

Soziale Gesundheitsarbeit
Perspektiven für eine lebensweltorientierte
Suchtprävention

Dissertation
zur Erlangung des
Doktorgrades
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
an der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Kordula Marzinzik
Bielefeld
April 2005

Erstgutachter: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Bettina Schmidt

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt:

Prof. Dr. Klaus Hurrelmann und Prof. Dr. Bettina Schmidt für die Begleitung und Ermutigung zum Einnehmen einer konsequent interdisziplinären Perspektive, Dr. Georg Kremer sowie Jürgen Gass und Angelika Fiedler vom GINKO und der MOVE-Projektgruppe für die inspirierende Zusammenarbeit, den beteiligten Jugendlichen und Kontaktpersonen für ihre Bereitschaft zur offenen Auskunft, Anke Reinisch, Anja Langness und Ursula Walkenhorst vom Promotionsstudiengang Public Health für anregende Diskussionen Matthias und Anne Grässlin-Kordbarlag, Mariyam Hüser-Granzow, Daniela Fey, Susanne Horstmann und meinen Eltern für vielfältige Unterstützung in lebensweltlichen Herausforderungen und meinen Kindern Hanna Shavu und Jonathan Manzi für ihre Geduld.

Inhaltsverzeichnis	Seite
Einführung: Zur Notwendigkeit Sozialer Gesundheitsarbeit	3
1. Suchtprävention und Jugendhilfe: Herausforderung zur Kooperation	
1.1. Der Bedarf an Kooperation aus Sicht von Public Health	13
1.2. Strategien und Herausforderungen der Suchtprävention	22
1.3 Jugendhilfe und Suchtmittelkonsum	30
2. Soziale Beratung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe	
2.1 Auftrag und Herangehensweise lebensweltorientierter Sozialer Arbeit	35
2.2 Auftrag und Strategien der Jugendhilfe	42
2.3 Grundzüge Sozialer Beratung	46
3. Motivierende Kurzintervention als Instrument der Suchtprävention	
3.1 Grundlagen Motivierender Gesprächsführung	58
3.2 Stadien der Verhaltensänderung	66
3.3 Motivierende Kurzintervention	74
3.4 Möglichkeiten der Anwendung für Jugendliche	81
3.5 Schlussfolgerungen zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe: Konkretisierung der Fragestellung	90
4. Evaluation des MOVE-Projektes	
4.1 Zielsetzung und Vorgehen des Modellprojektes MOVE	95
4.2 Evaluation im Spannungsfeld von Theorie und Praxis	98
4.3 Konzeption der MOVE-Evaluation	102
4.4 Befragungsinstrumente	105
4.5 Durchführung und Auswertung der Befragung	112
5. Kriterien jugendgerechter Beratung: Ergebnisse der Fokusgruppen mit drogenkonsumierenden Jugendlichen	
5.1 Beschreibung des Samples	117
5.2 Schilderung und Bewertung eigener Konsummuster	123
5.3 Konsummotive	126
5.4 Änderungsbereitschaft und erlebte Veränderung	129
5.5. Umgang mit Drogenkonsum im aktuellen Setting	135
5.6 Visionen von Beratung und Unterstützung	141
5.7 Diskussion der Ergebnisse	144

6. Bewertung von Manual und Intervention MOVE

6.1 Beschreibung der Stichprobe	151
6.2 Bewertung der Fortbildung durch die TeilnehmerInnen	155
6.3 Bewertung der Fortbildung durch die TrainerInnen	164
6.4 Bewertung der Intervention	167
6.5 Umsetzung der Intervention in die Praxis	178
6.6 Diskussion der Ergebnisse	190

7. Soziale Gesundheitsarbeit in den Herausforderungen der Lebenswelt 199

Literatur	215
------------------	------------

Anhang	228
---------------	------------

Übersicht über das Kurrikulum zur Motivierenden Kurzintervneion MOVE

Leitfaden für die Fokusgruppeninterviews

Fragebögen für die Teilnehmerbefragung 1 bis 3

Einführung: Zur Notwendigkeit Sozialer Gesundheitsarbeit

Eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert ist die Entwicklung und Förderung von Integration, Vernetzung und Multidisziplinarität zur Gestaltung einer qualitativ optimierten Versorgung¹. Um ein breites, flexibles und differenziertes Versorgungsspektrum zur Verfügung zu stellen, sollte diese mehr als bisher lebensweltliche Bezüge berücksichtigen.

Zur Verfolgung dieses Anliegens sind mögliche Kooperationen und Vernetzungen zu erproben. Die historisch gewachsene Fragmentierung und funktionale Differenzierung des Systems der (sozialen) Gesundheitsversorgung geht jedoch mit konkurrierenden Zuständigkeiten im Planungs- und Leistungsgeschehen sowie bei der Trägerschaft von Gesundheits- und Sozialleistungen einher. Dies führt zur Entstehung von Schnittstellen, die Qualität und Effizienz gesundheitsbezogener Dienstleistungen beeinträchtigen. Die Situation ist insbesondere durch folgende Strukturmerkmale gekennzeichnet (vgl. v.Knesebeck, Zamora und Rugulies 1999:163):

- Unzureichende oder uneinheitliche Planungsgrundlagen
- Mangelnde Transparenz des Planungs- und Leistungsgeschehen
- Fehlende Verzahnung und Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche mit der Folge partieller Unter- und Überversorgung sowie mangelnder Effektivität und Effizienz.

Zur Überwindung von Schnittstellenproblemen und zur Förderung von Kooperation sind die verschiedenen Professionen und Disziplinen des Sozial- und Gesundheitswesens mit ihren je unterschiedlichen Herangehensweisen zu berücksichtigen. Im folgenden soll dies unternommen werden in Form eines Dialoges zwischen den Gesundheitswissenschaften, die an sich schon eine interdisziplinäre Herangehensweise vertreten und der Sozialen Arbeit, die bislang vor allem ein komplexes Handlungsfeld ohne eigenständige Disziplin repräsentiert.

¹ Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), Band III, S.22.

Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaften

Zentrales Anliegen der Gesundheitswissenschaften – international definiert als Public Health - ist die systematische Erforschung des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung sowie die Analyse und Weiterentwicklung des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems (Hurrelmann und Laaser 2003:9).

Das Gesundheitsthema ist seit jeher ein zentraler Bestandteil der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Die in ihrem Handlungsfeld vertretene Bandbreite reicht von generalistischer Gesundheitsarbeit einschließlich Prävention bis zur spezialisierten Gesundheitstätigkeit, wie sie beispielsweise in der Tätigkeit in Psychiatrie und Krankenhaussozialdienst zum Tragen kommt. Ein intensiver Dialog zwischen Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit wäre ein wichtiger Schritt in Richtung Multidisziplinarität und optimierter Versorgung. Entsprechend fordert der Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit² bereits 1998, in einer disziplinübergreifenden Diskussion das Verhältnis Sozialer Arbeit zur Gesundheitsarbeit in Praxis, Lehre und Wissenschaft neu zu bestimmen.

Aktuell gerät die Soziale Arbeit im Zuge zunehmender Sparzwänge unter verstärkten fachlichen, öffentlichen und finanziellen Legitimitätsdruck, gleichzeitig ist ihre Situation durch eine gewisse Unübersichtlichkeit und mangelnde eigene Fachlichkeit gekennzeichnet. Soziale Arbeit wird nach wie vor nicht als eigenständige Disziplin mit eigenen Wissensbeständen sowie spezifischen Denk- und Handlungsweisen anerkannt. Dies ist jedoch umso notwendiger, als sich in der zunehmenden Fachlichkeit der Gesundheitsberufe eine Konkurrenz aufbaut, die einen eigenständigen Beitrag zu Gesundheit und Wohlbefinden in der Gesellschaft leisten will. Das daraus folgende Spannungsverhältnis reicht von inhaltlich-fachlichen und methodischen Differenzen bis zur Konkurrenz um Stellen und Einfluss im Berufsfeld, welche durch die von beiden Seiten proklamierte „Ganzheit“ noch verstärkt wird (Mühlum et al.1998:116).

Gleichzeitig wird der fachliche Diskurs durch diese Entwicklung deutlich belebt, denn die Gesundheitsberufe erzwingen eine gründliche Neubesinnung der Sozialen Arbeit unter dem Gesichtspunkt Gesundheit, während der Fokus der Sozialen Arbeit die Gesundheitswissenschaften auf die besondere

² vgl. Mühlum, Franzkowiak, Köhler-Offierski, Paulus und Zurhorst 1998

Beachtung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit verweist.

Der gegenwärtige Diskurs über die zukünftige Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung birgt für die nichtmedizinischen Disziplinen und Professionen Chancen, sich mehr als bisher in die Gesundheitsversorgung einzumischen und den Beweis für ihre Kompetenz für die Bearbeitung gesundheitlicher Problemlagen anzutreten (Ortmann und Schaub 2002). So schlussfolgert der Arbeitskreis Sozialarbeit und Gesundheit:

„Eine integrierte Gesundheitsperspektive ist für die Sozialarbeit, eine Gerechtigkeitsperspektive für die Gesundheitsarbeit unerlässlich“
(Mühlum et al. 1998:117).

Hier wird deutlich, dass ein gemeinsamer Dialog nicht nur zu einer Aufwertung der Sozialen Arbeit als „Gesundheitsarbeit“ führen würde, er bietet auch Anknüpfungspunkte für die Behandlung des mehr denn je relevanten Themas Sozialer Ungleichheit und Gesundheit.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Zum Standardbefund der Sozialepidemiologie gehört es, dass die Verteilung von Gesundheitsproblemen in den modernen Industriestaaten einen eindeutig sozialen Gradienten aufweist. Je niedriger die soziale Schicht, desto größer sind in der Regel die gesundheitlichen Belastungen. Gesundheit und Krankheit sind nicht wertneutral zu verstehen, sondern stellen sich als sozial konstituierte Kategorien dar. Sie sind abhängig von sozialen Lebensbedingungen und Voraussetzungen und damit nicht nur ein Thema des medizinischen Sektors, sondern immer auch in unterschiedliche sozialpolitische Traditionen eingebettet (Sting 2002, Rosenbrock 1998, 711f). Ungünstige psychosoziale Lebenslagen verstärken negative Krankheitsverläufe oder verhindern angemessene Therapien. Dies ist angesichts der Zunahme chronischer Krankheiten im gesellschaftlichen Krankheitsspektrum umso bedeutender.

Die Soziale Arbeit blickt auf eine lange Tradition der Berücksichtigung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit zurück, denn im Kontext von Armut und sozialer Randständigkeit hat sie gesundheitliche Probleme schon immer in ihrer sozialen Dimension gesehen (Filsinger und Homfeldt 2001). Nach wie vor gilt, dass gesundheitliche Probleme des Klientels Sozialer Arbeit zumeist

mit einer prekären Lebenslage in bezug auf materielle Lebenssicherung, die soziale Integration und die gesellschaftliche Teilhabe einhergehen.

„Soziale Arbeit als Wissenschaft und Profession betrachtet Gesundheit und Krankheit als soziale Phänomene. Sie analysiert Krankheit und Gesundheit vorrangig unter biografischen und lebensweltlichen Aspekten, im Kontext von sozialer Lage und sozialen Beziehungen in ihren vergemeinschafteten und vergesellschafteten Formen“ (Filsinger und Homfeldt 2001:706).

Als zentrale Theorieströmung der Sozialen Arbeit geht das Konzept der Lebensweltorientierung direkt darauf ein, indem es die Bedeutung individueller, sozialer und politischer Ressourcen gleichzeitig in den Blick nimmt. Es korrigiert einen verengten defizitorientierten Blick auf das Thema Gesundheit und Krankheit in Richtung Gesundheitsförderung. Lebensweltorientierung steht damit in deutlicher Nähe zu den für die Gesundheitswissenschaften zentralen strategischen Prinzipien der Ottowacharta von 1986. Demnach beinhaltet Gesundheitsförderung folgende Kernelemente (vgl. Naidoo und Wills 2003:76):

- Sie richtet sich an die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen.
- Aktivitäten der Gesundheitsförderung zielen auf die Ursachen und Rahmenbedingungen der Gesundheit, um zu gewährleisten, dass die gesamte Umwelt des Menschen der Gesundheit förderlich ist.
- Gesundheitsförderung zielt auf die aktive Mitwirkung der Bevölkerung, unterstützt Selbsthilfebewegung und fördert die Kompetenz der Menschen, damit sie auf die Gesundheit in ihrer unmittelbaren Umgebung mehr Einfluss nehmen können.

In weiten Teilen besteht Deckungsgleichheit zwischen Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit, etwa in der Anwaltschaft, der Umsetzung gesundheitsförderlicher Strategien in Settings, die an die von der Sozialen Arbeit entwickelte Tradition der Gemeinwesenarbeit anknüpfen und in der Orientierung auf die Beseitigung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten. Gesundheitsförderung kann somit als Schnittstelle zwischen Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit gelten (Franzkowiak 2003). Trotz dieser eindeutigen Nähe ist der Beitrag der Sozialen Arbeit als eigenständige und unverzichtbare Anwendungsdisziplin in der Public-Health-Forschung noch nicht ausreichend gewürdigt. Franzkowiak bezeichnet die Soziale Arbeit darum

treffenderweise als „ahnungslose Leihmutter der Gesundheitsförderung“ (ebd.S.26).

Die Entschlüsse der Ottawa-Charta sind zwar in der Gesundheitsdiskussion der Sozialen Arbeit auf eine uneingeschränkte Akzeptanz gestoßen, verbunden mit der Hoffnung, dass professionelle Zugänge wie Empowerment und Netzwerkarbeit durch das Gesundheitsmotiv eine zusätzliche Legitimation erhalten. Weiterhin könnten etablierte Arbeitsweisen durch eine gesundheitsbezogene Reflexion präzisiert und differenziert werden. Die Hoffnung geht aber insbesondere in die Richtung, mit Hilfe einer spezifisch sozialpädagogischen Gesundheitsförderung den Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit durch eine eigenständige Gesundheitsarbeit zu erweitern. Mangels finanzieller Absicherungen und rechtlicher Veränderungen sind diese Hoffnungen mittlerweile gedämpft worden (Sting 2002:419).

Ein Grund hierfür liegt vor allem darin, dass Soziale Arbeit von den Disziplinen und Professionen im Feld der Gesundheitsversorgung (noch) nicht als eigenständige Disziplin und Profession mit eigenen Wissensbeständen sowie spezifischen Denk- und Handlungsweisen wahrgenommen und anerkannt wird. Sie gilt im Vergleich zu den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen (Medizin und Psychologie) und Professionen (Arzt und Psychologe) nicht als gleichwertig (Ortmann und Kleve 2000:361). Die hier vorgenommene Aufspaltung und Hierarchisierung komplexer, bio-psycho-sozialer Problemlagen in einzelne Teile weist darauf hin, dass nach wie vor in unserer Gesellschaft der biologische Zugang der am meisten akzeptierte zu sein scheint, während der psychologische in Grenzen gewollt und der soziale eher vernachlässigt wird (Ortmann und Schaub 2002).

Entsprechend werden Gesundheit und Krankheit in der Sozialen Arbeit häufig noch als separate medizinische Themen aufgefasst, die nur in den Krankheits- und medizinnahen Tätigkeitsfeldern sozialer Arbeit von Relevanz sind. Das Potenzial der Sozialen Arbeit für die Bearbeitung gesundheits- und krankheitsrelevanter Fragen ist mit einer solchen Eingrenzung aber noch lange nicht ausgeschöpft. Ein stärkerer Praxis- und Theoriebezug zum Gegenstand Sozialer Arbeit könnte eine Gegenbewegung leisten zu einer fortschreitenden Domestizierung der Gesundheitsförderung als ein von der biomedizinischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention kaum noch zu unterscheidendes Anwendungsfeld von Public Health.

Auf der Suche nach Möglichkeiten der Operationalisierung der Vision der Gesundheitsförderung, die bislang lediglich als „Schmalspurprävention“ umgesetzt wurde (Schmidt 2000), kann die Prävention damit von der langjährigen Tradition eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes der Sozialen Arbeit mit dem Fokus auf Lebenswelt- und Adressatenorientierung unter besonderer Berücksichtigung gesellschaftlich benachteiligter Gruppen profitieren. Dies ist umso wichtiger, als bei der Beurteilung präventiver Maßnahmen zunehmend ersichtlich wird, dass diejenigen Bevölkerungsgruppen am schwersten durch Gesundheitserziehung und -bildung zu erreichen sind, die objektiv eine solche Unterstützung am nötigsten hätten (Hurrelmann 2000:118). Eine verstärkte adressatenspezifische Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen ist darum dringend erforderlich. Mit ihren spezifischen Methoden und Diensten können SozialarbeiterInnen benachteiligte Bevölkerungsgruppen besser erreichen als alle anderen therapeutischen oder beratenden Berufsgruppen (Franzkowiak 2003).

Mielck (2000:371) weist darauf hin, dass Prävention und Gesundheitsförderung die von der sozialen Ungleichheit beeinflusste gesundheitliche Benachteiligung beeinflussen könnten, wenn sie mehr als bisher geschehen ihre Maßnahmen auf die Angehörigen der unteren sozialen Schicht und deren Bedürfnisse zuschneiden und gleichzeitig den Einfluss der Lebensumstände auf das jeweilige Gesundheitsverhalten ausreichend beachten.

Die verstärkte Berücksichtigung sozialer Aspekte von Gesundheit verweist außerdem auf die besondere Relevanz gesundheitsbezogenen Handelns auch in nicht-medizinischen Professionsfeldern. Da der größte Teil gesundheitlicher Probleme im Alltagshandeln und nicht im medizinischen Expertensystem bearbeitet wird, kommt einer gesundheitsbezogenen Beratung, Prävention und Intervention, die sowohl an das Klientel und deren Bezugspersonen als auch an die Fachkräfte der Sozialen Arbeit gerichtet ist, ein besonderer Stellenwert zu (Sting 2002).

Bedarf an Praxisforschung

Neben der konzeptionellen Frage muss jedoch auch die Ebene der Umsetzung betrachtet werden. Es fehlt bislang an ausreichender Praxisforschung.

„Die Gesundheitswissenschaften haben in Deutschland ihre eigentliche Aufgabe, Wissenschaft und Praxis zugleich zu sein, noch nicht ausreichend eingelöst. Ge-

sundheitswissenschaften sind als Praxis noch zu entwickeln. Sozialarbeit dagegen präsentiert sich immer noch primär als zu wenig reflektierte Praxis“ (Ortmann und Schaub 2003:91).

Welche Vorteile bringt ein interdisziplinärer Dialog im Bereich der Forschung? Die Gesundheitswissenschaften können an der Praxis der Sozialen Arbeit den Umgang mit kleinen sozialen Systemen (Einzelne, Gruppen, Netzwerke, Gemeinwesen) beobachten und das vorhandene Praxiswissen über den Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen zur Weiterentwicklung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung nutzen. Die Soziale Arbeit kann von den Analysen der Gesundheitswissenschaften profitieren, um systematische Bevölkerungsbezüge über den Einzelfall hinaus zu erstellen und fallübergreifende Muster zu erkennen (Ortmann und Schaub 2003).

Der von mir im Rahmen meiner Promotion gewählte Begriff der „Sozialen Gesundheitsarbeit“ bezeichnet im Rahmen des notwendigen Dialoges zwischen Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit vor allen Dingen eine Suchbewegung. Es handelt sich nicht um einen bereits etablierten Begriff, obwohl im aktuellen Diskurs wahlweise „Gesundheitsarbeit“ oder „gesundheitsbezogener Sozialarbeit“ genannt werden (z.B. Franzkowiak 2003). Er ist in Anlehnung an die bereits zitierte Positionsbestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit (1998) entstanden. Dort wird dafür plädiert, „Gesundheitsförderung als Kern einer sozialen Gesundheitsarbeit zu verstehen“ (S.117) und nach eigenen theoretischen Konzepten im Rahmen einer anwendungsorientierten Sozialarbeitswissenschaft zu suchen.

Auch der Terminus der Sozialarbeitswissenschaft steht für einen Versuch. Seit einigen Jahren existieren in Deutschland teilweise widersprüchliche Bemühungen mit dem Ziel

„eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin zu entwickeln und zu etablieren, deren Ziel eine Forschung und Theoriebildung ist, die umfassend und integrativ sowie in einer für die Praxis relevanten Weise auf die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit bezogen ist“ (Thole 2002:260).

Gleichzeitig entstehen im Rahmen der europaweiten Vereinheitlichung der Ausbildungsgänge aufbauende Masterstudiengänge für Soziale Arbeit. Das Fachgebiet Klinische Sozialarbeit³ als ein möglicher Mastertitel verfolgt dabei

³ der erste Studiengang in Klinischer Sozialarbeit wurde zum Wintersemester 2001(2002 an der Fachhochschule Coburg begonnen (vgl. Ortmann und Schaub 2002)

das Interesse der systematischen wissenschaftlichen Weiterentwicklung im internationalen Kontext.

Es knüpft an die seit den 70er Jahren etablierte amerikanische Postgraduiertenausbildung „clinical social work“ an. Diese umfasst das gesamte Aufgabenspektrum der direkten praktischen Sozialen Arbeit mit Klienten und deren methodische und theoretische Grundlagen. Während „clinical social work“ in den USA die Anwendung psychotherapeutischer Methoden integriert und damit einen Akzent auf heilende Funktionen setzt, ist diese Ausrichtung in der deutschen Sozialen Arbeit wegen ihrer gesetzlichen und institutionellen Verfasstheit nicht übertragbar. Fraglich ist, ob mit klinischer Sozialer Arbeit ein neuer Weg beschritten wird und daraus neue Kompetenzen erwachsen oder ob lediglich klassische Aufgaben der Sozialen Arbeit neu benannt werden. Das Fachgebiet bezeichnet allerdings den Versuch, sich einer doppelten Herausforderung Sozialer Arbeit zu stellen: sie muss die eigene grundsätzliche Zuständigkeit für Gesundheitsanliegen behaupten und andererseits eine deutlich höhere Kompetenz in Fragen der Gesundheit und Heilung entwickeln, beispielsweise für Multiproblemsituationen und den Umgang mit schwer zugänglichen Patienten⁴.

Ortmann und Schaub (2002:66) definieren Klinische Sozialarbeit in Feldern der Gesundheitsversorgung als

„interdisziplinäres gesundheitsbezogenes Handeln in sozialen Situationen für und mit Menschen, die von gesundheitlichen Problemen bedroht oder erkrankt sind. Diese Handeln erfolgt auf der Basis eigener Verstehensmodelle von Gesundheit und Krankheit und mit eigenen (Be)Handlungskonzepten“.

Ich knüpfe an diese Definition an, verwende aber den Begriff Soziale Gesundheitsarbeit in dem Bemühen, den Ansätzen von Spezialisierung der Sozialen Arbeit im Rahmen klinischer Ansätze einen ganzheitlichen und offeneren Begriff gegenüber zu stellen. Ein Konzept Sozialer Gesundheitsarbeit ließe sich demnach mit folgenden Eckpunkten charakterisieren:

⁴ vgl. die Zusammenfassung des Kolloquiums der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit am 18.2.2000; in Blätter der Wohlfahrtspflege 2000, 5, S.109.

Soziale Gesundheitsarbeit

...lenkt den Fokus auf das Thema Soziale Ungleichheit und Gesundheit und entwickelt Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die besonders sozial benachteiligte Gruppen erreichen.

...versteht sich als eine inter-disziplinäre, inter-sektorale und multi-professionelle Aufgabe (vgl. Franzkowiak 2003).

...will die Utopie der Gesundheitsförderung für die tägliche Praxis Sozialer Arbeit ausbuchstabieren und nach für andere Sektoren übertragbaren Strategien der Umsetzung fragen.

...bezieht sich nicht nur auf die bereits etablierten Handlungsfelder Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen, wie ihn beispielsweise der Sozialdienst im Krankenhaus darstellt. Der Ansatz sucht viel mehr nach Möglichkeiten der Integration der Gesundheitsperspektive in sämtliche Felder der Sozialen Arbeit.

Diese Arbeit will am Beispiel der Handlungsfelder Suchtprävention und Jugendhilfe klären, wie Soziale Gesundheitsarbeit auf einer bestimmten Handlungsebene definiert, umgesetzt und evaluiert werden kann und welche besonderen Fragestellungen und Lösungsmöglichkeiten sich in diesem interdisziplinären Prozess ergeben.

Mit Suchtprävention und Jugendhilfe sind zwei Arbeitsfelder ausgewählt, die für Public Health und Soziale Arbeit gleichermaßen relevant sind. Während Jugendhilfe als klassische Aufgabe der Sozialen Arbeit das Ziel der umfassenden Förderung insbesondere gesellschaftlich benachteiligter Kinder und Jugendlicher verfolgt, hat sich Suchtprävention in den letzten 30 Jahren als eigenständiges Arbeitsfeld neben den traditionellen ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe etabliert. Dieses neue Arbeitsfeld hat dabei bereits vielfältige innovative Strategien entwickelt, die die Grenzen der Sektoren von Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen überschreiten.

Grundlage des empirischen Teils der Arbeit ist die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des NRW-Modellprojektes MOVE, das die Entwicklung eines Konzeptes Sozialer Gesundheitsarbeit in der Kooperation von Jugendhilfe und Suchtprävention erprobt hat.

Erläuterung der einzelnen Kapitel

Kapitel 1 beginnt mit der Sichtweise von Public Health, indem der Bedarf für die Zielgruppe der riskant Alkohol und Drogen konsumierenden Jugendlichen aus der Versorgungsperspektive erläutert wird. Anschließend werden bisherige Strategien der Suchtprävention und ihre notwendige Weiterentwicklung diskutiert. Abschließend wird nach Bedarf an Kooperation aus Sicht der Jugendhilfe gefragt.

Kapitel 2 stellt den gesetzlichen Auftrag und die Herangehensweise der Jugendhilfe in den größeren Zusammenhang von Sozialer Arbeit und ihren Strukturmerkmalen. Lebensweltorientierung als leitendes Arbeitskonzept wird vorgestellt und am Beispiel Sozialer Beratung wird der Unterschied zur therapeutischen Intervention herausgearbeitet.

Kapitel 3 führt in das Konzept der Motivierenden Kurzintervention ein, das als erfolversprechendes Modell der Frühintervention bei riskanten Konsummustern gilt. Theoretische Grundlagen und internationaler Forschungsstand zur Evidenz und Umsetzung im Rahmen von Public-Health werden diskutiert. Zum Abschluss wird in Zusammenfassung von Kapitel zwei und drei die Forschungsfrage konkretisiert.

Kapitel 4 schildert das methodische Vorgehen, indem zunächst das Projekt MOVE vorgestellt und Fragen zur Evaluation diskutiert werden. Anschließend wird das Evaluationsdesign mit den entsprechenden Befragungsinstrumenten erläutert.

Die Evaluation berücksichtigt die Sichtweisen und Bewertungen der beteiligten Akteure. So werden in Kapitel 5 die Ergebnisse der Befragung riskant konsumierender Jugendlicher, die im Rahmen von Fokusgruppen erhoben wurden, dargestellt und ihre Bedeutung für das Projekt diskutiert. Kapitel 6 schildert anhand der Befragungen von Fachkräften der Jugendhilfe die Möglichkeiten zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfelder der Jugendhilfe.

Kapitel 7 schließlich resümiert die Bedeutung der Evaluationsergebnisse für die Möglichkeit der Durchführung Sozialer Gesundheitsarbeit und für Qualitätsstandards zu ihrer weiteren Entwicklung und Evaluation.

1. Suchtprävention und Jugendhilfe - Herausforderung zur Kooperation

In der aktuellen Diskussion um Interventionskonzepte, welche die bisher vernachlässigte Zielgruppe der riskant legale und illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen erreichen sollen, wird die verbesserte Kooperation von Drogenhilfe bzw. Suchtprävention und Jugendhilfe gefordert. Eine Kooperation ist bislang jedoch nur in Einzelprojekten vor Ort zu beobachten, in der Regel herrscht ein unverbundenes Nebeneinander bis hin zur Konkurrenz. Dies hat seine Ursache einerseits in unterschiedlichen Konzeptionen und Herangehensweisen, andererseits in der Sektorsierung von Sozial- und Gesundheitsbereich, die eine übergreifende Zusammenarbeit erschwert. Um eine nachhaltige Kooperation im Rahmen Sozialer Gesundheitsarbeit zu entwickeln, ist es notwendig, beide Sichtweisen gegenüber zu stellen.

Im Folgenden soll zunächst unter drei Perspektiven diskutiert werden, warum eine Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchtprävention sinnvoll und notwendig ist. Dabei nehme ich zuerst die Perspektive von Public Health ein, um anschließend den Bedarf aus Sicht von Suchtprävention und Jugendhilfe darzustellen.

1.1 Der Bedarf an Kooperation aus Sicht von Public Health

Der Konsum legaler und illegaler Drogen erhält aus Public-Health-Perspektive einen besonderen Stellenwert, denn zahlreiche Krankheitsereignisse mit oder ohne Todesfolge sind im Zusammenhang vor allem mit legalem Drogenkonsum zu betrachten. Jedes Jahr sterben 40.000 Menschen infolge ihres Alkoholkonsums und über 110.000 Menschen an tabakbedingten Krankheiten. Bei Todesfällen aufgrund der Überdosierung illegaler Drogen - insgesamt 1.513 - ist im Jahr 2002 ein Rückgang von 17,5% gegenüber dem Vorjahr zu beobachten⁵. An den Zahlen wird deutlich, dass suchtpreventive Aktivitäten die lange Zeit unterschätzten Folgen des Konsums legaler Substanzen vorrangig in den Blick nehmen müssen.

Die Dimension des Problems und die Folgen für die Volkswirtschaft zeigt eine Berechnung von Bergmann und Horch (2003), die 20 Mrd. Euro als gesellschaftliche Gesamtkosten infolge alkoholassoziierter Krankheiten veran-

⁵ Vgl. Bericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2002

schlagen. Davon entfallen 60% auf indirekte Kosten: insbesondere die vorzeitige Mortalität der jährlich 40.000 an alkoholbedingten Krankheiten Verstorbenen macht mit 35 % der Kosten den größten Anteil aus, gefolgt von der Frühberentung mit 15,5% und der Arbeitsunfähigkeit mit 6,3%. Bei den direkten Kosten entsteht mit 9,5% der größte Anteil für die Krankenhausbehandlung.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Morbidität und Alkoholkonsum werden in jüngster Zeit Konsummuster verstärkt in den Blick genommen. In einer Auswertung aktueller internationaler Studien kommen Gmel, Rehm und Frick (2003) zu dem Schluss, dass ein geringer bis moderater Alkoholkonsum das Risiko von Herzerkrankungen senkt, während der Konsum auf höherem Niveau - hier sind insbesondere exzessive Trinkmuster wie das so genannte „binge drinking“ zu erwähnen - als gesundheitsschädlich gilt und die Wahrscheinlichkeit koronarer Erkrankungen erhöht.

Drogenkonsum im Jugendalter

Die Bedeutung unterschiedlicher Konsummuster für die Gesundheit erfordert Strategien der Suchtprävention, die nicht allein abstinenzorientiert sind, sondern Raum geben, einen schadensmindernden und verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erproben (vgl. Kähnert, Bauer und Hurrelmann 2005). Hierbei kommt dem Jugendalter eine Schlüsselrolle zu, denn während der Jugendphase werden die Weichen für spätere Verhaltensmuster gestellt: Entweder bleibt es bei experimentellen Erfahrungen, die in Abstinenz oder gemäßigten Konsum münden oder die ersten Erfahrungen führen zu missbräuchlichem Konsummustern bis hin zur Abhängigkeit.

Bei der Beschreibung und Bewertung jugendlichen Konsumverhaltens muss unterschieden werden zwischen Probier- bzw. Experimentierkonsum einerseits und missbräuchlichen Konsumformen andererseits. Das Ausprobieren und Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wird in der Sucht- und Jugendforschung als zum Jugendalter dazu gehörig 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. Auch die Entwicklung instrumenteller Gewohnheiten, die zu einer frühen Einschränkung des Verhaltensrepertoires bei Problemen und Anforderungen führt, stellt eine besondere Gefährdung für das Jugendalter dar. So kann regelmäßiger und exzessiver Konsum psychoaktiver Substanzen 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 & 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“ (Hurrelmann et al. 2003). Diese kommt zu dem Ergebnis, dass Erfahrungen mit Alkohol und Tabak unter den befragten 11- bis 15jährigen Schülern weit verbreitet sind. Etwas weniger als die Hälfte der 1.500 Befragten hat bereits Erfahrungen mit Tabak und Alkohol gemacht. Diese Erfahrungen beschränken sich zwar in der Regel 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 bereits 38% als ständige oder GelegenheitsraucherInnen. 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 12-25jährigen von 1973 bis 2001 signifikant zurückgegangen. Jedoch sind bei einer Teilpopulation

bereits im frühen Erwachsenenalter schädliche Konsummuster erkennbar (BzGA 2001). Über die Lebensspanne weisen in der Altersgruppe der 14- bis 24jährigen 9,7% aller Jugendlichen eine Alkoholmissbrauchsdiagnose und 6,2% eine Abhängigkeitsdiagnose nach DSM IV 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 Therapieforschung in München durchgeführte Studie stellt Daten von 11.043 Schülern und Schülerinnen zur Verfügung⁶.

Die von dieser Gruppe in den letzten 30 Tagen am häufigsten konsumierten alkoholischen Getränke stellen Alkopops (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, Glücksgefühle und Entspannung hervorrufen zu können.

Illegale Drogen/Cannabis

Von den illegalen Drogen ist Cannabis die beliebteste Substanz unter Jugendlichen, in den letzten Jahren lässt sich eine deutliche Steigerung der Prävalenz des Cannabiskonsums sowie ein deutlich früheres Einstiegsalter feststellen (Perkonigg et al.1999). Laut HBSC-Studie hat bereits ein Viertel der 11-15jährigen Cannabisprodukte probiert. Etwa 10% der Jugendlichen aus der 9. Jahrgangsstufe gelten als Freizeit- und Dauerkonsumenten⁷ 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%). Bereits die BzGA-Studie von 2001 erhebt einen Probierkon-

⁶ Siehe: www.ift.de/IFT_deut/Aktivitaeten/Forschung/Projekte/projekt8.htm

⁷ Als „Dauerkonsumenten“ gelten Jugendliche, die im letzten Jahr Cannabis mehr als 40-mal konsumiert haben (Richter und Settertobulte 2003).

sum von Cannabis bei 26% der 12-25jährigen. Der vom Probierkonsum deutlich unterschiedene regelmäßige Konsum kommt laut ESPAD bei 5% der Jugendlichen (öfter als einmal pro Woche) vor. Laut einer Studie von Lieb et al. (2000) weisen 6,6% der 14- bis 24jährigen 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 unterscheiden sich jedoch in ihrer Motivation deutlich von gelegentlichen Konsumenten: 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 1998:10).

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 bestätigen auch die Daten der ESPAD-Erhebung, nach denen 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 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 ge-

sundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums zum aktuellen Zeitpunkt vermutlich noch gar nicht abgeschätzt werden können, da durch den heute verstärkten Konsum und erhöhten THC-Gehalt der Cannabispräparate ältere Langzeitstudien wenig Aussagekraft haben. Hier besteht Forschungsbedarf.

Eine australische Langzeitstudie (Lynskey, Coffey, Degenhardt, Carlin und Patton 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 abzubrechen 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 der 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 Alkopops 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 (zehn Mal 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 25jährigen betragen bei Mädchen 29g und bei Jungen 77g 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 2001).

Fraglich ist, inwiefern diese Ergebnisse durch das steigende Angebot von Alkopops, 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.

Offen bleibt damit bei den jüngsten Datenerhebungen, ob nach wie vor die These Helfferichs (1994) 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 mit provokanten und riskanten Verhaltensweisen eher nach außen gerichtete Problemlösungsstrategien wählen, ist das Verhalten der Mädchen eher als internalisierende Strategie zu bezeichnen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Während bei den 14-24jährigen 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. Welche Angebote hält die

Suchtprävention für riskant konsumierende Jugendliche bereit und warum erscheint eine Kooperation mit der Jugendhilfe aus ihrer Sicht sinnvoll?

Riskanter Konsum, Missbrauch und Sucht

Vor Klärung dieser Fragestellung 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. 1992) und von der American Psychiatric Association im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vgl. APA 1994) 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 worden⁸, da eine Abgrenzung von entwicklungsgerechtem, jugendtypischen 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 1998:107).

Ein Vorschlag zur jugendspezifischen Definition der einzelnen Stadien der Abhängigkeitsentwicklung als Kontinuum wird von Winters (2001) wie folgt vorgenommen (Abb.1):

<u>Abstinenz</u>
<u>Experimentierkonsum</u>
Minimaler Konsum mit oft mehr als einer Droge; höhere Konsumfrequenz, erste negative Folgen beginnen sich zu zeigen
<u>Missbrauch</u>
regelmäßiger und häufiger Gebrauch über eine längere Zeit; unterschiedliche negative Konsequenzen zeigen sich
<u>Abhängigkeit</u>
Fortgesetzter regelmäßiger Konsum trotz wiederholter schwerer Konsequenzen Toleranzentwicklung und Anpassung der Aktivitäten an Drogenwünsche und Drogenkonsum

Als gut validiertes Screeninginstrument für die Identifizierung schädlichen Gebrauchs von Alkohol und/oder Drogen gilt der RAFFT-Test (Riggs und A-lario 1989), der mittlerweile von Laging (2005) für Deutschland übertragen und validiert wurde. Anhand fünf dichotomer Items wird ein breites Spektrum der bekannten Risikofaktoren für jugendlichen riskanten Substanzkon-

⁸ Ausführliche Darstellung der Kritik bei Schmidt 1998:102ff

sum abgefragt. Dies geschieht anhand folgender Fragestellung (vgl. Laging 2005:318) (Abb.2):

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 (niedestens einmal in der Woche) Alkohol/illegale Drogen?
Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit Alkohol/illegalen Drogen?

Die Fragen nach den Konsummotiven sind erfolgversprechender 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. Welche Möglichkeiten der Frühintervention bei jugendlichem riskantem Konsumverhalten bietet die Suchtprävention?

1.2 Strategien und Herausforderungen der Suchtprävention

Ausgehend von der allgemeinen Definition des Begriffs der Prävention, die Hurrelmann und Laaser (1998:395) treffen, beinhaltet Prävention

„alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten richten. Die Interventionshandlungen lassen sich je nach Zeitpunkt des Eingriffs in einer Abfolge von Entwicklungsstufen der Störung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden“.

Während sich Primärprävention an die gesamte Bevölkerung mit dem Ziel der Vorbeugung und Früherkennung richtet, beziehen sich Interventionen der Sekundärprävention auf eine spezielle, bereits gefährdete Zielgruppe mit dem Ziel, den Übergang vom risikolosen zum riskanten Substanzgebrauch und zur Abhängigkeit zu verhindern. Tertiärprävention bezeichnet demgegenüber Interventionen, die z.B. in Therapie und Rehabilitation die möglichst weitgehende Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach einem Krankheitsereignis zum Ziel haben. Die Ausrichtung suchtpreventiver Maßnahmen für die Zielgruppe der riskant konsumierenden Jugendlichen ist demnach als Sekundärprävention zu bezeichnen.

Strategien der Suchtprävention im Wandel

Zentrales Ziel suchtpräventiven Handelns ist es, Krankheiten und vorzeitige Todesfälle, die assoziiert sind mit dem schädlichen Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen, so weit wie möglich zu verringern. Zusätzlich zu der Verminderung der Krankheits- und Todesfälle ist die Suchtprävention darüber hinaus dem Ziel verpflichtet, auch nicht-direkt gesundheitsbezogene, negative Begleitformen des Missbrauchsverhaltens zu minimieren.

Leitbilder, Konzepte und Praxisstrategien der Suchtprävention sind in den letzten 30 Jahren vielfältigen Wandlungsprozessen unterworfen. Unter dem Dach der Suchtprävention versammelt sich eine Vielzahl unterschiedlicher fachlicher Theorien, Konzepte, Arbeitsansätze und Projekte, folgende Entwicklung lässt sich beschreiben:

Wurde Suchtprävention zunächst hauptsächlich als abschreckende Informationsvermittlung betrieben in der Annahme, dass Wissen allein genügt, um Verhalten zu bestimmen, rückte in den 80er Jahren eine stärkere Betonung affektiver statt rein kognitiver Prozesse in den Vordergrund. Entsprechend kam es zu einer Akzentverschiebung in den Methoden der Suchtprävention, in der alternative Erlebnisformen eine zunehmende Rolle spielten.

Schließlich gelangten durch die Theorie des Problemverhaltens und durch die stärkere Verbreitung des medizinischen Risikomodells zunächst die Risikofaktoren und anschließend die Schutzfaktoren, in Form von psychischen und sozialen Ressourcen sowie allgemeinen Lebenskompetenzen, in den Blickpunkt. Dieser Paradigmenwechsel der Suchtprävention von der Negativorientierung an Risikofaktoren und Defiziten hin zur Orientierung an Protektivfaktoren, an der Förderung gesunder Lebensweisen und an der Entwicklung selbstbestimmter lebensstüchtiger Persönlichkeiten steht im Zusammenhang mit dem Begriff der Gesundheitsförderung, der eine einseitig defizitorientierte Ausrichtung der Prävention überwindet. Die ausreichende Verfügbarkeit von Schutzfaktoren bzw. die ausreichende Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren gelten bis heute als Grundbausteine einer gelungenen Biografie. Folgerichtig ist die Suchtprävention seit dieser Zeit vor allem darauf gerichtet - anhand von Trainingsprogrammen wie „life-skill-Training“ oder Standfestigkeitstraining gegenüber sozialen Einflüssen - kognitive, emotional-soziale und moralische Kompetenzen der Persönlichkeit von Jugendlichen zu stabilisieren und zu fördern, um sie zu einem suchtfreien Leben zu befähigen (vgl. Jerusalem, Klein – Heßling & Mittag 2003).

Die Orientierung am Kompetenzmodell wird jedoch von verschiedenen Seiten kritisiert, so weist Sting (1999) auf die implizierte Normativität hin:

„Kompetenzvermittlung führt unter der Hand zur Fortsetzung der Defizitorientierung, indem riskanten oder suchtgefährdeten Verhaltensweisen ein Mangel an Kompetenz zugesprochen wird...die Koppelung von Lebenskompetenz und Drogendistanz basiert auf einem Kurzschluss, der darauf beruht, dass bei vorhandener Kompetenz der Gebrauch von Suchtmitteln selbstbestimmt ausbleibt“ (ebd.S.495).

Er fordert stattdessen eine konsequente Umorientierung auf positive, gesundheitsfördernde Faktoren, die dann nicht zwangsläufig Abstinenzverhalten und Drogendistanz zur Folge haben, sondern ein erhöhtes Maß an Selbstbestimmung, das auch den Genuss psychoaktiver Substanzen einschließt.

Förderung von Risikokompetenz

Seit Mitte der 90er Jahre kommt es daher unter dem Stichwort „Risikokompetenz“ (Franzkowiak 1996) zu einer Erweiterung präventiver Ansätze, die statt auf Abstinenzorientierung auf risikominimierenden Konsum setzen und zu verantwortungsvollen Konsumformen ermutigen. Erstes Ziel der Prävention ist demnach nicht die Vermeidung und Eliminierung von Risikoverhaltensweisen wie zum Beispiel dem Gebrauch legaler und illegaler Drogen. Sowohl Konsumphasen als auch zeitlich begrenzte Missbrauchsphasen im Jugendalter sind unter dem Blickwinkel zu betrachten, dass in unserer Gesellschaft eine spezifische Erlebnis- und Konsumorientierung und Drogenkultur vorherrscht, in die Jugendliche hinein wachsen und innerhalb derer sie sich positionieren müssen (Laging 2005:67). Der Erwerb von Risikokompetenz gilt demnach als eigenständige Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz und wird verstanden als der „Erwerb von Erfahrungen und Entwicklung von Entscheidungs- und Handlungskompetenzen im Umgang mit gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen bzw. Risikosituationen“ (Franzkowiak 1996:416).

So werden innerhalb der Partyszene Verhaltensregeln und Rituale etabliert, die vor gravierenden Gefährdungen und Langzeitschäden schützen sollen (Freytag 1999). Auch im Internet etablieren sich zunehmend Formen der Konsumentenberatung⁹. Die Betonung liegt dabei vor allem auf den schädli-

⁹ zum Beispiel die von der BzGA angebotene Seite www.drugcom.de

chen Folgewirkungen des Konsums, die weitestgehend minimiert werden sollen. Sekundärprävention nimmt darin akzeptanzorientierte, schadensminimierende Ansätze der Drogenhilfe (harm reduction) auf und überträgt sie auf ihre Zielgruppe. Die Einübung von Risikokompetenz schult damit eine gesundheitliche Sensibilität und unterstützt Ansätze einer von den Betroffenen selbst ausgehenden Prävention (Sting 2002).

Trotz dieser Ansätze im Partybereich konzentriert sich der überwiegende Teil von Interventionsprogrammen nach wie vor auf die Schule. Dies ist in so weit sinnvoll, als nahezu alle Jugendlichen über die Schule erreichbar sind, schulische Programme sind relativ leicht zu planen und politisch unstrittig. Die Evaluation bisheriger Präventionsprogramme kommt jedoch zu dem Schluss, dass riskant konsumierende Jugendliche – auch aufgrund ihrer oftmals geringen Bindung an Schule und schulische Werte – durch schulische Programme nicht ausreichend erreicht werden. Künftige Herausforderungen der Suchtprävention liegen darum vor allem in verbesserter Differenzierung hinsichtlich des Konsumstatus und verbesserter Zielgruppenorientierung (Nutbeam 1999). Da drogenbezogene Selbsterprobungen Jugendlicher vor allem in der außerschulischen Freizeit stattfinden, bieten Interventionsprogramme in diesem Setting den Vorteil, unmittelbarer auf die Lebenswelt Jugendlicher bezogen zu sein (Sting 1999).

Zusätzlich zum Aspekt der notwendigen Ergänzung suchtpreventiver Maßnahmen um Frühinterventionen in außerschulischen Settings zur Förderung von Risikokompetenz muss die Diskussion um die versorgungspolitische Perspektive ergänzt werden.

Versorgungslücke für riskant Konsumierende

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 zugeschnitten sind, signifikant gestiegen ist (Welsch und Sonntag 2003). Die häufigsten registrierten Abhängigkeitssymptome sind Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen. Gleichwohl existiert in Europa ein eklatanter Mangel an Interventionsstudien und 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 Fall-Kontroll-Studien, die Interventionen mit erwachsenen Patienten untersuchen und zwei Studien, die sich auf die Behandlung Jugendlicher beziehen (Zimmermann, Mühlig, Sonntag, Bühringer und Wittchen 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 Tossman (2004) zu dem Schluss, dass zwar etwa jeder dritte Cannabiskonsumt, 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 Cannabiskonsumtenden in den zurückliegenden 12 Monaten professionelle Hilfe aufgesucht. Ähnlich verhält es sich mit den Konsumenten von Partydrogen; 43,2% der Befragten mit einer suchtspezifischen Störung kennen zwar eine Beratungsstelle, jedoch nur etwa jeder Zehnte dieser Gruppe nimmt tatsächlich professionelle Hilfe in Anspruch. Dies unterscheidet sich signifikant von den Konsumenten von Opiaten, von denen 81% der Befragten die regionale Sucht- und Drogenberatungsstelle kennen und mehr als zwei Drittel ihre Hilfe in den zurückliegenden 12 Monaten in Anspruch genommen hat.

Hinderungsgründe für die Inanspruchnahme professioneller Beratung

Nach Farke und Broekman (2002) liegen die Hinderungsgründe jugendlicher Risikokonsumenten für die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen einerseits in der Haltung der Jugendlichen, die sich selbst aufgrund mangelnder Risikowahrnehmung als nicht suchgefährdet definieren, solange

keine schwerwiegenden Folgeprobleme aufgetreten sind und in ihrem Bedürfnis nach Abgrenzung und Autonomie gegenüber Erwachsenen grundsätzliches Misstrauen gegenüber bisherigen Formen professioneller Beratung zeigen. Dies Ergebnis wird von Tossmann (2004) bestätigt, in dessen Untersuchung die Befragten (Durchschnittsalter 21) 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 (ebd.) auf institutioneller Seite in zu hochschwelligem Zugangswegen zu sehen. Es herrscht ein Mangel an niedrigschwelligen und alltagsnahen Angeboten, gleichzeitig werden die 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 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 2004:169).

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

Von Seiten der Politik wird als Lösung des Problems eine verstärkte Kooperation der Suchtprävention mit der Jugendhilfe und der Priorisierung von Strategien der Sekundärprävention gefordert. In den letzten Jahren wurden im Rahmen von Suchtprävention einzelne Projekte entwickelt, die im Rahmen einer sektorübergreifenden Kooperation versuchen, riskant konsumierende Jugendliche mit Ansätzen der Frühintervention zu erreichen. Einzelne Projekte werden im folgenden kurz dargestellt (Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung 2004: 25ff):

- Das Pilotprojekt Inside@school verfolgt eine intensive Kooperation von Suchthilfe und Schule mit dem Schwerpunkt der Gefährdetenhilfe dar. Es wird vom Suchthilfeträger Condrops an sechs Münchner Schulen mit dem Ziel der dauerhaften Implementierung angeboten. In der Er-

probungsphase zeigte sich, dass sowohl die Sicherheit der LehrerInnen im Umgang mit dem Thema Sucht gesteigert werden konnte als auch eine Vielzahl von SchülerInnen an Beratungsangebote im Sinne der Frühintervention herangeführt werden konnten, wodurch der Konsum von Alkohol und Cannabis bei Jugendlichen nachweisbar gesenkt werden konnte. Als entscheidender innovativer Faktor wird die Dauerpräsenz der Projekt-MitarbeiterInnen an den Schulen gesehen.

- „Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ (FreD) Leitidee dieses in 8 Bundesländern erprobten Modellprojektes ist es, polizeilich auffällig gewordenen Drogenkonsumenten (in der Mehrzahl Cannabiskonsum) ein kurzes und gezieltes Angebot der Frühintervention zu bieten, das im Rahmen eines Eingangsgesprächs und in Folge stattfindenden 8 Gruppenabenden helfen soll, die Risiken einer möglichen Abhängigkeit zu reduzieren und einem Abrutschen in die Kriminalität entgegenzuwirken. Die begleitende Evaluation ergab, dass 94% der Nutzer mit dem Beratungsangebot zufrieden oder sehr zufrieden sind. Die sie besonders interessierenden Themenstellungen waren Information, Aufklärung und Beratung im Hinblick auf Drogen, Rechts- und Gesundheitsfragen sowie die Möglichkeit zum Austausch mit anderen betroffenen Personen.
- „Designerdrogensprechstunde“: Das Projekt der Universität Rostock wendet sich an Kinder und Jugendliche, die hochriskante Muster des Konsums von Designerdrogen aufweisen und Hilfen nachfragen. Weitere Zielgruppen sind Erziehungs- und Betreuungspersonen. Das interdisziplinäre Team (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter und Forschungsmitarbeiter) sucht mit den Klienten nach alternativen Lösungsstrategien zu einem Zeitpunkt, an dem das Drogenproblem noch nicht alle Lebensbereiche überlagert. Zusätzliche Aufgabe ist die Kooperation mit Einrichtungen der Jugendhilfe und Beratungsstellen um eine weitergehende Versorgung zu gewährleisten.
- Pilotprojekt „H.A.L.T.“ für alkoholvergiftete Kinder und Jugendliche: Die Kinderklinik „Villa Schöpflin“ in Lörrach erprobt ein Beratungsangebot für Kinder, da sich die Anzahl der mit Alkoholvergiftung eingelieferten Kinder in den letzten drei Jahren verdreifacht hat. Das Angebot ist gekoppelt mit einem intensiven Setting-Ansatz der Suchtprävention, der Sensibilisierungskampagnen in der Kommune bei Festveranstaltungen

staltungen durchführt, aber auch generell in Gaststätten und beim Einzelhandel die Vorschriften des Jugendschutzes anmahnt.

➤ www.ausweg.de

Im Rahmen der für 2003 ausgerufenen Kampagne der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) „Jugend und Sucht“ sollte durch ein Internetseite und Veranstaltungen die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit und der Medien verstärkt auf die Probleme konsumierender Jugendlicher gelenkt werden. Auf regionaler Ebene stellten Jugend- und Suchthilfe ihre Angebote für konsumierende Jugendliche vor Ort vor, eine Infomappe mit umfangreichen Materialien zum Umgang mit Drogenkonsum in der Jugendhilfe wurde erstellt.

➤ „Cleanteen“

Das noch laufende Projekt der Hochschule für Technik, Wissenschaft und Kultur in Leipzig erstellt eine Bestandsaufnahme stationärer Versorgungseinrichtungen für drogenabhängige Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland, die dann in eine Datenbank mit dezentraler Datenverwaltung eingestellt wird, um im Einzelfall die Suche nach einem passenden Therapieplatz zu erleichtern.

Die einzelnen Projekte zeigen innovative Ansätze zur Vernetzung einzelner Institutionen aus den Bereichen Suchtprävention, Drogenhilfe, Schule und Jugendhilfe. Für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation ist es jedoch notwendig, nicht nur in Einzelprojekten vor Ort Kooperationen einzugehen, sondern das Verhältnis der Arbeitsfelder zueinander zu klären. Wie stellt sich der Bedarf von Seiten der Jugendhilfe dar? Gibt es aus ihrer Sicht eine Notwendigkeit zur Implementierung von Maßnahmen der Sekundärprävention?

1.3 Jugendhilfe und Suchtmittelkonsum

Die Jugendhilfe hält mit ihren vielfältigen Arbeitsfeldern – von außerschulischer Jugendarbeit über ambulante und stationäre Erziehungshilfe bis zu Jugendgerichtshilfe und Jugendberufshilfe – ein differenziertes Angebot für Jugendliche in problematischen Lebenslagen bereit.

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX ist die Jugendhilfe zum Rehabilitationsträger geworden ist; eins ihrer Aufgabenfelder ist laut KJHG, §35 die „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“. Diese Zielgruppe wird in § 2 SGB Nr.1 näher erläutert:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Der gesetzliche Auftrag, der einen umfassenden Begriff von Behinderung formuliert, bewirkt beim Umgang mit Drogenkonsum eine deutliche Tendenz zur Enttabuisierung und Öffnung für jugendliche Problemkonsumenten. Der Umgang mit Drogen – insbesondere der illegalen – war für die Jugendhilfe lange Zeit tabu, drogenkonsumierende Jugendliche wurden in Spezialeinrichtungen überwiesen. Allein das Vorkommen von Drogenkonsum in stationären Einrichtungen der Erziehungshilfe wurde bislang lieber verheimlicht, vor allem angesichts von Belegdruck und Konkurrenzen verschiedener Träger in ökonomisch schwierigen Zeiten (Schwarting1999). Die Auseinandersetzung mit dem Thema kann mittlerweile aber nicht mehr der Psychiatrie und Therapie überlassen bleiben, denn in stationären Einrichtungen dürften mittlerweile 70 –80% der Jugendlichen Konsumenten von überwiegend legalen weichen Drogen sein (Wegehaupt-Schlund 1998).

Neben der Tabuisierung des Themas ist die verbesserungswürdige Kooperation mit stationären Einrichtungen und Angeboten der Suchthilfe ein weiteres Dilemma, das Leitner-Sautter et al.(2001) sehr anschaulich in einem Beispiel schildern. Der von den AutorInnen beschriebene Jugendliche hat zuvor auf der Straße gelebt und dort Suchtprobleme entwickelt. Eine Anfrage für seine Aufnahme in der Jugendhilfe ergibt eine ambivalente Situation, denn aus gruppensdynamischen Gründen sieht sich die Einrichtung außerstande, ihn als Drogen konsumierenden Jugendlichen aufzunehmen, gleichzeitig vergeht Zeit, bis die Finanzierung seiner Aufnahme zwischen Sozialamt

und Jugendamt geklärt ist. Wird der Jugendliche in der Zwischenzeit an eine ambulante oder stationäre Einrichtung der Suchtkrankenhilfe verwiesen, existieren dort keine jugendgerechten Angebote, denn die bisherigen Angebote sind nur im Ausnahmefall für junge Erwachsene konzipiert.

Im Sinne Rahmen der Hilfeplanentwicklung nach §36 KJHG und im Sinne einer zielorientierten und zielgruppenspezifischen Intervention müssen darum Netzwerke geknüpft werden¹⁰. Aufgabe des Jugendamtes ist es, diese unter Beteiligung aller notwendigen Kooperationspartner und in enger Abstimmung mit den Jugendlichen zu initiieren und zu steuern. Kooperationspartner sind neben der Suchthilfe auch Erziehungsberatungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Jugendgerichtshilfe, Vormundschaftsgericht, Schulen, ausbildungs- und Lehrstellen, Eltern, Erzieher und das medizinische Hilfesystem.

Eine effektive Zusammenarbeit der beiden zentralen Hilfebereiche Jugendhilfe und Drogenhilfe wird allerdings nicht nur durch mangelnde passgerechte Angebote und verwaltungstechnische Hürden behindert, sondern scheitert vor allem an unterschiedlichen Herangehensweisen.

Pädagogische versus suchtspezifische Herangehensweise

Im Alltag von Jugendhilfe beinhaltet die Thematisierung von legalen und illegalen Drogen vor allem die (ersten) Erfahrungen, die Jugendliche mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis sammeln, dies umfasst das Ausloten eigener körperlicher Grenzen und das probeweise Eingehen von Risiken. Suchtentwicklung ist eher ein seltenes Ereignis. Der alltägliche Umgang mit Drogenkonsum legt vor allem eine spezifisch pädagogische Herangehensweise nahe, dieser Zugang unterscheidet sich deutlich von einer auf Sucht und Suchtprävention ausgerichteten Orientierung der Drogenhilfe. Pädagogische Aufgabe ist, Jugendliche darin zu begleiten, einen schadensmindernden Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erlernen sowie Genuss und Rauscherleben angemessen zu gestalten. Jugendhilfe benötigt für diese Aufgabe einen gesetzlich abgesicherten Handlungsspielraum, denn die

¹⁰ vgl. auch www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de/stellungfdr.php (22.9.2004)

Kriminalisierung drogenkonsumierender junger Menschen durch das BtMG erschwert diese Aufgabe.

Die pädagogisch orientierte Herangehensweise der Jugendhilfe wendet sich dagegen, Konsum vorschnell zu pathologisieren und wie Sucht zu behandeln oder vorschnell Defizite oder Motive wie Flucht zu unterstellen. Für PädagogInnen ist es umso wichtiger,

„Kontexte und Motive der konkreten Gruppen in ihren Stadtteilen und Einrichtungen zu reflektieren und die Themen und Motive darin in die pädagogische Arbeit einzubeziehen“ (Schwaring 1999:49).

VertreterInnen der Jugendhilfe stellen darum die Frage, ob Strategien der Sekundärprävention überhaupt vereinbar sind mit Alltag und Aufgabenstellung der Jugendhilfe. Schon der Begriff der „Risikojugendlichen“ wird kritisiert als Stigmatisierung, die die Klientelisierung verstärkt, statt an der Offenheit des Entwicklungsprozesses des Jugendlichen festzuhalten.

Bedarf der Fachkräfte

Zusätzlich zu diesen Unterschieden auf konzeptioneller Ebene wird von verschiedenen Seiten konstatiert, dass trotz gesetzlicher Vorgaben die notwendigen konzeptionellen und fachlichen Voraussetzungen für einen fachlich angemessenen Umgang mit Drogenkonsum fehlen (Gantner 2003, Drogenbericht der Bundesregierung 2003).

Notwendig sind Kenntnisse über den Konsum psychoaktiver Substanzen, ihre Auswirkungen auf die psychische Situation der Betreuten und angemessene Strategien des Umgangs damit, dies beinhaltet insbesondere Kenntnisse über (vgl. Leitner-Sauter et al. 2001:17):

- die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und medizinisch-therapeutischem Bereich,
- Diagnosemöglichkeiten
- Theorien zur Suchtentstehung und Geschlechterdifferenzierung
- methodisches Vorgehen bei Suchtproblematik
- Rechtsfragen

Die Vermittlung dieser Kenntnisse und Kompetenzen sollte allerdings nicht am therapeutischen Vorgehen der Drogenhilfe orientiert sein, sondern eine Herangehensweise beinhalten, die sich sowohl in der Einschätzung als auch in den Mitteln des Umgangs auf die pädagogische Praxis in ihren Möglichkei-

ten bezieht (Schwarting 1999:76). Dies wird bislang zu wenig geleistet, kritisiert wird insbesondere die Form der Vermittlung:

„Die Fachkräfte der Jugendhilfe beschwerten sich über die ihrer Ansicht nach weitverbreitete Arroganz der im therapeutischen Bereich der Suchthilfe Beschäftigten. In einer zufriedenstellenden Kooperation müssen die Beteiligten auf gleicher Ebene verkehren. Dies trifft aber nicht zu, wenn sich die Fachkräfte der Suchthilfe als unfehlbare Fachpäpste sehen und die Beschäftigten der Jugendhilfe einseitig schulen wollen“ (Leitner-Sautter, Kern und Kruggel 2001:18).

Eine auf den pädagogischen Alltag ausgerichtete Fortbildung muss außerdem darauf eingehen, dass vielen PädagogInnen das Gespräch mit Konsumierenden schwer fällt. Vor allem, da das Paradox der Arbeit zunächst darin besteht, dass die Zielgruppe selbst keinen Bedarf anmeldet, der Handlungsdruck und das Problem geht eher von den PädagogInnen aus, die der Meinung sind,

„dass man das Mädchen irgendwie dazu bringen könne, mit dem Konsum aufzuhören und zwar möglichst schnell“ Daraus entsteht „viel Unsicherheit, wie sie mit Konsumierenden ins Gespräch kommen können und wie sie miteinander reden könnten....Es gibt auch Unsicherheiten, was sie eigentlich tun könnten, wie sie fachlich pädagogisch vorgehen sollen.“ (Schwarting 1999:71).

Notwendig ist darum in erster Linie die Unterstützung derjenigen, die die Konsumierenden alltäglich betreuend begleiten. Damit sind nicht allein die konsumierenden Jugendlichen, sondern auch die Fachkräfte als MultiplikatorInnen Zielgruppe von Strategien der Suchtprävention.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl aus Public-Health-Perspektive als auch aus Sicht der Jugendhilfe die Entwicklung eines Konzeptes Sozialer Gesundheitsarbeit für den Bereich der Suchtprävention notwendig ist. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht handelt es sich dabei vor allem um die Schließung einer Versorgungslücke, die für die Zielgruppe der riskant Drogen konsumierenden Jugendlichen besteht. Da für diese Zielgruppe nicht ausreichend adäquate Angebote bestehen oder die bestehenden aufgrund mangelnder Motivation nicht in Anspruch genommen werden, bietet sich das Arbeitsfeld der Jugendhilfe an. Hier sollen aus Sicht von Public Health Angebote der Frühintervention ermöglicht werden.

Auf der Suche nach einer Präventionsstrategie für die Zielgruppe riskant konsumierende Jugendliche ist das Konzept der motivierenden Kurzberatung ein vielversprechendes Modell. Das auf den Arbeiten von Miller und Rollnick (1991) sowie Prochaska und DiClemente (1982 et al.) basierende Interventionskonzept kann als direktiv- klientenzentrierter Ansatz zur Reduzierung von Ambivalenz bzgl. einer Verhaltensänderung beschrieben werden. Es wird seit einiger Zeit als Maßnahme zur Frühintervention bei riskanten Konsummustern in verschiedenen Feldern angewandt (John et a. 2002). Fraglich ist, ob dies Interventionsmodell auch in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe angewandt werden kann. Bei der Übertragung dieses im therapeutischen Bereich angewandten Intervention muss zuvor sorgfältig geprüft werden, ob die Übernahme aus Sicht Sozialer Arbeit sinnvoll und im Kontext der Jugendhilfe sinnvoll anzuwenden ist.

Der Bedarf aus Sicht der Jugendhilfe stellt sich anders dar: Zwar gilt Prävention durch das KJHG als Handlungs- und Strukturmaxime der Jugendhilfe, auf der Handlungsebene ist aber oft unklar, wie dies umzusetzen ist. Dies gilt insbesondere für den Umgang mit Drogen konsumierenden Jugendlichen. Es besteht aus Sicht der Fachkräfte ein Bedarf an Fortbildung oder der Entwicklung eines integrierten Konzeptes. Die einfache Übernahme therapeutischer Konzepte eignet sich nicht für den Alltag dieses Handlungsfeldes. Vielmehr ist zunächst zu klären, welchen Prinzipien Beratung im Kontext Sozialer Arbeit verpflichtet ist und wie sie sich definiert im Gegenüber zur Therapie, um in einem zweiten Schritt zu klären, ob und wie die Übernahme eines Konzeptes der Frühintervention sinnvoll ist. Dieser Fragestellung widmen sich die folgenden zwei Kapitel.

2. Soziale Beratung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe

Jugendhilfe als Teilbereich Sozialer Arbeit ist dem gesetzlichen und gesellschaftlichen Auftrag Sozialer Arbeit verpflichtet. Begleitung und Unterstützung von Jugendlichen im Rahmen von Jugendhilfe ist eine Form der Sozialen Beratung, die sich in Gegenstand, Form und Zielsetzung von Beratung im Rahmen therapeutischer Handlungen unterscheidet. Im Folgenden werden zunächst Auftrag und Herangehensweise Sozialer Arbeit allgemein und der Jugendhilfe im Besonderen dargestellt. Anschließend werden die Charakteristika Sozialer Beratung in Abgrenzung zur Therapie erläutert, so dass resümierend Schlussfolgerungen für die Umsetzung Motivierender Kurzintervention im Rahmen Sozialer Beratung getroffen werden können.

2.1. Auftrag und Herangehensweise lebensweltorientierter Sozialer Arbeit

Die Institutionalisierung der Sozialen Arbeit entstand im Zusammenhang der Etablierung moderner Gesellschaften, ihr traditioneller Auftrag ist der Ausgleich sozialer Ungleichheit durch Förderung und Integration gesellschaftlich benachteiligter Gruppen. Dabei integriert der heute verwandte Begriff der Sozialen Arbeit die beiden Traditionslinien Sozialpädagogik und Sozialarbeit (vgl. Thiersch 2002:100ff).

Die Sozialpädagogik beinhaltet traditionell Aufgaben der außerschulischen Bildung und Erziehung für Menschen in besonderer Not und Randständigkeit. Die Sozialarbeit steht dagegen in der Tradition der Armenfürsorge in Form vielfältiger sozialer und sozialpolitischer Hilfen von kommunalen, genossenschaftlichen und kirchlichen Trägern. Ihre Aufgaben etablierten sich zusammen mit dem Sozialstaat und stützten sich auf Analysen von Armut und Verelendung. In ihren klassischen Ansätzen der Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit verbindet sie verschiedene methodische Zugänge.

Das Aufgabenspektrum Sozialer Arbeit hat sich heute erweitert. Nach wie vor richtet sie sich gegen Ungleichheit und Ausgrenzung. Eine Definition der

Umsetzung ihres Auftrags bietet die internationale Vereinigung Sozialer Arbeit¹¹2000 in Montreal:

„the social work profession promotes social change, problem solving in human relationships and the empowerment and liberation of people to enhance well-being. Utilising theories of human behaviour and social systems, social work intervenes at the points where people interact with their environments. Principles of human rights and social justice are fundamental to social work“ (IFSW 2000:1).

Soziale Arbeit verbindet demnach soziale und politische Dimensionen zur Förderung des Wohlergehens jedes Einzelnen und der Gemeinschaft, ihre Diagnose umfasst die multidimensionale Klärung von Hilfewünschen und –bedarf auf der Grundlage interdisziplinäres Wissens (vgl. Ortmann und Schaub 2003).

Die jeweilige Ausgestaltung Sozialer Arbeit ist von ihrem gesellschaftlichen Auftrag, sozialpolitischen Rahmenbedingungen und dem Grad der Institutionalisierung abhängig. Da diese Rahmenbedingungen länderspezifisch sind und der Stand der Professionalisierung in Deutschland ein besonderer ist, beziehe ich mich in diesem Kapitel ausschließlich auf die deutsche Diskussion.

Herausforderungen der Moderne

Durch die Entwicklung moderner Gesellschaft ist das Handlungsspektrum Sozialer Arbeit heute deutlich erweitert. Wachsende Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse führen dazu, dass nicht nur einzelne sozial benachteiligte Gruppen zu den Klientel Sozialer Arbeit gehören, der Bedarf an individuellen und kollektiven Hilfe- und Unterstützungsleistungen ist insgesamt gestiegen (Flößer und Otto 1996).

Zur Ausrichtung Sozialer Arbeit wird in der aktuellen Literatur auf die von Beck (1986) mit den Begriffen „Risikogesellschaft“ und „reflexive Modernisierung“ benannten Entwicklungen verwiesen. Demnach ist der Alltag moderner Gesellschaften davon gekennzeichnet, dass sein Gelingen zunehmend in die Verantwortung des Einzelnen gelegt ist, dies verspricht gegenüber traditionellen Gesellschaftsformen größere Freiräume, lässt den Einzelnen bei Misslingen aber auch tiefer abstürzen. Der moderne Alltag differenziert sich in immer vielschichtigere Lebenslagen, gleichzeitig sind die Chancen für das

¹¹ IFSW: International federation of social worker, Quelle: www.ifsw.org/publications (10.11.2004).

Gelingen des Alltags nach wie vor jedoch innerhalb der gesellschaftlichen Sozialstruktur ungleich verteilt.

Der Auftrag Sozialer Arbeit bezieht sich auf durch Krankheit, Behinderung oder soziales „Anderssein“ bedingte gesellschaftliche Ausgrenzungen (Exklusionen) schlechthin und damit vor allem auf die ungeplanten und ungelösten Folgeprobleme der Moderne (Kleve 1999:369). Soziale Arbeit soll allgemein „die bedenklichen, risikohaften und destruktiven Folgen der gesellschaftlichen Modernisierung auffangen, bearbeiten oder wenigstens kompensieren“ (Münchmeier und Ortmann 1996:149). Dabei ist sie nicht einseitig als Korrektiv des Modernisierungsprozesses zu verstehen, vielmehr erfüllt sie die Funktion, diesen Prozess zu stützen, zu flankieren und in die gesellschaftlichen Randzonen und Randgruppen hinein durchzusetzen.

Gegenstand Sozialer Arbeit sind menschliches Verhalten, Problembewältigung und soziale Integration. Sie beschäftigt sich mit Problemvorbeugung, -erkennung, -bearbeitung und -begleitung und zielt in einem doppelten Fokus auf die psychosozialen Probleme und die soziale Ausstattung von Lebenswelt, auf Stärkung der Selbstwirksamkeit und Aktivierung und Verknüpfung von Ressourcen (Puhl und Löcherbach 2002:37).

Soziale Probleme sind immer auch bedingt durch funktionssystemische Exklusionen. Diese bezeichnen Ausschlüsse von Personen aus den wirtschaftlichen, kulturellen, politischen, rechtlichen, pädagogischen Systemen, die sozioökonomische Ressourcen wie Geld, Macht, Recht oder Bildung vermitteln. Sozialarbeit hat diesbezüglich die Funktion, Menschen dabei zu helfen, wieder an den genannten Systemen und an den jeweiligen Ressourcen partizipieren zu können (Ortmann und Kleve 2000).

Generalistischer Ansatz in zwischensystemischer Position

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben befindet sich Soziale Arbeit in einer zwischensystemischen Position, da sie selbst keinem der genannten Systeme angehört, aber potenziell für jeden sozialen Aspekt zuständig werden kann, der in den Lebenswelten der Menschen problematisiert wird. So bezieht sich Soziale Arbeit – als Prävention, Kuration und Rehabilitation – auf junge, erwachsene und alte Menschen, auf arme, süchtige, behinderte, obdachlose, kranke oder schuldenbelastete Menschen und thematisiert deren Schwierigkeiten unter sozialen Aspekten.

Soziale Arbeit ist generalistisch und genau dieser generalistische Blick ist ihre spezifische Herangehensweise. So thematisiert sie ihre Fragestellungen multidimensional. Sie hat zwar einzelne problembelastete Personen im Blick, aber sie bezieht deren soziale Probleme immer auch auf familiäre und andere lebensweltliche Beziehungen und Netzwerke und allgemeiner: auf sozialstrukturelle Bedingungen. Soziale Arbeit ist eine psycho-soziale Praxis, denn sie hat sowohl psychisch-individuelle als auch soziale Systeme im Blick (Kleve und Ortman 2000).

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. Nach welchen Konzepten handelt eine zeitgemäße Soziale Arbeit angesichts den Herausforderungen der Moderne? Dieser Frage stellt sich das Konzept der Lebensweltorientierung, das als wichtige Theorieströmung der Sozialen Arbeit Rahmenkonzept und Praxis seit den 70er Jahren entscheidend prägt.

Lebensweltorientierung als zentrales Konzept

Lebensweltorientierung ist ein Begriff, der von der sogenannten Tübinger Schule, einer Gruppe von Wissenschaftlern um den Pädagogen Hans Thiersch entwickelt wurde. Als Antwort auf politische und fachliche Entfremdung im Rahmen der Spezialisierung der Sozialen Arbeit in den 70er Jahren fordert dieser Ansatz zunächst einen Perspektivenwechsel ein. In Gegenbewegung zu einer fortschreitenden Institutionalisierung und Experten-herrschaft fordert es dazu auf, sich konsequent an den Adressaten Sozialer Arbeit und deren spezifischen Selbstdeutungen und Handlungsmustern zu orientieren. Thiersch definiert dies folgendermaßen:

„Lebensweltorientierung meint den Bezug auf die gegebenen Lebensverhältnisse der Adressaten, in denen Hilfe zur Lebensbewältigung praktiziert wird, meint den Bezug auf individuelle, soziale und politische Ressourcen, meint den Bezug auf soziale Netze und lokale / regionale Strukturen“ (Thiersch 1992:5).

Das Konzept knüpft sowohl an die hermeneutisch-pragmatische Tradition der Pädagogik als auch an phänomenologische und interaktionistische Ana-

lysen zu Alltag und Lebenswelt aus der interpretativen Soziologie¹² an mit dem Ziel, die Spezifika und Rahmenbedingungen sozialpädagogischen Handelns auszubuchstabieren. Seine Herangehensweise lässt sich in fünf Aspekten konkretisieren (vgl. Grunwald und Thiersch 2001:1139ff)

1. Lebenswelt ist zunächst ein beschreibender, phänomenologisch orientierter Begriff, der den Menschen in der Erfahrung der konkreten Alltagswirklichkeit mit ihren belastenden oder stärkenden Faktoren und Beziehungen wahrnimmt. Im Fokus sind dabei die pragmatischen Anstrengungen des Einzelnen, sich in den vielfältigen Anforderungen seiner Lebenswelt zu behaupten. Defizitäres oder abweichendes Verhalten erscheint in diesem Kontext auch immer als Ergebnis dieser Anstrengung.
2. Lebenswelt bezeichnet weiterhin die Summe der Lebensräume oder Lebensfelder, in denen sich der Einzelne im Laufe seines Lebens nacheinander oder gleichzeitig bewegt (z.B. Familie, Öffentlichkeit, Arbeit, Jugendgruppe). Die in den verschiedenen Feldern gesammelten Erfahrungen ergänzen sich im Lebenslauf, können aber auch Ursache für Verletzungen und Traumatisierungen sein und die gesamte Lebenswelt beeinflussen. Das Konzept Lebenswelt rekonstruiert die konkreten Verhältnisse in den unterschiedlichen Feldern und fragt neben Blockaden und Problemen auch nach im Lebenslauf erworbenen Ressourcen.
3. Das Konzept Lebenswelt ist darüber hinaus historisch und sozial konkret. Lebenswelt bezeichnet die Schnittstelle von Objektivem und Subjektivem, von gesellschaftlichen Strukturen und den in ihnen entwickelten Handlungsmuster.
4. Als normativ-kritisches Konzept thematisiert Lebensweltorientierung die Dialektik von Gelingendem und Einschränkendem der Lebenswelt. Es wehrt sich gegen eine vorschnelle Genügsamkeit von Menschen in ihren Verhältnisse und ist sensibel für die Erfahrungen protestativer Energie, von unterdrückter Hoffnung, von Trauer und Schmerz. Die

¹² Grunwald und Thiersch (2001) verweisen hier auf Schütz (1971), Berger / Luckmann (1969) und Goffman (1969) und auf die Weiterführung und Reinterpretation von Heller (1978), Kosik (1967), Lefebvre (1967) und Bourdieu (1987).

Hinterfragung des Gegebenen im Namen der Hoffnung auf andere, bessere Optionen ist damit leitendes Prinzip.

5. In Anknüpfung an die zunehmende Pluralisierung und Individualisierung von Lebensverhältnissen der Moderne weist Lebensweltorientierung auf Ungleichheiten sowohl in Bezug auf materielle Ressourcen als auch in Bezug auf die Partizipation an Bildung und Information, an gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen.

Diese zentrale Theorieströmung der Sozialen Arbeit stellt damit die einzelne Person als Adressatin oder Klient und ihre spezifischen Selbstdeutungen und individuellen Handlungsmuster in den Vordergrund. Anliegen dieses Ansatzes ist es, Menschen in ihrem Alltag zu Selbständigkeit, Selbsthilfe und sozialer Gerechtigkeit zu verhelfen. Wesentliche Prinzipien sind Subjektorientierung, Unterstützung, Transparenz und Freiwilligkeit (Grunwald und Thiersch 2001). Auf Grundlage dieses Ansatzes wird die Definition Sozialer Arbeit entsprechend konkretisiert:

„Soziale Arbeit hat lebensbegleitende, problemlindernde und problemlösende Aufgaben, die durch Prävention, Intervention und spezifische methodische Vorgehensweisen zusammen mit den Adressaten und deren relevanter Umwelt zu bewältigen sind“ (Puhl und Löcherbach 2002:37).

Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zielt Soziale Arbeit damit in einem doppelten Fokus sowohl auf die psychosozialen Probleme als auch auf die soziale Ausstattung und Entwicklung von Lebenswelt, sie setzt auf die Stärkung der Selbstverfügung des Individuums ebenso wie auf die Aktivierung und Verknüpfung von Ressourcen (Pfaffenberger 2001). Mit ihrem Rahmenkonzept der Lebensweltorientierung liegt die Zielrichtung der Sozialen Arbeit in deutlicher Nähe zum Gesundheitsauftrag der Ottawa charta (WHO 1986). Demnach zielt Gesundheitsförderung auf einen Prozess,

„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (a.a.O.:1).

Zur Gestaltung dieses Prozesses wird ebenfalls eine Doppelstrategie verfolgt (vgl. Hurrelmann 2000:97) und zwar *sowohl* die Stärkung von individuellen Kompetenzen zur Auseinandersetzung mit Krankheitsrisiken und zur Verbesserung der persönlichen Gesundheit *als auch* die gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt, um damit gute Bedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen.

Die strategischen Prinzipien der Ottowacharta weisen eine große Nähe zu den Grundlagen von Sozialer Arbeit auf. In weiten Teilen besteht Deckungsgleichheit, etwa in der Anwaltschaft, dem Lebensweltkonzept und der Orientierung auf die Beseitigung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten. Das Postulat der Gesundheitsförderung kann somit als Schnittstelle zwischen Public Health und Sozialer Arbeit gelten (Franzkowiak 2003).

Das doppelte Mandat Sozialer Arbeit

Die Herangehensweise der Lebensweltorientierung wird eingeschränkt durch die Tatsache, dass die Ausführung Sozialer Arbeit im Rahmen staatlicher Gewährungs- und Kontrollkontexte geschieht. Soziale Arbeit ist immer auch gesellschaftlich definierte Hilfe, die in Institutionen organisiert ist. Sie besitzt damit ein doppeltes Mandat von Hilfe und Kontrolle und verfügt nicht über die in klassischen Professionen vergleichbare Autonomie. Ihre Interventionen finden im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Kontroll- und Integrationsanforderungen einerseits und Unterstützung von Emanzipation und individuellen Eigenansprüchen andererseits statt. Im Gegensatz zu den klassischen Professionen (wie z.B. Mediziner, Juristen), die eine eindeutig abgrenzbare, am Gemeinwohl orientierte Aufgabe wahrnehmen, verfügt Soziale Arbeit damit nicht nur über ein doppeltes, sondern auch über ein ambivalentes Mandat. Fachkräfte Sozialer Arbeit sind an die institutionellen Bedingungen ihres Handlungsfeldes gebunden, die sich aus gesetzlich festgelegten Richtlinien über die Ziele, Ressourcen und Leistungen für eine bestimmte Zielgruppe konstituieren. Sie müssen damit ein schwieriges, nicht selten belastendes Gleichgewicht zwischen der Lebenswelt und den Rechtsansprüchen ihrer Adressaten und den Richtlinien der jeweiligen Institution leisten (vgl. von Spiegel 2004:38).

Trotz dieser Einschränkung ergeben sich in jedem Handlungsfeld Spielräume, die zu nutzen sind. Wie sieht nun der gesellschaftliche Auftrag des Arbeitsfeldes Jugendhilfe aus und wie lässt sich das Konzept der Lebensweltorientierung darin umsetzen?

2.2 Auftrag und Strategien der Jugendhilfe

Für die Zielbeschreibung der Jugendhilfe maßgeblich ist das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG/SGB V), welches 1990 das bis dahin geltende Jugendwohlfahrtsgesetz ablöste und versucht, der in der modernen Gesellschaft deutlich gewandelten Rolle von Erziehung und Jugendhilfe Rechnung zu tragen. Das Gesetz selbst dient als Strukturierungsvorgabe, ist aber weiterhin auf die sozialpolitische und fachliche Diskussion angewiesen. Leitend für die Entwicklung des seit 1990 geltenden Kinder- und Jugendhilfegesetzes ist der Achte Jugendbericht (BMJFFG 1990). Dieser zieht innerhalb einer mittlerweile hoch differenzierten und unübersichtlichen Situation in der Jugendhilfe Bilanz und richtet die Arbeit konzeptionell an den aktuellen Anforderungen der Moderne aus.

Nach Maßgabe des KJHG umfasst Jugendhilfe fördernde, direkt helfende und politische Aufgabenbereiche, Kinder und Jugendliche sollen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung gefördert werden. Durch Soziale Arbeit sollen die Folgen struktureller Benachteiligungen abgebaut werden. Schließlich will Kinder- und Jugendpolitik Sorge tragen für positive Lebensbedingungen und eine kinder- und familienfreundliche Umwelt (Jordan und Sengling 2000).

Das Konzept der Lebensweltorientierung diene als Grundlage des Achten Jugendberichtes (BMFJJG 1990) und findet in den Formulierungen des KJHG seinen direkten Niederschlag. Diese Zielrichtung grenzt sich deutlich ab gegenüber einem institutionsspezifisch verengten Blick. Dies bedeutet, sich gegen eine Sichtweise zu wenden, die aufgrund der Aufgabenbeschreibung -nämlich Unterstützung und Hilfe in Orientierungsschwierigkeiten und Notlagen zu leisten - dazu verführt, Jugend und Familie einseitig als besonderes Problem zu verstehen, die auf besondere pädagogische, disziplinierende, kultivierende und beaufsichtigende Arbeit angewiesen ist.

Im Gegensatz zu dieser defizitorientierten Haltung will Lebensweltorientierung vorhandene individuelle, soziale und politische Ressourcen zur Förderung von Kindern und Jugendlichen nutzen. Das Konzept stellt sich außerdem gegen Entwicklungen spezialisierter Administration und Sozialtherapie, es bietet stattdessen eine „ganzheitliche Wahrnehmung von Lebensmöglichkeiten und Schwierigkeiten, wie sie im Alltag erfahren werden“(Thiersch 1992:24).

Handlungsmaximen der Jugendhilfe

Zentrale Begrifflichkeiten des KJHG zur Umsetzung dieses Anspruchs und gleichzeitig Handlungsmaximen für die Praxis der Jugendhilfe sind folgende (vgl. Galuske 1998):

- präventive Gesamtorientierung
- Dezentralisierung und Regionalisierung der Leistungsangebote
- Alltagsorientierung in allen institutionellen Settings und Methoden
- Orientierung an der Integration der Klienten
- Gewährleistung von Partizipation/Teilhabe der Klienten am Hilfeprozess

Alltagsorientierung und Partizipation

Die im Rahmen der Moderne entstandene Pluralisierung der Lebensformen geht auch einher mit einer Pluralisierung der Werte. Der Einzelne ist gezwungen, ein jeweils eigenes Lebensmodell zu entwickeln und die Chancen und Risiken der neuen Möglichkeiten allein ohne Rückgriff auf schützende Traditionen zu tragen. Das eigene Leben ist damit stärker als in vergangenen Jahrhunderten das „Ergebnis individueller Wahl, Folge eigener Ziele, Motivation und Energien“ (Münchheimer und Ortmann 1996:153). Damit hat sich die Aufgabe der Erziehung allgemein und ebenso der Sozialen Arbeit gewandelt. Im Rahmen der reflexiven Moderne gelten tradierte, generelle, normative Vorstellungen nur noch als Leitlinien, ihre Umsetzung muss konkret ausgehandelt werden. Erziehung und Soziale Arbeit muss sich auf die Vielfältigkeit und Komplexität gegebener Lebenserfahrungen und Lebensprobleme beziehen.

Für die Aufgabenfelder der Jugendhilfe bedeutet dies, dass die einzelnen Institutionen und ihre Umgangsformen sich stärker als bisher dem Alltag der Adressaten öffnen müssen. Eine Haltung der Verantwortung und Fürsorglichkeit bietet eben nicht eine ausreichend und adäquate Hilfestellung. Mit der Forderung nach verstärkter Partizipation von Kindern und Jugendlichen geht das KJHG auf diese Entwicklungen ein und trägt dazu bei, auch innerhalb der Jugendhilfe einen Paradigmenwechsel von der Betreuung und Erziehung zur Norm der reflexiven Selbstkontrolle zu vollziehen.

KJHG, § 8,1:

„Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen“.

Im KJHG findet sich ebenfalls eine Beschreibung von Jugendschutz, die den modernen Herausforderungen von Erziehung und Jugendhilfe gerecht wird. Nach §14Abs.2 sollen Maßnahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes

„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 in 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 ausge dehnte Jugendphase entstanden ist, die nicht mehr nur als Statuspassage, sondern als breit angelegte Risikozone zu sehen ist, Rechnung getragen (vgl. Münder 1999).

Prävention

Prävention gilt seit dem Achten Jugendbericht (BMJFFG 1990) und der Neuformulierung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) als „Strukturmaxime“ und leitendes Arbeitsprinzip der Jugendhilfe.

Jugendhilfe setzt traditionell an problematischen Verhältnissen und schon fortgeschrittenen Karrieren von Lebensschwierigkeiten an. Die Maxime der Prävention zielt auf eine frühzeitige Intervention, die Hilfe anbietet, bevor Probleme sich verhärtet und verdichtet haben (Thiersch, 1992:31). Dabei sollen die frühzeitigen, also die begleitenden, unterstützenden und ambulanten Maßnahmen ausgebaut und die gravierenden stationären abgebaut werden.

Der Präventionsbegriff ist jedoch innerhalb der Jugendhilfe nicht unumstritten, vor allem wenn er sich auf Maßnahmen zur individuellen Kompetenzförderung und Verhaltensänderung beschränkt. So kritisiert Lindner die Einführung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen von Jugendhilfe als voreilig:

„In unserer Stimmungsdemokratie agiert auf der einen Seite eine auf Augenblicksumfragen gestützte Politik, die permanent unter Zugzwang steht und für jedes Problem umgehend Prävention fordert. Auf der anderen Seite steht der Kinder- und Jugendschutz, der sich aufgrund chronischer Unterfinanzierung, öffentlichem und finanziellem Legitimationsdruck dazu verleiten lässt, des Kaisers neue Kleider zu loben und Präventionserwartungen eifertig bedient“ (Lindner 2003:83).

Sturzenhecker (2000) kritisiert entsprechend Prävention als Bevormundung, die Erfahrungsräume von Kindern und Jugendlichen eingrenzt durch Vorrangorientierung. Er wirft der Prävention Krankheitsfixierung und Bevormundung vor und stellt in Frage, inwiefern die leitenden Prinzipien der Sozialen Arbeit Anwaltschaft, Förderung positiver Entwicklung, Anerkennung von Person und Lebenswelten sowie die Strategie des Empowerment mit der Zielsetzung von Prävention übereinstimmen können. Aus dieser Perspektive ist Prävention nach wie vor zu stark defizitorientiert und auf die jeweilige Gefährdung fixiert. Entsprechend resümiert Lindner, dass es nicht darum gehe, Prävention aufzugeben,

„sondern sich einer genaueren Verwendung des Begriffes zu befleißigen. Dazu gehört, dass Prävention sich selbstverständlich auf Subjekte bezieht, deren Ressourcen zu entwickeln und zu stärken sind, aber eben auch auf Gefährdungsstrukturen und die Entwicklung von Infrastrukturen“. (Lüders 2003,S.81).

Freund und Lindner (2001) fordern ebenfalls eine hinreichende Klärung des Begriffs der Prävention für die Jugendhilfe. Dies sei umso notwendiger, da in der Praxis die als Querschnittsaufgabe definierte Prävention mittlerweile all das umfassen soll, was schlechthin als Umorientierung, Veränderung und Innovation im Bereich Sozialer Arbeit gilt. Die augenscheinliche Evidenz der Prävention befreit offenbar davon, gründlich zu überprüfen, was im Einzelnen als Prävention gelten kann, konzeptionelle oder praxisorientierte Überlegungen werden nicht ausreichend geleistet (Lüders 1995; Müller 2001).

Notwendig ist ein partnerschaftlicher Dialog verschiedener Disziplinen und Arbeitsfelder, der abseits ideologischer Polarisierungen und sektorübergreifend klärt, was jeweils unter Prävention zu verstehen ist, wie sich die Pro-

grammatik der Prävention mit anderen für die Jugendhilfe zentralen Prinzipien vereinbaren lässt und auf welchen Handlungsebenen sie umgesetzt wird (Stegmann 2000; Freund & Lindner 2001).

Dies soll in dieser Arbeit für den Bereich der Sekundärprävention an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Suchtprävention beispielhaft geleistet werden. Ziel von Sekundärprävention ist es, problematischen und missbräuchlichen Konsum psychoaktiver Substanzen unter Jugendlichen zu thematisieren und im Rahmen von Beratung und Frühintervention Unterstützung zu leisten, um ein Abgleiten in die Sucht möglichst zu verhindern. Die angesprochene Handlungsebene ist Beratung und Kommunikation, wie sie im Rahmen von Jugendhilfe geleistet wird. Um die Vereinbarung sekundärpräventiver Strategien mit Prinzipien der Jugendhilfe zu überprüfen, sollen darum im Folgenden zunächst zentrale Strukturmerkmale und Prinzipien Sozialer Beratung dargestellt werden.

2.3 Grundzüge Sozialer Beratung

Beratung lässt sich als eine weitverbreitete und vielfältige Hilfeform kennzeichnen, die heterogene Handlungsformen und unmittelbar personenbezogene Dienstleistungen umfasst. Sie ist eine Querschnittsmethode, die in nahezu allen Hilfeformen wie Betreuung, Pflege, Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit, Bildungsmaßnahmen bis hin zur Organisationsberatung angewandt wird.

Soziale Beratung bezeichnet Beratung im Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit. Es handelt sich in diesem Fall um halbformalisierte Beratung, die auf der einen Seite abzugrenzen ist von informeller Beratung, wie sie innerhalb sozialer Netzwerke, z.B. zwischen Eltern, Kollegen und Freunden in Fragen der Alltagsbewältigung geleistet wird. Sie ist andererseits von formalisierter Beratung zu unterscheiden, die in einem extra dafür ausgewiesenen Setting z.B. in einer Beratungsstelle stattfindet. Halbformalisierte Beratung kann auch allgemeiner als Beratungskommunikation bezeichnet werden, sie findet in allen beruflichen Feldern der Sozialen Arbeit statt und nicht nur in der Einzelfallhilfe.

Sickendiek, Engel und Nestmann definieren Beratung allgemein als Interaktion zwischen mindestens zwei Beteiligten, bei der die beratende Person die Ratsuchende mit Einsatz von kommunikativen Mitteln dabei unterstützt, in

Bezug auf eine Frage oder ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen (1999:13).

Konstituierend für die Beratungssituation ist damit ein Defizit auf Seiten des Ratsuchenden und ein Mehr an Wissen, Orientierung und Kompetenz auf Seiten des Beratenden. Eine ähnliche Definition von Beratung findet sich bei Dewe und Scherr (1990), die Beratung im Kontext Sozialer Arbeit beschreiben als

„eine Form der Verwendung sozial- und erziehungswissenschaftlichen Wissens durch Professionelle, die auf lebensgeschichtliche Problemlagen von Klienten bezogen ist, deren Bewältigung durch verfügbare Routinen und Ressourcen des Alltagshandelns in der Sicht der Klienten momentan als unmöglich erscheint, weil Informations- und Kompetenzlücken bestehen“ (S.489).

Soziale Beratung ist nicht an spezifische institutionelle Arrangements oder situative Settings gebunden. Das Medium der Hilfe ist die interaktive Kommunikation, wie sie in der alltäglichen Begegnung zwischen SozialarbeiterIn und KlientIn stattfindet. Sie ist damit gebunden an den gesellschaftlichen Auftrag und die spezifischen Rahmenbedingungen der Handlungsfelder Sozialer Arbeit. Diese werden im folgenden kurz zusammengefasst, bevor leitende Prinzipien und Strukturmerkmale Sozialer Beratung in Abgrenzung zur Therapie sowie notwendige Kompetenzen erläutert werden.

Strukturmerkmale Sozialer Beratung in Abgrenzung zur Therapie

Als alltags- und lebensweltorientierte Bewältigungshilfe unterscheidet sich Soziale Beratung von therapeutischen Interventionen in klinisch-psychologischen und medizinischen Handlungsfeldern nicht nur in Setting und Rollenverteilung, sondern auch in ihrer Aufgabenstellung und Konzeption (vgl. Nestmann, Engel und Sickendieck 2004:38).

Die therapeutische Intervention hat von ihrer Tradition her die Messung, Diagnostik und Erklärung abweichenden psychischen Erlebens und Verhaltens zum Gegenstand. Auslöser für therapeutisches Handeln sind damit individuell-spezifische innerpsychische Störungen oder Krankheitssymptome. Ihre maßgebliche Aufgabe ist die Entwicklung konkreter Interventionsmaßnahmen mit dem Ziel der Veränderung individueller Identität oder Verhaltensweisen (Schröder 2004).

Die Erfüllung dieser Aufgabe erfolgt mit Interventionen, die sich auf Theorien psychoanalytischer, klientenzentrierter und verhaltenstheoretischer Schulen stützen. Gleichwohl gilt Beratung in einem eher allgemeineren Sinne als „Stiefkind“ der Psychologie. Psychologische Berater, die sich nicht einer therapeutischen Schule verpflichtet fühlen, sondern sich unbeschränkt vielfältiger Interventionsstrategien bedienen, um damit auf die Komplexität der Situation zu reagieren, werden negativ bewertet und als methodeneklektisch kritisiert. Zwar wurde bereits Ende der 70er Jahre eine Neudefinition psychologischer Beratung mit den Eckpunkten Netzwerkorientierung und Prävention versucht, diese von Praktikern angestoßene Diskussion fand aber keine komplementäre Entwicklung in der psychologischen Wissenschaft (ebd.).

Soziale Beratung leitet ihr Handeln stattdessen aus einem institutionell gebundenen gesellschaftlichen Auftrag her, der auf ein bestimmtes Klientel ausgerichtet ist. Gegenstand Sozialer Beratung ist eine die individuelle Problematik übergreifende sozial typische Problemlage (Dewe und Scherr 1990:489). Anstelle der gezielten Veränderung individueller Identität oder abweichenden Verhaltens mit Hilfe einzelner Interventionen bezieht sich Soziale Beratung primär darauf, das Problem des zu Beratenden bzw. seine Problemsituation auf der Grundlage sozial typischer Problemkonstellationen zu interpretieren und diesbezüglich relevante sozial gültige Muster der Problembearbeitung fallbezogen anzubieten.

Aufgabe Sozialer Beratung ist es daher

„zur individuellen Bearbeitung von gesellschaftliche erzeugten Problemlagen beizutragen, indem sie bei der Veränderung der subjektiven Bewältigungsformen Hilfe leistet, in denen Individuen und soziale Gruppen sich mit der ihnen zugemuteten krisenhaften Lebenssituation auseinandersetzen und diese sich bewusst, d.h. für sie handhabbar machen“ (a.a.O.497).

Soziale Beratung ist dabei weder Politik- noch Therapieersatz, sie richtet sich auf zeitlich begrenzte und alltagsbewusstseinsnahe Phänomene und wendet sich gegen eine Therapeutisierung sozialer Problemlagen, die als deren alleinige Ursache innerpsychische Störungen erscheinen lassen.

Soziale Beratung lässt sich eingrenzen auf den Umgang mit lebenspraktischen Problemsituationen, deren Reichweite sich auf die alltagsbewusstseinsfähigen und intentional gestaltbaren Momente von Lebenspraxis be-

zieht. Ihre Grenze findet Beratung damit in allgemeinen Prozessen wie z.B. der Verarmung und strukturellen Massenarbeitslosigkeit.

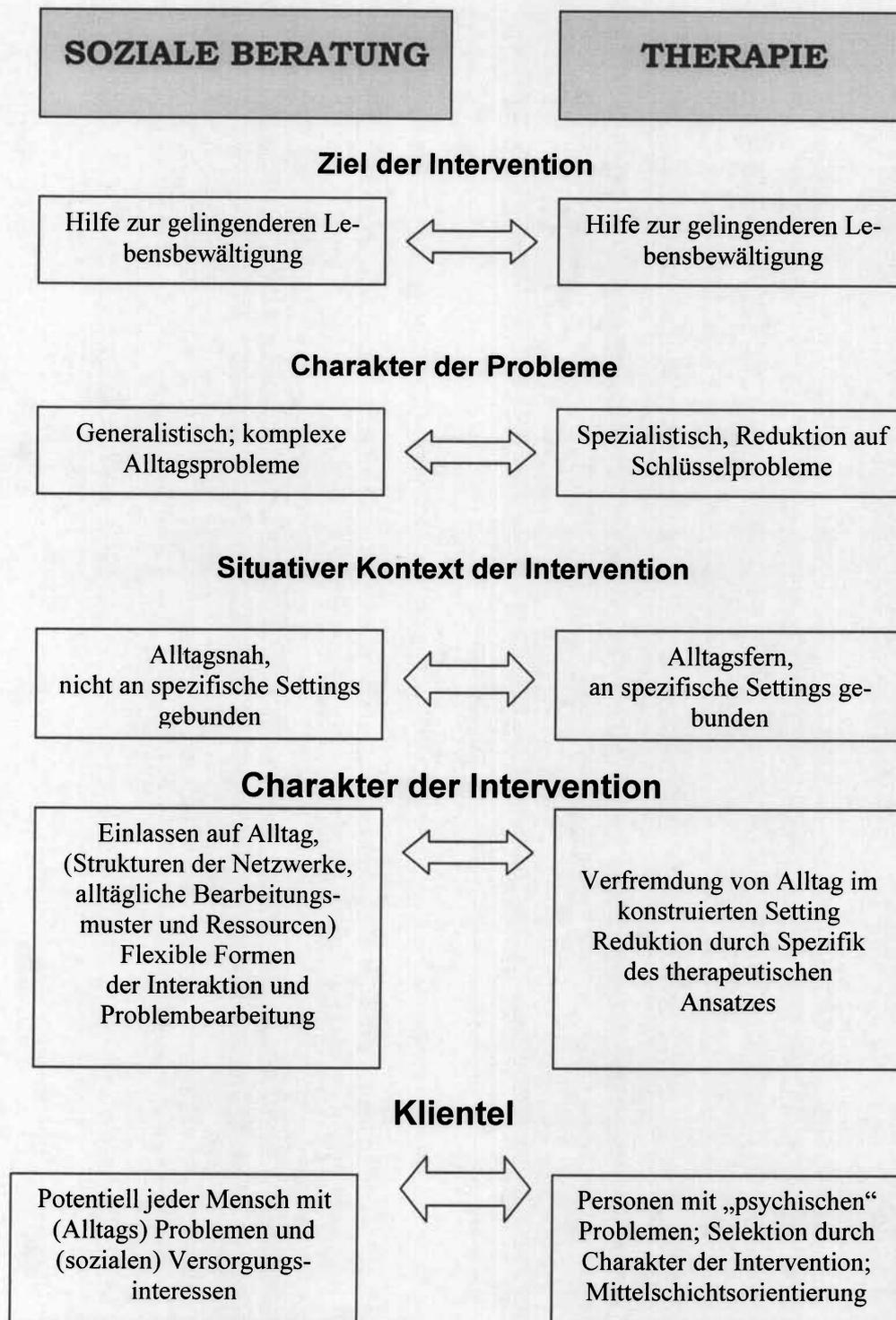
Eine nach wie vor nicht abschließend geklärte Frage ist das Verhältnis von Sozialer Beratung zur Therapie. Da es vielfach fließende Übergänge gibt, ist die Abgrenzung schwierig. Als pragmatisch erscheint zunächst eine Unterscheidung nach der ausübenden Profession, demnach würde Beratung nur von Fachkräften der Sozialen Arbeit, Therapie wird nur von ausgebildeten Therapeuten ausgeübt. Oder eine Unterscheidung nach der Schwere des Problems, demnach wäre Beratung zuständig für Probleme mittlerer Schwere, die sich durch die Aktivierung entsprechender Ressourcen lösen ließe.

Dieser gängigen Unterscheidung ist allerdings zu widersprechen. Zwar herrscht nach wie vor ein signifikanter Statusunterschied zwischen therapeutisch dominierten und sozialpädagogisch akzentuierten Arbeitsfeldern, der sich nicht nur in unterschiedlicher Bezahlung, sondern auch im Ansehen bemerkbar macht. Eine hierarchische Betrachtungsweise der typischen Problemlagen von Therapie und Beratung, wonach Soziale Beratung für die kleineren, alltäglicheren, banaleren Probleme zuständig ist und Therapie für die schwerwiegenden, ist jedoch nicht zu rechtfertigen. Warum sollte z.B. Armut von Kindern oder Arbeitslosigkeit von Jugendlichen ein „geringeres“ Problem darstellen als eine Depression oder ein gestörtes Essverhalten (Galuske 1998:125)?

Soziale Arbeit beschäftigt sich nicht selten mit Personengruppen, die nicht im Stande sind, ihr Leben zu organisieren und deshalb aus allen Bezügen von Familie, Arbeit und Wohnung herausfallen und auf der Straße leben, hier kann ebenfalls nicht von einem mittleren Schweregrad ausgegangen werden (Thiersch 2004:119).

Eine Unterscheidung der beiden Handlungsfelder ist also nicht nach Schweregrad, sondern nach Strukturmerkmalen zu treffen. Die folgende Abbildung (Nr.3) stellt eine von Galuske (1998) vorgeschlagene Möglichkeit der Differenzierung dar, welche die oben beschriebenen unterschiedlichen Aufgaben, Herangehensweisen und Handlungsfelder von Sozialer Beratung und Therapie aufnimmt.

Abbildung 3: Strukturmerkmale Sozialer Beratung und therapeutischer Interventionen (nach Galuske 1998:128).



Die Grafik macht deutlich, dass Soziale Beratung und Therapie zwar dasselbe globale Ziel verfolgen, jedoch in Charakter und Kontext der Intervention große Unterschiede aufweisen und damit unterschiedliche Klientel ansprechen. Diese unterschiedlichen Handlungsfelder sollten nicht gegeneinander

ausgespielt oder hierarchisiert werden. Die Therapeutisierung der Sozialen Arbeit ist eine Sackgasse, vielmehr bestände darin die Gefahr, die Komplexität des Alltags auf „therapietaugliche“ Schlüsselprobleme zu reduzieren. Die Abbildung macht insbesondere deutlich, dass durch die Alltagsnähe der Sozialen Beratung eine durch die spezifische Herangehensweise der Therapie erfolgte Mittelschichtorientierung überwunden werden kann. Soziale Beratung eignet sich darum, Strategien der Prävention auch in sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen hinein zu tragen.

Soziale Beratung agiert alltagsnah und muss darum auf ein flexibles Spektrum von Interaktions- und Problembearbeitungsmustern zurückgreifen können. Demzufolge können therapeutische Interventionen nicht einfach auf Soziale Beratung übertragen werden, es ist vielmehr nach den für Soziale Beratung passenden und notwendigen Kompetenzen und Methoden zu fragen.

Soziale Beratung bedient sich einer Vielfalt von instrumentell genutzten Methoden, sie ist nicht institutionell eingeeignet auf eine bestimmte Klientel (wie z.B. die Drogenberatung) und ein bestimmtes Thema, sie konzentriert sich nicht auf die reduktionistische Bearbeitung von Verhaltens- und Vorstellungsmustern, sondern agiert in der Flächigkeit des Alltags (Thiersch 1992:141).

Notwendige Kompetenzen Sozialer Beratung

Die Durchführung Sozialer Beratung benötigt eine doppelte methodische Kompetenz. Diese umfasst sowohl die Reflexion des Beziehungs- und Interaktionsgeschehens zwischen Berater und Klient als auch die Beachtung komplexer lebensweltlicher Beziehungskonstellationen sowie sozialer bzw. gesellschaftlicher Einflussfaktoren.

Gefordert sind

- Kompetenz, die Kenntnisse über das Lebenswelt und das Milieu der Klienten einbringt
- Klärung und Unterstützung bei Alltagsproblemen
- Strukturierung und Organisation individueller, sozialer, regionaler und politischer Ressourcen

Diagnose und Fallrekonstruktion in der Sozialen Arbeit beachten neben der Reflexion individueller und psychischer Probleme ausdrücklich soziale und

strukturelle Aspekte. Soziale Beratung benötigt außerdem spezielles Wissen um Lebensverhältnisse und damit verbundene Einschränkungen oder Möglichkeiten, wie sie unabhängig von einzelnen Beratungskonzepten und ihrem Verständnis von Hilfsbedürftigkeit und Hilfschancen erfahren werden.

Für ein zielorientiertes Arbeitskonzept schlägt Thiersch (1992:130) darum eine Strukturierung des Beratungsprozesses in drei Schritten vor:

- Analytische Einschätzung der gesellschaftlichen Genese sozialer Probleme und ihrer je individuellen konflikthaften Verarbeitung
- die gemeinsame Suche nach alternativen Bewältigungsstrategien und der damit verbundenen zusätzlichen Ressourcen
- Entwicklung eines mittelfristigen Lebens- und Handlungsplans und seine schrittweise Evaluierung im Prozess.

Als besondere Beratungskompetenz von SozialarbeiterInnen bezeichnen Dewe und Scherr (1990) die Fähigkeit, die Besonderheit der jeweiligen Problemsituation von Klienten auf dem Hintergrund sozial- und erziehungswissenschaftlichen Wissens situationsbezogen kompetent zu deuten und zugleich über ein Wissen bzgl. angemessener Handlungsformen der Hilfeleistung zu verfügen. Kompetenz zu Sozialer Beratung ist damit nicht reduzierbar auf die Verfügung über Techniken der therapeutischen Gesprächsführung, entscheidend ist das Wissen über die für soziale Gruppen typische Problemsituation und die in sozialen Milieus anerkennungsfähigen Muster des Umgangs mit lebenspraktischen Problemen.

Der Vorteil einer von entsprechenden Gestalt Sozialer Beratung, nämlich ganzheitlich auf die Lebenssituation der Adressaten, ihre Sichtweisen und Deutungen eingehen zu können, birgt gleichzeitig die Gefahr einer diffusen Allzuständigkeit. In den Aufgabenbereich Sozialer Beratung fällt alles, „was lebensweltlich sozial problematisch werden könnte“ (Kleve 1999:373).

Gefragt ist darum die Fähigkeit, innerhalb der Strukturen offener sozialer Beziehungen zu handeln und ein Gespür für ein der Situation angemessenes Handeln zu entwickeln. Neben allgemeiner methodischer Kompetenz benötigt Soziale Beratung darum auch immer die Entscheidung, zu welchem Zeitpunkt welche Intervention sinnvoll ist.

Diagnose als Dialog

Obwohl ein Gespür für die passende Intervention eine wichtige Kompetenz Sozialer Beratung darstellt, ist dies nicht alles. Zu beachten ist insbesondere, dass es sich bei Sozialer Beratung angesichts des doppelten Mandats Sozialer Arbeit um einen Prozess handelt, der nicht immer freiwillig zustande kommt. Nicht wenige Angebote der Sozialen Arbeit finden im gesetzlichen Auftrag statt und mitunter auch gegen den erklärten Willen der AdressatInnen (z.B. bei der Sicherstellung des Kindeswohls nach SGB VIII). Dennoch und gerade deswegen gilt der Grundsatz, der auf Beratung allgemein zutrifft, dass „Ergebnisse“ nicht durch eine einseitige Intervention der Fachkräfte erzielt werden.

„Sie entstehen im Vorgang der Koproduktion, im Zusammenhang einer Beziehung von Fachkraft und Adressatin“ (v. Spiegel 2004:45).

Ziele und Wege Sozialer Beratung sind somit ein Aushandlungsprodukt zwischen Fachkraft und AdressatIn. Dies gilt nicht nur für die Interaktion innerhalb eines Beratungsgesprächs, sondern auch für die Auswahl der jeweiligen Intervention und ihrer Ziele. Partizipation muss strukturell in Methodenkonzepten verankert sein. Sozialarbeiterinnen sollten entsprechend

„über einen breiten Fundus an methodischen Möglichkeiten verfügen, um nicht in die Gefahr zu geraten, die Klienten und ihre Probleme an eine Methode anzupassen, sondern umgekehrt, um methodisch flexibel auf Situationen und Problemlagen reagieren zu können“ (Galuske 1998:145).

Auf Grundlage dieser dialogischen, partizipativen Grundausrichtung werden Begrifflichkeit und Verfahren der Diagnose in der Sozialen Beratung entsprechend kritisch gesehen, besonders in ihrer ursprünglichen Nähe zur Medizin und Naturwissenschaft. Heiner (2001:253) begründet dies mit der Sorge um die Gefährdung von drei zentralen Anliegen Sozialer Arbeit:

„1. Dem Bemühen, die Klientinnen als Partnerinnen zu begreifen und ihnen einen entsprechenden Einfluss auf einen partizipativ angelegten diagnostischen Prozess zu ermöglichen, damit sie ihre ganz persönliche Sicht der Probleme geltend machen können und nicht zu passiven Objekten eines expertokratischen Diagnoseverfahrens degradiert werden.

2. Dem Bemühen, ein möglichst facettenreiches, ressourcen- und entwicklungsorientiertes Bild der Personen und ihrer Situation zu entwerfen und sie nicht auf-

grund der aktuellen Probleme im Rahmen einer vorwiegend negativen Diagnose zu etikettieren und abzuwerten.

3. Dem Bemühen, möglichst vorsichtige, betont hypothetische und vorläufige Urteile zu formulieren, um so der begrenzten Prognostizierbarkeit menschlicher Entwicklungen Rechnung zu tragen und nicht mit scheinbar gesicherten und objektiven Urteilen den Eindruck der Steuerbarkeit sozialer Prozesse und der Vorhersagbarkeit menschlichen Verhaltens durch Experten zu erwecken“.

Neuere Konzepte psychologischer und psychosozialer Diagnostik überwinden diese Begrenzungen, allerdings ist gerade im Rahmen von Suchtprävention dieser Einwand relevant, da die bisherige Diagnostik stark medizinisch-psychiatrisch geprägt ist¹³. In der Umsetzung von Suchtprävention im Rahmen Sozialer Beratung ist darum nach einem Ansatz zu suchen, der im Sinne von Lebensweltorientierung die Darstellung von Drogenkonsum und seiner Bedeutung aus Sicht der Adressaten fördert und damit eine partizipative Orientierung unterstützt sowie Stigmatisierung und Etikettierung vermeidet. Beim Prozess der Hilfeplanung sollte die Diagnose darum einer doppelten Kontrolle unterzogen werden, nämlich durch die Fachkräfte und durch die Betroffenen selbst (Uhlendorff 2002:578).

Soziale Beratung zwischen Respekt und Provokation

In der offenen, alltagsnahen Form Sozialer Beratung besteht auf der anderen Seite die Gefahr der Beliebigkeit des Handelns und der „Unterkonturierung“ der Arbeit. Soziale Beratung handelt in einem Feld der „strukturierten Offenheit“ (Thiersch 2002:203ff). Auf der einen Seite ist der offene Raum des Vertrauens, der Geduld und des Verstehens notwendig, um Menschen Zutrauen und Mut in die Formulierung eigener Problemlösungen und Stärken zu geben. Auf der anderen Seite ergibt sich die Frage, wann die Annahme von Selbsttätigkeit und Selbstzuständigkeit die Adressaten überfordert (Thiersch 2002:42). Dies gilt auch und besonders für die Arbeit in Handlungsfeldern der Jugendhilfe.

¹³ So ist in Kapitel eins gezeigt worden, dass bisherige Konzepte der Diagnostik von Missbrauch und Abhängigkeit vorwiegend aus der Psychiatrie stammen und ihre Übertragbarkeit auf Jugendliche in Frage gestellt ist.

„Lebensweltorientierte Jugendhilfe braucht den Takt, der prüft, was in der Situation angemessen ist, den Takt, der wegsehen, loslassen, Probleme sich selbst überlassen kann und doch einzugreifen den Mut hat, wenn es notwendig scheint.“

(Thiersch 1992:39).

So ist es zum Beispiel notwendig zu entscheiden, wann Jugendliche Freiräume zum Experimentieren mit legalen und illegalen Drogen benötigen, um dadurch zu eigenverantwortlichem Umgang mit Risiken und Grenzen zu erlernen und wann es angebracht ist, einzugreifen und Grenzen im Rahmen der Hausordnung durchzusetzen oder zur Veränderung eines gesundheitsschädlichen Verhaltens zu ermutigen.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit steht damit in der Spannung von Empathie und Provokation, von Adressatenorientierung und Ziel- oder Werteorientierung. Grunwald und Thiersch formulieren dies als Ausübung von Respekt und Destruktion:

„Respekt vor der Eigensinnigkeit von Lebenswelt und Destruktion eben dieser Eigensinnigkeit im Namen ihrer freieren Möglichkeiten und der darin angelegten Optionen“ (Grunwald und Thiersch 2001:1143).

In dieser Spannung erweist Soziale Beratung der Eigensinnigkeit der Lebenserfahrung und Problemlösung der Adressaten Respekt und wendet sich damit gegen einen traditionellen Ansatz, der im Auftrag allgemeiner Normen Anpassung und Sozialdisziplinierung praktiziert. Soziale Beratung provoziert gleichzeitig zur Suche nach den Möglichkeiten eines gelingenderen Alltags und wehrt sich gegen die Annahme, das Bestehende als unabänderlich wahrzunehmen.

Evaluation Sozialer Beratung

In der Ausführung der täglichen Arbeit ist die sorgfältige Reflexion des methodischen Vorgehens notwendig, um der Gefahr der Beliebigkeit angesichts des Anspruchs einer ganzheitlichen Zuständigkeit und der Anwendung umfassenden interdisziplinären Wissens zu entgehen. Soziale Arbeit ist darum herausgefordert, für angemessene interne und externe Transparenz ihrer Arbeit zu sorgen.

Wie Dewe und Scherr (1990) betonen, ist das Gelingen Sozialer Arbeit allgemein und der Beratungskommunikation im Besonderen nicht allein durch die richtige pädagogische „Haltung“ und das entsprechende berufliche Ethos gewährleistet. Neben der oben geschilderten doppelten Beratungskompetenz

ist es notwendig, Beratungsprozesse innerhalb des komplexen Handlungsfeldes der Jugendhilfe zu strukturieren und zu evaluieren. Durch entsprechende Evaluationsinstrumentarien kann die Verbindung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit dazu beitragen, zu klären (vgl. Meenaugham 2001):

- Welche Ziele zu welchem Zeitpunkt in welchem Umfang verfolgt werden
- An welchen Indikatoren ihr Erreichen abgelesen werden kann
- Welche Symptome oder Probleme, z.B. bezüglich Drogenkonsum, über welchen Zeitraum besonders beachtet und begleitet werden sollen

Gleichzeitig, und hier besteht eine besondere Herausforderung für die Evaluation, kann methodisches Handeln im Rahmen Sozialer Beratung nicht als zielgenaue Technologie einer Verhaltensänderung verstanden werden, sondern erfüllt in der Praxis im Wesentlichen folgende Funktionen (Galuske 1998:146):

- Hilfe zur Informationsgewinnung und Analyse von Klientenbiografien, Situationen, Netzwerken und institutionellen Settings
- Hilfe zur Gestaltung von Kommunikation und Interaktion mit Klienten, Gruppen und anderen Akteuren
- Hilfe zur Gestaltung von flexiblen institutionellen Settings
- Hilfe zur Phasierung des Hilfeprozesses in einzelne Handlungsschritte
- Hilfe zur Sicherung der Partizipation von Klienten im Hilfeprozess
- Hilfe zur prozessbegleitenden Kontrolle der Folgen der Intervention

Methoden erfüllen für die Fachkräfte Sozialer Arbeit außerdem die angesichts der Spezifität des Handlungsfeldes dringend notwendige Funktion der Entlastung in komplexen Handlungssituationen und dienen der Reduktion von Ungewissheit und dem Schutz vor Überforderung. Ein für die Soziale Beratung angewandtes Methodenkonzept sollte daraufhin überprüft werden, inwiefern es dieser komplexen Aufgabenstellung entspricht.

Die in den nächsten Kapiteln zu diskutierende Fragestellung, ob es sinnvoll ist, das Konzept der Motivierenden Kurzintervention als Instrument der Frühintervention in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe einzusetzen, ist darum an folgenden Kriterien zu überprüfen:

- Lässt sich das Konzept auf die Komplexität des Handlungsfeldes Sozialer Beratung anwenden?
- Ist es auf Partizipation ausgerichtet oder eher expertenorientiert?
- Bietet es Hilfestellung zur Kommunikation mit Drogen konsumierenden Jugendlichen und steigert es die Beratungskompetenz?
- Hilft es, den Hilfeprozess zu phasieren?
- Bietet es Entlastung für die Fachkräfte, die durch die Komplexität des Handlungsfeldes besonders gefordert sind?
- Lässt es sich flexibel in unterschiedlichen institutionellen Settings anwenden?
- Thematisiert es ausreichend die ambivalente Beratungssituation, die im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle stattfindet?
- Bietet es Hilfestellung, das eigene Handeln zu reflektieren und evaluieren?

Zur Diskussion dieser Frage wird im Folgenden zunächst Grundlage und Hintergrund Motivierender Kurzintervention dargestellt.

3. Motivierende Kurzintervention als Instrument der Suchtprävention

Auf der Suche nach einer Präventionsstrategie für die Zielgruppe der riskant Drogen und Alkohol konsumierenden Jugendlichen ist das Konzept der Motivierenden Kurzberatung ein vielversprechendes Modell. Das auf den Arbeiten von Miller und Rollnick (1991) sowie Prochaska und DiClemente (1982 et al.) 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 a. 2002). Fraglich ist, ob sich das Interventionsmodell auch für die Anwendung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe im Rahmen Sozialer Beratung eignet.

Zur Diskussion dieser Fragestellung werden im Folgenden zunächst die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen Motivierender Kurzintervention vorgestellt, ihre Evidenz und deren Relevanz für Public-Health diskutiert sowie nach Besonderheiten in der Anwendung des Konzeptes mit Jugendlichen gefragt. Abschließend werden Schlussfolgerungen für den Einsatz des Interventionsmodells in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe gezogen.

3.1. Grundlagen Motivierender Gesprächsführung

Mit ihrem erstmalig 1991 veröffentlichten und mittlerweile in zweiter überarbeiteter Auflage (2002) erschienenen Gesamtkonzept des „Motivational Interviewing“ 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 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“ (2002:25).

Motivierende Gesprächsführung ist damit ein Konzept, das auf der klientenzentrierten Gesprächstherapie von C. 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.

Motivation als zentraler Begriff

Der für den Ansatz zentrale Begriff der Motivation ist für die Psychologie seit jeher ein beliebtes wie heterogenes Forschungsfeld, in dem alles andere als terminologische Klarheit herrscht. Dabei zielt der Begriff Motivation zunächst auf die kausale Erklärung von Verhalten ab: Warum oder wozu handeln Menschen in einer bestimmten Art und Weise? Motivation ist nicht direkt beobachtbar, sondern als hypothetisches Konstrukt nur aufgrund bestimmter Verhaltensweisen erschließbar. So bezeichnet Motivation in den meisten Theorien eine „energetisierende“ Komponente, mit der ein Individuum sein Verhalten auf ein bestimmtes Ziel hin ausrichtet (Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000:62). Nach den frühen Phasen der Motivationstheorien mit einseitig trieb- oder bedürfnistheoretischen Konzepten werden mittlerweile kognitive Variablen und Prozesse immer bedeutsamer. So beeinflussen subjektive Erwartungen der Konsequenzen, die ein verändertes Verhalten auslösen wird, die Motivation ebenso wie die subjektive Bedeutsamkeit oder der Wert des zu erwartenden Ergebnisses. Die Vorwegnahme zukünftiger Zustände entscheidet damit maßgeblich über die Richtung, Intensität und Planung einer Handlung und damit auch über die Stärke der Motivation (Heckhausen 2003).

Neben der Beachtung kognitiver Aspekte kommt der Interaktion eine besondere Bedeutung zu, denn in der neueren Motivationspsychologie wird unter

Motivation vor allem ein Interaktionsprodukt verstanden. Heckhausen definiert dies folgendermaßen:

„Motivation ist eine momentane Gerichtetheit auf ein Handlungsziel, eine Motivationsstendenz, zu deren Erklärung man die Faktoren weder nur auf Seiten der Situation oder der Person, sondern auf beiden Seiten heranziehen muss“ (2003:3).

Dieser Ansatz impliziert, dass die Stärke der Motivation einer fortgesetzten Änderung unterworfen ist. Motivation ist hiermit nicht eine statische Eigenschaft, sondern ein dynamischer Prozess, in dem Faktoren der Person und ihres Umfeld eine gleichermaßen relevante Rolle spielen wie die Charakteristika der Beziehung zwischen Ratgeber und Adressat.

Intrinsische und extrinsische Motivation

Zusätzlich wird in der Motivationspsychologie zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden. So wird unter intrinsisch motiviertem Verhalten all jenes Verhalten zusammengefasst, das um seiner selbst willen ausgeführt wird. Dagegen wird extrinsisch motiviertes Verhalten auf externe Verhaltensfolgen in Form von Bekräftigungen zurückgeführt, es dient als Mittel zur Erreichung eines anderen Ziels.

Die Begründung und Entwicklung intrinsischer Motivation wird mit dem Verweis auf verschiedene menschliche Grundbedürfnisse erklärt. Diese sind

- leibliche Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerzvermeidung
- zweckfrei erscheinende Aktivitäten, Verhaltensweisen, die um der ablaufenden Tätigkeit willen ausgeführt werden, Prototyp: Spielen.
- Verhalten, das dazu dient, ein optimales Funktionsniveau beizubehalten und
- das Bedürfnis nach Kompetenz und Selbstbestimmung.

Vor allem der letztgenannte Punkt ist für unseren Zusammenhang wichtig. Die Grundannahme, dass die Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung intrinsische Motivation stärkt, geht von einem primären Bedürfnis des Menschen aus, sich selbst als wirksam, als Verursacher von Änderungen in der Umwelt zu erleben (vgl. Heckhausen 2003). Die Gelegenheit zu selbstbestimmtem Verhalten zeigt intrinsisch motivierende Effekte. Werden diese Möglichkeiten dagegen eingeschränkt, z.B. durch Anforderungen aus der Umwelt, in Aussicht gestellte Belohnung und Bestrafung oder durch Zwang,

lassen sich Phänomene von Widerstand, Gegenkontrolle und sinkender Lernbereitschaft beobachten.

Deci und Ryan (1987) haben die Polarität von Autonomie und Kontrolle hervorgehoben. Sie schließen aus den Ergebnissen verschiedener Studien zur Motivation, dass die Förderung von Autonomie im Gegensatz zu Kontrolle einhergeht mit einer höheren intrinsischen Motivation, mit einem größeren Interesse, mit weniger Druck und Anspannung, mit mehr Kreativität und kognitiver Flexibilität, einer positiveren Emotionalität und höherer Selbstachtung, mit mehr Vertrauen und konstanterem Therapieerfolg sowie mit einer besseren physischen und psychischen Gesundheit.

Interventionen, die Autonomie und damit intrinsische Motivation des Klienten fördern, sind damit Erfolg versprechender und nachhaltiger als Strategien, die Verhaltensänderung durch extrinsische Einflussnahme mithilfe von Sanktionen, sozialem Druck oder materiellen Belohnungen als positive Verstärker herbeiführen.

Motivation im Rahmen therapeutischer Handlungen

Im Rahmen von Beratung oder therapeutischen Interventionen lassen sich zusätzlich verschiedene Dimensionen der Motivation unterscheiden. Veith (1997) differenziert drei Aspekte von Therapiemotivation hinsichtlich ihrer Zielklassen:

- *Therapiemotivation* richtet sich auf das Ziel, Hilfe für die Bewältigung von Problemen oder Konflikten zu erhalten.
- *Änderungsmotivation* betrifft den Abbau von Symptomen und Problemverhalten sowie eine Stabilisierung neuer Verhaltensmuster.
- *Beziehungsmotivation* ergibt sich aus dem Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und der therapeutischen Beziehung: Dies betrifft vor allem die Frage, inwiefern Offenheit des Klienten und Bereitschaft zur Mitarbeit in Zusammenhang stehen mit Beziehungsmerkmalen wie Empathie und wahrgenommener Kompetenz des Therapeuten/der Therapeutin.

Die Aufteilung in die unterschiedlichen Dimensionen der Motivation (Therapiemotivation, Veränderungsmotivation und Beziehungsmotivation) lässt sich auf Soziale Beratung übertragen. Zwar geht es hier nicht um die Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient, aber die verschiedenen Dimensio-

nen der Motivation – als Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, als Bereitschaft, sich zu verändern und der Einfluss der gestalteten Beziehung zwischen Sozialarbeiter/Sozialpädagogin und AdressatIn erscheinen einleuchtend und hilfreich für die Reflexion der Beratungssituation.

Motivation als Prozess

Eine zentrale These von Miller und Rollnick ist – und damit nehmen die Autoren die Entwicklung der modernen Motivationspsychologie auf – 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 interpersonalen Prozess zwischen den Determinanten „Therapeut“, „Klient“ und „Umgebung des Klienten“ zugrunde liegt und welches ständige Fluktuationen zeigt (Miller und Rollnick 1991: 49). Für den Therapeuten ist es deshalb wichtig, über die Frage, ob ein Klient motiviert ist, hinauszugehen und in Erfahrung zu bringen, mit welcher Intensität der Klient 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 Klienten neue Perspektiven eröffnet. Der dynamische Motivationsbegriff hat Auswirkungen auf alle drei Aspekte der Motivation im Rahmen therapeutischer Handlungen. Motivational Interviewing 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 besondern Schwerpunkt auf die Frage, inwiefern die Haltung des Therapeuten dazu beiträgt, Motivation zu stärken (Beziehungsmotivation) und postulieren einen klientenzentrierten, aber gleichzeitig direktiven 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):

Express empathy oder

„Versetze dich in den Klienten, um seinen Standpunkt verstehen zu können“¹⁵

Ein konfrontativer Beratungsstil wird von Miller und Rollnick kritisiert, da sie davon ausgehen, dass Konfrontation Widerstand auf Seiten des Klienten erzeugt und damit Motivation blockiert. Damit übernehmen sie das klientenzentrierte Konzept von C. Rogers, der bereits 1957 in seiner Theorie zur Bedeutung von Therapievariablen bei der Veränderung von 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 des 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.“ (1972:28).

Während Rogers eine klientenzentrierte Haltung als notwendige und hinreichende Bedingung einer konstruktiven Therapie definiert und Angaben über Ziel, Intention und konkretes Handeln im Rahmen der Therapiesitzung bewusst unterlässt (Rogers 1957 vgl. Sachse 1992), 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. Motivational Interviewing ergänzt die Grundlagen der klientenzentrierten Therapie damit um Prinzipien der Lerntheorie und der

¹⁵ In dieser und den vier folgenden Überschriften wurden die Formulierungen von Körkel und Veltrup (2003:118f) übernommen, diese sind jeweils mit Anführungsstrichen gekennzeichnet.

Verhaltenstherapie (Moyers und Rollnick 2002), ist damit deutlich zielorientiert und in diesem Sinne direktiv.

Develop discrepancy

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

Zur Erreichung des übergeordneten Ziels der Veränderung gesundheits-schädlichen 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 1991:53) 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 ermutigt werden, die eigenen Gründe für oder gegen eine Veränderung zu überdenken und auszudrücken, um zu klären, inwiefern das aktuelle Verhalten die Fähigkeit, Lebensziele oder zentralen Werte umzusetzen, beeinträchtigt. In diesem Sinne ist auch der Begriff *Motivational Interviewing* zu verstehen: „*It is an inter – view, a looking together at something*“ (2002:25). Dieser Weg der Klärung trägt dazu bei, vorhandene Ambivalenzen und Diskrepanzen zwischen Wunsch und Realität zu lösen und auf dem Weg der Verhaltensänderung fortzuschreiten.

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 erheblich von traditionellen konfrontativen Ansätzen der Suchttherapie. Das Auftreten von Widerstand wird bei Miller und Rollnick als ein Signal an den Berater verstanden, sich von aktions-orientierten Strategien abzuwenden und die Beratung auf die ambivalente Haltungen des 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).

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 an die Erkenntnisse der Lerntheorie von Bandura (1977) 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 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 den Klienten zu einer ausführlichen Darlegung seiner Sichtweise einladen
- Aktives Zuhören, das dem Klienten das Verstandene in vertiefter Form zurückmeldet
- Würdigung und Wertschätzung von Verhaltensweisen des Klienten, dies bringt eine positive Grundhaltung zum Ausdruck und stärkt das therapeutische Bündnis
- Methoden zur Förderung des „change talk“, z.B. 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, z.B. 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“ (2002:25).

Zentral für diesen Beratungsstil ist die Einsicht, dass Menschen mit Suchtmittelproblemen in einer inneren Situation der Ambivalenz gefangen sind und es neben Veränderungsimpulsen 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 wurde¹⁷.

3.2 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.

¹⁷ vgl. Prochaska 1996, Prochaska und Velicer 1997; Prochaska et al. 1999; DiClemente und Velasquez 2002; Überblick über deutsche Adaptionen: Keller 1999

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 soziale oder biologische Einflussfaktoren 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 *Handlung* werden bereits erste Schritt zur Änderung des problematischen Verhaltens unternommen. Im Stadium der *Aufrechterhaltung* schließlich übt die Person das Zielverhalten bereits eine Zeit lang aus.

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 (1977), die den Grad der Zuversicht zeigt, das Zielverhalten realisieren zu können und auch in Situationen mit hohem Rückfallrisiko durchzuhalten.

Der Ansatz des Stadienmodells ermöglicht es, auch diejenigen in Interventionen einzubeziehen, 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 eins bis drei 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 eins bis drei beinhaltet ein Fortschreiten von einem Stadium zum nächsten einen Wechsel in der Einstellung bzw. der Motivation, während in den Stadien vier und fünf 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 und Klient, 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, ist jedoch bereits ein Schritt im Therapieverlauf. 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 des Motivational Interviewing 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 dies nicht und reagiert mit einer Intervention, die dem jeweiligen Stadium nicht angemessen ist, führt dies in der Regel zu Widerstand beim Klienten.

Resnicow (2002) weist 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 Motivational Interviewing eine größeren 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 anonym¹⁸ weitergegeben werden können. Motivational Interviewing kann somit als „*real-time application of TTM-based counseling*“ (a.a.O., S. 444) definiert werden.

Obwohl sich Motivational Interviewing kognitiv-behavioraler Strategien wie Selbstbeobachtung, Zielsetzung etc. bedient, um die Motivation zur Verhaltensänderung zu steigern, ist der Bezug zum Stadienmodell als entscheidender Unterschied zwischen Motivational Interviewing und anderen Therapieformen wie z.B. der kognitiv-behavioralen Therapie zu werten. Während Motivierende Gesprächsführung besondere Aufmerksamkeit darauf verwendet, in welchem Stadium der Motivation sich der Klient 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 mit seinen aus Sicht des Beraters 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 des Motivational Interviewing und des Stadienmodells bieten vielfältige und wichtige Perspektiven für Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung auf 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 Gesundheitsförderungsprogram-

¹⁸ z.B. in Form von computergestützten Interventionsprogrammen, vgl. Diener, Suter und Somaini 1999.

men. Velicer et al.(2000) weisen in diesem Zusammenhang auf mehrere Studien hin, die die Bereitschaft zur Raucherentwöhnung innerhalb großer Samples abgefragt haben (TeilnehmerInnenzahl 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 Vorbereitung¹⁹.

Folgerichtig weist bereits Prochaska (1996) darauf hin, dass viele breitangelegte 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 1996:730)

An dieser Stelle wird der Paradigmenwechsel deutlich, den sowohl transtheoretisches Modell als auch Motivational Interviewing postulieren: Beide betonen die Notwendigkeit, Interventionen der Veränderungsmotivation des Programmteilnehmers oder des Klienten anzupassen anstatt mangelnde Änderungsbereitschaft zur unveränderlichen Eigenschaft Einzelner zu erklären.

Neben einem ausgeglichenen Kosten-Wirksamkeitsverhältnis 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, Prochaska 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 z.B. 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 klinischer Interventionen. Dies lässt sich unter an-

¹⁹ vgl. Untersuchung in Deutschland:

derem dadurch erklären, dass die Teilnahme an Programmen, z.B. zur Raucherentwöhnung, ein hohes Maß an Veränderungsbereitschaft voraussetzen, 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 Zieles 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: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, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russell und Stott 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, welches 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 Nicht-Erreichen 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 2000:26).

Das Stadienmodell ist damit eine wichtige Innovation für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention, denn neben den Anstößen zur Planung und Evaluation 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 des Motivational Interviewing eine sinnvolle Verbindung dar.

Die folgende Abbildung (Abb.4) fasst noch einmal die einzelnen Stadien zusammen und schlägt passende Interventionsstrategien vor (vgl. Keller 1999, Kapitel 1).

Stadium der Verhaltensänderung	Mögliche Intervention / Motivierende Strategie
<p>Absichtslosigkeit „niemals“ oder „ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten etwas an meinem Verhalten zu ändern“ wenig oder kein Problembewusstsein kein Interesse, etwas zu verändern Auseinandersetzung wird vermieden</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informationen geben ➤ Beobachtungen mitteilen ➤ auf Diskrepanzen hinweisen ➤ Anbieten alternativer Sichtweisen ➤ aktives Zuhören ➤ emotionale Zugänge suchen
<p>Absichtsbildung „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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anregen zur Selbstbeobachtung (z.B. Konsumtagebuch o.ä.) ➤ Pro und Contra Veränderung thematisieren (Bild der „Waage“) ➤ einen Anstoß in Richtung Veränderung geben
<p>Vorbereitung „bald“ oder „in den nächsten 30 Tagen verändere ich etwas“ hohe Motivation zu konkreten Veränderungsschritten Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ verschiedene Optionen der Veränderung aufzeigen ➤ Suche nach realistischen und akzeptablen Veränderungsschritten ➤ Vereinbarungen für konkrete Schritte treffen
<p>Aktion „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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stärkung von Selbstvertrauen ➤ Rückfallprophylaxe, z.B. durch Einrichten regelmäßiger Kontakte, Kommunikationsübungen, Training spezieller Fertigkeiten, die helfen, mit schwierigen Situationen umzugehen.
<p>Aufrechterhaltung „für immer“ Veränderungsschritte wurden bereits über einen längeren Zeitraum durchgehalten, z.B. „Seit 6 Monaten konsumiere ich nur am Wochenende Cannabis.“</p>	<p>wie bei „Aktion“</p>

3.3 Motivierende Kurzintervention

Während Motivational Interviewing sehr vielfältig im Bereich der Suchtbehandlung eingesetzt wird, gibt es 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, Motivational Interviewing als ein Set hilfreicher Gesprächsstrategien für die Anwendung in unterschiedlichen Settings der Gesundheitsversorgung zu nutzen (Rollnick, Heather und Bell 1993; Rollnick 1996). 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 Motivational Interviewing im nicht-therapeutischen Kontext als eine Form des Adaptierten Motivation Interviewing, in dem Motivierende Gesprächsführung als übergeordneter Kommunikationsstil verwandt wird.

Der in dieser Arbeit verwandte Ausdruck „Motivierende Kurzintervention“ ist abgeleitet von dem Begriff *brief motivational intervention* oder *brief motivational interviewing*, wie Rollnick, Heather und Bell (1992)²⁰ ihn 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 zur Veränderung eines gesundheitsrelevanten Verhaltens motivieren wollen. Es handelt sich hierbei um eine Adaption des ursprünglich in der Suchttherapie entwickelten Ansatzes des Motivational Interviewing (vgl. Rollnick 2000).

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 10 bis maximal 60 Minuten verstanden, die einmalig oder in einer Folge von bis zu drei Mal stattfinden können. Sechs wesentliche Elemente von Kurzinterventionen beschreiben Miller und Sanchez (1994) unter dem Akronym FRAMES:

²⁰ Vgl. Rollnick, Butler und Stott 1997 sowie Butler, Rollnick, Cohen, Bachmann, Russell und Stott 1999.

- Rückmeldung über ein gesundheitsrelevantes Verhalten, z.B. 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 (Menues)
- 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 von Motivational Interviewing bisheriger Berufspraxis entsprechen oder ob es sich um eine völlige Neuorientierung handelt. Im klassischen Ansatz der Gesundheitserziehung haben Fachkräfte die Aufgabe, über die Risiken des jeweiligen gesundheitsschädlichen Verhaltens aufzuklären und die Vorteile einer Veränderung zu betonen mit dem Ziel, den Patienten zu überzeugen. Motivational Interviewing präsentiert Informationen stattdessen in einer neutralen Haltung und überlässt dem Patienten die Deutung. Die klientenzentrierte Perspektive bedeutet für einige Berufsgruppen des Gesundheitswesens eine starke Umorientierung ihres Kommunikationsstils.

Die Umsetzung dieses Kompetenzbündels setzt unter anderem voraus, dass seine Anwender in einen Prozess der Selbstklärung eintreten und sich mit ihren eigenen Wertmaßstäben und Normen, institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungspräferenzen und bisher ausgeübten Gesprächsstilen auseinandersetzen. Dazu bedarf es zeitlich angemessener Schulungsmaßnahmen. Erfahrungsgemäß sind Fortbildungen aus mindestens drei mehrtägigen Blockveranstaltungen notwendig, um Theorie und Praxis des Motivational Interviewing zu erlernen sowie zwischen den Blöcken Gelegenheit zum Sammeln von Erfahrungen und zur Supervision zu ermöglichen (Körkel und Veltrup 2003).

Relevant für die Anwendung im Rahmen von Public Health und hier von Sekundärprävention erscheint Motivierende Kurzintervention 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. 2001; Kremer 1999).

Externe und interne Validität

Seit der ersten Veröffentlichung von Miller und Rollnick (1991) zur Motivierenden Gesprächsführung hat sich die Adaption des Ansatzes in verschiedene Anwendungen – von denen die Motivierende Kurzintervention nur eine ist – weit ausdifferenziert. Es gibt mittlerweile die „motivational enhancement therapy“, „motivational consulting“, „motivation intervention“ und andere, so dass Rollnick elf Jahre nach Entwicklung des Ansatzes resümiert:

„After all, a horsewhip might be called a motivationally informed intervention“
(Rollnick et al. 2002:272).

Die rapide Entwicklung und Popularität, die Motivational Interviewing in den letzten Jahren sowohl in den USA als auch in Europa erfahren hat, haben zu einer Diskussion geführt, ob und wie die mittlerweile inflationär genutzten Begrifflichkeiten noch sauber verwendet werden und welche Qualifikationen und Kompetenzen zur korrekten Anwendung von Motivational Interviewing notwendig sind (Burke, Arkowitz und Dunn 2002).

Differenzen in der Anwendung ergeben sich insbesondere durch unterschiedliche Längen und Settings der Intervention sowie durch verschiedene Zielgruppen. Gemeinsam ist den Anwendungen lediglich das Ziel, die Motivation zur Verhaltensänderung zu stärken und in einem nicht-konfrontativen Stil die Person zu ermutigen, Verantwortung für ihre eigene Entscheidung zu übernehmen (Rollnick et al. 2002). Auch das Konzept der Motivierenden Kurzintervention als eine von vielen Adaptionen besitzt damit eine hohe externe Validität, d.h. die Umsetzung gelingt nicht nur in experimentellen Situationen, sondern in vielfältigen realen Settings. Die interne Validität des Motivational Interviewing ist infolge dessen schwach ausgeprägt, es gibt kaum Untersuchungen über Motivational Interviewing in seiner „Reinform“ (Burke, Arkowitz und Dunn 2002). Die schwach ausgeprägte interne Validität lässt sich auch dadurch erklären, dass es sich bei Motivational Interviewing um einen aus der Praxis heraus entwickelten Ansatz handelt²¹ von dem Miller noch 1996 (S.840) behauptet:

„We are only beginning to understand the links
between its processes and outcomes“.

²¹ „the approach I had learned from my clients.“ (Miller 1996:835)

Um Motivierende Kurzintervention von anderen Kurzinterventionen abzugrenzen, ist es daher mehr denn je notwendig, ihre zentralen Elemente genau zu beschreiben. Die Übernahme des Begriffs Motivierende Kurzintervention meint im Kontext dieser Arbeit die Anwendung der Prinzipien Motivierender Gesprächsführung im nicht-therapeutischen Kontext Sozialer Beratung. Der Fokus liegt dabei auf der Beachtung des jeweiligen Stadiums der Motivation zur Verhaltensänderung und der Thematisierung von Ambivalenz. Durch die Anwendung motivierender Gesprächsstrategien sollen Möglichkeiten eines niedrighschwelligem Beratungsangebots für riskant konsumierende Jugendliche erprobt werden. Dabei wird auf die oben ausführlich beschriebenen Grundlagen Motivierender Gesprächsführung und der Stadien der Verhaltensänderung zurückgegriffen.

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 Motivational Interviewing eine gleichermaßen hohe Wirksamkeit. Zu beachten ist hier, dass MI-Programme breiter anwendbarer sind als vergleichbare und damit einen erhöhten „impact“ besitzt (Holder et al. 2000). Durch seine explizite Thematisierung von Motivation erreicht Motivational Interviewing bei unmotivierten Klienten deutlich bessere Ergebnisse als rein verhaltensorientierte Maßnahmen (Miller 1996). Mehrere in Deutschland durchgeführte Studien zeigen darüber hinaus, dass Motivierende Kurzintervention zu einer deutlichen Steigerung der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen bei Alkoholabhän-

gigen führt (John et al. 1996, Kremer et al. 1998, Hanewinkel und Wiborg 2002).

Die meisten Erfahrungen mit der Anwendung Motivierender Kurzintervention im Rahmen nicht-therapeutischer 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 Patientenseite führte und die Wirksamkeit durchaus vergleichbar mit langfristigen Beratungen ist (z.B. Baer, Marlatt et al. 1992; Butler, Rollnick 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 sowie unterschiedlichen Graden der Standardisierung. Fraglich bleibt, wie hoch die jeweilige Beratungskompetenz und Genauigkeit der Motivierenden Gesprächsführung ist. Auch die Interaktion zwischen Berater und Klient ist nicht vergleichbar über mehrere Studien. So bleibt offen, welche Effekte von allgemeinen Beratungseffekten geschuldet sind und welche 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, Arkowitz und Dunn 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, Butler und Stott 1997:201).

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 (Alto, Seppä und Mattila 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 seien. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen die beiden großen vom Gesundheitsministerium durchgeführten Modellprojekte zu Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus in Lübeck und Bielefeld (Kremer 2003). 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 Mitgestützter Kurzinterventionen in Hausarztpraxen kann somit nicht die Rede sein“ (Kremer 2003:129).

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 Drinkmann (2002) darauf, dass der Umgang mit unmotivierten Klienten zum Alltag in allen Feldern Sozialer Arbeit gehört. Der Umgang mit dem Thema Motivation ist darum besonders relevant und die Prinzipien Motivierender Gesprächsführung 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 hineinreichen²². Im Gegensatz zu anderen Kurzinterventionen – wie z.B. Selbsthilfemanuale, ärztlicher Ratschlag, klassische Gesundheitsberatung – liegt ihr Fokus auf der Anwendung in Settings mit motivational niedrigen Zugangsschwellen zur Beratungssituation und ist darum besonders geeignet für Menschen, die ihrer eigenen Verhaltensänderung eher skeptisch gegenüber stehen (John et al. 2002A).

Bei der Anwendung Motivierender Kurzintervention in Public Health Settings sind in der Zukunft folgende Fragen zu verfolgen (vgl. Resnicow, DiIorio, Soet, Borrelli, Ernst, Hecht and Thevos 2002):

- In welcher Population, für welche Bedingungen und Verhaltensweisen unter welchen Kosten kann Motivierende Kurzintervention umgesetzt werden?
- Welche Professionen sind dafür geeignet, dies ausreichend glaubwürdig auszuführen und wie viel Training wird benötigt, um Kompetenz auf einem ausreichenden Niveau zu entwickeln?
- Inwiefern kann Motivierende Kurzintervention in verschiedene Versorgungssysteme integriert werden?
- Wie hoch ist die Effizienz Motivierender Kurzintervention innerhalb verschiedener soziodemografischer Populationen?
- Wie hoch ist die Kosten-Effektivität im Vergleich mit anderen Programmen der Veränderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen?

Erfahrungen mit Motivierender Kurzintervention in Public-Health-Settings zeigen, dass die Schulung in diesem Beratungskonzept unter Angehörigen verschiedener Berufsgruppen 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 anpassen können (Prochaska 1996).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Konzept der Motivierenden Kurzintervention eine vielversprechende Perspektive für die Sekundärprävention bietet. Durch den besonderen Fokus auf Klärung und Steigerung der Motiva-

²² z.B. Anwendung in der Pflege siehe Compton, Monahan und Simmons-Cody 1999

tion 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 risikant Drogen konsumierende Jugendliche ist das Konzept der Kurzintervention darum, 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, so dass ein niedrigschwelliges 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.

3.4 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. Werch und DiClemente 1994, Berg-Smith et al. 1999).
- In der Phase der Ablösung vom Elternhaus und der Bildung der eigenen Identität zeigen Jugendliche ein erhöhtes Bedürfnis zur Abgren-

zung von Erwachsenen. Die empathische und respektvolle Gesprächsführung des Motivational Interviewing 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 (vgl. Rollnick und Morgan 1994; Grimley et al 1995).

- Die Lebenssituation von Jugendlichen ist noch deutlicher von Abhängigkeit gekennzeichnet als die Situation von Erwachsenen. Oftmals werden von Eltern oder anderen Bezugspersonen Entscheidungen getroffen, welche die Sichtweise und die Bedürfnisse der Jugendlichen nicht angemessen berücksichtigen. Diese Erfahrung kann die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflussen. Die Beratung sollte darum eine realistische Einschätzung der Lebenssituation des 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 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; Alte-Teigeler 1999). Fremdmotivation und Eigenmotivation müssen darum offen angesprochen und unterschieden werden.
- Bedeutung der Peergroup: Jugendliche empfinden ihren Substanzbe- 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. Gibt es bereits Erfahrungen in der Anwendung Motivierender Kurzintervention für Jugendliche 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, welches das Stadienmodell als Rahmenkonzept nutzt und Motivierende Gesprächsführung als Beratungsstil empfiehlt (Schubiner, Herold und Hurt 1998). Das mit GAPS (Guidelines for Adolescent Preventive Service) bezeichnete Konzept ist ein Modell zum Training für Ärzte und andere Berater des psychosozialen Umfeldes, es soll helfen, die Beratungssituation zu strukturieren und dem Stadium der Verhaltensänderung anzupassen. Es beinhaltet vier Schritte:

Abb.5: Rahmenkonzept GAPS (Guidelines für Adolescent Preventive Service)

- **Gather information:** Die Jugendlichen werden nach ihrem Konsummuster sowie nach dem ihrer Eltern und Freunde gefragt.
- **Assess further:** Geschichte des Einstiegs und der Quantität des Rauchens werden abgefragt: Handelt es sich um einen experimentellen Konsum oder besteht bereits Abhängigkeit?
- **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 Herangehensweise²³.
- **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-Smith²⁴ nutzt im Rahmen ihrer Dietary Intervention Study in Children (DISC) Motivierende Kurzintervention für Jugendliche im Teenageralter, um die fortlaufende Einhaltung des diätspezifischen Ernährungsprogramm auch beim Übergang in die Pubertät in größtmöglicher Form zu gewährleisten. Die Jugendlichen (13-17 Jahre) haben bislang an einem umfassenden Familienprogramm teilgenommen. Durch die speziell für sie eingerichtete Kurzberatung soll dem zunehmenden Wunsch der Jugendlichen nach eigenständiger Entscheidung 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, Heather und Bell 1992) und des behavioral self-management (z.B. Watson and Tharp 1989).

²³ 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 die Auswirkungen des Konsums auf sportliche Leistungen oder Gesundheit schon relevanter sind.

²⁴ (Berg-Smith, S.M.; Stevens, V.J.; Brown, K.M.; Van Horn, L.; Gernhofer, N.; Peters, E.; Greenberg, R.; Snetelaar, L.; Ahrens, L.; Smith, K. 1999)

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 (5 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 erhält jeder Jugendliche einen Brief, in dem man sich für seine Teilnahme bedankt und noch einmal die Ergebnisse des Gespräches zusammenfasst. Nach dieser ersten Intervention schließt sich in der Regel eine weitere im Abstand von 1-3 Monaten an.

Durchgeführt werden die Interventionen von Gesundheits- oder ErnährungsberaterInnen, die ein 18stündiges Training in Motivational Interviewing 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 durchgeführt wurde, treffen sich die BeraterInnen monatlich zu Fallgesprächen und Reflexion ihrer Arbeit.

Die Evaluation des Projektes belegt neben der signifikanten Senkung der Cholesterinkonsummengen vor allem eine hohe Zufriedenheit auf Seiten der Jugendlichen und der BeraterInnen. Die Jugendlichen zeigen eine hohe Akzeptanz des Beratungsstils, in dem sie ihre eigene Wahl treffen können und wie erwachsene Gesprächspartner ernst genommen werden. Die BeraterInnen zeigten „enthusiastische“ (ebd.S.408) Reaktionen angesichts eines erweiterten Repertoires an Beratungsstrategien, die sich auch und gerade auf den Umgang mit TeilnehmerInnen 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 18stündige 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 Nicht-Therapeuten folgende Strukturierung vor.

Einschätzung von Veränderungsbereitschaft und Selbstwirksamkeitserwartung (Abb.6):

- „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 der oder die Jugendliche benötigt (an Unterstützung z.B.), um die Skalen Richtung zehn zu erhöhen. Dabei können Ambivalenz, Diskrepanz (zwischen Wünschen und Realität), Zielvorstellungen und konkrete Schritte in die gewünschte Richtung herausgearbeitet werden. Ist die Bedeutung des Gewichtes, das der Jugendliche einer Veränderung beimisst, sehr hoch, sollte Beratung in erster Linie darauf fokussieren, die Selbstwirksamkeitserwartung zu stärken und konkrete Hilfestellungen für die Umsetzung der Entscheidung zur Verfügung stellen. Ist die Selbstwirksamkeitserwartung hoch, aber die Motivation zur Veränderung niedrig, sollte sich Beratung eher auf die dahinterliegenden 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.

Colby, Monti, Barnett und Rohsenow (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 einen kleinen Sample 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 Fall-Kontroll-Studie von Monti, Colby, Barnett, Spirito, Rohsenow, Myers, Woorlard und Lewander (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 Aufenthaltes durchgeführten Kurzinterventionen ließen sich signifikant weniger alkoholbezogene Probleme als bei der Vergleichsgruppe sowie ein deutlich vorsichtigerer Umgang mit Alkohol feststellen, (z.B. kein Autofahren nach Alkoholgenuss). 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, Marlatt, Kivlahan, Fromme, Larimer und Williams 1992) vergleicht drei Methoden (Selbsthilfemanual, Gruppenprogramm und Motivierende Kurzintervention) zur Alkoholreduktion bei jungen Studierenden. Die Motivierende Kurzintervention zeigt auch hier eine besonders hohe Akzeptanz unter den TeilnehmerInnen. Es konnte eine signifikante Reduktion des Konsums zum Zeitpunkt der Maßnahme sowie ein moderater Konsum zum Zeitpunkt der Folgeuntersuchung festgestellt werden.

Eine ähnliche Fall-Kontroll-Studie führten Borsari und Carey (2000) unter riskant Alkohol konsumierenden College-StudentInnen 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 der Intervention eine signifikante Reduktion in der Anzahl der pro Woche konsumierten alkoholischen Getränke sowie im Auftreten exzessiven Trinkverhaltens. Die TeilnehmerInnen erklärten außerdem, dass sie mit der Art der Intervention sehr zufrieden gewesen seien 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 signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Reduzierung exzessiver, riskanter Konsummuster und substanzbezogener begleitender Probleme.

Wirksamkeit

Auch bei der Beurteilung von Studien für die Zielgruppe der Jugendlichen lässt sich wiederum feststellen, dass eine vielfältige Anwendung bereits erfolgreich erprobt wurde, die genaue Messung der Effektivität von motivierenden Kurzinterventionen für Alkohol und Drogen konsumierende 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 wenig Studien über die Anwendung bei Jugendlichen und diese haben in der Regel sehr kleine Sempel.

Tait und Hulse (2003) beziehen sich in ihrer Meta-Analyse im englischsprachigen Raum auf 11 Fall-Kontroll-Studien, von denen die Mehrzahl (7) 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 soziale Probleme.

Im Rahmen der oben beschriebenen Erfordernisse des „impact“ einer Maßnahme, welcher sich aus Wirksamkeit und participation rate 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.

Die bisherigen Erfahrungen mit Motivierender Kurzintervention für Jugendliche beziehen sich jedoch 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 und so ein möglichst niedrighschwelliges Angebot bereitstellen.

Rollnick, Allison et al. (2002) schlagen darum vor, die jeweiligen Anwendungen nach folgenden Faktoren zu unterscheiden und genau zu beschreiben:

- Setting und Länge der Sitzung
- Das identifizierte Problem
- Ob der Klient von sich aus Hilfe aufsucht oder nicht
- Hintergrund der Berater und ihre jeweiligen Kompetenz.

Für die in dieser Arbeit interessierende Fragestellung lässt sich darum folgendes sagen:

Gesucht wird nach einer Form der jugendgerechten und lebensweltorientierten Beratung, die das bisherige defizitäre Spektrum der Versorgung für risikant Alkohol und Drogen konsumierende Jugendliche erweitert und damit eine Form der Unterstützung bietet, die ein Abgleiten 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 z.B. ein Gespräch in der Jugendgerichtshilfe oder im Gesundheitsamt nach Verweis der Polizei - oder ein regelmäßig stattfindendes Hilfeplangespräch mit dem Jugendlichen im Rahmen von Hilfen zur Erziehung. Bei sehr offenen und vielfältigen Anlässen ist der Hintergrund der Beraterinnen in der Regel einheitlich, es handelt sich bei den Kontaktpersonen in der Mehrheit um SozialarbeiterInnen oder Sozialpädagoginnen, die in der Regel sowohl über Erfahrung in Sozialer Beratung als auch über entsprechende Kompetenzen in klientenzentrierter Gesprächsführung oder ähnlichen Methoden verfügen.

3.5 Schlussfolgerungen zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention in Einrichtungen der Jugendhilfe: Konkretisierung der Fragestellung

Soziale Beratung innerhalb pädagogischer Arbeitsfelder wie der Jugendhilfe lässt sich zusammenfassen als Beratungskommunikation, die sich innerhalb eines offenen, wenig strukturierten Settings mit einem nicht-spezialisierten, generalistischen Fokus auf zeitlich begrenzte, alltagsbewusstseinsnahe Phänomene richtet. Sie interpretiert diese Phänomene immer auf dem Hintergrund einer die individuelle Problematik übergreifenden sozial typischen Problemlage und will 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.

Beratung als Unterstützung der Selbstreflexion

Ausgehend von der Entwicklung der Moderne setzt Beratung und Intervention im Rahmen Sozialer Arbeit 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 Jugendliche 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 suchtgefährdeter Jugendlicher explizit zu ihrem Aufgabenbereich. Ein normativer Verweis auf eine Hausordnung, die z.B. 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.

Der leitende Ansatz der Lebensweltorientierung 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 Verhaltensänderung²⁵ einen Rahmen, der sich auch für die Strukturierung und Evaluation von Beratungskommunikation im Rahmen Sozialer Arbeit eignet. Für die Anwendung mit riskant konsumierenden Jugendlichen ist das Modell in Verbindung mit Motivational Interviewing 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 zu erhöhen und den Prozess von Kontrolle in Richtung Hilfe zu verstärken (vgl. Geiling 2002:84).

²⁵ (Prochaska und DiClemente, siehe dazu Kapitel 2)

Für die Anwendung motivierender Kurzintervention mit der Zielgruppe risikant legale und illegale Drogen konsumierende Jugendliche liegen bislang nur wenige internationale Studien vor, diese weisen positive Ergebnisse auf: Verwiesen wird auf eine leichte Umsetzbarkeit des pragmatischen Interventionskonzeptes, eine hohe Akzeptanz des Beratungsangebots durch die TeilnehmerInnen und signifikante Ergebnisse hinsichtlich der Reduzierung von exzessivem Konsum und substanzbezogenen begleitenden Problemen.

Der bisherige Forschungsstand lässt darauf schließen, dass mit dem Konzept der motivierenden Kurzintervention ein niedrigschwelliges Beratungsangebot entwickelt werden kann, das die Motivation zur kritischen Auseinandersetzung mit riskanten Konsummustern steigert und gegebenenfalls zur Aufnahme einer weiterführenden Beratung oder Behandlung führt.

Die bisherigen Erfahrungen mit Motivierender Kurzintervention für Jugendliche beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Erprobung dieser Intervention innerhalb medizinischer oder psychologischer Settings. 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 und so ein möglichst niedrigschwelliges Angebot bereitstellen.

Synergieeffekte

Gleichwohl soll es in der Umsetzung der Strategie der Motivierenden Kurzintervention in der Jugendhilfe nicht darum gehen, das Konzept der Lebensweltorientierung auf die bessere Erreichung der Zielgruppe Jugendlicher und die Verhaltensänderung dieser Zielgruppe zu reduzieren. Notwendig ist vielmehr eine Verbindung verschiedener Ansätze hin zu einer verbesserten Beratungskommunikation, die neben der Beachtung der Lebenswelt der Jugendlichen auch auf ihre Motivation und einzelne Schritte der Verhaltensänderung eingeht. Umgekehrt hat die Synthese zwischen Lebensweltorientierung und Beratungskonzepten bereits stattgefunden, so hat z.B. die Drogenberatung mittlerweile die Lebensweltorientierung aufgegriffen, indem sie Fragen nach Ressourcen, Beziehungen, sozialen Netzwerken, Einkommens-,

Erwerbs- oder Ausbildungssituation in ihre Anamnese explizit mit einbezieht (Vogt 2003).

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 und 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 potentieller 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, den Ansatz der Lebensweltorientierung mit einer pragmatischen Strategie der Frühintervention zu verbinden, welche die Motivation der Jugendlichen thematisiert, 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, niedrigrschwelliger Settings besser auch nach außen zu kommunizieren.

Konkretisierung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit will darum der Frage nachgehen

- ...ob und wie sich Motivierende Kurzintervention im Alltag der Jugendhilfe umsetzen lässt.
- ...ob das Erlernen der Strategien Motivierender Kurzintervention dazu beiträgt, die Beratungskompetenz von MitarbeiterInnen der Jugendhilfe sinnvoll zu ergänzen.
- ...ob die Umsetzung motivierender Kurzintervention dazu beiträgt, risikant konsumierende Jugendliche in Form von Frühintervention zu erreichen.
- Gleichzeitig soll die Evaluation dieses Prozesses klären, ob und wie sich die Umsetzung dieser Strategie der Frühintervention innerhalb des offenen Settings der Sozialen Beratung evaluieren lässt, d.h.: Wie kann Soziale Gesundheitsarbeit im Alltag durchgeführt, beobachtet und dokumentiert werden?

4. Evaluation des MOVE-Projektes

Dies Kapitel schildert das methodische Vorgehen bei der Evaluation des MOVE-Projektes. Dazu wird zunächst Zielsetzung und Herangehensweise des Modellprojektes geschildert und anschließend grundsätzliche Fragen zur Evaluation von (Präventions-) Programmen diskutiert. Anschließend wird das Evaluationsdesign und seine Durchführung anhand der jeweiligen Befragungsinstrumente dargestellt.

4.1 Zielsetzung und Vorgehen des Modellprojektes MOVE

Das Projekt MOVE (= Motivierende Kurzberatung für konsumierende Jugendliche) hat sich zum Ziel gesetzt, ein Angebot zu entwickeln und zu implementieren, das die Zielgruppe der riskant legale und illegale Drogen konsumierenden Jugendlichen erreicht²⁶. Ausgehend davon, dass für diese Zielgruppe eine Versorgungslücke besteht, da sie weder durch den klassischen primären Präventionsbereich noch durch den Drogenhilfesektor wirksam angesprochen wird, wird hier der Versuch unternommen, eine niedrighschwellige Form der Beratung zu entwickeln.

Die Beratungsstrategie der Motivierenden Kurzintervention, 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.

MitarbeiterInnen der Jugendhilfe in Arbeitsbereichen wie der Offene Jugendarbeit, Maßnahmen der Erziehungshilfe, Jugendgerichtshilfe, Schulsozialarbeit oder ähnliche verfügen über intensive Alltagskontakte zu konsumierenden Jugendlichen. Um eine lebensweltnahe, konsumentenorientierte Beratungsform für Jugendliche zur Verfügung zu stellen, erscheint es darum sinnvoll, diese Berufsgruppe – im Folgenden zusammengefasst unter der Bezeichnung „Kontaktpersonen“ – in Motivierender Kurzberatung fortzubilden. Außerdem ist von einem Bedarf von Seiten der Kontaktpersonen zur Weiterqualifizierung in der Beratung konsumierender Jugendlicher auszugehen. Die vielfältigen Möglichkeiten, Motivierende Kurzberatung in den unter-

²⁶ Siehe Marzinik, Gass & Schmidt 2001

schiedlichen Settings zu etablieren, hat den Vorteil, dass damit im Sinne einer bevölkerungsweiten Public-Health-Strategie gezielt Betroffene erreicht werden, gleichzeitig durch die breit streubare Qualifizierung von Kontaktpersonen insgesamt eine sehr große Population erreicht werden kann.

Das Projekt will damit einen Beitrag zur Reduzierung riskanter Konsummuster unter Jugendlichen sowie zur Entwicklung neuer Strategien der Sekundärprävention leisten. Durch die enge Verzahnung von Suchtprävention und Jugendhilfe, die bereits in der Zusammensetzung der interdisziplinären Projektgruppe umgesetzt wird, soll außerdem ein Beitrag zur Verbesserung der Kooperation von Jugendhilfe und Suchtprävention im Rahmen Sozialer Gesundheitsarbeit geleistet werden.

Die Projektgruppe ist auf Initiative der NRW-Landeskoordinierungsstelle für Suchtprävention (GINKO e.V.) entstanden und ist in der Pilotphase vom nordrheinwestfälischen Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) gefördert worden. Die Durchführung der Implementationsphase wurde unterstützt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Die Projektgruppe setzt sich zusammen aus Fachkräften der Suchtprävention, einem in der Anwendung des Konzeptes von Miller und Rollnick erfahrenen Psychologen, Fachkräften der Jugendhilfe (aus den Handlungsfeldern Streetwork, Jugendamt und Erziehungshilfe), der Organisationsberatung und den Gesundheitswissenschaften.

Erste Aufgabe der Projektgruppe ist die Entwicklung eines Kurrikulums zur Fortbildung von Kontaktpersonen. Ausgehend von der Theorie und Methodik Motivierender Kurzintervention wird ein Manual entwickelt, das dieses Beratungsmodell in Anlehnung an die Lebenswelt von Jugendlichen sowie den Berufsalltag von Kontaktpersonen vermittelt. Dieses unter der Bezeichnung MOVE (=MOTivierendende KurzinterVENTion) zusammengefasste Produkt besteht aus 12 Bausteinen²⁷. Im Rahmen einer dreitägigen Fortbildung werden die Grundbegriffe²⁸ des Stadienmodells der Verhaltensänderung und die Prinzipien Motivierender Gesprächsführung vermittelt sowie das Gelernte mit praktischen Übungen vertieft. Gleichzeitig werden die Besonderheiten unterschiedlicher Arbeitsfelder differenziert bearbeitet sowie Möglichkeiten zur Implementierung des Programms in das kommunale Versorgungsnetz entwickelt. Ergänzend zu den Bausteinen der Motivierenden Kurzinterventi-

²⁷ Ein Baustein entspricht einer Einheit von 90 Minuten.

²⁸ Vgl. Kapitel 3.1 und 3.2

on bieten weitere Bausteine des Kurrikulums *Hintergrundwissen* zu Drogenkonsum von Jugendlichen und zu rechtlichen Grundlagen im Umgang mit riskant Konsumierenden an. Eine Übersicht über den Aufbau des dreitägigen Kurrikulums befindet sich im Anhang.

In der Pilotphase des Projektes wird das Kurrikulum modellhaft in fünf Städten Nordrhein-Westfalens erprobt (Pilotphase). Durchführende TrainerInnen sind Mitglieder der Projektgruppe. Teilnehmende Kontaktpersonen sind MitarbeiterInnen der Jugendhilfe vorwiegend aus den Bereichen Offene Jugendarbeit und Hilfen zur Erziehung. Es schliesst sich eine projektinterne Auswertungsphase an, bei der die Erfahrungen der TrainerInnen und die ersten Evaluationsergebnisse zusammengetragen und diskutiert werden. Anschließend wird das Kurrikulum überarbeitet und optimiert. Die Ergebnisse der Evaluation der Pilotphase finden hier ihre direkte Umsetzung.

In einem nächsten Schritt – der Implementationsphase – soll das Kurrikulum auf breiter Basis in kommunale Netzwerke integriert werden, dazu kann das in Nordrhein-Westfalen bestehende Netzwerk von Fachkräften der Suchtprävention genutzt werden. Pro Kommune bildet jeweils eine Fachkraft für Suchtprävention mit einer Fachkraft der Jugendhilfe ein „Multiplikatorentandem“, beide werden in der Anwendung und Weitergabe des Kurrikulums geschult. Dies Vorgehen garantiert auch hier wieder eine enge Verzahnung von Jugendhilfe und Suchtprävention, so dass beide Sichtweisen gleichermaßen vertreten sind und die Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene gestärkt wird. Die geschulten Multiplikatorentandems führen anschließend Fortbildungen für Kontaktpersonen der Jugendhilfe in ihrer jeweiligen Kommune durch.

Die Evaluation des MOVE-Projektes will das Projekt in allen Phasen wissenschaftlich begleiten, um Aussagen über seine Akzeptanz und Wirksamkeit bei den unterschiedlichen Zielgruppen zu treffen. Im Folgenden werden zunächst einige grundsätzliche Fragen zur Evaluation eines solchen komplexen Prozesses erörtert, anschließend werden das Forschungsdesign und seine Instrumente vorgestellt.

4.2 Evaluation im Spannungsfeld von Theorie und Praxis

Evaluation beinhaltet in Anlehnung an die Definition von Rossi, Freeman und Hofmann (1988:3)

„die systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung von Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und Nutzen sozialer Interventionsprogramme“.

Auf der Grundlage wissenschaftlich begründeter und erprobter Erhebungsinstrumente schafft Evaluation so die empirische Basis für die Bewertung von Maßnahmen, Kurrikula und Interventionsprogrammen. Primäres Erkenntnisinteresse ist es, dem jeweiligen Auftraggeber verständliche und nützliche Grundlagen zu liefern für eine klare Entscheidung für oder gegen die Etablierung der jeweiligen Maßnahme oder als Grundlage für deren Modifikation zu dienen (Barth 2000). Evaluationsforschung ist damit deutlich ziel- und praxisorientierter als wissenschaftliche Grundlagenforschung.

Die enge Verzahnung von Theorie und Praxis in der Evaluationsforschung bietet die Chance einer starken Anwendungsorientierung. Gleichzeitig liegt hier ein Risiko, denn jede Evaluation übt auf den zu evaluierenden Gegenstand auch einen gewissen Einfluss aus. Evaluation findet nicht unter laborähnlichen Bedingungen statt, sondern steht im Kontext einer konkreten Maßnahme und ihrer Akteure. Aus wissenschaftlicher Sicht erscheint die Durchführung standardisierter Verfahren wünschenswert. Soziale Praxis ist jedoch auf den Einzelfall ausgerichtet und orientiert ihre Entscheidungen immer wieder am Einzelfall. Aus Praktikersicht müssen Programme entsprechend in der Lage sein, sich flexibel an Einzelsituationen und unterschiedliche Rahmenbedingungen anzupassen, dies erschwert die Durchführung standardisierter Verfahren (Patry und Perrez 2000; Brezing 2000).

Evaluation findet statt im Spannungsfeld von Theorie und Praxis, sie beobachtet und beurteilt die Umsetzung der jeweiligen Maßnahme, behält dabei aber die Anforderungen wissenschaftlicher Standards im Blick. Um die Erfahrungen der Praxis in der Evaluation nutzbar zu machen, ist eine sorgfältige Dokumentation des Vorgehens bei der Umsetzung des jeweiligen Verfahrens notwendig (Brezing 2000).

In der Evaluationsforschung lassen sich vier Traditionen unterscheiden (vgl. Rost 2000), die sich unabhängig voneinander entwickelt haben. Kurrikulumsevaluation steht neben der Evaluation sozialer Programme. Therapiefor-

schung findet im klinisch-psychologischen oder medizinischen Bereich statt, die vierte Richtung betrifft die Evaluation von Maßnahmen und Innovationen im Kontext von Betrieben und Organisationen. Die einzelnen Bereiche unterscheiden sich in ihren jeweiligen Fragestellungen. Die Evaluation eines Kurrikulums etwa fragt nach Tragfähigkeit und konsistenter Umsetzung eines Kurrikulums, nach seiner Orientierung an Voraussetzung und Bedarf der Teilnehmenden sowie nach unvorhergesehenen Problemen bei der Umsetzung. Therapieforschung evaluiert empirisch nachweisbare Effekte psychotherapeutischer oder medizinischer Maßnahmen in der Regel in Fall-Kontrollstudien. Im Gegensatz zum klinischen Kontext, in dem die Zielgruppe schon aufgrund des Settings eindeutig erreicht wird, muss sich die Evaluation sozialer Programme besonders der Frage widmen, ob und wie die Endadressaten erreicht werden.

Die Evaluation von Programmen der Suchtprävention verbindet Merkmale verschiedener Evaluationstraditionen, dies ist auch in der vorliegenden Arbeit der Fall. Die Programmevaluation will dabei die Erreichung der vom Projekt angestrebten Ziele bewerten und lässt sich nach Rossi, Freeman und Hofmann (1988) in drei Phasen einteilen: Vor einer Maßnahme richtet sie sich auf die Programmkonzeption, während der Maßnahme hat sie die Durchführung im Blick und nach Abschluss einer Maßnahme bewertet sie deren Wirkung.

Dabei gilt bis heute die von Scriven (1967) entwickelte Differenzierung zwischen formativer und summativer Evaluation, die der Evaluation jeweils unterschiedliche Funktionen zuweist: Die formative Evaluation wird vor allem bei der Entwicklung und Implementierung neuer Maßnahmen eingesetzt und begleitet den Prozess von der Konzeptualisierung über die modellhafte Erprobung bis zur Implementation. Ihre Besonderheit liegt in der simultanen Durchführung und in der aktiven Involvierung in das Modellvorhaben, die in der Beratung der durchführenden Institutionen und in der Unterstützung des Trägers bei der Entscheidungsfindung zum Ausdruck kommt. Sie liefert Zwischenergebnisse mit dem Ziel, das laufende Programm zu modifizieren oder zu verbessern.

Die summative Evaluation nimmt eine globale und abschließende Bewertung vor. Sie beurteilt das Programm zusammenfassend im Hinblick auf das Ausmaß seiner Wirkung (Intensität), indem sie nachweist, dass registrierte Veränderungen, Effekte oder Wirkungen ohne den Einsatz der Maßnahme

ausbleiben. Außerdem gibt sie eine Stellungnahme zur Extensität eines Programms ab, indem sie den möglichen Transfer auf unterschiedliche Situationen und Rahmenbedingungen beurteilt (Bortz und Döring 1995).

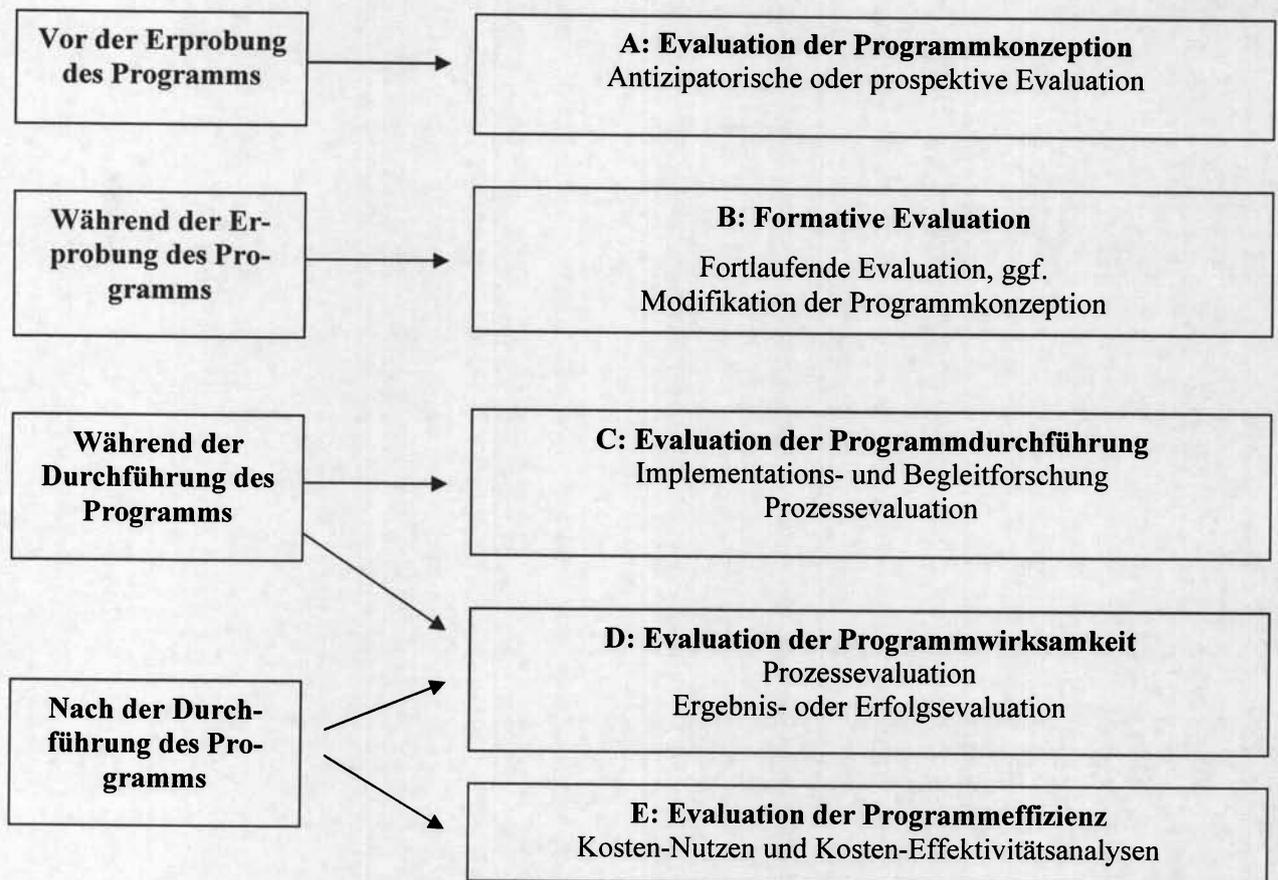
Formative und summative Evaluation werden in der Literatur durchaus kontrovers diskutiert und als gegensätzlich gegenüber gestellt. Demnach ist formative Evaluation eher explorativ angelegt und bedient sich eher qualitativer Methoden. Summative Evaluation dagegen beinhaltet vor allem Untersuchungen zur möglichst vollständigen Erfassung von Programmwirkungen unter Verwendung quantitativer Methodik. Da bei der wissenschaftlichen Begleitung eines Modellprojektes jedoch nicht nur die Optimierung eines Programms, sondern auch eine Einschätzung seiner Effektivität und Übertragbarkeit notwendig sind, erscheint es sinnvoll, diese Polarisierung zu überwinden. Es ist vielmehr ein Evaluationskonzept zu entwickeln, das formative und summative beziehungsweise prozess- und ergebnisorientierte Ansätze integriert und sowohl quantitative als auch qualitative Methoden anwendet (vgl. v. Knesebeck, Zamora und Rugulies 1999).

Für die Evaluation des MOVE-Projektes verwende ich darum das von Mittag und Hager (2000) entwickelte Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen, das die verschiedenen Phasen der Evaluation von Interventionsprogrammen einschließlich formativer und summativer Evaluation in ein Gesamtkonzept integriert. Die folgende Abbildung (Nr. 7) zeigt die einzelnen Schritte und ihre jeweiligen Aufgaben.

Die Konzeptevaluation enthält erste Annahmen über die Angemessenheit und Stimmigkeit der Programmziele und wird während des ganzen Prozesses immer wieder hinterfragt durch die Überprüfung des Bedarfs der Adressaten. Dies erhält im Fall des MOVE-Projektes besondere Bedeutung, da die Umsetzung Motivierender Kurzintervention hier eben nicht im Kontext therapeutischer Beratung stattfindet, sondern im Rahmen alltagsorientierter Sozialer Beratung. Eine sorgfältige Bewertung des Konzeptes bei der Übertragung in einen anderen Kontext vor und während der Durchführung des Programms hat darum besondere Relevanz und zählt zum unverzichtbaren Bestandteil von Qualitätsmanagement in Feldern Sozialer Arbeit (vgl. Heiner 2001:487).

Abb.7: Rahmenkonzept zur Evaluation von Interventionsprogrammen

(nach Mittag und Hager 2000:108)



Die Bewertung der Programmeffizienz schließlich lenkt den Blick über die Wirksamkeit der einzelnen Intervention hinaus auf die Rahmenbedingungen und die Ressourcen, die genutzt werden zu seiner Umsetzung. Die Programmwirksamkeit muss in der abschließenden Bewertung in Relation zu den erforderlichen und vorhandenen Ressourcen gesetzt werden. Die Evaluation bewertet damit nicht nur die Prozess- und Ergebnisqualität, sondern auch die Konzept- und Strukturqualität.

Für diesen komplexen Evaluationsansatz empfiehlt sich die Kombination qualitativer und quantitativer Methodik. Dies erscheint vor allem sinnvoll, da das Handeln der intervenierenden Akteure eines Projektes sowie ihre Arbeits- und Entscheidungsprozesse sich oftmals den Möglichkeiten der quantifizierenden Sozialforschung entzieht, obwohl es dringend einer genauen Erfassung und Beschreibung bedarf (vgl. Badura 1999). Den unterschiedlichen Zielgruppen (Jugendliche, Kontaktpersonen und Multiplikatoren/Trainer) und ihrer Interaktion untereinander ist mit Hilfe differenzierter Formen der Datenerfassung besondere Beachtung zu schenken.

4.3 Konzeption der MOVE-Evaluation

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?

Ihr Fokus liegt damit auf der Umsetzung einer Maßnahme, die sich bereits in zahlreichen Studien als wirksam erwiesen hat, in einem neuen Arbeitsfeld und die Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit in eben diesem Setting. Ich erhoffe mir daraus Erkenntnisse über die Umsetzbarkeit eines niedrigschwelligen Beratungsangebotes und Schlussfolgerungen für ein Konzept Sozialer Gesundheitsarbeit.

Die Beantwortung der Forschungsfrage steht vor der Herausforderung, einen komplexen Prozess, der mehrere Zielgruppen und ihre Interaktion betrifft, zu begleiten und zu bewerten. Entwickelt wurde darum ein Forschungsdesign, das der Entwicklung eines Konzeptes Sozialer Gesundheitsarbeit an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Suchtprävention Rechnung trägt. Es soll 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 TeilnehmerInnen der Fortbildung akzeptiert und können sie es in ihrem Alltag anwenden?
- Wenn ja, wie kann dieser Prozess der Umsetzung dokumentiert und bewertet werden?

Die Wirksamkeit Motivierender Kurzintervention, wie sie etwa in Fall-Kontroll-Studien nachzuweisen wäre, wird an dieser Stelle nicht explizit untersucht, dies ist bislang in einer Vielzahl von Studien geschehen (s. Kap.3). Da das Besondere des Projektes gerade in der Umsetzung im Arbeitsfeld Jugendhilfe liegt, richtet die Evaluation ihren Fokus auf die Ermittlung von Akzeptanz, Bedarfsgerechtigkeit und Umsetzbarkeit der Intervention, denn nur wenn diese gewährleistet sind, kann das Angebot auch nachhaltig Erfolg haben.

Die Evaluation in Form wissenschaftlicher Begleitung beginnt mit der Bewertung des Konzeptes²⁹, das heißt sie begleitet die Konzeptualisierungsphase, stellt während der Erarbeitung des Kurrikulums Informationen zum internationalen Forschungsstand zur Verfügung und ist an der Planung der weiteren Schritte als Mitglied der interdisziplinären Projektgruppe beteiligt. Während der modellhaften Erprobung in der Pilotphase begleitet, analysiert und bewertet sie als formativ ausgerichtete Evaluation den Prozess der Umsetzung des Kurrikulums, um so Entscheidungen über dessen Weiterentwicklung und Optimierung zu ermöglichen. In der Phase der Implementation oder der eigentlichen Programmdurchführung unter „Realbedingungen“ gibt die Evaluation neben der weiterhin formativen Begleitung auch eine erste Einschätzung über Wirksamkeit und Reichweite des Programms.

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 sicher zu stellen.

Die Evaluation bezieht sich damit einerseits auf das Kurrikulum, andererseits auf die Intervention (= die Motivierende Kurzintervention) unter folgender Fragestellung:

²⁹ Die Ergebnisse der Konzeptevaluation sind Grundlage der in Kapitel 1-3 ausführlich dargestellten Erörterungen.

A: Evaluation des Kurrikulums

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

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

Neben der Bewertung des Kurrikulums 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. Bei der Umsetzung der Intervention wird nicht eine standardisierbare Situation wie es z.B. ein Beratungstermin zu einem festen Zeitpunkt darstellen würde, untersucht, sondern die Kommunikation und Interaktion innerhalb der alltagsorientierten Sozialen Beratung, wie es zum Beispiel ein Gespräch „zwischen Tür und Angel“ darstellt. Folgende Fragestellungen sind hier leitend:

B: Evaluation der Intervention

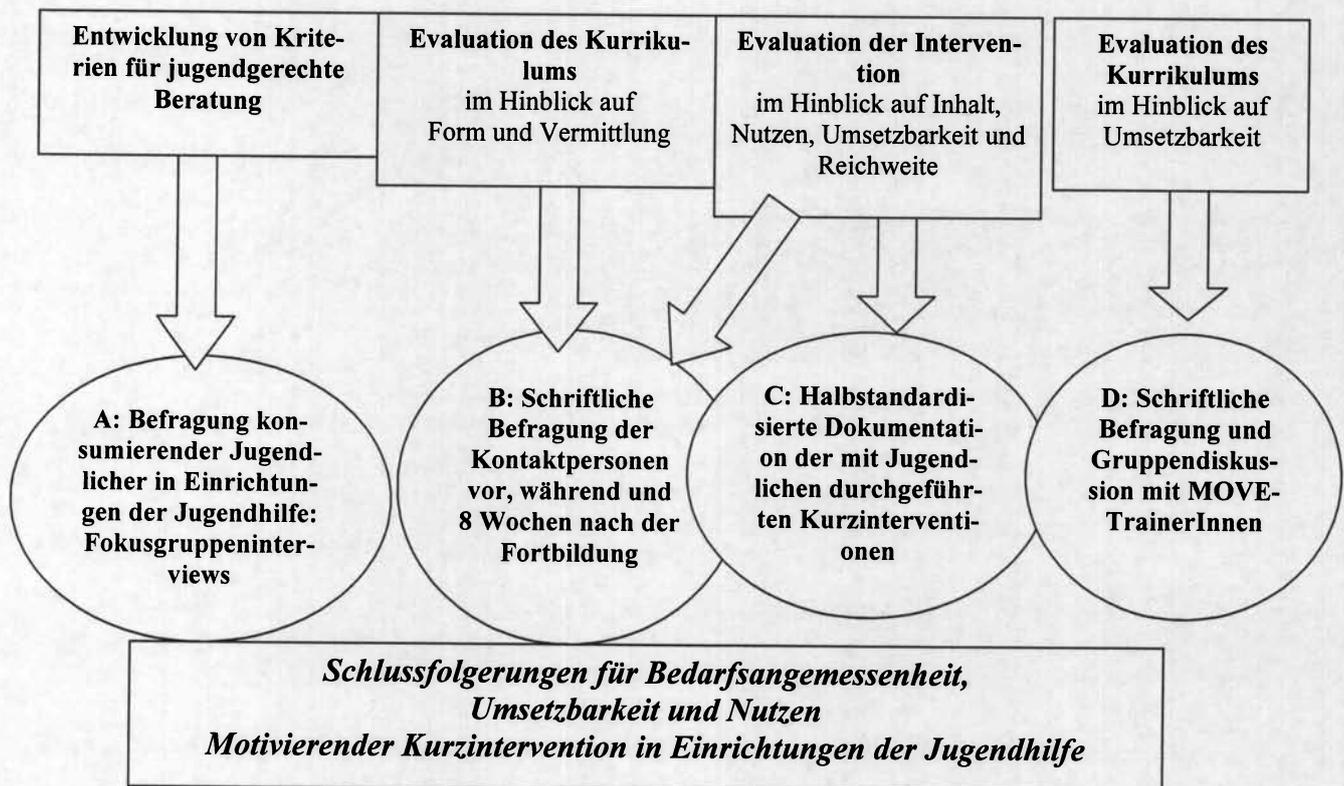
Einschätzung von Umsetzbarkeit, Nützlichkeit, Zielgruppenorientierung, Akzeptanz und Reichweite der Intervention:

- 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 Gesprächsangebotes?
- Welche Jugendlichen nehmen dies 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?

4.4 Befragungsinstrumente

Um den Prozess der modellhaften Erprobung und Implementierung intensiv zu begleiten, wird ein multimethodisches Design ausgewählt, das es ermöglicht, möglichst vielfältige Daten zur Beantwortung der oben aufgeworfenen Fragen zu sammeln. Quantitative Methoden wie halbstandardisierte schriftliche Teilnehmerbefragung werden mit qualitativen Methoden wie der Durchführung von Fokusgruppen mit Jugendlichen, kombiniert. Die folgende Abbildung zeigt die Abfolge der einzelnen Evaluationsschritte mit den jeweiligen Zielgruppen und Zielsetzungen:

Abbildung 8: Darstellung des Evaluationskonzeptes



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-Projektes sicherzustellen. Es soll überprüft werden, ob die von der Projekt-

gruppe ausgewählte Intervention der motivierenden Kurzberatung den Kriterien der Adressaten für eine angemessene Beratung entspricht. Zur Erreichung dieses Ziels werden Fokusgruppen³⁰ mit konsumierenden Jugendlichen durchgeführt.

Der Methode der Fokusgruppe bezeichnet laut Krueger (1994:6)

„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 des Forschers/der Forscherin definierten Thematik in einem offenen Rahmen, der der Interaktion der TeilnehmerInnen untereinander Raum lässt und damit Gewicht sowohl für den Ablauf des Gespräches 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 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, da sie den Vorteil bieten, bisher unerkannte Dimensionen eines Problems aufzudecken sowie Kontext und Tiefe eines Themas aus Sicht der Jugendlichen und in deren eigener Sprache auszuloten (Malone, Yerger & Pearson 2001; Rich & Ginsburg 1999; Patterson & Lanier 1999; Balch 1998).

So führten zum Beispiel Stanton, Aronson, Borgatti, Gailbraith und Feigelmann (1993) Befragungen von Jugendlichen zur Planung von Aidspräventionsprogrammen durch unter besonderer Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen und altersbedingten Unterschieden in riskantem Sexualverhal-

³⁰ 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“ (z.B. Lamnek 1998) verwandt, da ich mich aber in Durchführung und Auswertung auf die im Public-Health-Kontext durchgeführte Form der focus groups beziehe, verwende ich den Begriff „Fokusgruppe“.

ten. Waiters, Treno und Grube befragten Jugendliche zu ihrer Bewertung von Alkoholwerbung, um herauszufinden, inwiefern sich lebensstil- und imageorientierte Werbeelemente auf deren Beurteilung auswirken. In einer Studie von Rivers et al. (1995) wurden Jugendliche zu ihrem Fahrverhalten nach Alkoholgenuss befragt sowie nach der Gestaltung von Programmen, die ein verantwortungsvolles Verhalten unter Jugendlichen fördern können.

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 Sinne gestaltet werden müssen. 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, Sarvela, Shannon und Gast 1995).

Die Ermittlung von Daten im Gruppenkontext verspricht jedoch gerade durch die interaktive Beeinflussung der TeilnehmerInnen 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, sich gegenseitig zu kommentieren und aufeinander zu reagieren (Patterson und Lanier 1999). 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 Beratungskonzeptes 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 Gespräches 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 TeilnehmerInnen mögliche alternative Beratungsstrategien (Motivational Interviewing, Verhaltenstherapie, schriftliches Material) zur Bewertung vorgestellt.

Der Aufbau des Gespräches und auch seine Durchführung mit Hilfe einer respektvollen und offenen Interviewhaltung entspricht den Prinzipien motivierender Gesprächsführung. Das Gespräch thematisiert darum neben den Meinungen zur Gestaltung von Entwöhnungsprogrammen 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 Themenkreise³¹:

- 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

³¹ Der ausführliche Leitfaden befindet sich im Anhang.

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

Die Befragung von TeilnehmerInnen in Form von Evaluationsbögen 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 des Trainers, gruppenspezifische Prozesse, Tagesform oder persönlicher Motivation begründet sein. Generell lässt sich außerdem feststellen, dass die Ergebnisse von Teilnehmerbefragungen in der Regel ein „linksschiefes“ Bild ergeben, d.h. eine hohe Zufriedenheit überwiegt. Dies lässt sich mit verschiedenen psychologischen Theorien, z.B. der Rechtfertigung des Aufwands erklären. Demnach wird alles, worin viel eigene Zeit und persönlicher Aufwand gesteckt wird, eher positiv bewertet (Borg-Laufs und Vogel 2000).

Teilnehmerbefragungen können und sollen nicht die diskursive Weiterentwicklung des Angebotes 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 Teilnehmerbefragungen ein wichtiger Teil qualitätssichernder Maßnahmen, vor allem, wenn ihre Ergebnisse den jeweiligen TrainerInnen oder Programmentwicklern in kurzer Zeit rückgemeldet werden können. Dies 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 der Fortbildung ist in Anlehnung an Borg-Laufs & Vogel 2000; Rollnick et al. 1997; Friedrichs 1990 formuliert und dreistufig angelegt. Zu drei Zeitpunkten – zu Beginn der Fortbildung, 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 werden³².

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 TeilnehmerInnen 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 Kurrikulums zu bewerten. In einem zweiten Frageblock sollen die TeilnehmerInnen die Intervention selbst, also die Methode der Motivierenden Kurzintervention, beurteilen. Dabei geben die TeilnehmerInnen 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 einer bislang vorwiegend in klinischen Settings angewandten Interventionsform in die Praxis der Jugendhilfe zu bewerten, 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 zu-

³² Dieser erste Fragebogen wurde erst für die Implementationsphase entwickelt, s.

sammenfassen 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.

Dies Instrument ist besonders wichtig angesichts der oben beschriebenen eingeschränkten Relevanz von Teilnehmerbefragungen. Ergänzend zu den in Instrument B gewonnenen Einsichten über die Akzeptanz des Trainings kann die Auswertung der Dokumentationsbögen Aussagen zur Umsetzbarkeit des Gelernten in das jeweilige Handlungsfeld treffen.

D: Schriftliche Befragung und Gruppendiskussion mit den MOVE-Trainerteams

Die MOVE-TeamerInnen, 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 im Rahmen eines dreitägigen Trainings auf die Durchführung des Kurrikulums vorbereitet. Die zukünftigen TrainerInnen erproben zunächst an zwei Tagen die einzelnen Bausteine des Manuals als TeilnehmerInnen. Am dritten Tag werden diese Erfahrungen reflektiert und die eigene zukünftige Umsetzung des Manuals erörtert.

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

4.5 Durchführung und Auswertung der Befragungen

Fokusgruppen mit Jugendlichen

Die Kontaktaufnahme mit den Jugendlichen geschieht über die TeilnehmerInnen 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 TeilnehmerInnen 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, die vorher nicht über die Einladung informiert waren, dazu. Aufgrund dieser Situation ergeben sich 7 geschlechtshomogene Gruppen (3 Mädchen- und 4 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 mit Hilfe des Leitfadens auf das Forschungsinteresse. Zur Erfüllung dieser Aufgabe werden die Fokusgruppen mit Jugendlichen zu zweit durchgeführt, wobei ich die Rolle der Moderatorin des Gesprächs übernehme und die zweite Person, eine Präventionsfachkraft, die mit dem Projekt vertraut ist, die Rolle der Beobachterin/des Beobachters 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 ebendies postuliert.

Zu Beginn der Gruppendiskussion werden die Jugendlichen über das Vorgehen und den Forschungszweck informiert und um Erlaubnis gebeten, das Gespräch mit 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 wir darauf hinweisen, dass wir ausdrücklich die freiwillige Teilnahme wünschen, verlässt die Hälfte der Teilnehmerinnen den Raum.

Um die Anonymität zu wahren, sollen die TeilnehmerInnen der Fokusgruppe sich zu Beginn mit einem Fantasienamen, ihrem Alter und ihrem Traumberuf vorstellen. Dies unterstreicht außerdem den spielerischen Charakter des Gesprächs und wird von uns 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 – z.B. wie gehen Hauptschüler mit Cannabis um? – zu vermeiden. Einige Gruppen haben zunächst das Bedürfnis, das Moderatorenteam „abzuchecken“, bevor sie ihre Bereitschaft zur Mitarbeit erklären. Fragen, die an uns 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 (1998:176) 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 Fragebögen und einen Dokumentationsbogen³³. Fragebogen eins 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 zurück zu senden. 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 Trainerteams

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

³³ s. Anhang

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

- Ob die Fortbildung unabhängig von divergierenden Rahmenbedingungen die Beratungskompetenz von Kontaktpersonen im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen steigert.
- Ob die Anwendung Motivierender Kurzintervention in Einrichtungen der Jugendhilfe aus Sicht der Kontaktpersonen sinnvoll ist und sich in den Berufsalltag integrieren lässt.
- Ob 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.
- Ob es gleichzeitig gelingt, im Rahmen eines Konzeptes Sozialer Gesundheitsarbeit die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Suchtprävention nachhaltig zu verbessern.

Die folgende Abbildung (Abb.10, Seite 116) gibt einen abschließenden Überblick über das Evaluationskonzept und die einzelnen Items.

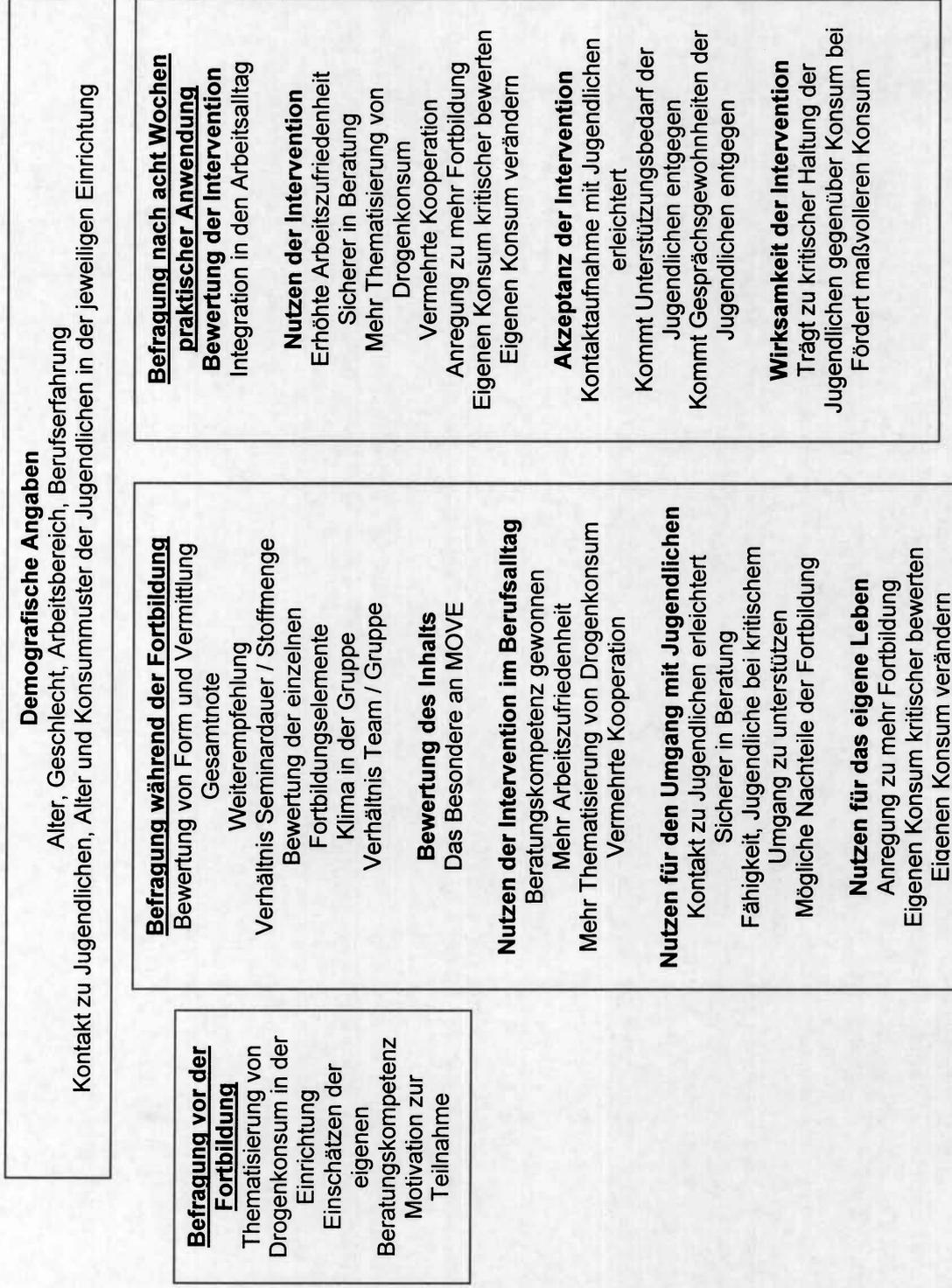


Abb. 10: Überblick über die Befragung der Kontaktpersonen zur Bewertung von Fortbildung und Intervention

5. Kriterien jugendgerechter Beratung: Ergebnisse der Fokusgruppen mit Jugendlichen

5.1. Beschreibung des Samples

Im Rahmen von Fokusgruppen sind insgesamt 42 Jugendliche in neun verschiedenen Einrichtungen der Jugendhilfe befragt worden. Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die vertretenen Institutionen und die Zusammensetzung der einzelnen Gruppen sowie über Alter und Traumberufe der Jugendlichen:

Abb.5: Überblick über den Sample der Fokusgruppen

Nr.	Institution	Jugendliche: Fantasiename, Alter, Traumberuf
1	Jugendzentrum	Jimmy, 19, Boxer Osman, 23, arbeitslos, kein Plan Toni, 22 Ötzi, 20, DJ Joe, 22
2	Jugendzentrum	Leyla, 13, Friseurin Gina, 17, Arzthelferin
3	Jugendzentrum	Hakan, 17, Informatiker Abdulkadir, 17, Chemikant Shaban, 17, Bankkaufmann Ibo, 16, Einzelhandelskaufmann Kürschan, 16, IT-Techniker
4	Heim	Alexandra, 17, zahnmedizinische Fachangestellte Susanne, 15, Marianne, 17, technische Zeichnerin Tatjana, 16, Friseurin
5	Stadtteilarbeit	Urs, 17, Fliesenleger Abdul, 18, Gas- / Wasserinstallateur Golo, 16. Zimmermann Kai, 24, Maurer Sunny Fresh, 19, Sozialarbeiter Bernd, 18, Jacqueline, 21, Energieelektronikerin

6	Berufsbildungszentrum	Bogi, 17, Dealer Maik, 19, Elektriker Hannes, 17, Fahrradfahrer Anja, 19, Fotografin Alex, 17
7	Internat	André, 16, Zahnarzt Bernd, 17, Chirurg Tobi, 18, Dealer Marc, 17 Meik, 15
8	Internat	Florian, 16, Individualpsychologe Markus, 16, Kindergärtner
9	Berufsbildungszentrum	Swetlana, 20, Einzelhandelskauffrau Pia, 20, Kinderkrankenschwester Eileen, 17, irgendwas mit Musik Maya, 20, Altenpflegerin Carolin, 18 Susi, 24, Kinderpflegerin oder Erzieherin Mara, 22, Arzthelferin

Die Gesamtgruppe

Die Gesamtgruppe setzt sich aus 15 Mädchen und 27 Jungen zusammen. Über die Hälfte der Jugendlichen ist zwischen 16 und 18 Jahren alt (N=24), ein weiteres Drittel (N=15) ist zwischen 19 und 24 Jahre alt, lediglich 3 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 eins besteht vor allem aus arbeitslosen jungen Erwachsenen, in Gruppe fünf üben einige bereits einen Beruf aus oder befinden sich in der Lehre. Alle anderen Jugendlichen sind SchülerInnen, wobei die Gruppen sechs bis neun noch einmal in einer besonderen Situation sind. Die Ju-

gendlichen der Gruppen sieben und acht 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 sechs und neun in einer Einrichtung des Berufsbildungswerkes den Hauptschulabschluss nachholen und die Möglichkeit haben, im Anschluss oder begleitend eine Lehre aufzunehmen.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass ca. die Hälfte der interviewten Jugendlichen keine „normale“ schulische oder berufliche Laufbahn absolviert und in der Regel mit besonderen sozialen Schwierigkeiten zu tun hat. Gruppe eins und drei 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.

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 geschlechts-homogen sind, haben sich die lebendigsten Diskussionen ergeben, in denen auch divergierende Meinungen zur Sprache kommen. 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, bevor die Ergebnisse entlang des Gesprächsleitfadens dargestellt werden.

Gruppe 1: „Man wünscht sich einen Rat, aber man sagt das nicht“ (1/171)³⁴.

Gruppe eins 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, meine Frage nach Vorstellungen von optimaler Beratung bleibt in dieser Gruppe unbeantwortet.

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

Gruppe zwei 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 nicht. Sie deuten das selbst dahingehend, dass der Konsum der Jungen ja wesentlich provokanter und riskanter, darum auch auffälliger sei. Ihre Beziehung zu den SozialpädagogInnen beschreiben sie als gut und 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 drei findet in einem anderen Jugendzentrum statt. Im Kontrast zu Gruppe eins wirkt diese Gruppe ausgesprochen diszipliniert. Die Antworten auf meine Fragen werden von den Jugendlichen reihum beantwortet bis ich sie darauf hinweise, dass sie auch durcheinander reden und sich gegenseitig

³⁴ Die Zahlen in Klammern kennzeichnen jeweils die Nummerierung der jeweiligen Fokusgruppe und die Zeilennummer des Zitats in den Transkripten.

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 regelmäßigen 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 vier 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 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 gewährleisten können.

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

Die fünfte Gruppe findet in einem Container inmitten eines sozialen Brennpunktes statt. 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 – 3 Monate ohne,
aber das erste Wochenende ist verdammt schwer“ (6/24)³⁵.

Ähnlich kontrovers wie in Gruppe eins 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 sieben und acht finden nur bedingt freiwillig statt. Im Laufe des Gesprächs erfahren wir, dass die Jugendlichen zur Teilnahme gezwungen wurden, einige verlassen den Raum, als ich um Erlaubnis zur Aufzeichnung frage und Freiwilligkeit betone. 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.

Gruppe 8: „Beratung sollte nicht so sein: Ich bin gut – du bist böse“ (7/66).

Die zwei Jugendlichen in Gruppe acht thematisieren mit uns 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.

³⁵ Beim Gespräch mit Gruppe sechs konnte aufgrund eines technischen Defektes des Aufnahmegerätes kein Transkript geschrieben werden, aus den Notizen der Beobachterin und der anschließenden Auswertung wurde jedoch ein Protokoll angefertigt.

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

Das Gespräch in Gruppe neun 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 lediglich 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 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.

5.2 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 vier und fünf 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 neun wesentlich ausführlicher und kontroverser diskutiert, hier besteht von Seiten der Jugendlichen anscheinend ein größerer Diskussionsbedarf.

Umgang mit Alkohol

Alle Befragten sind sich einig, dass eine gemäßigte Form von Alkoholkonsum, die sich auf Feiern und besondere Anlässe beschränkt, sinnvoll und richtig ist. Gruppe Drei 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 drei heißt „geringe Mengen“ lediglich *„soviel, 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 drei als auch die Mädchen aus Gruppe vier 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 Parties so ein zwei, weiß ich nicht, Barcardi 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 neun 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 neun ist nach negativen Erfahrungen mit Trunkenheit auf Distanz zu ihrer bisherigen Clique, die jedes Wochenende verschiedene auch harte Alkoholika konsumiert, gegangen:

- *„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 eins, sechs und sieben) regelmäßigen, täglich mehrfachen Konsum praktizieren, bezeichnen sich acht Mädchen und vier Jungen (Gruppe zwei, vier, fünf und acht) als gelegentliche Konsumenten. Acht Jungen und ein Mädchen (Gruppe drei, fünf und neun) 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.

5.3 Konsummotive

Als Motive, Cannabisprodukte zu konsumieren, geben die Jugendlichen das Bedürfnis nach Vermeidung von Stress, Problemen und Langeweile an (z.B. 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 z.B. jetzt mal totalen Stress, man raucht sich was, ne Tüte z.B., 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 nich 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, die negative Gefühle und Konflikte ausblendet, beschrieben. Markus

führt an anderer Stelle aus, dass der Konsum bei ihm eine Dämpfung von Aggression bewirkt.

- *„Naja, 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 die Risiken für ihre Gesundheit und die Gefahr, abhängig zu werden, ein?

Einschätzung des eigenen gesundheitlichen Risikos

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

- *„Mein Arzt meint auch, ich solle 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 sehs 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 sieben 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 kannst du 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, wie auch folgendes Zitat zeigt:

- Markus: *„Ich vergleiche Biodrogen gern mit Gummibärchen. Is' wirklich so, Gummibärchen, davon kannst du 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 Cannabis nutzt, um sich zu entspannen oder Konflikten und Aggressionen aus dem Weg zu gehen, vertritt die Gruppe der ehemaligen Konsumenten eine Gegenposition und grenzt sich deutlich von Cannabis-konsumenten 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).

Interessant ist hier, dass die Gruppe das Verhalten der „Kiffer“ als „langweilig“ bezeichnet, während Langeweile andererseits den Konsumenten als wichtiges Motiv für ihren Konsum gilt. Zwei Jugendliche aus Gruppe fünf 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, während die Anderen sich deutlich von Konsumenten 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 (z.B.2/47; 2/61;4/97; 4/132;).

5.4 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 Cannabiskonsumenten 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 zwei 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 sind von Cannabisprodukten, 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 Golo aus Gruppe fünf dies 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 Sa-*

chen, 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. Wenns ihm schlecht geht, dann hör ich auf“ (7/393).*

Auch wenn die befragten Konsumenten 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 eins. 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 eins in einem offenen Konflikt ausgetragen. So wird Jims Äußerung, sie seien alle *„seelisch süchtig“* von Joe vehement abgewehrt mit Äußerungen wie z.B.

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

An einer weiteren Stelle nennt Ötzi als mögliche 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 eins und die Jungen der Gruppe drei 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 Zeitlang gemacht, danach hab ich gedacht, was bringt mir das? Erstens ist es illegal, ich bin schlechter in der Schule, wenn ich schon sitzengeblieben 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 direkten Zusammenhang mit dem eigenen Konsumverhalten gebracht.

- Shaban: *„Es is ja so, wenn man kifft, 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 nich hingeht, 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, irgendwas 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 seiner finanziellen Mittel ein (5/110). Toni berichtet, dass er seinen Cannabiskonsum von heute auf morgen, ohne fremde Hilfe und ohne Entzugserscheinungen aufgegeben hat. Als Begründung dafür, dass dies so einfach ging, führt er an, sein Konsum sei auch vorher nur gelegentlich gewesen (1/137). Diese Auffassung bestätigt Kürschan aus Gruppe drei (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, die sie ohne professionelle Hilfe durchgeführt haben, gemacht haben. Welche Formen der Unterstützung ist ihnen dabei wichtig?

Rat und Unterstützung bei Veränderung

Auf die Frage nach erlebter Unterstützung wird von den Jugendlichen der Gruppe drei betont, welche wichtige Rolle die Bestärkung der eigenen Entscheidung durch Freunde spielt. So schildert Anja aus Gruppe sechs, 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 drei 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 zu der Gruppe der Konsumenten gewonnen hat und gleichzeitig Unterstützung durch die Nichtkonsumenten 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, die nicht mehr ihren Vorstellungen entsprechen, abzubrechen (3/320). Gruppe drei setzt außerdem die Unterstützung durch Freunde in deutlichen Kontrast zu dem 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 6 Stunden am Tag.(...)Wenn ich das nem Erwachsenen sagen würde, die würden sagen, hör auf, das is nich gut und so, aber mehr würd da nich kommen“ (3/373).*

Während die Jungen der Gruppe drei die Unterstützung durch Freunde favorisieren, da sie mit ihnen ihren Alltag teilen, wird dies von den Mädchen der Gruppe vier 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 Zeitlang, wo ich das jeden Tag gemacht habe, aber jetzt nicht mehr. Das war, bevor ich hier gewohnt hab. (...)Weil ich hier hin 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 entscheidend, die Rolle der Freunde wird aber von den befragten Jugendlichen unterschiedlich eingeschätzt. Während Freunde für die einen – vor allem die Jungen – die wichtigsten Ratgeber sind, wird dies von einigen Mädchen kritischer eingeschätzt. Einig sind sich alle, 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.

5.5 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 denkt 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 drei schildert ein positives Erlebnis mit den Eltern. Diese haben sehr klare Regeln:

- *„Bei mir zu Hause ist das so, meine Eltern wolln nicht, dass ich rauche, dass ich schlechte Wege gehe“ (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 gekiffst hab, und da hab ich ihnen ehrlich gesagt, ja ich hab gekiffst, also mein Vater war stolz darauf, nicht dass ich gekiffst, 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 eins bis drei 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: Jaja, 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 der Jungen, werden sie nicht von den SozialarbeiterInnen angesprochen.

Konsum scheint erst dann ein Thema zu werden, wenn er stört, eine Ansprache des Themas mit allen Besuchern findet nicht statt. Die Jungen der Gruppe drei 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 drei eine grundsätzliche Distanz zu den SozialpädagogInnen aus, die von Gruppe eins und fünf 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 fünf 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 Sozialpäd.) noch da war, war das besser, da war hier mehr los“ (5/303).*

Die Distanz zu den Mitarbeiterinnen wird hier mit fehlenden gleichgeschlechtlichen Gesprächspartnern 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).*

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 nich, 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 drei eine Informationsveranstaltung:

- Hakan: *„Also, hier kamen öfters so Leute von der Polizei oder so und ham geredet, wies mit Drogen hier aussieht und über die Wirkung und so, was gefährlich daran is, alles erzählt und so, aber mehr kam da nich dazu“.*

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 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 abstinenzorientiert 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 Erzieher führen regelmäßige „Verhöre“ durch, in denen ein Jugendlicher bis zu acht Erziehern gegenüber sitzt und aufgefordert wird, über das Konsumverhalten der Mitschüler 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 meis-*

tens 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 wahnsinnig“ (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 Ahnung. 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, z.B. 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 lediglich 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 Schülern 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 PädagogInnen. Als positive Beispiele werden Erwachsene benannt, mit denen bei klarer Grenzziehung und in lockerer Atmosphäre sachliche und offene Gespräche möglich sind.

5.6 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, poah, da sind die bösen Kinder, die gekiffht 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 beziehungsweise, der mich versteht“ (8/442).*

Florian schildert das Verhältnis zu seiner 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 hörn sich Probleme an und erzählen die nich weiter“ (9/198).*

Vertrauliche und sachliche Atmosphäre

Während die bisherigen Äußerungen vor allem Beziehungen zu Freunden und Verwandten als positive Beispiele nennen, schildern die Mädchen der Gruppe vier 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 z.B. 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, z.B. wie sich das in meinem Leben auswirkt, ja z.B. 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 die Rolle von 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 sieben 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 vorbei kommen“* (5/605).
- Markus: *„Ich fand das jetzt verdammt in Ordnung, so Vertrauensbasis weiß ich nicht, aber ziemlich locker und eben nicht 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.

5.7 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-Konzeptes in Einrichtung 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 handele, 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 suchtfähig definieren, solange keine schwerwiegenden Folgeprobleme aufgetreten sind (Farke & 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 2001:114).

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 Beratungsin-

halte. 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 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 risikanten Verhaltens steigert. Hauptakteure 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 sozio-kultureller 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 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 eins, für die der Wunsch nach Autonomie und Distanz gegenüber Erwachsenen ein zentrales Thema darstellt. 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 angewiesen sind auf den Schutz einer restriktiven Gruppe, die den Ausdruck vielfältiger und gegensätzlicher Meinungen unterdrückt. Die ehemaligen Cannabiskonsumenten (Gruppe zwei und ein Mädchen aus Gruppe vier) 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.

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 der Konsumverhaltens thematisiert werden. Wie wichtig dies ist, zeigen die Studien zur Motivierenden Kurzintervention und dem Stadienmodell: die Thematisierung von Ambivalenz ist ein wichtiger Schritt zur Steigerung der Motivation zur Verhaltensänderung (vgl. Kapitel 3).

Die durchgeführten Fokusgruppen zeigen, dass dies nicht nur in Einzelgesprächen, sondern auch im Gruppengespräch möglich ist. Entsprechend der Prinzipien Motivierender Gesprächsführung übernimmt die Moderatorin des

Gesprächs eine neutrale Position ein und ermutigt zur Beachtung vielfältiger Pro- und Contraargumente. Dies kann zu einer offenen Diskussion führen, in der die einzelnen Gruppenmitglieder selbst jeweils pro und contra ansprechen, neue Erkenntnisse generieren und auch Raum für sich widersprechende Gefühle und Motivationsmuster gegeben wird.

Der in den Fokusgruppen moderierte Gesprächsprozess 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 wir als Befragungsteam von außen in bestehende Gruppenkonstellationen gekommen sind, 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 sozio-kulturellen 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 in von in ferner Zukunft möglicherweise eintretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Entsprechen 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 setzen. Eine Beratung, die an dieser Stelle nur das individuelle Konsumverhalten thematisiert ohne darauf einzugehen, auf welchem Hintergrund dies geschieht und welche Chancen oder Ressourcen die-

sen Jugendlichen bislang verschlossen sind, 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 konflikthaften 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 in dem Konzept der Lebensweltorientierung geforderten Balance zwischen Respekt und Provokation (vgl. Kapitel 2.3) 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 mit diesem Phänomen. Während der Konsum der Mädchen stillschweigend toleriert oder ignoriert wird, reagieren PädagogInnen 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 geschlechtsspezifisches Verhaltensweisen und den möglichen Umgang damit stärken.

Auswirkungen des in der Institution vertretenen Konzeptes

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 zu überfordern.

Die in den Fokusgruppen mit Jugendlichen generierten Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer jugendgerechten, niedrigschwelligen Beratung im Rahmen Sozialer Gesundheitsarbeit, denn:

1. Jugendliche 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 von dem Verhalten und den Normen der Gleichaltrigengruppe sowie von der durch soziostrukturelle Vorgaben geprägten Lebenssituation. Beides muss bei einer umfassenden Beratung beachtet werden.

6. Bewertung von Manual und Intervention MOVE

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. Anschließend wird die Motivierende Kurzintervention und ihre Umsetzung in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe dargestellt.

6.1 Beschreibung der Stichprobe

In Pilot- und Implementationsphase sind 14 MOVE-Seminare mit insgesamt 152 TeilnehmerInnen evaluiert worden. Die Gesamtgruppe von 152 Befragten teilt sich auf in TeilnehmerInnen der Pilotphase (N=52) und der Implementationsphase (N=100). Beide Phasen unterscheiden sich durch die Verteilung der vertretenen Arbeitsbereiche. Während die TrainerInnen der Pilotphase ihre Aquse auf die Bereiche außerschulische Jugendarbeit und Erziehungshilfe konzentriert haben, kommt in der Implementationsphase noch die Gruppe der SchulsozialarbeiterInnen dazu. In beiden Phasen sind außerdem noch einzelne Fachkräfte aus weiteren Arbeitsbereichen der Jugendhilfe unter Sonstige zusammengefasst. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Arbeitsbereiche in den beiden Erhebungsphasen.

Abbildung 11 : Verteilung der Arbeitsbereiche (Pilotphase)

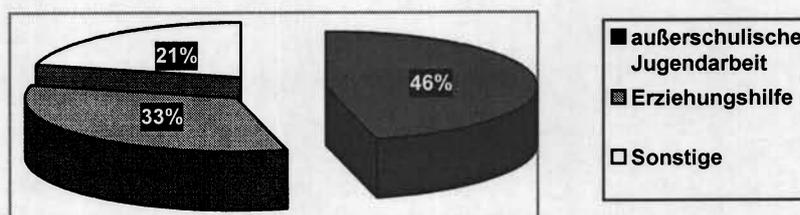
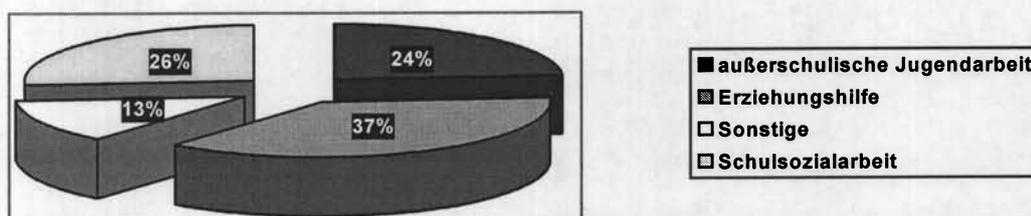


Abbildung 12 : Verteilung der Arbeitsbereiche (Implementationsphase)



Die außerschulische Jugendarbeit mit Arbeitsbereichen wie Häusern der offenen Tür und Streetwork ist in der Pilotphase als größter Arbeitsbereich mit 46% (B: 24%)³⁶ 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 Jugendberufshilfe³⁷. 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 Tierheim³⁸ 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.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der Gruppe in beiden Phasen (alle Angaben in Prozent).

³⁶ Die Angaben in Klammern beziehen sich jeweils auf A = Pilotphase und B = Implementationsphase.

³⁷ Die Berufsgruppe der LehrerInnen war zu diesem Zeitpunkt noch keine Zielgruppe der Fortbildung. Mittlerweile ist die MOVE-Fortbildung in überarbeiteter Form auch für LehrerInnen ausgerichtet.

³⁸ 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 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.

Abb.13: Zusammensetzung der Stichprobe

		Pilotphase (N=52)	Implementations- phase (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	31,3	29,0
	über 10	18,8	33,0
Kontakt mit konsumierenden Jugendlichen (in Std./Woche)	Aktuell kein Kontakt	6,0	0
	1-10	30,0	49,5
	11-20	28,0	27,8
	21-30	24,0	22,7
	31-38	12,0	

Geschlecht, Alter und Berufserfahrung

Die Gesamtgruppe setzt sich aus zwei Dritteln Frauen und einem Drittel Männer zusammen. Der überwiegende Teil der TeilnehmerInnen kommt aus der Altersgruppe der 26-35jährigen, 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 1-5 Jahre Berufserfahrung verfügt, den größten Anteil dar, gefolgt von der Gruppe mit 6-10jähriger 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.

Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen

Die Hälfte der TeilnehmerInnen hat in einer normalen Arbeitswoche bis zu zehn Stunden Kontakt zu konsumierenden Jugendlichen, zwei weitere Viertel jeweils 11-20 Stunden oder mehr als 20 Stunden Kontakt.

Rund 40% der TeilnehmerInnen haben Kontakt zu Jugendlichen im Alter von 12 bis 20 Jahren, bei einem weiteren Drittel ist die Altersspanne der Jugendlichen noch weiter, diese TeilnehmerInnen haben mit Jugendlichen von 12 bis über 20 Jahren zu tun. Jeweils 10% arbeiten ausschließlich mit 12 - 16jährigen, mit 16 - 20jährigen oder mit 16 - über 20jährigen. 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. risikolos³⁹ 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 konsumiert⁴⁰. 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 an Kon-

³⁹ 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 hätten halten können bei ihrer Bewertung.

⁴⁰ vgl. Kapitel 1

zepten zur Sekundärprävention, da riskante Konsummuster offenbar in ausgewählten Einrichtungen eben nicht nur Einzelne, sondern die Mehrheit der Jugendlichen betreffen.

6.2 Bewertung der Fortbildung durch die TeilnehmerInnen

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 TeilnehmerInnen selbst gesetzten Prioritäten und kann anhand von Zitaten die Meinung der TeilnehmerInnen verdeutlichen. Da einige TeilnehmerInnen nicht nur einen Aspekt, sondern mehrere 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 eins und zwei zusammengefassten Aussagen umfassen jeweils ein Drittel aller Aussagen. Diese beiden Kategorien lassen sich nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen, sind also nicht absolut trennscharf, sondern bezeichnen eher einer unterschiedliche Tendenz. So fasst Kategorie eins 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 geben an, dass sie auf der Fortbildung ihre eigene Haltung zum Thema Drogenkonsum unter Jugendlichen hinterfragen und weiterentwickeln möchten, dass sie *„professionell in diesem Prozess eingreifen“* und *„wirkungsvoller auf problematische Konsummuster reagieren“* möchten.

Die in der Kategorie zwei zusammengefassten Antworten sind der ersten Kategorie sehr nahe, lassen sich aber eher als ein grundsätzliches Interesse an der Methodik der Kurzintervention zusammenfassen und beschreiben damit die Handlungsebene. Die TeilnehmerInnen 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 beängstigende 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:

- *„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 drei 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 vier und fünf bezeichnen demgegenüber Antworten, die ein eher allgemeines Interesse formulieren: Während 16 TeilnehmerInnen vor allem aus einem grundsätzlichen Interesse an Weiterqualifizierung die Fortbildung besuchen, wünschen sich 13 TeilnehmerInnen mehr Hintergrundwissen über Drogen.

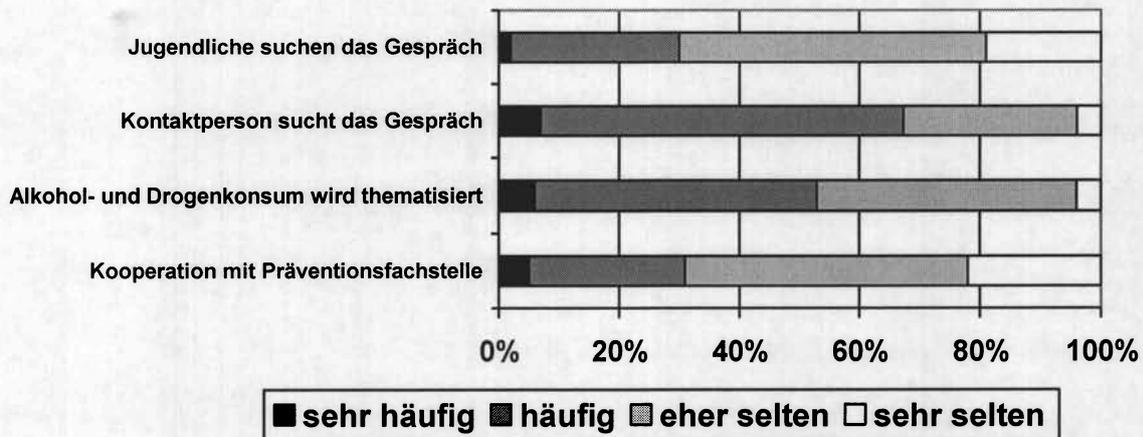
11 von 100 Kontaktpersonen geben an, dass die Werbung oder bereits positive Erfahrung von KollegInnen den Ausschlag für ihre Anmeldung zur Fortbildung gegeben haben, entscheidend waren sowohl *„die interessante Ausschreibung“* als auch *„die positive Haltung meines Kollegen, der bereits an MOVE teilgenommen hat.“* Sieben von 100 TeilnehmerInnen ist der kollegiale Austausch und 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 geben 70% der Befragten an, dass es selten oder sehr selten vorkommt, dass 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

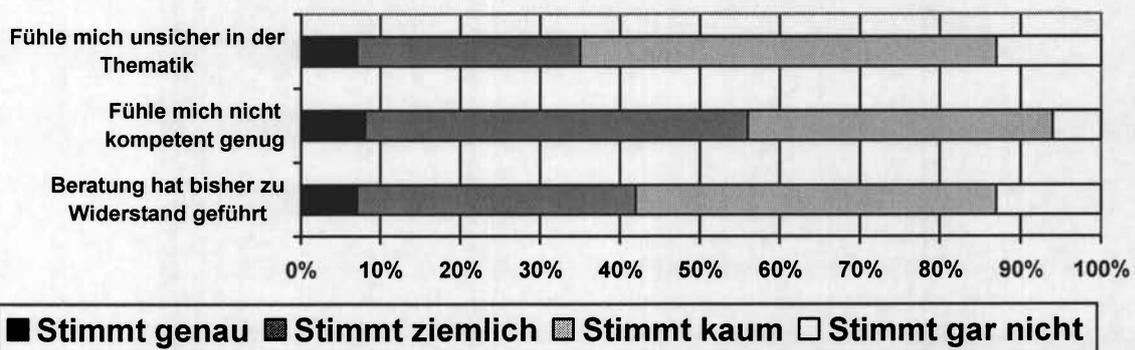
sie selbst eher selten oder sogar sehr selten das Thema in Gesprächen mit Jugendlichen ansprechen.

Abb. 14: Bisherige Thematisierung von Alkohol- und Drogenkonsum



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.

Abb. 15: Einschätzen der eigenen Kompetenz



Befragt nach der Einschätzung der eigenen Beratungskompetenz gibt ein Drittel der Befragten an, sich unsicher beim Thema Drogenkonsum zu fühlen. Fast zwei Drittel der Kontaktpersonen schätzen sich als nicht ausreichend kompetent ein, konsumierende Jugendliche zu beraten. 42% der TeilnehmerInnen 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 Einrichtung 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 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. Von dem 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 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 Kurrikulum 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 eine Schulnote vergeben, außerdem sollen sie sich am Schluss des Fragebogens entscheiden, ob sie die Fortbildung weiterempfehlen würden und im Rahmen einer offenen Fragestellung ihre Entscheidung begründen.

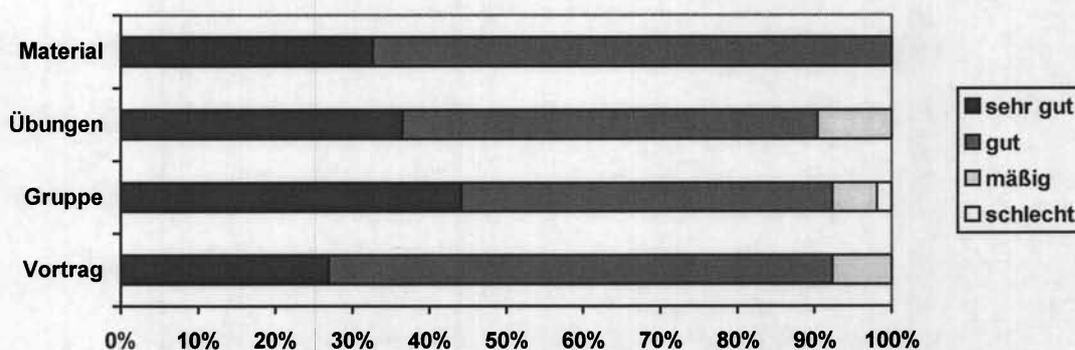
Insgesamt wird die Fortbildung von einem guten Drittel der Teilnehmenden mit sehr gut bewertet (A:40%; B:30%), die Hälfte (A:50%; B:56%) vergibt die Schulnote gut und 14% die Note befriedigend. Es ergibt sich ein Mittelwert von 1,73 in der Pilotphase und 1,86 in der Implementationsphase. Die Frage

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 der folgenden Abbildung dargestellten Daten.

Abb.16: Bewertung der einzelnen Fortbildungselemente



Die Grafik zeigt, dass die einzelnen Formen der Vermittlung (Vortrag, Gruppenarbeit, Übung) von der überwiegenden Mehrheit der TeilnehmerInnen 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 TeilnehmerInnen bescheinigen der Fortbildung ein angemessenes Verhältnis zwischen Dauer und Stoffmenge (A: 65%; B:74) , ein Viertel der TeilnehmerInnen (A: 32 %; B: 23%) ist allerdings der Meinung, die Veranstaltung sei zu kurz gewesen und lediglich 3 von 100 TeilnehmerInnen (A: 0%; B:3%) bewerten die Stoffmenge als zu gering.

Beim Vergleich der einzelnen Methoden schneiden die *Gruppenarbeiten* am besten ab. Fast alle TeilnehmerInnen (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 TeilnehmerInnengruppe 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 TeilnehmerInnen (84 positive stehen 28 kritischen Äußerungen gegenüber) darauf hin, dass das Manual grundsätzlich sehr positiv bewertet wird.

Das Lob der TeilnehmerInnen betrifft zunächst die Gesamtstruktur des Kurrikulums 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 Kurrikulums wird besonders die „*gelungene Mischung*“ von Theorie und Praxis hervorgehoben (N=15). Weiterhin werden die Themenvielfalt, die übersichtliche Gliederung und die zeitliche Struktur des Kurrikulums 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 TeilnehmerInnen betrifft das Verhältnis zwischen Moderationsteam und Gruppe. Hier werden das Klima in der Gruppe und besonders die didaktischen und personalen Qualitäten der ReferentInnen 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 ein gutes Eingehen auf die Bedürfnisse der Teilnehmer bescheinigt, und auch die Zusammenarbeit der verschiedenen 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 TeilnehmerInnen 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 Kurrikulums betrafen vor allem (N=15) die zeitliche Struktur des Seminars. Hier wird von den TeilnehmerInnen mehr Zeit gefordert, vor allem für mehr Übungen, für das Besprechen konkreter Einzelfälle sowie Zeit für entspannende, spielerische Elemente, die im Kurrikulum 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 der Meinung, die Veranstaltung sei zu kurz, während zwei Drittel der TeilnehmerInnen die Seminardauer im Verhältnis zur Stoffmenge als angemessen beurteilen. An dieser Stelle wird deutlich, dass die straffe Struktur des Kurrikulums noch entzerrt und durch eine größere Modularisierung und demnach breitere bedarfsgerechte Verfügbarkeit von unterschiedlichen ergänzenden Bausteinen stärker auf die individuellen Bedürfnisse der TeilnehmerInnen zugeschnitten werden sollte.

Diese und weitere Anregungen zur Verbesserung des Kurrikulums 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 Trainern und ihren Vorerfahrungen überlassen, wie die Umsetzung vor Ort geschieht.

Schlussfolgerungen

Trotz dieser Vorschläge zur Optimierung des Kurrikulums lässt sich insgesamt feststellen, dass die TeilnehmerInnen dem Kurrikulum der Fortbildung auch unter ungleichen örtlichen Rahmenbedingungen, mit jeweils unterschiedlichen Teams und bei wechselnder Zusammensetzung der Teilnehme-

rInnengruppe ein durchweg positives Zeugnis ausstellen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Ursache für diese positive Bewertung vor allem in zwei Punkten zu finden ist:

Der Aufbau des Kurrikulums repräsentiert ein ausgewogenes Verhältnis von Theorie- und Praxisanteilen, die besonders durch die Elemente Rollenspiel und Gruppenübungen dem Bedürfnis der TeilnehmerInnen 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.

Damit kommt die Fortbildung den Bedürfnissen der Fachkräfte sehr entgegen, dem Kurrikulum kann eine hohe Bedarfsgerechtigkeit und Akzeptanz durch die TeilnehmerInnen 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. Es zeigt außerdem, dass sich das Kurrikulum auch in der Weitergabe durch Multiplikatorentandems bewährt hat. Das Manual ist mittlerweile so ausgereift, dass auch eine Weitergabe durch TrainerInnen, die nicht an der Entwicklungsphase beteiligt gewesen sind, eine gleichermaßen hohe Qualität der Fortbildung garantiert ist.

6.3 Bewertung der Fortbildung durch die TrainerInnen

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

Bewertung der Fortbildung

Es sind acht Teams⁴¹ befragt worden, die Gesamtgruppe setzt sich aus neun Männern und sieben Frauen zusammen, sie sind zwischen 31 und 52 Jahre alt. Die MovetrainerInnen vergeben 10mal die Note sehr gut, fünfmal gut und einmal die Note befriedigend, dies ergibt eine Durchschnittsnote von 1,4. Damit wird die MOVE-Fortbildung aus Trainersicht noch positiver bewertet als von den TeilnehmerInnen. 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 Kurrikulums durch die TrainerInnen ist damit in allen Bereichen im Durchschnitt sehr positiv, im folgenden werden die Ergebnisse der mit den MultiplikatorInnen 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 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

⁴¹ Die in der Implementationsphase evaluierten 9 Fortbildungen wurden von 7 verschiedenen Teams durchgeführt, zwei Teams hatten im Evaluationszeitraum also bereits 2 Fortbildungen durchgeführt. Ein weiteres Team, dessen Fortbildung aus organisatorischen Gründen nicht evaluiert werden konnte, nahm trotzdem an der hier ausgewerteten Befragung und Diskussionsrunde teil, so dass sich die abweichende Zahl von 8 ergibt.

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 mit einer Gesamtnote von 1,6 grundsätzlich gelobt. Besonders hervorgehoben wird das aus Trainersicht sehr gute Verhältnis zwischen Stoffmenge und Dauer der Fortbildung (Bewertung 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 TrainerInnen wurden lediglich die einzelnen Blöcke mit Auflockerungs- oder Entspannungsübungen aus eigenem Repertoire ergänzt.

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 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 die Fortbildung an drei einzelnen Tagen mit unterschiedlichem zeitlichen Abstand durch. Besonders bewährt hat sich hier eine Woche Abstand zwischen den einzelnen Fortbildungstagen, ein Monat wird von vielen als zu großer Abstand, der den Anschluss an die vergangenen Einheiten erschwert, empfunden.

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 nicht ausreichend Distanz zur sonstigen beruflichen

Tätigkeit gegeben ist. Soweit die Organisation der Verpflegung von den Teamern selbst durchgeführt werden musste, ist dies als sehr anstrengend empfunden worden und sollte möglichst vermieden werden.

Gruppendynamik

Das Gelingen der Fortbildung ist aufgrund der vielen Übungen und Rollenspiele angewiesen auf die Bereitschaft der TeilnehmerInnen, sich auf diese Form der Reflexion eigener Berufspraxis einzulassen. Hier werden von den 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 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 im Gespräch mit einem konsumierenden Jugendlichen anders als eine Pädagogin 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 TeilnehmerInnengruppe – wie Abstinenzorientierung 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 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 von TeilnehmerInnenseite und sollte thematisiert werden. An manchen Stellen muss der Erwartung der TeilnehmerInnen entgegnet 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 TeilnehmerInnenseite als auch von TrainerInnenseite gestoßen ist.

6.4 Bewertung der Intervention

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

Einleitend wird auch hier wieder eine offene Frage gestellt, bei der die TeilnehmerInnen das aus ihrer Sicht Spezifische der Motivierenden Kurzintervention schildern sollten. In beiden Erhebungen sind insgesamt 216 Aussagen getroffen worden, die sich aufgrund der Inhaltsanalyse in 8 Kategorien bündeln lassen.

1. Empathie und gemeinsame Standortbestimmung	68
2. Reduzierung von Erfolgsdruck mit Hilfe des Stadienmodells	65
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 ein besonders wichtiger Aspekt dieser Gesprächshaltung. Von einigen TeilnehmerInnen 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 mit Hilfe 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 mit Hilfe des Stadienmodells

In der zweiten, fast ebenso häufig genannten Kategorie werden vor allem die Möglichkeit, das Gespräch mit Hilfe des Stadienmodells der Verhaltensänderung zu strukturieren, mit Ambivalenzen besser umgehen zu können sowie die Gesprächssituation transparenter gestalten und Veränderungsziele klarer und besser erarbeiten zu können, benannt. Gleichzeitig wird MOVE als

praxisnahe Form der Beratung mit der Möglichkeit, offen und spontan zu handeln, bewertet.

Die Möglichkeit, alltägliche Beratungsgespräche anhand des Stadienmodells der Verhaltensänderung zu strukturieren, heben 47% der TeilnehmerInnen 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 des 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 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 Teilnehmenden 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 im Umgang mit Beratungssituationen aufzugreifen und zu bearbeiten.

Ein Drittel der TeilnehmerInnen 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 Angelgespräche 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 (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 verbunden mit der Einschätzung, dass kurze Beratungsgespräche sich gut in den Berufsalltag integrieren lassen und auch von Jugendlichen positiv aufgenommen werden.

Weitere Aussagen

Vereinzelte weitere Aussagen der TeilnehmerInnen sehen den Umgang mit Ambivalenzen, Diskrepanzen und Widerstand als kennzeichnend für das MOVE-Konzept (N=9), für 7 TeilnehmerInnen steht die Arbeit an der eigenen Haltung im Vordergrund.

6 von 147 Äußerungen sind negativ, hier drücken TeilnehmerInnen aus, dass MOVE für sie nicht ausreichend neue Aspekte beinhalte und sie daher auch nicht formulieren könnten, was das Besondere an MOVE sei, z.B.:

- *„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 anderen TeilnehmerInnen 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 TeilnehmerInnen 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.

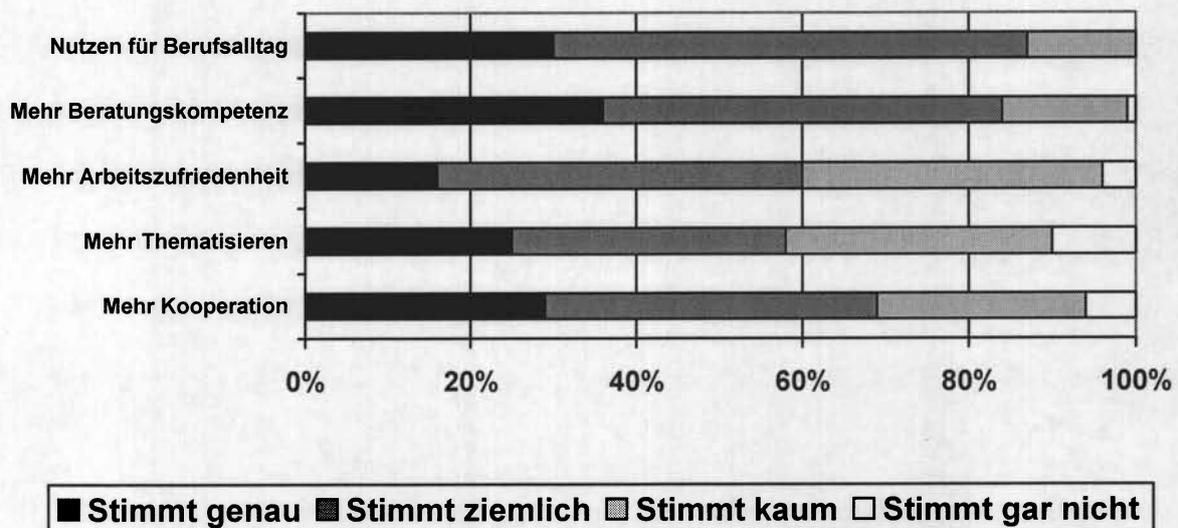
Wie beurteilen die TeilnehmerInnen nun die Möglichkeit, das in der Fortbildung Gelernte in ihrem Berufsalltag umzusetzen? In den folgenden Fragen sollten die TeilnehmerInnen einschätzen, welchen Nutzen ihnen die Fortbil-

derung für die alltägliche Arbeit und die Einrichtung, für die konkrete Arbeit mit Jugendlichen und für das eigenen Leben bringt⁴².

Nutzen für die alltägliche Arbeit und für die Einrichtung

Der durch die Fortbildung gewonnene Zuwachs an Wissen wird von 56% der TeilnehmerInnen 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.

Abb. 17: Nutzen für die alltägliche Arbeit und für die Einrichtung



Insgesamt 86 von 100 TeilnehmerInnen (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 bejahen zwei Drittel der TeilnehmerInnen. Dass die Fortbildung

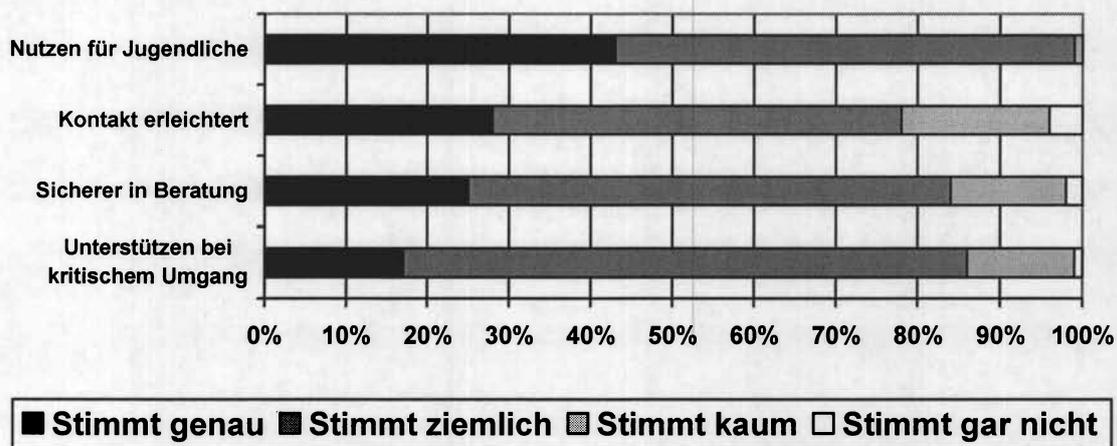
⁴² Den folgenden Abbildungen liegen jeweils die Zahlen der Implementationsphase zugrunde, da es sich hier um einen größeren Sample handelt. Die Zahlen der Pilotphase sind bei signifikanten Abweichungen im Text dargestellt.

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 Kollegen aus anderen Feldern erwarten zwei Drittel der Kontaktpersonen.

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. 18: Nutzen für die konkrete Arbeit mit Jugendlichen

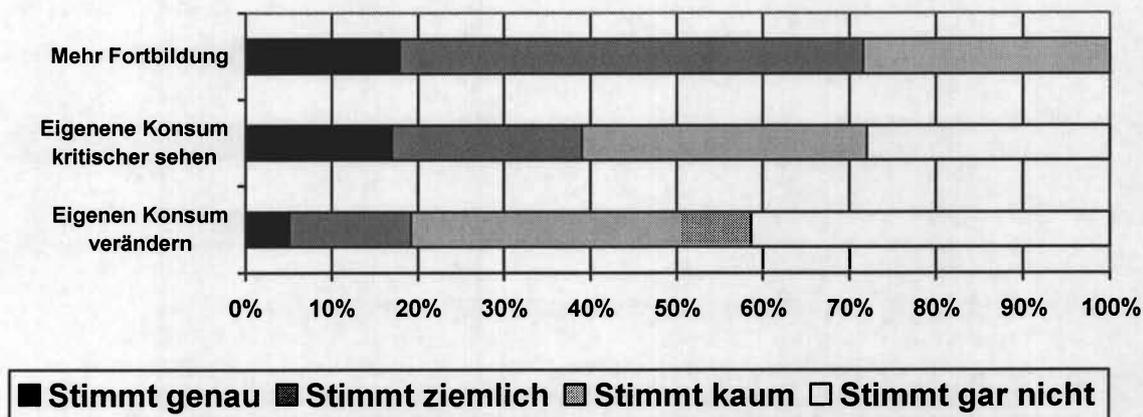


84% der TeilnehmerInnen bestätigen, dass sie aufgrund des Gelernten an Beratungssicherheit gewonnen haben, ebenso viele fühlen sich dadurch in der Lage, Jugendliche dabei zu unterstützen, einen kritischen Umgang mit dem eigenen Konsum zu entwickeln. Allerdings fällt die Zustimmung hier etwas vorsichtiger aus als bei der Beurteilung von Beratungssicherheit (17% stimmt genau versus 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.

Abb. 19: Nutzen für das eigene Leben



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 und jeder fünfte Teilnehmer zieht sogar eine konkrete Veränderung der eigenen Konsumgewohnheiten in Erwägung.

Schlussfolgerungen

Die erste Einschätzung des Nutzens der Intervention für die Berufspraxis durch die TeilnehmerInnen fällt ebenso wie die Bewertung des Kurrikulums sehr positiv aus. Dies gilt für Pilot- und Implementationphase gleichermaßen. Maßgeblich dafür sind aus Sicht der TeilnehmerInnen die Arbeit an der eigenen Haltung und Rolle gegenüber den Jugendlichen sowie die Möglichkeit, Beratungsgespräche entlang des Stadienmodells der Verhaltensänderung zu strukturieren und professionell zu intervenieren. 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.

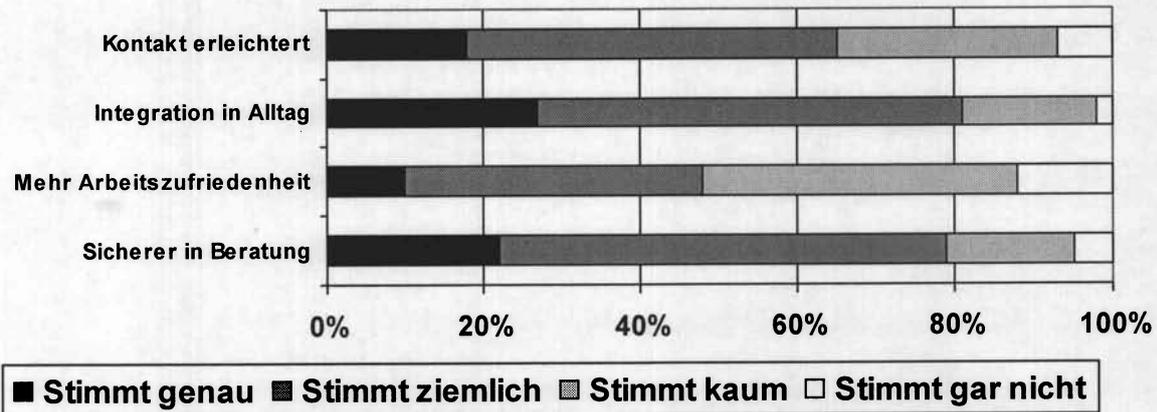
Auch wenn man berücksichtigt, dass u.a. sozial erwünschtes Antwortverhalten oder psychologische Gründe einen Beitrag dazu leisten, eine besuchte Fortbildung tendenziell positiv zu bewerten (vgl. Kapitel 4), so überrascht dennoch der Grad der positiven Beurteilung der Fortbildung im Hinblick auf Inhalt und Methode. In allen Antworten wird sehr deutlich, dass die TeilnehmerInnen der Fortbildung ein differenziertes und ausgesprochen gutes Zeugnis ausstellen. Besonders aufschlussreich ist es darum, 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 Beratungskonzeptes nach acht Wochen praktischer Anwendung

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

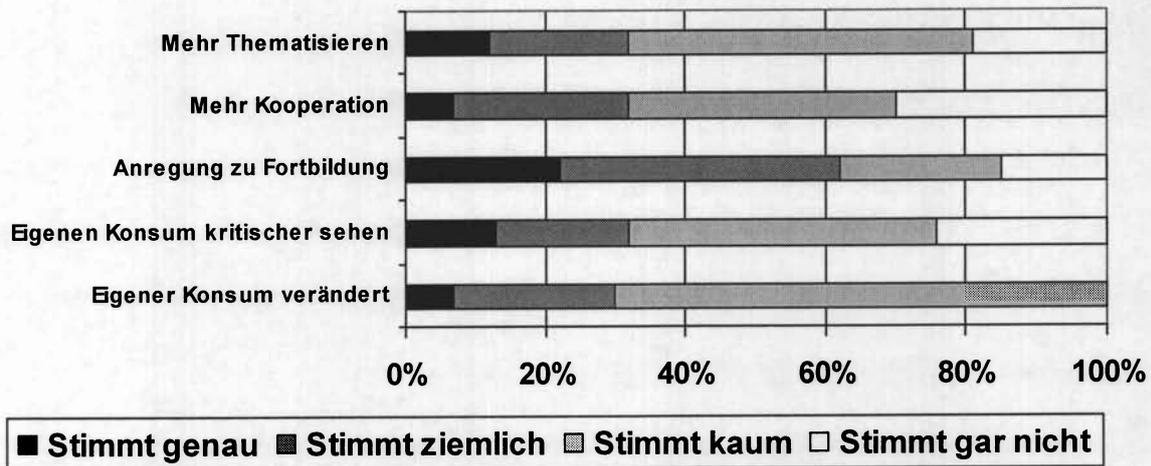
Die Erreichung der primären Ziele der Fortbildung, also die Tatsache, dass die Befragten leichter mit konsumierenden Jugendlichen in Kontakt treten (A: 76%; B: 65%), Sicherheit im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen gewonnen haben (A:88%; B:78%) und dass sich Kurzberatungen gut in den Arbeitsalltag integrieren lassen (A:88%; B:81%), wird immer noch von 80-90 Prozent 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.

Abb.20: Nutzen für den Berufsalltag und die Einrichtung



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 anderer Felder gekommen ist (A:35%; B:32%), konnten noch bei 40 bzw. 35 % der Befragten erreicht werden.

Abb.21: Sekundäre Ziele

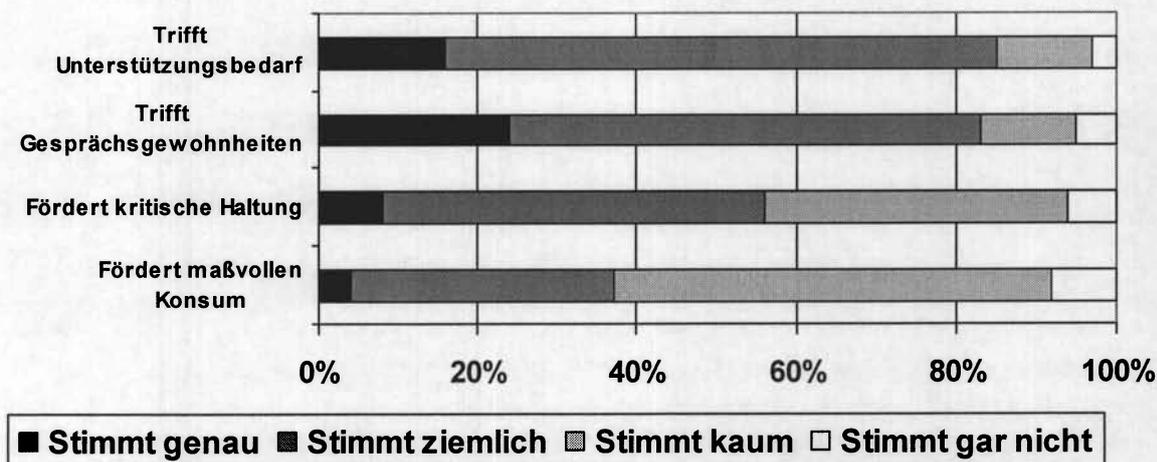


Dass darüber hinaus bei einem Drittel der befragten MitarbeiterInnen aus der Jugendarbeit sogar erwünschte Nebeneffekte im Hinblick auf die eigene Auseinandersetzung mit Substanzgebrauch (A: 38%; 9%; B: 32%; 30%) erzielt werden, unterstreicht den Stellenwert und die Nützlichkeit der Motivierenden Kurzintervention entlang des Stadienmodells 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.

Abb. 22: Nutzen für die Jugendlichen



56% (A:69%) der Befragten stimmen zu, dass die motivierende Kurzintervention dazu beiträgt, dass Jugendliche eine kritische Haltung zum eigenen Konsum entwickeln. Darüber hinaus zeigt sich, dass weitergehende Aussagen über das Erreichen von sichtbaren Verhaltensänderungen immerhin noch von 37% (A: 14%) der Befragten für wahrscheinlich gehalten wird, 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 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 Konzeptes ab, wie erwartet ist allerdings bei einigen Aspekten eine vorsichtigeren 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 Konzeptes 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 entgegen kommt.

6.5 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. Hierzu sollten die Kontaktpersonen mit Hilfe eines vorgegebenen Dokumentationsbogens ihre Kurzberatungsgespräche mit Jugendlichen darstellen.

Abb.23 Überblick über die durchgeführten Kurzinterventionen
mit konsumierenden Jugendlichen

Pilotphase		Implementationsphase
36	Anzahl der durchführenden Kontaktpersonen	62
N = 118	Kurzinterventionen	N = 140
	Ort	41% Heim 32% Häuser der offenen Tür 21% Schule/berufsbildende Maßnahme

Kein Gespräch: 20%	Gespräche pro Person	Kein Gespräch: 34%
1-3: 46%		1-3: 30%
4-6: 20%		4-6: 25%
7-10: 14%		7-10: 7%
5-10: 42%	Dauer der Gespräche (in Minuten)	5-10: 36%
11-20: 38%		11-20: 24%
20 – 30: 10%		20 – 30: 17%
31 – 60: 10%		31 – 60: 23%

Formaler Charakter der durchgeführten Gespräche

Es ergibt sich ein Durchschnittswert von 2 – 3 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 1 – 3 motivierende Beratungsgespräche durchgeführt, ein weiteres Viertel 25% und 7% haben sogar 7 – 10 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 cirka 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 5 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, die-

se Gespräche dauern in der Regel nicht länger als 20 Minuten. Insgesamt 60% (A: 80%!) der Gespräche dauern zwischen 5 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, finden sicher der Großteil der Gespräche in kurzen Sequenzen statt, während in Einrichtungen der Schulsozialarbeit oder Erziehungshilfe längere Beratungstermine im Rahmen von Hilfeplanung stattfinden.

Abb.24:Charakterisierung der Jugendlichen

Pilotphase (N=118)		Implementationsphase (N=140)
60% Jungen/ 40% Mädchen	Geschlecht und Alter	70% Jungen / 30% Mädchen
Keine Angaben	Schulbildung	42% Hauptschüler 13% Realschüler 8% Gymnasiasten 37% Sonstige (Berufsbildende Maßnahme, Sonderschule oder arbeitslos)
Keine Angaben	Herkunft	75% beide Eltern deutsch 11% ein oder beide Eltern MigrantIn 6% ein oder beide Eltern Aus-siedler
25% riskant Cannabis 25% riskant Alkohol 25% riskant beides	Konsummuster	31% riskant Cannabis 18% riskant Alkohol 12% riskant Beides 25% riskanter Mix mit zu-sätzlichen (z.B. Ecstasy...) 12% Sonstige (moderater Konsum oder Tabak oder Tabletten)
40% Absichtslosigkeit 43% Absichtsbildung 6% Vorbereitung 5% Aktion 5% Aufrechterhaltung	Stadium der Verhal- tensänderung	42% Absichtslosigkeit 34% Absichtsbildung 12% Vorbereitung 10% Aktion 2% Aufrechterhaltung

Wie lassen sich die Jugendlichen beschreiben, mit denen Kurzinterventionen durchgeführt worden sind? Abbildung 24 (s.o.) fasst die entsprechenden Daten zusammen:

Der größte Teil der Jugendlichen ist 16 – 18 Jahre alt, ein weiteres Drittel ist 19 – 21 Jahre alt, ein Viertel 13 – 15 und einige wenige 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 Hauptschüler und schulferne Jugendliche erreicht werden. Unter der Kategorie Sonstige sind Jugendliche zusammengefasst, die laut Auskunft der Kontaktpersonen eine berufsbildende Maßnahme mit Nachholen des Hauptschulabschlusses besuchen, eine Sonderschule oder 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, d.h. 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 Tabletten oder der moderate Konsum. Insgesamt werden damit 88% der erreichten Jugendlichen von den Kontaktpersonen als Risikokonsumenten 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 Mischkon-

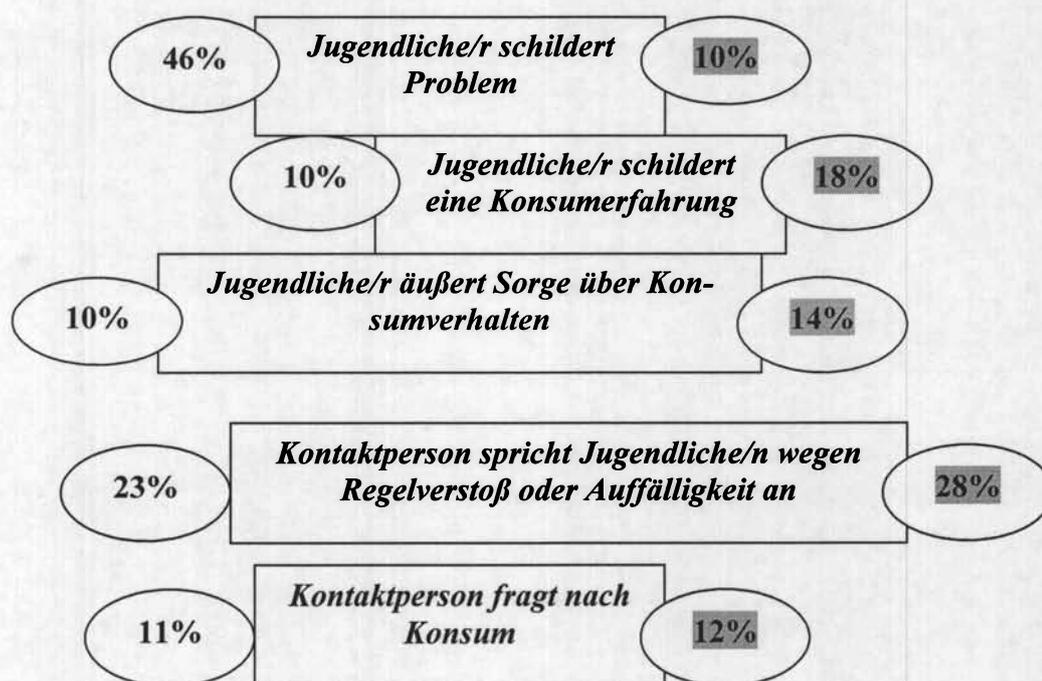
sum (32%) stehen, wird in Einrichtungen der offenen Jugendarbeit in erster Linie riskanter Alkoholkonsum (40%) thematisiert. Hier handelt es sich wahrscheinlich um einen arbeitsfeldspezifischen Unterschied. In Häusern der Offenen Tür ist der Konsum von Cannabisprodukten in der Regel verboten und wird 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, d.h. es besteht bereits Interesse an einem Schritt Richtung Verhaltensänderung, dieses 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 zur Drogenhilfe besteht hierfür kein feststehendes Setting oder Ritual. Die Anlässe für den Gesprächseinstieg sind entsprechend vielfältig, dies verdeutlicht die folgende Abbildung. Dargestellt wird, wie jeweils Jugendliche/r und Kontaktperson ins Gespräch kommen und welchen Anteil die Anlässe an der Gesamtmenge der Gespräche haben. In den Dokumentationsbögen der Pilotphase sollten die Kontaktpersonen Anlass und Inhalt der Gespräche in einem Satz zusammenfassen. Hieraus wurden Kategorien gebildet, die in den Dokumentationsbögen der Implementationsphase dann als vorgegebene Antwortmöglichkeiten lediglich angekreuzt werden sollten. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse der Pilotphase auf der rechten Seite im Vergleich zu den Ergebnissen der Implementationsphase auf der linken Seite. Es ergibt sich folgende Verteilung:

Abb.25: Verteilung der Gesprächsanlässe



Es fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Gespräche von Jugendlichen initiiert werden. Anlass sind in erster Linie Problemstellungen wie z.B. Probleme mit Eltern, Schule, Ausbildung, Freunden etc. Einige Problemstellungen sind konsumunspezifisch (z.B. Probleme mit Vater, Trennung von Freundin etc.), andere sind konsumspezifisch, z.B. die Schilderung von starkem Unwohlsein nach Alkoholkonsum. Zusätzlich suchen Jugendliche das Gespräch, um neutrale Erfahrungen mit Konsum (z.B. beim Besuch der Love-Parade, während des letzten Diskobesuches) oder Erfahrungen, die sie zum Nachdenken angeregt haben, zu schildern, zwei Beispiele aus der Dokumentation⁴³ 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 kann ebenfalls Anlass für ein Gespräch sein, so schildert z.B. eine Jugendliche ihre Wut über das Verhalten ihrer betrunkenen Freundin. Bei einigen Gesprächen steigen Jugendliche mit direkten Fragen und Sorgen bzgl. Konsum und dessen Konsequenzen

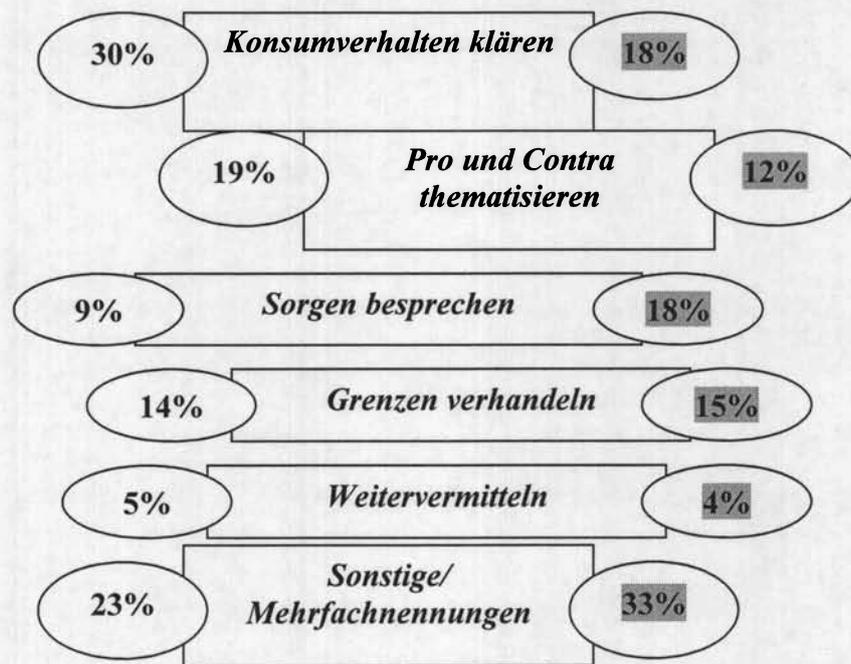
⁴³ Die Beschreibung der einzelnen Kategorien inklusive Zitaten ergibt sich aus den Schilderungen der Kontaktpersonen in der Pilotphase.

ein, z.B. „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 und hier gehört es zum Setting, dass die Kontaktperson aufgrund von Regelverstößen des Jugendlichen einen Beratungstermin vereinbart. Regelverstöße sind hier neben Verstößen gegen das BTmG z.B. Körperverletzungen oder Trunkenheit am Steuer. Die Regelverstöße oder Auffälligkeiten in anderen Arbeitsbereichen betreffen z.B. 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 hat, lassen sich aus den insgesamt 118 dokumentierten Gesprächen vier Themenkreise herauskristallisieren, deren Verteilung – wiederum differenziert nach Pilotphase und Implementationsphase - in folgender Abbildung dargestellt ist.

Abb. 26: Inhalte der Gespräche



Konsumverhalten klären

Kategorie eins beschreibt dabei eine Intervention im Stadium der Absichtslosigkeit. Der 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 zu der Wirkung einzelner Substanzen weitergegeben werden. In einigen Gesprächen äußern die Kontaktpersonen Sorge über das Konsumverhalten der Jugendlichen oder weisen auf Auffälligkeiten im Verhalten oder 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, jedoch ohne dass gleich eine Veränderung des riskanten Verhaltens herbei geführt werden muss.

In einem zweiten Schritt „Pro und Contra 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 des 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 und die Frage gestellt, wie sich abstinentgefährdende 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“

Darauf folgen können Gespräche mit dem Inhalt „*Grenzen verhandeln*“. Hier erörtern Kontaktpersonen und Jugendliche mögliche Strategien, mit denen riskante Konsummuster reduziert werden können. Fragen, z.B. 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 auch konkrete Schritte der Verhaltensänderung angesprochen und Vereinbarungen getroffen, wie z.B. 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, lediglich Adressen

und Telefonnummern weiter zu geben, 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 trifft dies auf insgesamt 81% der Gespräche⁴⁴ 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 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 kon-

⁴⁴ Diese Zahl trifft exakt auf beide Phasen zu.

kreten 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, z.B. dass der Jugendliche sein 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 einem guten 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 deutlich an der letzten Fragestellung, 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 einerseits Weitervermittlungen in Beratungsstellen, so wird z.B. ein Termin zum Aufsuchen einer Therapeutin vereinbart oder eine Informationsbroschüre weitergegeben mit der Aufforderung, diese mit der Freundin durchzugehen und sich bis zum nächsten Gespräch für ein Therapieangebot zu entscheiden. Ein zweiter Teil der getroffenen Vereinbarungen betrifft Selbstbeobachtung und Einschränkung riskanter Konsummuster, z.B.

- *„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, z.B. Parties.“*

Gelegentlich werden auch ganze Gesprächsreihen dokumentiert. So erfasst ein Dokumentationsbogen eine Reihe von 5 Einzelgesprächen zum Thema Tablettenkonsum, die schließlich zur Aufnahme einer Therapie führt.

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 Dokumentationsbögen um die Kategorien Schulform und Herkunft der Eltern können in der Implementationsphase Aussagen über die Reichweite der Intervention getroffen werden. Hauptschüler und 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 suchtpreventiven Programmen am wenigsten profitiert hat. Allerdings kommen Jugendliche mit Migrationshintergrund nur in 10% der Gesprächen 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. Dies 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 soll. 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.

6.6 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 mit Hilfe 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 konsta-

tiert. 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 Hilfewünsche eingeht und durch klärende Gespräche die Motivation zur Veränderung eines riskanten Verhaltens steigert. Hauptakteure 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 gleichbleibend positive Bewertung des Kurrikulums 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, 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 z.B. 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 Kurrikulums 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 Hauptschüler und 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 schulische 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 Konsummustern und –motiven bei. Dass dies vor allem beim Umgang mit Cannabis dringend notwendig ist, hat die Befragung der Jugendlichen gezeigt, denn bei den Konsumenten 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 risikant 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 Seite 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 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 Hinblick auf die Charakteristika Sozialer Beratung

Im Hinblick auf die in Kapitel zwei aufgestellten Kriterien für die Umsetzbarkeit eines Interventionskonzeptes für die spezifischen Anforderungen lebensweltorientierter Sozialer Beratung kann folgendes festgestellt werden.

Durch seine hohe externe Validität ist Motivierende Kurzintervention flexibel einsetzbar und nicht an eingeschränkte Rahmenbedingungen therapeutischer Interventionen gebunden. Das Interventionskonzept stellt daher eine Hilfe zur Gestaltung von Beratungssituationen innerhalb flexibler institutioneller Settings dar. Die von den Handlungsmaximen der Lebensweltorientierung geforderte Partizipation im Hilfeprozesse entspricht den Prinzipien Motivierender Kurzintervention, die deutlich klientenorientiert sind und den Jugendlichen als Experten 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 an 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 Dokumentationsbögen hat zwar gezeigt, dass das Interventionskonzept bedarfsgerecht umzusetzen ist.

Fraglich bleibt allerdings, warum ca. ein Fünftel der Befragten im vorgesehenen Zeitraum keine Intervention durchführen konnte. Offen bleibt außerdem die Bewertung des Interventionskonzeptes 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 Gesamtkonzeptes 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, dass 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 Konzeptes 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 riskanter 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 Konsum werden dabei schneller ignoriert. Gleichzeitig zeigen sich Mädchen unabhängiger von der jeweiligen Gruppennorm und offener für die Hilfestellung durch von ihnen geschätzte PädagogInnen.

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 zu überfordern. Die Diskussion des MOVE-Konzeptes 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 der beider Arbeitsbereiche aufschlussreich. Zu identifizieren wären insbesondere förderliche und hinderliche Faktoren auf institutioneller Ebene zur Umsetzung Motivierender Kurzintervention.

MOVE als ein Konzept Sozialer Gesundheitsarbeit

Trotz der genannten Einschränkungen und künftigen Herausforderungen können aber abschließend folgende Aussagen über die Bewertung von MOVE als ein Konzept Sozialer Gesundheitsarbeit 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 in diesem Konzept fortgebildet, die pro Jahr ein bis zwei Fortbildungen in Motivierender Kurzintervention für Kontaktpersonen in Arbeitsfeldern der Jugendhilfe anbieten. Zusätzlich ist die Schule als weiteres Setting für Motivierende Kurzintervention erschlossen worden. Während SchulsozialarbeiterInnen seit Beginn des Projektes zur Zielgruppe zählen, existiert mittlerweile eine überarbeitete Form des Manuals für LehrerInnen. 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 Ansatz Sozialer Gesundheitsarbeit. Diese von Anfang an in der gesamten Infrastruktur des Projektes angelegte Herangehensweise scheint für Deutschland bislang einmalig und richtungsweisend. Vier Kennzeichen sind dabei dem Erfolg des Projektes 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 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 Ak-

teure aus den Arbeitsfeldern Suchtprävention, Jugendhilfe, Therapie und Wissenschaft ausreichend gewürdigt und die Kooperation optimiert wird. Dies fördert außerdem eine multiperspektivische Herangehensweise: von Anfang an wird 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 Konzeptes Sozialer Gesundheitsarbeit, 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.

7. Soziale Gesundheitsarbeit in den Herausforderungen der Lebenswelt

Diese Arbeit ist am Beispiel eines Kooperationsprojektes von Suchtprävention und Jugendhilfe der Frage nachgegangen, wie Soziale Gesundheitsarbeit in einem bestimmten Handlungsfeld definiert und umgesetzt werden kann und welche besonderen Fragestellungen und Lösungsmöglichkeiten sich in diesem interdisziplinären Prozess ergeben. Am Beispiel der Evaluation des Modellprojektes MOVE, das in der Kooperation von Jugendhilfe, Drogenhilfe, Suchtprävention und Gesundheitswissenschaften ein Konzept der Sekundärprävention entwickelte und umsetzte, konnte dies erprobt werden. In diesem abschließenden Kapitel werden Schlussfolgerungen für die weitere Umsetzung Sozialer Gesundheitsarbeit als Möglichkeit einer lebensweltorientierten Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert.

Die Förderung intersektoraler Kooperation ist dringend notwendig zur verbesserten Versorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen.

Die Notwendigkeit der Entwicklung von Konzepten Sozialer Gesundheitsarbeit ergibt sich aus verschiedenen aktuellen Herausforderungen.

Der Bedarf aus Sicht der Gesundheitswissenschaften ist vor allen darin gegeben, dass bisherige Präventionsstrategien nicht ausreichend zielgruppenadäquat sind und die Versorgung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen defizitär ist. So verweisen beispielsweise die Ergebnisse des Jugendgesundheits surveys (vgl. Langness, Richter und Hurrelmann 2003) auf die notwendige Entwicklung von Programmen, die sich an der Lebenslage der betroffenen Familien orientieren und ihre sozialen Ressourcen stärken, die niedrigschwellig angesiedelt sind und die Motivation und Beteiligung der Betroffenen fördern.

„Auch wenn es notwendig ist, alle Kinder und Jugendlichen gesundheitlich zu fördern, so müssen doch in besonderem Maße und stärker als bisher Anstrengungen unternommen werden, um geeignete und nachhaltige Zugangswege und Strategien zur besseren Erreichbarkeit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien zu schaffen.“ (Richter 2005:298).

Insbesondere sollten spezielle Fördermaßnahmen für Familien mit Migrationshintergrund entwickelt werden, die sprachliche Barrieren und kulturspezifische Besonderheiten dieser Zielgruppe berücksichtigen.

Dieser Forderungskatalog liest sich wie eine Aufgabenbeschreibung Sozialer Arbeit, deren klassischer Fokus in der Arbeit mit eben diesen benachteiligten Bevölkerungsgruppen besteht. Hier werden Forderungen nach neuen Maßnahmen aufgestellt, während die Soziale Arbeit im Zuge zunehmender Sparzwänge unter verstärktem fachlichen, öffentlichen und finanziellen Legitimitätsdruck steht. Es wird deutlich, dass eine verbesserte Versorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen nur durch eine intersektorale und interdisziplinäre Herangehensweise zu lösen ist, indem gerade die Soziale Arbeit und ihre Handlungskonzepte stärker als bisher für die Entwicklung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden.

Das in der Entwicklung befindliche Präventionsgesetz⁴⁵ formuliert das Ziel, alle relevanten Ebenen und Akteure für ein gemeinsames Konzept der Prävention und Gesundheitsförderung einzubinden, um die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung zu fördern. Das Eckpunktepapier fordert insbesondere, mehr lebensweltorientierte Maßnahmen in der Prävention anzuwenden. Unter der Bezugnahme auf den Setting-Ansatz der WHO wird Lebenswelt hier als soziales System verstanden, wie es beispielsweise in Schule, Betrieb, Kommune, Stadtteil oder Netzwerk vorzufinden ist. Der Settingansatz will die eingeschränkte Herangehensweise traditioneller Gesundheitserziehungspolitik, die sich nur an Einzelpersonen wendet, überwinden. Er richtet sich daher auf die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (Grossman und Scala 2003). Dabei wird betont, dass der Bedarf an Leistungen im Setting selbst mit allen Beteiligten festgestellt und erörtert werden muss, um zu gewährleisten, dass strukturelle Veränderungen innerhalb des Systems von allen mitgetragen werden und die Bereitschaft zur Ausübung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils steigt⁴⁶.

Hier wird deutlich, dass der Settingansatz zwar der Partizipation einen hohen Stellenwert einräumt. Er bleibt aber in seiner Ausrichtung eingeschränkt, solange unter der Umsetzung „lebensweltorientierter Maßnahmen“ lediglich die Einführung von Kursen zur Stressbewältigung und eines gesunden Schulkiosks (vgl. Eckpunktepapier S.11) verstanden wird.

⁴⁵ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Erster Entwurf – Eckpunkte für ein Präventionsgesetz.

⁴⁶ Vgl. Eckpunktepapier S.11

Da Lebensweltorientierung eine zentrale Orientierung Sozialer Arbeit ausdrückt, soll im folgenden noch einmal kurz deren Inhalt im Gegenüber zum Settingansatz zusammengefasst werden.

Die lebensweltorientierte Ausrichtung ist zentral für ein Konzept Sozialer Gesundheitsarbeit.

Soziale Arbeit agiert innerhalb sozialer Systeme. Ihr prioritärer Auftrag ist Problembewältigung und Ausgleich sozialer Ungleichheit durch Förderung und Integration gesellschaftlich benachteiligter Gruppen. Sie richtet ihren Blick dabei sowohl auf menschliches individuelles Verhalten als auch auf soziale Systeme und deren Beeinflussung durch gesellschaftliche Strukturen. Sie ist spezialisiert generalistisch, denn sie gehört keinem der existierenden Systeme – wie etwa dem Bildungssystem oder dem Gesundheitssystem – an, ist aber immer dann zum Handeln aufgefordert, wenn innerhalb der einzelnen Systeme lebensweltlich verursachte Probleme auftreten.

Durch wachsende Individualisierungs- und Pluralisierungsprozesse der (Post)Moderne hat sich das Handlungsspektrum Sozialer Arbeit erweitert. Mittlerweile gehört es zu ihren Aufgaben, die bedenklichen, risikohaften und destruktiven Folgen dieser Entwicklung aufzufangen und zu bearbeiten oder wenigstens zu kompensieren. Der Verlust traditionell bindender Verhaltensnormen bietet dem Einzelnen eine größere Freiheit bei der Gestaltung seines Lebens. Gleichzeitig ist das Gelingen des Alltags zunehmend in die Verantwortung des Einzelnen gelegt, die Chancen auf den Zugang zu den dafür notwendigen Ressourcen wie Bildung, Information, gesundheitsbezogene und soziale Dienstleistungen sind jedoch nach wie vor innerhalb der gesellschaftlichen Sozialstruktur ungleich verteilt.

Eine zentrale Theorieströmung der Sozialen Arbeit stellt die Lebensweltorientierung (vgl. Kap.2.1) dar, die Parallelen zu den Konzepten von Gesundheitsförderung und Setting erlaubt. Der Begriff der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit geht jedoch über den eher deskriptiven Charakter des Begriffs Lebenswelt als Setting hinaus und entfaltet verschiedene Dimensionen.

Lebensweltorientierung bezieht sich zunächst nicht nur auf Rahmenbedingungen, sondern in radikaler Weise auf die gegebenen Lebensverhältnisse der Adressaten Sozialer Arbeit mit ihren belastenden und mit ihren stärkenden Faktoren. Sie fragt nach den Handlungsmustern, die – bedingt auch

durch die jeweiligen gesellschaftlichen Strukturen – von Einzelnen und von Gruppen als Form der Bewältigung eben dieser Lebensverhältnisse entwickelt wurden. Dabei zeigt sich der Ansatz

„sensibel für die Würde von Erfahrungen, auch unscheinbaren, alltäglichen und schmutzigen“ (Thiersch 2002:36).

Als normativ-kritisches Konzept thematisiert Lebensweltorientierung die Dialektik von Gelingendem und Einschränkendem der Lebenswelt. In einer respektierenden Haltung würdigt es die verschiedenen Formen der Lebensbewältigung und wendet sich dagegen, Lebensverhältnisse vorschnell nur im Zeichen ihrer Gefährdung zu sehen (Grunwald und Thiersch 2001:1143). Von Seiten Sozialer Arbeit wird vielfach Kritik an der Pathologisierung von Jugendlichen in problematischen Lebenslagen durch eine defizitorientierte Präventionslogik geäußert. Hier äußert sich auch eine Sensibilität gegenüber der Gefahr, dass diejenigen am ehesten stigmatisiert werden, deren Chancen, einem mittlerweile weit verbreiteten Gesundheitsideal von körperlicher Attraktivität, Vitalität und Lebensfreude zu entsprechen, aufgrund sozialstruktureller Gegebenheiten am geringsten sind.

Gleichzeitig richtet sich Lebensweltorientierung gegen eine vorschnelle Genußsamkeit von Menschen in ihren Verhältnissen und will Ressourcen sowohl auf individueller als auch auf sozialer und politischer Ebene erschließen.

Die entsprechende professionelle Haltung einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit bewegt sich damit in einer Balance zwischen Respekt und Provokation, zwischen Verstehen, Dasein und Begleiten auf der einen Seite und Aufdecken, Problematisieren, Provozieren und Strukturieren auf der anderen. Diese Haltung der „strukturierten Offenheit“ (Grunwald und Thiersch 2001:1145) erfordert eine vielfältige professionelle Kompetenz.

In Anknüpfung an die zunehmende Pluralisierung und Individualisierung von Lebensverhältnissen in der Moderne lenkt Lebensweltorientierung den Blick auf neu entstandene oder immer noch relevante Ungleichheiten sowohl in Bezug auf materielle Ressourcen als auch in Bezug auf die Partizipation an Bildung und Information, an gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen.

In seiner ganzheitlichen und mehrdimensionalen Orientierung verweist das Konzept damit auf die in Ottawa (WHO 1986) entwickelte Vision einer umfassenden Gesundheitsförderung, die nicht nur auf die Veränderung individueller Verhaltensmuster, sondern vor allem auf die Stärkung von Ressourcen in sozialen Systemen und der weiteren Umwelt abzielt.

In ihrem Bemühen um Ganzheitlichkeit, Offenheit und Einmischung stehen sowohl Lebensweltorientierung als auch Gesundheitsförderung vor einem „gleichsam schwindelerregenden globalen Anspruch“ (Thiersch 2002:207), der in der Gefahr steht, in der praktischen Umsetzung zu Beliebigkeit und Unklarheit zu führen. Eine für Gesundheitswissenschaften und Soziale Arbeit gleichermaßen relevante Frage ist darum: Wie können Gesundheitsförderung und Lebensweltorientierung jeweils realisiert werden? Wie kann ihre Qualität entwickelt und überprüft werden, wenn Gesundheitsförderung steht vor folgendem Dilemma steht:

„Gesundheitsförderung ist ja streng genommen weder eine Strategie noch ein Handlungstyp. Folgt man der Logik der Ottawa-Charta, der wir dieses Konzept zu verdanken haben, dann geht es bei der Gesundheitsförderung immer um die Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung“ (Rosenbrock 2004:72).

Wie kann also ein intersektoraler und interdisziplinärer Dialog zur Entwicklung von Strategien führen, die bislang vernachlässigter Zielgruppen erreichen und deren Gesundheitspotenziale fördern?

Um eine Antwort darauf zu entwickeln, habe ich den Begriff der Sozialen Gesundheitsarbeit gewählt und mit folgenden zentralen Elementen beschrieben:

Soziale Gesundheitsarbeit

...lenkt den Fokus auf das Thema Soziale Ungleichheit und Gesundheit und entwickelt Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung, die besonders sozial benachteiligte Gruppen erreichen.

...versteht sich als eine inter-disziplinäre, inter-sektorale und multi-professionelle Aufgabe.

...will das Anliegen der Gesundheitsförderung für die tägliche Praxis Sozialer Arbeit ausbuchstabieren und nach für andere Sektoren übertragbaren Strategien der Umsetzung fragen.

...bezieht sich nicht nur auf bereits etablierte Handlungsfelder Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Der Ansatz sucht viel mehr nach Möglichkeiten der Integration der Gesundheitsperspektive in sämtliche Felder der Sozialen Arbeit.

Intersektorale Kooperation wird vor allem durch die Hierarchisierung unterschiedlicher Herangehensweisen behindert.

Für die Umsetzung Sozialer Gesundheitsarbeit ist zunächst interdisziplinäre und intersektorale Kooperation notwendig. Diese ist jedoch nicht selbstverständlich, denn sie scheitert nicht nur an Hürden der Verwaltung, sondern auch an unterschiedlichen Statusgruppen, ihren jeweils eigenen Begrifflichkeiten und „Glaubenssystemen“. Eine Ursache hierfür ist die nach wie vor existierende Hierarchisierung der verschiedenen Zugänge. Ein komplexer bio-psycho-sozialer Zugang zu den Phänomenen Gesundheit und Krankheit und die Entwicklung entsprechender Strategien der Gesundheitsförderung scheitert oftmals an der unterschiedlichen Bewertung der einzelnen Zugänge und der dazugehörigen Berufsgruppen.

Ein Grund hierfür liegt vor allem darin, dass Soziale Arbeit von den Disziplinen und Professionen im Feld der Gesundheitsversorgung (noch) nicht als eigenständige Disziplin und Profession mit eigenen Wissensbeständen sowie spezifischen Denk- und Handlungsweisen wahrgenommen und anerkannt wird. Sie gilt im Vergleich zu den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen (Medizin und Psychologie) und Professionen (Arzt und Psychologe) nicht als gleichwertig (Ortmann und Kleve 2000:361). Die hier vorgenommene Aufspaltung und Hierarchisierung komplexer, bio-psycho-sozialer Problemlagen in einzelne Teile weist darauf hin, dass nach wie vor in unserer Gesellschaft der biologische Zugang der am meisten akzeptierte zu sein scheint, während der psychologische in Grenzen gewollt und der soziale eher vernachlässigt wird (Ortmann und Schaub 2002).

So steht eine pädagogische Herangehensweise mit dem Ziel der Förderung von Ressourcen in Konkurrenz zur Durchführung evidenzbasierter therapeutischer Interventionen, die lediglich auf einen bestimmten Kontext passen. Die für unser Gesundheitssystem spezifischen Abgrenzungen und Konkurrenzen der unterschiedlichen Herangehensweisen verhindern aber umfassende und innovative Public-Health-Ansätze, wie sie im anglo-amerikanischen Raum wesentlich selbstverständlicher sind (vgl. Kapitel 3).

Durch den in Deutschland erst langsam erfolgenden Anschluss der Professionalisierung der Gesundheits- und Sozialberufe an den internationalen Standard ist eine inter-sektorale Zusammenarbeit noch wenig entwickelt.

Für die Entwicklung von Konzepten Sozialer Gesundheitsarbeit ist es nicht ausreichend, Interventionsmodelle aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich fraglos in Felder Sozialer Arbeit umzusetzen, ohne dass die spezifischen Rahmenbedingungen und ihre Konsequenzen für eine nachhaltige Implementation wahrgenommen werden. Wie kann eine intersektorale Zusammenarbeit diese Schwierigkeiten überwinden? Notwendig ist ein partnerschaftlicher Dialog verschiedener Disziplinen und Arbeitsfelder, der abseits ideologischer Polarisierungen und sektorübergreifend klärt, was jeweils unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist, wie sich die Programmatik der Prävention mit anderen für die Soziale Arbeit zentralen Prinzipien vereinbaren lässt und auf welchen Handlungsebenen sie umgesetzt wird (Stegmann 2000; Freund & Lindner 2001).

Soziale Gesundheitsarbeit erschließt Möglichkeiten niedrigschwelliger und partizipativer Gesundheitskommunikation.

Die Entwicklung eines niedrigschwelligen Konzeptes der Gesundheitskommunikation stellt eine Möglichkeit für die Zusammenarbeit verschiedener Sektoren dar. Ziel ist es, solche Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die von den klassischen Beratungsangeboten des therapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems nicht erreicht werden. Gesundheitskommunikation als ein Feld Sozialer Gesundheitsarbeit verweist außerdem auf die besondere Relevanz gesundheitsbezogenen Handelns auch in nicht-medizinischen Professionsfeldern. Da der größte Teil gesundheitlicher Probleme im Alltagshandeln und nicht im medizinischen Expertensystem bearbeitet wird, kommt einer gesundheitsbezogenen Beratung, Prävention und Intervention, die sowohl an das Klientel und deren Bezugspersonen als auch an die Fachkräfte der Sozialen Arbeit gerichtet ist, ein besonderer Stellenwert zu (Sting 2002).

Um hier ein Konzept Sozialer Gesundheitsarbeit zu entwickeln, muss allerdings zunächst nach den Charakteristika der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Beratung gefragt werden.

Soziale Beratung richtet sich im Gegensatz zu formalisierter Beratung nicht auf einzelne Schlüsselprobleme, sondern bezieht sich innerhalb eines offe-

nen, wenig strukturierten Settings mit einem nicht-spezialisierten, generalistischen Fokus auf zeitlich begrenzte, alltagsbewusstseinsnahe Phänomene. Sie interpretiert diese Phänomene immer auf dem Hintergrund einer die individuelle Problematik übergreifenden sozial typischen Problemlage und will 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.

Ausgehend von der Entwicklung der Moderne setzt Beratung und Intervention im Rahmen Sozialer Arbeit heute weniger auf die Übernahme traditionell vorgegebener Normen als vielmehr auf das Erlernen von reflexiver Selbstkontrolle und der Fähigkeit zur Bewältigung zunehmend differenzierter Lebenslagen. Hier lässt sich ein Bezug herstellen zur Entwicklung neuer Konzepte der Gesundheitsberatung. Auch diese haben mittlerweile den Wechsel von einem ehemals autoritativen Modell der Verhaltenskorrektur hin zu einem partizipativen Konzept der Kompetenzförderung vollzogen (Hurrelmann und Leppin 2001:12ff). Beratung bedeutet in diesem Sinne Information und Kommunikation, Befähigung zur Erkennung von und zum Umgang mit Risiken, es beinhaltet die Stärkung einer differenzierten Wahrnehmung und Selbstreflexion. Ein partizipativer Ansatz entspricht der modernen Entwicklung zu steigender Individualisierung und Verselbständigung bei gleichzeitigem Verlust allgemeingültiger Normen.

Partizipation und Klientenzentrierung gehören spätestens seit den Erkenntnissen von Carl Rogers zu einem Grundprinzip Sozialer Beratung. Dies beinhaltet auch ein eigenes Verständnis von Diagnose. Im Rahmen Sozialer Beratung gilt die gemeinsame Aushandlung von Zielen und Wegen, die sich am Alltag und der Lebenswelt des Gegenübers orientieren, als Standard. Im Prozess der Hilfeplanung wird die Diagnose einer doppelten Kontrolle unterzogen werden, nämlich durch die Fachleute und durch die Betroffenen selbst. (Uhlendorff 2002:579). Diagnose ist demnach nur als Dialog zu verstehen.

Fachkräfte Sozialer Arbeit

„dürfen ihre Interventionen nicht einseitig planen und umsetzen, sondern müssen sich in einen dialogischen Verständigungsprozess mit ihren Adressatinnen einlassen.“ (v.Spiegel 2004/47).

Aus dieser Perspektive wird ein expertenorientierter Gesprächsstil als hinderlich und unpassend betrachtet. Entsprechende Bedenken werden aus aktuellen Diskussionen der Sozialen Arbeit gegenüber Präventionsstrategien geäußert, soweit sie auf einzelne Gefährdungen fixiert und damit defizitorientiert sind. Die Kritik der Sozialen Arbeit am Diagnosebegriff weist auf die medizinische Prägung der Praxis bisheriger Gesundheitsberatung hin.

Nicht zuletzt aus diesen Bedenken heraus wird jedoch die Ansprache gesundheitsbezogener Themen in manchen Arbeitsfeldern Sozialer Arbeit vernachlässigt. So zeigen die Ergebnisse der innerhalb der MOVE-Evaluation durchgeführten Befragung von Jugendlichen, dass Drogenkonsum in Einrichtungen der Jugendhilfe nicht selten tabuisiert oder nur aufgrund von Regelverletzungen angesprochen wird. Neben der Angst vor Etikettierung und Stigmatisierung ist eine weitere Ursache darin zu sehen, dass Fachkräfte sich als nicht ausreichend kompetent erleben und lieber auf spezialisierte Experten – in diesem Fall die Drogenberatung - verweisen.

Für ein niedrigschwelliges Konzept der Gesundheitskommunikation wäre es jedoch angemessen, Gesundheitsthemen in die Alltäglichkeit Sozialer Beratung einzubinden. Im Gegensatz zu therapeutischen Interventionen liegt die Stärke Sozialer Beratung gerade in ihrer Alltagsorientierung: ihre Handlungsweise ist nicht auf einzelne Themen und Schlüsselprobleme, wie z.B. Drogenkonsum, reduziert. Sie richtet sich vielmehr auf komplexe Alltagsprobleme in ihren lebenspraktischen und sozialen Bezügen. Soziale Beratung kennt flexible Formen der Interaktion und Problembearbeitung, die sie den Bedürfnissen der AdressatInnen jeweils anpasst, statt umgekehrt die Adressaten der Interventionsform anpassen zu müssen. Sie ist nicht an spezielle Settings gebunden, ist jedoch aus einem institutionell gebundenen gesellschaftlichen Auftrag heraus auf ein bestimmtes Klientel ausgerichtet.

Die Erhebung und Förderung von Motivation ist ein zentrales Thema Sozialer Gesundheitsarbeit.

Bei der Entwicklung einer alltagsorientierten Umsetzung von Gesundheitskommunikation sind drei Dimensionen des Motivationsbegriffs von besonderer Relevanz (vgl. Kapitel 3.1): Nicht nur die Motivation zur Veränderung eines bestimmten Verhaltens (Veränderungsmotivation), auch die Motivation, überhaupt Hilfe oder Rat in Anspruch nehmen zu wollen („Therapie“motivation) und der Einfluss der Beratungsinteraktion auf die Motivation

(Beziehungsmotivation) sind von Bedeutung und sollten jeweils beachtet werden.

Studien zu extrinsischer und intrinsischer Motivation weisen außerdem darauf hin, dass Interventionen, die Autonomie und Selbstwirksamkeit des Gegenübers stärken, Erfolg versprechender und nachhaltig wirksamer sind als Strategien, die Verhaltensänderung durch Einflussnahme mit Hilfe von Sanktionen, sozialem Druck oder materiellen Belohnungen durchsetzen wollen.

Die Suchttherapeuten Miller und Rollnick haben in ihrem Ansatz des Motivational Interviewing (vgl. Kap. 3.1) die These entwickelt, dass für die Veränderung eines gesundheitsschädlichen Verhaltens die Klärung der Motivation entscheidend ist.

Motivation wird hier nicht als statische Größe im Sinne eines Persönlichkeitsmerkmals begriffen, sondern als multidimensionales Konstrukt, dem ein dynamischer Prozess zwischen

- der Haltung des Beraters und
- dem Klienten, seinen Bewertungen und Erwartungen sowie
- der Umwelt zugrunde liegt.

Ziel ihres Beratungsansatzes ist die Förderung von Motivation zur Veränderung eines gesundheitsschädlichen Verhaltens durch die Beachtung zweier Einflussfaktoren: der Beziehung zwischen Berater und Klient und der auf Seiten des Klienten vorhandenen Ambivalenz gegenüber einer Veränderung. Entsprechend geht der Ansatz davon aus, dass eine expertenorientierte Gesprächsführung zu Widerstand auf Seiten des Klienten führt und eine klientenzentrierte Haltung die Adressaten ermutigt, die eigenen Erfahrungen zu explorieren und eigene Lösungswege zu entwickeln. Dies Prinzip Motivierender Gesprächsführung knüpft an die Tradition klientenzentrierter Gesprächsführung an. Die zentrale Thematisierung von Ambivalenz weist jedoch darauf hin, dass eine empathische Gesprächshaltung nicht ausreichend ist bei der Behandlung von Problemen des Substanzmissbrauchs. Widerstreitende Gefühle lähmen die Motivation zur Veränderung, der Thematisierung von Ambivalenz kommt daher eine Schlüsselfunktion in der Beratung zu. Durch klärende Strategien kann Beratung dazu beitragen, Diskrepanzen zwischen Wunsch und Realität oder zwischen Lebenszielen und ak-

tuellem Verhalten zu lösen und auf dem Weg der Verhaltensänderung fortzuschreiten.

Motivierende Gesprächsführung ermutigt zu einem Dialog, der die Adressaten Sozialer Gesundheitsarbeit tatsächlich als Partner ernstnimmt, die selbst die eigentlichen Experten für ihr Verhalten sind. In Verbindung mit dem von Prochaska und Kollegen entwickelten Stadienmodell zur Verhaltensänderung (vgl. Kap. 3.2) kann ein berufsübergreifender Bezugsrahmen für Gesundheitskommunikation im Rahmen Sozialer Gesundheitsarbeit entwickelt werden. Das Stadienmodell hat sich als Ansatz zur Planung und Evaluation angepasster patientenorientierter Interventionen erwiesen und dient als ein pragmatisches Modell für die Strukturierung von Beratungsgesprächen in der Praxis.

Es beschreibt Motivation zur Verhaltensänderung als einen Prozess und sieht auch für die anfänglichen Stadien der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung unterstützende Interventionen vor. Es ermutigt dazu, Beratung umfassender zu begreifen als hilfreiche Kommunikation, die in der Lebenswelt und ihren Fragestellungen stattfindet.

Durch den Hinweis darauf, dass die entscheidenden Schritte bei einer Verhaltensänderung zunächst nicht nach außen sichtbar sind, weist das Stadienmodell auf Möglichkeiten der Frühintervention, die im Alltag ansetzen. Notwendig ist das Einüben von Strategien der Gesundheitskommunikation, die sensibel auf die einzelnen Phasen der Verhaltensänderung eingehen. Der Ratgebende kann anhand des Stadienmodells ein Gespür dafür entwickeln, welche Form der Intervention angemessen ist und welche nicht. Dies fordert Fachkräfte aus dem Sozial- oder Gesundheitswesen auf, die eigenen Zielsetzungen und Ansprüche an erfolgreiche Beratung kritisch zu überprüfen. Damit trägt es deutlich zur Entlastung bei, denn es erleichtert professionelles Handeln angesichts eines komplexen Handlungsfeldes, wie es die Soziale Arbeit darstellt.

Der in dieser Arbeit vorgestellte Ansatz der Motivierenden Kurzintervention integriert klientenzentrierte und direktive, lösungsorientierte Ansätze. Dies bietet die Chance, zwei verschiedenen Berufsbildern von Public-Health zugewiesenen Gesprächsstile zu vereinen. So lassen sich lösungsorientierte Ansätze eher in der Medizin oder der traditionellen Gesundheitsberatung verorten, während die klientenzentrierten Ansätze eher der Sozialen Arbeit zuzurechnen sind. In Fortbildungen zeigte sich, dass jeweils die bisher im

Berufsbild nicht ausreichend gewürdigte Seite notwendig war zur Entwicklung eines umfassenderen Konzeptes der Gesundheitskommunikation (vgl. Berg-Smith et al. 1999). So war es für Ernährungsberater, die bisher aktions- und lösungsorientiert gearbeitet haben, dringend notwendig, aktives Zuhören und Empathie zu üben beim Eingehen auf die ersten Stadien der Verhaltensänderung, während es für Fachkräfte Sozialer Arbeit von besonderer Relevanz ist, die bislang gewohnten empathische Haltung um lösungs- und zielorientierte Strategien zu ergänzen.

Die Übertragung Motivierender Kurzintervention in Arbeitsfelder Sozialer Arbeit setzt neue Akzente.

Die Übertragung von Ansätzen der Kurzintervention, wie sie bereits im Rahmen von Gesundheitskommunikation verwandt werden, in die Praxis der Sozialen Arbeit geschieht dabei 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 und 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 potentieller Nebenfolgen methodischen Handelns behalten, die in der Konzeptualisierung lösungsorientierter Beratung weitestgehend ignoriert werden.

Die Einbettung Motivierender Kurzintervention in den Rahmen lebensweltorientierter Sozialer Arbeit kann eine einseitig verhaltensorientierte Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen überwinden, indem sie die gesellschaftliche Genese sozialer Probleme und ihre je individuell konflikthafte Verarbeitung in den Beratungsprozess integriert und nach Möglichkeiten der Erschließung von Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen sucht.

Die Prinzipien Motivierender Kurzintervention verbinden eine empathische und respektvolle Haltung mit Formen von Provokation, beispielsweise durch die Aufdeckung von Diskrepanzen oder durch die offene Diskussion von Lebensperspektive und der Suche nach eigenen Zielsetzungen. Die Umsetzung der in dem Konzept der Lebensweltorientierung geforderten Balance zwischen Respekt und Provokation (vgl. Kapitel 2.3) wird hier möglich und konkret.

Soziale Arbeit agiert innerhalb sozialer Gruppen. Ein Konzept der Gesundheitskommunikation kann sich darum nicht einseitig auf die Interaktion zwischen zwei Personen beschränken. Gerade im Jugendalter hat die Gleichaltrigengruppe einen starken Einfluss auf die Ausprägung gesundheitsrelevanter Lebensstile. Dieser ist so gewichtig, dass er den Einfluss sozio-kultureller Herkunft teilweise relativieren kann (Richter 2005). 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 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 gruppen-unabhängige, eigenständige Meinung zu entwickeln. Die Motivation, Hilfe in Anspruch zu nehmen muss darum ebenso wie die Motivation zur Verhaltensänderung auch im Kontext der jeweiligen Gruppe betrachtet werden.

Jugendliche können eine eigenständige Meinung und Motivation umso eher entwickeln, je weniger sie angewiesen sind auf den Schutz einer restriktiven Gruppe, die den Ausdruck vielfältiger und gegensätzlicher Meinungen unterdrückt, dies bestätigen die Ergebnisse der Befragung ehemaliger Konsumenten im Rahmen der MOVE-Evaluation. 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.

Soziale Arbeit – hier insbesondere Einrichtungen der Jugendhilfe - spielt in diesem Prozess eine gewichtige Rolle, wenn sie die Identifikation mit einer neuen oder zusätzlichen Gruppe anbietet und fördert. Die Arbeit mit sozialen Gruppen als eine Form Sozialer Gesundheitsarbeit kann im Sinne moti-

vierender Gesundheitskommunikation einen Raum zur Einübung von Selbstreflexion und Risikokompetenz bieten.

Insgesamt zeigt die Evaluation des MOVE-Projektes, dass sich durch die Anwendung Motivierender Kurzintervention vielfältige Formen der alltagsnahen Gesundheitskommunikation ergeben. Durch die Sensibilisierung der Fachkräfte für gesundheitsbezogene Themen und ihre Ansprache im Alltagskontext wird die Handlungs- und Beratungskompetenz von Fachkräften der Sozialen Arbeit gesteigert und gewinnt an Profil.

MOVE ist eine proaktive Strategie, die auf die Zielgruppe zugeht. Im Gegensatz zu reaktiven Strategien ermöglicht diese aufsuchende Form der Umsetzung neue und niedrigschwellige 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.

Die Anwendung von Beratungsstrategien, die das Verhalten betreffen, soll nicht dazu verleiten, die sozio-strukturellen Faktoren außer Acht zu lassen. Bemühungen zur Veränderung von Einstellungen und Verhalten drängen die strukturellen Ungleichheiten, welche die gesundheitlichen Möglichkeiten der Menschen begrenzen in den Hintergrund. Ansätze der Verhaltensänderung müssen darum durch Programme gestützt werden, die die notwendigen Umweltbedingungen schaffen, damit die gesünderen Verhaltensalternativen zu den Leichtereren werden (WHO 1987).

Gleichzeitig darf gesellschaftliche Desintegration nicht mit individuellen Integrationsproblemen erklärt werden. Die Intervention in individuelle Lebensumstände ist der falsche Weg, wenn strukturell erzeugte Probleme auf einer systemischen Ebene sozialpolitisch bearbeitet werden müssen (Baum 2003). Diese ganzheitliche Sicht nicht außer Acht zu lassen, ist eine Chance der interdisziplinären Kooperation.

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass es in der Praxis Projekte der intersektoralen Zusammenarbeit gibt, die für die Herausforderungen einer qualitativ verbesserten Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts richtungsweisend sind. Gemeinsam können Handlungsansätze entwickelt werden, die für die Erfordernisse bislang benachteiligter Zielgruppen passend sind. Abschließend sollen darum Qualitätskriterien für die Entwicklung weiterer Konzepte Sozialer Gesundheitsarbeit zusammengefasst werden, die sich aus den Evaluationsergebnissen des hier beschriebenen Kooperationsprojektes von Jugendhilfe und Suchtprävention ergeben:

Qualitätskriterien für Projekte Sozialer Gesundheitsarbeit

➤ Intersektorale und interdisziplinäre Kooperation

Von der Konzeption über die Durchführung bis zur Etablierung der jeweiligen Maßnahme sollte eine partnerschaftliche und respektvolle Zusammenarbeit der einzelnen Professionen angestrebt werden, die unterschiedliche Sicht- und Herangehensweisen wahrnimmt und würdigt. Die scheinbare Selbstverständlichkeit dieses Vorgehens ist angesichts der Hierarchisierung der verschiedenen Herangehensweisen – medizinisch-biologisch vor psychologisch-therapeutisch vor sozial-alltagsbezogen – nicht ohne Weiteres gegeben und sollte offen thematisiert werden.

Hinderlich für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit sind nicht selten unterschiedliche „Glaubenssysteme“ und unterschiedlich verwandte Begrifflichkeiten, die den Dialog polarisieren und Kooperation erschweren. Ein konzeptioneller und pragmatischer Dialog, der nach einheitlichen konzeptionellen Formulierungen und Zielsetzungen von global orientierten Begriffen wie Prävention, Gesundheitsförderung und Lebensweltorientierung sucht, kommt allen Beteiligten zugute.

➤ Berücksichtigung aller relevanten Zielgruppen und ihrer Perspektive

Ein Qualitätsmerkmal lebensweltorientierter Maßnahmen ist es, dass alle beteiligten Zielgruppen, ihre Handlungsmuster und Sichtweisen ausreichend gewürdigt werden. Demnach muss sich jede Maßnahmen an der Präzision ihrer Adressatenorientierung messen lassen. In der Durchführung und Evaluation Sozialer Gesundheitsarbeit muss darum nach Formen der Partizipa-

tion gesucht werden, die die Generierung von Ergebnissen als Dialog verstehen. Hier bietet sich die Verwendung von Methoden qualitativer Forschung an.

➤ **Dokumentation von Alltagshandeln**

Forschung und Evaluation Sozialer Gesundheitsarbeit muss ihren Fokus auf die vielfältigen Formen der Umsetzung im Alltag richten und geeignete Instrumente finden, ein von strukturierter Offenheit geprägtes Handlungskonzept und seine Ergebnisse abzubilden. Dies kann zu einem deutlich verbesserten Transfer von Ergebnissen und Arbeitserfahrungen in dem komplexen Feld der Gesundheitsförderung beitragen. Eine verbesserte Strukturierung, Dokumentation und Evaluation bietet außerdem die Chance, Gesundheitskommunikation außerhalb eines engen formalisierten Kontextes aufzuwerten und die vielfältigen Erfahrungen Sozialer Arbeit mit einer lebenswelt- und ressourcenorientierten Form der Beratung innerhalb offener, niedrighschwelliger Settings besser auch nach außen zu kommunizieren. Dies schließt insbesondere auch die Dokumentation von Ansätzen ein, die sich auf die milieuspezifische Umsetzung Sozialer Gesundheitsarbeit in Gruppen und Stadtteilen beziehen.

➤ **Sicherung von Nachhaltigkeit**

Aus Sicht Sozialer Gesundheitsarbeit erscheint es ausgesprochen fragwürdig, einzelne Präventionsprogramme für bestimmte Zielgruppen ohne Anbindung an bestehende Netzwerke für einen kurzen Zeitraum zu finanzieren, während die Soziale Arbeit vor Ort massiven Stellenkürzungen ausgesetzt ist. Eine lediglich themen- oder zielgruppenspezifische Mikroprävention, die sich auf ein isoliertes Problem unabhängig von lebensweltlichen Kontexten konzentriert, ist abzulehnen, da damit kaum mehr als traditionelle Fall- bzw. Symptombearbeitung betrieben wird.

Soziale Gesundheitsarbeit muss stattdessen einhergehen mit der eindeutigen Forderung nach ausreichend Ressourcen für den Aufbau und Erhalt intersektoraler und interdisziplinärer Kooperation, die nachhaltige Konzepte einer integrierten psychosozialen Versorgung und Gesundheitsförderung entwickelt und umsetzt. Nur so können die Herausforderungen des Themas Soziale Ungleichheit und Gesundheit nachhaltig und umfassend angegangen werden.

Literaturverzeichnis

- 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, S.224-230.
- Babor, T.F.; Higgins-Biddle, J.C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. In: *Addiction*, 95, S.677-686.
- Badura, B. (1999). Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – Was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben? In: *Badura und Siegrist (Hrsg.)*, S.15 -42.
- Badura, B.; Siegrist, H. (Hrsg.) (1999). *Evaluation im Gesundheitswesen*. München: Juventa.
- 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, S.974-979.
- Balch, G.I. (1998). Exploring Perceptions of Smoking Cessation among High School Smokers: Input and Feedback from Focus Groups. *Preventive Medicine* 27, S. A55-A63.
- Bamberger, G.G. (1999). *Lösungsorientierte Beratung*. Weinheim: Beltz.
- Barth, J. (2000). Evaluation von Suchtprävention. In: *Schmidt und Hurrelmann (Hrsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik*. S.67 –87. Opladen: Leske und Budrich.
- Baum, D. (2003). Zum Verhältnis von Prävention und Intervention. In: *Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Jugendschutz*. 3, S.94-106.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft*. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp
- Berg-Smith, S.M.; Stevens, V.J.; Brown, K.M.; Van Horn, L.; Gernhofer, N.; Peters, E.; Greenberg, R.; Snetselaar, L.; Ahrens, L.; Smith, K. (1999). A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. In: *Health education research*. 14 (3), 399-410.
- Bien, H.; Miller, W.R. & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. In: *Addiction*, 88, S.315-336.
- Borg-Laufs M.; Vogel, H. (2000). Evaluation strukturierter Verhaltenstherapieweiterbildungen. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32 (3), S. 441-452.
- Borg-Laufs, M. (2004). Verhaltensberatung nach dem kognitiv-behavioristischen Modell. In: *Nestmann, Engel und Sickendiek (Hrsg.) Das Handbuch der Beratung, Band 2*. S. 629-640. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borsari, B.; Carey, K.B. (2000). Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. In: *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, S.733-740.
- Bortz, J.; Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Brezing, H. (2000). Welche Bedürfnisse haben Anwender(innen) und wie werden sie in der Forschung abgedeckt? In: *Hager, Patry und Brezing (Hrsg.) (2000) S.8-14*.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BzgA.
- Burke, B.L.; Arkowitz, H.; Dunn, C.(2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations. In: Miller und Rollnick (2002) (Hrsg.)S ?
- 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.
- Cienfuegos,F.(2002). Das therapeutische Einwirken im sozialpädagogischen Beratungsprozess: Eine interdisziplinäre Gratwanderung. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Nr. 5, S. 333-339.
- 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, S. 574 – 578.
- Compton, P.; Monahan, G. (1999). Motivational Interviewing : An effective brief intervention for alcohol and drug abuse patients. In: *The nurse practitioner*, 24, S.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, Nr. 6; S. 1024 – 1037.
- Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. In: *Sucht*, 47, S. 171-188.
- Dewe,B.; Scherr, A. (1990). Beratung und Beratungskommunikation. In: *Neue Praxis*, Heft 6; S.488-499
- Diener, E.-M.; Suter, T.; Somaini, B. (1999). Computergestützte Interventionsprogramme: Entwicklung, Wirksamkeit und Umsetzung. In: Keller 1999, Freiburg, Lambertus, S:
- DiClemente, C.C. (1991). Motivational Interviewing and the stages of change. In: Miller und Rollnick (Hrsg.) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, S.191-202. New York: Guilford Press.
- DiClemente,C.C.; Velasquez;M.M. (2002). Motivational Interviewing and the stages of change. In: Miller, W.R.; Rollnick, S.; *Motivational interviewing: preparing people for change*. Second edition. New York, Guilford Press.
- Emmons, K.M.; Rollnick, S.(2001): Motivational Interviewing in health care settings – opportunities and limitations. *American Journal of preventive medicine*. 20 (1), S.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, S.316 –324.

Literaturverzeichnis

- Farke, W.(1999).Die Situation suchtgefährdeter Jugendlicher – Ergebnisse einer Szenebefragung. In:Freitag und Hurrelmann (Hrsg.). Illegale Alltagsdrogen. Weinheim: Juventa, S.157 - 167.
- Farke,W. und Broekman, A. (2002). Drogenkonsum aus Sicht suchtgefährdeter Jugendlicher – Prävalenz und Bedarf an Hilfe. In: Farke, Graß und Hurrelmann (Hrsg.), Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme, S. 6-17.
- Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. Hannover (2004). Stellungnahme zum Drogenkonsum Jugendlicher an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Suchthilfe. Unter www.dialog-jugendhilfe-drogenhilfe.de am 22.09.2004.
- Franzkowiak, P. (1996). Risikokompetenz – Eine neue Leitorientierung für die primäre Suchtprävention? Neue Praxis, 5, S. 409 -425.
- Franzkowiak, P.(1998). Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit zwischen Public Health und Gesundheitswissenschaft. In: Neue Praxis, 2, 171-179.
- Franzkowiak, P. (2003). Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung. In: Prävention 26/1; S. 25 – 28.
- Freund, Th.; Lindner, W. (Hrsg.), (2000). Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit, Opladen: Leske und Budrich.
- Freitag, M. (1999). Suchtprävention am Beispiel von Ecstasy und Partydrogen. In: Freitag und Hurrelmann (Hrsg.). Illegale Alltagsdrogen, S. 81-118. Weinheim und München: Juventa.
- Gantner, A. (2003) Cannabis – vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. In Farke, Graß und Hurrelmann. Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme, Stuttgart.
- Gängler, H.; Rauschenbach, T. (1996). „Sozialarbeitswissenschaft“ ist die Antwort. Was aber war die Frage? In Grunwald, Ortmann et al., a.a.O.
- Geiling,W. (2002). Möglichkeiten und Grenzen lösungsorientierter Beratung und Therapie. In: Neue Praxis, 1, S.77-94.
- Gmel, G.; Rehm, J.; Frick, U. (2003): Trinkmuster, Pro – Kopf – Konsum von Alkohol und koronare Mortalität. In: Sucht 49 (2), S. 95 – 104.
- Grunwald, K.; Ortmann, F.; Rauschenbach, T.; Treptow, R. (Hrsg.) (1996). Alltag, Nicht-Alltägliches und die Lebenswelt – Beiträge zur lebensweltorientierten Sozialpädagogik. Weinheim: Juventa.
- Grunwald, K.; Thiersch, H. (2001): Lebensweltorientierung. In: Otto und Thiersch (Hrsg.). Handbuch Sozialarbeit / Sozialpädagogik, S. 1136 – 1148.
- Grossmann,R.; Scala,K. (2003). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BzGA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 4.Auflage. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.

Literaturverzeichnis

- Grossmann, R.; Scala, K. (2001) Gesundheit durch Projekte fördern. 3. Auflage. Weinheim: Juventa.
- Gütlich, V.; Heidenreich, T.; Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 30, S. 421-432.
- Hager, W. Patry & Brezing, H. (2000) (Hrsg.) Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen Göttingen: Verlag Hans Huber.
- 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.
- 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. S.81-92.
- Heckhausen, H. (2003). Motivation und Handeln. 2. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Heather, N. (1996). The public health and brief interventions for excessive alcohol consumption: The british experience. In: Addictive Behavior, 21. S. 857 – 868.
- Heiner, M. (2001A). Psychosoziale Diagnostik. In: Otto und Thiersch (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, S. 253 – 265.
- Heiner, M. (2001B). Evaluation.. In : Otto/Thiersch (Hrsg.), Handbuch Sozialarbeit /Sozialpädagogik, S. 481 – 495.
- Holder, H.; Blose, J.O. (1992). The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: A 14-year longitudinal study. In: Journal of studies on alcohol, 53. S. 293 – 302.
- Holder, H.; Longabaugh, R.; Miller, W.R.; Rubinos, A.V. (1991). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. In: Journal of studies on alcohol, S. 517-539.
- 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), S.999-1013.
- Hollweg, K.J. (2000). Rückfallprophylaxe und Umgang mit Rückfällen in der Arbeit mit drogenabhängigen und suchtfährdeten Jugendlichen. In: Sucht, 46, S.268-275.
- Horch, K.; Bergmann, E. (2003): Calculation of costs of alcohol – related diseases. In: Bundesgesundheitsblatt, Vol. 46, Nr. 8, S. 625 – 635.
- Horner, S. (2000): Focus on research methods using focus group methods with middle school children. In: Research in nursing and health, 23, S. 510 – 518.

- Hornstein, W. (2000). Was soll Jugendarbeit? In: Freund, Th.; Lindner, W. (Hrsg.), S. 15 –50.
- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.
- Hurrelmann, K.; Leppin, A. (Hrsg.) (2001). Moderne Gesundheitskommunikation. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, K.; Laaser, U. (2003). Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K.; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens – Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitsurvey - Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim und München: Juventa.
- Hüsgen, H.-A. (2003). Drogenpolitik und Drogenprävention in der Entwicklung. In: Prävention, 26,1, S. 13 – 17.
- Jerusalem, M.; Klein – Heßling, J.; Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11 (3); S.247 – 261.
- John, U. Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden, Nomos.
- 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, S. 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. In: Sucht, 48 (4); S. 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), In: Sucht, 48 (3); S. 209 -216.
- Jordan, E.; Sengling, D. (2000). Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim, Juventa.
- Kähnert, H.; Bauer, U.; Hurrelmann, K. (2005). Suchtprävention und Schule. In: Pädagogik H.2; S. 6-9.
- Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. (3. Aufl.) . Heidelberg: Springer.
- Kammerer, B. (1999). Jugend Sucht Hilfe – Sekundärprävention in der Jugendhilfe. Nürnberg, emwe-verlag.

Kean, S. (2000). Focus group interviews: A qualitative research approach for nursing. In: *Pflege*, 13, S. 145 – 151.

Keller, S. (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung – das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kleve, H. (1999). Soziale Arbeit und Ambivalenz – Fragmente einer Theorie postmoderner Professionalität. In: *Neue Praxis*, 4; S. 368 – 382.

Kleve, H.; Ortmann, K. (2000). Sozialarbeitswissenschaft und Sozialmedizin – ein bezugswissenschaftliches Verhältnis. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*. H.3, S.114-117.

Körkel, J.; Veltrup, C. (2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. In: *Sucht*, 4, S.115-124.

Körkel, J.; Drinkmann, A. (2002). Wie motiviert man unmotivierte Klienten? In: *Sozialmagazin*, 27 (10), S. 26-34.

Kolip, P. (1999). *Programme gegen Sucht*. Weinheim und München: Juventa.

Kremer, G. (2003): Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. In: *Suchttherapie* H. 4. S. 125 -131.

Kremer, G., Dormann, S., Wienberg, G., Pörksen, N., Wessel, T., Rüter, E. (1998). Erkennung und Behandlung von PatientInnen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: *Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen*. Band 106, Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden. Nomos.

Kremer, G. (2003). Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. In: *Suchttherapie*, 4. S. 125 -131.

Laaser, U.; Hurrelmann, K.; Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: *Hurrelmann und Laaser (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften*, S. 176 – 206. Weinheim, Beltz.

Laging, M. (2005). *Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Lamnek, S. (1989). *Qualitative Sozialforschung, Band.2. Methoden und Techniken*; Weinheim und München: Juventa.

Lamnek, S., (1998): *Gruppendiskussion – Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz.

Langness, A.; Richter, M.; Hurrelmann, K. (2003): Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Hurrelmann et al.(Hrsg.). Jugendgesundheitssurvey*. Weinheim: Juventa. S. 301 – 334.

Leppin, A. (2001). Informationen über persönliche ,Gefährdungen als Strategie der Gesundheitskommunikation: verständigung mit Risiken und Nebewirkungen. In: Hurrelmann und Leppin (Hrsg.) *Moderne Gesundheitskommunikation*. S. 107 – 128.

Leitner-Sautter, A.; Kern, A.; Kruggel, S. (2001): Zwischen den Stühlen – Der Fall Martin Oder: Wie funktioniert die Zusammenarbeit der Jugendhilfe mit der Suchthilfe? In: *Sozialmagazin* 26,11, S. 12-19.

Levenberg, P.B. (1998). GAPS: An opportunity for nurse practioners to promote the health of adolescents through clinical preventive services. In: *Journal of pediatric health care*, 1, (2). S. 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, S. 18-31.

Lindner, W. (2003). Prävention: Magie und Mythos oder: Des Kaisers neue Kleider. In: *Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Jugendschutz*. 3, S.82-85.

Lüders, C. (1995). Prävention in der Jugendhilfe – Alte Probleme und neue Herausforderungen. In: *Diskurs*, 1. S. 79-81.

Lüders, C. (2003). Jugendhilfe und Prävention. In: *Kind Jugend Gesellschaft – Zeitschrift für Jugendschutz*. 3, S. 82 –85.

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. In: *Addiction*, 98, S.685-692.

Mackowiak, K. (1999). Motivations- und Beziehungsaufbau in der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Borg-Laufs, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: dgvt-Verlag

Malone, R.E.; Yerger, V.; Pearson, C. (2001). Cigar Risk Perceptions in Focus Groups of urban african american youth. In: *Journal of Substance Abuse* 13, S. 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, S. 604 – 615.

Marzinzik, K.; Gass, H.-J.; Schmidt, B. (2001). Motivierende Kurzintervention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen. In: *Prävention*. 24. Jhrg. H.4, S.114-115.

Meenaghan, T.M. (2001). Exploring possible relations among social sciences, social work and health interventions. In: *Behavioural and social sciences in 21th century health care*. The Harword Press.

Migneault, J.P.; Pallonen, U.E.; Velicer, W.F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. In: *Addictive behaviours*, 22, S.339 – 351.

Literaturverzeichnis

- Miller, W.R., Rollnick, S.(1991). Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior. New York, The Guilford Press, (Dt. Ausgabe 1999: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i.Br., Lambertus).
- Miller, W.R., Rollnick, S.(2002). Motivational interviewing – preparing people to change addictive behavior (vollständig überarbeitete Neuausgabe). New York, The Guilford Press.
- Miller,W.R. (1996). Motivational Interviewing. Research, Practice and Puzzles. In: Addictive behaviors, 21. S. 835 – 842.
- 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. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Mittag, W. ; Hager, W. (2000) Ein Rahmenkonzept zur Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. In: Hager, Patry & Brezing (Hrsg.) Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen Göttingen, S.102-127.
- Mittag, W.; Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In: Schwarzer (Hrsg.). Gesundheitspsychologie. S.595-611.
- Müller, B.; Münch, E.; Badura, B. (1997). Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Weinheim, Juventa.
- Morgan, D.L.; Krueger, R.A. (1998). The focus group kit. Thousand Oaks, Sage.
- Monti, P.; Colby, S.M.; Barnett, N.P.; Spirito, A.; Rohsenow, D.J.; Myers, M.; Woorlard, R.; Lewander, W. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol – positive older adolescents in a hospital emergency departement. Journal of consulting and clinical psychology. 67, S. 989-994.
- 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. In: Addiction 97: 279-292.
- 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. In: Addiction 97: 279-292.
- Moyers,T.B.; Rollnick,S.(2002). A motivational perspective on resistance in psychotherapy.In: Psychotherapy in Practice, Vol. 58(2), 185 – 193.
- Moyers, T.B.; Yahne, C.E. (1997). Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. In: Journal of substance misuse, 3. S. 30-33.
- Mühlum,A.; Franzkowiak,P.; Köhler-Offierski,A.; Paulus,P.;Zurhorst,G. (1998). Soziale Arbeit und Gesundheit – Eine Positionsbestimmung des Arbeitskreises Sozialarbeit und Gesundheit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 5, 116-121.
- Müller, B. (2001): Prävention – Verhindern und Befähigen. Versuch zur Entwirrung eines Begriffs. In: Neue Praxis, H. 3, S. 287 – 295.

Münchmeier, R.; Ortmann, F. (1996). Soziale Arbeit im Wandel der Moderne. In Grunwald et al. (Hrsg.)

Münder, J. (1999). Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG /SGB VIII, 3. Aufl.. Votum-Verlag, 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. Tübingen: DGVT-Verlag.

Nutbeam, D. (1999). Umfassende Ansätze zur Tabakprävention im Jugendalter. In: Kolip, (Hrsg.) Programme gegen Sucht. S. 248 – 260.

Ortmann, K.-H.; Schaub, H.-A. (2003). Zu den Beziehungen zwischen Sozialarbeit und Gesundheitswissenschaften. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11,1. S. 80-92.

Otto, H. U.; Thiersch, H. (Hrsg.) (2001). Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2.völlig überarbeitete Auflage. Neuwied: Luchterhand.

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. In: Addictive Behaviors, 23, S. 303-324.

Pallonen, U.E. (1998). Transtheoretical measures for adolescent and adult smokers: similarities and differences. In: Preventive Medicine, 27. S. A 29 – A 38.

Pfaffenberger, H. (Hrsg.) (2001): Identität – Eigenständigkeit – Handlungskompetenz der Sozialarbeit / Sozialpädagogik als Beruf und Wissenschaft. Münster; Hamburg; London.

Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. (1982) : Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, research and practice, 19, S.276 – 288.

Prochaska, J.O. (1996). A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. Addictive behaviour, 21, S. 721-732.

Prochaska, J.O.; Prochaska, J.M. (1999). Why don't continents move ? Why don't people change? In: Journal of Psychotherapy Integration, 9. S.83-102.

Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. (1997). Misinterpretations and misapplications of the transtheoretical model. In: American Journal of Health Promotion, 12. S.11-12.

Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. (2000). The transtheoretical model of health behavior change. In: American Journal of Health Promotion, 12, S. 38 –47.

Puhl, R.; Löcherbach, P. (2002). Systemtheorien und Soziale Arbeit. Ein Zwischenstand. Sozialmagazin, 27. Jhrg. 10., S.36-47.

Literaturverzeichnis

- Reese, A.; Silbereisen, K. (2000). Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten. In Freund & Lindner: Prävention. Leske & Budrich. Opladen.
- 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), S.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.; Motivational interviewing: preparing people for change. Second edition. New York, Guilford Press.
- Reismann, H. (2001). 10 Jahre KJHG: Wende von der obrigkeitsstaatlich orientierten zur dienstleistungsorientierten Jugendhilfe. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, H.2; S.49-53.
- Rosenbrock, R. (1998). Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann und Laaser (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, S.707-752.
- Rosenbrock, R. (2004). Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. In: *Zeitschrift für Evaluation*, , S. 71-80.
- Rost, J. (2000): Allgemeine Standards für die Evaluationsforschung. In: Hager, Patry und Brezing (Hrsg.). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen*. S.129-140.
- 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. In: *Journal of Adolescent Health* 25, pp371-378.
- Richter, M. (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Richter, M.; Hurrelmann, K. (2004). Sozioökonomische Unterschiede im Substanzkonsum von Jugendlichen. In: *Sucht* 50 (4), S. 258 – 268.
- Richter, M.; Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In : Hurrelmann et al. (Hrsg.) *Jugendgesundheitsurvey*. S. 99 – 158.
- Riggs, S.G.; Alario, A.J. (1989). Adolescent Substance Use. Instructor's guide. In: C.E. Dube, M.G. Goldstein, D.C. Lewis, E.R. Myers, W.R. Zwick (Hrsg.) *The Project ADEPT Curriculum for primary physician training*. Providence; Project ADEPT, Brown University.
- 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. In: *Journal of alcohol and drug education*, 41, S.80 – 90.
- Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21, S.95 – 103.
- Rogers, C.R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. 11. Auflage 2004, Fischer Taschenbuch Verlag Frankfurt a.M.

Rollnick, S.; Butler, C.C.; Stott, N. (1997). Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. In: Patient education and counselling. 31, S. 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, S.25-37.

Rollnick,S.(2000). Consultations about behaviour change. In: Medicine (Medicine Publishing Company LTD.), S.26-28.

Rollnick,S.; Allison,J.; Ballasoites,S.; Barth,T.; Butler,C.C.; Rose,G.S.; Rosengren,D.B. (2002). Variations on a Theme – Motivational Interviewing and its adaptations. In: Miller and Rollnick 2002. New York Guilford Press.

Rossi, P.H.; Freeman, H.E.; Hofmann, G. (1988). Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke.

Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; Meyer,C.; John, U. (1999). Motivationale Grundlagen für die Sekundärprävention von Alkoholabhängigkeit in unterschiedlichen Populationen. . In: Keller (Hrsg.) Motivation zur Verhaltensänderung. S. 57 –66.

Rumpf, H.-J.; Hapke, U.; Meyer,C.; Bischof, G.; John, U.(2001). Die Rolle von Motivation und neuen Formen der Kurzintervention in der betrieblichen Suchthilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Arbeit. S.189 – 199. Freiburg i.B., Lambertus.

Sachse, R. (1992): Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. Hogrefe.

Saunders,B.; Wilkinson,C.; Phillips,M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. In: Addiction 90; S. 415 – 424.

Schmidt,B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Schmidt, B. (2000). Sucht- und Drogenpolitik als Baustein von Public Health. In: Schmidt und Hurrelmann (Hrsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik, S. 339-368.

Schmidt.,B.; Hurrelmann, K. (Hrsg.) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske und Budrich.

Schneider,M. (2004). Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. In: Sucht, 50 (5), S. 309 – 319.

Schröer, W.; Struck, N.; Wolf, M.(2002). Handbuch Kinder und Jugendhilfe. Weinheim: Juventa.

Schwarting, F. (1999). Von blinden Flecken, Hinkefüßen und übersehenen Möglichkeiten – Wie können Mitarbeiter/-innen der Jugendhilfe mit Suchtmittelkonsumierenden arbeiten? In: Kammerer, B. (Hrsg.) Jugend Sucht Hilfe. S. 62 -85.

Literaturverzeichnis

Schwarting, F. (2000). Zwischen Wunsch und Wirklichkeit – zum alltäglichen Umgang mit alkoholkonsumierenden Mädchen und Jungen in Einrichtungen der Jugendhilfe. In: Forum für Kinder- und Jugendarbeit, 4, S.44-51.

Schubiner, H.; Herold, A.; Hurt, R. (1998). Tobacco cessation and youth: the feasibility of brief office interventions for adolescents. In: Preventive Medicine, 27. S. 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. In: Aids education and prevention, 5 (2), S.162-173.

Stegmann, M. (2000): Replik: Prävention ist keine Jugendarbeit...aber Prävention ist Bestandteil von Jugendarbeit. In: Sozialmagazin 25. Jhrg., H.4, S. 50 – 55.

Sting, S. (1999). Suchtprävention als Bildungsaufgabe – Perspektiven für die außerschulische Jugendarbeit. In: Neue Praxis, 5. S.490 – 499.

Sturzenhecker, B. (2000): Prävention ist keine Jugendarbeit. Thesen zu Risiken und Nebenwirkungen der Präventionsorientierung. In: Sozialmagazin, 25. Jhrg., H.1, S.14 – 21.

Stimmer, F.(2000). Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. Kohlhammer Stuttgart.

Sting, S. (1999). Suchtprävention als Bildungsaufgabe – Perspektiven für die außerschulische Jugendarbeit. In: Neue Praxis 5, S.498 –507.

Sting, S. (2002). Gesundheit. In: Schröer, Struck und Wolf (Hrsg.), Handbuch Kinder und Jugendhilfe, S. 413 – 426.

Sussmann, S.; Dent, C.W.; Severson, H.; Burton, D.; Flay, B.R. (1998). Self- initiated quitting among adolescent smokers. In: Preventive Medicine, 27, S. A29-A38.

Sutton, S.(2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. In: Addiction, 96, S. 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,S.337-346.

Thiersch, H. (1992). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Weinheim, Juventa.

Thiersch, H. (2002). Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung. Weinheim: Juventa.

Thiersch, H. (2004). Lebensweltorientierte Soziale Beratung. In: Nestmann, Engel und Sickendiek (Hrsg.) Das Handbuch der Beratung, Band 2. S. 690 – 701.

Thole, W. (Hrsg.) (2002). Grundriss Soziale Arbeit. Opladen: Leske und Budrich.

Thole, W. (2002). Soziale Arbeit als Profession und Disziplin. In: Thole (Hrsg.) (2002). S.13 – 60.

Literaturverzeichnis

- Tober, G. (1991). Motivational interviewing with young people. In: Miller und Rollnick (Hrsg.) *Motivational Interviewing. Preparing people to change*. S.248-259. New York: Guilford Press.
- Tossman, P. (2004). Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf? In: *Sucht* 50 (3); S. 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. In: *Health and social work*, 27(3), S.208-212).
- Uhlendorff, U. (2002). Sozialpädagogische Diagnosen in der Jugendhilfe. In: Thole (Hrsg.) (2002), S. 577 - 588.
- 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. In: *Addictive behavior*, 20.S.299-320.
- Velicer, W.F.; Rossi, J.S.; Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. (1996). A criterion measurement model for health behavior change. In: *Addictive behavior*, 21. S.555-5834.
- 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. In: *Homeostasis*, 40(5) S.174-195.
- Vogt, I. (2003). Fachlichkeit der Sozialen Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 4, S.138-141
- Von Knesebeck, O.; Zamora, P.; Rugulies, R. (1999). Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur „Ortsnahen Koordination der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: Badura und Siegrist.(Hrsg.) *Evaluation im Gesundheitswesen*. S. 163 – 178.
- Von Spiegel, H. (2004). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. München, Ernst Reinhardt Verlag.
- Wagner, R.F. (2004). Integrative Beratungsansätze. In: Nestmann, Engel und Sickendiek (Hrsg.) *Das Handbuch der Beratung*, Band 2. S. 663 – 674. Tübingen: DGVT-Verlag.
- 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, S.695 – 718.
- Wegehaupt-Schlund, H. (1998). Jugend und Drogen – Perspektiven der Jugendhilfe. In: *Diakonie. Theorien – Erfahrungen – Impulse*. 3, S.179 –181.
- Winters, K.C.; Latimer, W.W.; Stinchfield, R. (2001). Assessing adolescent substance use. In: E.F. Wagner; Waldron, H.B. (Hrsg.) *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Oxford: Pergamon, S. 1 – 29.
- World Health Organization (WHO) (1986): *Ottawa Charta for Health Promotion*. *Canadian Journal of Public Health* 77, pp 425-430.

Literaturverzeichnis

Zimmermann, P.; Mühlig, S.; Sonntag, D.; Bühringer, G.; Wittchen, H.-U. (2004). Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders. In: Sucht 50 (5), S. 334-342.

Anhang

1. Überblick über das Kurrikulum zur „Motivierenden Kurzintervention in der Schwerpunktprävention mit konsumierenden Jugendlichen“ (MOVE)
2. Interviewleitfaden Fokusgruppe
3. Fragebögen der Teilnehmerbefragung Nr. 1 – 3

GINKO – Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung in Nordrhein-Westfalen

Move- Motivierende Kurzintervention in der Schwerpunktprävention mit konsumierenden Jugendlichen“ Übersicht über das Curriculum

<p>1. Tag</p>	<p>Baustein 1</p> <p><u>Einführung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennenlernen ▪ Einführung <i>Motivierende Kurzintervention</i> ▪ Überblick über das Curriculum 	<p>Baustein 2</p> <p><u>Eigene Haltung zu Drogenkonsum</u></p>	<p>Baustein 3</p> <p><u>Veränderung ist ein Prozess</u> (Transtheoretisches Modell - TTM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einführung in das Stadienmodell 	<p>Baustein 4</p> <p><u>Motivierende Kurzintervention: Umgang mit Ambivalenzen</u></p>
<p>2. Tag</p>	<p>Baustein 5</p> <p><u>Hintergrundwissen zu Drogenkonsum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erklärungsmodell ▪ Entwicklungsaufgabe ▪ Substanzen 	<p>Baustein 6</p> <p><i>Motivierende Kurzintervention:</i> <u>Empathie und Aktives Zuhören</u></p>	<p>Baustein 7</p> <p><i>Motivierende Kurzintervention:</i> <u>Mit Diskrepanzen umgehen</u></p>	<p>Baustein 8</p> <p><i>Motivierende Kurzintervention:</i> <u>Einsteig ins Gespräch – Mit Widerstand umgehen</u></p>
<p>3. Tag</p>	<p>Baustein 9</p> <p><u>Rechtliche Grundlagen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BtmG ▪ Drogen im Straßenverkehr ▪ Auswirkungen auf päd. Interventionen ▪ Konsequenzen 	<p>Baustein 10</p> <p><i>Motivierende Kurzintervention:</i> <u>Entscheidung treffen / Verbindlichkeit stärken</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziele ▪ Pläne ▪ Skalen 	<p>Baustein 11</p> <p><u>Umsetzung in die Praxis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeiten und Grenzen des Ansatzes ▪ Weiterführende Hilfen und Kooperation 	<p>Baustein 12</p> <p><u>Abschluss und Ausblick</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexion und Auswertung der Fortbildung

Interviewleitfaden Fokusgruppe

TeilnehmerInnen

- 3-6 Jugendliche, die Erfahrung mit Alkohol- und Drogenkonsum haben bzw. aktuell (riskant) konsumieren
- 1 Moderatorin (führt das Gespräch anhand des Leitfadens)
- 1 Beobachter / Beobachterin aus der Projektgruppe (beobachtet das Gespräch, insbesondere die Gruppendynamik, achtet darauf, dass alle zu Wort kommen, ergänzt mit spontanen Gesprächsbeiträgen oder auf Rückfragen der Jugendlichen)

Vorstellung des Anliegens

„Ich bin Mitarbeiterin der Universität Bielefeld und arbeite zusammen mit X (BeobachterIn) im Projekt MOVE. Uns geht es darum, wie Jugendliche, die Alkohol oder Drogen konsumieren, beraten werden möchten, falls es mal Probleme mit dem Konsum gibt. Darum interessiert uns heute Eure Meinung zu folgendem Thema: Wie geht Ihr selbst mit Alkohol und Drogen um und welche Hilfe wünscht Ihr Euch, wenn es mal Probleme gibt?“

Wir nehmen die Diskussion mit Tonband auf. Natürlich sollen Eure Informationen vertraulich und anonym behandelt werden, darum bitte ich Euch, Euch einen Phantasienamen auszudenken und Euch jetzt mit diesem Namen vorzustellen. Dazu sagt bitte Euer Alter und euren Traumberuf, also was ihr am liebsten werden würdet, unabhängig davon, ob ihr das schafft oder nicht.“

Leitfragen

1. Konsumerfahrung:

- Erzählt mir bitte einmal: Wie geht ihr mit Alkohol und Drogen wie Haschisch oder Ecstasy um?
- Was nehmt ihr? Wieviel? Allein oder in der Gruppe? Bei welchen Gelegenheiten? (wann und wo viel? Wann und wo wenig bzw. gar nicht)
- Wann habt ihr zum ersten Mal Alkohol oder Drogen ausprobiert?

2. Bewertung des eigenen Konsums und Änderungsbereitschaft

- Welchen guten Erfahrungen habt ihr mit Alkohol oder Drogen? Was gefällt Euch daran, Alkohol zu trinken oder Gras zu rauchen?
- Habt ihr auch schon einmal schlechte Erfahrungen gemacht, wenn ihr Alkohol getrunken habt oder Drogen genommen habt?
- Könnt ihr Euch vorstellen, dass ihr etwas an eurem Konsum ändert?
- Was bräuchte es / was müsste passieren, um etwas am Konsum zu ändern?

3. Erwartungen an Beratung und Unterstützung

- Wenn ein guter Freund von Euch mal Probleme bekommt, die mit seinem Konsum zu tun haben, was würdet ihr ihm raten? Zu wem schickt ihr ihn?
- Wenn es mal Probleme gibt, die mit eurem Konsum zu tun haben: Zu wem geht ihr zuerst?

- Habt ihr schon mal erlebt, dass ihr gut beraten und verstanden worden seid? Erzählt ein Beispiel.
- Habt ihr schon einmal eine schlechte Erfahrung mit Beratung gemacht? Hat jemand euch einen schlechten Rat gegeben?
- Wie verhält sich ein guter Berater?
- Was tut er oder sie? Bitte beschreibt einfach mal euren optimalen Berater /Beraterin.
- Wo und wie sollte eine gute Beratung stattfinden?
- Was passiert in einer guten Beratung?

4. Umgang mit Konsum im aktuellen Setting

- Wie wird hier im Haus mit Konsum umgegangen?
- Welches Verhalten wünscht ihr Euch von den MitarbeiterInnen?
- Sind die Mitarbeiter hier im Haus mögliche Ansprechpartner für das Thema Drogenkonsum für Euch?
- Wir haben vorhin über gute Beratung gesprochen: Traut ihr den Mitarbeitern hier im Haus so etwas zu?

Abschluss

Zusammenfassung des Gehörten

- Ist die Zusammenfassung komplett?
- Was habe ich vergessen?
- Ist Euch noch etwas anderes eingefallen?
- Wie hat euch unser Gespräch gefallen?

TeilnehmerInnen – Befragung Nr. 1

A1: Alter: _____

A2: Geschlecht

Männlich

Weiblich

A3: Arbeitsbereich: _____

A4: Berufserfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen in Jahren: _____

A5: Während einer durchschnittlichen Arbeitswoche habe ich ca.....Stunden Kontakt mit konsumierenden Jugendlichen.

A6: Was hat Sie motiviert, an dieser Fortbildung teilzunehmen?

A7: Wie häufig suchen Jugendliche von sich aus ein Gespräch mit Ihnen über Drogen- oder Alkoholkonsum?

<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> sehr selten
-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

A8: Wie häufig sprechen Sie selbst das Thema Drogen- oder Alkoholkonsum gegenüber Jugendlichen an?

<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> sehr selten
-----------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

In wie weit treffen folgende Aussagen aus Sie zu?

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt gar nicht
A9: Ich fühle mich unsicher beim Umgang mit dem Thema Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10: Ich fühle mich nicht kompetent genug, konsumierende Jugendliche zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A11: Meine bisherigen Beratungsstrategien haben zu Widerstand auf Seiten der Jugendlichen geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12: Wie häufig wird Drogen- oder Alkoholkonsum in Ihrer Institution thematisiert?

<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> eher selten	<input type="radio"/> sehr selten
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

A13: Wie häufig ist der Kontakt zwischen Ihrer Arbeitsstelle und KollegInnen der Drogenberatung / Suchtprävention?

<input type="radio"/> sehr häufig	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> eher selten	<input type="radio"/> sehr selten
-----------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Das war`s schon, vielen Dank ☺ !

TeilnehmerInnen-Befragung Nr. 2

A Statistik

A1 Alter: _____

A2 Geschlecht

Männlich

Weiblich

A3 Arbeitsbereich: _____

A4 Berufserfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen in Jahren: _____

A5 Während einer durchschnittlichen Arbeitswoche habe ich ca.....Stunden Kontakt mit konsumierenden Jugendlichen.

A6 Die Jugendlichen in meiner Einrichtung gehören zu folgender Altersgruppe (Mehrfachnennungen möglich):

<input type="checkbox"/> 12 – 16 Jahre	<input type="checkbox"/> 16- 20 Jahre	<input type="checkbox"/> über 20 Jahre
--	---------------------------------------	--

A7 Nach meinem subjektiven Gefühl zeigen die Jugendlichen in meiner Einrichtung folgende Konsummuster:

Die Mehrheit	Die Minderheit	der konsumerfahrenen Jugendlichen in meiner Einrichtung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert Alkohol weitgehend risikolos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert illegale Drogen weitgehend risikolos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert Alkohol eher riskant.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert illegale Drogen eher riskant.

B Die Durchführung der Fortbildung

B1: Wie hat Ihnen die Fortbildung insgesamt gefallen?

<input type="checkbox"/> Sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> mangelhaft	<input type="checkbox"/> ungenügend
-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

B2: Wie beurteilen Sie das Verhältnis von Seminardauer zu Stoffmenge?

<input type="checkbox"/> Das Verhältnis war angemessen.	<input type="checkbox"/> Die Veranstaltung war zu kurz.	<input type="checkbox"/> Die Stoffmenge war zu gering.
---	---	--

B3: Wurden die Inhalte in einer verständlichen und nachvollziehbaren Art und Weise vermittelt?

<input type="checkbox"/> Sehr verständlich	<input type="checkbox"/> Gut verständlich	<input type="checkbox"/> Teils/teils	<input type="checkbox"/> Schlecht verständlich	<input type="checkbox"/> Sehr schlecht verständlich
--	---	--------------------------------------	--	---

B4-7: Wie beurteilen Sie die einzelnen Methoden?

	Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Sehr schlecht
Vortrag mit Folien	<input type="checkbox"/>				
Gruppenarbeit	<input type="checkbox"/>				
Übungen zur motivierenden Gesprächsführung	<input type="checkbox"/>				
Qualität des Materials	<input type="checkbox"/>				

B 8-10: Wie beurteilen Sie...

	Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Sehr schlecht
...die örtlichen Gegebenheiten?	<input type="checkbox"/>				
...das Klima in der Gruppe?	<input type="checkbox"/>				
...das Verhältnis Team und Gruppe?	<input type="checkbox"/>				

C: Die Inhalte der Fortbildung

C 1: Wenn Sie jetzt noch einmal an den Inhalt der Fortbildung, das Konzept der motivierenden Kurzberatung (MOVE) für konsumierende Jugendliche, denken: Was ist für Sie persönlich das Besondere an dieser Art der Beratung?

In wie weit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

C 2: Aufgrund meines beruflichen Alltags kann ich die Fähigkeit zur Kurzberatung von konsum-erfahrenen Jugendlichen gut einsetzen.

<input type="checkbox"/> Stimmt genau.	<input type="checkbox"/> Stimmt ziemlich.	<input type="checkbox"/> Stimmt kaum.	<input type="checkbox"/> Stimmt gar nicht.
--	---	---------------------------------------	--

C 3: Ich glaube, dass motivierende Kurzberatung eine sinnvolle Methode für MitarbeiterInnen in der Arbeit mit Jugendlichen ist, weil viele Jugendliche einen Bedarf an einer solchen konsumentenorientierten Beratung haben.

<input type="checkbox"/> Stimmt genau.	<input type="checkbox"/> Stimmt ziemlich.	<input type="checkbox"/> Stimmt kaum.	<input type="checkbox"/> Stimmt gar nicht.
--	---	---------------------------------------	--

C 4-8 Aufgrund dessen, was ich in der Fortbildung gelernt habe...

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt gar nicht
C 4: ...fällt es mir nun leichter, mit konsumierenden Jugendlichen in Kontakt zu treten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 5: ...fühle ich mich nun sicherer in der Beratung von konsumierenden Jugendlichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 6: ...fühle ich mich nun in der Lage, Jugendliche dabei zu unterstützen, einen kritischen Umgang mit dem eigenen Konsum zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 7: ...hat sich meine Beratungskompetenz generell erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 8: ...wird sich meine Arbeitszufriedenheit erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C 9-13 Durch die Fortbildung wurde ich außerdem dazu angeregt...

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt gar nicht
C9: ...nun überhaupt das Thema Drogen und Konsum in der Einrichtung stärker zu bearbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C10: ...mit Kollegen aus anderen Feldern stärker zu kooperieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C11: ...mich weiter fortzubilden in diesem Themenfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12: ...meinen eigenen Konsum kritisch zu reflektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13: ...meine eigenen Konsumgewohnheiten zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C 14: Sehen Sie auch Nachteile, die die Fortbildung nach sich ziehen kann?
Wenn ja, welche?

C 15: Würden Sie die MOVE-Fortbildung KollegInnen weiterempfehlen?
Ja, denn

Nein,
denn

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kordula Marzinzik

Telefon: (0521) 106 - 00

Durchwahl: (0521) 106 - 3090

Telefax: (0521) 106 - 6433

E-Mail: kordula.marzinzik@uni-bielefeld.de

www.uni-bielefeld.de/gesundhw

Raum-Nr.: S-4 / 105

Fragebogen 3

für die TeilnehmerInnen der MOVE-Fortbildung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

dieser dritte (und letzte!) Fragebogen dient vor allem der Beantwortung der Frage, ob und wie sich die motivierende Kurzberatung in Ihre Berufspraxis umsetzen lässt. Sie finden auf den folgenden Seiten zunächst einen Vordruck, der Ihnen ermöglichen soll, die Gespräche, die Sie mit Jugendlichen im Anschluss an die MOVE-Fortbildung über Konsum von Alkohol oder Drogen führen, genau zu dokumentieren. Sie können dies nutzen, um Ihr eigenes Verhalten gegenüber drogenkonsumierenden Jugendlichen genauer zu reflektieren, vor allem aber leisten Sie mit dem Ausfüllen und Zurücksenden dieses Fragebogens eine ganz entscheidende Dokumentation für uns. Denn uns interessieren vor allem folgende Fragen: Welchen Effekt hat die Fortbildung „MOVE“? Wie sehen motivierende Kurzinterventionen in der Praxis aus? Und: Welche Jugendlichen werden damit erreicht?

Der Dokumentationsbogen besteht aus zwei Teilen. Sie finden zunächst statistische Angaben über Alter, Geschlecht, Schulbildung und Herkunft der Jugendlichen (bzw. ihrer Eltern), außerdem sollten Sie das Konsummuster und Stadium der Verhaltensänderung des jeweiligen Jugendlichen, mit dem oder mit der Sie ein Gespräch führen, einschätzen. Im zweiten Teil geht es darum, kurz das durchgeführte Gespräch zu beschreiben anhand der Kategorien Anlass, Dauer, Inhalt und Vereinbarungen. Bitte geben Sie in den einzelnen Kästchen die jeweiligen Zahlen an, bei den Angaben „sonstiges und zwar...“ notieren Sie bitte kurz, worum es sich hier handelt.

Neben dem Dokumentationsbogen finden Sie außerdem noch einen Fragebogen, mit dem wir Sie um eine kurze Bewertung der motivierenden Kurzintervention nach dem Sammeln erster Erfahrungen mit diesem Konzept bitten.

Wichtig: Jede Antwort zählt und ist für uns enorm hilfreich, ganz egal, ob Sie zwei oder 20 Gespräche oder gar keins geführt haben !!! Bitte füllen Sie darum die beiliegenden Bögen aus und schicken Sie diese mit Hilfe des Rückumschlages bis zum _____ an uns zurück. Die Angabe von Name und Einrichtung wird ebenso vertraulich behandelt wie bereits in Fragebogen Nr.1 Auch hier bedanken wir uns herzlich bei Ihnen für Ihre Mithilfe.

Name: _____

Einrichtung: _____

Code – Nr.

Laufende Nummer					
Alter					
Geschlecht					
Schulbildung 1 = Hauptschule 2 = Realschule 3 = Gymnasium 4 = Gesamtschule 5 = Sonstige					
Herkunft der Eltern 1 = Deutsche 2 = Migranten 3 = Aussiedler 4 = Sonstige					
Konsummuster 1 = riskant Alkohol 2 = riskant Cannabis 3 = riskant Ecstasy 4 = riskant Mix 5 = Sonstiges und zwar...					
Stadium der Verhaltensänderung 1 = Absichtslosigkeit 2 = Absichtsbildung 3 = Vorbereitung 4 = Aktion 5 = Aufrechterhaltung					
Gesprächsanlass 1 = J schildert Problem (konsumenspezifisch). 2 = J schildert Konsumerfahrung. 4 = J äußert Sorge wg. Konsum. 5 = KP spricht J wg. Auffälligkeit an. 6 = KP fragt nach Konsum. 7 = KP spricht J wg. Regelverstoß an. 8 = Sonstiges und zwar ...					
Dauer des Gesprächs in Minuten					
Gesprächsinhalt 1 = Konsumverhalten klären 2 = Sorgen besprechen 3 = Sich Grenzen setzen 4 = Weitervermitteln 5 = Sonstiges und zwar...					
11. Vereinbarungen für die Zukunft 1 = nichts vereinbart 2 = weiteres Gespräch 3 = konkrete Schritte vereinbart, und zwar...					

TeilnehmerInnen Befragung Nr. 3

(bitte ca. 8 Wochen nach Abschluss der Fortbildung ausfüllen)

A Statistik

A1 Alter: _____

A2 Geschlecht

- Männlich
 Weiblich

A3 Arbeitsbereich: _____

A4 Berufserfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen in Jahren: _____

A5 Während einer durchschnittlichen Arbeitswoche habe ich ca.Stunden Kontakt mit konsumierenden Jugendlichen.

A6 Die Jugendlichen in meiner Einrichtung gehören zu folgender Altersgruppe (Mehrfachnennungen möglich):

<input type="checkbox"/> 12 – 16 Jahre	<input type="checkbox"/> 16- 20 Jahre	<input type="checkbox"/> über 20 Jahre
--	---------------------------------------	--

A7 Nach meinem subjektiven Gefühl zeigen die Jugendlichen in meiner Einrichtung folgende Konsummuster:

Die Mehrheit	Die Minderheit	der konsumerfahrenen Jugendlichen in meiner Einrichtung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert Alkohol weitgehend risikolos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert illegale Drogen weitgehend risikolos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert Alkohol eher riskant.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konsumiert illegale Drogen eher riskant.

B1 – 8 Meine ersten Erfahrungen nach der MOVE-Fortbildung zeigen, dass...

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt gar nicht
B1 ...sich Kurzberatungen gut in meinen Arbeitsalltag integrieren lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2 ...ich mich jetzt sicherer in der Beratung von konsumierenden Jugendlichen fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3 ...sich meine Arbeitszufriedenheit erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4 ...sich meine Beratungskompetenz allgemein erhöht hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4 ...das Thema Drogen nun in der Einrichtung überhaupt stärker diskutiert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5 ...dadurch Kooperationen mit KollegInnen aus anderen Feldern entstehen oder in Planung sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6 ...ich dazu angeregt werde, mich weiter fortzubilden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7 ...sich meine Einstellungen zum Thema Konsum verändert haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8 ...dass sich mein eigenes Konsumverhalten verändert hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 9 – 13 Meine ersten Erfahrungen mit motivierender Kurzintervention zeigen, dass dieses Gesprächsangebot...

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt gar nicht
B9 ...mir die Kontaktaufnahme mit konsumierenden Jugendlichen erleichtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10 ...dem Unterstützungsbedarf der Jugendlichen entgegenkommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11 ... den Gesprächsgewohnheiten der Jugendlichen entgegenkommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12 ...dazu beiträgt, dass die Jugendlichen eine kritische Haltung zum eigenen Konsum entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B13 ...dazu beiträgt, dass die Jugendlichen den eigenen Konsum in maßvolle(re) Bahnen lenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B 14 – 17 Unerwünschte Wirkungen

	Stimmt genau	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt gar nicht
B14: Weil ich mit dem Thema Drogenkonsum inzwischen offener umgehen, weichen Jugendliche mir eher aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B15: Meine Arbeitsbelastung ist durch die Beratertätigkeit gestiegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B16: Meine KollegInnen haben negativ auf meine neuen Erkenntnisse (oder meine neue Rolle, meine Beratertätigkeit,...) reagiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B17: Weitere unerwünschte Wirkungen:

Das war's !!!

☺ Noch mal vielen Dank fürs Ausfüllen und Zurücksenden ! ☺