
Prof. DSA Kurt Fellöcker, Rudolf Ferder, DSA Silvia Franke,
Mag. Gerhard Gollner, DSA Karin Gugl, Irene Hassler,
Martin Hefel, DAS Christine Hilpert, Birgit Jung,
DSA Claudia Kahr, DSA Christoph Lagemann,
Mag. Karl-Heinz Marent, Mag. Doris Nowak-Schuh,
Mag. Dagmar Philipp, Mag. Beate Regensburger-Haslwanter,
Mag. Nicole Rögl, Dr. Rainer Schmidbauer, Siegfried Unger

Weitere an der Studie beteiligte ExpertInnen:

Urs Abt, Stefan Brühlhart, Bernd Dembach, Marie-Luise Ernst,
Dipl. Soz. Peter Faber, Mag. Beate Falbesoner,
Ass. Dr. Christian Fazekas, Dr. Franziska Feldinger,
Dr. Beatrix Haller, Rainer Hoffmann, OA. Dr. Ewald Höld, Engel-
bert Horwath, Winfried Janisch, Walter Kern, Gerhard Koller, Dr.
Christoph Kröger, Drs. Han Kuipers, Claudia Meier,
Dr. Thérèse Michaelis, Mag. Eva Mitterbauer, Dr. Guido Nöcker,
Helga Oberarzbacher, Prof. Klaus Pfeifer, Angelika Püspök,
Mag. Christian Reumann, Dr. Franz Riedel, Helmut Schober,
DSA Ilse Schrammel, Margot Sokopp, Mag. Michaela Stanglauer,
Werner Tauber, Mag.Dr. Heinz Tippl, Dr. Elke Tholen,
DSA Harald Wieser, OA.Dr. Roland Wölfle

*Weder die Europäische Kommission noch in ihrem Namen handelnde
Personen haften für die Verwendung der nachstehenden Informationen.*

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Rauschgiftprävention – Drogenprävention – Suchtprävention – Gesundheitsförderung	6
1.2 Von unkoordinierten drogenpräventiven Maßnahmen zur Etablierung der Suchtprävention als eigenständige Disziplin und zur Professionalisierung	7
1.2.1 Unkoordinierte drogenpräventive Maßnahmen	8
1.2.2 Etablierung der Suchtprävention als eigene Disziplin	8
1.2.3 Professionalisierung der Suchtprävention	9
1.3 Hintergrund der Studie	11
2. Ablauf und Struktur der Delphistudie	12
2.1 TeilnehmerInnen an der Studie	12
2.2 Beurteilung des Delphiprojekts durch die TeilnehmerInnen	12
2.3 Die Ergebnisse der Studie	13
3. Überarbeiteter Endtext der Delphistudie	14
3.1 Definitionen und Konzepte im Bereich Suchtprävention	14
3.1.1 Der Begriff „Drogen“	14
3.1.2 Abstinenz – experimenteller Gebrauch – Gebrauch – schädlicher Gebrauch – Sucht	16
3.1.3 Erweitertes Problemverständnis zum Thema „Sucht“ substanzgebundene vs. nicht-substanzgebundene Süchte	18
3.1.4 Suchtpotential	19
3.1.5 Problemorientierung – Abstinenzorientierung	20
3.1.6 Prävention	22
3.1.7 Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention – (Quartärprävention)	22
3.1.8 „Drogenprävention“ vs. „Suchtprävention“	23
3.1.9 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	24
3.2 Aufgabenfelder in Zusammenhang mit Sucht- und Drogenprävention	25
3.2.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	27
3.3 Evaluation	28
3.3.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	32
3.4 Anlass für Aktivitäten	34
3.4.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	34
3.5 Das Menschenbild der Sucht- und Drogenprävention	35
3.5.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	37

3.6	Zielgruppe für Sucht- und Drogenprävention	37
3.6.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition.....	39
3.7	Grundstrategien der Sucht- und Drogenprävention	40
3.7.1	Strukturelle vs. personenorientierte Maßnahmen	40
3.7.1.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	41
3.7.2	Das Thema „Drogen“ als Inhalt der Sucht- und Drogenprävention.....	42
3.7.2.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	43
3.7.3	Abschreckung, selektiv einseitige Informationsvermittlung vs. inhaltlich ausgewogene Wissensvermittlung	43
3.7.3.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	46
3.7.4	Der Peergruppenansatz.....	46
3.7.4.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	48
3.7.5	Normative Ansätze	48
3.7.5.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	48
3.7.6	Förderung von Lebenskompetenz und das Pathogenese- /Salutogenesemodell.....	49
3.7.6.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	51
3.7.7	Gesundheitsförderung.....	52
3.7.7.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	55
3.7.8	Konkrete Aufgabenstellungen der Fachstellen.....	56
3.7.8.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition	56
3.8	Inhaltliche Positionierung	58
3.8.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition.....	58
3.9	Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen	59
3.9.1	Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition.....	59

4.	Kurze Zusammenfassung der wesentlichsten Ergebnisse der Delphistudie (Stand Anfang 2001)	61
4.1	Bezeichnung der Aufgabenstellung	61
4.2	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	62
4.3	Das Menschenbild der Suchtprävention.....	63
4.4	Problemorientierung vs. Abstinenzorientierung	63
4.5	Agieren vs. Reagieren	64
4.6	Direkter vs. indirekter Ansatz	65
4.7	Inhaltliche Ansätze	65
4.8	Evaluation und Forschung	67
4.9	Ausbildung von Suchtpräventionsfachleuten.....	68
5.	Kurze Beschreibung der österreichischen Fachstellen und deren Tätigkeit..	70
5.1	Institut für Suchtprävention, Linz	70
5.1.1	Charakterisierung der Einrichtung.....	70
5.1.2	Konkrete Projekte.....	71
5.1.2.1	Peer-Education – ein Schulprojekt	71
5.1.2.2	Projekt „KUGELRUND“ am Papier	72
5.1.2.3	„Ikarus“ - ein Projekt zur Suchtvorbeugung - startet im Bezirk Wels-Land	73
5.1.2.4	Projekt „Cannabis“	74
5.2	kontakt & co – Suchtpräventionsstelle Tirol.....	77
5.2.1	Charakterisierung der Einrichtung.....	77
5.2.2	Konkrete Projekte.....	77
5.2.2.1	fun & friends	77
5.2.2.2	Sansibar	78
5.2.2.3	Bezirksgruppen für Suchtprävention.....	78
5.2.2.4	PIB - Prävention in Betrieben	78
5.2.2.5	step by step.....	79
5.2.2.6	Außerschulische Jugendarbeit	79
5.2.2.7	Zielgruppe Familie	80
5.2.2.8	Gemeindeorientierte Suchtprävention	80
5.2.2.9	Referentenpool und Multiplikatorenlehrgang	80
5.2.2.10	Kontaktpersonen in Berufsschulen und Berufsschulheimen	80
5.3	VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark	81
5.3.1	Charakterisierung der Einrichtung.....	81
5.3.2	Konkrete Projekte.....	81
5.3.2.1	Suchtvorbeugung im Kindesalter	81
5.3.2.2	Suchtprävention in der Schule.....	82
5.3.2.3	Suchtprävention im Jugendalter	83
5.3.2.4	Suchtprävention im Gemeinwesen	83

5.4	Institut für Suchtprävention der Stadt Wien (ISP)	85
5.4.1	Charakterisierung der Einrichtung	85
5.4.2	Konkrete Projekte	85
5.4.2.1	Schwerpunkt Sucht im Theater der Jugend	85
5.4.2.2	Enquête „Suchtprävention im Kindergarten“	86
5.4.2.3	Studie zum „Spielzeugfreien Kindergarten“	86
5.4.2.4	„Train the Trainer“	86
5.4.2.5	Suchtprävention im Lehrlingswesen der ÖBB	87
5.5	Akzente Suchtpräventionsstelle – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg	88
5.5.1	Charakterisierung der Einrichtung	88
5.5.2	Konkrete Projekte	89
5.5.2.1	„3 Wochen Ohne“	89
5.5.2.2	„Schulische und außerschulische Peer-Projekte“	89
5.5.2.3	„Schüler-Multiplikatoren-Projekt“	89
5.5.2.4	„Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde?“	89
5.5.2.5	„Das Tankmodell in plastischer Ausführung als Ausstellung“	89
5.5.2.6	„step by step“	89
5.6	SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe Vorarlberg	90
5.6.1	Charakterisierung der Einrichtung	90
5.6.2	Konkrete Projekte	91
5.6.2.1	Peer-Leader Training	91
5.6.2.2	Aktion Trocken	91
5.6.2.3	Expression	91
5.6.2.4	100 Projekte zur „Kinder stark machen“- Kampagne 1999	91
5.6.2.5	Haschisch g´schnallt	91
5.6.2.6	Gesundheitsförderungsagentur	91
5.6.2.7	EU-INTERREG II – Projekte	92
5.6.2.8	Kinder stark machen mit Sport	92
5.6.2.9	Betriebliche Gesundheitsförderung	92
5.7	NÖ Fachstelle für Suchtvorbeugung	93
5.7.1	Charakterisierung der Einrichtung	93
5.7.2	Konkrete Projekte	94
5.7.2.1	Kindergarten	94
5.7.2.2	Volksschule	94
5.7.2.3	Suchtvorbeugung mit Lehrlingen	94
5.7.2.4	Betriebe	94
5.7.2.5	Suchtvorbeugung in der Gemeinde	95
5.7.2.6	Sekundärprävention mit Jugendlichen	95
5.7.2.7	MultiplikatorInnenschulungen	95
5.7.2.8	Informationstag zur Suchtprävention in NÖ	95

5.8	Kärntner Koordinationsstelle für Suchtprävention Kärnten.....	96
5.8.1	Charakterisierung der Einrichtung.....	96
5.8.2	Konkrete Projekte.....	96
5.8.2.1	Projekt „Suchtprävention als bedarfsorientiertes Angebot im Rahmen struktureller Gesundheitsförderung“.....	96
5.8.2.2	Projekt „Theaterarbeit in der Suchtprävention“:	97
5.9	Burgenländische Fachstelle für Suchtprävention.....	98
5.9.1	Charakterisierung der Einrichtung.....	98
6.	Anhang.....	99
6.1	Name der StudienteilnehmerInnen und Anschrift der Einrichtung....	99
6.1.1	An der Studie beteiligte MitarbeiterInnen der Fachstellen	99
6.1.2	Weitere an der Studie beteiligte ExpertInnen	101
6.1.3	Wissenschaftliche Koordination und Endtext	105
6.2	Beurteilung des Delphi Projekts durch die TeilnehmerInnen	106
6.3	Letzte Fragebogenfassung und Antwortmuster der TeilnehmerInnen.....	107
7.	Literatur.....	108

1. Einleitung

1.1 Rauschgiftprävention – Drogenprävention – Suchtprävention – Gesundheitsförderung

Seit Beginn der sogenannten „Drogenwelle“ Ende der 60er Jahre waren „illegale Drogen“ – zuerst unter den Begriffen „Rauschgift“ und „Suchtgift“, später vor allem unter dem Begriff „Drogen“ – immer ein stark emotionalisiertes Thema der Medien, – während Probleme in Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin oder Medikamenten, nicht-substanzgebundenen Süchten (wie Magersucht, Fresssucht, Spielsucht, Arbeitssucht usw.) und zahllose andere Gesundheitsaspekte nur sehr selten, und in der Regel auch mit weit weniger Emotionen, thematisiert wurden.

Der hohe Stellenwert, der Problemen in Zusammenhang mit illegalen Drogen in der Öffentlichkeit eingeräumt wird, steht dabei in keinem realen Verhältnis zum tatsächlichen Problemumfang. Konstante Rahmenbedingungen vorausgesetzt kann man erwarten, dass weit weniger als 1% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens ernste Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen entwickeln werden (Uhl & Seidler, 2000), während rund 10% im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken (Uhl et al., 2001; Uhl & Kobra, 2001) oder fast 50% im Laufe ihres Lebens ernste psychiatrische Krankheitsphasen durchmachen (Kessler et al., 1994).

Wenn Erwachsene den Stellenwert von Drogenproblemen relativ zu anderen Problemfeldern stark übertrieben ansetzen, so wird das von Jugendlichen oft als bewusste, ideologisch motivierte Desinformation oder als Hinweis auf sachliche Inkompetenz erlebt. Unter präventiven Gesichtspunkten ist das im günstigsten Fall wirkungslos, im ungünstigen Fall kontraproduktiv.

Wer längerfristig glaubwürdig wirken möchte, muss Inhalte vermitteln, die sich nicht schon bei der ersten Konfrontation mit der Realität als falsch erweisen (Springer & Uhl, 1993). Das bedeutet sachliche und korrekte Darstellung des Gebrauchs, des Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen Drogen, Medikamenten und illegalen Drogen. Darüber, dass einseitige, primär auf illegale Drogen ausgerichtete Prävention abzulehnen sei und dass ein adäquater Präventionsansatz alle psychoaktiven Substanzen gleichermaßen thematisieren sollte, gibt es aus diesem Grund seit langem einen breiten Konsens unter ExpertInnen.

Der Versuch vieler Sucht- und PräventionsexpertInnen die einseitige Fixierung der Öffentlichkeit auf „illegale Drogen“ zu überwinden war, sich vehement gegen die Verwendung des Begriffs „Drogen“ im umgangssprachlichen Sinne als „illegale Drogen“ auszusprechen und „Drogen“ mit „allen psychoaktiven Stoffen“ gleichzusetzen. Dieser Versuch dem Begriff „Drogenprävention“ eine umfassendere Bedeutung zuzuweisen hatte allerdings – wie man nunmehr feststellen kann – keinen nachhaltigen Einfluss auf den alltäglichen Sprachgebrauch. Der Begriff „Drogen“ wird auch heute im Alltag noch immer fast ausschließlich mit „illegale Drogen“ übersetzt. Sogar SuchtexpertInnen, die sich dafür ausspre-

chen, den Begriff „Drogen“ im umfassenden Sinne als „alle psychoaktiven Stoffe“ zu interpretieren, kommen oft nicht umhin, den Begriff ungewollt immer wieder als Synonym für „illegale Drogen“ zu verwenden.

Der Versuch, den Begriff „Drogenprävention“ abweichend vom Alltagsverständnis zu interpretieren, erwies sich als gescheitert. Als Alternativstrategie wurde der Begriff „Drogenprävention“ in der Folge weitgehend aufgegeben und durch „Suchtprävention“ ersetzt. So sollte eindeutig klargemacht werden, dass an keine einseitige Fokussierung auf illegale Drogen gedacht ist und dass gleichwertig auch legale Drogen und Medikamente einzubeziehen sind. Indirekt ergab sich dadurch auch noch die Möglichkeit den Zuständigkeitsbereich der Suchtprävention auf nicht-substanzgebundene Süchte auszuweiten, indem man „Sucht“ im Sinne des „umfassenden Suchtbegriffs“ interpretierte. Letztere Entwicklung kam den meisten SuchtprophylaktikerInnen offensichtlich ziemlich entgegen.

Weil Vorbeugung gegen den gesundheitsgefährdenden Gebrauch von psychoaktiven Substanzen, von denen kein relevantes Suchtpotential ausgeht, genau genommen nicht unter dem Begriff „Suchtprävention“ subsumierbar ist, ergibt sich bei strenger Auslegung des Begriffs „Suchtprävention“ zwar auch eine Einschränkung des Aufgabenbereichs; diesem Problem kann man allerdings begegnen, indem man den Begriff „Suchtprävention“ als Kurzbezeichnung der Aufgabenstellung festlegt und die Aufgabenstellung ausführlich als „Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“ bezeichnet.

Eine Reihe von Ansätzen der Suchtprävention, die speziell auf psychoaktive Substanzen und/oder Sucht ausgerichtet waren, erscheinen im Lichte aktueller Forschungsergebnisse zusehends als wenig erfolgversprechend. Verstärkt durch eine vom Institut für Therapieforschung (IFT München) durchgeführte Expertise (Künzel-Böhmer et al.; BZgA, 1993) erfolgte daher eine Umorientierung der Suchtprävention zu substanz- und suchtspezifischen Techniken im Sinne der „Lebenskompetenzförderung“. Letztere wird gegenwärtig nicht nur als bevorzugte Technik der Suchtprävention, sondern vielfach auch als Ansatz zur Gesundheitsförderung schlechthin gesehen.

Diese Entwicklung böte SuchtprophylaktikerInnen zwar grundsätzlich die Möglichkeit, sich auch als ExpertInnen für allgemeine Gesundheitsförderung zu präsentieren. Diese neuerliche Ausweitung des Tätigkeitsbereichs wird aber gegenwärtig vom überwiegenden Teil der SuchtprophylaktikerInnen abgelehnt.

1.2 Von unkoordinierten drogenpräventiven Maßnahmen zur Etablierung der Suchtprävention als eigenständige Disziplin und zur Professionalisierung

Die Entwicklung der Suchtprävention in Österreich über die letzten Jahrzehnte lässt sich mit drei Schlagworten beschreiben (Uhl & Springer, 2000):

- Unkoordinierte drogenpräventive Maßnahmen
- Etablierung der Suchtprävention als eigene Disziplin
- Professionalisierung der Suchtprävention

1.2.1 Unkoordinierte drogenpräventive Maßnahmen

Der Begriff „unkoordinierte drogenpräventive Maßnahmen“ umschreibt die Zeit nach Beginn der sogenannten „Drogenwelle“ Ende der 60er Jahre, als infolge des starken Medienechos und des daraus resultierenden öffentlichen Drucks entschlossene Schritte von den Behörden gefordert wurden. In dieser Zeit übertrug man die Aufgabenstellung „primäre und sekundäre Drogenprävention“ im Wesentlichen etablierten Berufsgruppen (wie LehrerInnen, ErzieherInnen, TherapeutInnen, Werbefachleuten usw.) als Zusatzaufgabe ohne entsprechende Qualifizierungsangebote vorzusehen oder gar vorzuschreiben. Oft wurden in diesem Zusammenhang – als GastreferentInnen und/oder BeraterInnen – auch PraktikerInnen der Suchtbehandlung und -therapie (Tertiärprävention) herangezogen, die ihre diesbezügliche Kompetenz ausschließlich aus ihrer therapeutischen Tätigkeit ableiteten. Auch Betroffene (erfolgreich behandelte „Ex-User“) kamen immer wieder zu Wort.

1.2.2 Etablierung der Suchtprävention als eigene Disziplin

Als die Forderung nach qualifizierter Drogenprävention an Dringlichkeit zunahm und sich immer deutlicher abzuzeichnen begann, dass sich viele der oben erwähnten etablierten Berufsgruppen von den Zusatzaufgaben „Primärprävention“ und „Sekundärprävention“ entweder gänzlich überfordert fühlten oder sich mit großem Engagement auf recht fragwürdige Strategien stürzten, setzte vielerorts ein radikales Umdenken ein. Der äußerst kostengünstige Versuch der Behörden, sich der Verantwortung für die Suchtprävention zu entledigen, indem man die Aufgabe etablierten Berufsgruppen als zusätzliche Aufgabe einfach zuwies, war offensichtlich gescheitert.

Diese Beurteilung führte in der Folge dazu, dass sich zusehends eine eigene Fachdisziplin der SuchtprophylaktikerInnen etablieren konnte, die sich auf primäre und sekundäre Suchtprävention spezialisierte.

Der Übergang von der im letzten Abschnitt besprochenen „Drogenprävention“ zur „Suchtprävention“ ist eng mit der Etablierung dieses völlig neuen Berufsfeldes verbunden. In der Folge wurde dann Suchtprävention von öffentlichen EntscheidungsträgerInnen auch immer öfter als Aufgabe definiert,

- die in die Hände von gut ausgebildeten und kompetenten Präventionsfachleuten gehört (direkter Ansatz) bzw.
- die von Schlüsselpersonen, MultiplikatorInnen und MediatorInnen unter qualifizierter Anleitung durch Präventionsfachleute zu realisieren ist (indirekter Ansatz).

Der Stellenwert von Commonsense und persönlicher Erfahrung als Grundlage für präventives Handeln wurde immer stärker problematisiert. Handlungsleitend wurden Konzepte, die auf wissenschaftliche Grundlagen verweisen konnten. Die Forderung nach wissenschaftlicher Evaluation der Präventionspraxis wurde immer hörbarer.

Der ursprüngliche Ansatz der unkoordinierten drogenpräventiven Maßnahmen wurde – völlig zu Recht – immer öfter als „Präventionsdilettantismus“ klassifiziert, und es wurden verstärkt qualifiziertere sowie wissenschaftlich überprüfte Zugänge gefordert und auch finanziert.

Man muss in diesem Zusammenhang allerdings auch festhalten, dass der Versuch, Suchtpräventionsaufgaben existierenden Berufsgruppen einfach zusätzlich zuzuweisen ohne diese dafür entsprechend auszubilden oder zu beraten, auch heute noch eine, wenn auch abnehmende Rolle spielt, und dass sich auch heute noch eine Reihe von SuchtbetreuerInnen und -therapeutInnen für gelegentliche Vorträge und Beratungen zur Verfügung stellen, ohne sich hinlänglich mit den Grundlagen der primären und sekundären Suchtprävention vertraut gemacht zu haben.

Für die im Zuge dieser Spezialisierung rasch an Bedeutung gewinnende Profession der SuchtprophylaktikerInnen ergaben sich ganz andere Rahmenbedingungen als für diejenigen, die Suchtprävention zusätzlich zu ihrer angestammten Tätigkeit ausführten. Während Suchtprävention für letztere oft nur eine wenig geliebte Zusatzaufgabe war bzw. auch heute noch darstellt, ist Suchtprävention für SuchtprophylaktikerInnen ein primärer Berufsinhalt, von dem sie ökonomisch abhängig sind. Es ist verständlich, dass die Branche der SuchtprophylaktikerInnen in der Anfangsphase, also als es darum ging ihre Profession neu zu etablieren, vor allem daran interessiert waren, große Erwartungen in ihre Möglichkeiten zu nähren, und auch darauf bedacht waren, die Grundlagen ihres beruflichen Handelns – ganz besonders nach außen hin – nicht unnötig zu problematisieren.

1.2.3 Professionalisierung der Suchtprävention

Erst nachdem die Suchtprävention als eigene Branche relativ etabliert und gefestigt war, und als man sich intern immer mehr mit kritischen Inhalten und den grundsätzlichen Möglichkeiten der Suchtprävention auseinanderzusetzen begann, wurde mehr und mehr beteiligten Personen bewusst, dass die Schere zwischen den Erfolgserwartungen und dem, was tatsächlich machbar war, immer weiter auseinander zu klaffen begann (Uhl, 1998).

Gegenwärtig stellen sich die Rahmenbedingungen der Suchtprävention folgendermaßen dar:

Auf der einen Seite ist ein gesellschaftlicher Konsens feststellbar,

- dass Suchtprävention eine wichtige Aufgabe darstellt, für die auch finanzielle Mittel durch die öffentliche Hand vorzusehen sind,
- dass Suchtpräventionsmaßnahmen, bevor Probleme aufgetreten sind („Primärprävention“) bzw. wenn sich diese abzuzeichnen beginnen („Sekundärprävention“), weit günstiger sind als Behandlung, nachdem diese bereits manifest geworden sind („Tertiärprävention“),
- dass der Umfang der eingesetzten finanziellen Mittel in einem ausgewogenen Verhältnis zur Schwere der Probleme stehen soll,

- dass Ansätze, die auf Informationsvermittlung, Hilfsangebote und offene Überzeugungsarbeit aufbauen, zu bevorzugen sind, während Ansätze, die auf Manipulation und Zwang setzen, nur in Extremfällen rechtfertigbar sind,
- dass man vor allem präventive Maßnahmen finanzieren sollte, die wirksam und hinsichtlich des Kosten-Nutzenverhältnisses effizient sind und
- dass diejenigen, die öffentlich finanzierte Präventivmaßnahmen durchführen, ihre Erfolge eindeutig belegen sollten.

Auf der anderen Seite wird aber auch immer mehr Beteiligten bewusst,

- dass die öffentliche Meinung Problemschwerpunkte häufig in Bereichen ortet, die eigentlich als sekundär zu beurteilen sind, während weit wichtigere Problembereiche kaum Beachtung finden,
- dass weite Kreise der Bevölkerung sich vehement für Strategien und Konzepte aussprechen, die auf recht fragwürdige Commonsense-Überlegungen und haltlose Schlussfolgerungen aus Eigenerfahrungen aufbauen,
- dass Informationsvermittlung, Hilfsangebote und offene Überzeugungsarbeit oft nicht jene Erfolge zeitigen, die sich viele davon erwartet haben bzw. immer noch erwarten,
- dass es in vielen Bereichen der Suchtprävention infolge gravierender methodologischer Probleme nur sehr schwer möglich ist, tatsächliche Erfolge empirisch nachzuweisen und
- dass übliche wissenschaftliche Evaluationen oft gar nicht auf jene Fragestellungen abzielen, auf die sich die AuftraggeberInnen Antworten erwarten.

Vor dem Hintergrund immer geringer werdender öffentlicher Ressourcen sowie angesichts eines in allen Bereichen wachsenden Erfolgs- und Evaluationsdrucks wich die anfängliche Begeisterung über die rasche Etablierung von Suchtprävention als eigene Branche dem bangen Bewusstsein, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den realen Möglichkeiten von Suchtprävention und deren Evaluation – mit nicht hinterfragten impliziten Hintergrundannahmen, mit unklaren Zielvorstellungen und mit unausgesprochenen handlungsleitenden Theorien usw. – immer notwendiger wurde, um den längerfristigen Bestand der neuen Profession zu gewährleisten.

Nach der Etablierung der Suchtprävention als eigene Fachdisziplin ist nun als nächster Schritt eine systematische und kritische Auseinandersetzung mit den Grundlagen des eigenen Handelns als wesentlicher Schritt zur Professionalisierung und Konsolidierung der Branche notwendig. Dieser Prozess ist gegenwärtig international im Gange und das Projekt „Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ ist als Ausdruck dieser Entwicklung in Österreich zu verstehen. Ähnliche Projekte gab es auch in anderen Ländern (z. B. Dembach & Hüllinghorst, 1997, in Deutschland oder Meier et al., 1997, in der Schweiz).

1.3 Hintergrund der Studie

Von 1993 bis 2000 entstanden in acht von neun österreichischen Bundesländern Fachstellen für Suchtprävention. Die erste dieser Fachstelle „SUPRO“ wurde 1993 in Vorarlberg gegründet. 1994 folgte das „Institut für Suchtprävention“ in Linz, 1995 das „Institut für Suchtprävention (ISP)“ in Wien und die „Suchtpräventionsstelle der Kärntner Landesregierung“, 1996 „Akzente Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung“ in Salzburg, „VIVID“ in der Steiermark, „kontakt&co“ in Tirol, 1998 die „Fachstelle für Suchtvorbeugung“ in Niederösterreich. Im Burgenland ist die Suchtpräventionsfachstelle seit 2000 in der Abteilung Gesundheit der Landesregierung angesiedelt; darüber hinaus werden Suchtpräventionsaufgaben im Burgenland von den Drogenberatungsstellen des Psychosozialen Dienstes (PSD) wahrgenommen. Die Fachstellen stehen in Kontakt miteinander und viele Mitglieder der Fachstellen pflegen darüber hinaus noch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch im Rahmen der Treffen der „Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung“.

Im Sinne der Professionalisierung der Suchtvorbeugung in Österreich fassten die Suchtpräventionsfachstellen Ende 1997 den Beschluss, gemeinsam ein Leitbild für die österreichische Suchtprävention zu entwickeln. Die praktische Koordinierungsaufgabe dieses Projekts wurde dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung übertragen. Es wurde beschlossen, die Leitbildentwicklung nach der „Delphimethode“ zu realisieren, da das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung diese Methodologie bereits bei zwei ähnlich gelagerten Fragestellungen (Uhl, 1998; Uhl, 1999b) recht erfolgreich angewandt hatte.

Die Delphimethode ist ein selbstkorrigierender Ansatz zur Konsensfindung, bei dem ExpertInnen anonym und wiederholt zu Entwürfen Stellung beziehen, die basierend auf diesen Stellungnahmen dann angepasst werden, bis sich, nach einigen Runden, ein weitgehender Konsens abzeichnet. Die Delphimethode ist ursprünglich von Dalkey und Helmer (1963) entwickelt und von Lindstone und Turoff (1975) popularisiert worden. Ziel war anfangs, durch strukturierte ExpertInnenbefragung zu besseren Prognosen in komplexen Situationen zu gelangen. Bei unzähligen Anwendungen ist es dann allerdings zu vielen Varianten der Methode gekommen. Es wurde inzwischen auch eine große Zahl von Delphi-Projekten durchgeführt, bei denen es – wie auch bei der vorliegenden Studie – zwar um Konsensfindung unter ExpertInnen, aber nicht um die Optimierung von Prognosen ging.

Im vorliegenden Projekt wurde eine Initialrunde mit VertreterInnen aller österreichischen Fachstellen für Suchtprävention und drei weitere Runden (Wellen) mit zusätzlichen österreichischen und internationalen ExpertInnen realisiert. Der erweiterte ExpertInnenkreis war über Vorschläge der FachstellenvertreterInnen und des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung konstituiert worden.

2. Ablauf und Struktur der Delphistudie

Im Verlauf der vier Wellen zeichnete sich eine deutliche Konvergenz der Standpunkte in vielen wesentlichen Bereichen ab. Nach der Finalrunde wich die Mehrheitsmeinung der FachstellenmitarbeiterInnen nur in wenigen Punkten von jener der anderen ExpertInnen ab. Die Fragebogenendversion sowie die Bereiche, in denen sich kein Konsens abzeichnete, werden im Anhang, Kap. 6.3, S.107 dargestellt, wobei auch die Minderheitspositionen inklusive der genauen Abstimmungsergebnisse wiedergegeben werden.

Als Schwerpunkte der Studie ergaben sich konzeptuelle Fragen, strukturelle Aspekte und allgemeine Orientierungen. Mehr ins Detail gehende Vorstellungen zu relevanten, hinter der Suchtpräventionsarbeit liegenden inhaltlichen Theorien und Modellvorstellungen wurden in der vorliegenden Delphistudie nur wenig angesprochen und spielen daher im Endbericht auch bloß eine untergeordnete Rolle.

2.1 TeilnehmerInnen an der Studie

Die TeilnehmerInnen an der Studie, getrennt nach MitarbeiterInnen der österreichischen Präventionsfachstellen und anderen ExpertInnen, werden im Anhang, Kap. 6.1, S.99, detailliert ausgewiesen.

2.2 Beurteilung des Delphiprojekts durch die TeilnehmerInnen

In Verbindung mit dem vierten und letzten Durchgang der Delphistudie sind alle Beteiligten ersucht worden, anonym – im Sinne einer immanenten Evaluation des Projekts - durch Ankreuzen eines Fragebogens ein Urteil über den Delphi-prozess, an dem sie teilgenommen hatten, und über die Ergebnisse dieses Prozesses abzugeben. (Bezüglich der konkret gestellten Fragen und der detaillierten Ergebnisse vgl. Anhang, Kap. 6.2, S.99).

Da die Durchschnittsergebnisse in einer Art und Weise linear transformiert wurden, dass die bestmögliche Beurteilung 100% und die schlechtestmögliche Beurteilung 0% beträgt, sind die Koeffizienten unmittelbar interpretierbar. Zusammenfassend lässt sich festhalten,

- dass die Beteiligten die Studie durchschnittlich sehr hilfreich für SuchtprophylaktikerInnen fanden (84%),
- dass sie die Ergebnisse der Studie durchwegs positiv beurteilten (79%),
- dass ihnen die exakte Bedeutung und unterschiedliche Bedeutungen von „präventionsrelevanten Begriffen“ bewusster geworden ist (77%),
- dass ihnen durch die Studie präventionsrelevante implizite Konzepte bewusster geworden sind (75%),
- dass sie dem Ziel „Weiterentwicklung der theoretischen Basis und Struktur der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ deutlich näher gekommen sind (69%) und
- dass die ursprünglichen Erwartungen in die Delphistudie erfüllt worden sind (69%).

Da es sich bei den TeilnehmerInnen mehrheitlich um sehr erfahrene Präventions-expertInnen handelte, ist der Umstand durchaus einleuchtend, dass das Ergebnis als hilfreicher für andere SuchtprophylaktikerInnen als für sich selbst erachtet wurde. Am schlechtesten, wenngleich noch immer deutlich im positiven Bereich, fiel das Urteil darüber aus, wie weit man dem Ziel „Leitbildentwicklung“ tatsächlich näher gekommen sei, und ob damit die ursprünglichen Erwartungen in die Delphistudie erfüllt worden seien. Aus einigen ergänzenden Kommentaren kann man erahnen, dass sich in der etwas schlechteren Beurteilung dieses Aspekts eine Unzufriedenheit Einiger darüber manifestiert, dass ein deutlicher Schwerpunkt der Ergebnisse auf organisatorischen, strukturellen, definitorischen und pragmatischen Aspekten lag, während inhaltliche Fragen zur hinter der Suchtpräventionsarbeit liegenden Theorie keinen vergleichbar großen Stellenwert einnahmen.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass eine Mitarbeiterin einer Fachstelle in der vorletzten Runde eine Reihe von interessanten Inhalten zur Theorie hinter der Suchtprävention einbringen wollte, die ohne Frage eine Bereicherung der Studie gebracht hätten. Leider ist, infolge eines technischen Problems, diese Rückmeldung erst nach der letzten Welle zum Studienkoordinator gelangt und konnte daher in der Endversion keinen Niederschlag finden.

2.3 Die Ergebnisse der Studie

Es wäre sicherlich interessant den Prozess vom ersten Entwurf des Delphifragebogens bis zum Ergebnis nach vier Wellen zu systematisch zu dokumentieren. Da allerdings bereits der erste Fragebogen recht umfangreich war, haben wir uns auf eine Darstellung der letzten Fragebogenversion inkl. Antwortverhalten der TeilnehmerInnen bei der letzten Welle beschränkt. Der Haupttext besteht aus der Mehrheitsmeinung der TeilnehmerInnen, die diese in der letzten Welle zum Ausdruck gebracht hatten. Dort, wo es uns wichtig erschien, wird in Fußnoten auf abweichende Minderheitsmeinungen hingewiesen. Um aus den mehrheitlich gewählten Einzelaussagen einen runden und verständlichen Text zu machen, erfolgte eine geringfügige sprachliche Überarbeitung des Endtextes.

3. Überarbeiteter Endtext der Delphistudie

3.1 Definitionen und Konzepte im Bereich Suchtprävention

Jede sinnvolle sprachliche Auseinandersetzung mit einer konkreten Aufgabenstellung setzt voraus, dass sich alle am Diskurs beteiligten Personen auf eine gemeinsame Sprache einigen. Diese Forderung ist im Bereich Suchtprävention besonders wichtig, da viele zentrale Begriffe wie „Prävention“, „Sucht“, „Missbrauch“, „Drogen“ usw. in Alltag und Wissenschaft äußerst mehrdeutig, widersprüchlich und vage verwendet werden. Als Grundlage für eine Präzisierung kann unter anderem eine internationale Konsensstudie über Begriffe und Konzepte im Bereich Prävention und Evaluation dienen, die 1998 erschienen ist und über die Europäische Kommission in Brüssel bezogen werden kann (Uhl, 1998). Im Rahmen des vorliegenden Projekts sollen auf diese Grundlagen aufbauend und diese weiterführend in breit angelegten Diskussionsprozessen die den unterschiedlichen Begriffen zugrunde liegenden Auffassungen und Werthaltungen zum Thema ausgeleuchtet werden.

3.1.1 Der Begriff „Drogen“

Der Begriff „Drogen“ bezeichnete ursprünglich durch Trocknen haltbar gemachte pflanzliche oder tierische Stoffe, die als Heilmittel, Gewürzmittel oder für technische Zwecke verwendet werden (Duden, 1997), und ist etymologisch mit dem Wort „trocken“ verwandt (Duden, 1989). In der Folge bezeichnete der Begriff „Droge“ alle Heilmittel pflanzlicher Herkunft – im Gegensatz zu synthetisch hergestellten Heilmitteln – und noch später alle Heilmittel schlechthin.

Nachdem manche der ursprünglich als Medikamente verwendeten Substanzen wie Tee, Kaffee, Tabak, alkoholische Getränke usw. zusehends als Nahrungs- und/oder Genussmittel verwendet wurden, andere wie Morphinum, Kodein usw. für die nicht medizinisch indizierte Anwendung verboten wurden und wieder andere wie LSD, Cannabis usw. generell verboten wurden, erfolgte eine Ausweitung des Begriffs „Droge“ auf „Jede Substanz, die, wird sie in einen lebenden Organismus eingebracht, eine oder mehrere Funktionen dieses Organismus verändern kann“ (Springer, 2000). Zur Abgrenzung gegen gewöhnliche Nahrungsmittel, die ja durchwegs auch einen unmittelbaren Einfluss auf die Funktionen des Organismus nehmen, müsste man streng genommen noch hinzufügen, dass man eigentlich nur dann von Drogen spricht, wenn diese Substanzen gezielt zur Erreichung dieser Wirkung eingesetzt werden.

Deutlich enger ist ein Begriffsverständnis, nach dem alle psychoaktiven Stoffe als „Drogen“ bezeichnet werden. Dabei wird weder der rechtliche Status („völlig legal“ – „als Heilmittel legal, aber ohne ärztliche Verordnung illegal“ – „völlig illegal“) noch das Suchtpotential berücksichtigt (vgl. Kap. 3.1.4, S.19). Die gegenwärtig in der Bevölkerung gebräuchlichste Definition des Begriffs „Droge“ ist noch enger und umfasst ausschließlich „illegale psychoaktive Stoffe“.

In Zusammenhang mit nicht-substanzgebundenen Süchten (vgl. Kap. 3.1.3, S.18) werden zunehmend auch Gegenstände wie Fernsehgeräte, Computerspiele, Süßigkeiten oder Tätigkeiten wie Essen, Sex, Arbeit, Sport usw. mit Suchtverhalten in Verbindung gebracht bzw. als „Drogen“, „Ersatzdrogen“ („Ersatzhandlungen“) bezeichnet, was noch weiter zur Sprachverwirrung beiträgt.

Damit sind wir mit sechs völlig unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Drogen“ konfrontiert, was oft zu erheblichen Missverständnissen führt. Im Sinne eines eindeutigen Sprachgebrauchs kann man in Zusammenhang mit dem Begriff „Drogen“ nur vorschlagen, streng zwischen den folgenden Inhalten zu unterscheiden:

- „alle Heilmittel“
- „alle Heilmittel pflanzlicher und tierischer Herkunft“
- „Stoffe, die gezielt eingesetzt werden, um Funktionen des Organismus zu verändern“,
- „(alle) psychoaktiven Drogen“
- „illegale psychoaktive Drogen“
- Substanzen, Gegenstände und/oder Tätigkeiten, von denen man irgendwie abhängig werden kann.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass bis heute alle Versuche gescheitert sind, in der Fachsprache einen konsistenten Sprachgebrauch des Begriffs „Droge“ zu etablieren, und dass man daher, wenn man den Begriff „Drogen“ verwendet, genau explizieren sollte, was man konkret meint.

Seit einigen Jahren gibt es nun in der Fachwelt Versuche, einen Beitrag zur Präzisierung des Sprachgebrauchs zu leisten, indem man den Begriff „(alle) psychoaktiven Drogen“ durch die noch allgemeineren Begriffe „Substanzen“, „Substanzmittel“ oder „Stoffe“ ersetzt. Bei zusammengesetzten Ausdrücken, wie „substanzgebundene Süchte“, „Substanzabhängigkeit“, „Substanzmittelabhängigkeit“, „Substanzmissbrauch“, „psychoaktive Stoffe“, „psychoaktive Substanzmittel“ oder „psychoaktive Substanzen“ bewährt sich dieser Ansatz gegenwärtig, weil für die meisten ExpertInnen dabei klar ist, dass „alle psychoaktiven Drogen“ gemeint sind. Die Begriffe „Substanz“, „Substanzmittel“ oder „Stoff“ alleine, d.h. ohne die Ergänzung „psychoaktiv“, sind dabei aber zu unspezifisch. „Psychoaktive Substanzen“ stellen ja bloß eine kleine Unterklasse aller „Substanzen“ bzw. „Stoffe“ im Sinne von beliebigen chemischen Verbindungen dar.

Im Diagnosesystem ICD-10 wird für „(alle) psychoaktiven Drogen“ der Begriff „psychotrope Substanzen“ verwendet (Dilling et al., 1991). Dieser Begriff birgt allerdings ebenfalls die Gefahr des Missverstehens in sich, da der Begriff spätestens seit der „Convention on Psychotropic Substances“ (1971) und der „Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances“ (1988) als Synonym für „psychoaktive Medikamente“ etabliert ist. Letzterem Verständnis entsprechend gehören weder jene psychoaktiven Drogen, die bereits vor diesen beiden Konventionen illegal waren, noch legale psychoaktive Drogen, wie Alkohol und Nikotin, zum Begriffsumfang.

Auch die Verwendung der in der Öffentlichkeit populären Begriffe „Suchtgift“, „Rauschgift“ und/oder „Rauschmittel“ als Synonyme für „(alle) psychoaktive(n) Substanz(e)n“ stellen keine sinnvollen Alternativen dar. Die beiden Wortverbindungen mit „Gift“ werden fast ausschließlich mit „illegalen Drogen“ in Zusammenhang gebracht und es gibt eine Reihe „psychoaktiver Substanzen“, von denen kein relevantes Suchtpotential (zumindest im körperlichen Sinne) ausgeht, bzw. wo das Suchtpotential in der Wissenschaft zumindest umstritten ist; und es gibt auch eine Reihe „psychoaktiver Substanzen“, die keinen Rausch im landläufigen Sinn hervorrufen.

Der Begriff „Suchtmittel“ wird in Zusammenhang mit dem erweiterten Suchtbegriff als Überbegriff über alle Substanzen, Gegenstände und/oder Tätigkeiten verwendet, von denen man irgendwie abhängig werden kann – ein Konzept, das einerseits recht weit über den Begriff „psychoaktive Substanzen“ hinausgeht, andererseits aber auch wieder nicht alle psychoaktiven Drogen einschließt, da ja nicht von allen psychoaktiven Substanzen ein relevantes Suchtpotential ausgeht. Um sicher zu gehen, dass man nicht missverstanden wird sollte man präziser von „Suchtmitteln im Sinne des erweiterten Suchtbegriffs“ sprechen. Der Begriff „Suchtmittel“ sollte in diesem Sinne keinesfalls als Synonym für „(alle) psychoaktiven Drogen“ interpretiert werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es in Zusammenhang mit den Begriffen „Droge“, „Suchtmittel“, „psychotrope Substanzen“ gegenwärtig keine Patentlösung gibt, ohne zusätzliche Erläuterungen Missverständnisse zu verhindern. Am wenigsten problematisch erscheint uns dabei noch der Begriff „psychoaktive Substanzen“, da dieser Begriff am wenigsten missverstanden wird und darüber hinaus dem international gebräuchlichen englischen Ausdruck „psychoactive substances“ am ehesten entspricht. Dieser Begriff wird auch im folgenden Text bevorzugt werden.

Wer ganz sicher gehen will, nicht missverstanden zu werden, kommt allerdings auch bei der Verwendung des Begriffs „psychoaktive Substanzen“ nicht umhin, zumindest einmal explizit zu betonen, dass „alle psychoaktiven Substanzen, inklusive legaler Drogen und inklusive solcher Substanzen, die legal als Medikamente verwendet werden“, gemeint sind.

3.1.2 Abstinenz – experimenteller Gebrauch – Gebrauch – schädlicher Gebrauch – Sucht

Es ist zweckmäßig den Konsum von psychoaktiven Substanzen zumindest nach 4 Kategorien zu unterteilen. Diese Kategorien sind

- Abstinenz
- unschädlicher Gebrauch
- schädlicher, aber nicht-süchtiger Gebrauch
- Sucht

Die Kategorie „unschädlicher Gebrauch“ wird häufig noch in

- experimenteller Gebrauch / Probierkonsum vs.
- regelmäßiger, unschädlicher Gebrauch

unterteilt, wodurch sich dann 5 Kategorien ergeben. Während beim „experimentellen Gebrauch“ Neugierde im Vordergrund steht, ist die Hauptmotivation bei „regelmäßigem, unschädlichen Gebrauch“ Gewohnheit und/oder Genuss.

Der Genussaspekt, der besonders in Zusammenhang mit illegalen Drogen oft negiert wird, wird bei der Klassifikation nicht berücksichtigt. Dieser sollte allerdings bei Präventionsbemühungen immer in alle Überlegungen miteinbezogen werden. Nur wer die Motivation der KonsumentInnen korrekt beurteilt, kann adäquat auf die jeweilige Situation reagieren.

Statt „schädlicher Gebrauch“ werden auch die Begriffe „gesundheitsschädigender Gebrauch“, „Missbrauch“ oder „problematischer Gebrauch“ verwendet. Statt „Sucht“ wird auch der Begriff „Abhängigkeit“ verwendet.

Der Begriff „schädlicher Gebrauch“ bedeutet nach ICD-10 einen „Gebrauch, der zu einer tatsächlichen Gesundheitsschädigung führt“¹. Da der Begriff „schädlicher Gebrauch nach ICD-10“ international gebräuchlich ist und eindeutig als „gesundheitsschädigender Gebrauch“ definiert ist, gibt es keinen wesentlichen Einwand dagegen, beide Begriffe als Synonyme zu verwenden.

Manche Personen bevorzugen den Begriff „problematischer Gebrauch“ statt „schädlicher Gebrauch“, weil dieser einerseits „schädlichen Gebrauch nach ICD-10“ einschließt und andererseits auch Problembereiche inkludiert, die nicht direkt mit der Gesundheit zusammenhängen. So ist z.B. der mäßige Konsum einer illegalen Droge, der nicht zu Gesundheitsschäden aber unter Umständen zu gravierenden legalen, sozialen usw. Problemen führt, oder das Lenken eines Fahrzeuges unter Alkoholeinfluss, ohne in einen Unfall verwickelt zu werden, „problematisch“ aber nicht unmittelbar „gesundheitsschädlich“.

Gegen den Begriff „problematischer Konsum“ spricht allerdings, dass das Urteil darüber, was „problematisch“ ist und was nicht, in weit stärkerem Maß von Werturteilen abhängig ist, als das Urteil „gesundheitsschädlich“.

Völlig verzichtet werden sollte auf den Begriff „Missbrauch“ in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Der Begriff „Missbrauch“ bedeutet „funktionswidrige bzw. nicht-widmungsgemäße Verwendung“. Das impliziert konsequenterweise, dass es auch etwas wie einen „Gebrauch“ im Sinne von „widmungsgemäßer Verwendung“ geben muss. Wenn der Begriff „Missbrauch“, wie z.B. im österreichischen Suchtmittelgesetz, als Synonym für „jeglichen ille-

1 ICD-10: „Schädlicher Gebrauch“ ist ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen, sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten.

galen Konsum von psychoaktiven Substanzen“ verwendet wird – auch dann, wenn für eine bestimmte Substanz gar keine legale Anwendungsform (Gebrauch) vorgesehen ist, und/oder wenn bestimmte Substanzen ausschließlich für den illegalen Markt erzeugt werden (die Verwendung ist dann zwar illegal aber nichtsdestoweniger widmungsgemäß) –, so ergibt sich aus der Wortbedeutung ein immanenter logischer Widerspruch². Die Begriffe „schädlicher Gebrauch“, „gesundheitschädigender Gebrauch“ und „problematischer Gebrauch“ sind hingegen auch in all jenen Bereichen sinnvoll, wo etwas, wie ein „die Gesundheit nicht schädigender Gebrauch“ oder „wenig-problematischer Gebrauch“ gar nicht vorkommt, und/oder wo psychoaktive Substanzen ausschließlich für den illegalen Gebrauch erzeugt werden.

Gegen die Verwendung des Begriffs „Missbrauch“ als „jeglicher illegale Konsum von psychoaktiven Substanzen“ spricht, abgesehen von der immanenten logischen Problematik, aber auch noch, dass so die wesentliche Unterscheidung zwischen „Gebrauch ohne negative Gesundheitsfolgen“ und „Gebrauch mit negativen Gesundheitsfolgen“, bzw. zwischen „problematischem Gebrauch“ und „wenig-problematischem Gebrauch“ für eine Reihe von illegal konsumierten Substanzen aufgehoben wird, was einen differenzierten Dialog erschwert und letztlich eine im Sprachgebrauch festgeschriebene Wirklichkeitsreduktion darstellt.

Der Begriff „Sucht“ inkludiert sowohl „physische“, „psychische“ als auch „soziale Abhängigkeit“. Manche ExpertInnen ziehen zwar den Begriff „Abhängigkeit“ dem Begriff „Sucht“ generell vor, weil „Sucht“ früher häufig ausschließlich mit „physischer Abhängigkeit“ gleichgesetzt wurde. Gegen diese Haltung spricht allerdings, dass der Begriff „Abhängigkeit“ zu unspezifisch und zu beliebig ist; abhängig ist man schließlich auch von Nahrungsmitteln und Kleidung. Der Begriff „Sucht“ sollte daher bevorzugt werden. Es spricht allerdings nichts dagegen die Begriffe „physische“, „psychische“ und „soziale Abhängigkeit“ zur Erklärung des „Suchtbegriffs“ heranzuziehen.

Die oben eingeführte Klassifikation „Abstinenz“ – „experimenteller Gebrauch“ – „regelmäßiger, unschädlicher Gebrauch“ – „schädlicher, nicht-süchtiger Gebrauch“ – „Sucht“ ist sinngemäß auch auf den Bereich der nicht substanzgebundenen Süchte zu übertragen.

3.1.3 Erweitertes Problemverständnis zum Thema „Sucht“ substanzgebundene vs. nicht-substanzgebundene Süchte

In Zusammenhang mit Sucht ist es zweckmäßig zwischen

- dem klassischen Suchtbegriff,
- dem umfassenden Suchtbegriff und
- dem erweiterten Suchtbegriff zu unterscheiden.

2 Eine knappe Mehrheit der FachstellenmitarbeiterInnen sprach sich im Gegensatz zur Mehrheit der StudienteilnehmerInnen dafür aus auf eine inhaltliche Diskussion des Begriffs „Missbrauch“ hier zu verzichten.

Lange Zeit wurde der Begriff „Sucht“ vor allem mit „physischer, substanzgebundener Sucht“ gleichgesetzt („klassischer Suchtbegriff“). Zur Abgrenzung des klassischen Suchtbegriffs wurden und werden Kriterien wie Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome usw. herangezogen, die in der Regel weder in Zusammenhang mit psychischer und sozialer Abhängigkeit noch in Zusammenhang mit nicht-substanzgebundenen Süchten anwendbar sind. Nun wird es allerdings immer üblicher, den Begriff „Sucht“ auch auf psychische und soziale Abhängigkeit („umfassender Suchtbegriff“) sowie auf nicht-substanzgebundene Süchte, wie Spielsucht, Fernsehsucht, Fettsucht, Magersucht, Sexsucht usw. („erweiterter Suchtbegriff“), auszudehnen.

Um der Gefahr der Beliebigkeit des Suchtbegriffs entgegenzuwirken, ist es allerdings notwendig, auch in Zusammenhang mit nicht-substanzgebundenen Süchten eine klare Grenze zu ziehen und darauf zu bestehen, dass „Sucht“ Krankheitscharakter hat. „Sucht“ darf nicht einfach mit „Gewohnheit“, „der natürlichen Abhängigkeit von Nahrungsmitteln, Kleidung, Zuwendung usw.“ und/oder „Problemverhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle des Subjekts unterliegen“ gleichzusetzen sein. Von „Sucht“ sollte man nur sprechen, wenn das zugrunde liegende Problemverhalten zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird, das sich selbst organisiert hat und sich rückhaltlos beständig zu verwirklichen sucht. Wir sind uns zwar bewusst, dass Vieles, was als „nicht-substanzgebundene Süchte“ bezeichnet wird, nach ICD-10 unter „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)“ oder unter „Zwangsstörungen“ (F42) fällt (z.B. Putzsucht/Putzzwang); dennoch bevorzugen wir den erweiterten Suchtbegriff und weisen auf die oft unklare diagnostische Grenze zu den Zwangsstörungen hin.

3.1.4 Suchtpotential

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Gebrauch einer bestimmten Substanz oder eine Tätigkeit eine Abhängigkeit auslöst, wird oft als „Suchtpotential“ bezeichnet. Der Begriff „Suchtpotential“ abstrahiert dabei eine Substanzeigenschaft bzw. ein Charakteristikum einer bestimmten Tätigkeit. Je nachdem, ob man sich am „klassischen Suchtbegriff“, am „umfassenden Suchtbegriff“ oder „erweiterten Suchtbegriff“ orientiert, ergibt sich auch eine „klassische“, eine „umfassende“ oder eine „erweiterte“ Interpretation des Begriffs „Suchtpotential“.

Aus dem Suchtpotential einer Substanz alleine kann man nicht ableiten, wie groß die Suchtgefährdung in einem konkreten Einzelfall ist, da Suchtentstehung immer nur aus dem Zusammenspiel zwischen folgenden vier Bereichen erklärbar ist:

- Tätigkeit bzw. Substanz (z.B. Dosis, Erhältlichkeit, Konsumform)
- Person (z.B. körperliche und psychische Konstitution)
- sozialem Umfeld (situative Rahmenbedingungen in Familie, Schule etc.) und
- gesellschaftlichen Bedingungen (z.B. Konsum- und Leistungsorientierung) (SFA & PLUS Fachstelle, 1994)

Es gibt bei etlichen Substanzen sowohl immer wieder Personen, die über eine lange Zeit Substanzen mit hohem Suchtpotential konsumieren aber nie abhängig zu werden scheinen, als auch solche, die bei Substanzen mit sehr geringem Suchtpotential recht rasch süchtig reagieren.

3.1.5 Problemorientierung – Abstinenzorientierung

Generelles Ziel von Präventionsbemühungen ist eine Bewusstseins- und Verhaltensänderung in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch und Sucht. Manche verstehen darunter das Ziel jeglichen Konsum zu verhindern bzw. die Zahl der KonsumentInnen möglichst gering zu halten („Abstinenzorientierung“), andere sehen das Ziel darin Probleme in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch und Sucht zu verhindern bzw. zu verringern („Problemorientierung“). „Problemorientierung“ nach diesem Verständnis bedeutet weder, dass man erst tätig wird, wenn schon Probleme vorhanden sind, noch eine Entscheidung darüber, mit welchen praktischen Ansätzen (z.B. Förderung von Schutzfaktoren im Sinne des salutogenetischen Modells oder Verringerung von Risikofaktoren im Sinne des pathogenetischen Ansatzes) man sich dem gewählten Ziel annähert.

Der Begriff „Problemorientierung“ wird in Zusammenhang mit Prävention aber nicht nur mit der eben verwendeten Bedeutung verwendet, was immer wieder zu Verwechslungen führt.

- Die eben präzierte Bedeutung repräsentiert das „Präventionsziel“, im Sinne von „Problemorientierung“ („Zielkriterium = Minimierung des Problemumfangs“) vs. „Abstinenzorientierung“ („Zielkriterium = Minimierung der KonsumentInnenzahl“).
- Die zweite Bedeutung repräsentiert den Ansatz zur Zielerreichung „Problemorientierung“ (im Sinne von „pathogenetischer Ansatz“) vs. „Ressourcenorientierung“ („salutogenetischer Ansatz“) im Sinne von Antonovsky (1987).

Um Verwechslungen zu verhindern wird im vorliegenden Text der Begriff „Problemorientierung“ ausschließlich mit ersterer Bedeutung, also zur Beschreibung des Präventionsziels, verwendet. Zur Beschreibung des Präventionsansatzes wird hier ausschließlich der Begriff „pathogenetischer Ansatz“ verwendet werden.

Oft wird das Präventionsziel bei illegalen psychoaktiven Substanzen abstinenzorientiert und bei legalen psychoaktiven Substanzen und psychotropen Medikamenten problemorientiert festgelegt. Die Unterscheidung zwischen Abstinenzorientierung und Problemorientierung erscheint bei oberflächlicher Betrachtung rein akademisch: Wer keine psychoaktiven Substanzen nimmt und auch keinen anderen Tätigkeiten mit Abhängigkeitspotential nachgeht, kann logischerweise auch keine Probleme damit bekommen.

Beide Zugänge verweisen aber auf einen gänzlich anderen gesundheitspolitischen / ideellen Hintergrund. Wer begründeterweise in manchen Situationen „Abstinenz“ empfiehlt, weil er/sie davon ausgehen kann, so Probleme für die KlientInnen verringern zu können, agiert glaubwürdiger als jemand, der Absti-

nenz situationsunabhängig als Selbstzweck predigt. „Problemorientierung“ bedeutet nämlich keinesfalls, dass man „Abstinenz“ als Ziel grundsätzlich ablehnt, sondern bloß, dass man „Abstinenz“ nur dort fordert, wo das voraussichtlich zu einer Problemreduktion beitragen kann. Man sollte bedenken, dass in manchen Situationen die einseitige und kompromisslose Bekämpfung problematischer Verhaltensweisen zwar möglicherweise zu einer Verringerung der Betroffenenzahl führen kann, gleichzeitig aber eventuell eine Zunahme der Probleme bei den Betroffenen und deren Umfeld auslöst. (z.B. wenn ein süchtiger Personenkreis unter starken Druck gerät und zunehmend sozial isoliert wird, wenn infolge starken Polizeidrucks Drogenpreise und aggressive Gegenstrategien in der Drogenszene steigen, was zu verstärkter und aggressiverer Beschaffungskriminalität führen kann usw.)

Während man sich z.B. im Bereich der Primärprävention vor der Verteufelung jeglichen Konsums psychoaktiver Substanzen hüten sollte, und „Lernen, aktiv damit umzugehen“ im Vordergrund stehen sollte, hat das Anstreben von Abstinenz im sekundärpräventiven und tertiärpräventiven Bereich einen ebenso wichtigen Stellenwert wie der begleitende Ansatz mit dem Ziel der Schadensbegrenzung (= „Harmreduktion“).

Dabei sind neben der problematischen Substanz und/oder Tätigkeit selbstverständlich auch Faktoren wie Alter, Geschlecht, Disposition, Ort, Zeit, Intensität und Langfristigkeit der Präventionsinitiative usw. zu beachten. Die Maximierung des Erfolgs kann im Sinne von Problemreduktion erfordern, dass man vom kompromisslosen Abstinenzziel abweicht. Generell sollte Prävention sich sowohl an Substanzen als auch an Verhaltensweisen orientieren, wobei die betroffenen Personen und Personengruppen sowie situativen Rahmenbedingungen nie vernachlässigt werden dürfen. Es ist grundsätzlich zu bedenken, dass psychoaktive Substanzen immer auch Genussmittel sind. Weiter ist es ehrlicher und realistischer grundsätzlich zu akzeptieren, dass Menschen – sei es rituell oder nach individuellem Muster – als ein Mittel zur Steuerung ihrer Befindlichkeit Substanzen verwenden und das immer schon getan haben.

Die ausschließliche Unterscheidung nach gesetzlichen Kategorien, unabhängig vom tatsächlichen Problempotential der Substanzen, verursacht im Kontakt mit Jugendlichen oft ein ernstes Glaubwürdigkeitsproblem und sollte daher in der Präventionsarbeit nur sehr vorsichtig und begrenzt erfolgen.

Zusammenfassend kann man sagen: „Förderung von Abstinenz“ sollte nie ideologisch motivierter Selbstzweck, sondern – im Rahmen eines problemorientierten Zugangs – immer bloß Mittel zur Problemvermeidung und/oder Problemreduktion sein. Anders formuliert: Die bedingungslose und unreflektierte Verhütung jeglichen Konsums und jeglicher Tätigkeiten mit Abhängigkeitspotential, gleichgültig welche Opfer die Maßnahmen fordern, führt namentlich bei Jugendlichen oft zu gegenteiligen Effekten und ist deshalb abzulehnen.

Suchtprävention hat sich als Kerngeschäft die Aufgabe zu stellen, im oben angedeuteten liberalen Kontext Know-how im Umgang mit Substanzen oder gewissen Verhaltensweisen zu vermitteln, damit möglichst wenig Schaden entsteht. Das bedeutet „Problemorientierung“ mit dem Ziel „Risikokompetenz“³.

Eine zentrale Prämisse sollte sein, dass suchtpräventive Maßnahmen grundsätzlich nicht mehr Probleme hervorrufen sollten, als sie lösen können.

3.1.6 Prävention

Beim Begriff „Prävention“ ist klar zwischen der umgangssprachlichen Bedeutung und der wissenschaftlichen Bedeutung zu unterscheiden.

- Umgangssprachlich wird der Begriff „Prävention“ (Vorbeugung, Prophylaxe) meist als Summe von Maßnahmen verstanden, die gesetzt werden, um ein Problem zu verhindern, solange das Problem noch nicht da oder noch nicht manifest ist. Umgangssprachlich bedeutet „Prävention“ also meist „Primärprävention“, seltener „Sekundärprävention“ und nie „Tertiärprävention“.
- Im wissenschaftlichen Kontext umfasst der Begriff „Prävention“ hingegen jede denkbare Intervention, von Vorbeugung und früher Intervention bis zu therapeutischen Interventionen (nachdem das Problem bereits eingetreten ist) und Rückfallsverhütung (nachdem es erfolgreich behandelt worden ist). Wissenschaftlich umfasst „Prävention“ also „Primärprävention“, „Sekundärprävention“ und „Tertiärprävention“.

3.1.7 Primärprävention – Sekundärprävention – Tertiärprävention – (Quartärprävention)

- Primärprävention wendet sich an Personengruppen, die keine besonderen Risikogruppen darstellen und bei denen das relevante Problem noch nicht aufgetreten ist, sowie an deren Umfeld. Sie zielt darauf ab sicherzustellen, dass eine Störung, ein Prozess oder ein Problem nicht erst auftreten wird. Sie umfasst alle Interventionen, welche sich an Personen und Gruppen wenden und deren Ressourcen unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen-kulturellen Rahmenbedingungen fördern, mit dem Ziel, eine spätere mögliche Suchtentwicklung zu verhindern.
- Sekundärprävention wendet sich an Risikogruppen und an Gruppen, bei denen das relevante Problem schon existiert, aber noch nicht voll ausgebildet ist, um die volle Problemmanifestation zu verhindern, sowie an deren Umfeld. Sie zielt auf die Identifikation und Beendigung oder Verbesserung

3 Eine knappe Mehrheit der FachstellenmitarbeiterInnen sprach sich dafür aus, der Abstinenzorientierung einen etwas höheren Stellenwert einzuräumen als die Mehrheit der StudienteilnehmerInnen. Der von ersterer Gruppe vorgeschlagene Text war: „Suchtprävention hat sich einerseits die Aufgabe zu stellen, im oben angedeuteten liberalen Kontext Know-how im Umgang mit Substanzen oder gewissen Verhaltensweisen zu vermitteln, damit möglichst wenig Schaden entsteht und andererseits die Abstinenzorientierung, bei denen, die ihr Leben gegebenenfalls auch punktuell daraufhin ausrichten, zu respektieren. Eine „Problemorientierung“ mit dem Ziel „Risikokompetenz“ sollte auch diese Zielperspektive nicht ausschließen.“

bei Störungen, Prozessen oder Problemen zum frühest möglichen Zeitpunkt. Sie wendet sich an Personen in Lebenssituationen bzw. Lebensverhältnissen mit deutlicher Suchtgefährdung, um die volle Problemmanifestation zu verhindern und die Betroffenen bei der Gestaltung gesunder Lebensentwürfe zu unterstützen.

- Tertiärprävention - Typ A wendet sich an Menschen mit einem relevanten Suchtproblem, um es mit ihnen gemeinsam zu lösen, zu minimieren oder zumindest eine weitere Verschlechterung zu verhindern (Schadensbegrenzung = „Harmreduktion“) sowie an deren Umfeld. Sie zielt auf die Beendigung oder Verlangsamung der Entwicklung von Störungen, Prozessen oder Problemen und den daraus resultierenden Folgen, auch wenn die Ursachen dafür weiterexistieren. Der Begriff Tertiärprävention – Typ A umfasst dabei therapeutische Interventionen wie auch andere Interventionen: So ist z.B. die mediengestützte Aufklärung über risikoreiche Verhaltensweisen, das Angebot zum Spritzentausch, die sozialarbeiterische Unterstützung von Süchtigen und Vieles mehr als „tertiärpräventiv“ zu klassifizieren, ohne dass man in diesem Zusammenhang von „Therapie“ sprechen würde.
- Tertiärprävention - Typ B (mitunter auch Quartärprävention genannt) wendet sich an Personen, die ihr Suchtproblem erfolgreich bewältigt haben, und bietet Unterstützung, damit dieser Problemlösungsprozess ein dauerhafter und nachhaltiger bleibt, sowie an deren Umfeld.

Die Grenzziehung zwischen den vier Kategorien hängt ganz wesentlich davon ab, ob das relevante Problem und damit das Präventionsziel abstinentenorientiert oder problemorientiert (vgl. Kap. 3.1.5, S.20) festgelegt wurde. So ist z.B. präventive Arbeit mit Probierern, die nicht zu einer besonderen Risikogruppe gehören, aus problemorientierter Perspektive als „Primärprävention“ und aus abstinentenorientierter Perspektive als „Sekundärprävention“ zu bezeichnen.

3.1.8 „Drogenprävention“ vs. „Suchtprävention“

Der Begriff „Drogenprävention“ wird allgemein als „Prävention des schädlichen Gebrauchs von Drogen“ verstanden. Der Begriff ist allerdings mehrdeutig, weil sowohl der Begriff „Drogen“ (vgl. Kap. 3.1.1, S.14) als auch der Begriff „Prävention“ (vgl. Kap. 3.1.6, S.22) recht unterschiedlich interpretiert werden. Auch ist der Begriff durch den Umstand belastet, dass die Erwähnung des Begriffs „Drogen“ in der Öffentlichkeit leicht als „Fokussierung auf die Bekämpfung des illegalen Drogenkonsums“ missverstanden werden kann. Eindeutiger und daher adäquater scheint uns der Begriff „Prävention des schädlichen Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen“.

Auch der Begriff „Suchtprävention“ ist allerdings, wie der Begriff „Drogenprävention“, mehrdeutig. „Sucht“ kann z.B. im Sinne des „traditionellen“, des „umfassenden“ oder des „erweiterten Suchtbegriffs“ (vgl. Kap. 3.1.3, S.18) interpretiert werden, und hier wirkt sich aus, dass der Begriff „Prävention“ nicht eindeutig definiert ist (vgl. 3.1.6, S.22).

„Prävention des schädlichen Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen“ und „Suchtprävention“ sind zwar verwandt, sollten aber nichtsdestoweniger als eigenständige Konzepte behandelt werden. So wie es sicherlich nicht sinnvoll ist, in Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen ausschließlich an „illegale Drogen“ zu denken, so ist es auch nicht sinnvoll bei allen schädlichen oder problematischen Verhaltensweisen ausschließlich an „Sucht“ zu denken. Man sollte weder suggerieren, dass nur von illegalen Drogen relevante Probleme ausgehen, noch dass „Sucht“ das einzige relevante Problem in Zusammenhang mit schädlichen oder problematischen Verhaltensweisen darstellt – ganz besonders, wenn man dabei Gefahr läuft, den Suchtbegriff bis zur Bedeutungslosigkeit auszuweiten (vgl. Kap. 3.1.3, S.18).

Oft steht bei schädlichen oder problematischen Verhaltensweisen zwar die „Suchtgefahr“ im Vordergrund, vielfach dominieren aber auch ganz andere Problemaspekte. So wird z.B. das Lenken eines Kraftfahrzeuges im alkoholisierten Zustand nicht etwa deswegen problematisiert, weil man Angst hat, dass der Lenker alkoholabhängig werden könnte, sondern weil man Unfälle befürchtet; und die Empfehlung Kondome zu verwenden zielt auf AIDS-Prophylaxe und nicht darauf Sexsucht zu verhindern.

Auch wenn der Begriff „Suchtprävention“ streng genommen nicht alle Aspekte der „Prävention des schädlichen Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen“ einschließt, so sollte aus pragmatischen Gründen die Kurzformulierung „Suchtprävention“ verwendet werden. Der Begriff „Suchtprävention“ hat sich inzwischen in der breiten Öffentlichkeit fest etabliert. Den Begriff neuerlich zu problematisieren und durch „Sucht- und Drogenprävention“ zu ersetzen wäre aus diesem Grund bedenklich. Der Begriff „Suchtprävention“ müsste allerdings grundsätzlich immer so erläutert werden, dass er die Prävention des „schädlichen Gebrauchs von psychoaktiver Substanzen“ explizit mit einschließt.“

3.1.9 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Kurzbeschreibung der Aufgabenstellung der Fachstellen ist „Suchtprävention“. Die ausführliche Beschreibung der Aufgabenstellung ist „Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“. Der Begriff „Sucht“ wird im erweiterten Sinn definiert und umfasst einerseits physische, psychische und soziale Abhängigkeit und andererseits sowohl substanzgebundene als auch nicht-substanzgebundene Süchte.

Der Begriff „schädlicher Gebrauch“ umfasst neben dem schädlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen auch Verhaltensweisen, die negative körperliche oder psychische Folgen erwarten lassen und/oder im Wiederholungsfall die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Suchtentwicklung vergrößern (z.B. für pathologisches Spielverhalten, Essstörungen, exzessives TV-Verhalten usw.).

Die Hauptaufgabe der Fachstellen ist „Primärprävention“, aber „sekundärpräventive Inhalte“ sollten im Angebot unbedingt enthalten sein. Tertiärprävention gehört nicht zum direkten Aufgabenbereich der Fachstellen. Sehrwohl zum Aufgabenspektrum der Fachstellen gehört aber

- die Vermittlung der Kenntnis, an welche Beratungs- und Therapieeinrichtungen sich betroffene Personen wenden können sowie
- die Kenntnis über den Umgang mit Gefährdeten und Betroffenen.
- Über diese Aufgabe erfüllen die Fachstellen auch eine relevante Funktion in Zusammenhang mit Sekundär- und Tertiärprävention.

Die Vermittlung dieser Kenntnis bezieht sich sowohl auf Bezugspersonen der eigentlichen Zielgruppe (wie KindergärtnerInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen, AusbilderInnen in Betrieben, Kaderleute, öffentliche EntscheidungsträgerInnen usw.) als auch auf die eigentliche Zielgruppe (vgl. Kap. 3.6, S.37) selbst. Die Gewichtung ist allerdings je nach Fachstelle unterschiedlich.

Zum Aufgabenspektrum der Fachstellen Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gehört auch

- der Versuch, die Problematik zu enttabuisieren,
- die Schwellenangst zur Nutzung der Hilfsangebote zu verringern und
- Verständnis für die Betroffenen und deren Angehörige herzustellen.
- Auch über diese Aufgabe erfüllen die Fachstellen eine relevante Funktion in Zusammenhang mit Sekundär- und Tertiärprävention.

„Prävention“, wie sie von den Fachstellen angeboten wird, zielt darauf ab individuelle, gesellschaftliche, soziale und strukturelle Probleme in Zusammenhang mit Sucht und schädlichem Gebrauch von Drogen zu minimieren. Damit ist das Ziel zwar eher problemorientiert (im Sinne der ersten Bedeutung in Kap. 3.1.5, S.20) festgelegt, es kann aber je nach Zielgruppe und Situation auch abstinenzorientiert ausgerichtet sein.

- Das bedeutet, dass auch Strategien, die nicht auf Abstinenz um jeden Preis abzielen (z.B. schadensbegrenzende Strategien) zum Repertoire der Fachstellen gehören;
- das schließt aber natürlich nicht aus, in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen (Art der Drogen, Art der Zielgruppe usw.) auch das Ziel der „völligen Abstinenz“ zu verfolgen, sofern es plausibel erscheint, dass diese Strategie unter den konkreten Rahmenbedingungen einen sinnvollen Beitrag zur Problemreduktion liefert.

3.2 Aufgabenfelder in Zusammenhang mit Sucht- und Drogenprävention

Wichtige Aufgabenfelder in Zusammenhang mit Sucht- und Drogenprävention sind:

- Auseinandersetzung mit relevanten Forschungsergebnissen und gegebenenfalls Beteiligung an wissenschaftlicher Forschung,
- die darauf aufbauende Entwicklung von Präventionsstrategien, -techniken und -materialien,
- deren praktische Anwendung,

- Evaluierung dieser Strategien, Techniken und Materialien (= praktische Maßnahmen zur Nachfrage- und Angebotsreduktion von Suchtmitteln),
- die Aus- und Weiterbildung sowie Supervision von anderen SuchtpräventionsexpertInnen, sowie von Bezugspersonen der eigentlichen Zielgruppe (vgl. Kap. 3.6, S.37),
- der Aufbau regionaler Netzwerke im Bereich „Prävention“, was sowohl die Vernetzung aller an der Prävention beteiligten Berufsgruppen als auch die Schaffung eines Netzwerks, das den Betroffenen Unterstützung anbietet, inkludiert,
- Öffentlichkeits-, Medien- und Informationsarbeit zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema.

Die Bereiche „Forschung“, „Entwicklung“, „Anwendung“, „Ausbildung“, „Netzwerkaufbau“ und „Öffentlichkeitsarbeit“ stehen in einem engen Naheverhältnis. Keiner dieser Bereiche kann völlig ohne die anderen auskommen, und es ist von großem Vorteil, wenn Einrichtungen, die sich auf einen dieser Bereiche spezialisiert haben, zumindest in einem gewissen Umfang auch Aktivitäten in den anderen Bereichen entfalten. Dort, wo das nicht möglich ist, sollte zumindest ein angemessener Informationsstand über die jeweils anderen Bereiche gewährleistet sein.

Der Prozess von den ersten grundlegenden Forschungsaktivitäten bis zur routinemäßigen Durchführung von Präventionsprogrammen kann in die folgenden sechs Phasen unterteilt werden („Sechs-Phasen-Modell“, Uhl, 1998):

- wissenschaftliche Grundlagenforschung
- spezielle Präventionsforschung
- Konzeptphase
- Entwicklungsphase
- Überprüfungsphase
- Routinephase

Je weiter eine fachliche Disziplin entwickelt ist, desto eher kann sich die Routineanwendung von Programmen und Techniken (Phase 6) von den vorangegangenen Phasen abkoppeln. Beispiele für in diesem Sinne sehr weit entwickelte Disziplinen sind z.B. die Computertechnik oder die Kraftfahrzeugtechnik. So kann z.B. ein Computerbenutzer oder ein Kraftfahrzeuglenker in der Regel mit seinem Computer bzw. seinem Fahrzeug recht gut auskommen, auch wenn er mit deren technischen Grundlagen und dem Prozess, der zur Entwicklung der Geräte geführt hat, nicht vertraut ist. Treten allerdings bei der Anwendung Probleme auf, so sind sogar in diesen technisch sehr weit entwickelten Disziplinen jene Personen deutlich überlegen, die über entsprechendes Grundlagenwissen verfügen und bei auftretenden Problemen zielgerichtet, situationsangepasst und ohne fremde Hilfe intervenieren können.

Suchtprävention ist einer stetigen, prozesshaften Wandlung unterworfen. In den frühen siebziger Jahren setzte man in erster Linie auf Abschreckung und spezifische Information über die Wirkung einzelner illegaler Drogen. Die Entwicklung

führt von der Abschreckungsmethode hin zu Maßnahmen der Vorbeugung von Suchtverhalten und schließt den Bereich der legalen Suchtmittel und nicht-substanzgebundenen Suchtformen nicht mehr aus. Häufig entwickeln PraktikerInnen dieser Disziplin – aufbauend auf wissenschaftliche Forschungsergebnisse und eigene Erfahrungen – Konzepte und darauf basierende Strategien, die sie dann in der Praxis überprüfen und modifizieren, bis sich daraus Routinevorgangsweisen entwickeln. Ändern sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, stellen sich die gewünschten Erfolge nicht mehr ein oder werden neue wissenschaftliche Forschungsergebnisse bekannt, so erfolgt kontinuierlich eine Anpassung der Vorgangsweisen.

3.2.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Fachstellen sind ihrem Auftrag entsprechend primär praxisorientiert. Da es sich bei der Sucht- und Drogenprävention allerdings um eine Disziplin handelt, in der man nur in den seltensten Fällen auf universell einsetzbare und umfassend überprüfte Techniken zurückgreifen kann, ist auch für PraktikerInnen neben der praktischen Erfahrung ein guter Überblick über den aktuellen Forschungsstand und eine grundlegende Kenntnis von Methoden zur Entwicklung und Evaluierung neuer Ansätze notwendig. Das folgt aus der Entwicklungsorientiertheit der speziellen Disziplin.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden ist es notwendig neben der praktischen Tätigkeit, genügend Zeit für den Austausch mit anderen Drogen-, Sucht- und PräventionsexpertInnen vorzusehen, um zu gewährleisten, dass die FachstellenmitarbeiterInnen am aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung und der Präventionspraxis sind und bleiben.

Die Fachstellen sehen es bei ausreichend vorhandenen Ressourcen als wichtige Aufgabe sich aktiv an Forschungsprojekten zu beteiligen oder Begleituntersuchungen zu ihren Projekten in Auftrag zu geben, da die Zusammenarbeit im Rahmen solcher Projekte einen unmittelbaren Einblick in die Grenzen und Möglichkeiten wissenschaftlicher Forschung bietet; darüber hinaus ist wissenschaftliche Forschung außerdem auf die Kooperation mit PraktikerInnen angewiesen.

Eine wesentliche Aufgabe der Fachstellen ist auch die Aus- und Weiterbildung sowie Coaching/Supervision von anderen SuchtpräventionsexpertInnen, also die Vermittlung des Grundlagenwissens an Personen, die eine Stellung innehaben oder anstreben, die es ihnen erlaubt, ihr theoretisches und praktisches Grundlagenwissen innerhalb ihrer Strukturen anzuwenden bzw. weiterzutragen (z.B. an neue MitarbeiterInnen in Fachstellen, Lehrbeauftragte, Verantwortliche für Fortbildungsveranstaltungen usw.).

Lehrgänge mit dem Ziel der Befähigung zur eigenständigen Ausübung sind generell zu begrüßen. Die Fachstellen sprechen sich jedoch klar gegen eine Verschulung (detailliertes Ausbildungscurriculum, international anerkannter Fachtitel etc.) des Präventionsfeldes aus, da das zu einer verstärkten Bürokratisierung (z.B. Anerkennung durch welches Ministerium?) sowie zu vermehrter Konkur-

renz der Berufsvertretungen führen würde, und so die Gefahr besteht, dass die Prävention in ihrer Vielfalt erheblich beschnitten wird. Auf Bundesebene sollten maximal Empfehlungen für die Lehrgänge abgegeben werden. Für Präventionsfachkräfte sollte ein Quellberuf in einer psychosozialen Disziplin unbedingte Voraussetzung sein.

Eine wesentliche Aufgabe der Fachstellen ist auch die Aus- und Weiterbildung sowie Supervision von Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37)

Eine zentrale Aufgabe von Fachstellen ist auch die Unterstützung beim Aufbau von neuen und die Nutzung bereits vorhandener Organisationsstrukturen zur kontinuierlichen Umsetzung suchtpräventiver Ziele. Dadurch sollte sich eine Fachstelle im jeweiligen Arbeitsfeld langfristig überflüssig machen, um sich wieder neuen Aufgabenbereichen zuwenden zu können. Die Präventionsfachstellen müssen aber bei Bedarf auch eine kontinuierliche externe Begleitung anbieten können.

3.3 Evaluation

„Evaluation“ wird umgangssprachlich meist mit „wissenschaftlicher Beweis, dass ein bestimmter Ansatz funktioniert“ gleichgesetzt. Diesem Verständnis entsprechend zielt Evaluation auf die Beantwortung der Frage, ob der evaluierte Ansatz im Sinne der Zielvorgaben wirkt, und ob er ethisch vertretbar ist.

Im wissenschaftlichen Kontext steht „Evaluation“ hingegen für eine Fülle ganz unterschiedlicher Vorgangsweisen, die meist nur wenig mit einem „schlüssigen Wirksamkeitsnachweis“ gemein haben. Evaluation im wissenschaftlichen Sinn reicht von einer literaturgestützten Expertise, um die Plausibilität eines Ansatzes zu beurteilen, über die kritische Beobachtung und/oder systematische Dokumentation des Prozesses im Zuge der praktischen Durchführung des Ansatzes unter Routinebedingungen bis zur empirischen Überprüfung des Ansatzes in einem umfassenden wissenschaftlichen Experiment.

Der Wissenschaftsbegriff, der in das Evaluationsverständnis im Rahmen der Sucht einfließen soll, muss der Komplexität sozialer Phänomene gerecht werden, d.h. den raschen sozialen Wandel und die daraus resultierende Diversifikation von Lebenswelten mit berücksichtigen. Hier scheinen besonders Herangehensweisen relevant, die unter der Bezeichnung „rekonstruktive Verfahren“ oder „interpretatives Paradigma“ in der Literatur Eingang gefunden haben. Die einseitige Überbetonung des quantitativ statistischen Ansatzes sowie die Negierung und Unterschlagung von Interessenskonflikten und Werturteilen ist in diesem Zusammenhang abzulehnen.

Evaluation im wissenschaftlichen Sinne lässt sich nach dem vierdimensionalen Klassifikationskonzept (Uhl, 1998) nach folgenden Dimensionen unterteilen:

- Datendimension (Art der berücksichtigten Daten)
- Strukturdaten (Beschreibung der strukturellen Rahmenbedingungen)

- Prozessdaten (Beschreibung der Programmausführung und der direkt beobachtbaren Auswirkungen)
- geplante Ergebnisse („Ergebnisse“ im Sinne von „Ergebnisevaluation“)
- ungeplante Ergebnisse („Impact“ im Sinne von „Impact Evaluation“)
- Kontextdaten (relevante Rahmenbedingungen)
- Zeitdimension (Phase der Programmentwicklung)
- Konzeptphase = präformative Phase
- Entwicklungsphase = formative Phase
- Überprüfungsphase = erste summative Phase
- Routinephase = zweite summative Phase
- methodologische Dimension: (Art der zulässigen Schlussfolgerungen)
- deskriptiv (reine Beschreibung)
- explorativ (divergent, keine strengen methodologischen Regeln, vorläufiger Charakter der Ergebnisse)
- hypothesenprüfend (konvergent, strenge methodologische Regeln, Ergebnisse gelten als „wissenschaftlich gesichert“)
- Evaluatordimension: (Verhältnis des Evaluators zum Programm)
- interne Evaluation (die Hauptverantwortung für die Evaluation liegt beim engeren Kreis der ProgrammentwicklerInnen und/oder -anwenderInnen)
- externe Evaluation (die Hauptverantwortung liegt in den Händen unabhängiger EvaluatordInnen)

Auf einer mehr inhaltlich orientierten Ebene kann man Evaluation im wissenschaftlichen Sinn folgendermaßen unterteilen (Uhl, 1998):

- Ethische Evaluation: „Ist der Ansatz ethisch vertretbar?“
- Historische Evaluation: „Ist der Ansatz im Lichte wissenschaftlicher Forschungsergebnisse und der praktischen Erfahrung plausibel?“
- Methodologische Evaluation: „Sind die Schlussfolgerungen, die AutorInnen aus wissenschaftlichen Studien gezogen haben, aus statistisch-methodologischer Sicht korrekt?“
- Formative Evaluation: Darunter versteht man die kontinuierliche erfahrungsgestützte Anpassung eines vorläufigen Ansatzes in der Entwicklungsphase anhand von kleinen praktischen Erprobungen, um den Ansatz zu „formen“ und zu einer brauchbaren vorläufigen Endversion zu gelangen, die keine offensichtlichen Mängel mehr aufweist und erfolgversprechend ist. Mindestvoraussetzung für eine formative Evaluation ist, dass bei Präventionsprojekten eine verlaufsorientierte Projektdokumentation erfolgt (Zielformulierungen, Projektdurchführung und Abgleich der Ziele mit den einzelnen Stadien der Projektdurchführung als Ergebnisformulierung unter Berücksichtigung der eingetretenen Schwierigkeiten bei der Projektdurchführung).
- Evaluation der Durchführbarkeit: „Ist der Ansatz unter Alltagsbedingungen praktisch durchführbar?“

- Monitoring problematischer Nebeneffekte: „Treten unter Alltagsbedingungen unerwünschte Effekte auf, die in der formativen Phase übersehen wurden?“
- Evaluation der Wirksamkeit: „Ist der Ansatz im Sinne der vorbestimmten Zielkriterien wirksam?“
- Qualitätssicherung: „Werden bei der Routineanwendung die wesentlichsten Strukturelemente des Ansatzes eingehalten, oder kommt es in der Praxis zu Abnutzungserscheinungen?“
- Strukturelle Evaluation: Dokumentation struktureller Bedingungen, z.B. „Wo wird der Ansatz von wem durchgeführt? Wieviele Personen der Zielgruppe wurden einbezogen?“
- Kontextevaluation: „Wie schauen die kontextuellen Rahmenbedingungen aus, innerhalb derer der Ansatz durchgeführt wurde, und haben sich diesbezüglich Veränderungen ergeben?“
- Impact Evaluation: „Welche ursprünglich nicht unmittelbar geplanten Effekte wurden durch den Ansatz ausgelöst?“ – Das bezieht sich sowohl auf ungeplante Veränderungen innerhalb der eigentlichen Zielgruppe als auch auf indirekte Effekte in Gruppen, die nicht zur eigentlichen Zielgruppe zu zählen sind.
- Evaluation der Wirtschaftlichkeit: „Steht der Aufwand für den Ansatz in einem vertretbaren Verhältnis zum Effekt (Kosten-Nutzen-Analyse) und ist der gewählte Ansatz der günstigste, um das Ziel zu erreichen (Kosten-Effektivitäts-Analyse)?“

Die sorgfältige Evaluation von Programmen sollte vier grundlegende Eigenschaften aufweisen (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 2000)

- Korrektheit: Die Korrektheitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation rechtlich und ethisch korrekt durchgeführt wird und dem Wohlergehen der in die Evaluation einbezogenen und auch der durch die Ergebnisse betroffenen Personen gebührende Aufmerksamkeit widmet.
- Nützlichkeit: Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation sich an den Informationsbedürfnissen der vorgesehenen EvaluationsnutzerInnen ausrichtet.
- Durchführbarkeit: Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation realistisch, logisch aufgebaut, gut durchdacht und strukturiert, transparent bezogen auf die Zielvorstellungen, diplomatisch und kostenbewusst ausgeführt wird.
- Genauigkeit: Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation über die Güte und/oder die Verwendbarkeit des evaluierten Programms fachlich angemessene Informationen hervorbringen und vermitteln wird.

Die in Zusammenhang mit Evaluation besonders zentrale Kategorie „Evaluation der Wirksamkeit“, die dem umgangssprachlichen Verständnis von „Evaluation“ am nächsten kommt, lässt sich in drei Kategorien unterteilen:

- Als „globaler empirischer Wirksamkeitsnachweis“ bezeichnet man den experimentellen oder quasiexperimentellen Nachweis, dass das untersuchte Programm in der Lage ist, die gewünschten Effekte in der eigentlichen Zielgruppe zu bewirken.
- Als „partiellen empirischen Wirkungsnachweis“ kann man den experimentellen oder quasiexperimentellen Nachweis bezeichnen, dass wesentliche Teile des dem Programm zugrunde liegenden Wirkungsmodells, der Realität entsprechen.
- Als „historischen Wirksamkeitsnachweis“ kann man die deduktive Ableitung der Programmwirksamkeit aus einer empirisch gut fundierten Theorie bezeichnen – eine Strategie, die weit verbreitet und in vielen Fällen ausreichend ist. So wird z.B. niemand fordern, dass im Rahmen der Evaluation einer Kinderlähmungsimpfaktion in einer Schule ein neuerlicher Nachweis geführt wird, dass diese Impfung das Krankheitsrisiko erheblich reduzieren kann.

In Zusammenhang mit Evaluation wird oft so getan, als ob der einzige legitime empirische Wirksamkeitsnachweis der „globale empirische Wirksamkeitsnachweis“ sei. Diese Auffassung ist weder zweckmäßig noch dem aktuellen Stand des wissenschaftstheoretischen Diskurses angemessen: Der „globale empirische Wirksamkeitsnachweis“ scheitert in vielen Fällen an ökonomischen und praktischen Forschungsgrenzen. Als die gebräuchlichste Form praktische Strategien zu prüfen ist der „partielle empirische Wirksamkeitsnachweis“ und vielfach ein „historischer Wirksamkeitsnachweis“ absolut ausreichend.

Es wird immer wieder gefordert, dass ganz oder teilweise öffentlich finanzierte Programme evaluiert werden sollten. Häufig wird dabei aber völlig offengelassen, was konkret unter „Evaluation“ zu verstehen ist. Ohne Präzisierung ist die Forderung inhaltlich unbestimmt und bedeutungslos.

- Versteht man den Begriff „Evaluation“ im wissenschaftlichen Sinn, so kann es etwas wie einen nicht evaluierten Präventionsansatz eigentlich gar nicht geben: Ein nicht evaluiertes Programm wäre ein Programm, das völlig ohne Bezug zu Wissenschaft und Praxis formuliert wurde, über dessen Ansatz noch nie jemand nachgedacht hat, dessen Auswirkungen auf die eigentliche Zielgruppe noch nie beobachtet worden sind usw.
- Versteht man den Begriff „Evaluation“, im umgangssprachlichen Sinn als wissenschaftlichen Wirksamkeitsbeweis im Sinne eines „globalen empirischen Wirksamkeitsnachweises“, so setzt man einen Standard, der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle weit übers Ziel hinausschießt, und den viele Programme aus ökonomischen und forschungslogischen Gründen unmöglich erfüllen können. Auf dieser Forderung zu bestehen führt zu Angst und Frustration bei den PraktikerInnen und resultiert häufig in einer Art von „Scheinevaluation“. EvaluatorInnen erfüllen die Evaluationsverpflichtung formal, ohne dem Auftraggeber aber das zu bieten, was dieser erwartet.

Die genannten Probleme in Zusammenhang mit Evaluation lassen sich nur lösen,

- wenn man sich erstens einer präziseren Terminologie befleißigt und immer ganz klar macht, welche Evaluationsform man meint, wenn man von Evaluation spricht,
- wenn im Sinne eines verbesserten Projektmanagements ganz klare Projekt- und Qualitätsziele formuliert werden,
- wenn sich alle beteiligten Parteien einer fundierten Auseinandersetzung über die Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der unterschiedlichen Evaluationsformen stellen und
- wenn die unterschiedliche Bedeutung des Begriffs „Evaluation“ sowie die damit zusammenhängenden Möglichkeiten transparent gemacht werden (z.B. dem Geldgeber).

3.3.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Fachstellen betonen den Wert von Evaluation für ihren Tätigkeitsbereich, stellen aber gleichzeitig fest, dass Evaluation in diesem Zusammenhang nicht im umgangssprachlichen Sinne, sondern im wissenschaftlichen Sinne als Überbegriff über recht heterogene Klassen unterschiedlicher Vorgangsweisen zu verstehen ist. Konkret verstehen die Fachstellen darunter

- den Stand der wissenschaftlichen Forschungen zu verfolgen und die eigenen Konzepte ständig im Licht neuer Befunde zu überprüfen (historische Evaluation),
- im Prozess der täglichen Arbeit zu beobachten, welche offensichtlichen Probleme auftreten und die Konzepte entsprechend anzupassen (formative Evaluation, Evaluation der Durchführbarkeit),
- genaue Aufzeichnungen über die Aktivitäten der Einrichtung auch bezüglich einzelner Präventionsprojekte zu führen (Dokumentation), die sich für eine strukturelle Evaluation der Einrichtung oder einer Anzahl verwandter Einrichtungen eignen,
- regelmäßig die Qualität des eigenen Handels zu überprüfen und zu verbessern (Qualitätssicherung),
- einen kritischen Blick auf sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu haben, um die Konzepte entsprechend anpassen zu können (Kontextevaluation) und
- auch über das Verhältnis von Aufwand relativ zum erwarteten Nutzen zu achten (Evaluation der Wirtschaftlichkeit) und dieses zu optimieren. Das bereits vorher formulierte Primat des indirekten Ansatzes gegenüber dem direkten Ansatz folgt teilweise aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen.

Ein wissenschaftlicher Erfolgsnachweis für präventive Strategien kann von den Fachstellen im Regelfall nur im Sinne eines „historischen Wirkungsnachweises“ durchgeführt werden. Darüber hinausgehende Versuche die Wirksamkeit global nachzuweisen, übersteigen Auftrag und Möglichkeiten der Fachstellen und fallen in den Kompetenzbereich einschlägiger Forschungseinrichtungen. Ein partieller Wirksamkeitsnachweis ist bei ausreichenden Ressourcen allerdings auch auf Institutsebene leistbar und zweckmäßig. Die Fachstellen sehen es als wichtiges Aufgabengebiet sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an Forschungsprojekten zu

beteiligen oder Begleitforschungsprojekte in Auftrag zu geben und/oder zu koordinieren – sie verwehren sich aber nachhaltig gegen überzogene Evaluierungsforderungen, die sie in Wirklichkeit nicht erfüllen können.

Die Evaluation von „suchtpräventiven Programmen“ der Fachstellen liegt nur zu einem Teil im Interesse der Einrichtung und muss auch Interesse der Auftraggeber sein. Letztere müssten die Mittel für eine externe „wissenschaftliche Evaluation“ bereitstellen. Eine Möglichkeit wäre, die für die Umsetzung des Landesdrogen- oder Landessuchtkonzeptes verantwortlichen Drogenkoordinationsstellen der Länder als Auftraggeber für „wissenschaftliche Evaluation“ im Bereich Suchtprävention heranzuziehen. Ähnliche Modelle funktionieren in den Bundesländern bereits ganz gut, wenn es um die Auftragsvergabe von wissenschaftlichen Forschungsaufträgen für die Beantwortung konkreter Fragestellungen der Suchthilfe geht.

Ebenso wichtig in Zusammenhang mit Evaluation ist die systematische Dokumentation der eigenen Aktivitäten. Dabei muss allerdings streng darauf geachtet werden, dass nur solche Statistiken erhoben werden, die entweder einen konkreten Nutzen für die praktische Arbeit haben oder einen sinnvollen Beitrag in Zusammenhang mit der Evaluation der eigenen Arbeit (Qualitätssicherung, Leistungsnachweis, strukturelle Evaluation der Einrichtung oder einer Anzahl verwandter Einrichtungen usw.) haben. Der Gesamtaufwand für Dokumentation sollte dabei so gering wie möglich gehalten werden und darf keinesfalls dazu führen, dass die Qualität der eigentlichen Arbeit unter dem bürokratischen Aufwand nachhaltig leidet oder die „kreative Potenz“ der Einrichtung leidet. Wichtig für eine systematische Dokumentation sind geeignete Erfassungshilfsmittel, die den Fachstellen zur Verfügung gestellt werden müssen oder für deren Entwicklung Geld zur Verfügung gestellt werden muss.

Sehr wichtig ist sicherlich auch das Thema „Qualitätssicherung“. Eine sinnvolle Möglichkeit die Qualität des eigenen Handelns zu sichern ist der regelmäßige Austausch zwischen den Fachstellen über Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise. Diese regelmäßigen Treffen dienen neben der Vernetzung auch dem ständigen Austausch, der Entwicklung von Leitbildern, der inhaltlichen Weiterentwicklung usw. Auch Supervision, Coaching, Organisationsberatung und Organisationsanalyse sowie regelmäßige Teams und fachliche Weiterbildung fördern die systematische Reflexion des eigenen Handelns und sichern so die fachliche Qualität der Einrichtung. Zur Qualitätssicherung gehört auch die klare Formulierung von Projekt- und Qualitätszielen.

Der Kontext des präventiven Handelns, also die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, beeinflussen nachhaltig, welche Präventionsstrategien und -konzepte jeweils erfolgversprechend sind. Die Fachstellen sollten allerdings nicht nur durch Anpassung passiv auf gesellschaftliche Veränderungen reagieren, sondern gezielt darauf hinarbeiten, dass problematische Rahmenbedingungen so verändert werden, dass schädlicher Substanzgebrauch und Sucht weniger wahrscheinlich werden. Präventionsarbeit soll in diesem Sinne auch gesellschaftspolitische Relevanz haben.

Um den Evaluationsgedanken zu fördern und konkrete Hilfeleistungen für Personen und Institutionen zu bieten, die einschlägige Beratung und Unterstützung in Zusammenhang mit Evaluation brauchen, wäre es sinnvoll den Präventionsfachstellen eine Liste von ExpertInnen und Institutionen zur Verfügung zu stellen und zu pflegen, an die sie sich bei konkretem Evaluationsbedarf wenden können. Längerfristig wäre es darüber hinaus sicherlich zweckmäßig gemeinsam mit diesen ExpertInnen eine Struktur aufzubauen mit dem ausdrücklichen Ziel, Präventionsfachkräfte und einschlägige Einrichtungen in Evaluationsfragen zu beraten und zu unterstützen. Ein Beispiel für eine solche Struktur ist z.B. das von der Universität Bern und dem Institut für Suchtforschung, Zürich, ins Leben gerufene Projekt „Werkstatt Evaluation“, welches „maßgeschneiderte“ Unterstützung für Evaluationen verkauft. Die Leistungen gehen vom kritischen Durchsehen eines Fragebogens bis zur vollständigen Durchführung von Wirksamkeits-evaluationen.

In Zusammenhang mit der Evaluation der Wirtschaftlichkeit sollten die Fachstellen sich gegen ein einseitiges Primat der Wirtschaftlichkeit über fachliche und ethische Erfordernisse wehren, das Suchtprävention in ihrer Nachhaltigkeit, Wirksamkeit und Kreativität beschneidet. Wie jeder ökonomisch gesunde Betrieb sollten auch die Fachstellen über den Einsatz der vorhandenen Betriebsmittel autonom und verantwortungsbewusst entscheiden können, wobei sich Grenzen automatisch aus der Existenz des Marktes, der Geldgeber, der geltenden Gesetze und der politisch Verantwortlichen ergeben.

3.4 Anlass für Aktivitäten

Aktivitäten von Einrichtungen lassen sich grob in zwei Kategorien unterteilen:

- Aktivität aus eigener Initiative = agieren
- Aktivität als Reaktion auf Anfragen von Außen = reagieren

Agieren ist nötig, um neue Aufgabenfelder zu identifizieren, um das eigene Leistungsangebot laufend zu entwickeln, zu überprüfen, zu verbessern sowie zu erweitern, und um die eigene Einrichtung in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Im Reagieren auf Anfragen und Problemstellungen wieder manifestiert sich der Servicecharakter einer Einrichtung.

3.4.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Da Agieren und Reagieren einen Kreislauf bilden, der die qualitative Weiterentwicklung der Arbeit sichert, ist unbedingt darauf zu achten, dass – über die Notwendigkeit von grundlegenden Serviceleistungen hinaus – das reine Reagieren auf vielerlei Anfragen nicht überhand nimmt. Die Fachstellen sehen ihre Arbeit unter anderem im Informationsmanagement und in der Bildungsarbeit, und beide Bereiche sind auf der Basis einer theoretischen Grundlage aktiv planvoll zu entwickeln und zu gestalten. Rechtzeitiges und zielgerichtetes Agieren kann die Notwendigkeit für Reagieren langfristig reduzieren.

3.5 Das Menschenbild der Sucht- und Drogenprävention

Viele Substanzen und Verhaltensweisen, von denen man abhängig werden kann („Suchtmittel im Sinne des erweiterten Suchtbegriffs“, vgl. Kap. 3.1.3, S.18), haben für den Menschen bei mäßigem, kontrolliertem Umgang positive Konsequenzen (Abwechslung, Genuss usw.) und bei übermäßigem, unkontrolliertem Konsum negative Konsequenzen (Organschädigung, Sucht, problematische soziale Konsequenzen usw.).

- Personen, die aus beruflichen oder privaten Gründen vom Konsum bestimmter Substanzen und/oder Verhaltensweisen profitieren, laufen Gefahr negative Aspekte zu verniedlichen oder völlig zu negieren und eine verharmlosende Grundhaltung zu propagieren.
- Personen, die aus beruflichen oder privaten Gründen primär mit den negativen Aspekten konfrontiert wurden, laufen Gefahr die positiven Aspekte gering zu schätzen oder zu negieren und generell eine anti-hedonistische, konsum-, lust- und genussfeindliche Grundhaltung zu vertreten.
- Die Entwicklung und Durchführung optimaler Problemlösungsstrategien erfordert aber eine umfassende Sichtweise, die sowohl positive als auch negative Verhaltenskonsequenzen ausgewogen berücksichtigt; eine Sichtweise also, die zur Kenntnis nimmt, dass Konsum, Genuss, Lust, Neugier und Spiel auch wesentliche Dimensionen menschlicher Existenz sind⁴.

Das Ziel problematischen Substanzkonsum und Sucht in der Gesellschaft zu verringern kann man anstreben, indem man die Zielgruppe durch Vorgaben und Verbote gezielt beeinflusst und dort, wo das nicht ausreicht, unter massiven Druck setzt (Fremdbestimmung) oder indem man PartnerInnen Fähigkeiten zur positiven Lebensgestaltung vermittelt und Rahmenbedingungen schafft, die es ihnen ermöglichen sinnvoll eigenverantwortlich und selbständig zu handeln (Selbstbestimmung). Ersterer Vorgangsweise liegt ein ausschließlich ergebnisorientiertes, technokratisches Grundverständnis zugrunde, während letztere Vorgangsweise (Empowerment) von einer humanen Grundhaltung ausgeht, die den Partner in seiner konkreten Lebenslage akzeptiert, dessen persönliche Autonomie nicht in Frage stellt und letzte Entscheidungen weitestgehend diesem selbst überlässt. Nach ersterer Strategie repräsentieren die Zielpersonen Objekte, deren Einstellungen und Verhaltensweisen es zu verändern gilt. Nach letzterer Strategie entsprechen die Zielpersonen Subjekten im Sinne von Partnern, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, ohne dass diese in ein ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten flüchten müssen. In diesem Zusammenhang muss auch auf die Existenz und Bedeutung von Orientierungshilfen und den Bereich von Normen- und

4 Eine knappe Mehrheit der FachstellenmitarbeiterInnen sprach sich im Gegensatz zur Mehrheit der StudienteilnehmerInnen dafür aus, den Absatz durch folgende Ergänzung zu relativieren: „... die aber auch klarmacht, dass eine rein hedonistische, auf Genuss orientierte Grundhaltung ebenfalls problematisch ist.“

Wertvorstellungen hingewiesen werden, die Strukturen und Verhaltenssicherheit gerade für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene geben können.

Sucht ist nicht eine unausweichliche Folge der Konfrontation mit Suchtmitteln, sondern ein multikausales Geschehen, das durch die Art des Suchtmittels, mit bestimmten Faktoren im betroffenen Individuum (aktuelle Konstitution, Persönlichkeitsmerkmale) und aus situativen Rahmenbedingungen zu erklären ist. Aus diesem Grund können manche Individuen unter bestimmten situativen Rahmenbedingungen Suchtmittel mit hohem Suchtpotential langfristig gebrauchen ohne abhängig zu werden, während andere auch von Suchtmitteln mit geringem Suchtpotential recht rasch abhängig werden.

Ziel der Suchtprävention muss es ein, die Kräfte des Menschen zur Selbstbestimmung und Autonomie zu fördern und sie zu befähigen, soziale Beziehungen positiv zu gestalten (Empowerment). Die MitarbeiterInnen der Fachstellen glauben nicht, dass Vorgaben und Verbote die Lebenskompetenzen stärken. Ebenso wenig glauben sie an die „Präventionsspritze“, sondern vielmehr an die Kräfte und Fähigkeiten von Menschen zur positiven Lebensgestaltung.

Ziel ist der Mensch, der dem impliziten Menschenbild der Sucht- und Drogenprävention entsprechend, grundsätzlich dazu fähig ist, Eigenverantwortung und Selbständigkeit zu entwickeln, um dann mit der nötigen Ich-Stärke, der nötigen Kommunikations- und Konfliktfähigkeit und dem nötigen Selbstbewusstsein den Einflüssen der Mit- und Umwelt entgegenzutreten zu können und eigenverantwortlich werten und entscheiden zu können. Der Mensch soll selbst ein Grundvertrauen in die Beeinflussbarkeit und den sinnvollen Zusammenhang des eigenen Lebens entwickeln. Der Mensch soll imstande sein, die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um dann entsprechend kompetent darauf reagieren zu können.

Dieses Ziel entspricht dem Ziel der „Gesundheitsförderung“, wie es in der „Ottawa Charta“ (1986) der WHO festgelegt wurde: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt; dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selbst Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Suchtprävention sollte ganzheitlich ausgerichtet sein zum einen bezogen auf die Persönlichkeit (Einheit von Körper, Geist und Seele, d.h. der kognitiven, affektiven und der Handlungsebene) und zum anderen bezogen auf den breiten Kontext gesellschaftspolitischer Aufgabenfelder, wie z.B. wirtschafts- und marktpolitische Vorgaben, Sozial-, Familien- und Gesundheitspolitik. Dieser ganzheitliche Ansatz spiegelt sich auch in dem mehrdimensionalen Methodenansatz der Präventionsfachkräfte wieder, der bei den unterschiedlichen Zielgruppen zur Geltung kommt. In fast allen Veranstaltungen wird Informationsvermittlung mit affektiven Methoden zur Selbsterfahrung, Selbstreflexion und Selbstwahrneh-

mung und auf der Handlungsebene mit Rollen- bzw. Interaktionsspielen und Verhaltenstrainings ergänzt.

3.5.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Nach der Sicht der Fachstellen ist Genuss ein wesentlicher Bestandteil menschlicher Existenz, der positiv definiert werden sollte und nicht bloß als Risikofaktor für die Entstehung von schädlichem Gebrauch und Sucht interpretiert werden darf. In diesem Sinne sollten bei der Beurteilung von Substanzen und Verhaltensweisen mit Abhängigkeitspotential – nicht zuletzt um glaubwürdig zu bleiben – sowohl positive als auch negative Aspekte umfassend berücksichtigt werden. Auch wenn außer Frage steht, dass es jedem Individuum überlassen sein muss, ob es sich für Askese und Genussverzicht oder eine hedonistische Lebensweise entscheidet. Sucht- und Drogenprävention sollte auf keinen Fall als Vorwand dafür dienen, Kindern und Jugendlichen ein karges und lustfeindliches Leben nahe zu legen oder aufzuzwingen.

Sucht- und Drogenprävention, wie sie von den Fachstellen verstanden wird, soll die Kräfte des Menschen zur Selbstbestimmung und Autonomie fördern, sie befähigen, soziale Beziehungen positiv zu gestalten und sie in die Lage versetzen, die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um dann entsprechend kompetent darauf reagieren zu können. Es geht um eine Förderung von Lebenskompetenzen.

3.6 Zielgruppe für Sucht- und Drogenprävention

Mögliche AnsprechpartnerInnen für Sucht- und DrogenpräventionsexpertInnen sind:

- die eigentlichen Zielgruppen; das ist jener Personenkreis, bei dem eine Bestärkung und/oder Veränderung von Fähigkeiten, Einstellungen und/oder Verhalten bewirkt werden soll.
- Bezugspersonen der eigentlichen Zielgruppe (das sind Schlüsselpersonen = „Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System“, MediatorInnen = „unmittelbare Bezugspersonen“ und/oder MultiplikatorInnen = „mittelbare Bezugspersonen“).
- die breite Öffentlichkeit.
- Die Reihenfolge der drei eben genannten Kategorien von AnsprechpartnerInnen ist willkürlich gewählt und sagt inhaltlich nichts über den Stellenwert für die Präventionspraxis aus. Folgende Erläuterung dient der Begriffspräzisierung: Wenn ein Präventionsansatz darauf abzielt, sowohl bei SchülerInnen als auch bei deren LehrerInnen in suchtrelevanten Bereichen eine Verhaltensänderung zu erzielen, so sind SchülerInnen und LehrerInnen die „eigentliche Zielgruppe“; wenn aber die LehrerInnen nur angesprochen werden, um bei SchülerInnen eine entsprechende Veränderung zu bewirken, so sind bloß die SchülerInnen als „eigentliche Zielgruppe“ zu bezeichnen.

Bezugspersonen der eigentlichen Zielgruppe sind

- Personen, die privat mit der eigentlichen Zielgruppe interagieren (z.B. Freunde, Eltern usw.) und
- Personen, die beruflich mit der eigentlichen Zielgruppe interagieren (z.B. KindergärtnerInnen, LehrerInnen, ErzieherInnen, AusbilderInnen in Betrieben, Kaderleute, öffentliche EntscheidungsträgerInnen usw.).

Je nach Aufgaben-, Rollen- und Funktionszuordnung kann in beiden Zusammenhängen von „Schlüsselpersonen“, „MediatorInnen“, „MultiplikatorInnen“ gesprochen werden.

Die konkrete Entscheidung darüber, welche Zielvorstellungen man in welcher Zielgruppe realisieren möchte, ist von großer praktischer Bedeutung und unverzichtbar, auch wenn man konkrete Effekte oft nur ungenau und/oder unsicher objektivieren kann, und wenn sich neben geplanten Effekten auf die eigentliche Zielgruppe (Gegenstand von „Ergebnisevaluation“) vielfach auch nicht direkt geplante positive Effekte auf weitere Zielgruppen ergeben (Gegenstand von „Impact Evaluation“, vgl. Kap. 3.3, S.28).

Mit Blick auf die AnsprechpartnerInnen kann man in der Sucht- und Drogenprävention drei Strategien unterscheiden:

- den direkten Ansatz
- den indirekten Ansatz und
- eine Mischung aus beiden Ansätzen

Beim „direkten Ansatz“ sind die AnsprechpartnerInnen gleichzeitig die eigentliche Zielgruppe, beim „indirekten Ansatz“ sind die AnsprechpartnerInnen Bezugspersonen der eigentlichen Zielgruppe.

Personen, zu deren dezidierten Berufsanforderungen es gehört, auch in sucht- und drogenpräventiver Hinsicht tätig zu werden (z.B. LehrerInnen, ErzieherInnen, Personalchefs usw.), bzw. Eltern sind von ihrer Grundausbildung her vielfach auf diese Aufgabe nicht adäquat vorbereitet. Für die Betroffenen gibt es vier Möglichkeiten auf diese Anforderung zu reagieren.

- Ein Teil ignoriert die Aufgabe und erklärt sich kurzerhand für unzuständig oder sieht keinen Handlungsbedarf. In jenen Fällen, wo diese Strategie einem klaren gesetzlichen Auftrag oder einer eindeutigen dienstlichen Anordnungen widerspricht, erfolgen dann häufig alibihaft Präventionsaktivitäten.
- Eine weitere Form der Aufgabe nachzukommen ist es, spontan ohne ausreichende fachliche Vorbereitung tätig zu werden und die Aufgabe ausschließlich auf der Basis von „Alltagswissen“ und sogenanntem „gesunden Menschenverstand“ lösen zu wollen⁵. Der daraus resultierende Präventionsdiletantismus ist im günstigsten Fall ineffektiv und im ungünstigeren Fall kontraproduktiv.
- Die bequemste Form der Aufgabe nachzukommen ist es, Prävention vollständig an externe ExpertInnen zu delegieren und diese zu beauftragen im Sinne des „direkten Ansatzes“ tätig zu werden. Werden die externen Exper-

5 Dabei kommen oft abschreckende Filme zur Anwendung.

Innen nur für begrenzte Interventionen – z.B. in Form von kurzen Workshops – herangezogen, so kann man sich von diesem Engagement allerdings keine nachhaltigen Effekte erwarten; und wenn Leistungen externer ExpertInnen regelmäßig und langfristig in Anspruch genommen werden, so entstehen dadurch Kosten, die das Budget der meisten Einrichtungen empfindlich überschreiten. Diese Vorgangsweise erzeugt ferner eine Abhängigkeit von ExpertInnen und es passieren keine nachhaltigen strukturellen Veränderungen.

- Die aus einem globalen Blickwinkel optimale, für die betreffenden Personen allerdings aufwendigste Form der Forderung nach Prävention nachzukommen ist, die Kompetenz zur Bewältigung der Aufgabe zu erwerben und die Aufgabe in der Folge qualifiziert selbst zu erfüllen. Dazu bedarf es externer ExpertInnen, die die InteressentInnen ausbilden, beraten und supervidieren. Die externen ExpertInnen werden dabei im Sinne des „indirekten Ansatzes“ tätig, was erheblich ökonomischer ist und außerdem den Vorteil hat, dass Prävention harmonisch in das Routinegeschehen integriert werden kann. Prävention ist in diesem Sinne kein ExpertInnen- sondern ein Kooperations- bzw. Kommunikationsmodell, das auf das Prinzip „Hilfe(stellung bieten) zur Selbsthilfe“ aufbaut. Präventionskräfte können nicht die Alltagsarbeit anderer Institutionen übernehmen.

EntscheidungsträgerInnen, die Weichenstellungen im Sinne struktureller Präventionsansätze veranlassen, die Medienkampagnen organisieren und finanzieren und/oder über die Schaffung und Ausstattung von Einrichtungen zur Sucht- und Drogenprävention bzw. -betreuung sowie über die Verwendung von Fortbildungsbudgets entscheiden, sind ganz besonders wichtige AnsprechpartnerInnen für Sucht- und DrogenpräventionsexpertInnen. Hier kann fachlich kompetente Beratung in Relation zum Zeitaufwand ganz besonders große Effekte bewirken.

3.6.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die „eigentliche Zielgruppe“ der Fachstellen (d.h. jene Personen, bei denen durch eine Verbesserung von Kompetenzen bzw. Veränderung von Einstellungen und/oder Verhalten die Entstehung von schädlichem Konsum und Sucht verhindert werden soll) sind Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene.

Da die Anzahl der Ressourcen in den Fachstellen begrenzt sind, ist es nötig diese ökonomisch einzusetzen. Das bedeutet, dass die direkte Arbeit mit den „eigentlichen Zielgruppen“ bloß modellhaft und exemplarisch erfolgen kann, weil Präventionsfachkräfte nicht die Alltagsarbeit anderer Institutionen übernehmen können.

Die wesentlichsten PartnerInnen der Fachstellen sind Personen, die mit der „eigentlichen Zielgruppe“ arbeiten oder Entscheidungen treffen, die die „eigentliche Zielgruppe“ tangieren. In anderen Worten: Der Schwerpunkt der Tätigkeit der Fachstellen liegt auf Ausbildung, Beratung, Unterstützung und Supervision von Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37), auf

Beratung von EntscheidungsträgerInnen in präventionsrelevanten Belangen und in der Kooperation mit anderen ExpertInnen aus dem Feld der Sucht- und Drogenprävention sowie in anderen Aufgabenfeldern (Auf- und Ausbau von Netzwerken), in der Öffentlichkeitsarbeit sowie in der Erstellung von Materialien, die suchtpreventiv einsetzbar sind.

Allenfalls sind auch verschiedene Typen von Fachstellen mit differenzierten Aufträgen denkbar. So ist z.B. denkbar, dass ein Typ von Fachstellen für den Grundauftrag an der Basis und ein anderer Typ für die Entwicklung von Begleitforschung und von übergreifenden Projekten zuständig ist.

Die klientenbezogene Einzelfallberatung von Personen mit manifesten Drogen- und/oder Suchtproblemen sowie von potentiell Gefährdeten und deren Umfeld ist Aufgabe von Sucht- und Drogenberatungsstellen und gehört in den meisten Fällen nicht zum Aufgabenspektrum der Fachstellen. Eine Ausnahme ist die Beratung der Schulleitung und LehrerInnen bezüglich eines strukturierten und koordinierten Vorgehens beim sogenannten „Drogenfall an der Schule“ und bezüglich des Umgangs mit suchtgefährdeten SchülerInnen. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen zweckmäßig.

Arbeit im Sinne des direkten Ansatzes kommt in den Fachstellen aus sechs Gründen vor:

- In Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37), um diese mit geeigneten Techniken anschaulich vertraut zu machen oder auch im Sinne von Coaching am Arbeitsplatz.
- In begrenztem Umfang, um modellhafte suchtpreventive Aktivitäten innovativ zu beginnen.
- In begrenztem Umfang, um einen Praxisbezug herstellen zu können und den Bezug zu Themen der eigentlichen Zielgruppe nicht zu verlieren.
- In begrenztem Umfang aus taktischen Gründen: z.B. um mit wichtigen Einrichtungen in direkten Kontakt zu kommen und diese dann von den Vorteilen des indirekten Ansatzes zu überzeugen.
- Um die Fachstelle und das Anliegen der Suchtprevention, im Sinne von Öffentlichkeits-, Medien- und Informationsarbeit, bekannter zu machen.
- Die Weitervermittlung von betroffenen Einzelpersonen, die sich mit sucht- und drogenrelevanten Fragen an die Fachstellen wenden, an für diese Tätigkeit zuständige Beratungsstellen.
- Die Betreuung von Projekten auch im Sinne einer partiellen aktiven Teilnahme.

3.7 Grundstrategien der Sucht- und Drogenprävention

3.7.1 Strukturelle vs. personenorientierte Maßnahmen

Präventionsstrategien lassen sich anhand der Grundstrategie in

- strukturelle Maßnahmen (= umgebungsorientierte Maßnahmen) und
- personenorientierte Maßnahmen (= kommunikative Maßnahmen) unterscheiden.

Erstere zielen auf eine Veränderung struktureller sowie gesellschaftlicher Rahmenbedingungen in einer Art und Weise ab, die die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung problematischer Verhaltensweisen (in diesem Zusammenhang schädlicher Gebrauch und Sucht) verringert bzw. die Entstehung positiver Verhaltensweisen erhöht. Letztere haben die gleiche Zielsetzung, nämlich die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung problematischer Verhaltensweisen zu verringern bzw. die von positiven Verhaltensweisen zu erhöhen, jedoch durch Kontakt und entsprechender Kommunikation mit den Zielpersonen.

Strukturelle und kommunikative Maßnahmen kommen in unterschiedlichen Aufgabenbereichen zum Einsatz:

- in Strategien zur Nachfragereduktion,
- in Strategien zur Angebotsreduktion und
- in Strategien zur Schadensbegrenzung
(Schadensbegrenzung = „Harmreduktion“)

Strategien zur Angebotsreduktion sind erheblich öfter struktureller Art und Strategien zur Nachfragereduktion sind erheblich öfter personenorientierter Natur. In Zusammenhang mit Schadensbegrenzung haben strukturelle und personenorientierte Strategien einen ähnlichen Stellenwert.

Prävention sollte sich nicht mit Ausschließlichkeit auf eine dieser möglichen Strategien festlegen. Alles, was geeignet ist, persönliche Problemlösungskompetenzen zu erweitern bzw. zu wecken und Probleme in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen und Sucht zu verringern, ist positiv zu beurteilen. Nachfragereduktion und Angebotsreduktion ergänzen sich, und wenn es nicht möglich ist, das Auftreten von Problemen ganz zu verhindern oder vorhandene Probleme ganz zu beseitigen, so ist es sinnvoller, Schadensbegrenzung zu betreiben als zu resignieren.

Prävention muss auf Problemminimierung abzielen und sollte nicht doktrinär einer bestimmten Strategie verpflichtet sein. Unterschiedliche Grundstrategien können sich im günstigen Fall wechselseitig positiv beeinflussen.

Wenn es mehrere Ansätze gibt, so sollten diese allerdings koordiniert sein und es sollte auf einer Metaebene ein Begründungszusammenhang vorliegen. Ein beliebiges Nebeneinander im Zeichen von Offenheit („Nutzts nix – schads nix“) ist nicht sinnvoll. Man sollte keinesfalls nach Laune und politischer Wetterlage unabhängig voneinander Kampagnen und Aktionen starten.

3.7.1.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Fachstellen fördern sowohl strukturelle als auch kommunikative Maßnahmen.

Alle fachlich vertretbaren Möglichkeiten zur Nachfragereduktion, Angebotsreduktion und Schadensbegrenzung werden begrüßt, sofern diese im konkreten Fall erfolgversprechend scheinen und sofern positive Auswirkungen die negativen deutlich überwiegen. Der Schwerpunkt des Aufgabenprofils liegt dabei al-

lerdings auf suchtpräventiven Programmen, die Nachfragereduktion zum Ziel haben.

Da eine stark repressive Drogenpolitik vielfach Probleme in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch und Sucht bei bestimmten Zielgruppen eher erhöht als verringert, sollte die geäußerte Offenheit allen Ansätzen gegenüber keinesfalls als Zustimmung zu oder Unterstützung von repressiven Ansätzen in der Drogenpolitik gewertet werden.

Auch die Auseinandersetzung und öffentliche Stellungnahme bzw. Beratung von öffentlichen EntscheidungsträgerInnen in Zusammenhang mit Aspekten der Drogenpolitik (betreffend psychoaktive Substanzen) ist als wesentliche Aufgabe der Fachstellen im Bereich der strukturellen Prävention zu sehen.

3.7.2 Das Thema „Drogen“ als Inhalt der Sucht- und Drogenprävention

Sucht- und Drogenprävention kann nach drei Arten erfolgen:

- substanzspezifisch: d.h. Auseinandersetzung mit unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen.
- suchtspezifisch: d.h. Einbeziehung von Suchtmechanismen allgemein ohne Arten von psychoaktiven Substanzen zu thematisieren.
- substanz-/suchtunspezifisch: d.h. z.B. die Auseinandersetzung mit psychosozialen Verhaltensweisen, die mittelbaren oder unmittelbaren Bezug zur Suchtproblematik aufweisen, ohne über unterschiedliche psychoaktive Substanzen zu sprechen und/oder das Thema „Sucht“ zu behandeln. Ausgehend von der Angst, dass die Besprechung des Themas „illegale Drogen“ Prohibitik konsumieren könnte, haben viele Verantwortliche Angst vor „substanzspezifischen Inhalten“ und fordern vehement „drogenunspezifische“ Strategien. Auch wenn Vieles für den Einsatz drogenunspezifischer Präventionskonzepte spricht, so ist doch festzuhalten, dass die völlige Vermeidung „substanzspezifischer“ Inhalte im Rahmen der Sucht- und Drogenprävention weder sinnvoll noch praktisch durchzuführen ist. Zu dieser Thematik ist Folgendes zu sagen:
- Medikamente, legale Drogen und illegale Drogen sind in den Medien, unter Gleichaltrigen und nicht zuletzt auch in den Schulen ein regelmäßig wiederkehrendes Thema. Wer „Medikamente, legale Drogen oder illegale Drogen“ unter Jugendlichen thematisiert, macht diese nicht erst zum Thema, sondern er leistet bloß einen – im Idealfall nützlichen – Beitrag zum sachgerechten Diskurs über „Drogen“. Suchtprävention sollte in diesem Sinne persönliche Reflexion, persönliche Auseinandersetzung und persönliche Einstellungsänderung in der Zielgruppe ermöglichen und fördern.
- Dabei sollten illegale Drogen nicht unabhängig von Medikamenten und legalen Drogen besprochen werden. Die Behandlung des Themas sollte sachlich, fachkompetent und kommunikationsfördernd erfolgen.
- Wer in Sucht- und Drogenprävention tätig ist, wird, auch wenn er lieber drogenunspezifisch vorgehen möchte, von Seiten der Zielgruppen häufig mit substanzspezifischen Fragen konfrontiert und kann, auch wenn er das möch-

te, gar nicht umhin kompetent Stellung zu beziehen. Das erfordert eine fachkompetente suchtpreventive Bildung der SuchtpräventionsexpertInnen. Der Test – ganz besonders bei jugendlichen Zielgruppen – läuft oft über die Schiene „Fachkompetenz“. Wer diesen Test als Suchtpräventionsexperte nicht besteht, dem wird auch kaum Vertrauen entgegen gebracht.

- Die Vermeidung des Themas „illegale Drogen“ trägt teilweise zu deren Mystifizierung bei. Das Thema „illegale Drogen“ sollte bei suchtpreventiven Aktivitäten weder vermieden noch besonders fokussiert, sondern sachlich und zielgruppenentsprechend behandelt werden.

Es kann nicht sinnvoll sein, die Information über Drogen – ganz besonders über illegale Drogen aber auch über legale Drogen und psychoaktive Medikamente – ausschließlich der Polizei oder dem Spannungsfeld zwischen sensationsorientierten Medien, schlecht informierten Laien und DrogenkonsumentInnen zu überlassen. Eine aktive Öffentlichkeits-, Medien- und Informationsarbeit bedeutet für die Fachstellen für Sucht- und Drogenprävention neben erforderlichen Reaktionen auf kontraproduktive Äußerungen gegenüber Drogen- und Suchtphänomenen die aktive Platzierung suchtpreventiver Themen und Anliegen via Medien in der Öffentlichkeit.

Alle Menschen haben ein Recht auf sachgerechte, ehrliche und kompetente Information, und oft ist das Bedürfnis nach substanzspezifischen Informationen so groß, dass man erst nach Abdeckung dieses Bedürfnisses substanz-unspezifisch vorgehen kann. Eine möglichst nüchterne, d.h. nicht-emotionale aber adäquate Information über illegale und legale Substanzen ist sinnvollerweise Teil vieler präventiver Interventionen. Am besten ist es dabei, sich an den Info-Bedürfnissen der PartnerInnen auszurichten um dem Problem der Erzeugung von Neugierde entgegenzuwirken.

3.7.2.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

In Übereinstimmung mit den durch empirische Forschungsergebnisse gestützten Grundsätzen moderner Sucht- und Drogenprävention setzen die Fachstellen einen deutlichen Schwerpunkt ihrer Aktivitäten auf substanz- und suchtspezifische Strategien, wobei aber auch substanz- sowie suchtspezifische Strategien einen relevanten Stellenwert eingeräumt wird.

Die Formulierung der Zielsetzungen und die Wahl der konkreten Strategien erfolgt dabei nicht losgelöst von der konkreten Situation sondern unter Berücksichtigung der Zielgruppe und deren konkreter Situation.

3.7.3 Abschreckung, selektiv einseitige Informationsvermittlung vs. inhaltlich ausgewogene Wissensvermittlung

Abschreckung und selektiv einseitige Informationsvermittlung gelten in der Sucht- und Drogenprävention bezogen auf viele Zielgruppen seit langem als unproduktiv bis kontraproduktiv. Einseitigkeit und Übertreibung wirken eben nur dann im Sinne des Kommunikators, wenn die Zielpersonen keine Möglichkeit haben, den Wahrheitsgehalt der Aussagen an der Realität zu überprüfen, und

in Zusammenhang mit allen Drogen – inklusive illegalen Drogen – ist die Überprüfungsmöglichkeit zum kritischen Zeitpunkt so gut wie immer gegeben.

Wie sich in einer empirischen Studie an SchülerInnen (Springer et al., 1996) herausstellte, ist infolge der jahrzehntelangen Abschreckungsstrategie bei illegalen Drogen die Einstellung von österreichischen Jugendlichen geprägt durch eine doppelt irrationale Erwartung. Diese Erwartungshaltung ist charakterisiert durch das Spannungsfeld aus einem stark überzeichneten, angstbetonten Drogenbild auf der einen Seite und aus verklärenden Wirkungserwartungen auf der anderen Seite. Wenn man sich das angstbesetzte Bild über illegale Drogen bei Jugendlichen vor Augen führt, so kann man sich leicht ausmalen, dass durch eine nachhaltige Konfrontation mit der Realität leicht als unrichtig identifizierbare Erwartungssängste nur dann fortbestehen können, wenn keine engere Konfrontation mit KonsumentInnen, keine systematische Informationsvermittlung und keine kontroversielle Diskussion über illegale Drogen stattfindet. Jede ausführliche Auseinandersetzung mit der Thematik führt zwangsläufig früher oder später dazu, dass unhaltbare Widersprüche in der Vorstellungswelt bewusst werden und dass dann letztlich das gesamte Vorstellungsgebäude grundlegend in Frage gestellt und umkonstruiert wird. Das hat dann natürlich auch starke Auswirkungen auf die Beurteilung der Glaubwürdigkeit jener Personen, deren Aussagen sich nunmehr als unrichtig oder übertrieben herausgestellt haben. Man misstraut ihnen in Belangen, die illegale Drogen betreffen, generell und orientiert sich verstärkt an im Konsum erfahrenen Gleichaltrigen, die sich nun als die „wahren DrogenexpertInnen“ präsentieren können. Übertriebene Gefahrenzuschreibungen bei Kindern sind deswegen längerfristig als erheblicher Risikofaktor einzustufen.

Daraus ergibt sich die Forderung nach inhaltlich ausgewogener Information über illegale Drogen. Der aktuellen Situation der „Straßenaufklärung“ durch drogen-erfahrene Gleichaltrige sollte ein kompetentes Informationsangebot entgegengestellt werden, das eine Versachlichung der Einstellung ermöglicht. Informationsvermittlung innerhalb der Primärprävention bietet die Möglichkeit, unreal ängstliche und/oder überzogene Erwartungen vom Drogeneffekt durch reale Gefahrenbewertungen zu ersetzen. Diese sind wesentlich stabiler gegenüber Umwelteinflüssen und besser geeignet, als Entscheidungshilfe zum Verzicht auf den Gebrauch bzw. für den verantwortungsbewussten Umgang mit Drogen zu dienen. Auf vergleichbare Weise birgt ausgewogene Sachinformationsvermittlung die Möglichkeit in sich, idealisierende Vorstellungen zu hinterfragen, diese durch eine realistische Einschätzung der Drogeneffekte zu ersetzen und damit längerfristig eine wesentliche Motivation zum Drogengebrauch zu bekämpfen. Damit wird sowohl ein gewisser Beitrag zur Motivationsänderung als auch ein wesentlicher Beitrag zur Schadensbegrenzung (Schadensbegrenzung = „Harmreduktion“) geleistet.

Suchtpräventive Information muss zielgruppen- und altersentsprechend nach Inhalt und dargebrachter Form attraktiv gestaltet sein. Sie soll eine Reflexion der Einstellung und eine Änderung des Verhaltens der Zielgruppe ermöglichen. Das

sollte in Auseinandersetzung mit der konkreten Lebenssituation der Zielgruppe erfolgen.

Dabei ist aber auch zu beachten, dass Sachinformation zum Thema sehr oft in verschiedensten Zusammenhängen (Schule, Medien) vorkommt, und dass daher auch eine gewisse Übersättigung bei bestimmten Zielgruppen (z.B. Jugendlichen) festzustellen ist. Die Haltung „Nicht schon wieder das Thema Drogen!“ entsteht in der Regel dadurch, dass sich in Schulen und Medien angebotene Sachinformation oft als inadäquat erweist, weil der Informationsstand vieler LehrerInnen und JournalistInnen gering und veraltet ist. Kompetent vermittelte Information wird meist mit viel Interesse und Aufmerksamkeit aufgenommen. Generell scheint es zweckmäßig einschlägige Sachinformationen nur dann anzubieten, wenn in der Zielgruppe konkretes diesbezügliches Interesse vorliegt.

Ganz wesentlich ist, dass Personen, die diese Informationen anbieten, nicht nur auf drogenunerfahrene und in Bezug auf Drogen naive Kinder und Jugendliche glaubhaft und kompetent wirken, sondern dass deren Kompetenz und Ehrlichkeit auch von jenen Kindern und Jugendlichen anerkannt wird, die über ein Nahverhältnis zu Drogen und DrogenkonsumentInnen verfügen – also für die unmittelbare Risikogruppe. Je persönlicher, authentischer und kommunikativer dabei die Information angeboten wird, desto eher wird sie von der Zielgruppe angenommen, desto eher wird allerdings auch jemand, der inhaltlich nicht sattelfest ist, in Frage gestellt und vor den anderen brüskiert.

Damit ist allerdings nicht der Einsatz von Ex-Usern gemeint, der von den TeilnehmerInnen an der Studie für wenig sinnvoll gehalten wird.

Grundlage jeglicher Präventionsarbeit ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen agierenden Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37) und der eigentlichen Zielgruppe. Die Aufgabe von SuchtpräventionsexpertInnen ist es Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen zu unterstützen und Hilfen zur persönlichen und fachlichen Reflexion anzubieten.

Angesichts einer Fülle leicht zugänglicher Veröffentlichungen, die unterschiedliche Drogen auch recht verschieden beurteilen, kann man bei der Informationsvermittlung sicherlich nicht umhin, sich ausführlich mit dem Gesamtspektrum divergierender Forschungsergebnisse und Meinungen auseinanderzusetzen. Man sollte die wesentlichsten Positionen und Argumente kennen und verstehen – aber man muss sich nicht neutral verhalten. Es ist durchaus legitim und wünschenswert auch persönlich Stellung zu beziehen, sofern man es dabei nicht darauf anlegt, Personen mit abweichenden Meinungen zu provozieren und die derzeitige rechtliche Situation außer Acht lässt.

Viele Erwachsene, die mit dem Anspruch antreten, sachlich und ausgewogen über Drogen zu informieren, waren selbst Opfer von einseitiger und übertriebener Information über Drogen und haben diese Inhalte in der Zwischenzeit nicht systematisch hinterfragt. Letztere Personen akzeptieren zwar in der Regel die Forderung moderner Sucht- und Drogenprävention, dass Information ausgewo-

gen und sachlich sein sollte, aber das, was sie dann unter sachlich ausgewogener Information verstehen, weicht oft weit von dem ab, was sich PräventionsexpertInnen unter sachlich und ausgewogen vorstellen⁶.

Abschließend ist in Zusammenhang mit sachlich richtiger Information noch ein ganz anderer Aspekt zu betonen. Ein demokratisches Grundprinzip ist, dass BürgerInnen bei für sie relevanten Fragen korrekt und umfassend informiert werden und nicht systematisch manipuliert werden. Bestrebungen diese gezielt unvollständig und/oder falsch zu informieren, weil man vermeint, dass das in deren Interesse sei, ist sowohl ethisch als auch demokratiepolitisch nicht zu vertreten.

3.7.3.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Fachstellen lehnen die übertriebene und einseitige Darstellung von Drogen zum Zweck der Abschreckung ab, da sich erwiesen hat, dass dieser Zugang sowohl bei illegalen Drogen als auch bei legalen Drogen und Medikamenten – besonders bei bestimmten Risikogruppen – mehr Schaden anrichten als nützlich sein kann. Eine wichtige Aufgabe ist es vor allem das Umfeld der eigentlichen Zielgruppe und Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37) systematisch mit dem aktuellen Stand der Sucht- und Drogenforschung vertraut zu machen, um so einen weiteren Beitrag zur Versachlichung des Diskurses zu leisten.

Die Fachstellen begrüßen grundsätzlich sachliche und qualifizierte Information über Drogen, die abgestimmt ist auf Alter und Lebenszusammenhänge und Informationsbedürfnis der jeweiligen eigentlichen Zielgruppe, betonen dabei aber nachhaltig, dass Information alleine, und sei sie noch so qualifiziert und ausgewogen, nicht der einzige Schwerpunkt sucht- und drogenpräventiver Strategien sein soll.

Dabei reicht es allerdings nicht aus sich darüber den Kopf zu zerbrechen, was „wahre und sachlich ausgewogene Information“ ist, sondern man muss auch beachten, über welche Kanäle die Informationen zur „eigentlichen Zielgruppe“ gelangen. Da viel von der Beziehung zwischen dem Sender und dem Empfänger abhängt, sind auch die Erkenntnisse der modernen Kommunikationstheorie in die Arbeit der Fachstellen zu integrieren.

3.7.4 Der Peergruppenansatz

Weiters ist die Person, die Informationen vermittelt, deren Bewertung und die Methode der Vermittlung von entscheidender Bedeutung. Besonders oft diskutiert wird das in Zusammenhang mit Jugendlichen, die ja besonders oft die eigentliche Zielgruppe suchtpräventiver Maßnahmen darstellen. Verschiedene Studien belegen, dass Jugendliche Informationen eher von Gleichaltrigen an-

⁶ Eine knappe Mehrheit der FachstellenmitarbeiterInnen sprach sich im Gegensatz zur Mehrheit der StudienteilnehmerInnen dafür aus auf diese Erläuterung zu verzichten.

nehmen. Von Erwachsenen wird vielfach im Vorhinein schon der „erhobene Zeigefinger“ erwartet. Diese Voreingenommenheit führt dann in vielen Fällen zu einer einseitigen Selektion der Informationen, sodass das Glaubensmuster „Erwachsene verbieten ...“ bestätigt wird. Als Alternative, die diesem Faktum Rechnung trägt, wird der in der Suchtprävention gegenwärtig oft übliche Peeransatz gesehen.

Die praktische Erfahrung zeigt aber recht deutlich, dass sowohl Jugendliche als auch Erwachsene in der Prävention bei Jugendlichen effektiv sein können – wenn diese von der Zielgruppe als offen und authentisch erlebt werden. Ob Jugendliche unvoreingenommen Informationen von einem Erwachsenen zur Kenntnis nehmen, hängt ausschließlich davon ab, ob ein Vertrauensverhältnis entsteht oder nicht.

Man sollte als Erwachsene/r die Aufgabe nicht von vornherein – im Sinne des Peeransatzes – ausschließlich an Jugendliche übertragen. Jugendliche brauchen und suchen Möglichkeiten zur Mitgestaltung, brauchen aber auch Orientierung und Halt. Erwachsene sollten sich dieser Verantwortung (Vorbildverhalten, Freiräume gewähren aber auch Grenzen setzen, etc.) nicht deshalb entziehen, weil manche Jugendliche alles, was Erwachsene sagen, als einen erhobenen Zeigefinger interpretieren. Dies gilt übrigens auch im Rahmen der Methode „Peer Education“. Die Freiheit des Einzelnen endet da, wo die Freiheit des anderen dadurch eingeschränkt wird (Balance zwischen Sozial-Prinzip und Ich-Prinzip).

Der Peeransatz ist ein brauchbarer Ansatz in der Suchtprävention, den man allerdings auch nicht überbewerten darf und auf den man keinesfalls ausschließlich setzen sollte. Der Peeransatz funktioniert nur unter bestimmten Voraussetzungen und ist – sofern der Ansatz korrekt und ethisch vertretbar eingesetzt wird – mit hohem Ressourcenaufwand (Zeit, Vernetzung, Organisationstätigkeit) verbunden.

Der Peeransatz funktioniert immer dann nicht, wenn Peers in einer Art und Weise eingesetzt werden, die sie überfordert:

- Peers können nicht authentisch und glaubhaft wirken, wenn sie „kleine Erwachsene“ spielen sollen und mit von ExpertInnen aufgesetzten Inhalten und Methoden hausieren gehen.
- Peers können nicht erfolgreich sein, wenn sie von der Zielgruppe nicht als „echte Peers“ erlebt werden und durch diese unnatürliche Rolle in einen Rollenkonflikt geraten.
- Der Ansatz kann nicht funktionieren, wenn Peers mit den Problemen, mit denen sie im Zuge ihrer Tätigkeit von MitschülerInnen konfrontiert werden, alleine gelassen werden.
- Unrealistisch ist auch, wenn man glaubt mit dem Peeransatz Risikogruppen – im Sinne der Schadensbegrenzung (= „Harmreduktion“) – erreichen zu können.

3.7.4.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Fachstellen finden, dass der Peergruppenansatz unter bestimmten Voraussetzungen zweckmäßig ist, dass er aber keinesfalls als „billiger Ersatz“ für andere Ansätze gesehen werden kann, da der Peergruppenansatz, wenn er korrekt eingesetzt wird, mit hohem Ressourcenaufwand verbunden ist.

3.7.5 Normative Ansätze

Normative Ansätze der Drogenprävention versuchen in der eigentlichen Zielgruppe eine Änderung der Normen und Verhaltensausrichtung zu bewirken.

„Goal Setting“⁷ ist eine normative Technik, die versucht die eigentliche Zielgruppe zur Übernahme eines leistungsmotivierten Weltbilds zu bewegen, da die VertreterInnen des Ansatzes meinen, dass Leistungsmotivation und Drogenkonsum unvereinbar seien – eine angesichts des Stellenwerts von Alkohol, Kokain und Stimulanzien im leistungsmotivierten Erfolgssegment der Gesellschaft recht seltsam anmutende Auffassung.

„Norm-Setting“ ist eine normative Technik, die den Personen der eigentlichen Zielgruppe anhand von Umfrageergebnissen aufzeigen soll, dass Drogen gesellschaftlich weit weniger verbreitet sind, als sie vermuten. Wenn man allerdings bedenkt, wie weit verbreitet der schädliche Gebrauch von Alkohol und Alkoholismus sind, dass in manchen Gruppen jene Personen, die noch nie Cannabis probiert haben, eine Minderheit darstellen usw., so ist es nicht leicht nachzuvollziehen, wie man diesen Ansatz realisieren soll ohne Umfrageergebnisse zu fälschen.

Der in Europa populärste normative Ansatz heißt „Pledge“ und versucht die eigentliche Zielgruppe dazu zu bewegen, sich offen gegen Drogenkonsum zu deklarieren oder zu Werten zu bekennen, von denen angenommen wird, dass sie gegen Sucht und/oder schädlichen Konsum vorbeugend wirken. Das wird dann z.B. mit Stickers oder mit der Aufforderung zu direktem Engagement in Aktionsgruppen gegen Drogen oder durch Slogans wie „Jugendliche stark machen“ versucht. Es ist allerdings fragwürdig, ob Stickers und ähnliche Objekte mit einschlägigen drogenspezifischen Botschaften zweckmäßig sind. Unter Umständen halten sie die Thematik nur unnötig präsent und bewirken letztlich das Gegenteil.

3.7.5.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Normative Ansätze gegen den Drogenkonsum und schädlichen Gebrauch von Drogen entsprechen der US-amerikanischen Tradition, während in Europa nicht-normative Ansätze deutlich bevorzugt werden. Ansätze wie Norm-Setting oder Goal-Setting sind unter europäischen Rahmenbedingungen kaum, oder nur in sehr modifizierter Form anwendbar.

7) Errata: In der Originalfassung waren die Begriffe „Goal-Setting“ und „Norm-Setting“ vertauscht.

Grundsätzlich wichtig ist dabei, dass keinesfalls mit falschen Informationen oder vordergründiger Manipulation gearbeitet wird, da eine solche Vorgangsweise längerfristig das Vertrauensverhältnis zur eigentlichen Zielgruppe untergräbt und sich so rasch zum Bumerang entwickeln kann. Sucht- und Drogenprävention kann nur erfolgreich sein, wenn sie sich auf ethische Grundlagen wie Ehrlichkeit und Offenheit stützt.

Von Bedeutung ist allerdings Sachinformation über die aktuelle Drogensituation, um zu zeigen, dass die Situation keinesfalls so dramatisch ist, wie sie von sensationorientierten Medien gezeichnet wird, in Verbindung mit persönlichen Stellungnahmen, um jenen, die auf Drogen verzichten wollen, Halt und Argumentationshilfen gegen intolerante KonsumentInnen zu bieten. Sachlich orientierte Öffentlichkeits-, Medien- und Informationsarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Fachstellen für Suchtprävention.

Ansätze, die man unter „Pledge“ subsumieren kann, spielen allerdings auch in Europa eine gewisse Rolle, werden von den österreichischen Fachstellen aber eher abgelehnt. Sehr wohl aber wird versucht drogenunspezifische Botschaften zu transportieren wie „Kinder stark machen“, „feeling pur“ oder „fun & friends“.

3.7.6 Förderung von Lebenskompetenz und das Pathogenese-/Salutogenesemodell

Der Ansatz der Lebenskompetenzförderung baut auf der Theorie des sozialen Lernens und auf der Theorie des Problemverhaltens (Jessor & Jessor, 1983) auf. Der Ansatz ist ursachenspezifisch; d.h. er zielt auf die Beseitigung von Faktoren, die als erhöhtes Risiko für schädlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen und Sucht aufgefasst werden. Konkret zielt der Ansatz auf die Förderung von Faktoren, die die Fähigkeit zur Bewältigung von komplexen und belastenden Lebenssituationen im Sinne von Handlungskompetenzen erhöhen können. Je nach Ausgangslage der einzelnen Zielpersonen relativ zur Norm bedeutet „Förderung von Lebenskompetenz“ entweder das Beseitigen von Defiziten (im Sinne von Risikofaktoren) oder den Aufbau von zusätzlichen Kompetenzen (im Sinne von Schutzfaktoren) und vor allem die Stärkung bestehender Kompetenzen.

Antonovsky (1987) stellte dem traditionellen „Pathogenesemodell“ (Erklärung, warum manche Menschen infolge von Risikofaktoren krank werden) das „Salutogenesemodell“ (Erklärung, warum manche Menschen trotz Risikofaktoren nicht erkranken) gegenüber. Er betonte explizit den Stellenwert beider Ansätze für die Präventionspraxis und sprach in Zusammenhang mit dem Salutogenesemodell ausschließlich von „Schutzfaktoren“ und in Zusammenhang mit dem Pathogenesemodell ausschließlich von „Risikofaktoren“.

Methoden zur Lebenskompetenzförderung können substanzspezifisch (z.B. Übungen, angebotene Drogen abzulehnen, kritisches Konsumverhalten, Erziehung zur Genussfähigkeit, sachliche und pragmatische Aufklärung über Suchtmittel und Problemverhalten usw.) und drogenunspezifisch (z.B. Selbstbehauptungstraining, Problemlösetraining, Förderung von kreativem Denken, Förderung von

kritischem Denken, kritisches Medienverhalten bezogen auf Werbung, Kommunikationstraining, Sozialtraining usw.) sein. Letzterer Zugang, d.h. Menschen zu befähigen, Lebenssituationen positiv aufzunehmen, aktiv in den Veränderungsprozess einzugreifen und so für eine permanente persönliche Weiterentwicklung offen zu werden, entspricht weitestgehend dem Salutogenesemodell von Antonovsky.

Es gibt eine Reihe von empirischen Studien, die für die Effektivität des Lebenskompetenzansatzes in Zusammenhang mit Sucht- und Drogenprävention sprechen. Seit dieser in der USA sehr populäre Ansatz in einer bundesdeutschen Expertise (Künzel-Böhmer et al.; BZgA, 1993) ausführlich gewürdigt wurde, gewinnt er zunehmend auch Einfluss auf das Präventionsverständnis im deutschsprachigen Raum.

Der Lebenskompetenzansatz ist aber auch nicht völlig unumstritten. Die häufig anzutreffende implizite Annahme, dass Personen vor allem deswegen mit Drogen experimentieren, weil es ihnen an Selbstbewusstsein und Entscheidungskraft fehlt, wird von manchen namhaften Autoren (z.B. Dorn, 1990) entschieden in Zweifel gezogen. Neben dem defizitorientierten Erklärungsansatz für Drogenkonsum müssen eben auch rein hedonistische Konsummotive (Lust am Experimentieren, Bedürfnis nach neuen Empfindungen etc.) berücksichtigt werden.

Dabei ist auch zu bedenken, dass eine Verbesserung von Lebenskompetenz möglicherweise zwar nicht Probieren verhindern kann – unter Umständen wird die Wahrscheinlichkeit zu Probieren sogar geringfügig erhöht –, dass aber mit großer Wahrscheinlichkeit das Risiko für schädlichen Gebrauch und/oder Sucht durch diesen Ansatz reduziert werden kann.

Häufig wird der Lebenskompetenzansatz, ausgehend von einem multikausalen Suchtentstehungsmodell, nicht als alleinige Methode, sondern als Teil eines umfassenden Präventionsansatzes (individuelle und strukturelle Ansätze) verstanden, der möglichst viele unterschiedliche Erfahrungswerte und Ursachenzusammenhänge für Suchtentwicklung thematisiert.

In Zusammenhang mit Lebenskompetenzförderung ist Folgendes festzuhalten:

- Die Förderung von Strategien, die Kindern und Jugendlichen helfen, komplexe und belastende Lebenssituationen besser zu meistern, ist unabhängig von der Frage, ob sich damit eine relevante Verringerung von Sucht- und Drogenproblemen erzielen lässt, anzustreben.
- Lebenskompetenzförderung ist einerseits ein allgemeines Erziehungsprinzip (im Sinne der Förderung von Entwicklung und Wachstum) – ein Prinzip, das früher mit „einer guten Erziehung“ umschrieben wurde – und beinhaltet andererseits auch eine Reihe von speziell für diesen Zweck entwickelten Techniken mit konkreten Trainingseinheiten, die im Grenzbereich zwischen Pädagogik und Psychotherapie angesiedelt sind.
- Erziehung wird grundsätzlich als langfristiger Prozess gesehen, aber bei speziellen Techniken wird oft angenommen, dass man mit wenigen Trainingseinheiten nachhaltige Erfolge erzielen kann – und das ist unrealistisch.

Um nachhaltige Effekte zu bewirken ist grundsätzlich eine längerfristige Strategie vorzusehen.

Wenn Lebenskompetenzförderung als allgemeines Erziehungsprinzip verstanden wird, so ist bei einfühlsamen und verantwortungsbewussten Eltern, LehrerInnen, JugendarbeiterInnen usw. vielfach keine intensive Vermittlung von Techniken und Konzepten nötig, wenngleich die umfassende Auseinandersetzung mit diesem Erziehungsprinzip unter Anleitung qualifizierter ExpertInnen zu begrüßen ist. Viele Menschen sind auch ohne spezielle Ausbildung durchaus in der Lage im Alltag pädagogisch konstruktive Impulse für die Entwicklung von Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen zu setzen. Trotzdem ist es immer wieder wichtig und motivierend für die PraktikerInnen den suchtpräventiven Charakter ihrer Tätigkeit aufgezeigt zu bekommen und ihnen weiterführende Aspekte bewusst zu machen.

Allerdings setzt der Einsatz bestimmter Techniken (z.B. Rollenspiel, Phantasie Reisen etc.) einiges Grundwissen voraus. Ohne dieses Grundwissen ist die praktische Durchführung bedenklich bis fahrlässig. Wenn Lebenskompetenzförderung als Anwendung spezieller Techniken verstanden wird, so sollte die praktische Durchführung zwar nicht speziell qualifizierten ExpertInnen vorbehalten sein, die Vermittlung der in diesem Zusammenhang notwendigen Fähigkeiten sollte aber nur durch Personen erfolgen, die in diesen Techniken umfassend ausgebildet sind und auch die Grenzen ihrer Möglichkeiten abschätzen können.

Lebenskompetenzförderung ist grundsätzlich kein Ersatz für Psychotherapie bzw. eine psychiatrische oder psychologische Behandlung bei schwerwiegenden Problemen, und dieses Bewusstsein sollte immer nachdrücklich vermittelt werden.

3.7.6.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die Fachstellen fördern und unterstützen Strategien zur Lebenskompetenzförderung – sowohl im Sinne eines allgemeinen Erziehungsprinzips als auch im Sinne spezieller Techniken – und sie beraten und unterstützen Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37), die sich mit diesem Prinzip vertraut machen wollen bzw. Interesse zeigen, sich in diesen Techniken ausbilden zu lassen.

Es ist ihnen aber gleichzeitig ein wichtiges Anliegen, dahingehend zu wirken, dass dieser Ansatz, sofern es sich um spezielle Techniken handelt, in den Händen von Personen liegt, die für die Aufgabe ausreichend ausgebildet sind und die die Grenzen der Methode beurteilen können. MitarbeiterInnen der Fachstellen, die Aktivitäten zur „Lebenskompetenzförderung“ durchführen oder für die Förderung solcher Aktivitäten zuständig sind, müssen über entsprechende persönliche und fachliche Kompetenz verfügen.

Weiters ist es wichtig zu betonen, dass Lebenskompetenzförderung, wie jegliche Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen, zielgruppen- und individuumsspezifisch erfolgen soll. So unterscheiden sich die einzelnen Trainings sowohl in der

zeitlichen Intensität als auch in der Schwerpunktsetzung. Wichtig ist dabei ein fachlicher Austausch über Erfahrungen mit durchgeführten Trainings.

Im Prinzip geht es darum

- bei den Zielgruppen Betroffenheit und Problembewusstsein zu erzielen,
- Betroffene zum angemessenen Handeln zu ermächtigen und
- geeignete Strukturen zu schaffen.

3.7.7 Gesundheitsförderung

Wer von „Gesundheit“ spricht, sollte sich immer des Umstandes bewusst sein, dass gegenwärtig mindestens zwei ganz unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Gesundheit“ verwendet werden. „Gesundheit im umgangssprachlichen Sinn“ bedeutet „Abwesenheit von Krankheit“ und Gesundheit im Sinne der WHO-Verfassung von 1946 bedeutet „umfassendes Wohlbefinden“.

Hildebrandt (1997) bezeichnet den umgangssprachlichen Gesundheitsbegriff als „Gesundheit im engeren Sinne“ und den Gesundheitsbegriff der WHO als „Gesundheit im weiteren Sinne“, wobei er die genannten beiden Gesundheitsbegriffe und den damit zusammenhängenden Begriff „Krankheit“ folgendermaßen präzisiert:

- Krankheit bezeichnet eine Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen.
- „Gesundheit im engeren Sinne“ bedeutet das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger und seelischer Störungen oder Veränderungen bzw. ein Zustand, in dem Erkrankungen und pathologische Veränderungen nicht nachgewiesen werden können (Wie man sieht, entspricht diese Definition dem exakten Gegenteil von „Krankheit“).
- „Gesundheit im weiteren Sinne“ wird mit der Definition der WHO gleichgesetzt und bedeutet demnach „einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ („Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ WHO, 1984“).

Die beiden Gesundheitsbegriffe stehen ohne Frage in einem engen kausalen Zusammenhang.

- Wer an keiner Krankheit leidet („gesund“ im umgangssprachlichen Sinne), fühlt sich auch eher wohl („gesund“ im Sinne der WHO), und
- bei Personen, die sich wohlfühlen („gesund“ im Sinne der WHO), ist die Widerstandskraft erhöht und damit die Wahrscheinlichkeit zu erkranken verringert („gesund im umgangssprachlichen Sinn“).

Der Begriff „Gesundheit“ im Sinne der WHO geht nach Gutzwiller (1996) von einem dynamischen Prozess aus, einem Fließgleichgewicht, welches das Individuum ständig in seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein Wohlbefinden zu optimieren. Der umgangssprachliche Gesundheitsbegriff zielt auf eine objektive Störung oder Veränderung von Lebensvorgängen, während der WHO Gesund-

heitsbegriff ausschließlich auf das subjektive Erleben abzielt, und es gibt viele Beispiele, wo Gesundheit im umgangssprachlichen Sinne und Gesundheit im Sinne der WHO nicht gemeinsam auftreten.

Die Optimierung des Wohlbefindens kann aber durchaus in Konflikt zur Gesundheit im Sinne von „Vermeidung“ von Krankheiten liegen. Besonders deutlich wird das am Satz „Gesund ist, was schmeckt!“. Versteht man den Begriff „gesund“ im Sinne der WHO, so handelt es sich um eine Tautologie. Versteht man „gesund“ im Alltagssprachlichen Sinne, so handelt es sich um eine empirische Aussage, die so wohl mit Sicherheit falsch ist.

Die beiden Gesundheitsbegriffe sollten demnach weder verwechselt noch vermischt werden.

- Wer sich aus wirtschaftlichen, sozialen oder anderen externen Gründen nicht wohlfühlt, ist „nicht gesund im Sinne des WHO“ Gesundheitsverständnisses, auch wenn er an keiner Krankheit leidet und daher als „gesund im umgangssprachlichen Sinne“ zu gelten hat.
- Wer an einer – unter Umständen sogar sehr ernsten – Krankheit leidet und daher als nicht gesund im Sinne der Umgangssprache gelten kann, ist im Sinne des WHO-Verständnisses gesund, wenn sein Wohlbefinden durch die Erkrankung (noch) nicht beeinträchtigt ist.

Der Umstand, dass der Begriff „Gesundheit“ mit zwei völlig unterschiedlichen Bedeutungen belegt worden ist, stiftet immer wieder Verwirrung, und im Sinne der sprachlichen Eindeutigkeit wäre es ohne Frage zweckmäßiger die eindeutigen Begriffe „Abwesenheit von Krankheit“ bzw. „Wohlbefinden“ zu verwenden. Da der Begriff „Gesundheit“ mittlerweile allerdings mit beiden Bedeutungen fest eingeführt ist, kann man bloß fordern, dass immer deutlich gemacht wird, wie „Gesundheit“ im konkreten Falle zu verstehen ist.

Hilfreich in diesem Zusammenhang könnte es ferner sein, Gesundheit und Krankheit als die zwei Pole zu verstehen, zwischen denen sich ein Kontinuum an subjektiven und objektiven Zuständen von mehr oder weniger gesund-krank aufspannt. Dieses salutogenetische Verständnis nach Antonovsky bedeutet, dass wir in aller Regel eben weder in allen Belangen ganz gesund noch ganz krank sind, sondern dass wir uns ständig dynamisch eher in Richtung Gesundheit oder in Richtung Krankheit bewegen. Daran würde sich auch das Konzept der Gesundheitsförderung sinnvoll anschließen können.

Auch der Begriff „Gesundheitsförderung“ kann aber grundsätzlich auf beide oben genannten Definitionen von Gesundheit bezogen werden. Meist wird, wenn von „Gesundheitsförderung“ die Rede ist, allerdings explizit auf den Gesundheitsbegriff der WHO abgezielt. Dadurch wird der Kompetenzbereich der Gesundheitsförderung auf alle jene Bereiche ausgedehnt, die Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen haben oder haben können – d.h. auf politische, wirtschaftliche, gesellschaftliche, ökologische, verhaltensbezogene und biologische Faktoren.

Inhaltlich wird in der Ottawa Charter (WHO, 1986) festgelegt, dass „Gesundheitsförderung“ im Sinne der WHO ein Prozess ist, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand (also auf ihr Wohlbefinden) zu entwickeln und ihre Gesundheit (also ihr Wohlbefinden) aktiv zu verbessern. Das Ziel „Gesundheit“ – also „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ – soll dadurch erreicht werden, dass Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen. („Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realise aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource to everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasising social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing. The fundamental conditions and resources for health are peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites. Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioural and biological factors can all favour health or be harmful to it. Health promotion action aims at making these conditions favourable through advocacy for health.“)

In Zusammenhang mit Gesundheitsförderung wird ferner auch immer wieder betont, dass der Schwerpunkt auf der Entwicklung von personalen und sozialen Ressourcen im Sinne von Schutzfaktoren liegt, anstatt sich auf Defizite im Sinne von Krankheiten und Risikofaktoren zu beziehen. Auch hier ist zu betonen, dass man exakterweise von „Schutzfaktoren im Sinne des salutogenetischen Modells“ und von „Risikofaktoren im Sinne des pathogenetischen Ansatzes“ sprechen müsste (Kap. 3.7.6, S.49).

Zu bedenken ist ferner noch, dass Schutzfaktoren, die gegen manche Probleme schützen, gleichzeitig in einem anderen Kontext Risikofaktoren für andere Problemverhaltensweisen darstellen können (SFA & Plus, 1994), was, wenn man auf diese Faktoren Einfluss zu nehmen trachtet, einen gehörigen Konflikt verursacht. Je nach Zielgruppe sollten daher andere Schutzfaktoren gefördert werden. Generell sollte man sich in diesem Zusammenhang auch bewusst sein, dass sich Personen, die risikofreudiger und selbstbewusster sind, sich mehr Gefahren aussetzen als ängstliche und unselbständig erzogene Menschen, dass erstere aber den Gefahren weit besser gewachsen sind als letztere.

In Zusammenhang mit Gesundheitsförderung ist zusammenfassend Folgendes festzuhalten:

- Infolge der von praktischen Interessen der WHO diktierten und stark vom Alltagsverständnis abweichenden Definition des Begriffs „Gesundheit“ fällt

es nicht immer leicht, sich systematisch und rational mit dem Konzept „Gesundheitsförderung“ auseinander zu setzen. Das Alltagsverständnis von Gesundheit interferiert häufig mit dem Begriffsverständnis der WHO.

- „Gesundheitsförderung im Sinne der WHO“, als „Förderung von Wohlbefinden“, ist dann als Strategie der Sucht- und Drogenprävention zu interpretieren, wenn man begründetermaßen annehmen kann, dass Personen, deren Wohlbefinden durch Gesundheitsförderungsmaßnahmen gesteigert wurde, seltener zu Drogen greifen und/oder kompetenter damit umgehen als andere. Die häufige Beobachtung, dass drogengefährdete Personen sich durchschnittlich weit weniger wohlfühlen als solche, die nicht drogengefährdet sind, ist dafür allerdings kein schlüssiger Beweis – es gibt aber begrenzte empirische Hinweise, die für einen Kausalzusammenhang in diesem Sinne sprechen.
- Gesundheitsförderung, wie das Konzept sie gegenwärtig versteht und sie angewandt wird, zielt nicht nur auf das Individuum, sondern auf ganze soziale Gebilde und ist systemisch ausgerichtet, wobei eine akkordierte Zusammenarbeit von unterschiedlichen Stellen als ideal gesehen wird.
- Das Konzept beinhaltet strukturelle und kommunikative Elemente.
- Die Strategien sind fast ausschließlich drogenunspezifisch, und von den erwünschten Auswirkungen (Zielkriterien) stellt die Verringerung von Sucht- und Drogenproblemen nur einen kleinen Teilbereich dar.
- Ähnlich wie Lebenskompetenzförderung, die ja starke Überlappungen mit dem Gesundheitsförderungsansatz aufweist, ist auch der Stellenwert von Gesundheitsförderung zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Sucht- und Drogenprävention weitgehend unbestritten. Eine Umgebung zu schaffen, die Wohlbefinden und die Entstehung von wertvollen Kompetenzen fördert, ist ohne Frage ein Wert an sich, der unabhängig von der Frage, ob sich damit eine deutliche Reduktion der Sucht- und Drogenproblematik bewirken lässt und/oder ob sich dadurch eine messbare Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung (im Sinne von weniger Krankheit) erzielen lässt, zu begrüßen und zu fördern ist. Andererseits ist dabei allerdings auch noch zu bedenken, dass man „Gesundheitsförderung“ nur dann als Strategie zur „Prävention von schädlichem Gebrauch und Sucht“ bezeichnen kann, wenn entsprechende Effekte nachgewiesen oder im Lichte der Forschungsergebnisse zumindest sehr plausibel sind. Alles andere wäre ein „Etikettenschwindel“.

3.7.7.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Gesundheitsförderung ist ein Anliegen, das nur sinnvoll realisiert werden kann, wenn ein umfassendes regionales, gemeinwesenorientiertes Gesamtkonzept mit einer beabsichtigten Veränderung der Alltagsstruktur von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vorliegt, in das alle in diesem Zusammenhang relevanten gesellschaftlichen Kräfte einbezogen werden. Das erfordert den Aufbau eines Netzes bzw. den Anschluss an ein Netzwerk. Die Fachstellen können und sollen über ihr Know-how einen wesentlichen Beitrag bei der Koordination und inhaltlichen Gestaltung der diesbezüglichen Zusammenarbeit leisten.

Die Aufgaben der Fachstellen für Suchtprävention hängen auch mit den politischen Vorgaben, dem Auftrag und der konkreten Einbindung der Fachstelle für Suchtprävention in ein Landesdrogen- bzw. Landessuchtkonzept ab.

3.7.8 Konkrete Aufgabenstellungen der Fachstellen

Zu den konkreten Aufgaben der Österreichischen Fachstellen wurden nur deren VertreterInnen befragt, weswegen es – im Gegensatz zu den anderen Kapiteln – hier keinen allgemeinen Text gibt und gleich mit der allgemeinen Aufgabendefinition der Fachstellen aus der Sicht der FachstellenmitarbeiterInnen begonnen wird.

3.7.8.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Zusammenfassend kann man festhalten, dass folgende Aufgaben zum Leistungsprofil der Sucht- und Drogenprävention im Sinne der Fachstellen gehören. Das bedeutet aber natürlich nicht, dass jede einzelne Fachstelle das gesamte Spektrum der Möglichkeiten auch tatsächlich anbieten muss. Was konkret angeboten wird, hängt von regionalen Besonderheiten, finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten und von der internen Schwerpunktsetzung in den Fachstellen ab.

Die Leistungen sind

- allgemein:

- Inhaltliche Orientierung am gemeinsamen Leitbild und am aktuellen Forschungsstand
- Leitbildfunktion für die österreichische Suchtpräventionspolitik

- konkret:

- Das Führen, Aktualisieren und Zur-Verfügung-Stellen von regionalen Verzeichnissen aller mit Sucht- und Drogenprävention, -beratung und -therapie befassten Einrichtungen und Personen, sowie der Jugend- und Familienberatungsstellen, sofern diese Agenda im Landesdrogen- bzw. Landessuchtkonzept nicht durch andere Einrichtungen wahrgenommen wird (Drogenkoordination, Drogen- oder Suchtbeirat etc.). In diesem Fall ist eine enge Kooperation mit diesen Einrichtungen herzustellen.
- Beteiligung am Aufbau bzw. Koordinierung von regionalen Netzwerken mit allen für Sucht- und Drogenprävention relevanten Einrichtungen und Personen.
- Fachlicher Austausch mit einschlägigen Forschungseinrichtungen, gegebenenfalls Unterstützung von und/oder Beteiligung an sinnvollen Forschungsprojekten, sowie die Beratung und Betreuung von Seminararbeiten, Diplomarbeiten und Dissertationen.
- Laufende fachliche Weiterbildung der MitarbeiterInnen mittels Supervision, Intervention, Coaching, Organisationsberatung, Möglichkeit zum fachspezifischen Literaturstudium, Möglichkeit zur Teilnahme an fachspezifischen Tagungen und Kongressen sowie die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen (z.B. Tagungen, Kongresse, Seminare).

- Sammlung, Aufbereitung, Dokumentation und Weitergabe von Informationen,
- die für PräventionsexpertInnen wichtig sind,
- die in der Präventionsarbeit von praktischem Nutzen sind.
- Koordinierung und teilweise Durchführung der Aus- und Weiterbildung von MultiplikatorInnen für die Fachstellen selbst.
- Lehrgänge zur Ausbildung von Personen aus psychosozialen und medizinischen Einrichtungen (LehrerInnen, JugenderzieherInnen, KindergärtnerInnen, SozialpädagogInnen, Pflegepersonal, ÄrztInnen usw.) über strukturelle und kommunikative Möglichkeiten zu Sucht- und Drogenprävention.
- Peerleaderschulung und Schulung von Personen, die Peerleader schulen plus kontinuierliche Begleitung.
- Unterstützung und Beratung bei Präventionsprojekten in
- Bildungseinrichtungen (Kindergärten, Schulen, Erwachsenenbildung)
- Freizeiteinrichtungen (außerschulischen Jugendarbeit, Kulturarbeit, Sport, manche Vereine usw.)
- Wirtschaft (Betriebe, Firmen, manche Vereine usw.)
- Interessensvertretungen (Kammern, Gewerkschaften)
- psychosozialen Einrichtungen (Familieneinrichtungen, Initiativen, Beratungsstellen, Gemeinwesenarbeit usw.)
- anderen Einrichtungen der öffentlichen Hand (Bund, Länder, Gemeinden, Regionen usw.).
- Fort- und Ausbildung und in der Folge Supervision von Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen (vgl. Kap. 3.6, S.37), die längerfristig in den eben genannten Bereichen sucht- und drogenpräventiv tätig sein wollen oder es bereits sind.
- Initiierung und Planung bzw. Mitwirkung
- bei direkten Aktionen zur Information, Problembewusstmachung, Fokussierung,
- bei medialer Aufklärung und Problembewusstmachung.
- Beratung von und mit öffentlichen EntscheidungsträgerInnen in Belangen, die Sucht- und Drogenprävention betreffen.
- Information, Beratung und Weitervermittlung von direkt oder indirekt Betroffenen und deren Weitervermittlung an für die Beratung, Betreuung und/oder Therapie zuständigen Stellen im Rahmen der Öffnungszeiten
- Kontakthalten zur „Basis“ aus Gründen der Informations- bzw. Erfahrungssammlung.
- Praxisrelevante Forschung (z.B. mittels Rapid Assessment, Sekundäranalysen usw.)
- Veröffentlichung relevanter Artikel, Projektbeschreibungen bzw. Studien usw.
- Projektberatung
- Erstellung von Expertisen

- Theoretische Grundlagenarbeit (Definition eines Basiswissen zum Bereich Suchtprävention)
- Entwicklung von Programmen (z.B. Step by Step) und Produkten (z.B. San-siBar)
- Beratung bei „ministeriellen Aktivitäten“ (z.B. Anschaffung von Videos für Unterrichtszwecke, Aktionen wie „No drugs“, u.a.m.)
- Die aktive Durchführung von drogen- und suchtpreventiven Programmen mit der eigentlichen Zielgruppe (vgl. Kap. 3.6, S.37), sofern das im Rahmen der Ausbildung von MediatorInnen, aus taktischen Gründen oder aus Gründen der Öffentlichkeitsarbeit sinnvoll erscheint.

3.8 Inhaltliche Positionierung

Die Arbeit von PräventionsexpertInnen erfordert nicht nur etwas wie eine gemeinsame Sprache (präzise Definitionen und Konzepte) sondern auch möglichst klare, inhaltlich einheitliche Positionen zu wissenschaftlichen Fachfragen. Es ist wenig vertrauenserweckend, wenn Personen, die mit SuchtpräventionsexpertInnen zu tun haben, von verschiedenen Personen – teilweise sogar von ExpertInnen innerhalb einer einzelnen Facheinrichtung – mit unterschiedlichsten Sachaussagen konfrontiert werden.

Eine sinnvolle Möglichkeit sich inhaltlich anzunähern, können Konsensuskonferenzen zu aktuellen Themen, wie Heroinsubstitution, die Gefährlichkeit/Harmlosigkeit von Cannabis usw. darstellen.

Da viele Probleme in Zusammenhang mit schädlichem Gebrauch und Sucht durch bestimmte gesellschaftliche Rahmenbedingungen begünstigt werden, ist es oft sinnvoll sich konsequent für strukturelle Veränderungen einzusetzen. Erfolgreiche Suchtprävention kann nicht nur am Individuum ansetzen. Aus diesem Grund ist eine Abstinenz bei drogenpolitischen Fragen nicht zweckmäßig.

Die Suche nach für alle Beteiligten vertretbaren Standpunkten soll dabei möglichst sachlich und auf Forschungsergebnissen beruhend erfolgen. Wo ein Konsens nicht möglich ist, sollte die Bandbreite existierender Auffassungen offen und sachlich nach außen vertreten werden. Die eigene Position kann und soll dabei zwar mitgeteilt werden, es ist aber nicht günstig die eigene Auffassung engagiert als die einzig sinnvolle zu präsentieren.

3.8.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

Die MitarbeiterInnen der Fachstellen sollten sich intensiv an einem Diskurs über aktuelle drogenpolitische Fragen beteiligen und dabei einen Konsens suchen, wo ein solcher möglich ist.

Besonders engagierte und kontroverielle Stellungnahmen gegen KollegInnen und ExpertInnen mit divergierenden Auffassungen schaden dem Ruf der Profession, untergraben die Glaubwürdigkeit und sollten möglichst unterbleiben.

Offenes, sachliches Aufzeigen und Erörtern von Meinungsdivergenzen hingegen fördert sowohl die Weiterentwicklung des öffentlichen drogen- und suchtpolitischen Diskurses als auch die Glaubwürdigkeit der ExpertInnen und wird von den Fachstellen begrüßt.

3.9 Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Es liegt im Interesse aller in der Sucht- und Drogenprävention tätigen Personen, dass ihr Berufsfeld nicht durch für diese Aufgabe schlecht qualifizierte Personen in Misskredit gebracht wird.

Es braucht Qualitätskriterien und Anforderungsprofile, aber keine eigene Ausbildung für Personen, die hauptamtlich in der Suchtprävention tätig werden. Wünschenswert wäre es eine Zusatzqualifikation anzustreben, die in bestehende Ausbildungen z.B. Pädagogische Akademien, Universitäten, etc. integriert wird.

3.9.1 Profil der österreichischen Fachstellen – Aufgabendefinition

In diesem Zusammenhang könnte die „Österreichische ARGE Suchtvorbeugung“ eine bedeutende Rolle spielen.

Die Entwicklung eines „Berufsbildes für ExpertInnen der Sucht- und Drogenprävention“ verlangt ein Leitbild der österreichischen Suchtprävention, so wie es durch die vorliegende Studie erstellt wird, aber auch kommunizierte und fachliche Ausbildungskriterien, eine Ausbildungsstätte, ein Anerkennungsverfahren durch die öffentliche Hand etc.

Da es sowohl für Ausbildungsfragen als auch für Fragen der Leistungsfinanzierung offizielle AnsprechpartnerInnen geben sollte, die die Sucht- und Drogenpräventionsfachkräfte in Verhandlungen vertreten, ist es wünschenswert, wenn sich möglichst viele „Sucht- und Drogenpräventionsfachkräfte“ in einem Berufs- oder Interessensvertretungsverband organisieren, dessen VertreterInnen von den Mitgliedern des Verbandes mit ausreichender Kompetenz ausgestattet sind, um im Namen der Berufsgruppe verbindliche Verhandlungen mit privaten und öffentlichen Institutionen führen zu können.

Aktuell wird Sucht- und Drogenprävention in Österreich primär von öffentlichen Körperschaften finanziert, die pro Bundesland eine Fachstelle als Einrichtung des öffentlichen Dienstes etabliert haben. Wünschenswert wäre, um die Suchtprävention längerfristig gesetzlich abzusichern und der Suchtprävention Kontinuität zu verleihen, wenn die Finanzierungsbasis ausgeweitet werden könnte. In diesem Zusammenhang sind vor allem zwei Finanzierungsquellen relevant.

- Einerseits könnte man nach dem Verursacherprinzip einen gewissen Anteil der staatlichen Alkohol- und Tabakeinnahmen für Prävention zweckwidmen und
- andererseits wäre es denkbar, dass Kranken- und Pensionsversicherungsanstalten sowie das öffentliche Sozialwesen gesetzlich dazu verpflichtet werden, ausreichende Beiträge für Primär- und Sekundärprävention zu leisten,

da sie sich durch diese Angebote längerfristig große Summen im Bereich der Behandlung von Sucht- und Drogenkranken ersparen.

- Ferner wäre auch noch denkbar, dass ein fixer Anteil der Gesamtaufwendungen für den Suchthilfebereich für Prävention zweckgewidmet wird.⁸

Durch eine entsprechende Finanzierungsbasis wäre es möglich, dass sich – wie im Bereich der Suchtbehandlung – auch im Bereich der Prophylaxe, neben öffentlich finanzierten Einrichtungen auch private Institutionen etablieren könnten. Die Koordination der österreichischen Suchtprävention sollte keinem Ministerium direkt zugeordnet werden. Wichtig wäre es, einer der deutschen BzGA ähnliche und einem Ministerium unterstellte externe Einrichtung zu schaffen. Mögliche Aufgaben einer solchen Einrichtung wäre Koordination, Herstellung von Materialien, Förderung der Vernetzung etc.⁹

8 Im Zuge der Endredaktion wurde ein mögliches Missverstehen dieser Formulierung evident: Dieser Vorschlag ist nicht dahingehend zu verstehen, dass ein Teil der aktuell vorhandenen öffentlichen Gesamtaufwendungen umzuwidmen sei, sondern dass eine Dotierung des Präventionsbereichs nur bei gleichzeitiger Aufstockung der Mittel erfolgen könne. In diesem Zusammenhang heben einige StudienteilnehmerInnen die gute Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Suchthilfe hervor und betonen, dass sie keinesfalls wünschen, dass die Absicherung der Suchtprävention auf Kosten der Suchttherapie gehe.

9 Im Zuge der Endredaktion wurde ein mögliches Missverstehen dieser Formulierung evident: Der Hinweis auf eine Koordinationseinrichtung könnte dahingehend interpretiert werden, dass eine solche Stelle berechtigt wäre, den einzelnen Fachstellen auch verbindliche Direktiven zu erteilen. Einigen FachstellenvertreterInnen war es wichtig zu betonen, dass eine derartige Einschränkung der Fachstellenbefugnisse keinesfalls gemeint ist.

4. Kurze Zusammenfassung der wesentlichsten Ergebnisse der Delphistudie

Generell lassen sich die Inhalte der Studie

- in Aussagen über „Suchtprävention generell“ und
- in Aussagen über „Struktur und Zielsetzung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ unterteilen.

In Kap. 3, S.14 („Überarbeiteter Endtext der Delphistudie“) wurde jeweils jene Aussage beibehalten, die der Mehrheitsposition entsprach. Bezüglich des Bereichs „Suchtprävention generell“ ist das jene Position, die von der Mehrzahl der TeilnehmerInnen gewählt wurde. Bezüglich „Struktur und Zielsetzung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ jene Position, die die Mehrheit der FachstellenvertreterInnen einnahm. In den folgenden Abschnitten wird auf einige zentrale Ergebnisse der Studie Bezug genommen und deren Stellenwert diskutiert.

4.1 Bezeichnung der Aufgabenstellung

Die Bedeutung der Begriffe „Rauschgiftprävention“, „Suchtgiftprävention“, „Drogenprävention“, „Suchtprävention“ und „Gesundheitsförderung“ sowie deren konzeptuelle Einordnung wurde bereits einleitend diskutiert und muss hier nicht noch einmal erörtert werden.

Eine überwiegende Mehrheit der TeilnehmerInnen an der Delphistudie wollte das Aufgabenfeld der SuchtprophylaktikerInnen und der Fachstellen für Suchtprävention als „Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“ bezeichnet wissen, wobei es ihnen sehr wichtig war, als Kurzbeschreibung den inzwischen weitgehend etablierten Begriff „Suchtprävention“ beibehalten zu können. Der Begriff „Drogenprävention“ wurde, da man eine Interpretation im Sinne von „Prävention des illegalen Drogengebrauchs“ befürchtete, von der großen Mehrzahl der TeilnehmerInnen konsequent abgelehnt. Der Begriff „Sucht“ wurde ausnahmslos im Sinne des „umfassenden Suchtbegriffs“ interpretiert, wodurch sich eine Ausweitung des Tätigkeitsfeldes auf nicht-substanzgebundene Süchte ergibt.

Den TeilnehmerInnen war dabei allerdings bewusst, dass die Ausweitung des Tätigkeitsfeldes auf nicht-substanzgebundene Süchte die Gefahr in sich birgt, den Suchtbegriff bis zur Bedeutungslosigkeit auszuweiten. Aus diesem Grund wurde von den TeilnehmerInnen nachhaltig betont, dass „Sucht“ Krankheitscharakter habe, und dass es auch bei nicht-substanzgebundenen Süchten unbedingt erforderlich sei, eine klare Abgrenzung zu Gewohnheiten, zu natürlichen Abhängigkeiten (wie z.B. von Kleidung, Nahrung, Zuwendung usw.) und zu Verhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle des Subjekts unterliegen, vorzunehmen.

Von einer ganz kleinen Minderheit der TeilnehmerInnen wurde eine Ausweitung des Tätigkeitspektrums in Richtung allgemeine Gesundheitsförderung angedeu-

tet, indem für die ausführliche Bezeichnung der Aufgabenstellung der Begriff „Gesundheitsförderung, insbesondere Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“ vorgeschlagen wurde. Die hinter dieser Konzeption stehende Überlegung war, dass gegenwärtig in der Suchtprävention unspezifische Techniken der Lebenskompetenzförderung sehr beliebt sind, und dass diese auch als Methoden zur allgemeinen Gesundheitsförderung hoch im Kurs stehen. In diesen Fällen ist dann – zumindest vom Ansatz her, wenn auch nicht hinsichtlich der Zielvorstellungen – Suchtprävention gar nicht mehr von allgemeiner Gesundheitsförderung zu unterscheiden.

Die überwiegende Mehrzahl der TeilnehmerInnen sprach sich allerdings entschlossen gegen diesen Versuch aus, Suchtprävention zur allgemeinen Gesundheitsförderung umzudeuten. Man vertrat, dass die erklärte Zielsetzung der Suchtprävention wesentlich enger sei als die der allgemeinen Gesundheitsförderung, und dass unter dem Schlagwort „Suchtprävention“ allgemeine Gesundheitsförderung zu betreiben einem Etikettenschwindel gleichkomme.

4.2 Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Die gängige, auf Caplan (1964) zurückgehende Einteilung von Prävention

- in Primärprävention (d.h. mit Personengruppen, die keine besonderen Risikogruppen darstellen und/oder bei denen das Problem noch nicht aufgetreten ist),
- in Sekundärprävention (d.h. mit Risikogruppen und/oder Personen, bei denen das Problem existiert aber noch nicht voll ausgeprägt ist) und
- in Tertiärprävention (d.h. mit Personen, bei denen das Problem bereits voll aufgetreten ist, um es zu beseitigen, zu bessern oder zumindest eine weitere Verschlechterung zu verringern),

würde es Präventionsfachleuten grundsätzlich erlauben, ihr Aufgabenfeld so weit zu definieren, dass auch Behandlung und Therapie von Süchtigen in die Aufgabenstellung „Prävention“ fallen.

Diese theoretische Möglichkeit wurde aber von keinem/r der TeilnehmerInnen in Erwägung gezogen. Das eigene Aufgabengebiet wurde auf Primärprävention und Sekundärprävention begrenzt, wobei von manchen TeilnehmerInnen der Primärprävention ein deutlich höherer Stellenwert zugemessen wurde als der Sekundärprävention. Während sich, wie eingangs bereits erwähnt, zahlreiche SuchttherapeutInnen (ExpertInnen in Tertiärprävention) auch ohne hinreichende Auseinandersetzung mit der Aufgabenstellung Primär- und Sekundärprävention häufig auch als Fachleute für Primär- und Sekundärprävention erleben und präsentieren, grenzen sich alle in die Studie einbezogenen „SuchtprophylaktikerInnen“ ganz explizit zur Tertiärprävention hin ab. Kein/e einzige/r TeilnehmerIn an der Studie bezeichnete tertiärpräventive Maßnahmen als Aufgabengebiet der Suchtprävention.

Da bezüglich des letzten Absatzes die Möglichkeit besteht, ganz grundlegend missverstanden zu werden, sei hier eine Klarstellung eingefügt: Primär- und

Sekundärprävention auf der einen Seite sowie Tertiärprävention auf der anderen Seite haben viel gemeinsam, und es ist daher absolut nichts dagegen einzuwenden, dass sich ExpertInnen des einen Feldes auch als ExpertInnen des anderen Feldes etablieren; ganz im Gegenteil, das ist durchaus zu begrüßen. Die kritischen Ausführungen wenden sich bloß gegen solche VertreterInnen der jeweiligen Berufsfelder, die alleine aus ihrem ExpertInnenstatus für eines der Berufsfelder automatisch auch eine Qualifikation für das andere Feld ableiten, und die es daher nicht für nötig erachten, sich auch mit den Grundlagen des anderen Feldes hinlänglich vertraut zu machen.

4.3 Das Menschenbild der Suchtprävention

Die TeilnehmerInnen betonten einheitlich, dass Genuss ein wesentlicher Bestandteil menschlicher Existenz sei, der positiv definiert werden sollte und nicht bloß als Risikofaktor für die Entstehung von schädlichem Gebrauch und Sucht gesehen werden dürfe. In diesem Sinne sollten bei der Beurteilung von Substanzen und Verhaltensweisen mit Abhängigkeitspotential sowohl positive Aspekte (Abwechslung, Genuss usw.) als auch negative Aspekte (Organschädigung, Sucht, problematische soziale Konsequenzen usw.) umfassend berücksichtigt werden.

Nach Meinung der TeilnehmerInnen steht außer Frage, dass es jedem Individuum überlassen sein muss, ob es sich für Askese und Genussverzicht oder für eine hedonistische Lebensweise entscheidet. Suchtprävention sollte auf keinen Fall als Vorwand dafür dienen, Kindern und Jugendlichen ein karges und lustfeindliches Leben nahe zu legen oder aufzuzwingen. Rund die Hälfte betonte ergänzend dazu, dass aber natürlich auch das Gegenteil – eine extrem hedonistische Lebensweise – weder nahegelegt noch aufgezwungen werden sollte.

Im Sinne der WHO-Ottawa Charter (WHO, 1986) und des salutogenetischen Ansatzes von Antonovsky (1987) sprachen sich die TeilnehmerInnen dafür aus, die Kräfte des Menschen zur Selbstbestimmung und Autonomie zu fördern, sie zu befähigen soziale Beziehungen positiv zu gestalten, und sie in die Lage zu versetzen die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um dann entsprechend kompetent darauf reagieren zu können. Das impliziert eine positive Einstellung zu Ansätzen, die auf Informationsvermittlung, Hilfsangebote und offene Überzeugungsarbeit aufbauen und eine negative Haltung bezüglich Manipulation und Zwang.

4.4 Problemorientierung vs. Abstinenzorientierung

Die Frage nach „Problemorientierung“ vs. „Abstinenzorientierung“ in der Suchtprävention verursachte anfangs große Verwirrung unter den TeilnehmerInnen. Der Begriff „Problemorientierung“ wird gegenwärtig mit zwei ganz unterschiedlichen Bedeutungen assoziiert.

- Manche TeilnehmerInnen verstanden unter „Problemorientierung“ die Orientierung nach einer „Minimierung des Problemumfangs“ (im Gegensatz zu „Abstinenzorientierung“ = „Maximierung der Abstinenzzahl“), während
- andere „Problemorientierung“ mit dem „Pathogeneseansatz“ (im Gegensatz zu „Salutogeneseansatz“ nach Antonovsky, 1987) gleichsetzten.

Unter den TeilnehmerInnen herrschte Einigkeit darüber, dass es das generelle Ziel von Suchtpräventionsbemühungen sei, individuelle, gesellschaftliche, soziale und strukturelle Probleme in Zusammenhang mit Sucht und schädlichem Gebrauch zu minimieren. Die Mehrheit definierte dieses Ziel zwar eher problemorientiert (im Sinne von Problemminimierung), meinte aber, dass je nach Zielgruppe und Situation auch eine abstinenzorientierte Zielsetzung (im Sinne von Maximierung der Abstinenzzahl) zweckmäßig sein könne.

Konkret wurde in diesem Zusammenhang von den TeilnehmerInnen durchwegs betont, dass auch Strategien, die nicht auf Abstinenz um jeden Preis abzielen (z.B. schadensbegrenzende Strategien) von den SuchtprophylaktikerInnen positiv beurteilt werden, dass aber natürlich nicht auszuschließen sei, in Abhängigkeit von den konkreten Rahmenbedingungen (Art der Drogen, Art der Zielgruppe usw.) auch das Ziel der „völligen Abstinenz“ zu verfolgen; letzteres allerdings nur dann, wenn plausibel erscheint, dass diese Strategie unter den konkreten Rahmenbedingungen einen sinnvollen Beitrag zur Problemreduktion insgesamt liefern könne.

4.5 Agieren vs. Reagieren

Aktivitäten von Suchtpräventionseinrichtungen lassen sich grob in zwei Kategorien unterteilen:

- Aktivitäten aus eigener Initiative = agieren
- Aktivitäten als Reaktion auf Anfragen von außen = reagieren

Agieren ist nötig, um neue Aufgabenfelder zu identifizieren, um das eigene Leistungsangebot laufend zu entwickeln, zu überprüfen, zu verbessern sowie zu erweitern, und um die eigene Einrichtung in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Im Reagieren auf Anfragen und Problemstellungen manifestiert sich wiederum der Servicecharakter einer Einrichtung.

Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen betonte, dass Suchtprävention nicht zu stark auf Reagieren gerichtet sein dürfe, sondern dass man auch dem Agieren einen entsprechenden Stellenwert einräumen müsse. Es wurde vertreten, dass Agieren und Reagieren einen Kreislauf bilden, der die qualitative Weiterentwicklung der Arbeit sichere, weswegen unbedingt darauf zu achten sei, dass das reine Reagieren nicht überhand nehme. Die TeilnehmerInnen räumten zwar ein, dass grundlegende Serviceleistungen ohne Frage angeboten werden müssten, dass sich Fachstellen für Suchtprävention letztlich aber nicht von tausenderlei Anfragen in Beschlag nehmen lassen sollten, da sie sich dadurch verzetteln könnten. Die SuchtprophylaktikerInnen sahen ihre Arbeit unter anderem im Informationsmanagement und in der Bildungsarbeit, und betonten, dass beide Bereiche auf der

Basis einer theoretischen Grundlage aktiv planvoll zu entwickeln und zu gestalten seien. Sie betonten auch, dass rechtzeitiges und zielgerichtetes Agieren die Notwendigkeit für Reagieren langfristig reduzieren könne.

Der Kontext des präventiven Handelns, also die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, beeinflussen ohne Frage nachhaltig, welche Präventionsstrategien und -konzepte jeweils erfolversprechend sind. Die SuchtprophylaktikerInnen sahen deswegen ihre Aufgabe mehrheitlich nicht ausschließlich darin, nur passiv durch Anpassung auf gesellschaftliche Veränderungen zu reagieren, sondern wollten auch gezielt darauf hinarbeiten, problematische Rahmenbedingungen so zu verändern, dass schädlicher Substanzgebrauch und Sucht weniger wahrscheinlich werden. Suchtprävention soll nach Meinung der TeilnehmerInnen auch gesellschaftspolitische Relevanz haben.

4.6 Direkter vs. indirekter Ansatz

In Zusammenhang mit Suchtprävention kann man zwei Zugänge unterscheiden:

- Den direkten Ansatz, bei dem die AnsprechpartnerInnen die eigentliche Zielgruppe darstellen; d.h. jener Personenkreis, bei dem eine Bestärkung und/oder Veränderung von Fähigkeiten, Einstellungen und/oder Verhalten bewirkt werden soll.
- Und den indirekten Ansatz, bei dem die AnsprechpartnerInnen Personen sind, die mit der eigentlichen Zielgruppe interagieren; d.h. Schlüsselpersonen (Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System), MediatorInnen (unmittelbare Bezugspersonen) und/oder MultiplikatorInnen (mittelbare Bezugspersonen).

Die TeilnehmerInnen sahen, vor allem aus zeitökonomischen Gründen, den Schwerpunkt der Arbeit von Suchtpräventionsfachleuten im indirekten Ansatz. Sie vertraten, dass die direkte Arbeit mit den „eigentlichen Zielgruppen“ bloß modellhaft und exemplarisch erfolgen könne, und dass SuchtprophylaktikerInnen gegenwärtig nicht in der Lage seien, die Alltagsarbeit anderer Institutionen zu übernehmen. Der Schwerpunkt der Tätigkeit von SuchtprophylaktikerInnen wurde auf Ausbildung, Beratung, Unterstützung und Supervision von Schlüsselpersonen, MediatorInnen und MultiplikatorInnen, auf Beratung von EntscheidungsträgerInnen in präventionsrelevanten Belangen, in der Kooperation mit anderen ExpertInnen aus dem Feld der Suchtprävention, im Auf- und Ausbau von Netzwerken, in der Öffentlichkeitsarbeit sowie in der Erstellung von suchtpreventiven Materialien gesehen.

4.7 Inhaltliche Ansätze

Wenn man die internationale Diskussion über adäquate Ansätze zur Suchtprävention über die letzten Jahrzehnte betrachtet, so kann man feststellen, dass die anfangs sehr populären Methoden „Abschreckung“ und „selektiv einseitige Informationsvermittlung“ seit langem als unproduktiv bis kontraproduktiv gelten – und diese Haltung wurde auch von allen TeilnehmerInnen der Studie geteilt. Es hat sich offensichtlich, zumindest unter SuchtprophylaktikerInnen, ganz konse-

quent die Erkenntnis durchgesetzt, dass Einseitigkeit und Übertreibung nur dann im Sinne der KommunikatorInnen wirken können, wenn die Zielpersonen keine Möglichkeit haben, den Wahrheitsgehalt der Aussagen an der Realität zu überprüfen, und in Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen – inklusive illegalen Drogen – ist die Überprüfungsmöglichkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt so gut wie immer gegeben.

In letzter Zeit wird immer wieder auch die Vermittlung von inhaltlich ausgewogener Information problematisiert und eine Begrenzung auf drogen- und suchtspezifische Inhalte und Strategien gefordert. Diese radikale Position wurde von den TeilnehmerInnen allerdings nicht geteilt. Man betonte, dass es sowohl wichtig sei, Schlüsselpersonen, MediatorInnen und MultiplikatorInnen systematisch mit dem aktuellen Stand der Sucht- und Drogenforschung vertraut zu machen, um so einen weiteren Beitrag zur Versachlichung des Diskurses zu leisten, als auch Jugendliche sachlich zu informieren.

Die TeilnehmerInnen an der Studie fanden in Übereinstimmung mit Springer & Uhl (1993), dass inhaltlich ausgewogene Information über illegale Drogen der „Straßenaufklärung“ durch drogenerfahrene Gleichaltrige als kompetentes Informationsangebot entgegengestellt werden sollte, um eine Versachlichung der Einstellung zu ermöglichen, indem unrealistisch ängstliche und/oder überzogene Erwartungen bezüglich des Drogeneffekts durch reale Gefahrenbewertungen ersetzt werden. Letztere sind wesentlich stabiler gegenüber Umwelteinflüssen und besser geeignet, als Entscheidungshilfe zum Verzicht auf den Gebrauch bzw. für den verantwortungsbewussten Umgang mit Drogen zu dienen.

Mehr als zwei Drittel der TeilnehmerInnen sprachen sich in diesem Zusammenhang gegen den Einsatz von Ex-Usern in der Suchtprävention aus.

Der gegenwärtig sehr populäre Peergruppenansatz, bei dem Gleichaltrige als KommunikatorInnen eingesetzt werden, wurde von den meisten TeilnehmerInnen grundsätzlich bejaht, man betonte aber, dass der Peergruppenansatz nur unter bestimmten Voraussetzungen zweckmäßig sei und dass er keinesfalls als „billiger Ersatz“ für andere Ansätze gesehen werden könne, da der Peergruppenansatz, wenn er korrekt eingesetzt werde, mit hohem Ressourcenaufwand verbunden sei.

Rund zwei Drittel der TeilnehmerInnen sprachen sich gegen die normativen Techniken des „Norm Settings“ und des „Goal-Settings“ aus. „Norm Setting“ ist eine normative Technik, die versucht die eigentliche Zielgruppe zur Übernahme eines leistungsmotivierten Weltbildes zu bewegen, da die VertreterInnen des Ansatzes meinen, dass Leistungsmotivation und Drogenkonsum unvereinbar seien. „Goal-Setting“ ist eine normative Technik, die den Personen der eigentlichen Zielgruppe anhand von Umfrageergebnissen aufzeigen soll, dass Drogen gesellschaftlich weit weniger verbreitet sind, als sie vermuten. Das verbleibende Drittel der TeilnehmerInnen sprach sich weder für noch gegen diese Techniken aus.

Hinsichtlich des populärsten normativen Ansatzes „Pledge“, d.h. dem Versuch die eigentliche Zielgruppe – z.B. mit Stickers oder mit der Aufforderung zu direktem Engagement in Aktionsgruppen gegen Drogen – dazu zu bewegen, sich offen gegen Drogenkonsum zu deklarieren, wurde von rund der Hälfte der TeilnehmerInnen abgelehnt. Die verbleibende Hälfte der TeilnehmerInnen sprach sich weder für noch gegen diese Technik aus.

Der gegenwärtig in Zusammenhang mit Suchtprävention populärste Ansatz, die Förderung von Lebenskompetenz, wurde von den StudienteilnehmerInnen ausnahmslos positiv gesehen. Als wesentliche Aufgabe der Fachstellen für Suchtprävention definierten die TeilnehmerInnen die Förderung und Unterstützung von Strategien zur Lebenskompetenzförderung – sowohl im Sinne eines allgemeinen Erziehungsprinzips als auch im Sinne spezieller Techniken – und die diesbezügliche Beratung und Unterstützung von Schlüsselpersonen, MediatorInnen, MultiplikatorInnen, die sich mit diesem Prinzip vertraut machen wollen bzw. Interesse zeigen, sich in diesen Techniken ausbilden zu lassen. Es war den TeilnehmerInnen aber auch ein wichtiges Anliegen, zu betonen, dass dieser Ansatz, sofern es sich um spezielle Techniken handle, in die Hände von Personen gehört, die für die Aufgabe ausreichend ausgebildet sind, und die die Grenzen der Methode auch tatsächlich beurteilen können.

4.8 Evaluation und Forschung

„Evaluation“ wird umgangssprachlich meist mit „wissenschaftlicher Beweis, dass ein bestimmter Ansatz funktioniert“ gleichgesetzt, d.h. mit der Beantwortung der Frage, ob der evaluierte Ansatz im Sinne der Zielvorgaben wirkt und ob er ethisch vertretbar ist. Im wissenschaftlichen Kontext steht „Evaluation“ hingegen für eine Fülle ganz unterschiedlicher Vorgangsweisen, die meist nur wenig mit einem „schlüssigen Wirksamkeitsnachweis“ gemein haben. Evaluation im wissenschaftlichen Sinn reicht von einer literaturgestützten Expertise, um die Plausibilität eines Ansatzes zu beurteilen, über die kritische Beobachtung und/oder systematische Dokumentation des Prozesses im Zuge der praktischen Durchführung des Ansatzes unter Routinebedingungen bis zur empirischen Überprüfung des Ansatzes in einem umfassenden wissenschaftlichen Experiment (eine umfassende Klassifikation und Bewertung von Evaluationsansätzen, die der vorliegenden Studie zugrunde liegen, findet sich bei Uhl, 1998 und 1999a).

Die TeilnehmerInnen an der Studie betonten den Wert von Evaluation für ihren Tätigkeitsbereich, stellen aber gleichzeitig fest, dass Evaluation in diesem Zusammenhang nicht im umgangssprachlichen Sinne, sondern im wissenschaftlichen Sinne – also als Überbegriff über eine recht heterogene Klasse unterschiedlicher Vorgangsweisen – zu verstehen sei. Konkret betont wurde, dass der wissenschaftliche Erfolgswachweis von SuchtprophylaktikerInnen und Fachstellen für Suchtprävention im Regelfall nur im Sinne eines „historischen Wirkungsnachweises“ durchgeführt werden könne. Darüber hinausgehende Versuche, die Wirksamkeit global nachzuweisen, übersteigen nach Ansicht der TeilnehmerInnen den Auftrag und die Möglichkeiten der Fachstellen und fallen in den Kom-

petenzbereich einschlägiger Forschungseinrichtungen. Bei ausreichender Ressourcenausstattung sei ein partieller Wirksamkeitsnachweis allerdings auch auf Institutsebene leistbar und zweckmäßig.

Die SuchtprophylaktikerInnen betonten grundsätzlich ihre Bereitschaft, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten an Forschungsprojekten zu beteiligen oder Begleitforschungsprojekte in Auftrag zu geben und/oder zu koordinieren – sie verweherten sich aber nachhaltig gegen überzogene Evaluierungsforderungen, die sie in Wirklichkeit gar nicht erfüllen können. Die Evaluation von „suchtpräventiven Programmen“ der Fachstellen liege grundsätzlich sowohl im Interesse der Einrichtungen als auch im Interesse der Trägerschaft und der AuftraggeberInnen. Letztere müssten daher zusätzlich ausreichende Mittel für eine externe „wissenschaftliche Evaluation“ bereitstellen.

Ganz besonders wichtig in Zusammenhang mit Evaluation ist die systematische Dokumentation der eigenen Aktivitäten. Dabei muss, nach Ansicht der TeilnehmerInnen, allerdings streng darauf geachtet werden, dass nur solche Statistiken erhoben werden, die entweder einen konkreten Nutzen für die praktische Arbeit haben oder einen sinnvollen Beitrag zur Evaluation der eigenen Arbeit (Qualitätssicherung, Leistungsnachweis, strukturelle Evaluation der Einrichtung oder einer Anzahl verwandter Einrichtungen usw.) leisten. Der Gesamtaufwand für Dokumentation sollte dabei so gering wie möglich gehalten werden und die Dokumentation dürfe keinesfalls dazu führen, dass die Qualität der eigentlichen Arbeit unter dem bürokratischen Aufwand nachhaltig leide, oder dass die „kreative Potenz“ der Einrichtung verringert werde.

Auch das Thema „Qualitätssicherung“ war in Zusammenhang mit Evaluation ein Thema. Die TeilnehmerInnen fanden, dass der regelmäßige Austausch zwischen den Fachstellen über Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise eine sinnvolle Möglichkeit sei, die Qualität des eigenen Handelns zu sichern. Diese regelmäßigen Treffen können, neben der Vernetzung, auch dem ständigen Austausch, der Entwicklung von Leitbildern, der inhaltlichen Weiterentwicklung usw. dienen. Auch Supervision, Coaching, Organisationsberatung und Organisationsanalyse sowie regelmäßige Teams und fachliche Weiterbildung fördern nach Meinung der SuchtprophylaktikerInnen die systematische Reflexion des eigenen Handelns und sichern so die fachliche Qualität der Einrichtung. Zur Qualitätssicherung gehört ohne Zweifel auch die klare Formulierung von Projekt- und Qualitätszielen.

4.9 Ausbildung von Suchtpräventionsfachleuten

Alle TeilnehmerInnen waren übereinstimmend der Meinung, dass es im Interesse aller SuchtprophylaktikerInnen liege, dass ihr Berufsfeld nicht durch für diese Aufgabe schlecht qualifizierte Personen in Misskredit gebracht werden dürfe, und dass deswegen Qualitätskriterien und Anforderungsprofile für hauptamtlich in der Suchtprävention tätige Personen notwendig seien. Kein klarer Konsens ergab sich hinsichtlich der Frage, wie stark geregelt diese Qualifizierungsmaß-

nahmen sein sollten, und ob ein Fachtitel – unter Umständen sogar ein international anerkannter Fachtitel – anzustreben sei. Rund zwei Drittel lehnten ein staatlich völlig geregeltes Curriculum ab und sprachen sich auch gegen einen geschützten Fachtitel aus, während sich rund ein Drittel für ein Curriculum und einen geschützten Fachtitel aussprachen. Hinter der Ablehnung durch die Mehrheit stand die Angst vor Verschulung, Bürokratisierung und Einschränkung der Vielfalt an möglichen Ansätzen.

Eine verbindliche Zusatzqualifikation für SuchtprophylaktikerInnen wurde allerdings von allen TeilnehmerInnen als wünschenswert erachtet. Die Frage, wie der Erwerb dieser Zusatzqualifikation organisiert sein sollte, spaltete die TeilnehmerInnen dann allerdings wieder in zwei fast gleichgroße Lager. Eine Gruppe stellte sich vor, dass die bestehende laufende Ausbildung z.B. an pädagogischen Akademien, an Universitäten etc. integriert werden solle, während die andere Gruppe dafür eintrat, dass eine unabhängige Zusatzqualifikation als Weiterbildung zu bestehenden Quellenberufen geboten werden solle.

Ganz klar wurde auch die Konstituierung eines offiziellen Berufs- oder Interessensvertretungsverband gewünscht – wobei die überwiegende Mehrzahl der TeilnehmerInnen in diesem Zusammenhang der „Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung“ eine führende Rolle zugewiesen sehen wollten. Als offizieller Ansprechpartner für diesen Verband in Ausbildungs- und Finanzierungsfragen wurde eine, einem Ministerium unterstellte externe Einrichtung, analog der deutschen „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)“ gefordert⁹. Die TeilnehmerInnen sprachen sich nachhaltig dagegen aus, ein bestimmtes Ministerium als offiziellen Ansprechpartner festzulegen.

Einheitlich gefordert wurde auch eine finanzielle Absicherung der Suchtprävention in Österreich, wobei man drei Varianten in die Diskussion brachte:

- die Zweckwidmung eines Teils der staatlichen Alkohol- und Tabakeinnahmen für Prävention nach dem VerursacherInnenprinzip,
- eine gesetzliche Regelung, dass Kranken- und Pensionsversicherungen, die sich durch erfolgreiche Prävention längerfristig Ausgaben ersparen, auch Prävention mitfinanzieren müssen, sowie
- die Zweckwidmung eines Teils der öffentlichen Gesamtaufwendungen für den Suchthilfebereich für Präventionsaufgaben.⁸

5. Kurze Beschreibung der österreichischen Fachstellen und deren Tätigkeit – Stand Anfang 2001

Die nun folgenden Beschreibungen der Fachstellen wurden jeweils von den Fachstellen selbst erstellt und im Zuge des Projektes bis Anfang 2001 wiederholt aktualisiert. Die Beschreibungen entsprechen damit dem Stand Anfang 2001!

5.1 Institut für Suchtprävention, Linz

Adresse: Mozartstraße 43, A-4020 Linz

Gründung: September 1994

Träger: Verein: pro mente OÖ

Rechtsform: Einrichtung des Vereins pro mente OÖ

Leiter: Christoph Lagemann

Personalplanstellen:

1 Leiter (40 Wochenstunden), 7 Fachkräfte (à 40 Wochenstunden),
1 Fachkraft (30 Wochenstunden), 1 Fachkraft (25 Wochenstunden),
1 Fachkraft (20 Wochenstunden), 1 Sekretärin (25 Wochenstunden),
1 Sekretärin (20 Wochenstunden)

5.1.1 Charakterisierung der Einrichtung

Angebot

- primärpräventive Projekte in der Schule (Peers, Kugelrund, Lehrertrainings – „Gemeinsam lernen“, Lehrerweiterbildung über PI, Lehrerausbildung – pädagogische Akademie usw.)
- primärpräventive Projekte in der Familie (Ausbildung von Multiplikatoren, Elterntelefon, Vorträge bzw. Workshops für Eltern, Elternbildung im Rahmen des Peer-Projekts usw.)
- primärpräventive Projekte im (außerschulischen) Jugendbereich (Weiterbildung von Jugendbetreuern usw.)
- primärpräventive Projekte im betrieblichen Bereich (Schulung von Lehrlingen und Ausbildnern)
- Weiterbildung von Multiplikatoren im Sozialbereich (z.B. Rotes Kreuz in Bezug auf Primär- und Sekundärprävention)
- Workshops bei Sozialprojekten (z.B. bei Jugendarbeitslosen-Projekt)
- Suchtprävention in den Regionen, das ist Netzwerkaufbau und -betreuung, Sensibilisierung zum Thema „Sucht“, Multiplikatorenschulung, Projektinitiation und -begleitung, Beratung von Schlüsselpersonen
- Beratung von EntscheidungsträgerInnen
- Vertretung in Gremien
- Öffentliche Bibliothek (momentan ca. 1.000 fachspezifische Werke) und Mediathek

- praxisrelevante Forschung: Projekt „Cannabis“, Projekte in Zusammenarbeit mit Uni Linz, Betreuung von Seminararbeiten, Diplomarbeiten, Dissertationen, Sekundäranalysen usw.
- Lehrauftrag: Sozialakademie
- Telearbeitsprojekt (interne Vernetzung, ISDN, Internet – „virtuelle Fachstelle“)
- Organisation von Bildungsveranstaltungen im Bereich der Suchtprävention (Seminare, Tagungen usw.)
- Erstellung von Materialien (z.B. Lehrermappe „Gemeinsam – Lernen“; Suchtschieber, Institut für Suchtprävention – Themen)
- Teilnahme als Referenten bei Podiumsdiskussionen bzw. Tagungen.

5.1.2 Konkrete Projekte

5.1.2.1 Peer-Education – ein Schulprojekt

- peer education bedeutet in diesem Projekt Ausbildung von Jugendlichen zum Thema Sucht, Suchtursachen und Suchtvorbeugung
- peers sind ausgewählte SchülerInnen die ihr erworbenes Wissen durch Information und Aktion in ihren Schulen weitergeben
- peergroup ist eine Gruppe von gleichaltrigen Jugendlichen mit ähnlichen Interessen (Szene, Sprache, Hobby ...)
- Wozu Peer-Education? Jugendliche besitzen in ihrer Lebenswelt Kompetenz. Botschaften Gleichaltriger (peers) haben im Jugendalter eine große Bedeutung. Gleichaltrigkeit schafft Glaubwürdigkeit.

Projektbeschreibung:

- Zielgruppe: Schulen ab der 7. Schulstufe, pro Klasse 2 – 4 ausgewählte peers
- Training: zwei mal 2 Tage für die Peers
- Trainingsinhalt: Sucht, Suchtursachen und Wege der Suchtvorbeugung
- Methode:
- erlebnispädagogische Ansätze
- Wissensvermittlung durch Sachinformation

Maßgeblich am Gelingen des Projektverlaufes beteiligt ist eine regelmäßig zusammentreffende Projektgruppe (Schulleitung, Lehrer, Eltern, Peers und MitarbeiterInnen des Institutes)

Projektdauer: 1 Jahr

Wichtig erscheint uns herauszufinden, was Suchtvorbeugung mit Genuss, Lebensfreude und Spaß zu tun hat, miteinander zu reden, sich Konflikten zu stellen und mit Krisen umgehen zu lernen, Abenteuer zu erleben, den Selbstwert durch Anerkennung und Wertschätzung zu stärken Zukunftsbilder zu entwickeln.

5.1.2.2 Projekt „KUGELRUND“ am Papier

Suchtprävention in Kopf und Körper

Das Projekt KUGELRUND will auf dieser Basis eine Einführung in die Grundsätze suchtvorbeugenden Arbeitens (kontinuierlich, zielgruppen- und situationsbezogen) bieten und gewährleisten durch die Projektbegleitung während eines Schuljahres die kontinuierliche Praxis und Reflexion präventiver Arbeit.

Suchtprävention in Kopf und Körper will einen Beitrag leisten, das persönliche und gemeinschaftliche Wohlbefinden in der Schule zu fördern und die Umsetzung suchtvorbeugender Strukturen im Gesellschaftsfeld Schule konkret zu unterstützen.

Projektrahmen

Das Projekt ist insbesondere durch folgende Elemente charakterisiert:

- mehrere LehrerInnen aus einer Schule nehmen teil
- Suchtvorbeugung wird in verschiedenen Unterrichtsfächern behandelt
- Die Aktivitäten an der Schule sind miteinander vernetzt
- Körperorientierung als ein Pfeiler der suchtvorbeugenden Arbeit
- Schwerpunktthemen (wie z.B. Konflikte) werden behandelt
- schulübergreifend
- Kontinuität
- Begleitung und Reflexion
- Langfristigkeit

Ablauf des Projekts

Aufwärmseminar: zweitägig, in einem Mühlviertler-Seminarhaus, September 1997

Inhalt:

- Allgemeine Info zu Suchtursachen
- Präventionsstrategien
- Konflikte
- Selbstwert
- Genuss
- Gefühle
- Körperarbeit in der Primärprävention

Ziel: konkrete Umsetzung suchtvorbeugender Aktivitäten in den speziellen Klassen unter Berücksichtigung des Alters und der Entwicklungsproblematik der SchülerInnen

Arbeitstreffen der ProjektteilnehmerInnen:

schulintern: alle 6 Wochen, Lehrer der Projektgruppe und ein Begleiter des Institutes für Suchtprävention (Reflexion, Beratung, Austausch und weitere Vorgehensweise)

schulübergreifend: gesamte Projektgruppe vierteljährlich; Lehrer der Projektgruppen und ein Begleiter des Institutes für Suchtprävention (Reflexion, Beratung, Austausch und weitere Vorgehensweisen)

Kontinuierliche Umsetzung im Unterricht: stundenweise inhaltlich geblockt und/oder jeweils eingebaut in den üblichen Unterrichtsablauf.

Protokoll und Reflexion: Zur Dokumentation der geleisteten Arbeit und vor allem zur Weiterentwicklung durch die gemeinsame Reflexion

Projekttag im Juni 1998 zur Vorstellung des Konzepts in der eigenen Schule

5.1.2.3 „Ikarus“ - ein Projekt zur Suchtvorbeugung - startet im Bezirk Wels-Land

Laut einer für Österreich 1996 durchgeführten Studie der WHO trinkt jeder Dritte 11- bis 15-jährige regelmäßig Alkohol. Jeder zweite Bursche und jedes dritte Mädchen hat noch vor dem 16. Geburtstag einen Vollrausch. 18% der Erwachsenen haben Alkoholprobleme, 5% sind alkoholkrank. Ein bezirkswieites Projekt gegen Sucht und Drogen läuft nun im Bezirk Wels-Land an.

Suchtvorbeugung beginnt im alltäglichen Leben. Wissen ist dafür notwendig, jedoch noch kein ausreichender Schutz gegen süchtiges Verhalten. Ein erfolgversprechender Weg ist die Umsetzung von Aktionen und Projekten vor Ort. Die Gemeinde als unmittelbarer sozialer Nahraum für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ihren überschaubaren Strukturen erleichtert das Erkennen und Lösen von Problemen und Bedürfnissen.

Ab Herbst werden zur Unterstützung dieses Projekts in allen Gemeinden des Bezirkes Wels-Land engagierte Gemeindebürger umfassend in Suchtfragen geschult. Auf Gemeindeebene sollen diese Multiplikatoren in bereits bestehende Strukturen (Schulen, Vereine, Initiativen etc.) suchtvorbeugend einwirken und engagierte Bürger zur Durchführung von lokalen Aktivitäten motivieren. Dabei steht die eigenverantwortliche Mitgestaltung der Lebensbedingungen durch die Gemeindebürger im Vordergrund und grenzt sich damit bewusst von professionellen Dienstleistungsangeboten (z.B. Drogenberatung) ab.

Zur Unterstützung wurde speziell für dieses Projekt auf Bezirksebene ein Steuerkreis eingerichtet. ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen aus den Bereichen Bezirksverwaltung, Schule, Medizin, Jugend, Exekutive, Senioren, Gesundheit, Suchtvorbeugung treffen regelmäßig und projektbegleitend zusammen. Neben der Vernetzung von Expertenwissen sollen auch in den obengenannten Bereichen suchtpreventive Aktivitäten eingeleitet werden.

Die ersten konkreten Maßnahmen wurden in der Gemeinde Steinerkirchen bereits umgesetzt. Besonderes Augenmerk wird in diesem Sommer auf die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen – insbesondere auf den illegalen Verkauf von Alkohol an Jugendliche – gelegt. Ein an den Schulen verteilter Elternbrief und die Unterstützung der Vereinsobmänner soll für eine entsprechende Sensibilisierung der Bürger sorgen. In einer von den Gemeindevertretern durchgeführten

Jugendbefragung wurden als Ergebnis mangelnde Freizeiteinrichtungen für Jugendliche festgestellt. Als konkreter Schritt steht der Beschluss für die Errichtung einer Mehrzwecksportanlage kurz bevor.

Initiatoren dieses Projekts sind das Institut für Suchtprävention (Promente OÖ), die Bezirksverwaltungsbehörde und der Bezirksschulrat. Die Kooperation mit einem Partner aus Luxemburg (Centre de prevention des toxicomanies) und die Beteiligung der Europäischen Union soll die europäische Dimension des Suchtproblems betonen und eine Vernetzung von Know-how auf internationaler Ebene ermöglichen.

Im Februar 1999 wurden die Ergebnisse im Rahmen einer internationalen Konferenz präsentiert und einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

5.1.2.4 Projekt „Cannabis“

Präambel: Das Projekt „Cannabis“ zielt darauf ab, sachliche Informationen über das Phänomen Cannabis auf internationaler Ebene und insbesondere für den oberösterreichischen Raum zu gewinnen und systematisch weiter zu geben.

Begründung: Die intensivere Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Gebrauchs von Cannabis wird durch folgende Überlegungen begründet:

- Es ist sehr gut belegt, dass der Gebrauch von Cannabis in den 90er Jahren in Österreich, in Europa, aber auch in den USA gestiegen ist.
- Cannabis liegt also im Trend.
- Cannabis ist die am weitesten verbreitete illegale Droge.
- Der weitaus größte Teil der Anzeigen bezüglich Suchtmittelgesetz betreffen den Cannabisbereich. Alleine 70% der Anzeigenzurücklegungen nach § 35 SMG beziehen sich auf Erstdelinquenten am Cannabissektor.
- Gleichzeitig zeigen seriöse Forschungsergebnisse klar auf, dass die Gefährlichkeit des Cannabisgebrauchs differenzierter als in der Vergangenheit zu betrachten ist. In Relation zu anderen illegalen bzw. legalen Drogen weist Cannabis nur bescheidene Gefahren- bzw. Risikopotentiale auf.
- Seit den 90er Jahren wird der medizinische Einsatz von Cannabis immer stärker diskutiert.
- Die Mystifizierung von Drogen passiert in hohem Ausmaß über die Cannabisdebatte.
- Die drogenpolitischen Forderungen in Richtung Entkriminalisierung sind weitgehend an die Substanz Cannabis gebunden.
- Cannabis als „Modedroge“ aber auch als „Modethema“ hat für die Sucht- bzw. Drogenvorbeugung mannigfaltige Bedeutung, nämlich u.a.
- Entmystifizierung: Entmutigung bezüglich Konsum bzw. Verschiebung des Konsums in das Erwachsenenalter
- Harm-Reduktion im Bereich des gelegentlichen und regelmäßigen Konsums
- durch die Präsenz der Thematik lässt sich hier durch „Know-how“ fachliche Kompetenz sehr gut nach außen vermitteln usw.

- demokratiepolitische Pflicht den Staatsbürger korrekt und umfassend zu informieren
- vertrauensbildende Maßnahme im Bereich der primären Zielgruppen (Jugendliche in verschiedenen sozialen Umfeldern, Jugendliche in verschiedenen „Kulturen“).

Gezieltes Vorbeugen baut auf eine praxis-unterstützende Forschung wie z.B. Problemanalyse, Prozess und Effektevaluation auf. Ein Problem in diesem Zusammenhang ist, dass sozialwissenschaftliche und epidemiologische Forschungsvorhaben in der Regel teuer und zeitraubend sind. Letzteres ist zum Beispiel problematisch, wenn es um neue Drogentrends geht. Drogentrends entwickeln und ändern sich schnell. Ein Forschungsvorhaben das erst nach zwei, drei Jahren Resultate vorweisen kann, liefert im Grunde genommen historische Erkenntnisse, die für die Praxis zumindest teilweise nicht mehr relevant sind.

Eine in diesem Zusammenhang interessante Methode ist das sogenannte „Rapid Assessment“. In verschiedenen Ländern hat man hierfür Modelle entwickelt. Es ist eine Methode, mit der in relativ kurzer Zeit unterschiedliche relevante Informationsquellen benutzt werden können, um ein bestimmtes Problem zu erforschen. Mögliche Informationsquellen sind Schlüsselfiguren, Observationen, Interviews mit Zielgruppe, Studien, Daten, repräsentative Erhebungen usw. Die Gesamtheit der gesammelten Daten ergibt ein Bild, das erwiesenermaßen valide und up-to-date ist.

Ausgangslage:

- Cannabiskonsum liegt „wieder“ im Trend. In den neunziger Jahren sind europaweit die Konsumzahlen (insbesondere im Lebenszeitprävalenz-Bereich (siehe dazu auch Gelegenheitskonsum) gestiegen.
- Für ÖO ist aufgrund mangelnder Vergleichsstudien, ein Trend im Cannabiskonsum nur hypothetisch zu formulieren. Verschiedene Indikatoren (Anzeigenstatistik nach dem SGG, Erfahrungsberichte von „ExpertInnen“) deuten auf eine Zunahme hin.
- Die Daten bezüglich Cannabiskonsums in der „Linz-Studie“, die das Institut in Kooperation mit der Uni Linz durchführte, sind im Vergleich mit anderen Studien, die in Österreich in diesem Bereich gemacht wurden, sehr hoch.
- In den neunziger Jahren hat die Forschung sehr interessante Ergebnisse im Cannabisbereich geliefert und insbesondere die Gefährlichkeit dieser Substanz relativiert bzw. auch differenziert.
- Gleichzeitig zeigen Forschungsarbeiten, dass die Diskrepanz zwischen dem Wissen von Fachleuten und dem Wissen der Allgemeinbevölkerung enorm hoch ist.
- Die Hauptlast der Kriminalisierung von illegalen Drogen liegt eindeutig bei den Cannabiskonsumenten und hier wieder zu einem großen Teil bei den Erstkonsumenten.

Erfahrungen:

Für das Institut ist sowohl das substanzspezifische Vorgehen, als auch die Imp-

Implementierung der Methode „Rapid Assessment“ Neuland. Die ausländischen Erfahrungen (z.B. in Holland, Luxemburg) zeigen jedoch sehr gute Erfolge.

Projektziele:

- systematische Erfassung internationaler und nationaler Studien bzw. Ergebnisse zum Thema Cannabis (Wirkungsweise, Gefahren, Risiken von Cannabis bzw. auch in Relation zu anderen legalen und illegalen Drogen; Cannabis im Straßenverkehr; Cannabis als Einstiegsdrogen; Cannabis und Kriminalität; Cannabiskonsumenten in Behandlungseinrichtungen; Cannabis als Medikament; drogenpolitischer Umgang mit Cannabis, Verfügbarkeit und Verbreitung von Cannabis usw.)
- Analyse des Phänomens Cannabis für den oberösterreichischen Raum (respektive Linz)
- Entwicklung einer Broschüre zum Thema „Cannabis“ (gemeinsames Projekt mit unseren Kollegen in Luxemburg) und Gestaltung einer Web-Seite
- Auffindung von Multiplikatoren in den von dem Phänomen tangierten Bereichen
- Intervention bei Schlüsselpersonen und „Experten“ (User)
- Entwicklung von adäquaten „Subprojekten“ aufbauend auf der Analyse
- Entmystifizierung für die Droge „Cannabis“ >sprechen wir über Cannabis
- Korrekte und ausführliche Information über Cannabis als demokratiepolitisches Instrument
- Vertrauensaufbau bei der primären Zielgruppe
- Öffentlichkeitsarbeit über ein „aktuelles“, interessantes Thema.

präventionsspezifisch:

- Entmutigung bezüglich Konsum bzw. Verschiebung des Konsums in das Erwachsenenalter
- Harm-Reduktion im Bereich des gelegentlichen und regelmäßigen Konsums

Kurzbeschreibung:

- Es wird durch die Implementierung der Forschungsmethode „Rapid Assessment“ (mit der in relativ kurzer Zeit unterschiedliche relevante Informationsquellen benutzt werden können, um ein bestimmtes Phänomen zu erforschen) das Phänomen „Cannabis“ analysiert.
- Als 2. Schritt wird die gewonnene Information an die allgemeine Bevölkerung (z.B. in Gemeinden) bzw. spezifische Zielgruppen (z.B. Eltern, Ärzte, Politiker usw.) weitergeben.
- Durch die Analyse ist es auch möglich, adäquate Schritte zur Senkung der Life-Prävalenzrate bzw. des problematischen Konsums zu setzen bzw. aufzuzeigen. Es sollen hier also adäquate „Subprojekte“ folgen.
- Der Gesamtprozess wird laufend professionell dokumentiert und begleitend evaluiert. Die Projektergebnisse werden in Form eines Schlussberichtes publiziert.

5.2 kontakt & co – Suchtpräventionsstelle Tirol

Adresse: Bürgerstr. 18, A-6020 Innsbruck

Gründung: 3.10. 1996

Träger: Rotes Kreuz/Jugendrotkreuz Tirol

Rechtsform: kontakt & co ist an den Verein Rotes Kreuz angegliedert

Leiter: Mag. Gerhard Gollner

Personalplanstellen:

- 1 Leiter (40 Wochenstunden)
- 1 Fachkraft (40 Wochenstunden)
- 1 Fachkraft (32 Wochenstunden)
- 1 Fachkraft (30 Stunden)
- 1 Sekretärin (32 Wochenstunden)

5.2.1 Charakterisierung der Einrichtung

Klientel

- an Suchtprävention Interessierte aus Schule, Freizeit, Arbeitswelt, Familie und Gemeinde

Aufgabenbereich

- Informationsmanagement
- Bildungsarbeit in der primären und sekundären Suchtprävention
- Erstellung von Materialien, Projekt- und Programmentwicklung
- Hilfestellung (Konzeptentwicklung, Projektberatung, Praxisreflexion, Krisenmanagement bei Problemen mit Suchtmitteln an Schulen / §13 SMG)
- Vernetzung und Koordination suchtpreventiver Maßnahmen
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Angebot

- Informationsservice (Bücher, Videos, Broschüren, Website, Newsletter...)
- Programme zur Suchtprävention (step by step, fun & friends, ...)
- Fortbildung für Multiplikator/innen (Lehrer/innen, Jugendarbeiter/innen, ...)
- Beratung und Begleitung bei Projekten, Aktionen, Veranstaltungen
- Beratung und Vermittlung bei Problemen mit Suchtmitteln an Schulen

5.2.2 Konkrete Projekte

Unterlagen zu den nachstehend skizzierten Projekten liegen in der Regel vor und können angefordert werden.

5.2.2.1 fun & friends

Im Rahmen eines zweijährigen Programms werden je vier 13-jährige Schüler/innen pro Schule zu Multiplikator/innen für Suchtprävention in ihrer Gleich-

altrigengruppe ausgebildet und eingesetzt. Zielgruppe: 3. Klassen von Hauptschulen/AHS, in der Folge auch die Schüler/innen der vierten Klassen. Während des Schuljahres wird das Team mit Unterstützung einer Lehrperson als Multiplikatoren suchtpreventiver Botschaften aktiv. Die Variante dazu für die AHS-Oberstufe sieht wie folgt aus: Schüler/innen aus 6. und 7. Klassen kümmern sich (mit Unterstützung durch ein Lehrer/innen-Team) um Erstklassler. Es werden Gesprächskreise durchgeführt, ein Fest veranstaltet und Unterrichtsstunden in 1.-4. Klassen zu Themen rund um Sucht durchgeführt.

Ansprechpartnerin: Brigitte Fitsch

5.2.2.2 Sansibar

Eine alkoholfreie mobile Mixgetränkbar kann von Schulen, Vereinen etc. entliehen und als einfach fröhliche, attraktive (und nicht moralisierende) Alternative zum Alkoholkonsum eingesetzt werden. Infomaterial liegt vor.

Ansprechpartnerin: Melitta Kern

5.2.2.3 Bezirksgruppen für Suchtprävention

In drei Tiroler Bezirken (Imst, Schwaz, Osttirol) wurden Bezirksgruppen eingerichtet, die auf regionaler Ebene suchtpreventive Maßnahmen planen, koordinieren und fördern. Die Arbeitsgruppen werden von Mitarbeiter/innen der Suchtpräventionsstelle moderiert. Weitere Bezirksgruppen sind im Entstehen und bilden regionale Plattformen für den Erfahrungs- und Informationsaustausch von mit der Suchtthematik befassten Expert/innen unterschiedlicher Professionen. Die Bezirksgruppen sind in administrativer Hinsicht in der Regel an der jeweiligen Bezirkshauptmannschaft angesiedelt.

Ansprechpartner: Mag. Gerhard Gollner

5.2.2.4 PIB - Prävention in Betrieben

kontakt&co und der Verein BIN (Beratung – Information – Nachsorge) erachten es im Rahmen einer Kooperation als ihre Aufgabe, Tiroler Betrieben Unterstützung im Umgang mit Suchtproblemen bzw. Suchtgefährdungen von Mitarbeiter/innen zu bieten. Suchtbezogene Kernprobleme im Betrieb sind die Früherkennung gefährdeter Mitarbeiter/innen, die zeitgerechte und konstruktive Intervention und das Krisenmanagement im fortgeschrittenen Stadium der Suchtproblematik.

Personalverantwortliche sind zwar bereit, aktiv zu werden und im Sinne der Betroffenen Schritte zu setzen, aber: Sie fühlen sich hierfür nicht ausreichend kompetent; sie sind über Hilfsangebote nicht ausreichend informiert; sie sehen die Chancen einer Intervention zu pessimistisch. (Alle drei Annahmen sind durch ein vorausgehend durchgeführte Studie in 1000 Tiroler Betrieben mit Zahlen belegbar.)

Das Projekt setzt an diesen Punkten an. Ziel ist es, jenen Unterstützung zu bieten, die helfen wollen. Ihnen soll ein einfach und gut einsetzbares Instrumentarium für den Umgang mit suchtgefährdeten Mitarbeiter/innen zur Verfügung gestellt

werden. Das PIB-Maßnahmenpaket beinhaltet ein Informationsservice, Materialien und Schulungen. Seine Einführung in den Tiroler Betrieben ab Herbst 2001 soll unter Einbeziehung von Arbeitsmediziner/innen erfolgen.

PIB – Prävention in Betrieben wird in Zusammenarbeit mit Arbeiterkammer, Ärztekammer, Wirtschaftskammer, Industriellenvereinigung und ÖGB entwickelt.

Ansprechpartner: Mag. Gerhard Gollner

5.2.2.5 step by step

„step by step“ ist ein EDV-gestütztes sekundärpräventives Programm zur Früherkennung und Intervention bei Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld von Suchtproblemen, welches in Schulen zum Einsatz gebracht wird.

Es setzt sich aus mehreren Elementen zusammen, und zwar:

1. Schulungseinheiten mit Lehrer/innen
2. interaktives Multimedia-Programm
3. begleitendes Handbuch
4. school-line (telefonische Hotline)
5. regelmäßige informative Mailings

Das Programm ist 1992 im Rahmen eines Kooperationsprojekts von Suchtpräventionsstellen aus der Schweiz, Vorarlberg und Liechtenstein entwickelt worden. Nach sehr guten Evaluationsergebnissen wurde das Programm auch in Deutschland übernommen. Die CD-Rom wurde zunächst für Tirol adaptiert (Hierbei sind wesentliche Weiterentwicklungen sowohl in inhaltlicher als auch technischer Hinsicht vorgenommen worden. Neu ist unter anderem die integrierte Internet-Anbindung, welche die Möglichkeit bietet, aktuelle Informationen auf einfache Weise von der Homepage der Suchtpräventionsstelle auf den Rechner der Schule herunterzuladen.) Parallel dazu hat eine Pilotphase hinsichtlich der schulinternen Fortbildungsangebote (SCHILF) stattgefunden. Beginnend mit dem Frühjahr 2001 wird step by step an den Tiroler Schulen eingeführt.

step by step wird in Kooperation mit dem Landesschulrat für Tirol, der Drogenkoordination, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Pädagogischen Institut umgesetzt. Wichtig ist auch die Beteiligung der Beratungseinrichtungen aus dem psychosozialen Bereich.

Ansprechpartnerin: Mag. Beate Regensburger-Hasslwanger

5.2.2.6 Außerschulische Jugendarbeit

Für die außerschulische Jugendarbeit wurden und werden Materialien (it's up 2U-Flyer), primär- und sekundärpräventive Programme (act it!; join2gether; b.yourself) entwickelt und zum Einsatz gebracht.

Ansprechpartner: Mag. Gregor Herrmann

5.2.2.7 Zielgruppe Familie

Für den Familienbereich wird an Elternbildungsmodulen („fit for family“) gearbeitet, welche in Anbindung an regionale Partner und Strukturen (Katholischer Familienverein, Eltern-Kind-Zentren, ...) angeboten werden sollen.

Ansprechpartner: Mag. Gerhard Gollner

5.2.2.8 Gemeindeorientierte Suchtprävention

Für Gemeinden wird ein Maßnahmenpaket („Zug um Zug“) entwickelt, welches in 4-5 Jahren verfügbar sein soll.

Ansprechpartner: Mag. Gerhard Gollner

5.2.2.9 Referentenpool und Multiplikatorenlehrgang

Die Einrichtung eines Referentenpools und die Qualifizierung regionaler Multiplikator/innen für Suchtprävention sind in Planung.

Ansprechpartner: Mag. Gerhard Gollner

5.2.2.10 Kontaktpersonen in Berufsschulen und Berufsschulheimen

Lehrer/innen und Erzieher/innen wurden im Rahmen eines zweijährigen Lehrganges zu Ansprechpartnern bei Problemen für Schüler/innen, Kolleg/innen, Eltern und Betriebe ausgebildet. Als Projektgruppe arbeiten diese Personen auch an primärpräventiven Initiativen (z.B. Wanderausstellung).

Ansprechpartnerin: Mag. Beate Regensburger-Hasslwanger

5.3 VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark

Adresse: Hans-Sachs-Gasse 12 / II, A-8010 Graz

Gründung: Oktober 1996

Träger: Trägerkuratorium Volkshilfe Steiermark und Caritas der Diözese Graz-Seckau

Rechtsform: Trägerkuratorium (s.o.) bei Subvention aus dem Jugendressort des Landes Steiermark

Leiterin: DSA Claudia Kahr

Personalstellen:

- 1 Geschäftsführung (100%)
- 8 FachmitarbeiterInnen (100%)
- 1 Fachmitarbeiterin (60%)
- 1 Sekretärin (100%)

5.3.1 Charakterisierung der Einrichtung

Schwerpunkte:

- Suchtvorbeugung im Kindesalter
- Suchtvorbeugung im Jugendalter
- Suchtvorbeugung in der Schule
- Suchtvorbeugung im Gemeinwesen

Angebote:

- Information und Service
- Projektarbeit (Initiierung, Beratung und Begleitung)
- Bildungsangebote (Multiplikatoren-schulung, Workshops, Vorträge, ...)
- Kooperation und Vernetzung (Gremienarbeit, ...)

5.3.2 Konkrete Projekte

5.3.2.1 Suchtvorbeugung im Kindesalter

Fortbildungslehrgänge für KindergartenpädagogInnen

Der Fortbildungslehrgang baut auf einem dreiteiligen Modulsystem zu folgenden Themenschwerpunkten auf:

1. Theoretische und persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht und Suchtvorbeugung
2. Die Zusammenarbeit mit Eltern
3. Die praktische Umsetzung eines suchtpreventiven Projekts im jeweiligen Kindergarten

Fortbildungsseminare

für HortnerInnen, Tagesmütter und andere Institutionen die in der Kinderbetreuung tätig sind.

Beratung und Begleitung

von suchtpreventiven Projekten im Kindergarten und in der Volksschule.

Theaterarbeit in der Volksschule

Theaterprojekte zur Suchtprävention in der Volksschule unter Einbeziehung der Eltern und Lehrer in Form von Elternabenden und Fortbildungsseminaren.

Elterninformationsabende und Workshops

zur Suchtvorbeugung im Kindesalter.

5.3.2.2 Suchtprävention in der Schule**SAS-Projekt**

„SAS – Schüler auf der Suche nach alternativen Lösungsstrategien“ ist ein Schulprojekt zur primären Suchtvorbeugung mit dem pädagogischen Ansatz der Peer-group-education. Das Projekt wurde vor 5 Jahren gestartet und in 28 Schulen durchgeführt. Die Aktivitäten innerhalb des SAS-Projekts umfassen Peerausbildungen, Lehrerfortbildungen und Elternabende sowie regelmäßige Gremien (Treffen und Gesprächsforen aller Schulpartner), Reflexionstage mit den Peers und themenspezifische Vertiefungstage. Die sehr zeit- und personalaufwändige Struktur des Projekts führte im Herbst 1999 zu einer Modifizierung, sodass derzeit nur mehr acht Schulen nach der alten Projektstruktur betreut werden.

SAS-2000-Projekt

Das SAS-2000-Projekt ist das Nachfolgeprojekt des SAS-Projekts. Im Rahmen dieses Projekts werden LehrerInnen von sieben steirischen Schulen zu PeertrainerInnen ausgebildet, die anschließend ein Peer-group-education-Projekt selbstständig an ihren Schulen durchführen sollen. SAS-2000 umfasst ein sechsmonatiges Ausbildungscurriculum für LehrerInnen, die gemeinsame Planung eines Peer-group-education-Projekts für die jeweilige Schule, die Supervision der Umsetzung des Projekts sowie regelmäßige Vernetzungs- und Fortbildungsveranstaltungen.

Step by Step

Step by Step ist ein EDV-gestütztes Programm zur Früherkennung und Krisenintervention an Schulen für den Bereich der Suchtprävention. Es wurde im Rahmen eines EU-Projekts in Deutschland, Schweiz und Vorarlberg entwickelt und auf Kosten des BMUK von der Fachstelle für Suchtprävention in Tirol überarbeitet. Für die Steiermark wird Step by Step als Kooperationsprojekt der Fachstelle für Suchtprävention und der Drogenberatungsstelle des Landes Steiermark angeboten. Das Programm beinhaltet ein ausführliches Fortbildungsangebot für LehrerInnen sowie eine CD-Rom und ein Handbuch als Begleitmedien.

5.3.2.3 Suchtprävention im Jugendalter

High genug? – Der Methodenkoffer zur primären Suchtprävention

Der aufgrund einer Initiative des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark in Zusammenarbeit mit LOGO 1799, Suchtpräventionsfachkräften der Steiermark und steirischen JugendarbeiterInnen entstandene Materialienkoffer zum Thema „Suchtprävention für und mit Jugendlichen“ trägt den Titel „high genug?“. Dieses Basispaket beinhaltet verschiedene Unterlagen und Materialien (Arbeits- und Methodenmappe, Videos, Broschüren, Postkarten etc.), die zu einer themenbezogenen Auseinandersetzung mit Genuss, Rausch, Sucht und Möglichkeiten der Vorbeugung anregen sollen.

Live in life

Live in life ist ein Pilotprojekt zur Suchtvorbeugung in der außerschulischen Jugendarbeit mit dem pädagogischen Ansatz der peer education. Dieses Pilotprojekt wurde im Rahmen der regionalen Netzwerkarbeit von VIVID in der Region Mur-/Mürztal angeregt. Konzeptioniert und verwirklicht wurde es in Zusammenarbeit mit VertreterInnen von Jugendeinrichtungen und Streetwork der Region. Jugendliche der beteiligten Einrichtungen fanden sich zu einer Gruppe zusammen, die an insgesamt vier Trainings mit suchtmittel- und suchtverhaltensspezifischen wie primärpräventiven Inhalten teilnahmen. Das über ein Jahr anberaumte Projekt wird von den BetreuerInnen der beteiligten Einrichtungen begleitet. Austauschforen bezüglich des Projektverlaufs stellen die in regelmäßigen Abständen stattfindenden Sitzungen der für das Projekt gegründeten Arbeitsgemeinschaft dar.

Suchtprävention in steirischen Jugend(sport)häusern

Dieses Projekt soll ausgehend von den Erfahrungen in der pädagogischen Arbeit mit den dort lebenden Jugendlichen Anregungen und Unterstützung zu suchtpreventivem Handeln in der eigenen Einrichtung geben. Neben einer Fortbildung zu den Zielen und Inhalten primärer und sekundärer Suchtprävention für die pädagogischen MitarbeiterInnen der Einrichtungen werden für interessierte Gruppen von Jugendlichen Workshops vor Ort angeboten, die inhaltlich einerseits Grundlagen von Sucht und Suchtprävention umfassen und zum anderen vertiefend Schwerpunktthemen je nach Bedürfnis der Gruppe behandeln. Nach Abschluss der Workshops wird den Jugend(sport)häusern eine weitere Projektbegleitung angeboten um gemeinsam suchtfördernde Faktoren in der eigenen Einrichtung zu erkennen und abzubauen und somit eine suchtpreventive Atmosphäre zu ermöglichen.

5.3.2.4 Suchtprävention im Gemeinwesen

Jeder Schluck zu seiner Zeit – Ein Regionalprojekt zum Thema Alkohol

Aufgrund der steigenden Aktualität und vermehrter Anfragen zur Behandlung des Themas „Alkohol“ startete VIVID mit Ende Oktober 1999 im Mürztal und im Bezirk Weiz das Projekt „Jeder Schluck zu seiner Zeit“ – die SteirerInnen

sollten mittels verschiedenster Maßnahmen über Auswirkungen von Alkoholkonsum informiert und in einem bewussten Konsum unterstützt werden. Mit Herbst 2000 wurde das Projekt fortgesetzt und regional ausgeweitet – sukzessive soll das Projekt steiermarkweit umgesetzt werden.

Das Gesamtkonzept besteht aus mehreren Teilbereichen:

- (a) Informations- und Streumaterial
- (b) Gemeindekonzept
- (c) Schwerpunktmonat November
- (d) SANSIBAR

Projekt „Gelebte Suchtvorbeugung in der Gemeinde ...“ – Bezirk Fürstenfeld

Dieses aus dem Europäischen Sozialfonds mitfinanzierte und vom EU-Regionalmanagement Oststeiermark unterstützte Projekt (Aktion „Sozial Innovativ 2000“) setzt sich zum Ziel, Suchtprävention vermehrt in die Alltagsstrukturen des Systems Gemeinde zu integrieren.

Zwei ehrenamtliche Personen pro Gemeinde (davon eine/-r aus dem Gemeinderat) erhalten von VIVID eine Grundlagenausbildung (Themenbereiche Sucht/Suchtvorbeugung), sowie den Auftrag zur Umsetzung eines Projekts in ihrer Gemeinde, basierend auf einer kleinen Befragung der BewohnerInnen. Projektdurchführungszeitraum: November 2000 bis Mai 2001

Regionale Vernetzungstreffen

Neben den allgemeinen Zielen der primären Suchtprävention steht im Zentrum der Netzwerkarbeit das „Miteinander“, eine Zusammenarbeit mit regionalen PartnerInnen wie Gemeinden, Schulen, Vereine, etc. Gemeinsam werden Strategien für die jeweilige Thematik bzw. Zielgruppe erarbeitet, Ideen entwickelt und umgesetzt.

VIVID nimmt dabei sowohl einerseits die TeilnehmerInnen-, als auch in anderen Fällen die Initiatorinnenrolle dieser Netzwerke ein.

Beispiele für regionale Vernetzungstreffen:

- Vernetzung GU-Nord
- Gemeindevernetzung Werndorf
- AK Jugend im Aichfeld
- jugend@online

5.4 Institut für Suchtprävention der Stadt Wien (ISP)

Adresse: Alserstraße 20/6, A-1090 Wien

Gründung: Juni 1995

Träger: MA 15 (Gesundheitswesen) und Dezernat V (Suchtprävention und medizinische Drogenangelegenheiten) der Stadt Wien

Rechtsform: Magistratsabteilung

Leiterin: DSA Silvia Franke

Personalplanstellen:

5 Fachkräfte (inkl. Leitung),

1 Sekretärin

ab 2001 insgesamt 6 Dienstposten á 40 Wochenstunden

5.4.1 Charakterisierung der Einrichtung

Die ISP wurde im Juni 1995 gegründet. Bis Ende 2000 war sie als „Informationsstelle für Suchtprävention“ Teil der Magistratsabteilung für Gesundheitswesen im Dezernat für Suchtprävention und medizinische Drogenangelegenheiten. Die ISP ist ab 1.1.2000 als „Institut für Suchtprävention“ Teil des „Fonds Soziales Wien - Suchtprävention und Koordination der Suchtkrankenhilfe“. Sie verfügt ab diesem Zeitpunkt über ein eigenes Budget und kann damit auch Leistungen in Rechnung stellen. Seit 1.1.00 arbeiten 4 Fachkräfte (inkl. Leitung) 40 Stunden (ein weiterer Vollzeit-Dienstposten wird 2001 noch besetzt) und eine Kanzleikraft.

Die ISP ist eine Einrichtung der primären Suchtvorbeugung. Sie steht allen an Primärprävention und Suchtfragen interessierten Personen als Auskunftsstelle und Fortbildungseinrichtung zur Verfügung. Ziel unserer Arbeit ist in erster Linie die Unterstützung von Personen und Einrichtungen, die im pädagogischen, psychosozialen und sozialmedizinischen Feld tätig sind. Ein wichtiger Aspekt ist die Stärkung von Ressourcen auf regionaler Ebene: dazu gehören Regionalforen, Elternvereine und andere Gruppen, die in ihrem Bezirk Initiativen setzen wollen. Zentrale Schwerpunkte unserer Tätigkeit sind Fachberatung und Schulung von MultiplikatorInnen, Weiterbildung von Fachleuten, die mit Suchtgefährdeten oder Abhängigen arbeiten, Unterstützung von und Vernetzung mit präventiven Projekten und Initiativen, Installierung eines Arbeitskreises für Präventionsfachleute, Sammlung und Dokumentation von Präventionsprojekten, Literatur und Medien, Herausgabe von Informationsmaterial sowie die Erstellung eines ReferentInnenpools (Vermittlung von Vortragenden und SeminarleiterInnen).

5.4.2 Konkrete Projekte

5.4.2.1 Schwerpunkt Sucht im Theater der Jugend

Theater der Jugend: Das Theater der Jugend hat sich im Herbst `98 den Schwerpunkt Sucht gesetzt. Dabei wurde es von den drei Fachstellen Wien, NÖ, Bgld

beraten. Es wurde ein Brief für die begleitenden Lehrer entworfen, in dem unter anderem auch wichtige Kontaktadressen und Literaturhinweise zu dem Thema enthalten sind. Weiters ist eine Broschüre in Arbeit. Aufgeführt werden die Stücke „Time out“, „Odysseus“ und „Train Spotting“ (letzteres ist nicht im Abonnement enthalten).

5.4.2.2 Enquête „Suchtprävention im Kindergarten“

Im Rahmen der Europäischen Woche der Suchtprävention von 19. bis 20. November 1998; Die Broschüren „alles okay“ sowie der Tagungsband zur Enquete "Suchtprävention im Kindergarten" wurden ins Slowakische übersetzt und der Universität Bratislava als Unterrichtsmaterialien für die KindergärtnerInnen-ausbildung zur Verfügung gestellt.

5.4.2.3 Studie zum „Spielzeugfreien Kindergarten“

Das Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ im Übungskindergarten der Bundesbildungsanstalt für Kindergartenpädagogik, Ettenreichgasse wurde erfolgreich abgeschlossen. Die Begleitstudie zum Projekt gelangte zu folgenden Ergebnissen:

Die zugrundeliegende Theorie von Schubert und Strick konnte bestätigt werden. Wie beobachtet werden konnte, zeigten die Kinder der Versuchsgruppe durch die Aktion „Spielzeugfreier Kindergarten“ einen signifikanten Zugewinn an Lebenskompetenz in den Bereichen soziale Interaktion, Kreativität, Expressivität von Bedürfnissen und Gefühlen (verbal und nonverbal), Konfliktlösungsfähigkeit, Empathie und Selbstvertrauen. Zusätzlich stellten die Kindergärtnerinnen Kompetenzergebnisse in den Bereichen Geduld, Geschlechtsrollenflexibilität, Konfliktlösungsfähigkeit und Frustrationstoleranz sowie im Umgang mit Frustrationen, Trauer oder Verärgerung fest. Die Kinder der Versuchsgruppe spielten lauter, lebhafter, fröhlicher, geselliger und kreativer als die Kinder der beobachteten Vergleichsgruppe. Sie konnten ihre negativen Gefühle von Unlust, Langeweile, Aggression und Ungeduld besser kontrollieren und in sozial-kreativer Weise nützen. Die Spieltypen der Kinder unterschieden sich während der „Spielzeugfreien Zeit“ signifikant in Versuchs- und Kontrollgruppe: In der Versuchsgruppe wurden signifikant mehr Bewegungsspiele gespielt. Die Kinder machten auf diese Art und Weise wesentliche Entwicklungsfortschritte bezüglich ihrer grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, sowie wichtige soziale und gruppendynamische Erfahrungen. Die Einstellungen der Eltern, die kontinuierlich in das Projekt einbezogen waren und fortlaufend betreut und informiert wurden, waren kritisch, interessiert, unterstützend und positiv. Ihre Beurteilungen änderten sich auch nicht während der Durchführung der Aktion.

Die Studie kann über die ISP angefordert werden.

5.4.2.4 „Train the Trainer“

Für den Kindergartenbereich der MA11 werden 4 Multiplikatorinnen herangebildet, die ab Herbst '99 für Seminare, Projektberatungen und Elternabende zum Thema Suchtprävention innerhalb der MA11 zur Verfügung stehen werden.

- Dreitägige Fortbildung für MitarbeiterInnen der Wiener Jugendzentren
- Zusammenarbeit mit den Regionalforen der Bezirke 4, 5, 6/7 und 22
- Schule als gesundheitsfördernder Lebensraum
- vernetztes Volksschulprojekt im 9. Bezirk
- schultypübergreifende Lehrerfortbildung für den 22. Bezirk
- Modellprojekt „Suchtprävention im Lehrlingswesen“ für die ÖBB mit Begleitstudie

5.4.2.5 Suchtprävention im Lehrlingswesen der ÖBB

Modellprojekt zur betrieblichen Suchtvorbeugung. Mit ca. 1300 Lehrlingen sind die ÖBB einer der größten lehrlingsausbildenden Betriebe in Österreich. Auf Anfrage des Costcenters Lehrlinge der ÖBB erarbeitete die ISP im Frühjahr 1999 ein Konzept für eine intensive Schulung der Schlüsselpersonen innerhalb des ÖBB-Lehrlingswesens. Zielgruppen sind alle in der ÖBB mit Lehrlingen befassten Personen in Betrieb und Heim inkl. Arbeitsmedizin und Gewerkschaft. Ziele sind u.a. die Vermittlung von Sicherheit und Kompetenzen im Umgang mit dem Thema Sucht, die Entwicklung betrieblicher Leitlinien, die Förderung des Beziehungsklimas sowie die Konzeption und Weiterentwicklung suchtvorbeugender Inhalte. Kernstück des Projekts ist die Erarbeitung von Richtlinien für den Umgang im Anlassfall in Betrieb und Heim. In einer Transferphase werden die Ergebnisse aus Wien den Bundesländern zur Verfügung gestellt und auf ihre Umsetzbarkeit hin überprüft. Das Konzept berücksichtigt aktuelle Entwicklungen innerhalb der ÖBB und fordert die aktive Mitarbeit des Lehrlingswesens. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt über eine Steuerungsgruppe in Zusammenarbeit mit der ISP. In die Fortbildung sind VertreterInnen relevanter Einrichtungen aus dem Suchtbereich eingebunden. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und vom Fonds Gesundes Österreich gefördert. Die Projektdauer beträgt zwei Jahre (Februar 1999 bis Frühjahr 2001).

Druckwerke:

- Broschüre „Alles Okay? - Suchtvorbeugung im Kindergarten“ (deutsche und englische Fassung)
- Broschüre „Materialien zur Suchtprävention in der Schule“
- Tagungsband zur Enquête „Suchtprävention im Kindergarten“ (deutsche und englische Fassung)

Die wichtigsten Projekte werden im Drug Net Austria vorgestellt. Für Anfragen zu den Projekten steht das ISP gerne zur Verfügung.

5.5 Akzente Suchtpräventionsstelle – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg

Adresse: Glockengasse 4c, A-5020 Salzburg

Gründung: 4. Oktober 1996

Träger: Verein „Akzente Salzburg“ - Initiativen für junge Leute

Rechtsform: Verein

Leiterin: Mag. Nicole Rögl

Personalplanstellen:

3 Fachkräfte (40 Std.),
2 Pädagoginnen (40 Std.),
1 Psychologin (35 Std.),
1 Sekretariatskraft (25 Std.),
2 ständige Projektmitarbeiterinnen
(1 Pädagogin, 1 Lebens- und Sozialberaterin)

5.5.1 Charakterisierung der Einrichtung

Akzente Salzburg ist langjährig als Verein mit der Förderung von Kindern- und Jugendlichen auf verschiedenen Ebenen im Land Salzburg beauftragt. Es besteht eine enge Zusammenarbeit der Suchtpräventionsstelle mit den anderen Abteilungen des Vereins, das sind Theater der Jugend, Jugendinfo, Gesellschaft und Bildung/Gemeindeberatung, Akzente Verlag, Euro<26 Jugendkarte.

Zentrale Schwerpunkte der Arbeit sind:

- Bildungsarbeit: Seminare zu Primärprävention (Grundlagenfortbildungen), Sekundärprävention („step by Stepp“), Workshops; Elternarbeit.
Zielgruppen: MultiplikatorInnen aus Schule, Jugendarbeit, Betrieben, Gemeinden, Jugendwohlfahrt u.a.
- Projekte: Initiieren und entwickeln eigener Projekte (z.B. peers-education-Projekte, Schüler-Multiplikatoren-Projekte; „Ich bin so frei = 3 Wochen ohne“; Mädchenförderungsprojekt BALANCE - flächendeckend in allen Bezirken u.a.m.), Begleiten und unterstützen von Kooperationspartnern (z.B. „PARCOURS NATUR – Soziales Lernen mit out-door-Training“) etc.
- Öffentlichkeitsarbeit und Produkterstellung: öffentlichkeitswirksame Kampagnen, z.B. „use your mind – nippen statt kippen“/Jugendkampagne zu bewussterem Alkoholkonsum, Herbst 2000 (Plakate, Pocketfolder, Kinospot, Mailings, Projektmappe, Methodenhandout u.m.); Kooperationen mit lokalen Medien (z.B. Jahresserie zu Sucht&Prävention in der Zeitung des Magistrats der Stadt Salzburg 2001); regelmäßige Artikel im verlagseigenen Jugendmedium ULTIMO u.s.f.; Präsenz in öffentlichen Medien (Interviews/Diskussionen in Radio, TV, Inserate)

- Im Rahmen der o.g. Schwerpunkte werden Drucksorten (Folder, Broschüren, Handouts, Mappen usw.) entwickelt, die den Zielgruppen die praktische und konkrete Umsetzung von Suchtprävention verfügbar machen, z.B. „Leitfaden zur Suchtvorbeugung in der Gemeinde“, thematische Übersichtsmappen (z.B. Rauchen, Essen, Alkohol).

5.5.2 Konkrete Projekte

5.5.2.1 „3 Wochen Ohne“

Ein Schulprojekt zum Thema Genuss und Verzicht, als Projektvariante „initiiertes Abstinenz“, für LehrerInnen, SchülerInnen und Eltern. Mit ausführlicher Materialmappe und begleitender Beratung / Fortbildung als Grundlage.

5.5.2.2 „Schulische und außerschulische Peer-Projekte“

Peer-Projekte werden derzeit nur außerschulisch geführt, z.B. „sicher landen“ (Projektbericht liegt vor).

5.5.2.3 „Schüler-Multiplikatoren-Projekt“

Mupli-Projekte, die wir Schulen bei Bedarf als weniger aufwändige Alternative zu peers-Projekten anbieten können.

5.5.2.4 „Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde?“

Ausstellungsparcours zur Suchtprävention mit Sinnesgarten, angelegt in Form der Suchtspirale. Im Verleih geeignet für Bildungswochen in den Gemeinden u.ä.

5.5.2.5 „Das Tankmodell in plastischer Ausführung als Ausstellung“

mit interaktivem Charakter (selbständige Gestaltung der Zapfsäulen mit Fotos, Tankinhalte, ...) wird verliehen und eignet sich für Schulen, Jugendarbeit u.ä.

5.5.2.6 „step by step“

„step by step“ – ein sekundärpräventives Angebot zur Früherkennung und -intervention an Schulen ist mittlerweile in Salzburg installiert (erste Pilotschulen erfolgreich); Beschreibung dazu siehe auch kontakt&co, Kap. 5.2.2.5, S.79. Neben dem Fortbildungsangebot „Sekundärprävention kompakt“ (1 Tag Schulung PI) gibt es auch individuell vereinbar „Sekundärprävention intensiv“, d.s. 3 Nachmittage pro Schulteam. Zentralthema: Handlungsmodell für Schulen zur Krisenfallbewältigung am Beispiel „Drogenfall in der Schule“.

5.6 SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe Vorarlberg

Adresse: Moosmahnstraße 4, A-6850 Dornbirn
Gründung: Herbst 1993
Träger: Stiftung Maria Ebene, A-6820 Frastanz
Rechtsform: Einrichtung der Stiftung Maria Ebene
Leiter: Martin Hefel

Personalplanstellen:

1 Leiter (40 Wochenstunden)
1 Psychologe (40 Wochenstunden)
1 Sekretärin (40 Wochenstunden)
1 Psychologin (40 Wochenstunden)
1 Projektarbeiter (20 Wochenstunden)
1 Zivildienstler (40 Wochenstunden)

5.6.1 Charakterisierung der Einrichtung

Zielgruppe:

Kinder und Jugendliche; Multiplikatoren (Eltern, Lehrer, Jugendarbeiter, Ärzte, Lehrlingsausbilder, Gruppenleiter, Politiker, ...)

Aufgabenbereiche und Angebote:

- Bildungsbereich (Beratungsgespräche, Vermittlung, Vorträge, Workshops, Seminare, Fachtagungen, Weiterbildungsangebote, Schulungen, ...)
- Öffentlichkeitsarbeit (Medienarbeit, SUPRO-Report, InfoThek, Kampagnen zur Suchtvorbeugung, formelle und informelle Beziehungen, ...)
- Wissenschaft (Erhebungen, Umfragen, Statistik, Evaluation, Publikationen)
- Projektarbeit (eigene Projekte, Projektkooperationen, Fachbegleitung, Gesundheitsförderungsagentur)
- Servicestelle (Dokumentationsprogramm, Informationsmaterialien, Verleih von Video/Literatur/Plakaten, Verleih von anderen Produkten wie Café Saigon, Ausstellungsmodulen etc., Pressespiegel, Beantwortung von Anfragen, Give aways, ...)
- DTP und Administration (Entwurf, Gestaltung und Herstellung von Schriftenreihen, Broschüren, Einladungen etc., Adressdatei, Administration)
- Vernetzung (stiftungsinterne Vernetzungen sowie vorarlberg-, österreichweit, Ausland)
- Innovation und Produktentwicklung (Materialien zur Suchtprävention, Konzeption, ...)

5.6.2 Konkrete Projekte

5.6.2.1 Peer-Leader Training

Im Peer-Leader Training werden Jugendliche ausgebildet, um als informelle Gruppenleiter die Ideen der Suchtprävention an andere Jugendliche weiterzugeben. Inhalte des Projekts sind Verhalten in der Gruppe, Kennenlernen der eigenen Bedürfniswelt, Fremdbestimmung versus Selbstbestimmung – eigener Standort?, Rolle der Konsumgesellschaft in unserem Leben, Erziehung zur Eigenverantwortung, Umgang mit eigenen Abhängigkeiten.

5.6.2.2 Aktion Trocken

Die Aktion Trocken ist ein Projekt der Katholischen Jungschar und der SUPRO. 46 Tage lang wird bewusst auf eine lieb gewonnene Konsumgewohnheit verzichtet. Kinder, Jugendliche und Erwachsenen werden angeregt, eigenes Suchtverhalten zu überdenken und Abhängigkeiten zu erkennen, um einen positiven Umgang mit diesen zu finden.

5.6.2.3 Expression

Das Projekt Expression fand 1997, 1998 und 1999 statt. Jugendliche wurden in einem jeweils einwöchigen Wettbewerb dazu angeregt, ihre Phantasie spielen zu lassen und kreativ zu werden. Expression hatte das Ziel, selbstbewusstseinsfördernd zu wirken und Möglichkeiten aufzuzeigen, sich aus alten Strukturen zu lösen, um neue Wege zu begehen.

5.6.2.4 100 Projekte zur „Kinder stark machen“- Kampagne 1999

Im Zusammenhang mit der Kampagne „Kinder stark machen“ wurde die Vorarlberger Bevölkerung 1999 dazu aufgerufen, selbst aktiv zu werden und suchtpreventive Projekte ins Leben zu rufen. Zur Unterstützung dieser Projekte stellte die Vorarlberger Landesregierung eine Million Schilling zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit der SUPRO konnten so 134 Projekte, die der Prävention von Suchtverhalten dienen, unterstützt und umgesetzt werden.

5.6.2.5 Haschisch g'schnallt

Das Jugendprojekt „Misch dich ein, 1999“ war der Ausgangspunkt für das Projekt „Haschisch g'schnallt“ der Jugendgruppe „D' Imischa“, das im Jänner 2000 startete. Ziel der Peer-Education war es Jugendliche Multiplikatoren zu gewinnen, die die Risikokompetenz in Bezug auf Cannabis bei Vorarlberger Jugendlichen reflektieren.

5.6.2.6 Gesundheitsförderungsagentur

Vermittelt werden Workshops und Seminare an Schulen, Jugendzentren und andere Institutionen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Zielgruppe sind dabei sowohl die Kinder, Jugendlichen und ihre Eltern als auch ihre LehrerInnen und JugendarbeiterInnen (Multiplikatoren). Diese Veranstaltungen haben das Thematisieren von Suchtverhalten und Suchtmitteln zum Ziel und sollen zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtverhalten anregen. Dabei liegt das

Hauptaugenmerk auf legalen Suchtmitteln und anderen suchtrelevanten Verhaltensweisen.

5.6.2.7 EU-INTERREG II – Projekte

Erstellt werden drei CD-Rom-Schulungspakete zur sekundären Suchtprävention, die im Grenzgebiet Alpenrhein, Bodensee und Hochrhein eingesetzt werden. Zielgruppen sind LehrerInnen, Personalverantwortliche im mittleren Management und JugendarbeiterInnen, die darin geschult werden sollen, risikoreiches Verhalten zu erkennen und problematischen Entwicklungen vorzubeugen.

5.6.2.8 Kinder stark machen mit Sport

Mit dieser Kampagne wendet sich die SUPRO an alle Erwachsenen, die Verantwortung für Kinder und Jugendlicher tragen. Ziel ist es, das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen zu stärken und ihre Kommunikations- und Konfliktfähigkeit zu fördern, um sie damit so stark zu machen, damit sie von sich aus „nein“ zu Suchtmitteln sagen.

5.6.2.9 Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeit ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit und Lebensqualität von Personen. Sie kann die berufliche und persönliche Entwicklung fördern, aber unter bestimmten Umständen auch gesundheitsschädigend sein und sich negativ auf die Arbeitsleistung auswirken. Die betriebliche Gesundheitsförderung hat das Ziel, Personalverantwortliche und MitarbeiterInnen daraufhin sensibilisieren und gesundheitsförderliche Strukturen in Betrieben zu implementieren.

5.7 NÖ Fachstelle für Suchtvorbeugung

Adresse: Schulring 18, A-3100 St. Pölten

Gründung: Oktober 1998

Träger: Gesundheitsforum NÖ

Rechtsform: Verein

Leiter: Prof. DSA Kurt Fellöcker

Personalplanstellen:

Leiter mit 20 Wochenstunden,
1 Mitarbeiter mit 40 Stunden (Koordination und Administration)
1 Mitarbeiterin mit 30 Wochenstunden (Primärprävention)
1 Mitarbeiter mit 10 Stunden (Sekundärprävention)

5.7.1 Charakterisierung der Einrichtung

Die Fachstelle für Suchtvorbeugung, neugegründet im Oktober 99, ist eine Außenstelle des Vereins Gesundheitsforum NÖ, der sich generell mit Gesundheitsförderung in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen beschäftigt und Projekte vorwiegend koordiniert, administriert und finanziert. Die Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ hat innerhalb der Projekte des Gesundheitsforums NÖ eine Sonderstellung durch relative Autonomie und ein eigenes Budget.

Die Fachstelle für Suchtvorbeugung NÖ ist die jüngste Fachstelle in Österreich, unsere Arbeit befindet sich daher derzeit noch in der Startphase. Im Bereich der Primärprävention existieren trotzdem bereits mehrere erfolgreiche Projekte, die die Fachstelle kann hier auf ca. 20 professionelle ProjektleiterInnen zurückgreifen, die z.T. auch schon vor Gründung der Fachstelle als Verein ASPRO wertvolle Erfahrungen sammelten.

Im Bereich der Sekundärprävention finden sich derzeit die meisten Defizite in NÖ, es existieren keinerlei Einrichtungen, die fachliche Sekundärprävention anbieten. Unter der Voraussetzung der prinzipiellen Finanzierbarkeit wird sich die Fachstelle in Zukunft verstärkt dieses Bereichs annehmen müssen.

Die Aufgaben der Fachstelle im Einzelnen:

- Die Fachstelle ist eine Servicestelle für alle ProfessionistInnen der Jugendarbeit, Pädagogik, Sozialarbeit, Medizin, Lehrlingsausbildung etc. für Fragen der Suchtvorbeugung, steht aber auch allen an Suchtprävention Interessierten offen.
- Die Fachstelle ist aber auch eine Informationsstelle für ExpertInnen der Suchtprävention, die koordinierende und vernetzende Funktion hat und „state of the art“ der Suchtvorbeugung garantiert.
- Die Fachstelle kann Suchtvorbeugungsprojekte nicht nur inhaltlich-fachlich, sondern auch finanziell unterstützen, wenn auch nicht voll finanzieren.

- Die Fachstelle fühlt sich verantwortlich für die Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung von Aktivitäten der Suchtvorbeugung in NÖ.
- Die Fachstelle ist neben der allgemeinen Suchtvorbeugung auch zuständig für die spezielle Suchtvorbeugung für gefährdete Jugendliche und Erwachsene, ausgenommen Behandlung, Therapie und Rehabilitation.
- In allen Bereichen führt die Fachstelle nur in Ausnahmefällen selbst Projekte durch, sondern vermittelt, unterstützt, koordiniert und vernetzt bestehende Initiativen und einzelne ExpertInnen der Suchtvorbeugung.
- Langfristiges Ziel ist die Installierung regionaler ProfessionistInnen für Suchtvorbeugung, die möglichst dezentral Aufgaben der Suchtvorbeugung wahrnehmen.

5.7.2 Konkrete Projekte

5.7.2.1 Kindergarten

Beginnend mit dem Schuljahr 1999/2000 erfolgt ein Projektstart zum Thema „Suchtvorbeugung im Kindergarten“. Hierbei werden KindergartenleiterInnen in den vier Regionen Niederösterreichs ausgebildet, und in weiterer Folge auch Projekte in ganz NÖ durchgeführt werden.

5.7.2.2 Volksschule

Bereits seit 1998 unterstützt und fördert die Fachstelle das Animations- und Mitspieltheater „Viktoria hat Geburtstag“, das zur Suchtprävention in Volks- und Sonderschulen konzipiert wurde und bereits in über 50 Volksschulen in ganz NÖ aufgeführt wurde.

Diese Aufführungen, die direkt an den Schulen durchgeführt werden, beinhalten nicht nur das Mitspieltheater für die Kinder, sondern auch eine pädagogische Nachbetreuung und einen Elternabend.

Weiters wurde das Stück im Rahmen einer Weiterbildungsveranstaltung für VolksschullehrerInnen am 1.10.1999 einem breiten Publikum mit großem Erfolg vorgestellt.

5.7.2.3 Suchtvorbeugung mit Lehrlingen

Basierend auf einem Modellprojekt für Lehrlinge der Firma Geberit, das Methoden aus der Suchtprävention durch erlebnispädagogische Elemente verstärkte, wird dieses Projekt nun auch in anderen Betrieben durchgeführt.

Diese beinhalten neben der Hauptveranstaltung mit den Lehrlingen (dreitägige erlebnispädagogische Out-door-Veranstaltung mit suchtspezifischen Workshops) noch einen Workshop mit den Ausbildungsleitern und in der Nachbearbeitung einen Elternabend.

5.7.2.4 Betriebe

Ein Projekt zur Suchtvorbeugung in Betrieben befindet sich in der Anfangsphase.

Hier ist das Ziel, in Betrieben Ansprechpartner für Fragen der Suchtprävention auszubilden, die (unter fachlicher Begleitung) in ihrem Bereich die Belange der primären Suchtvorbeugung vertreten sollen.

Dieses Projekt befindet sich derzeit noch in der Planungsphase.

5.7.2.5 Suchtvorbeugung in der Gemeinde

Gemeinsam mit dem Katholischen Familienverband der Diözese St. Pölten läuft seit 1999 ein zweijährig angelegtes Projekt zum Thema „(Sehn-)Sucht und Familie, Familie auf der Suche“ zur Sucht- und Sektenprävention.

Dieses Projekt verfolgt das Ziel der Fortbildung von Pfarr-ReferentInnen in der Pfarrgemeinde, die oft erste AnsprechpartnerInnen zum Thema Sucht in der Gemeinde sind und die Suchtprävention „vor Ort“ in überschaubaren Regionen organisieren können und im Rahmen seiner/ihrer Möglichkeiten präventiv tätig werden.

5.7.2.6 Sekundärprävention mit Jugendlichen

Seit 1999 bieten wir in der Region Waldviertel Mobile Jugendarbeit an, die als Schwerpunkt Sekundärprävention bei Veranstaltungen hat.

Eine Ausweitung der Sekundärprävention auf alle vier Regionen NÖ mit fix in den Regionen installierten SozialarbeiterInnen ist in der Planungsphase.

Weiters wird die Sekundär- und Primärprävention auf Rock'n Roll- und Rave-Veranstaltungen in NÖ aufgrund des erfolgreichen Pilotprojekts weiterhin forciert und ausgebaut.

5.7.2.7 MultiplikatorInnenschulungen

In Zusammenarbeit dem Pädagogischen Institut des Landes NÖ wurden und werden mehrteilige Fortbildungsveranstaltungen für Pflichtschul-LehrerInnen und für LehrerInnen von höheren Schulen durchgeführt.

In einem weiteren Block werden dann die an den Schulen durchgeführten Projekte reflektiert und die LehrerInnen bei der kontinuierlichen Fortsetzung suchtpräventiver Maßnahmen unterstützt.

Auch die Fort- und Weiterbildungen von KindergärtnerInnen und JugendleiterInnen haben einen kontinuierlichen Prozess von Suchtvorbeugung in den jeweiligen Bereichen zum Ziel, wobei bei den KindergärtnerInnen ein wichtiger Schwerpunkt auch bei der Wichtigkeit von Elternarbeit liegt.

5.7.2.8 Informationstag zur Suchtprävention in NÖ

Anlässlich der Europäischen Woche für Suchtprävention führten wir am 4.3.1999 im Vienna International Center einen Informationstag zur Suchtprävention in NÖ durch, für den wir nicht nur internationale Referenten gewinnen konnten, sondern wo auch niederösterreichische Modellprojekte präsentiert wurden.

5.8 Kärntner Koordinationsstelle für Suchtprävention Kärnten

Adresse: Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12
Hasnerstraße 8, A-9020 Klagenfurt

Gründung: 1995

Träger: Amt der Kärntner Landesregierung,
Abt. 12 Landessanitätsdirektion

Rechtsform: integriert in die Landesregierung

Leiterin: Dr. Barbara Drobesh-Binter

Personalplanstellen:

- 1 Leiterin (20 Std.)
- 1 Mitarbeiterin (40 Std.)
- 1 Mitarbeiter (Werkvertrag)
- 1 Sekretärin (20 Std.)

5.8.1 Charakterisierung der Einrichtung

Die Koordinationsstelle für Suchtprävention wurde im Rahmen der Unterabteilung Gesundheitsförderung und Sozialmedizin eingerichtet und ist in ihrer Arbeit eng mit Strategien und Projekten der Gesundheitsförderung verbunden, woraus sich auch eine Schwerpunktsetzung in der primären Suchtprävention ableitet.

Die Koordinationsstelle versteht sich als Anlaufstelle für Personen und Institutionen aus dem pädagogischen, psychosozialen und sozialmedizinischen Bereich.

Angebot:

- Projektberatung und -begleitung in Schulen
- Aus- und Fortbildung von Multiplikatoren
- Erstellung von Arbeitsmaterialien
- Workshops, Vorträge und Seminare in Kooperation mit anderen Einrichtungen

5.8.2 Konkrete Projekte

5.8.2.1 Projekt „Suchtprävention als bedarfsorientiertes Angebot im Rahmen struktureller Gesundheitsförderung“

Basis dieses Projekts bildet die Verknüpfung der Bereiche Gesundheit, Soziales sowie Orts- und Regionalentwicklung als Grundlage für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen. Eingebettet in einen vorerst für zwei Jahre anberaumten Entwicklungsprozess (in zwei ausgewählten Bezirken) sollen suchtpreventive Maßnahmen, den regionalen Bedürfnissen angepasst, umgesetzt bzw. weiter entwickelt werden.

5.8.2.2 Projekt „Theaterarbeit in der Suchtprävention“:

In Kooperation mit zwei Schauspielerinnen haben Schulklassen die Möglichkeit, sich mit dem Thema Sucht kreativ auseinander zu setzen. Voraussetzung für die Möglichkeit, sich an diesem Projekt zu beteiligen, ist die Bereitschaft von mindestens drei LehrerInnen der jeweiligen Klasse, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen und es im Unterricht kontinuierlich im Rahmen eines Projekts aufzuarbeiten. Danach findet ein viertägiger Workshop statt, in dem die SchülerInnen Gelegenheit haben, ihre eigene Theaterszene zu kreieren und umzusetzen und abschließend vor Publikum aufzuführen. Der gesamte Arbeitsprozess (Dauer ca. vier Monate) wird von der Koordinationsstelle für Suchtprävention begleitet. Durch die hohe Akzeptanz dieses Projekts seitens der Lehrerschaft ist es möglich, in den Projektschulen auch nachhaltig mit Aktivitäten zur psychosozialen Gesundheit wirksam zu sein.

5.9 Burgenländische Fachstelle für Suchtprävention

Adresse: Amt der Burgenländischen Landesregierung,
Abteilung Gesundheit, Hauptstraße 43/2/5, A-7000 Eisenstadt

Gründung:

Im Burgenland ist die Suchtpräventionsfachstelle seit 2000 in der Abteilung Gesundheit der Landesregierung angesiedelt; darüber hinaus werden Suchtpräventionsaufgaben im Burgenland von den Drogenberatungsstellen des Psychosozialen Dienstes (PSD) wahrgenommen.

Kontaktpersonen: Mag. Beate Falbesoner, Dr. Gerlinde Stern-Pauer

5.9.1 Charakterisierung der Einrichtung

In folgenden Tätigkeitsbereichen wird Präventionsarbeit geleistet:

Kindergartenbereich:

- Fortbildung für Kindergartenpädagoginnen
- Projekt „Spielzeugfreier Kindergarten“ in bisher 9 Kindergärten
- Elternabende

Schulbereich:

- Vortragstätigkeit in Schulen (für SchülerInnen)
- Projektbegleitung zum Thema „Suchtentwicklung“
- LehrerInnenfortbildung

Tagungen, Broschüren „Alles okay“

6. Anhang

6.1 Name der StudienteilnehmerInnen und Anschrift der Einrichtung

6.1.1 An der Studie beteiligte MitarbeiterInnen der Fachstellen

1. Mag. Anne Arends - Akzente Suchtpräventionsstelle (zurzeit in Karenz)
Glockengasse 4c, A-5020 Salzburg
Tel.: +43 662 849291 44, Fax: +43 662 849291 16,
E-Mail: a.arends@akzente.net
2. Margot Brandstetter - Institut für Suchtprävention
Mozartstraße 43, A-4020 Linz
Tel.: +43 732 778939, Fax: +43 732 778936 23,
E-Mail: info@praevention.at, brandstetterm@praevention.at
3. Dr. Barbara Drobesh - Amt der Kärntner Landesregierung Abteilung 12
Hasnerstraße 8, A-9020 Klagenfurt
Tel.: +43 4635 1374334, Fax: +43 4635 1374338,
E-Mail: post.abt12@ktn.gv.at
4. DSA Kurt Fellöcker - Fachstelle für Suchtvorbeugung und
Bundesakademie f. Sozialarbeit
Schulring 18, A-3100 St. Pölten
Tel.: +43 2742 74287 privat: +43 2749 8907, Fax: +43 2749 8907,
E-Mail: sozak@via.at
5. Rudolf Ferder - VIVID - Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 823300,
E-Mail: vivid@stmk.volkshilfe.at
6. DSA Silvia Franke - Institut für Suchtprävention der Stadt Wien
Alserstr. 20/6, A-1090 Wien
Tel.: +43 1 53114 85810, Fax: +43 1 53114 7977,
E-Mail: isp@M15.magwien.gv.at
7. Mag. Gerhard Gollner - kontakt&co, Suchtpräventionsstelle Tirol
Bürgerstr. 18, A-6020 Innsbruck
Tel.: +43 512 585730, Fax: +43 512 5873020,
E-Mail: gerhard.gollner@kontaktco.at

8. DSA Karin Gugl - VIVID - Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 823300, Fax: +43 316 823 300 5,
E-Mail: vivid@stmk.volkshilfe.at
9. Irene Hassler - VIVID - Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 823300,
E-Mail: vivid@stmk.volkshilfe.at
10. Martin Hefel - SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe
Moosmahdstraße 4, A-6850 Dornbirn
Tel.: +43 5572 55155, Fax: +43 5572 55155 15,
E-Mail: martin.hefel@supro.vol.at
11. DAS Christine Hilpert - VIVID - Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 823300,
E-Mail: vivid@stmk.volkshilfe.at
12. Birgit Jung - Fachstelle für Suchtvorbeugung -
Geschäftsführerin des Gesundheitsforums NÖ
Wipplingerstraße 31/8, A-1010 Wien
Tel.: +43 1 5350111 0, Fax: +43 1 5350111 19,
E-Mail: gfnoe@netway.at
13. DSA Claudia Kahr - VIVID - Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Sachs-Gasse 12/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 823300, Fax: +43 316 823 300 5,
E-Mail: vivid@stmk.volkshilfe.at
14. DSA Christoph Lagemann - Institut für Suchtprävention
Mozartstraße 43, A-4020 Linz
Tel.: +43 732 778936, Fax: +43 732 778936 20,
E-Mail: info@praevention.at,lagemannc@praevention.at
15. Mag. Karl-Heinz Marent - SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe
Moosmahdstraße 4, A-6850 Dornbirn
Tel.: +43 5572 55155, Fax: +43 5572 55155 15,
E-Mail: karlheinz.marent@supro.vol.at, charly@marent.vol.at
16. Mag. Doris Nowak-Schuh - Institut für Suchtprävention der Stadt Wien
Alserstraße 20, A-1090 Wien
Tel.: +43 1 5311485 812, Fax: +43 1 53114 7977,
E-Mail: noa@M15.magwien.gv.at

17. Mag. Dagmar Philipp - Akzente Suchtpräventionsstelle (zurzeit in Karenz)
Glockengasse 4c, A-5020 Salzburg
Tel.: +43 662 849291 44, Fax: +43 662 849291 16,
E-Mail: d.philipp@akzente.net
18. Mag. Beate Regensburger-Hasslwanger - kontakt&co,
Suchtpräventionsstelle Tirol
Bürgerstr. 18, A-6020 Innsbruck
Tel.: +43 512 585730, Fax: 435125873020,
E-Mail: beate.regensburger-hasslwanger@kontaktco.at
19. Mag. Nicole Rögl - Akzente Suchtpräventionsstelle
Glockengasse 4c, A-5020 Salzburg
Tel.: +43 662 849291 44, Fax: +43 662 849291 16,
E-Mail: n.roegl@akzente.net
20. Dr. Rainer Schmidbauer - Institut für Suchtprävention
Mozartstraße 43, A-4020 Linz
Tel.: +43 732 778937, Fax: +43 732 778936 21,
E-Mail: info@praevention.at,
schmidbauerr@praevention.at
21. Siegfried Unger - Institut für Suchtprävention
Mozartstraße 43, A-4020 Linz
Tel.: +43 732 778938, Fax: +43 732 778936 22,
E-Mail: info@praevention.at, ungers@praevention.at

6.1.2 Weitere an der Studie beteiligte ExpertInnen

22. Urs Abt - Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich
Röntgenstraße 44, CH-8005 Zurich
Tel.: +41 1 44450 35 or (44), Fax: +41 1 444 50 33,
E-Mail: urs.abt@sup.stzh.ch
23. Stefan Brühlhart - (früher in: Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich)
Kanzleistrasse 109, CH-8004 Zurich
Tel.: +41 1 2418150, Handy: +41 79 6367503), Fax: +41 1 2418150,
E-Mail: stefan_bruelhart@csi.com
24. Bernd Dembach - Thüringer Koordinationsstelle Suchtprävention (TKS)
Dubliner Straße 12, D-99091 Erfurt
Tel.: +49 361 7464564, Fax: +49 361 7920640,
E-Mail: tks.thueringen@t-online.de

25. Marie-Luise Ernst - Altelier für Organisationsberatung und Fortbildung
Rohrmatt 21, CH-3126 Kaufdorf
Tel.: +41 5031 8093129

26. Dipl.Soz. Peter Faber - Psychosoziale Beratungsstelle für Alkohol- und
Medikamentenprobleme
Höllstraße 17, A-4020 Radolfzell
Tel.: +43 4977 3296043

27. Mag. Beate Falbesoner - Drogenberatungsstelle Eisenstadt
Hauptstraße 43/2, A-7000 Eisenstadt
Tel.: +43 2682 62958, Fax: +43 2682 62958 4,
E-Mail: psd@bnet.at

28. Ass. Dr. Christian Fazekas - Universitätsklinik für
Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Auenbruggerplatz 39, A-8036 Graz
Tel.: +43 316 3853045, Fax: +43 316 3853155,
E-Mail: christian.fazekas@kfunigraz.ac.at

29. Dr. Franziska Feldinger - Drogenambulanz Landesnervenklinik Salzburg
Ignaz-Harrer-Str. 79, A-5020 Salzburg
Tel.: +43 662 4483, Fax: +43 662 4483 4604

30. Dr. Beatrix Haller - BMUK, Abt. V/3
Minoritenplatz 5, A-1014 Wien
Tel.: +43 1 53120 2533, Fax: +43 1 53120 2599,
E-Mail: beatrix.haller@bmuk.gv.at

31. Rainer Hoffmann - Präventionsstelle an der Fachambulanz für Suchtkranke
Wittelsbacher Str. 10b, D-83435 Bad Reichenhall
Tel.: +49 8651 9585 0,
E-Mail: suchtambulanz-BGL@t-online.de

32. OA. Dr. Ewald Höld - Anton Proksch Institut
Mackgasse 7-11, A-1237 Wien
Tel.: +43 1 8882533 185, Fax: +43 1 888 41 69 75,
E-Mail: dr.hoeld@Nnet.at

33. Engelbert Horwath - Bundespolizeidirektion Wien Kriminalpolizeilicher
Beratungsdienst/ Jugendpolizei / Suchtprävention
Damböckgasse 4, A-1060 Wien
Tel.: +43 1 52102 4492, Fax: +43 1 521 02 4480,
E-Mail: viva@austriaone.at

34. Winfried Janisch
Babenbergerstraße 7/3/23, A-2340 Mödling
Tel.: +43 2236 28728,
E-Mail: wjanisch@via.at
35. Walter Kern - Pestalozzianum
Beckenhofstraße 31-37, CH-8035 Zurich
Tel.: +41 1 3684545, Fax: +41 1 3684545 01,
E-Mail: walter.kern@pestalozzianum.ch
36. Gerald Koller - Büro Vital
Sierningerstr. 12, A-4400 Steyr
Tel.: +43 7252 86780, Fax: +43 7252 86780,
E-Mail: buerovital@aon.at
37. Dr. Christoph Kröger - Institut für Therapieforschung (IFT)
Parzivalstr. 25, D-80804 Munich
Tel.: +49 89 360804 80, Fax: +49 89 360804 59,
E-Mail: kroeger@ift.de
38. Drs. Han Kuipers - (früher in: Trimbo's-Institute)
P.O.Box 725, NL-3500 AS Utrecht
Tel.: +31 30 2971100, Fax: +31 30 2971111,
E-Mail: hkuipers@trimbos.nl
39. Claudia Meier - Universität Bern, Abt. für Gesundheitsforschung
Niesenweg 6, CH-3012 Bern
Tel.: Sek. +41 31 631 35 12, Job: +41 31 631 35 26,
Fax: +41 31 631 34 30,
E-Mail: meier@ispm.unibe.ch
40. Dr. Thérèse Michaelis - Centre de prévention des toxicomanies
3 rue du Fort Wallis, L-2714 Luxembourg
Tel.: +352 497777, Fax: +352 408993,
E-Mail: cept@ong.lu
41. Mag. Eva Mitterbauer - Gesundheitsförderungszentrum am Pädagogischen
Institut des Bundes in Wien
Grenzackerstraße 18, A-1100 Wien
Tel.: +43 1 60118 4267, Fax: +43 1 60118 4267,
E-Mail: gfz@pib-wien.ac.at

42. Dr. Guido Nöcker - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimerstraße 220, D-51109 Köln
Tel.: +49 221 8992247, Fax: +49 221 8992300,
E-Mail: flaetgen@mail.bzga.de
43. Helga Oberarzbacher - Drogenkoordination
Amt der Tiroler Landesregierung, Landhaus
Maria Theresienstraße 43, A-6020 Innsbruck
Tel.: +43 512 508260, Fax: +43 512 5082595,
E-Mail: h.oberarzbacher@tirol.gv.at
44. Prof. Klaus Pfeifer - Pädagogische Akademie
Lichtensteinstr. 33, A-6900 Feldkirch
Tel.: priv: +43 5522 41164, Job: +43 5522 73659 18, Fax: +43 5522 41164,
E-Mail: pfeifer.klaus@cable.vol.at
45. Angelika Püspök - Verein Viva
Iglesegasse 24, A-2380 Perchtoldsdorf
Tel.: +43 1 8654321, Fax: +43 1 8965197,
E-Mail: viva@austriaone.at
46. Mag. Christian Reumann
Hauptstraße 43/2/5, A-7000 Eisenstadt
Tel.: +43 2682 62958, Fax: +43 2682 629584
47. Dr. Franz Riedel - Kurzzeittherapiestation Lukasfeld
Herrengasse 41, A-6812 Meiningen
Tel.: +49 5522 39390 0
48. Helmut Schober - Jugend- und Drogenberatungsstelle "Circle"
Richard Wagner Straße 3, A-4600 Wels
Tel.: +43 7242 45274, Fax: +43 7242 235 1761
49. DSA Ilse Schrammel - Drogenberatung Graz
Leonhardstraße 84/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 326044, Fax: +43 316 384189,
E-Mail: drogenberatung@styria.com
50. Margot Sokopp
Karl-Steuer Straße 2, A-2721 Bad Fischau
Tel.: +43 2639 2761, Handy: 0664 3012655, Fax: + 43 2639 2761,
E-Mail: m.sokopp@mycity.at

51. Mag. Michaela Stanglauer
Ziegelweg 2, A-3292 Gaming
Tel.: +43 7485 97711 (Job) od. 98778 (priv.), Fax: +43 7485 98778,
E-Mail: mst@sportshop-total.com
52. Werner Tauber - Bundespolizeidirektion Wien
Kriminalpolizeilicher Beratungsdienst/ Jugendpolizei / Suchtprävention
Damböckgasse 4, A-1060 Wien
Tel.: +43 1 52102 4491, Fax: +43 1 52102 4480
53. Mag.Dr. Heinz Tippl
Matthäus Kahrgasse 1, A-8114 Friesach
Tel.: +43 3127 2347, Fax: +43 3127 2347
54. Dr. Elke Tholen - Drogenberatung Graz
Leonhardstraße 84/II, A-8010 Graz
Tel.: +43 316 326044, Fax: +43 316 384189,
E-Mail: drogenberatung@styria.com
55. DSA Harald Wieser - BH Korneuburg Jugendabteilung,
(früher in: NÖ Fachstelle für Suchtvorbeugung)
Bankmannring 5, A-2100 Korneuburg
Tel.: +43 2262 705,
E-Mail: harry.wieser@ics.at
56. OA.Dr. Roland Wölfle - Krankenhaus Maria Ebene
Maria Ebene 17, A-6820 Frastanz
Tel.: +43 5522 72746

6.1.3 Wissenschaftliche Koordination und Endtext

Prof. Dr. Alfred Springer - Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung
(LBISucht)
Mackgasse 7-11, A-1237 Wien
Tel.: +43 1 88010 112, Fax: +43 1 88010 77,
E-Mail: alfred.springer@api.or.at

Dr. Alfred Uhl - Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht)
Mackgasse 7-11, A-1237 Wien
Tel.: +43 1 88010 951, Fax: +43 1 88010 956,
E-Mail: alfred.uhl@api.or.at

6.2 Beurteilung des Delphi Projekts durch die TeilnehmerInnen

In Verbindung mit dem vierten und letzten Durchgang der Delphistudie sind alle Beteiligten ersucht worden anonym, im Sinne einer immanenten Evaluation des Projekts, durch Ankreuzen eines Fragebogens ein Urteil über den Delphiprozess, an dem sie teilgenommen hatten, und über die Ergebnisse dieses Prozesses abzugeben. Die Befragung erfolgte auf einer 5-stufigen Skala analog zu Schulnoten, wo „1“ die für das Projekt positivste und „5“ die für das Projekt negativste Beurteilung bedeutet.

Im Zuge der Auswertung wurde der Durchschnittswert aus den Skalierungen in einer Art und Weise linear transformiert, dass 100% die beste mögliche Beurteilung (wenn ausschließlich der Wert „1“ gewählt wurde) und 0% die schlechteste mögliche Beurteilung (wenn ausschließlich der Wert „5“ gewählt wurde) repräsentiert. Die Anzahl jener 57 Beteiligten, die zu einer Frage Stellung bezogen haben, ist in Klammern angeführt. Die folgenden Statements sind, aus Gründen der Übersichtlichkeit, nach dem Grad der Zustimmung geordnet.

- Die Ergebnisse der Delphistudie sind für Personen, die im Bereich der Suchtprävention arbeiten, hilfreich.
trifft sehr zu (1) - (2) - (3) - (4) - (5) trifft gar nicht zu
Ergebnis: 84% (n=30 von 57)
- Alles in allem beurteile ich die Ergebnisse der Delphistudie positiv.
trifft sehr zu (1) - (2) - (3) - (4) - (5) trifft gar nicht zu
Ergebnis: 79% (n=30 von 57)
- Durch meine Beteiligung an der Delphistudie sind mir die exakte Bedeutung und unterschiedliche Bedeutungen von „präventionsrelevanten Begriffen“ bewusster geworden.
trifft sehr zu (1) - (2) - (3) - (4) - (5) trifft gar nicht zu
Ergebnis: 77% (n=30 von 57)
- Durch meine Beteiligung an der Delphistudie sind mir präventionsrelevante implizite Konzepte bewusster geworden.
trifft sehr zu (1) - (2) - (3) - (4) - (5) trifft gar nicht zu
Ergebnis: 75% (n=30 von 57)
- Durch die Delphistudie sind die StudienteilnehmerInnen dem Ziel „Weiterentwicklung der theoretischen Basis und Struktur der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention“ deutlich näher gekommen.
trifft sehr zu (1) - (2) - (3) - (4) - (5) trifft gar nicht zu
Ergebnis: 69% (n=27 von 57)
- Meine ursprünglichen Erwartungen an die Delphistudie wurden durch die Ergebnisse erfüllt.
trifft sehr zu (1) - (2) - (3) - (4) - (5) trifft gar nicht zu
Ergebnis: 69% (n=30 von 57)

6.3 Letzte Fragebogenfassung und Antwortmuster der TeilnehmerInnen

In der ausführlichen Fassung dieser Publikation wird im Kap. 6.3 der vierte und zugleich letzte Durchgang der Delphistudie, mit den Zustimmungs- und Ablehnungsraten zu den in dieser Phase noch existierenden kontroversiellen Inhalten dargestellt. Diese Darstellung ist vor allem für Personen von Interesse, die den zugrundeliegenden Delphiprozess inhaltlich nachvollziehen möchten. Da Kap. 6.3 zwangsläufig in weiten Teilen identisch mit dem inhaltlichen Ergebnis der Studie in Kap. 3 ist, und da diese Redundanzen für den Großteil der primär inhaltlich orientierten Leser kaum von großem Interesse sein dürften, wurde beschlossen, in der vorliegenden Buchform des Berichtes auf die Inhalte des Kap. 6.3 zu verzichten. Personen, die an der ausführliche Fassung des Berichtes interessiert sind, können diesen gratis über die Homepage des LBI-Sucht: „<http://www.api.or.at/lbi>“ herunterladen oder über folgende Kontaktadresse bestellen: „Dr. Alfred Uhl, Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Mackgasse 7-11, A-1237 Wien, Tel: +43-(0)1-88010-950, FAX: +43-(0)1-88010-956, E-Mail: alfred.uhl@api.or.at“.

7. Literatur

- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- BZgA (Hrsg.) (1993): *Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs*. Eigenverlag, Köln
- Caplan, G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York
- Dalkey, N.; Helmer, O. (1963): *An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts*. *Management Science*, 9, 3
- Dembach, B.; Hüllinghorst, R. (1997): *Modellprogramm Mobile Drogenprävention*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 85, Baden-Baden
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern
- Dorn, N. (1990): *British Policy on Prevention*. In: Ghodse, H.A.; Kaplan, C.D.; Mann, R.D. (ed.): *Drug Misuse and Dependence*. The Parthenon Publishing Group, New Jersey
- Duden (1997): *Fremdwörterbuch - Duden Band 5*. Dudenverlag, Mannheim
- Duden (1989): *Herkunftswörterbuch - Duden Band 7*. Dudenverlag, Mannheim
- Gutzwiler, F.; Jeanneret, O. (Hrsg.) (1996): *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Huber, Bern
- Hildebrandt, H. (1997): *Psychyrembel - Klinisches Wörterbuch (258. Auflage)*. Walter de Gruyter, Berlin
- Jessor, R.; Jessor, S. (1983): *Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums*. In: Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg.): *Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen*. Beltz, Weinheim
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (Hrsg.) (2000): *Handbuch der Evaluationsstandards*. Leske + Budrich, Opladen
- Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H.U.; Kendler, K.S. (1994): *Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19

- Künzel-Böhmer, J.; Bühringer, G.; Janik-Konecny, T. (1993): Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauches. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden
- Lindstone, H. A.; Turroff, M. (1975): The Delphi Method: Techniques and Applications. Addison-Wesley, Massachusetts
- Meier, C.; Schwab, I.; Cloetta, B.; Abel, T. (1997): Grundlagen zur Suchtprävention im Kanton Bern Dokument 1-5, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung, Bern
- ÖSTAT (1999): Todesursachenstatistik 1955 – 1997: unveröffentlichte Sonderauswertung. ÖSTAT, Wien
- Seidler, D.; Uhl, A. (1997): Estimating the Number of Opiate Users in Vienna. In: Hay, G.; McKeganey, N.; Birks, E. (eds.): Methodological Pilot Study of Local Level Prevalence Estimates. EMCDDA, Lisbon
- SFA & Plus (1994): Vom Straucheln, Strudeln und Sprudeln. Baukasten zur Suchtprävention für die Oberstufe. SFA Verlag, Lausanne.
- Springer, A. (2000): Drogen und Drogenmissbrauch, Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung, 2. aktualisierte und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien
- Springer, A.; Uhl, A. (1993): Suchtgiftprävention in der Schule. BMUK, Wien
- Springer, A.; Uhl, A.; Widensky, K. (1996): Schüler und Drogen in Österreich: Wissen, Erfahrungen, Einstellungen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 19, 1/2
- Uhl, A. (1998): Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs: Definitions - Concepts - Problems. In: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. A COST-A6 Publication. European Commission Social Sciences, Brussels
- Uhl, A. (1999a): Evaluation. In: Stimmer, F. (Hrsg): Suchtlexikon. Oldenburg, München
- Uhl, A. (1999b): Ten Recommendations Relating to Illicit Drugs. In: Weil, O.; McKee, M.; Brodin, M.; Oberlé, D. (eds): Priorities For Public Health Action in the European Union. SFSP, Paris
- Uhl, A., Seidler, D. (2000): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. LBISucht, Wien

- Uhl, A.; Kobra, U. (2001): Alkoholkonsum und Alkoholismus in Österreich. In: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg.): Alkohol am Arbeitsplatz. Orac, Wien
- Uhl, A.; Kopf, N.; Springer, A.; Eisenbach-Stangl, I.; Kobra, U.; Bachmayer, S.; Beiglböck, W.; Preinsberger, W.; Mader, R. (2001): Handbuch Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends, zweite überarbeitete und ergänzte Auflage 2001. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (2000): Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtvorbeugung. In: Fellöcker, K.; Franke, S.(Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich. Springer, Wien
- WHO (1984): The WHO-Constitution. WHO, Geneva
- WHO (1986): Ottawa Charter. WHO, Geneva

Zum Thema „**Professionelle Suchtprävention in Österreich**“ wurde von den österreichischen Fachstellen für Suchtprävention unter fachlicher Leitung des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung in Kooperation mit dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen eine umfassende Bestandsaufnahme der relevanten Präventionskonzepte und Begriffssysteme durchgeführt. Sie bietet allen an Suchtprävention interessierten Personen einen leicht fassbaren Überblick über die elementaren, konzeptuellen und sprachlichen Grundlagen der modernen Suchtprävention.
