

MOVE – MOTIVIERENDE KURZINTERVENTION BEI KONSUMIERENDEN JUGEND- LICHEN

Evaluationsergebnisse des Fortbildungs-
manuals sowie der ersten Implementie-
rungsphase

BAND 28



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 28

MOVE – MOTIVIERENDE KURZ- INTERVENTION BEI KONSUMIERENDEN JUGENDLICHEN

**Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals
sowie der ersten Implementierungsphase**

Kordula Marzinzik, Angelika Fiedler

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 Autorinnen und 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 28
MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen
Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase

Köln: BZgA, 2005

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-300

Projektleitung: Evelin Strüber
E-Mail: evelin.strueber@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Schiffmann, Bergisch Gladbach

Auflage: 2500
Gedruckt auf Recyclingpapier.

ISBN 3-937707-23-9

Band 28 der Fachheftreihe ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Bestellnummer: 60 628 000

Vorwort

Zu den Aufgaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrem Schwerpunkt Suchtprävention gehört es, qualitätsgesicherte Instrumente und Konzepte für den lokalen und regionalen Einsatz bereitzustellen. Mit diesem Ziel förderte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Ergebnisevaluation und die Durchführung der ersten Implementierungsphase des Fortbildungsmanuals „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen“, das von einer Arbeitsgruppe der Landeskordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW entwickelt wurde.

Die Motivierende Kurzberatung ist ein viel versprechendes Konzept auf der Suche nach wirksamen Präventionsstrategien für die Zielgruppe der riskant Alkohol und andere Drogen konsumierenden Jugendlichen. Der bisherige Forschungsstand lässt darauf schließen, dass mit diesem Konzept ein niedrigschwelliges, lebensweltorientiertes Beratungsangebot entwickelt werden kann, welches das Problembewusstsein bei exzessiven bzw. riskanten Konsumformen fördert und ein Abgleiten in Abhängigkeit verhindert. Das Fortbildungsmanual „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen“ soll die derzeitige Versorgungslücke für die Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen schließen.

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projekts, durchgeführt von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, befasste sich mit der fortlaufenden Qualitätssicherung im Hinblick auf die Optimierung des Manuals und auf die praxistaugliche Implementierung der Intervention. Das vorliegende Fachheft bietet einen Einblick in die einzelnen Aspekte dieser Untersuchung sowie die ausführliche Darstellung der Evaluationsergebnisse. Neben der zentralen Frage nach der Übertragbarkeit der Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung in das Arbeitsfeld der Jugendhilfe wurde auch die Bedarfsgerechtigkeit bezogen auf die Jugend- und Erziehungshilfe überprüft. Nicht zuletzt sollte die Untersuchung des Fortbildungscurriculums Aufschluss darüber geben, inwiefern dieses Instrument konkrete Handlungsempfehlungen für den Einsatz in der Sekundärprävention und der Frühintervention ermöglicht.

Der vorliegende Band aus der Reihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ dokumentiert sehr ausführlich die Ergebnisse der von der BZgA geförderten Evaluation der Pilot- und ersten Implementierungsphase. Die Evaluation zeigt, dass mit MOVE eine Erfolg versprechende Fortbildung für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen der Suchtprävention entwickelt wurde. Die Motivation von Jugendlichen, den riskanten Konsum psychoaktiver Substanzen zu verringern, wird gefördert. Darüber hinaus ermöglicht MOVE, die hoch ambivalenten Einstellungen Jugendlicher gegenüber einer Einflussnahme Erwachsener oder der Inanspruchnahme von Beratung zu überwinden. Profes-

sionellen und Kontaktpersonen bietet MOVE ein zentrales Werkzeug für die suchtpreventive Frühintervention mit Jugendlichen in ihrem Alltagsumfeld. Durch die Kooperation von Jugendhilfe und Suchtprävention fördert MOVE die intersektorale Zusammenarbeit.

Ich freue mich, mit diesem Fachheft Experten und Expertinnen aus Praxis, Wissenschaft und Politik eine Veröffentlichung vorzulegen, die die Untersuchungsergebnisse dieser außergewöhnlich guten innovativen Präventionsstrategie der Fachöffentlichkeit vorstellt. Damit soll ein wichtiger Beitrag zur flächendeckenden Implementierung des Fortbildungsmanuals geleistet werden.

Köln, im November 2005

Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Steckbrief des Projekts

Projekttitel:	MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase
Ziele:	<ul style="list-style-type: none">• Theoretische Grundlagen Motivierender Kurzintervention• Untersuchung der Anwendung der Motivierenden Kurzintervention in der Jugendhilfe• Untersuchung des MOVE-Fortbildungscurriculums• Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit, bezogen auf die unterschiedlichen Zielgruppen in der Jugend- und Erziehungshilfe• Überprüfung der kooperationsfördernden Funktion der Fortbildungsmaßnahme im Hinblick auf die Sucht- und Jugendhilfe• Erarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen für den Einsatz in der Sekundärprävention und Frühintervention
Durchführungszeitraum:	Oktober 2000 bis März 2004
Methode:	Interviews mit standardisierten Fragebogen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der MOVE-Fortbildung; quantitative Auswertung; Fokusgruppeninterviews mit konsumierenden Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe; Expertenworkshop mit Multiplikatoren und Multiplikatorinnen (qualitative Auswertung)
Projektdurchführung:	Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW Ginko e. V., Kaiserstraße 90, 45468 Mülheim an der Ruhr
Projektleitung Ginko:	Hans-Jürgen Gass
Projektkoordination Ginko:	Angelika Fiedler
Autorinnen:	Kordula Marzinzik, Angelika Fiedler
Auftraggeberin:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Osterheimer Str. 220, 51109 Köln Tel.: +49(0)221/89 92-0; Fax: +49(0)221/89 92-3 00
Projektleitung:	Evelin Strüber

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1. DER PROJEKTHINTERGRUND	11
1.1 Jugendliche und Konsum	12
1.2 Versorgungslücke für die Zielgruppe riskant Drogen konsumierender Jugendlicher	18
2. THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND INTERNATIONALER FORSCHUNGSSTAND	21
2.1 Motivierende Gesprächsführung	22
2.2 Stadien der Verhaltensänderung	26
2.3 Motivierende Kurzintervention	32
2.4 Möglichkeiten der Anwendung für Jugendliche	36
2.5 Schlussfolgerungen zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention in Einrichtungen der Jugendhilfe	42
3. MOVE – DAS PROJEKT	47
3.1 Projektziel	48
3.2 Zusammensetzung und Arbeitsweise der Projektgruppe	49
3.3 Beschreibung des Manuals MOVE	51
3.4 Das Trainerinnen- und Trainerkonzept	56
4. ERGEBNISSE DER EVALUATION DES MOVE-PROJEKTS	61
4.1 Evaluationsdesign	62
4.1.1 Ziele und Forschungsfragen	62
4.1.2 Befragungsinstrumente	64
4.1.3 Durchführung und Auswertung der Befragungen	69
4.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit Jugendlichen	72
4.2.1 Die einzelnen Gruppen und ihre Besonderheiten	74
4.2.2 Schilderung und Bewertung eigener Konsummuster	77
4.2.3 Konsummotive	80
4.2.4 Änderungsbereitschaft und erlebte Veränderung	82
4.2.5 Kommunikation über Drogenkonsum im aktuellen Setting	87

4.2.6	Visionen von Beratung und Unterstützung	92
4.2.7	Diskussion der Ergebnisse	95
4.3	Ergebnisse der Befragung von Kontaktpersonen und MOVE-Trainerinnen und -Trainern	100
4.3.1	Bewertung von Manual und Intervention MOVE durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer	100
4.3.2	Bewertung der Fortbildung durch die Trainerinnen und Trainer	111
4.3.3	Bewertung der Intervention MOVE	114
4.3.4	Umsetzung der Intervention in die Praxis	124
4.4	Diskussion der Ergebnisse	135
5.	LITERATUR	143

Einleitung

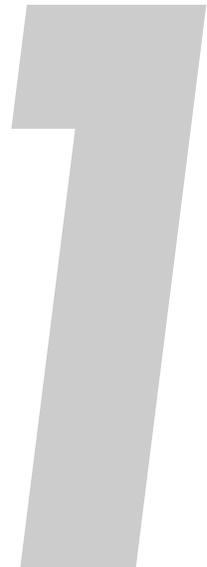
Für die Zielgruppe der riskant legale und illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen besteht eine Versorgungslücke. Sie wird weder durch den klassischen primären Präventionsbereich noch vom Drogenhilfesektor wirksam angesprochen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe in Arbeitsbereichen wie der „Offenen Jugendarbeit“, der Erziehungshilfe, der Jugendgerichtshilfe oder Schulsozialarbeit verfügen jedoch über intensive Alltagskontakte zu den konsumierenden Jugendlichen. Es ist von einem Bedarf von Seiten dieser Berufsgruppe – im Folgenden zusammengefasst unter der Bezeichnung „Kontaktpersonen“ – zur Weiterqualifizierung in der Beratung konsumierender Jugendlichen auszugehen. Um eine lebensweltnahe, konsumentenorientierte Beratungsform für Jugendliche zur Verfügung zu stellen, erscheint es darum sinnvoll, die Kontaktpersonen in Motivierender Kurzberatung fortzubilden.

Die Beratungsstrategie der Motivierenden Gesprächsführung (auch als Motivational Interviewing oder Motivierende Kurzberatung bezeichnet), dies zeigt der internationale Forschungsstand, eignet sich zur Reduktion missbräuchlicher Konsumformen, insbesondere aber dazu, die Motivation zur kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum zu fördern und gegebenenfalls die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu erleichtern. Die vielfältigen Möglichkeiten, Motivierende Gesprächsführung in unterschiedlichen Settings zu etablieren, hat durch die breit streubare Qualifizierung von Kontaktpersonen den Vorteil, gezielt eine sehr große Zahl Betroffener zu erreichen, was ganz im Sinne einer bevölkerungsweiten Public-Health-Strategie ist.

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, die 2003 auf Initiative der NRW-Landeskoordinierungsstelle für Suchtprävention (Ginko e.V.) entstanden ist und in der Pilotphase vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) gefördert wurde, hat auf der Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung für die Zielgruppe der riskant legale und illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen eine niedrigschwellige Form der Beratung entwickelt: das Interventionskonzept Motivierende KurzinterVention bei konsumierenden Jugendlichen (MOVE). MOVE ist ein Interventionskonzept zur Förderung und Unterstützung der Veränderungsbereitschaft junger Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum. Es möchte einen Beitrag zur Reduzierung riskanter Konsummuster unter Jugendlichen sowie zur Entwicklung neuer Strategien der Sekundärprävention leisten. Die Ergebnisevaluation sowie die Durchführung der ersten Implementationsphase erfolgten im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Der Projekthintergrund und die theoretischen Grundlagen von MOVE werden in den ersten beiden Kapiteln dieses Fachheftes vorgestellt. Im dritten Kapitel wird das Interventionskonzept MOVE detailliert beschrieben. Die Schilderung des Evaluationsdesigns und der Ergebnisse der Evaluation (Kapitel 4) bildet den Hauptteil des Fachheftes.

**DER PROJEKT-
HINTERGRUND**



1.1

Jugendliche und Konsum

Bei der Beschreibung und Bewertung jugendlichen Konsumverhaltens muss zwischen Probier- bzw. Experimentierkonsum einerseits und missbräuchlichen Konsumformen andererseits unterschieden werden. Das Ausprobieren und Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wird in der Sucht- und Jugendforschung als zum Jugendalter dazugehörig gewertet. Die Motivlagen Jugendlicher für den Substanzkonsum sind lebensphasenspezifisch und hängen eng mit der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter zusammen (Reese und Silbereisen 2001).

Substanzkonsum unter Jugendlichen sollte also nicht grundsätzlich negativ gewertet werden; er kann durchaus dazu dienen, Erfahrungen zu sammeln, Grenzen zu testen und schließlich einen verantwortungsvollen und risikobewussten Umgang mit einzelnen Substanzen zu erlernen. Problematisch ist der Konsum von legalen und illegalen Drogen vor allem dann, wenn er sehr früh einsetzt, exzessiv ausgeübt wird oder in Kombination mit anderen problematischen Verhaltensweisen auftritt. Insbesondere bei Jugendlichen ist ein früher regelmäßiger Konsum gefährdend, wenn er zur instrumentellen Gewohnheit wird und damit zu einer frühen Einschränkung des Verhaltensrepertoires bei Problemen und Anforderungen führt. So kann regelmäßiger und exzessiver Konsum psychoaktiver Substanzen gerade im Jugendalter schwere Entwicklungsstörungen auslösen. Physiologische Effekte ebenso wie organische Schäden treten schneller als bei Erwachsenen ein, und auch die Zeitspanne vom Missbrauch bis hin zur Abhängigkeit ist gegenüber dem erwachsenen Organismus verkürzt (Richter und Settertobulte 2003).

Legale Drogen

Aktuelle epidemiologische Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen unter jüngeren Jugendlichen liefert die im Auftrag der WHO regelmäßig durchgeführte internationale Vergleichsstudie „Health behaviour in school aged children“ (HBSC) (Hurrelmann et al. 2003). Diese kommt zu dem Ergebnis, dass Erfahrungen mit Alkohol und Tabak unter den befragten 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern weit verbreitet sind. Etwas weniger als die Hälfte der 1500 Befragten hat bereits Erfahrungen mit Tabak und Alkohol gemacht. Diese Erfahrungen beschränken sich zwar zumeist auf einen für das Jugendalter typischen Experimentier- und Probierkonsum, dennoch gibt es schon vor Erreichen des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestalters für Tabak- und Alkoholkonsum eine Teilgruppe von Jugendlichen, die regelmäßig Alkohol trinkt (13%) und/oder Tabak raucht (15%).

In der weiter gefassten Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 12 bis 25 Jahren gelten 35% als ständige oder Gelegenheitsraucherinnen und -raucher

(BZgA 2004). Beim Thema Alkohol lässt sich unter Jugendlichen langfristig ein Rückgang beobachten. Dies ist umso erfreulicher, als Deutschland nach wie vor international einen Spitzenplatz im Pro-Kopf-Alkoholkonsum einnimmt. So ist der regelmäßige Bierkonsum der 12- bis 25-Jährigen von 1973 bis 2004 signifikant zurückgegangen. Jedoch sind bei einer Teilpopulation bereits im frühen Erwachsenenalter schädliche Konsummuster erkennbar. Über die Lebensspanne weisen in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen 9,7% aller Jugendlichen eine Alkoholmissbrauchsdiagnose und 6,2% eine Abhängigkeitsdiagnose nach DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) auf (Lieb et al. 2000).

Ergänzende Daten liefert die im Jahr 2003 erstmals in Deutschland durchgeführte „Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen“ (ESPAD), die Umfang, Einstellungen und Risiken des Alkohol- und Drogenkonsums unter Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Jahrgangsstufe an Regelschulen untersucht. Die für Deutschland durch das Institut für Therapieforchung in München durchgeführte Studie stellt Daten von 11043 Schülerinnen und Schülern zur Verfügung (Kraus et al. 2004).

Die von dieser Gruppe in den letzten 30 Tagen am häufigsten konsumierten alkoholischen Getränke stellen Alcopops (63%) dar, gefolgt von Bier (56%), Spirituosen (51%) und Wein/Sekt (50%). Insgesamt 38% der befragten Jugendlichen berichten von Trunkenheitserlebnissen in den letzten 30 Tagen. Der Konsum von Alkohol wird mit eher positiven als negativen Wirkungen verbunden; so erwartet mehr als die Hälfte der Befragten, durch den Konsum alkoholischer Getränke Spaß zu haben, die Kontaktfreudigkeit zu steigern oder Glücksgefühle und Entspannung hervorrufen zu können.

Cannabiskonsum

Der Fokus der Betrachtung des Konsums illegaler Drogen liegt hier auf dem Cannabiskonsum, da Cannabis von den illegalen Drogen die am weitesten verbreitete Substanz unter Jugendlichen ist. In den letzten Jahren lässt sich eine deutliche Steigerung der Prävalenz des Cannabiskonsums sowie ein deutlich früheres Einstiegsalter feststellen. Laut HBSC-Studie hat bereits ein Viertel der 11- bis 15-Jährigen Cannabisprodukte probiert. Etwa 10% der Jugendlichen aus der 9. Jahrgangsstufe gelten als Freizeit- und Dauerkonsumenten und -konsumentinnen¹ von Cannabis.

So haben laut ESPAD-Studie 26% der Jugendlichen mindestens einmal eine illegale Substanz (Cannabis 24%) probiert und 15% in den letzten 30 Tagen (Cannabis 14%). Die Drogenaffinitätsstudie der BZgA von 2004 findet einen Probierkonsum von Cannabis bei 32% der 12- bis 25-Jährigen (BZgA 2004). Der vom Probierkonsum deutlich unterschied-

¹ Als „Dauerkonsumenten“ gelten Jugendliche, die im letzten Jahr Cannabis mehr als 40-mal konsumiert haben (Richter und Settertobulte 2003).

dene regelmäßige Konsum kommt laut ESPAD bei 5 % der Jugendlichen (öfter als einmal pro Woche) vor. Laut einer Studie von Lieb et al. weisen 6,6 % der 14- bis 24-jährigen Jungen und Männer und 3,4 % der Mädchen und Frauen bereits missbräuchliche oder abhängige Konsumformen auf (Lieb et al. 2000).

Zwar ist Cannabis eine Droge, die auch so genannte „weiche“ Konsummuster zulässt und deren Konsum weder schnell noch zwangsläufig zu einer Abhängigkeit führt, Dauerkonsumenten und -konsumentinnen unterscheiden sich jedoch in ihrer Motivation deutlich von gelegentlich Konsumierenden: Der Cannabiskonsum hat bei ihnen einen festen Platz im Vollzug des Alltags und die Funktion, das eigene Wohlbefinden zu regulieren oder zu stabilisieren, Spannungen abzubauen und sozialen Hemmungen oder Langeweile entgegenzutreten (vgl. Kleiber und Soellner 1998, S. 10).

Der ansteigende Trend im Probier- und Experimentierkonsum weist auf einen generellen Einstellungswandel hin, der dazu führt, dass Cannabis von Jugendlichen möglicherweise gar nicht mehr als illegale Droge wahrgenommen wird (Richter und Settertobulte 2003). Es lässt sich außerdem feststellen, dass sowohl die körperlichen als auch die psychischen Risiken von Cannabis im Vergleich zu anderen illegalen psychoaktiven Substanzen sowie zu Alkohol und Zigaretten von Jugendlichen wesentlich geringer eingestuft werden. Jugendliche konsumieren Cannabis in dem Bewusstsein, gesundheitlich kein großes Risiko einzugehen (Gantner 2003). Dies bestätigt auch die ESPAD-Erhebung, nach der nur etwas mehr als die Hälfte der befragten Jugendlichen einem regelmäßigen Konsum von Cannabis eine hohe gesundheitliche Gefährdung zuschreiben.

Im Kontrast dazu häufen sich in neueren Studien die Hinweise darauf, dass ein chronischer Cannabiskonsum im Jugendalter das Risiko für irreversible, schwerwiegende psychische, emotionale und kognitive Folgeschäden deutlich erhöht, da die Pubertät eine äußerst sensible Entwicklungsphase im progressiven Prozess der Gehirnentwicklung darstellt. Zu den dauerhaften Folgeschäden pubertären Cannabiskonsums könnten neben der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung auch langfristige kognitive Beeinträchtigungen (zum Beispiel im Hinblick auf Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache und Motivation) und die Erhöhung des Risikos für die Entwicklung einer schizophrenen Psychose (Schneider 2004) zählen. Hinzu kommt, dass viele der möglichen gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums zum aktuellen Zeitpunkt vermutlich noch gar nicht abgeschätzt werden können, da durch den heute verstärkten Konsum und zum Teil erhöhten THC-Gehalt der Cannabispräparate ältere Langzeitstudien wenig Aussagekraft haben. Hier besteht Forschungsbedarf.

Eine australische Langzeitstudie (Lynskey et al. 2002) zum Effekt jugendlichen Cannabiskonsums auf die Schullaufbahn kommt zu dem Schluss, dass früher regelmäßiger Cannabiskonsum (wöchentlicher Konsum mit 15 Jahren) das Risiko, die Schule abzugeben um das Zwei- bis Fünffache erhöht; der Zusammenhang sinkt mit zunehmendem Alter. Dieser Effekt, der sich bei regelmäßigem Alkoholkonsum nicht beobachten

lässt, erklärt sich laut den Autoren mit der Hypothese, dass regelmäßiger Cannabiskonsum in der Regel an ein bestimmtes soziales Setting (anticonventional lifestyle) gebunden ist, das mit Delinquenz und Substanzkonsum einhergeht. Hier wird deutlich, dass der jeweilige Konsum immer in seinem Zusammenhang – wie der jeweiligen Gleichaltrigengruppe, ihren Gewohnheiten und Einstellungen – gesehen werden muss.

Dies zeigt auch die Analyse der HBSC-Daten auf die Frage hin, ob sich beim Substanzkonsum von Jugendlichen Unterschiede hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Stellung der Eltern feststellen lassen. Richter und Hurrelmann (2004) kommen hier zu dem Ergebnis, dass Berufsstatus und familiärer Wohlstand nur einen sehr schwachen Einfluss auf das Konsumverhalten von Jugendlichen ausüben, während sich mit zunehmendem Alter der Einfluss der Gleichaltrigengruppe und der allgemeinen Jugendkultur manifestiert. Dies gilt besonders für die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, die sich erst in der Adoleszenz entwickeln. Für die Suchtprävention bedeutet dies, dass wirksame Interventionsmaßnahmen nur in enger Anlehnung an die Lebenswelt von Jugendlichen entwickelt werden sollten.

Geschlechtsspezifische Tendenzen

Beim Konsum von Alkohol und Drogen sind bereits im Jugendalter Geschlechtsunterschiede erkennbar. Laut ESPAD-Studie ist der Konsum von Alcopops bei Mädchen und Jungen annähernd gleich verteilt (Mädchen: 64%, Jungen 62%). Bier und Spirituosen werden eher von Jungen, Wein und Sekt eher von Mädchen getrunken. Einen häufigen Alkoholkonsum (zehnmal und öfter) innerhalb der letzten 30 Tage gaben 13% der Jugendlichen an, davon 18% Jungen und 9% Mädchen.

Die durchschnittliche Trinkmenge in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen beträgt bei Mädchen 39 g und bei Jungen 97 g reinen Alkohol pro Woche. Jungen trinken häufiger regelmäßig Alkohol, berichten häufiger von Alkoholrauscherfahrungen und erleben ihren ersten Alkoholrausch früher als Mädchen. Während die Mädchen beim Tabakkonsum deutlich aufgeholt haben – heute rauchen mehr Mädchen als Jungen Zigaretten –, berichten mehr Jungen als Mädchen von Erfahrungen mit Cannabis. Außerdem dominieren Jungen nach wie vor bei härteren Konsummustern (BZgA 2004).

Fraglich ist, inwiefern diese Ergebnisse durch das steigende Angebot von Alcopops, die bei Mädchen offenbar sehr beliebt sind, relativiert werden. Zwar berichten auch vom Cannabiskonsum jeweils mehr Jungen als Mädchen, nur geringe Unterschiede zeigen sich aber in den Prävalenzwerten des Konsums anderer illegaler Substanzen. Der noch Anfang der 90er-Jahre zu beobachtende Unterschied zwischen den Geschlechtern hat weiter in Richtung Gleichverteilung der Drogenerfahrung abgenommen.

Fraglich bleibt damit bei den jüngsten Datenerhebungen, ob nach wie vor die These Helfrichs (1996) gilt, dass sich die Geschlechtsunterschiede mit zunehmender Härte des

Konsums vergrößern. Dies galt bislang für Alkohol, Tabak und illegale Drogen, bedeutet aber nicht, dass sich Mädchen weniger gesundheitsriskant verhalten. Riskantes Essverhalten wie Magersucht und Bulimie sowie Medikamentenkonsum sind unter ihnen weit verbreitet. Diese Unterschiede spiegeln laut Kolip (1999) geschlechtsspezifische Tendenzen der Problembewältigung wider: Während Jungen eher nach außen gerichtete Problemlösungsstrategien wählen, ist das Verhalten der Mädchen eher als internalisierende Strategie zu bezeichnen.

Riskanter Konsum, Missbrauch und Sucht

Zur Entwicklung angemessener Formen der Frühintervention muss zunächst auf gängige Definitionen von Sucht und Abhängigkeit sowie missbräuchlichen Konsummustern eingegangen werden.

Unterscheidungen der durch psychotrope Substanzen hervorgerufenen Störungen werden von der WHO im Klassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases, vgl. Dilling et al. 1994) und von der American Psychiatric Association im DSM-IV (vgl. Hiller et al. 1997) vorgenommen. Die Diagnostik differenziert zwischen schädlichem Gebrauch bzw. Missbrauch und Substanzabhängigkeit, wobei Abhängigkeit nicht die zwangsläufige Folge von Missbrauch sein muss. Schädlicher Gebrauch (ICD-10) verlangt nach der Klassifikation die Erfüllung folgender Kriterien:

1. Nachweis, dass der Substanzgebrauch ursächlich ist für körperliche oder psychische Probleme.
2. Die Art der Schädigung ist klar benennbar.
3. Das Konsummuster besteht seit mindestens einem Monat und trat wiederholt in den letzten 12 Monaten auf.
4. Die Kriterien treffen nicht zum gleichen Zeitpunkt auf eine andere Störung zu.

Missbräuchlicher Konsum manifestiert sich nach dem DMS-IV durch Vorliegen eines der folgenden Kriterien:

1. Wiederholter Substanzgebrauch führt zum Versagen wichtiger Verpflichtungen.
2. Wiederholter Substanzmissbrauch in Situationen, in denen der Konsum zu einer Gefährdung führen kann.
3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz infolge des Substanzmissbrauchs.
4. Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz wiederholter sozialer Probleme infolge des Missbrauchs.

Für das Vorliegen einer Abhängigkeit müssen drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Toleranzentwicklung,
- Entzugssymptome,
- Konsum größerer Mengen und länger als beabsichtigt,
- erfolglose Versuche zur Kontrolle oder zur Reduzierung des Konsums,
- hoher Zeitaufwand für die Beschaffung oder Erholung von den Wirkungen,

- Vernachlässigung anderer Aktivitäten,
- fortgesetzter Konsum trotz Auftretens konsumbedingter körperlicher oder psychischer Probleme.

Wiederholt ist die Übertragbarkeit dieser Klassifikationsverfahren auf die Situation von Jugendlichen kritisiert worden², da eine Abgrenzung von entwicklungsgerechtem, jugendtypischem Substanzkonsum gegenüber riskanten und problematischen Formen anhand dieser medizinisch-psychiatrischen Kriterien nicht zu leisten ist. Riskanter Konsum bezeichnet in diesem Fall den „Umschlagpunkt von ungefährlichem zu gefährlichem Konsum“ unter der Annahme von Drogenkonsum als „Kontinuum mit den Polen Abstinenz und Abhängigkeit“ (Schmidt 1998, S. 107). Ein Vorschlag zur jugendspezifischen Definition der einzelnen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung als Kontinuum wird von Winters et al. (2001) wie in Abbildung 1 gezeigt vorgenommen.

Als gut validiertes Screeninginstrument für die Identifizierung schädlichen Gebrauchs von Alkohol und/oder Drogen gilt der RAFFT-Test (Riggs und Alario 1989), der mittlerweile von Laging (2005) für Deutschland übertragen und validiert wurde. Anhand von

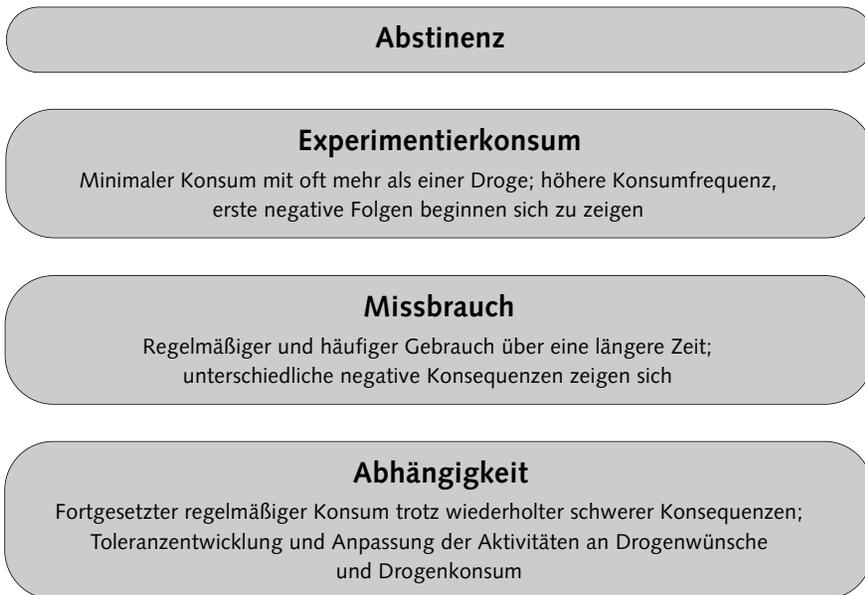


Abb. 1: Jugendspezifische Definition der einzelnen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung als Kontinuum

² Ausführliche Darstellung der Kritik bei Schmidt 1998, S. 102ff.

fünf Fragen wird ein breites Spektrum der bekannten Risikofaktoren für jugendlichen riskanten Substanzkonsum abgefragt. Dies geschieht anhand folgender Fragestellungen (vgl. Laging 2005, S. 318):

Konsumierst du manchmal Alkohol/illegale Drogen, ...
... um dich zu entspannen oder besser zu fühlen?
... weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?
... wenn du allein bist?
Konsumiert jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal in der Woche) Alkohol/illegale Drogen?
Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit Alkohol/illegalen Drogen?

Die Fragen nach den Konsummotiven sind Erfolg versprechender für eine Einschätzung gefährdender Verhaltensweisen als die Frage nach Konsummengen. Sie können als mögliches Instrument für den Dialog mit Jugendlichen über die genauere Beschreibung und Hinterfragung ihrer Konsumgewohnheiten genutzt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Während bei den 14- bis 24-Jährigen rund 95% Erfahrungen mit legalen und 35% Erfahrungen mit illegalen Drogen gemacht haben, sind phasenweise 10 bis 15% aller Jugendlichen als riskant konsumierend zu bezeichnen. Die Ausübung der Konsummuster ist eng verknüpft mit dem Einfluss der jeweiligen Gleichaltrigengruppe und den Trends der aktuellen Jugendkultur. Erforderlich sind darum niedrighschwellige und lebensweltorientierte Strategien der Suchtprävention, die das Problembewusstsein bei exzessiven bzw. riskanten Konsummustern fördern und ein Abgleiten in die Abhängigkeit verhindern.

1.2 Versorgungslücke für die Zielgruppe riskant Drogen konsumierender Jugendlicher

Bereits seit Ende der 90er-Jahre wird kritisiert, dass für die Zielgruppe der riskant legale und illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen eine eklatante Versorgungslücke besteht, da diese weder durch die klassische primäre Suchtprävention noch durch den Drogenhilfesektor wirksam angesprochen wird (Schmidt 1998, Farke 1999).

Diese Versorgungslücke ist immer noch aktuell und besonders prekär angesichts des gleichzeitig steigenden Bedarfs an der Behandlung von riskantem Cannabiskonsum.

Darauf verweist die Drogenhilfestatistik von 2002, laut derer die Anfragen an Drogenberatungsstellen für Behandlungen, die speziell auf cannabisabhängige und gefährdete Konsumenten und Konsumentinnen zugeschnitten sind, signifikant gestiegen ist. Die häufigsten registrierten Abhängigkeitssymptome sind Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen. Gleichwohl existiert in Europa ein eklatanter Mangel an Interventionsstudien und an der Entwicklung von Behandlungsprogrammen für den routinemäßigen Einsatz in Einrichtungen der Suchthilfe. Entsprechende Diagnoseinstrumente zur Feststellung des konkreten Hilfebedarfs fehlen ebenso wie die Erfahrung mit adäquater Hilfestellung. Die Literatur zur Behandlung von Cannabisabhängigkeit ist dünn; so existieren bislang erst sechs Fallkontrollstudien, die Interventionen mit erwachsenen Patientinnen und Patienten untersuchen und zwei Studien, die sich auf die Behandlung Jugendlicher beziehen (Zimmermann et al. 2004).

Während Drogenberatungsstellen nicht ausreichend auf die steigende Problematik des Cannabiskonsums vorbereitet sind, ist auf der anderen Seite zu konstatieren, dass ein großer Teil der gefährdeten Zielgruppe den Schritt zu einer Beratungsstelle sowieso nicht vollzieht, da die oben aufgezeigte Versorgungslücke nach wie vor besteht. So kommt eine aktuelle Studie von Tossmann (2004) zu dem Schluss, dass etwa jeder dritte Cannabiskonsumierende, der nach mindestens einem Kriterium (Selbsteinschätzung, DSM-IV) eine suchtspezifische Störung aufweist, eine Sucht- oder Drogenberatungsstelle in seiner Region kennt. Allerdings haben lediglich 4,7% der als abhängig klassifizierten Cannabiskonsumenden und -konsumentinnen in den zurückliegenden zwölf Monaten professionelle Hilfe aufgesucht. Ähnlich verhält es sich mit den Konsumenten und Konsumentinnen von Partydrogen: 43,2% der Befragten mit einer suchtspezifischen Störung kennen zwar eine Beratungsstelle, jedoch nur etwa jeder Zehnte bzw. jede Zehnte dieser Gruppe nimmt tatsächlich professionelle Hilfe in Anspruch. Dies unterscheidet sich signifikant von den Konsumentinnen und Konsumenten von Opiaten, von denen 81% der Befragten die regionale Sucht- und Drogenberatungsstelle kennen und mehr als zwei Drittel ihre Hilfe in den zurückliegenden zwölf Monaten in Anspruch genommen haben.

Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme professioneller Beratung

Nach Farke und Broekman (2002) liegen die Hinderungsgründe jugendlicher Risikokonsumenten und -konsumentinnen für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen in der Haltung der Jugendlichen, sich selbst aufgrund mangelnder Risikowahrnehmung als nicht suchtgefährdet zu definieren, solange keine schwerwiegenden Folgeprobleme aufgetreten sind. Außerdem haben Jugendliche ein Bedürfnis nach Abgrenzung und Autonomie gegenüber Erwachsenen sowie ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber bisherigen Formen professioneller Beratung. Dieses Ergebnis wird von Tossmann (2004) bestätigt, in dessen Untersuchung die Befragten (Durchschnittsalter 21 Jahre) angaben, dass ihre Drogenprobleme vergleichsweise klein sind, oder dass sie ihre Probleme allein lösen können. Hier wird deutlich, dass nicht der objektive Befund, sondern

die Höhe der damit verbundenen subjektiven Belastung entscheidend ist für die Inanspruchnahme vorhandener Hilfen.

Der zweite Grund ist laut Farke und Broekman auf institutioneller Seite in zu hochschwelligem Zugangswegen zu sehen. Es herrscht ein Mangel an niedrigschwelligen und alltagsnahen Angeboten, gleichzeitig werden die Klientinnen und Klienten von Drogenberatungsstellen stigmatisiert, denn „Suchtberatungsstellen, die aus der Perspektive der Zielgruppe den Charakter einer Behörde oder einer Kontaktstelle für Alkoholranke bzw. für Heroinabhängige haben, stellen für Cannabisabhängige oder Konsumenten und Konsumentinnen von Partydrogen oft eine zu hohe Zugangsschwelle dar. Möglicherweise verbindet sich hierbei die Ambivalenz hinsichtlich des eigenen Suchtverhaltens und des Hilfebedarfs mit dem Gefühl der mangelnden Passung.“ (Tossmann 2004, S. 169)

Dieser versorgungspolitische Umstand erfordert niedrigschwellige Angebote an Frühintervention, Unterstützung und Begleitung, die jugendlichen und heranwachsenden Konsumenten und Konsumentinnen Vertraulichkeit und Partnerschaftlichkeit gewährleisten und zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten motivieren.

Auf der Suche nach einer Präventionsstrategie für die Zielgruppe der riskant Drogen und Alkohol konsumierenden Jugendlichen ist das Konzept der Motivierenden Kurzberatung ein viel versprechendes Modell. Das auf den Arbeiten von Miller und Rollnick (1991) sowie Prochaska und DiClemente (1982) basierende Interventionskonzept kann als direktiv-klientenzentrierter Ansatz zur Reduzierung von Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung beschrieben werden. Es wird seit einiger Zeit als Maßnahme zur Frühintervention bei riskanten Konsummustern in verschiedenen Feldern angewandt (John et al. 2002b). Fraglich ist, ob sich das Interventionsmodell auch für die Anwendung mit Jugendlichen in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe und angrenzenden Arbeitsbereichen eignet.

Zur Diskussion dieser Fragestellung werden im Folgenden zunächst die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen Motivierender Kurzintervention vorgestellt sowie nach Besonderheiten in der Anwendung des Konzepts mit Jugendlichen gefragt. Abschließend werden Schlussfolgerungen für den Einsatz des Interventionsmodells in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe gezogen.

**THEORETISCHE GRUNDLAGEN
UND INTERNATIONALER
FORSCHUNGSSTAND**



2.1

Motivierende Gesprächsführung

Mit ihrem 1991 veröffentlichten und mittlerweile in zweiter, überarbeiteter Auflage (2002) erschienenen Gesamtkonzept des „Motivational Interviewing“ (Motivierende Kurzberatung) haben Miller und Rollnick einen Beratungsansatz für Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum entwickelt, der die Motivation zur Verhaltensänderung in den Vordergrund stellt. Ausgangsfrage ist, warum viele Menschen ein gesundheitsschädliches Verhalten nicht ändern, selbst wenn eine Änderung nicht nur von außen, sondern auch ihnen selbst offensichtlich sinnvoll erscheint. Welche Interventionen und welcher Beratungsstil können dazu beitragen, die Motivation zur Verhaltensänderung zu stärken, um anschließend konkrete Schritte der Veränderung zu unternehmen?

Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) ist dabei weder ein neues noch ein einzelnes Interventionsparadigma, vielmehr ein Ansatz, der auf verschiedenen Elementen der Sozialpsychologie, Kognitions- und Motivationspsychologie aufbaut. Das Grundlagenwerk der Autoren ist pragmatisch und praxisorientiert angelegt und verzichtet auf die Erarbeitung eines systematischen theoretischen Hintergrundes. Miller und Rollnick definieren Motivational Interviewing als „a client-centered, directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence“ (2002, S. 25).

Motivierende Gesprächsführung ist damit ein Konzept, das auf der klientenzentrierten Gesprächstherapie von Rogers (1957) aufbaut, diese aber mittels direkter Strategien zielorientiert weiterentwickelt. Ziel des Beratungsansatzes ist die Förderung von Motivation zur Verhaltensänderung durch das Lösen von Ambivalenz gegenüber Verhaltensänderungen und das Erarbeiten eines konkreten Veränderungsplans.

Eine zentrale These von Miller und Rollnick ist, dass Motivation im Rahmen therapeutischer Handlungen nicht mehr als statische oder globale Einflussgröße im Sinne eines überdauernden Persönlichkeitsmerkmals anzunehmen ist. Motivation ist vielmehr als ein multidimensionales Konstrukt zu begreifen, dem ein dynamischer interpersonaler Prozess zwischen den Determinanten „Therapeut“/„Therapeutin“, „Klient“/„Klientin“ und „Umgebung des Klienten bzw. der Klientin“ zugrunde liegt und das ständige Fluktuationen zeigt (Miller und Rollnick 1991, S. 49). Für den Therapeuten bzw. die Therapeutin ist es deshalb wichtig, über die Frage, ob ein Klient oder eine Klientin motiviert ist, hinauszugehen und in Erfahrung zu bringen, mit welcher Intensität der Klient bzw. die Klientin zum momentanen Zeitpunkt auf welche spezifischen Ziele hin motiviert ist.

Der Ansatz von Miller und Rollnick stellt damit eine Neuorientierung in der Suchttherapie dar, der vor allem in der Behandlung bislang als unmotiviert und therapieresistent

geltender Klientinnen und Klienten neue Perspektiven eröffnet. Der dynamische Motivationsbegriff hat Auswirkungen auf alle drei Aspekte der Motivation im Rahmen therapeutischer Handlungen. Motivierende Kurzberatung thematisiert sowohl die Frage, wie sehr eine Person motiviert ist, überhaupt Hilfe oder Beratung zu suchen (Therapiemotivation) oder ihr Verhalten zu ändern (Veränderungsmotivation) als auch die Frage, welche Strategien zu welchem Zeitpunkt des Motivationsprozesses angebracht sind. Miller und Rollnick legen einen besonderen Schwerpunkt auf die Frage, inwiefern die Haltung des Therapeuten oder der Therapeutin dazu beiträgt, Motivation zu stärken (Beziehungsmotivation) und postulieren einen klientenzentrierten, aber gleichzeitig direkten Beratungsstil. Die Strategien eines solchermaßen motivierenden Gesprächsstils fassen Miller und Rollnick (1991/2002) zusammen in folgenden vier Prinzipien (vgl. Moyers und Rollnick 2002; Körkel und Veltrup 2003).

1. Express empathy

„Versetze dich in den Klienten, um seinen Standpunkt verstehen zu können“³

Ein konfrontativer Beratungsstil wird von Miller und Rollnick kritisiert, da sie davon ausgehen, dass Konfrontation Widerstand auf Seiten der Klientin bzw. des Klienten erzeugt und damit Motivation blockiert. Damit übernehmen sie das klientenzentrierte Konzept von Rogers, der bereits 1957 in seiner Theorie zur Bedeutung von Therapievariablen bei der Veränderung von Klientinnen und Klienten darauf hingewiesen hat, dass drei Therapeutenmerkmale eine veränderungsförderliche Atmosphäre unterstützen: umfassende Empathie, unbedingte Zuwendung und Echtheit. Innerhalb einer solchen klientenzentrierten Beziehung werden die Betroffenen ermutigt, ihre eigenen Erfahrungen zu explorieren und ihre Probleme eigenständig zu lösen. Im Rückgriff auf Rogers postulieren auch Miller und Rollnick aktives Zuhören sowie eine akzeptierende, bestätigende, nicht wertende Haltung als kennzeichnend für Motivierende Gesprächsführung. Im Mittelpunkt des Beratungsgesprächs stehen die aktuellen Interessen, Erfahrungen und Werte der Klientinnen und Klienten selbst, denn Verhaltensänderungen können nur in Übereinstimmung mit den Überzeugungen und Werten der Person und nicht gegen sie motiviert werden. Als grundlegende These seines Beratungsansatzes formuliert Rogers: „Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen.“ (1972, S. 28)

Während Rogers eine klientenzentrierte Haltung als notwendige und hinreichende Bedingung einer konstruktiven Therapie definiert und Angaben über Ziel, Intention und

³ In dieser und den vier folgenden Überschriften wurden die Formulierungen von Körkel und Veltrup (2003, S. 118f.) übernommen. Diese sind jeweils mit Anführungsstrichen gekennzeichnet.

konkretes Handeln im Rahmen der Therapiesitzung bewusst unterlässt (Rogers 1957), verfolgt der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung eine klare Intention: die Lösung von Ambivalenz und die Stärkung der Motivation zur Verhaltensänderung hin zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten bzw. zur Aufgabe eines gesundheitsschädigenden Verhaltens. Motivierende Gesprächsführung ergänzt die Grundlagen der klientenzentrierten Therapie damit um Prinzipien der Lerntheorie und der Verhaltenstherapie (Moyers und Rollnick 2002), ist damit deutlich zielorientiert und in diesem Sinne direktiv.

2. Develop discrepancy

„Entwickle Diskrepanzen zwischen dem jetzigen Verhalten des Klienten und seinen persönlichen Werten bzw. Zielen“

Zur Erreichung des übergeordneten Ziels der Veränderung gesundheitsschädlichen Verhaltens wird dem Erheben und Lösen von Diskrepanzen eine Schlüsselfunktion zugesprochen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen mit Suchtproblemen nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind: Kosten und Nutzen einer Veränderung halten sich die Waage und dieser „Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt“ (Miller und Rollnick 1991, S. 53) lähmt die Motivation. Überhöhter bzw. abhängiger Substanzkonsum ist nach dieser Grundannahme nicht auf eine biologische Erkrankung, Wissensschwäche oder Uneinsichtigkeit zu reduzieren, sondern er ist psychodynamisch zu verstehen als Ausdruck einer begründeten inneren Zwiespältigkeit.

Im Rahmen einer gleichberechtigten, von einer positiven interpersonellen Atmosphäre geprägten Beziehung soll der Klient bzw. die Klientin ermutigt werden, die eigenen Gründe für oder gegen eine Veränderung zu überdenken und auszudrücken, um zu klären, inwiefern das aktuelle Verhalten die Fähigkeit beeinträchtigt, Lebensziele oder zentrale Werte umzusetzen. In diesem Sinne ist auch der Begriff Motivational Interviewing (Motivierende Gesprächsführung) zu verstehen: „*It is an inter-view, a looking together at something.*“ (2002, S. 25) Dieser Weg der Klärung trägt dazu bei, vorhandene Ambivalenzen und Diskrepanzen zwischen Wunsch und Realität zu lösen und auf dem Weg der Verhaltensänderung fortzuschreiten.

3. Roll with resistance

„Gehe mit dem Widerstand, anstatt dich gegen ihn zu stellen“

Zu einem weiteren Prinzip Motivierender Gesprächsführung gehört ein geschmeidiger Umgang mit Widerstand im Beratungsprozess. Dies unterscheidet sich von traditionellen konfrontativen Ansätzen der Suchttherapie. Das Auftreten von Widerstand wird bei Miller und Rollnick als ein Signal an den Berater oder die Beraterin verstanden, sich von aktionsorientierten Strategien abzuwenden und die Beratung auf die ambivalenten Haltungen der Klientinnen und Klienten zu fokussieren. Widerstand wird hier nicht als pathologisches Merkmal einer Suchtpersönlichkeit gewertet, sondern als ein normales Nebenprodukt des Fortschreitens im Veränderungsprozess (Moyers und Rollnick 2002).

4. Support self-efficacy

„Stärke die Zuversicht des Klienten, sein Verhalten ändern zu können“

Der letzte Grundsatz Motivierender Gesprächsführung weist darauf hin, dass eine Verhaltensänderung nicht ohne die Überzeugung der eigenen Selbstwirksamkeit zu leisten ist. Er nimmt damit die Erkenntnisse der Lerntheorie von Bandura (1999) auf und verweist darauf, dass die Veränderung eines bestimmten Verhaltens auch von der Überzeugung des Einzelnen abhängt, auftretende Schwierigkeiten meistern zu können. Diese sollte in der Beratung thematisiert – und wo möglich – gestärkt werden, vor allem wenn der Klient bzw. die Klientin bereits den Entschluss gefasst hat, konkrete Schritte der Verhaltensänderung vorzunehmen. Hilfreich ist dabei die Erinnerung an in der Vergangenheit erfolgreich durchgeführte Lösungen sowie das Entdecken zieldienlicher Ressourcen. Diese Perspektive bietet die Möglichkeit zur Aktivierung verborgener Kompetenzen.

Die beschriebenen Prinzipien Motivierender Gesprächsführung werden durch folgende Gesprächsstrategien in beobachtbares Handeln umgesetzt (vgl. Körkel und Veltrup 2003):

- Stellen offener Fragen, die die Klientinnen und Klienten zu einer ausführlichen Darlegung ihrer Sichtweise einladen.
- Aktives Zuhören, das den Klientinnen und Klienten das Verstandene in vertiefter Form zurückerklärt.
- Würdigung und Wertschätzung von Verhaltensweisen der Klientinnen und Klienten. Dies bringt eine positive Grundhaltung zum Ausdruck und stärkt das therapeutische Bündnis.
- Methoden zur Förderung des „change talk“, zum Beispiel Erkundung von Veränderungsmotiven, Klären des aktuellen Konsumverhaltens und Imagination der Zukunft, Exploration von Lebenszielen und Klären der Dissonanzen zum aktuellen Suchtmittelkonsum.
- Geschmeidiger, nicht konfrontativer Umgang mit Widerstand durch besonderes Eingehen auf die Ambivalenz.
- Methoden zur Förderung der Änderungszuversicht, zum Beispiel durch Rückblick auf vergangene Erfolge, Ansprechen persönlicher Stärken und Unterstützungsmöglichkeiten, Weitergabe von Informationen und Empfehlungen, Thematisieren hypothetischer Änderungen.

Trotz der Anwendung spezifischer Interventionsstrategien klientenzentrierter und kognitiv-behavioristischer Herkunft betonen Miller und Rollnick, dass es sich bei ihrem Ansatz nicht um ein Set verschiedener Techniken handelt, sondern vielmehr um die Ausübung eines bestimmten Beratungsstils: „It is not a bag of tricks for getting people to do what they don't want to do. It is not something that one does to people; rather, it is fundamentally a way of being with and for people – a facilitative approach that evokes natural change.“ (2002, S. 25)

Zentral für diesen Beratungsstil ist die Einsicht, dass Menschen mit Suchtmittelproblemen in einer inneren Situation der Ambivalenz gefangen sind und es neben Verän-

derungsimpulsen auch eine sinnhafte Tendenz zur Nichtveränderung gibt. Eine klientenzentrierte und wertschätzende Haltung, die beide Seiten der Motivation respektiert, kann helfen, diese Ambivalenz zu klären und zu ihrer Lösung beizutragen. Wenn eine Hinwendung zur Veränderung erreicht ist, können konkrete Schritte der Veränderung erarbeitet und verbindlich gemacht werden.

Hier wird bereits deutlich, dass es sich um einen Dialog handelt, der verschiedene Phasen durchläuft. Um diesen Ablauf genauer zu analysieren, beziehen Miller und Rollnick sich auf das Modell der Stadien der Verhaltensänderung, wie es von der Forschergruppe um Prochaska, Velicer und DiClemente entwickelt wurde⁴.

2.2 Stadien der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung ist ein Konzept zur Beschreibung, Erklärung und Beeinflussung intentionaler Änderungsprozesse. Entwickelt wurde es aus einer Analyse zentraler Wirkmechanismen unterschiedlicher Psychotherapien sowie aus empirischen Studien mit Personen, die gesundheitsschädliche Verhaltensweisen ohne professionelle Hilfe verändert haben. Dabei untersucht das Modell vor allem den Einfluss von Motivation, Emotion und Kognition auf die Entscheidung zu einer Verhaltensänderung. Es unterscheidet sich hierin von Modellen, die sich vor allem auf den Einfluss von sozialen oder biologischen Faktoren auf das jeweilige Verhalten konzentrieren (Velicer et al. 2000).

Die Veränderung gesundheitsrelevanten Verhaltens wird im Stadienmodell nicht als ein einmaliges Ereignis, sondern als lang andauernder, umfassender Prozess betrachtet, der sich in fünf Stadien aufteilen lässt. So besteht im Stadium der *Absichtslosigkeit* noch kein oder kaum ein Problembewusstsein für die Notwendigkeit einer Veränderung. Im Stadium der *Absichtsbildung* bestehen Zweifel am ausgeübten Verhalten und ein Abwägen von Argumenten für und Argumenten gegen eine Änderung. Im Stadium der *Vorbereitung* ist die Person motiviert, das problematische Verhalten zu beenden; sie hat die feste Absicht, es zu ändern und erste Schritte zu unternehmen. Im Stadium der *Aktion* werden bereits erste Schritte zur Änderung des problematischen Verhaltens unternommen. Im Stadium der *Aufrechterhaltung* schließlich übt die Person das Zielverhalten bereits eine Zeit lang aus.

⁴ Vgl. Prochaska 1996; Prochaska und Velicer 1997; Prochaska et al. 1999; DiClemente und Velasquez 2002; Überblick über deutsche Adaptationen: Keller 1999.

Das Stadienmodell beschreibt nicht nur, wann, sondern auch wie Veränderung stattfindet und identifiziert sowohl kognitiv-affektive als auch verhaltensorientierte Prozesse. In den ersten Stadien spielen vor allem Prozesse wie bewussteres Wahrnehmen von Bedingungen des eigenen Verhaltens, emotionales Erleben wie Steigerung der persönlichen Betroffenheit, Neubewertung der persönlichen Umwelt und des eigenen Verhaltens eine Rolle. Den späteren Stadien der Durchführung und Aufrechterhaltung sind eher verhaltensorientierte Prozesse wie Selbstverpflichtung, Gegenkonditionierung oder Selbstverstärkung zuzuordnen.

Zwei ergänzende Konstrukte des Stadienmodells sind die *Entscheidungsbalance* (sie kennzeichnet ein Abwägen von Argumenten für mit Argumenten gegen das neue Verhalten) und die *Selbstwirksamkeitserwartung* gemäß der Theorie von Bandura (1999). Letztere zeigt den Grad der Zuversicht, das Zielverhalten realisieren zu können und auch in Situationen mit hohem Rückfallrisiko durchzuhalten.

Der Ansatz des Stadienmodells ermöglicht es, auch diejenigen in Interventionen einzu beziehen, die entweder keinerlei Änderung ihres Problemverhaltens wünschen, Zweifel über ihr Problemverhalten aufweisen, Vorbereitungen für eine Änderung treffen oder Versuche dazu unternehmen. Es erhöht vor allem die Sensibilität gegenüber der jeweiligen Motivation, deren Veränderung in den Stadien 1 bis 3 nach außen nicht sichtbar ist und dennoch graduell stattfindet.

Das Stadienmodell unterscheidet zwischen kognitiv-affektiven Prozessen und verhaltensbezogenen Prozessen und ordnet sie unterschiedlichen Zeiträumen zu: In den Stufen 1 bis 3 beinhaltet ein Fortschreiten von einem Stadium zum nächsten einen Wechsel in der Einstellung bzw. der Motivation, während in den Stadien 4 und 5 ein sichtbarer Wechsel im Verhalten stattfindet, der sich zunehmend festigt. Eine angemessene Intervention muss darum in den ersten drei Stadien vor allem die Motivation stärken, während sie im Stadium der Vorbereitung und der Aktion konkrete Hilfestellungen für entsprechende Verhaltensweisen anbieten sollte. Hierin unterscheidet es sich von anderen Stadienmodellen, die im Verlauf von Beratungsprozessen angewandt werden. Als Beispiel ist hier das Modell der Selbstmanagementtherapie nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996; vgl. Borg-Laufs 2004) zu nennen. Hierbei beginnt jeder Therapieprozess mit dem Schaffen günstiger Ausgangsbedingungen (Beziehungsaufbau) zwischen Berater bzw. Beraterin und Klient bzw. Klientin, um in einem zweiten Schritt die Änderungsmotivation zu klären und aufzubauen; erst dann kommt es zur Verhaltensanalyse und Zielvereinbarung zwischen beiden Beteiligten. Die Klärung der Motivation ist auch hier entscheidend, sie stellt jedoch bereits einen Schritt im Therapieverlauf dar.

Das Stadienmodell nach Prochaska und DiClemente untersucht jeden Schritt der Veränderung unter dem Aspekt der Motivation und bezieht damit auch die Schritte vor der Aufnahme einer Beratungsbeziehung mit ein. Es fragt damit nicht nur nach der Änderungsmotivation, sondern auch nach der Therapie-/Beratungsmotivation.

Motivierende Gesprächsführung und Stadienmodell

Die Verknüpfung der Prinzipien der Motivierenden Kurzberatung mit dem Stadienmodell ist sinnvoll. Für die Beschreibung des für ihr Beratungskonzept entscheidenden Begriffes der Motivation übernehmen Miller und Rollnick (1991) das Modell und bestätigen, dass Motivation einen beeinflussbaren Zustand von Veränderungsbereitschaft darstellt, der von Situation zu Situation schwankt. Erkennt der Berater oder die Beraterin dies nicht und reagiert mit einer Intervention, die dem jeweiligen Stadium nicht angemessen ist, führt dies in der Regel zu Widerstand beim Klienten bzw. der Klientin.

Resnicow et al. (2002) weisen jedoch auf einen subtilen Unterschied zwischen beiden Konzepten hin: Während das Stadienmodell von der Annahme ausgeht, dass das Stadium der Verhaltensänderung einer bestimmten Person ein stabiler Zustand ist, der wenigstens einige Tage oder Wochen anhält, nimmt Motivierende Kurzberatung eine größere Flexibilität der einzelnen Stadien an. So kann die Bereitschaft zur Veränderung innerhalb einer Beratungssitzung in beide Richtungen schwanken. Der Unterschied ist ein pragmatischer, denn Beratungsgespräche sind in der Regel „*face-to-face*“, während andere stadienbasierte Interventionen auch anonym⁵ weitergegeben werden können. Motivierende Kurzberatung kann somit als „*real-time application of TTM-based counseling*“ (Resnicow et al. 2002, S. 444) definiert werden.

Obwohl sich Motivierende Gesprächsführung kognitiv-behavioraler Strategien wie Selbstbeobachtung, Zielsetzung etc. bedient, um die Motivation zur Verhaltensänderung zu steigern, ist der Bezug zum Stadienmodell als entscheidender Unterschied zwischen Motivierender Gesprächsführung und anderen Therapieformen wie zum Beispiel der kognitiv-behavioralen Therapie zu werten. Während Motivierende Gesprächsführung besondere Aufmerksamkeit darauf verwendet, in welchem Stadium der Motivation sich der Klient bzw. die Klientin befindet und die Motivation zur Veränderung stärken will, geht die kognitiv-behaviorale Therapie grundsätzlich von der aktuell vorhandenen Bereitschaft zur Veränderung aus und konfrontiert den Klienten bzw. die Klientin mit seinen aus Sicht des Beraters bzw. der Beraterin irrationalen Überzeugungen (Britt et al. 2003). Mit dieser Unterscheidung erscheint die Motivierende Gesprächsführung eher klientenzentrierter als expertenorientiert, indem sie auf die aktuelle Motivation des Gegenübers eingeht und diese respektiert.

Anwendung des Modells für die Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen

Die Grundlagen Motivierender Kurzberatung und des Stadienmodells bieten vielfältige und wichtige Perspektiven für Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung auf

5 Zum Beispiel in Form von computergestützten Interventionsprogrammen; vgl. Diener et al. 1999.

zwei Ebenen: sowohl auf der Ebene der Planung von Interventionen als auch auf der Ebene einzelner Beratungsgespräche.

Das Stadienmodell eignet sich zunächst für die Durchführung populationsbezogener Studien zur Vorbereitung von Gesundheitsförderungsprogrammen. Velicer et al. (2000) weisen in diesem Zusammenhang auf mehrere Studien hin, die die Bereitschaft zur Raucherentwöhnung innerhalb großer Samples abgefragt haben (Teilnehmerzahl zwischen 5000 und 10000) und die in verschiedenen Ländern (USA, Europa, Australien) zu dem Ergebnis kamen, dass ca. 40% (Europa 70%!) der Befragten sich im Stadium der Absichtslosigkeit befanden und weitere 40% (Europa 25%) im Stadium der Absichtsbildung, jedoch nur ca. 10% im Stadium der Vorbereitung.

Folgerichtig weist bereits Prochaska (1996) darauf hin, dass viele breit angelegte Interventionskampagnen nur auf wenig Reaktion in der Bevölkerung stoßen, da sie davon ausgehen, dass sich der Großteil der Zielgruppe im Stadium der Vorbereitung befindet. Dies entspricht jedoch nicht der Realität. „Historical we labeled such individuals as unmotivated, resistant or not ready for therapy. The reality is we were not motivated to match their needs.“ (Prochaska 1996, S. 730)

An dieser Stelle wird der Paradigmenwechsel deutlich, den sowohl das Transtheoretische Modell als auch die Motivierende Kurzberatung postulieren: Beide betonen die Notwendigkeit, Interventionen der Veränderungsmotivation des Programmteilnehmers bzw. der -teilnehmerin oder des Klienten bzw. der Klientin anzupassen anstatt mangelnde Änderungsbereitschaft zur unveränderlichen Eigenschaft Einzelner zu erklären.

Neben einem ausgeglichenen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis sollten effektive Interventionen darum vor allem zwei Bedingungen erfüllen: Die Intervention sollte die erwünschte Verhaltensänderung fördern (efficacy), sie sollte aber gleichzeitig in der Lage sein, eine große Proportion der Population, die von einem Gesundheitsrisiko besonders betroffen ist, zu erreichen (participation rate). Velicer et al. (2000) unterscheiden hier zwischen der Wirksamkeit (efficacy) einer Intervention und ihrer Wirkung, die sie als Ergebnis aus Wirksamkeit und erreichter Population definieren: $\text{Impact} = \text{efficacy} \times \text{population rate}$. Während zum Beispiel klinische Entwöhnungsprogramme als sehr effektiv gelten, erreichen sie nur einen geringen Teil der Population (ca. 1%). Sie haben eine hohe Wirksamkeit, aber keine gleichermaßen hohe Wirkung im Sinne des „impact“.

Von groß angelegten Präventionsprogrammen oder Kampagnen erhofft man sich zwar eine hohe Partizipationsrate, in der Regel ist ihre Wirksamkeit aber deutlich geringer als die Rate klinischer Interventionen. Dies lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass die Teilnahme an Programmen, zum Beispiel zur Raucherentwöhnung, ein hohes Maß an Veränderungsbereitschaft voraussetzt, die in der Regel nur bei einem geringen Anteil der Bevölkerung gegeben ist. Beide Interventionsformen – klinische und populationsbezogene – erreichen einen ähnlich hohen „impact“, da sie entweder eine hohe Effizienz

oder eine hohe Beteiligungsrate zeigen. Der Impact könnte deutlich gesteigert werden, wenn beide Faktoren – sowohl Effizienz als auch Beteiligungsrate – optimiert würden: Eine hohe Beteiligungsrate, die nicht auf Kosten der Effizienz geht und eine effektive Maßnahme, die möglichst viele erreicht. Zur Umsetzung dieses Ziels ist es sinnvoll, zunächst festzustellen, wie hoch die Bereitschaft zur Veränderung in der jeweiligen Zielpopulation ist und dementsprechend angemessene Interventionen zu entwickeln. Dabei ist proaktiv vorzugehen. Das bedeutet: „Für eine bevölkerungsorientierte Suchtkrankenversorgung ist es erforderlich, die betroffenen Individuen differenziert nach ihrer Änderungsbereitschaft bezüglich des Substanzkonsums zu betrachten.“ (John et al. 2002a, S. 287)

Die zentrale Rolle der Motivation ist bei der Planung und Durchführung aller Präventionsprogramme zu beachten. Es gilt: Interventionen, die sensitiv auf das jeweilige Stadium der Verhaltensänderung eingehen, sollten bessere Ergebnisse erzielen als solche, die lediglich ein und dieselbe Intervention für die gesamte Zielgruppe vorhalten (vgl. Butler et al. 1999).

Reflexion und Korrektur von Erfolgsmaßstäben für Interventionen

Das Stadienmodell setzt neue Maßstäbe für Erfolg. Klassische Interventionsprogramme nehmen nur die Stadien der Vorbereitung und der Aktion wahr und messen ihren Erfolg an dem sichtbaren Ergebnis, das erst im Stadium der Aktion wahrgenommen werden kann. Durch die Berücksichtigung der drei vorhergehenden Stadien der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Vorbereitung werden Prozesse mit einbezogen, die diese Aktion erst vorbereiten, die selbst aber keine sichtbare Veränderung zeigen. Die eingeschränkte Sensibilität der Messinstrumente, mit denen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung bisher beurteilt wurden, kann dazu führen, dass innovative und effektive Interventionen falsch beurteilt werden. Statt univariater Messungen, die zum Beispiel nur das Erreichen oder Nichterreichen eines veränderten Verhaltens messen, schlagen Velicer und Prochaska (1996) multivariate Messungen vor. Messbare Items wären hier beispielsweise ein erhöhtes Bewusstsein für Vor- und Nachteile der Verhaltensänderung, Teilnahme an einem Interventionsprogramm oder Versuche, den Lebensstil zu ändern.

Die Entwicklung differenzierter Erfolgsmessungen gilt ebenso für die Bewertung einzelner Beratungsgespräche. Die Erwartung einer radikalen Verhaltensänderung ist unrealistisch. Ein Schritt von einem Stadium in das nächstliegende kann jedoch als ein Interventionserfolg betrachtet werden. Rollnick fasst dies folgendermaßen zusammen: „Many patients are uncertain about change, and providing time to talk through the options can increase readiness. Not every consultation has to end with the patient agreeing to change.“ (Rollnick 2000, S. 26)

Das Stadienmodell ist damit eine wichtige Innovation für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention, denn neben den Anstößen zur Planung und Eva-

STADIUM DER VERHALTENSÄNDERUNG	MÖGLICHE INTERVENTION/ MOTIVIERENDE STRATEGIE
<p>Absichtslosigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Niemals“ oder „Ich habe nicht vor, in den nächsten sechs Monaten etwas an meinem Verhalten zu ändern“ • Wenig oder kein Problembewusstsein • Kein Interesse, etwas zu verändern • Auseinandersetzung wird vermieden 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen geben • Beobachtungen mitteilen • Auf Diskrepanzen hinweisen • Anbieten alternativer Sichtweisen • Aktives Zuhören • Emotionale Zugänge suchen
<p>Absichtsbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Eines Tages“ oder „Ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten etwas zu verändern“ • Bewusste Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten, aber keine konkreten Pläne • Starke Ambivalenz • Interessiert, aber nicht fest entschlossen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anregen zur Selbstbeobachtung (zum Beispiel Konsumtagebuch o. Ä.) • Pro und kontra Veränderung thematisieren (Bild der „Waage“) • Einen Anstoß in Richtung Veränderung geben
<p>Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Bald“ oder „In den nächsten 30 Tagen verändere ich etwas“ • Hohe Motivation zu konkreten Veränderungsschritten • Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Optionen der Veränderung aufzeigen • Suche nach realistischen und akzeptablen Veränderungsschritten • Vereinbarungen für konkrete Schritte treffen
<p>Aktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Jetzt“ • Hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement • Konkrete, sichtbare Veränderungsschritte werden unternommen und über einen längeren Zeitraum hinweg durchgehalten • Hohes Risiko für Rückfälle, u. a. weil die Umwelt auf das sichtbar veränderte Verhalten reagiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung von Selbstvertrauen • Rückfallprophylaxe, zum Beispiel durch Einrichten regelmäßiger Kontakte, Kommunikationsübungen, Training spezieller Fertigkeiten, die helfen, mit schwierigen Situationen umzugehen
<p>Aufrechterhaltung</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Für immer“ • Veränderungsschritte wurden bereits über einen längeren Zeitraum durchgehalten, zum Beispiel: „Seit 6 Monaten konsumiere ich nur am Wochenende Cannabis“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung von Selbstvertrauen • Rückfallprophylaxe, zum Beispiel durch Einrichten regelmäßiger Kontakte, Kommunikationsübungen, Training spezieller Fertigkeiten, die helfen, mit schwierigen Situationen umzugehen

Tab. 1: Stadien der Verhaltensänderung und mögliche Intervention/Motivierende Strategie

luation von Interventionen bietet es auch eine Strukturierungshilfe für die Beratung. Das Basiskonzept kann von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen angewandt werden. Hier stellt die Verknüpfung des Stadienmodells mit den Prinzipien der Motivierenden Kurzberatung eine sinnvolle Verbindung dar.

Tabelle 1 auf Seite 31 fasst noch einmal die einzelnen Stadien zusammen und schlägt passende Interventionsstrategien vor (vgl. Keller 1999, Kapitel 1).

2.3 Motivierende Kurzintervention

Während Motivierende Gesprächsführung sehr vielfältig im Bereich der Suchtbehandlung eingesetzt wird, gibt es ein steigendes Interesse von Seiten der Public-Health-Forschung und der Medizin, das Konzept für andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Rauchen, Bewegung, Screening, Sexualverhalten, Diabeteskontrolle etc. zu adaptieren (Emmons und Rollnick 2001). Besonders Steve Rollnick hat sich dafür eingesetzt, Motivierende Gesprächsführung als ein Set hilfreicher Gesprächsstrategien für die Anwendung in unterschiedlichen Settings der Gesundheitsversorgung zu nutzen (Rollnick, Heather und Bell 1992; Rollnick 2000). Ziel bei der Anwendung im Public-Health-Kontext ist es, den Prozess der individuellen Verhaltensänderung besser als bislang zu verstehen und mit den jeweils passenden Interventionen zu unterstützen (Berg-Smith et al. 1999). Körkel und Veltrup (2003) bezeichnen die Anwendung von Motivierender Gesprächsführung im nichttherapeutischen Kontext als eine Form des adaptierten Motivation Interviewing, in dem Motivierende Gesprächsführung als übergeordneter Kommunikationsstil verwandt wird.

Der im Projekt MOVE verwandte Ausdruck „Motivierende Kurzintervention“ bzw. „Motivierende Gesprächsführung“ ist abgeleitet von *brief motivational intervention* oder *brief motivational interviewing*, wie Rollnick, Heather und Bell (1992)⁶ die Begriffe eingeführt haben in dem Versuch, die Ansätze des aus der Suchttherapie stammenden Motivational Interviewing auch für die allgemeine Public-Health-Praxis zu nutzen. Ziel ist die Entwicklung einer gut strukturierten und in der Praxis umsetzbaren Interventionsstrategie für Fachkräfte des Gesundheitswesens, die Patientinnen und Patienten zur Veränderung eines gesundheitsrelevanten Verhaltens motivieren wollen. Es handelt sich hierbei um eine Adaption des ursprünglich in der Suchttherapie entwickelten Ansatzes der Motivierenden Gesprächsführung (vgl. Rollnick 2000).

⁶ Vgl. Rollnick et al. 1997 sowie Butler et al. 1999.

Motivierende Kurzintervention wird seit einiger Zeit in Deutschland als Maßnahme zur Frühintervention bei riskanten Konsummustern angewandt (John et al. 2002b). Dabei werden unter Kurzintervention (engl. „brief intervention“) Beratungsgespräche im Rahmen von zehn bis maximal 60 Minuten verstanden, die einmalig oder in einer Folge von bis zu dreimal stattfinden können. Sechs wesentliche Elemente von Kurzinterventionen beschreiben Miller und Sanchez (1994) unter dem Akronym FRAMES:

- Rückmeldung über ein gesundheitsrelevantes Verhalten, zum Beispiel in Form eines individuell erstellten Feedbacks über den Gesundheitszustand (Feedback),
- die persönliche Verantwortung des Betroffenen betonen (Responsibility),
- einen konkreten Ratschlag geben (Advice),
- eine Reihe alternativer Veränderungsstrategien vorschlagen und diskutieren (Menus),
- Empathie ausdrücken (Empathy),
- die Selbstwirksamkeit stärken (Self-efficacy).

Resnicow et al. (2002) weisen auf die Besonderheit der Anwendung in Public-Health-Settings im Vergleich zu therapeutischen Sitzungen hin. Neben der Beachtung zeitlich limitierter Settings muss die Frage geklärt werden, ob die Prinzipien der Motivierenden Kurzberatung bisheriger Berufspraxis entsprechen oder ob es sich um eine völlige Neuorientierung handelt. Die Umsetzung dieses Kompetenzbündels setzt unter anderem voraus, dass seine Anwenderinnen und Anwender in einen Prozess der Selbstklärung eintreten und sich mit ihren eigenen Wertmaßstäben und Normen, institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungspräferenzen und bisher ausgeübten Gesprächsstilen auseinander setzen.

Relevant für die Anwendung im Rahmen von Public Health und hier von Sekundärprävention erscheint Motivierende Kurzberatung vor allem dadurch, dass sie sich als besonders geeignet erwiesen hat für Zielgruppen, die bereits riskant konsumieren, aber nur eine geringe Änderungsbereitschaft aufweisen oder in hohem Maße ambivalent sind (Rumpf et al. 1999).

Wirksamkeit Motivierender Kurzintervention

Motivierende Kurzintervention ist bislang vor allem in der therapeutischen und medizinischen Versorgung eingesetzt und evaluiert worden – hier insbesondere im Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum –, jedoch finden sich auch Untersuchungen zu Kurzinterventionen bei anderen Substanzen und in anderen Settings (vgl. Demmel 2001). Dabei ist die Evidenz von Motivierender Kurzintervention in zahlreichen Studien belegt. Eine aktuelle Meta-Analyse zu Kurzinterventionen bei Alkoholproblemen (Moyer et al. 2002) berücksichtigt 54 randomisierte und kontrollierte Studien und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Es liegt eine hinreichende Evidenz für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Vergleich zu Kontrollgruppen vor, die keine Intervention erhalten haben. Dies gilt vor allem für Menschen mit leichten bis mittelgradigen alkoholbezogenen Problemen.

Im Vergleich mit anderen Therapieformen wie beispielsweise Gruppenprogrammen der kognitiven Verhaltenstherapie erreicht Motivierende Gesprächsführung eine gleichermaßen hohe Wirksamkeit. Zu beachten ist hier, dass MI-Programme breiter anwendbar sind als vergleichbare und damit einen erhöhten „impact“ besitzen (Holder et al. 2000). Durch seine explizite Thematisierung von Motivation erreicht Motivierende Kurzberatung bei unmotivierten Klientinnen und Klienten deutlich bessere Ergebnisse als rein verhaltensorientierte Maßnahmen (Miller 1996). Mehrere in Deutschland durchgeführte Studien zeigen darüber hinaus, dass Motivierende Kurzberatung zu einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen bei Alkoholabhängigen führt (John et al. 1996; Kremer et al. 1998; Hanewinkel und Wiborg 2002).

Die meisten Erfahrungen mit der Anwendung Motivierender Kurzintervention im Rahmen nichttherapeutischer Beratungen liegen aus dem medizinischen Sektor vor; verschiedene Studien belegen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen in ärztlicher Praxis und Allgemeinkrankenhaus. Dabei zeigt sich, dass Motivierende Kurzintervention zu erhöhter Akzeptanz und Offenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten führte und die Wirksamkeit durchaus vergleichbar mit langfristigen Beratungen ist (vgl. Baer et al. 1992; Butler et al. 1999).

In seiner Zusammenschau aktueller Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit von Motivierender Kurzintervention bei alkoholbezogenen Störungen weist Kremer (2003) darauf hin, dass mittlerweile hinreichend Evidenz für deren Wirksamkeit vorliegt. Die Evidenz bezieht sich sowohl auf Veränderungen von konsumbezogenen Verhaltensweisen als auch auf die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen.

Probleme beim Vergleich verschiedener Studienergebnisse ergeben sich aus unterschiedlichen Dosierungen und Graden der Standardisierung. Fraglich bleibt, wie hoch die jeweilige Beratungskompetenz und Genauigkeit der Motivierenden Gesprächsführung ist. Auch die Interaktion zwischen Beraterin bzw. Berater und Klientin bzw. Klient ist nicht vergleichbar über mehrere Studien. So bleibt offen, welche Effekte von allgemeinen Beratungseffekten geschuldet sind und welche Effekte speziellen Beratungselementen zuzuordnen sind. Eine Herausforderung für die Forschung liegt darin, die genaue Dosis und Glaubwürdigkeit von Motivierenden Kurzinterventionen zu messen und anhand der Ergebnisse die essentiellen Elemente des Beratungsansatzes und ihre optimale Intensität für eine bleibende Veränderung gesundheitsrelevanten Verhaltens zu beschreiben (Burke et al. 2002). Allerdings sollte dabei die oben angesprochene Notwendigkeit der Bevölkerungsorientierung nicht aus dem Blick verloren werden, denn „A frequently used intervention with moderate impact is more beneficial to the public health than a highly effective but infrequently applied intervention“ (Rollnick et al. 1997, S. 201).

Dies weist – wie bereits im Zusammenhang mit dem Stadienmodell beschrieben – darauf hin, dass die breite Anwendbarkeit einer Intervention ebenso relevant ist wie die genaue Beschreibung ihrer wirksamen Faktoren.

Nach wie vor fraglich ist jedoch die Nachhaltigkeit bei der Umsetzung Motivierender Kurzintervention in die Routineversorgung. Eine Studie aus Finnland (Aalto et al. 2001) zur Umsetzung von Motivierender Kurzintervention in der ambulanten medizinischen Versorgung kommt zu dem Ergebnis, dass die positiven Studienergebnisse aus Kurzinterventionsstudien, die unter Forschungsbedingungen signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen aufweisen, nicht ohne weiteres auf die medizinische Routineversorgung unter Realbedingungen übertragbar sind. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen die beiden großen vom Gesundheitsministerium durchgeführten Modellprojekte zu Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus in Lübeck und Bielefeld (Kremer 2003a). Beide weisen zwar positive Ergebnisse auf, eine Umsetzung in den Routinealltag nach Projektende kann jedoch nicht sichergestellt werden. Die Ursache für die mangelnde Nachhaltigkeit liegt nach Erfahrung der Projekte darin, dass qualifizierte Kurzinterventionen ein erhöhtes Zeitbudget und ein besonderes Maß an Aufmerksamkeit benötigen. Beides wird bislang in der ärztlichen Versorgung nicht ausreichend honoriert. „Von einer systematischen Praxis MI [Motivational Interviewing] gestützter Kurzinterventionen in Hausarztpraxen kann somit nicht die Rede sein.“ (Kremer 2003, S. 129)

Dringend zu klären ist darum die Frage, wie Nachhaltigkeit besser gesichert werden kann. Dazu bietet sich die soziale Arbeit als Arbeitsfeld an. So verweisen Körkel und Veltrup (2002) darauf, dass der Umgang mit unmotivierten Klientinnen und Klienten zum Alltag in allen Feldern sozialer Arbeit gehört. Der Umgang mit dem Thema Motivation ist darum besonders relevant und die Prinzipien Motivierender Gesprächsführung sind übertragbar, vor allem, da in der Praxis der sozialen Beratung eine größere Nähe zu Strategien wie Empathie und Klientenorientierung zu verzeichnen ist als in der hausärztlichen Versorgung.

Schlussfolgerung für die Anwendung in der Suchtprävention

Unbestritten bleibt, dass die Anwendungsmöglichkeiten Motivierender Kurzintervention mittlerweile weit in das gesamte Gesundheitssystem hineinreichen⁷. Im Gegensatz zu anderen Kurzinterventionen – wie zum Beispiel Selbsthilfemanuale, ärztlicher Ratschlag, klassische Gesundheitsberatung – liegt ihr Fokus auf der Anwendung in Settings mit niedrigen Zugangsschwellen zur Beratungssituation und ist darum besonders geeignet für Menschen, die ihrer eigenen Verhaltensänderung eher skeptisch gegenüberstehen (John et al. 2002a).

Erfahrungen mit Motivierender Kurzintervention in Public-Health-Settings zeigen, dass die Schulung in diesem Beratungskonzept unter Angehörigen verschiedener Berufsgrup-

7 Zum Beispiel Anwendung in der Pflege, siehe Compton et al. 1999.

pen des Gesundheitswesens vor allem dazu führt, größeres Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten von Gesundheitsförderung zu bekommen, da sie ihre Ansprüche und Bewertungen der Intervention besser der individuellen Situation ihrer Klientinnen und Klienten anpassen können (Prochaska 1996).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Konzept der Motivierenden Kurzintervention eine viel versprechende Perspektive für die Sekundärprävention bietet. Durch den besonderen Fokus auf Klärung und Steigerung der Motivation in ihren verschiedenen Dimensionen im Rahmen von Veränderungsprozessen erscheint es insbesondere geeignet, mit den in der Regel hochambivalenten Einstellungen Jugendlicher gegenüber einer Einflussnahme Erwachsener oder der Inanspruchnahme von Beratung allgemein konstruktiv umzugehen.

Attraktiv für die Anwendung im Rahmen von Sekundärprävention für riskant Drogen konsumierende Jugendliche ist das Konzept der Kurzintervention deshalb, weil hiermit Jugendliche erreicht werden, die sonst keine Beratung aufsuchen würden und für deren Bedarf kurze Interventionen passender und darum auch wirkungsvoller sind als lange Beratungsgespräche. Kurzinterventionen können außerdem von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen angewandt werden, sodass ein niedrighschwelliges und breit gestreutes Angebot möglich ist.

Zur Klärung der Frage, ob Motivierende Kurzintervention eine Möglichkeit darstellt, die Versorgung riskant konsumierender Jugendlicher zu verbessern, sollen darum im Folgenden internationale Beispiele zur Motivierenden Kurzintervention mit Jugendlichen zusammengefasst werden.

2.4 Möglichkeiten der Anwendung für Jugendliche

Das Stadienmodell und die Prinzipien Motivierender Gesprächsführung sind bislang vor allem in Interventionen für Erwachsene angewandt worden. Es ist anzunehmen, dass die Erfahrungen mit Erwachsenen sich nicht ohne weiteres auf Jugendliche übertragen lassen. In der Literatur wird darum auf folgende Besonderheiten hingewiesen:

- *Anwendung des Stadienmodells*: Da Jugendliche mit der Übernahme gesundheitsrelevanter Stile experimentieren und verschiedene Stadien bei deren Übernahme durchlaufen oder überlegen, bereits Übernommenes wieder abzulegen, ist es besonders sinnvoll, nach dem Stadienmodell auf die verschiedenen Phasen einzugehen. Die einzelnen Phasen der Motivation lassen sich dabei nicht nur auf den Prozess der Aufgabe eines Verhaltens, sondern auch auf den Prozess der Entwicklung eines gesundheitsriskanten Verhaltens übertragen (vgl. Berg-Smith et al. 1999).

- In der Phase der *Ablösung vom Elternhaus* und der Bildung der eigenen Identität zeigen Jugendliche ein erhöhtes Bedürfnis zur Abgrenzung von Erwachsenen. Die empathische und respektvolle Gesprächsführung der Motivierenden Kurzberatung nimmt diese Bedürfnisse ernst und unterstützt Jugendliche dabei, Mechanismen der Selbstkontrolle zu entwickeln (Tober 1991). Das Stadienmodell zeigt Möglichkeiten der Intervention in den Stadien der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung und ist darum im Rahmen von Sekundärprävention besonders für Jugendliche geeignet, die ambivalent gegenüber der Einflussnahme Erwachsener sind.
- Die *Lebenssituation* von Jugendlichen ist noch deutlicher von Abhängigkeit gekennzeichnet als es die Situation von Erwachsenen ist. Oftmals werden von Eltern oder anderen Bezugspersonen Entscheidungen getroffen, die die Sichtweise und Bedürfnisse der Jugendlichen nicht angemessen berücksichtigen. Diese Erfahrung kann die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen. Die Beratung sollte darum eine realistische Einschätzung der Lebenssituation von Jugendlichen beinhalten und nach Möglichkeiten zur Steigerung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl suchen (Tober 1991).
- *Zeitfaktor*: Interventionen mit Jugendlichen müssen sich grundsätzlich auf ein sehr knappes Zeitlimit beschränken, da Jugendliche selten bereit sind, sich auf lange Beratungsgespräche einzulassen (Tober 1991). Kurze Interventionen lassen sich besser den Bedürfnissen von Jugendlichen anpassen.
- *Fremdmotivation*: Wenn jugendliche Konsumenten und Konsumentinnen Hilfe suchen, geschieht das nicht immer auf eigenen Wunsch, sondern nicht selten auf Druck von Eltern oder anderen Autoritäten (Gericht, Polizei etc.). Das verstärkt die Ambivalenz in der Änderungsbereitschaft (Lawendowski 1998). Fremdmotivation und Eigenmotivation müssen darum offen angesprochen und unterschieden werden.
- *Bedeutung der Peergroup*: Jugendliche empfinden ihren Substanzgebrauch oder -missbrauch nicht unbedingt problematisch, im Rahmen ihrer Bezugsgruppe Gleichaltriger kann er sogar normativ sein. Die Entwicklung eigenen Problembewusstseins ist darum ein wichtiges Ziel Motivierender Kurzintervention, allerdings sollte die beratende Person nicht polarisierend eine Gegenposition zur Gleichaltrigengruppe einnehmen. Um dies zu vermeiden, sollte der Fokus auf die individuelle Situation des Gegenübers gerichtet werden (Lawendowski 1998; Tobler 1991).
- *Fokus auf soziale und interpersonale Aspekte*: Da Jugendliche sich zunächst in einem Anfangsstadium des missbräuchlichen Konsums oder der Abhängigkeit befinden, ist der Nachweis objektiv identifizierbarer substanzbezogener physischer oder neuropsychologischer Schäden eher gering. Die späteren gesundheitlichen Schäden (Krebs, Herzinfarkt etc.) sind ebenfalls im Bewusstsein nur sehr entfernt repräsentiert. Näher als die physischen Konsequenzen sind ihnen die unmittelbaren Folgen: die Ursachen für den Konsum und die emotionalen Konsequenzen des Konsums (Depression, Isolation, Angst, Ärger) einerseits sowie die Reaktionen des Umfeldes und die Konsequenzen des Konsums für das soziale Umfeld (Ansehen in der Gruppe, Wechsel im Sozialstatus) andererseits. Darauf kann die Motivierende Kurzintervention unmittelbar eingehen.

Bei Beachtung dieser Aspekte bleibt Motivierende Kurzintervention eine Strategie, die sich auch besonders für Jugendliche eignet, da sie die Herausarbeitung der eigenen ambivalenten Position auf eine empathische und nichtkonfrontative Weise fördert und Anstöße zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten gibt. Liegen bereits Erfahrungen in der Anwendung Motivierender Kurzintervention für Jugendliche vor, und wenn ja, welche Schlüsse lassen sich daraus ziehen für die Sekundärprävention mit risikant Alkohol und Drogen konsumierenden Jugendlichen?

Beispiele internationaler Anwendung

Die American Medical Association hat ein Beratungskonzept für rauchende Jugendliche mit geringer Änderungsmotivation entwickelt, das das Stadienmodell als Rahmenkonzept nutzt und Motivierende Gesprächsführung als Beratungsstil empfiehlt (Schubiner et al. 1998). Das mit GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Service) bezeichnete Konzept ist ein Modell zum Training für Ärztinnen und Ärzte sowie andere Beraterinnen und Berater des psychosozialen Umfeldes. Es soll helfen, die Beratungssituation zu strukturieren und dem Stadium der Verhaltensänderung anzupassen. Es beinhaltet vier Schritte:

1. *Gather information*: Die Jugendlichen werden nach ihrem Konsummuster sowie nach dem ihrer Eltern und Freunde gefragt.
2. *Assess further*: Geschichte des Einstiegs und der Quantität des Rauchens werden abgefragt: Handelt es sich um einen experimentellen Konsum oder besteht bereits Abhängigkeit?
3. *Problem identification*: Hier wird nach den konkreten Sorgen, Bedenken, kurz- und langfristigen Folgen des Konsums aus Sicht der Jugendlichen gefragt, besonders wichtig ist eine altersgemäße Herangehensweise⁸.
4. *Solutions*: Die Jugendlichen sollen ihre Selbstwirksamkeit einschätzen, mögliche Hindernisse und Hilfestellungen identifizieren (Freunde, Familienmitglieder, Fähigkeit, nein zu sagen, gefährliche Situationen meiden) und eine konkrete Vereinbarung für das weitere Vorgehen treffen.

Die Forschergruppe um Berg-Smith (vgl. Berg-Smith et al. 1999) nutzt im Rahmen ihrer Dietary Intervention Study in Children (DISC) Motivierende Kurzintervention für Jugendliche im Teenageralter, um die fortlaufende Einhaltung des diätspezifischen Ernährungsprogramms auch beim Übergang in die Pubertät in größtmöglicher Form zu gewährleisten. Die Jugendlichen (13 bis 17 Jahre) haben bislang an einem umfassenden Familienprogramm teilgenommen. Durch die speziell für sie eingerichtete Kurzberatung soll dem zunehmenden Wunsch der Jugendlichen nach eigenständiger Entschei-

8 So weisen die Autoren zum Beispiel darauf hin, dass für jüngere Jugendliche wahrscheinlich die Angst davor, entdeckt zu werden oder zu viel Taschengeld zu verbrauchen, eine größere Rolle spielt als für ältere Jugendliche. Für Letztere sind die Auswirkungen des Konsums auf sportliche Leistungen oder Gesundheit schon relevanter.

dung über die eigene Lebensführung und der sich in diesem Alter entwickelnden Distanz gegenüber der Herkunftsfamilie Rechnung getragen werden.

Das DISC Interventionsmodell vereint Elemente des Stadienmodells nach Prochaska und DiClemente, des Motivational Interviewing (Miller und Rollnick 1991), der Motivierenden Kurzintervention (Rollnick et al. 1992) und des Selbstmanagements. Vorrangiges Ziel ist es, hiermit eine an die Bedürfnisse von Jugendlichen angepasste Form der Beratung und Intervention zur Verfügung zu stellen, die in kurzen Gesprächen (fünf bis höchstens 30 Minuten) unter vier Augen oder am Telefon durchzuführen ist und sich außerdem den verschiedenen Stadien der Verhaltensänderung anpasst.

Dabei soll die Motivation zu einer bewussten Ernährung entsprechend der DISC-Richtlinien bei den Jugendlichen erneuert und verstärkt werden. Folglich werden in den Gesprächen vor allem ambivalente Haltungen gegenüber dieser Ernährung angesprochen und geklärt. Eine Woche nach dem Erstgespräch erhalten die Jugendlichen einen Brief, in dem sie sich für ihre Teilnahme bedanken und noch einmal die Ergebnisse des Gesprächs zusammenfassen. Nach dieser ersten Intervention schließt sich in der Regel eine weitere im Abstand von ein bis drei Monaten an.

Durchgeführt werden die Interventionen von Gesundheits- oder Ernährungsberaterinnen und -beratern, die ein 18-stündiges Training in Motivierender Kurzberatung und verwandter Strategien der Kurzintervention absolviert haben. Das Training enthält neben allgemeinen Informationen über die Besonderheiten der Jugendphase vor allem viele Rollenspiele zur Übung von aktivem Zuhören und dem Umgang mit den einzelnen Phasen der Motivation zur Verhaltensänderung. Im Anschluss an das Training, das von zertifizierten MI-Trainerinnen und -Trainern durchgeführt wurde, treffen sich die Beraterinnen und Berater monatlich zu Fallgesprächen und zur Reflexion ihrer Arbeit.

Die Evaluation des Projekts belegt neben der signifikanten Senkung der Cholesterinkonsummengen vor allem eine hohe Zufriedenheit auf Seiten der Jugendlichen und der Beratungsfachkräfte. Die Jugendlichen zeigen eine hohe Akzeptanz des Beratungsstils, indem sie ihre eigene Wahl treffen können und wie erwachsene Gesprächspartner ernst genommen werden. Die Beraterinnen und Berater zeigten „enthusiastische“ Reaktionen angesichts eines erweiterten Repertoires an Beratungsstrategien, die sich auch und gerade auf den Umgang mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezieht, die als unmotiviert und ambivalent einzustufen sind. Als besondere Herausforderung des Trainings erweist sich das Erlernen des aktiven Zuhörens, das gegenläufig zu den bisherigen aktions- und lösungsorientierten Strategien in der Ernährungsberatung ist. Das 18-stündige Training erwies sich daher auch nicht als ausreichend; die Autoren betonen die Notwendigkeit einer fortlaufenden Supervision.

Eine Studie von Lawendowski (1998) untersucht die Wirkung Motivierender Kurzintervention mit Jugendlichen in Bezug auf Substanzmissbrauch und stellt eine signifikante

Reduzierung von riskantem Gebrauch und eine Steigerung der Therapiebereitschaft fest. Nach Ansicht der Autorin erscheinen Kurzinterventionen bei Jugendlichen insbesondere deshalb geeignet, da diese Altersgruppe längerfristige Therapieangebote weniger in Anspruch nimmt bzw. häufiger abbricht als Erwachsene. Sie schlägt für die Kurzintervention durch Nichttherapeuten bzw. -therapeutinnen folgende Strukturierung vor:

- „Bitte schätze auf einer Skala von 1 bis 10 ein, wie wichtig es dir ist, mit dem Rauchen (o. Ä.) aufzuhören. 1 = überhaupt nicht wichtig; 10 = extrem, unbedingt wichtig.“
- „Solltest du dich entscheiden, heute aufzuhören, wie groß ist dein Vertrauen in deine eigenen Fähigkeiten, es zu schaffen? 1 = gar nicht; 10 = 100%.“

Das folgende Beratungsgespräch kreist um die Frage, was Jugendliche benötigen (an Unterstützung zum Beispiel), um die Skalen Richtung 10 zu erhöhen. Dabei können Ambivalenz, Diskrepanz (zwischen Wünschen und Realität), Zielvorstellungen und konkrete Schritte in die gewünschte Richtung herausgearbeitet werden. Ist die Bedeutung des Gewichts, das Jugendliche einer Veränderung beimessen, sehr hoch, sollte Beratung in erster Linie darauf fokussieren, die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und konkrete Hilfestellungen für die Umsetzung der Entscheidung zur Verfügung zu stellen. Ist die Selbstwirksamkeitserwartung hoch, aber die Motivation zur Veränderung niedrig, sollte sich Beratung eher auf die dahinter liegenden Überzeugungen beziehen und Strategien zur Stärkung der Motivation anwenden.

Die weitere Literatur zur Anwendung von Motivierender Kurzintervention mit Jugendlichen bezieht sich auf die Anwendung innerhalb der medizinischen Basisversorgung; drei Studien testen die Wirksamkeit unter der Zielgruppe der riskant Alkohol konsumierenden Studentinnen und Studenten.

Colby et al. (1998) führten eine Studie im Allgemeinkrankenhaus durch. Jugendliche wurden eingeladen, an einer Kurzintervention zum Rauchverhalten teilzunehmen. Sie erhielten ein individuell erstelltes Feedback über ihren Gesundheitszustand und eine Beratung nach den Prinzipien Motivierender Gesprächsführung. Die Intervention zeigte eine hohe Akzeptanz unter den Jugendlichen, einige erschienen auch nach Abschluss des Krankenhausaufenthaltes freiwillig zu einem Folgetermin und berichteten von Entwöhnungsversuchen. Da es sich um eine kleine Stichprobe handelte, ist die Interpretation der Ergebnisse begrenzt. Die Studie belegt aber vor allem, dass Kurzinterventionen eine sinnvolle und leicht durchführbare Möglichkeit sind, Jugendliche auf eine ihrem Interesse angemessene Art zu erreichen. Es ist davon auszugehen, dass ein Krankenhausaufenthalt zu einer erhöhten Sensibilität gegenüber gesundheitlichen Themen führt, die Anwendung von Kurzinterventionen in diesem Rahmen ist darum sehr sinnvoll.

Dies zeigt auch die Fallkontrollstudie von Monti et al. (1999). Die Forschergruppe führte Kurzinterventionen mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch, die nach einem durch Alkohol verursachten Unfall in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt wurden. Im Anschluss an die während des Aufenthalts durchgeführten Kurzinterventionen ließen sich signifikant weniger alkoholbezogene Probleme als bei der Vergleichsgruppe sowie ein deutlich vorsichtigerer Umgang mit Alkohol feststellen (zum Beispiel kein Autofahren nach Alkoholenuss). Hierbei handelte es sich nicht nur um einen kurzfristigen Effekt, denn noch sechs Monate nach der Maßnahme zeigte die nach den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung beratene Gruppe nur halb so viele alkoholbezogene Probleme wie die Kontrollgruppe.

Eine weitere Studie (Baer et al. 1992) vergleicht drei Methoden (Selbsthilfematerial, Gruppenprogramm und Motivierende Kurzintervention) zur Alkoholreduktion bei jungen Studierenden. Die Motivierende Kurzintervention zeigt auch hier eine besonders hohe Akzeptanz unter den Teilnehmenden. Es konnte eine signifikante Reduktion des Konsums zum Zeitpunkt der Maßnahme sowie ein moderater Konsum zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung festgestellt werden.

Eine ähnliche Fallkontrollstudie führten Borsari und Carey (2000) unter riskant Alkohol konsumierenden College-Studentinnen und -Studenten durch. Die Motivierende Kurzintervention enthielt hier ein individuelles Feedback über die persönliche Konsummenge sowie die Thematisierung alkoholbezogener Probleme. Außerdem sollten die Grenzwerte für exzessives Trinken und die an den Alkoholkonsum geknüpften individuellen Erwartungen eingeschätzt werden. Ziel der Kurzintervention war die Entwicklung von Diskrepanz zwischen persönlichen Einschätzungen und Idealvorstellungen hinsichtlich des Alkoholkonsums und der Realität. In der Follow-up-Befragung nach Ablauf von sechs Wochen zeigten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Intervention eine signifikante Reduktion in der Anzahl der pro Woche konsumierten alkoholischen Getränke sowie im Auftreten exzessiven Trinkverhaltens. Die Teilnehmenden erklärten außerdem, dass sie mit der Art der Intervention sehr zufrieden waren und Freunden mit Alkoholproblemen diese Sitzungen empfehlen würden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die zitierten internationalen Studien im Hinblick auf die Anwendung Motivierender Kurzintervention mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen positive Ergebnisse aufweisen. Sie bestätigen eine leichte Umsetzbarkeit des pragmatischen Beratungsansatzes, eine sehr hohe Akzeptanz der Interventionsform durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Reduzierung exzessiver, riskanter Konsummuster und substanzbezogener begleitender Probleme.

Bei der Beurteilung von Studien für die Zielgruppe der Jugendlichen lässt sich feststellen, dass eine vielfältige Anwendung bereits erfolgreich erprobt wurde, die genaue Messung der Effektivität von Motivierenden Kurzinterventionen für Alkohol und Drogen kon-

sumierende Jugendliche jedoch noch lückenhaft ist. Da die Ursachen und Rahmenbedingungen jugendlichen Substanzkonsums sich von dem Erwachsener deutlich unterscheiden, muss auch eine separate Analyse der Effektivität der Interventionen vorgenommen werden. Es gibt bislang erst wenige Studien über die Anwendung bei Jugendlichen, und diese haben in der Regel sehr kleine Stichproben.

Tait und Hulse (2003) beziehen sich in ihrer Meta-Analyse im englischsprachigen Raum auf elf Fallkontrollstudien, von denen die Mehrzahl (sieben) das Thema Umgang mit Alkohol behandelt; die restlichen vier beziehen sich auf den Konsum mehrerer Drogen. Die Analyse der Studien zeigt, dass Motivierende Kurzintervention effektiv bei jugendlichem Alkohol- und Drogenkonsum ist. Gegenüber den Kontrollgruppen, die keine Intervention erhielten, kann ein mittlerer Effekt festgestellt werden. Dieser bezieht sich besonders auf die Minderung von durch den Umgang mit Alkohol verursachte Krankheiten und auf soziale Probleme.

Im Rahmen der oben beschriebenen Erfordernisse des „impact“ einer Maßnahme, welcher sich aus Wirksamkeit und Teilnehmerate zusammensetzt, kann die Intervention auch bei mittleren Effekten als erfolgreich beurteilt werden, da bereits klar geworden ist, dass sie auf breite Akzeptanz bei der Zielgruppe trifft und vielseitig anwendbar ist.

2.5 Schlussfolgerungen zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention in Einrichtungen der Jugendhilfe

Die bisherigen Erfahrungen mit Motivierender Kurzintervention für Jugendliche beziehen sich ausschließlich auf die Erprobung dieser Intervention innerhalb strukturierter Settings, die gekennzeichnet sind von einheitlichem und kontrollierbarem Zeitrahmen und Ort; als Beispiel kann hier ein Beratungsgespräch im Krankenhaus genannt werden. Es liegen bisher keine Studien vor, die das Konzept der Motivierenden Kurzintervention auf unstrukturierte Situationen in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe übertragen.

Eine konsumentenorientierte Beratung, die auf die Lebenswelt von Jugendlichen eingeht, würde aber genau dies postulieren: dass Beratungsgespräche im Alltag von Fachkräften der Jugendhilfe und Jugendlichen flexibel einsetzbar sind und genau nicht an einen festen Ort oder Zeitrahmen gebunden sind – wodurch sie ein möglichst niedrigschwelliges Angebot bereitstellen.

MOVE ist eine Form der jugendgerechten und lebensweltorientierten Beratung, die das bisherige defizitäre Spektrum der Versorgung für riskant Alkohol und Drogen consu-

mierende Jugendliche erweitert und damit eine Form der Unterstützung bietet, die ein Ableiten in die Sucht verhindert.

Ausgewähltes Setting sind Arbeitsfelder der Jugendhilfe, beispielsweise die offene Jugendarbeit sowie ambulante oder stationäre Maßnahmen der Erziehungshilfe. Denkbar sind auch Maßnahmen der Jugendgerichtshilfe oder Schulsozialarbeit. Das bedeutet, dass die Jugendlichen eher selten von sich aus spezielle Hilfe für ihr Konsumverhalten in einer Beratung suchen; die Gesprächssituation ist eine offene und kann sich „zwischen Tür und Angel“ abspielen. Die Anlässe für Gespräche können fremdmotiviert sein – wie zum Beispiel ein Gespräch in der Jugendgerichtshilfe oder im Gesundheitsamt nach Verweis der Polizei – oder ein regelmäßig stattfindendes Hilfeplangespräch mit Jugendlichen im Rahmen von Hilfen zur Erziehung. Bei sehr offenen und vielfältigen Anlässen ist der Hintergrund der Beraterinnen und Berater in der Regel einheitlich, es handelt sich bei den Kontaktpersonen in der Mehrheit um Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen und -pädagogen, die zumeist sowohl über Erfahrung in sozialer Beratung als auch über entsprechende Kompetenzen in klientenzentrierter Gesprächsführung oder ähnlichen Methoden verfügen.

Bei der Umsetzung Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfelder der Jugendhilfe ist allerdings zu beachten, dass soziale Beratung (= Beratung in Feldern sozialer Arbeit) sich in ihrer Form unterscheidet von Beratung, die im Rahmen medizinischer oder therapeutischer Handlungen stattfindet.

Soziale Beratung innerhalb pädagogischer Arbeitsfelder wie der Jugendhilfe lässt sich zusammenfassen als Beratungskommunikation, die sich innerhalb eines offenen, wenig strukturierten Settings mit einem nichtspezialisierten, generalistischen Fokus auf zeitlich begrenzte, alltagsbewusstseinsnahe Phänomene richtet. Sie interpretiert diese Phänomene immer auf dem Hintergrund einer die individuelle Problematik übergreifenden sozial typischen Problemlage. Zudem will sie fallbezogen diesbezüglich relevante sozial gültige Muster der Problembewältigung anbieten (Dewe und Scherr 1990). Soziale Beratung ist lebenswelt- und ressourcenorientiert, sie will entsprechend dem Auftrag sozialer Arbeit hinwirken auf die Veränderung menschlichen Verhaltens, auf Problembewältigung und gesellschaftliche Integration.

Ein derart umfassender Gegenstand sozialer Arbeit benötigt eine breite und vielfältige professionelle Kompetenz. Sozialarbeiterisches Handeln beinhaltet die Anwendung interdisziplinären Wissens; es ist gekennzeichnet durch Rollenflexibilität, Methoden- und Wissensvielfalt sowie Prozesskompetenz.

Beratung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe ist außerdem einem gesetzlichen Auftrag verpflichtet. Dieser ist im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) verankert. Im Zusammenhang mit MOVE ist die moderne Formulierung des Jugendschutzes, wie sie sich in § 14 Abs. 2 KJHG findet, handlungsleitend. Dort heißt es: Maßnahmen des erzieherischen

Kinder- und Jugendschutzes sollen „junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zu Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen führen“.

Damit soll der erzieherische Kinder- und Jugendschutz im Kern einen präventiven Beitrag zur Erkennung und Auseinandersetzung mit Risiken und Gefährdungen leisten. Dies bedeutet einen Wandel sowohl im Leistungsprofil als auch im Selbstverständnis der Jugendhilfe. Der Jugendschutz hat sich von einem eher restriktiv wirkenden ordnungspolitischen Denken hin zu einem offensiveren Informations- und Beratungsverständnis gewandelt mit dem Ziel, Kinder, Jugendliche und ihre Eltern über Risiken und Gefährdungen aufzuklären. Damit wird der Tatsache, dass eine mittlerweile ausgedehnte Jugendphase entstanden ist – die nicht mehr nur als Statuspassage, sondern als breit angelegte Risikozone zu sehen ist –, Rechnung getragen (vgl. Münder 1999).

Beratung und Intervention im Rahmen sozialer Arbeit setzt damit heute weniger auf die Übernahme traditionell vorgegebener Normen als vielmehr auf das Erlernen von reflexiver Selbstkontrolle und der Fähigkeit zur Bewältigung zunehmend differenzierter Lebenslagen. Für den Umgang mit Drogenkonsum hat dies zur Folge, dass soziale Beratung die Jugendlichen im Erlernen von Konsummündigkeit begleiten und unterstützen muss. Es beinhaltet das Einüben von Risikokompetenz, Genussfähigkeit und Formen kontrollierten Konsums anstelle von Abstinenzorientierung.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX ist die Jugendhilfe zum Rehabilitationsträger geworden, damit gehört die Betreuung such�gefährdeter Jugendlicher explizit zu ihrem Aufgabenbereich. Ein normativer Verweis auf eine Hausordnung, die zum Beispiel Cannabiskonsum ausschließt, ist für diese Zielgruppe nicht ausreichend, vielmehr sollte ein offener und sachlicher Dialog über Motive und Funktionen des Drogenkonsums sowie die Hilfestellung zur Veränderung riskanter Konsummuster dazu beitragen, die Vorgaben des KJHG für eine moderne Form des Jugendschutzes umzusetzen.

Eine enge Kooperation zwischen Suchtprävention und Jugendhilfe bietet die Chance, die bestehende Versorgungslücke im Bereich der Sekundärprävention für riskant konsumierende Jugendliche zu schließen, denn hier werden Jugendliche, die ihren Konsum nicht problematisieren und entsprechend keine Beratungsstellen aufsuchen, unmittelbar in ihrer Lebenswelt und ihrem Alltag erreicht.

Zur Planung und Evaluation von Frühinterventionen bei riskantem Konsumverhalten von Jugendlichen bietet das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung⁹ einen Rahmen, der sich auch für die Strukturierung und Evaluation von Beratungskommuni-

9 Vgl. Prochaska und DiClemente 1982; siehe dazu Kapitel 2.

kation im Rahmen sozialer Arbeit eignet. Für die Anwendung mit riskant konsumierenden Jugendlichen ist das Modell in Verbindung mit Motivierender Kurzberatung insbesondere deswegen geeignet, weil es die oftmals ambivalente Einstellung Jugendlicher gegenüber dem Hilfehandeln Erwachsener offen thematisiert. Dies ist in Einrichtungen der Jugendhilfe, die im Spannungsfeld von Kontrolle und Hilfeleistung agieren, dringend geboten und wird bislang zu wenig thematisiert.

Beratung findet hier nicht immer freiwillig, sondern oft verordnet statt. Ein differenziertes Eingehen auf die verschiedenen Stadien der Motivation zur Verhaltensänderung, wie sie das Stadienmodell vorschlägt, und die anschließende Klärung der notwendigen Ressourcen bietet die Chance, die Kooperationsbereitschaft von zu Beginn unfreiwilligen Klientinnen und Klienten zu erhöhen und den Prozess von Kontrolle in Richtung Hilfe zu verstärken (vgl. Geiling 2002, S. 84).

Die Übertragung von Ansätzen der Kurzintervention in die Praxis der sozialen Arbeit geschieht im Spannungsfeld von pragmatischer Komplexitätsreduktion und fragwürdiger Simplifizierung. So weist Geiling (2002) in seiner Kritik lösungsorientierter Ansätze für die soziale Arbeit darauf hin, dass der hohe Konkretisierungsgrad und das enorme Effizienzversprechen von Kurzinterventionen dazu verleiten, die Anforderungen komplexer Handlungssituationen im Rahmen sozialer Arbeit zu simplifizieren. Der Anspruch der Lebensweltorientierung hält stattdessen daran fest, dass die Genese sozialer Probleme zentral ist für angemessene Hilfestellung. Er verweist damit eine einseitig ziel- und lösungsorientierte Beratung – wie sie auch in der Motivierenden Kurzintervention verfolgt wird – in ihre Schranken. Nicht alle lebensweltlichen Komponenten sind veränderbar, schon gar nicht durch eine Beratung, die sich auf das Verhalten des Einzelnen beschränkt. Beratung in der sozialen Arbeit sollte darum ein reflexives Verständnis potenzieller Nebenfolgen methodischen Handelns behalten, die in der Konzeptualisierung lösungsorientierter Beratung weitestgehend ignoriert werden.

Die Umsetzung von Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe bietet darum die Chance, eine lebensweltorientierte und niedrigschwellige Form der Beratung zu entwickeln. Durch sie wird die Motivation der Jugendlichen wie auch die Entscheidung für Zeitpunkt und Wahl der passenden Intervention thematisiert und damit Beratungskommunikation strukturiert, ohne den Anspruch der Lebenswelt- und Ressourcenorientierung aufzugeben.

Eine verbesserte Strukturierung, Dokumentation und Evaluation von Beratungskommunikation bietet außerdem die Chance, Beratung außerhalb des engen formalisierten Settings aufzuwerten und die vielfältigen Erfahrungen sozialer Arbeit mit einer lebenswelt- und ressourcenorientierten Form der Beratung innerhalb offener, niedrigschwelliger Settings besser auch nach außen zu kommunizieren.

**MOVE –
DAS PROJEKT**

3

3.1 Projektziel

Mit der Konzipierung von MOVE wurde nach neuen Wegen gesucht, (riskant) legale und illegale Drogen konsumierende Jugendliche möglichst früh und effektiv – sowie möglichst bereits vor polizeilicher Erstauffälligkeit – mit zielgerichteten Interventionen tatsächlich zu erreichen. Die klassische Primärprävention, gerichtet an (noch) nicht konsumierende Kinder und Jugendliche, kommt hier „zu spät“. Die „universelle“ Prävention, gerichtet an alle Bevölkerungsschichten, ist hier zu unspezifisch und ungezielt. Ebenso sind weder die klassischen Drogenberatungsstellen auf die Gruppe der konsumierenden Jugendlichen eingestellt noch werden die Drogenberatungsstellen in ihrem heutigen Zuschnitt – umgekehrt – von dieser Gruppe als eine ernsthaft für sie taugliche Beratungsmöglichkeit in Betracht gezogen.

Es ist jedoch nicht nur der Zuschnitt der Drogenberatungsstellen: Jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten suchen generell keine Beratungsstelle auf, solange noch keine deutlichen Folgeschäden eingetreten sind. Aktiv Hilfe zu suchen heißt, sich als hilfebedürftig wahr- und anzunehmen und sich darüber hinaus noch an jemand „Fremdes“ zu richten. Das Aufsuchen einer besonderen Einrichtung ist für die meisten Jugendlichen, auch im Falle eines bereits problematischen Konsums, in der Regel zu hochschwellig und stigmatisierend.

Die „Alltagskontakte“ von Jugendlichen müssen somit in die Planung zielgerichteter Interventionen miteinbezogen werden. Ziel ist es, „Beratungsgespräche“ mit Jugendlichen durch Personen, mit denen sie tagtäglich oder kontinuierlich zusammentreffen, zu initiieren und gegebenenfalls diese Kontaktpersonen entsprechend zu qualifizieren.

Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) bietet sich für dieses Ziel besonders an und hat sich bisher bei Erwachsenen gerade im Bereich der riskant Konsumierenden sehr bewährt. Durch kompetente Handhabung dieses Konzepts mithilfe qualifizierter Fachkräfte werden riskant konsumierende Personen befähigt, sich kritisch mit ihrem eigenen Konsum auseinander zu setzen und Veränderungsmotivation in Hinsicht auf weniger riskanten Konsum zu entwickeln.

Motivierende Kurzberatung wird bisher schwerpunktmäßig in der Arbeit mit Erwachsenen und dort in erster Linie in Zusammenhang mit legalen Drogen (Alkohol) angewandt. Eine Anpassung an die Zielgruppe der Jugendlichen sowie eine Ausweitung auf das Gebiet der illegalen Drogen ist also erforderlich.

3.2 Zusammensetzung und Arbeitsweise der Projektgruppe

Die Konzipierung von MOVE ist bei der Landeskoordination für Suchtvorbeugung in NRW am Gesprächs-, Informations- und Kontaktzentrum Ginko¹⁰ angesiedelt und geht dort aus dem Arbeitsbereich „Transfer“ hervor. Der Arbeitsbereich Transfer hat im weitesten Sinne die Aufgabe, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu sichten, zu sammeln und zu strukturieren sowie Mittel und Wege zu finden, diese Erkenntnisse in die Praxis zu transferieren.

Für die Konzipierung und Curriculumsentwicklung von MOVE stellte Ginko im Jahre 2000 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe – im Folgenden als Projektgruppe bezeichnet – mit folgendem Zuschnitt zusammen:

- Für die Arbeit mit Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowie die Anbindung an die Kommunen und Kreise: fünf Präventionsfachkräfte.
- Für die „klassische“ Beratung: zwei Fachkräfte einer Jugendberatungsstelle.
- Für die Felderfahrung: einen Streetworker, eine Mitarbeiterin einer Außenschlafstelle für Mädchen, eine Mitarbeiterin eines Jugendheims; die im unmittelbaren Kontakt mit Jugendlichen stehenden professionellen Bezugspersonen werden wir im weiteren Verlauf „Kontaktpersonen“ nennen.
- Für die kommunale Planung: eine Jugendamtsmitarbeiterin in leitender Stellung.
- Für die fachliche Begleitung in der Motivierenden Gesprächsführung: ein Trainer für „Motivational Interviewing“.
- Für die wissenschaftliche Begleitung: zwei Gesundheitswissenschaftlerinnen.
- Für die Leitung und Koordination: zwei Mitarbeiterinnen des Ginko.

Vornehmliches Kriterium der Auswahl der Projektentwicklerinnen und -entwickler ist es, zum einen Repräsentantinnen und Repräsentanten der auf den verschiedenen Akteurs-ebenen vom Problem der Versorgungslücke Betroffene an einen Tisch zu holen. Zum anderen wird bei der Auswahl der Präventionsfachkräfte darauf geachtet, sowohl Fachkräfte aus Ballungsgebieten als auch aus dem ländlichen Raum zu beteiligen, um den unterschiedlichen Anforderungen sowohl im Hinblick auf die Inhalte als auch hinsichtlich der Implementierung gerecht zu werden. Zu Beginn wurde die Projektgruppe MOVE von einer Organisationsberatung unterstützt. Hintergrund dieser teilweise multiprofessionellen, vor allem aber multifunktionalen Besetzung der Projektentwicklungsgruppe ist der oben beschriebene Anspruch, neben der inhaltlich passgenauen Ausgestaltung von Beginn an die Implementierung des Fortbildungsmanuals zu berücksichtigen.

¹⁰ Ginko umfasst ferner die Jugendberatungs- und Suchtpräventionsfachstelle für die Stadt Mülheim an der Ruhr.

So wurde im ersten Schritt erarbeitet, welchen Anforderungen ein Angebot der Frühintervention bei riskant konsumierenden Jugendlichen aus Sicht der verschiedenen Akteurinnen und Akteure genügen muss. Die Anforderungsprofile aus Sicht der verschiedenen Akteurinnen und Akteure sind im Folgenden aufgeführt:

Kontaktpersonen

Die Bezugspersonen der Jugendlichen registrieren oftmals mehr vom (riskanten) Suchtmittelkonsum, als sie anzusprechen wagen. Gerade das Thema Suchtmittelkonsum ist nicht selten mit Tabus und Unsicherheit im Hinblick auf eine geeignete Ansprache und ausreichendes Hintergrundwissen belegt. Geeignete Interventionen werden aber grundsätzlich als durchaus notwendig erachtet. Kontaktpersonen möchten Gesprächskompetenz erwerben, um Jugendliche in einer für beide Seiten geeigneten Weise auf Suchtmittelkonsum anzusprechen und im Gespräch zu bleiben.

Präventionsfachkräfte

Präventionsfachkräfte stehen im Allgemeinen nicht unmittelbar und kontinuierlich im Kontakt mit Jugendlichen selbst, sie arbeiten vorzugsweise mit Kontaktpersonen. Das zu schaffende Angebot sollte geeignet sein, um von ihnen an Multiplikatoren und Multiplikatorinnen weitergegeben werden zu können. Darüber hinaus musste es eine klare Struktur aufweisen, mit vielen Praxisbeispielen aufwarten und Materialien für die Nutzerinnen und Nutzer vorhalten.

Jugendhilfeplanung

Die Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Jugendhilfe in Hinblick auf konsumierende Jugendliche wird als notwendig und wichtig erachtet. Allerdings darf eine solche Fortbildung weder viel Zeit noch viel Geld kosten. Ebenso sollte die Wirksamkeit bewiesen sein. Vorzugsweise hält man sich also an evaluierte Projekte mit entsprechender Evidenz.

Trainerinnen und Trainer für Motivierende Kurzintervention

Das Erlernen der Grundhaltung der Motivierenden Kurzintervention setzt keine therapeutische oder suchtttherapeutische (Zusatz-)Ausbildung voraus. Allerdings ist ein qualifiziertes Training erforderlich, um das Ziel eines „kompetenten und motivierenden Umgangs mit konsumierenden Jugendlichen“ zu erreichen. Motivierende Kurzintervention erfordert vor allem eine Grundhaltung, die schlagwortartig beschrieben werden kann als einführendes Verstehen (Empathie), nicht wertendes Akzeptieren und Echtheit der Beratenden. Das entstehende Produkt sollte von dieser Grundhaltung geprägt sein.

Jugendliche

Die Mitglieder der „Endzielgruppe“, die Jugendlichen selbst, wurden indirekt mit einbezogen. Von der direkten Integration in die Projektgruppe wurde aus organisatorischen und psychosozialen Gründen Abstand genommen. Um die zentralen Bedürfnisse der Jugendlichen an „Beratung“ zu integrieren, wurden parallel „Expertengespräche“ mit Jugendlichen geführt und in den zwei Evaluationen jeweils „Focusgruppen“ durchgeführt.

Wissenschaftliche Begleitung

Das entstehende Fortbildungsangebot sollte evaluiert werden. Die wissenschaftliche Begleitung sollte in allen Phasen des Projekts – von der Konzeption über die Pilotphase bis hin zur Implementierung – gewährleistet sein. Zwischenergebnisse der Evaluation sollten an die Entwicklungsgruppe weitergegeben werden. So sollte während des ganzen Prozesses eine möglichst große interne und externe Transparenz hergestellt werden.

Etwa alle zwei Monate fand ein Gesamttreffen der Entwicklungsgruppe statt, dazwischen erarbeiteten Untergruppen die in den Gesamttreffen formulierten Arbeitsaufträge. Die Ergebnisse der Arbeitsaufträge wurden wiederum in den Gesamttreffen vorgestellt, überprüft und gegebenenfalls angepasst. Zweimal innerhalb von anderthalb Jahren ging die Entwicklungsgruppe gemeinsam in eine dreitägige Klausur.

Die Anforderungsprofile der verschiedenen Handlungsebenen immer im Blick, entstand die Fortbildung „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen“. Nach Strukturierung und Erstellung des Materials und nach Erprobung der einzelnen Bausteine (jeweils „im Selbstversuch“ innerhalb der Projektgruppe) wurde die Fortbildung MOVE in den fünf Kommunen pilotmäßig durchgeführt. Evaluiert wurde MOVE von der Universität Bielefeld, Fachbereich Gesundheitswissenschaften.

3.3

Beschreibung des Manuals MOVE

Die Fortbildung erstreckt sich über drei Tage. Aus fachlicher Sicht wäre ein Zeitraum von vier Tagen vorteilhafter gewesen, in Abstimmung mit den Anforderungen der Planungsebene – und somit Zeit- und Geldgeberebene – wurde jedoch das Überschreiten einer Dauer von drei Tagen als nicht realisierbar eingeschätzt, da Personal-, Zeit- und Geldressourcen knapp sind. Strukturell beinhaltet die Fortbildung zwölf „Bausteine“, für die jeweils zwei Unterrichtsstunden, also 90 Minuten, vorgesehen sind. Angeboten werden können drei Tage im Block, die aber auch auf drei einzelne Tage oder einen Zweierblock und einen Einzeltag verteilt werden können. Hier ist die Aufteilung der Fortbildung an

3

die jeweiligen Notwendigkeiten und Settings der fortzubildenden Zielgruppe anzupassen. Die Erfahrungen zeigen, dass es hier in der Tat keinen Königsweg gibt. Neben den unterschiedlichen Anforderungen der fortzubildenden Zielgruppe an die Aufteilung schafft die Blockveranstaltung ein intensiveres Gruppenklima, die Verteilung von MOVE über mehrere Tage wiederum ermöglicht erste konkrete Praxiserfahrungen mit dem Ansatz zwischen den Schulungsterminen.

Nach der Einführung, die Ziele, Inhalte und Verlauf der Fortbildung vorstellt, wird herausgestellt, wie die in der Fortbildung erlernten Elemente der Motivierenden Gesprächsführung im beruflichen Alltag einzusetzen und einzuordnen sind.

Zentrale Merkmale der Fortbildung MOVE:

- MOVE setzt keine therapeutische Zusatzausbildung voraus, ist und ersetzt keine Therapie, kann allerdings ggf. zur Therapiezuführung genutzt werden.
- MOVE ist angesiedelt im Bereich der „Entspezialisierung“ sowie „Sozialraum- und Lebensweltorientierung“.
- MOVE ermöglicht Frühintervention.
- MOVE ist nicht abstinentzfixiert.

In zwei Dritteln der Fortbildung stehen Inhalte und Übungen rund um die Motivierende Gesprächsführung im Vordergrund, im verbleibenden Drittel werden wichtige Rahmenelemente abgesteckt, um darin sicher mit der Motivierenden Kurzintervention umgehen zu können. Nachfolgend werden die elf einzelnen Bausteine der Fortbildung beschrieben.

1. „Eigene Haltung“

Der Umgang mit konsumierenden Jugendlichen wird von der eigenen Haltung zum Konsum beeinflusst. Jede Kontaktperson bringt einen eigenen Konsumhintergrund mit sowie aktuelle Konsummuster, vergangene und aktuelle Bewertungen, die selbstverständlich die Wahrnehmung der Jugendlichen entsprechend einfärben. Diese Färbung zu erkennen und konsequent damit umzugehen – mithin eine professionelle Haltung einzunehmen und sich von eigenen Anteilen ungestört auf den nächsten Schritt der Jugendlichen einlassen zu können –, ist Ziel dieses „Rahmenbausteins“.

2. „Hintergrundwissen zu Drogenkonsum“

Abgesehen von der eigenen Haltung zum Konsum gilt es auch, sich etwas genauer mit den Fakten des Konsums psychoaktiver Substanzen zu befassen. Welche Funktionen stecken dahinter? Welcher Zusammenhang besteht zwischen Abhängigkeitserkrankungen und den Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit? Was ist Gesundheit überhaupt? MOVE beschäftigt sich mit Jugendlichen: Was kennzeichnet eigentlich die kurze, aber intensive und zentrale Phase der Jugendzeit? Welche Entwicklungsaufgaben stehen hier an

und wie ist es zu erklären und zu bewerten, dass gerade in dieser Phase oft intensiv mit verschiedensten Suchtmitteln experimentiert wird? Diesen Fragestellungen und dem häufig von Kontaktpersonen bekundeten Interesse an „Stoffkunde“ wird mit Informationsmaterialien nachgekommen.

3. „Rechtliche Grundlagen“

Gerade in diesem Bereich herrscht bei Kontaktpersonen häufig Unsicherheit: Wann mache ich mich strafbar? Wann verletze ich meine Aufsichtspflicht? Wer im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung arbeitet, wird auch mit Jugendlichen über ihr Konsumverhalten sprechen, wenn sie laut Jugendschutz diese Substanzen noch gar nicht konsumieren dürfen oder illegale Substanzen zu sich nehmen. Die „Kontaktperson“ besetzt eine „Garantenstellung“, das heißt sie muss „garantieren“, dass der ihr schutzempfohlene Jugendliche weder sich selbst noch insbesondere anderen Schaden zufügt. Wie ist rechtlich damit umzugehen? Welchen pädagogischen Handlungsspielraum gibt es? Wann macht man sich strafbar? Welche rechtlichen Informationen sind sinnvoll an die Jugendlichen weiterzugeben? Wie wird mit dem Regelwerk der Einrichtungen umgegangen? Gibt es dort überhaupt ein verbindliches Regelwerk? Wenn nicht, auf welchem Weg und nach welchen Maßgaben könnte es erstellt werden? Die rechtlichen Grundlagen werden ausführlich behandelt, zum Teil mit Unterstützung der Vorbeugungskommissariate.

3

4. „Veränderung ist ein Prozess“

Kernstück der Fortbildung und eine der Grundlagen des Konzepts zur Motivierenden Gesprächsführung ist das Transtheoretische Modell der Veränderung (TTM). Das TTM nach Prochaska, DiClemente und Velicer beschreibt den Veränderungsprozess idealtypisch und eingängig. Es charakterisiert die verschiedenen Phasen der Veränderung, woran sie erkannt werden können. Die Beschäftigung mit dieser Grundlage für alle weiteren Bausteine im Rahmen von Motivierender Gesprächsführung stellt den Einstieg dar.

Im Verlauf der weiteren Bausteine orientiert sich die Fortbildung im Wesentlichen an den vier Grundprinzipien, die Miller und Rollnik für die von ihnen entwickelte Motivierende Gesprächsführung beschrieben haben:

- Empathie ausdrücken,
- Diskrepanzen entwickeln,
- Widerstand umlenken,
- Selbstwirksamkeit fördern.

5. „Umgang mit Ambivalenz“

Zuerst steht das Phänomen jeglicher Veränderung im Vordergrund: das Phänomen der Ambivalenz. Hier wird das Gefühl zwischen den Nachteilen des jetzigen Verhaltens und den Vorteilen einer Änderung thematisiert und praktisch erlebt, aber auch das Gefühl

zwischen den Vorteilen des jetzigen Verhaltens und den Nachteilen einer Änderung. Der Berater bzw. die Beraterin erhält Empfehlungen, wie er bzw. sie dieser Ambivalenz am besten begegnen und sie für einen Schritt in Richtung Veränderung nutzbar machen kann.

6. „Empathie und aktives Zuhören“

Empathie ist keine Methode, sondern eine Haltung, zu der man grundsätzlich bereit und in der Lage sein muss. Kann ich mich in die Lebenswelt von Jugendlichen von heute hineinversetzen? Bin ich bereit, seine Situation subjektiv aus seiner Sicht zu betrachten, meine Bewertungen und Maßstäbe hintanzustellen? Die grundsätzliche empathische Gesprächsbereitschaft vorausgesetzt, gibt es Gesprächsstrategien, die den Gesprächsprozess eröffnen und erleichtern können. Eine zentrale Rolle nimmt hier die Fähigkeit zum „aktiven Zuhören“ ein. Von vielen erst einmal als bekannt und begriffen abgetan, offenbart sich hier ein Kernstück der Gesprächskompetenz, die keinesfalls selbstverständlich beherrscht und entsprechend kleinschrittig und intensiv eingeübt werden muss. Zum Feinschliff dieser Fertigkeit wird an Inhalt (die verschiedenen Reflexionsstufen) und Ton (denn der macht die Musik) im Plenum und in Kleingruppen gearbeitet.

7. „Diskrepanzen entdecken und integrieren“

In einem weiteren Baustein stehen die Diskrepanzen im Vordergrund, die bei Jugendlichen deutlich werden. Gemeint sind Diskrepanzen beispielsweise zwischen dem, was Jugendliche für sich einmal wollten oder immer noch wollen und zwischen deren aktuellem Verhalten, das diese Ziele unerreichbar macht. Die Kontaktperson soll die Aufmerksamkeit auf Gestik und Mimik richten, um festzustellen, ob sie mit der verbalen Mitteilung übereinstimmen. Ein Beispiel: Mit hängenden Schultern herumlaufen und behaupten, es gehe prima. Aufgespürte und empathisch widergespiegelte Diskrepanzen sind echte Chancen, einen Veränderungsimpuls zu setzen. Genau darum geht es in diesem Baustein.

8. „Einstieg ins Gespräch“

Gespräche mit Kontaktpersonen haben deutlich gemacht, dass gerade der Einstieg ins Gespräch oftmals die größte Hürde ist. Deshalb wird in diesem Baustein anhand konkreter, jugendtypischer Gesprächssituationen genau dieser Einstieg geübt. Häufig werfen Jugendliche Gesprächsfetzen hin, die von den Kontaktpersonen eher unsicher oder unwirsch übergangen werden, im Grunde aber Gesprächsangebote darstellen und sich hervorragend für ein Gespräch im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung eignen.

BEISPIEL:

Jugendheim, Theke. Ein Jugendlicher sagt zur Sozialpädagogin:

- „*Mein Opa ist 95 und raucht wie ein Schlot.*“

- „Alkohol ist schlimmer als Haschisch.“
- „Mit drei Bier fahre ich locker noch Mofa.“

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, diese „Klassiker“ unter den Gesprächsangeboten der Jugendlichen für Interventionen planvoll zu nutzen.

9. „Mit Widerstand umgehen“

Oft, aber nicht zwangsläufig, geht der Einstieg ins Gespräch mit Widerstand seitens der Jugendlichen einher. Die Kontaktperson soll lernen, ob in dieser Situation oder im weiteren Verlauf des Gesprächs, das Phänomen Widerstand zu erkennen ist und wie man damit geschickt umgeht. Widerstand ist keine Charaktereigenschaft Konsumierender, sondern sagt eher etwas über den Charakter der aktuellen Kommunikation aus; er muss deshalb keinesfalls das Ende des Gesprächs bedeuten. Vielmehr geht es darum, den Widerstand umzulenken und konstruktiv zu nutzen. Das Thema „Widerstand und Reaktion auf Widerstand“ wird verdeutlicht.

3

10. „Verbindlichkeiten stärken“ und „Wichtigkeit und Zuversicht“

Jugendliche, die in ihrer Veränderungsbereitschaft fortgeschritten sind, bedürfen anderer Begleitung als noch absichtslose Jugendliche. Auf dem Weg dahin gilt es, die Selbstwirksamkeit zu fördern. Wie wichtig ist es, das Verhalten der Jugendlichen zu verändern? Und wie zuversichtlich sind sie, diese Veränderung auch zu bewerkstelligen? Welche Möglichkeiten der Unterstützung gibt es im Rahmen des „Arbeitsbündnisses“, das die Kontaktperson mit Jugendlichen in Hinblick auf Begleitung der Veränderung geschlossen hat? Wie wird der Veränderungsgrad ermittelt? Wie wird darüber das Gespräch geführt? Auf welche Art und Weise werden Ziele festgelegt? Wann und wie werden welche Pläne erstellt? Diese konkreten Fragestellungen werden in diesem Baustein behandelt.

11. „Möglichkeiten und Grenzen“

Das Curriculum hält im Anschluss noch Raum vor, bis zu diesem Zeitpunkt offen gebliebene Fragen aufzugreifen und zu bearbeiten sowie die Möglichkeiten des Transfers in den Berufsalltag zu konkretisieren.

Delegation ins Hilfesystem vor Ort

MOVE ist kein Therapieersatz. So kann im Verlauf einer Beratungsbeziehung deutlich werden, dass die Möglichkeiten der Motivierenden Kurzintervention allein nicht ausreichen. Von daher ist eine Kenntnis des Hilfesystems vor Ort nötig. Ist dies nicht bereits bekannt, wird vor dem Ausklang der Fortbildung genau dieses Hilfesystem vorgestellt.

Arbeitsweise

Die MOVE-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer erhalten einen Reader, in dem zu jedem Baustein die notwendigen Hintergrundinformationen aufgeführt sind. So ist es nicht notwendig – ja nicht erwünscht –, während der Fortbildung zu exzerpieren; vielmehr soll die volle Aufmerksamkeit auf die aktuellen Abläufe gerichtet werden können. Jeder Baustein besteht zu maximal einem Drittel aus theoretischem Input. Der überwiegende Teil der Vermittlung verläuft mittels Übungen, die von Einzel- über Partner- bis hin zu Kleingruppenarbeit reichen. Zur praktischen Verdeutlichung der theoretischen Inputs gibt es von Fall zu Fall auch Modellspiele durch die Trainerinnen und Trainer.

Seminarleitung

Die Ausgestaltung der Fortbildung mit vielen kleinschrittigen Trainingssequenzen erfordert eine dichte Begleitung der Teilnehmenden durch die Trainerinnen und Trainer, was eine einzelne Person – zumindest in der Quantität – nicht leisten könnte. MOVE wird grundsätzlich von einem Fortbildungsteam angeboten.

Die Präventionsfachkraft im Fortbildungsteam garantiert Seminarleitungserfahrung sowie Kenntnisse der Theorie und Praxis der Suchtprävention. Die Jugendschutzfachkraft im Tandem steht u. a. für die Felderfahrung, die unmittelbare Anbindung an die Praxis.

3.4 Das Trainerinnen- und Trainerkonzept

Die entwickelte Fortbildung kann und soll nicht nur von den Mitgliedern der Projektgruppe vermittelt werden. Vielmehr wird ein Modell benötigt, das durch die Ausbildung weiterer Tandems einen Vervielfältigungseffekt erzielt. Auch diese Train-the-Trainer-Ausbildung kann – wie die Ausbildung von Kontaktpersonen im Abgleich mit den Anforderungsprofilen der verschiedenen Akteurinnen und Akteure – ein Zeitvolumen von drei Tagen ebenfalls nicht überschreiten. Dies ist allerdings nur möglich, wenn bestimmte Kompetenzen, Vor- und Felderfahrungen mitgebracht werden. Voraussetzungen für die Train-the-Trainer-Ausbildung sind

- Erfahrungen in der Multiplikatorenarbeit, Seminarleitung und -gestaltung,
- fundierte Kenntnisse im Gesamtbereich der Suchtprävention,
- Beratungserfahrung,
- Kenntnis des Arbeitsalltags der fortzubildenden Zielgruppen aus eigener Anschauung,
- Kenntnis einschlägiger Literatur zum Thema „Motivational Interviewing“ (Motivierende Gesprächsführung).

Es wird angeregt, dass sich unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zweierteams bilden, die sowohl Felderfahrungen aus dem Bereich der Jugendhilfe als auch Erfahrungen aus dem Bereich der Suchthilfe mitbringen. Der Zusammenschluss dieser Tandems aus den Bereichen Gesundheit/Drogenhilfe und Jugendhilfe/Jugendschutz trägt darüber hinaus der schon lange bestehenden und immer drängender werdenden Forderung nach mehr Kooperation zwischen diesen beiden Bereichen Rechnung. Durch die Zusammenarbeit der Tandems ergeben sich häufig Folgeeffekte. (Präventionsfachkräfte in NRW berichten beispielsweise von weiteren Kooperationsprojekten nach der gemeinsamen Ausbildung als MOVE-Trainerinnen und -Trainer und der Durchführung des Fortbildungsangebots.)

Das MOVE-Manual für Trainerinnen und Trainer

Die Train-the-Trainer-Ausbildung beinhaltet neben dem Training selbst die Überlassung eines Manuals für die Durchführung von MOVE-Seminaren vor Ort. Das Manual enthält auch Mustermaterialien zur Weitergabe an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Das Manual besteht aus einem Ordner mit allen zur Umsetzung der zwölf Bausteine benötigten Materialien und umfasst:

1. *methodisch-didaktischen Aufbau*, Vorgehensweise und Zeitschiene,
2. inhaltliche *Hintergrund-* bzw. Basisinformationen, die auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden,
3. *Foliensatz* für jeden Baustein sowie
4. *Materialien* wie Arbeitsblätter, Hinweise zur Gruppenaufteilung etc.

Unter Punkt 1 findet sich der grob- und feindidaktische Entwurf des Bausteins mit der Vorgehensweise, den jeweiligen Methoden, den Zeitschienen und der vorab notwendigen Organisation und Vorbereitung. Unter Punkt 2 findet sich sowohl für die Trainerinnen und Trainer als auch für die Teilnehmenden der inhaltliche Hintergrund. Die Trainerinnen und Trainer entnehmen aus dieser Zusammenfassung die entsprechende Literatur zum jeweiligen Baustein sowie ihre Impulse für den theoretischen Input. Die Teilnehmenden erhalten jeweils genau diese „Hintergrundinformationen“, zusammengefasst in einem Reader. So ist eine Deckungsgleichheit zwischen theoretischem Input und Material für die Teilnehmenden garantiert. Punkt 3 stellt die jeweiligen Visualisierungen bereit, aktuell in Foliensätzen zu den jeweiligen Bausteinen. Punkt 4 erleichtert die Vorbereitung und Durchführung. Dort befinden sich alle Partner- und Gruppenaufgaben, auch als Unterstützung für die Teilnehmenden. Ebenso sind hier Arbeitsblätter und Vorlagen für Modellspiele enthalten.

Implementierung

Nachdem sich das Fortbildungskonzept MOVE als praxistauglich im Hinblick auf die gesetzten Ziele erwiesen hat, wird es durch das Ginko flächendeckend implementiert.

Die Suche nach einem geeigneten Tandempartner läuft mancherorts problemlos, vereinzelt aber müssen Grenzen in den Fachbereichen und auch in den Köpfen überwunden werden. Auf Seiten der (initiierenden) Suchtprävention gibt es nicht überall und unmittelbar Einsehen in das Tandemkonzept. Doch bereits im direkten Anschluss an die Schulung wird deutlich, welche Vermehrung der Gesamtkompetenz für das Seminar und welche Chancen für weitergehende Kooperation zwischen den Bereichen Drogenhilfe und Jugendhilfe in diesem Vernetzungsfakten schaffenden Ansatz stecken.

Gestaltung der Trainerinnen- und Trainerausbildung

Grundlage der Ausbildung ist das Trainermanual. Die Fortbildung benötigt drei Tage inklusive Abendarbeit. Die flankierenden Bausteine (eigene Haltung, Hintergrundwissen zu Drogenkonsum, rechtliche Grundlagen) können als bei den Präventionsfachkräften bekannt vorausgesetzt werden und bedürfen keiner weiteren Schulung. Intensiv er- und bearbeitet werden die – für MOVE in den Vordergrund gestellten – Elemente der Motivierenden Gesprächsführung (TTM, Ambivalenz, Empathie, Diskrepanzen, Widerstand, Wichtigkeit und Zuversicht) sowie die Methodik und Didaktik der einzelnen Bausteine. Darüber hinaus werden Praxiserfahrungen der bisherigen Trainerinnen und Trainer weitergegeben:

- Welche Bausteine „laufen besonders rund“? Wo gibt es Klippen und Stolpersteine?
- Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen? Wie kann dem begegnet werden?
- Welche methodischen Variationen gibt es?
- Wie ist die Arbeit im Tandem günstig zu gestalten und aufzuteilen?

Ein weiteres Element der Trainerinnen- und Trainerausbildung ist die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Evaluation der Pilotphase. Diese erste Evaluation von MOVE unterstreicht für die angehenden Trainer und Trainerinnen ebenso wie für die Planer in den jeweiligen Kreisen und Kommunen noch einmal neben dem bestehenden Bedarf auch die Praktikabilität der Fortbildung. Die Trainerinnen- und Trainerausbildung gibt außerdem den Themen Akquise und Implementierung in den jeweiligen Kreisen oder Kommunen Raum.

Um die Kontaktpersonen vor Ort zu erreichen, gibt es ein Faltblatt, das kurz und knapp über Ziele und Inhalte von MOVE informiert. Über einen Beilagezettel können Veranstalter, Zeiten und Preise vermittelt werden.

Um die „Planer“ zu gewinnen, wird eine 16-seitige Broschüre entwickelt, die neben den Zielen und Inhalten insbesondere auch die Ergebnisse der ersten Evaluation darstellt. Einzusetzen ist diese Broschüre nicht als Postwurfsendung, sondern vielmehr zur unmittelbaren, zielgenauen und persönlichen Ansprache und Vorstellung.

Nach Abschluss der Ausbildung möchten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eigene MOVE-Fortbildungen anbieten. 90 % fühlen sich genügend vorbereitet, um nach eigener

Einarbeitung in die jeweiligen Bausteine und nach inhaltlicher Absprache mit dem Tandempartner die Fortbildung anzubieten. Das Manual wird als sehr hilfreich und als unabdingbare Basis für die Trainerinnen und Trainer beschrieben.

MOVE-Trainerinnen- und -Trainersupport

Der Besuch der MOVE-Trainerinnen- und -Trainerfortbildung legt den Grundstein für die entsprechende Multiplikatorenarbeit. Zur Qualitätssicherung der Seminare und der Weiterentwicklung sowohl der Fortbildungsstandems als auch des Manuals bedarf es allerdings weiterer kontinuierlicher Unterstützung und eines entsprechenden Austausches zwischen Projektleitung/Koordination sowie Trainerinnen und Trainern.

Hierzu bietet das Ginko an:

- Einen Rundbrief für MOVE-Trainerinnen und -Trainer per E-Mail. Auf diesem Weg können Updates versendet und Anfragen untereinander schnell allen zugänglich gemacht werden.
- Die Projektkoordination ist der kurze Draht für alle individuellen Anfragen, die sich im Verlauf der Vorbereitung und auch der Durchführung zusätzlich stellen.
- Jährlich wird ein „MOVE-Trainer-Reflexionstag“ angeboten. Fragen, Ungereimtheiten und/oder Schwierigkeiten werden ebenso angesprochen und besprochen wie Verbesserungsvorschläge, Aha-Erlebnisse und sonstige Erlebnisse im Zusammenhang mit MOVE.

Somit ist das Fortbildungskonzept MOVE nicht in Beton gegossen, sondern kann an vielen Stellen erweitert und modifiziert werden, insbesondere in der Anpassung an unterschiedliche Zielgruppen.

Die Rahmenbedingungen jedoch sind klar definiert:

- MOVE muss von zwei zertifizierten MOVE-Fachkräften durchgeführt werden.
- Die Fortbildung darf die Dauer von drei Tagen nicht unterschreiten.
- Die auf Motivierende Gesprächsführung basierenden Bausteine müssen wie im Manual vorgegeben und in der Trainerinnen- und Trainerausbildung erlernt durchgeführt werden.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, werden die Teilnahmezertifikate ausgestellt. Über die Archivierung der Zertifikate kann gleichzeitig erhoben werden, wie viele Kontaktpersonen in Nordrhein-Westfalen bereits mit MOVE fortgebildet wurden.

Ging man ursprünglich davon aus, ein bis zwei Fortbildungen für Trainingskräfte durchzuführen, erwies sich der Bedarf und somit die Nachfrage als sehr viel größer. Innerhalb von drei Jahren wurden in Nordrhein-Westfalen sieben Trainerausbildungen durchgeführt, im Durchschnitt mit 18 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und somit neun Tandems.

Bis Mitte 2005 haben rund 1500 Kontaktpersonen an einer MOVE-Fortbildung teilgenommen. Dies bedeutet statistisch, dass jedes Trainertandem im Durchschnitt anderthalb Fortbildungen pro Jahr durchführt. Auch andere Bundesländer sowie die Schweiz und Österreich melden Bedarf am MOVE-Konzept an. In der Folge wird MOVE auch außerhalb von NRW für Kontaktpersonen durchgeführt. Außerdem werden – in Zusammenarbeit in den jeweiligen Fachinstitutionen für Suchtprävention – Trainertandems ausgebildet.

**ERGEBNISSE DER
EVALUATION DES
MOVE-PROJEKTS**

4

4.1 Evaluationsdesign

4.1.1 Ziele und Forschungsfragen

Übergeordnetes Ziel der MOVE-Evaluation ist die Beantwortung der Forschungsfrage:

Lässt sich über die Schulung von Kontaktpersonen in Motivierender Kurzintervention eine Strategie der Frühintervention in den Arbeitsbereich Jugendhilfe integrieren, die dazu führt, dass der Zielgruppe der riskant Drogen und Alkohol konsumierenden Jugendlichen ein für sie und ihre Bedürfnisse passendes Angebot von Beratung und Unterstützung nachhaltig zur Verfügung gestellt wird?

Der Fokus der Evaluation liegt damit auf der Umsetzung einer Maßnahme, die sich bereits in zahlreichen Studien als wirksam erwiesen hat, in einem neuen Arbeitsfeld und auf der Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit in eben diesem Setting. Die Beantwortung der Forschungsfrage steht vor der Herausforderung, einen komplexen Prozess, der mehrere Zielgruppen und ihre Interaktion betrifft, zu begleiten und zu bewerten. Die Evaluation soll damit folgende Fragen beantworten:

- Trifft das von der Projektgruppe entwickelte Konzept einer niedrigschwelligen Beratung zur Suchtprävention überhaupt auf einen Bedarf bei Jugendlichen und bei Kontaktpersonen?
- Welchen Kriterien sollte jugendgerechte Beratung aus Sicht der konsumierenden Jugendlichen Genüge leisten?
- Wie ist die Kommunikation zwischen Jugendlichen und Kontaktpersonen über den Konsum psychoaktiver Substanzen bislang gestaltet?
- Wird das Beratungskonzept der Motivierenden Kurzintervention von den Kontaktpersonen als Teilnehmende der Fortbildung akzeptiert und können sie es in ihrem Alltag anwenden?
- Wenn ja, wie kann dieser Prozess der Umsetzung dokumentiert und bewertet werden?

Da die Besonderheit des Projekts gerade in der Umsetzung im Arbeitsfeld Jugendhilfe liegt, richtet die Evaluation ihren Fokus auf die Ermittlung von Akzeptanz, Bedarfsgerechtigkeit und Umsetzbarkeit der Intervention. Nur wenn diese gewährleistet sind, kann das Angebot auch nachhaltig Erfolg haben.

Die Evaluation in Form wissenschaftlicher Begleitung beginnt mit der Bewertung des Konzepts¹¹, das heißt sie begleitet die Konzeptualisierungsphase, stellt während der Erarbeitung des Curriculums Informationen zum internationalen Forschungsstand zur Verfügung und ist an der Planung der weiteren Schritte als Mitglied der interdisziplinä-

ren Projektgruppe beteiligt. Während der modellhaften Erprobung in der Pilotphase begleitet, analysiert und bewertet sie als formativ ausgerichtete Evaluation den Prozess der Umsetzung des Curriculums, um so Entscheidungen über dessen Weiterentwicklung und Optimierung zu ermöglichen. In der Phase der Implementierung oder der eigentlichen Programmdurchführung unter „Realbedingungen“ gibt die Evaluation neben der weiterhin formativen Begleitung auch eine erste Einschätzung über Wirksamkeit und Reichweite des Programms.

Akteurinnen und Akteure des Umsetzungsprozesses sind die Trainerteams und die teilnehmenden Kontaktpersonen. Neben der Befragung dieser beiden Gruppen ist die Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe entscheidend. Ihre Partizipation an der Evaluation ist parallel sicherzustellen.

Die Evaluation bezieht sich damit einerseits auf das Curriculum, andererseits auf die Intervention (= die Motivierende Kurzintervention) unter folgenden Fragestellungen:

A: Evaluation des Curriculums

Einschätzung von Durchführbarkeit, Robustheit, Angemessenheit und Akzeptanz des Curriculums. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Ist das Curriculum, so wie es konzipiert wurde, durchführbar?
- Ist das Curriculum flexibel und unabhängig von divergierenden Rahmenbedingungen anwendbar?
- Entsprechen Aufbau, Form und Inhalt des Curriculums dem Bedarf der Kontaktpersonen?
- Wie schätzen die Kontaktpersonen die Nützlichkeit der Inhalte für ihren Berufsalltag ein?
- Wo liegen Optimierungspotenziale?

Neben der Bewertung des Curriculums nimmt die Evaluation aber auch die Umsetzung der Motivierenden Kurzintervention in den Blick. Hier soll vor allem überprüft werden, ob und wie diese bislang vorwiegend im klinischen Bereich eingesetzte Beratungsstrategie sich in Arbeitsfelder der Jugendhilfe übertragen lässt. Folgende Fragestellungen sind hier leitend:

B: Evaluation der Intervention

Einschätzung von Umsetzbarkeit, Nützlichkeit, Zielgruppenorientierung, Akzeptanz und Reichweite der Intervention:

11 Die Ergebnisse der Konzeptevaluation sind Grundlage der in Kapitel 1 und 2 ausführlich dargestellten Erörterungen.

- Lässt sich das Beratungsmodell in den Berufsalltag von Kontaktpersonen umsetzen?
- Gelingt mit MOVE die Bereitstellung eines auf die Bedürfnisse der Zielgruppe „riskant konsumierende Jugendliche“ zugeschnittenen Gesprächsangebots?
- Welche Jugendlichen nehmen dieses Beratungsangebot in Anspruch?
- Trägt MOVE dazu bei, die kritische Auseinandersetzung der Jugendlichen mit dem eigenen riskanten Konsum zu fördern und erleichtert MOVE den Übergang in weiterführende Hilfestellungen?

4.1.2 Befragungsinstrumente

Um den Prozess der modellhaften Erprobung und Implementierung intensiv zu begleiten, wird ein multimethodisches Design ausgewählt, das zulässt, möglichst vielfältige Daten zur Beantwortung der oben aufgeworfenen Fragen zu sammeln. Quantitative Methoden wie halbstandardisierte schriftliche Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden mit qualitativen Methoden wie der Durchführung von Fokusgruppen mit Jugendlichen kombiniert. Abbildung 2 zeigt die Abfolge der einzelnen Evaluationschritte mit den jeweiligen Zielgruppen und Zielsetzungen.

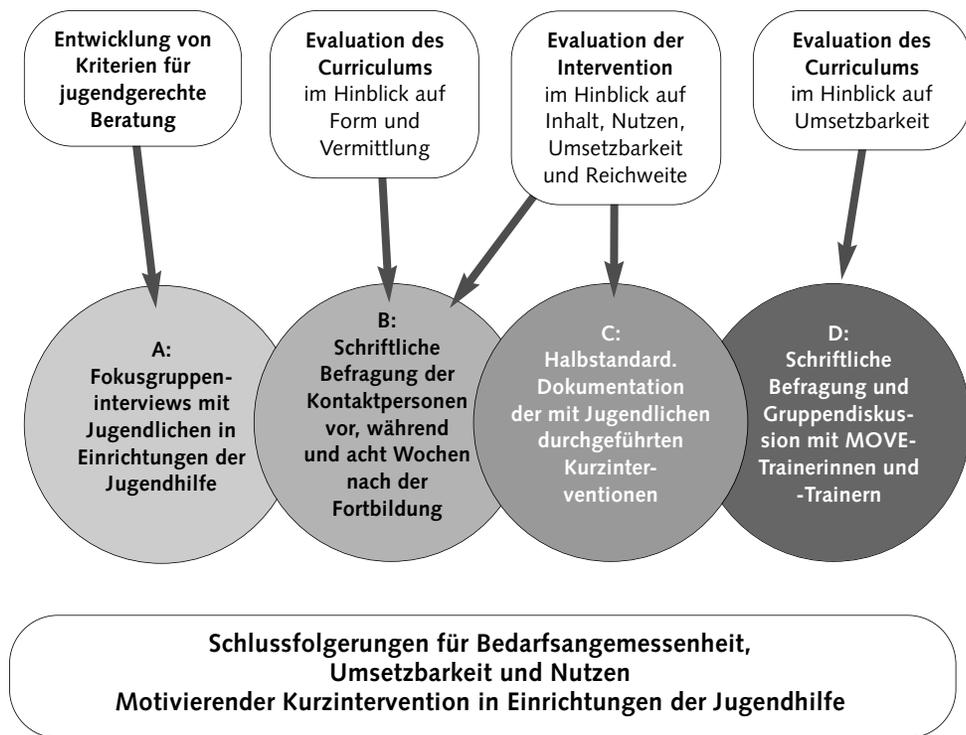


Abb. 2: Darstellung des Evaluationskonzepts

A: Fokusgruppeninterviews

Ziel der Befragung von Jugendlichen im Rahmen der Evaluationsstudie ist es, den Bedarf von Alkohol und Drogen konsumierenden Jugendlichen an Beratung sowie ihre Bewertung des bisher erlebten Umgangs mit Drogenkonsum in den einzelnen Institutionen der Jugendhilfe zu erkunden und damit die Partizipation der Endadressaten bei der Umsetzung des MOVE-Projekts sicherzustellen. Es soll überprüft werden, ob die von der Projektgruppe ausgewählte Intervention der Motivierenden Kurzberatung den Kriterien der Adressaten für eine angemessene Beratung entspricht. Zur Erreichung dieses Ziels werden Fokusgruppen¹² mit konsumierenden Jugendlichen durchgeführt.

Die Methode der Fokusgruppe bezeichnet laut Krueger (1994, S. 6) „a carefully planned discussion designed to obtain perceptions on a defined area of interest in a permissive, nonthreatening environment“.

Kennzeichnend für ihre Durchführung ist damit die Erhebung von Daten zu einer von Seiten der Forscherin bzw. des Forschers definierten Thematik in einem offenen Rahmen, der der Interaktion der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander Raum lässt und damit Gewicht sowohl für den Ablauf des Gesprächs als auch für die Ergebnisse einräumt. Der Forschungsansatz geht damit von der Grundannahme aus, dass Meinungen und Ansichten nicht immer sofort zugänglich sind, sondern sich teilweise erst unter dem Einfluss von relevanten anderen Personen während der Interaktion bilden. Damit ist die Fokusgruppe insbesondere für die Bedarfsermittlung und zur Erforschung von Erfahrungen, Überzeugungen, Wertvorstellungen und Perspektiven einer Gruppe zu einem gestellten Thema geeignet (vgl. Balch 1998; Horner 2000; Kean 2000). Gleichwohl wird dieser Methodik in Deutschland im Vergleich zu anderen Methoden der empirischen Sozialforschung bislang zu wenig Beachtung geschenkt. In den USA werden Befragungen von Jugendlichen im Rahmen von „focus groups“ jedoch gerade in den letzten Jahren vermehrt als Begleitung bei der Implementierung gesundheitsförderlicher Interventionen durchgeführt. Der Grund: Sie bieten den Vorteil, bisher unerkannte Dimensionen eines Problems aufzudecken sowie Kontext und Tiefe eines Themas aus Sicht der Jugendlichen und in deren eigener Sprache auszuloten (Malone et al. 2001; Rich und Ginsburg 1999; Balch 1998).

Gerade bei der Entwicklung und Bewertung von Präventionsprogrammen zeigen die Ergebnisse der Fokusgruppen, dass die befragten Jugendlichen oftmals sehr klare und konkrete Vorstellungen haben, wie Programme in ihrem Sinn gestaltet werden müssen.

12 Der Begriff „Fokusgruppe“ wird in Anlehnung an die anglo-amerikanische Methode der „focus group“ genutzt. Zwar wird im Deutschen in der Regel der Begriff der „Gruppendiskussion“ (zum Beispiel Lamnek 1998) verwandt. Da die Autoren sich aber in Durchführung und Auswertung auf die im Public-Health-Kontext durchgeführte Form der „focus groups“ beziehen, wird hier der Begriff „Fokusgruppe“ verwendet.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass die Ergebnisse von Fokusgruppen nicht vorschnell generalisiert werden können, da die bei qualitativen Studien befragte Gruppe von ihrer Größe und Zusammensetzung nicht als repräsentativ gelten kann. Es ist außerdem darauf zu achten, dass Informationen, die aus Fokusgruppen generiert werden, dazu tendieren, den Status quo zu reflektieren und innovative oder abweichende Meinungen zu unterdrücken (Rivers et al. 1995).

Die Ermittlung von Daten im Gruppenkontext verspricht jedoch gerade durch die interaktive Beeinflussung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untereinander eine größere Nähe zum alltäglichen Geschehen und Meinungsbildungsprozess von Jugendlichen als Einzelinterviews. Dies ist bei einem in der Regel schwer zugänglichen Thema wie der Bewertung von Drogenkonsum und dem Bedarf an Beratung unter riskant konsumierenden Jugendlichen besonders relevant. Schließlich spielt das Verhalten der Gleichaltrigengruppe bei der Entwicklung jugendlicher Konsummuster eine wichtige Rolle. Das Setting der Fokusgruppe erlaubt den jugendlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sich gegenseitig zu kommentieren und aufeinander zu reagieren. Eben diese Reaktionen kommen nicht in einem Einzelinterview zustande. Die Fokusgruppe ist darum die Methode der Wahl und verspricht reichhaltige und detaillierte Einblicke in Meinungen und Sichtweisen der befragten Gruppe, die zu einer angemessenen Bewertung des Beratungskonzepts beitragen können.

Für die Evaluation eines Programms, das auf dem Konzept der Motivierenden Gesprächsführung basiert, ist eine von Balch (1998) durchgeführte Fokusgruppe von besonderem Interesse. Er hat Jugendliche zur Bewertung von möglichen Programmen der Raucherentwöhnung befragt. Der Leitfaden des Gesprächs enthält folgende Themen:

- smoking initiation experience,
- where, when and with whom participants smoke and do not smoke,
- benefits and disadvantages of smoking,
- thoughts about quitting,
- experiences with quitting,
- reactions to potential program elements.

Die Fokusgruppendifkussion wird hier eingeleitet mit der Beschreibung jugendlichen Konsumverhaltens und seiner Begleitumstände. Ferner wird Raum gelassen für die Schilderung der Vor- und Nachteile des Rauchens, um erst zum Schluss auf die Frage nach der Motivation zur Entwöhnung und möglichen Erfahrungen damit zu fragen. Abschließend werden den jugendlichen Teilnehmenden mögliche alternative Beratungsstrategien (Motivational Interviewing/Motivierende Kurzberatung, Verhaltenstherapie, schriftliches Material) zur Bewertung vorgestellt.

Der Aufbau des Gesprächs und auch seine Durchführung mithilfe einer respektvollen und offenen Interviewhaltung entsprechen den Prinzipien Motivierender Gesprächsführung. Das Gespräch thematisiert darum neben den Meinungen zur Gestaltung von Ent-

wöhnungsprogrammen auch die Ambivalenz gegenüber dem eigenen Konsumverhalten. Wie die Auswertung der Fokusgruppen von Balch zeigt, führt die Anwendung des Leitfadens zu einem offenen Gespräch mit den Jugendlichen, das die Sichtweise der Jugendlichen bezüglich Konsum und Beratung vielfältig abbildet. Der im Folgenden aufgeführte Leitfaden für die Fokusgruppen im Rahmen der MOVE-Evaluation ist in Anlehnung an die Befragung von Balch entwickelt worden. Er enthält vier Themenkreise:

- Schilderung eigener Erfahrungen mit dem Konsum von Alkohol und Drogen,
- Bewertung des eigenen Konsums und Änderungsbereitschaft,
- Umgang in der jeweiligen Institution mit Konsum,
- Erwartungen an Beratung und Unterstützung.

B: Schriftliche Befragung der Kontaktpersonen vor, während und nach der Fortbildung

Die Befragung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in Form von Evaluationsbogen am Ende einer Fort- oder Weiterbildung gilt mittlerweile als Standard. Dabei sollen Zufriedenheitsbefragungen Auskunft über die Passung von Fortbildungsangebot und Kundenwünschen geben, wenngleich es schwierig ist, herauszuarbeiten, welche Ursache negative Bewertungen haben. Dies kann in so unterschiedlichen und selten umfassend zu erhebenden Variablen wie Vorinteresse, Vorkenntnis, Person der Trainerin/des Trainers, Gruppendynamische Prozesse, Tagesform oder persönlicher Motivation begründet sein. Generell lässt sich außerdem feststellen, dass die Ergebnisse von Befragungen der Teilnehmenden in der Regel ein „linksschiefes“ Bild ergeben, das heißt eine hohe Zufriedenheit überwiegt. Dies lässt sich mit verschiedenen psychologischen Theorien erklären, zum Beispiel der Rechtfertigung des Aufwands. Demnach wird alles, worin viel eigene Zeit und persönlicher Aufwand gesteckt wird, eher positiv bewertet (Borg-Laufs und Vogel 2000).

Befragungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern können und sollen nicht die diskursive Weiterentwicklung des Angebots ersetzen. Die Ergebnisse der Zufriedenheitsuntersuchungen sind nicht absolut zu setzen, sondern nur relativ zu interpretieren. Damit ist der Vergleich der Antworten untereinander oder mit anderen Daten bedeutsamer als die einzelne Antwort. Gleichwohl bleiben Befragungen der Teilnehmenden ein wichtiger Teil qualitätssichernder Maßnahmen, vor allem, wenn ihre Ergebnisse den jeweiligen Trainerinnen bzw. Trainern oder Programmentwicklerinnen und -entwicklern nach kurzer Zeit rückgemeldet werden können. Dieses Instrument fördert gleichzeitig eine größtmögliche Transparenz bei der Programmentwicklung und -implementierung nach innen und nach außen, was an sich schon als ein wichtiges Qualitätskriterium für eine Maßnahme gelten kann.

Das Instrument zur Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung ist in Anlehnung an Borg-Laufs und Vogel 2000 sowie Rollnick et al. 1997, Friedrichs 1990 formuliert und dreistufig angelegt. Zu drei Zeitpunkten – zu Beginn der Fortbildung,

4

zum Ende der Fortbildung und acht Wochen nach Abschluss der Fortbildung – wird die Bewertung der Kontaktpersonen eingeholt. Die erste Befragung der Kontaktpersonen dient der Erhebung von Bedarf und Motivation zur Fortbildung. Außerdem sollen Aussagen über den bisherigen Umgang mit dem Thema Drogenkonsum in der jeweiligen Einrichtung getroffen werden.

Die zweite Befragung der Kontaktpersonen dient der Bewertung von Inhalt, Form und Vermittlung des Seminars sowie einer ersten Einschätzung der Nützlichkeit und Wirksamkeit des Gelernten für die Berufspraxis. Der Fragebogen besteht aus 25 Fragen, die in einer Kombination von geschlossener und offener Form gestellt werden. Gerade die offenen Fragen sollen es den Teilnehmenden ermöglichen, mit eigenen Worten Stellung zu nehmen zu Inhalt und Form der Fortbildung und damit differenzierte Einblicke in ihre Meinung geben.

Neben statistischen Angaben zu Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Kontakt zu Jugendlichen und Konsummuster der Jugendlichen der eigenen Einrichtung werden zwei zentrale Themenblöcke abgefragt: Der erste Block fragt nach der Gesamtbewertung der Fortbildung sowie nach der Beurteilung der Vermittlung der Inhalte. Er hat zum Ziel, Aufbau und Durchführung des Curriculums zu bewerten. In einem zweiten Frageblock sollen die Teilnehmenden die Intervention selbst, also die Methode der Motivierenden Kurzintervention, beurteilen. Dabei geben sie eine Einschätzung über Besonderheit, Nützlichkeit und Durchführbarkeit der Intervention im Berufsalltag ab und sollen beurteilen, ob die Intervention dem Bedarf von Jugendlichen entspricht. Es wird weiterhin nach unerwünschten Wirkungen der Fortbildung gefragt.

C: Dokumentation der mit Jugendlichen durchgeführten Kurzinterventionen

Um die Umsetzung des in der Fortbildung Gelernten zu überprüfen, sollen die Kontaktpersonen alle im Laufe von acht Wochen nach der Fortbildung durchgeführten Kurzinterventionen mit Jugendlichen dokumentieren. Der dafür erstellte teilstandardisierte Dokumentationsbogen erfasst zunächst Alter, Geschlecht, Schulbildung, Herkunft und Konsummuster der Jugendlichen, mit denen Gespräche geführt werden, sowie die Länge der durchgeführten Gespräche. Außerdem sollen die Kontaktpersonen einschätzen, in welchem Stadium der Verhaltensänderung sich die Jugendlichen aktuell befinden. Sie sollen Gesprächsanlass und Inhalt in eigenen Worten kurz zusammenfassen sowie anmerken, ob Vereinbarungen über weitere Gespräche oder einzelne Veränderungsschritte getroffen werden oder nicht. Anhand dieser Dokumentation soll die Reichweite und Umsetzbarkeit der Intervention im pädagogischen Alltag überprüft werden.

Dieses Instrument ist besonders wichtig angesichts der oben beschriebenen eingeschränkten Relevanz von Teilnehmerinnen- und Teilnehmerbefragungen. Ergänzend zu den in Instrument B gewonnenen Einsichten über die Akzeptanz des Trainings kann die

Auswertung der Dokumentationsbogen Aussagen zur Umsetzbarkeit des Gelernten in das jeweilige Handlungsfeld treffen.

D: Schriftliche Befragung und Gruppendiskussion mit den MOVE-Trainerteams

Die MOVE-Teamerinnen und -Teamer, die mit der Durchführung der Fortbildung betraut sind, sollen in der Pilotphase zunächst anhand eines Fragebogens die Ausführung jedes einzelnen Bausteins dokumentieren. Auf diese Weise können eventuelle Abweichungen vom Konzept sowie Widerstände in der Gruppe beobachtet und Verbesserungsvorschläge gesammelt werden.

In der Implementationsphase werden die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen eines dreitägigen Trainings auf die Durchführung des Curriculums vorbereitet. Die zukünftigen Trainerinnen und Trainer erproben zunächst an zwei Tagen die einzelnen Bausteine des Manuals als Teilnehmende. Am dritten Tag werden diese Erfahrungen reflektiert und es wird die eigene zukünftige Umsetzung des Manuals erörtert.

Im Anschluss an die von dieser Gruppe durchgeführte Fortbildung von Kontaktpersonen sollen die Trainerinnen und Trainer das Manual, die Vorbereitung auf die Fortbildung sowie ihre Durchführung bewerten. Dies geschieht anhand eines teilstandardisierten Fragebogens, der in einer Gruppendiskussion gemeinsam ausgewertet wird.

4

4.1.3 Durchführung und Auswertung der Befragungen

Fokusgruppen mit Jugendlichen

Die Kontaktaufnahme mit den Jugendlichen geschieht über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der MOVE-Fortbildung, die bereit sind, innerhalb ihrer jeweiligen Institution Jugendliche zur Teilnahme an einer Fokusgruppe einzuladen. Eingangsvoraussetzung ist die Erfahrung mit psychoaktiven Substanzen. Die Kontaktpersonen nehmen selbst nicht an den Gruppendiskussionen teil, sondern stellen lediglich den Kontakt zwischen dem Moderationsteam und den Teilnehmenden her. Da einige Jugendliche spontan zusagen, sich aber auf keinen Termin festlegen wollen, ist es jeweils eine Überraschung, welche und wie viele Jugendliche wir an dem vereinbarten Termin in der jeweiligen Institution antreffen und wer sich zu einem Gespräch bereit erklärt. Oft kommen weitere Jugendliche dazu, die vorher nicht über die Einladung informiert waren. Aufgrund dieser Situation ergeben sich sieben geschlechtshomogene Gruppen (drei Mädchen- und vier Jungengruppen) und zwei heterogene Gruppen, in denen jeweils ein Mädchen mit mehreren Jungen diskutiert.

Die Moderation der Fokusgruppe gibt der Interaktion der Gruppenmitglieder untereinander genügend Raum, fokussiert gleichzeitig aber auch die Diskussion mithilfe des

Leitfadens auf das Forschungsinteresse. Zur Erfüllung dieser Aufgabe werden die Fokusgruppen mit Jugendlichen zu zweit durchgeführt, wobei eine Person die Rolle der Moderatorin des Gesprächs übernimmt und die zweite Person, eine Präventionsfachkraft, die mit dem Projekt vertraut ist, eine beobachtende Rolle einnimmt und gegebenenfalls interveniert.

Ausgehend von der Annahme, dass das Thema „Umgang mit Drogenkonsum für Jugendliche“ ein hochsensibles Thema ist, wird in den Gesprächen Wert darauf gelegt, der Schilderung von Konsummustern mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen aus Sicht der Jugendlichen zunächst genügend Raum zu geben, bevor die zentralen Fragen nach Beratungsbedarf und Bewertung des Umgangs im aktuellen Setting gestellt werden. Eine offene, nicht wertende Gesprächshaltung von Seiten der Moderatorin entspricht den Prinzipien qualitativer Forschung und steht hiermit in Verbindung zu den Inhalten der MOVE-Fortbildung, die genau das postuliert.

Zu Beginn der Gruppendiskussion werden die Jugendlichen über das Vorgehen und den Forschungszweck informiert und um Erlaubnis gebeten, das Gespräch auf Tonband aufzuzeichnen. Es wird weiterhin geprüft, ob die Teilnahme am Gespräch auf freiwilliger Basis geschieht. Dies ist in einer Institution der Jugendhilfe nicht der Fall. Als das Moderationsteam darauf hinweist, dass ausdrücklich die freiwillige Teilnahme erwünscht ist, verlässt die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Raum.

Um die Anonymität zu wahren, sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe sich zu Beginn mit einem Fantasienamen, ihrem Alter und ihrem Traumberuf vorstellen. Dies unterstreicht außerdem den spielerischen Charakter des Gesprächs und wird vom Moderationsteam als Möglichkeit genutzt, Vertrauen und eine angenehme Gesprächsatmosphäre aufzubauen.

Es wird bewusst darauf verzichtet, Angaben über Schulbildung oder ethnische Herkunft von den Jugendlichen einzuholen, um Einschränkungen der Diskussion in eine Richtung – zum Beispiel „Wie gehen Hauptschülerinnen und -schüler mit Cannabis um?“ – zu vermeiden. Einige Gruppen haben zunächst das Bedürfnis, das Moderatorenteam „abzuchecken“, bevor sie ihre Bereitschaft zur Mitarbeit erklären. Fragen, die von den Jugendlichen an das Forschungsteam gestellt werden, sind zum Beispiel: „*Haben Sie selbst schon einmal Cannabis probiert?*“ Aber auch: „*Wie wohnen Sie? In einer Mietwohnung oder haben Sie selbst ein Haus? Haben Sie Kinder?*“ Erst nach offenen Antworten darauf und der Zusicherung von Anonymität sind die Jugendlichen bereit, sich auf ein Gespräch mit uns einzulassen.

Im Anschluss an die einzelnen Sitzungen wird im Moderationsteam über den Ablauf der Gespräche und die Besonderheiten der jeweiligen Gruppe diskutiert und ein Protokoll verfasst. Das weitere Vorgehen geschieht mittels deskriptiv-reduktiver Analyse nach Krueger (1998) und Lamnek (1998, S. 176) in folgenden Schritten:

1. Transkription der Texte,
2. Schriftliche Zusammenfassung der wesentlichen Befunde jeder einzelnen Diskussion in Bezug zum Leitfaden,
3. Suche nach Aussagen, Gefühlen, Prioritäten, unterschiedlichen Meinungen, Gruppenmeinung, Abweichlern und repräsentativen Zitaten,
4. Suche nach übereinstimmenden und divergierenden Mustern im Vergleich der verschiedenen Gruppendiskussionen unter Bezugnahme auf ein Kategoriensystem, das sich induktiv aus den Diskussionen ergibt.

Befragung der Kontaktpersonen

Die Befragung der Kontaktpersonen beinhaltet drei Fragebogen und einen Dokumentationsbogen. Fragebogen 1 wird zu Beginn der Fortbildung von den MOVE-Trainerteams erläutert und verteilt. Die zweite Befragung wird jeweils am dritten Tag der Fortbildung durchgeführt. Dazu wird den Kontaktpersonen zunächst der Fragebogen vorgestellt und es gibt Zeit für Rückfragen. Anschließend wird der Fragebogen an Ort und Stelle ausgefüllt und wieder eingesammelt. So ergab sich eine Rücklaufquote von 100%.

Der Fragebogen der dritten Befragung und der Dokumentationsbogen werden ebenfalls am Ende der Fortbildung vorgestellt und erläutert mit der Bitte, diesen acht Wochen nach Abschluss der Fortbildung zurückzusenden. Sowohl in der Pilotphase als auch in der Implementationsphase liegt der Rücklauf hier bei ungefähr 65%.

Die Auswertung der Daten erfolgt mit deskriptiven Methoden quantitativer Sozialforschung. Bei der Auswertung der durch standardisierte Fragen gewonnenen Daten wird das Bearbeitungsprogramm SPSS eingesetzt. Bei der Auswertung offener Antwortmöglichkeiten werden unter Berücksichtigung der Techniken qualitativer Inhaltsanalyse explizierende, strukturierende und zusammenfassende Analysen der Aussagen vorgenommen (vgl. Lamnek 1989).

Befragung der Trainerinnen- und Trainerteams

Sowohl in der Pilotphase als auch in der Implementationsphase werden die Ergebnisse der Trainerinnen- und Trainerbefragung den jeweiligen Teams vorgestellt und in einer Gruppendiskussion ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Diskussionen gehen in die abschließende Überarbeitung des Curriculums ein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Hauptaufgabe der Evaluation des MOVE-Projekts darin besteht, den Prozess der Umsetzung des Modellversuchs zu begleiten und zu optimieren. Dazu werden die Perspektiven aller beteiligten Akteurinnen und Akteure ausgewertet, verglichen und in die weitere Gestaltung des Projekts eingebracht. Dieser Bewertungsprozess soll Auskunft darüber geben, ob

- die Fortbildung unabhängig von divergierenden Rahmenbedingungen die Beratungskompetenz von Kontaktpersonen im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen steigert,
- die Anwendung Motivierender Kurzintervention in Einrichtungen der Jugendhilfe aus Sicht der Kontaktpersonen sinnvoll ist und sich in den Berufsalltag integrieren lässt,
- mit MOVE ein zielgruppenspezifisches Angebot für konsumierende Jugendliche zur Verfügung gestellt wird, das den Anforderungen dieser Zielgruppe an eine gelingende Beratung und Unterstützung entspricht und damit als lebensweltorientiert zu bezeichnen ist.

4.2 Ergebnisse der Fokusgruppen mit Jugendlichen

Im Rahmen von Fokusgruppen sind insgesamt 42 Jugendliche in neun verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe befragt worden. Tabelle 2 gibt Aufschluss über die vertretenen Institutionen und die Zusammensetzung der einzelnen Gruppen sowie über Alter und Traumberufe (nicht immer angegeben) der Jugendlichen.

Die Gesamtgruppe

Die Gesamtgruppe setzt sich aus 15 Mädchen und 27 Jungen zusammen. Über die Hälfte der Jugendlichen ist zwischen 16 und 18 Jahre alt ($N = 24$), ein weiteres Drittel ($N = 15$) ist zwischen 19 und 24 Jahre alt, lediglich drei Jugendliche sind zwischen 13 und 15 Jahre alt. Bei der Beschreibung der „Traumberufe“ finden sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Jugendlichen. Während einige Jugendliche ihre aktuelle Berufstätigkeit (Maurer, Installateur, Energieelektronikerin) oder Berufe, die sie vermutlich bald erlernen werden (Einzelhandelskaufmann, Friseurin) beschreiben, nennen andere Jugendliche keine oder eine eher ungewöhnliche Vorstellung von ihrem „Traumberuf“ (DJ, Boxer, Dealer, Fahrradfahrer). Ausgehend von den Informationen, die sich im Laufe der Gespräche ergaben, lässt sich Folgendes über die Ausbildungssituation der Jugendlichen sagen: Gruppe 1 besteht vor allem aus arbeitslosen jungen Erwachsenen, in Gruppe 5 üben einige bereits einen Beruf aus oder befinden sich in der Lehre. Alle anderen Jugendlichen sind Schülerinnen und Schüler, wobei die Gruppen 6 bis 9 noch einmal in einer besonderen Situation sind. Die Jugendlichen der Gruppen 7 und 8 sind aufgrund schulischer oder persönlicher Schwierigkeiten von den Eltern auf ein Internat geschickt worden, um dort das Abitur nachzuholen, während die Jungen und Mädchen von Gruppe 6 und 9 in einer Einrichtung des Berufsbildungswerks den Hauptschulabschluss nachholen und die Möglichkeit haben, im Anschluss oder begleitend eine Lehre aufzunehmen.

Gruppe	Institution	Jugendliche: Fantasiename, Alter, Traumberuf
1	Jugendzentrum	<i>Jimmy</i> (19), Boxer <i>Osman</i> (23), arbeitslos, kein Plan <i>Toni</i> (22) <i>Ötzi</i> (20), DJ <i>Joe</i> (22)
2	Jugendzentrum	<i>Leyla</i> (13), Friseurin <i>Gina</i> (17), Arzthelferin
3	Jugendzentrum	<i>Hakan</i> (17), Informatiker <i>Abdulkadir</i> (17), Chemikant <i>Shaban</i> (17), Bankkaufmann <i>Ibo</i> (16), Einzelhandelskaufmann <i>Kürschan</i> (16), IT-Techniker
4	Heim	<i>Alexandra</i> (17), zahnmedizinische Fachangestellte <i>Susanne</i> (15) <i>Marianne</i> (17), technische Zeichnerin <i>Tatjana</i> (16), Friseurin
5	Stadtteilarbeit	<i>Urs</i> (17), Fliesenleger <i>Abdul</i> (18), Gas-/Wasserinstallateur <i>Golo</i> (16), Zimmermann <i>Kai</i> (24), Maurer <i>Sunny Fresh</i> (19), Sozialarbeiter <i>Bernd</i> (18) <i>Jacqueline</i> (21), Energieelektronikerin
6	Berufsbildungszentrum	<i>Bogi</i> (17), Dealer <i>Maik</i> (19), Elektriker <i>Hannes</i> (17), Fahrradfahrer <i>Anja</i> (19), Fotografin <i>Alex</i> (17)
7	Internat	<i>André</i> (16), Zahnarzt <i>Bernd</i> (17), Chirurg <i>Tobi</i> (18), Dealer <i>Marc</i> (17) <i>Meik</i> (15)
8	Internat	<i>Florian</i> (16), Individualpsychologe <i>Markus</i> (16), Kindergärtner
9	Berufsbildungszentrum	<i>Swetlana</i> (20), Einzelhandelskauffrau <i>Pia</i> (20), Kinderkrankenschwester <i>Eileen</i> (17), irgendwas mit Musik <i>Maya</i> (20), Altenpflegerin <i>Carolin</i> (18) <i>Susi</i> (24), Kinderpflegerin oder Erzieherin <i>Mara</i> (22), Arzthelferin

Tab. 2: Überblick über den Sample der Fokusgruppen

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass etwa die Hälfte der interviewten Jugendlichen keine „normale“ schulische oder berufliche Laufbahn absolviert und in der Regel mit besonderen sozialen Schwierigkeiten zu tun hat. Gruppe 1 und 3 setzt sich aus Jugendlichen mit Migrationshintergrund zusammen; dies spielt in den Gesprächen vor allem beim Thema „Umgang der Eltern mit Drogenkonsum der Kinder“ eine Rolle.

4.2.1 Die einzelnen Gruppen und ihre Besonderheiten

In Bezug auf die Gesprächssituation lässt sich beobachten, dass die unterschiedliche Gruppenstärke deutliche Auswirkungen auf das Gesprächsverhalten hat. Bewährt hat sich eine Gruppenstärke von fünf Personen. In den vier Gruppen à fünf Jugendlichen, die bis auf eine Ausnahme geschlechtshomogen sind, haben sich die lebendigsten Diskussionen ergeben, in denen auch divergierende Meinungen zur Sprache kamen. Die beiden Gespräche mit jeweils zwei Jugendlichen ähneln eher Einzelinterviews, hier haben die Befragten abwechselnd auf die gestellten Fragen geantwortet. In den beiden großen Gruppen à sieben Personen wird die Diskussion dagegen stärker von einigen dominiert. Gleichzeitig hören jeweils einzelne Jugendliche hier nur zu und beteiligen sich auch auf wiederholte Aufforderung hin nicht am Gespräch.

Da der interaktive Prozess jeder Gruppe zu unterschiedlichen Prioritäten in der Darstellung des Themas führt, soll zunächst die jeweilige Besonderheit der einzelnen Gruppe, ihre Dynamik und ihre Hauptthemen erläutert werden. Erst im Anschluss daran werden die Ergebnisse entlang des Gesprächsleitfadens dargestellt.

Gruppe 1:

„Man wünscht sich einen Rat, aber man sagt das nicht.“ (1/171)¹³

Gruppe 1 thematisiert ihren Umgang mit Cannabis; bis auf Toni konsumieren alle täglich mehrfach. Das Gespräch ist von einer starken emotionalen Spannung geprägt, die zu einem lauten Wortwechsel zwischen zwei Jungen führt. Dabei vertritt Joe die Devise, dass sie sehr wohl alles unter Kontrolle hätten und es keine Probleme gäbe. Er kritisiert Jim, der von dieser Gruppenmeinung abweicht und zugibt, dass die Wirkung des Konsums nachlasse, dass er sich seelisch abhängig fühle und Hilfe bräuchte. In der Gruppendiskussion wird damit eine deutliche Ambivalenz in der Bewertung des eigenen Konsums ausgetragen. Sich Rat oder Hilfe zu holen ist für alle etwas schwer Vorstellbares. Die Frage nach Vorstellungen von optimaler Beratung bleibt in dieser Gruppe unbeantwortet.

¹³ Die Zahlen in Klammern kennzeichnen jeweils die Nummerierung der jeweiligen Fokusgruppe und die Zeilennummer des Zitats in den Transkripten.

Gruppe 2:

„Drogenkonsum, da reden wir eigentlich nicht drüber, wir werden ja auch nicht gefragt.“ (2/119)

Gruppe 2 entsteht spontan. Die zwei Mädchen waren vorher nicht über den Termin informiert. Sie kommen nach Durchführung des Interviews mit der ersten Gruppe in den Gruppenraum, weil sie auch interviewt werden wollen. Sie schildern ihren gelegentlichen Cannabiskonsum in Abgrenzung zum regelmäßigen Konsum der Jungen. Interessant ist an dieser Stelle ihr Hinweis darauf, dass der Konsum der Jungen im Jugendzentrum thematisiert wird, ihr eigener jedoch nicht. Sie deuten das selbst dahingehend, dass der Konsum der Jungen ja wesentlich provokanter und riskanter und deshalb auch auffälliger sei. Ihre Beziehung zu den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen beschreiben sie als gut. Sie sind sich sicher, dass sie bei ihnen Rat und Unterstützung finden würden, wenn sie es benötigen.

Gruppe 3:

„Ich trinke nicht auf der Straße, sondern eher mit Stil.“ (3/27)

Gruppe 3 findet in einem anderen Jugendzentrum statt. Im Vergleich mit Gruppe 1 wirkt diese Gruppe ausgesprochen diszipliniert. Die Antworten auf die Fragen werden von den Jugendlichen reihum beantwortet bis sie darauf hingewiesen werden, dass sie auch durcheinander reden und sich gegenseitig ins Wort fallen dürfen. Es kommt zu keiner emotionalen Auseinandersetzung oder Provokation, vielmehr scheint die Gruppe sich in allen Fragen einig zu sein. Dies gilt besonders für die Einschätzung, dass sie gelegentlich und „mit Stil“ konsumieren. Drei Jungen berichten von zurückliegendem regelmäßigem Cannabiskonsum, den sie aber aufgrund schlechter Schulleistungen beendet haben. Sie betonen, wie wichtig ihnen die Unterstützung ihres Freundeskreises bei dieser Veränderung war. Erwachsene kommen als Gesprächspartner für sie weniger in Frage, denn nach ihrer Erfahrung dramatisieren oder verharmlosen diese das Thema Drogenkonsum.

Gruppe 4:

„Wenn man die direkt drauf anspricht, helfen die einem auch.“ (4/115)

Die vier Mädchen der Gruppe 4 werden von uns im Wohnzimmer einer Wohngruppe für Mädchen interviewt. Die Atmosphäre des Hauses fällt als ausgesprochen angenehm und liebevoll gestaltet auf. Die Mädchen schildern uns sofort sehr offen ihre Konsumerfahrungen. Der gelegentliche Konsum von Alkohol und Cannabis ist für sie normal, allerdings grenzen sie sich von ihren Freundinnen bzw. Freunden und deren extremen Konsumgewohnheiten ab. Sie schildern ihre Suche nach eigenen Grenzen im Konsumverhalten und vertrauen darauf, dass die Pädagoginnen ihnen dabei kompetente Unterstützung gewähren können.

4

Gruppe 5:

„Alkohol tun wir hier jede Woche trinken.“ (5/61)

Gruppe 5 tagt in einem Container inmitten eines sozialen Brennpunkts. Das Gespräch ist sehr unruhig, da die Gruppe im Laufe der Zeit von anfangs vier auf letztendlich sieben Personen anwächst. Zwei Jungen stören massiv durch ständige Unterbrechungen und Zwischenrufe, die sich gegen die anderen Jugendlichen richten. Trotz dieser chaotischen Gesprächssituation entsteht ein interessantes Gespräch, das sich in erster Linie um die Prägung durch den Stadtteil und seine Regeln im Umgang mit Konsum dreht.

Gruppe 6:

„Ich kann auch mal 2 bis 3 Monate ohne, aber das erste Wochenende ist verdammt schwer.“ (6/24)¹⁴

Ähnlich kontrovers wie in Gruppe 1 werden auch in diesem Gespräch, das in einer Schule stattfindet, unterschiedliche Sichtweisen zum Thema „Konsum reduzieren“ thematisiert. Während Alex als ein überzeugter regelmäßiger Cannabiskonsument der Meinung ist, jederzeit ohne Probleme aufhören zu können, widerspricht ihm Anja, die betont, dass die Veränderung des eigenen Konsumverhaltens nur mit der Unterstützung von Freunden möglich ist. Obwohl das Verhalten der Erwachsenen beim Thema „Drogenkonsum“ von der Gruppe als dramatisierend oder tabuisierend bewertet wird, beschreiben sie einen einzelnen Lehrer als positives Gegenbeispiel.

Gruppe 7:

„Wenn man breit ist, das ist für uns so normal, anders geht's gar nicht mehr.“ (7/120)

Die Gespräche mit Gruppe 7 und 8 finden nur bedingt freiwillig statt. Im Laufe des Gesprächs erfahren wir, dass die Jugendlichen zur Teilnahme gezwungen wurden; einige verlassen den Raum, als um Erlaubnis zur Aufzeichnung gefragt und Freiwilligkeit betont wird. Vordringliches Thema beider Gespräche ist der Umgang im Internat mit dem Thema „Drogenkonsum“, der durch Druck, Kontrolle und harte Sanktionen gekennzeichnet ist. Das Gespräch wird bestimmt von zwei Jugendlichen, die ihre Erfahrungen mit vielfältigen Drogen beschreiben und ihren Konsum hauptsächlich als Mittel zum Durchhalten der Zeit im Internat und als „Horizontenerweiterung“ bewerten.

¹⁴ Beim Gespräch mit Gruppe 6 konnte aufgrund eines technischen Defekts des Aufnahmegerätes kein Transkript geschrieben werden. Aus den Notizen der Beobachterin und der anschließenden Auswertung wurde jedoch ein Protokoll angefertigt.

Gruppe 8:

„Beratung sollte nicht so sein: Ich bin gut – du bist böse.“ (7/66)

Die zwei Jugendlichen in Gruppe 8 thematisieren sehr differenziert ihre Beurteilung des Umgangs mit Drogenkonsum im Internat und schildern positive Gegenbeispiele einer Beratungssituation im privaten Umfeld, die von Respekt und Vertrauen gekennzeichnet ist.

Gruppe 9:

„Ich fand es nicht so interessant, außer dass ich angefangen hab, 'nen Lachkrampf zu kriegen.“ (9/101)

Das Gespräch in Gruppe 9 ist von allen Gesprächen das schleppendste. Es enthält lange Zeiten des Schweigens und nur knappe Antworten von einigen Teilnehmerinnen. Die sieben Mädchen einer Hauswirtschaftsklasse haben eine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber dem Konsum von Alkohol und Drogen und schildern einzelne Erfahrungen mit Alkohol und Cannabis, die sie eher abschreckend oder uninteressant fanden.

Die Zusammenfassung der einzelnen Gruppenthemen zeigt, dass die vertretenen Gruppen ein breites Spektrum an Erfahrungen mit Drogenkonsum abdecken. Die Erfahrungen reichen von einmaligem Probieren oder exzessivem Konsum bis hin zu aktuellem missbräuchlichem Gewohnheitskonsum. Außerdem berichten ehemals riskant konsumierende von ihren Erfahrungen mit der Veränderung ihrer Konsummuster.

Im Folgenden werden die Aussagen der Jugendlichen zu den jeweiligen Themenkreisen zusammengefasst, dabei bleibt der hier beschriebene Hintergrund der Rahmen, innerhalb dessen die Ergebnisse interpretiert werden.

4.2.2 Schilderung und Bewertung eigener Konsummuster

Dem Thema „Umgang mit Alkohol“ widmen alle Gruppen deutlich weniger Zeit als dem Thema „Umgang mit Cannabis“. Meist werden zu Beginn der Fokusgruppe einige Aussagen zum Thema Alkohol abgegeben, lediglich die Gruppen 4 und 5 greifen das Thema Alkohol zu einem späteren Zeitpunkt der Diskussion noch einmal auf. Dagegen wird der Konsum von Cannabisprodukten von allen Gruppen bis auf Gruppe 9 wesentlich ausführlicher und kontroverser diskutiert, hier besteht von Seiten der Jugendlichen anscheinend ein größerer Diskussionsbedarf.

Umgang mit Alkohol

Alle Befragten sind sich darüber einig, dass eine gemäßigte Form von Alkoholkonsum, die sich auf Feiern und besondere Anlässe beschränkt, sinnvoll und richtig ist. Gruppe 3

4

bezeichnet dies als „Konsum mit Stil“, der im Kontrast zum „Konsum auf der Straße“ definiert wird (3/27). Dies beinhaltet die Einschränkung auf „geringe Mengen“, wobei geringe Mengen nicht eindeutig oder einheitlich definiert werden, für Gruppe 3 heißt „geringe Mengen“ lediglich „so viel, dass man nicht ins Krankenhaus kommt“ (3/34). „Trinken mit Stil“ wird außerdem als langsames und genussorientiertes Trinken beschrieben (3/90).

Sowohl die Jungen aus Gruppe 3 als auch die Mädchen aus Gruppe 4 beschreiben eine Schlüsselsituation für das Finden der eigenen Grenzen im Umgang mit Alkohol. Folgende Sequenzen zeigen dies:

- Hakan: *„Also bei mir war das halt so, letztes Jahr war ich mit Freunden in Spanien und davor hatte ich halt gar nicht getrunken, da war ich halt einen Abend richtig betrunken, ich wusste halt noch was ich mach, aber da hab ich auf der Straße gekotzt, das war mir peinlich und so, seitdem trinke ich nicht mehr so viel, dass ich kotzen muss.“* (3/86).
- Marianne: *„Ich war so weg, ich konnte nicht mehr. Seitdem trink ich nicht mehr so viel. Das war wirklich zu viel, was heißt zu viel, ich vertrag es nicht auf nüchternen Magen und seitdem lass ich es dann auch. Ich trink dann halt auf Party's so ein zwei, weiß ich nicht, Bacardi oder so. Also Wodka oder so auf nüchternen Magen nicht mehr.“* (4/148).

Das Ausprobieren exzessiver Trinkerfahrungen und ihrer Folgen bewirkt eine Eingrenzung des Konsums auf Mengen, die nicht zu körperlichen Beschwerden oder „*peinlichem*“ Verhalten führen. Andere Jugendliche beschreiben die Grenze ihres Konsumverhaltens durch Abgrenzung zu anderen und deren Verhalten. Susanne aus Gruppe 9 nimmt am eindeutigsten Stellung:

- *„Ich mag keine Jungs, die saufen, absolut nicht ... die meisten fangen dann zu pöbeln an oder sind dann richtig aufdringlich und stinken direkt nach Alkohol, das mag ich überhaupt nicht ... Ich mein, wenn man mal trinkt, is das ja in Ordnung, wenn man dann mal besoffen ist, vielleicht auch, aber dann sollte man nicht rumpöbeln.“* (9/62)

Auch eine Jungengruppe beschreibt als Beispiel das Verhalten eines anderen Jungen, zu dessen Verhalten sie Distanz einnimmt:

- Hakan: *„Da gibt's einen Freund, wenn der trinkt, dann streitet der sich meist mit irgendeinem von uns, aber wir nehmen das halt nicht so ernst und so und nächsten Tag sagen sie dann auch immer, das is vorbei ... Also, ich trink nicht mehr mit dem. Der trinkt öfters mit seinen eigenen Freunden.“*
- Shaban: *„Die auch so drauf sind wie der.“* (3/43)

Hier wird deutlich, dass das Konsumverhalten der Einzelnen in einem engen Zusammenhang mit der jeweiligen Gruppennorm zu sehen ist. Wird diese Gruppennorm als nicht passend zu den eigenen Vorstellungen empfunden, wird Distanz zu der jeweiligen

Gruppe eingenommen. Dies kann umgekehrt den Ausschluss des Einzelnen aus einer ganzen Gruppe bedeuten.

Ein Mädchen aus Gruppe 9 ist nach negativen Erfahrungen mit Trunkenheit auf Distanz zu ihrer bisherigen Clique gegangen, die jedes Wochenende verschiedene, auch harte Alkoholika konsumiert:

- *„Mit denen hab ich jetzt keinen Kontakt mehr, aber das wär mir auch egal, was die sagen. Ich bin die, die ich bin.“ (3/52)*

Sie betont hiermit, dass ihr die individuelle Haltung zum Konsum wichtiger ist als die Gruppennorm.

In Gruppe 5 wird Konsumverhalten nicht nur für eine spezifische Gruppe, sondern als für den ganzen Stadtteil übliches Verhalten definiert:

- Abdul: *„Alkohol tun wir hier in Sch. jede Woche trinken. Am Wochenende, wenn wir montags bis freitags 40 Stunden auf dem Buckel haben, dann gönnen wir uns am Samstag mal einen.“ (5/61)*

Der regelmäßige gemeinsame Konsum von Alkohol gehört hier zur milieuspezifischen Freizeitgestaltung. Allerdings wird übermäßiger Alkoholkonsum oder Abhängigkeit sanktioniert; wer übertreibt, der gehört nicht mehr dazu. Dies beschreibt Golo:

- *„Der fühlt sich von uns ausgestoßen. Als Beispiel: Wir trinken alle Mann als ganze Gemeinschaft, er kommt so, die ganzen Mädchen sitzen da, er kommt so und will 'nen Becher, dann kommt von irgendeinem, ej, was packste den Becher an, du Alkoholiker, nur so als Beispiel, du hast doch nix gezahlt und so, und das nicht einmal, jedes Mal.“ (5/285)*

Der Konsum von Alkohol gehört für die meisten der befragten Jugendlichen zur Gestaltung von Alltag und Freizeit. Aufgrund von Extremerfahrungen haben sie eigene Regeln und Grenzen entwickelt, die den Konsum auf das Wochenende und besondere Feiern beschränken und schwerwiegende soziale oder physische Konsequenzen vermeiden. Die jeweilige Gruppennorm oder das weitere Umfeld des Stadtteils spielt eine große Rolle bei der Entwicklung des eigenen Konsumverhaltens. Die Fähigkeit und die Möglichkeit, sich selbst in Distanz zur Gruppennorm zu setzen, gilt als wichtige Ressource bei der Entwicklung einer gruppenunabhängigen Haltung.

Umgang mit Cannabisprodukten

Die Diskussion über den Umgang mit Cannabis nimmt in fast allen Gesprächen den größten Raum ein. Dabei sind regelmäßige, teilweise missbräuchliche Konsummuster, gelegentlicher Konsum oder eine ablehnende Haltung gegenüber Cannabis zu ungefähr gleichen Teilen unter der Gesamtgruppe der Jugendlichen vertreten. Während zehn Jungen (aus den Gruppen 1, 6 und 7) regelmäßigen, täglich mehrfachen Konsum prak-

4

tizieren, bezeichnen sich acht Mädchen und vier Jungen (Gruppe 2, 4, 5 und 8) als gelegentliche Konsumenten bzw. Konsumentinnen. Acht Jungen und ein Mädchen (Gruppe 3, 5 und 9) lehnen Konsum von Cannabisprodukten aufgrund vorhergehender Erfahrungen ab. Sechs Mädchen und fünf Jungen schildern keine eigene Erfahrung mit Cannabis und lassen sich darum nicht einordnen. Auffällig ist, dass die meisten Mädchen sich eher in moderate Konsummuster einordnen, während die meisten der befragten Jungen entweder sehr exzessiven Konsum betreiben oder aufgrund negativer Erfahrungen Cannabis kategorisch ablehnen.

4.2.3 Konsummotive

Als Motive, Cannabisprodukte zu konsumieren, geben die Jugendlichen das Bedürfnis nach Vermeidung von Stress, Problemen und Langeweile an (zum Beispiel 5/550, 6/14, 4/134, 8/178, 7/120). Zwei Sequenzen beschreiben dies:

- Florian: *„Der wichtigste Grund ist bei mir beim Kiffen eigentlich, dass man das Leben mal von 'ner anderen Seite sieht. Man hat zum Beispiel jetzt mal totalen Stress, man raucht sich was, 'ne Tüte zum Beispiel, dann sieht man das mal von 'ner anderen Seite, von 'ner lustigen Seite.“* (8/125)
- Leyla: *„Ich musste irgendwie zu meiner Oma, hab ich davor eine geraucht und danach eine geraucht.“*
- Interviewerin: *„Ist deine Oma sehr schlimm?“*
(Gelächter)
- Leyla: *„Nein, aber, ich musste da, die hat so komisches Essen gemacht, also wenn ich breit bin, dann merk ich nicht so richtig, was ich esse, ich konnt' ja nicht sagen, ääh, das ess ich nich und dann hab ich mir eine geraucht, damit ich das dann esse.“* (2/23)

Als ein Haupteffekt des Konsums wird eine veränderte Sichtweise auf den Alltag beschrieben, die negative Gefühle und Konflikte ausblendet. Markus führt an anderer Stelle aus, dass der Konsum bei ihm eine Dämpfung von Aggression bewirkt.

- *„Na ja, aber für mich is das eben, wie soll ich sagen, bevor ich damit angefangen hab, hab ich alles viel strenger genommen, da war ich aggressiver und bin viel schneller ausgerastet und hab mir wegen jedem bisschen Stress gemacht und jetzt seh' ich das anders, ich reg mich wegen gar nichts mehr auf, ich nehm' alles locker so.“* (8/129)

Unabhängig davon, ob sie Cannabis täglich oder gelegentlich konsumieren, beschreiben die Jugendlichen, dass sie ihren Konsum zur Entspannung, zur Bewältigung von Stress und Aggressionen sowie zur Vermeidung von Konflikten einsetzen. Wie schätzen die Konsumenten und Konsumentinnen die Risiken für ihre Gesundheit ein und die Gefahr, abhängig zu werden?

Einschätzung des eigenen gesundheitlichen Risikos

Die meisten der konsumierenden Jugendlichen gehen davon aus, dass sie mit dem Konsum von Cannabis kein gesundheitliches Risiko eingehen (zum Beispiel 8/156). Florian beruft sich in seiner Begründung sogar auf eine ärztliche Empfehlung:

- „*Mein Arzt meint auch, ich soll kiffen, weil das meine Aggressivität innerlich zurückhalten würde.*“ (8/262)

Die positive Bewertung von Cannabis wird weiterhin damit begründet, dass es sich im Gegensatz zu chemischen Substanzen wie Ecstasy hier um ein Naturprodukt handele.

- Markus: „*Also ich seh's so, alles was nicht mit Chemie zu tun hat, da hab ich nix gegen. Ich versteh das auch nich', warum das verboten wird, aber wenn Chemie is, is das so 'ne Sache ...*“ (8/296)

Gruppe 7 teilt die Einschätzung, dass Konsum von Cannabisprodukten im Gegensatz zu chemischen Substanzen unbedenklich ist (7/262), allerdings betont André später im Gespräch, dass der Konsum chemischer Substanzen für ihn kein Risiko birgt, solange er weiß, wo es herkommt (7/402). Eine ähnliche Unterscheidung der Wirksamkeit natürlicher und chemischer Substanzen lässt sich bei der Beurteilung des Risikos, abhängig zu werden, beobachten:

- Florian: „*Chemie macht ja auch körperlich abhängig ... Chemie kannste hängen bleiben. Ich meine, du kannst bei allem süchtig werden, sogar beim Kiffen, wie Menschen jetzt nach Sonne süchtig sind.*“ (8/296)

Die Einordnung als „Naturprodukt“ wird hier wiederum als Garantie für ein geringeres Risiko der Abhängigkeit gewertet. Der Vergleich mit „nach Sonne süchtig werden“ macht deutlich, wie marginal dieses Risiko eingeschätzt wird, was auch folgendes Zitat zeigt:

- Markus: „*Ich vergleiche Biodrogen gern mit Gummibärchen. Is wirklich so, Gummibärchen, davon kannste abhängig werden bis zum geht nich mehr.*“ (8/311)

Zusammenfassend wird deutlich, dass die konsumierenden Jugendlichen Cannabisprodukte konsumieren im Bewusstsein, aufgrund der „Natürlichkeit“ der Substanz kein gesundheitliches Risiko einzugehen. Die Möglichkeit, abhängig zu werden, wird ignoriert oder bagatellisiert. Während die Gruppe der Konsumenten und Konsumentinnen Cannabis nutzt, um sich zu entspannen oder Konflikten und Aggressionen aus dem Weg zu gehen, vertritt die Gruppe der ehemaligen Konsumenten und Konsumentinnen eine Gegenposition und grenzt sich deutlich von Cannabiskonsumenten bzw. -konsumentinnen und deren Einstellung ab.

- Shaban: „*Ja, an und für sich, wenn man jetzt in einem Freundeskreis is, wo man nur kiff, ich find das voll langweilig, die, was machen die, die machen gar nichts, die hängen einfach nur im Park ab, ööh, wo kriegen wir jetzt was zu rauchen oder so.*“ (3/241)

4

Interessant ist hier, dass die Gruppe das Verhalten der „Kiffer“ als „langweilig“ bezeichnet, während Langeweile andererseits den Konsumenten und Konsumentinnen als wichtiges Motiv für ihren Konsum gilt. Zwei Jugendliche aus Gruppe 5 treffen ebenfalls abwertende Einschätzungen zum Cannabiskonsum:

- Urs: „*Wenn ich Drogen nehme, das ist höchstens Alkohol oder so, Wodka. Nein ehrlich jetzt, Haschisch macht hohl.*“ (5/259)
- Abdul: „*Abschalten, das finde ich gut, aber ich versteh das nicht bei die Kiffers, ich hab schon tausendmal zu denen gesagt: Kiff doch Wochenende, wenn ihr in die Disko geht oder so, da könnt ihr euch schon mal 'nen Joint rauchen oder so. Aber nicht jeden Tag dicht sein, was für'n Sinn hat das, ej ich komm nich klar ej, wenn ich jeden Tag dicht wäre, die ganze Zeit am Lachen ej, mir würde das nicht passen.*“ (5/86)

Die Haltung der befragten Jugendlichen zum Konsum von Cannabisprodukten lässt sich damit in zwei Positionen einteilen: Die einen, die Cannabisprodukte nutzen, um sich zu entspannen, Problemen und Aggressionen aus dem Weg zu gehen und eine andere Sicht auf ihren Alltag einzunehmen. Die anderen, die sich deutlich von Konsumenten und Konsumentinnen abgrenzen, deren Einstellung als unverständlich ablehnen und den Konsum von Alkohol zur Entspannung favorisieren. Die starke emotionale Zustimmung oder Ablehnung von Cannabiskonsum deutet darauf hin, dass es hier nicht allein um eine Konsumform, sondern um die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe mit einer spezifischen Lebenseinstellung geht, die wie ein „Glaubensbekenntnis“ vertreten oder abgelehnt wird. Diese kontrastierende Bewertung trifft allerdings nur auf die konsumierenden Jungen zu. Die konsumierenden Mädchen vertreten anstelle einer polarisierenden Haltung eher moderate Konsumformen; sie nutzen Cannabis oder Alkohol zwar auch zur Entspannung und Konfliktvermeidung, jedoch nur gelegentlich (zum Beispiel 2/47, 2/61, 4/97 4/132).

4.2.4 Änderungsbereitschaft und erlebte Veränderung

Da im folgenden Gespräch der Konsum von Cannabisprodukten in fast allen Gruppen vorrangiges Thema war, werden die folgenden Themen immer in Bezug auf Cannabiskonsum dargestellt. Die Mehrzahl der Cannabiskonsumenden und -konsumentinnen unter den Befragten beschreibt den eigenen Konsum als normal, gelegentlich oder kontrolliert. Die Risiken der gesundheitlichen Gefährdung werden aufgrund der „Natürlichkeit“ der Substanz als sehr gering eingeschätzt. Auch Nachteile des Konsums werden kaum genannt, lediglich die Mädchen der Gruppe 2 beschreiben, dass der Konsum von Cannabis auch gelegentlich zur Verstärkung negativer Gefühle und Depressionen führt (2/108). Außerdem sind nahezu alle konsumierenden Befragten der Meinung, dass sie selbst nicht abhängig von Cannabisprodukten sind, sie schätzen lediglich den Konsum von anderen als problematisch ein:

- „Aber so bei anderen Leuten merk ich das schon, dass sie, also wenn sie jetzt jeden Tag am paffen sind, dass sie in der Schule, denen ist mittlerweile alles egal, nach 'ner Zeit, die interessieren sich für gar nichts mehr, die setzen keine Ziele mehr.“ (4/203)

In Abgrenzung zu den anderen, den „richtigen Kiffern“, wird das eigene Verhalten als gemäßigt eingeschätzt, wie dies Golo aus Gruppe 5 beschreibt:

- „Nein, ich bin nicht so einer, der morgens steht auf, ein richtiger Kiffer ist einer, der schon morgens kiff, kiff, gar nicht rausgeht, bis abends. Nee, ich erledige meine Sachen. Wenn mir langweilig ist, rauche ich mir eine. Ja und? Aber das doch nicht jeden Tag.“ (5/137)

Gesundheitliche Folgen des Konsums, die in der Zukunft liegen, haben keine Auswirkung auf das aktuelle Konsumverhalten, dies betont Marc, der bereits eine Entgiftung hinter sich hat:

- Marc: „Alle Folgen wurden mir erzählt von jeder einzelnen Droge da in der Entgiftung, und ich hab mich so zwei Tage lang geekelt, so aah, nehm ich auf keinen Fall, und dann tsss ... noch geht's meinem Körper gut, ej. Wenn's ihm schlecht geht, dann hör ich auf.“ (7/393)

Auch wenn die befragten Konsumenten und Konsumentinnen von Cannabis unterschiedlichen Konsummustern zuzuordnen sind, ist ihnen gemeinsam, dass sie sich bezüglich einer Veränderung ihrer Konsummuster im Stadium der Absichtslosigkeit befinden. Sie berichten ausführlich von den Vorteilen ihres Konsums, die sie vor allem in Entspannung und Konfliktbewältigung sehen, zeigen kein Problembewusstsein für gesundheitliche Risiken und sehen Suchtgefährdung als ein Thema, das lediglich andere, aber nicht sie selbst betrifft.

Ambivalente Änderungswünsche

Eine Ausnahme von der hier beschriebenen Einstellung bildet Jim aus Gruppe 1. Mit seiner Äußerung, er und die anderen seien „seelisch süchtig“ (1/308), ist er dem Stadium der Absichtsbildung zuzuordnen, denn er bewertet seinen eigenen Konsum bereits kritisch, unternimmt aber noch keine konkreten Schritte zur Veränderung. Trotz des geäußerten Hilfewunsches (3/334) hat er keine Vorstellung, wie Unterstützung aussehen könnte und zieht daraus das Fazit, dass ihm ja sowieso keiner helfen kann:

- Jim: „Wer soll mir denn helfen, wenn das mein Körper is, sag mal. Reden, reden, reden, reden und sagen. Ich hör jetzt auf oder was?“ (1/340)

Die Ambivalenz gegenüber der Inanspruchnahme von Rat und Unterstützung ist ein weiteres Kennzeichen des Stadiums der Absichtsbildung und kann als entscheidendes Hindernis gelten, vorhandene Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ambivalente Einstellungen werden von Gruppe 1 in einem offenen Konflikt ausgetragen. So wird Jims Äußerung, sie

4

seien alle „seelisch süchtig“, von Joe vehement abgewehrt mit Äußerungen wie zum Beispiel:

- *„Kifferprobleme haben wir hier nicht.“* oder
- *„Man kann das kontrollieren.“* (1/307)

An einer weiteren Stelle nennt Ötzi als möglichen Auslöser für eine Veränderung eine feste Arbeitsstelle mit regelmäßiger Tagesstruktur (1/384). Osman und Joe widersprechen ihm und Joe schildert zur Veranschaulichung, dass er in der Zeit, als er in einer Fabrik gearbeitet hat, umso mehr Cannabis konsumiert habe, um die Zeit zu vergessen und die Arbeit besser zu ertragen (1/390).

An beiden Stellen wird deutlich, dass Wünschen nach Veränderung und Fantasien von einem möglichen Weg dorthin sofort mit Gegenargumenten anderer Mitglieder der Gruppe widersprochen wird. Sich der Gruppennorm „Wir brauchen keinen Rat“ und „Wir haben alles unter Kontrolle“ zu widersetzen benötigt viel Energie und Souveränität des Einzelnen. Ötzi fasst die in der Gruppe vorhandene Ambivalenz an anderer Stelle treffend mit dem Ausspruch zusammen:

- *„Ja, man wünscht sich einen Rat, aber man sagt das nicht.“* (1/171)

Motive zur Veränderung riskanter Konsummuster

Dass die Veränderung riskanter Konsummuster möglich ist und welche Motive dafür ausschlaggebend sind, schildern Toni aus Gruppe 1 und die Jungen der Gruppe 3 aus dem Rückblick. Negative Gefühle und die nachlassende Wirkung trotz Erhöhung der Dosis waren entscheidend für ihren Entschluss, aufzuhören.

- Toni: *„Ich hab mich nich mehr gut gefühlt nach einem Joint, das is doch blöd, wenn man sich nich gut danach fühlt.“* (1/132)
- Shaban: *„Je mehr ich geraucht habe, desto weniger ist passiert, also, danach hab ich mir gedacht, es lohnt sich nicht.“* (3/162)

Schlechte Schulleistungen und die Illegalität von Cannabis zählen als weitere Motive für Veränderung:

- Abdulkadir: *„Das war so ein komisches Gefühl, das hab ich dann 'ne Zeit lang gemacht, danach hab ich gedacht, was bringt mir das? Erstens ist es illegal, ich bin schlechter in der Schule, wenn ich schon sitzen geblieben bin. Wenn ich dann noch schlechter werde, vielleicht hab ich dann bald 'ne Anzeige, da dacht ich mir, hör ich lieber damit auf.“* (3/115)

Dabei werden die schlechten Schulleistungen in einen direkten Zusammenhang mit dem eigenen Konsumverhalten gebracht.

- Shaban: *„Es is ja so, wenn man kiff, denkt man schon morgens früh daran, ja, was könnt' ich jetzt mit meinen Freunden machen und so. Dann kommt man halt morgens drauf, komm, gehen wir nich zur Schule, machen wir dies, wird*

man automatisch in der Schule schlechter, wenn man nicht hingehört, kriegt man auch nichts mit.“ (3/277)

Als weitere Gründe werden finanzielle Einschränkungen (3/157) und das negative Beispiel von Freunden genannt:

- *„Ich wollte nicht wie ein Junkie enden, was Härteres nehmen, weil ich kenn Freunde, die nehmen schon was Härteres, bei denen nützt das nichts mehr.“ (3/142)*

Bei den Äußerungen der Jugendlichen fällt auf, dass die bewusste Wahrnehmung der Nachteile ihres Konsums zu einer Entscheidung für ein verändertes Konsumverhalten geführt hat. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Überlegung: Wie geht mein Leben weiter? Was wird aus mir, wenn ich so weitermache wie bisher? Das Nachdenken über diese Fragen führt zu konkreten Schritten der Veränderung. Jacqueline fasst dies folgendermaßen zusammen:

- *„Das kam von einem auf den anderen Tag, da hab ich überlegt: Was will ich haben? Was will ich werden? Und wenn ich das weitermache, werde ich nix, hab ich mir gedacht und dann hab ich die Schritte dazu gemacht.“ (5/349)*

Erlebte Veränderung des Konsumverhaltens

Wie werden Konsummuster verändert? Zu dieser Frage vertreten die Jugendlichen unterschiedliche Meinungen. Golo schildert, dass er „sich dosiert“ habe, er konsumiert ab und zu – nicht mehr täglich – und grenzt die Menge entsprechend seinen finanziellen Mitteln ein (5/110). Toni berichtet, dass er seinen Cannabiskonsum von heute auf morgen, ohne fremde Hilfe und ohne Entzugserscheinungen aufgegeben hat. Als Begründung führt er an, sein Konsum sei auch vorher nur gelegentlich gewesen (1/137). Diese Auffassung bestätigt Kürschan aus Gruppe 3 (3/147), die anderen Jugendlichen der Gruppe berichten dagegen von Entzugserscheinungen und Rückfällen.

- *„Ich konnte direkt wechseln, also von einem auf den anderen Tag hab ich dann aufgehört. Aber war schwer, also ich hatte Entzugserscheinungen, das war so, ich wusste nicht, was ich machen soll, ich war schon dran gewöhnt, das war schon für mich Gewohnheit und danach aufzuhören direkt war schon ein bisschen schwer, weil ich wusste nich, das Leben war irgendwie so langweilig.“ (3/132)*

Die dargestellten Sequenzen machen deutlich, dass einige der befragten Jugendlichen bereits positive Erfahrungen mit der Reduzierung von Konsummustern gemacht haben, die sie ohne professionelle Hilfe durchgeführt haben. Welche Formen der Unterstützung sind ihnen dabei wichtig?

Rat und Unterstützung bei Veränderung

Auf die Frage nach erlebter Unterstützung wird von den Jugendlichen der Gruppe 3 betont, welche wichtige Rolle die Bestärkung der eigenen Entscheidung durch Freunde

4

spielt. So schildert Anja aus Gruppe 6, dass sie aufgrund schwerer Entzugserscheinungen den Ausstieg aus einem riskanten Konsum verschiedener illegaler Substanzen nur geschafft hat, weil eine Freundin mit ihr zusammen denselben Schritt getan hat. Gruppe 3 beschreibt die Art der Unterstützung durch Freunde näher:

- Abdulkadir: *„Ja, die ham gesagt, wir stehen dir bei, wir sind gute Freunde, sonst wenn du das machst, dann kannst du zu den andern gehen, wir sind dann nicht mehr deine Freunde, und dann dachte ich mir, wer ist mir wichtiger: die, die mir beistehen, die mir immer zur Seite sind oder die anderen, die nur mein Geld wollen, die nur deswegen, also die keinen Spaß haben können.“* (3/235)

Abdulkadir betont hier, dass er durch die Veränderung Distanz zur Gruppe der Konsumenten und Konsumentinnen gewonnen und gleichzeitig Unterstützung durch die Nichtkonsumenten und -konsumentinnen erhalten hat. Dies setzt voraus, dass der Kontakt zu mehreren Peergroups gegeben ist. Auf meine Nachfrage erklären die Jugendlichen, dass sie sich durch Schule, Sportverein und Bekanntschaften im Stadtteil in verschiedenen Gruppen bewegen und so in der Lage sind, Beziehungen abzubrechen, die nicht mehr ihren Vorstellungen entsprechen (3/320). Gruppe 3 setzt außerdem die Unterstützung durch Freunde in deutlichen Kontrast zum Verhalten von Erwachsenen, denen sie keine Unterstützung bei Veränderung zutrauen:

- Shaban: *„Halt wie gesagt, wenn man so was macht, Freundeskreis kann besser helfen wie Erwachsene oder so. Erwachsene können nur mit dir reden, mit denen bist du nich draußen. Mit deinen Freunden verbringst du ja sechs Stunden am Tag ... Wenn ich das 'nem Erwachsenen sagen würd, die würden sagen, hör auf, das is nich gut und so, aber mehr würd' da nich kommen.“* (3/373)

Während die Jungen der Gruppe 3 die Unterstützung durch Freunde favorisieren, da sie mit ihnen ihren Alltag teilen, wird dies von den Mädchen der Gruppe 4 deutlich kritischer gesehen:

- Tanja: *„Also mit Freunden würd' ich immer darüber reden.“*
- Alexandra: *„Aber ich kann mich nicht darauf verlassen, dass die auch einen guten Rat geben. Die wissen ja oft selbst nicht, was man besser machen kann. Aber erzählen würd' ich ihnen trotzdem alles.“* (4/187)

Die Einschätzung, dass Freunde bei der Veränderung riskanter Konsummuster keine verlässliche Hilfe darstellen, trifft Alexandra im Zusammenhang mit der Schilderung ihres eigenen Konsumverhaltens. Für sie stellt der Einzug in die Wohngruppe einen Wendepunkt im Hinblick auf ihr Konsumverhalten dar. Während sie vor ihrem Einzug ins Heim jeden Tag gemeinsam mit Freunden Cannabis geraucht hat, hat sie ihren Konsum aktuell auf seltene Anlässe reduziert. Vor allem die Verringerung des Kontakts mit den alten Freunden wird als zentrale Ursache für die Reduktion angesehen.

- *„Das war 'ne Zeit lang, wo ich das jeden Tag gemacht habe, aber jetzt nicht mehr. Das war, bevor ich hier gewohnt hab ... Weil ich hierhin gekommen bin und irgendwie hat ich dann nach 'ner Zeit nicht mehr mit denen zu tun ... War jetzt*

nicht so, dass ich aufhören musste, es war einfach immer weniger geworden.“
(4/172)

Der tägliche Konsum von Cannabis stand für Alexandra offenbar in engem Zusammenhang mit ihren Freunden. Der Einzug ins Heim hat dazu geführt, dass sie weniger konsumiert, obwohl sie immer noch „*sehr gern*“ konsumiert. Sie betont die Freiwilligkeit, mit der sie ihre alten Konsummuster verändert hat, und dass sie nicht dazu gezwungen wurde, aufzuhören, sondern dass es „*einfach weniger*“ geworden ist. Es scheint, dass der Wechsel der Umgebung und der abgebrochene Kontakt zur Freundesgruppe für sie ein so einschneidendes Ereignis war, dass das veränderte Konsumverhalten „wie von selbst“ weniger wurde.

Die Unterstützung durch Freunde ist bei der Veränderung riskanter Konsummuster sehr entscheidend, die Rolle der Freunde wird aber von den befragten Jugendlichen unterschiedlich eingeschätzt. Während Freunde für die einen – vor allem für die Jungen – die wichtigsten Ratgeber sind, wird dies von einigen Mädchen kritischer eingeschätzt. Einig sind sich alle darin, dass die Distanz zu konsumierenden Freunden und die Unterstützung durch Freunde bei der Veränderung von Verhaltensmustern und bei der Ausübung alternativer Freizeitgestaltung deutlich dazu beiträgt, riskante Konsummuster zu reduzieren.

4

4.2.5 Kommunikation über Drogenkonsum im aktuellen Setting

Wie wird die Kommunikation mit Erwachsenen über Drogenkonsum von den Jugendlichen bewertet? Hier nennen die meisten Gruppen zunächst den Umgang der eigenen Eltern mit dem Thema.

Umgang im Elternhaus

Aus Sicht der Jugendlichen zeigen Eltern besonders bei der Beurteilung von Cannabis eine übertriebene oder dramatisierende Haltung:

- Abdulkadir: *„Die denken, dann stirbst du, dann bist du süchtig für dein Leben, übertrieben, die wissen nich, wie das ist und können sich gar keine Meinung dazu bilden.“* (3/251)

Das Gespräch mit den Eltern wird von den Jugendlichen selten gesucht, sie begründen dies auf unterschiedliche Art und Weise. So betont Osman, dass die Thematisierung von Drogenproblemen mit den Eltern in Migrantenfamilien („*bei uns*“) tabu ist:

- *„Bei so einem Drogenproblem kann man nicht zu seinen Eltern gehen, ok, Bruder vielleicht, aber Eltern auf keinen Fall, bei uns jedenfalls nicht.“* (1/239)

Leyla dagegen möchte ihre Mutter lieber mit dem Thema verschonen:

- *„Nee, aber dass ich da ankomm' und sag Mama, ich hab gerade eine geraucht, nee, das würd' die nervlich fertig machen und dann denkst die, sie hat irgendwas in der Erziehung falsch gemacht und das hat se nich, man macht das nur aus Neugier und nich wegen den Eltern.“ (2/168)*

Lediglich Kürschan aus Gruppe 3 schildert ein positives Erlebnis mit den Eltern. Diese haben sehr klare Regeln:

- *„Bei mir zu Hause ist das so, meine Eltern woll'n nicht, dass ich rauche, dass ich schlechte Wege gebe.“ (3/179)*

Wichtiger als die autoritative Durchsetzung dieser Regeln ist den Eltern aber Offenheit. Dies beschreibt Kürschan folgendermaßen:

- *„Meine Mutter hat gefragt, ob ich mal gekiff't hab, und da hab ich ihnen ehrlich gesagt, ja ich hab gekiff't, also mein Vater war stolz darauf, nicht dass ich gekiff't, sondern dass ich ehrlich zu ihm war, dass ich ihm die Wahrheit gesagt habe.“ (3/177)*

Die Betonung klarer Grenzen durch die Eltern wird von den Jugendlichen akzeptiert, dies zeigt auch das von Gruppe 3 geschilderte Beispiel der Mutter eines Klassenkameraden, die dem Sohn erlaubt, zu Hause zu kiffen. Die Gruppe distanziert sich deutlich von diesem Verhalten und zieht den Schluss:

- Shaban: *„Eltern sollten das nicht unterstützen, natürlich nicht, is ja nichts Gutes, aber die sollten auch nicht überreagieren.“ (3/428)*

Abschließend lässt sich bemerken, dass die Jugendlichen bei ihren Eltern in der Regel einen Umgang mit Drogenkonsum erleben, der sich auf eine Kommunikation über Gefährdungen beschränkt. Positive Beispiele eines offenen, sachlichen Dialoges sind selten. Im weiteren Verlauf des Gesprächs sollten die Jugendlichen den Umgang in der jeweiligen Institution mit Drogenkonsum beurteilen. Die Aussagen werden entlang der jeweiligen Institutionen Jugendzentrum, stationäre Jugendhilfe und Schule zusammengefasst.

Jugendzentrum: Reaktion auf Provokation

Aufgrund der Aussagen der ersten Gruppen 1 bis 3 lässt sich feststellen, dass Drogenkonsum im Jugendzentrum nur dann thematisiert wird, wenn er einen Verstoß gegen die Hausordnung darstellt. Dies wird besonders von der Mädchengruppe thematisiert:

- Gina: *„Mit den Betreuern, mit A.? Reden wir eigentlich nich drüber, wir werden ja auch nich gefragt oder so.“*
- Leyla: *„Bei den Jungs is das, denk ich mal, schon ein Thema, denk ich mal so.“*
- Gina: *„Die reden ja so darüber, ja hab ich mir mal hier eine geraucht und so.“*
- Interviewerin: *„Die geben ein bisschen damit an?“*

- Gina: *„Ja ja, die stellen sich vors JZ und machen sich sogar eine an. Oder gehen hier hinten hin am Basketballkorb und rauchen, haha, das machen die jeden Tag, jeden Tag is das so.“ (2/119)*

Da der Konsum der Mädchen nicht so offensichtlich und provokant ist wie der Konsum der Jungen, werden sie nicht von den Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen angesprochen. Konsum scheint erst dann ein Thema zu werden, wenn er stört. Eine Ansprache des Themas mit allen Besucherinnen und Besuchern findet nicht statt. Die Jungen der Gruppe 3 begründen die nicht stattfindende Kommunikation damit, dass sie von sich aus auch keinen Anlass sehen, ihren Konsum zu thematisieren, solange sie nicht abhängig sind:

- *„Die Betreuer hier, ich kenn die nich. Wieso soll ich zu denen hingehen und dann erzählen, ja, ich kiffe? Wenn ich jetzt übertrieben süchtig wäre, dann würd' ich vielleicht zu so wie sagt man Beratung, Drogenberatung oder Psycho, Psychologie.“ (3/251)*

Mit der Beschreibung „Ich kenn die nich“ drückt Gruppe 3 eine grundsätzliche Distanz zu den Sozialpädagogen und -pädagoginnen aus, die von Gruppe 1 und 5 ebenfalls thematisiert wird. So betont Joe aus Gruppe 1:

- *„Ich würd' ja nich hier zur Sozialpädagogin gehen und irgendwie einen ansprechen, ich weiß ja nich, wie das is.“ (1/192)*

Gruppe 5 beantwortet die Frage nach dem Umgang im aktuellen Setting lediglich mit zwei Sätzen und weicht dann auf ein anderes Thema aus:

- Golo: *„Es gibt Regeln.“*
- Abdulkadir: *„Mit Frauen kann ich nicht reden. Als F. (Anm. männlicher Sozialpädagoge) noch da war, war das besser, da war hier mehr los.“ (5/303)*

Die Distanz zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird hier mit fehlenden gleichgeschlechtlichen Gesprächspartnerinnen und -partnern begründet. Auffällig ist, dass die distanzierte Haltung gegenüber den Professionellen vor allem von den befragten Jungen ausgedrückt wird. Die Mädchen schildern stattdessen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Mitarbeiterinnen, die durch Humor und ein unkompliziertes Miteinander gekennzeichnet ist:

- Gina: *„Ja, die machen Scherze mit uns, die sind nich so pingelig, also die hörn uns auch zu, das mögen wir auch an denen.“ (2/213)*

Gina nennt als Beispiel für guten Rat die Art der Unterstützung, die eine Sozialpädagogin ihr beim Schreiben von Bewerbungen gegeben hat und bewertet dies folgendermaßen:

- *„Also die zeigen uns schon den richtigen Weg ... die setzen sich mit uns hier rein und dann üben wir, das is wie Nachhilfe und Spaß in einem. Ja, is ganz gut hier.“ (2/216)*

4

Die mangelnde Kommunikation über Drogenkonsum entschuldigt sie mit zeitlicher Überlastung der Mitarbeiterinnen:

- Gina: „Die A. hat im Moment selber viel zu tun im Büro und der ganze Kram da, man kommt ja auch nicht, die is ja selber froh, wenn se mal hier durchlaufen kann oder hier gucken kann und irgendwas machen kann. Aber sonst hat sie zu viel zu tun dafür.“ (2/190)

Als Anlass, Drogenkonsum im Jugendzentrum zu thematisieren, schildert Gruppe 3 eine Informationsveranstaltung:

- Hakan: „Also, hier kamen öfters so Leute von der Polizei oder so und ham geredet, wie's mit Drogen hier aussieht und über die Wirkung und so, was gefährlich daran is, alles erzählt und so, aber mehr kam da nich dazu.“ (3/364)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Kommunikation über Alkohol und Drogen in den beteiligten Jugendzentren sich aus Sicht der Jugendlichen auf einzelne Situationen beschränkt. Dies sind entweder Informationsveranstaltungen oder das Aushandeln der Hausordnung. Ein unverbindliches Gespräch nebenbei über Konsumformen kommt selten vor; dabei werden unauffällige Konsumformen, die vor allem von Mädchen ausgeübt werden, ignoriert. Während die befragten Jungen Distanz gegenüber den Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen und mangelndes Interesse an der Inanspruchnahme von Beratung ausdrücken, berichten die Mädchen von einer positiven Beziehung, der sie Rat und Hilfestellung zutrauen.

Stationäre Jugendhilfe: Sanktionen oder Toleranz?

Bei der Beschreibung der stationären Jugendhilfe sind zwei konträre Konzepte in den teilnehmenden Institutionen vertreten. Während die Umgangsweise im Internat als abstinentorientiert und sehr restriktiv zu bezeichnen ist, wird im Mädchenwohnheim eine eher tolerante Haltung vertreten. Im Internat ist der Konsum von Cannabis verboten; dies wird regelmäßig mithilfe von Urinproben kontrolliert. Cannabiskonsum ist nach Aussage der Jugendlichen trotzdem weit verbreitet (8/173) und die Erzieherinnen und Erzieher führen regelmäßige „Verhöre“ durch, in denen eine Jugendliche bzw. ein Jugendlicher bis zu acht Erzieherinnen bzw. Erziehern gegenüber sitzt und aufgefordert wird, über das Konsumverhalten der Mitschülerinnen und -schüler Bericht zu erstatten (8/375). Diese Art des Umgangs führt zu einer Kommunikation, die Florian als Wettkampf beschreibt:

- „Die Erzieher, die probieren einen auch so lange zuzutexten, bis du nich mehr weiter weißt und dich dann verlaberst ... Das Diskutieren macht mir eben Spaß und meistens gewinn ich dann, weil die versuchen, mich immer mit ihren Tricks und so, ja, der verlabert sich gleich und so, und dann verlabern die sich, weil ich dann auf Durchzug schalte und dann wieder da anfangen, wo ich angefangen hab, das macht mein Gegenüber immer total wabnsinnig.“ (8/77)

Im Vordergrund steht hier das Interesse, durch die besseren Diskussionsstrategien zu gewinnen. Dadurch bilden sich verhärtete Fronten, es kommt jedoch zu keinerlei kritischer Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsum. Die Mädchen des Wohnheims beschreiben demgegenüber den Umgang der Pädagoginnen mit Drogenkonsum folgendermaßen:

- Alexandra: *„Wir dürfen hier im Haus nicht, also die Betreuer reden schon mit uns, wenn wir dicht hier einlaufen, dann reden die schon mit uns, wieso, weshalb, weswegen ... B., eine Betreuerin von uns, hat uns auch schon erwischt, wie wir hier drin geraucht haben, die hat auch nichts dazu gesagt. Die hat gesagt, wir sollen damit rausgehen und fertig.“* (4/86)

Die Mädchen sind von diesem moderaten Umgang, der lediglich die Hausordnung durchsetzt, aber den Konsum toleriert, deutlich irritiert:

- Tanja: *„Ja, da war ich doch schon erstaunt. Ich weiß nicht, die nehmen das manchmal auf die leichte Schulter.“*
- Interviewerin: *„Wie würdet ihr euch das denn anders wünschen?“*
- Alexandra: *„Ich weiß nicht, härter so, keine Abnung. Ich hätte damit gerechnet, dass die anders reagieren, nicht so locker.“* (4/77)

Die Bewertung der Mädchen, dass die Betreuerinnen „zu locker“ mit Drogenkonsum umgehen, überrascht. Zu viel Verständnis für ihren Konsum und ein eher ignoranter Umgang mit dem Thema scheint die Mädchen zu irritieren. Sie wünschen sich eher von ihren Betreuerinnen, dass diese deutliche Grenzen setzen, an denen sie ihr eigenes Verhalten messen und austarieren können. Ein Gespräch mit den Pädagoginnen über Drogenkonsum kommt nach Einschätzung der Mädchen in erster Linie aufgrund ihrer eigenen Initiative zustande:

- Marianne: *„Ja, wenn man die direkt drauf anspricht, dann helfen die einem auch. So, wenn die das mitkriegen, dann sagen die nicht viel, klar, die wollen, dass wir das draußen machen und nicht hier, damit wir keine Drogen hier im Haus haben. Aber wenn man die um Hilfe bittet, dann helfen die einem auch.“* (4/115)

Diese Äußerung zeigt einerseits, dass die Mädchen ihre Betreuerinnen als kompetent erleben, andererseits klingt die Äußerung nach dem Wunsch, dass die Betreuerinnen auch einmal selbst die Initiative ergreifen sollten, um mit den Mädchen den Umgang mit Drogen, zum Beispiel Konsumregeln etc., zu klären. Bei der Analyse des Umgangs in den beiden Einrichtungen der Erziehungshilfe wird auch hier – ebenso wie im Jugendzentrum – deutlich, dass Drogenkonsum lediglich bei Verstößen gegen die Hausordnung thematisiert wird, wenn auch auf sehr unterschiedliche Art und Weise. Konfrontative Strategien werden von den Jugendlichen mit Widerstand beantwortet. Eine tolerante Haltung wird begrüßt, aber löst auch Irritation aus.

Jugendberufshilfe: Tabuisierung oder Offenheit?

Zum Umgang mit Drogenkonsum im Setting „Unterricht und Ausbildung“ lassen sich nur zwei Stellungnahmen anführen. Die Mädchen der Hauswirtschaftsklasse berichten, dass Drogenkonsum in ihrer Ausbildung überhaupt nicht thematisiert wird (9/127). Die Jugendlichen des Berufsförderwerkes schildern, dass sich die Kommunikation zwischen Schülerinnen und Schülern bzw. Lehrerinnen und Lehrern auf die Thematisierung schlechter Schulleistungen beschränkt und Drogenkonsum ausblendet. Als ein positives Gegenbeispiel beschreiben sie einen Betreuer im Betriebspraktikum, der offen mit ihnen über ihren Cannabiskonsum redet, aber auch klare Grenzen aufzeigt (6/48).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der Kommunikation zwischen Jugendlichen und Erwachsenen Regelverstöße als Anlass zum Gespräch über Drogenkonsum dominieren, daneben wird das Thema selten angesprochen. Die Jugendlichen kritisieren eine Haltung der Erwachsenen, die sich auf den Hinweis auf gesundheitliche Gefährdungen oder auf Sanktionen beschränkt. Allerdings äußern vor allem die Jungen auch von sich aus eine sehr distanzierte Haltung gegenüber Pädagogen und Pädagoginnen. Als positive Beispiele werden Erwachsene benannt, mit denen bei klarer Grenzziehung und in lockerer Atmosphäre sachliche und offene Gespräche möglich sind.

4.2.6 Visionen von Beratung und Unterstützung

Bei der Frage, wie Beratung und Unterstützung aussehen könnte, entwerfen die Jugendlichen eine Vision von Beratung, die positive Aspekte bereits erlebter Beratung enthält, aber auch Gegenbilder zu erlebter misslungener Kommunikation fantasiert.

Gegenseitiger Respekt

Florian und Markus beantworten die Frage zunächst mit einem Negativbeispiel, in dem sie die Auswirkungen eines abstinenzorientierten und konfrontativen Ansatzes auf die Beziehung zwischen Erziehern und Jugendlichen schildern:

- Florian: *„Die Beratung sollte nicht so sein, dass irgendwie die Berater immer denken ... ich bin gut, du bist böse, du hast was Schlimmes gemacht, so hatte ich es bis jetzt immer, und dann ist klar, dass der, dem man helfen sollte, sich verschließt ... Beratung muss auf 'ner, wie man sagt, Vertrauensbasis bestehen, dass man nicht irgendwie, ja, du musst mir das sagen, und schon gar nicht sollte man dazu gezwungen werden ... weil dann verschließt man sich schon aus Protest.“* (8/66)

Markus unterstreicht Florians Meinung noch einmal:

- *„Eben nich zu sagen, poab, da sind die bösen Kinder, die gekiff't haben oder so und ja also, man sollte sich gegenseitig respektieren und nich sagen, ach komm ej ... den texte ich jetzt zu und der hat jetzt gar nichts zu sagen.“* (8/85)

Als Bedingung für gelingende Beratung nennen die Jugendlichen neben gegenseitigem Respekt einen partnerschaftlichen Umgang mit Gleichgesinnten:

- *„Ich würd zu 'nem Freund gehen, der so gleichgesinnt mit mir is, also der auch mal gern einen raucht oder so und ja, der eben genauso denkt wie ich bzw., der mich versteht.“ (8/442)*

Florian schildert das Verhältnis zur Kusine als beispielhaft für gelingende Beratung:

- *„Das ist ein Geben und Nehmen zwischen meiner Kusine und mir, ich rate ihr was, sie rät mir was. Aber die Vertrauensbasis hat sich nach 'ner Zeit aufgebaut. Ich hab sie nach Rat gefragt, sie hat mir Rat gegeben, ich hab den Rat befolgt und bin weiter gekommen.“ (8/415)*

Reziprozität der Beziehung und gewachsenes Vertrauen sind hier entscheidende Merkmale. Ein weiteres Kennzeichen gelingender Beratung in Freundschaftsbeziehungen ist Verschwiegenheit und Unabhängigkeit von Terminen:

- Swetlana: *„Ja, eine Freundin, die hört zu und die ist sofort da.“*
- Interviewerin: *„Die ist immer da, wenn man sie braucht, was gibt es noch?“*
- Swetlana: *„Weil man denen vertrauen kann, die hör'n sich Probleme an und erzählen die nich weiter.“ (9/198)*

4

Vertrauliche und sachliche Atmosphäre

Während die bisherigen Äußerungen vor allem Beziehungen zu Freunden und Verwandten als positive Beispiele nennen, schildern die Mädchen der Gruppe 4 das Verhalten einer Pädagogin als beispielhaft:

- Alexandra: *„Also, meine Betreuerin gibt mir das Gefühl, dass ich ihr alles erzählen kann, dass ich ihr vertrauen kann, dass die anderen Betreuerinnen zum Beispiel nicht Bescheid wissen, denn ich versteh mich auch nicht mit jeder Betreuerin und möchte nicht, dass die das alle wissen, denn die haben ja auch einmal in der Woche Teambesprechung, da erzählen die sich alles, was wir machen, und wenn ich ihr sage, sie soll das nicht da erzählen, da halten die sich auch dran.“ (4/179)*

Während hier Vertrauen und Verschwiegenheit als Kennzeichen einer gelungenen Beratung genannt werden, betonen die Jungen aus Gruppe 3, dass sie sich vor allem ein sachliches Gespräch (3/431) wünschen, das Raum für die Thematisierung der eigenen Lebensperspektive lässt:

- Hakan: *„Ich weiß nich, die müssen mir was sagen können, zum Beispiel wie sich das in meinem Leben auswirkt, ja zum Beispiel wenn ich so weiter mache, wie meine Kinder dann später im Leben werden, ob die vielleicht jetzt so asozial werden, wenig Geld haben, dass die dann auch kriminell werden, wenn die mir dann so was sagen, würde ich lange drüber nachdenken und auch später überlegen, dass ich das nicht tun will.“ (3/402)*

Die Stellungnahmen der Jugendlichen machen deutlich, dass sie, obwohl sie bislang wenig Erfahrung mit der Beratung durch Erwachsene gesammelt haben, sehr wohl Kriterien für eine in ihrem Sinne gelingende Beratung entwickeln. Entscheidend ist für sie in erster Linie gegenseitiger Respekt statt Polarisierung in Gut und Böse und das Gefühl, in ihrem Streben nach Autonomie ernst genommen zu werden. Ein sachliches Gespräch, das durch eine Atmosphäre von Vertrauen und Vertraulichkeit gekennzeichnet ist und Raum bietet für das gemeinsame Reflektieren von Lebensvorstellungen, ist ihren Erwartungen angemessen. Die Jugendlichen, die bereits Veränderung erlebt haben, bringen außerdem die Erfahrung ein, dass Beratung letztlich nur die Veränderung begleiten, aber nicht erzwingen kann, der „Klick im Kopf“ muss bei jedem selbst geschehen. Abschließend soll darum eine längere Sequenz zitiert werden, in der die ehemaligen Konsumenten und Konsumentinnen die Rolle von Freundinnen bzw. Freunden und von Beratung sehr anschaulich beschreiben:

- Interviewerin: *„Wenn jetzt ein guter Freund in einer Situation wäre, wo er viel kifft und wollte damit aufhören, und der würde das allein nicht hinkriegen, was würdet ihr ihm raten?“*
- Shaban: *„Solange der aufhören will, ist es eigentlich leicht, man kann viele.“*
- Interviewerin: *„Also Alternativen anbieten.“*
- Abdulkadir: *„Ja, aber nicht so komm, kiff nicht mehr quengeln und so, dann bleibt der mit uns, aber wenn er weg is, kiff er weiter, das is bei J. so.“*
- Hakan: *„Dann betrügt man sich halt selber, wenn man so is.“*
- Abdulkadir: *„Also, man kann jetzt nicht sagen, man kann dem Freund beistehen, das muss auch bei dem im Kopf selber klicken.“ (3/208)*

Bewertung der Gruppendiskussionen durch die Jugendlichen

Am Schluss der Fokusgruppen steht die Bewertung der erlebten Gruppendiskussion durch die Jugendlichen. Aufgrund der hohen Anforderungen an Konzentration und Moderation durch die vielfältigen Gruppenprozesse wird diese Abschlussfrage leider nicht bei allen Gesprächen gestellt. Zusammenfassend lässt sich aber feststellen, dass die meisten Jugendlichen vor allem durch ihre engagierte Teilnahme am Gespräch ihre Akzeptanz dieser Form von Gruppendiskussion ausdrücken. Gruppe 7 äußert allerdings deutliche Irritation in Form von häufigem Kichern zu Beginn des Gesprächs. Zwei Jungen begründen dies folgendermaßen:

- Marc: *„Wir müssen die ganze Zeit lachen, weil wann erzählt man das Erwachsenen?“*
- André: *„Ich erzähl eigentlich nie so offen, ich erzähl ja gerade so, wie es bei mir angefangen hat und, keine Ahnung, die lachen da.“*
- Marc: *„Das ist nur zum Lachen, weil man das sonst keinem Erwachsenen noch nicht erzählt hat.“ (7/47)*

Die offene und nicht wertende Art, Drogenkonsum zu thematisieren, wird von anderen Jugendlichen explizit gewürdigt:

- Golo: „*War doch cool, so was müssten wir mal öfters hier machen, kommen Sie mal wieder vorbei. Aber echt so, Sie können öfters mal vorbeikommen.*“ (5/605)
- Markus: „*Ich fand das jetzt verdammt in Ordnung, so Vertrauensbasis weiß ich nich, aber ziemlich locker und eben nich unter Druck bzw. unter Zwang gesetzt.*“ (8/472)
- Florian: „*Dies Gespräch hier fand ich um einiges besser, wie er schon sagte, bei andern Gesprächen läuft es mit Druck ab und da kriegt man gar nichts aus den Leuten raus und hier so auf der Basis interviewmäßig geht das um einiges besser.*“ (8/486)

Die Jugendlichen begründen ihr Erstaunen und ihre Offenheit mit dem Erleben eines respektvollen, nicht wertenden Gesprächsstils, den sie deutlich begrüßen.

4.2.7 Diskussion der Ergebnisse

Die im Rahmen von Fokusgruppen in Einrichtungen der Jugendhilfe befragten Jugendlichen haben sehr engagiert und offen Auskunft gegeben. Ausführlich haben sie bisherige Erfahrungen mit Alkohol und Cannabis beschrieben sowie die Kommunikation mit Eltern und Professionellen zu dem Thema bewertet und Kriterien für jugendgerechte Beratung aufgezeigt. Ausgehend von den Ergebnissen der Fokusgruppen lassen sich folgende Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Beratungskommunikation und Umsetzung des MOVE-Konzepts in Einrichtungen der Jugendhilfe ableiten.

Einschätzung des eigenen Konsumverhaltens

Fast alle befragten Jugendlichen sind darum bemüht zu zeigen, dass sie souverän mit ihrem Konsum umgehen und auch jederzeit aufhören könnten, wenn sie wollten. Sich selbst als abhängig zu bezeichnen oder Probleme aufgrund des Konsums zuzugeben, widerspricht dem Wunsch nach Autonomie und Distanz gegenüber Erwachsenen. Eine weitere Rolle spielt auch die Angst vor Stigmatisierung oder Gruppendruck.

Eine differenzierte Einschätzung des eigenen Konsums, die neben den Vorteilen auch Nachteile thematisiert und gemäßigte, kontrollierte Konsummuster entwickelt, fällt den Jugendlichen beim Umgang mit Alkohol einfacher als beim Umgang mit Cannabis. Bei Letzterem überwiegen idealisierende und bagatellisierende Einschätzungen durch die Jugendlichen in dem Bewusstsein, da es sich um eine „natürliche“ Substanz handle, gehe man mit dem Konsum kein gesundheitliches Risiko ein. Dies mag daran liegen, dass der Konsum von Alkohol im Gegensatz zu Cannabisprodukten gesellschaftlich akzeptiert und in feste Rituale eingebunden ist. Es entspricht außerdem aktuellen Forschungsergebnissen, die darauf hinweisen, dass der Konsum von Cannabisprodukten unter Jugendlichen immer mehr zur Selbstverständlichkeit wird und dass seine Folgen meist unterschätzt werden (vgl. Kapitel 1.1). Doch auch beim Thema Alkohol überwiegt

die Einschätzung, alles „im Griff“ zu haben, selbst wenn nach schlechten Erfahrungen mit exzessivem Alkoholkonsum eher Grenzen gesetzt werden.

Diese Haltung entspricht bisherigen Annahmen, wonach riskant konsumierende Jugendliche sich selbst aufgrund mangelnder Risikowahrnehmung als nicht suchtgefährdet definieren, solange keine schwerwiegenden Folgeprobleme aufgetreten sind (Farke und Broekman 2002). Dies trifft nicht nur auf Jugendliche zu, sondern gilt als generelles Problem bei der Selbsteinschätzung bezüglich des Risikos von Erkrankungen wie Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, aber auch Geschlechts- oder Herzerkrankungen. So weist die psychologische Forschung zur Konstruktion von Selbstbildern darauf hin, dass bei der Risikobewertung in der Regel Vorstellungen von einem „Risikostereotyp“ existieren, der immer bei anderen zutrifft, während die eigene Person im Vergleich dazu aber immer besser und weniger gefährdet abschneidet (vgl. Leppin 2001, S. 114).

Auch in Bezug auf die Veränderung riskanter Konsummuster äußern die Jugendlichen zunächst wenig Bedarf an Hilfestellung von Erwachsenen. Sie suchen bei Fragen oder Irritationen lieber Unterstützung bei Freunden. Gegenüber der Hilfestellung von Erwachsenen sind sie – und das trifft eher auf Jungen als auf Mädchen zu – meist misstrauisch und ambivalent eingestellt.

Vorstellungen von Beratung und Unterstützung

Fraglich ist allerdings, inwiefern die distanzierte Haltung der Jugendlichen auch bedingt ist durch den bisherigen Umgang mit Drogenkonsum in Einrichtungen der Jugendhilfe. Obwohl sie bisher wenig oder keine Erfahrung mit der Beratung durch Erwachsene gemacht haben, formulieren die befragten Jugendlichen klare Kriterien für gelingende Beratung. An erster Stelle steht der Wunsch, selbst respektiert und ernst genommen zu werden anstatt Kommunikation über Drogenkonsum auf einen Schlagabtausch polarisierender Positionen zu beschränken. Zu ihren Kriterien zählen außerdem Klarheit und Offenheit sowie die vertrauliche Behandlung der Beratungsinhalte. Die Möglichkeit, ihre aktuelle Situation und ihre Lebensperspektive in einer sachlichen Atmosphäre zu diskutieren, ist ihnen wichtiger als die Thematisierung zukünftig eintretender gesundheitlicher Risiken ihres aktuellen Konsums. Dabei suchen sie sich ihre Gesprächspartnerinnen und -partner vor allem danach aus, ob diese in der Lage sind, einen authentischen, „lockeren“ Dialog mit ihnen zu führen und sie zu begleiten, anstatt sie mit Ratschlägen kurz abzuspeisen. Der Wunsch nach Souveränität und Selbstkontrolle ist bei vielen Jugendlichen – hier besonders Jungen – stark ausgeprägt und muss in Beratungssituationen explizit gewürdigt werden.

Die Prinzipien Motivierender Kurzintervention entsprechen den von den Jugendlichen aufgestellten Kriterien gelingender Beratung, denn sie postulieren einen empathischen und respektvollen Beratungsstil, der vor allem auf ambivalente Veränderungs- und Hilfewünsche eingeht und durch klärende Gespräche die Motivation zur Problematisierung

oder Veränderung eines riskanten Verhaltens steigert. Hauptakteurinnen und -akteure der Beratung bleiben die Jugendlichen, denn als partizipativ orientierter Beratungsstil geht Motivierende Gesprächsführung davon aus, dass Beratung Veränderung nicht erzwingen, sehr wohl aber begleiten und unterstützen kann.

Die Bedeutung der Gleichaltrigengruppe für die Motivation

Jugendlicher Konsum findet selten unabhängig vom Verhalten und den Normen der Gleichaltrigengruppe statt. Gerade beim Konsumverhalten ist der Einfluss so relevant, dass er den Einfluss soziokultureller Herkunft teilweise relativieren kann. Dies belegen Forschungsergebnisse (vgl. Richter 2005), und die befragten Jugendlichen bestätigen dies und beschreiben die unterschiedlichen Funktionen der Gruppe. So spielt die Gleichaltrigengruppe eine stützende und stärkende Rolle bei der Entwicklung eigener Normen und Perspektiven im Gegenüber zu der Welt der Erwachsenen. Jugendliche entschließen sich gemeinsam mit Freundinnen und Freunden, ein gesundheitsschädliches Verhalten aufzugeben. Sie bestätigen und stärken sich bei der Durchführung der einzelnen Handlungsschritte.

Die Gruppe kann aber auch eine stark restriktive Funktion ausüben, indem der Gruppendruck abweichende Meinungen unterdrückt und nivelliert. Dies erschwert dem Einzelnen, eine gruppenunabhängige, eigenständige Meinung zu entwickeln. Der Befund wird deutlich an der Auseinandersetzung in Gruppe 1, für die der Wunsch nach Autonomie und Distanz gegenüber Erwachsenen ein zentrales Thema ist. Ihr gemeinsames Credo lautet: „Wir haben alles unter Kontrolle.“ Der Ausdruck einer Gegenposition wird sofort abgewehrt; es bedarf großer Anstrengung für den Einzelnen, sich gegen diese Gruppenmeinung zu stellen und Zweifel auszudrücken oder gar den Wunsch nach Hilfe und Rat auszusprechen. Die Motivation, Hilfe in Anspruch zu nehmen, muss darum ebenso wie die Motivation zur Verhaltensänderung immer im Gruppenkontext gesehen werden.

Jugendliche können eine eigenständige Meinung und Motivation umso eher entwickeln, je weniger sie auf den Schutz einer restriktiven Gruppe angewiesen sind, die den Ausdruck vielfältiger und gegensätzlicher Meinungen unterdrückt. Die ehemaligen Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten (Gruppe 2 und ein Mädchen aus Gruppe 4) beschreiben sehr deutlich, dass ein verändertes Konsumverhalten durch den Wechsel der Peergroup ausgelöst und gestützt worden ist. Als entscheidende Ressource für eine Verhaltensänderung zählt der Zugang zu und die Identifikation mit verschiedenen Gruppen. Wo diese Möglichkeit nicht gegeben ist, ist die Aufgabe eines riskanten Verhaltens wesentlich erschwert.

Die Jugendhilfe spielt in diesem Prozess eine gewichtige Rolle, wenn sie die Identifikation mit einer neuen oder zusätzlichen Gruppe anbietet und fördert. Dass dies gelingen kann, zeigt das Beispiel von Alexandra, die durch den Wechsel in die Wohngruppe Distanz zu ihrer bisherigen Clique und zu deren Konsummustern gewonnen hat.

4

Welche Hilfestellung bietet Beratung? Die durchgeführten Gruppendiskussionen zeigen, dass Beratung – hier verstanden als ein moderierter Gruppenprozess im Rahmen eines Interviews – dazu beitragen kann, innerhalb einer Gruppe einen Freiraum für die offene Thematisierung von Ambivalenz zu eröffnen. In geschützter und vertraulicher Atmosphäre können sowohl die Vorteile als auch die Nachteile des Konsumverhaltens thematisiert werden. Wie wichtig dies ist, zeigen die Studien zur Motivierenden Kurzintervention und zum Stadienmodell: Die Thematisierung von Ambivalenz ist ein wichtiger Schritt zur Steigerung der Motivation zur Verhaltensänderung.

Die durchgeführten Fokusgruppen zeigen, dass dies nicht nur in Einzelgesprächen, sondern auch im Gruppengespräch möglich ist. Entsprechend den Prinzipien Motivierender Gesprächsführung nimmt die Moderatorin bzw. der Moderator des Gesprächs eine neutrale Position ein und ermutigt zur Beachtung vielfältiger Pro- und Kontra-Argumente. Dies kann zu einer offenen Diskussion führen, in der die einzelnen Gruppenmitglieder selbst jeweils Pro und Kontra ansprechen, neue Erkenntnisse generieren und auch Raum für sich widersprechende Gefühle und Motivationsmuster gegeben wird.

Der in den Fokusgruppen moderierte Gesprächsprozess ist von einigen der befragten Jugendlichen als neu und überraschend bewertet worden. Ein Teil dieses überwiegenden positiven Ergebnisses ist sicher der besonderen Situation zu verdanken, dass das Befragungsteam von außen in bestehende Gruppenkonstellationen gekommen ist, was die Schaffung einer offenen und vertraulichen Atmosphäre abseits der Alltagskonflikte erleichtert. Fraglich ist, ob sich dies zu gleichen Teilen auf die Kommunikation zwischen Fachkräften der Jugendhilfe und den Jugendlichen übertragen lässt. Dies durchzuführen, ist umso schwieriger in Alltagssituationen, die durch die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle geprägt sind.

Als eine Form, die den Jugendlichen sehr entgegenkommt, sollte es aber erprobt werden. Die bestehende Kooperation von Jugendhilfe und Drogenberatung bietet außerdem die Möglichkeit, außenstehende Fachkräfte zur Durchführung von Gruppendiskussionen einzuladen.

Bedeutung des soziokulturellen Hintergrundes

Zentraler Wunsch der Jugendlichen an die Inhalte von Beratung ist die Thematisierung ihrer Lebensperspektive. Die Entwicklung konkreter Ziele in der nahen Zukunft ist ihnen wichtiger als die Diskussion von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die möglicherweise erst in ferner Zukunft eintreten. Entsprechend führt sinkender schulischer Erfolg bei einigen Jugendlichen zur Veränderung ihres Konsumverhaltens.

Beim Vergleich der einzelnen Fokusgruppen und der in ihnen angesprochenen Konsummotive ist auffällig, dass die am stärksten konsumierenden Jugendlichen gleichzeitig diejenigen sind, die die schwächste Perspektive haben, da sie arbeitslos sind und sich von

gesellschaftlichen Werten wie beispielsweise Leistung deutlich abgrenzen. Eine Beratung, die an dieser Stelle nur das individuelle Konsumverhalten thematisiert, ohne darauf einzugehen, auf welchem Hintergrund dies geschieht und welche Chancen oder Ressourcen diesen Jugendlichen bislang verschlossen waren, ist defizitär und kontraproduktiv.

Die Einbettung Motivierender Kurzintervention in den Rahmen lebensweltorientierter sozialer Arbeit überwindet genau diese defizitäre Ausrichtung, indem sie die gesellschaftliche Genese sozialer Probleme und ihrer je individuellen konflikthafter Verarbeitung in den Beratungsprozess integriert und nach Möglichkeiten der Erschließung von Ressourcen sucht.

Die Prinzipien Motivierender Kurzintervention verbinden eine empathische Haltung mit Formen von Provokation, beispielsweise durch die Aufdeckung von Diskrepanzen. Die Umsetzung der im Konzept der Lebensweltorientierung geforderten Balance zwischen Respekt und Provokation (vgl. Thiersch 2002 und 2004) wird hier möglich und konkret.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die Auswertung der Befragung verweist außerdem auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Konsum und im Umgang mit Hilfe und Unterstützung. Während Jungen riskante Konsumformen vor allem als Provokation und Abgrenzung gegenüber Erwachsenen nutzen, praktizieren Mädchen eher moderate Konsumformen, die jedoch nicht weniger problematisch sind, wenn sie als Form der Konfliktbewältigung genutzt werden. Die Erkenntnis, dass Jungen eher härtere und externalisierende Konsumformen bevorzugen, ist nicht neu (vgl. Kap. 1.1). Überraschend ist jedoch der von den Jugendlichen beschriebene Umgang der Pädagoginnen und Pädagogen mit diesem Phänomen. Während der Konsum der Mädchen stillschweigend toleriert oder ignoriert wird, reagieren die pädagogischen Fachkräfte vor allem auf riskante Konsummuster mit Hinweisen auf die Hausordnung; weiterführende Hilfestellungen werden nicht gegeben. Mögliches Hindernis einer weitergehenden Kommunikation ist allerdings auch die besonders von Jungen ausgedrückte Abwehr gegenüber Beratung und Hilfestellung durch Erwachsene. Die Mädchen berichten demgegenüber von einer vertrauensvollen Beziehung zu Sozialpädagoginnen, deren Beratungskompetenz sie gern in Anspruch nehmen und schätzen. Die MOVE-Fortbildung sollte Sensibilität für geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und den möglichen Umgang damit stärken.

Auswirkungen des in der Institution vertretenen Konzepts

Jede Beratung geschieht im Rahmen der in der jeweiligen Einrichtung vertretenen Konzeption. Die zwei zufällig ausgewählten Institutionen der stationären Jugendhilfe – die Wohngruppe für Mädchen und das Internat – vertreten zwei ausgesprochen gegensätzliche Konzeptionen, die von den Jugendlichen anschaulich dargestellt werden.

Im Mädchenwohnheim wird in einem akzeptanzorientierten Ansatz Drogenkonsum toleriert, gleichzeitig bauen die Pädagoginnen ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Mädchen auf und fördern damit eine kritische Auseinandersetzung mit Konsummustern. Im Internat wird eine abstinenzorientierte Strategie verfolgt, die sich nicht scheut, mit den Jugendlichen regelrechte Verhöre durchzuführen und sie zum gegenseitigen Verrat aufzufordern. Dies führt auf Seiten der Jugendlichen zu vielfältigen Formen des Widerstandes, bewirkt aber keinerlei kritische Auseinandersetzung mit riskanten Konsummustern, sondern verstärkt diese stellenweise sogar. Der Kontrast macht deutlich, wie entscheidend die jeweilige konzeptionelle Ausrichtung den Umgang mit dem Thema Drogenkonsum bestimmt. Die Anwendung Motivierender Kurzintervention muss in einen passenden konzeptionellen Rahmen eingebettet sein, um nicht kontraproduktiv zu wirken oder den einzelnen Mitarbeiter bzw. die einzelne Mitarbeiterin zu überfordern.

Die in den Fokusgruppen mit Jugendlichen generierten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer jugendgerechten, niedrigschwelligen Beratung im Rahmen sozialer Gesundheitsarbeit aus folgenden Gründen:

1. Jugendliche Konsumentinnen und Konsumenten von Alkohol und Drogen unterschätzen ihr Risiko der Gefährdung.
2. Jugendliche sind zwar Erwachsenen gegenüber zunächst distanziert, aber wünschen sich eine respektvolle Art der Beratung, die ihnen Raum gibt, ihre Lebensperspektive zu thematisieren.
3. Jugendlicher Drogenkonsum ist geprägt vom Verhalten und den Normen der Gleichaltrigengruppe sowie von der durch soziostrukturelle Vorgaben geprägten Lebenssituation. Beides muss bei einer umfassenden Beratung beachtet werden.

4.3 Ergebnisse der Befragung von Kontaktpersonen und MOVE-Trainerinnen und -Trainern

4.3.1 Bewertung von Manual und Intervention MOVE durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Nach der Schilderung der Ergebnisse der Fokusgruppen mit Jugendlichen werden im Folgenden die Daten aus der Evaluation der MOVE-Fortbildung dargestellt. Diese betreffen zunächst die Bewertung der Fortbildung in Form und Inhalt sowohl aus Sicht der teilnehmenden Kontaktpersonen als auch aus Sicht der Trainerinnen und Trainer. Anschließend werden die Motivierende Kurzintervention und ihre Umsetzung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe dargestellt.

Beschreibung der Stichprobe

In Pilot- und Implementationsphase sind 14 MOVE-Seminare mit insgesamt 152 Teilnehmenden evaluiert worden. Die Gesamtgruppe von 152 Befragten teilt sich auf in Teilnehmende der Pilotphase (N = 52) und der Implementationsphase (N = 100). Beide Phasen unterscheiden sich durch die Verteilung der vertretenen Arbeitsbereiche. Während die Trainerinnen und Trainer der Pilotphase ihre Akquise auf die Bereiche außerschulische Jugendarbeit und Erziehungshilfe konzentriert haben, kommt in der Implementationsphase noch die Gruppe der Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter dazu. In beiden Phasen sind außerdem noch einzelne Fachkräfte aus weiteren Arbeitsbereichen der Jugendhilfe unter „Sonstige“ zusammengefasst. Die Abbildungen 3 und 4 zeigen die Verteilung der Arbeitsbereiche in den beiden Erhebungsphasen.

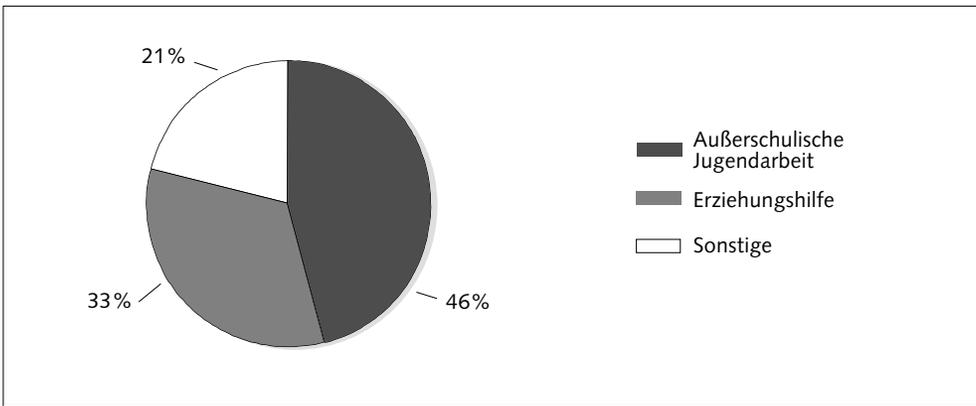


Abb. 3: Verteilung der Arbeitsbereiche (Pilotphase = A)

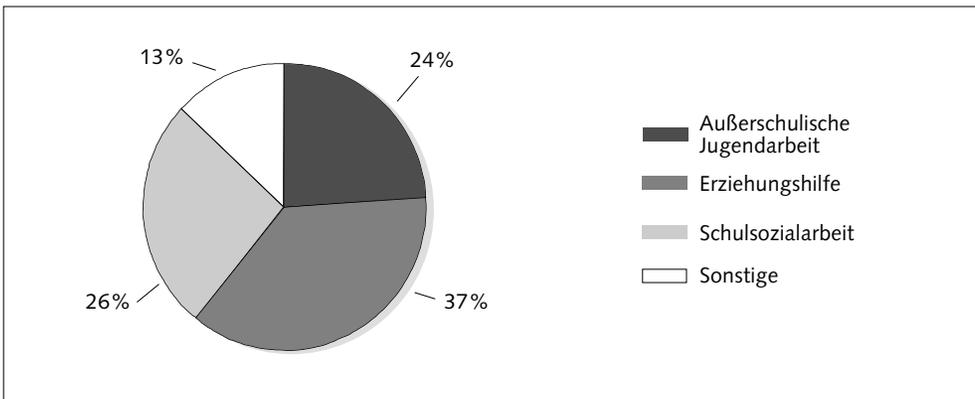


Abb. 4: Verteilung der Arbeitsbereiche (Implementationsphase = B)

Die außerschulische Jugendarbeit mit Arbeitsbereichen wie Häusern der offenen Tür und Streetwork ist in der Pilotphase als größter Arbeitsbereich mit 46 % (B: 24%)¹⁵ vertreten. Der in beiden Phasen gleichermaßen stark vertretene zweite Teilbereich der Jugendhilfe wird unter Erziehungshilfe zusammengefasst. Dies beinhaltet stationäre und ambulante Einrichtungen wie Heime, Wohngruppen, betreutes Wohnen und ein Internat. Der in der zweiten Phase zu einem Viertel vertretene Arbeitsbereich ist die Schule; die Teilnehmenden arbeiten entweder im Bereich der Schulsozialarbeit oder in der Jugendberufshilfe¹⁶. Letzteres beschreibt sozialpädagogische und beratende Maßnahmen an Schulen, an denen Jugendliche ihren Hauptschulabschluss nachholen und gleichzeitig Betriebspraktika zur Vorbereitung auf eine Lehre absolvieren. Unter der vierten Rubrik „Sonstige“ werden die Arbeitsbereiche Jugendgerichtshilfe, Jugendberatung, allgemeiner sozialer Dienst, ausbildungsbegleitende Hilfen und Tierheim¹⁷ zusammengefasst.

Der Teilnehmerkreis hat sich damit nicht nur in seiner Vielfältigkeit, sondern auch in seinem Schwerpunkt gewandelt. In der Implementationsphase enthält das Spektrum der vertretenen Einrichtungen der Jugendhilfe ungefähr zur Hälfte Arbeitsbereiche für Jugendliche mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (Heim und Jugendberufshilfe). Der Jugendfreizeitbereich ist in geringerem Umfang als vorher vertreten.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der Gruppe in beiden Phasen.

Geschlecht, Alter und Berufserfahrung

Die Gesamtgruppe setzt sich aus zwei Dritteln Frauen und einem Drittel Männer zusammen. Der überwiegende Teil der Teilnehmenden kommt aus der Altersgruppe der 26- bis 35-Jährigen, ein Drittel ist zwischen 36 und 45 Jahre alt, lediglich 6 % sind älter als 45. Analog zu den Altersgruppen stellt die Gruppe derjenigen, die über 1 bis 5 Jahre Berufserfahrung verfügt, den größten Anteil dar, gefolgt von der Gruppe mit 6- bis 10-jähriger Berufserfahrung. Zusätzlich sind noch einige Beteiligte mit Berufserfahrung über 10 Jahren bis zu über 20 Jahren vertreten. Die MOVE-Fortbildung wird damit schwerpunktmäßig von Berufsanfängern besucht. Die Gruppen werden aber an den meisten Orten auch mit erfahrenen Fachkräften ergänzt.

15 Die Angaben in Klammern beziehen sich jeweils auf A = Pilotphase und B = Implementationsphase.

16 Die Berufsgruppe der Lehrkräfte war zu diesem Zeitpunkt noch keine Zielgruppe der Fortbildung. Mittlerweile ist die MOVE-Fortbildung in überarbeiteter Form auch für Lehrkräfte ausgerichtet.

17 Die zwei Mitarbeiterinnen aus dem Tierheim haben Kontakt zu Jugendlichen, die Sozialstunden aufgrund von Delinquenz verordnet bekommen haben. Da dieser zum Teil intensive Kontakt (teilweise bis zu 500 Sozialstunden) die pädagogisch nicht ausgebildeten Mitarbeiterinnen überforderte, wandten sie sich an die Drogenberatungsstelle mit der Bitte um Fortbildung und nahmen so als Fachfremde an der Fortbildung teil.

18 Es kann sich hier nur um eine ungefähre Einschätzung handeln, denn bis heute gibt es keine standardisierte Definition über riskante oder missbräuchliche Drogenkonsummuster im Jugendalter, an die die Befragten sich bei ihrer Bewertung hätten halten können.

		Pilotphase (N = 52)	Implementationsphase (N = 100)
Alter	bis 25	5,9 %	6,1 %
	26–35	60,8 %	39,4 %
	36–45	25,5 %	33,3 %
	über 45	7,8 %	21,2 %
Geschlecht	männlich	32,7 %	35,0 %
	weiblich	67,3 %	65,0 %
Berufserfahrung (in Jahren)	1–5	50,0 %	38,0 %
	6–10	31,2 %	29,0 %
	über 10	18,8 %	33,0 %
Kontakt mit konsumierenden Jugendlichen (in Stunden pro Woche)	aktuell kein Kontakt		
	1–10	6,0 %	0 %
	11–20	30,0 %	49,5 %
	21–30	28,0 %	27,8 %
	31–38	24,0 %	22,7 %
	31–38	12,0 %	

Tab. 3: Zusammensetzung der Stichprobe

Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen

Die Hälfte der Teilnehmenden hat in einer normalen Arbeitswoche bis zu 10 Stunden Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen, zwei weitere Viertel jeweils 11–20 Stunden oder mehr als 20 Stunden Kontakt. Rund 40 % der Teilnehmenden haben Kontakt zu Jugendlichen im Alter von 12 bis 20 Jahren, bei einem weiteren Drittel ist die Altersspanne der Jugendlichen noch weiter. Diese Teilnehmenden haben mit Jugendlichen von 12 bis über 20 Jahren zu tun. Jeweils 10 % arbeiten ausschließlich mit 12- bis 16-Jährigen, mit 16- bis 20-Jährigen oder mit 16- bis über 20-Jährigen. Über die Hälfte der Befragten muss in ihrem Berufsalltag auf sehr unterschiedliche altersspezifische Bedürfnisse und Fragestellungen eingehen, da sie es mit einer breiten Altersspanne von Jugendlichen zu tun haben.

Einschätzung der Konsummuster

Bei einer zusätzlichen Frage nach den Konsummustern der Jugendlichen in den jeweiligen Einrichtungen waren die Befragten aufgefordert, eine ungefähre Einschätzung der jugendlichen Konsummuster in „riskant“ oder „gelegentlich“ bzw. „risikolos“¹⁸ vorzunehmen. Nach dieser Einteilung ist festzustellen, dass in zwei Dritteln der Einrichtungen (A: 70 %, B: 60 %) eine Minderheit der Jugendlichen Alkohol und/oder illegale Drogen auf riskante Weise konsumiert.

Diese Verteilung entspricht Ergebnissen epidemiologischer Studien, die in der Regel davon ausgehen, dass die Mehrheit der jugendlichen Population auf risikolose Weise, allerdings eine Minderheit von etwa 10 bis 15 % auf riskante Weise, Drogen konsumiert¹⁹. In zwei Dritteln der vertretenen Einrichtungen entspricht die Verteilung damit der Verteilung in der Gesamtpopulation.

Allerdings wird von einem Drittel der Befragten (A: 36 %, B: 32 %) angegeben, dass in ihrer Einrichtung die Mehrheit der Jugendlichen riskant Alkohol und/oder illegale Drogen konsumiert. Diese Zahlen unterstreichen den an späterer Stelle noch geäußerten hohen Bedarf der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Konzepten zur Sekundärprävention, da riskante Konsummuster offenbar in ausgewählten Einrichtungen eben nicht nur Einzelne, sondern die Mehrheit der Jugendlichen betreffen.

Die Evaluation hat zu prüfen, ob ein Fortbildungskonzept zum Thema „Motivierende Kurzintervention für konsumierende Jugendliche“ für die berufliche Praxis von Kontaktpersonen notwendig und nützlich ist. Entsprechend ist es erforderlich zu untersuchen, ob eine solche auf Beratung ausgerichtete Intervention gewünscht wird, wirksam angewendet werden kann und sich in der Realität auch tatsächlich als praxistauglich erweist.

Motivation zur Teilnahme an der Fortbildung

Eine genauere Beschreibung des Bedarfs der Kontaktpersonen ergibt sich aus der Auswertung der offenen Frage im ersten Fragebogen. Hier sollten die Befragten in einem kurzen Satz ihre Motivation zur Teilnahme an der Fortbildung beschreiben. Da die offene Frageform keine Antworten zur Zustimmung oder Ablehnung vorgibt, gibt die Auswertung insbesondere Aufschluss über die von den Teilnehmenden selbst gesetzten Prioritäten und kann anhand von Zitaten die Meinung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verdeutlichen. Da einige der Teilnehmenden nicht nur einen Aspekt, sondern mehrere Aspekte als Begründung ihrer Motivation nennen, ergibt die inhaltsanalytische Auswertung der beiden Befragungen eine Anzahl von 186 Nennungen, die sich in folgende, nach Häufigkeit der Nennung hierarchisch geordnete Kategorien gliedert:

1. Verbesserung des Umgangs mit konsumierenden Jugendlichen	59
2. Interesse an der Methodik Kurzintervention	59
3. (Zunehmender) Konsum in der Einrichtung	20
4. Interesse an Weiterqualifizierung und Fortbildung allgemein	16
5. Bedarf an Hintergrundwissen über Drogen	13
6. Werbung, Gutes über MOVE gehört	11
7. Kollegialer Austausch und Vernetzung	7
8. Fremdmotivation	1

Die unter Kategorie 1 und 2 zusammengefassten Aussagen umfassen jeweils ein Drittel aller Nennungen. Diese beiden Kategorien lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen. Sie sind also nicht absolut trennscharf, sondern bezeichnen eher eine unterschiedliche Tendenz. So fasst Kategorie 1 Aussagen zusammen, die eher die Beziehungsebene beschreiben. Hier haben die Befragten ein Interesse daran ...

- *„den eigenen Umgang mit konsumierenden Jugendlichen zu reflektieren“*,
- *„Jugendliche in ihrem Konsumverhalten besser zu verstehen“*,
- *„neue Umgangsformen zu diesem Thema zu erlernen“*.

An dieser Stelle werden auch bisherige negative Erfahrungen benannt:

- *„die Erfahrung, bei konsumierenden Jugendlichen kaum den Konsum positiv nutzbar thematisieren zu können“*,
- die Erfahrung, dass *„ellenlange, gleichförmige, vorwurfsvolle Gespräche mit Jugendlichen oft nichts gebracht haben“*.

An den Zitaten wird deutlich, dass viele Kontaktpersonen ihre bisherigen Handlungskonzepte als nicht ausreichend für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen bewerten. Die Suche nach dem „richtigen“ Umgang mit Jugendlichen steht bei dieser Kategorie im Vordergrund. Weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben an, dass sie auf der Fortbildung ihre eigene Haltung zum Thema „Drogenkonsum unter Jugendlichen“ hinterfragen und weiterentwickeln möchten, dass sie *„professionell in diesen Prozess eingreifen“* und *„wirkungsvoller auf problematische Konsummuster reagieren“* möchten.

Die in Kategorie 2 zusammengefassten Antworten sind Kategorie 1 sehr nahe, lassen sich aber eher als ein grundsätzliches Interesse an der Methodik der Kurzintervention zusammenfassen und beschreiben damit die Handlungsebenen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhoffen sich hiermit eine *„Alternative zu herkömmlichen Interventionsmöglichkeiten“*, das *„Erlernen von Beratungskompetenz“* und *„neue Ansätze für die Praxis“*. Sie erwarten sich dabei von MOVE ein *„praktikables Konzept“* und *„Handlungsstrategien auf niedrigschwelliger Ebene“*. Ein Teilnehmer drückt dies folgendermaßen aus:

- *„Ich hoffe, hier einiges für die Praxis zu lernen und auf unkomplizierte und für Jugendliche nicht bedrückende Weise mit Jugendlichen zu diesem Thema motivierende Gespräche führen zu können.“*

Dabei ist die in der Ausschreibung der Fortbildung angekündigte Möglichkeit, MOVE auch in „Tür-und-Angel-Gesprächen“ umsetzen zu können, wichtig. Dies verdeutlicht folgendes Zitat einer Teilnehmerin aus dem Arbeitsbereich Jugendberufshilfe:

¹⁹ Vgl. Kapitel 1.

- „Das Thema Sucht wird zwar nicht so oft angesprochen, ist aber trotzdem da, deshalb passt die Fortbildung sehr genau, auch in kurze Situationen mit den Jugendlichen zwischen Tür und Angel.“

Die unter der Kategorie 3 zusammengefassten 20 Antworten stellen vor allem den zunehmenden Drogenkonsum von Jugendlichen in der jeweiligen Einrichtung oder eine steigende Nachfrage nach einem offeneren Umgang mit dem Thema in den Vordergrund. Die Kategorien 4 und 5 bezeichnen demgegenüber Antworten, die ein eher allgemeines Interesse formulieren: Während 16 Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor allem aus einem grundsätzlichen Interesse an Weiterqualifizierung die Fortbildung besuchen, wünschen sich 13 Teilnehmende mehr Hintergrundwissen über Drogen.

Elf von 100 Kontaktpersonen geben an, dass die Werbung oder bereits positive Erfahrung von Kolleginnen und Kollegen den Ausschlag für ihre Anmeldung zur Fortbildung gegeben haben. Entscheidend waren sowohl „die interessante Ausschreibung“ als auch „die positive Haltung meines Kollegen, der bereits an MOVE teilgenommen hat“. Sieben von 100 Teilnehmenden ist der kollegiale Austausch und die Vernetzung wichtig, lediglich zweimal wird Fremdmotivation genannt („Mein Chef hat mich geschickt“).

Da die Schilderung von Mängeln in der bisherigen Beratungskommunikation einen so großen Stellenwert bei der Beantwortung der Frage nach der Motivation spielte, ist zu Beginn der Implementationsphase ein zusätzlicher Fragebogen entwickelt worden, der anhand standardisierter Fragen noch einmal explizit nach dem bisherigen Umgang mit Alkohol- und Drogenkonsum in den einzelnen Einrichtungen fragt.

Befragt über ihr bisheriges Gesprächsverhalten zum Thema Drogenkonsum (vgl. Abbildung 5) geben 70% der Befragten an, dass es selten oder sehr selten vorkommt, dass

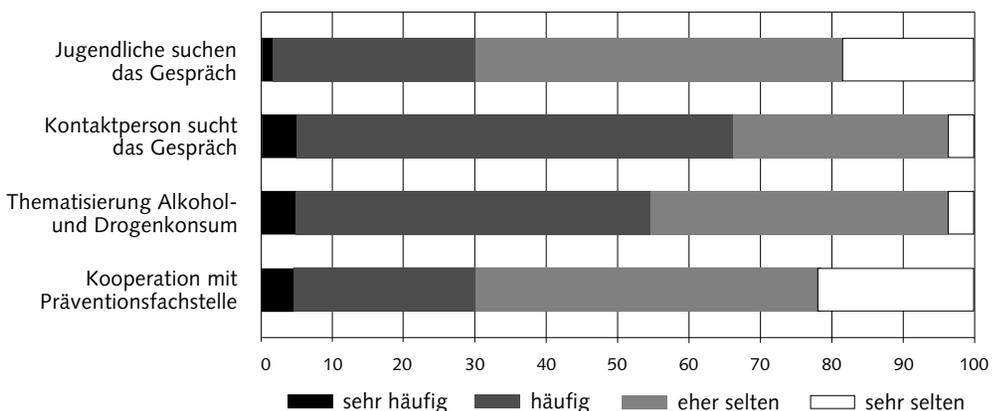


Abb. 5: Bisherige Thematisierung von Alkohol- und Drogenkonsum

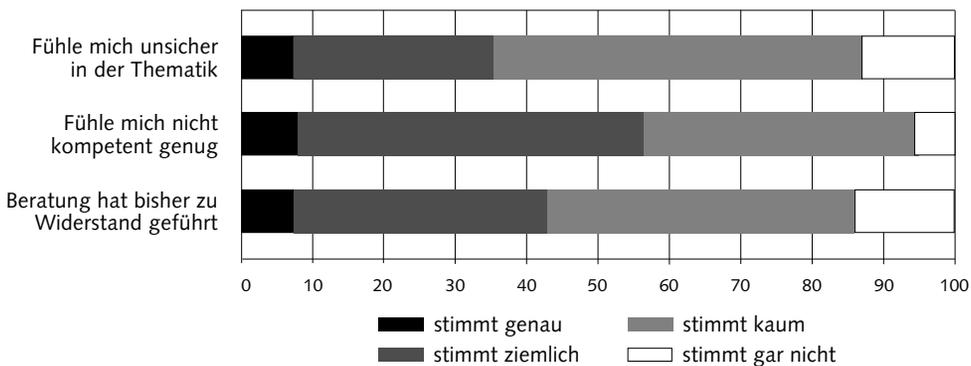


Abb. 6: Einschätzen der eigenen Kompetenz

Jugendliche von sich aus das Gespräch über Drogenkonsum mit ihnen suchen. Allerdings erlebt ein Drittel der Befragten auch häufig bis sehr häufig, dass Jugendliche sie zum Thema Drogenkonsum befragen. Entsprechend sind 60 % der Befragten der Meinung, dass die Initiative zu einem Gespräch über Alkohol und Drogen häufig von ihnen selbst ausgeht, bei 7 % sogar sehr häufig. Demgegenüber ist ein Drittel der Befragten der Meinung, dass auch sie selbst eher selten oder sogar sehr selten das Thema in Gesprächen mit Jugendlichen ansprechen.

Allerdings wird Alkohol- und Drogenkonsum bei 54 % der Befragten in der Einrichtung regelmäßig thematisiert; bei einem Drittel der Befragten besteht bislang eine Kooperation mit Fachstellen für Suchtprävention.

Befragt nach der Einschätzung der eigenen Beratungskompetenz (vgl. Abbildung 6) gibt ein Drittel der Befragten an, sich beim Thema Drogenkonsum unsicher zu fühlen. Fast zwei Drittel der Kontaktpersonen schätzen sich als nicht ausreichend kompetent ein, konsumierende Jugendliche zu beraten. 42 % haben bislang die Erfahrung gemacht, dass ihre Beratungsansätze zu Widerstand auf Seiten der Jugendlichen geführt haben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein deutlicher Bedarf an der Verbesserung der Kommunikation zwischen Jugendlichen und Kontaktpersonen zum Thema Drogenkonsum besteht. Zwar gibt es in einem Drittel der Einrichtungen bereits Kooperationen mit Fachpräventionsstellen – und die Hälfte der Einrichtungen thematisiert Drogenkonsum in regelmäßigen Abständen –, jedoch sind Defizite auf der Gesprächsebene festzustellen. Nach Einschätzung der Kontaktpersonen schneiden Jugendliche selten das Thema von sich aus an, häufiger geht die Initiative zum Gespräch von den Kontaktpersonen aus. Jedoch fühlt sich ein großer Teil der Befragten nicht kompetent genug, Jugendliche zu beraten oder hat erlebt, dass bisherige Beratungsansätze auf Widerstand der Jugendlichen stoßen.

Die MOVE-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer gehen also mit sehr konkreten Erwartungen in die Fortbildung. Der vordringliche Bedarf liegt bei einem großen Teil der Gruppe in dem Wunsch nach einem jugendgerechten und professionellen Umgang mit dem Thema Drogenkonsum. Vom Konzept der Motivierenden Kurzintervention wird eine hohe Praktikabilität und Umsetzbarkeit in den beruflichen Alltag erwartet. Der Bedarf an Hintergrundwissen und kollegialem Austausch wird zwar seltener geäußert, ist aber bei einem Fünftel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorhanden.

Angesichts dieser hohen Erwartungen stellt sich die Frage, ob das von der Projektgruppe entwickelte Fortbildungskonzept zu den Erwartungen der Kontaktpersonen passt. Wie wird das Curriculum der Fortbildung in Form und Inhalt von den Kontaktpersonen bewertet?

Gesamtbewertung der Fortbildung

Die Gesamtbewertung der Fortbildung wird in zwei Items erhoben. Zunächst sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Schulnote vergeben, außerdem sollen sie sich am Schluss des Fragebogens entscheiden, ob sie die Fortbildung weiterempfehlen würden. Darüber hinaus sollen sie im Rahmen einer offenen Fragestellung ihre Entscheidung begründen.

Insgesamt wird die Fortbildung von gut einem Drittel der Teilnehmenden mit „sehr gut“ bewertet (A: 40 %, B: 30 %), die Hälfte (A: 50 %, B: 56 %) vergibt die Schulnote „gut“ und 14 % die Note „befriedigend“. Es ergibt sich ein Mittelwert von 1,73 in der Pilotphase und 1,86 in der Implementationsphase. Die Frage nach der Weiterempfehlung wird von 146 Teilnehmenden mit „Ja“ und lediglich von sechs Befragten mit „Nein“ beantwortet.

Bewertung einzelner Fortbildungselemente

Diese insgesamt sehr positive Bewertung wird bestätigt und differenziert durch die in Abbildung 7 dargestellten Daten.

Die Grafik zeigt, dass die einzelnen Formen der Vermittlung (Vortrag, Gruppenarbeit, Übung) von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmenden als „sehr gut“ bis „gut“ bewertet wurden, es ergibt sich eine leichte Priorität von Gruppenarbeit und Übungen vor den Vorträgen, da diese häufiger mit „sehr gut“ bewertet werden. Das begleitende Material wurde ebenfalls sehr positiv beurteilt.

Drei Viertel der Teilnehmenden bescheinigen der Fortbildung ein angemessenes Verhältnis zwischen Dauer und Stoffmenge (A: 65 %, B: 74 %), ein Viertel der Teilnehmenden (A: 32 %, B: 23 %) ist allerdings der Meinung, die Veranstaltung sei zu kurz gewesen. Lediglich drei von 100 Teilnehmenden (A: 0 %, B: 3 %) bewerten die Stoffmenge als zu gering.

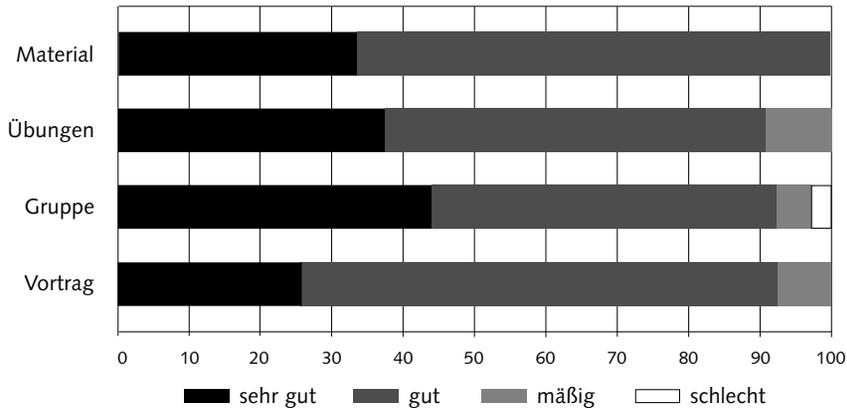


Abb. 7: Bewertung der einzelnen Fortbildungselemente

Beim Vergleich der einzelnen Methoden schneiden die Gruppenarbeiten am besten ab. Fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer (A und B: 92%) bewerten sie mit „sehr gut“ bis „gut“. Vorträge (A: 92%, B: 77%) und Übungen (A: 90%, B: 78%) werden von jeweils drei Viertel der Befragten als „sehr gut“ bis „gut“ eingestuft. Beim Material ist sich die Teilnehmergruppe wieder besonders einig und bewertet das Material als „sehr gut“ bis „gut“ (A: 100%, B: 96%).

Lob und Kritik

Bei der lediglich in der Pilotphase gestellten Frage nach Lob und Optimierungspotenzialen weist bereits das Antwortverhalten der Teilnehmenden (84 positive Äußerungen stehen 28 kritischen Äußerungen gegenüber) darauf hin, dass das Manual grundsätzlich sehr positiv bewertet wird. Das Lob der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrifft zunächst die Gesamtstruktur des Curriculums und hebt noch einmal die Bedeutung der einzelnen Elemente hervor. An erster Stelle stehen auch hier die praktischen Übungen (N = 20), denn offenbar unterstützen insbesondere die Rollenspiele die vorher vorgestellte Theorie und befähigen dazu, sich besser in die Sicht von Jugendlichen hineinzuversetzen. Bezüglich der Gesamtstruktur des Curriculums wird besonders die „*gelungene Mischung*“ von Theorie und Praxis hervorgehoben (N = 15). Weiterhin werden die Themenvielfalt, die übersichtliche Gliederung und die zeitliche Struktur des Curriculums besonders gewürdigt (N = 7), eine Äußerung hebt die „*konzentrierte Arbeit am Thema*“ hervor. Positive Äußerungen betreffen des Weiteren die Tatsache, dass einzelne Bausteine wie das Stadienmodell der Verhaltensänderung konkrete Hinweise zur Strukturierung von Gesprächen mit Jugendlichen bieten. Gelobt werden außerdem einzelne Arbeitsblätter wie „Konsum-Waage“ und „Veränderungsplan“.

Das Team und die Gruppe

Ein zweiter Block der lobenden Äußerungen der Teilnehmenden betrifft das Verhältnis zwischen Moderationsteam und Gruppe. Hier werden das Klima in der Gruppe und besonders die didaktischen und personalen Qualitäten der Referentinnen und Referenten als wichtige Elemente einer fruchtbaren Fortbildung (N = 17) benannt und ausgesprochen positiv bewertet. Das MOVE-Team wird als gut vorbereitet, kompetent und locker, seine Moderation als zielgerichtet und anschaulich beschrieben. Außerdem wird den Referentinnen und Referenten ein gutes Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bescheinigt, und auch die Zusammenarbeit der verschiedenen Referenten und Referentinnen untereinander wird lobend erwähnt.

Die Gruppe selbst wird 13-mal als besonders positiv erwähnt, hier wird eine „*lockere und offene Atmosphäre*“, ein „*angstfreier*“ Raum und eine „*tolerante Haltung*“ beschrieben sowie die geringe Gruppengröße als positiv empfunden. Die Hervorhebung des guten Gruppenklimas in der Beantwortung der offenen Frage entspricht der Auswertung einer weiteren geschlossenen Frage, in der das Klima in der Gruppe noch einmal explizit abgefragt wird. Hier werden das Gruppenklima von 50 % (B: 49 %) der Teilnehmenden als „sehr gut“, von 48 % (B: 50 %) als „gut“ bewertet, lediglich eine Nennung findet sich bei „teils-teils“ (B: 1 % mäßig). Die örtlichen Gegebenheiten werden ebenfalls von 93 % der Gruppe mit „sehr gut“ bis „gut“ bewertet.

Optimierungspotenziale

Kritische Äußerungen bzw. Vorschläge zur Verbesserung des Curriculums betrafen vor allem (N = 15) die zeitliche Struktur des Seminars. Hier wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mehr Zeit gefordert, vor allem für mehr Übungen, für das Besprechen konkreter Einzelfälle sowie Zeit für entspannende, spielerische Elemente, die im Curriculum bisher zu wenig oder gar nicht enthalten sind. Die Kritik an der zeitlichen Struktur wird von der Auswertung der Frage nach dem Verhältnis von Seminardauer und Stoffmenge bestätigt: Auch hier ist ein Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Meinung, die Veranstaltung sei zu kurz, während zwei Drittel der Teilnehmenden die Seminardauer im Verhältnis zur Stoffmenge als angemessen beurteilt. An dieser Stelle wird deutlich, dass die straffe Struktur des Curriculums noch entzerrt und durch eine größere Modularisierung und demnach breitere bedarfsgerechte Verfügbarkeit von unterschiedlichen ergänzenden Bausteinen stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden zugeschnitten werden sollte.

Diese und weitere Anregungen zur Verbesserung des Curriculums sind in die Überarbeitung des Manuals im Anschluss an die Pilotphase aufgenommen worden. Im Manual finden sich mittlerweile Vorschläge zur Ergänzung des Programms um spielerische und entspannende Übungen. Letztlich bleibt es aber den einzelnen Trainerinnen und Trainern und ihren Vorerfahrungen überlassen, wie die Umsetzung vor Ort geschieht.

Schlussfolgerungen

Trotz dieser Vorschläge zur Optimierung des Curriculums lässt sich insgesamt feststellen, dass die Teilnehmenden dem Curriculum der Fortbildung auch unter ungleichen örtlichen Rahmenbedingungen – mit jeweils unterschiedlichen Teams und bei wechselnder Zusammensetzung der Teilnehmergruppe – ein durchweg positives Zeugnis ausstellen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Ursache für diese positive Bewertung vor allem in den folgenden Punkten zu finden ist.

1. Der Aufbau des Curriculums repräsentiert ein ausgewogenes Verhältnis von Theorie- und Praxisanteilen, die besonders durch die Elemente Rollenspiel und Gruppenübungen dem Bedürfnis der Teilnehmenden nach praktischer Anwendung entsprechen. Den einzelnen Fortbildungsteams ist es offensichtlich gelungen, eine Atmosphäre zu schaffen, in der vorhandene Unsicherheiten der Kontaktpersonen im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen aufgegriffen und bearbeitet werden können.
2. Damit kommt die Fortbildung den Bedürfnissen der Fachkräfte sehr entgegen; dem Curriculum kann eine hohe Bedarfsgerechtigkeit und Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie Robustheit gegenüber differierenden Rahmenbedingungen bescheinigt werden. Dies gilt umso mehr, als sich die Ergebnisse von Pilot- und Implementationsphase nicht signifikant unterscheiden, obwohl sich die Zusammensetzung der Gruppe mittlerweile in Bezug auf die Arbeitsbereiche verändert und erweitert hat.
3. Es zeigt außerdem, dass sich das Curriculum auch in der Weitergabe durch Multiplikatorentandems bewährt hat. Das Manual ist mittlerweile so ausgereift, dass auch eine Weitergabe durch Trainerinnen und Trainer, die nicht an der Entwicklungsphase beteiligt gewesen sind, eine gleichermaßen hohe Qualität der Fortbildung garantiert ist.

4

4.3.2 Bewertung der Fortbildung durch die Trainerinnen und Trainer

Nach ausführlicher Darstellung der Bewertung von Fortbildung und Interventionskonzept durch die Kontaktpersonen als Teilnehmerinnen und Teilnehmer wird abschließend die Bewertung der Fortbildung aus Sicht der Trainerinnen und Trainer zusammengefasst. Hierbei werden die Erfahrungen aus der Implementationsphase dargestellt, da diese besonders relevant in Bezug auf die Übertragung des Konzepts in kommunale Netzwerke ist.

Bewertung der Fortbildung

Es sind acht Teams befragt worden. Die Gesamtgruppe setzt sich aus neun Männern und sieben Frauen zusammen, die zwischen 31 und 52 Jahre alt sind. Die MOVE-Trainerinnen und -Trainer vergeben zehnmal die Note „sehr gut“, fünfmal „gut“ und einmal die

Note „befriedigend“, dies ergibt eine Durchschnittsnote von 1,4. Damit wird die MOVE-Fortbildung aus Sicht der Trainerinnen und Trainer noch positiver bewertet als von den Teilnehmenden.²⁰ Von den weiteren Items wird die kollegiale Zusammenarbeit mit durchschnittlich 1,2 am höchsten bewertet, aber auch das Verhältnis zwischen Team und Gruppe (1,4) und das Klima in der Gruppe insgesamt (1,6) schneiden sehr gut ab. Die örtlichen Gegebenheiten bekommen eine Durchschnittsnote von 1,7.

Die Bewertung der Umsetzung des Curriculums durch die Trainerinnen und Trainer ist damit in allen Bereichen im Durchschnitt sehr positiv. Im Folgenden werden die Ergebnisse der mit den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführten Auswertung im Rahmen einer Gruppendiskussion wiedergegeben. Hieraus lassen sich einzelne differenzierte Bewertungen und Optimierungspotenziale darstellen.

Erfahrungen mit Kooperation im Rahmen der „Tandems“

Die Kooperation im Rahmen einer sehr intensiven Zusammenarbeit, wie sie die Durchführung der MOVE-Fortbildung erfordert, wird von den Trainerinnen und Trainern als ausgesprochen konstruktive Erfahrung gewertet. Diese positive Bewertung wird von allen geteilt, auch wenn es vorher auf einigen Seiten Vorbehalte gab. Für die Vorbereitung sollte genug Zeit eingeplant werden, hier wird ein gemeinsamer Vorbereitungstag pro Fortbildungstag – zusätzlich zu der persönlichen Vorbereitung – vorgeschlagen. Im Rahmen der gemeinsamen Vorbereitung sollte auch abgeklärt werden, welche Vorerfahrungen die Einzelnen in der Durchführung von Fortbildungen haben, um etwaige Unterschiede auszugleichen.

Bewertung des Manuals

Das Manual wird von den Trainerinnen und Trainern mit einer Gesamtnote von 1,6 grundsätzlich gelobt. Besonders hervorgehoben wird das aus Sicht der Trainerinnen und Trainer sehr gute Verhältnis zwischen Stoffmenge und Dauer der Fortbildung (Benotung 1,1). Entscheidend für die positive Bewertung ist der didaktische Aufbau, die gelungene Abwechslung von Vorträgen und Übungseinheiten sowie die umfassende Zusammenstellung des Materials. Das Manual ist von allen wie vorgegeben durchgeführt worden, von einigen Trainern bzw. Trainerinnen wurden lediglich die einzelnen Blöcke mit Auflockerungs- oder Entspannungsübungen aus eigenem Repertoire ergänzt.

²⁰ Die in der Implementationsphase evaluierten neun Fortbildungen wurden von sieben verschiedenen Teams durchgeführt, zwei Teams hatten im Evaluationszeitraum also bereits zwei Fortbildungen durchgeführt. Ein weiteres Team, dessen Fortbildung aus organisatorischen Gründen nicht evaluiert werden konnte, nahm trotzdem an der hier ausgewerteten Befragung und Diskussionsrunde teil, sodass sich die abweichende Zahl von acht ergibt.

Als besondere Schwierigkeit der Implementationsphase gilt allerdings, dass im Gegensatz zur Pilotphase ein „fremder Stoff“, der nicht selbst recherchiert und erarbeitet wurde, weitergegeben wird. Nach einheitlicher Beurteilung der Trainerinnen und Trainer muss das in nur drei Tagen erlernte und übernommene Manual erst zum „eigenen“ werden. Eine routinierte Durchführung benötigt daher mehrere Erprobungen und ist schon bei der Durchführung der zweiten Fortbildung leichter. Trotz dieser Einschränkung lässt sich aber eine insgesamt positive Bewertung des Manuals feststellen.

Rahmenbedingungen

Mit Ausnahme eines Teams führen alle Trainerinnen und Trainer die Fortbildung an drei einzelnen Tagen mit unterschiedlichem zeitlichem Abstand durch. Besonders bewährt hat sich hier eine Woche Abstand zwischen den einzelnen Fortbildungstagen. Ein Monat wird von vielen als zu großer Abstand empfunden, da diese Zeitspanne den Anschluss an die vergangenen Einheiten erschwert.

Ein Tagungsort, der sich durch eine schöne Umgebung und ungestörte Atmosphäre auszeichnet, erleichtert die Durchführung deutlich. In einigen Fällen ist die Fortbildung in den örtlichen Räumlichkeiten der Drogenberatungsstelle durchgeführt worden. Dies ist zwar finanziell günstiger, aber auch störanfälliger, da keine ausreichende Distanz zur sonstigen beruflichen Tätigkeit besteht. Soweit die Organisation der Verpflegung von den Teamern bzw. Teamerinnen selbst durchgeführt werden musste, ist dies als sehr anstrengend empfunden worden und sollte möglichst vermieden werden.

4

Gruppendynamik

Das Gelingen der Fortbildung ist aufgrund der vielen Übungen und Rollenspiele auf die Bereitschaft der Teilnehmenden angewiesen, sich auf diese Form der Reflexion eigener Berufspraxis einzulassen. Hier werden von den Teamerinnen und Teamern unterschiedliche Bedürfnisse beobachtet: Viele Kontaktpersonen empfinden es als entlastend, einen Freiraum zu bekommen, in dem sie sich und ihre Gesprächshaltung gegenüber konsumierenden Jugendlichen ausprobieren und sich mit anderen darüber austauschen können. Einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind es nur sehr wenig gewohnt, ihre alltägliche Arbeit zu reflektieren. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich bei der Anmeldung ganzer Teams, die aufgrund bestehender Konflikte untereinander nicht bereit sind, sich auf Rollenspiele einzulassen. Für die zukünftige Durchführung von MOVE-Fortbildungen sollte dies bereits im Vorfeld geklärt werden.

Kooperation und kommunale Transparenz/ konzeptionelle Ansätze

Eine erhöhte kommunale Transparenz stellt eine erwünschte „Nebenwirkung“ der Fortbildung dar. So werden im gemeinsamen Arbeiten unterschiedliche Arbeitsstile sichtbar.

Beispielsweise verhält sich ein Jugendgerichtshelfer bzw. eine Jugendgerichtshelferin im Gespräch mit einem konsumierenden Jugendlichen anders als eine Pädagogin bzw. ein Pädagoge im Heim. Das Kennenlernen und Diskutieren der unterschiedlichen Stile trägt zu erhöhter Transparenz der verschiedenen Arbeitsbereiche bei und bietet damit eine Chance für zukünftige Kooperation.

Unterschiedliche konzeptionelle Ansätze innerhalb der Gruppe der Teilnehmenden – wie Abstinentenorientierung versus Akzeptanzorientierung – können polarisierende Haltungen und Konflikte erzeugen. Die Diskussion über Fragen wie „Wo ist die Grenze in meinem Arbeitsbereich?“ ist für viele Kontaktpersonen bedeutsam und bietet die Chance, die Möglichkeiten der Umsetzung Motivierender Kurzintervention im jeweiligen institutionellen Rahmen abzustecken.

Grenzen der Fortbildung

Die MOVE-Fortbildung hat neben vielen positiven Aspekten auch Grenzen. So weisen die MOVE-Trainerinnen und -Trainer darauf hin, dass Defizite in konzeptionellen Ansätzen und im Berufsalltag der Kontaktpersonen – wie zum Beispiel Mangel an Supervision – durch die Fortbildung und durch die Fachpräventionskräfte nicht gedeckt werden können. Fremdmotivation oder eine sehr hohe Erwartungshaltung von Seiten der Institution („Wenn ich die MOVE-Fortbildung besucht habe, bin ich die Drogenexpertin bei uns im Haus“) ist in manchen Fällen ein Problem für die Teilnehmenden und sollte thematisiert werden. An manchen Stellen muss der Erwartung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer entgegengetreten werden, dass MOVE ein „Konzept für alle schwierigen Fälle“ sei.

Zusammenfassend lässt sich jedoch feststellen, dass die Durchführung der MOVE-Fortbildung in der Implementationsphase auf breite Zustimmung sowohl von Teilnehmerseite als auch von Trainerseite gestoßen ist.

4.3.3 Bewertung der Intervention MOVE

Abgesehen davon, dass geprüft werden sollte, ob Aufbau, Form und Methodik der Fortbildung bedarfsgerecht gestaltet worden sind, ist insbesondere zu prüfen, ob die Inhalte der Fortbildung (also das Konzept der Motivierenden Kurzintervention) auch tatsächlich ein hilfreiches Beratungskonzept für den Alltag von Kontaktpersonen darstellen.

Einleitend wird auch hier wieder eine offene Frage gestellt, bei der die Teilnehmenden das aus ihrer Sicht Spezifische der Motivierenden Kurzintervention schildern sollten. In beiden Erhebungen sind insgesamt 157 Aussagen getroffen worden, die sich aufgrund der Inhaltsanalyse in 8 Kategorien bündeln lassen.

1. Empathie und gemeinsame Standortbestimmung	68
2. Reduzierung von Erfolgsdruck mithilfe des Stadienmodells	6
3. Pragmatisches und niedrigschwelliges Beratungskonzept	52
4. Arbeiten mit Ambivalenz und Widerstand	9
5. Arbeit an der eigenen Haltung	7
6. MOVE ist nichts Neues	6
7. Gute Verbindung von Theorie und Praxis	5
8. Sonstige	4

An erster Stelle steht die Vermittlung einer empathischen und akzeptierenden Gesprächshaltung, die sich auf die Sicht der Jugendlichen einlässt und gemeinsam mit ihnen nach einer Lösung sucht, statt sie lediglich mit Ratschlägen oder Meinungen zu konfrontieren. Ein Teilnehmer drückt dies folgendermaßen aus:

- *„... nicht konfrontierend auf die Jugendlichen einzuwirken, sondern sie zu Selbsterkenntnis und zum Handeln zu ermutigen.“*

Die Grundannahme der Motivierenden Gesprächsführung, dass Konfrontation Widerstand erzeugt, ist damit für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein besonders wichtiger Aspekt dieser Gesprächshaltung. Von einigen Teilnehmenden wird das Erlernen von MOVE explizit als Entlastung bezeichnet. Sie erleben diese Beratungsform als

- *„Befreiung von persönlichem Verantwortungsdruck für eine Verhaltensänderung des Jugendlichen – hin zur gemeinsamen Standortbestimmung“.*

Dadurch, dass sie mithilfe von MOVE ihre Gesprächsführung besser den Bedürfnissen von Jugendlichen anpassen können, erhoffen sie sich „weniger Frust beim Berater“. Das Einüben von Empathie gegenüber den Motiven jugendlichen Drogenkonsums wird hier besonders ernst genommen, es erzeugt eine Haltung, die die Jugendlichen als „Hauptakteure der Beratung“ sieht. Dies bedeutet für die Rolle des Beratenden

- *„zu beachten, dass der Jugendliche die Entscheidungsgewalt hat und ich mehr Fingerspitzengefühl brauche, um Impulse zu geben“.*

Ein weiterer Teilnehmer fasst dies folgendermaßen zusammen:

- *„Die Verantwortung, das Tempo, die Ziele bleiben in der Hand des Jugendlichen. Da die Jugendlichen selbst arbeiten, ist die Arbeit in diesem Konzept für den Sozialarbeiter, also mich, weniger anstrengend.“*

Reduzierung von Erfolgsdruck mithilfe des Stadienmodells

In der zweiten, fast ebenso häufig genannten Kategorie werden vor allem folgende Möglichkeiten benannt, das Gespräch mithilfe des Stadienmodells der Verhaltensänderung zu strukturieren, mit Ambivalenzen besser umgehen zu können sowie die Gesprächs-

situation transparenter zu gestalten und Veränderungsziele klarer und besser erarbeiten zu können. Gleichzeitig wird MOVE als praxisnahe Form der Beratung bewertet mit der Möglichkeit, offen und spontan zu handeln.

Die Möglichkeit, alltägliche Beratungsgespräche anhand des Stadienmodells der Verhaltensänderung zu strukturieren, heben 47% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders hervor. Das Eingehen auf die einzelnen Stadien ermöglicht ein prozessorientiertes Vorgehen, in dem das Ziel der Beratung sich jeweils entwickelt. Gleichzeitig eröffnet dieses Vorgehen neue Formen des Umgangs mit Jugendlichen, die sich im Stadium der Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung befinden, eine Teilnehmerin beschreibt dies folgendermaßen:

- *„Dass man diese Beratung bei Jugendlichen anwenden kann, die nicht mit einer konkret formulierten Hilfefrage zu mir kommen und ich sie auf unkomplizierte Art und Weise zum Nachdenken anregen und zur Veränderung motivieren kann.“*

Außerdem trägt das Stadienmodell dazu bei

- *„bereits bekannte Methoden sinnvoll in eine zielgerichtete Struktur einzubinden“*

und damit wiederum auf die konkrete Situation der Jugendlichen angemessen zu reagieren:

- *„Habe ich die Stadien der Verhaltensänderung ermittelt, kann ich als Beraterin ruhiger arbeiten. Der Jugendliche bestimmt die Schritte. Meine Verantwortung wird geringer!“*

Hier wird bereits deutlich, dass die Anwendung des Stadienmodells auch zu einer Reduzierung von Erfolgsdruck führt. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschreiben genauer, wie dies in der Praxis aussieht:

- *„Der Berater darf neugierig sein, ohne Druck der Verhaltensänderung.“*
- *„Kleine Schritte machen zu dürfen anstatt Riesenschritte.“*
- *„Rückschritte machen zu dürfen, ohne das Ziel zu verfehlen.“*
- *„Ich kann eine Veränderung anregen, die der Jugendliche selbstbestimmt und eigenverantwortlich, ohne Erwartungsdruck vollziehen kann.“*
- *„Klar ist, dass nicht erzwungen werden kann, sondern ‚nur‘ angestoßen, begleitet, gefördert.“*

Die Tatsache, dass die Reduzierung von Erfolgsdruck durch die Strukturierung von Gesprächssituationen von nahezu der Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Besonderheit der Fortbildung hervorgehoben wird, weist darauf hin, dass hier dem oben geäußerten Bedarf am Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen in hohem Maße entsprochen wird. Das Stadienmodell stellt damit eine geeignete Form dar, die Unsicherheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Umgang mit Beratungssituationen aufzugreifen und zu bearbeiten.

Ein Drittel der Teilnehmenden sieht es als besonders wichtig an, dass das MOVE-Beratungskonzept pragmatisch, nachvollziehbar und jederzeit „aus dem Stegreif“ einsetzbar ist. Dies verleiht der Beratungssituation eine besondere Vielseitigkeit, Niedrigschwelligkeit und Flexibilität. Gleichzeitig kann aber auch in kurzen Situationen professionell interveniert werden:

- *„Keine Vorträge, kein pädagogischer Zeigefinger, sondern ein kurzes sinnvolles Gespräch.“*
- *„Der gewohnte Arbeitsrhythmus wird kaum gestört, trotz Zeitaufwand kann besser damit gearbeitet werden.“*

Dass diese Art der Beratung besonders den Interessen und Gesprächsgewohnheiten von Jugendlichen entgegenkommt, betont eine weitere Äußerung:

- *„Ich kann an Tür-und-Angel-Gespräche flexibel anknüpfen und eine Basis für weitere Gespräche auf der Ebene der Jugendlichen herstellen.“*

Pragmatisches und niedrigschwelliges Beratungskonzept

Eine weitere Besonderheit stellt für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer (N = 19) die Wertschätzung des kurzen Gesprächs dar. Zwei Zitate belegen dies. MOVE beinhaltet,

- *„dass Beratung in kurzen einfachen Anregungen geleistet werden kann, ohne die Jugendlichen theoretisch zu überfrachten“.*
- *„Durch die Kürze werden mehr Anstöße gegeben und nicht so viel belehrt. Das kommt, denke ich, bei Jugendlichen besser an.“*

Diese Bewertung ist für viele mit der Einschätzung verbunden, dass kurze Beratungsgespräche sich gut in den Berufsalltag integrieren lassen und auch von Jugendlichen positiv aufgenommen werden.

Weitere Aussagen

Vereinzelte weitere Aussagen der Teilnehmenden sehen den Umgang mit Ambivalenzen, Diskrepanzen und Widerstand als kennzeichnend für das MOVE-Konzept (N = 9), für sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmer steht die Arbeit an der eigenen Haltung im Vordergrund.

Sechs von 147 Äußerungen sind negativ. Hier drücken die Teilnehmenden aus, dass MOVE für sie nicht ausreichend neue Aspekte beinhaltet und sie daher auch nicht formulieren könnten, was das Besondere an MOVE sei, zum Beispiel:

- *„Kann ich so nicht beantworten, viele Elemente von MOVE sind bereits Teil meiner beruflichen Arbeit.“*

Dabei wird die Erfahrung, dass die Fortbildung keine grundlegend neuen Konzepte bietet, von den anderen Teilnehmenden nicht negativ gewertet. Dies zeigt eine Äußerung der Kategorie 7:

- *„Vieles, was man instinktiv spürt oder erfahren hat, wird auf eine fachliche, detaillierte und damit konkret fassbare Ebene gebracht – später nachvollziehbar durch den Reader.“*

Hier wird noch einmal betont, dass das MOVE-Konzept dazu beiträgt, bereits bekannte Methoden und Berufserfahrungen zu vertiefen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Inhalte der Fortbildung aus Sicht der Teilnehmenden vor allem die Arbeit an der eigenen Haltung im Gespräch mit konsumierenden Jugendlichen bewirken. Besonders das Stadienmodell der Verhaltensänderung und das Einüben der entsprechenden Interventionen trägt aus Sicht der Kontaktpersonen dazu bei, dass vorhandene Unsicherheiten aufgegriffen werden und durch die Strukturierung von Beratungssituationen Erfolgsdruck reduziert wird. Im Erlernen und Erproben von Empathie gegenüber den Jugendlichen wird so eine Haltung eingeübt, die niedrigschwellige, alltagsnahe Beratungsformen fördert. Wie beurteilen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nun die Möglichkeit, das in der Fortbildung Gelernte in ihrem Berufsalltag umzusetzen? In den folgenden Fragen sollten die Teilnehmenden einschätzen, welchen Nutzen ihnen die Fortbildung für die alltägliche Arbeit und die Einrichtung, für die konkrete Arbeit mit Jugendlichen und für das eigene Leben bringt²¹.

Nutzen für die alltägliche Arbeit und für die Einrichtung

Der durch die Fortbildung gewonnene Zuwachs an Wissen wird von 56% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als hoch bewertet, der Zuwachs an Kompetenz wird jedoch etwas weniger optimistisch von rund 40% als hoch bewertet. Dieses Antwortverhalten ist sicher nicht zuletzt auf den Zeitpunkt der Befragung zurückzuführen, denn am Ende einer Fortbildung lässt sich der Zuwachs an Kompetenz schwieriger einschätzen als zu einem späteren Zeitpunkt. Trotzdem gehen fast alle Befragten davon aus, dass die Fähigkeit zur Kurzberatung hilfreich für den Berufsalltag sein wird.

Insgesamt 86 von 100 Teilnehmenden (A: 94%) stimmen der Aussage zu, dass sich Motivierende Kurzberatung in ihrem Berufsfeld gut einsetzen lässt. Ebenso hoch (83%) ist die Zustimmung zu der Aussage, dass die Beratungskompetenz generell durch die Fortbildung gesteigert wurde. Ob sich dadurch auch ihre Arbeitszufriedenheit erhöhen wird, wird etwas vorsichtiger eingeschätzt. Hier antworten zwei Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit „ja“. Dass die Fortbildung dazu anregt, nun überhaupt das Thema „Drogen und Konsum“ in der Einrichtung stärker zu bearbeiten, wird von 58% der Befragten bejaht, eine verstärkte Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Feldern erwarten zwei Drittel der Kontaktpersonen.

²¹ Den folgenden Abbildungen liegen jeweils die Zahlen der Implementationsphase zugrunde, da es sich hier um einen größeren Sample handelt. Die Zahlen der Pilotphase sind bei signifikanten Abweichungen im Text dargestellt.

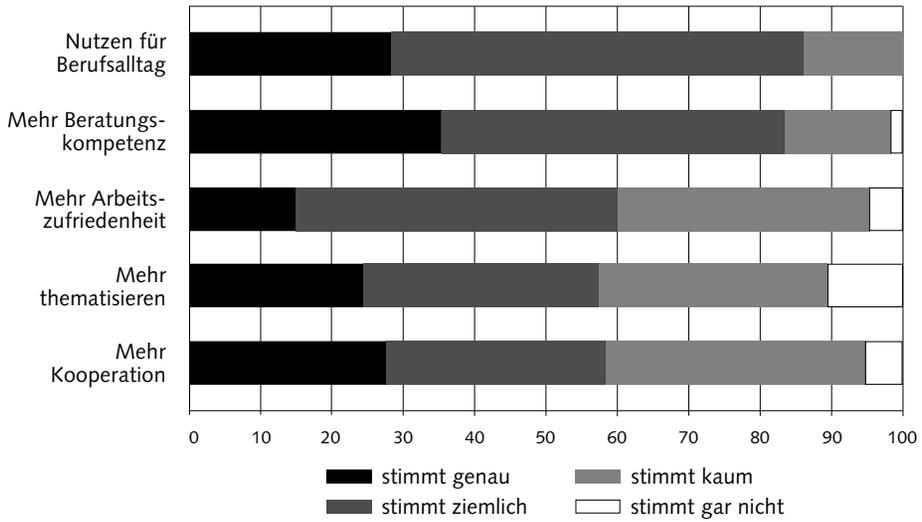


Abb. 8: Nutzen für die alltägliche Arbeit und für die Einrichtung



Nutzen für die konkrete Arbeit mit Jugendlichen

Mit Ausnahme eines Teilnehmers gehen alle Kontaktpersonen davon aus, dass die Jugendlichen in der eigenen Einrichtung einen Bedarf an einer solchen konsumentenorientierten Beratung haben. Sie bescheinigen der Fortbildung damit eine hohe Spezifität für die Bedürfnisse von Jugendlichen.

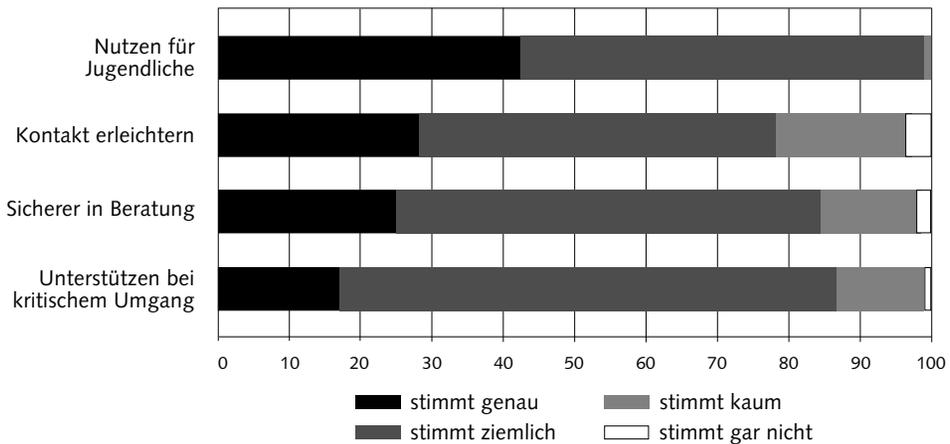


Abb. 9: Nutzen für die konkrete Arbeit mit Jugendlichen

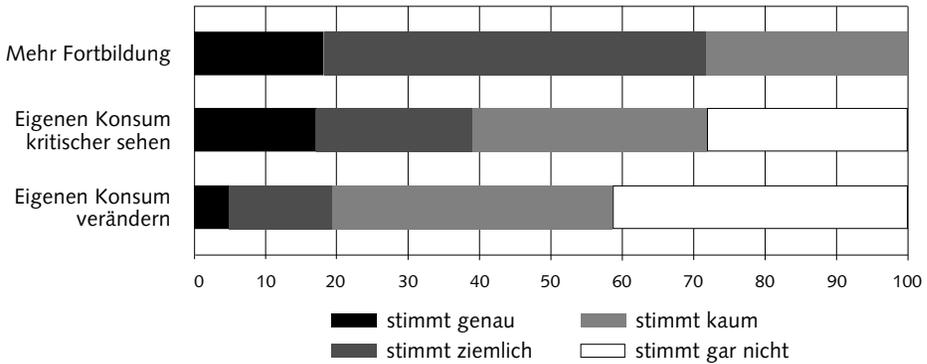


Abb. 10: Nutzen für das eigene Leben

84% der Teilnehmenden bestätigen, dass sie aufgrund des Gelernten an Beratungssicherheit gewonnen haben, ebenso viele fühlen sich dadurch in der Lage, Jugendliche dabei zu unterstützen, einen kritischen Umgang mit dem eigenen Konsum zu entwickeln. Die Zustimmung fällt aber vorsichtiger aus als bei der Beurteilung von Beratungssicherheit (17% „stimmt genau“ – 25% „stimmt genau“). Dass durch das Gelernte der Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen erleichtert wird, vermuten drei Viertel der Befragten.

Nutzen für das eigene Leben

Obwohl die Fortbildung in erster Linie auf die Verbesserung des beruflichen Alltags und der Kommunikation mit konsumierenden Jugendlichen ausgerichtet ist, wurde ebenso wie im Pilotversuch nach Auswirkungen auf die Einstellung zum eigenen Konsum und auf weitere Lebensbereiche gefragt.

Zwei Drittel der Befragten bestätigen, dass durch die Fortbildung ihr Interesse an weiterer Fortbildung insgesamt gewachsen ist. Bei 40% der Kontaktpersonen hat die Fortbildung dazu angeregt, eigene Konsumgewohnheiten kritisch zu reflektieren. Jeder fünfte Teilnehmer bzw. jede fünfte Teilnehmerin zieht sogar eine konkrete Veränderung der eigenen Konsumgewohnheiten in Erwägung.

Schlussfolgerungen

Die erste Einschätzung des Nutzens der Intervention für die Berufspraxis durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fällt ebenso wie die Bewertung des Curriculums sehr positiv aus. Dies gilt für Pilot- und Implementationsphase gleichermaßen. Maßgeblich dafür sind aus Sicht der Teilnehmenden die Arbeit an der eigenen Haltung und Rolle gegenüber den Jugendlichen sowie die Möglichkeit, Beratungsgespräche entlang dem Stadienmodell der Verhaltensänderung zu strukturieren und professionell zu intervenie-

ren. Dies führt dazu, die bisherige Berufspraxis zu reflektieren, eigene Ansprüche an Erfolg zu überdenken und dadurch in die Lage versetzt zu werden, eine möglichst jugendgerechte Form der Beratung durchzuführen. Die Vermutung, dass sich dies gut in den Berufsalltag umsetzen lässt und auch von Seiten der Jugendlichen akzeptiert wird, erhält große Zustimmung von Seiten der Kontaktpersonen.

Auch wenn man berücksichtigt, dass unter anderem sozial erwünschtes Antwortverhalten oder psychologische Gründe einen Beitrag dazu leisten, eine besuchte Fortbildung tendenziell positiv zu bewerten, so überrascht dennoch der Grad der positiven Beurteilung der Fortbildung im Hinblick auf Inhalt und Methode. In allen Antworten wird sehr deutlich, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung ein differenziertes und ausgesprochen gutes Zeugnis ausstellen. Besonders aufschlussreich ist es deshalb, darüber hinaus zu untersuchen, ob und wie sich das in der Fortbildung Gelernte nun auch tatsächlich im beruflichen Alltag brauchbar umsetzen und anwenden lässt.

Bewertung des Beratungskonzepts nach acht Wochen praktischer Anwendung

Nach dem Sammeln erster Erfahrungen mit dem Beratungskonzept sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein zweites Mal aufgefordert worden, den Nutzen der Intervention zu bewerten. In der Pilotphase beteiligen sich 36 von insgesamt 52 Teilnehmenden an dieser Follow-up-Befragung; in der Implementationsphase sind es 62 von 100. Damit ist mit jeweils zwei Dritteln eine vergleichsweise hohe Rücklaufquote erreicht.

Die Erreichung der primären Ziele der Fortbildung – also die Tatsache, dass die Befragten leichter mit konsumierenden Jugendlichen in Kontakt treten (A: 76%, B: 65%),

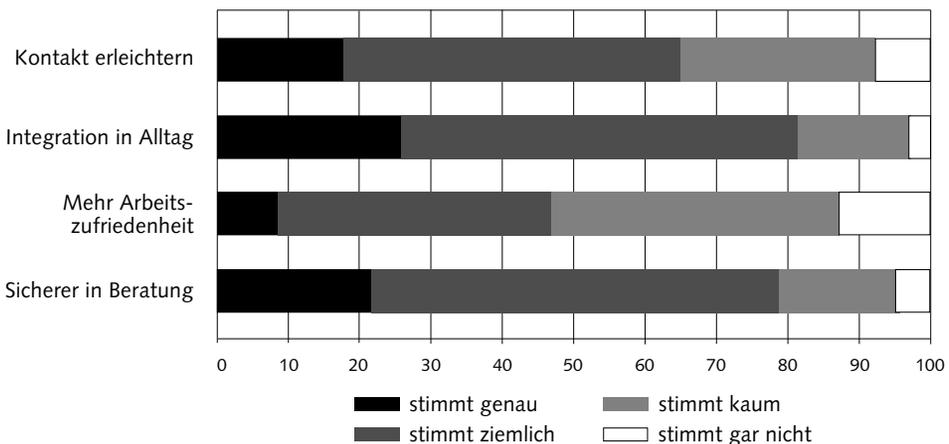


Abb. 11: Nutzen für den Berufsalltag und die Einrichtung

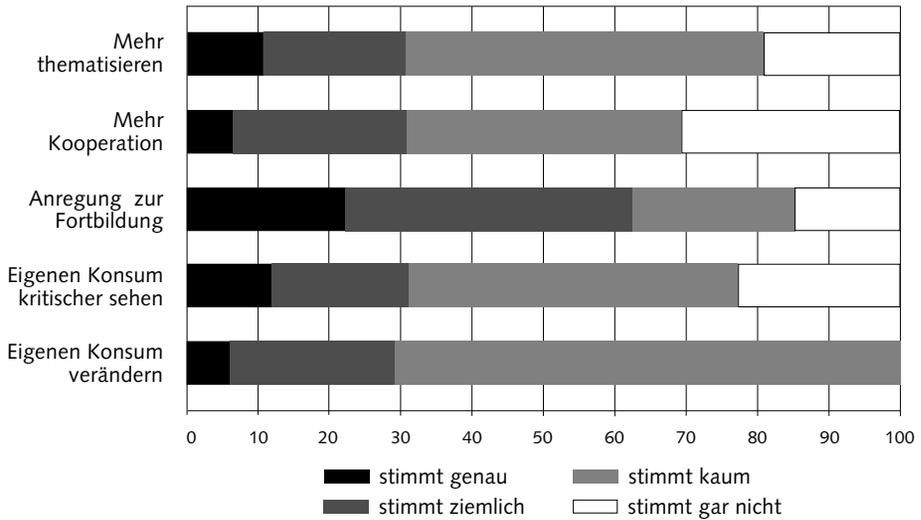


Abb. 12: Sekundäre Ziele

Sicherheit im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen gewonnen haben (A: 88%, B: 78%) und dass sich Kurzberatungen gut in den Arbeitsalltag integrieren lassen (A: 88%, B: 81%) – wird immer noch von 80 bis 90% der Befragten bestätigt. Auch berichtet die Hälfte bis zwei Drittel der Befragten, dass die eigene Arbeitszufriedenheit (A: 72%, B: 49%) nach der Fortbildung gestiegen ist.

Die sekundären Ziele der Fortbildung – einerseits dass die Drogenthematik nun in der Einrichtung stärker diskutiert wird (A: 24%, B: 32%) und andererseits dass es zu einer verstärkten Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen anderer Felder gekommen ist (A: 35%, B: 32%) – konnten noch bei 40 bzw. 35% der Befragten erreicht werden. Dass darüber hinaus bei einem Drittel der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Jugendarbeit sogar erwünschte Nebeneffekte im Hinblick auf die eigene Auseinandersetzung mit Substanzgebrauch (A: 38%, 9%; B: 32%, 30%) erzielt werden, unterstreicht den Stellenwert und die Nützlichkeit der Motivierenden Kurzintervention entlang dem Stadienmodell zur Verhaltensänderung für eine Vielzahl von Alltagserfahrungen.

Nutzen für die Jugendlichen

Nach Sammeln der ersten Erfahrungen mit der Motivierenden Gesprächsführung sind 84% (A: 94%) der Befragten der Meinung, dass dieses Gesprächsangebot dem Unterstützungsbedarf und den Gesprächsgewohnheiten der Jugendlichen entgegenkommt.

56% (A: 69%) der Befragten stimmen zu, dass die Motivierende Kurzintervention dazu beiträgt, dass Jugendliche eine kritische Haltung zum eigenen Konsum entwickeln. Da-

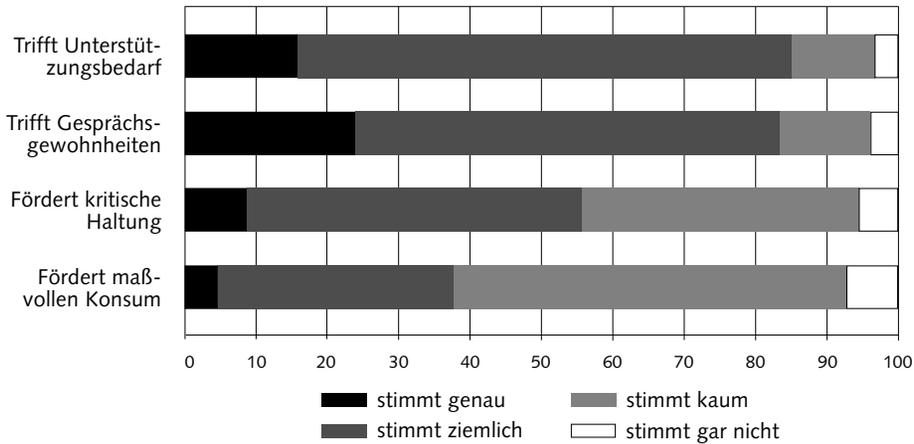


Abb. 13: Nutzen für die Jugendlichen

rüber hinaus zeigt sich, dass weitergehende Aussagen über das Erreichen von sichtbaren Verhaltensänderungen immerhin noch von 37% (A: 14%) der Befragten für wahrscheinlich gehalten werden, obwohl dies – gemessen am Stadienmodell – erst ganz am Ende des Veränderungsprozesses steht.

Unerwünschte Wirkungen

Aus der Evaluation lassen sich keine unerwünschten Wirkungen der Fortbildung ableiten. Weder negative Reaktionen von Seiten der Kolleginnen und Kollegen noch ausweichende Reaktionen von Seiten der Jugendlichen aufgrund eines offeneren Umgangs mit der Drogenthematik werden (mit jeweils einer Ausnahme) von den Befragten berichtet. Allerdings schildern 3% der Befragten, dass die Arbeitsbelastung durch die Beratungstätigkeit gestiegen sei.

Schlussfolgerungen

Auch nach den ersten Praxiserfahrungen zeichnet sich eine stabile Zufriedenheit im Hinblick auf den Nutzen des Konzepts ab. Wie erwartet, ist allerdings bei einigen Aspekten eine vorsichtigere Zustimmung zu beobachten. Die Befunde sind grundsätzlich positiv zu bewerten, einschränkend ist aber daran zu erinnern, dass von einem Drittel der Gesamtgruppe keine Ergebnisse vorliegen. Die Bewertung der Intervention durch die Kontaktpersonen zeigt aber nach wie vor, dass die besondere Stärke des Konzepts darin liegt, dass MOVE eine jugendgerechte Form der Beratung repräsentiert, die sowohl den Anforderungen des Berufsalltags von Kontaktpersonen als auch dem Unterstützungs- und Gesprächsbedarf riskant konsumierender Jugendlicher entgegenkommt.

4.3.4 Umsetzung der Intervention in die Praxis

Neben der Abfrage des praktischen Nutzens der Fortbildung in der Follow-up-Befragung wurde außerdem die faktische Beratungstätigkeit mit konsumierenden Jugendlichen im beruflichen Alltag analysiert (vgl. Tabelle 4). Hierzu sollten die Kontaktpersonen mit Hilfe eines vorgegebenen Dokumentationsbogens ihre Kurzberatungsgespräche mit Jugendlichen darstellen.

Formaler Charakter der durchgeführten Gespräche

Es ergibt sich ein Durchschnittswert von zwei bis drei Gesprächen pro Kontaktperson. Allerdings ist die Verteilung der Gespräche sehr unterschiedlich. In der Implementationsphase hat ein Drittel der Befragten im Zeitraum von acht Wochen keine Motivierende Kurzintervention durchgeführt oder dokumentiert (A: 20%). Ein Drittel der Befragten hat im selben Zeitraum ein bis drei motivierende Beratungsgespräche durchgeführt, ein weiteres Viertel 25% und 7% haben sogar sieben bis zehn Kurzinterventionen durchgeführt. Beim Vergleich der Arbeitsbereiche untereinander ergeben sich keine gravierenden Unterschiede in der Anzahl der durchgeführten Gespräche; es lässt sich also nicht feststellen, dass in einem Arbeitsbereich mehr Gespräche durchgeführt werden als in einem anderen. Die Ursachen für die unterschiedliche Verteilung der Gespräche pro Kontaktperson bleiben unklar. Auffällig ist aber besonders, dass etwa ein Viertel der Befragten im genannten Zeitraum keine Kurzinterventionen durchgeführt hat. Dies weist darauf hin, dass trotz der hohen Akzeptanz der Fortbildung Hinderungsgründe zur Umsetzung der Intervention in die Praxis bestehen. Da dies nicht explizit abgefragt wurde, können nur Vermutungen geäußert werden. So können die Gründe zufälliger, institutioneller oder persönlicher Natur sein.

Die Dauer der Gespräche spannt sich zwischen fünf und 60 Minuten. Im Rahmen der Entwicklung der MOVE-Fortbildung ist jedoch die Frage von besonderem Interesse, ob sich die MOVE-Prinzipien auch auf unstrukturierte und knappe „Tür-und-Angel-Situationen“ übertragen lassen, in denen kein fester Zeitrahmen besteht, sondern Gespräche direkt im Alltagskontext von Jugendlichen und Kontaktpersonen stattfinden. Über die Hälfte der Kurzinterventionen findet offenbar in solchen offenen Gesprächssituationen statt, diese Gespräche dauern in der Regel nicht länger als 20 Minuten. Insgesamt 60% (A: 80%!) der Gespräche dauern zwischen fünf und 20 Minuten und entsprechen damit einer kurzen Intervention. Weitere 40% (A: 20%) der Gespräche nehmen über 20 Minuten bis zu einer Stunde Zeit in Anspruch. Damit finden im Vergleich zur Pilotphase deutlich mehr Gespräche (40% statt 20% in der Pilotstudie) in einem längeren Zeitrahmen statt. Dies erklärt sich vermutlich durch die unterschiedliche Verteilung der Arbeitsbereiche. Im Bereich offener Jugendarbeit, der in der Pilotphase deutlich häufiger vertreten ist, findet sicher der Großteil der Gespräche in kurzen Sequenzen statt, während in Einrichtungen der Schulsozialarbeit oder Erziehungshilfe längere Beratungstermine im Rahmen von Hilfeplanung stattfinden.

Pilotphase		Implementationsphase
36	Anzahl der durchführenden Kontaktpersonen	62
N = 118	Kurzinterventionen	N = 140
	Ort	41 % Heim 32 % Häuser der offenen Tür 21 % Schule/berufs- bildende Maßnahme 6 % Sonstige
Kein Gespräch: 20 % 1–3: 46 % 4–6: 20 % 7–10: 14 %	Gespräche pro Person	Kein Gespräch: 38% 1–3: 30 % 4–6: 25 % 7–10: 7 % Sonstige: 4 %
5–10: 42 % 11–20: 38 % 20–30: 10 % 31–60: 10 %	Dauer der Gespräche (in Minuten)	5–10: 36 % 11–20: 24 % 20–30: 17 % 31–60: 23 %

Tab. 4: Überblick über die durchgeführten Kurzinterventionen mit konsumierenden Jugendlichen

Wie lassen sich die Jugendlichen beschreiben, mit denen Kurzinterventionen durchgeführt worden sind? Tabelle 5 auf Seite 126 fasst die entsprechenden Daten zusammen:

Der größte Teil der Jugendlichen ist 16 bis 18 Jahre alt, ein weiteres Drittel ist 19 bis 21 Jahre alt, ein Viertel 13 bis 15 und einige wenige Jugendliche über 21 Jahre alt. Auffällig ist die Verteilung von Jungen und Mädchen: Zwei Drittel der Gespräche wurden mit Jungen geführt, ein Drittel mit Mädchen.

Um die Reichweite der Intervention genauer zu beschreiben, ist in der Implementationsphase eine Aufschlüsselung nach Schultypen eingeführt worden. Die Tabelle zeigt, dass mit der Schulung von Kontaktpersonen aus Arbeitsfeldern der Jugendhilfe vor allem Hauptschülerinnen und -schüler sowie schulferne Jugendliche erreicht werden. Unter der Kategorie „Sonstige“ sind Jugendliche zusammengefasst, die laut Auskunft der Kontaktpersonen eine berufsbildende Maßnahme mit Nachholen des Hauptschulabschlusses

Pilotphase (N = 118)		Implementationsphase (N = 140)
60% Jungen / 40% Mädchen	Geschlecht und Alter	70% Jungen / 30% Mädchen
Keine Angaben	Schulbildung	42 % Hauptschülerinnen und -schüler 13 % Realschülerinnen und -schüler 8 % Gymnasiastinnen und Gymnasiasten 37 % Sonstige (Berufsbildende Maßnahme, Sonderschule oder arbeitslos)
Keine Angaben	Herkunft	75 % beide Eltern deutsch 11 % ein Elternteil oder beide Eltern Migranten/Migrantinnen 6 % ein Elternteil oder beide Eltern Aussiedler/Aussiedlerinnen 8 % keine Angaben
25 % riskant Cannabis 25 % riskant Alkohol 25 % riskant beides 25 % keine Angaben	Konsummuster	31 % riskant Cannabis 18 % riskant Alkohol 12 % riskant beides 25 % riskanter Mix mit zusätzlichen Konsummustern (zum Beispiel Ecstasy) 14 % Sonstige (moderater Konsum oder Tabak oder Tabletten) 2 % keine Angaben
40 % Absichtslosigkeit 43 % Absichtsbildung 6 % Vorbereitung 5 % Aktion 5 % Aufrechterhaltung 1 % ohne Angabe	Stadium der Verhaltensänderung	42 % Absichtslosigkeit 34 % Absichtsbildung 12 % Vorbereitung 10 % Aktion 2 % Aufrechterhaltung

Tab. 5: Charakterisierung der Jugendlichen

oder eine Sonderschule besuchen oder die arbeitslos sind. Drei Viertel der Jugendlichen haben deutsche Eltern, 11 % kommen aus Elternhäusern mit Migrationshintergrund, bei 6 % sind die Eltern Aussiedler. Diese Angaben haben rein explorativen Charakter. Da keine zusätzlichen Zahlen über die Zusammensetzung der Gesamtgruppe der in der jeweiligen Institution vertretenen Jugendlichen eingeholt wurden, können sie auch nicht in Relation gesetzt werden.

Alkohol- und Cannabiskonsum sind die vorherrschenden Themen der Gespräche mit Jugendlichen. Rund zwei Drittel der Jugendlichen, mit denen Gespräche geführt wurden, konsumieren Alkohol und/oder Cannabis auf riskante Art und Weise. Ein weiteres Viertel der Jugendlichen betreibt riskanten Mischkonsum, das heißt konsumiert noch weitere Substanzen neben Alkohol und Cannabis. Der Konsum von Ecstasy kommt explizit nur in drei von 100 Gesprächen vor. In die Kategorie „Sonstige“ fällt mit insgesamt 12 % entweder der Konsum von Tabak oder anderen Substanzen (wie etwa Tabletten) oder der moderate Konsum. Insgesamt werden damit 88% der erreichten Jugendlichen von den Kontaktpersonen als Risikokonsumenten und -konsumentinnen von Alkohol und/oder Drogen eingestuft. Das bedeutet, dass die Jugendlichen, die riskant Drogen konsumieren, gut über die Intervention der Motivierenden Kurzintervention erreicht werden können. Interessant ist an dieser Stelle ein Vergleich der Konsummuster in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Während in Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung an erster Stelle Cannabiskonsum (38% der Gespräche im jeweiligen Arbeitsbereich) und Mischkonsum (32%) stehen, wird in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit in erster Linie riskanter Alkoholkonsum (40%) thematisiert. Hier handelt es sich wahrscheinlich um einen arbeitsfeldspezifischen Unterschied. In Häusern der „offenen Tür“ ist der Konsum von Cannabisprodukten in der Regel verboten und wird darum sicher seltener thematisiert als in Einrichtungen der Erziehungshilfe, die Drogenkonsum mittlerweile eher tolerieren.

In Bezug auf das Stadium der Veränderungsmotivation befinden sich nach Einschätzung der Kontaktpersonen 40% der Jugendlichen im Stadium der Absichtslosigkeit. Dies entspricht der weiter oben geäußerten Vermutung, dass ein großer Teil der Zielgruppe gegenwärtig keinen Anlass zur Verhaltensänderung erkennt, sich nicht als hilfebedürftig definiert und den eigenen Konsum nicht problematisiert. 43% der Jugendlichen werden allerdings von den Kontaktpersonen als im Stadium der Absichtsbildung befindlich eingeschätzt, das heißt es besteht bereits Interesse an einem Schritt Richtung Verhaltensänderung; dies ist jedoch noch deutlich ambivalent. Weitere 6% der Jugendlichen befinden sich im Stadium der Vorbereitung, sie haben sich für eine konkrete Veränderung ihres Konsumverhaltens entschieden. 5% sind aktuell im Stadium der Aktion und 5% im Stadium der Aufrechterhaltung einer erzielten Veränderung.

Anlass und Inhalt der durchgeführten Gespräche

Für die Evaluation von besonderer Relevanz ist die Frage, auf welche Art und Weise sich ein Gespräch über Drogenkonsum im Alltag von Jugendhilfe ergibt, denn im Unterschied

4

Pilotphase	Gesprächsanlässe	Implementationsphase
10 %	Jugendlicher bzw. Jugendliche schildert Probleme	46 %
18 %	Jugendlicher bzw. Jugendliche schildert eine Konsumerfahrung	10 %
14 %	Jugendlicher bzw. Jugendliche äußert Sorge über Konsumverhalten	10 %
28 %	Kontaktperson spricht Jugendlichen bzw. Jugendliche wegen Regelverstoß oder Auffälligkeit an	23 %
12 %	Kontaktperson fragt nach Konsum	11 %
–	Sonstige	18 %

Tab. 6: Verteilung der Gesprächsanlässe

zur Drogenhilfe besteht hierfür kein feststehendes Setting oder Ritual. Die Anlässe für den Gesprächseinstieg sind entsprechend vielfältig, dies verdeutlicht Tabelle 6.

Dargestellt wird, wie jeweils eine Jugendliche und eine Kontaktperson ins Gespräch kommen und welchen Anteil die Anlässe an der Gesamtmenge der Gespräche haben. In den Dokumentationsbogen der Pilotphase sollten die Kontaktpersonen Anlass und Inhalt der Gespräche in einem Satz zusammenfassen. Hieraus wurden Kategorien gebildet, die in den Dokumentationsbogen der Implementationsphase dann als vorgegebene Antwortmöglichkeiten lediglich angekreuzt werden sollten. Es ergibt sich folgende Verteilung:

Es fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Gespräche von Jugendlichen initiiert werden. Anlass sind in erster Linie Problemstellungen wie zum Beispiel Probleme mit Eltern, Schule, Ausbildung, Freunden etc. Einige Problemstellungen sind konsumunspezifisch (zum Beispiel Probleme mit Vater, Trennung von Freundin etc.), andere sind konsumspezifisch (zum Beispiel die Schilderung von starkem Unwohlsein nach Alkoholkonsum). Zusätzlich suchen Jugendliche das Gespräch, um neutrale Erfahrungen mit Konsum (zum Beispiel beim Besuch der Love-Parade, während des letzten Diskobesuches) oder Erfahrungen, die sie zum Nachdenken angeregt haben, zu schildern.

Zwei Beispiele aus der Dokumentation²² der Gespräche verdeutlichen dies:

- „Jugendlicher hat in alkoholisiertem Zustand Mädchen kennen gelernt, kann sich leider aber nicht mehr an deren Namen erinnern.“
- „Jugendlicher erfuhr von Freund, dass er in alkoholisiertem Zustand Freund geschlagen haben soll, kann sich selbst nicht an diesen Vorfall erinnern.“

Das Konsumverhalten von Freundinnen und Freunden kann ebenfalls Anlass für ein Gespräch sein, so schildert zum Beispiel eine Jugendliche ihre Wut über das Verhalten ihrer betrunkenen Freundin. Bei einigen Gesprächen steigen Jugendliche mit direkten Fragen und Sorgen bezüglich Konsum und dessen Konsequenzen ein, zum Beispiel „Ist es gefährlich, eine Ohnmacht herbeizuführen?“. Oder sie beginnen ein Gespräch, da sie von anderen über mögliche Gesundheitsschäden bei Drogenkonsum gehört haben.

Wenn umgekehrt die Kontaktpersonen die Initiative ergreifen, um mit Jugendlichen über Drogenkonsum zu sprechen, fällt auf, dass Regelverstöße oder Auffälligkeiten von Seiten der Jugendlichen den häufigsten Anlass für Kontaktpersonen darstellen, um Jugendliche auf ihren Konsum anzusprechen. Zu beachten ist dabei, dass ein Teil dieser Gespräche in der Jugendgerichtshilfe stattfindet. Hier gehört es zum Setting, dass die Kontaktperson aufgrund von Regelverstößen des Jugendlichen einen Beratungstermin vereinbart. Regelverstöße sind hier neben Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz zum Beispiel Körperverletzungen oder Trunkenheit am Steuer. Die Regelverstöße oder Auffälligkeiten in anderen Arbeitsbereichen betreffen zum Beispiel unerlaubten Drogenkonsum im Jugendheim, (häufiges) Verschlafen bzw. Zu-spät-Kommen im Unterricht, häufige geistige Abwesenheit oder „Dichtsein“. Allerdings werden auch Gespräche von Kontaktpersonen initiiert, in denen die Jugendlichen direkt auf den jeweiligen Konsum angesprochen werden, ohne dass es zu einem Regelverstoß oder einer besonderen Auffälligkeit von Seiten der Jugendlichen gekommen ist.

Nachdem die Kontaktaufnahme und der Einstieg in das Gespräch stattgefunden haben, lassen sich aus den insgesamt 118 dokumentierten Gesprächen vier Themenkreise herauskristallisieren, deren Verteilung – wiederum differenziert nach Pilot- und Implementationsphase – in Tabelle 7 auf Seite 130 dargestellt ist.

Kategorie 1 beschreibt dabei eine Intervention im Stadium der Absichtslosigkeit. Der bzw. die Jugendliche wird von der Kontaktperson aufgefordert, Häufigkeit, Anlass und Kontext des Konsums zu beschreiben, ohne dass Vorschläge zur Änderung thematisiert werden müssen. Es können lediglich Informationen zur Wirkung einzelner Substanzen weitergegeben werden. In einigen Gesprächen äußern die Kontaktpersonen Sorge über das Konsumverhalten der Jugendlichen oder weisen auf Auffälligkeiten im Verhalten oder

²² Die Beschreibung der einzelnen Kategorien inklusive Zitaten ergibt sich aus den Schilderungen der Kontaktpersonen in der Pilotphase.

Pilotphase	Gesprächsinhalte	Implementationsphase
18%	Konsumverhalten klären	30%
12%	Pro und Kontra thematisieren	19%
18%	Sorgen besprechen	9%
15%	Grenzen verhandeln	14%
4%	Weitervermitteln	5%
33%	Sonstige/Mehrfachnennungen	23%

Tab. 7: Inhalte der Gespräche

Diskrepanzen zwischen Wunsch und Wirklichkeit hin. Die Gespräche sind also zumeist darauf ausgerichtet, die Jugendlichen zu unterstützen, ihr eigenes Konsumverhalten genauer zu reflektieren sowie Motive und Funktionen des Konsums zu klären. Eine Veränderung des riskanten Verhaltens muss dabei zunächst nicht herbeigeführt werden.

In der Kategorie „Pro und Kontra thematisieren“ wird Ambivalenz bezüglich einer Änderung des Konsummusters thematisiert, indem nicht nur die Vorteile einer Änderung, sondern auch die Nachteile einer Änderung und die Vorteile des aktuellen Konsumverhaltens angesprochen werden. Diese Gesprächsstrategie eignet sich besonders für das Stadium der Absichtsbildung, in dem zwar ein Bewusstsein für eine mögliche Änderung des Konsumverhaltens vorhanden ist, der Betroffene aber noch sehr ambivalent in seiner Einstellung dem eigenen Konsum gegenüber ist.

„Sorgen besprechen“

Die Kategorie „Sorgen besprechen“ fasst Gespräche zusammen, in denen konkrete Sorgen von Seiten der Jugendlichen im Vordergrund stehen, beispielsweise erfahrene körperliche und soziale Nachteile aufgrund der eigenen Konsumgewohnheiten. Die Jugendlichen beschäftigen sich hier kritischer mit ihrer Situation als bisher und können den Stadien der Absichtsbildung und der Vorbereitung einer konkreten Änderung zugeordnet werden. Zum Beispiel wird der Wunsch geäußert, nach einer Phase exzessiven Konsums von Alkohol oder Drogen möglichst abstinent zu bleiben; es wird die Frage gestellt, wie sich abstinenzgefährdende Risikosituationen bewältigen lassen. Weitere Anlässe zur Sorge von Seiten der Jugendlichen bieten erfahrene körperliche und soziale

Nachteile aufgrund des Konsums. Die Aufnahme einer Ausbildung oder der Führerschein sind ebenfalls Themen, die Jugendliche bewegen und in deren Zusammenhang sie den Kontaktpersonen gegenüber Sorge hinsichtlich ihres Konsums äußern.

„Grenzen verhandeln“

Auf diese Themen können Gespräche mit dem Inhalt „Grenzen verhandeln“ folgen. Hier erörtern Kontaktpersonen und Jugendliche mögliche Strategien, mit denen riskante Konsummuster reduziert werden können. Fragen – zum Beispiel zu Problemen in Schule und Ausbildung, zum Führerschein, zu Taschengeld, das zur Finanzierung des Konsums nicht ausreicht, oder zu körperlichem Unwohlsein nach starkem Konsum – werden hier erörtert. Es wird nicht nur das aktuelle Konsumverhalten reflektiert, sondern es werden auch konkrete Schritte der Verhaltensänderung angesprochen und Vereinbarungen getroffen, wie zum Beispiel nur am Wochenende oder bei Feiern zu konsumieren, während der Ausbildung einen kontrollierten Umgang mit Alkohol zu pflegen, für eine Woche auf Konsum zu verzichten und sich selbst dabei zu beobachten.

„Weitervermitteln“

Die letzte Kategorie „Weitervermitteln“ kann sich sowohl auf das Stadium der Aktion als auch auf das Stadium der Aufrechterhaltung beziehen. Hier sind Gespräche gemeint, die eine Weitervermittlung in ein passendes Beratungs- oder Therapieangebot zum Inhalt haben. Die dokumentierten Gespräche machen deutlich, dass es in der Regel nicht ausreicht, nur Adressen und Telefonnummern weiterzugeben, sondern dass die Jugendlichen darüber hinaus genauere Informationen über den Ablauf einer Beratung, eben *„wie das so ist“*, bekommen möchten. Die Kontaktpersonen unterstützen die Jugendlichen des Weiteren bei der Suche nach der geeigneten Form durch motivierende Gespräche und konkrete Hilfsangebote wie beispielsweise gemeinsame Telefonanrufe bei entsprechenden Stellen. Diese Gespräche sind offenbar auch dazu geeignet, die Schwelle, weitergehende professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, für die Jugendlichen deutlich zu senken und sie bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zu unterstützen.

Bei der Wahl der Kategorie waren Mehrfachnennungen möglich, da davon ausgegangen wurde, dass manche Beratungsgespräche auch mehr als eine Strategie enthalten können. Es zeigte sich, dass dies bei 23 %, in der Implementationsphase sogar bei 33 % der Gespräche der Fall ist. Die Mehrfachnennungen dokumentieren vor allem Gespräche, die die Kategorien 1, 2 und 3 verbinden, die also mit der Schilderung der Konsummuster einsteigen, um anschließend Ambivalenz und Sorgen zu erörtern. Weitere Mehrfachnennungen verbinden die Klärung von Konsummustern und Ambivalenz bereits mit dem Verhandeln konkreter Grenzen.

Bei der Verteilung der Gesprächsinhalte zeigt sich, dass der Schwerpunkt der Interventionen auf der Beschreibung und Klärung von Konsummustern, Ambivalenz und Sorgen

liegt. Zusammen mit den Mehrfachnennungen betrifft dies insgesamt 81 % der Gespräche (diese Zahl trifft exakt auf beide Phasen zu). Unter der Voraussetzung, dass drei Viertel der Jugendlichen (A: 86 %, B: 76 %) von den Kontaktpersonen in die Stadien der Absichtslosigkeit und der Absichtsbildung eingeordnet wurden, ist diese thematische Schwerpunktlegung angemessen, denn besonders für diese Stadien ist eine Intervention, die zunächst den gegenwärtigen Konsumstatus und eine potenzielle Motivation zur Verhaltensänderung klärt, angezeigt. Weitergehende, bereits konkret verhaltensregulierende Interventionen sind in der Regel noch sehr hochschwellig.

Ein Fünftel der Gespräche geht deutlich über einen rein beschreibenden und klärenden Inhalt hinaus. In diesen Gesprächen werden Veränderungswünsche diskutiert, es werden realistische Ziele und machbare Konsumgrenzen gesucht oder es wird Unterstützung geleistet für die Vermittlung in weiterführende Hilfen. Mit diesen Gesprächen werden Jugendliche erreicht, die eine deutliche Motivation zu einer kritischen Reflexion ihres Konsums oder einer konkreten Verhaltensänderung zeigen. Aufgabe der Kontaktpersonen ist es, die Jugendlichen in diesem Prozess zu unterstützen, Veränderungsschritte zu vereinbaren und konkrete Hilfestellungen anzubieten.

Getroffene Vereinbarungen

In einigen Fällen werden am Ende des Gesprächs Vereinbarungen für ein weiteres Vorgehen getroffen. In der Regel können Verabredungen für ein weiteres Gespräch (A: 42, B: 36 %) beschlossen werden. In einem Fünftel der Gespräche (A: 22 %, B: 20 %) werden sonstige weitere Schritte vereinbart, zum Beispiel dass der bzw. die Jugendliche sein/ihr eigenes Konsumverhalten oder den Umgang mit konsumierenden Freunden über einen bestimmten Zeitraum genauer beobachtet und später davon berichtet oder dass die Kontaktperson bei anderen Stellen anruft, um weitergehende Informationen einzuholen oder Beratungstermine zu vereinbaren etc. In gut einem Drittel (A: 36 %, B: 42 %) der Gespräche wurden keine weitergehenden Verabredungen getroffen. Offenbar existiert bei den Kontaktpersonen und/oder bei den Jugendlichen das Gefühl, dass der Gesprächskontakt an dieser Stelle zunächst ein (vorläufiges) Ende haben soll. Es muss offen bleiben, ob die Ursache dafür darin zu sehen ist, dass das Ziel der Motivierenden Kurzintervention als erreicht betrachtet wird oder dass weitere Kontakte (aufgrund der bestehenden Kontaktdichte) ohnehin wahrscheinlich sind, ohne dass Verabredungen getroffen werden müssen.

Wie mögliche Veränderungsschritte aussehen können, wird an der letzten Fragestellung deutlich, die sich auf am Ende des Gespräches getroffene Vereinbarungen bezieht. In den meisten Fällen wird ein Folgegespräch vereinbart. Bei einem Drittel der Gespräche werden keine Verabredungen getroffen. Bei jedem fünften Gespräch werden konkrete Vereinbarungen getroffen. Diese betreffen zum einen Weitervermittlungen in Beratungsstellen. So wird zum Beispiel ein Termin zum Aufsuchen einer Therapeutin bzw. eines Therapeuten vereinbart oder eine Informationsbroschüre weitergegeben mit der Auffor-

derung, diese mit der Freundin oder dem Freund durchzugehen und sich bis zum nächsten Gespräch für ein Therapieangebot zu entscheiden. Ein zweiter Teil der getroffenen Vereinbarungen betrifft Selbstbeobachtung und Einschränkung riskanter Konsummuster, zum Beispiel:

- *„Jugendlicher soll sich selbst genauer beobachten, in welchen Situationen sein Konsumverhalten steigt. Fällt es ihm schwer oder weniger schwer, bestimmte Situationen bewusst zu meiden?“*
- *„Reduzierung vereinbart: Cannabiskonsum nicht täglich und erst nach getaner Arbeit.“*
- *„Alkoholkonsum nur noch zu speziellen Anlässen, zum Beispiel Partys.“*

Gelegentlich werden auch ganze Gesprächsreihen dokumentiert. So erfasst ein Dokumentationsbogen eine Reihe von fünf Einzelgesprächen zum Thema Tablettenkonsum, die schließlich zur Aufnahme einer Therapie führen.

Schlussfolgerungen

Insgesamt zeigt die Auswertung der dokumentierten Gespräche, dass sich den Kontaktpersonen vielfältige Anlässe für Interventionen bieten und dass die Inhalte der Fortbildung sich in ihrem Berufsalltag auf unterschiedliche Art und Weise umsetzen lassen.

Durch die Ergänzung der Dokumentationsbogen um die Kategorien „Schulform“ und „Herkunft der Eltern“ können in der Implementationsphase Aussagen über die Reichweite der Intervention getroffen werden. Hauptschülerinnen und -schüler sowie schulferne Jugendliche, die bereits einmal die Schule abgebrochen haben, werden besonders gut von den Interventionen in Einrichtungen der Jugendhilfe erreicht. Dies ist umso bedeutsamer, als diese Zielgruppe bisher von suchtpräventiven Programmen am wenigsten profitiert hat. Allerdings kommen Jugendliche mit Migrationshintergrund nur in 10 % der Gespräche vor. Dies entspricht sicher nicht dem Anteil, mit dem diese Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe vertreten sind und sollte daher im weiteren Verlauf der MOVE-Fortbildung noch einmal thematisiert werden.

Zwei Drittel der Gespräche werden mit Jungen durchgeführt. Dieses Ergebnis entspricht der eingangs geäußerten These, dass in Bezug auf den Konsum psychoaktiver Substanzen riskante Verhaltensweisen eher von Jungen praktiziert werden, während Mädchen eher moderate Umgangsweisen mit Konsum pflegen. Da die Ansprache des Themas durch Kontaktpersonen immer noch überwiegend aufgrund von Regelverstößen erfolgt, ist das Ergebnis nicht verwunderlich. Fraglich ist, ob es auch dem Bedarf konsumierender Mädchen ausreichend entspricht oder ob an dieser Stelle mehr Sensibilität für geschlechtsspezifische Aspekte von Drogenkonsum entwickelt werden muss.

Die Hälfte der durchgeführten Interventionen dauert nicht länger als 20 Minuten. Dies bestätigt die Annahme der entwickelnden Projektgruppe, dass sich die MOVE-Prinzipien

auf unstrukturierte und knappe „Tür-und-Angel-Situationen“ übertragen lassen, in denen kein fester Zeitrahmen besteht und Gespräche unsystematisch direkt im Alltagskontext von Jugendlichen und Kontaktpersonen stattfinden können. Gleichzeitig fällt auf, dass die andere Hälfte der Interventionen – und damit deutlich mehr als in der Pilotphase – aus Gesprächen über 20 bis 60 Minuten Länge besteht. Offenbar werden die Prinzipien der Motivierenden Kurzintervention in Einrichtungen der Jugendhilfe auch in längeren Sitzungen angewandt, wie sie zum Beispiel in regelmäßigen Beratungsterminen im Heim stattfinden.

Entsprechend der Einschätzung der Änderungsbereitschaft der Jugendlichen, die zu jeweils 40% mit Absichtslosigkeit oder Absichtsbildung bezeichnet werden kann, beinhalten die Interventionen in erster Linie beschreibende und klärende Strategien, die eine kritische Reflexion des eigenen Konsumverhaltens fördern sollen. Allerdings geht jedes fünfte Gespräch darüber hinaus und sucht mit den Jugendlichen, die bereits eine Motivation zur Veränderung zeigen, nach konkreten und realistischen Schritten. Die Rate der Vereinbarungen, von denen ein Großteil aus Vermittlungen in weiterführende Therapien besteht, zeigt, dass die Beratungskompetenz der Kontaktpersonen und ihre Nähe zu den Jugendlichen dazu führt, dass die Schwelle zu weitergehenden Angeboten deutlich gesenkt werden kann.

4.4 Diskussion der Ergebnisse

Bedarf an Verbesserung der Kommunikation über Drogenkonsum

Zunächst lässt sich feststellen, dass eine offene Kommunikation über Drogenkonsum zwischen Jugendlichen und Kontaktpersonen in Einrichtungen der Jugendhilfe bislang selten stattfindet. Die Ergebnisse der Fokusgruppen haben bereits gezeigt, dass sich aus Sicht der befragten Jugendlichen die Situation so darstellt, dass Erwachsene ihnen gegenüber entweder eine abstinenzorientierte Linie mithilfe von Sanktionen durchsetzen oder eine tolerierende Haltung ausüben, die Drogenkonsum akzeptiert oder ignoriert, aber eben auch nicht weiter thematisiert.

Auch von Seiten der Kontaktpersonen wird ein Bedarf an der Verbesserung der Kommunikation mit Jugendlichen zum Thema Drogenkonsum konstatiert. Zwar gibt es in einem Drittel der in der Befragung vertretenen Einrichtungen bereits Kooperationen mit Fachpräventionsstellen und in vielen Fällen wird Drogenkonsum in regelmäßigen Abständen thematisiert, jedoch sind Defizite auf der Gesprächsebene festzustellen. Nach Einschätzung der Kontaktpersonen schneiden Jugendliche selten das Thema von sich aus an. Sie selbst fühlen sich nicht ausreichend kompetent genug, mit dem Thema umzugehen und erleben, dass bisherige Beratungsstrategien auf Widerstand treffen. Sie äußern damit einen deutlichen Bedarf an erhöhter Beratungskompetenz, vor allem angesichts der Tatsache, dass riskanter Drogenkonsum in einem Drittel der vertretenen Einrichtungen ein Mehrheits- und kein Minderheitenthema ist.

Die bisher von der Suchtprävention vernachlässigte Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen kann damit besonders gut über Einrichtungen der Jugendhilfe erreicht werden. Wie kann aber eine angemessene Form der Beratung aussehen, die den Wünschen von Jugendlichen und dem Bedarf von Kontaktpersonen entspricht?

MOVE trifft den Bedarf von Jugendlichen und Kontaktpersonen

Die Prinzipien Motivierender Kurzintervention erfüllen die von den Jugendlichen aufgestellten Kriterien gelingender Beratung, denn sie postulieren einen empathischen und respektvollen Beratungsstil, der vor allem auf ambivalente Veränderungs- und Hilfe-wünsche eingeht und durch klärende Gespräche die Motivation zur Veränderung eines riskanten Verhaltens steigert. Hauptakteurinnen und -akteure der Beratung bleiben die Jugendlichen, denn Beratung kann Veränderung nicht erzwingen, sehr wohl aber begleiten und unterstützen. Das Konzept kann damit insofern als lebensweltorientiert bezeichnet werden, als es einen deutlich partizipativen Ansatz realisiert, der den von den Adressaten gewünschten Formen der Interaktion im Rahmen ihres Alltagskontextes entspricht.

Das Beratungskonzept MOVE trifft auch den Bedarf von Kontaktpersonen nach erhöhter Beratungskompetenz, denn die Prinzipien Motivierender Kurzintervention sind geeignet, Erfolgsdruck und Unsicherheit zu reduzieren. Gleichzeitig wird Alltagsberatung mithilfe des Stadienmodells der Verhaltensänderung strukturiert und damit die Kompetenz der Kontaktpersonen im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen gesteigert.

Das Fortbildungskonzept trifft auf eine hohe Akzeptanz

Die gleich bleibend positive Bewertung des Curriculums durch die Kontaktpersonen in beiden Erhebungsphasen zeigt, dass sich das Fortbildungsmanual als so qualifiziert erwiesen hat, dass die Fortbildung in der Implementationsphase auf ebenso hohem Niveau zu vermitteln ist wie in der Pilotphase. Kritik an der MOVE-Fortbildung kommt lediglich von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine gänzlich „neue Methodik“ erwartet haben. Diese Erwartung wird durch die MOVE-Fortbildung enttäuscht, denn sie bietet als Einführung in das Konzept der Motivierenden Kurzintervention auch Elemente, die – wie zum Beispiel der klientenzentrierte Ansatz – bereits Eingang in sozialpädagogische Berufskompetenz gefunden haben. Die Stärke des MOVE-Ansatzes liegt vielmehr darin, bereits vorhandene Kompetenz zu bündeln und in einen Rahmen zu stellen, der sie für die Durchführung sekundärpräventiver Beratungen nutzbar macht. Die besondere Güte des Curriculums aus Sicht der überwiegenden Mehrheit der Kontaktpersonen liegt vor allem in der ausgewogenen Mischung aus Theorie und Praxis, die ein klares und im Berufsalltag umsetzbares Konzept vermittelt.

MOVE bietet eine angemessene Zielgruppenorientierung

Die Umsetzung der Motivierenden Kurzintervention in Feldern der Jugendhilfe erreicht – dies konnte in der Implementationsphase erstmals gezeigt werden – besonders Hauptschülerinnen und -schüler sowie schulferne Jugendliche. Dies ist umso bedeutsamer, als die Mehrzahl bisheriger Interventionsprogramme sich auf die Schule konzentrierte, womit riskant konsumierende Jugendliche – auch aufgrund ihrer oftmals geringen Bindung an Schule und schulischer Werte – nicht ausreichend erreicht werden konnten. Das MOVE-Projekt bietet gegenüber bisherigen Präventionsprogrammen eine deutlich verbesserte Zielgruppenorientierung und ist damit in der Lage, die Versorgungslücke für riskant konsumierende Jugendliche zu schließen. Dies wird nicht zuletzt dadurch gewährleistet, dass über die Arbeitsfelder der Jugendhilfe die Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen besonders gut zu erreichen ist.

MOVE trägt zu einer differenzierten Risikoeinschätzung bei

Der Großteil der durchgeführten Interventionen besteht – entsprechend dem Anteil an geringer Änderungsbereitschaft unter den Jugendlichen – aus beschreibenden und klärenden Strategien. Diese liefern nicht sofort sichtbare Ergebnisse, tragen aber deutlich zu einer offeneren und kritischen Auseinandersetzung der Jugendlichen mit ihren Kon-

summustern und -motiven bei. Dass dies vor allem beim Umgang mit Cannabis dringend notwendig ist, hat die Befragung der Jugendlichen gezeigt, denn bei den Konsumenten und Konsumentinnen überwiegt die Einschätzung, aufgrund der „Natürlichkeit“ der Substanz kein gesundheitliches Risiko einzugehen.

Die Dokumentation der durchgeführten Interventionen hat außerdem gezeigt, dass die Beratungskompetenz der Kontaktpersonen und ihre Nähe zu den Jugendlichen neben der Steigerung der Risikoeinschätzung auch dazu führt, dass die Schwelle zu weitergehenden Beratungs- und Therapieangeboten deutlich gesenkt werden kann.

Chancen der Frühintervention

Die Installierung eines offenen Dialogs über Vor- und Nachteile der einzelnen Konsummuster in einer Vertraulichkeit zusichernden Atmosphäre kann riskant konsumierenden Jugendlichen helfen, die körperlichen und psychischen Risiken ihres Konsums realistischer einzuschätzen. Hier liegt eine deutliche Chance zur Frühintervention innerhalb von Einrichtungen der Jugendhilfe. Die dokumentierten Gespräche belegen, dass dies in vielfältiger Form möglich ist. Besonders aufschlussreich ist dabei das überraschende Ergebnis, dass ein großer Teil der Gespräche von Jugendlichen selbst initiiert wird. Anlass sind konsumspezifische oder unspezifische Fragestellungen, die alltägliche Probleme mit Freunden, Schule, Familie oder Ähnliches betreffen. Im Laufe solcher Gespräche kommt es dann zur Thematisierung des Konsumverhaltens, verbunden mit einer Intervention von Seiten der Kontaktpersonen, die die Jugendlichen ermutigt, ihr eigenes Konsumverhalten zu beobachten sowie ihre Motive und gegebenenfalls Änderungswünsche zu klären.

Die dokumentierten Gespräche zeigen, dass die Kontaktpersonen durch die Fortbildung deutlich sensibler geworden sind für die jeweilige Motivation der Jugendlichen. Die Anlässe zur Thematisierung von Konsum beschränken sich nicht mehr auf die Ansprache bei Regelverstoß. Es bieten sich ihnen vielfältige Möglichkeiten zur Kurzberatung in einer Form, die nicht wie bisher auf Widerstand, sondern auf Offenheit unter den Jugendlichen trifft. Die Dokumentation der Umsetzung widerspricht damit den oftmals von Seiten der Jugendhilfe vorgetragenen Bedenken, dass Handlungsdruck und Bedarf an Problematisierung lediglich auf Seiten der Fachkräfte besteht, die Jugendlichen jedoch selbst keinen Bedarf anmelden. Entscheidend für die Verbesserung der Gesundheitskommunikation ist darum die Stärkung der Sensibilität durch eine genauere Einschätzung des jeweiligen Stadiums der Verhaltensänderung und durch das Wissen um die angemessene Intervention.

Bewertung von MOVE im Handlungsfeld Jugendhilfe

Durch seine hohe externe Validität ist Motivierende Kurzintervention flexibel einsetzbar und nicht an eingeschränkte Rahmenbedingungen therapeutischer Interventionen ge-

4

bunden. Das Interventionskonzept stellt daher eine Hilfe zur Gestaltung von Beratungssituationen innerhalb flexibler institutioneller Settings dar. Die vom Kinder- und Jugendhilfegesetz geforderte Partizipation im Hilfeprozess entspricht den Prinzipien Motivierender Kurzintervention, die deutlich klientenorientiert sind und die Jugendlichen als Experten bzw. Expertinnen des eigenen Konsumverhaltens und seiner Veränderung behandelt. Durch ein klar strukturiertes Rahmenmodell trägt MOVE außerdem dazu bei, den Hilfeprozess zu phasieren und den Fachkräften Entlastung innerhalb eines von Komplexität geprägten offenen Handlungsfeldes zu bieten. Mit der Verbindung von Empathie und direktiv lösungsorientiertem Vorgehen bietet das Beratungskonzept schließlich die Möglichkeit, den Anspruch lebensweltorientierter Beratung in einer Balance von Respekt und Provokation in den Beratungsprozess zu integrieren.

Grenzen der Untersuchung

Trotz der positiven Bewertung der MOVE-Fortbildung durch die Fachkräfte kann die Frage der Umsetzung in Arbeitsfelder der Jugendhilfe nicht abschließend geklärt werden. Die Auswertung der Dokumentationsbogen hat zwar gezeigt, dass das Interventionskonzept bedarfsgerecht umzusetzen ist. Fraglich bleibt allerdings, warum etwa ein Fünftel der Befragten im vorgesehenen Zeitraum keine Intervention durchführen konnte. Offen bleibt außerdem die Bewertung des Interventionskonzepts durch die Kontaktpersonen, die sich nicht an der letzten Befragung beteiligt haben. Auch wenn die Gründe zufälliger oder persönlicher Art sein können, bleibt zu vermuten, dass Hinderungsgründe vor allem auf institutioneller Ebene liegen könnten. Die Umsetzung von MOVE kann nur innerhalb eines akzeptanzorientierten Gesamtkonzepts erfolgen und ist mit dem Kontext sozialer Beratung in der Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle nicht immer zu vereinbaren. Ob die Hinderungsgründe aber tatsächlich auf institutioneller Ebene zu finden sind, welche Gesamtkonzepte die Umsetzung Motivierender Kurzintervention erleichtern und welche sie fördern, wäre in einem weiteren Forschungsauftrag zu klären. Hier wird auch sichtbar, dass die vorliegende Untersuchung zur Umsetzbarkeit eher explorativ angelegt ist und damit ein Instrument zur Dokumentation von Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe entwickelt hat, das in weiteren Untersuchungen noch verfeinert werden muss, um weitergehende Aussagen über Reichweite und Wirksamkeit treffen zu können.

Künftige Herausforderungen

Die Anwendung Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe hat sich als bedarfsorientierter und nützlicher Ansatz erwiesen. Bei der Anpassung des Konzepts der Motivierenden Kurzintervention an die Bedürfnisse von Jugendlichen und an das Setting Jugendhilfe ist allerdings Folgendes zu beachten.

Nicht zu unterschätzen ist die Bedeutung der Peergroup bei der Ausprägung und Beibehaltung jugendlicher Konsummuster, die sich negativ in Form von Unterstützung ris-

kanter Verhaltensweisen äußert, die aber auch positiv die Veränderung eines solchen Verhaltens deutlich unterstützen kann. Die Rolle von Freunden ist im Beratungsgespräch zu thematisieren, um die Beratung optimal an den jeweiligen Hilfebedarf der einzelnen Jugendlichen anzupassen.

Geschlechtsspezifische Aspekte, die sich im Konsumverhalten und im Umgang mit Kontaktpersonen zeigen, sollten ebenfalls mehr als bisher thematisiert werden. So zeigen Jungen eher riskante und auch provokante Konsummuster bei gleichzeitigem Wunsch, sich gegenüber Erwachsenen stark abzugrenzen. Mädchen praktizieren zwar eher moderate und weniger provokante Konsumformen, die problematischen Seiten ihres Konsums werden dabei schneller ignoriert. Gleichzeitig zeigen sich Mädchen unabhängiger von der jeweiligen Gruppennorm und offener für die Hilfestellung durch von ihnen geschätzte Pädagoginnen und Pädagogen.

Die Fortbildung von Kontaktpersonen durch Multiplikatorentandems trägt deutlich zur Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchtprävention bei. Die MOVE-Fortbildung kann eine Auseinandersetzung auf konzeptioneller Ebene in den jeweiligen Einrichtungen der Jugendhilfe anregen, kann diese aber nicht ersetzen. Die Anwendung Motivierender Kurzintervention muss jedoch in einen passenden konzeptionellen Rahmen eingebettet sein, um nicht kontraproduktiv zu wirken oder den einzelnen Mitarbeiter bzw. die einzelne Mitarbeiterin zu überfordern. Die Diskussion des MOVE-Konzepts innerhalb der jeweiligen Teams oder auf Leitungsebene könnte eine weitere Aufgabe der durch die MOVE-Fortbildung geförderten Kooperation zwischen Kontaktpersonen und Suchtpräventionsstellen sein. Die Beachtung der institutionellen Ebene würde deutlich zur Nachhaltigkeit der sekundärpräventiven Strategie beitragen.

Die Evaluation hat gezeigt, dass Motivierende Kurzintervention eine hohe externe Validität auch bei der Umsetzung in das Setting Jugendhilfe besitzt, denn es lässt sich auf unterschiedliche Situationen und Arbeitsbereiche übertragen. Offen bleibt die Frage der internen Validität, die aber wahrscheinlich im differenzierten und komplexen Handlungsfeld der Jugendhilfe durch ihren Alltagsbezug noch weniger leistbar ist als in den in zahlreichen bereits durchgeführten Studien zur Motivierenden Kurzintervention. Künftiger Forschungsbedarf liegt stattdessen auf der Untersuchung der institutionellen Ebene. Da MOVE mittlerweile sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Schule angewandt wird, wäre der Vergleich beider Arbeitsbereiche aufschlussreich. Zu identifizieren wären insbesondere förderliche und hinderliche Faktoren auf institutioneller Ebene zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention.

MOVE als beispielhaftes Kooperationsprojekt

Trotz der genannten Einschränkungen und künftigen Herausforderungen können aber abschließend folgende Aussagen über die Bewertung des MOVE-Projekts als ein Beispiel für die Kooperation von Jugendhilfe und Suchtprävention getroffen werden.

Die Evaluation von Pilot- und Implementationsphase hat gezeigt, dass das Konzept der Motivierenden Kurzintervention auf einen deutlichen Bedarf in Einrichtungen der Jugendhilfe trifft und den Kriterien einer zielgruppenorientierten Beratung entspricht. Sowohl aus Sicht der Kontaktpersonen als auch aus Sicht der Multiplikatorentandems ist das Manual der Fortbildung so ausgereift, dass die Umsetzung auch in der „zweiten Generation“ eine gleich bleibend hohe Qualität gewährleistet. Mittlerweile sind in Nordrhein-Westfalen bereits 90 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in diesem Konzept fortgebildet worden. Pro Jahr werden ein bis zwei Fortbildungen in Motivierender Kurzintervention für Kontaktpersonen in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe angeboten. Zusätzlich ist die Schule als weiteres Setting für Motivierende Kurzintervention erschlossen worden. Während Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter seit Beginn des Projekts zur Zielgruppe zählen, existiert mittlerweile eine überarbeitete Form des Manuals für Lehrkräfte. Im Sommer 2005 wird MOVE darüber hinaus erstmalig für den schulärztlichen Dienst in Niedersachsen angeboten. Durch diese Umsetzung der Intervention im Rahmen kommunaler Netzwerke in den Arbeitsfeldern Jugendhilfe und Schule garantiert MOVE einen breit angelegten interdisziplinären und intersektoralen Public-Health-Ansatz. Die von Anfang an in der gesamten Infrastruktur des Projekts angelegte Herangehensweise ist für weitere Projekte der Prävention richtungsweisend. Vier Kennzeichen sind dabei dem Erfolg des Projekts besonders förderlich:

1. Die zu Beginn bereits vorhandene und erprobte Infrastruktur der Fachstellen zur Suchtprävention erleichtert die Umsetzung eines intersektoralen Ansatzes. Schwierigkeiten, die sich in anderen Projekten beispielsweise aufgrund der mühsamen Aufbauarbeit von Kooperationen mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren ergeben, werden dadurch umgangen. Die bereits vorhandenen Fachstellen für Suchtprävention mit bestehenden Kommunikationsstrukturen erleichtern die breite Umsetzung in kommunale Netzwerke und sparen gleichzeitig Kosten.
2. Die Einbindung einer Organisationsberatung in der Konzeptionsphase garantiert, dass die unterschiedlichen Sichtweisen der einzelnen Akteurinnen und Akteure aus den Arbeitsfeldern Suchtprävention, Jugendhilfe, Therapie und Wissenschaft ausreichend gewürdigt werden und die Kooperation optimiert wird. Dies fördert außerdem eine multiperspektivische Herangehensweise: Von Anfang an werden nicht nur das Verfahren – die Motivierende Kurzintervention –, sondern auch die strukturell-organisatorische Ebene und ihre Erfordernisse mit berücksichtigt.
3. Die in allen Phasen von MOVE – Konzeptionierung, Erprobung und fortlaufende Weiterentwicklung – durchgeführte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation hat zu interner und externer Transparenz, zur Optimierung der Prozesse sowie zur Qualitätssteigerung beigetragen.
4. MOVE ist eine proaktive Strategie, die auf die Zielgruppe zugeht. Im Gegensatz zu reaktiven Strategien ermöglicht diese aufsuchende Form der Umsetzung vielfältige Formen der Frühintervention. Diese beginnt nicht erst dann, wenn die Betroffenen bereits motiviert sind zur Aufnahme eines Beratungsgesprächs oder zur Veränderung eines riskanten Verhaltens, sondern schafft im Vorfeld Gelegenheit zur Reflexion und Hinterfragung eigener Konsummuster und zum Erlernen von Risikokompetenz.

Alle vier Aspekte zusammen schaffen Rahmenbedingungen für die Umsetzung eines Public-Health-Konzepts, das nicht nur einzelne Betroffene, sondern eine breite Bevölkerungsgruppe erreichen kann. Die Fortbildung dient gleichzeitig der Sensibilisierung und Profilierung von Fachkräften der sozialen Arbeit für Gesundheitsthemen. Die Ansprache von Drogenkonsum wird in das komplexe, alltagsorientierte Handlungsfeld sozialer Arbeit integriert und kann dadurch besonders sozial benachteiligte Jugendliche erreichen.

Indem MOVE auf eine vorhandene Infrastruktur aufbaut und in einem neuen sektorübergreifenden Konzept Kompetenzen bündelt, wird mit vergleichsweise geringem Aufwand größtmöglicher Nutzen erzielt, ohne dass die Qualität darunter leidet.

4

LITERATUR

5

- Aalto, M., Seppä, K., Mattila, P. (2001): Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three year randomized controlled study. *Alcohol and alcoholism*, 36, 224–230.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C. (2000): Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95, 677–686.
- Badura, B. (1999): Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: Badura, B., Siegrist, H. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen*. Juventa, München, 15–42.
- Badura, B., Siegrist, H. (Hrsg.) (1999): *Evaluation im Gesundheitswesen*. Juventa, München.
- Baer, J. S., Marlatt, G. A., Kivlahan, D. R., Fromme, K., Larimer, M. E., Williams, E. (1992): An experimental test of three methods of alcohol risk reduction with young adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 974–979.
- Balch, G. I. (1998): Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers: input and feedback from focus groups. *Preventive Medicine* 27, A55–A63.
- Barth, J. (2000): Evaluation von Suchtprävention. In: Schmidt, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik*. Leske und Budrich, Opladen, 67–87.
- Berg-Smith, S. M., Stevens, V. J., Brown, K. M., Van Horn, L., Gernhofer, N., Peters, E., Greenberg, R., Snetseelaar, L., Ahrens, L., Smith, K. (1999): A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health education research*, 14 (3), 399–410.
- Bien, H., Miller, W. R., Tonigan, J. S. (1993): Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315–336.
- Borg-Laufs, M. (2004): Verhaltensberatung nach dem kognitiv-behavioristischen Modell. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung*, Band 2. DGVt, Tübingen, 629–640.
- Borg-Laufs M., Vogel, H. (2000): Evaluation strukturierter Verhaltenstherapieweiterbildungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32 (3), 441–452.
- Borsari, B., Carey, K. B. (2000): Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 733–740.
- Bortz, J., Döring, N. (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation*. Springer, Berlin.
- Brezing, H. (2000): Welche Bedürfnisse haben Anwender(innen) und wie werden sie in der Forschung abgedeckt? In: Hager, W., Patry, J.-L., Brezing, H. (Hrsg.): *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*, 8–14.
- Britt, E., Hudson, S. M., Blanpied, N. M. (2004): Motivational interviewing in health settings: a review. In: *Patient education and counselling*, 53 (2), 147–155.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiederholungsbefragung. BZgA, Köln.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., Dunn, C. (2002): The efficacy of motivational interviewing and its adaptations. In: Miller, W. R., Rollnick, S. (Eds.): *Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior* (vollständig überarbeitete Neuausgabe). The Guilford Press, New York, 217–249.
- Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russell, I., Stott, N. (1999): Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. In: *British journal of general practice*, 49, 611–616.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J. (1998): Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 574–578.
- Compton, P., Monahan, G., Simmons-Cody, S. (1999): Motivational Interviewing: An effective brief intervention for alcohol and drug abuse patients. *The nurse practitioner*, 24, 27–49.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1987): The support of autonomy and the control of behaviour. *Journal of personality and social psychology*, 53 (6), 1024–1037.
- Demmel, R. (2001): Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, 47, 171–188.

- Dewe, B., Scherr, A. (1990): Beratung und Beratungskommunikation. *Neue Praxis*, 6, 488–499
- DiClemente, C. C. (1991): Motivational Interviewing and the stages of change. In: Miller, W. R., Rollnick, S. (Eds.): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. Guilford Press, New York, 191–202.
- DiClemente, C. C., Velasquez, M. M. (2002): Motivational Interviewing and the stages of change. In: Miller, W. R., Rollnick, S. (Eds.): *Motivational interviewing: preparing people for change*. Second edition. Guilford Press, New York, 189–215.
- Diener, E.-M., Suter, T., Somaini, B. (1999): Computergestützte Interventionsprogramme: Entwicklung, Wirksamkeit und Umsetzung. In: Keller, S. (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus, Freiburg, 129–144.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markworth, H. (Hrsg.) (1994): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10*. Verlag Hans Huber, Göttingen.
- Emmons, K. M., Rollnick, S. (2001): Motivational Interviewing in health care settings – opportunities and limitations. *American Journal of preventive medicine*, 20 (1), 68–74.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. (1998): Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Beeinträchtigung von depressiven Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 46, 316–324.
- Farke, W. (1999): Die Situation suchtgefährdeter Jugendlicher – Ergebnisse einer Szenebefragung. In: Freitag, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Illegale Alltagsdrogen*. Juventa, Weinheim, 157–167.
- Farke, W., Broekman, A. (2002): Drogenkonsum aus Sicht suchtgefährdeter Jugendlicher – Prävalenz und Bedarf an Hilfe. In: Farke, W., Graß, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Drogen bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart, 6–17.
- Franzkowiak, P. (1996): Risikokompetenz – Eine neue Leitorientierung für die primäre Suchtprävention? In: *Neue Praxis*, 5/96.
- Freitag, M. (1999): Suchtprävention am Beispiel von Ecstasy und Partydrogen. In: Freitag, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Illegale Alltagsdrogen*. Juventa, Weinheim und München, 81–118.
- Gantner, A. (2003): Cannabis – Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. In: Farke, W., Graß, H., Hurrelmann, H. (Hrsg.): *Drogen bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme, Stuttgart.
- Geiling, W. (2002): Möglichkeiten und Grenzen lösungsorientierter Beratung und Therapie. *Neue Praxis*, 1, 77–94.
- Gmel, G., Rehm, J., Frick, U. (2003): Trinkmuster, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und koronare Mortalität. *Sucht*, 49 (2), 95–104.
- Hager, W., Patry, J.-L., Brezing, H. (2000) (Hrsg.): *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. Hans Huber, Göttingen.
- Hanewinkel, R., Wiborg, G. (2002): Evaluation einer Kurzzeitintervention zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol bei Studenten. In: Richter, G., Rommelspacher, H., Spies, C. (Hrsg.): *Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts – 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)*, Lengerich u. a., 125–140.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Schumann, A., John, U. (1999): Beratung von Menschen mit problematischem Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf Basis des Transtheoretischen Modells. In: Keller (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 81–92.
- Heather, N. (1996): The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: The British experience. *Addictive Behavior*, 21, 857–868.
- Heckhausen, H. (2003): *Motivation und Handeln*. 2., überarbeitete Aufl. Springer, Berlin.
- Helfferich, C. (1996): Perspektiven geschlechtsdifferenzierender Suchtprävention. In: *Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Das Gleiche ist nicht dasselbe: Geschlechtsspezifische Suchtprävention mit Mädchen! Und mit Jungen?* Hamburg, 160–171.
- Holder, H., Blöse, J. O. (1992): The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: A 14-year longitudinal study. *Journal of studies on alcohol*, 53, 293–302.

- Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (1977): Internationale Diagnostik-Checkliste (ISCL) für DSM – IV. Hogrefe, Göttingen.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., Zweben, A. (2000): Alcoholism treatment and medical care costs from project MATCH. *Addiction*, 95 (7), 999–1013.
- Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R., Rubinos, A. V. (1991): The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of studies on alcohol*, 517–539.
- Horch, K., Bergmann, E. (2003): Calculation of costs of alcohol – related diseases. *Bundesgesundheitsblatt*, 46 (8), 625–635.
- Horner, S. (2000): Focus on research methods using focus group methods with middle school children. *Research in nursing and health*, 23, 510–518.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Juventa, Weinheim, München.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitsurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa, Weinheim und München.
- Hurrelmann, K., Laaser, U. (2003): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe. Juventa, Weinheim, München.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. *Nomos*, Baden-Baden.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Schumann, A., Bischof, G. (1999): Das TTM als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung – der Ansatz der Community Medicine. In: Keller (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 45–55.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Hanke, M., Schumann, A., Riedel, J., Hannover, W., Thyrian, R., Bott, K., Michael, A. (2002a): Prävention von Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen und Alkoholkonsum – der Beitrag der Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. *Sucht*, 48 (4), 284–295.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Schumann, A., Hannover, W., Thyrian, R., Bott, K., Freyberger, H. J., Möllmann, R., Fusch, C., Hessel, F., Wasem, J., Hohagen, F. (2002b): Der Suchtforschungsverbund. Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (EARLINT). *Sucht*, 48 (3), 209–216.
- Kähnert, H., Bauer, U., Hurrelmann, K. (2005): Suchtprävention und Schule. *Pädagogik*, 2, 6–9.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2000): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 3. Aufl. Springer, Heidelberg.
- Kean, S. (2000): Focus group interviews: A qualitative research approach for nursing. *Pflege*, 13, 145–151.
- Keller, S. (1999): *Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- Kleiber, D., Soellner, R. (1998): *Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken*. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Körkel, J., Veltrup, C. (2003): Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: *Sucht*, 4, 115–124.
- Kolip, P. (1999): *Programme gegen Sucht*. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A., Orth, B. (2004): Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte, Bd. 141. IFT – Institut für Therapieforschung, München.
- Kremer, G. (2001): *Alkoholprobleme im Allgemeinkrankenhaus: Früherkennung und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der somatischen Medizin*. Universität Bielefeld (Dissertation).
- Kremer, G. (2001): Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. *Suchttherapie*, 4, 125–131.

- Krueger, R. A. (1994): Focus groups. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, London, New Dehli.
- Krueger, R. A. (1998): Developing questions for focus groups. Thousand Oaks, London, New Dehli.
- Laaser, U., Hurrelmann, K., Wolters, P. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz, Weinheim, 176–206.
- Laging, M. (2005): Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention. Verlag Dr. Kovac, Hamburg.
- Lamnek, S. (1989): Qualitative Sozialforschung, Band 2. Methoden und Techniken. Juventa, Weinheim und München.
- Lamnek, S. (1998): Gruppendiskussion – Theorie und Praxis. Beltz, Weinheim.
- Langness, A., Richter, M., Hurrelmann, K. (2003): Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey. Juventa, Weinheim, 301–334.
- Lawendowski, L. A. (1998): A motivational intervention for adolescent smokers. In: Preventive medicine, 27, A 39– A 54.
- Leppin, A. (2001): Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategie der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann und Leppin (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Verlag Hans Huber, Bern, 107–128.
- Levenberg, P. B. (1998): GAPS: An opportunity for nurse practioners to promote the health of adolescents through clinical preventive services. Journal of pediatric health care, 1 (2), 2–9.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H., Wittchen, H.-U. (2000): Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. Sucht, 46, 18–31.
- Lynskey, M. T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J. B., Patton, G. (2002): A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. Addiction, 98, 685–692.
- Malone, R. E., Yerger, V., Pearson, C. (2001): Cigar Risk Perceptions in Focus Groups of urban african american youth. Journal of Substance Abuse, 13, 549–561.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Dimeff, L. A., Larimer, M. E., Quigley, L. A., Somers, J. M., Williams, E. (1998): Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-Year Follow-up Assessment. Journal of consulting and clinical psychology, 66, 604–615.
- Marzinzik, K., Gass, H.-J., Schmidt, B. (2001): Motivierende Kurzintervention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen. Prävention, 4, 114–115.
- Meenaghan, T. M. (2001): Exploring possible relations among social sciences, social work and health interventions. In: Social work in health care, 33, 43–50.
- Migneault, J. P., Pallonen, U. E., Velicer, W. F. (1997): Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. In: Addictive behaviours, 22, 339–351.
- Miller, W. R. (1996): Motivational Interviewing. Research, Practice and Puzzles. Addictive behaviors, 21, 835–842.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991): Motivational Interviewing – preparing people to change addictive behavior. New York, The Guilford Press. (Dt. Ausgabe 1999: Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg i. Br.)
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002): Motivational Interviewing – preparing people to change addictive behavior (vollständig überarbeitete Neuausgabe). The Guilford Press, New York.
- Miller, W. R., Sanchez, V. C. (1994): Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G. (Hrsg.): Issues in alcohol use and misuse by young adults. University of Notre Dame Press, Notre Dame.
- Mittag, W., Hager, W. (2000): Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In: Hager, W., Patry, J.-L., Brezing, H. (2000) (Hrsg.): Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Hans Huber, Göttingen, 102–127.

- Mittag, W., Jerusalem, M. (1997): Evaluation von Präventionsprogrammen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie, Hogrefe, Göttingen, 595–611.
- Monti, P., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., Wooldard, R., Lewander, W. (1999): Brief intervention for harm reduction with alcohol – positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67, 989–994.
- Morgan, D. L., Krueger, R. A. (1998): The focus group kit. Thousand Oaks, Sage.
- Moyer, A., Finnea, J. W., Swearingen, C. E., Vergun, P. (2002): Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279–292.
- Moyers, T. B., Rollnick, S. (2002): A motivational perspective on resistance in psychotherapy. *Psychotherapy in Practice*, 58 (2), 185–193.
- Moyers, T. B., Yahne, C. E. (1997): Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of substance misuse*, 3, 30–33.
- Müller, B., Münch, E., Badura, B. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Juventa, Weinheim.
- Münder, J. (1999): Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG/SGB VIII, 3. Aufl. Votum, Münster.
- Naidoo, J., Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der BZgA, Köln.
- Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (2004): Das Handbuch der Beratung. DGVT-Verlag, Tübingen.
- Nutbeam, D. (1999): Umfassende Ansätze zur Tabakprävention im Jugendalter. In: Kolip, P. (Hrsg.): Programme gegen Sucht. Weinheim, Juventa, München, 248–260.
- Pallonen, U. E. (1998): Transtheoretical measures for adolescent and adult smokers: similarities and differences. *Preventive Medicine*, 27, A 29–A38.
- Pallonen, U. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prokhorov, A. V., Smith, N. F. (1998): Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 23, 303–324.
- Prochaska, J. O. (1996): A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. *Addictive behaviour*, 21, 721–732.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276–288.
- Prochaska, J. O., Prochaska, J. M. (1999): Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83–102.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997): Misinterpretations and misapplications of the transtheoretical model. *American Journal of Health Promotion*, 12, 11–12.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (2000): The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–47.
- Puhl, R., Löcherbach, P. (2002): Systemtheorien und Soziale Arbeit. Ein Zwischenstand. *Sozialmagazin*, 27 (10), 36–47.
- Reese, A., Silbereisen, K. (2001): Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jungem Risikoverhalten. In: Freund, T., Lindner, W. (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Leske und Budrich, Opladen, 139–162.
- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borelli, B., Hecht, J., Ernst, D. (2002): Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21 (5), 444–451.
- Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borelli, B., Ernst, D., Hecht, J., Thevos, A. K. (2002): Motivational Interviewing in medical and public health settings. In: Miller, W. R., Rollnick, S. (Hrsg.): Motivational interviewing: preparing people for change. Second edition. Guilford Press, New York, 251–269.
- Rich, M., Ginsburg, K. R. (1999): The reason and rhyme of qualitative research: Why, when and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 25, 371–378.
- Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

- Richter, M., Hurrelmann, K. (2004): Sozioökonomische Unterschiede im Substanzkonsum von Jugendlichen. *Sucht*, 50 (4), 258–268.
- Richter, M., Settertobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): *Jugendgesundheitsurvey*, 99–158.
- Riggs, S. G., Alario, A. J. (1989): Adolescent substance use. Instructor's guide. In: Dube, C. E., Goldstein, M. G., Lewis, D. C., Myers, E. R., Zwick, W. R. (Eds.): *The Project ADEPT Curriculum for primary physician training*. Providence, Project ADEPT, Brown University, Providence.
- Rivers, K., Sarvela, P. D., Shannon, D. V., Gast, J. (1995): Youth and young adult perceptions of drinking and driving prevention programs: a focus group study. *Journal of alcohol and drug education*, 41, 80–90.
- Rogers, C. R. (1957): The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1972): *Die nicht-direktive Beratung*. 11. Aufl. 2004, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. M.
- Rollnick, S. (2000): Consultations about behaviour change. In: *Medicine (Medicine Publishing Company LTD.)*, 26–28.
- Rollnick, S., Allison, J., Ballasotes, S., Barth, T., Butler, C. C., Rose, G. S., Rosengren, D. B. (2002): Variations on a Theme – Motivational Interviewing and its adaptations. In: Miller, R. W., Rollnick, S. (Eds.): *Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior (vollständig überarbeitete Neuausgabe)*. Guilford Press, New York.
- Rollnick, S., Butler, C. C., Stott, N. (1997): Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient education and counselling*, 31, 191–203.
- Rollnick, S., Heather, N., Bell, A. (1992): Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of mental health*, 1, 25–37.
- Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa, Weinheim, München, 707–752.
- Rosenbrock, R. (2004): Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. *Zeitschrift für Evaluation*, 71–80.
- Rost, J. (2000): Allgemeine Standards für die Evaluationsforschung. In: Hager, W., Patry, J.-L., Brezing, H. (Hrsg.): *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. Hans Huber, Göttingen, 129–140.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., John, U. (1999): Motivationale Grundlagen für die Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit in unterschiedlichen Populationen. In: Keller, S. (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung*. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 57–66.
- Saunders, B., Wilkinson, C., Phillips, M. (1995): The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415–424.
- Schmidt, B. (1998): Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Juventa, Weinheim und München.
- Schmidt, B. (2000): Sucht- und Drogenpolitik als Baustein von Public Health. In: Schmidt, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik*. Leske und Budrich, Opladen, 339–368.
- Schmidt, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (2000): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik*. Leske und Budrich, Opladen.
- Schneider, M. (2004): Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. *Sucht*, 50 (5), 309–319.
- Schröer, W., Struck, N., Wolf, M. (2002): *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. Juventa, Weinheim.
- Schubiner, H., Herold, A., Hurt, R. (1998): Tobacco cessation and youth: the feasibility of brief office interventions for adolescents. *Preventive Medicine*, 27, A47–A54.
- Stanton, B. F., Aronson, R., Borgatti, S., Gailbraith, J., Feigelman, S. (1993): Urban adolescent high-risk sexual behavior: corroboration of focus group discussions through pile-sorting. *Aids education and prevention*, 5 (2), 162–173.
- Sussmann, S., Dent, C. W., Severson, H., Burton, D., Flay, B. R. (1998): Self-initiated quitting among adolescent smokers. *Preventive medicine*, 27, A29–A38.
- Sutton, S. (2001): Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, 175–186.

- Tait, R. J., Hulse, G. K. (2003): A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and alcohol review*, 22, 337–346.
- Thiersch, H. (1992): *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. Juventa, Weinheim.
- Thiersch, H. (2002): Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. *Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung*. Juventa, Weinheim.
- Thiersch, H. (2004): Lebensweltorientierte Soziale Beratung. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): *Das Handbuch der Beratung*, Band 2, 690–701.
- Thole, W. (Hrsg.) (2002): *Grundriss Soziale Arbeit*. Leske und Budrich, Opladen.
- Thole, W. (2002): Soziale Arbeit als Profession und Disziplin. In: Thole, W. (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit*. Leske und Budrich, Opladen, 3–60.
- Tober, G. (1991): Motivational interviewing with young people. In: Miller, R. W., Rollnick, S. (Eds.): *Motivational Interviewing. Preparing people to change*. Guilford Press, New York, 248–259.
- Tossmann, P. (2004): Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf? *Sucht*, 50 (3), 164–171.
- Tubman, J. G., Wagner, E. F., Gilo, A. G., Kerensa, N. P. (2002): Brief motivational intervention for substance-abusing delinquent adolescents: guided self-change as a social work practice -innovation. *Health and social work*, 27(3), 208–212.
- Velicer, W. F., Hughes, S. L., Fava, J. L., Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1995): An empirical typology of subjects within stage of change. *Addictive behavior*, 20, 299–320.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Rossi, J. S., Redding, C. A., Laforge, R. G., Robbins, M. L. (2000): Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Homeostasis*, 40 (5), 174–195.
- Velicer, W. F., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1996): A criterion measurement model for health behavior change. *Addictive behavior*, 21, 555–583.
- Vogt, I. (2003): Fachlichkeit der Sozialen Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4, 138–141
- von Knesebeck, O., Zamora, P., Rugulies, R. (1999): Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur „ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ 2. In: Badura, B., Siegrist, H. (Hrsg.): *Evaluation im Gesundheitswesen*. Juventa, Weinheim, 163–178.
- Walters, E. D., Treno, A. J., Grube, J. W. (2001): Alcohol advertising and youth: a focus-group, analysis of what young people find appealing in alcohol advertising. In: *Contemporary drug problems*, 28, 695–718.
- Winters, K. C., Latimer, W. W., Stinchfield, R. (2001): Assessing adolescent substance use. In: Wagner, E. F., Waldron, H. B. (Eds.): *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Pergamon, Oxford, 1–29.
- Zimmermann, P., Mühlhig, S., Sonntag, D., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004): Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders. *Sucht*, 50 (5), 334–342.

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
- Band 25: *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche* – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist.
Bestellnr.: 60 625 000
- Band 26: *Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt.
Bestellnr.: 60 626 000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis „Fachpublikationen“.

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