

FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

# SUCHTPRÄVENTION IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Grundlagen und Konzeption

**BAND 24**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**BZgA**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden z.B. Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

**FORSCHUNG UND PRAXIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG**  
**BAND 24**

# **SUCHTPRÄVENTION IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND**

**Grundlagen und Konzeption**

Bettina Schmidt

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 24  
Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland  
Grundlagen und Konzeption  
Köln: BZgA, 2004

Herausgeberin:  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln  
Tel.: 02 21/8992-0  
Fax: 02 21/8992-300  
E-Mail: [bettina.schmidt@bzga.de](mailto:bettina.schmidt@bzga.de)

Projektleitung: Bettina Schmidt

Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion: Katharina Salice-Stephan, Willich  
Lektorat: René Zey, Frechen  
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen  
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 2500  
Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-933191-98-X

Band 24 der Fachheftreihe ist erhältlich  
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,  
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 624 000

# Vorwort

Legal und illegaler Drogengebrauch gehören zu den zentralen gesundheitlichen Risiken für eine Bevölkerung. Während der Alkohol- und Zigarettenkonsum zur alltäglichen Realität in fast allen Altersgruppen geworden ist, gehört der Konsum illegaler Drogen zum üblichen Experimentierverhalten insbesondere während des Jugendalters und Erwachsenwerdens. Suchtpräventive Aktivitäten sind darauf gerichtet, hier gegensteuernd einzugreifen und Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu einem gesundheitsförderlichen Umgang mit suchtrelevanten Stoffen und Verhaltensweisen zu befähigen.

Das vorliegende Fachheft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet einen grundlegenden Überblick über die Möglichkeiten und Grenzen der Suchtprävention in Deutschland. Ziel des Fachheftes ist es, aktuelle wissenschaftliche und praxisrelevante Kenntnisse zur Suchtprävention darzustellen, um auf dieser Grundlage beste suchtpräventive Praxis in Deutschland einführen zu können. Das Fachheft richtet sich vornehmlich an in der Suchtprävention tätige Fachleute aus Wissenschaft, Praxis und Politik. Es ist darauf gerichtet, alle interessierten Akteure über den gegenwärtig verfügbaren Wissensstand zur Suchtprävention zu informieren und qualifizierte Unterstützung für die tägliche Arbeit zu bieten.

Neben einem aktuellen Überblick über die gegenwärtig verfügbare nationale und internationale Literatur zur Suchtprävention illustriert das Fachheft die Suchtpräventionsstruktur in Deutschland mit allen relevanten Akteuren. Darüber hinaus sind in dem Fachheft die „Grundlagen zur Suchtprävention“ aufgeführt. Sie stellen die aktualisierte Fassung der „Leitlinien zur Suchtprävention“ dar, die 1993 im „Bund-Länder-Koordinierungsausschuss Suchtprävention“ erarbeitet und nun erneut beraten wurden. Als konkrete Handlungsempfehlungen bieten diese Grundlagen eine tragfähige Entscheidungshilfe für die berufliche Praxis.

Ich hoffe, dass das Fachheft auf Interesse in der Fach- und Laienöffentlichkeit stößt und wirksame Unterstützung leistet bei der Implementierung bester suchtpräventiver Praxis.

Köln, im Mai 2004

Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung



# Steckbrief des Projekts

---

Projekttitel:	Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland Grundlagen und Konzeption
Ziele:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen und praxisrelevanten Kenntnisse zur Suchtprävention</li><li>• Beschreibung der Suchtpräventionsstruktur in Deutschland mit allen relevanten Akteuren</li><li>• Darstellung der „Grundlagen für die Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen“ als konkrete Handlungsempfehlungen</li></ul>
Methode:	Darstellung des aktuellen theoretischen und empirischen Wissensstands
Autorin:	Bettina Schmidt
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln Tel.: +49(0)221/89 92-0; Fax: +49(0)221/89 92-3 00

---

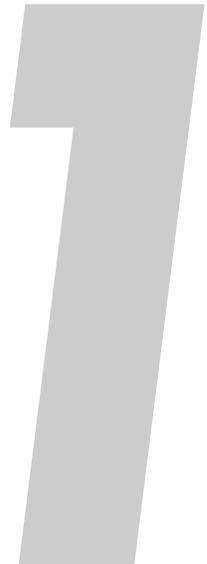


# Inhaltsverzeichnis

<b>1. DER PROGRAMMATISCHE UND KONZEPTIONELLE RAHMEN EINER ZEITGEMÄSSEN SUCHTPRÄVENTION</b>	9
1.1 Die Suchtprävention unter wissenschaftlicher Perspektive	11
1.2 Wirksamkeit von Suchtprävention: Möglichkeiten und Grenzen der Beweisbarkeit	15
<b>2. DIE STRUKTUREN DER SUCHTPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND</b>	21
2.1 Bundesebene	24
2.2 Länderebene	26
2.3 Kommunale Ebene	27
2.4 Gesundheitswesen	27
2.5 Bildungs-, Arbeits- und Freizeitsektor	29
<b>3. SUCHTPRÄVENTION ALS THEMEN- UND HANDLUNGSFELD DER BZgA</b>	33
3.1 Der Auftrag der BZgA	34
3.2 Der konzeptionelle und programmatische Rahmen suchtpreventiver Arbeit der BZgA	35
3.3 Suchtpreventives Handeln der BZgA	39
3.3.1 Zentrale Zielebenen	40
3.3.2 Zentrale Handlungsbereiche	42
3.3.2.1 Kommunikation auf massenmedialer und personaler Ebene	42
3.3.2.2 Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung	46
3.4 Erreichte Ziele und verbleibende Potenziale	51
<b>4. GRUNDLAGEN FÜR DIE PLANUNG UND UMSETZUNG SUCHTPRÄVENTIVER MASSNAHMEN</b>	57
<b>5. ANHANG</b>	65
5.1 Literatur	66



**DER PROGRAMMATISCHE  
UND KONZEPTIONELLE  
RAHMEN EINER  
ZEITGEMÄSSEN SUCHT-  
PRÄVENTION**



Suchtprävention ist seit vielen Jahren ein wichtiges Thema in der Diskussion über gesundheitsgerechte Lebensweisen und gesundheitsförderliche Lebenslagen. Zentrales Ziel suchtpreventiven Handelns ist es, die mit dem schädlichen Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen assoziierten Krankheiten und vorzeitigen Todesfälle so weit wie möglich zu verringern. So kommt es in Deutschland jährlich zu schätzungsweise 110.000 bis 140.000 tabakbedingten (Junge, 2001) und zu etwa 40.000 bis 70.000 alkoholbedingten (Meyer und John, 2001) Todesfällen. Rund 2000 Todesfälle stehen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen (Statistisches Bundesamt, 2002).<sup>1</sup> Zahlreiche Krankheitsfälle sind ebenfalls die Folge des Missbrauchs legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen.

Neben der Verminderung der Krankheits- und Todesfälle ist die Suchtprävention dem Ziel verpflichtet, auch jene negativen Begleitfolgen des Missbrauchsverhaltens zu minimieren, die nicht unmittelbar gesundheitsbezogen sind. Hierzu zählen zum Beispiel Beschaffungskriminalität, Gewalt in der Familie und ungewollte Teenagerschwangerschaften.

Eine Verringerung von vorzeitigen Todesfällen, Krankheiten und sonstigen Begleitfolgen würde zu deutlichen Kostenreduktionen führen:

- Allein im Zusammenhang mit dem Rauchen entstehen nach Schätzungen von Welte et al. (2000) in Deutschland jährlich rund 17 Milliarden Euro an direkten und indirekten Kosten (Ausgaben für gesundheitliche Versorgung sowie Kosten, die durch Produktivitätsausfälle entstehen, wobei Produktivitätsausfälle im Bereich unbezahlter Arbeit nicht berücksichtigt sind).
- Auf alkoholbezogene Krankheit und vorzeitigen Tod entfallen in Deutschland nach einer Krankheitskostenrechnung alkoholassoziierter Krankheiten jährlich rund 20 Milliarden Euro (Bergmann und Horch, 2002).
- Die durch den Konsum illegaler Substanzen (ohne Cannabis) entstehenden Kosten – einschließlich der Kosten durch Drogen- und Beschaffungskriminalität sowie der Aufwendungen für Drogenhilfe und Prävention – werden auf rund 7 Milliarden Euro (bezogen auf 1992) geschätzt (Hartwig und Pies, 1995).

Evidenzbasierte Suchtprävention kann somit einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten, nicht nur die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen, sondern auch die gesellschaftlichen Kosten zu senken.

<sup>1</sup> Für das Jahr 2002 wurden die Todesfälle auf 1513 beziffert. Vgl. BKA (2003): Rauschgiftjahresbericht 2002 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden <[www.bka.de](http://www.bka.de)> (9. 11. 03).

# 1.1

## Die Suchtprävention unter wissenschaftlicher Perspektive



Suchtprävention verspricht nur dann Erfolge, wenn sie auf einem tragfähigen theoretischen und methodischen Fundament basiert und die Wirksamkeit mithilfe geeigneter Evaluationsverfahren überprüft wird. In den nachfolgenden Abschnitten soll ein kurzer Abriss über den derzeitigen Wissensstand gegeben werden.

### Theoretische und methodische Entwicklungen in der Suchtprävention

In ihren Anfängen basierte die Suchtprävention eher auf Intuition als auf einem theoretischen Fundament (Botvin, 2000): Es wurde davon ausgegangen, dass Wissen allein genügt, um Verhalten zu bestimmen und gegebenenfalls zu verändern. Entsprechend war Prävention darauf abgestimmt, durch sachliche oder auch abschreckende Informationen aufzuklären.

In den 80er-Jahren – hier lässt sich der Einstieg in die systematische Evaluationsforschung datieren (siehe unten) – wurde mehr und mehr deutlich, dass der Drogenkonsum durch Wissen allein nicht zu steuern ist. Affektive statt kognitive Prozesse sowie die Bedeutung alternativer Erlebnisformen traten in den Vordergrund des theoretischen Interesses und führten in den Methoden der Suchtprävention zu einer entsprechenden Akzentverschiebung hin zu den Ursachen süchtigen Verhaltens. Durch Konzepte wie die „Theorie des Problemverhaltens“ und das „Risikofaktorenmodell“ gelangten zunächst die Risikofaktoren in den Blickpunkt.

Orientiert an der Philosophie der Gesundheitsförderung gewannen schließlich ab Ende der 80er-Jahre Schutzfaktoren in Form von psychischen und sozialen Ressourcen sowie allgemeinen Lebenskompetenzen zunehmend an Gewicht. Folgerichtig bildet die Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren einen zentralen Ansatzpunkt heutiger Suchtprävention.

Gegenwärtig bieten multidimensionale Modelle die beste Grundlage für die Erklärung von Risiko- und auch Schutzentwicklung. Entsprechend basieren die modernen Konzepte der Suchtprävention auf solchen multidimensionalen Ansätzen. Die Theorie des sozialen Lernens, die Theorie der sozialen Einflussnahme, die Theorie des Problemverhaltens sowie der Ansatz der Kompetenzförderung bilden derzeit die zentralen Fundamente gängiger Suchtpräventionskonzepte (Botvin, 2000; Cuijpers, 2002c; Sowden und Arblaster, 2000). Auf der Grundlage dieser Theorien sowie der Kombination ausgewählter Theoriebausteine findet Suchtprävention in der Schule, in der Familie, in der Gemeinde sowie auf massenmedialer Ebene statt (Künzel-Böhmer, Bühringer und Janik-Konecny, 1993).

## Evaluation und Erfolgsmerkmale

Erst seit den 1980er-Jahren werden auf nationaler und internationaler Ebene planmäßige Evaluationen durchgeführt beziehungsweise dokumentiert. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass erst in den letzten zwei Jahrzehnten ausdrücklich gefordert wird, suchtpreventive Maßnahmen nach wissenschaftlichen Standards zu entwickeln, ordnungsgemäß durchzuführen und systematisch zu evaluieren (Resnicow und Kirby, 1997). Da Drogenmissbrauch multifaktoriell bedingt und abhängig von Lebenslagen und Lebensweisen ist, sind eindeutige Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen biopsychosozialen Bedingungsfaktoren und Drogenkonsum jedoch nicht herstellbar. Entsprechend schwierig sind demzufolge die ursachenorientierte Entwicklung und empirische Überprüfung von Suchtpreventionsprogrammen (Faggiano et al., 2001).

Eine sorgfältige Evaluation ist aufwändig: In qualifizierter Weise gilt es zu prüfen, ob schulische, außerschulische, gemeindeorientierte oder familienbezogene Maßnahmen zur Informationsvermittlung, Widerstandsbefähigung, Kompetenzförderung oder affektiven Erziehung dazu beitragen können, Wissen, Einstellungen oder Verhaltensweisen in Bezug auf Tabak, Alkohol, Arzneimittel oder die verschiedenen illegalen psychoaktiven Substanzen zu verändern.

Es erstaunt deshalb nicht, dass bisher nur einige wenige qualitativ hochwertige Präventionsstudien existieren, deren sorgfältige Evaluationen fundierte Schlussfolgerungen über Wirksamkeitsbedingungen und Wirksamkeitsmerkmale zulassen (White und Pitts, 1998). Im deutschsprachigen Raum geben vor allem die im Auftrag der BZgA vom Institut für Therapieforschung durchgeführten Expertisen zur Primärprävention Aufschluss über Konzepte und Ansätze der Prävention (Künzel-Böhmer, Bühringer und Janik-Konecny, 1993; Denis, Heynen und Kröger, 1993). Allerdings beruhen die hierin getroffenen Aussagen zur Wirksamkeit auf theoretischen Modellüberlegungen, da zum Zeitpunkt ihrer Erstellung noch zu wenig aussagekräftige empirische Forschung vorlag. Eine neue Expertise ist derzeit in Vorbereitung; ihr Ergebnis wird Aufschluss über die heute verfügbaren theoretischen und empirischen Erkenntnisse zur Suchtprevention geben. Die im Folgenden zusammengestellten Ergebnisse stützen sich vor allem auf die derzeit verfügbaren Meta-Analysen oder systematischen Reviews.

### *Schulische Präventionskampagnen*

Schulische Präventionskampagnen sind – vor allem im Hinblick auf die Tabakprävention – derzeit am häufigsten geprüft (zum Beispiel Cuijpers, 2002b; Tobler und Stratton, 1997; Tobler et al., 2000). Schulische Prävention ist wirksam, auch wenn die Effekte eher gering sind. Nur unter optimalen Bedingungen kann über Wissen und Einstellungen hinaus auch Verhalten verändert werden. Das National Cancer Policy Board (1999) leitet aus diesen Ergebnissen zumindest für die Tabakprävention die Empfehlung ab, aufgrund vergleichsweise ungünstiger Kosten-Nutzen-Relationen schulischer Programme diesen bei nationalen Kampagnen nicht die höchste Priorität einzuräumen. Für *peer-gestützte* Schulmaßnahmen zeigt die Meta-Analyse von Cuijpers (2002b), dass deren

Wirksamkeit gegenüber Erwachsenenverfahren nicht grundsätzlich höher ist, sondern von den Inhalten und der verfolgten Zielsetzung abhängt. Ob und inwieweit curriculare Maßnahmen zur schulischen Prävention durch ergänzende, kontextbezogene Angebote ihre Wirksamkeit erhöhen könnten, ist bislang nicht durch Studien belegt (Flay, 2000).

### *Familienorientierte Präventionsmaßnahmen*

Familienorientierte Präventionsmaßnahmen zeigen positive Ergebnisse. So erzielen sie beispielsweise bei primärpräventiven Interventionen gegen den Alkoholmissbrauch im Vergleich zu anderen Verfahren, die sich kurz- wie auch mittelfristig oft als ineffektiv erweisen, die besten Resultate (Foxcroft et al., 2002). Für allgemein gültige Schlussfolgerungen ist die Datenlage allerdings noch zu gering (Cuijpers, 2002a).

### *Massenmedien*

Massenmedien sind – neben personalkommunikativen Maßnahmen – das zweite unentbehrliche Standbein einer Gesamtkampagne, da die Ansprache einer breiten Öffentlichkeit mit den direkten personalen Präventionsmaßnahmen zusammenwirkt und sich beides wechselseitig stützt (Cuijpers, 2002a). Die Expertise zur Primärprävention (Künzel-Böhmer, Bühringer und Janik-Konecny, 1993) wie auch weitere Expertisen der BZgA (zum Beispiel zur Furchtappellforschung, Barth und Bengel, 1998, oder zur Kommunikation in der Tabakprävention, Kröger, Heppekausen und Ebenhoch, 2002) konnten herausarbeiten, dass Gesamtprogramme, in denen massenmediale Kampagnen im Verbund mit personalkommunikativen Maßnahmen und/oder weiterführender individueller Unterstützung eingesetzt werden, größtmögliche Erfolge versprechen.

### *Gemeindeorientierte Maßnahmen*

Empirische Studien über die Wirksamkeit gemeindeorientierter Maßnahmen sind noch begrenzt (Tobler et al., 2000). Die bisherigen meta-analytischen Erkenntnisse beziehen sich auf die Reduzierung des Tabakkonsums und sind noch wenig zufrieden stellend (Secker-Walker et al., 2002). Allerdings zeigen Gemeindemaßnahmen, die das familiäre, schulische oder gesellschaftliche Umfeld mit einbinden, viel versprechende Ergebnisse, zum Beispiel im Hinblick auf Tabakkonsum oder alkoholbezogenes Risikoverhalten (Cuijpers, 2002c; Sowden und Arblaster, 2000).

### *Strukturelle Maßnahmen*

Insbesondere aus dem Bereich der Tabakprävention ist bekannt, dass strukturelle Maßnahmen, die auf die Veränderung der Verhältnisse ausgerichtet sind, präventive Erfolge nachweisen können:

- *Preissteigerungen* gelten als wirksamste Einzelmethode zur Reduktion von Tabakkonsum (Jha und Chaloupka, 2000). Aufgrund der Preiselastizität von rund  $-0,3$  bis  $-0,5$  bei Zigaretten – das heißt eine 10-prozentige Preiserhöhung reduziert die Prävalenz um 3–5% – können Preissteigerungen effizient eingesetzt werden, um den Anteil der Konsumenten, die täglichen Konsummengen sowie den Einstieg in den Konsum zu verringern.

- *Werbeverbote* sind die zweite zentrale Maßnahme zur wirksamen Reduktion des Tabakkonsums (MacFadyen, Hastings und MacKintosh, 2001). Sie können den Tabakkonsum verringern, ebenso wie zielgruppenspezifische Tabakwerbung umgekehrt den Konsum – etwa unter Jugendlichen – erhöhen kann (Mélihan-Cheinin und Hirsch, 1997; Willemsen und de Zwart, 1999). Allerdings kann nur ein totales Werbeverbot wirksam zu einer Verhaltensveränderung beitragen, da begrenzte Werbeverbote aufgrund kompensatorischer Möglichkeiten wirkungslos bleiben (Saffer und Chaloupka, 2000).
- *Produktregulative Maßnahmen* besitzen nur ein begrenztes verhaltensregulierendes Potenzial. Sie werden jedoch aus Gründen der Ethik und des Verbraucherschutzes befürwortet (Reid, 1996). Von den Maßnahmen zur Angebotsreduktion entfalten vor allem jene gegen *Schmuggelaktivitäten* konsummindernde Wirkung (Jha und Chaloupka, 2000). Die am weitesten verbreitete Methode zur Angebotsverknappung sind *Verfügbarkeitsbeschränkungen für Jugendliche*. Deren Wirksamkeit bleibt allerdings gering, solange immer wieder Lücken entstehen, die das Gesamtsystem destabilisieren (Chaloupka und Grossman, 1996).

### *Differenzielle Wirkfaktoren*

Über langfristige Verhaltensänderungen infolge präventiver Maßnahmen liegen bisher nur wenige zuverlässige Aussagen vor, da das verfügbare Datenmaterial hierfür nach wie vor zu gering ist (White und Pitts, 1998). Familienorientierte und kultursensible, das heißt die unterschiedlichen Lebensweisen berücksichtigende Strategien zeigen – zumindest im Hinblick auf die Primärprävention des Alkoholkonsums – erste Erfolg versprechende Ergebnisse (Foxcroft et al., 2002).

Ob differenzierte Angebote für Jugendliche in unterschiedlichen Konsumstadien die Wirksamkeit der bereitgestellten Leistungen erhöhen können, ist derzeit noch zu prüfen (White und Pitts, 1998). Zumindest für das schulische Setting ist nicht erkennbar, dass gezielte Präventionsprogramme für Hochrisikojugendliche wirksam dazu beitragen können, Drogenkonsum oder Drogenmissbrauch zu verhindern (Cuijpers, 2002a).

Unabhängig von Zielgruppe und Setting zeigen die bisherigen systematischen Analysen, dass die Effektivität von Präventionsprogrammen vor allem von deren *Interaktivität, Intensität und Kontinuität* abhängt (Tobler et al., 2000; White und Pitts, 1998). Ob spezifische Module – etwa die Beeinflussung sozialer Normen – besonders wirksam sind, lässt sich derzeit nur begrenzt prüfen, da es aufgrund der Multimodalität schwierig ist, Einzeleffekte der unterschiedlichen Interventionsmodule getrennt auszuweisen (White und Pitts, 1998). Allerdings ist meta-analytischen Erkenntnissen zur schulischen Suchtprävention zu entnehmen, dass Methoden zur umfassenden Kompetenzförderung sowie zur Verbesserung der sozialen Widerstandsfähigkeit die zuverlässigsten Effekte aufweisen (Tobler et al., 2000). Ausschließlich wissensbasierte sowie ausschließlich affektive Präventionsangebote dagegen zeigen keine Effekte auf den Drogenkonsum, und auch rein kognitiv-affektive Programme unterscheiden sich in ihrer Wirksamkeit nicht signifikant von Null (Tobler et al., 2000).

# 1.2

## Wirksamkeit von Suchtprävention: Möglichkeiten und Grenzen der Beweisbarkeit



Aus den theoretischen und empirischen Kenntnissen, wie sie im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurden, lässt sich resümierend ableiten, dass qualitativ hochwertige Präventionsmaßnahmen den Einstieg in den Substanzkonsum kurz- und mittelfristig aufschieben und den Konsum in begrenztem Maße verringern können. Allerdings muss hierbei immer berücksichtigt werden, dass sich die meisten Evaluationsstudien nur auf singuläre, schulische – sowohl substanzunspezifische als auch substanzspezifische, und hier vor allem tabakspezifische – Suchtprävention beziehen. Aussagen über die Wirksamkeit von umfassenden Gesamtprogrammen können deshalb nicht gemacht werden.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass umfassende Kampagnen aufgrund der zu erwartenden, mindestens additiven Wirkungsverstärkungen zu deutlich stärkeren Effekten beitragen würden. Denn auch in der Prävention lassen sich Dosis-Wirkungszusammenhänge zwischen Umfang beziehungsweise Intensität einer Kampagne und Mehrung der Bevölkerungsgesundheit belegen (National Cancer Policy Board, 1999).

Die vorliegenden Ergebnisse über die Wirksamkeit von Suchtprävention sollten nicht unterschätzt werden. Vergleicht man das Feld der Prävention etwa mit dem Feld der Kuration, so ist zu konstatieren, dass in der kurativen Medizin seit wesentlich längerer Zeit mit sehr viel mehr finanziellen und personellen Ressourcen geforscht wird. Dennoch sind evidenzbasierte Kenntnisse über Effektivität und Effizienz von Behandlungsangeboten nur zum Teil vorhanden. So basieren nach aktuellen Schätzungen etwa 4–20 % der routinemäßig erbrachten Leistungen auf valider wissenschaftlicher Evidenz. Bei etwa 30 % der Leistungen ist die Wirkung derzeit noch unklar, und für etwa 50 % der Leistungen fehlt jeglicher Evidenznachweis (Neises und Windeler, 2001). Hier wird deutlich, dass nicht nur die Prävention, sondern auch die anderen Bereiche des Gesundheitswesens bisher an Grenzen stoßen, ihre Wirksamkeit nachzuweisen.

### Strukturelle Benachteiligung der Prävention

Gegenüber den anderen Feldern des Gesundheitssektors, vor allem der Therapie und Rehabilitation, ist die Prävention strukturell benachteiligt. McGinnis (2001) nennt gleich ein ganzes Dutzend Gründe dafür, dass Prävention – sowohl was ihre individuelle wie auch gesellschaftliche Durchschlagskraft betrifft – den übrigen gesundheitsbezogenen Arbeitsfeldern grundsätzlich unterlegen ist:

- *Die „Unsichtbarkeit“ der Wirksamkeit:* Statt der sichtbaren Heilungserfolge in der Kuration zeigt sich der Erfolg präventiver Maßnahmen „unsichtbar“ im Ausbleiben einer Krankheit, und ist selbst dann letztendlich nicht mit letzter Sicherheit als präventiver Erfolg nachweisbar.

- *Die Vorrangstellung der Heilung:* Der Nutzen medizinischer Maßnahmen – etwa eines chirurgischen Eingriffs – lässt sich viel spektakulärer demonstrieren und findet entsprechend eine umso größere öffentliche Akzeptanz und damit auch gesellschaftliche und politische Durchsetzbarkeit dieser Maßnahme.
- *Der unbestimmbare Zeithorizont:* Präventive Maßnahmen zielen meist langfristig auf eine Optimierung der Gesundheit. Der Zeitpunkt, wann sich messbare Erfolge zeigen, lässt sich in der Regel kaum genau bestimmen.
- *Die Opportunitätskosten:* Die Erfolge präventiver Maßnahmen kommen nicht nur der unmittelbar angesprochenen Zielgruppe zugute, sondern es profitieren gegebenenfalls auch Nichtleistungsempfänger von den präventiven Leistungen, wie zum Beispiel bei Impfprogrammen.
- *Der Doppelstandard in der Bewertung:* Im Unterschied zu kurativen Leistungen unterliegen präventive Leistungen stärker einem Anspruch auf Effizienz, das heißt einem günstigen Kosten-Wirksamkeitsverhältnis. Monetäre Erwägungen („Rentiert sich diese Leistung finanziell?“) sind in Bezug auf die Prävention offenbar eher vertretbar.
- *Die Komplexität der Sichtweise:* Die Prävention berücksichtigt die Komplexität von Krankheit und Gesundheit, die in der Kuration häufig außer Acht gelassen wird: Hier wird oft fälschlicherweise der Anschein erweckt, die Ursache einer Krankheit ließe sich stets klar und eindeutig bestimmen und entsprechend mit einer passgenauen, ursachenspezifischen Therapie heilen.
- *Vielfältige Verantwortlichkeiten:* Die Berücksichtigung der Multidimensionalität von Krankheit und Gesundheit in der Prävention hat zur Folge, dass zahlreiche verschiedene Akteure für präventive wie auch gesundheitsförderliche Leistungen zuständig sind und kooperieren müssen.
- *Vielfältige Ressourcenzuständigkeiten:* Die Vielfalt der Verantwortlichkeiten hat auch bei der Ressourcenbereitstellung zur Folge, dass es eine Vielzahl von Zuständigkeiten gibt.
- *Die Paradoxie der Selbstverantwortlichkeit:* Der enge kausale Zusammenhang zwischen vielen chronischen Erkrankungen und individuellen Lebensstilen führt zu der irrtümlichen Annahme, gesundheitsrelevantes Verhalten, wie etwa Drogenkonsum, ließe sich (immer) ohne weiteres selbstbestimmt und selbstverantwortlich ändern. Vergessen wird hierbei der Einfluss soziokultureller, gesellschaftspolitischer und ökonomischer Rahmenbedingungen, der einer (selbstbestimmten) Veränderung des individuellen Verhaltens oft Grenzen setzt.
- *Die technologiegläubige Kultur:* Vor allem in den westlichen Industrienationen dominiert die Auffassung, Probleme ließen sich in der Regel mithilfe eines technischen Reparaturapparats lösen. Diese Sichtweise gilt auch für Gesundheitsprobleme, die sich offenbar einfacher „reparieren“ als präventieren lassen.
- *Gegenläufige kommerzielle Interessen:* Prävention bedeutet häufig Verzicht, zum Beispiel auf Zigaretten oder Alkohol, und damit auch Absatzeinbußen für die Wirtschaft. Aus wirtschaftlichen Interessen behindern mächtige Lobbys deshalb solche Präventionsansätze und stützen stattdessen Behandlungsmethoden.

- *Gegenläufige politische Interessen:* In der Politik werden die Themen Gesundheit und Krankheit in neuerer Zeit wieder verstärkt einzig der Verantwortung des Gesundheitssektors zugeschrieben. Andere Politikbereiche sehen sich hierdurch möglicherweise von der politischen Verantwortungsübernahme – zum Beispiel im Hinblick auf die Verbesserung der ökologischen Lebensgrundlagen – entbunden.

Diese strukturelle Benachteiligung – nicht nur der Suchtprävention – erschwert sowohl die bevölkerungsweite Akzeptanz wie auch die politische Gewünschtheit präventiver Anstrengungen und damit deren verbindliche gesellschaftliche Verankerung. Hier ist es erforderlich, aktiv gegenzusteuern, um dem notwendigen Stellenwert der Prävention als ebenbürtige Säule in der Sucht- und Drogenpolitik gerecht zu werden.

### **Empirische Defizite in der Präventionsforschung**

Evaluationen, die den Standards der guten Praxis entsprechen und empirisch gestützte Schlussfolgerungen zulassen, werden bislang nur in Ausnahmen finanziert und durchgeführt. Über die gesamte Bandbreite des Präventionsprozesses – von der Entwicklung über die Implementation und Durchführung bis hin zur Evaluation – fehlen verlässliche Kenntnisse und Erfahrungen.

Die meisten Evaluationsstudien weisen die klassischen methodischen Mängel auf, u. a. nicht randomisierte Populationsbildung, fehlende Kontrollgruppen, fehlende Baseline-messungen, fehlende Dropoutkontrolle, mangelnde Genauigkeit bei der Beschreibung des Studiendesigns und der Intervention, fehlende Kontrolle der konfundierenden Variablen, Messung nur unter Ideal- und nicht unter Realbedingungen, ungenügende statistische Analysemethoden, fehlende Langzeiterfassung, fehlende Standards bei der Festlegung der Wirksamkeitsparameter, fehlende Verhaltensmessungen sowie fehlende Sicherstellung der Regelimplementation (de Jong, 1995; Resnicow und Kirby, 1997).

Hinzu kommt häufig eine nicht regelgerechte Umsetzung der Prävention: Es existieren sorgsam konzeptionierte Maßnahmen, die sich zwar unter optimalen Experimentierbedingungen, nicht jedoch in der Alltagspraxis als wirksam erweisen – etwa weil sie nicht vorschriftsmäßig umgesetzt werden, zu wenig kontinuierlich und langfristig angelegt sind oder nur unzureichend in ein kooperierendes Gesamtsystem eingebunden sind (Catford, 2001).

### **Instrumentalisierung von Evaluationsergebnissen**

So wichtig eine Diskussion über die theoretischen und methodischen Mängel der Präventions- und ihrer Evaluationsforschung auch ist, so nötig ist es außerdem, sich mit der Definitions- und Entscheidungsmacht, die der Evaluationsforschung und ihren Akteuren derzeit zugebilligt wird, kritisch auseinander zu setzen. „Es ist durchaus positiv, dass die Legitimation von gesundheitsbezogenen Aktivitäten heute in der Regel wissenschaftsförmig sein muss. Aber der häufig gehörte Einwand, die Wirksamkeit vor allem unspezifischer Prävention muss erst ... erwiesen werden, bevor in Prävention investiert

werden könne, ist nicht selten motiviert durch das Interesse, den Status quo unverändert zu lassen.“ (Kühn und Rosenbrock, 1994, S. 38.) Die evaluationsbezogenen Argumente, die gegen die regelhafte und verbindliche Umsetzung von Prävention ins Feld geführt werden, sind entsprechend kritisch zu prüfen, denn:

- Prävention wird ihre Wirksamkeit nicht immer mithilfe der klassischen epidemiologischen Verfahren nachweisen können. Beispielsweise ist zu hinterfragen, ob die kontrollierte klinische Studie stets ein effizientes (im Sinne eines adäquaten Verhältnisses zwischen Wirksamkeit und Mitteleinsatz) Studiendesign für die präventive Evaluationsforschung darstellt: Die Aussagekraft von auf Effektstärken ausgerichteten Ursache-Wirkungs-Studien wird aufgrund komplexer Kontextfaktoren in der Prävention immer begrenzt bleiben. Gleichzeitig ist der Mitteleinsatz für solche Designs beträchtlich. Entsprechend gewinnen Effectiveness-Studien, die die Wirksamkeit unter Realbedingungen messen, in der praxisorientierten Fachöffentlichkeit immer mehr an Bedeutung. Gleichwohl genießen die klassischen Efficacy-Studien – vor allem kontrollierte klinische Studien, die Wirksamkeit unter Idealbedingungen messen – den wissenschaftlich seriöseren Ruf. Doch gerade für komplexe soziale Phänomene, wie sie vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung zu finden sind, können solche Studien ungeeignet sein (Ovretveit, 2001).
- Die Prävention benötigt zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen, um geeignete Strategien der präventiven Intervention und Evaluation überhaupt zu entwickeln und zu prüfen. Kurative Interventionen basierten viele Jahre auf Erfahrungswissen und Augenscheinplausibilität, und die fehlende intersubjektiv überprüfbare Nachweisbarkeit stellte keine Hürde für die Entwicklung und Umsetzung unzähliger kurativer Angebote dar. Demgegenüber sind die historisch gesehen sehr viel jüngeren und teilweise noch unausgereiften präventiven Interventionen nun in starkem Maße einem Evidenzbasierungspostulat unterworfen. Da die vergleichsweise junge Gesundheitsförderung und Prävention derzeit jedoch weder über allgemein gültige theoretische Konzepte und methodisch abgesicherte Interventionsstrategien noch über aussagekräftige Evaluationsverfahren verfügt, ist die Nützlichkeit gegenwärtiger Wirksamkeitsstudien noch begrenzt (de Jong, 1995; McQueen und Anderson, 2001; Rootman et al., 2001).
- Für die Prävention müssen eigene Erfolgsindikatoren entwickelt und geprüft werden: Da Prävention die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zum Ziel hat, darf die Evaluation von Prävention nicht nur individuelle Zielgrößen (zum Beispiel Senkung der Inzidenz und Prävalenz von Lungenkrebs) im Blick haben, sondern muss auch in der Lage sein, den Wert präventiver Interventionen für ganze Systeme abzubilden. Vor allem angesichts multidimensionaler Kampagnen müssen künftige Anstrengungen darauf gelenkt werden, beispielsweise die Gesundheit von kommunalen Strukturen, die Potenziale von Netzwerken oder die Nützlichkeit von Empowerment messbar und bewertbar zu machen. Mehr und mehr setzt sich außerdem die Erkenntnis durch, dass ein ganzes Set von nicht direkt gesundheitsbezogenen Faktoren, beispielsweise Par-

tization, stärker als bislang Eingang in die Evaluation von Gesundheitsförderung finden muss (McQueen und Anderson, 2001). Nicht zuletzt müssen evaluative Methoden es auch ermöglichen, die in der Suchtprävention häufig nur schwierig zu messenden Kontextfaktoren – beispielsweise politische Ideologien, Gemeindeinteressen oder strategische Sachzwänge, die oft nur anekdotisch bekannt sind – aussagekräftig zu dokumentieren und auch sinnvoll auszuwerten (McQueen und Anderson, 2001).

- Speziell für die Suchtprävention besteht noch Bedarf an gezielten interventiven und evaluativen Verfahren. Die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit (2002) mahnt zu Recht an, dass rein epidemiologische oder biologisch-genetische Ansätze nicht dazu geeignet sind, etwa die Entwicklung von riskanten Drogenkonsummustern zu erklären. Der Kommission zufolge fehlt es an Entwicklungen, Erprobungen und breiten Anwendungen von sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Verfahren, die hinreichend dazu beitragen können, Aufschluss über subjektive und objektive Rahmenbedingungen des Drogenmissbrauchs zu gewinnen, und damit die Möglichkeit schaffen, Interventionen zu entwickeln, die den Kontext berücksichtigen. Die Kommission weist zudem auf die methodischen Schwierigkeiten und prinzipiellen Grenzen der Evaluation von Suchtprävention hin und formuliert einen dringenden Bedarf an praktikablen Studiendesigns, aussagekräftigen Instrumentarien sowie an der Identifikation angemessener Zielgrößen auf Prozess- und Ergebnisebene (Drogen- und Suchtkommission, 2002).

Mittlerweile existieren erste Konzeptionen und standardisierte Modelle, entlang derer suchtpreventive Interventionen systematisch evaluiert werden können, ohne dass man dabei an den überfordernden Ansprüchen oder der unzureichend erkennbaren Nützlichkeit zu scheitern droht: „*Primary prevention and evaluation of primary prevention is a challenging task, but if we really understand our profession, despite all its limitations, there are numerous promising approaches, sensible options and solutions available to prevent us [experts in the field of drug prevention and evaluation] becoming depressed or cynical.*”<sup>2</sup> (Uhl, 2000, S. 3.) Aussagekräftige Überblicke über bestehende Ansätze liefern zum Beispiel das Fachheft der BZgA *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* (Dierks, Walter, Windel und Schwartz, 2001), das vom IFT für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) speziell für den Bereich der Suchtprävention entwickelte *Handbuch für die Evaluation von Maßnahmen zur Suchtprävention* (Kröger, Winter und Shaw, 1998) oder das im Rahmen des EU-geförderten COST-A6-Projekts entwickelte Modell *Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs* (Uhl, 2000).

2 „Primärprävention wie auch deren Evaluation stellen eine Herausforderung dar. Aber wenn wir unser Fach – trotz aller Einschränkungen – wirklich verstehen, dann gibt es zahlreiche viel versprechende Ansätze, vernünftige Möglichkeiten und verfügbare Lösungen, um uns (Experten auf dem Gebiet der Suchtprävention und Evaluation) davor zu schützen, depressiv oder zynisch zu werden.“ (Übersetzung d. Red.)

Künftige Anstrengungen zur Prüfung suchtpreventiver Leistungen sollten nach einem geeigneten Mittelweg zwischen methodischer Beliebigkeit und empiristischem Dogmatismus streben, damit weder praxistaugliche Innovationen blockiert noch systematische und verallgemeinerbare Erkenntnisse und Erfahrungen verhindert werden. Es gilt, einer teilweise prinzipiellen Skepsis gegenüber der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der Suchtprevention im Besonderen entgegenzuwirken, da diese langfristig verhindert, dass sich Prävention als tatsächlich ebenbürtige Säule in der Sucht- und Drogenpolitik etabliert. Für die Zukunft ist zu wünschen, dass Wissenslücken abgebaut werden und er-wiesenermaßen wirksame Präventionsverfahren eine größtmögliche Verbreitung finden.

# **DIE STRUKTUREN DER SUCHTPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND<sup>3</sup>**

<sup>3</sup> Sofern nicht anders vermerkt, ist die nachfolgende Darstellung der Strukturen – in weiten Teilen wortgleich – der Stellungnahme der Sucht- und Drogenkommission entnommen (Sucht- und Drogenkommission, 2002, Kapitel IV, Administrative Steuerungsstrukturen in der Prävention, S. 21–28).



## **Innerstaatliche Zuständigkeiten**

Gesetzgeberische Maßnahmen zur (Sucht-)Prävention unterliegen, soweit es sich um jugend-, bildungs-, sozial- und gesundheitsrechtliche Initiativen handelt, der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern.

In der konkreten Ausgestaltung sind – neben den Ländern – vorrangig die Sozialversicherungsträger und die Kommunen zuständig für die Gewährung von Leistungen und/oder die Förderung von Angeboten zur Suchtprävention. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts unterliegen sie der staatlichen Rechtsaufsicht, nicht jedoch der staatlichen Fachaufsicht. Abgesehen von denjenigen Sozialversicherungsträgern, deren Zuständigkeitsbereich sich über ein Bundesland hinaus erstreckt, liegt die Aufsicht wiederum bei den jeweiligen Ländern.

## **Koordination und Kooperation**

Eine gesetzlich verankerte institutionalisierte Form der Zusammenarbeit der verschiedenen Träger der Prävention (siehe unten) gibt es nicht. Vielmehr bleibt es den jeweiligen Akteuren in den einzelnen Systemen und vor Ort überlassen, entsprechende Strukturen und Institutionen zu schaffen, die eine Zusammenarbeit und – damit verbunden – einen zielführenden und wirtschaftlichen Mitteleinsatz gewährleisten.

Seit Beginn der 1990er-Jahre existiert der bei der BZgA angesiedelte Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention. Dieses Gremium dient dem wechselseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den für die Suchtprävention zuständigen Ländervertretern und der BZgA. Seine vornehmliche Aufgabe liegt in der Entwicklung von Leitlinien sowie der Verbesserung und Koordinierung der Suchtprävention.

In den einzelnen Bundesländern gibt es – mit länderspezifischen Unterschieden – ebenfalls fachliche Zusammenschlüsse in Form von interministeriellen Arbeitskreisen, Koordinationskreisen oder Arbeitsgemeinschaften der Fachministerien (beziehungsweise der Präventions- und Drogenbeauftragten oder Fachbeamten) mit den Kommunen und den im Suchtbereich tätigen Institutionen, Verbänden und Vereinen; schließlich gibt es häufig noch Koordinationskreise der Landesfachstellen für Prävention mit den örtlichen Institutionen, Verbänden und Vereinen.

Auf kommunaler Ebene finden sich ebenfalls vielfach institutionalisierte Koordinations- und Kooperationsstrukturen. In Form von präventionsspezifischen Fachkreisen, Ausschüssen o. Ä. werden hier die wichtigen Akteure vor Ort eingebunden.

Auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft gehört die Suchtprävention im Sinne der Nachfragerreduzierung seit In-Kraft-Treten des Maastrichter Vertrages von 1992 zu den Gemeinschaftsaufgaben. Gleichwohl gibt es keine vorrangige Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft für diesen Bereich. Auch nach dem Amsterdamer Vertrag von 1997 verbleibt die Aufgabe der Prävention als Teil der Gesundheitspolitik originär im Zustän-

digkeitsbereich der einzelnen Mitgliedsstaaten. Aktionen der Gemeinschaft greifen prinzipiell nur subsidiär; sie sollen die einzelstaatlichen Aktivitäten ergänzen, nicht aber in nationale Strategien eingreifen oder diese ersetzen.

Zur Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten wie auch der einzelstaatlichen Bemühungen um die Suchtprävention sind auf Gemeinschaftsebene entsprechende Strukturen geschaffen worden. Seit der Verabschiedung des ersten Europäischen Plans zum Kampf gegen die Drogen im Jahr 1990 (überarbeitet 1992) wurden zwei weitere, jeweils über vier Jahre laufende Aktionspläne der Gemeinschaft zur Prävention der Drogenabhängigkeit (1995–1999, 2000–2004) verabschiedet. Für die Zukunft ist das Programm nun jedoch in ein neues, 2002 verabschiedetes Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008) aufgegangen.<sup>4</sup> Ausschließlich im Bereich Information tätig ist die 1993 in Lissabon eingerichtete Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Ihre Aufgabe besteht im Wesentlichen darin, Daten aus den Mitgliedsstaaten zu Drogen, Drogenabhängigkeit und Maßnahmen der Nachfragereduzierung zu sammeln, zu analysieren und bereitzustellen sowie Methoden des Datenvergleichs innerhalb der Gemeinschaft zu verbessern (Jahresberichte verfügbar unter [www.emcdda.eu.int](http://www.emcdda.eu.int)). Die EBDD hat in den zurückliegenden Jahren im Zusammenwirken mit den Mitgliedsstaaten ein Manual<sup>5</sup> für qualitativ gesicherte Präventionsaktivitäten entwickelt, über die in einem Online-Datenbanksystem (EDDRA – Exchange on drug demand reduction action) informiert wird.

### Ressourcenallokation

Der Pluralität der Zuständigkeiten entspricht auch die Ressourcenallokation: Jede Behörde und jeder Leistungsträger organisiert die Finanzierung und Förderung der suchtpreventiven Aktivitäten in Art, Umfang und Zielrichtung nach eigenem Ermessen. Auf der Grundlage der derzeitigen Organisationsstruktur im Präventionsfeld gibt es weder gesetzgeberische noch administrative Möglichkeiten, die bei den einzelnen Beteiligten verfügbaren Ressourcen und damit die Gesamtfinanzierung der Suchtprävention im Bundesgebiet nach einheitlichen Standards zu regeln und/oder die Ressourcen bei einem Leistungsträger zu bündeln.

Ausschlaggebend hierfür sind zum einen die verfassungsrechtlich verankerten Zuständigkeitsgrenzen: Der Bund ist grundsätzlich gehindert, Regelaufgaben der Länder zu übernehmen beziehungsweise zu finanzieren; die Länder ihrerseits sind durch Art. 28 Abs. 2 GG gehindert, fachlich-konzeptionell oder organisationsprägend in die Selbstverwaltung der Kommunen einzugreifen. Zum anderen sind es die Systemunterschiede

<sup>4</sup> Beschluss Nr.1786/2002/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003–2008). Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften L 271/1 v. 9. 10. 2002 <[europa.eu.int/eur-lex/pri/de/oj/dat/2002/l\\_271/l\\_27120021009de00010\\_011.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pri/de/oj/dat/2002/l_271/l_27120021009de00010_011.pdf)> (12. 11. 03)

<sup>5</sup> Kröger, C., Winter, H., Shaw, R. (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention intervention. A manual for programme planners and evaluators. München: IFT.

zwischen der steuerfinanzierten Aufgabenerfüllung durch die Staats- und Kommunalverwaltungen und der beitragsfinanzierten Erbringung von Sachleistungen auf Seiten der Sozialversicherungen, die einer Ressourcenbündelung im Wege stehen: Vom Prinzip her richten sich die Leistungen der Sozialversicherungen ausschließlich an die jeweiligen Mitglieder und können nicht allgemein verfügbar für „den Bürger“/„die Bürgerin“ gemacht werden. Soweit es allerdings um gesetzliche Pflichtleistungen der Jugend- und Sozialhilfe geht (etwa vorbeugende Gesundheitshilfe nach dem SGB VIII beziehungsweise BSHG), sind diese auf der Basis einer entsprechenden Bedürftigkeitsprüfung einzelfallbezogen zu erbringen. Eine Ausnahme bildet die neuerdings eingeräumte Möglichkeit der Krankenkassen, zur Realisierung des Settingansatzes in der Schule, Maßnahmen zur Prävention kassenübergreifend zu finanzieren.

Im Folgenden werden die zentralen Akteure, die gegenwärtig in Deutschland mit der Suchtprävention unmittelbar oder mittelbar befasst sind, beschrieben.

## 2.1 Bundesebene

### **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)**

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ist auf Bundesebene für die politische und die gesetzgeberische Steuerung in den Bereichen Prävention, Behandlung sowie Verkehr mit Betäubungsmitteln und Grundstoffen zuständig. Seit 1998 ist das Amt der Bundesdrogenbeauftragten samt Geschäftsstelle beim BMGS angesiedelt. Durch Erlass vom 20. Juli 1967 als Fachbehörde im Geschäftsbereich des BMGS eingerichtet, engagiert sich seit Anfang der 70er-Jahre auf Bundesebene vor allem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Feld der Suchtprävention.

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Als Fachbehörde für gesundheitliche Aufklärung entwickelt die BZgA u. a. Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention und setzt sie in bundesweite Kampagnen um. Für ihre Aufgaben im Bereich der Suchtprävention verfügt sie derzeit über ein jährliches Budget von rund 6 Millionen Euro, das im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit veranschlagt ist. Hiervon werden sowohl massenkommunikative Aktivitäten (Produktion und Streuung von Basismedien, Anzeigen, Plakate, audiovisuelle Medien) als auch personalkommunikative Maßnahmen (Ausstellungen, Aktionen, Fortbildungen, Internetangebote etc.) finanziert.

Als nachgeordnete Dienststelle des BMGS hat die BZgA im Bereich der Suchtprävention im Wesentlichen folgende Schwerpunkte:

- Durchführung von Schwerpunktaktionen und Kampagnen in ausgewählten Feldern,
- Bereitstellung von Arbeitshilfen für Multiplikatoren,
- Bereitstellung von wissenschaftlichen Grundlagen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- Koordination der Aktivitäten von Bund, Ländern und Verbänden,
- Mitwirkung an Gemeinschaftsprojekten innerhalb der EU.

Die BZgA ist (in der Rolle der Geschäftsführerin) regelmäßige Gastgeberin des seit 1992 existierenden Bund-Länder-Koordinierungskreises Suchtprävention. Darüber hinaus vertritt sie die Interessen des Bundes in den einschlägigen Gremien und Arbeitskreisen der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie zum Teil auch in internationalen Gremien.

Die Aktivitäten und Kampagnen der BZgA werden im Verbund mit vielen Partnern in Verbänden und Institutionen auf Landes- und Gemeindeebene durchgeführt. Entsprechend ist die Bundeszentrale in ein breites Netz von Akteuren eingebunden, die auf direkte oder indirekte Weise ebenfalls mit der Suchtprävention befasst sind.

### **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)**

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ist als Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe tätigen Verbände – Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfe- und Abstinenzverbände sowie öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe – ebenfalls bundesweit tätig. Zwischen der DHS und der BZgA besteht ein arbeitsteiliges Vorgehen, wonach die DHS vorrangig Aufgaben aus dem Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention wahrnimmt, während die BZgA vornehmlich primärpräventiv tätig ist, aber auch – mit anderen Schwerpunkten und Zielsetzungen – sekundärpräventive Aufgaben wahrnimmt. Die Arbeit der DHS-Geschäftsstelle wird institutionell durch das BMGS gefördert. Für einzelne Projekte werden zudem über die BZgA (als formeller Zuwendungsgeber) Zuschüsse in Form von Projektförderung in Höhe von ca. 300.000 Euro pro Jahr gewährt.

Zu den Arbeitsschwerpunkten der DHS gehört die Entwicklung von Informationsmaterialien zu Gefährdungsmomenten, Risiken und Folgen von Suchtmittelkonsum und süchtigen Verhaltensweisen. Zum Großteil sind diese Materialien zielgruppenspezifisch ausgerichtet, etwa für Angehörige von Suchtkranken, für Frauen, für junge Erwachsene mit Probierkonsum beziehungsweise problematischem Suchtmittelkonsum, für medizinisches Personal oder Journalisten. Innerhalb der DHS existiert ein Fachausschuss Prävention.

Die in der DHS zusammengeschlossenen Verbände der Suchtkrankenhilfe sind häufig Träger der weiter unten beschriebenen kommunalen Fachstellen zur Suchtprävention. Einige dieser Fachstellen sind aus einem vom Bundesgesundheitsministerium bis 1996 geförderten Modellprojekt „Mobile Drogenprävention“ hervorgegangen, das von der DHS koordiniert wurde.

## 2.2 Länderebene

Entsprechend der föderalen Struktur des Gesundheitswesens in Deutschland werden Maßnahmen zur Suchtprävention auf der Ebene der einzelnen Bundesländer gestaltet. Die BZgA nimmt hier – beispielsweise durch den Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention – die Aufgabe der Koordinierung wahr.

Eine wichtige Rolle auf Länderebene nehmen die für Sucht zuständigen Fachbeamten der Bundesländer ein. Nahezu alle Bundesländer verfügen mittlerweile über Koordinierungs- oder Fachstellen für Suchtvorbeugung, die größtenteils bei frei-gemeinnützigen Trägern angesiedelt sind und in der Regel aus Landesmitteln gefördert werden. Die jährlichen Aufwendungen der Länder für Maßnahmen zur Suchtprävention liegen nach eigenen Angaben etwa zwischen 15 und 20 Millionen Euro. Zu den wesentlichen Aufgaben dieser Koordinierungs- oder Landesfachstellen gehört es u. a., Maßnahmen zur Suchtprävention innerhalb des Landes fachlich zu begleiten, zu steuern und zu koordinieren.

In Form von Landesarbeitsgemeinschaften, Arbeitskreisen, Foren oder Ausschüssen gibt es in fast allen Bundesländern fachliche Zusammenschlüsse, die unter der Beteiligung behördlicher Vertreter den institutionellen Rahmen für Absprachen und Planungen bilden. Viele Länder haben innerhalb dieser Koordinationsausschüsse Landesprogramme oder Gesamtkonzepte zur Suchtprävention erarbeitet, die den beteiligten Verbänden, Projekten, Institutionen und Trägern von Präventionsmaßnahmen als Handlungsgrundlage beim Ausbau suchtpreventiver Arbeit dienen.

Der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Bund und Ländern wie auch zwischen den einzelnen Ländern wird durch den Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention (siehe oben) sichergestellt, der – beispielsweise durch die Erarbeitung gemeinsamer Leitlinien – gleichzeitig zur bundesweiten Qualitätssicherung suchtpreventiver Aktivitäten beiträgt.

Soweit spezielle Suchtpräventionsmaßnahmen im Kontext der Vorbeugung von Straftaten stehen, sind hierfür die Polizeibehörden der Länder zuständig. Zahlreiche Landeskriminalämter, Polizeibehörden und kommunale Polizeidienststellen führen im Rahmen ihrer Präventionstätigkeit spezielle Projekte zur Drogenprävention durch. Die Maßnahmen umfassen zum Beispiel Informationskampagnen über illegale Drogen und Drogenstraftaten oder spezielle, meist im Umfeld von Tanz- und anderen Freizeitveranstaltungen durchgeführte Antidrogenaktionen. Zielgruppe dieser Projekte sind vornehmlich jüngere Menschen, insbesondere Schüler und Schülerinnen.

## 2.3 Kommunale Ebene

2

Auf kommunaler Ebene gehört die Prävention als „präventives Handeln sowohl im Sinne von Verhinderung von und Schutz vor Gefährdungen als auch im Sinne von Unterstützung, Förderung von Ressourcen und Hinwirken auf eine entwicklungsförderliche Gestaltung der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen und ihren Personensorgeberechtigten“ (Walter, 2003, S. 200) zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII. Entsprechend ist Suchtprävention meist in den gesetzlich vorgesehenen Angeboten der allgemeinen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes angesiedelt, die darauf zielen, die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu fördern und sie zur Selbstbestimmung zu befähigen.

Die Ausgestaltung in Art, Umfang und Qualität ist gesetzlich nicht geregelt, sondern bleibt der kommunalen Selbstverwaltung überlassen. Bei spezifisch auf die Suchtprävention ausgerichteten Maßnahmen handelt es sich zu einem Großteil um freiwillige Leistungen. Dies bedeutet, bei Ressourcenknappheit können diese gegebenenfalls gekürzt oder gänzlich gestrichen werden. Mit welchem Finanzvolumen die Suchtprävention auf kommunaler Ebene insgesamt ausgestattet ist, lässt sich nicht ermitteln.

Seit Anfang der 1980er-Jahre sind in vielen Kommunen so genannte Fachstellen für Suchtprävention entstanden. Diese Fachstellen sind häufig bei Trägern der Drogenhilfe (siehe dazu Verbände, Seite 25), zum Beispiel bei Beratungsstellen, angesiedelt und haben ein mehr oder weniger eigenständiges Fachprofil entwickelt. Sie können auch Jugendämtern oder Wohlfahrtsverbänden angegliedert oder als eingetragener Verein selbstständig organisiert sein. Inhaltlich konzentrieren sich die Fachstellen häufig auf einzelne Arbeitsfelder der Prävention (zum Beispiel Lehrerarbeit/Schulen/Kindergarten/Betriebe), beraten Multiplikatoren, veranstalten Fortbildungsmaßnahmen oder initiieren eigenständig beziehungsweise als Mitwirkende Projektarbeit auf lokaler, zuweilen auch auf regionaler Ebene. Daneben wird Suchtvorbeugung auch in Maßnahmen von Trägern der Jugendhilfe, insbesondere von den Jugendschutzorganisationen, als Thema aufgegriffen. Häufig werden hierbei auch sekundärpräventive Ziele verfolgt.

## 2.4 Gesundheitswesen

### Krankenkassen

Gemäß § 20 SGB V ist die gesetzliche Krankenversicherung zu Leistungen der primären Prävention verpflichtet. Die Ausgaben für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20

SBG V sollen – als Richtwert – 2,56 Euro je Versicherten und Kalenderjahr umfassen, wobei dieser Betrag jedoch die gesamten primärpräventiven Leistungen abdeckt.

Zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen im Juni 2001 „Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ für Leistungen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung verabschiedet. Die Reduktion des Genuss- und Suchtmittelkonsums wird hier sowohl in der Primärprävention nach dem individuellen Ansatz wie auch im Setting Schule und im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als prioritäres Handlungsfeld ausgewiesen. Ziel ist u. a. die Befähigung zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln beziehungsweise die Punktnüchternheit am Arbeitsplatz. Hierzu soll u. a. über aktuelle Erkenntnisse und Hilfsangebote informiert werden; persönliche Ressourcen und Kompetenzen sollen gestärkt werden. Unterschiedlichste Methoden wie beispielsweise Informationsvermittlung, Schulung von Führungskräften, Arbeit mit Eltern und Angehörigen, Maßnahmen zum Nichtraucherschutz oder Verfügbarkeitsbegrenzungen sollen fest in die jeweiligen Settings integriert und kontinuierlich angewendet werden.

Da die Maßnahmen bisher jedoch auf lokaler Ebene noch keineswegs überall konkretisiert und umgesetzt worden sind, lassen sich über die Wirksamkeit noch keine Aussagen treffen. Zur Herstellung einer bundesweiten Transparenz und zur Qualitätssicherung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen jedoch eine einheitliche Dokumentation der Leistungen entwickelt, auf deren Basis die Aktivitäten durch eigene Evaluationsverfahren künftig auch bewertet werden sollen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2002).

## **Gesundheitsberufe**

Die Zusammenarbeit zwischen dem (primär-)ärztlichen Versorgungssystem und den Akteuren der Suchtprävention ist in vielen Ländern und Kommunen noch defizitär. Dabei sprechen zahlreiche Gründe dafür, Haus- oder Kinderärzte<sup>6</sup>, aber auch Fachärzte der Gynäkologie, Hebammen oder das Pflegepersonal in Krankenhäusern in die Bemühungen zur Suchtprävention systematisch einzubeziehen. In Deutschland besteht eine hohe Kontaktdichte der Bevölkerung mit dem klassischen medizinischen Versorgungssektor. Als Richtwert gilt, dass mindestens drei Viertel der Bevölkerung immerhin einmal pro Jahr eine Arztpraxis aufsuchen und rund ein Viertel stationär behandelt wird. Da offenbar ein großer Anteil der Bevölkerung regelmäßig über die medizinische Versorgung erreichbar ist und problematische Konsumformen häufig hierbei erstmalig erkannt werden, können noch beträchtliche suchtpreventive Ressourcen erschlossen werden.

<sup>6</sup> Begriffe wie diese sind als Sammelbezeichnung zu verstehen, sodass – sofern eine geschlechtsspezifische Unterscheidung keine Rolle spielt – zugunsten der Lesbarkeit auf die geschlechtsadäquate Schreibweise verzichtet wird. Dies gilt auch für analoge Fälle.

# 2.5

## Bildungs-, Arbeits- und Freizeitsektor

2

### Kindergärten

Gesundheitsförderliche Einstellungen und Verhaltensweisen können umso nachhaltiger etabliert werden, je früher zum Beispiel Maßnahmen zur Kompetenzförderung einsetzen. Auch für die (substanzunspezifische) Suchtprävention stellen Kindergärten deshalb einen wesentlichen Ort dar und bieten eine hilfreiche Plattform für die gemeinschaftliche Arbeit.

Um die gesunde Entwicklung von Kindern frühzeitig unter dem Aspekt von Suchtgenese zu reflektieren, wurden zum Beispiel Handreichungen für Erzieherinnen und Erzieher erarbeitet. Das vom BMJFFS entwickelte so genannte Flirpse-Paket für Kindergärten wurde von der Bundeszentrale übernommen und einmalig allen Kindergärten zur Verfügung gestellt. Als weiteres Beispiel dient das evaluierte Projekt<sup>7</sup> der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE), das sich an drei unterschiedliche Zielgruppen (Kinder, Erzieher/-innen, Eltern) wendet.

### Schulen

Angebote der Suchtprävention sind heute vielfach Bestandteil der schulischen Curricula; in Abstimmung mit den Kultusbehörden der Länder hat die BZgA für alle Schulstufen Unterrichtsmaterialien und Medienpakete zur Suchtprävention entwickelt. Oft werden Präventionsveranstaltungen in Form von Projektwochen in den Klassenstufen 8 bis 10 durchgeführt.

Schulische Maßnahmen werden in erster Linie im Rahmen der Lehrerfortbildungsinstitute der Länder konzeptioniert und implementiert, die auch umfangreiche Handreichungen und Konzepte für die schulische Praxis entwickelt haben. Exemplarisch sind u. a. das schulische Curriculum „ALF“ – ein Präventionsprogramm mit suchtmittelspezifischen Inhalten zu Alkohol und Nikotin – oder die Unterrichtsmaterialien „Lions Quest“ zu nennen, mit deren Hilfe sowohl suchtmittelspezifische als auch suchtmittelunspezifische Kompetenzen vermittelt werden sollen. Beide Programme sind erfolgreich evaluiert und können flächendeckend angewandt werden. Darüber hinaus existieren PC-Programme für Lehrer zur Früherkennung von Suchtverhalten und Vermittlung geeigneter Hilfsmaßnahmen (beispielsweise das von der BZgA entwickelte Paket „Step by Step“).

<sup>7</sup> Es handelt sich um das von 1996 bis 1998 durchgeführte Projekt *Kinder stark machen – Suchtprävention im Kindergarten* des gleichnamigen Kasseler Arbeitskreises, mit Unterstützung der BZgA und der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE).

An vielen Schulen wurden seit den späten 1970er-Jahren außerdem „Vertrauenslehrer“ oder „Drogenkontaktlehrer“ eingerichtet. Diese sind häufig ehrenamtlich tätig beziehungsweise können zuweilen ihren Aufwand durch Stundenreduzierung kompensieren. Ihre Aufgabe besteht u. a. darin, suchtrelevante Informationen zu beschaffen und zu verbreiten, Schüler und Kollegium in Suchtfragen zu beraten und gegebenenfalls Kontakte zu örtlichen Beratungsstellen zu vermitteln. Vereinzelt gehört es auch zu deren Aufgaben, Präventionsveranstaltungen durchzuführen oder dabei mitzuwirken. Bundesweit einheitliche und verbindliche Umsetzungsstandards für die schulische Suchtprävention gibt es indes nicht; Schulpolitik ist Angelegenheit des jeweiligen Landes, und die konkrete Ausgestaltung ist sogar oft in die Verantwortung der einzelnen Schulen vor Ort gestellt.

### **Betriebe**

Für das späte Jugend- und das Erwachsenenalter sind vor allem Betriebe geeignete Settings, da hier große Bevölkerungsgruppen kontinuierlich erreicht werden können. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz abzielen. Dazu gehören gesundheitsgerechte Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung ebenso wie die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Angebote zum gesundheitsgerechten Verhalten. Insbesondere die Auswirkungen des Genuss- und Suchtmittelmissbrauchs auf die allgemeine Gesundheit wie auch auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitssicherheit – einschließlich der damit verbundenen Kosten und Nachteile – sind bedeutsam und erfordern entsprechendes Handeln. Als Maßnahmen der betrieblichen Suchtprävention seien hier exemplarisch genannt: Verbesserung des Betriebsklimas, Förderung des Nichtrauchens und des Nichtraucherschutzes, Förderung einer alkoholfreien Betriebs(-feier)kultur, Entspannungstrainings als Alternative zum Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie niedrigschwellige Hilfs- und Beratungsangebote.

### **Vereine**

Der Freizeitsektor ist neben Kindergarten und Schule ein weiterer wichtiger Lebensbereich für die Suchtprävention. Da ca. 70 % aller Jugendlichen zumindest zeitweilig in Sportvereinen aktiv sind und sich der Sport außerdem durch einen hohen Organisationsgrad auszeichnet, sind Sportvereine wichtige Kooperationspartner für die Suchtprävention. Vor diesem Hintergrund hat die BZgA 1995 eine intensive Zusammenarbeit mit den großen Sportverbänden gestartet, um das Potenzial der Sportvereine als soziales Lernfeld zu nutzen und mit den Betreuern und Übungsleitern qualifizierte Multiplikatoren zu gewinnen. Gleichzeitig bietet die Popularität des Sports günstige Voraussetzungen, um die Philosophie von Suchtprävention als Gemeinschaftsaufgabe und Kompetenzförderung presse- und öffentlichkeitswirksam zu verbreiten.

### **Einrichtungen der außerschulischen Jugendarbeit**

Da in der außerschulischen Jugendarbeit in der Regel individuelle Problemlagen der Jugendlichen eher als in der Schule aufgegriffen werden, bietet sich hier eine besondere

Möglichkeit, gezielt auf Drogenkonsum einzugehen. Aus diesem Grund ist die Zusammenarbeit der Institutionen der außerschulischen Jugendarbeit von großer Bedeutung. Speziell für die Jugendarbeit entwickelte Materialien sind inhaltlich stark auf sekundärpräventive Fragestellungen (Umgang mit konsumierenden Jugendlichen, Fragen zu Punktnüchternheit o.Ä., kritische Reflexion des eigenen Drogengebrauchs) ausgerichtet. Inzwischen liegen Medien sowohl für die Jugendlichen selbst als auch für hauptberuflich und ehrenamtlich tätige Jugendarbeiter vor, die ausdrücklich für den Freizeitbereich entwickelt wurden und die spezifischen Bedingungsfaktoren der außerschulischen Jugendarbeit ausreichend reflektieren.

### **Sonstige Einrichtungen**

Nicht systematisch – deshalb jedoch nicht weniger kreativ und innovativ – sind auch viele andere Institutionen suchtpräventiv aktiv. Vor allem in den klassischen Jugendverbänden, etwa in der Pfadfinderschaft, umfasst das jugendspezifische Angebot auch suchtpräventive Projekte. Ebenso bieten Kirchen und Wohlfahrtsverbände, aber auch die Jugendreferate der Gewerkschaften, der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft oder des Deutschen Alpenvereins ihren Mitgliedern im Rahmen ihrer Jugendarbeit spezielle Maßnahmen mit suchtpräventiven Zielsetzungen an.



**SUCHTPRÄVENTION  
ALS THEMEN- UND  
HANDLUNGSFELD  
DER BZGA**



Die BZgA ist u. a. mit der Aufgabe betraut, in der Bevölkerung die Bereitschaft zu einem verantwortungsbewussten, gesundheitsgerechten Verhalten und einer sachgerechten Nutzung des Gesundheitssystems zu fördern (BZgA, 2001a). Mithilfe bundesweiter Informations- und Motivationskampagnen sowie durch Qualitätssicherungsmaßnahmen soll für alle Bürgerinnen und Bürger eine effektive und effiziente Gesundheitsförderung sichergestellt werden. Hierzu muss die BZgA sowohl aktuell, das heißt kurzfristig, als auch mittel- und langfristig auf ausgewählte gesundheitliche Themen mit bundesweiter Bedeutung reagieren können. Schwerpunktlegungen sind hierbei angesichts begrenzter Ressourcen erforderlich.

## 3.1 Der Auftrag der BZgA

Der Missbrauch legaler und illegaler Drogen ist ein Thema mit großer gesundheitlicher Relevanz (BZgA, 2001b; Glaeske, 2001; Junge, 2001; Junge und Nagel, 1999; Kraus und Augustin, 2001; Meyer und John, 2001; Tossmann, Boldt und Tensil, 2001; Welte, König und Leidl, 2000). Entsprechend bildet die Prävention von Sucht seit nunmehr fast 15 Jahren einen Schwerpunkt in den Aktivitäten der BZgA.

Von Beginn an war es das Ziel, lebensbegleitend für alle Bevölkerungsgruppen adäquate suchtpreventive Unterstützung bereitzustellen. Suchtpreventive Angebote sind während der gesamten Lebensspanne von großer Bedeutung, also gleichermaßen sinnvoll und notwendig für werdende Eltern, für Kinder und Jugendliche, aber auch für Erwachsene und ältere Menschen. Die Konzentration auf ausgewählte Zielsetzungen, Zielgruppen oder Settings entspricht deshalb nur einer aus Kapazitätsgründen gewählten Prioritätensetzung und bedeutet nicht eine grundsätzliche Bevorzugung einzelner Bevölkerungsgruppen und Lebensphasen.

Mit dem 1990 verabschiedeten Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan wurde der Prävention erstmalig ein hoher Stellenwert in der Suchtbekämpfung eingeräumt. Rund zehn Jahre lang war die suchtpreventive Arbeit der BZgA darauf gerichtet, die Bevölkerung zur Abstinenz von illegalen Drogen, zu einem kontrollierten Konsum von legalen Drogen sowie zu einem bestimmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten zu befähigen. Seit 1998 finden in der Suchtprevention und Suchthilfe neue Orientierungen statt. Der Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan wurde 2003 durch den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung abgelöst, der vier Säulen der deutschen Suchtpolitik bestimmt: Prävention, Behandlung, Schadensreduzierung und Repression. Ziel dieses Aktionsplans ist es u. a., den Stellenwert der Prävention weiter zu stärken und diese um neue Schwerpunkte zu ergänzen: Primärpräventive Ansätze sollen intensiviert, sekundärpräventive Maßnahmen gleichzeitig gestärkt sowie legale Substan-

zen stärker berücksichtigt werden. Eine solche Erweiterung des suchtpreventiven Repertoires basiert auf einem stärker Public-health-geprägten – also auf Wirkungen bei der Gesamtbevölkerung oder definierten Bevölkerungsgruppen gerichteten – Blickwinkel. Anders als eine Perspektivenverschiebung im Sinne einer anderen Schwerpunktsetzung ermöglicht eine solche Erweiterung der Perspektive die Bereitstellung eines breit angelegten, umfassenden und gleichzeitig differenzierten Gesamtpakets, mit dessen Hilfe wirksame Präventionsleistungen angemessen, bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden können.

## 3.2 Der konzeptionelle und programmatische Rahmen suchtpreventiver Arbeit der BZgA

3

Auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen und praxisrelevanten Kenntnisse und Erfahrungen hat die BZgA 1993 in Zusammenarbeit mit den Ländern Leitlinien zur Suchtprevention entwickelt, die auf einem multidimensionalen Modell zur Förderung lebensweltbezogener Gesundheitsressourcen basieren.

Zentraler Baustein dieses multidimensionalen Modells ist das von Aaron Antonovsky entwickelte Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979; 1987), in dessen Mittelpunkt die Frage nach den Wirkfaktoren für die Erhaltung von Gesundheit steht. Gesundheit und Krankheit werden hier nicht als zwei sich ausschließende Konstrukte betrachtet, sondern als die beiden Pole eines Kontinuums. Moderne gesundheitsbezogene Ansätze sollten nach Antonovsky deshalb vorrangig danach fragen, was eine günstige – das heißt dem Gesundheitspol möglichst nahe – Position auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bewirkt und erhält. Oder anders gefragt: Welches sind die Bedingungen von Gesundheit, und welche Faktoren schützen Gesundheit und tragen zur Unverletzlichkeit bei? (Bengel, Strittmatter und Willmann, 2001)

Dieser positive, ressourcenorientierte und auch gesellschaftliche Bedingungen berücksichtigende Ansatz macht die Stärke des Modells der Salutogenese aus. Hierin liegt eine unverkennbare Nähe zu den Vorgaben der WHO zur Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta von 1986 formuliert wurden. Gleichzeitig bietet dieser Ansatz auch im Hinblick auf eine zeitgemäße Suchtprevention eine viel versprechende und belastbare Grundlage, weshalb die Grundzüge des Modells im Folgenden vereinfacht und kurz zusammengefasst werden sollen:

Ausgehend von der Vorstellung, dass sich Gesundheit weniger durch die Verringerung von Krankheitsbedingungen, als vielmehr durch die Vermehrung von Gesundheitsbedingungen herstellen und verbessern lässt, wird die Aufmerksamkeit weg von den Krank-

heits- und Risikofaktoren und hin zu den Gesundheits- und Schutzressourcen gelenkt. Ausmaß und Verfügbarkeit solcher Schutzfaktoren hängen sowohl von individuellen als auch von sozialen und kulturellen Faktoren – den „generalisierten Widerstandsressourcen“ – ab. Diese wiederum bestimmen die allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben oder – wie Antonovsky es nennt – das „Kohärenzgefühl“, das aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit besteht. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls ist entscheidend dafür, das Leben in produktiver Weise meistern zu können und gesund zu bleiben oder zu werden.

Für die suchtpreventiven Aktivitäten der BZgA sind vor allem die Aspekte der Gesundheits- und Ressourcenorientierung sowie die Berücksichtigung von Umweltbedingungen als grundlegende Faktoren für Gesundheitsentwicklung von Bedeutung (siehe Abbildung 1):

- Um den Einzelnen wie auch die Gesellschaft zu einem suchtfreien Leben zu befähigen, ist es wichtig, den positiven Teil eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums in den Blick zu nehmen.
- Es ist erforderlich, den suchtpreventiven Blickwinkel nicht auf die Verhütung oder Minderung von Risikobedingungen zu beschränken, sondern die Stabilisierung und Stärkung der Schutzressourcen und Kompetenzen in den Fokus zu rücken.
- Die Gesundheit des Einzelnen wie auch der Bevölkerung insgesamt hängt nicht allein von den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten ab; vielmehr bestimmen nicht zuletzt die gesellschaftlichen Gegebenheiten in den Lebenswelten über Existenz, Verfügbarkeit und Nützlichkeit der Schutzfaktoren.

Das Modell der Salutogenese reicht jedoch allein nicht aus, um eine derart komplexe Aufgabe, wie sie die Suchtprevention darstellt, in befriedigender Weise theoretisch zu fundieren. Ergänzend gelten gegenwärtig insbesondere die Theorie des sozialen Lernens und die Theorie der sozialen Einflussnahme sowie das Konzept der Entwicklungsauf-

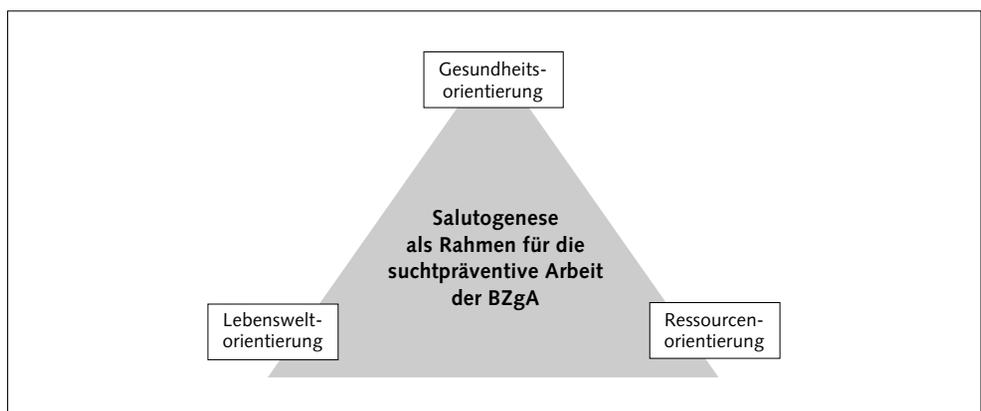


Abb. 1: Salutogenetisches Rahmenkonzept als Sockel der Suchtprevention

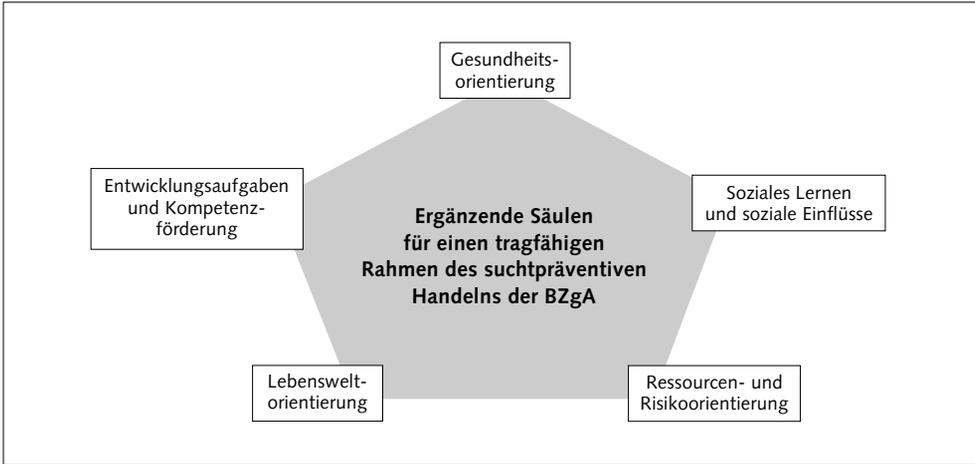


Abb. 2: Die Erweiterung des theoretischen Fundaments um präventionsrelevante Handlungsmodelle

gaben als relevant für die Fundierung wirksamer Suchtprevention. Allerdings hat sich in der Praxis gezeigt, dass neben der Orientierung an Ressourcen die Risiken nicht außer Acht gelassen werden dürfen, um besonders gefährdete Personen(-gruppen) nicht aus dem Blick zu verlieren (siehe Abbildung 2).

- Die Ansätze der sozialen Lerntheorie und der Theorie der sozialen Einflussnahme betonen die Bedeutung sozialer Einflüsse auf den Drogenkonsum. Beispielsweise werden eigene Konsummuster entlang den Konsumgewohnheiten von Freunden oder Familie gebildet oder orientieren sich an gängiger Werbung. Hierauf aufbauende suchtpreventive Ansätze zielen entweder darauf ab, riskante soziale Einflüsse zu mildern – etwa durch das Training von Widerstandsfähigkeit – oder sie sind darauf ausgelegt, die Strategien des sozialen Lernens selbst für präventive Interventionen zu nutzen.
- Das Konzept der Entwicklungsaufgaben ist besonders für solche suchtpreventiven Aktivitäten relevant, bei denen Kinder und Jugendliche im Fokus stehen. Diesem Konzept zufolge ist das Erwachsenwerden von einer Vielzahl von Aufgaben gekennzeichnet, zum Beispiel Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen, Entwicklung beruflicher Perspektiven oder Akzeptanz des eigenen Körpers. Auch der maßvolle Umgang mit psychoaktiven Substanzen muss erst erlernt werden. Entwicklungsunterstützende Suchtprevention zielt darauf ab, Kinder und Jugendliche zu begleiten und sie für die teilweise belastungsreichen Lebensphasen mit ausreichenden Bewältigungskompetenzen auszustatten.

Den wissenschaftlichen Studien zur Suchtprevention zufolge bildet ein fundiertes theoretisch-programmatisches Konzept nur eine der Bedingungen, um Prävention wirksam

in die Praxis umzusetzen. Damit die Präventionsmaßnahmen der BZgA den größtmöglichen Wirkungsgrad erreichen können, müssen ergänzende Bedingungen erfüllt sein:

- Eine Veränderung nicht nur von Wissen und Einstellungen, sondern auch des Verhaltens erfordert Maßnahmen, die alle handlungsrelevanten Ebenen ansprechen. Das heißt, sie müssen einerseits kognitiv und affektiv ausgerichtet sein und andererseits durch eine interaktive Anlage aktives Handeln ermöglichen.
- Zur Erreichung relevanter Personengruppen sind differenzierte zielgruppenspezifische Angebote sowohl suchtspezifischer als auch suchttunsspezifischer Ausprägung notwendig: Primärpräventive (unspezifische) Angebote für breite Bevölkerungsgruppen und sekundärpräventive (spezifische) Angebote für ausgewählte Personengruppen auf einer partizipativen Basis gewährleisten größtmöglichen Erfolg.
- Für eine langfristige Wirksamkeit sind die konsistente Implementierung einer Gesamtkampagne in allen relevanten Settings, die Kontinuität bei der Umsetzung sowie fortlaufende Wiederauffrischungsmaßnahmen von maßgeblicher Bedeutung.

Nicht zuletzt haben bevölkerungsweite Public-Health-Initiativen nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie in der Bevölkerung auf breite Akzeptanz stoßen (Balbach, Traynor und Glantz, 2000). Nur wenn eine von Experten entwickelte Strategie Unterstützung in der Allgemeinbevölkerung findet, lassen sich genügend unterstützende Akteure gewinnen und politische Prozesse der Entscheidungsfindung zielgerichtet steuern. Die massenkommunikativen wie auch die personalkommunikativen Strategien der BZgA sind deshalb im Grundsatz immer auch darauf gerichtet, den sozialen Normen in der Bevölkerung eine gesundheitsförderliche Richtung zu geben und damit eine wesentliche Voraus-

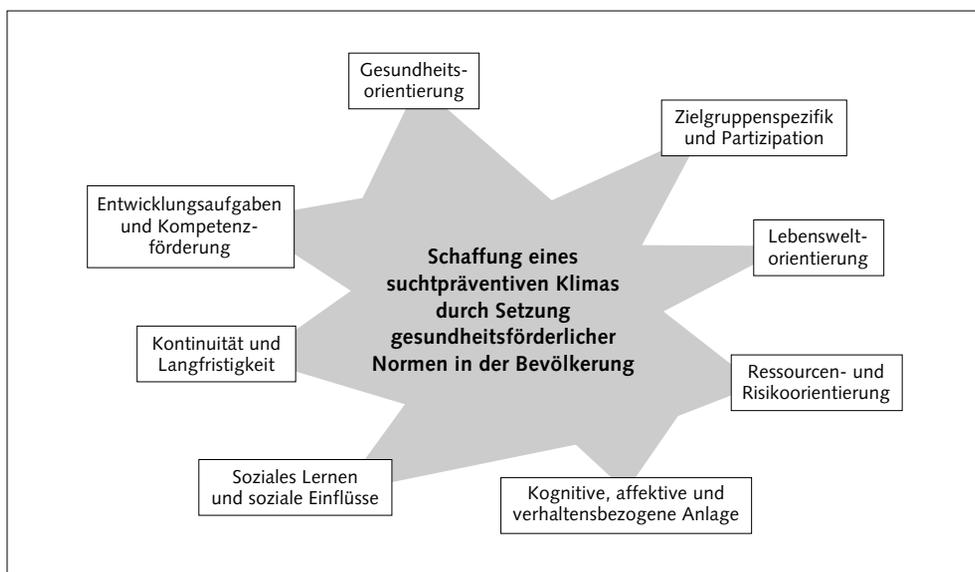


Abb. 3: Suchtpreventives Konzept der BZgA

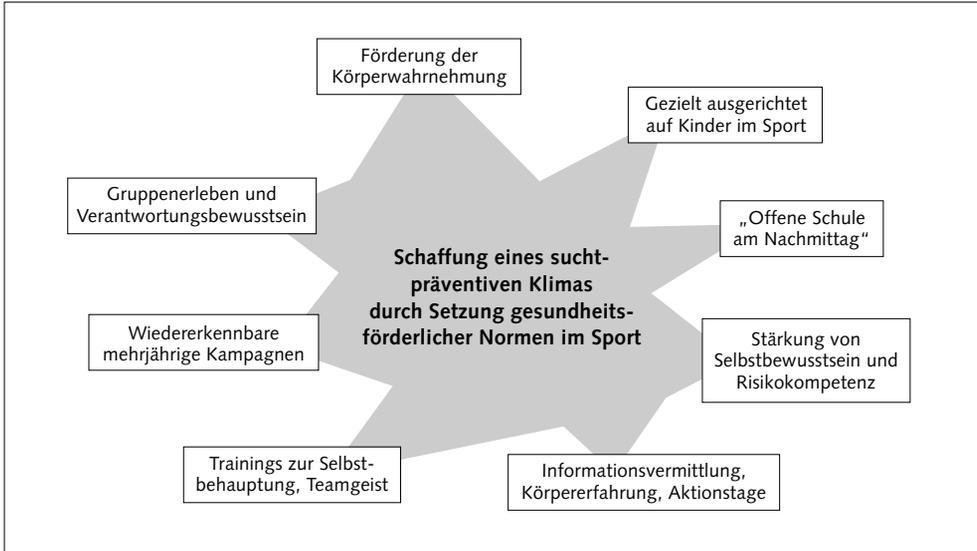


Abb. 4: Das Präventionsmodell der BZgA am Beispiel *Kinder stark machen*

setzung für die erfolgreiche Implementierung gesundheitsförderlicher Lebensstile und Lebensweisen in Familie, Schule, Gemeinde etc. zu schaffen (siehe Abbildung 3).

Am Beispiel der Kampagne *Kinder stark machen* ist die praktische Umsetzung dieser Konzeption gut erkennbar (siehe Abbildung 4). Diese multimediale Kampagne zur Suchtprävention wendet sich mit zahlreichen personal- und massenkommunikativen Maßnahmen an Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Ziel dieser suchtmittelunspezifischen, vor allem im Sportverein-Setting angesiedelten Kampagne ist es, das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen, ihr Selbstwertgefühl, ihre Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit zu fördern und sie dadurch stark genug zu machen, beim Auftreten von Problemen nicht auf Suchtmittel ausweichen zu müssen.

## 3.3 Suchtpräventives Handeln der BZgA

Zentrales Präventionsziel des Aktionsplans „Sucht und Drogen“ ist es, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und die Abhängigkeit von Suchtmitteln zu verhüten oder deutlich zu reduzieren. Die BZgA entwickelt hierfür geeignete Strategien und setzt diese in Kampagnen um. In den nachfolgenden Abschnitten werden die zentralen suchtpreventiven Ziele und Aktivitäten der BZgA im Einzelnen dargestellt.

### 3.3.1 Zentrale Zielebenen

Auf der Grundlage der derzeit gültigen wissenschaftlichen Kenntnisse hat die BZgA zentrale Ziel- und Aktionsfelder ihrer suchtpreventiven Arbeit bestimmt. Eine differenzierte und spezifiziertere Formulierung von Zielsetzungen und Zielrichtungen der Suchtprevention ist erforderlich, um ein möglichst hohes Maß an Passgenauigkeit sicherzustellen. Dem zentralen Präventionsziel, riskanten oder schädlichen Konsum und die Abhängigkeit von Suchtmitteln zu verhüten oder deutlich zu reduzieren und damit drogen- und suchtspezifische Problemlagen einschließlich drogenbedingter Krankheiten und Todesfälle zu vermindern, lassen sich drei zentrale Zielebenen unterordnen:

#### 1. Die Förderung relevanter Kompetenzen in verschiedenen Zielgruppen

Oberziel suchtpreventiver Maßnahmen ist es, Menschen zu einem eigenverantwortlichen, sozialverträglichen und situationsangemessenen Umgang mit psychoaktiven Substanzen und nicht stoffgebundenen abhängigkeitserzeugenden Angeboten zu befähigen. Dies macht es nicht nur erforderlich, die Bevölkerung für die Suchtprevention und ihre Zielsetzungen durch entsprechende Informationen zu *interessieren* und zu *sensibilisieren*, sondern auch zu einem gesundheitsgerechten Verhalten zu *motivieren* und zu *qualifizieren*.

##### *Zielgruppe Kinder und Jugendliche*

Zentrale Zielgruppen bilden sowohl die nicht konsumierenden als auch die konsumierenden Kinder und Jugendlichen als klassische „Endverbraucher“ präventiver Angebote. Differenzierte Subgruppen lassen sich u. a. nach Alter, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, Konsummuster, Grad der sozialen Integration, Peerfunktion u. Ä. bilden. Für Kinder und Jugendliche gilt es vornehmlich, biopsychosoziale Kompetenzen (zum Beispiel verbesserte Körperwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Konfliktlösefähigkeit) zu fördern, um sie zu einer konstruktiven Lebensbewältigung zu befähigen und eine gelungene biografische Entwicklung zu sichern.

##### *Zielgruppe Erwachsene*

Die erwachsene Bevölkerung bildet die zweite wichtige Zielgruppe im Bereich der Kompetenzförderung. Einerseits sind die Erwachsenen selbst Zielgruppe suchtpreventiver Aktivitäten, da auch sie gegebenenfalls der suchtvorbeugenden Unterstützung bedürfen; andererseits spielen sie in den suchtpreventiven Aktivitäten der BZgA eine wichtige Rolle als Vorbilder – etwa als Eltern – oder mögliche Multiplikatoren – beispielsweise als Beschäftigte im Gesundheitswesen, in der Jugend- und Suchthilfe oder im Bildungs- und Freizeitbereich.

## 2. Aufbau und Verbreitung gesicherter Informationen

Damit sich suchtpreventives Engagement am neuesten Stand wissenschaftlicher und praxisrelevanter Erkenntnisse orientieren kann, ist es erforderlich, einen Informationspool auf- und kontinuierlich auszubauen sowie die wesentlichen Informationen zum Thema zu verbreiten.

### *Aufbau eines Informationspools*

Der Aufbau eines Informationspools steht am Beginn eines jeden qualitätssichernden Prozesses. Neben fundierten Informationen über die Bedingungskontexte und Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung – zum Beispiel, welche Faktoren den Substanzkonsum und die Entwicklung schädlicher Konsummuster begünstigen, welche die Wahrscheinlichkeit für eine produktive Bewältigung alltäglicher Entwicklungs- und Lebensgestaltungsanforderungen erhöhen – sind verlässliche Informationen über wirksame Präventions- und andere Unterstützungsmaßnahmen von besonderer Wichtigkeit. Die zusammengetragenen und erarbeiteten Informationen sollten dementsprechend Aufschluss geben über den Bedarf, die Methoden, die Erreichbarkeit und Anwendbarkeit sowie über die Wirksamkeit von suchtpreventiven Angeboten. Hierzu ist es erforderlich, suchtpreventive Maßnahmen auf fundierten theoretischen und methodischen Grundlagen zu entwickeln, bestehende Angebote sorgfältig auf ihre Wirksamkeit hin zu prüfen und neue, innovative Verfahren modellhaft zu erproben und zu evaluieren.

### *Verbreitung der Informationen*

Die personal- und massenkommunikative Streuung relevanter Informationen bildet die zweite Säule des informationsbezogenen suchtpreventiven Handelns. Dabei ist von zentraler Bedeutung, dass sowohl Fachleute aus Politik, Praxis und Wissenschaft als auch die Allgemeinbevölkerung hinreichende Informationen erhalten oder leicht abrufen können.

## 3. Sicherung interdisziplinärer Kooperationen zwischen allen beteiligten Akteuren

In Wissenschaft, Praxis und Politik besteht ein breiter Konsens darüber, dass Suchtprevention die größtmögliche Wirksamkeit erzielt, wenn sie von den zentralen Akteuren als multidimensionale Gemeinschaftsaufgabe wahrgenommen wird. Die Bündelung sämtlicher relevanter Kräfte gewährleistet eine optimale Freisetzung aller verfügbaren Ressourcen und lässt obendrein synergetische Effekte erwarten.

Um langfristig stabile und zukunftsfähige Gemeinschaftsaktionen entwickeln und umsetzen zu können, bedarf es einer tragfähigen Infrastruktur sowie ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen. Es ist Aufgabe aller beteiligten Akteure, eine solche Infrastruktur zu organisieren und zu pflegen und sie dadurch mit einschlägigem Handlungspotenzial auszustatten. Besonders wichtig ist es, geeignete Verfahren der

Zusammenarbeit zu entwickeln und hinsichtlich ihrer Nützlichkeit zu prüfen. Kooperationserfahrungen der vergangenen Jahre haben häufig gezeigt, dass die Arbeit in vernetzten Systemen nicht automatisch Synergieeffekte zur Folge hat.

Eine effiziente schnittstellenübergreifende Arbeit aller beteiligten Akteure dient einerseits dazu, alle in der Suchtprävention verfügbaren Ressourcen nutzbar zu machen; andererseits bietet die kollegiale Zusammenarbeit die Möglichkeit, den Interessen und Vorstellungen der beteiligten Akteure genügend Raum zu geben. Ein hieraus ableitbarer partizipativer Konsensprozess bewirkt konzentriertes Handeln und befähigt zur Etablierung zielgerichteter und passgenauer präventiver Leistungen.

### **3.3.2 Zentrale Handlungsbereiche**

Information und Kommunikation sowie Qualitätsmanagement bilden die zentralen Handlungsbereiche der BZgA in der Suchtprävention. In der breiten Öffentlichkeit tritt die BZgA vorwiegend durch ihre Arbeit auf dem Gebiet der personalen und massenmedialen Kommunikation in Erscheinung. Für die Fachöffentlichkeit werden zudem Leistungen des Qualitätsmanagements bereitgestellt. Diese sind darauf gerichtet, wissenschaftliche und anwendungsorientierte Erkenntnisse zu schaffen und zu verwerten.

#### **3.3.2.1 Kommunikation auf massenmedialer und personaler Ebene**

Die BZgA bedient sich verschiedener Kommunikationsmethoden, um allgemein die Gesamtbevölkerung oder spezifisch Einzelpersonen oder ausgewählte Personengruppen anzusprechen. Hierbei kommen Verfahren sowohl massenmedialer als auch personaler Kommunikation zur Anwendung.

Die Ziele der kommunikativen Strategien sind auf kognitiver, aber auch auf affektiver und verhaltensorientierter Ebene angesiedelt. Die kommunikativen Maßnahmen dienen zum einen der bevölkerungsweiten oder zielgruppenspezifischen Informationsvermittlung, zum anderen der Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Themen. Des Weiteren sind die Strategien darauf angelegt, ein positives öffentliches Klima zu schaffen und entsprechende Meinungsbildungen, Entscheidungsfindungen sowie Handlungskompetenzen zu fördern. Neben Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Endadressaten sind vor allem die Multiplikatoren, die mit den relevanten Primärzielgruppen in unmittelbarem Kontakt stehen, zentrale Adressaten (Eltern, Fachleute aus dem Gesundheits-, Bildungs- und Freizeitbereich etc.).

#### **Massenkommunikative Maßnahmen**

Maßnahmen mit einem massenkommunikativen Fokus richten sich einerseits an eine breite unspezifische Öffentlichkeit, andererseits aber auch an ausgewählte, spezifizierte Personen oder Personengruppen. Die zentralen Instrumente der Massenkommunikation

sind Anzeigen, Plakate, Printmedien und vor allem TV- und Kino-Spots, die in der Regel Bestandteil einer als Medienmix angelegten Kampagne sind. Ihre Wirkung liegt vor allem in der anhaltenden Thematisierung suchtpräventiver Inhalte und der Sensibilisierung hierfür. In diesem hierdurch geschaffenen günstigen gesellschaftlichen Klima kann ein fruchtbares Feld für die personalkommunikativen Methoden der Suchtprävention erschlossen werden.

### **Personalkommunikative Maßnahmen**

Personalkommunikative Maßnahmen richten sich sehr viel gezielter an Individuen und bestimmte Gruppen. Durch individuelle Ansprachen sollen sie auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung des persönlichen Erlebens und Verhaltens hinwirken. Denkbare Instrumente und Methoden sind audiovisuelle Medien und Printmedien für die eigenständige Auseinandersetzung, ferner Ausstellungen, Informationsveranstaltungen, soziale Kompetenztrainings, persönliche Gesprächs- und Beratungsangebote, Telefonberatung, aber auch erlebnispädagogische Maßnahmen oder familiäre Unterstützungsangebote.

Personalkommunikative Verfahren gedeihen am besten in einem gesundheitsförderlichen Klima. Da sich dieses durch massenkommunikative Verfahren erzeugen lässt, gelten Massenkommunikation und Personalkommunikation als die komplementären Elemente einer suchtpräventiven Gesamtstrategie. Um tatsächlich handlungsleitend sein zu können, müssen solche massen- und personalkommunikativen Maßnahmen hohen qualitativen Ansprüchen genügen und sollten auf der Basis von Modellen bester Praxis aufgebaut werden. Diese lassen sich jedoch erst auf der Grundlage umfassender Evaluationsaktivitäten entwickeln.

### **Zentrale Kampagnen und Maßnahmen der BZgA zur Suchtprävention**

Die unterschiedlichen Programme zur Suchtprävention beinhalten jeweils Maßnahmen für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, wie auch Materialien oder Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Gegenwärtig werden zu den Themen Rauchen, Alkohol und illegale Drogen die nachfolgend beschriebenen nationalen Kampagnen von der BZgA durchgeführt.

#### *Die rauchfrei-Kampagne*

Die *rauchfrei*-Kampagne verbindet Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, den Ausstieg aus dem Rauchen zu fördern und Nichtraucher – vor allem Kinder – vor Passivrauchen zu schützen. Zielgruppen dieser Kampagne sind vor allem Kinder und Jugendliche, aber auch Eltern, werdende Eltern sowie verschiedene Berufsgruppen (zum Beispiel im Gesundheits- und Erziehungs-/Bildungsbereich) und Betriebe.

Neben Medien für Endzielgruppen entwickelt die BZgA im Rahmen ihrer *rauchfrei*-Kampagne auch Arbeitshilfen wie zum Beispiel Unterrichtsmaterialien und Beratungs-

leitfäden für verschiedene Berufsgruppen. Diese stellt sie Akteuren in der Gemeinde, in der Schule und im Gesundheitswesen für die Realisierung von Maßnahmen vor Ort zur Verfügung. Darüber hinaus bietet die BZgA täglich eine Telefonberatung zum Rauchausstieg an. Zur konzeptionellen Weiterentwicklung werden Expertisen und wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt.

Durch die Beteiligung an internationalen Aktionen soll das Thema Nichtrauchen zudem in der breiten Öffentlichkeit wie auch in spezifischen Zielgruppen etabliert werden. Beispielhaft zu nennen sind:

- Beteiligung an dem europaweiten Wettbewerb *Be smart – don't start* zur Primärprävention des Rauchens im Jugendalter. Ziel dieser Aktion ist es, den Einstieg in das Rauchen zu verzögern und Schulklassen der Stufen 6 bis 8 zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen anzuregen.
- Beteiligung und Förderung der vom Deutschen Krebsforschungszentrum organisierten weltweiten Aktion *Quit and Win*, durch die Raucherinnen und Raucher zur Beendigung des Tabakkonsums motiviert werden sollen.

### *Alkohol. Verantwortung setzt die Grenze*

Diese langfristig angelegte nationale Kampagne für einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol bildet eine Plattform, in der die vielfältigen Aktivitäten auf Länderebene eingebunden sind. Sie ist als Beitrag des Bundes zur Umsetzung des Aktionsplans „Alkohol“ der Bundesländer (1997) zu verstehen.

Die von der BZgA angebotenen Medien und Maßnahmen dienen vor allem als Arbeitshilfen zur Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Hierzu gehört u. a. ein Beratungsleitfaden *Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen*, der in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer erarbeitet und herausgegeben wurde. Als Basismedium für Erwachsene fasst eine weitere Broschüre, *Alles klar? – Tipps und Informationen für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol*, die wesentlichen Informationen zum Thema Alkohol zusammen und zeigt Wege auf, um riskante Trinkgewohnheiten dauerhaft zu verändern.

Weitere Schwerpunkte der Kampagne bilden die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Alkoholproblemen im Rahmen der Schwangerenvorsorge (um die durch Alkoholkonsum bedingten frühkindlichen Schäden zu reduzieren) sowie die Alkoholprävention im Betrieb.

### *Bist du stärker als Alkohol?*

Mit dieser alljährlichen Sommeraktion wendet sich die BZgA speziell an Jugendliche und junge Erwachsene in Feriensituationen, da sich gerade mit der Ferienzeit häufig ein (auch massiver) Alkoholgebrauch verbindet. Über Peers werden Jugendliche an deutschen und niederländischen Stränden angesprochen und dazu angeregt, sich mit dem Thema Alkohol und den eigenen Trinkgewohnheiten kritisch auseinander zu setzen. Zur Unterstützung stehen Informationsmaterialien zur Verfügung. Zusammen mit der Bun-

desarbeitsgemeinschaft Reisetanz e.V. hat die Bundeszentrale darüber hinaus in einer mehrtägigen Schulung Reiseleiter und Betreuer auf das Thema „Alkohol auf Jugendreisen“ vorbereitet. Ziel dieser gemeinsamen Schulung ist es, Reisebegleiter auf Jugendreisen zu einem professionellen Umgang mit konsumierenden Jugendlichen zu befähigen und ein Ferienprogramm zu entwickeln, bei dem Alkohol nicht vermisst wird. Im Internet können unter der Adresse [www.bist-du-staerker-als-alkohol.de](http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de) Informationen zu dem Projekt und den Materialien abgerufen werden. Die bisherige Kooperation der BZgA mit der DHS, zwei Bundesländern, dem Fachverband Sucht, der Bundesärztekammer, der Bundeswehr und dem Verband der Deutschen Jugendreiseveranstalter soll künftig ausgebaut und weitere Kooperationspartner gewonnen werden.

### *Kinder stark machen*

Die suchtmittelunspezifische, multidimensionale Kampagne *Kinder stark machen* spielt seit den 1990er-Jahren eine zentrale Rolle in der Suchtprävention der BZgA. Ziel dieser auf Verhaltensänderung und Ressourcenstärkung gerichteten Kampagne ist es, Kinder und Jugendliche mit ausreichenden biopsychosozialen Kompetenzen auszustatten, die ein suchtfreies Leben ermöglichen.

Die Kampagne ist vor allem im organisierten Breitensport angesiedelt und erfolgt in enger Kooperation mit den großen Sportverbänden. In diesem Umfeld können einerseits besonders viele Kinder und Jugendliche direkt mit suchtpreventiven Angeboten erreicht werden; andererseits ermöglicht das Setting Sportverein die optimale Einbindung zahlreicher Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Maßnahmen der Suchtprävention und sorgt damit für eine entsprechende Multiplizierung der Aktivitäten. Entsprechend umfasst die Kampagne neben vielfältigen massenmedialen und personalkommunikativen Maßnahmen auch Schulungs- und Fortbildungsangebote speziell für Betreuungspersonen im Sport- und Freizeitbereich. Langfristiges Ziel ist es, suchtpreventive Inhalte als Standardangebot in der Aus- und Fortbildung zu verankern. Auch diese Kampagne wird unterstützt durch eine Vielzahl von Informations- und Arbeitsmaterialien, durch wissenschaftliche Evaluationen sowie durch die Publikation von Fachliteratur. Die begleitende Evaluation der Maßnahme belegt den Erfolg der Kooperation mit den Sportvereinen wie auch mit den Dachverbänden.

### *drugcom.de*

Seit Sommer 2001 hat die BZgA das Internetprojekt [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) etabliert, mit dem vor allem ältere Jugendliche und junge Erwachsene angesprochen werden, die bereits Erfahrungen mit Drogen gemacht haben. Dieses Internetangebot soll die Kommunikation mit bereits drogenerfahrenen Jugendlichen fördern, die über herkömmliche Angebote in der Regel nur schwierig erreicht werden können. Mithilfe internetgestützter, anonymer Informations- und Beratungsmöglichkeiten und eines offenen Dialogs – zum Beispiel im Rahmen von Chatrooms oder Onlineberatung – sollen jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten zu einer kritischen Reflexion ihres Drogenkonsums angeregt und zu einer selbstkritischen, verantwortungsvollen Haltung befähigt werden. Das

Angebot wird wissenschaftlich begleitet; seine Attraktivität konnte durch den Gewinn des TV-Movie-Awards 2002 für die beste Informations-Internetplattform belegt werden.

### *SehnSucht*

Die Wanderausstellung *SehnSucht* ist ein sinnesorientiertes Maßnahmenpaket zur Suchtprävention und kann von Städten und Gemeinden gebucht werden. Durch ihre Gesamtkonzeption mit aufeinander abgestimmten Exponaten, interaktiven Aktionselementen und audiovisuellen Medien soll sie in umfassender Weise über Suchtentwicklung und Drogen aufklären, Hintergründe, Risiko- und Schutzfaktoren transparent machen und Zusammenhänge zwischen Sucht und Sehnsucht mit allen Sinnen erlebbar machen. Gleichzeitig soll durch die Ausstellung der Auf- und Ausbau der lokalen und regionalen Vernetzung aller beteiligten Akteure gefördert werden. Die Evaluation der Ausstellung dokumentiert die positiven Ergebnisse in den geprüften Wirkungsfeldern und zeigt Optimierungspotenziale auf.

### **Ergänzende Maßnahmen und Projekte**

Ergänzend zu den bundesweiten Kampagnen werden ausgewählte Einzelprojekte durchgeführt oder unterstützt, um auf diese Weise bislang unterversorgte Präventionsfelder zu stärken. Hierzu gehören zum Beispiel das computergestützte Programm zur Schulung von Mitarbeitern in der außerschulischen Jugendarbeit (JUPI), das Manual zur Befähigung von Multiplikatoren zur motivierenden Kurzintervention (MOVE) und das Programm *Step by Step*, das Lehrer im Umgang mit konsumierenden Schülern einweist. Zu nennen ist auch der bundesweite Wettbewerb „Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“, den die BZgA auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2001/2002 ausgerichtet hat. An diesem Wettbewerb haben sich 220 Städte, Gemeinden und Landkreise mit Beiträgen beteiligt.

### **3.3.2.2 Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung**

Neben ihren Informations- und Kommunikationsaufgaben ist die BZgA mit Maßnahmen der Qualitätssicherung befasst. Gemäß ihrem Richtungserlass ist die BZgA beauftragt, Grundsätze und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheits-erziehung zu erarbeiten, die auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung tätigen Personen aus- und fortzubilden und die Gesundheitsförderung in Deutschland zu koordinieren und zu verstärken. Diese Aufgabe nimmt die BZgA im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements wahr, das auf die Sicherung und Verbesserung der Effektivität, Effizienz und Evidenz von Programmen gerichtet ist. Sie plant, implementiert und bewertet Maßnahmen und Methoden, ermittelt Bedarfe durch Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung, in spezifischen Zielgruppen sowie bei Anbietern und Angeboten. Schließlich erarbeitet sie – in Kooperation mit relevanten Partnern – Qualitätskriterien sowie Qualifizierungsangebote für Multiplikatoren. Diese Aufgaben erfüllt die BZgA in ihrer Funktion als Clearing- und Koordinierungsstelle.

Im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements ist die Bundeszentrale insbesondere damit befasst, durch bereichsübergreifende Arbeit Schnittstellenprobleme zu reduzieren und synergetische Effekte zu mehren. Neben internen Fortbildungen oder referatsübergreifenden Arbeitsgruppen ist die Projektgruppe „Qualitätssicherung“ ausdrücklich damit beauftragt, die Qualitätssicherungsprozesse im Haus stützend zu begleiten. Im Rahmen des externen Qualitätsmanagements wird die Qualität suchtpreventiver Arbeit gesichert und durch kontinuierliche Fortschreibungen und Rückkopplungen stetig verbessert. (Nicht nur) Im Bereich der Suchtprevention bestehen noch Wissenslücken in Bezug auf Entwicklung, Implementierung, Durchführung und Evaluation von wirksamen suchtvorbeugenden Maßnahmen. Angesichts der Vielzahl suchtpreventiver Aktivitäten ist es erforderlich, Übersichten über bestehende Maßnahmen und ihre Güte zu erstellen, handlungsleitende Richtlinien und Qualitätsstandards zu entwickeln, Modellversuche durchzuführen und zu evaluieren sowie Multiplikatoren zu qualifizieren. Dabei ist ein kontinuierliches Qualitätsmanagement im Bereich der Suchtprevention erst auf der Grundlage einer tragfähigen Partizipation und Kooperation aller relevanten Akteure sowie eines ausführlichen Transfers möglich.

Die nachfolgend dargestellten Aktivitäten der BZgA sind vornehmlich darauf gerichtet, wissenschaftliche und anwendungsorientierte Grundlagen zu schaffen, bereitzustellen und zu verwerten. Die hierzu durchgeführten und publizierten Studien und Untersuchungen dienen dazu, die Arbeit der BZgA wie auch aller sonstigen Fachleute im Bereich der Suchtprevention fortlaufend zu optimieren.

### **Aufbau und Pflege eines Gesundheitsinformationssystems**

Ein Gesundheitsinformationssystem ist zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung. Es bildet die Grundlage für die zuverlässige Einschätzung der gegenwärtigen Versorgungssituation und der künftigen Versorgungsbedarfe in Deutschland.

### **Drogenaffinitätsstudie**

Seit 1973 führt die BZgA in regelmäßigen Abständen repräsentative Wiederholungsbefragungen zum Substanzkonsum durch. Die Ergebnisse dieser *Drogenaffinitätsstudie* geben seit nunmehr 30 Jahren Aufschluss über Konsumgewohnheiten bei legalen und illegalen Substanzen in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen, über relevante Begleitfaktoren, aktuelle Konsummuster sowie über Entwicklungen und Trends. Die Drogenaffinitätsstudien sind Teil der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und bilden eine wichtige Grundlage für die Konzipierung und Beurteilung suchtpreventiver Aktivitäten sowie diesbezüglicher Entscheidungen.

### **Marktanalysen und Übersichten**

Durch Marktanalysen und Übersichten werden die vielfältigen Einzelaktivitäten auf dem heterogenen Feld der Suchtprevention erfasst, gesichtet, dokumentiert und systematisiert. Sie bieten eine Entscheidungshilfe bei der Festsetzung von Prioritäten und können als Instrument zur Qualitätsverbesserung der verfügbaren Angebote genutzt werden.

## Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen

Die Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Qualitätsstandards sind unerlässlich für die Sicherung und Optimierung der Qualität. Neben theoretisch-methodisch ausgerichteten Expertisen und Leitlinien sind praxisbezogene Modellprojekte und deren Evaluation von Bedeutung für die Optimierung suchtpreventiver Aktivitäten. Die BZgA hat inzwischen zahlreiche wissenschaftliche und anwendungsorientierte Grundlagen für eine wirksame Suchtprevention geschaffen.

## Fachpublikationen

Durch die Veröffentlichung von Expertisen und Studien im Rahmen der wissenschaftlichen Schriftenreihen der BZgA werden aktuelle Erkenntnisse und grundlegende Informationen Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis zugänglich gemacht. Mit ausdrücklichem Bezug zur Suchtprevention sind bis Mitte 2004 folgende Fachpublikationen erschienen:

- *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*
- *Geschlechtsbezogene Suchtprevention*
- *Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung*
- *Prävention des Ecstasykonsums*
- *Starke Kinder brauchen starke Eltern*
- *Schutz oder Risiko? Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern*
- *Suchtprevention im Sportverein*
- *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit?*
- *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention*
- *Alkohol in der Schwangerschaft*
- *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung*
- *Drogenkonsum in der Partyszene*
- *Suchtprevention im Kinder- und Jugendsport*
- *Raucherentwöhnung in Deutschland*
- *Illegale Drogen in populären Spielfilmen*

## Wirkungsforschung und Evaluation

Mit bislang mehr als 120 eigenen oder beauftragten Studien hat die BZgA maßgeblichen Anteil an der Wirkungsforschung im Bereich der Suchtprevention. Hierdurch können zum einen die eigenen Aktivitäten ständig verbessert und der Erfolg der Maßnahmen kontinuierlich überprüft, zum anderen interessierte Institutionen mit entsprechenden Ressourcen unterstützt werden.

Gegenstand dieser Studien sind u. a. die Untersuchung relevanter Fragestellungen (etwa zum Rauchen, zum Alkohol- und Medikamentenkonsum oder zum Gebrauch illegaler Drogen), die Analyse unterschiedlicher Präventionsansätze und die Wirksamkeitsüberprüfung von suchtpreventiven Strategien und Maßnahmen. Beispielhaft seien hier erwähnt:

- Studie zu Frauen und Rauchen,
- Wirksamkeitsprüfungen zum Infoset Alkohol,
- Evaluation von Informationsfilmen der BZgA zum Thema Nichtrauchen im Hinblick auf Akzeptanz und kommunikativer Leistungsfähigkeit der Kinospots zur Förderung des Nichtrauchens,
- Evaluation der Anzeigenserie *Ohne Rauch geht's auch* im Hinblick auf deren Kommunikationswirkungen,
- Beurteilung des Films *XTC* im Hinblick auf die Resonanz in der Zielgruppe,
- Evaluation der Wanderausstellung *SebnSucht*,
- Evaluationsstudie zur Anzeigenkampagne *Kinder stark machen* im Hinblick auf Reichweite und Akzeptanz,
- Wirksamkeitsüberprüfung der Qualifizierungsangebote für Betreuungspersonen im Sportverein im Rahmen der Kampagne *Kinder stark machen*.

Die Evaluation von Großkampagnen beziehungsweise von Kampagnenelementen, wie zum Beispiel von *Kinder stark machen*, *drugcom.de* oder der Ausstellung *SebnSucht*, gehört zweifellos zu den zentralen flankierenden Maßnahmen der suchtpräventiven Kampagnenarbeit der Bundeszentrale. Je nach Zielsetzung und Strategie der Kampagne können zum Beispiel Wissenszuwachs in der Zielgruppe, Akzeptanz und Bekanntheitsgrad der Kampagne in der Bevölkerung oder die Resonanz auf einzelne Bausteine überprüft werden, um den erreichten Grad der angestrebten Ziele festzustellen.

### Entwicklung und Bereitstellung von Qualitätskriterien

Die Entwicklung und Bereitstellung von Qualitätskriterien, Leitlinien und Standards ist ein weiteres Element der Qualitätssicherungsaufgabe der BZgA. In der Regel werden solche Standardkataloge nicht nur auf der Grundlage des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands, sondern außerdem auf konsensueller Basis als Kooperationsaufgabe realisiert. Beispielhaft sei hier auf den gegenwärtigen Arbeitsprozess der Neuformulierung von Leitlinien zur Prävention des Missbrauchs von Partydrogen verwiesen, die in Gemeinschaftsarbeit mit dem Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention sowie praxiserfahrenen Szeneinitiativen entwickelt und auf ihre Tauglichkeit hin geprüft werden (vgl. BZgA, 2002a).

Die BZgA stellt sich in diesem Bereich auch den internationalen Anforderungen und fördert die Implementierung von Standards zur Qualitätssicherung, zum Beispiel im Rahmen der Deutschen Referenzstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) über die Projektdatenbank EDDRA.

### Qualifizierung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Um die Qualität der Multiplikatorenarbeit zu sichern, sind einerseits die Qualifizierung der Fachkräfte selbst und andererseits die Bereitstellung hochwertiger Materialien von Bedeutung, denn die Vermittlung von zentralen Kenntnissen und Erfahrungen an Multiplikatoren sichert dauerhaft hochwertige Suchtprävention.

## **Aus- und Fortbildung**

Die Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen liegt im Interesse staatlicher Gesundheitspolitik und gilt in Deutschland entsprechend als eine übergreifende Aufgabe, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit Beginn ihres Bestehens wahrgenommen wird. Die Verankerung des Themas Suchtprävention als regulärer curricularer Ausbildungsinhalt, zum Beispiel in der Lehrerfortbildung (siehe auch Kap. 2.5 „Schulen“, Seite 29) oder in der Fort- und Weiterbildung für Sportbetreuer (siehe *Kinder stark machen*, Seite 45), ist zentrales Ziel auf dem Feld der Multiplikatoren-schulung. Auch für Fachleute aus dem Gesundheitswesen stehen Informationsmaterialien bereit, die der Fort- und Weiterbildung in Eigeninitiative dienen, etwa zum Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“.

## **Entwicklung suchtpreventiver Curricula**

Die Entwicklung und Bereitstellung von suchtpreventiven Curricula für den Einsatz in der schulischen und beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie der außerberuflichen Fortbildung sind die Grundvoraussetzung, um die fachliche Kompetenz der Multiplikatoren zu fördern und zu stabilisieren. Neben den klassischen schulischen Unterrichtsmaterialien zur Suchtprävention für alle Jahrgangsstufen, die sich im Rahmen unterschiedlichster Unterrichtsfächer als geeignet erwiesen haben, sei hier beispielhaft auf das PC-Studienprogramm für Lehrer (*Step by Step*) zur Früherkennung und Frühintervention verwiesen.

Ziel dieses Programms ist es, praxisrelevante Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit riskant drogenkonsumierenden Schülerinnen und Schülern zu vermitteln. Ein vergleichbares Lernprogramm zur Früherkennung und Frühintervention im Bereich der außerschulischen Jugendarbeit (JUPI) steht ebenfalls zur Verfügung. Aber auch für die Gesundheitsberufe, zum Beispiel für niedergelassene Ärzte und Ärztinnen oder für Hebammen, existieren inzwischen Manuale, die zur professionellen Kommunikation über Suchtstoffe befähigen.

## **Zusammenarbeit und Transfer**

Eine auf tragfähigen Strukturen basierende Kooperation aller beteiligten Akteure ermöglicht nicht nur die optimale Nutzung aller verfügbaren Kompetenzen im Bereich der Suchtprävention und ein einheitliches, konzertiertes Vorgehen; vielmehr gewährleistet sie auch weitestgehend den Transfer von Erkenntnissen, Erfahrungen und Empfehlungen zur Qualitätssicherung und bietet damit wichtige Impulse für mehr Effektivität und Effizienz im Bereich der suchtpreventiven Arbeit.

## **Auf nationaler Ebene**

Der Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention, in dem neben der BZgA (in der Rolle der Geschäftsführung) und dem BMGS die Präventionsbeauftragten der Bundesländer sowie die DHS vertreten sind, stellt den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen Bund und Ländern und den Ländern untereinander sicher und gewährleistet das Qualitätsmanagement der Suchtprävention auf Bundesebene. Ein solcher fachlicher

Zusammenschluss bildet den institutionellen Rahmen für Absprachen und Planungen unter Beteiligung aller relevanten Vertreter. Die hier erarbeiteten Konzeptionen und Leitlinien zur Suchtprävention können allen beteiligten Institutionen, Verbänden, Projekten und Trägern von Präventionsmaßnahmen als Handlungsgrundlagen dienen. Das im Aufbau befindliche Expertennetzwerk „Praevnet“ soll zukünftig den wissenschaftlichen Austausch zwischen den relevanten Akteuren via Internet erleichtern und optimieren.

### **Auf internationaler Ebene**

Den für die fachliche Qualität der Suchtprävention notwendigen Informations- und Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene sichert die BZgA insbesondere durch ihre Beteiligung an den Aktionsprogrammen und Netzwerken der Europäischen Union (EU) wie auch der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

So bildet die BZgA – zusammen mit der DHS und dem IFT Institut für Therapieforschung – die Deutsche Referenzstelle der EBDD (DBDD). Dieser so genannte Nationale Knotenpunkt der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht leistet die nationale Berichterstattung im Rahmen der EBDD-Jahresberichte und bildet eine wichtige Schnittstelle für den Informationsaustausch zwischen den EU-Mitgliedsstaaten. Darüber hinaus ist die BZgA für die Auswahl und Eingabe geeigneter nationaler Projekte in das europäische Informationssystem EDDRA (Exchange of Drug Demand Reduction Action) zuständig, das Modelle bester suchtpreventiver Praxis aufnimmt und der interessierten Fachöffentlichkeit über das Internet zugänglich macht.

## **3.4 Erreichte Ziele und verbleibende Potenziale**

Mit welchem Erfolg sich die Suchtprävention seit 1990 hat etablieren können, wird nachfolgend anhand der Entwicklung zentraler suchtpreventiver Erfolgsindikatoren überprüft und aufgezeigt. Hierzu erschien es zweckmäßig, sowohl struktur- und prozessbezogene als auch ergebnisorientierte Zielgrößen erfolgreicher Suchtprävention zu betrachten.

### **Struktur- und Prozessebene**

Auf Struktur- und Prozessebene zeigt sich, dass die suchtpreventive Arbeit deutlich aufgewertet und ausgeweitet worden ist:

- Inzwischen existieren in nahezu allen Ländern und zahlreichen Städten, Kreisen und Gemeinden Koordinierungs- oder Fachstellen sowie Arbeitskreise zur Suchtprävention.
- In zahlreichen Untersuchungen wurde die Wirksamkeit von Angeboten geprüft. Die hierbei ermittelten Qualitätskennzeichen – beispielsweise Zielgruppenorientierung

oder Kompetenzförderung – konnten sich bundesweit in den suchtpreventiven Aktivitäten niederschlagen.

- Zum Thema „Suchtprävention“ existieren mittlerweile bewährte Kampagnen, Ausstellungen, Print- und audiovisuelle Medien, Unterrichtsmaterialien u. v. m.
- Nicht nur auf Bundes- und Länderebene, sondern auch auf kommunaler Ebene konnten sich evaluierte Maßnahmen zur Suchtprävention verbreiten und werden inzwischen auch in den kleinsten Gemeinden professionell angewandt; besonders eindrucksvoll konnte dies zum Beispiel im Rahmen des „Kommunalen Wettbewerbs zur Suchtprävention“ im Jahr 2002 belegt werden.
- Mittlerweile werden vor allem in Schulen regelmäßig suchtpreventive Unterrichtseinheiten durchgeführt; auf allen Bildungsebenen werden inzwischen Fort- und Weiterbildungsangebote explizit zu suchtpreventiven Inhalten angeboten. Exemplarisch sei hier auf den Masterstudiengang „Suchtprävention“ an der Katholischen Fachhochschule NRW verwiesen.
- Auch mittelbar betroffene Institutionen, zum Beispiel Polizeibehörden, privatwirtschaftliche Betriebe, der Deutsche Sportbund oder die Pfadfinderschaft, sind mit suchtpreventiven Aktivitäten befasst.

Diese Entwicklung verdeutlicht, dass – auch durch die Aktivitäten der BZgA – das Thema Suchtprävention bereits weit reichend als organisiertes Handeln verankert werden konnte. Die Mehrung fundierter Aktivitäten zuungunsten intuitiver suchtpreventiver Arbeit trägt darüber hinaus dazu bei, dass sich Qualitätsstandards zunehmend etablieren können. Exemplarisch für organisiertes Suchtpräventionsmanagement sei auf den Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention verwiesen, der 2002 damit befasst war, Grundlagen zur Planung moderner Suchtprävention zu formulieren (siehe Kapitel 4, Seite 57 ff.).

## **Ergebnisebene**

Auf Ergebnisebene lassen sich anhand der entsprechenden Indikatoren ebenfalls relevante Veränderungen erkennen:

- Nachdem der Pro-Kopf-Verbrauch in den vorausgegangenen Jahren eher stabil gewesen war, lässt sich für den Beginn der 1990er-Jahre ein starker Rückgang verzeichnen (von 1910 Zigaretten pro Jahr in 1991 auf 1578 Zigaretten im Jahr 1993). Seit einem historischen Tiefstand Mitte der 90er-Jahre ist der Pro-Kopf-Verbrauch jedoch tendenziell wieder steigend und lag im Jahr 2000 bei jährlich 1699 Zigaretten (Junge, 2001).
- Die sich langsam verändernden Pro-Kopf-Quoten spiegeln sich auch in den Raucherquoten wider: Gegenwärtig bezeichnen sich rund 39 % der Männer und 31 % der Frauen aktuell als Raucher resp. Raucherinnen. Hochgerechnet auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung bedeutet dies, dass in Deutschland fast 17 Millionen Menschen rauchen, etwa 7,2 Millionen Frauen und 9,5 Millionen Männer. Während der Anteil der Raucher weiterhin rückläufig ist, steigt die Zahl der Raucherinnen seit 1995 wieder (Kraus und Augustin, 2001).
- Betrachtet man die jüngeren Altersgruppen differenziert, dann zeigt sich, dass sich in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen der Anteil der Nie-Raucher seit 1989 von 44 %

auf 51 % im Jahre 2001 kontinuierlich erhöht hat (BZgA, 2002b). Für den Raucheranteil lässt sich ein analoger – gegenläufiger – Trend nicht verzeichnen: Während sich 1989 33 % der befragten 12- bis 25-Jährigen als aktuelle Tabakkonsumenten bezeichneten, waren dies im Jahr 2001 36 %. Hierbei darf nicht von einem geradlinigen Anstieg in allen Altersgruppen ausgegangen werden: Während bei den 12- bis 15-jährigen Jungen und bei den 12- bis 19-jährigen Mädchen ein linearer Anstieg des Konsums während der gesamten 90er-Jahre feststellbar ist, sind die Konsumraten bei den 16- bis 19-jährigen Jungen recht stabil und in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen bei beiden Geschlechtern rückläufig (BZgA, 2002b).

- In Bezug auf den Alkoholkonsum pro Kopf (gemessen in reinem Alkohol) liegt Deutschland zwar nach wie vor im Spitzenfeld der EU (Rang 5), doch die Konsumquoten sinken bereits seit 1980. Während in den ersten zehn Jahren der Rückgang nur etwa 0,5 Liter pro Kopf betrug, ist von 1991 bis 2000 ein Konsumrückgang um fast 2 Liter auf 10,5 Liter Pro-Kopf-Konsum zu verzeichnen (Meyer und John, 2001). Die Veränderungen sind vor allem auf den zurückgegangenen Bierkonsum zurückzuführen, während sich der Konsum von Wein, Sekt und Spirituosen weniger verringert hat (Meyer und John, 2001).
- Auch in der jungen Altersgruppe ist der Alkoholkonsum in den letzten Jahren rückläufig. Zurzeit leben rund 13 % der 12- bis 25-Jährigen alkoholabstinent, und weitere 35 % trinken seltener als einmal pro Monat Alkohol (12-Monats-Prävalenz; BZgA, 2001b). Im Zeitvergleich ist erkennbar, dass von 1989 bis zum Jahr 2001 der regelmäßige Bierkonsum (mindestens einmal pro Woche) von 39 % auf 23 % deutlich zurückgegangen ist. Der Konsum von Wein ist ebenfalls gesunken (von 14 % auf 8 %). Der Spirituosenkonsum ist demgegenüber auf niedrigem Niveau weitgehend unverändert geblieben (von 5 % auf 4 %). Auch der Konsum von Mixgetränken liegt seit 1989 bei knapp 10 % (BZgA, 2001b).
- Bei den illegalen Substanzen sind seit Anfang der 90er-Jahre steigende experimentelle Erfahrungen erkennbar. In Westdeutschland hat sich in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen die Lebenszeitprävalenz bei den illegalen Substanzen von 17 % im Jahr 1990 auf 30 % im Jahr 2000, in Ostdeutschland von 1 % auf 19 % (Kraus, Augustin und Müller-Kalthoff, 2001) erhöht. Die 12-Monats-Prävalenzen sind deutlich niedriger, sie lagen 1990 in Westdeutschland bei 5 % (Ostdeutschland: 1 %) und im Jahr 2000 bei 11 % (Ostdeutschland: 10 %). Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Die aktuelle 12-Monats-Prävalenz liegt in Westdeutschland bei 10,6 %, in Ostdeutschland bei 9,0 % (Kraus, Augustin und Müller-Kalthoff, 2001).
- Auch im Jugendalter wird mehr als früher mit illegalen Substanzen experimentiert: Während über viele Jahre der Anteil der 12- bis 25-Jährigen mit Probiererfahrungen zwischen 15 % und 20 % lag, hat sich dieser Anteil seit Mitte der 90er-Jahre bis auf 27 % im Jahr 2001 erhöht. Zu den Ursachen hierfür zählt u. a. die weitgehende Angleichung des Konsums in Ostdeutschland auf Westniveau – von 6 % im Jahr 1993 auf 24 % im Jahr 2001 (BZgA, 2001b). Demgegenüber ist der aktuelle Konsum illegaler Drogen seit vielen Jahren weitgehend stabil. Rund 5 % aller Jugendlichen berichten, dass sie gegenwärtig konsumieren (BZgA, 2001b).

- Maßgeblich beteiligt an der Erhöhung der Prävalenzwerte ist der Cannabiskonsum, der in der jüngeren Bevölkerungsgruppe die Hauptrolle spielt. Über ein Viertel der Jugendlichen hat zumindest experimentelle Erfahrungen damit – die Lebenszeitprävalenz ist in den letzten zehn Jahren von 16 % auf 26 % gestiegen (BZgA, 2001b). Während der Probierkonsum von Ecstasy zu Beginn der 90er-Jahre noch von untergeordneter Bedeutung im öffentlichen Bewusstsein war und nicht systematisch erhoben wurde, trifft er mittlerweile auf 4 % der 12- bis 25-Jährigen zu (BZgA, 2001b). Kokain, Heroin und andere illegale Substanzen sind während der gesamten 90er-Jahre bis heute für das Jugendalter von untergeordneter Relevanz (BZgA, 2001b).
- Sich verändernde Konsummuster lassen sich auch aus dem Einstiegsalter in den Konsum illegaler Drogen ablesen. Während sich das Einstiegsalter in den vergangenen zehn Jahren grundlegend nicht verändert hat und im Durchschnitt bei rund 17 Jahren liegt, hat sich das Alter beim Erstkonsum von Cannabis in diesem Zeitraum um ein Jahr auf 16,5 Jahre nach vorne verschoben. Über Ecstasy liegen keine Trenddaten vor (BZgA, 2001b).
- Neben den gestiegenen Probierkonsumquoten hat sich die Konsumbereitschaft in der Gesamtbevölkerung seit 1990 verdreifacht bis vervierfacht (Kraus, Augustin und Müller-Kalthoff, 2001). In den jüngeren Altersgruppen ist ein ähnlicher Trend erkennbar: Die Ablehnung illegaler Drogen sinkt seit 1989 langsam, aber kontinuierlich auf gegenwärtig 73 % (BZgA, 2001b). Parallel dazu nimmt die Bereitschaft, mit Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen zu experimentieren, seit 1989 zu. Insbesondere bei Cannabis ist die Konsumbereitschaft in der jungen Bevölkerung mit 45 % recht hoch (Ecstasy: 12 %, Amphetamine: 11 %; BZgA, 2001b). Die Bereitschaft, LSD, Kokain oder Heroin zu probieren, hat sich hingegen im Durchschnitt bei rund 5 % eingependelt (BZgA, 2001b).
- Parallel zum verstärkten Probierkonsum in den letzten zehn Jahren und der Zunahme der Konsumbereitschaft ist auch die subjektive Einschätzung der Beschaffbarkeit von illegalen Substanzen gestiegen. Während der 90er-Jahre hat sich die wahrgenommene Beschaffbarkeit von illegalen Drogen in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen in Westdeutschland knapp verdoppelt und in Ostdeutschland vervierfacht (Kraus, Augustin und Müller-Kalthoff, 2001).

## Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es seit 1990 gelungen ist, die Suchtprävention ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, sie strukturell auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zu verankern, spezifische Verfahren zu entwickeln und zu erproben und bewährte Maßnahmen setting- und zielgruppenspezifisch in zahlreichen Sektoren stabil zu implementieren. Außerdem konnte in den vergangenen zehn bis 15 Jahren der Tabak- und Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung gesenkt und der regelmäßige Konsum illegaler Drogen auf niedrigem Niveau stabilisiert werden. Vermehrter Aufmerksamkeit bedürfen allerdings künftig, vor allem im Hinblick auf den Tabakkonsum, Mädchen und Frauen sowie die jüngsten Altersgruppen.

Damit ist offenbar erreicht worden, die Suchtprävention im Hinblick auf ihren verhaltensbezogenen Fokus in Übereinstimmung mit den gegenwärtig gültigen internationalen Standards in Deutschland zu etablieren. Durch eine zusätzliche Schwerpunktlegung auf den Bereich der verhältnisbezogenen Suchtprävention, die darauf gerichtet sein sollte, durch strukturelle Maßnahmen eine gesundheitsförderliche Lebenswelt zu schaffen, könnten hier künftig noch weitere Gesundheitsressourcen erschlossen werden. Auf den Feldern der personalen Kommunikation und Massenkommunikation, aber auch in den Bereichen der Konzeptentwicklung, des Sozialmarketings sowie der Qualitätsverbesserung sind deutliche Erfolge erkennbar.

### **Schwerpunkte künftiger suchtpräventiver Arbeit**

Für die weitere Arbeit lassen sich folgende Zielsetzungen ableiten:

3

- Zunächst erscheint es zweckmäßig, Präventionskampagnen auch weiterhin darauf auszurichten, den herrschenden sozialen Normen eine gesundheitsförderliche Richtung zu geben, um dem Konsum legaler und illegaler Drogen den Status des Alltäglichen und Erwünschten zu nehmen.
- Die Tabakprävention ist ein bedeutsames Gesundheitsthema. Insbesondere die ganz jungen Altersgruppen sowie die Mädchen und Frauen bedürfen – wie eine Sonderauswertung der jüngsten Drogenaffinitätsstudie zeigt (BZgA, 2002b) – hier der besonderen Aufmerksamkeit.
- In Bezug auf Alkohol sollte sich die Prävention einerseits darauf konzentrieren, das Durchschnittsniveau des Konsums in der Bevölkerung noch weiter zu senken, denn die Höhe des durchschnittlichen Konsums in der Bevölkerung ist immer auch ein Indikator für das Ausmaß an Risikokonsum; andererseits sollten Maßnahmen darauf gerichtet sein, dem Risikokonsum und den Risikosituationen – zum Beispiel durch Regeln zur Punktnüchternheit – vorzubeugen.
- Zielgruppenspezifische Angebote sollten künftig noch erweitert werden, um Jugendliche – und hier vor allem unterschiedliche Subgruppen – unmittelbar anzusprechen, beispielsweise über das Internet.
- Als Zielgruppen suchtpräventiver Aktivitäten sind auch solche Altersgruppen ins Auge zu fassen, die aus Kapazitätsgründen bislang vernachlässigt sind, beispielsweise ältere und alte Menschen.
- Der gegenwärtige, auf suchtmittelunspezifische Risikominderung und Kompetenzförderung gerichtete Schwerpunkt soll beibehalten werden. Die suchtmittelspezifischen Angebote sollten ausgeweitet und künftig um suchtmittelspezifische Ansätze der Risikokompetenzförderung ergänzt werden. Hierfür sind innovative Methoden zu entwickeln, aus anderen Feldern zu übertragen und in Modellversuchen hinreichend zu evaluieren.
- Im Hinblick auf bereits Drogenerfahrene gilt es zu prüfen, ob Strategien der schadensbegrenzenden Suchtprävention präventiv wirksam und ohne unerwünschte Wirkungen sind. Die Möglichkeiten und Grenzen von Strategien der Risikokommunikation, durch die Jugendliche und Erwachsene zu informierten Entscheidungen befähigt werden sollen, sind zu untersuchen.

- Für bislang in der Suchtprävention nur marginal berücksichtigte Themenfelder oder vergleichsweise neue Missbrauchsvarianten sind verlässliche Daten – zum Beispiel über Prävalenz, Entwicklungen, Trends und Bedingungsgefüge – zu ermitteln und auszuwerten. Auf dieser Grundlage sollten Zielgruppen und Settings definiert sowie fundierte Konzepte und wirksame Methoden entwickelt werden. Exemplarisch zu nennen sind hier u. a. steigender Mischkonsum von verschiedenen psychoaktiven Substanzen, auffälliges Spielverhalten, schädlicher Medikamentengebrauch oder Wechselwirkungen beim Missbrauch verschiedener Substanzen beziehungsweise Verhaltensweisen.
- Während der gesamten Planungs-, Entwicklungs- und Durchführungsphase suchtpreventiver Aktivitäten empfiehlt es sich, die primären Adressaten in verlässlicher Weise einzubinden, sei es zum Beispiel als Experten bei der Planung oder als Peers in der Umsetzung von Programmen. Denn vor allem die dauerhafte, interaktive und handlungsorientierte Beteiligung aller zentralen Akteure sichert größtmöglichen Erfolg.
- Alle an der Suchtprävention beteiligten Akteure sollten darauf hinarbeiten, die bestehenden präventiven Strukturen zu stärken. Durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen – beispielsweise mit den Ländern, Kommunen, Verbänden etc. – sollte die Möglichkeit geschaffen werden, zu ausgewählten prioritären Themen Gemeinschaftskampagnen durchzuführen.

Die dargestellten Erkenntnisse und Erfahrungen über Möglichkeiten und Optimierungspotenziale in der Suchtprävention lassen sich zu Handlungsempfehlungen verdichten. Die in Bund-Länder-Zusammenarbeit formulierten und im folgenden Kapitel dargestellten Grundlagen sollen dazu beitragen, sowohl die BZgA als auch alle übrigen mit suchtpreventiven Aufgaben befassten Institutionen und Personen zu befähigen, das eigene Handeln zielorientiert am aktuellen Stand wissenschaftlicher und anwendungsbezogener Kenntnisse über effektive, angemessene und umsetzbare Präventionsmaßnahmen auszurichten.

**GRUNDLAGEN  
FÜR DIE PLANUNG  
UND UMSETZUNG  
SUCHTPRÄVENTIVER  
MASSNAHMEN**

**4**

1993 hat die BZgA erstmals „Leitlinien zur Prävention von Missbrauchsverhalten und Sucht“ vorgelegt. In diesen Leitlinien waren die zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren wissenschaftlichen Grundlagen der Suchtprävention zusammengeführt und daraus abgeleitete Ziele und Umsetzungsstrategien vor allem für den Bereich der Primärprävention/ Suchtvorbeugung formuliert worden. Die Leitlinien wurden mit dem Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention sowie mit den zuständigen Fachbehörden abgestimmt.

In den vergangenen zehn Jahren hat die BZgA die konzeptionellen Grundlagen und Strategien der Suchtprävention weiterentwickelt. Dasselbe gilt für die Bundesländer, Verbände und Kommunen. Inzwischen liegt eine Reihe praktisch erprobter und evaluierter Strategien und Methoden der Suchtprävention vor. Darüber hinaus gibt es auf Bundes-, Landes-, kommunaler und Verbandsebene Erfolg versprechende Ansätze für ein arbeitsteiliges und kooperatives Vorgehen in der Suchtprävention. Dieser Weiterentwicklung hat die BZgA Rechnung getragen und die Ergebnisse dieses kontinuierlichen Prozesses sowie den aktuellen Forschungsstand zur Suchtprävention aufgearbeitet, um daraus aktualisierte Empfehlungen für die suchtpreventive Praxis zu formulieren. Sie sollen Gültigkeit haben für umfassende Kampagnen von überregionaler Bedeutung, aber auch für Einzelmaßnahmen in ausgewählten Settings, wie etwa Schule oder Einrichtungen der offenen Jugendarbeit auf kommunaler Ebene. Sie gelten gleichermaßen für substanzorientierte Maßnahmen – zum Beispiel im Hinblick auf Tabak, Alkohol oder Mischkonsum in der Partyszene – und für Maßnahmen der suchtmittelunspezifischen Prävention.

Aus dieser Weiterentwicklung resultieren acht Empfehlungen, die gemeinsam von der BZgA und dem Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention erarbeitet wurden. Weil die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen davon abhängt, wie qualitätsgesichert der Prozess der Planung, Umsetzung und Evaluation gestaltet ist, konzentrieren sich die „Grundlagen für die Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen“ auf die wichtigsten Anforderungen und Voraussetzungen für diesen Prozess.

## **I. Analyse der Ausgangssituation**

Am Beginn der Planung von suchtpreventiven Maßnahmen – sei es auf Bundes-, Landes- oder kommunaler Ebene – steht eine sorgfältige Analyse der Ausgangssituation. Dazu gehört zunächst die Auswertung der vorhandenen epidemiologischen Daten zum Suchtmittelkonsum, um den Interventionsbedarf zu präzisieren. Ergänzend ist ein Überblick über evidenzbasierte Strategien der Suchtprävention zu schaffen. Diese Analyse der Ausgangssituation ist notwendig, um überprüfbare Ziele, spezifische Zielgruppen und Interventionsmethoden zu definieren.

## **II. Ziele von suchtpreventiven Maßnahmen**

Oberziel suchtpreventiver Maßnahmen ist es, Menschen zu einem eigenverantwortlichen, sozialverträglichen und situationsangemessenen Umgang mit psychoaktiven Substan-

zen und nicht stoffgebundenen abhängigkeiterzeugenden Angeboten zu befähigen. Dabei geht es zum einen darum, Risikofaktoren zu vermindern, die den Missbrauch und die Entwicklung von Sucht begünstigen. Zum anderen zielt Suchtprävention darauf, gesellschaftliche und psychosoziale Schutzfaktoren zu fördern, die es Menschen ermöglichen, verantwortlich mit psychoaktiven Substanzen umzugehen.

Daraus leiten sich Teilziele ab, die auf Änderung der Verhältnisse (Reduktion des Angebots und der Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen, Schutzbestimmungen, Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensumwelten etc.) und auf das Verhalten von Individuen und Gruppen gerichtet sind. Die Verbindung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Zielen hat sich als besonders Erfolg versprechend erwiesen, um den Einstieg in den Substanzgebrauch zu verhindern beziehungsweise hinauszuzögern und frühzeitig riskante Konsummuster zu reduzieren.

Teilziele sind auf die spezifischen Belange der unterschiedlichen Zielgruppen auszudifferenzieren: Nicht und mäßig konsumierende Menschen bedürfen anderer Zielsetzungen (zum Beispiel allgemeines Gesundheitsbewusstsein fördern, Einstieg in den Erstkonsum hinauszögern) als bereits regelmäßig oder riskant konsumierende Personen (zum Beispiel riskante Verhaltensweisen reduzieren, Hilfsangebote frühzeitig wahrnehmen) oder als die Gesamtbevölkerung (Sensibilisierung für die individuellen und gesellschaftlichen Folgen des Substanzkonsums, Information über die gesundheitlichen Folgen des Substanzkonsums, Information über Hilfs- und Beratungsangebote etc.).

# 4

### III. Zielgruppen

Suchtpräventive Maßnahmen richten sich je nach Zielsetzung zum einen an die Allgemeinbevölkerung sowie an spezifische Zielgruppen. Eine Ausdifferenzierung nach Alter, Geschlecht, sozialer Lage, ethnischer Zugehörigkeit und nach aktuellem Konsumstatus ist notwendig, um die Erreichbarkeit und Wirksamkeit von Maßnahmen sicherzustellen. Eine wichtige Aufgabe der Suchtprävention sind Angebote für Zielgruppen in besonders belastenden Lebenssituationen, zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften, Jugendliche in Subkulturen mit überdurchschnittlichem Substanzkonsum, Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten etc.

Neben diesen Endadressaten stellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die zweite zentrale Zielgruppe für die Suchtprävention dar. Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Ärzteschaft, Haupt- und Ehrenamtliche in der außerschulischen Jugendarbeit sowie Polizei stehen mittelbar oder unmittelbar im Kontakt mit wichtigen Zielgruppen und sind insofern Ansprechpartner für suchtpräventive Maßnahmen. Darüber hinaus sind alle Schlüsselpersonen anzusprechen, die auf den verschiedenen Ebenen als Wegbereiter und Unterstützer für den Ausbau suchtpräventiver Angebote fungieren können.

## IV. Methoden und Inhalte moderner Suchtprävention in Deutschland

Suchtpräventive Maßnahmen können wirksam Wissen, Einstellungen und Verhalten ändern, wenn sie als mehrdimensionale Strategien angelegt sind. Dazu zählen folgende Methoden und Inhalte:

- Theoretische und methodische Begründung; gegenwärtig bilden die Theorie des sozialen Lernens, die Theorie des Problemverhaltens, die Theorie der sozialen Einflussnahme sowie der Ansatz der Kompetenzförderung zentrale theoretische Grundlagen der Suchtprävention,
- Integration personalkommunikativer, massenmedialer und struktureller Ansätze, das heißt mehrdimensionale Interventionen/Kampagnen, die sowohl die Gesamtbevölkerung ansprechen, aber gleichzeitig auch spezifische Personen(-gruppen) zu einem verantwortungsvollen Umgang mit psychoaktiven Substanzen befähigen und suchtvorbeugende Verhältnisse schaffen,
- Kontinuität der Maßnahme,
- Interaktion mit der Zielgruppe,
- Berücksichtigung der Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen,
- Integration kognitiver, affektiver, verhaltens- und verhältnisbezogener Methoden,
- Lebenskompetenzförderung, Ressourcenstärkung und Widerstandsbefähigung,
- Minderung von Risikofaktoren in Lebensstil und Lebenslage,
- zielgruppenspezifische Thematisierung legaler und illegaler Substanzen sowie stoffungebundenen Missbrauchs- und Suchtverhaltens,
- suchtmittelspezifische und suchtmittelunspezifische Fragestellungen,
- Förderung der Konsum- und Risikokompetenz.

Für die suchtpreventive Praxis sind drei verschiedene Handlungswege ratsam:

- Es ist zweckmäßig, die als wirksam geltenden Verfahren zu verbreiten und vordringlich anzuwenden.
- Noch nicht evaluierte Verfahren sind dann umzusetzen, wenn sie als zeitlich und örtlich begrenzte Modellversuche durchgeführt und durch systematische und aussagekräftige Evaluationen begleitet werden.
- Neuartige und ungeprüfte Maßnahmen sind nur dann durchzuführen, wenn gleichzeitig Ressourcen zur begleitenden Evaluation bereitgestellt werden können. Trägerübergreifende gemeinschaftliche Maßnahmen zur Erprobung und Evaluation sind hierfür erforderlich.

## V. Settings

Die Arbeit in unterschiedlichen Settings stellt sicher, dass Personengruppen im sozialen Nahraum niedrigschwellig erreicht werden können:

### *Familie*

Die Familien- und Elternarbeit gilt als zentrales Tätigkeitsfeld in der Suchtprävention: Substanzmissbrauch hat seine Wurzeln häufig im Kindes- und Jugendalter beziehungsweise können die Eltern in dieser Zeit wichtige Grundsteine für das spätere Konsumverhalten der Kinder legen. Über die Elternarbeit im Kindergarten und in der Schule lassen sich Eltern erreichen. Suchtpräventive Materialien für diesen Arbeitsbereich liegen bereits vor und sollten breite Anwendung finden. Nützlich sind auch gemeindenahere Angebote, die sich an die gesamte Familie richten, sowie Maßnahmen der familialen Schwerpunktprävention, etwa für Eltern und Kinder aus suchtbelasteten Familien.

### *Kindergarten und Schule*

In Kindergarten und Schule hat sich eine Reihe von kompetenzfördernden und risikomindernden Maßnahmen bewährt. Einige dieser für Kindergärten und Schulen entwickelten Verfahren wurden bereits ausführlich evaluiert. Sie stehen mittlerweile in publizierter Form zur Verfügung und sind für die regelhafte Anwendung zu empfehlen. Darüber hinaus sind schulische Maßnahmen auszubauen, die sich gezielt an gefährdete Jugendliche richten, beispielsweise an Schüler der älteren Jahrgangsstufen oder an Schüler aus sozialen Brennpunkten. Neben solchen verhaltensorientierten Verfahren sind Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Kindergarten und Schulumwelt empfehlenswert.

### *Freizeitbereich*

Im organisierten Jugendfreizeitbereich existieren in Deutschland sowohl auf kommunaler als auch auf regionaler, Landes- und Bundesebene Maßnahmen zur Suchtprävention. Für Sportvereine gibt es bewährte Verfahren, deren Wirksamkeit in Studien nachgewiesen ist. In anderen Settings, zum Beispiel in Jugendfreizeiteinrichtungen, fehlen derzeit noch gründlich erprobte Verfahren. Hier bestehen Optimierungsmöglichkeiten, denn gerade der nicht sportbezogene, außerschulische Bereich birgt deutliche suchtpreventive Reserven. Auch der unorganisierte und kommerzielle Freizeitbereich ist stärker als bislang für suchtpreventive Maßnahmen zu erschließen.

### *Weitere wichtige Settings*

Neben den oben genannten Schwerpunktbereichen sollten auch weitere Settings berücksichtigt werden, die über genügend Reichweite für relevante Zielgruppen verfügen. Hierzu gehören vor allem Betriebe, aber auch Arztpraxen, Altersheime, Fachschulen etc.

## **VI. Struktur**

Suchtprävention ist eine Querschnitts- beziehungsweise Gemeinschaftsaufgabe und benötigt Akteure in den relevanten Politikfeldern wie Jugend, Familie, Bildung, Soziales und Gesundheit. Die Übernahme suchtpreventiver Aufgaben ist kein Selbstläufer, sondern bedarf verantwortlicher Akteure, die die Suchtprävention als Daueraufgabe in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen verankern:

- auf kommunaler Ebene die Präventionsfachstellen,
- auf Landesebene die Landeskoordinierungsstellen,
- auf Bundesebene die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

In der Drogen- und Suchtpolitik hat die Suchtprävention gegenüber den Säulen Repression, Beratung/Behandlung und Schadensreduzierung noch einen erheblichen Nachholbedarf. Solange diese Arbeitsstrukturen unzureichend abgesichert und mit geringen finanziellen und personellen Ressourcen ausgestattet sind, bleibt Suchtprävention in ihrer Wirkung begrenzt.

Die Stärkung der verantwortlichen Akteure im Bereich der Suchtprävention auf Bundesebene und in den Ländern und Kommunen ist notwendig, um ausreichend Anstöße beziehungsweise Impulse in die anderen Arbeitsfelder zu geben.

Neben der Stärkung der Arbeitsstrukturen benötigt die Suchtprävention verbesserte rechtliche Rahmenbedingungen, zum Beispiel, was den Zugang zu – und die Verfügbarkeit sowie die Bewerbung und Besteuerung von – legalen Suchtmitteln betrifft, sowie die ausreichende Kontrolle von restriktiven Regelungen.

## VII. Kooperation

Verstärkte Kooperation ist notwendig, um begrenzte Ressourcen zu bündeln und ihre unwirtschaftliche Verwendung, zum Beispiel durch die mehrfache Entwicklung ähnlicher Maßnahmen, zu reduzieren.

Wirksame Kooperation ist gekennzeichnet durch:

- vertragliche Vereinbarung von Form und Inhalten der Zusammenarbeit,
- Arbeitsteilung, das heißt klar definierte aufeinander abgestimmte Arbeitsaufträge der Kooperationspartner,
- ressortübergreifende Einbindung von Partnern.

Die Zusammenarbeit auf beziehungsweise zwischen Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene setzt effiziente Kooperationsnetze voraus. Zur Sicherung solcher Netzwerke bedarf es der Koordinierung. Erfolg versprechende Ansätze für Gemeinschaftsaktionen in der Suchtprävention liegen unzureichend vor. Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Kooperation ist eine Verständigung der Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene auf gemeinsame prioritäre Ziele in der Suchtprävention.

## VIII. Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und Evaluation von suchtpreventiven Maßnahmen sind unerlässlich, um Schritt für Schritt die Wissensbasis über Modelle bester suchtpreventiver Praxis zu verbreitern. Ein zeitnaher Wissenstransfer über dokumentierte und evaluierte Maßnah-

men schafft die Voraussetzung für die qualitätsgesicherte Planung von Maßnahmen der verschiedenen Akteure.

Künftig sollen alle Einrichtungen, die in der Suchtvorbeugung aktiv sind, in regelmäßiger und einheitlicher Weise Mindestangaben zu ihren Maßnahmen dokumentieren, damit diese Informationen zu einem aussagekräftigen und transparenten Dokumentationssystem zusammengeführt werden können. Dabei handelt es sich um Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten. Darüber hinaus sollen evaluierte Maßnahmen, ihre Ergebnisse, Evaluationsindikatoren, -instrumente und -designs der Fachöffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Das von der BZgA gemeinsam mit dem Bund-Länder-Koordinierungskreis Suchtprävention vorbereitete und internetgestützte Dokumentations- und Expertennetzwerk schafft die Voraussetzungen für diesen Wissenstransfer.

Weitere Beiträge zur Qualitätssicherung sind:

- gemeinschaftlich durchgeführte Modellevaluationen, um die wissenschaftlichen Standards sowie die Vergleichbarkeit von Evaluationsergebnissen zu verbessern,
- die Entwicklung weniger aufwändiger und dennoch aussagekräftiger Evaluationsverfahren, ihre Erprobung und Publikation, damit künftig suchtpreventive Maßnahmen mit einem überschaubaren Aufwand, aber in größerer Breite als bisher eingesetzt werden können,
- Fort- und Weiterbildung zu Dokumentation und Evaluation sowie Entwicklung von Anreizsystemen für die systematische Anwendung, um die Bereitschaft und die Befähigung zur Dokumentation und Evaluation zu stärken.

4



**ANHANG**

**5**

## 5.1 Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Dokumentation 2001. Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. [www.bvgesundheits.de](http://www.bvgesundheits.de)
- Balbach, E. D., Traynor, M. P., Glantz, S. A. (2000): The implementation of California's Tobacco Tax Initiative: The critical role of outsider strategies in protecting Proposition 99. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 25, 4, pp. 689–715.
- Barth, J. und Bengel, J. (1998): Prävention durch Angst. Stand der Furchtappellforschung. BZgA, Köln.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. BZgA, Köln.
- Bergmann, E., Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Erkrankungen. Robert Koch Institut, Berlin.
- Botvin, G. J. (2000): Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25, 6, pp. 887–897.
- Bühringer, G. et al. (2000): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos, Baden-Baden.
- Bundesregierung (2002): 21 Ziele für das 21. Jahrhundert: Entwurf der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Pressemitteilung 588. <http://www.bundesregierung.de/Themen-A-Z/Nachhaltige-Entwicklung-,8170/Die-Entstehung-der-Nachhaltigk.htm>
- BZgA (2001a): Jahresbericht 2000. BZgA, Köln.
- BZgA (2001b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland – Eine Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln.
- BZgA (2002a): Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 19).
- BZgA (2002b): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland – Sonderauswertung (unveröffentlicht). BZgA, Köln.
- Catford, J. (2001): Illicit drugs: effective prevention requires a health promotion approach. *Health Promotion International*, 16, 2, pp. 107–110.
- Chaloupka, F. J., Grossman, M. (1996): Price, tobacco control policies and youth smoking. Working Paper 5740. National Bureau of Economic Research, Inc., Cambridge.
- Cuijpers, P. (2002a): Prevention of Cannabis use and misuse. In: Ministry of Public Health of Belgium (Ed.). *International Scientific Conference on Cannabis*. Ministry of Public Health, Rodin Foundation, Brüssel.
- Cuijpers, P. (2002b): Peer-led and adult-led school drug prevention. *Journal of Drug Education*, 32, 2, pp. 107–119.
- Cuijpers, P. (2002c): Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviours*, 27, 6, pp. 1009–1023.
- de Jong, J. (1995): An approach for high-risk prevention research. *Drugs and Society*, 8, 3–4, pp. 125–138.
- Denis, A., Heynen, S., Kröger, C. (1993): Fortschreibung der Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. IFT-Bericht, Band 72. Institut für Therapieforschung, München.
- Dierks, M.-L., Walter, U., Windel, I., Schwartz, F. W. (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. BZgA, Köln.

- Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit (2002): Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Faggiano, F., Lemma, P., Borraccino, A., Angius, P., Ippolito, R., Versino, E. (2001): School-based prevention for illicit drugs' use. (Protocol for a Cochrane Review). Issue 3. The Cochrane Library – Update Software, Oxford.
- Flay, B. (2000): Approaches to substance use prevention utilising school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25, 6, pp. 861–885.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2002): Primary Prevention for alcohol misuse in young people. (Cochrane Database Systematic Review). CD003024. The Cochrane Library – Update Software, Oxford.
- Glaeske, G. (2001): Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2000* (S. 63–76). Neuland, Geesthacht.
- Hartwig, K.-H., Pies, I. (1995): *Rationale Drogenpolitik in der Demokratie*. Mohr, Tübingen.
- Jha, P., Chaloupka, F. J. (2000): Macro-social influences: the effects of prices and tobacco-control policies on the demand for tobacco products. *British Medical Journal*, 321, pp. 358–361.
- Junge, B., Nagel, M. (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 61, Sonderheft 2, S. 121–125.
- Junge, B. (2001): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2000* (S. 32–62). Neuland, Geesthacht.
- Kraus, L., Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, 47, Sonderheft 1.
- Kraus, L., Augustin, R., Müller-Kalthoff, T. (2001): Konsumtrends illegaler Drogen bei Erwachsenen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2000* (S.121–132). Neuland, Geesthacht.
- Kröger, C., Heppekausen, K., Ebenhoch, K. (2002): *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung*. BZgA, Köln.
- Kröger, C., Winter, K., Shaw, R. (1998): *Handbuch für die Evaluation von Maßnahmen zur Suchtprävention: Ein Leitfaden für Projektplaner und Evaluationsforscher*. Institut für Therapieforschung, München.
- Kühn, H., Rosenbrock, R. (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften: Eine Problemskizze. In: Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B. M. (Hrsg.). *Präventionspolitik: Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung* (S. 29–54). Edition Sigma, Berlin.
- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G., Janik-Konecny, T. (1993): *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs*. Nomos, Baden-Baden.
- MacFadyen, L., Hastings, G., MacKintosh, A. M. (2001): Cross sectional study of young people's awareness of and involvement with tobacco marketing. *British Medical Journal*, 322, pp. 513–517.
- McGinnis, J. M. (2001): Does proof matter? Why strong evidence sometimes yields weak action. *American Journal of Health Promotion*, 15, 5, pp. 391–396.
- McQueen, D. V., Anderson, L. M. (2001): What counts as evidence: issues and debates. In: Rootman, I. et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (pp. 63–82). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Mélihan-Cheinin, P., Hirsch, A. (1997): Effects of smoke-free environments, advertising bans and price increases. In: Bollinger, C. T., Fagerström, K. O. (Eds.). *The Tobacco Epidemic* (pp. 230–246). Karger, Basel.
- Meyer, C., John, U. (2001): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2000* (S. 17–31). Neuland, Geesthacht.
- National Cancer Policy Board (1999): *State programs can reduce tobacco use*. National Academy of Sciences, Washington.

- Neises, G., Windeler, J. (2001): Wie viel ist evidenzbasiert. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 95, S. 95–104.
- Ovretveit, J. (2001): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Hans Huber, Bern.
- Reid, D. (1996): Tobacco control: overview. *British Medical Journal*, 52, pp. 108–120.
- Resnicow, K., Kirby, J. (1997): Finding common ground. On the marriage of evaluation and demonstration programs. *Journal of Early Adolescence*, 17, 1, pp. 10–20.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springett, J. (2001): A framework for health promotion evaluation. In: Rootman, I. et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (pp. 7–40). WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Band III – Über-, Unter- und Fehlversorgung. SVR, Bonn.
- Saffer, H., Chaloupka, F. J. (2000): The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 19, pp. 1117–1137.
- Secker-Walker, R. H., Gnich, W., Platt, S., Lancaster, T. (2002): Community interventions for reducing smoking among adults. (Cochrane Database Systematic Review). Cochrane Library-Update Software, Oxford.
- Sowden, A., Arblaster, L. (2000): Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). Issue 4. The Cochrane Library – Update Software, Oxford.
- Statistisches Bundesamt (2002): [http://www.destatis.de/themen/d/thm\\_gesundheit.htm](http://www.destatis.de/themen/d/thm_gesundheit.htm)
- Tobler, N. S., Stratton, H. H. (1997): Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 1, pp. 71–128.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000): School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal Primary Prevention*, 20, 4, pp. 275–336.
- Tossmann, P., Boldt, S., Tensil, M. (2001): Ecstasy – Einbahnstraße in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. BZgA, Köln.
- Uhl, A. (1999): Research and evaluation in the field of primary prevention: A problem area? *International Journal of Mental Health Promotion*, 1,3, pp. 33–44.
- Uhl, A. (2000): The limits of evaluation. In: EMCDDA (Ed.). *Evaluation – A key tool for improving drug prevention*. EMCDDA Scientific Monograph Series No 5. EMCDDA, Lissabon.
- Walter, Ulla (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hannover.
- Welte, R., König, H.-H., Leidl, R. (2000): The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. *European Journal of Public Health*, 10, pp. 31–38.
- White, D., Pitts, M. (1998): Education young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93, 10, pp. 1475–1587.
- Willemsen, M. C., de Zwart, W. M. (1999): The effectiveness of policy and health education strategies for reducing adolescent smoking: a review of the evidence. *Journal of Adolescence*, 22, pp. 583–599.

## Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“

- Band 1: *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen*  
Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung von Klaus Riemann und Uwe Gerber im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 600 000
- Band 2: *Geschlechtsbezogene Suchtprävention – Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen.*  
Abschlussbericht eines Forschungsprojekts von Peter Franzkowiak, Cornelia Helfferich und Eva Weise im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 602 000
- Band 3: *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen.* Eine Expertentagung der BZgA.  
Bestellnr.: 60 603 000
- Band 4: *Prävention durch Angst? – Stand der Furchtappellforschung.*  
Eine Expertise von Jürgen Barth und Jürgen Bengel im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 604 000
- Band 5: *Prävention des Ecstasykonsums – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien.*  
Dokumentation eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef.  
Bestellnr.: 60 605 000
- Band 6: *Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert.* Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 606 000
- Band 7: *Starke Kinder brauchen starke Eltern – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele.*  
Bestellnr.: 60 607 000
- Band 8: *Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*  
Eine Expertise von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission.  
Bestellnr.: 60 608 000
- Band 9: *Die Herausforderung annehmen – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich.*  
Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn.  
Bestellnr.: 60 609 000
- Band 10: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung.*  
Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt.  
Bestellnr.: 60 610 000
- Band 11: *Schutz oder Risiko? – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern.* Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 611 000
- Band 12: *Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft.*  
Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000.  
Bestellnr.: 60 612 000
- Band 13: *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze*  
Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 613 000
- Band 14: *Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive.* Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossmann, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 614 000
- Band 15: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen.*  
Bestellnr.: 60 615 000

- Band 16: „*Früh übt sich ...*“ *Gesundheitsförderung im Kindergarten* – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef.  
Bestellnr.: 60 616 000
- Band 17: *Alkohol in der Schwangerschaft* – Ein kritisches Resümee.  
Bestellnr.: 60 617 000
- Band 18: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung* – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema.  
Bestellnr.: 60 618 000
- Band 19: *Drogenkonsum in der Partyszene* – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand.  
Bestellnr.: 60 619 000
- Band 20: *Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile* – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 620 000
- Band 21: *Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport* – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative „Kinder stark machen“. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA.  
Bestellnr.: 60 621 000
- Band 22: *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberger u. a.  
Bestellnr.: 60 622 000
- Band 23: *Illegale Drogen in populären Spielfilmen* – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995 mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke.  
Bestellnr.: 60 623 000
- Band 24: *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland* – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt.  
Bestellnr.: 60 624 000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de) im Verzeichnis „Fachpublikationen“.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.