



**Die Drogen- und Suchtkommission
beim Bundesministerium für Gesundheit**

**STELLUNGNAHME
DER DROGEN- UND SUCHTKOMMISSION ZUR**

VERBESSERUNG DER SUCHTPRÄVENTION

I.	Auftrag und Verfahren	3
II.	Übergeordnete Zielsetzung in der Prävention	5
	1. Zu Sucht und Suchtdynamik	
	2. Übergeordnete Zielsetzungen in der Prävention	
III.	Zielgruppenorientierung und Strategien in der Prävention	11
	1. Strukturelle und personale Prävention als komplementäre Strategien	
	2. Massenmediale Kampagnen: Relevanz und Wirksamkeit	
	3. Gemeinwesenorientierte Präventionsansätze	
IV.	Administrative Steuerungsstrukturen in der Prävention	21
	1. Innerstaatliche Zuständigkeiten	
	2. Ressourcenallokation	
	3. Innerstaatliche Zusammenarbeit	
	4. Europäische Zusammenarbeit	
V.	Die Lenkungswirkung des Rechts in der Prävention	29
	1. Prävention und Strafrecht	
	2. Steuer- und subventionspolitische Maßnahmen in der Prävention	
VI.	Sozialwissenschaftliche Forschung und Qualitätsentwicklung in der Prävention	33
	1. Der Beitrag der empirischen Sozialforschung für die Qualitätsentwicklung in der Prävention	
	2. Evaluation und Qualitätssicherung in der Prävention	
VII.	Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen	38
VIII.	Anlagen 1- 3: Vertiefende Einzelstellungennahmen	41

I. Auftrag und Verfahren

Die Drogen- und Suchtkommission, deren Mitglieder¹ mit Datum vom 08.12.1999 von der Bundesministerin für Gesundheit berufen wurden, ist mit dem Auftrag betraut worden, Eckpunkte für ein effektives und glaubwürdiges Präventionskonzept im Drogen- und Suchtbereich zu erarbeiten. Der Kommission wurde hierzu ein umfangreicher Fragenkatalog vorgelegt, der im wesentlichen drei Ebenen benennt:

- übergeordnete Zielsetzung und Zielgruppenorientierung in der Prävention
- strukturelle Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Prävention
- Qualitätssicherung und Evaluation in der Prävention.

Die einschlägigen thematischen Fragestellungen wurden jeweils von einzelnen Mitgliedern der Kommission in Form schriftlicher Stellungnahmen erarbeitet und sodann in mehreren Arbeitssitzungen eingehend diskutiert. Die Kommission hat bewusst darauf verzichtet, die Standpunkte ihrer Mitglieder zu einem einheitlichen Text zu harmonisieren, weil dies nur unter Verlust der Qualität der Einzelbeiträge möglich gewesen wäre. Es gibt in der Wissenschaft – und so auch in der Präventionsforschung – keine quasi „endgültigen Wahrheiten“, sondern verschiedene Theorieansätze, Bewertungsunterschiede und nuancierte Handlungskonzepte. Aus Sicht der Kommission wäre es verfehlt, diese zu einem vereinheitlichten und sodann gleichsam Allgemeingültigkeit beanspruchenden Gesamtkonzept nivellieren zu wollen.

Gerade hierin kommt allerdings auch die wichtigste Empfehlung an die Adresse der Bundesregierung zur Geltung: Die Bundesregierung sollte sich einer zu engen eigenen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung und damit einer vom Grundsatz her zwangsläufig immer auch einseitig wertenden Sicht der Dinge enthalten. So stünde es ihr weder gut an, sich bspw. auf die Seite derer zu schlagen, die etwa eine „suchtmittelfreie Gesellschaft“ postulieren, umgekehrt ebenso wenig, sich denen zu verschreiben, die das Konzept der „Drogenakzeptanz“ favorisieren. Der Meinungs- und Wertestreit sollte vielmehr im gesellschaftlichen Raum stattfinden, seitens der Bundesregierung dort auch ohne eigene Bewertung zugelassen und schließlich konkreten operativen Entscheidungen der Akteure vor Ort überlassen bleiben.

Als unstrittig kann aus Sicht der Kommission gelten, dass es die Aufgabe der staatlichen Organe ist, die Rahmenbedingungen für den Gesundheitsschutz und für eine größt mögliche Freiheit der Bürgerinnen und Bürger zu gestalten. Wie dies auf lokaler Ebene zu operationalisieren und in praktische Maßnahmen, Veranstaltungen und Aktionen umzusetzen ist,

¹ Im einzelnen sind dies: Prof'in Dr. G. Barsch, Prof. Dr. H. Bossong, Prof. Dr. Th. Feltes, Prof'in Dr. A. Franke, Prof. Dr. F. Gutzwiller, Prof'in Dr. C. Helfferich, Dr. H.-H. Körner, Prof. Dr. K.-A. Kovar, Prof. Dr. K. Mann, Prof. Dr. K.-H. Reuband, Prof. Dr. R. Silbereisen, Prof. Dr. K. Wanke sowie Dr. D. Deckers bis Okt. 2000 und Herr M. Hübner bis Feb. 2001.

sollte auf der Grundlage von Recht und Gesetz den Verantwortungsträgern vor Ort überantwortet bleiben. Vor dem Hintergrund der rund 30-jährigen intensiven Beschäftigung mit dem Themenkomplex „Drogen und Sucht“ käme gerade hierin eine neue Qualität für die (bundes-) politisch-administrative Praxis zum Ausdruck.

Das vorliegende Votum konzentriert sich deshalb auf die Darstellung unterschiedlicher theoretischer und praxisbezogener Ansätze, sowie auf Empfehlungen zur Gestaltung der Rahmenbedingungen für Prävention. In seiner Struktur und inhaltlicher Ausgestaltung ist es gekennzeichnet von

- einer Orientierung auf Verhaltens- wie Verhältnisprävention;
- einer Konzentration auf Kindheit, Jugend und das Heranwachsendenalter;
- einer Konzentration auf Persönlichkeitsentwicklungen und nicht in erster Line auf Substanzen;
- einer konzeptionellen Fokussierung auf die Normalpopulation, nicht auf spezifische „Risikogruppen“;
- einer Orientierung auf das, was empirisch belegbar ist.

Diese Beschränkungen erschienen der Kommission vor allem unter pragmatischen Gesichtspunkten sinnvoll und bedeuten nicht, dass Bereiche, die nicht Erwähnung fanden, geringer gewichtet würden.

Das Votum nimmt Bezug auf die als Anlage 1 - 3 angefügten Stellungnahmen einzelner Kommissionsmitglieder und die gemeinsamen Diskussionen; es wurde im Mai 2002 abschließend beraten.

Im Kontext der Beratungen der Kommission fand am 5. und 6 Juli 2001 eine Expertenanhörung statt, in der renommierte Forscherinnen und Forscher aus dem In- und Ausland sowie Präventionspraktikerinnen und Präventionspraktiker aus verschiedenen Bundesländern zu den verschiedenen Aspekten, konzeptionellen Ansätzen und Erfahrungen in der Suchtprävention referierten. An der Anhörung nahmen neben den Mitgliedern der Kommission die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Vertreterinnen und Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, mehrere Drogen-/ Sucht- und Präventionsbeauftragte aus den Ländern sowie Vertreter der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) teil.

Im Unterschied zu vielen anderen Beratungskommissionen der Bundesregierung stand der Drogen- und Suchtkommission kein Arbeitsstab zur Seite. Vielmehr wurden sämtliche Vorarbeiten und die Ausformulierung der Endfassung dieses Votums – unterstützt durch die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung – von den Kommissionsmitgliedern ausschließlich in ehrenamtlicher Arbeit geleistet.

² Die Stellungnahmen in den Anlagen sind vertiefende Einzelstellungnahmen einzelner Kommissionsmitglieder und stellen nicht abgestimmte Empfehlungen der Kommission dar.

³ Eine Dokumentation der Anhörung ist unter dem Titel „Perspektiven der Drogen- und Suchtprävention. Dokumentation des Expertenhearings vom 5./6. Juli 2001 in Berlin“ beim BMG verfügbar (auch als pdf-Datei auf der homepage des BMG: www.bmggesundheit.de/themen/drogen).

II. Übergeordnete Zielsetzungen in der Prävention

Die professionelle Praxis der Suchtvorbeugung ist vergleichsweise neueren Datums; ihre Wurzeln reichen in die frühen 1970er Jahre hinein, als im Kontext des sich ausbreitenden Gebrauchs illegaler Drogen vermehrt nach Wegen gesucht wurde, das damals zunächst noch als eine vorübergehende und jedenfalls in weiten Teilen lösbare „Modeerscheinung“ gewertete Konsumverhalten junger Menschen durch zielgerichtete Aufklärung und Vorbeugung zu unterbinden oder wenigstens deutlich zu begrenzen. Im Mittelpunkt der öffentlichen sowie auch der fachdisziplinären und politischen Aufmerksamkeit stand seinerzeit vor allem die Prävention des Missbrauchs illegaler Drogen. Erst nach und nach erweiterte sich das Handlungsrepertoire hin zu einem umfassenderen, auch legale Substanzen einbeziehenden, zusehends zielgruppenspezifischen und die je spezifischen Lebensräume der Präventionsadressaten berücksichtigenden Vorgehen.

Verschiedene Experten/innen haben die Entwicklungslinien dahingehend nachgezeichnet und beschrieben, dass in den frühen 1970er Jahren vor allem der Gedanke der „Warnung“ und „Abschreckung“ im Vordergrund der praktischen Arbeit stand, während in den späten 1970er und frühen 1980er Jahren Prävention vielfach in einer Art informationsvermittelnder „Drogenkunde“, später dann häufig in „Risikomanagement“ bestand. In den 1990er Jahren entwickelte sich die Suchtprävention schrittweise von dieser eher defizitorientierten Perspektive hin zu gesundheitsfördernden und sog. Life-skills-Ansätzen. Diese etablierten sich vielerorts im Sinne eines übergreifendes Handlungsprinzips.

Die Life-skills-Ansätze verstehen Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als einen Prozess, der Menschen in die Lage versetzt, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand und damit auf ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu nehmen. Gesundheitsförderung unterstützt Menschen bei der Entwicklung ihrer personalen und sozialen Ressourcen, so dass sie fähig und in der Lage sind, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen.

Allerdings liegt es auf der Hand, dass Zielsetzung und Methodik in der Suchtprävention stets entscheidend von dem zugrunde liegenden Suchtkonzept abhängen. Dieses aber bleibt bis heute vielfach in der öffentlichen und auch fachdisziplinären Diskussion umstritten, teilweise auch unscharf und widersprüchlich. Vor allem mit Blick auf die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen folgt es oft keiner rationalen, durch wissenschaftliche Erkenntnis geleiteten Kategorisierung, die die substanzbedingte Gefährlichkeit der jeweiligen Drogen ins Zentrum rückt und dabei die Konsumsettings und -sets angemessen berücksichtigt. Vielmehr fußt es weithin auf national- und internationalrechtlichen Bewertungen, die einer eigenen spezifischen Logik und Perspektive folgen. Nur so ist zu verstehen, dass im 1990 verabschiedeten „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ und in anderen Zusammenhän-

gen im Hinblick auf den Konsum illegaler Drogen generell von Missbrauch gesprochen und völlige Abstinenz postuliert wird, so als sei ein geordneter und (selbst-) kontrollierter Gebrauch von Betäubungsmitteln prinzipiell nicht möglich. Dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, der gesellschaftlichen Diskussion und Praxis, sowie vor allem aber auch der Glaubwürdigkeit der Prävention im Dialog mit jungen Menschen wird dies nicht (mehr) gerecht. Umgekehrt versperrt eine solche, im wesentlichen an juristischen Kategorien orientierte Sicht von ihrem Ansatz her eine sachgerechte Auseinandersetzung mit kulturell eingelebten Konsummustern bei Alkohol, Tabak und Medikamenten; der Umgang mit diesen Substanzen erscheint implizit, nämlich in Relation zum Konsum illegaler Drogen, als weniger schädlich und substanzbedingt leichter „beherrschbar“.

Schließlich erschwert eine solche Perspektive in ihrer Tendenz auch jegliche gesellschaftliche Diskussion über betäubungsmittelrechtliche Reformen: Wenn jedweder nicht medizinisch begründete Gebrauch von Betäubungsmitteln per definitionem als Missbrauch gewertet wird, lässt sich hier kaum mehr diskutieren – ganz abgesehen davon, dass jenseits weniger, zumeist eng definierter klinischer Studien kaum empirische Belege über die längerfristigen Folgen unter legalisierten (Alltags-) Bedingungen gewonnen werden können

1. Zu Sucht und Suchtdynamik

Das Wort „Sucht“ stammt aus dem Altgermanischen⁴ und bezeichnete bis weit in die Neuzeit hinein in erster Linie körperliche Krankheiten⁵. Gleichwohl gibt es bereits in vorchristlicher Zeit und im klassischen Altertum Beschreibungen alkoholinduzierter Rauschzustände; vereinzelt finden sich dort auch bereits Hinweise auf chronische Verlaufsformen. Eine umfassende Charakterisierung verschiedener Symptome der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, vorwiegend von Alkohol, finden sich allerdings erst um die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert⁶.

Erst im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde versucht, der zunehmend inflationären Ausweitung des Sinngehaltes des Wortes „Sucht“⁷ entgegenzutreten. Die WHO benannte Expertengremien, die ab den 1950er Jahren den Begriff der Sucht als Basis für internationale Kontrollgesetze definierten. Dabei wurde erstmals zwischen Sucht und Abhängigkeit unterschieden. Abhängigkeit war nunmehr eingegrenzt auf die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Bereits hier finden sich die wichtigsten auch heute noch für die Diagnosestellung einer Abhängigkeit gültigen Kriterien wie beispielsweise ein überwältigender Wunsch (Zwang) zum Konsum der Droge, eine Tendenz zur Dosissteigerung, psychische und körperliche Abhängigkeit sowie schwere Folgeschäden sowohl für das Individuum wie auch für die Gesellschaft. Davon unterschieden wurde eine minderschwere Gewöhnung, bei der zwar eine psychische Abhängigkeit beobachtet werden konnte, jedoch keine körperliche; auch die Ten-

⁴ Dies lässt sich in verschiedenen germanischen Dialekten nachweisen, so findet sich im Altnordischen „Sots“, gotisch „Sauths“ und Altfriesisch „Secht“.

⁵ In einer etymologisch anderen Deutung wird der Begriff „Sucht“ mit bestimmten Persönlichkeitszügen und Leidenschaften in Zusammenhang gebracht. Dagegen ist die Beziehungssetzung zwischen Sucht und Suchen, wie sie etwa um 1800 aufkam, etymologisch falsch.

⁶ Maßgeblich beteiligt waren hierbei Autoren wie Benjamin Rush, Thomas Trotter, Constantin von Brühl-Cramer und Christoph-Wilhelm Hufeland beteiligt. Die beiden letztgenannten Autoren sprachen erstmals von „Trunksucht“ und „Opiumsucht“.

⁷ Da Begriffsbildungen auf dem Suchtgebiet erheblich von der Alltagssprache beeinflusst werden, wird sich eine den diagnostischen Inventaren gemäße Verwendung der Begriffe „Abhängigkeit“ und „psychotrope Substanz“ anstelle von „Sucht“ und „Droge“ kaum durchsetzen lassen. Kommission empfiehlt dennoch, sich auch im politischen Raum vermehrt der international üblichen Terminologie zu bedienen.

denz zur Dosissteigerung ist hier nicht vorhanden oder allenfalls gering ausgeprägt. In den modernen diagnostischen Systemen (ICD-10 und DSM IV) wird der Begriff der Abhängigkeit weitgehend übereinstimmend durch sechs bzw. sieben Kriterien definiert. Dies sind die oben bereits aufgeführten Kriterien der WHO sowie das Vorhandensein von Entzugerscheinungen bei Reduktion oder Absetzen der Droge, eine Verminderung der Kontrollfähigkeit über den Gebrauch der Droge, die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums der Droge und ein fortgesetzter Konsum der Droge trotz klar erkennbarer Belege für ihre schädliche Wirkung. Vom Begriff der Abhängigkeit abgegrenzt wird der Begriff des „schädlichen Gebrauchs“ (ICD-10) bzw. des Abusus (DSM-IV). Essentiell ist hier die schädigende Wirkung des Konsums bei jedoch erhaltener Kontrollfähigkeit und Möglichkeit zur Abstinenz.

Die Verwendung dieser allgemein anerkannten Definitionen stößt allerdings mit Blick auf Kinder und Jugendliche auf Bedenken und Einwände. Da Kindern vor der Pubertät die physiologischen, psychologischen und sozialen Voraussetzungen (niedriges Körpergewicht bzw. fehlendes Reflektieren der Konsequenzen des Konsums) für einen verantwortlichen Umgang fehlen, ist i.d.R. jeglicher Substanzgebrauch als schädlicher Gebrauch zu bezeichnen, da er potenziell die gesunde körperliche und psychische Entwicklung beeinträchtigt.

Bei Jugendlichen können aufgrund physiologischer Unterschiede sowie psychologischer Bedingungen die typischerweise bei Erwachsenen angelegten Kriterien nicht einfach übernommen werden. Wesentliche Ebenen zur Unterscheidung von Gebrauch und schädlichem Gebrauch psychoaktiver Substanzen, die den entwicklungspsychologischen Besonderheiten des Jugendalters und den spezifischen Charakteristika der unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen Rechnung tragen, sind die Substanz und Konsumumstände, Merkmale der Person, körperliche und psychische Reaktion und kurz- wie langfristige Konsequenzen. Im Mittelpunkt der Definition von Missbrauch steht der unverantwortliche Umgang mit psychoaktiven Substanzen nebst potenzieller Schäden für die eigene Person oder für Andere.

Jugendliche müssen den verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen erst erlernen. Verantwortlicher Umgang kann heißen: Wissen um die Wirkungsweise und Folgen der Substanzen, kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen, Verzicht auf bestimmte Substanzen, Konsumverzicht in bestimmten Situationen und ein (selbst-) kontrollierter Konsum in tolerierten Situationen. Bedenklich wird dieser Konsum, wenn sich negative Konsequenzen wie Schulprobleme, Konflikte mit der Polizei, Unfälle oder Gewalttätigkeit häufen oder er die langfristige psychosoziale Entwicklung beeinträchtigt. In diesen Fällen kann nicht mehr von akzeptablem Gebrauch gesprochen werden. Die Kompetenz, einen verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erlernen, kann allerdings durchaus auch kurze Phasen des Missbrauchs einschließen. Möglicherweise müssen z.B. manche Jugendliche hin und wieder die aversiven Folgen eines Alkoholrausches erleben, um im Normalfall kontrolliert mit Alkohol umgehen zu können.

In den diagnostischen Inventaren bezeichnet Abhängigkeit eine über Definitionskriterien festgelegte Krankheitsdiagnose. Seit einem einschlägigen Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968 gilt Sucht denn auch im sozialversicherungsrechtlichen Sinne als Krankheit. Dies ermöglichte einerseits eine Abkehr von vormals moralisierenden Konzepten des Süchtigen als willensschwach, haltlos oder verkommen und eröffnete den Betroffenen einen gesetzlich gesicherten Zugang zu Beratung und Therapie. Andererseits kann mit der Gleichsetzung von Sucht und Krankheit eine Pathologisierung mit einer immanenten Zuweisung in das medizinische Hilfesystem einer sozialer Bewertung und gesellschaftlichen Wandlungsprozessen unterliegenden *Phänomens*⁸ einher gehen. Der Bezug auf eine Abstraktion, wie sie die diagnostischen Inventare als Konventionen zwangsläufig enthalten, fördert zudem die Orientierung an einem typischen Bild eines „Endzustandes“ („worst case“), die Annahme eines gleichsam nach festen Schemata regelhaft verlaufenden Prozesses des körperlichen, psychischen und sozialen Verfalls und die Betonung der individuellen Gefährdungsmomente.

Für die Suchtprävention ist es deshalb wenig sinnvoll, ihren Gegenstand auf der Folie medizinisch-diagnostischer Inventare zu fassen, da es in den Feldern, in denen sie operiert, nicht um Kommunikation über Krankheitsbilder, sondern – unter spezifischen Aspekten – um die Gestaltung der gesunden, selbst- und sozial verantwortlichen Entwicklung von Menschen geht.

Insgesamt steht ein Prozess im Fokus der Aufmerksamkeit,

- der unstedet und umkehrbar sein oder sistieren kann,
- der durch vielfältige Faktoren (intrapersonale und externe, v.a. soziokulturelle und ökonomische sowie biologische Faktoren) beeinflusst wird,
- der eine Eigendynamik entwickelt, die außer von Substanzeigenschaften von sozialen Bedingungen (z.B. Konsumrituale, Ausgrenzung von Konsumierenden) sowie von Angebotsstrukturen abhängt,
- der immer wieder individuelle und individuell verantwortete Entscheidungen beinhaltet.

Diese Prozessorientierung wird dadurch gestützt, dass der Gebrauch psychoaktiver Substanzen ubiquitär ist und eine Chronifizierung und psychosoziale Verwahrlosung keine zwangsläufige, sondern eine in ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit von unterschiedlichen Faktoren – und nur unter anderem von dem Abhängigkeitspotential der Substanz und u.a. genetischen Dispositionen – abhängige Folge eines andauernden Substanzmissbrauchs ist.

Andererseits ist hinsichtlich der Dynamik dieses unstedeten Prozesses, insbesondere was soziale und personale Bedingungen als Risiko- oder Schutzfaktoren (sog. Resilienzfaktoren) betrifft, der Forschungsstand noch sehr unbefriedigend. Belegt ist vereinzelt eine Veränderung der Konsummotivation im Zeitverlauf⁹. Im Konzept der „Karriere“ werden nach der Initiationsphase idealtypisch eine Verlagerung der Bezugsgruppe, eine Einübung i.S. des

⁸ Der Begriff „Phänomen“ hat gegenüber dem Begriff „Problem“ den Vorteil, dass er keine Bewertung und insbesondere keine negative Konnotation transportiert und impliziert. Dieser Sprachgebrauch wurde 1998 in den **Guidelines for the evaluation of drug prevention** der EMCDDA eingeführt.

Erlernen der Regeln eines Konsummilieus, ein Prozess eines externen „Labeling“ und des milieutypischen Selbstmanagements, sowie schließlich eine Subsumption der eigenen Identität unter die Kategorie des/der Abhängigen beschrieben. Die Interaktion von Faktoren der Person und des Umfeldes wird betont. Dieses Konzept beinhaltet die prinzipielle Möglichkeit eines Stagnierens des Prozesses und unterstreicht die Bedeutung der Entscheidung des Individuums, dessen „Freiheitsgrade“ aber im Voranschreiten der „Karriere“ (abhängig von der Substanz) abnehmen.

2. Übergeordnete Zielsetzungen in der Prävention

Suchtprävention soll und will die Dynamik des zuvor beschriebenen prozesstaften Geschehens im Sinne ihrer jeweils definierten Zielsetzungen moderieren und im Interesse der Gesundheit und Mündigkeit der Bürgerinnen und Bürgern mitgestalten, indem sie an den Bedingungskonstellationen im Vorfeld oder an jedem späteren Punkt des Prozesses ansetzt. Die äußeren Bedingungen bieten hierbei ebenso Ansatzpunkte wie die Befähigung der/des Einzelnen, diesen Prozess selbstverantwortlich zu gestalten. Im politischen Entscheidungsraum wie in den fachdisziplinären Debatten sollte dabei allerdings trennschärfer als in der Vergangenheit zwischen strategischen und operativen Präventionszielen und sodann zwischen strukturellen und subjektbezogenen Zielsetzungen unterschieden werden.

In der Drogen- und Suchtforschung wird in diesem Zusammenhang verstärkt nach der Sinnrationalität gefragt, auf der die Suchtprävention fußt⁹. Kritisiert wird, dass sie nach wie vor weithin noch jenen Paradigmen folge, mit denen bereits die frühen Präventionsbemühungen formuliert wurden. Diese seien dadurch geprägt gewesen, dass die damalige, für die Suchtkrankenhilfe einschlägige Sinnrationalität weitgehend ungebrochen Eingang in Präventionsstrategien fand, obwohl sich Bemühungen um Prävention einerseits und Hilfe bzw. Therapie andererseits an Bevölkerungsgruppen mit jeweils eigenen und sehr verschiedenen Fragestellungen wenden.

Wenngleich Präventionsbemühungen eine Entwicklung durchlaufen haben, in der sie sich stetig professionalisiert und institutionalisiert haben, erweist sich mehr denn je als brisant, dass weithin auch heute noch das Instrumentarium der Suchtprävention dem hergebrachten Konzept von prinzipiell stets gesundheitsgefährdenden Konsum- und Missbrauchskarrieren folgt und auf dem binären Code „Abstinenz vs. Abhängigkeit“ fußt. Dabei gilt es heute als wissenschaftlich akzeptiert, dass bestimmte Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen – und zwar auch illegaler Drogen – durchaus mit physischer, psychischer und sozialer Gesundheit vereinbar sein können, Drogenkonsum nicht nur destruktive Komponenten haben kann und er keineswegs zwangsläufig mit somatischen und/oder psychischen Störungen einhergeht und/oder per se die Gesellschaftsfähigkeit und Gesundheit der Konsumenten/innen unterminiert.

⁹ z.B. der Wandel von einer anfangs sozialen Motivation (Konsum unter Peers) hin zu einer Ablösung der Motive von dem Konsumkontext im Zuge einer Gewöhnung

¹⁰ siehe im einzelnen den Beitrag der Kollegin Barsch als Anlage 1

Dies entspricht einer salutogenetischen Sichtweise, der zufolge Menschen auf einem Kontinuum zwischen Abstinenz und Abhängigkeit unterschiedliche Positionen einnehmen können. Eine solche Perspektive ermöglicht eine Differenzierung, die im Umgang mit psychoaktiven Substanzen grundsätzlich präzise zwischen Gebrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterscheidet und berücksichtigt, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen – einschließlich eines Teils der heute illegalen Drogen – durchaus als ein Handeln wahrgenommen werden kann, das unter bestimmten Bedingungen in die Lebenswirklichkeit der Menschen integrierbar ist und mit den Wertemustern der Gesellschaft vereinbar sein kann.

Die Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen und der Umgang mit ihnen gehören in unserer Gesellschaft für (fast) alle Bürgerinnen und Bürger zu den Herausforderungen, denen sie sich in den verschiedenen Lebensphasen auf jeweils spezifische Weise zu stellen haben. In der Regel geht es immer wieder um das Abwägen zwischen dem Konsum von psychoaktiven Substanzen und anderen Anforderungen und Bedürfnissen. Hierbei geht es keineswegs nur um Aspekte der Abhängigkeitsentwicklung, sondern auch um zahlreiche medizinische, soziale und juristische Konsequenzen. Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist daher eine *lebenslange Entwicklungsaufgabe*, die alle Bürger/innen bewältigen müssen und mehrheitlich auch bewältigen, was durch Präventionsmaßnahmen unterstützt werden kann.

Psychoaktive Substanzen haben bekanntlich unterschiedliche, im Zeitverlauf auch wechselnde Funktionen und Bedeutungen, ihr Konsum ist eingebunden in sehr verschiedene Drogen-, bspw. Trinkkulturen sowie von einer Vielzahl, teilweise auch widersprüchlichen Verhaltensnormativen beeinflusst. Dabei kommen schon heute nur wenige Menschen zu einer Abstinenzlösung¹¹.

¹¹ Verdeutlicht am Beispiel Alkohol: Lediglich zwischen 7 und max. 10% der Erwachsenen leben zeitlebens abstinent; umgekehrt trinken etwa 14% (West) bzw. 16% (Ost) der Männer und etwa 8% (West) bzw. 5% (Ost) der Frauen täglich eine gesundheitsschädliche Menge von mehr als 40g (–) bzw. 20g (–) reinen Alkohols. Gleichwohl liegt die Rate der letztendlich manifest suchtkranken und behandlungsbedürftigen Personen deutlich niedriger; sie wird im allgemeinen mit deutlich unter 5% der Erwachsenenbevölkerung angenommen.

III. Zielgruppenorientierung und Strategien in der Prävention

1. Ausdifferenzierungen der Suchtprävention: Zielgruppenorientierung und Settingansätze

Zielgruppen sind in einem allgemeinen Sinn diejenigen definierten Gruppen, auf die eine bestimmte Maßnahme oder Botschaft zugeschnitten wird. Vorüberlegungen zu möglichen Adressaten/innen müssen bei einer professionellen Planung von Aktivitäten grundsätzlich immer erfolgen; folglich muss es immer auch eine definierte Zielgruppe geben. Dies gilt auch mit Blick auf massenmediale Botschaften, die sich „an alle“ richten. Es geht somit stets um den Grad der Zielgruppenspezifität, um die Kriterien, nach denen Zielgruppen bestimmt werden und um die Erweiterung auf Setting- und feldorientierte Ansätze.

In der Entwicklung der Suchtprävention wurden zunehmend mehr und differenziertere Zielgruppen als Adressaten/innen von Suchtprävention benannt. Diese Entwicklung hängt zum einen mit dem Wandel der Grundfigur der Suchtprävention von der Aufklärung über Drogen und ihre Gefahren hin zu Suchtprävention mit einem Lebensweisen- und Gesundheitsförderungsansatz zusammen, zum anderen mit einer allgemeinen Ausdifferenzierung und Professionalisierung der Arbeit in diesem Bereich. Zugrunde liegen heute komplexe Modellen der Verhaltensentstehung (auch unter systemischen Aspekten) und eine Orientierung an Ressourcen, die das Umfeld bietet.

Die Handhabung der „Zielgruppenfrage“ unterscheidet sich bei den einzelnen Ansätzen der Suchtprävention. Der Ansatz der Wissensvermittlung beansprucht zumeist eine Zielgruppenneutralität seiner Botschaft(en) und begründet dies mit der tatsächlichen oder auch nur vermeintlichen Allgemeingültigkeit des jeweiligen Informationsgehalt. Oft werden hierbei zudem Fragen der *zielgruppenspezifischen* Informationsaufnahme, -relevanz und -verarbeitung außer Acht gelassen. Bei einem substanzzentrierten Ansatz der (primären oder sekundären) Suchtprävention werden Zielgruppen als Gruppen von (potenziellen) Substanzkonsumierenden definiert, wobei das Maß des „Suchtpotentials“ oder die unterschiedlichen Substanzen Abgrenzungskriterien sind. Mit dem Übergang zu einem Lebensweisenansatz trat der Einbezug des lebensweltlichen oder subkulturellen Kontextes der Adressaten/innen in den Vordergrund. Unabhängig von einem Risiko oder Suchtpotential werden Zielgruppen nach ihren unterschiedlichen Lebenswelten, -weisen oder -stilen differenziert. Alle in den unterschiedlichen Konzepten zur Suchtentstehung jeweils als relevant angenommenen Faktoren können für diese subkulturellen Kontexte dekliniert werden, wie z.B. Belastungs- oder Protektivfaktoren, Ritualisierungen von Konsum, symbolische Bedeutungen von Substanzen, soziale Netze oder Risikokompetenzen. Mit diesem Blick auf die heterogene Lage von Menschen wurde auch die Diskussion um zielgruppenspezifische Ziele der Suchtprävention eröffnet¹².

¹² Diese Diskussion betrifft bspw. auch die Frage, ob für eine bestimmte Zielgruppe Abstinenz, für eine andere kontrolliertes Trinken sinnvoll sei.

Die Wahl einer Zielgruppe hat direkte Konsequenzen für die Wahl der Präventionsstrategien und -botschaften. Sie muss in der konkreten Praxis aufgrund von epidemiologischen Belegen für die aktuelle oder spätere Exposition dieser Gruppen einem bestimmten *Phänomen*¹³ gegenüber getroffen und ausgewiesen werden. Das Phänomen kann enger (z.B. Crack-Konsum) oder weiter (z.B. Abhängigkeitsentwicklung) gefasst sein oder sich auf Substanzen oder auf vermittelnde Aspekte (z.B. Life Skills) beziehen. Dies gilt, wenn man von Substanzen her denkt (z.B. Rauchen - Welche Gruppen sind davon am stärksten betroffen? Welches Feld ist am relevantesten?), als auch wenn man von Zielgruppen ausgeht (z.B. alte Menschen - von welchem Phänomen sind sie am stärksten betroffen?).

Einige Differenzierungen sind inzwischen selbstverständlich und akzeptiert wie z.B. die Differenzierung nach Endadressaten/innen und Multiplikatoren/innen oder nach Alter der Zielgruppe. Für eine Weiterentwicklung der Suchtprävention werden drei relevante Überlegungen hervorgehoben¹⁴:

- a) Die Sensibilisierung für die differenzierende Bedeutung von Geschlecht, sozialer Lage und ethnischer Zugehörigkeit ist bislang unzureichend verankert.
- b) Eine Differenzierung nach Merkmalen des Substanzkonsums und der „Suchtgefährdung“, u.a. auch nach Primär- und Sekundärprävention, bedarf einer kritischen Überprüfung.
- c) Die Erweiterung der Zielgruppenorientierung zur Setting-Orientierung ist sinnvoll.

Zu a) Die *Sensibilität gegenüber der Bedeutung von Geschlecht* ist zwar häufig formulierter Standard der Suchtprävention, abgestützt durch Gender Mainstreaming und durch §9 KJHG, die Verankerung in der Praxis lässt aber zu wünschen übrig. Bei einer stärkeren Gewichtung dieser Kompetenz ist die Weiterentwicklung der Konzepte innerhalb dieser Differenzierung aufzugreifen, die sich sowohl bezogen auf Inhalte (u.a. Substanzkonsum in Verbindung mit kulturellen Mustern von Männlichkeit/Weiblichkeit, mit männlicher/weiblicher Entwicklung, mit Interaktions- und Kommunikationsformen unter und zwischen den Geschlechtergruppen), als auch bezogen auf methodische Optionen (u.a. Arbeit mit geschlechtshomogenen und mit gemischten Gruppen) feststellen läßt. Für *die Sensibilität gegenüber der Bedeutung der ethnischen Zugehörigkeit* und, häufig mit der ethnischen Zugehörigkeit verbunden, *gegenüber der sozialen Lage* gilt ebenfalls, dass ethniensensible Konzepte (z.B. muttersprachlicher Zugänge) und die Berücksichtigung der differenziellen Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit für Präventionsstrategien und botschaften je nach sozialer Lage unbestritten notwendig sind. Insbesondere Jugendliche aus spezifischen Kulturkreisen und/oder deprivierten sozialen Lagen (Armut, fehlende Bildungschancen etc.) gelten als wichtige Zielgruppen. Doch die Forschungs und Praxislage ist unzureichend. Sowohl die interkulturelle,

¹³ Vgl. F. 9

¹⁴ Ausführlich zur Ausdifferenzierung der Suchtprävention: siehe die Stellungnahme der Kollegin Helfferich als Anlage 2.

als auch die soziale und die GenderSensibilität sollten über die Bestimmung entsprechender Zielgruppen hinaus als Querschnittskompetenzen auch dort Anwendung finden, wo Zielgruppen umfassender ausgewiesen sind.

Zu b) Vielfach werden „Hochrisikogruppen“ als besondere Zielgruppen der Suchtprävention hervorgehoben, d.h. Personen, für die gekoppelt an biografische Entwicklungsbelastungen (z.B. suchtkranke/r Elternteil/e, traumatisierenden Erfahrungen sexueller Gewalt in der Kindheit) epidemiologisch ein erhöhtes Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung festgestellt wurde. In der Kommission wurde hier auf die Komplexität der Ursachen und Pfade einer Abhängigkeitsentstehung, auf die Unzulässigkeit monokausaler Zurechnungen und auf die Bedeutung von Abhängigkeitsentwicklungen in „ganz normalen“ Kontexten hingewiesen. Eine größere Aufmerksamkeit für die Problematik in Einrichtungen oder Institutionen, in denen es allgemein um Entwicklungsförderung geht, ist einer „Sonderbehandlung“ im suchtpreventiven Kontext, die mit der Gefahr einer Stigmatisierung verbunden ist, vorzuziehen.

Einer Zielgruppendifferenzierung nach „Drogennähe“, nach Vorhandensein von Ersterfahrungen und nach Ausmaß der Verfestigung von Konsummuster über auf die Adoleszenz begrenzte Experimente hinaus wurde ebenfalls kritisch diskutiert. Nicht nur aus Gründen der schwierigen Handhabbarkeit der Unterscheidungskriterien ist eine Differenzierung sinnvoller, die sich weniger an „Etiketten“ festmacht als vielmehr an sensiblen Übergängen oder Belastungsphasen. In Setting-Ansätzen ist zudem eine Trennung der Zielgruppe in z.B. noch-nicht und bereits Konsumierende häufig nicht möglich. Auch sollte die Trennung von Primär- und Sekundärprävention zugunsten einer übergreifenden Konzeption von Suchtprävention, die beide Aspekte umfasst, aufgegeben werden.

Befürwortet werden Konzepte, die von einem angemessenen Verhalten in sozialen Situationen ausgehen (z.B. Punktnüchternheit während der Schwangerschaft) und sich nicht an nach Personenmerkmalen definierte Zielgruppen richten.

Zu c) Suchtprävention in „Settings“, d.h. in Lebensräumen, die einen institutionell-organisatorischen Zusammenhang darstellen wie z.B. Kindergarten, Schule, Betriebe oder Bundeswehr, hat den Vorzug, dass Strategien gebündelt werden können. Eine „ganzheitliche“ Intervention ist möglich, die an Verhaltens- und Verhältnisaspekten¹⁵ ansetzt und die mehrere beteiligte Gruppen und deren Kommunikation untereinander anspricht. Gerade im Zusammenhang einer stärkeren Orientierung der Suchtprävention an Gesundheitsförderung gewinnt der Setting-Ansatz an Bedeutung. Er wurde vor allem für die Bereiche Kindergarten und Schule realisiert.

¹⁵ Siehe nachfolgend Abschnitt III.2

2. Strukturelle und personale Prävention als komplementäre Strategien

Es ist eine Binsenweisheit, dass personale Entwicklungen in einer komplexen Wechselbeziehung zu mannigfaltigen externen (Umwelt-) Bedingungen stehen. Dies gilt selbstverständlich auch im Hinblick auf den Gebrauch (und Missbrauch) psychoaktiver Substanzen, der, wie jedes menschliche Verhalten, stets in Kontexten erfolgt, von den unmittelbaren Konsumumständen bis hin zu den kulturellen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Im Zuge ihrer Professionalisierung hat die Suchtprävention diesem Umstand mehr und mehr durch entsprechend ausdifferenzierte Herangehensweisen Rechnung getragen.

Im Unterschied zur personalen (sog. *Verhaltens-*) Prävention, die das einzelne Individuum bzw. einzelne definierte Gruppen direkt anspricht, setzt die sog. *Verhältnisprävention* an den äußeren (etwa örtlichen, gruppenspezifischen oder auch gesamtgesellschaftlichen) Strukturen an, die einen selbst- und sozial verantworteten Umgang mit psychoaktiven Substanzen beeinflussen können.

Beide Ansätze stehen in einem komplementären Verhältnis zueinander. Personale Prävention ist unersetzlich, weil nur so passgenau auf die beträchtliche Unterschiedlichkeit (etwa hinsichtlich der Entwicklungsbedingungen des Substanzgebrauchs oder des biographischen Status) eingegangen werden kann. Hinzu kommt, dass so die Wahrscheinlichkeit am höchsten ist, nicht nur Veränderungen auf der Einstellungsebene zu erreichen, sondern tatsächlich Veränderungen des Zielverhaltens (je nach Präventionsansatz).

Umgekehrt ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass allein personal ausgerichtete Maßnahmen ins Leere laufen oder in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt werden, wenn die Kontextbedingungen hierzu im Widerspruch stehen oder diese deutlich erschweren. So wird bspw. ein schulbasiertes Präventionsprogramm kaum durchschlagende Effekte haben können, wenn die Jugendlichen zugleich völlig andere Botschaften über psychoaktive Substanzen erreichen, etwa aus dem Elternhaus oder den Medien. Hier setzen strukturelle Maßnahmen der Prävention an. Die wichtigsten betreffen das, was von der Präventionswissenschaft als „Public Policy“ bezeichnet wird. Verstanden werden hierunter sämtliche Maßnahmen, welche im Sinn einer sozialen Regulation Handlungsmaxime benennen und mit Systematik und Nachdruck das Ziel verfolgen, die Wahrscheinlichkeit von Missbrauch und Abhängigkeit zu verringern.

Strukturelle Maßnahmen umfassen einen breiten Fächer von Ansatzpunkten. Zum einen geht es um relativ grundlegende und basale Voraussetzungen für gesunde und sozial integrierte Lebensweisen – hierzu können bspw. gesichertes Einkommen und geregelte Ernährung, Schulbildung, geordnete Wohnverhältnisse u.ä.m. zählen; andererseits spielen aber wahrscheinlich auch eine Reihe höherwertiger, in der Regel gesundheitssichernder und -unterstützender Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle – so bspw. die Möglichkeiten zu kreativer Freizeitgestaltung, Zuwendung durch das soziale Nahfeld, Anerkennung und

Respekt in Schule, Beruf usw., Chancen des sozialen Aufstiegs und Zukunftssicherheit sowie nicht zuletzt die Frage der sozialen und rechtlichen Akzeptanz bestimmter Handlungs-, Verhaltens- und Lebensweisen.

Darüber hinaus werden in der auf Strukturen bezogenen Verhältnisprävention vielfach auch die konkreten Konsumkontexte der betreffenden Substanzen in den Blick genommen. Hier spielen häufig Fragen nach der sog. Griffnähe und der sozialen Akzeptanz bestimmter psychoaktiver Drogen eine Rolle.

Bezogen auf Alkohol wird bspw. seit langem gefordert, die Verfügbarkeit dadurch zu reglementieren, dass die ökonomischen Kosten und/oder der persönliche (Beschaffungs-) Aufwand erhöht werden. Im Ausland konnten mit Blick auf derartige Maßnahmen positive Effekte belegt werden, wobei allerdings die kulturelle Akzeptanz im jeweiligen Kontext eine große Rolle spielte. Die wiederholt geforderte Einführung eines sog. Alkoholfennigs wirft hierzulande eine ganze Reihe von Problemen auf, die nicht ohne weiteres lösbar sind¹⁶.

Bei illegalen Drogen ist die Wirksamkeit analoger Maßnahmen weniger gesichert oder auch als ineffizient bekannt. Maßnahmen, die an den ökonomischen Kosten ansetzen, beziehen sich wegen der Illegalität des Umgangs mit Drogen vor allem auf Bemühungen von Zollfahndung und Strafverfolgungsbehörden zur Angebotsreduzierung. Allerdings wird seit längerem schon von hier tätigen Experten eingeräumt, dass diese Maßnahmen faktisch (zeitlich und örtlich) nur sehr begrenzt durchschlagen und ihnen ein nachhaltiger Erfolg bisher versagt blieb.

3. Massenmediale Kampagnen: Relevanz und Wirksamkeit

Generell gilt, dass die Veränderung eines Verhaltens auf verschiedenen Ebenen (mit unterschiedlichem Erfolg) angegangen werden kann. Unmittelbar kommunikativ beim Individuum anzusetzen, wie bspw. an der Überzeugung von Jugendlichen, dass ihr Freundeskreis ein bestimmtes Verhalten von ihnen erwartet, ist zweifellos erfolgversprechender, als lediglich bestimmte Phänomene (Einstellungen usw.) plakativ an die Allgemeinheit oder bestimmte Zielgruppen heranzutragen. Massenmediale Kampagnen greifen in diesem Sinne an distalen Bedingungen bestimmter Phänomene (Einstellungen und Verhaltensweisen) an; man kann deshalb keine analoge Wirkungen wie bei personalen Präventionsmaßnahmen erwarten, denn ihr Modus ein anderer. Nach gängiger Auffassung kann man allerdings mit bestimmten massenmedialen Kampagnen durchaus i.S. sog. Agenda-Settings erreichen, dass über das betreffende Thema „*gesprochen wird*“, nicht oder kaum hingegen, dass hieraus unmittelbar Verhaltensmodifikationen erwachsen. Vielfach wird angenommen, dass *ohne* die durch Massenmedien forcierte Schaffung eines entsprechenden Kommunikationsklimas in nennenswerter Zahl Personen, die an sich für Präventionsmaßnahmen zugänglich wären, unerreicht blieben.

¹⁶ Sie hierzu im einzelnen den Beitrag des Kollegen Bossong als Anlage 3

Der Forschungsstand im Bereich der Rolle von Medien bei der Prävention psychoaktiver Substanzen entspricht in etwa dieser Leitlinie. Massenmediale Programme, die sich direkt an definierte Zielgruppe richten (wie Jugendliche), scheinen nach dem Ergebnis von Evaluationsstudien allenfalls Effekte auf der Ebene von Wissen und Einstellungen, der sich nur dann auf die Verhaltensebene übertragen lässt, wenn die Botschaft auf regionaler Ebene mit konkreten erlebnispädagogischen Ansätzen aufgegriffen wird. Hinzuzufügen ist, dass diese Beurteilungen in der Regel lediglich auf den Vergleich von konsumbezogenen Durchschnittswerten vor und nach der entsprechenden Kampagne beruhen; ob die postulierten Veränderungsprozesse tatsächlich vorliegen, ist also weiterhin unbekannt.

Die Funktion des Agenda Setting durch Medien verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll das Interesse an einer Thematik überhaupt gesteigert werden, zum anderen kann versucht werden, die politische Einflussnahme gegenüber offenen Strukturen zu verändern, die den Missbrauch und die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen fördern. Trotz schwieriger Überprüfbarkeit der Effekte (siehe Kap. VI.) wird überwiegend die Auffassung vertreten, dass Medienkampagnen unersetzlich seien als Teil einer koordinierten und kombinierten Präventionsstrategie. Allerdings stellt sich angesichts der vergleichsweise oft extrem hohen Kosten massen-medialer Kampagnen immer wieder die Frage ihrer wirtschaftlichen Vertretbarkeit. Es ist keineswegs gesichert, dass Kosten und Nutzen hier durchweg in einem angemessenen Verhältnis stehen¹⁷. Insofern sollte der Einsatz dieser Methode in der Prävention jeweils fallweise besonders kritisch geprüft werden.

4. Gemeinwesenorientierte Präventionsansätze

Die Idee der gemeinwesenorientierten und sozialraumbezogenen Prävention wurde in den letzten Jahren intensiv in verschiedenen Bereichen der Prävention verfolgt. In den 80er Jahren war die Einsicht gewachsen, dass mit monolithischen oder zentralistischen Ansätzen und einem eindimensionalen Verständnis von Prävention Probleme nicht zu bewältigen und Gesundheit und Sicherheit als wichtige Güter in der modernen Gesellschaft nicht zu sichern sind. Bezogen auf Gesundheit sind beispielhafte Projekte der Gesundheitsförderung zu nennen, die auf partizipativ geplante und durchgeführte Veränderungen sozialer System wie Gemeinden oder Stadtquartiere zielen (z.B. gemeindeorientierte Prävention: „Healthy Cities“, Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)), bezogen auf die Sicherheit der Bürger und Bürgerinnen ist die kommunale Kriminalprävention von großer Bedeutung.

Aus kriminologischer Sicht, die hier ausführlicher dargestellt wird, sind Fragen der Suchtprävention verbunden mit Fragen der Sicherheit und des subjektiven Sicherheitsempfindens der Bürger und Bürgerinnen. Substanzmissbrauch und (illegaler) Drogenhandel werden in den Stadtquartieren zunehmend als problematisch empfunden. Die Akteure werden dabei ebenso wie die mit Drogenhandel und Abhängigkeit in der Öffentlichkeit wahrgenommenen

¹⁷ Besonders kritisch zu bewerten ist, dass nicht selten im Vordergrund aufwendiger Kampagnen mehr ein intendierter Imagenutzen des Veranstalters bzw. Auftraggebers als ein realer Nutzen in der Sache steht.

Phänomene von der Bevölkerung auch im unmittelbaren Umfeld als belastend und als subjektive Gefährdung der individuellen Sicherheit wahrgenommen. Dies gilt sowohl für die illegalen (z.B. Heroin), als auch für die legalen Drogen (z.B. Alkohol). Bei solchen die „Quality of Life“ betreffenden Schwierigkeiten, Unannehmlichkeiten und Ähnlichem, die im Alltag als „störend“ empfunden werden, erfolgt der Ruf nach schnellen Lösungen und nach einer Verdrängung der damit verbundenen Probleme oftmals schnell, obwohl man weiß, dass traditionelle, reaktive Maßnahmen wenig erfolgreich sind. Präventionsprojekte, die sich an den Kriterien Nachhaltigkeit, Integration und Kooperation orientieren, haben sich als erfolgreicher erwiesen als vordergründige repressive Maßnahmen. Die empirische Forschung hat durch intensive Studien in den letzten drei Jahrzehnten nachweisen können, dass sowohl spezial- als auch generalpräventive Maßnahmen ihre Grenzen haben. Weder mit Behandlung und Therapie alleine, noch mit Abschreckung und Repression lassen sich die Probleme im Zusammenhang mit legalen und illegalen Substanzen lösen. Auch überkommene Vorstellungen von polizeilichen Maßnahmen mussten aufgegeben werden. So wurde die Einsicht gewonnen, dass die Erhöhung der Entdeckungswahrscheinlichkeit (die als ein nachweislich generalpräventiv wirkender, d.h. abschreckender Faktor gilt) nur bedingt realisierbar ist. Dort, wo man durch massiven Polizeieinsatz versucht, die Kontrolldichte zu verstärken, führt dies oft nicht zu einer Lösung des eigentlichen Problems, sondern zu einer räumlichen Verlagerung oder Verdrängung. Hinzu kommt, dass zu viel Polizei zu eskalierenden Gefährdungsvermutungen und zu verstärkter Wahrnehmung von Unordnung führen kann und damit im Ergebnis Bemühungen zur Erhöhung des Sicherheitsgefühls konterkariert. Die prinzipielle Erfolglosigkeit gilt besonders für einen „Kampf gegen die Drogen“ oder den „War on Drugs“, wie er z.B. intensiv in den USA geführt wurde.

Mit den Überlegungen zur gemeindenahen Prävention in Verbindung mit der bürgernahen Polizeiarbeit und der bürgernahen Strafverfolgung wurden in den letzten Jahren erfolgversprechende neue Wege begangen. Überträgt man die diesen gemeinwesenbezogenen Maßnahmen zugrunde liegenden Gedanken auf den Bereich der Prävention illegaler Drogen in Deutschland, so wird man ein kommunales Präventionskonzept als maßgeschneiderte Lösung für eine Kommune oder eine Nachbarschaft fordern. Zur Umsetzung dieses Präventionskonzeptes ist als erstes eine genaue und umfassende Bestandsaufnahme von Problemen, Schwierigkeiten, aber auch Chancen einer bestimmten Kommune oder einer bestimmten Nachbarschaft zu machen. Das Präventionskonzept und die damit verbundenen Lösungen können nur so gut sein, wie zuvor die Rahmenbedingungen, für die es erstellt wird, bestimmt und analysiert wurden.

Für Suchtprävention, die an das Paradigma der Gesundheitsförderung als Veränderung sozialer Systeme anschließt ebenso wie für die Tradition der gemeinwesenbezogenen Präventionsstrategien gilt gleichermaßen, dass ein entscheidender Wechsel in der Philosophie und in der Kultur von Prävention notwendig ist. Das Schwergewicht der Arbeit muss darin bestehen, die regionalen Probleme zu definieren und Wege zu finden, diese vor Ort zu

lösen. Die Beteiligung der Bürger spielt eine ebenso entscheidende Rolle wie die Beteiligung der politischen und gesellschaftlichen Repräsentanten und Institutionen einer Gemeinde. Damit gemeinwesenbezogene Prävention nicht zum Wortspiel oder Etikettenschwindel zulasten von Randgruppen und Modernisierungsverlierern in der Gesellschaft verkommt, ist eine Beteiligung aller gesellschaftlichen Bereiche (einschl. der Randgruppen) von besonderer Bedeutung.

Zusammenfassend bedeutet dies:

- Bürgernahe und kommunale Prävention sind Ausgangspunkte einer Präventionsstrategie, die versucht, neue, besonders *nachhaltige* Methoden der Verhütung von Abhängigkeit zu entwickeln, zu realisieren und zu bewerten. Diese Präventionsstrategie orientiert sich an *regionalen* Problemen, Bedürfnissen und Voraussetzungen.
- Im Wissen um die Begrenztheit der Möglichkeiten, die von den beteiligten Institutionen, Personen und der aktuellen Situation der Kommune abhängig sind, ist dabei ein umsichtiges Vorgehen geboten. Kommunen sollten sich an den Forderungen des European Forum of Local Authorities for Urban Safety orientieren, das mit Unterstützung der UNO und des Europarates 1991 dazu aufgefordert hat, in Städten und Gemeinden *Präventionsstrukturen* und nicht nur Präventionsprogramme zu schaffen.
- Dies bedeutet, dass anstelle von kurz- bis mittelfristigen Modellen oder technokratischen Lösungen *strukturelle Veränderungen* im Gemeinwesen notwendig sind.
- Die für das Gemeinwesen Verantwortlichen dürfen nicht so lange warten, bis die Probleme überhand genommen haben bzw. der „*Leidensdruck*“ groß und offensichtlich geworden ist. Je früher präventive Maßnahmen in die Wege geleitet werden, umso erfolgreicher können sie sein.
- Der *Ideenaustausch* zwischen den Kommunen (z.B. im Rahmen von Städtekonferenzen) ist ebenso wichtig wie besondere *Kreativität* in der Umsetzung.
- Die gefundenen *regionalen* Lösungen sollten durch eine geeignete *Moderation* sowie durch professionelle *Berater* umgesetzt bzw. in der Umsetzung begleitet werden.
- Von besonderer Bedeutung ist dabei die *Prozesshaftigkeit* des Vorgehens: Es darf keine „blinde“ Übertragung von Modellen erfolgen, die (möglicherweise) woanders erfolgreich waren; vielmehr muss die gemeinsame Arbeit in der Kommune als (Lern-) Prozess verstanden werden, der unabhängig von messbaren präventiven Ergebnissen einen Wert an sich darstellt.

Exkurs:

Prävention von Abhängigkeit außerhalb des Labels „Sucht“ und „Suchtprävention“: Prävention von Medikamentenabhängigkeit

Im Bereich der Abhängigkeiten nimmt die Medikamentenabhängigkeit eine Sonderstellung ein: Der Weg in die Abhängigkeit führt in der Regel über legale ärztliche Verschreibungen und der Konsum ist nicht anfangs sozial motiviert im Sinn des gemeinsamen Konsumierens in der Gruppe. Die Zielgruppe sind mehrheitlich Frauen, v.a. in höherem Alter. Subjektiv werden Konsum und Abhängigkeit von Psychopharmaka in der Regel mit „Symptommilderung“ und „Gesundheit“ in Verbindung gebracht, und nicht mit „Sucht“. Anders als bei anderen Substanzen handelt es sich um ein privates und nicht öffentlich sichtbares Phänomen. Als Abhängigkeitsproblem ist Medikamentenabhängigkeit Gegenstand von Suchtprävention. Dennoch ist das zentrale Handlungsfeld für präventive Aktivitäten aus mehreren Gründen ein anderes, nämlich der Bereich der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung: Die Akteure im Gesundheitswesen spielen eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Medikamentenabhängigkeit und sind selbst Adressaten von Prävention. Sie haben zudem den direkten und indirekten Zugang zu Abhängigen und sind als Multiplikatoren/innen wichtig. Die Verankerung der Prävention im Gesundheitswesen kommt der subjektiven Verortung des Konsums von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial als Gesundheits- und nicht als Suchtproblem näher und erreicht die Konsumierenden bzw. Abhängigen daher besser.

Vorrangige Problembereiche sind die (Bereitschaft zur) Verschreibung bzw. die Verabreichung

- psychoaktiver Medikamente an Kinder und Jugendliche zur Reduzierung von Prüfungsstress (Betablocker, Benzodiazepine) und zur Verbesserung des Durchhaltevermögens (Stimulanzien),
- von Psychopharmaka (Tranquilizer, Neuroleptika) und Hypnotika, sowie Sedativa in Alters- und Pflegeheimen zur Ruhigstellung der Bewohner/innen,
- von alkoholhaltigen Medikamenten (z.T. bis zu 80 Volumenprozent), die eine Alkoholabhängigkeit erhalten oder erzeugen,
- von Kopfschmerzmitteln, die ihrerseits beim Absetzen die Symptome hervorrufen, gegen die sie eingenommen wurden (Rebound-Effekt) und die entsprechend schwer abzusetzen sind.

IV. Administrative Steuerungsstrukturen in der Prävention

Ziel- und erfolgsorientierte Prävention setzt – gerade in ihrem gemeinwesenorientierten Ansatz – entsprechende Ressourcen und Zuständigkeiten in den Kommunen voraus. Tatsächlich aber sind die Zuständigkeiten im Feld der Prävention vielfach zersplittert und ist die Ressourcenallokation unbefriedigend.

1. Innerstaatliche Zuständigkeiten

Sämtliche für die Suchtprävention in Betracht kommenden Gesetze führen die Länder als eigene Angelegenheiten aus; eine Bundeszuständigkeit gibt es in diesem Feld nicht. Gesetzgeberische Maßnahmen zur (Sucht-) Prävention unterliegen, soweit es sich um jugend-, bildungs-, sozial- und gesundheitsrechtliche Initiativen handelt, der konkurrierenden Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern.

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

Nahezu alle Bundesländer verfügen mittlerweile über so genannte Suchtpräventionskoordinatoren und/oder Präventionsfachstellen, die großenteils bei frei- gemeinnützigen Trägern angesiedelt sind und i.d.R. aus Landesmitteln gefördert werden, und die die Aktivitäten im Land koordinieren, initiieren und fachlich begleiten. Insgesamt wenden die Länder nach eigenen Angaben jährlich einen Betrag von um die 15 bis 20 Mio. € für Maßnahmen der Suchtprävention auf¹⁸. Über den Umfang der – zusätzlichen – kommunalen Aufwendungen für Suchtpräventionsaktivitäten gibt es keine gesicherten Daten.

Auf *Bundesebene* engagiert sich seit Anfang der 1970er Jahre vor allem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Feld der Suchtprävention. Sie wurde durch Erlass vom 20.07.1967 eingerichtet und verfügt hierzu über ein jährliches Budget aktuell rd. 6 Mio. € für Suchtprävention, das im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit veranschlagt ist¹⁹. Hiervon werden jeweils in etwa zu gleichen Teilen massenkommunikative Aktivitäten im Bundesgebiet (Produktion und Streuung von Basismedien, Anzeigen, Plakate, audiovisuelle Medien) einerseits und personalkommunikative Maßnahmen im Bundesgebiet andererseits (Ausstellungen, Aktionen, Fortbildungen, Internetpräsentation und -chat usw.) mit insgesamt 72% der verfügbaren Mittel finanziert.

¹⁸ Erhebung durch die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Auftrag der Drogen- und Suchtkommission in 2001. Bei den vorliegenden Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass teilweise Maßnahmen der Suchthilfe (Beratungsstellen, Angebote im Strafvollzug und in der Entlassenenhilfe) in das aus den Ländern übersandte Zahlenmaterial einbezogen sind. Insofern bezeichnet die o.g. Angabe von 15-20 Mio. € eine ungefähre Größenordnung.

¹⁹ Sog. Drittmittel, d.h. Entgelte, Zuwendungen u.ä. von anderen Stellen als dem BMG sind in diesem Betrag nicht enthalten. Es ist aber bekannt, dass solche Drittmittel in nicht unbeträchtlicher Höhe der BZgA zufließen.

Als nachgeordnete Dienststelle des Bundesministeriums für Gesundheit liegen die Schwerpunkte der BZgA im wesentlichen

- im Informations- und Erfahrungsaustausch über Landes- und Bundesprojekte,
- in der Mitwirkung an Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb der EU,
- in der Abstimmung und Vorbereitung von „zentralen“ innerstaatlichen Maßnahmen, soweit diese maßgeblich in die Länder hineinwirken,
- in der Unterstützung neuer Aufklärungsinitiativen und der Weiterentwicklung von Medien und Methoden der Suchtprävention,
- im Erstellen einer gemeinsamen Projektliste zu prioritären Arbeitsfeldern.

Die BZgA ist regelmäßige Gastgeberin des Bund-Länder-Koordinationskreises zur Suchtprävention, der i.d.R. zweimal jährlich zum Zweck des gegenseitigen Austauschs zusammentritt. Überdies vertritt die BZgA die Interessen des Bundes in den einschlägigen Gremien und Arbeitskreisen der Bundesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, sowie z.T. auch in internationalen Gremien.

Gleichfalls bundesweit im Feld der Suchtprävention – und zwar insbesondere in der Sekundärprävention – aktiv ist die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS), die für diese Aufgabe über die BZgA (als formeller Zuwendungsgeber) Zuschüsse des Bundesministeriums für Gesundheit in Form einer Projektförderung in Höhe von rd. 300 Tsd. € p.a. erhält²⁰. Schwerpunkt ist die Entwicklung und Streuung von Broschüren und anderen Informationsmaterialien zu Gefährdungsmomenten, Risiken und Folgen von Suchtmittelkonsum, -missbrauch und süchtigen Verhaltensweisen, die zum Großteil zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind (etwa: Angehörige von Suchtkranken, Frauen, junge Erwachsene mit Probier- bzw. problematischem Suchtmittelkonsumverhalten, medizinisches Personal, Journalisten).

Gemäß § 20 SGB V ist Suchtprävention im Rahmen der Krankheitsverhütung Aufgabe der *Gesetzlichen Krankenversicherung*. Allerdings hat der Gesetzgeber in der Begründung zum GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 dargelegt, der Versicherte habe, „da Investitionen in die eigene Gesundheit... im wohlverstandenen Interesse und in der Eigenverantwortung des einzelnen liegt“, keinen Finanzierungsanspruch gegenüber der Krankenkasse auf entsprechende Maßnahmen. Entsprechend § 20 Abs. 1 und 2 SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen „gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ für Leistungen der primären Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung beschlossen, die bisher jedoch auf lokaler Ebene noch keineswegs überall konkretisiert und umgesetzt worden sind, so dass sich über die Wirksamkeit auch noch keine Aussagen treffen lassen. Als Richtwert sollen für Maßnahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung 5 DM je Versichertem und Kalenderjahr eingesetzt werden. Dieser Betrag umfasst jedoch die Prävention sämtlicher Erkrankungsformen. Es ließ sich nicht ermitteln, mit welchem Anteil hierbei Maßnahmen der Suchtprävention gefördert werden²¹.

²⁰ Angaben seitens der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

²¹ Insgesamt gibt es rd. 51 Mio. Mitglieder in den gesetzlichen Krankenkassen. Ginge man rein spekulativ davon aus, dass von den o.g. 5 DM pro Versichertem 10% für suchtpreventive Maßnahmen zur Verfügung ständen, dann käme eine Summe von etwa 12,5 Mio € p.a. zusammen.

Auf kommunaler Ebene gehört die Prävention i.S. der vorbeugenden Gesundheitshilfe zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII. Leistungsverpflichtet sind bei Vorliegen der rechtlichen und persönlichen Voraussetzungen die kommunalen Träger der Kinder- und Jugendhilfe. Bei sozialhilfeberechtigten erwachsenen Personen greift § 36 BSHG: Leistungsverpflichtet ist bei Vorliegen der rechtlichen und persönlichen Voraussetzungen der örtliche Sozialhilfeträger. Allerdings bindet § 36 BSHG die im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen an ein vorangegangenes ärztliches Gutachten. So gesehen lässt sich hier eine Finanzierungs- bzw. Förderpflicht des Sozialhilfeträgers für allgemeine (insonderheit: primär-) präventive Maßnahmen nicht ableiten. Vielmehr handelt es sich bei den auf kommunaler Ebene angebotenen Präventionsmaßnahmen zu einem Großteil um freiwillige Leistungen, die bei Ressourcenknappheit jederzeit gekürzt oder ggf. in Gänze gestrichen werden können. Es ist nicht ermittelbar, mit welchem Finanzvolumen insgesamt im Bundesgebiet auf kommunaler Ebene die Suchtprävention gefördert wird.

Als Teil der Förderung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der allgemeinen Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes findet Suchtprävention – wenngleich auch nicht explizit benannt – ihren Stellenwert im Kontext der gesetzlich vorgesehenen Veranstaltungen und Angebote, die darauf zielen, die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen zu fördern und sie zu Selbstbestimmung zu befähigen. Die Ausgestaltung in Art, Umfang und Qualität ist gesetzlich nicht geregelt, sondern bleibt der kommunalen Selbstverwaltung überlassen.

In der Bildungspolitik sind Angebote der Gesundheitsförderung und in diesem Zusammenhang auch der Suchtprävention heute vielfach Bestandteil der schulischen Curricula. Oft werden Präventionsveranstaltungen in Form von Projektwochen in den Klassenstufen 8 bis 10 durchgeführt. An vielen Schulen wurde seit den späten 1970er Jahren die Funktion der „Vertrauenslehrer“ bzw. „Drogenkontaktlehrer“ geschaffen, die ehrenamtlich bzw. vereinzelt kompensiert durch Stundenreduzierung wahrgenommen wird und u.a. die Aufgabe hat, suchtrelevante Informationen zu beschaffen und zu verbreiten, Schüler/innen und andere Lehrer/innen in Suchtfragen zu beraten und ggf. Kontakte zu örtlichen Beratungsstellen zu vermitteln. Vereinzelt gehört auch die Durchführung von oder Mitwirkung an Präventionsveranstaltungen zum Aufgabenspektrum dieser Drogenkontakt-/ Vertrauenslehrer. Bundesweit einheitliche und verbindliche Umsetzungsstandards gibt es indes nicht; Schulpolitik ist Angelegenheit des jeweiligen Landes, die konkrete Ausgestaltung sogar oft in die Verantwortung der einzelnen Schulen vor Ort gestellt.

Soweit spezielle Suchtpräventionsmaßnahmen im Kontext der Vorbeugung von Straftaten in Betracht kommen, sind hierfür die Polizeibehörden der Länder zuständig.

2. Ressourcenallokation

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

Ausschlaggebend hierfür sind einerseits die verfassungsrechtlich verankerten Zuständigkeitsgrenzen – der Bund ist grundsätzlich gehindert, Regelaufgaben der Länder zu übernehmen bzw. zu finanzieren; die Länder ihrerseits sind durch Art. 28 Abs. 2 GG gehindert, fachlich-konzeptionell oder organisationsprägend in die Selbstverwaltung der Kommunen einzugreifen. Zum anderen sind es die Systemunterschiede zwischen der steuerfinanzierten Aufgabenerfüllung durch die Staats- und Kommunalverwaltungen und der beitragsfinanzierten Erbringung von Sachleistungen auf Seiten der Sozialversicherungen – letztere können nicht allgemein für „den Bürger“/ „die Bürgerin“ verfügbar gemacht werden, sondern richten sich vom Prinzip her ausschließlich an die jeweiligen Mitglieder (d.s. „die Versicherten“). Soweit es andererseits um gesetzliche Pflichtleistungen der Jugend- und Sozialhilfe geht (etwa vorbeugende Gesundheitshilfe nach dem SGB VIII bzw. BSHG), sind diese auf der Basis einer entsprechenden Bedürftigkeitsprüfung einzelfallbezogen zu erbringen.

Es wäre abwegig und im übrigen auch gänzlich unrealistisch, um einer verbesserten Ressourcenallokation in der Suchtprävention willen diese verfassungs- und leistungsrechtlich verankerten Strukturen in Frage stellen bzw. revidieren zu wollen.

3. Innerstaatliche Zusammenarbeit

Eine gesetzlich verankerte institutionalisierte Form der Zusammenarbeit der verschiedenen Träger der Prävention gibt es nicht – sie lässt sich in einem föderalen Staat mit gegliedertem System der gesundheitlichen Versorgung auch nicht allgemeinverbindlich etablieren. Weder vom Parlament (etwa auf dem Weg einer Entschliebung seitens des Bundes- oder der Landtage), noch vom Gesetzgeber, noch von den jeweils federführend zuständigen Staatsverwaltungen lässt sich dies regeln. Vielmehr bleibt es den jeweiligen Akteuren in den einzelnen Systemen und vor Ort überlassen, entsprechende Strukturen und Institutionen zu schaffen, um die Zusammenarbeit und – damit verbunden – einen zielführenden und wirtschaftlichen Mitteleinsatz zu gewährleisten. Fehlende staatliche Regelungen hindern jedenfalls die Akteure nicht daran, vor Ort ihre Zusammenarbeit zu optimieren und vernetzte Strukturen zu schaffen.

Derzeit existieren auf Bundes- bzw. Bund-Länder-Ebene folgende Gremien:

- Ständiger Arbeitskreis der Drogen-/Suchtbeauftragten des Bundes und der Länder beim BMG,
- Bund-Länder-Koordinationskreis zur Suchtprävention bei der BZgA,
- Koordinationsgremium bei den Bundesverbänden der GKV.

In den einzelnen Bundesländern existieren – trotz aller länderspezifischen Unterschiede – im allgemeinen interministerieller Arbeitskreise, Koordinationskreise oder Arbeitsgemeinschaften der Fachministerien (bzw. der Drogen-/Suchtbeauftragten) mit den Kommunen und den im Suchtbereich tätigen Institutionen, Verbänden und Vereinen, schließlich vielfach Koordinationskreise der Landesfachstellen für Prävention mit den örtlichen Institutionen, Verbänden und Vereinen.

Auf der kommunalen Ebene existieren, soweit erkennbar, vielfach ebenfalls institutionalisierte Strukturen der Koordination und Kooperation in Form von präventionsspezifischen Fachkreisen, Ausschüssen und dgl., in die im allgemeinen mehr oder weniger sämtliche wichtigen Akteure vor Ort eingebunden sind. Deutlich defizitär scheint in vielen Ländern und Kommunen die Kooperation mit dem (primär-) ärztlichen Versorgungssystem zu sein. Dabei käme es darauf an, speziell die Haus- und insbesondere Kinderärzte in die Bemühungen zur Suchtprävention systematisch einzubeziehen.

Es ist seit langem bekannt, dass auf praktisch allen Ebenen der Prävention erhebliche Verbindlichkeits- bzw. Entscheidungskompetenzdefizite bestehen. Zwar sind mehr oder minder alle wichtigen Akteure in den zahllos bestehenden Gremien (mehr oder weniger regelmäßig) vertreten, jedoch sind Absprachen über konzeptionelle oder /und methodische Vorgehensweisen sowie etwa über zeitliche und zielgruppenspezifische Placierung bestimmter Maßnahmen oft nicht mit der nötigen Verbindlichkeit zu erzielen. Auch ist es grobenteils sehr schwierig, die Ressourcen unterschiedlicher Akteure in gemeinsamen Anstrengungen zu bündeln.

Dem entsprechend käme es in der Weiterentwicklung des Präventionsfeldes darauf an, dass die beteiligten staatlichen Stellen, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts, sowie die freigemeinnützigen Träger und Institutionen vor Ort auf freiwilliger Basis ihre Kooperation und Koordination verbesserten. Als ein gangbarer Weg erscheint hierzu die *Stärkung der Rolle der Präventionskoordinator/innen* und Fachstellen. Sie könnten – ggf. über den Weg einer entsprechenden Beileihung – zum Fokus für die fachliche und organisatorisch-strukturelle Qualitätsentwicklung und für die Optimierung der Ressourcenallokation aufgewertet werden.

Es erscheint in diesem Zusammenhang zudem ratsam, sowohl auf Bundesebene, als auch in den Ländern über die Konstruktion öffentlich-rechtlicher Stiftungen nachzudenken, in denen die vorgenannten Aufgaben gebündelt werden könnten. So ließe sich beispielsweise für die Bundesebene die Umwandlung der BZgA in eine *öffentlich-rechtliche Stiftung* denken, an der der Bund und die Bundesverbände der Sozialversicherungsträger zu gleichen Teilen beteiligt sein könnten. Analog könnte auf Länderebene die Stellung der Suchtpräventionskoordinatoren und Präventionsfachstellen durch Einbettung in entsprechende öffentlich-rechtliche Landesstiftungen gestärkt und die Planungsaufgaben sowie Ressourcenakquisition und -verteilung – zumindest zu einem Großteil – gebündelt werden. Dabei ist zu bedenken, dass solche Stiftungen zugleich auch prominente Adressaten für bürgerschaftliches Engagement etwa in Form des social sponsoring sein könnten.

4. Europäische Zusammenarbeit

Auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft gehört die gesundheitsbezogene Drogenprävention²² i.S. der Nachfragereduzierung seit Inkrafttreten des Maastrichter Vertrages von 1992 zu den Gemeinschaftsaufgaben. Gleichwohl gibt es keine vorrangige Zuständigkeit der Europäischen Gemeinschaft für Fragen der Drogenprävention. Vielmehr verbleibt auch nach dem Amsterdamer Vertrag von 1997 die Aufgabe der Prävention als Teil der Gesundheitspolitik originär im Zuständigkeitsbereich der einzelnen Mitgliedsstaaten. Aktionen der Gemeinschaft greifen prinzipiell nur subsidiär; sie sollen die einzelstaatlichen Aktivitäten ergänzen, nicht aber in nationale Strategien eingreifen oder diese ersetzen.

Zur Förderung der einzelstaatlichen Bemühungen um die Drogenprävention sind auf Gemeinschaftsebene entsprechende Strukturen geschaffen worden; so namentlich:

- die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon (eingerrichtet 1993),
- der Ausschuss „Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Prävention der Drogenabhängigkeit“ in Luxemburg (eingerrichtet 1996).

Während die Aufgabe der EBDD im wesentlichen in der Sammlung, Aufbereitung und Bereitstellung relevanter Daten aus den einzelnen Mitgliedsstaaten zu Drogenmissbrauch, -abhängigkeit und zu Maßnahmen der Nachfragereduzierung, sowie in der Verbesserung der Vergleichbarkeit drogenspezifischer Informationen innerhalb der Gemeinschaft besteht, zielt das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Prävention der Drogenabhängigkeit auf die Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in Fragen der Drogenprävention; im Unterschied zur EBDD verfügt es über Fördermittel zugunsten externer einzelstaatlicher Projekte, die sich auf die modellhafte Erprobung neuer und beispielgebender Strategien richten.

²² Fragen der Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs spielen auf EU-Ebene nahezu keine Rolle.

V. Zur Lenkungswirkung des Rechts in der Prävention

1. Prävention und Strafrecht

Die sozialwissenschaftliche Forschung hat sich in den letzten Jahrzehnten intensiv mit der Lenkungswirkung von und der Verhaltenssteuerung durch Recht beschäftigt. Die Ergebnisse dabei sind insgesamt eher entmutigend. Viele der dem Recht zugeschriebenen Folgen oder Ergebnisse lassen sich nicht oder durch andere als rechtliche Mittel besser (z.B. mit weniger Nebenwirkungen) erreichen. Dies gilt insbesondere für die verhaltenssteuernde Wirkung des Strafrechts, wo spezial- und generalpräventive Effekte nur bedingt nachzuweisen sind. Zwar hat das Strafrecht insgesamt eine positive generalpräventive Funktion in dem Sinne, dass es die Normtreue der Normtreuen (also der „Anständigen“) verstärkt; dabei kommt es aber weniger auf die konkrete Ausgestaltung einer (Strafrechts-)Norm oder auf die Art und Höhe der Sanktion als auf die Tatsache an, dass ein Verhalten überhaupt als bestrafungswürdig vom Gesetzgeber definiert wird. Andere Faktoren (wie z.B. bei Jugendlichen die Gruppe der Gleichaltrigen) spielen bei der individuellen Entscheidung, ob man sich an bestimmte Vorschriften hält oder nicht, eine größere Rolle als das (Straf-)Recht.

Für die Gesetzgebung im Zusammenhang mit illegalen und legalen Drogen bedeutet dies, dass keine überzogenen Erwartungen an (neue) Gesetze zu stellen sind. Vielmehr ist besonderes Augenmerk auf mögliche schädliche Nebenwirkungen solcher Gesetze (z.B. Stigmatisierung bestimmter Personengruppen, negative Effekte durch Inhaftierungen etc.) zu richten. Zudem sollten Gesetze regelmäßig evaluiert und daraufhin überprüft werden, ob die in sie gesetzten Erwartungen auch tatsächlich erfüllt worden sind. Sollte die (unabhängige) Evaluation zu dem Ergebnis kommen, dass dies nicht der Fall ist, dann sind die Gesetze abzuschaffen, im Ausnahmefall auch zu ändern.

Da die empirische Forschung die prinzipielle Überlegenheit präventiver gegenüber repressiver Maßnahmen nachgewiesen hat ist darüber hinaus auch sicherzustellen, dass aus bestimmten Gründen notwendige repressive Vorschriften keine negativen Nebenwirkungen dadurch haben, dass sie präventiven Vorschriften oder Präventionsmaßnahmen entgegenstehen, behindern oder unmöglich machen. So zeigt sich in der Praxis, dass viele Formen der akzeptierenden Drogenhilfe gegen das derzeit geltende Betäubungsmittelgesetz verstoßen.

So hat z.B. der Gesetzgeber z.B. die Ausgabe von Einmalspritzen an Drogenabhängige und die Einrichtung und das Betreiben von nach § 10 a BtMG erlaubten Konsumräumen aus der Strafbarkeitszone herausgenommen. Es bleiben aber trotz des Dritten Betäubungsmittel-Änderungsgesetzes zahlreiche Formen akzeptierender Drogenhilfe, die eine Verfestigung des Drogenmissbrauchs verhindern, Lebenshilfe und Überlebenshilfe gewährleisten wollen, strafbar. Die Plakataktion der AIDS-Hilfe, die Opiatabhängige zu Safer-Use-Techniken

gewinnen wollte, wurde wegen Verstoßes gegen § 29 Abs. 1 Nr. 12 BtMG (= öffentliche Aufforderung zum Verbrauch von Betäubungsmitteln, die nicht zulässiger Weise verschrieben worden sind) verfolgt. Sozialarbeiter oder Ärzte, die für einen AIDS-Kranken Marihuana zu Therapiezwecken beschaffen, machen sich wegen unerlaubten Betäubungsmittelerwerbes strafbar. Wenn eine Mutter, ein Leiter einer betreuten Wohngemeinschaft oder eines Übernachtungsheimes für Drogenabhängige, ein Polizeibeamter oder ein Sozialarbeiter eine Tochter/Sohn, einen Mieter/in, einen Besucher oder Straßenpassanten in einen hygienischen Raum zum Konsum weisen, so ist dies nach den §§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 und 11 BtMG (neue Fassung) immer noch strafbar. Wenn außerhalb der staatlichen Untersuchungsstellen, die gemäß § 4 BtMG von der Erlaubnispflicht befreit sind, Drogenberater, Lehrer, Chemiker oder Drogenhelfer (wie die Organisation Eve & Rave in Berlin) am Rande von großen Musikveranstaltungen Betäubungsmittel-Proben auf ihre Zusammensetzung untersuchen, um Drogenkonsumenten vor gefährlichen Designerdrogen zu warnen, so stellt dies nach herrschender Meinung ein strafbares Verschaffen von Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 BtMG dar. Wenn Drogenhelfer auf der Drogenszene verelendenden Opiatabhängigen mit vereiterten und zerstochnen Venen beim Injektionsvorgang durch Hilfe beim Abbinden, bei der Venensuche oder beim Setzen der Spritze helfen, so verschaffen sie mit dieser Hilfeleistung eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch und machen sich nach § 29 Abs. 1 Nr. 10 BtMG strafbar.

Das BtMG und teilweise auch das Strafgesetzbuch bedrohen bisweilen Präventionsmaßnahmen mit Strafe, anstelle Präventionsmaßnahmen zu fördern und eine Rechtsgrundlage zu bieten.

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren aus politischen Erwägungen mit den §§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10, 11 und 12 BtMG besondere Tatbestandsformen der Beihilfe zum Konsum geschaffen und mit Strafe bedroht, obwohl von Seiten der Strafverfolgung hier kein Bedürfnis bestand. So zeigen denn auch die Statistiken der Strafverfolgungsbehörden, dass diese Vorschriften nicht zu Verurteilungen führen, aber von den politischen Parteien bei der Bewertung von Drogenhilfe und Therapiemaßnahmen häufig zitiert werden. Die Lösung der Probleme wäre deshalb eine ersatzlose Streichung dieser Vorschriften.

Insgesamt ergeben sich somit folgende Empfehlungen:

- Der häufig unterstellte verhaltenssteuernde Effekt von (Straf-)Gesetzen ist kritisch zu hinterfragen.
- Die Nebenwirkungen von bestehenden und neuen Gesetzen sind intensiver als bisher zu untersuchen und zu dokumentieren.
- Von den Möglichkeiten experimenteller Gesetzgebung (Befristungen/ Evaluationsgebot/ Berichtspflichten) sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden. Insbesondere sollte eine durch unabhängige Gutachter durchzuführende Evaluation von (neuen) Gesetzen gewährleistet, dass nur solche Gesetze in Kraft bleiben, die ihre (klar definierten) Ziele auch tatsächlich erreichen.
- Repressive Vorschriften sollten regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob sie präventive Maßnahmen behindern. Im Zweifel sollte der Grundsatz „Prävention vor Repression“ gelten. Es böte sich in diesem Zusammenhang möglicherweise an, in einer Präambel zum BtMG nicht nur das vier Säulen Prinzip: a) Prävention, b) Therapie, c) Überlebenshilfe und d) Repression zu verankern, sondern auch eine Zielklausel aufzunehmen, die besagt, dass bei Widerstreit von Prävention (bzw. Drogenhilfe) und Repression dem Präventions- und Hilfedanken den Vorrang einzuräumen ist.
- Die Polizeigesetze der Länder und die Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV) sind dahin zu ergänzen, dass Polizei und Staatsanwaltschaft alle Präventionsmaßnahmen nach Kräften zu unterstützen haben.
- Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn sollte durch vermehrte Ausnahmegenehmigungen Erprobungsprojekte ermöglichen, ob zukünftig auf bestimmte repressive Bestimmungen verzichtet werden kann (z.B. Untersuchung von Betäubungsmittelproben zur Schadensminimierung – „drug checking“)

2. Steuer- und subventionspolitische Maßnahmen in der Prävention

Es wird bereits seit vielen Jahren von Seiten einzelner Verbände die Forderung erhoben, durch steuerpolitische Maßnahmen die Nachfrage nach Suchtmitteln zu reduzieren und somit der Suchtvorbeugung zu dienen. Vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang des öfteren auch, die so erzielten Steuermehreinnahmen der Suchtprävention und ggf. Suchthilfe zugute kommen zu lassen. Tatsächlich spricht einiges dafür, dass – jenseits zu berücksichtigender weiterer Faktoren (etwa: Trinkgewohnheiten, Einkommenshöhe) – eine Verteuerung des Erwerbs von Suchtmitteln zu einer Reduzierung des Verbrauchs beitragen könnte.

Tatsächlich handelt es sich bei den Verbrauchssteuern, namentlich der Branntwein-, Schaumwein- und Tabaksteuer, um Bundessteuern; lediglich die Biersteuer fällt den Ländern zu. Der Bund wäre mithin nicht gehindert, die entsprechenden Steuersätze zu erhöhen; ihm steht insoweit – mit Ausnahme der Biersteuer – die alleinige Gesetzgebungskompetenz zu. Gleichwohl sind mit einem solchen Unterfangen eine ganze Reihe steuerrechtlicher und insbesondere auch nach außen wirkender Glaubwürdigkeitsprobleme verbunden²³.

Allerdings – und dieser Aspekt spielt in diesem Zusammenhang speziell unter Glaubwürdigkeitsgesichtspunkten eine zentrale Rolle – sollten innerstaatlich und auf EU-Ebene deutliche Anstrengungen unternommen werden, die Subventionierung des Anbaus bzw. der Produktion von Alkohol und Tabak einzustellen²⁴. Es dürfte der Bevölkerung nämlich kaum vermittelbar sein, wenn die Bundesregierung (rsp. die BZgA oder auch die EU-Gesundheitsminister) einerseits auf die tabak- und alkoholbedingten Gesundheitsgefahren hinweist, gleichzeitig aber Anbau und Produktion dieser Substanzen seit langem in beträchtlichem Umfang aus öffentlichen Mitteln fördert.

²³ Siehe im einzelnen den Beitrag des Kollegen Bossong in Anlage 3.

²⁴ So wurde bspw. im Jahr 2000 der Tabakanbau aus EU-Mitteln mit rd. 1 Mrd. €, die Branntweinproduktion aus Bundesmitteln mit 258 Mio. DM bezuschusst.

VI. Sozialwissenschaftliche Forschung und Qualitätsentwicklung in der Prävention

Es muss heute als Standard gelten, dass gesellschaftlich relevante Phänomene, wie dies der Missbrauch und die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen darstellt, bedarfsgerecht und zielführend nur dann bearbeitet werden können, wenn mit geeigneten Instrumenten und Verfahren ein möglichst fundiertes Wissen über das Phänomen mobilisiert, des Weiteren die jeweils zur Anwendung gebrachten professionellen Bearbeitungsformen einem allgemein gültigen und gesicherten Qualitätsniveau entsprechen und sich – i.S. von evidence based – als wirksam erweisen. Im Bereich von Sucht und Suchtprävention bestehen hier aus Sicht der Kommission bis heute gravierende Defizite, die nur teilweise mit fehlenden Instrumenten und/oder methodischen Schwierigkeiten erklärt werden können, sondern statt dessen möglicherweise auch in gewissem Maße mangelndem Engagement der jeweiligen Akteure geschuldet sind. Es besteht mithin dringender Handlungsbedarf.

1. Der Beitrag der empirischen Sozialforschung für die Qualitätsentwicklung in der Prävention

Die bisherige Forschung in der Bundesrepublik zum Thema psychoaktive Substanzen berücksichtigt zu wenig die sozialen Kontexte und soziokulturellen Rahmenbedingungen, welche die Entwicklung des Drogengebrauchs und die Wirkungen bestimmter präventiver Maßnahmen beeinflussen. Rein epidemiologische Ansätze, die sich auf die bloße Beschreibung und Feststellung der Konsumverbreitung und der Konsummuster beziehen und in der Bundesrepublik (besonders im Bereich des illegalen Drogengebrauchs) relativ gut entwickelt sind, erklären nicht, warum sich neue Gebrauchsmuster entwickeln und warum der Konsum bestimmter Mittel zunimmt oder abnimmt. Und biologisch-genetische Ansätze, die derzeit sehr stark im Rahmen der Forschungsförderung eine Aufwertung erfahren, erklären nicht, warum eine Minderheit der Intensivkonsumenten abhängig wird, warum viele Jugendliche überhaupt Drogen probieren und welche Gebrauchsmuster zu welchen Zeiten „populär“ sind.

Angesichts dieser Beschränkungen sind für das Verständnis des Drogenphänomens sozial- und verhaltenswissenschaftliche Ansätze nötig, die das gesellschaftliche Umfeld über die bloße Frage substanzbezogenen Verhaltens einbeziehen und das Verhalten als eine Variante im Spektrum menschlichen Verhaltens im Kontext sozialer und kultureller Rahmenbedingungen begreifen. Die Werte und Normen der Gesellschaft und in Subgruppen der Gesellschaften (insbesondere Jugendlichen) sind in diesem Zusammenhang vor allem deshalb bedeutsam, weil sie über das Image des Konsumenten und die gesellschaftliche Billigung des Konsums mitentscheiden. Diese informellen Normen der Gesellschaften wirken in vielen

Fällen weitaus stärker verhaltenssteuernd als die Vorstellungen von Gesundheit. So mag es in der eigenen „peer group“ geradezu statusfördernd sein, risikoreiche Verhaltensweisen zu praktizieren. Die informelle Normen sind in vielen Fällen auch weitaus bedeutsamer als die formellen Normen von Recht und Gesetzen, wie international vergleichende Studien erbracht haben.

Nicht nur die Verbreitung und Entwicklung des Drogengebrauchs wird durch soziale und soziokulturelle Kontextbedingungen beeinflusst, auch die Erscheinungsformen sind davon betroffen. So wird die Wahrscheinlichkeit von Überdosierungen und die Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Ausgangs von Überdosierungen nicht nur von der Pharmakologie der jeweiligen Substanz oder der körperlichen Ausgangslage des Betroffenen beeinflusst, sondern auch durch den Lebensstil des Konsumenten (z.B. Art des Umgangs mit Droge, Aufenthaltsorte) und durch die staatlichen Reaktionen auf Drogengebrauch Gesellschaft (z.B. Nichtrufen von Hilfe bei Überdosierung aus Furcht vor Strafverfolgung).

Bei der Bestimmung der kausalen Mechanismen, die sowohl auf der Ebene des Individuums als auch der Gesellschaft das Konsumverhalten einwirken, müssen neben psychosozialen Faktoren subjektive Rahmenbedingungen (wie z.B. Einstellungen oder die Wahrnehmung des Drogenzugangs) ebenso wie objektive Rahmenbedingungen (z.B. Drogenmärkte, Preise und Drogenzugang, polizeiliches Handeln) mitberücksichtigt werden. Diese verschiedenen Faktoren sind im Rahmen komplexer Modelle zu berücksichtigen, in denen den genannten Faktoren in ihrer spezifischen Kombination Rechnung getragen wird.

Der lokalen Differenzierung in den objektiven und subjektiven Rahmenbedingungen ist durch entsprechende Kontextualisierung national erhobener Daten bzw. durch regionale Studien Rechnung zu tragen. Weil vieles, was sich im Bereich des Drogengebrauchs auf nationaler Ebene entwickelt, zunächst regional begrenzt beginnt und sich dann ausgeweitet, sind Spezialstudien von Städten, in denen sich neue Formen des Drogengebrauchs ausbreiten – wie z.B. Crackkonsum – vermehrt erforderlich. Regionale und regionale vergleichende Studien können nationale Studien nicht ersetzen, sie aber in gewichtigen Teilen ergänzen und gleichzeitig die Ausgangsbasis für zukünftige Fragestellungen in nationalen Studien schaffen.

Bei der Bestimmung von Verlaufsprozessen ist sowohl dem Wandel auf der Gesellschafts- als auch der Individualebene in Form von prospektiven Longitudinalstudien Beachtung zu schenken. Über die Beschreibung und Analyse der kausalen Mechanismen von Substanzgebrauch bzw. Substananfälligkeit und die Einbeziehung neuere Trends hinaus haben prospektive Longitudinalstudien den Vorteil, die Prüfung von Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen: Systematische präventive Interventionen bei Teilgruppen einer laufenden Längsschnittstudie auf der Grundlage randomisierten Teilgruppen erlauben es, Zusammenhänge zwischen Intervention und Folgen für Einstellungen und Verhalten kausal genauer zu bestimmen.

Besondere Beachtung ist der Evaluation systematisch geplanter oder sich oder zufällig sich ergebender Maßnahmen und Ereignisse im Bereich der Drogenpolitik zu schenken. Drogenpolitik und Drogenprävention lassen sich nicht hinreichend auf ihre Wirksamkeit prüfen, wenn man nicht auch bereit ist, unterschiedlichen Vorgehensweisen in ansonsten vergleichbaren Populationen zu wählen und auf ihren Folgen hin systematisch zu überprüfen. Dies kann auf der Ebene einzelnen Regionen oder Städte wie auch innerhalb von Regionen bzw. Städten geschehen. In der Vergangenheit wurden allzu oft Maßnahmen – wie z.B. im Umgang mit der offenen Drogenszene – unternommen, die mehr durch Mutmaßungen als gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse bestimmt waren und bei denen die Auswirkungen nicht auf Haupt- und (intendierten und nicht-intendierten) Nebenfolgen hin erfasst wurden.

Der Versuch des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), durch Schwerpunktprogramme und Forschungsverbünde neue Impulse zu setzen und die Suchtforschung in der Bundesrepublik zu fördern, ist prinzipiell zu begrüßen. Die bisherige Praxis weist jedoch gewisse Mängel auf: erstens ist nur ein Teil der bereits 1991 im Rahmen der Forschungsbestandsaufnahme des BMBF festgestellten (und im vorliegenden Suchtkommissionsbericht erneut benannten) Defizite – insbesondere im sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Bereich – in entsprechende Förderprogramme umgesetzt worden. Zweitens ist mit der Wahl von Schwerpunktprogrammen, die auf eine bestimmte Zeit hin gefördert werden (seit kurzem: Versorgungsforschung) das Spektrum der Themen eingengt. So können im Rahmen dieses Programms die beschriebenen, hier als bedeutsam eingeschätzten Forschungsthemen – sofern sie nicht einen Bezug zur Versorgungsforschung aufweisen – nicht eingebracht werden. Drittens: die Festlegung der Forschergruppen und Themen erfolgt in größeren zeitlichen Abständen (jeweils für mehrere Jahre). Mit dieser Art Festschreibung ist es nicht möglich, dass zwischenzeitlich neue Forschungsprojekte und Forschergruppen dazustoßen. Es werden dadurch für „Newcomer“ keine Anreize geschaffen, sich dem Forschungsfeld zuzuwenden.

Es wird daher vorgeschlagen, durch entsprechende Förderungsmaßnahmen die Voraussetzungen insbesondere für eine verstärkte sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung in Form von Programm- und Projektförderung zu schaffen und damit zugleich auch den internationalen Rückstand – insbesondere zu Ländern wie die USA, den Niederlanden und Großbritannien – zu reduzieren. Des weiteren sollten Anreize für den Wissenschaftlernachwuchs gegeben werden, sich diesem Forschungsfeld zuzuwenden.

2. Evaluation und Qualitätssicherung in der Prävention

Die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen zu evaluieren, ist unbestritten. Von zentralem Interesse ist dabei die Überprüfung der Wirkung der Intervention (Produktevaluation) auf den (späteren) Substanzkonsum („primäres Ziel“) und die Sicherung der Qualität in der Programmdurchführung. Evaluationsstudien liefern Hinweise, welche Strategien bei welchen Zielgruppen mehr oder weniger erfolgreich sind.

So unbestritten die Notwendigkeit der Evaluation ist, so beachtlich sind andererseits auch deren methodischen Schwierigkeiten und prinzipielle Grenzen. Dies darf jedoch kein Grund sein, auf derartige Untersuchungen zu verzichten. Vielmehr erwächst daraus die Notwendigkeit, der Komplexität der Messung von Langzeiteffekten durch die Wahl besserer Designs als bisher üblich (insbesondere auf der Grundlage von Longitudinalstudien) gerecht zu werden und geeignetere Instrumentarien zu entwickeln bzw. bestehende zu verbessern. Aus diesem Grund ist die Verbesserung der Evaluationsforschung maßgeblich auch abhängig von der Intensivierung der bislang vernachlässigten Methodenforschung in diesem Bereich (u.a. zu geeigneten Instrumenten, Problemen von „self reports“, Panelmortalität in Longitudinalstudien etc.).

Bei der Evaluation ist zwischen primären Zielen und den sekundären Zielen zu unterscheiden: Ist die Erreichung primärer Ziele nicht zu überprüfen, werden intermediäre Variablen definiert, die messbar sind und die in einem theoretisch ausgewiesenen Zusammenhang mit Formen des (späteren) Substanzkonsums stehen (z.B. Risiko- und Protektivfaktoren). Auch sind erwünschte und unerwünschte Nebenfolgen von Maßnahmen zu beachten. So ist es z.B. denkbar, dass bestimmte, einseitig und stereotyp gestaltete Formen der Aufklärung – z.B. über die Wirkungen bestimmter Drogen – Jugendliche vom Konsum abhalten, dafür aber unter den KonsumentInnen die Glaubwürdigkeit der Aufklärung in Frage stellen und den Übergang zu „härteren“ Drogen begünstigen.

Ein zweiter Strang der Evaluationsdiskussion fokussiert die Prozessevaluation, bei der die Qualität der Implementation und der Durchführung der Maßnahme evaluiert werden. Die Evaluationsregeln zwingen unter anderem zu einer Explikation der theoretisch-konzeptuellen und epidemiologischen Begründung des konkreten Vorhabens, zu einer mitlaufenden Projektdokumentation und zu Zielformulierungen auch auf der operativen Ebene. Diese Regeln formalisieren und standardisieren das Vorgehen und tragen erheblich zur Qualitätssicherung der Programme bei, indem sie über die Reflexion des Prozesses das Aufzeigen von Schwachstellen und das Einbringen von Korrekturen institutionalisieren.

Im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in der Suchtprävention sind die Ansätze zu intensivieren, die Evaluationswissen und Wissen zur Qualitätssicherung in Form von Handreichungen breit zugänglich machen. Hier liegen entsprechende Vorarbeiten der Euro-

päische Drogenbeobachtungsstelle EMCDDA/IFT und der BZgA vor. Auch die Finanzierung von Evaluation sollte direkt an die Finanzierung von Maßnahmen gebunden werden, damit die Evaluation von Beginn an mitgedacht und eingeplant wird und Evaluationsentscheidungen als selbstverständlicher Bestandteil der Praxis akzeptiert werden.

Darüber hinaus ist eine systematische Evaluationsforschung über die enge Bindung nur an konkret durchgeführte Präventionsprogramme hinaus wichtig. Eine Aufgabe dieser Forschung wäre unter anderem

- die Diskussion der methodischen Probleme der Evaluation zu intensivieren,
- *Theorieentwicklung ausgehend von Evaluationsergebnissen*: eine projektübergreifende Zusammenfassung, in welcher Weise eine Programmeffektivität die dem Programm zu Grund gelegten Theorieannahmen bestätigt oder widerlegt,
- *Theorieentwicklung zur Fundierung von Prävention*: Erarbeiten von präventionsrelevanten und bislang unzureichenden Erkenntnissen zu den Entstehungsbedingungen von Abhängigkeit und zur Bedeutung von historischem und substanzkulturellem Wandel für Prävention, Untersuchung allgemeiner Mechanismen, wie (Teilgruppen von) Zielgruppen Interventionen wahrnehmen und darauf reagieren (möglicherweise gibt es z.B. bei Konsumierenden und Nicht-Konsumierenden gegenläufige Effekte) und Vermittlung dieses Wissens in die Präventionspraxis.

Es ist sinnvoll, die Evaluationsforschung nicht nur den Beschränkungen der konkreten Projekte in der Präventionspraxis zu überlassen, sondern direkt anknüpfend an den sich aus der wissenschaftlichen Diskussion ergebenden Forschungsbedarf Wissenschaftler/innen Forschungsprojekte initiieren und Fragestellungen bearbeiten zu lassen. Der Gewinn läge darin, dass sich diese Projekt in der inhaltlichen Ausrichtung und im Design primär an grundlegenden Fragen und stärker an den Anforderungen der methodischen Standards als an denen der Praxiserfordernisse orientieren können.

VII. Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen

Entsprechend dem in Ziffer I. genannten Auftrag empfiehlt die Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung und dem Bundesministerium für Gesundheit als ihrem Auftraggeber insbesondere:

1. In der gesellschaftlichen, fachdisziplinären und verbandlichen Diskussion über die Zielsetzungen und Methoden der Suchtprävention sollten staatliche Verwaltung und Politik nicht vorschnell bestimmte Richtungen (implizit oder explizit) durch eigene Wertungen vorgeben und dadurch Freiräume für einen offenen und ggf. auch kontroversen Dialog einengen.
2. Die Drogen- und Suchtpolitik wird im Hinblick auf Präventionsbemühungen nur dann erfolgreich sein können, wenn sie glaubwürdig und in sich konsistent ist. Dies gilt für die Bereiche des Sozialleistungsrechts ebenso wie bspw. für die Wirtschaftsförderungs- bzw. Subventionspolitik, und zwar sowohl auf innerstaatlicher wie auf EU-Ebene.
3. Die Trennung von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen sollte zugunsten eines übergreifenden Ansatzes aufgegeben werden, der sich stärker an Entwicklungsprozessen im Kontext von Lebenswelten orientiert.
4. In der Konzeptualisierung und praktischen Ausgestaltung der Prävention sind konkrete Zielgruppen immer wieder neu zu bestimmen; dabei sind die jeweils angelegten Kriterien auszuweisen. Die Wahl kann unterschiedlich begründet sein, z.B. mit der Betroffenheit der Gruppe von einem Phänomen, mit der bisherigen Vernachlässigung oder der einfachen Erreichbarkeit der Zielgruppe sowie mit den Folgeproblemen und -kosten bei dieser Zielgruppe.
5. Die Sensibilität gegenüber der differenzierenden Bedeutung von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und sozialer Lage ist bei allen Akteuren der Suchtprävention als Kompetenz zu fördern. Sie ist in allen Bereichen zu verankern.
6. Angesichts der hohen Kosten von breit angelegten massenmedialen Kampagnen sind sie nur im Verbund mit personalkommunikativen Ansätzen und nach besonders gründlicher Kosten-Nutzen-Analyse sinnvoll.
7. Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, die verschiedene, sowohl pädagogische als auch psychologische, medizinische sowie juristische und weitere Tätigkeiten und Professionen umfasst. Hieraus ergibt sich, dass alle beteiligten Berufsgruppen Verantwortung in der Prävention übernehmen müssen und sich um eine möglichst konstruktive Zusammenarbeit bemühen sollten.

8. Gemeinwesenorientierte und Setting-Ansätze, die sich an den spezifischen sozialräumlichen Gegebenheiten sowie an den Lebenswelten in Schule, Elternhaus und Arbeitsplatz ausrichten und alle dort Beteiligten einbeziehen, sollten besonders forciert werden.
9. Internationale Bestrebungen (etwa der WHO oder der EU) zur allgemeinen Senkung des Konsums psychoaktiver Substanzen sollten stärker unterstützt werden. Dies gilt insbesondere für die legalen Substanzen Alkohol und Tabak. So sollte weiterhin an dem Ziel festgehalten werden, den Prozentsatz der Raucher in der Bevölkerung zu senken. Darüber hinaus erscheint es der Kommission sinnvoll, größere Anstrengungen zu unternehmen, um das Einstiegsalter bzgl. Tabak- und Alkoholkonsums bei Jugendlichen zu erhöhen.
10. Die bisher (überwiegend) verwaltungsintern wahrgenommenen Planungs-, Koordinations- und Durchführungsaufgaben im Feld der Prävention sollten soweit es geht aus der staatlichen Verwaltung ausgegliedert werden; die BZgA (und analog die z.T. in Landesministerien angesiedelten Präventionsfachstellen) sollte nach Möglichkeit in eine öffentlich-rechtliche Stiftung überführt werden, an der auch die Sozialversicherungsträger – und soweit möglich private und öffentliche Sponsoren – zu beteiligen wären, um auf diese Weise bestehende Vernetzungsdefizite und Finanzallokationsprobleme besser in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig sollte die Rolle der Präventionskoordinatoren in den Kommunen gestärkt werden.
11. Mit Blick auf betäubungsmittelrechtliche und andere Rechtsvorschriften (bspw. JÖSchG), die im Bereich der Prävention einschlägig sein können, sollte verstärkt von den Möglichkeiten Gebrauch gemacht werden, sie zu befristen und regelmäßig zu evaluieren. Überdies sollte gesundheitsbezogenen Gesichtspunkten gegenüber solchen der Strafrechtspflege ein Vorrang eingeräumt werden.
12. Bezogen auf die konkrete Praxis sollte regelmäßige systematische Evaluation und Qualitätsentwicklung zum unabweisbaren Standard und dem entsprechend deutlich verstärkt werden. Parallel dazu sollte eine allgemeine und übergreifende Forschung zu Grundlagen der Evaluation ausgebaut werden.
13. Eine stärkere lebensweltbezogene, sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung ist notwendig. Eine allgemeine Grundlagenforschung im Bereich der Evaluation ist zu etablieren.

Berlin, im Mai 2002

Mitglieder der Drogen- und Suchtkommission

Prof. Dr. Gundula Barsch

Prof. Dr. Horst Bossong

Prof. Dr. Thomas Feltes

Prof. Dr. Alexa Franke

Prof. Dr. Felix Gutzwiller

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

OStA Dr. Harald-Hans Körner

Prof. Dr. Karl-Artur Kovar

Prof. Dr. Karl Mann

Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband

Prof. Dr. Rainer K. Silbereisen

Prof. Dr. Klaus Wanke

Anhang I

„Zielsetzungen in der Prävention“

von Prof. Dr. Gundula Barsch

Alle westeuropäischen Gesellschaften sind seit Beginn der sechziger Jahre mit facettenreichen Problemen konfrontiert, die sich aus dem Konsum psychoaktiver Substanzen ergeben. Seit dem werden auf allen Ebenen der Gesellschaft Überlegungen entwickelt, wie Drogenprobleme verhindert werden könnten.

1. Die Sinnrationalität des damaligen Behandlungssystems wird drogenpolitische Leitfigur

Die praktizierte Suchtprävention ist in weiten Teilen noch heute von den anfänglichen Paradigmen geprägt, mit denen erste Präventionsbemühungen formuliert wurden. Diese sind dadurch geprägt, dass die damalige Sinnrationalität /vgl. Luhmann 1981: 267 f.; Luhmann 1986: 75-88/ des Behandlungssystems für Suchtkranke in Präventionsstrategien Eingang fand, obwohl sich dieses Bemühen an Bevölkerungsgruppen mit jeweils eigenen Fragestellungen wendet.

Die damalige Rationalität stützte sich auf ein spezifisches Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmuster von Abhängigkeit, das in dieser Zeit von den Expertenkreisen des Hilfesystems weitgehend unwidersprochen geteilt wurde. Danach wurde alles, was für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen relevant war, auf zwei Interpretationsspole hin gedeutet, wobei als binäre Codes „Abstinenz vs. Abhängigkeit“ galten.

Gestützt wurde die Sinnrationalität des Behandlungssystems durch die zu dieser Zeit gültigen Vorstellungen von Sucht/Abhängigkeit, die weitgehend von unilinearen, mechanistischen und dramatisierenden Vorstellungen über Drogenentwicklungsverläufe ausgingen. Sucht wurde als eine Karriere gedacht, die bereits mit dem ersten Probieren beginnen und sich jeglicher Möglichkeit einer Steuerung und Kontrolle entziehen würde; ohne therapeutische Intervention nicht zu beenden sei und ohne Rückkehr zur Abstinenz die Gesundheit /vgl. Tretter 1999/ und Gesellschaftsfähigkeit der Konsumenten gravierend untergrabe /z.B. in Form des amotivationalen Syndroms, vgl. Täschner 1995/.

Suchtprävention fußt auf binärem Code des Suchtkrankenhilfe

Im Zuge der Transformation in gesellschaftspolitische Strategien zur Verhinderung von Drogenproblemen wurde die Sinnrationalität der damaligen Suchtkrankenhilfe übernommen und in den Grundideen erster Präventionsbemühungen – der Drogenprävention – festgeschrieben. Wenngleich Präventionsbemühungen eine Entwick-

lung durchlaufen haben, in der sie sich weiter professionalisiert und institutionalisiert haben, erweist sich mehr denn je als brisant, dass auch die heutige Suchtprävention mit ihren Kernaussagen auf dem binären Code „drogenabhängig vs. abstinente“ fußt. Einer weitergehenden Differenzierung der Wahrnehmungs- und Verarbeitungsweisen des Konsums psychoaktiver Substanzen und von Abhängigkeit sowie einer Erweiterung von Akzeptanz- und Inklusionsansprüchen sehr verschiedener Drogenkonsumenten wurden damit kaum zu überbrückende Schranken gesetzt.

In Konsequenz dieser inhaltlichen Konstrukte wurde Suchtprävention einem Präventionsmodell verpflichtet, dass sich an pathogenetischen Sichtweisen medizinischer Prävention anlehnt. Dieses legitimiert Interventionen durch das Expertensystem mit einem Gesundheitsbegriff, der eine diktatorische Aufforderung zu wünschenswertem Verhalten – hier Abstinenz – impliziert /vgl. Dollinger 2001/. Suchtprävention entwickelte auf diese Weise eine totale Struktur und erfüllte Funktionen einer sozialen Kontrolle, die in ihren Nebeneffekten zugleich pathologisierend, normierend und therapeutisierend wirkte. Damit war Suchtprävention in hohem Mass mit einer Drogenpolitik kompatibel, die auf den drogenfreien Menschen orientierte und schuf die Grundlage für therapieorientierte Verarbeitungsstrategien.

Diese suchtpreventiven Ansätze sind in vielen Punkten theoretisch überholt; dort wo sie weiterhin praktiziert werden, erweisen sie sich als nachteilig. Die wesentlichsten Kritikpunkte betreffen die Grundannahmen (Stoffgefährlichkeit, Krankheitskonzept, Risikoverhaltenskonzept), die normative Abstinenzzielsetzung und die Beschränkung bzw. Verhinderung einer Akkulturation des Drogenkonsums. Prävention in diesen Grundmustern bringt eine Vielzahl kontraproduktiver Effekte hervor. Präventionspolitische Klarstellungen dazu sind dringend erforderlich.

Realitätsbezug notwendig

In Deutschland konnten weder die prohibitive Anlage des Drogenrechts noch abstinenzorientierte Bemühungen um Suchtprävention verhindern, dass in der Bevölkerung massenhaft alte und neue, legale und auch illegalisierte psychoaktive Substanzen konsumiert werden und offenkundig auch ernstzunehmende Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Substanzen existieren. Dazu gehören u.a. drogenbedingte Wege- und Arbeitsunfälle mit erheblichen materiellen und Personenschäden, dazu gehören drogenbedingte Folgeerkrankungen, die sowohl die Versorgungssysteme für Akut- als auch für chronisch Kranke erheblich belasten, dazu gehört drogenbedingte Kriminalität, die sich nicht allein auf Beschaffungskriminalität für illegalisierte und legale Drogen beschränkt, sondern beispielsweise sehr verschiedene und schwerwiegende Gewaltstraftaten (Mord, Totschlag, Vergewaltigung, Körperverletzung) einschließt, dazu gehören weiterhin drogenbedingte Störungen in sozialen Netzen (Partnerschaften, Elternschaften), die oftmals mit weitreichenden Konsequenzen für das unmittelbare (z.B. Kinder aus betroffenen Familien) und mittelbare Umfeld (z.B. Sicherheits-

bedürfnisse von Nachbarschaften) verbunden sind. Zusätzlich dazu hat die seit vielen Jahren praktizierte prohibitive Drogenpolitik weitere Drogen(politik)probleme hervorgebracht, die in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen zu erheblichen Belastungen führen /vgl. Albrecht 1999/.

Deutlich wird, dass diese Schwierigkeiten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen nicht unbedingt mit Abhängigkeit in Zusammenhang stehen. Abhängigkeit, v.a. in der schweren, lebensbedrohlichen Form, ist ein seltenes Ereignis. Die Zahl der in diesem Sinn bedrohten Menschen beträgt sowohl im legalen als auch im illegalisierten Bereich sehr deutlich unter 5%, die Zahl der Gefährdeten liegt etwa bei 20% pro Jahrgang.

Vor diesem Hintergrund kann geschlussfolgert werden, dass das Risiko einer Abhängigkeit beim Umgang mit psychoaktiven Substanzen zwar nicht verharmlost werden darf. Eine ausschließliche Orientierung des gesellschaftlichen Bemühens auf die Verhinderung von Abhängigkeit versperrt allerdings den Blick dafür, dass es dringend weitere Zugänge zum Thema geben muss. Erst auf diese Weise können Schwierigkeiten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen, die sich aus komplexen Konsumsituationen ergeben (falscher Ort, falsche Zeit, falsche Menge, falsche Person, falsche Applikationstechnik) und die in ihrer persönlichen und sozialen Relevanz als weit schwerwiegender zu bewerten sind, in den Blick genommen werden. Deutlich wird auch, dass diese Probleme nicht mit der einfachen Botschaft „Abstinenz“ auszuräumen sind; eine Botschaft, die zudem für die kulturintegrierten, aber auch für eine Reihe derzeit illegalisierter psychoaktiver Substanzen kaum Akzeptanz findet. Ein politisches Bemühen um eine Verminderung von Problemen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen muss diese gesellschaftlichen Realitäten respektieren.

2. Pathogenetische versus salutogenetische Orientierung

Ein differenziertes Verständnis von Abhängigkeit, welches auch dieser Stellungnahme zugrunde liegt, korrespondiert mit einer erweiterten Sicht auf den Konsum psychoaktiver Substanzen.

Es gilt heute als wissenschaftlich akzeptiert, dass bestimmte Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen durchaus mit physischer, psychischer und sozialer Gesundheit vereinbar sind /vgl. u.a. für Cannabis Kleiber, Soellner 1998/; Drogenkonsum nicht nur destruktive, sondern auch persönlichkeitsfördernde und sogar protektive Komponenten haben kann /vgl. Soellner 1995/; Drogenkonsum keineswegs folgerichtig mit somatischen und/oder psychischen Störungen einhergeht /vgl. Schmidt 1998/ und Drogenkonsum die Gesellschaftsfähigkeit und Gesundheit der Konsumenten nicht per se unterminiert. Deshalb wird in dieser Stellungnahme auch ausdrücklich eine differenzierte Sichtweise angemahnt, die für jeden Umgang mit

psychoaktiven Substanzen zwischen Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit unterscheidet.

Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann damit als ein Handeln wahrgenommen werden, dass unter bestimmten Bedingungen in die Lebenswirklichkeit der Menschen integrierbar ist, dort einen berechtigten Platz finden und mit hochgeschätzten Werten der Gesellschaft vereinbar sein kann. In dieser Wahrnehmung gilt Drogenkonsum nicht mehr als etwas grundsätzlich zu überwindendes. Vielmehr gilt es, für den sozial integrierten Drogengebrauch gezielt Kompetenzen zu entwickeln – ein Prozess, der nicht sich selbst überlassen bleiben sollte.

Als gewolltes „Nebenprodukt“ dieser Wahrnehmungs- und Verarbeitungsweise von Drogenkonsum gerät der Mensch als Drogenkonsument wieder in den Blick und damit seine Fähigkeiten, angemessen mit psychoaktiven Substanzen umgehen zu können, seine sozial angelegten Gestaltungsmöglichkeiten, sein Fähigkeiten und Möglichkeiten für sozial verantwortliches Handeln, Verantwortung und Selbstbestimmung.

Die Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen und der Umgang mit ihnen gehören in unserer Gesellschaft für (fast) alle Bürger zu den Herausforderungen, denen sie sich in den verschiedenen Lebensphasen auf jeweils spezifische Weise zu stellen haben. In der Regel geht es immer wieder um das Abwägen zwischen Drogenkonsum und anderen Anforderungen und Bedürfnissen. Eher selten müssen dabei Fragen nach dem persönlichen Risiko von Abhängigkeit in die Aufmerksamkeit rücken.

Psychoaktive Substanzen haben in unserer Gesellschaft unterschiedliche Funktionen und Bedeutungen, ihr Konsum ist eingebunden in sehr verschiedene Drogenkulturen sowie von einer Vielzahl, teilweise auch widersprüchlichen Verhaltensnormativen beeinflusst. Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist daher in der gesellschaftlichen Realität, so wie sie heute existiert, eine lebenslange Entwicklungsaufgabe, die alle Bürger bewältigen müssen und auch bewältigen.

Dabei kommen schon heute nur wenige Menschen zu einer Abstinenzlösung. Für die meisten geht es immer wieder darum, zu einem ihrer aktuellen Situation und Lebensphase angemessenen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu finden. Diese sind für den einen als Genussmittel legalisierte Drogen, für den anderen Medikamente und wieder für andere illegalisierte Substanzen. Unabhängig davon, welche Substanzen konsumiert werden, sollten alle hierbei auf Unterstützung und Hilfe zurückgreifen können.

Um diese gesamtgesellschaftliche Aufgaben angemessen und effektiv leisten zu können, müssen gesellschaftliche Bemühungen zur Vermeidung von Drogenproblemen zukünftig jedoch nach dem Prinzip strukturiert werden, Menschen bei ihrer Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen so zu unterstützen, dass sie zu einem

„mündigen“ und damit unproblematischen Umgang mit diesen Substanzen finden können.

Drogenmündigkeit als Teil der Gesellschaftsfähigkeit

Das Pendant zu Sucht und exzessivem Konsum ist nicht Abstinenz, sondern Drogenmündigkeit.

Die Entwicklung von Drogenmündigkeit zielt darauf Menschen zu befähigen, sich eigenständig in vielfältigen Alltagssituationen orientieren und zu jeweils angemessenen Formen im Umgang mit Drogen finden zu können. Drogenmündigkeit beinhaltet insofern keinesfalls Fertigkeiten, Willenqualitäten und Selbstkontrolle, um durch Experten formulierte Vorgaben buchstabengetreu umzusetzen. Drogenmündigkeit ist vielmehr ein sehr komplexes Handeln, in das u.a. Fähigkeiten und Motivationen für Risikomanagement, Kritikfähigkeit, Genussfähigkeit, Drogenwissen eingehen und die Basis dafür schaffen, dass Menschen in den vielfältigsten Alltagssituationen in bezug auf Drogen autonom und kundig handeln. Gerade mit dem Bezug auf Kritikfähigkeit und Risikomanagement wird deutlich, dass Drogenmündigkeit nicht dem nur sich selbst verpflichteten Individuum das Wort redet, das sich mit seinem Drogenkonsum rücksichtslos in der Gemeinschaft platziert. Drogenmündigkeit soll vielmehr ausdrücklich als Aspekt der Gesellschaftsfähigkeit verstanden werden.

Im Ergebnis von Drogenmündigkeit entsteht ein integrierter, autonom kontrollierter und genussorientierter Drogenkonsum, der allen Konsumenten von psychoaktiven Substanzen die selbstbestimmte und selbstverständliche Teilnahme am allgemeinen gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Dies insbesondere deshalb, weil mündiger Drogenkonsum mit von außen und mit selbstgestellten Anforderungen und Aufgaben vereinbar wird und an Stelle irrationaler Verhaltensroutinen ein bewusstes und differenziertes Risikomanagement tritt. Drogenmündigkeit wird zugleich deshalb Voraussetzung von Gesellschaftsfähigkeit, weil durch Drogenkonsum angestoßene individuelle Verhaltensweisen wie das zeitweise Losbinden vom Alltag, die Orientierung auf die eigene Person, Genuss, Grenzerfahrungen und Lustgewinn in soziale/gemeinschaftliche Ziele wie z. B. die Vermeidung von Selbst- und Fremdschädigung eingeordnet werden. Die individuelle Entscheidung zum Konsumverzicht/zur Abstinenz (lebenslang oder situativ) kann insofern – muss aber nicht – ebenfalls als Mündigkeit gedeutet werden.

Deutlich wird, dass Suchtprävention ihre Aufgabe verfehlt, wenn sie in ihrer Zielsetzung darauf fixiert wird, dem potentiellen Verelendungsstatus eines vermeintlich krankhaftsüchtigen Präventionsadressaten zuvorzukommen. Drogenmündigkeit als Aspekt von Gesellschaftsfähigkeit und als Handeln, das auf Vermeidung von Selbst- vor allem aber Fremdschädigung zielt, erfüllt dagegen wesentliche präventionspolitische Forderungen, die an Paradigmen eines Bemühens um Verminderung von Drogenproblemen zu stellen sind. Zukünftige gesellschaftliche Bemühungen zur Vermei-

derung von Drogenproblemen müssen deshalb darauf zielen, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den Prozess der Entwicklung und Stabilisierung von Drogenmündigkeit auf individueller, kollektiver und gesellschaftlicher Ebene fördern. Hierin wird das Globalziel einer modernisierten Suchtprävention gesehen.

3. Substanzbezogene Ansätze und Life-Skills-Ansätze in der Gesundheitsförderung

Die Suchtprävention hat einen Entwicklungsprozess vollzogen, in dem sie zwei sehr unterschiedliche Pfade beschritten hat. Während sie sich mit Life-Skills-Ansätzen mehr und mehr den Grundideen der Gesundheitsförderung annäherte, tasten sich ihre Bemühungen um Weiterentwicklung substanzbezogener Ansätze vorsichtig im Bereich der Risikoprävention voran, ohne hier bereits fachlichen Konsens und durchgängige theoretische Erkenntnisse und praktische Erfahrungen vorweisen zu können. Die starke Orientierung an den Life-Skills-Ansätzen hat vielmehr lange Zeit das Thematisieren substanzbezogener Fragestellungen regelrecht behindert. Hier sind Restrukturierungen dringend erforderlich.

Life-Skills-Ansätze als übergreifendes Emanzipationsprinzip etablieren

Life-skills-Ansätze verstehen Gesundheitsförderung im Sinne der WHO und damit als einen Prozess, der Menschen in die Lage versetzt, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand und damit auf ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefindens zu nehmen. Gesundheitsförderung unterstützt Menschen bei der Entwicklung ihrer personalen und sozialen Ressourcen, so dass sie fähig und in der Lage sind, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen.

Durch das Aufgreifen von Ansätzen der Gesundheitsförderung gelang es, sich von einer Prävention durch Abschreckung und Angsterzeugung zu lösen und eine Wendung hin zu ursachen- und lebensweltorientierten Interventionsstrategien vorzunehmen. Aufgebrochen wurde auf diese Weise auch die pathologische Wahrnehmung und Interpretation der Tatsache, dass in allen Bevölkerungsschichten psychoaktive Substanzen – wenn auch unterschiedlicher Art und auf unterschiedliche Weise – konsumiert werden. In den Blick gerieten nunmehr die Funktionen, die psychoaktive Substanzen für konsumierende Gruppen und Personen haben und die Ressourcen, mit denen die Konsumenten den Umgang mit psychoaktiven Substanzen in ihren Lebensstil einordnen. Die praktischen emanzipatorischen Ansätze der Suchtprävention, mit denen Lebenskompetenzen, Selbstwertschätzung, Durchsetzungsfähigkeiten u.ä. in ihrer Entwicklung aufgegriffen und gefördert wurden, gehören zu den nachweisbar erfolgreichen Strategien, auf die sich Suchtprävention zur Zeit stützen kann.

Die Produktivität des Ansatzes, Suchtprävention unter dem Fokus „Gesundheitsförderung“ bzw. nochmals erweitert um den Fokus „Förderung von Lebenskompetenzen“ zu verstehen und zu praktizieren, wird nicht allein durch Hinweise auf eine wirksame Praxis untermauert. Ansätze der Gesundheitsförderung stärken in ihrer Konsequenz die Rolle des Subjektes, schärfen den Blick für die gesellschaftliche Einbettung individuellen Verhaltens, unterstützen die Wendung vom Defizitblick auf „Betroffene“ hin zu einer ressourcenorientierten Wahrnehmung von Drogenkonsumenten und überwinden nicht zuletzt die Abspaltung und Ausgrenzung des Drogenkonsums als einzelnes Verhaltenssegment aus der Gesamtheit der Lebenspraxis der Menschen. Der Erfolg von Projekten der Gesundheitsförderung bzw. der Lebenskompetenzförderung, die im Zuge der Suchtprävention aufgegriffen wurden, muss insofern auch aus den in ihrem Wesen ganzheitlichen, systemisch ausgerichteten, nicht-pathologisierenden, nichtstigmatisierenden und integrierenden Ansätzen abgeleitet werden, die dem kulturellen Selbstverständnis der Menschen der modernen Gesellschaft entgegen kommen. Insofern gilt es, auch vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Bemühens um Verminderung von Drogenproblemen an Ansätzen der Gesundheitsförderung bzw. der Lebenskompetenzförderung festzuhalten und diese weiter zu entwickeln. Der Grundgedanke, Drogenkonsum als Bestandteil von Lebensweise zu verstehen und darauf gesellschaftlich zu reagieren, ist durch eine Reihe Verkürzungen, mit denen er bisher von der Suchtprävention aufgegriffen wurde, in seinen Potenzialen noch längst nicht ausgeschöpft. Auch heute noch bieten diese konzeptionellen Überlegungen genügend Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung des gesellschaftlichen Bemühens um die Vermeidung von Drogenproblemen.

Festzuhalten bleibt jedoch, dass sich das Bemühen um die Verminderung von Drogenproblemen in die Bemühungen anderer Bereiche der Gesellschaft einordnet, Menschen zur Emanzipation und zur Übernahme von Verantwortung für ihr Leben aufzufordern und zu befähigen (z.B. politische Mitsprache, Umgang mit Medien, Lebensplanung, Sexualität). Folgerichtig wird auch in anderen Bereichen mit ähnlichen Zielen und methodischen Inventaren gearbeitet, die sich vielfach nicht gravierend voneinander unterscheiden.

Zukünftige gesellschaftliche Bemühungen zur Vermeidung von Drogenproblemen müssen sich insofern als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Gestaltungsaufgabe verstehen, in der sehr unterschiedliche Akteure mit dem Ziel zusammenwirken, den Menschen Bedingungen und Unterstützung zur Entwicklung eines für unsere Gesellschaft größtmöglichen Niveaus an Lebenskompetenzen und soziokultureller Mündigkeit zu gewähren.

Mit diesem Globalziel findet sich das Bemühen um die Verminderung von Drogenproblemen in Übereinstimmung mit anderen Bereichen der Gesellschaft, in denen es ebenfalls um das Verhindern schwerwiegender sozialer, kollektiver und individueller Problemlagen geht. Dazu gehören beispielsweise Bestrebungen zur Verminderung

von Gewalt, Kriminalität, sexuellem Missbrauch, Rechtsextremismus, Essstörungen, psychosomatische Beschwerden, Mobbing, Medienhörigkeit etc. Wie die Praxis bereits heute schon zeigt, forciert die Orientierung an Ansätzen der Gesundheitsförderung ihrem Wesen nach eine sektorenübergreifende Thematisierung von Interdependenzen zwischen Drogenkonsum und anderen Bereichen des Lebensstils der Menschen. Insofern ist das gesellschaftliche Bemühen um Verminderung von Drogenproblemen in ihren Handlungsbegründungen und Strategien weit stärker mit anderen professionellen Herausforderungen der Entwicklungsförderung, der Förderung von Emanzipation, Partizipation und kultureller Teilhabe, der Gesundheitsförderung usw. zu verbinden und zu einem allgemeinen Prinzip gesellschaftlichen Einwirkens zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund stellt sich folgerichtig die Forderung, die gewachsenen Strukturen von Prävention und die bereits erfolgte Separierungen gesundheitsfördernder Konzepte unter dem Label „Suchtprävention“ rasch so zu restrukturieren, dass das professionelle Bemühen um die Verminderung sehr verschiedener Problemlagen unter einem Dach integriert und zu einem koordinierten Zusammenwirken entwickelt wird.

Die Tatsache, dass auch in diesen Bereichen erfolgreich mit emanzipatorischen Konzepten und Ansätzen zur Förderung von Lebenskompetenzen gearbeitet wird, verweist darauf, dass diese als ein allgemeines Erziehungs- und darüber hinaus kulturbildendes Prinzip verstanden und durchgesetzt werden müssen, an dem viele Akteure mitwirken, mitwirken müssen und auch mitwirken können.

Probleme durch die Institutionalisierung der Arbeit mit Life-Skills-Ansätzen

Die gegenwärtige Praxis insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendarbeit zeigt, dass für einfühlsame und verantwortungsbewusste Eltern, Lehrer, Jugendarbeiter usw. vielfach keine intensive Vermittlung von Techniken und Konzepten dieser Art nötig ist. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ist es jedoch wichtig und wünschenswert, die umfassende Auseinandersetzung mit diesem Erziehungs- und kulturbildenden Prinzip verbindlich zu verankern (z.B. in Ausbildungsinhalten von Lehrern, Sozialarbeitern, Mediziner; bei Entscheidungen zur Förderung von konkreten Projekten). Auf diese Weise wird gesichert, dass für diese Auseinandersetzungs- und Entwicklungsprozesse Zeit, Raum und materielle und finanzielle Ressourcen gegeben werden und diese auch unter Anleitung qualifizierter Experten erfolgen.

Wenngleich viele Menschen auch ohne spezielle Ausbildung in der Lage sind, im pädagogischen Alltag, aber auch in anderen Lebensbereichen konstruktive Impulse für die Entwicklung von Lebenskompetenzen und Mündigkeit zu setzen, zeichnet ab, dass es immer wieder wichtig und motivierend für die Praktiker ist, den Beitrag ihrer Arbeit auch in bezug auf die Verminderung von Drogenproblemen aufzuzeigen und ihnen dazu weiterführende Aspekte bewusst zu machen. Auch hierfür ist ein gewisses Maß an Institutionalisierung sinnvoll.

Das Globalziel „Drogenmündigkeit“ und die hier vertretene Auffassung, dass die Förderung von Drogenmündigkeit wesentlich auch eine struktur- und kulturbildende sowie pädagogische Arbeit ist, stellt die gegenwärtig weit fortgeschrittene Institutionalisierung des gesellschaftlichen Bemühens um die Vermeidung von Drogenproblemen in Frage. Infolge des raschen Aufbaues eines eigenständigen institutionellen Systems „Suchtprävention“ ist es nicht nur zu unproduktiven Auseinandersetzungen um Definitions- und Zuständigkeitsbereiche gekommen. Wesentlich bedenklicher ist, dass sich im Ergebnis insbesondere der nichtspezialisierte Bereich mehr und mehr aus dem gesellschaftlichen Bemühen um eine Verminderung von Drogenproblemen zurückgezogen hat. In der Konsequenz werden auf der einen Seite eigene Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Handlungsmöglichkeiten nicht mehr wahrgenommen. Auf der anderen Seite beansprucht ein mehr und mehr allein agierendes, in Anbetracht seiner Aufgaben aber folgerichtig insuffizientes Expertensystem die Zuweisung von Zuständigkeit für die Verminderung von Drogenproblemen für sich und kann mit Recht regelmäßig auf seine begrenzten Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten verweisen. Diese Schieflage ist durch eine starke Begrenzung der Institutionalisierung und die Festlegung von Möglichkeiten und Grenzen eines entsprechenden Apparates aufzulösen.

Konsequente Hinwendung zu substanzbezogenen Zielen

Die Strategien der Gesundheitsförderung, die bisher im Rahmen der Suchtprävention aufgegriffen wurden, sind fast ausschließlich drogenunspezifisch und können in bezug auf das angestrebte Ziel – die Verminderung von Drogenproblemen – nur einen kleinen, in der Regel nicht klar zu benennenden Anteil leisten. So unverzichtbar Ansätze der Gesundheitsförderung im Rahmen des gesellschaftlichen Bemühens um eine Verminderung von Drogenproblemen auch sind, kann darüber hinaus im Prozess der Förderung von Drogenmündigkeit nicht auf drogen- und suchtspezifische Ansätze verzichtet werden. Deshalb müssen gesellschaftliche Bemühungen um die Verminderung von Drogenproblemen darüber hinaus auch substanzbezogene Ziele haben, die für die jeweils unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft zu differenzieren sind. Zu den wichtigsten substanzbezogenen Zielen gehören:

- Methoden der Vermittlung von Drogenkunde
- Methoden der Vermittlung von Genussfähigkeit
- Methoden der Vermittlung von Risikofähigkeiten
- Methoden der Vermittlung von Kritikfähigkeit

Für alle diese Ansätze zeichnet sich erstens ab, dass unter dem Fokus der Entwicklung von Drogenmündigkeit nur bedingt Erfahrungen mit diesen Methoden insgesamt, ihrer Akzeptanz bei bestimmten Personengruppen und ihre Evidenz für bestimmte

Problemlagen vorliegen. Derzeit muss davon ausgegangen werden, dass in vielen pädagogischen Bereichen (Elternarbeit, Schule, Jugendfreizeit) selbst der Konsum legaler psychoaktiver Substanzen ausgegrenzt und tabuisiert bleibt. Dies hat dazu geführt, dass auch in diesen Bereichen bisher kaum Anstrengungen unternommen werden, den Prozess der Auseinandersetzung mit der Rauch- und Alkoholkultur und der Kultur des Umgangs mit Medikamenten in unserer Gesellschaft zu fördern und die Aneignung mündiger Formen des Umgangs mit Alkohol, Nikotin und Medikamenten zu unterstützen.

Der Wechsel weg von der Abstinenzorientierung hin zur Entwicklung von Drogenmündigkeit erfordert deshalb erstens, Theorie und Praxis unter diesem Aspekt neu zu orientieren und gezielt einen Prozess der Entwicklung, Reflexion und Evaluierung von Methoden zur Vermittlung von Drogenkunde, Genussfähigkeit, Risikomanagement und Kritikfähigkeit in bezug auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen anzustoßen und zu fördern. Zweifellos sollte dabei nicht nur auf die wenigen Erfahrungen zurückgegriffen werden, die bisher im Rahmen der institutionalisierten Suchtprävention gesammelt wurden. Bisher kaum beachtet und deshalb auch kaum systematisch gesammelt, diskutiert und evaluiert werden jedoch zugleich Ansätze wichtig, die insbesondere im allgemeinen pädagogischen Bereich, speziell im Rahmen der Arbeit mit drogenkonsumierenden Jugendlichen entwickelt wurden.

Deutlich wird in der Zusammenschau zweitens, dass Drogenkunde, Kritik- und Genussfähigkeit sowie Risikomanagement in bezug auf psychoaktive Substanzen und deren Konsum nicht als ausgewählte separate Fähigkeitskomplexe entwickelt werden können. Sie sind vielmehr nur als Ergebnis eines komplexen Kompetenzenbündels zu verstehen, welche auf globalen Niveaus an Wissen, Kenntnissen, Genuss- und Kritikfähigkeiten sowie an Fähigkeiten zum Risikomanagement in den sehr unterschiedlichen Lebensbereichen aufbauen. Insofern erscheint auch hier eine sehr weitgetriebene institutionelle Separierung von Bemühungen in Zusammenhang mit der Verminderung von Drogenproblemen illusionär und unproduktiv. Vielmehr erweist es sich als angebracht, diese allgemeinen Fähigkeitskomplexe einerseits insgesamt in ihrer Entwicklung zu fördern und andererseits in bezug auf Drogenmündigkeit weiter zu spezifizieren. Deutlich wird, dass sowohl in den methodischen Konzepten als auch in dem Grad der praktizierten Ansätze und nicht zuletzt im Grad der Institutionalisierung zu einem ausgewogenen Verhältnis von Allgemeinem und Besonderen gefunden werden muss.

Von der Substanzfixierung zur Problemorientierung

Der Rauschmittelbekämpfungsplan legte mit seiner Zielstellung, den Konsum von illegalisierten Drogen zu verhindern und auch in bezug auf legale Drogen zu einer Konsumreduzierung bis hin zu einer Konsumeinstellung zu kommen, als generelles Ziel Abstinenz fest. Abstinenz wurde auf diese Weise situationsunabhängig als

Selbstwert und damit zum Selbstzweck reklamiert. Ihre einseitige und kompromisslose Durchsetzung löste für einen Teil der Betroffenen und deren Umfeld jedoch eine Vielzahl zusätzlicher Probleme aus.

In dem Bemühen um eine wirklichkeitsgerechte Zielausrichtung muss sich eine modernisierte Suchtprävention von einer solchen substanzfixierten Sichtweise verabschieden und auch in ihren Zielsetzungen eine verhaltensorientierte Herangehensweise dokumentieren. In der Konsequenz heißt das, eine Neuorientierung weg von der Abstinenzorientierung hin zu einer Problemorientierung vorzunehmen. Bezogen auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen sollte folglich als wesentliche Zielstellung gelten, Probleme die sich aus dem Konsum von Drogen ergeben können, durch soziale Bemühungen auf verschiedenen Ebenen zu verhindern bzw. zu vermindern.

Dieser Paradigmenwechsel umfasst nicht nur die Zielstellung selbst: Minimierung des Problemumfangs versus Minimierung der Konsumentenzahlen bzw. der Mengen der konsumierten Substanzen. Er schließt folgerichtig auch einen methodischen Wechsel ein. Die Prämisse „Problemorientierung“ bedeutet nach diesem Verständnis nicht, dass erst dann interveniert wird, wenn schon Probleme entstanden sind. Vielmehr orientiert dieser Ansatz darauf, bereits im Vorfeld Hilfe und Unterstützung für die Entwicklung individueller und kollektiver Ressourcen zu geben, mit denen das Entstehen und das Eskalieren von Problemen verhindert werden kann. Insofern schließt die Wendung des Ziels zugleich die Wendung hin zu einem ressourcenorientierten („salutogenetischen“) Ansatz in der Wahl der Methoden ein.

Natürlich schließt die Orientierung hin zu einer problemorientierten Zielstellung Empfehlungen zur Abstinenz nicht aus. Diese erhält jedoch ihren Wert nicht mehr aus sich heraus und als Selbstzweck, sondern nur in Zusammenhängen, in denen sie voraussichtlich zu einer Problemreduktion beitragen kann. Für eine solche Bewertung müssen jedoch wiederum die betroffenen Personen, deren aktuelle Lebenslagen, Ressourcen und situativen Rahmenbedingungen einbezogen werden.

Deutlich wird, dass die „Förderung von Abstinenz“ nicht mehr ideologisch motivierter Selbstzweck ist. Im Rahmen eines problemorientierten Zugangs wird das Ziel „Abstinenz“ vielmehr ausschließlich in den Dienst einer Problemvermeidung bzw. -reduktion gestellt. Die heutigen Erfahrungen zeigen, dass das gesellschaftliche Bemühen um die Verminderung von Drogenproblemen mit dieser Neuorientierung weit glaubwürdiger und mit weit weniger ungewollten Nebeneffekten agiert.

4. Institutionalisierte Primär-, Sekundär- Tertiärprävention nicht mehr zeitgemäß

Die Begriffe primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden faktisch nach der Zielgruppe der Maßnahmen. Bei primärer Prävention geht es um die gesamte in Frage stehende Population, noch bevor irgendwelche Anzeichen des Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen auftreten. Sekundäre Prävention betrifft Gruppen, bei denen Anzeichen dafür vorliegen, dass sie in Gefahr stehen, Missbrauch zu entwickeln. Tertiäre Prävention schliesslich meint Massnahmen für solche Gruppen, die erste Manifestationen von Missbrauch und Abhängigkeit zeigen, und bei denen es deshalb darum geht, eine Verschärfung des Problems zu vermeiden.

Positiv gesehen hat diese Unterscheidung zur Spezialisierung und Professionalisierung für die entsprechenden unterschiedlichen oder auch gemeinsamen Maßnahmen geführt. Negativ betrachtet ist aber eine wechselseitige Abschottung der entlang dieser Unterscheidung gebildeten Institutionen mit Präventionsaufgaben erfolgt. Solche Strukturen sind nicht kompatibel mit den Erfordernissen von Prävention aus einer gesundheitswissenschaftlichen („salutogenetischen“) Perspektive, welche als oberstes, wenn auch keineswegs ausschliessliches Ziel der Prävention eine Kompetenzförderung auf allen möglichen Stufen der Betroffenheit von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit in den Mittelpunkt stellt.

Diese Unvereinbarkeit besteht in doppelter Weise: Zum einen müssen die Maßnahmen an die Lebenswirklichkeit der Betroffenen in ihrem Alltag angepasst werden, und diese ist zumeist nicht separiert nach den genannten Zielgruppen der Prävention. Drogenkonsum ist kein individueller Akt, sondern als ein soziales Ereignis zu verstehen, das aus einem gesellschaftlichen Gesamtsystem heraus entsteht, das alle Beteiligten angeht und von allen ausgeht und bei welchem der einzelne fest eingebettet in und beeinflusst von seinen sozialen Lebensbezügen ist. Schon diese Sachlage deutet an, wie schwer eine Differenzierung der praktischen Arbeit in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention in sozialen Bezügen ist, in denen eine Trennung zwischen Nichtkonsumenten, regelmäßigen Konsumenten und problematisch Konsumierenden nur bedingt vorgenommen werden kann. Vielmehr sind Menschen mit und ohne Erfahrungen mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen in den gleichen Settings anzutreffen. Zum anderen sind die heute bekannten Ursachen von und Entwicklungswegen zu Missbrauch und Abhängigkeit nicht linear progressiv, sondern es gibt vielfache Entwicklungsmuster unterschiedlichen Verlaufs und Endes, einschliesslich nur temporärer Betroffenheit oder wiederholter Gefährdung.

Vor diesem Hintergrund sollte eine besondere Favorisierung gemeindenaher Ansätze der Prävention erfolgen, die:

- im gängigen Verständnis einen Fächer von Massnahmen umfassen
- häufig die verschiedenen Präventionstypen vermischen (z.B. primärpräventiv gemeinte massenmediale Kampagnen mit sekundärpräventiv zu verstehenden Maßnahmen bei Gruppen mit absehbar erhöhtem Risiko) und
- sowohl das Verhalten wie die Verhältnisse betreffen.

Solch ein Ansatz verlangt bei Beibehaltung der bisherigen Organisationsformen und Verteilungen von Zuständigkeiten zumindest eine erheblich verbesserte Koordination und Kooperation. Darüber hinaus sollten aber auch neue Organisationsformen erprobt werden, die stärker an den typischen Settings und Milieus ansetzen und neue Kooperationsformen der beteiligten Professionen verlangen. Hierbei sollten auch Chancen genutzt werden, die sich aus existierenden Ressourcen in den Settings ergeben.

Insbesondere ist Kompetenzförderung im Bereich psychoaktiver Substanzen schwer vereinbar mit dem Herauslösen der Zielgruppen von Prävention aus dem Lebenszusammenhang, welche durch die vornehmliche Organisation der Arbeit entlang der Unterscheidung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention entstehen kann.

Sicherlich ist diese Unterscheidung methodisch sinnvoll, um auf unterschiedliche Zielgruppen und Massnahmen sowie hierfür erforderliche Qualifikationen hinzuweisen. Es ist davon auszugehen, dass der Prozess der Auseinandersetzung mit und der Aneignung von mündigen Formen des Drogenkonsums in unterschiedlichen Phasen und unter jeweils unterschiedlich günstigen sozialen Rahmenbedingungen verläuft, so dass jeweils spezifische Formen von Hilfe und Unterstützung notwendig werden.

Als Organisationsprinzip auch für ein stärker gemeindenahes Präventionskonzept hat aber die Erfahrung der vergangenen Jahrzehnte mehr Nachteile als Vorteile gezeigt. Nach dem Stand der internationalen Evaluationsforschung zu Präventionsprogrammen im Bereich psychoaktiver Substanzen zeigen aber gerade solche Programme, die auf mehreren Ebenen und integriert das gesamte Umfeld einschliesslich verschiedener Gruppen von Betroffenen ansprechen, die besten Ergebnisse. Hierbei geht es keineswegs nur um die Förderung der individuellen Kompetenz im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Diese muss begleitet werden durch umfangreiche und differenzierte Massnahmen zur sozialen Regulation (von gesetzlichen Sanktionen bis zu informellen Absprachen auf Gemeindeebene), welche die Gelegenheiten und Anreize für Missbrauch und Abhängigkeit begrenzen. Insbesondere die legalen Drogenkulturen verweisen schon heute darauf, dass Modelllernen und soziale Kontrolle zu den wesentlichsten und effektivsten Mechanismen der Regulierung und der Weitergabe

von Wissen und Erfahrungen in Zusammenhang mit Drogenkonsum gehören. Deshalb sind Prozesse des Lernens und der Weitergabe von Erfahrungen und Wissen sowie der Kulturbildung durch Ritualisierung und Emanzipation zu fördern.

Verantwortlicher und verantwortbarer Umgang mit psychoaktiven Substanzen schliesst Schädigung der Gesundheit und des eigenen Entwicklungspotentials ebenso aus wie Schädigung anderer. Dieses anspruchsvolle Ziel zu erreichen sind gemeinde-nahe Ansätze besonders geeignet, weil die angesprochenen Konsumenten auf den verschiedenen Ebenen koordinierte und gleichbedeutende Informationen und Handlungsmodelle erfahren.

Drogen- und Suchtkrankenhilfe kann in den Prozessen der Entwicklung und Förderung von Kompetenzen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen lediglich an Schnittstellen (z.B. von Milieuarbeit, Drogenkunde und Alltagsberatung) eingreifen. Hier hat sie ihren spezifischen Blick für problematische Abhängigkeitsentwicklungen und niedrigschwellige, zielgruppengenaue und -akzeptierte Angebote an Beratung und Therapie einzubringen /vgl. Laging-Glaser, 2001/, über deren Vermittlung auch Impulse für die Entwicklung von Drogenmündigkeit gegeben werden. Hauptaufgabe von Drogenhilfe bleibt jedoch, individuelle Beratung und therapeutische Hilfe für Menschen anzubieten, die bei ihrem Bemühen, um Ausstiege aus für sie problematischem Drogenkonsum situativ oder phasenweise beratende, therapeutische und medizinische Hilfe benötigen. Bezogen auf die Gesamtheit drogenkonsumierender Menschen werden diese Grenzfälle jedoch eher die Ausnahme als die Regel sein.

Anhang II

Ausdifferenzierung in der Prävention

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Suchtprävention ist heute ein ausdifferenziertes und hoch professionalisiertes Arbeitsfeld. Interventionen werden speziell zugeschnitten auf vorab bestimmte Zielgruppen und es steht ein Spektrum an möglichen Strategien zur Wahl. In dieser ausführlichen Stellungnahme steht der Aspekt der Zielgruppendifferenzierung im Vordergrund.

1. Zielgruppenorientierung und Ausdifferenzierung der Suchtprävention

Zielgruppen sind in einem allgemeinen Sinn diejenigen definierten Gruppen, auf die eine Maßnahme zugeschnitten wird. Da Vorüberlegungen zu möglichen Adressaten und Adressatinnen bei einer professionellen Planung von Aktivitäten vorausgesetzt werden, gibt es also immer eine Zielgruppe, auch z.B. bei massenmedialen Botschaften, die sich „an alle“ richten. Es geht somit eher um den Grad der Zielgruppenspezifität, die Kriterien, nach denen Zielgruppen bestimmt werden und die Erweiterung auf Settings- und feldorientierte Ansätze als um die Frage „Zielgruppenorientierung - Ja oder Nein“.

In der Entwicklung der Suchtprävention wurden zunehmend mehr und differenziertere Zielgruppen als Adressaten und Adressatinnen von Suchtprävention benannt. Diese Entwicklung hängt zusammen mit dem Wandel der Grundfigur der Suchtprävention von der Aufklärung über Drogen und ihre Gefahren hin zu Suchtprävention mit einem Lebensweisen- und Gesundheitsförderungsansatz und mit der zunehmenden Komplexität der Modelle der Verhaltensentstehung. Parallelen lassen sich in der allgemeinen Ausdifferenzierung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit finden.

Die Handhabung der „Zielgruppenfrage“ unterscheidet sich bei den einzelnen Ansätzen der Suchtprävention. Der Ansatz der Wissensvermittlung geht von einer Zielgruppenneutralität der Botschaft aus; begründet wird dies mit dem allgemein gültigen Informationsgehalt. Dabei werden aber Fragen der zielgruppenspezifischen Informationsaufnahme, -relevanz und -verarbeitung außer Acht gelassen. Bei einem substanzzentrierten Ansatz der (primären oder sekundären) Suchtprävention werden Zielgruppen als Gruppen von (potenziellen) Substanzkonsumierenden definiert, wobei das Maß des „Suchtpotenzials“ oder die unterschiedlichen Substanzen Abgrenzungskriterien sind. Mit dem Übergang zu einem Lebensweisenansatz trat der Einbe-

zug des lebensweltlichen oder subkulturellen Kontextes der Adressaten und Adressantinnen in den Vordergrund. Unabhängig von einem Risiko oder Suchtpotenzial werden Zielgruppen nach ihren unterschiedlichen Lebenswelten, -weisen oder -stilen differenziert. Alle in den unterschiedlichen Konzepten zur Suchtentstehung jeweils als relevant angenommenen Faktoren können für diese jeweiligen subkulturellen Kontexte dekliniert werden, wie z.B. Belastungs- oder Protektivfaktoren, Ritualisierungen von Konsum, symbolische Bedeutungen von Substanzen, soziale Netze oder Risikokompetenzen. Mit diesem Blick auf die heterogene Lage von Menschen wurde auch die Diskussion um zielgruppenspezifische Ziele der Suchtprävention eröffnet¹. Die Wahl einer Zielgruppe hat direkte Konsequenzen für die Wahl der Präventionsstrategien und -botschaften. Sie muss in der konkreten Praxis aufgrund von epidemiologischen Belegen für die (aktuelle oder spätere) Exposition dieser Gruppen einem bestimmten „Phänomen“² gegenüber getroffen und ausgewiesen werden. Das „Phänomen“ kann enger (z.B. Crack-Konsum) oder weiter (z.B. Abhängigkeitsentwicklung) gefasst sein oder sich auf Substanzen oder auf vermittelnde Aspekte (z.B. Life Skills) beziehen. Dies gilt, wenn man von Substanzen her denkt (z.B. Rauchen - Welche Gruppen sind davon am stärksten betroffen? Welches Feld ist am relevantesten?), als auch wenn man von Zielgruppen ausgeht (z.B. alte Menschen - von welchem Phänomen sind sie am stärksten betroffen?).

Die unterschiedlichen Kriterien der Zielgruppenbildung werden wenig reflektiert. Es stellen sich in der Suchtprävention Fragen wie z.B.: Welche Differenzierungen sind sinnvoll? Auf welcher Ebene werden sie verankert? Welchen Zielgruppen sollte Priorität zukommen? Welche Aufgaben sich aus der Ausdifferenzierung insgesamt neu ergeben.

2. Zielgruppenorientierung als Differenzierung von direkten und indirekten Zugängen und Ausweitung der Strategien auf eine Feldorientierung

Eine erste Differenzierung unterscheidet direkte und indirekte Zielgruppen. Dies steht im Zusammenhang damit, dass das Spektrum der suchtpreventiven Ansätze über eine individuen- bzw. gruppenorientierte Arbeitsweise hinaus um feldorientierte Strategien erweitert wurde. Damit sind unterschiedliche Felder involviert: das familiäre Feld (Angehörige, z.B. Eltern, Großeltern, Kinder, Familien, aber auch anderer nahe Bezugspersonen), das professionelle Feld (z.B. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Einrichtungen sei es Schule, Kindergarten, oder das betriebliche Umfeld bei Suchtprävention in Betrieben) und als drittes Feld das Gemeinwesen und Stadtteile (dies ist nicht notwendig identisch mit struktureller Prävention). Im Zusammenhang mit komplexen Modellen der Verhaltensentstehung auch unter systemischen Aspekten wird auch das Zusammenspiel der Agierenden im Sinne der Prävention gestaltbar und die Ressourcen des Umfeldes können aufgegriffen werden.

¹ Diese Diskussion setzt sich bis heute fort in der Frage, ob für eine bestimmte Zielgruppe Abstinenz, für eine andere kontrolliertes Trinken sinnvoll sei.

² Dieser Begriff „Phänomen“ hat gegenüber dem Begriff „Problem“ den Vorteil, dass er keine Bewertung und insbesondere keine negative Konnotation transportiert und impliziert. Dieser Sprachgebrauch wurde in dem Manual der EMCDDA eingeführt: EMCDDA (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, S.16

3. Zielgruppenorientierung als Sensibilisierung für lebensweltbezogene Prävention: Alter, Gender, Ethnie und soziale Lage

Differenzierung nach Alter

Das chronologische Alter ist zu verstehen als ein Kürzel für Unterschiede im psychosozialen Entwicklungsstand bzw. der Übernahme von alterskorrelierten Rollen und Erwartungen. Mit Bezug auf die Prävention sind Zielgruppendifferenzierungen nach Alter in verschiedener Hinsicht bedeutsam. Was den Substanzgebrauch angeht, sind mit dem Alter korrelierte Unterschiede in Umfang und Qualität bisheriger Erfahrungen bedeutsam, auf die Maßnahmen Rücksicht nehmen müssen. Für Kinder und Jugendliche beispielsweise sind primärpräventive Maßnahmen (etwa Steigerung von Entscheidungsfähigkeit) wichtiger, während bei älteren Jugendlichen der verantwortliche Umgang mit Substanzen auch aus sekundärpräventiver Perspektive bedeutsam ist. Ebenso wichtig ist aber, dass Altersgruppen sich in den Fähigkeiten zur Verarbeitung entsprechender Informationen und Erfahrungen und zu ihrer emotionalen Bewertung unterscheiden, die in Präventionsprogrammen bedeutsam sind. Altersgerecht zu sein verlangt hier zu berücksichtigen, dass das Jugendalter bezüglich der kognitiven Entwicklung bedeutsame Veränderungen beinhaltet (stärker abstraktes, zukunftsgerichtetes Denken und die Fähigkeit zur Abwägung von Alternativen), hinsichtlich der Werte Veränderungen auftreten (moralische Einschätzungen beziehen mehr Perspektiven ein, sie werden prinzipienorientierter und zugleich können situationsspezifische Relativierungen erkannt werden; diese Unterschiede sind schon in den Abstufungen 5.-7. Jahrgangsstufe und Jahrgänge ab der 8. Stufe relevant). Viele weitere Beispiele wären zu nennen.

Von zusätzlicher Bedeutung ist, dass ebenfalls in Korrelation mit dem Alter besondere Bedürfnisse bei interaktiven Erfahrungen bestehen. Für Jugendliche, insbesondere eingangs der Jugendzeit, ist der Umgang mit Peergruppen bedeutsam zur Gewinnung von Identität und sie helfen die eigene Reputation auszuhandeln. Negativ gesehen geht damit eine Anfälligkeit zur Angleichung von Meinungen einher, doch muss man auch die besondere Glaubwürdigkeit von positiven Rollenmodellen Gleichaltriger sehen und sie nutzen.

Hinsichtlich der Verarbeitung und Bewertung von Informationen sind über das Erwachsenenalter keine starken Veränderungen anzunehmen. Anders sieht es aus im Alter und hohen Alter. So werden hier affektive Bedürfnisse wichtiger und ebenso verändern sich die hierfür besonders wichtigen sozialen Gruppen. Im Bereich psychoaktiver Substanzen sind bei Präventionsmaßnahmen in dieser Hinsicht bislang kaum spezifische Adaptionen erfolgt, werden aber sicher allein schon wegen der gestiegenen Lebenserwartung wichtiger. Auch hinsichtlich der kognitiven Verarbeitung von Informationen sind im Alter und hohen Alter Veränderungen bekannt, die für Prävention bedeutsam sind, wie etwa die verlangsamte Geschwindigkeit oder die selektive Aufmerksamkeit.

Übergreifend für alle Altersgruppen ist zu beachten, dass Substanzgebrauch oft in andere Lebensvollzüge und Entwicklungsaufgaben (etwa Karriereorientierungen) einbezogen wird und man deshalb auf jeden Fall von einem altersgerechten Modell der Lebensziele ausgehen muss. Jede Prävention gegen Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen muss in diesem Sinne den Kontext einbeziehen.

Differenzierung nach Geschlecht

Im Zusammenhang mit der Diskussion um Substanzkonsum und Lebensweisen wurde vor allem auf die Notwendigkeit hingewiesen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Geschlechter und die Interaktionen zwischen den Geschlechtern aufzugreifen. Diese Sensibilität gehört heute zu den Standards der Suchtprävention und ist als eine allgemeine Kompetenz in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auch im KJHG verankert. Die Realisierung läßt allerdings zu wünschen übrig: Nach wie vor dominieren geschlechtsneutrale oder aber an Geschlechtsrollenstereotypen orientierte und damit wenig für kontextbezogene Bedeutungen von Weiblichkeit und Männlichkeit offene theoretische und praktische Konzepte der Suchtprävention. Der für beide Geschlechter unterschiedlichen Bedeutung der einzelnen Faktoren wird nicht ausreichend Rechnung getragen.

Auch innerhalb dieser Form der Zielgruppenbestimmung ist in den letzten Jahren eine Weiterentwicklung von Theorie und Praxis von geschlechtsspezifischen zu geschlechtsbewussten oder –sensiblen Ansätzen festzustellen. Inhaltlich werden nicht mehr nur Themen mit einer spezifischen Bedeutung für Mädchen resp. Jungen (Schönheit/Körper, Gewalt, Auseinandersetzung mit der jeweiligen Geschlechtsrolle) aufgegriffen, sondern auch Interaktions- und Kommunikationsformen. Diese werden entweder direkt für präventive Aktivitäten thematisiert (z.B. Einfluss von Mädchen bei Trunkenheitsfahrten männlicher Jugendlicher) oder als zu verarbeitende Erfahrungen mit dem eigenen und dem anderen Geschlecht (Sexualität, Gewalt) bearbeitet. Substanzkonsum wird als Medium, Männlichkeit oder Weiblichkeit herzustellen und/oder die Beziehungen zwischen und in den Geschlechtergruppen zu regulieren (Kontaktaufnahme oder –abweisung, Anerkennung, Sexualisierung, Distanzierung etc.) thematisiert. Im Erwachsenenbereich wird von unterschiedlichen Lebenssituationen und damit Belastungs- und Unterstützungsfaktoren, Gelegenheitsstrukturen und Substanzpräferenzen ausgegangen und entsprechend in der Prävention differenziert.

Was die Praxisformen angeht, wurde der Ansatz, in geschlechtergetrennten Gruppen zu arbeiten, erweitert zu geschlechtssensibler Arbeit in gemischten Gruppen oder unter Einbezug gegengeschlechtlicher Professioneller. „Geschlechtersensibilität“ und „Geschlechterdifferenzierung“ als „Gender“-Kompetenz beziehen sich heute allgemein auf die Wahrnehmung und Entschlüsselung der Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit und von Weiblichkeits- und Männlichkeitsmustern sowie auf die Umsetzung in Praxisformen. Für die Zielgruppendifferenzierung bedeutet dies, dass neben

Mädchen und Jungen bzw. Frauen und Männern als getrennten Zielgruppen sich eine Herangehensweise ausgebildet hat, zum einen alle Zielgruppen unter dem Aspekt zu betrachten, dass sie sich in einem bestimmten quantitativen und qualitativen Verhältnis aus Angehörigen des weiblichen und des männlichen Geschlechts zusammensetzen, und zum anderen den Interaktionsformen zwischen den Geschlechtern mehr Aufmerksamkeit zu widmen

Differenzierung nach ethnischer Zugehörigkeit

Insbesondere Jugendliche mit einem unterschiedlichen ethnischen Hintergrund werden in den letzten Jahren unter den Stichworten „Multikulturelle Gesellschaft“ oder „interkulturelle Suchthilfe“ als wichtige Zielgruppen benannt, für die eigene suchtpreventive Strategien und Zugänge zu entwickeln sind. Die Forschung steckt hier noch in den Kinderschuhen. Es fanden mehrere Tagungen statt (u.a. DHS, Ethnomed. Zentrum Hannover), doch die Projekte und Veröffentlichungen sind derzeit nur vereinzelt und unsystematisch zugänglich (vgl. Info Dienst „Migration und öffentliche Gesundheit“ der BZgA). Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen Jugendliche aus islamischen Kulturkreisen und (männliche) Russlanddeutsche bzw. Aussiedlerjugendliche. Kommunikationsbarrieren, muttersprachliche Zugänge, die soziale Situation (z.T. als „Leben zwischen den Kulturen“, bedrohter Aufenthaltsstatus), zielgruppenspezifische Ausprägungen der sozialen Netze z.B. was die Bedeutung von Familie und Autorität angeht, und ein zielgruppenspezifisches Verständnis von Substanzkonsum und Sucht werden als zu berücksichtigende Faktoren diskutiert.

Bislang wird vor allem aus der Arbeit mit spezifischen ethnisch abgegrenzten Zielgruppen berichtet. Ähnlich wie bei der Erweiterung der geschlechtsspezifischen zu geschlechtsbewusster Suchtprevention im Sinne einer allgemeinen Gender-Kompetenz zeichnet sich aber auch hier ein Übergang zu einer allgemeineren „interkulturellen Kompetenz“ ab, für die eine Erweiterung der Umsetzungsmöglichkeiten in suchtpreventive Aktivitäten zu erwarten ist. Gender- und interkulturelle Kompetenz ergänzen einander, wie Projekte einer „Suchtprevention mit Mädchen und Jungen aus verschiedenen Kulturen“ belegen.

Nicht alle Aspekte, die hier einer ethnisch definierten Zielgruppe zugeschrieben werden, lassen sich auf eine kulturelle Spezifität oder auf die Migrationssituation zurückführen. Es handelt sich z.T. um Auswirkungen einer deprivierten sozialen Situation (schlechte Wohnungsversorgung, Armut, fehlende Bildungschancen etc.), die unabhängig vom ethnischen Hintergrund wirksam sind.

Differenzierung nach sozialer Lage

Suchtpreventive Ansätze, die auf unterschiedliche soziale Lagen ausgerichtet sind, spielen vor allem in der Praxis eine Rolle, und zwar als Spezifizierung der Zielgruppe der Jugendlichen. Begründet wird die Aufmerksamkeit, die Jugendlichen aus sozial deprivierten Gruppen als spezieller Gruppe zukommt, mit einer größeren Suchtge-

fährdung. Das ist aber kritisch zu hinterfragen, denn allzu rasch greifen soziale Stigmatisierungen und Gefährdungsannahmen unreflektiert ineinander und eine schwierige materielle Situation ist nicht notwendig mit sozialer Desintegration gleichzusetzen.

In der Praxis spielen diese Zugänge insofern eine Rolle, als die Entwicklungsverläufe von Tempo, Dynamik, Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsmöglichkeiten her und damit die Themen und die Erreichbarkeit von Jugendlichen stark differieren. Introspektion und eine Auseinandersetzung mit psychosozialer Funktionalität von Substanzkonsum z.B. werden von bildungsprivilegierten Gruppen geschätzt. Für andere Jugendliche ist die Eröffnung von Ausbildungschancen ein wichtigerer Ansatzpunkt vor allem als das Thema ganzheitlicher Gesunderhaltung. Auch sind die Medien und Vermittlungsformen entsprechend zu wählen; z.B. brauchen aliterate Personen oder erwachsene Analphabeten andere als schriftlicher Medien.

Die Bedeutung gesonderter Zugänge zu Jugendlichen aus unterschiedlichen sozialen Lagen im Sinne von lebenswelt- und nicht im Sinne von risiko-orientierten Ansätzen wird nur von wenigen erkannt. Es fehlen Verlaufsdaten und (ethnografische) Analysen der Entwicklungsprozesse in spezifischen sozialen Kontexten, um die Bedeutung des Substanzkonsums für diese Entwicklungsprozesse einschätzen zu können. Selbst vorhandene Daten zu Substanzkonsum werden nicht systematisch nach Bildungshintergrund bzw. Schultypus differenziert ausgewertet, obwohl aus der Sozialepidemiologie ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage hinreichend belegt ist.

Der Zugang über Schulen privilegiert tendenziell die Jugendlichen, die länger an Schulen verweilen; der Zugang zu früh in die Arbeitswelt eintretenden Jugendlichen ist schwieriger und verlagert sich in andere Felder.

4. Zielgruppen als definierte Risikogruppen: Gruppen mit hohem „Suchtpotenzial“, „drogennahe“ Gruppen und spezifische soziale Situationen mit Punktzielen der Suchtprävention

Es findet sich in vielen Veröffentlichungen eine Gleichsetzung von Zielgruppen mit Risikogruppen. Zielgruppen werden dabei nach den Kriterien definiert, wie hoch das „Suchtpotenzial“ oder die „Suchtgefährdung“ ist oder in welchem Maß bereits eine „Drogennähe“ vorliegt, das heisst z.B. bereits Substanzen konsumiert werden. Weitere Zielgruppen können über bestimmte soziale Situationen definiert werden, für die bestimmte Ziele erreicht werden sollen (z.B. Schwangere, Autofahrer).

Zielgruppendifferenzierung nach Risikopotenzial

Als Gruppen mit einem hohen Risikopotenzial gelten Kinder aus Familien mit suchtkranken Elternteil(en) oder Personen (hier handelt es sich überwiegend um Frauen), die in der Kindheit sexuell mißbraucht wurden oder anderweitig traumatisierende Gewalterfahrungen gemacht haben. Es wird darauf hingewiesen, Personen mit diesen Entwicklungsbelastungen unter Substanzabhängigen z.B. in therapeutischen Einrichtungen überproportional häufig anzutreffen sind. Weiter wird darauf hingewiesen, dass unabhängig von den vorliegenden familiären Belastungen später stark suchtfährdete Jugendliche und Erwachsene bereits im Kindesalter auffällig waren, ohne dass dies als Ansatzpunkt für Prävention genutzt worden wäre. Zusammen mit dem Argument, dass Suchtprävention möglichst früh ansetzen soll, begründet dies die Forderung, diesen Gruppe eine besondere Aufmerksamkeit bei der Suchtprävention zukommen zu lassen.

Die Diskussion ist hier aber kontrovers. Andere Stimmen warnen vor einer „Sonderbehandlung“ dieser Gruppe und fürchten einen stigmatisierenden Effekt. Eine genaue Prognose für eine Suchtfährdung ist nicht möglich und eine Monokausalität, die eine automatische Verbindung von einer frühkindlichen Belastung zu einer Abhängigkeitsentwicklung viele Jahre später zieht, entspricht nicht den Erkenntnissen zu den komplexen Ursachen von Abhängigkeitsentwicklung. Das Gefährdungspotenzial, das nur als eine statistische Größe greifbar ist, als Kriterium zu nehmen, ignoriert zudem die vielfältigen Bedeutungen von Gruppenzugehörigkeiten, von phasenweisen biografischen Belastungen, die zur Entwicklung einer Abhängigkeit führen, und von Suchtprozessen, die unauffällig und „in ganz normalen Familien“ begonnen haben. Und schließlich wird in Frage gestellt, ob das Arbeiten mit einer homogenen Gruppe von Belasteten sinnvoll ist (u.a. Günther aus dem Hearing-Protokoll).

Diese Kritik streitet nicht statistische Zusammenhänge ab oder zielt auch nicht auf Untätigkeit. In dem Maß, wie auch Therapieeinrichtungen Traumatherapie und Suchttherapie verknüpfen werden die prozessualen Verflechtungen von Suchtentwicklung und der Eigendynamik von Überlebensstrategien nach einer Traumatisierung erkennbar; der Fokus dieser Diskussion ist aber nicht primär Sucht, sondern Entwicklungsbewältigung. Günther schlägt z.B. vor, dass Präventionsmaßnahmen für Kinder mit einem belasteten familienbiografischen Hintergrund in Einrichtungen oder Institutionen angesiedelt werden können, in denen es allgemein um Entwicklungsförderung geht, z.B. in Projekten für Kinder aus Suchtfamilien (z.B. Selbsthilfegruppen) oder in Jugendwohngemeinschaften oder Zufluchtstätten für Mädchen Gewalterfahrungen.

Zielgruppendifferenzierung nach „Drogennähe“

Evaluationen von schulischen Suchtpräventionsprogrammen zeigen, dass Jugendliche, die bereits rauchen und trinken, andere Medien brauchen als (meist jüngere) Abstinente und dass „drogennahe“ und „drogenferne“ Jugendlichen unterschiedlich

ansprechbar sind. Eine weitere Differenzierung betrifft die Unterscheidung einer Zielgruppe, die Drogenexperimente auf die Adoleszenz begrenzt (was für die Mehrzahl der Jugendlichen gilt) und eine andere (Minderheits-)Gruppe mit einem verfestigten Konsummuster, das über die Jugendzeit hinweg beibehalten wird. Eine weitere Unterscheidung könnte sich auf Lebensphasen beziehen, in denen unter spezifischen Belastungen und in einem spezifischen sozialen Kontext Schritte in Richtung einer Abhängigkeitsentwicklung gegangen werden, also eine Differenzierung, die sich weniger an Personen im Sinne einer Etikettierung festmacht als vielmehr an sensiblen Übergängen oder Belastungsphasen.

Bei der konkreten Umsetzung derartiger Differenzierungen in die Praxis ist das Kriterium der „Drogennähe“ noch einigermaßen gut festzulegen. Das Kriterium der biografischen Begrenztheit der Drogenerfahrungen kann aber nur entweder in einem frühen Stadium mit prognostischer Unschärfe oder in einem späten Stadium ex post bestimmt werden. Um diesen Ansatz fruchtbar zu machen, muß zudem das Verhältnis von „Primär-“ und „Sekundärprävention“ und der Ziele für noch nicht Konsumierende und Konsumierende geklärt werden. Generell sollte bei einem kohärenten Entwicklungsbezug der Suchtprävention Entwicklungsbegleitung in einem unterschiedlichen Risiko-Phase übergreifenden Sinn im Vordergrund stehen. Das hat auch zur Folge, dass die Trennung von Primär- und Sekundärprävention aufgehoben werden sollte in einem integrierenden Konzept von Prävention, das beides einschließt. Zielgruppendifferenzierung nach umrissenen sozialen Situationen mit eigens definierten Punktzielen

Einige suchtpreventive Aktivitäten richten sich an Personen, sofern und solange sie sich in spezifischen sozialen Situationen befinden, für die ein gesondertes Präventionsziel definiert ist. Das Ziel sind Punktnüchternheit; Beispiele sind Schwangere (Abstinenz bezogen auf Rauchen, Alkohol und illegale Drogen), Autofahrer (Abstinenz von Alkohol und illegalen Drogen) und Arbeitnehmer mit Arbeitsaufgaben, bei denen Nüchternheit erforderlich ist. Diese Abstinenzziele beziehen sich nicht auf Personenmerkmale und sind nicht situationsunabhängig, sondern gelten für eine Phase im Leben bzw. auf eine Zeitspanne im Alltag bei einer spezifischen Tätigkeit. Gefordert wird die Fähigkeit, in dieser Phase oder bei diesen Tätigkeiten auf einen Konsum zu verzichten; die Prävention argumentiert mit den konkreten Schäden, die durch einen Konsum mit mehr oder weniger hoher Wahrscheinlichkeit eintreten (Schädigung des Embryo, Unfälle) und die verhindert werden sollen.

5. Setting-Ansätze

Die Arbeit in „Settings“, d.h. in Lebensräumen, die einen institutionell-organisatorischen Zusammenhang darstellen wie z.B. Kindergarten, Schule, Betriebe oder die Bundeswehr, wurde in der Gesundheitsförderung entwickelt.

Sie sprechen bestimmte Zielgruppen an (z.B. in der Schule Schüler und Schülerinnen). Als besonderer Vorzug gilt darüber hinaus, dass Strategien gebündelt werden können und so eine „ganzheitliche“ Veränderung möglich ist, die an Verhaltens- und Verhältnisaspekten ansetzt. Strategien, die sich auf Veränderungen von Strukturen und Rahmenbedingungen richten, können verbunden werden mit Strategien für die unterschiedlichen beteiligten Gruppen und deren Kommunikation. Gerade im Zusammenhang einer stärkeren Orientierung der Suchtprävention an Gesundheitsförderung gewinnt der Settingansatz an Bedeutung. Er wurde vor allem für die Bereiche Kindergarten und Schule realisiert.

Auf gemeinwesenorientierte Ansätze in der Suchtprävention wird in dem Votum der Kommission in einem gesonderten Abschnitt eingegangen.

6. Schlussfolgerungen: Wie ist Zielgruppenorientierung umzusetzen und welchen Zielgruppen sollte eine Priorität eingeräumt werden?

(1) Eine Zielgruppendifferenzierung und Zielgruppensensitivität ist Zeichen einer Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Suchtprävention und ist als Erweiterung und Verfeinerung strategischer Optionen generell positiv zu bewerten.

(2) gegenüber der differenzierenden Bedeutung von Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und sozialer Lage sollte als Querschnittsqualifikation und als Standardkompetenz in allen Bereichen der Suchtprävention verankert werden. Dies kann zu einer Suchtprävention für gesonderte Gruppen oder zu Suchtprävention mit gemischten Gruppen führen, wobei der Bedeutung dieser Merkmale in den Gruppen bei der Entwicklung und Bewertung von Aktivitäten besondere Beachtung geschenkt wird. Die Erkenntnislage zu Suchtprävention im sozialen Kontext sind zu verbessern und systematisieren.

Eine Ausdifferenzierung der Zielgruppen unter dem Lebensweisen- und Lebensweltaspekt erhöht die Passgenauigkeit von Maßnahmen. Evaluationen belegen, dass auf die Zielgruppen zugeschnittene Botschaften und Medien effektiver sind. Entsprechende Kompetenzen z.B. zu geschlechtssensibler oder interkultureller Arbeit sollten zur Standard der Suchtprävention gehören.

(3) Settingansätze sind zu fördern, weil sie ermöglichen, Strategien zu bündeln

Bei der Differenzierung von Strategien für unterschiedliche Zielgruppen, z.B. für die direkte Zielgruppe, für das nahe Umfeld, für Professionelle und für das Gemeinwesen, stellt sich die Frage der Kooperation und Abstimmung. Settingsansätze fördern diese Abstimmung in konzertierten Aktivitäten und ermöglichen den Einbezug von Verhaltens- und Verhältnisprävention.

(4) Handlungsbedarf wird bei Gruppen mit erkennbaren Entwicklungsbelastungen (z.B. familienbiografischen Gewalterfahrungen) und mit früher Verhaltensauffälligkeit gesehen, dennoch sollten für diese Gruppen keine gesonderten suchtpreventiven Programme eingeführt, sondern andere Formen der gezielten Entwicklungsförderung gefunden werden.

Der Handlungsbedarf allgemein im Sinne einer Entwicklungsförderung wird gesehen, aber dieser Bedarf sollte in anderen Einrichtungen aufgegriffen werden. Suchtpreventive Sonderprogramme beinhalten das Risiko einer Stigmatisierung.

(5) Generell fallen Zielgruppendefinitionen, die Personen primär und ausschließlich als Risiko-Träger oder nach ihrem „Suchtpotenzial“ zusammenfassen, hinter den Stand der Suchtprevention zurück. Allerdings sollten in neuer Weise Differenzierungen bezogen auf das Vorliegen Konsumerfahrungen weiter entwickelt werden. Sinnvoll ist es nämlich, konsumierende Personen in die Prävention einbinden und an neuen Schnittstellen von Primärprävention und Frühintervention zu arbeiten. Konsumenten und Konsumentinnen brauchen dabei andere Botschaften, Medien und Präventionsziele als nicht Konsumierende. Diese neue Differenzierung sollte aber vor dem lebensweltlichen Hintergrund der Konsumierenden geführt werden.

Zielgruppendefinitionen ausschließlich nach dem angenommenen „Suchtpotenzial“ vor dem Hintergrund eines substanzzentrierten, abstinentenorientierten und an monokausalen „Ursache-Wirkungs-Denken“ hat sich als nicht effektiv erwiesen und fördert eine Stigmatisierung von Konsumierenden. Dennoch bekommt der Konsum in dem Maß, wie die scharfe Grenze zwischen Primärprävention und Frühintervention bzw. Sekundärprävention fällt, eine neue Bedeutung als Differenzierungsmerkmal. Empfohlen wird die Entwicklung einer gemeinsamen „Dach“-Strategie, die gegenüber Konsumierenden wie Nichtkonsumierenden vertreten werden kann, wobei die konkreten Ziele, Medien und Botschaften spezifisch jeweils für Konsumierende und Nichtkonsumierende zu formulieren sind. Hier sind allerdings weitere Diskussionen notwendig, da noch viele Fragen offen sind.

(6) Strategien, die sich auf spezifizierte soziale Situationen richten und das Ziel der Punktnüchternheit verfolgen, sind zu empfehlen, weil sie bei den Adressaten und Adressatinnen die Verantwortung für die Regulation des Konsums stärken.

(7) Empfohlen wird eine stärkere Förderung von Vernetzung und Kooperation.

Insgesamt steigt mit der Ausdifferenzierung der Suchtprävention und mit dem Einbezug weiterer Adressatenkreise der Bedarf an Kooperation und Vernetzung. Kooperationsbeziehungen sind zu fördern in der Zusammenarbeit mit Professionellen in spezifischen Settings, mit Professionellen in verwandten Feldern von Entwicklung und Gesundheit, z.B. in den Bereichen Gewaltprävention, Sexualpädagogik oder Gesundheitsförderung allgemein. Zielgruppenbezogen sind Berufsgruppen wichtig für die Kooperation, die von ihrem Aufgabenbereich dieselbe definierte Zielgruppe betreuen, beraten oder begleiten, z.B. Migrationsdienste oder Einrichtungen der Jugendhilfe. Zusammenarbeit bedeutet sowohl konkrete Abstimmung und Einbezug bei Aktivitäten als auch die Vermittlung von Fort- und Weiterbildung im Suchtpräventionsbereich.

(8) Konkrete Zielgruppen sind immer wieder neu zu bestimmen.

Mit gesellschaftlichen Problemlagen und Drogenmoden wandeln sich die Prioritäten, die bei Präventionsaktivitäten gesetzt werden. Eine Prioritätensetzung kann epidemiologisch mit Ergebnissen zu Konsumverhalten begründet werden, kompensatorisch mit der bisherigen Vernachlässigung einer Zielgruppe, ökonomisch mit den Folgeproblemen des Konsums einer bestimmten Gruppe oder opportunistisch (im positiven Sinn: an der Gelegenheit orientiert) mit der guten Erreichbarkeit von Gruppen oder von definierten Zielen für diese Gruppen. Derzeit werden als vorrangige Zielgruppen eingeschätzt:

- nach wie vor Kinder und Jugendliche, insbesondere bezogen auf das Ziel, einen frühen Konsumbeginn aufzuschieben (mit bewährter Kompetenzförderung, eingebettet in Setting-Strategien)
- Jugendliche beiderlei Geschlechts mit Migrationshintergrund, die sozial nicht integriert sind (spezifische Zugänge sollten ethnischen und sozialen Aspekten Rechnung tragen, insbesondere auch, um diese Zielgruppe überhaupt zu erreichen, und die Geschlechterbeziehungen aufgreifen)
- männlich dominierte alkoholaffine Subkulturen für junge Erwachsene (einschließlich einer weiteren Verfolgung der Kooperation von BZgA und Bundeswehr)

- unter geschlechtssensiblen Aspekten junge (männliche) Autofahrer
- Schwangere
- Medikamentenabhängige in mittlerem und höherem Alter (dieser Bereich sollte innerhalb des Gesundheitssektors verankert und nicht als Suchtprävention etikettiert werden)
- Erwachsene Menschen in z.B. beruflichen Belastungssituationen und Angehörige des Gastronomiegewerbes.

²Dieser Begriff „Phänomen“ hat gegenüber dem Begriff „Problem“ den Vorteil, dass er keine Bewertung und insbesondere keine negative Konnotation transportiert und impliziert. Dieser Sprachgebrauch wurde in dem Manual der EMCDDA eingeführt: EMCDDA (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, S.16

Anhang III

Steuerpolitische Maßnahmen zur Stärkung der Suchtprävention?

Prof. Dr. Horst Bossong

Seit vielen Jahren wird immer wieder aus den Reihen der Suchtverbände und teilweise auch aus dem fachpolitischen Raum die Forderung erhoben, durch steuerpolitische Maßnahmen die Nachfrage nach Suchtmitteln zu reduzieren und somit der Suchtvorbeugung zu dienen. Vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang des öfteren auch, die so erzielten Steuermehreinnahmen der Suchtprävention und ggf. Suchthilfe zugute kommen zu lassen¹. Tatsächlich spricht einiges dafür, dass – jenseits zu berücksichtigender weiterer Faktoren (etwa: Trinkgewohnheiten, Einkommenshöhe) – eine Verteuerung des Erwerbs von Suchtmitteln zu einer Reduzierung des Verbrauchs beitragen könnte². Insofern ist die genauere Prüfung einer hierauf zielenden Strategie angezeigt.

Bei den Verbrauchssteuern, namentlich der Branntwein-, Schaumwein- und Tabaksteuer, handelt es sich um Bundessteuern; lediglich die Biersteuer fällt den Ländern zu. Der Bund wäre mithin nicht gehindert³, die entsprechenden Steuersätze zu erhöhen; ihm steht insoweit – mit Ausnahme der Biersteuer – die alleinige Gesetzgebungskompetenz zu. Tatsächlich hat er von dieser Möglichkeit in der Vergangenheit auch immer wieder Gebrauch gemacht, zuletzt mit Wirkung ab 01.01.2002 durch das Gesetz zur Finanzierung der Terrorbekämpfung vom 10. Dezember 2001, mit dem die Tabaksteuer um 1 Cent erhöht wurde⁴. Allerdings richtete sich hier, wie auch in der Vergangenheit die Anhebung der Steuersätze regelmäßig teleologisch nicht etwa auf eine Verbrauchsreduzierung, sondern auf eine Einnahmeerhöhung zugunsten des Bundeshaushalts⁵. Folgerichtig rechnet der Bund seit jeher mit Blick auf die Alkohol- und Tabaksteuer bei seiner Finanzplanung mit Einnahmesteigerungen und passt die jeweilige Erhöhung der Steuersätze diesem Ziel an. Entsprechend ging bzw. geht es strategisch bei der zuvor erwähnten letzten und der zum 01.01.2003 bereits beschlossenen nächsten Tabaksteuererhöhung um einen weiteren Cent darum, die Anhebung so moderat zu gestalten, dass es *nicht* zu nennenswerter Konsumreduzierung kommt – diese würde nämlich das fiskalpolitische Ziel vereiteln.

¹ Vgl. etwa: Hüllinghorst (2001) Suchtprävention – Der politische Wille zur Umsetzung fehlt. In: DHS (Hg.) Jahrbuch Sucht 2002; hier S. 210; Aktionsplan Alkohol der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1997) In: DHS (Hg.) Suchtkrankenhilfe in Deutschland; hier S. 359; Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (1998) Drucksache 16/933 und 16/970; Beschluss der 73. Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2000

² Vgl. etwa: Edwards (1997) Alkoholkonsum und Gemeinwohl; hier S. 95-108

³ Dass die Erhöhung von Steuern und Abgaben aus verschiedenen Gründen konträr zu aktuellen gesellschaftlichen Diskussionen steht, ist nicht zu übersehen, bleibt im hier diskutierten Kontext aber außen vor.

⁴ Damit beträgt der Steuersatz aktuell 5,59 Cent pro Zigarette bzw. 19,15 € pro kg Feinschnitt; zum 01.01.2003 wird er auf 6,17 Cent pro Zigarette und 21,40 € pro kg Feinschnitt angehoben. Vgl. BGBl 2001, Teil 1 Nr. 66, S. 3436f.

⁵ Diese *einnahmeorientierte* Ausrichtung entspricht exakt der klassischen Definition, wonach die Steuer eine Geldzahlung ist, die dem Bürger „schlechthin zur Vermehrung der Staatseinkünfte“ auferlegt wird. Vgl.: Otto Mayer (1924³) Deutsches Verwaltungsrecht. Bd. 1; S. 316

Wollte man – wogegen im Prinzip und auch mit Blick auf die Normsetzung innerhalb der EU⁶ nichts spricht – nun auch einen verhaltenslenkenden Effekt verfolgen, also durch Steuererhöhung zugleich das Gesundheitsbewusstsein der Bürger/innen erhöhen und eine Verbrauchsreduzierung erzielen wollen⁷, so müsste man dies wohl zunächst den Bürgern/innen entsprechend argumentativ vermitteln, ihnen also den gesundheitspolitischen Zweck angemessen und glaubwürdig verdeutlichen. Andernfalls wäre bereits im Vorfeld einer entsprechenden Maßnahme im politisch-parlamentarischen und im öffentlichen Raum mit erheblichen Widerständen und auch mit Unverständnis zu rechnen⁸. Zugleich müsste, damit sich die Lenkungswirkung in der intendierten Weise entfaltet, die Steuererhöhung deutlich spürbar (also entsprechend drastisch) ausfallen.

Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass einer erhöhten Besteuerung Grenzen gesetzt sind: Überschreitet sie eine „Schmerzgrenze“ des für den Verbraucher Akzeptablen, so könnte sie unter Umständen das Ziel der Konsumreduzierung und des Gesundheitsschutzes mehr oder weniger nachhaltig vereiteln, dann nämlich, wenn es infolge der extrem hohen Verbrauchssteuerbelastung zu einer um sich greifenden Steuerausweichung käme⁹ in Form der illegalen Produktion (etwa: Schwarzbrennerei) und/oder des Suchtmittelerwerbs auf einem vermutlich dann zunehmend florierenden Schwarzmarkt oder in Form der un versteuerten (illegalen) Einfuhr aus Staaten mit niedrigeren Steuersätzen. Dem gesundheitspolitischen Anliegen wäre – zumal angesichts der erhöhten Gesundheitsrisiken mancher Schwarzmarktprodukte – fraglos ein Bärendienst erwiesen¹⁰. Allemaal jedenfalls müssten deshalb entsprechende Vorkehrungen und ggf. Verstärkungen im Bereich der Zoll- bzw. Steuerfahndung und Strafverfolgung getroffen werden. Soweit innerhalb der EU keine Steuerharmonisierung im Bereich der in Rede stehenden Verbrauchssteuern erfolgt, dürfte die Fahndung zumindest an den Binnengrenzen der EU auf erhebliche praktische Probleme stoßen.

Eine spürbare Erhöhung der Besteuerung und des ggf. auch sichtbaren Verfolgungsdrucks ließe sich am ehesten den Bürger/innen vermitteln, wenn die gesundheitspolitische Zielrichtung glaubhaft gemacht werden kann. Aus den Reihen der Verbände wird deshalb gefordert, die Steuererhöhungen oder einen bestimmten Teilbetrag bzw. Prozentsatz (den sog. „Alkoholpfennig“) zugunsten suchtpreventiver und rehabilitativer Maßnahmen zu nutzen. Indes spricht zunächst einmal der Haushaltsgrundsatz der Nonaffektation gegen eine Zweckbindung des in Rede stehenden Steueraufkommens: In § 8 Satz 1 BHO heißt es kurz und bündig: „Alle Einnahmen

⁶ Die einschlägigen EU-Richtlinien legen lediglich Mindeststeuersätze fest, die in Bezug auf Alkoholika in Deutschland ohnedies bereits deutlich überschritten werden.

⁷ Das Vorhaben der Steuererhöhung zum Zweck der Konsumreduzierung fände dort seine verfassungsrechtliche Grenze, wo das Mittelaufkommen in Gänze zu anderen Zwecken als zur Staatsfinanzierung verwendet wird, oder „wenn objektiv zu erkennen ist, dass die Abgabe, insbesondere durch ihre Höhe, die abgabepflichtigen Tatbestände (d.h. das Alkoholtrinken und Tabakrauchen, d.Verf.) unterbinden soll, also Erträge nicht erbringen“ soll. Verfolgte man also die Absicht, den Konsum gänzlich zu unterdrücken (Abstinenzziel), so ginge es rechtlich nicht mehr um eine Steuer, sondern um eine zwangsweise erhobene Sonderabgabe, gleichsam eine Suchtpräventionsfinanzierungsabgabe. Näher: Vogel (19992) Grundzüge des Finanzrechts des Grundgesetzes. In: Isensee/ Kirchof (Hg.) Handbuch des Staatsrechts (HStR). Bd. IV. § 87, Rz. 46-51

⁸ Nicht nur am Rande sei erwähnt, dass es vorrangig erforderlich wäre, jedwede innerstaatliche und EU-weite Subventionierung des Tabakanbaus (mit EU-Mitteln 1 Mrd. € in 2000) und der Branntweinproduktion (aus Bundesmitteln in Höhe von 258 Mio. DM in 2000) zu beenden. Näher: DHS (2001) Jahrbuch Sucht 2002; S. 22

⁹ Grundlegend hierzu: Nowotny (19994) Der öffentliche Sektor; hier S. 264ff.; Petersen/ Müller (1999) Volkswirtschaftspolitik; hier S. 265 mit Verweis auf das sog. Swiftsche Steuereinkommen und das Laffer-Theorem.

¹⁰ Vgl. hierzu mit Blick auf entsprechend negative Auswirkungen im Kontext der Produktions- und Verkaufsbeschränkung harter Alkoholika in der ehemaligen UdSSR um die Mitte der 1980er Jahre: WHO (1990) Alcohol policies: Perspectives from the USSR and some other countries. Report from a conference in 1988 in Baku (USSR).

(des Staates, d. Verf.) dienen als Deckungsmittel für alle Ausgaben“. Allerdings kann durch Gesetz eine Zweckbindung (Affektation) vorgesehen und entsprechend bei der Haushalts- bzw. Einnahmenveranschlagung explizit ausgewiesen werden¹¹.

Jedoch führt diese – ohnehin fiskalpolitisch nicht unbedenkliche¹² – Zweckbindung der Verbrauchssteuereinnahmen bei Tabak und Alkohol nicht wirklich weiter: Der intendierte und von den Verbänden geforderte Zweck wäre ja, wie dargestellt, eine vermittels höherer Bezuschussung bewirkte Mittelansatzerhöhung bei den für Prävention und Rehabilitation zuständigen Trägern; dies sind die Kranken- und Rentenversicherer und die Kommunen sowie ggf. als Leistungserbringer freigemeinnützige Verbände und Vereine. Die allokatiospolitische Schwierigkeit läge jedoch gerade darin, dass der Bund weder in die Hoheit der Länder, noch in das Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherer, noch in das der Kommunen eingreifen darf und mangels gesetzlicher Ermächtigung gehindert wäre, seine Haushaltsmittel zur Finanzierung oder Bezuschussung von Regelaufgaben der Sozialversicherer, der Länder und/oder der Kommunen zweckgebunden einzusetzen. Er selbst aber führt weder in der Prävention, noch in der Rehabilitation von Suchterkrankungen regelhaft in eigener Regie und Zuständigkeit Maßnahmen durch – er darf es verfassungsrechtlich auch gar nicht. Dem gemäß könnte der Bund die Steuermehreinnahmen ausschließlich zur Förderung zeitlich befristeter und zugleich konzeptionell auf die Entwicklung innovativer Verfahren und Methoden hin eingegrenzter Modellprojekte oder Erprobungsvorhaben bereitstellen, die erkennbar im Gemeinschaftsinteresse von Bund und Ländern liegen müssten, und die sodann von den Ländern, den Kommunen oder/und den Sozialversicherungsträgern ausgeführt würden.

Als ein faktisches (Glaubwürdigkeits-) Problem erwiese sich dabei, dass dem Bund bei einer spürbaren Steuererhöhung vermutlich Einnahmen in einem Volumen zuflößen¹³, dessen vollständige Verausgabung im Rahmen zusätzlicher Bundesmodellprojekte nicht realistisch, d.h. fachlich-konzeptionell kaum ernsthaft begründbar wäre. Zu beachten wäre nämlich, dass auch bei innovationsfördernden Bundesmodellprojekten der haushaltsrechtliche Grundsatz der Erforderlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht außer Kraft gesetzt und mithin nicht zugelassen werden darf, dass mehr oder weniger unbegründete und/oder nicht erforderliche Programme in die Welt gesetzt werden, allein deshalb, um eingenommene Steuern zweckgebunden wieder auszukehren. Die nicht für Modellprojekte verbrauchbaren Mittel fließen demnach dem allgemeinen Haushalt zu, die Argumentationskette: Steuererhöhung zugunsten der Suchtvorbeugung und verstärkten Förderung entsprechender Maßnahmen wäre (zumindest in Teilen) dahin.

¹¹So: § 8 Satz 2 BHO sowie vorl. VV-BHO zu § 8 Nr. 1

¹²Etwa: Piduch (1970/2001) Bundeshaushaltsrecht. Lose-Blatt-Sammlung, Teil I. BHO § 8, Rz. 4; ebenso: An-del (19984) Finanzwissenschaft; hier S. 66; Zimmermann/ Henke (20018) Finanzwissenschaft; hier S. 89f.

¹³Selbst bei einer hinsichtlich der Lenkungswirkung negativ zu beurteilenden sehr moderaten Steuererhöhung um nur 1 Cent pro Zigarette, erhöhte sich – einen in diesem Falle allenfalls geringfügig reduzierten Verbrauch unterstellt – das Steueraufkommen um rd. 140 Mio. €; bei Anhebung der Branntwein-/Schaumweinsteuer um nur 1 € je Liter reinem Alkohol käme man ebenfalls auf einen dreistelligen Mio. € Betrag.

Einen – zumindest hypothetisch denkbaren – Ausweg aus den zuständigkeitbedingt nur begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten des Bundes für Leistungen der Suchtprävention und -hilfe böte die pauschale Erhöhung der Bundeszuschüsse zugunsten der Kranken- und Rentenversicherungssysteme bzw. zugunsten der Länder im Rahmen des Finanzausgleichs. Dies allerdings hätte den unvermeidbaren Nachteil, dass über die zweckgerichtete Verausgabung dieser Mittel ausschließlich in der Zuständigkeit der hiervon Begünstigten entschieden werden würde, mithin der Bund keinerlei Einfluss nehmen kann, zu welchem Zweck und – so denn Prävention gefördert wird: in welcher Höhe die entsprechenden Mittel eingesetzt werden. Dies gilt analog bei entsprechenden Zuweisungen und pauschalen Zuschüssen der Länder aus einer erhöhten Biersteuer an die Kommunen.

Rein hypothetisch denkbar – wenngleich aus verschiedenen Gründen abwegig – wäre eine durch Verfassungsänderung (Art. 106 GG) zu beschließende Umwandlung von Teilen der bisher dem Bund zufließenden Verbrauchssteuern, also bspw. der Branntwein- oder der Schaumweinsteuer¹⁴, in eine Länder- oder Gemeindesteuer. Dem gemäß flössen dann die Einnahmen den Ländern bzw. Kommunen zu. Es entzöge sich aber damit zugleich für den Bund jedwede Einflussnahme auf die Höhe des entsprechend festzusetzenden Steuersatzes und allemal auch auf die Affektation. Ob m.a.W. etwa eine Kommune die einschlägigen Steuereinnahmen zur z.B. Grünanlagenpflege, zur Bezuschussung öffentlicher Büchereien oder Schwimmbäder verwendete, was ja immerhin noch einen gewissen Konnex zur hier diskutierten Präventionsthematik hätte, oder ob sie dies für den Straßenausbau oder zur Sicherung des Personalbestands im Einwohnermeldeamt einsetzte, bleibt ihr allein überlassen und lässt sich keineswegs von Staats wegen beeinflussen – das verfassungsrechtlich geschützte kommunale Selbstverwaltungsrecht stünde dem strikt entgegen. Gleiches gilt mit Blick auf die Frage, in welcher Höhe der Steuersatz festgesetzt wird. Es wäre auch hier der einzelnen Kommune unbenommen, diesen bspw. möglichst „verbrauchsfreundlich“, d.h. moderat zu gestalten und damit die eigentliche gesundheitspolitische Intention zu unterlaufen.

Denkbar wäre schließlich die Umwandlung der Steuer in eine Sonderabgabe zur Finanzierung der Suchtprävention und -hilfe. Tatsächlich würden die Charakteristika¹⁵, die an die Erhebung einer Sonderabgabe anzulegen wären, auf die hier in Rede stehende Materie passen: 1. ein gegenüber der Allgemeinheit abgrenzbares gemeinsames Merkmal der Abgabepflichtigen (= Konsum der in Rede stehenden Suchtmittel), 2. eine besondere Verantwortung der in Anspruch Genommenen für die aus dem Abgabenaufkommen zu finanzierenden Zwecke (= Konsumenten finanzieren die Suchtvorbeugung und -therapie), 3. ein sachlogischer Zusammenhang zwischen finanzieller Inanspruchnahme und Verwendungszweck (= Suchtmittelkonsum führt zu erhöhtem Suchtrisiko, dies zu erhöhten Kosten im Gesundheitswesen, diese sollen

¹⁴ Steueraufkommen in 2000: Branntwein – 4,2 Mrd. DM; Schaumwein – 934 Mio. DM. An Tabaksteuern flossen dem Bund in 2000 rd. 22,3 Mrd. DM zu. Vgl. DHS (2001) Jahrbuch Sucht 2002, S. 23 und 40.

¹⁵Näher: Vogel, Fn 6; Kirchof (1992) Staatliche Einnahmen. In: Isensee/ Kirchof (Hg.) HStR IV; § 88

ihrerseits durch die Zwangsabgabe gedeckt werden). Vorteilhaft wäre zudem, dass das Abgabenaufkommen nicht in den allgemeinen (Bundes) Haushalt, sondern in einen speziellen Fond, also etwa in einen Suchtpräventions- und -hilfefond, flöbe und auch nur dem entsprechend zweckgerichtet verwendet werden dürfte.

Indes steht der Verwirklichung einer solchen Option entgegen, dass Steuern und Abgaben verfassungsrechtlich zu einander in Konkurrenz stehen, also nicht gleichzeitig für dieselbe Sache bzw. den selben Tatbestand erhoben werden dürfen. Wohl überdies nicht zulässig wäre es, bspw. nur den Verbrauch eines Suchtmittels (also etwa: nur Branntwein oder nur Schaumwein) mit einer Abgabe zu belegen. Vielmehr müsste man konsequenterweise beide Suchtmittel einem Abgabensystem unterwerfen. Damit kämen bei heutigem Steuerniveau und Verbrauch allein mit Blick auf die Alkoholika Fondvolumina von um die 3,5 Mrd. € p.a. zusammen. Die Tabaksteuer erbrächte p.a. in etwa 11 Mrd. €.

Es ist ersichtlich, dass diese Volumina bei weitem die jährlich anfallenden Kosten für Suchttherapie und Prävention übersteigen, die bei vorsichtiger Schätzung sich derzeit auf nicht einmal 1 Mrd. € p.a. belaufen. Gewiss kann man mehr tun, doch ob dafür auch mehr Geld nötig ist, bleibt fraglich. Allemal jedenfalls lassen sich die Grundsätze der Notwendigkeit, Geeignetheit und Wirksamkeit der zu ergreifenden Maßnahmen, sowie die der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei der Verwendung der Mittel nicht außer Kraft setzen. Eine Verschwendung öffentlicher Mittel – gleich ob dies Steuermittel, Beiträge oder Fondsmittel sind – verbietet sich prinzipiell. M.a.W. eine, wie hier diskutiert, Umwandlung der Verbrauchssteuer in eine Sonderabgabe, führt nicht zum Ziel: Da die Fondeinnahmen die realistisch zu erwartenden Ausgaben nicht übersteigen dürften, müssten die Einnahmen gedrosselt – im Klartext: die Abgabenlast für den Suchtmittelverbraucher gegenüber dem heutigen Niveau deutlich abgesenkt werden.

Indes, jenseits aller systematischen, technischen und praktischen Probleme, die die zuvor erörterten steuerpolitischen Maßnahmen mit sich brächten, wäre noch ein weiteres, grundlegend ordnungspolitisches Problem in die Betrachtung einzubeziehen, nämlich das der prinzipiellen Strukturfremdheit einer aus Steuermitteln oder Sonderabgaben finanzierten Krankheitsvorbeugung und -therapie. Bekanntlich obliegt es seit Einführung der Gesetzlichen Sozialversicherung zum Ende des vorletzten Jahrhunderts den Krankenkassen und – mit Blick auf medizinische Rehabilitationsleistungen – den Rentenversicherern, den großenteils pflichtversicherten Bürgern/innen im notwendigen Umfang und in der geeigneten Art palliative, curative und prophylaktische Leistungen zuteil werden zu lassen. Die Leistungen stehen prinzipiell allen Versicherten zu, die ihrer bedürfen, und zwar unabhängig von der je durch Lebenswandel und individuelle Verhaltensweisen bedingten oder begünstigten Krankheitsverursachung. Exakt dieses System würde durchbrochen, und zwar in zweierlei Hinsicht.

Zum einen rückte das Verursachungs- bzw. Schuldprinzip in den Fokus der gesundheitspolitischen Debatte: Wer säuft und raucht, soll dafür auch zur Kasse gebeten werden. Diese Sicht ist dem bisherigen System fremd und hätte zugleich weitreichende Folgen, denn mit gleichem Fug und Recht, mit dem eine Debatte über die medizinisch-therapeutischen Folgekosten des Alkohol- und Tabakkonsums losgetreten würde, könnte man eine solche mit Blick auf ernährungsbedingte Übergewichtigkeit und deren gesundheitliche Folgen, über Erkrankungen infolge riskanter Sportarten oder umgekehrt Bewegungsmangel auf die gesundheitspolitische Agenda setzen; man könnte des weiteren über die Verursachung von Zahnerkrankungen durch Süßigkeitenkonsum, von orthopädischen Erkrankungen durch schlechtes Schuhwerk usw. usf. diskutieren; kurz: Das gesamte System der gesundheitlichen Versorgung stünde über kurz oder lang zur Disposition.

Zum anderen brähe man einzelne, im hier diskutierten Kontext: eine Erkrankungsart, nämlich die Abhängigkeitserkrankung, aus dem solidarischen Versicherungssystem heraus und überführte sie in eine – wie auch immer ausgestaltete – Staatszuständigkeit. Nicht mehr durch Versichertenbeiträge, sondern durch staatlich festgesetzte und eingetriebene Steuern bzw. Sonderabgaben würde das Risiko der Suchterkrankung abgedeckt. Doch nicht nur dies, zugleich hingen Behandlungs- und Präventionsqualität, Versorgungsgrad und (sucht-) medizinischer Fortschritt vom entsprechend zweckgebundenen Steuer- bzw. Abgabenaufkommen ab. Anders gesagt: Im Interesse einer möglichst hochwertigen Versorgung und ausreichender Ressourcen für die ätiologische und Therapieforschung müsste – zumal angesichts der auch in diesem Feld steigenden Kosten und der zugleich zu berücksichtigenden zeitlichen Diskrepanz zwischen aktuellem Konsum und späterer Behandlungsbedürftigkeit – wohl vor allem verhütet werden, dass zu wenig Abgaben- bzw. Steuerpflichtige vorhanden sind, kurz: dass zu wenig getrunken und geraucht wird.

Resümiert man das Gesagte, dann zeigt sich:

1. Eine steuerliche Mehrbelastung des Verbrauchs von Alkoholika und Tabakwaren zum Zweck der gesundheitsbezogenen Verhaltensbeeinflussung ist möglich.
2. Hierbei kommt es allerdings zwangsläufig zu einer Kollision zwischen der gesundheitspolitischen Zielsetzung der Konsumreduzierung und der steuertypischen Zweckrichtung der staatlichen Einnahmenerhöhung.
3. Um der Vermeidung eines um sich greifenden steuerausweichenden Verhaltens willen (Schwarzmarkt, Schwarzbrennerei, illegale Einfuhr) müsste die Steueranhebung möglichst moderat erfolgen. Damit wird aber die intendierte nachhaltige Verhaltenslenkung torpediert und das gesundheitspolitische Ziel tendenziell verpasst.

4. Die für die Überzeugungskraft der Bürger/innen nicht unwichtige Zweckbindung (Affektation) der Steuermehreinnahmen für suchtpreventive und ggf. auch suchttherapeutische Maßnahmen ist nicht zielführend und zugleich systemfremd. Sie muss deshalb unterbleiben.
5. Vorgängig bearbeitungsbedürftig ist das Vermittlungsproblem: Den Bürgern/innen müsste die gesundheitspolitische Absicht glaubhaft vermittelt werden. Dies dürfte kaum gelingen, solange die Produktion der in Rede stehenden Substanzen innerstaatlich und EU-weit mit hohen Beträgen subventioniert wird¹⁶. Mithin wäre ein rascher Subventionsabbau in diesem Feld als vordringlich anzusehen.

¹⁶ siehe Fußnote 8

Vorsitzende der Kommission:**Prof. Dr. Alexa Franke**

Professorin für Rehabilitationspsychologie an der Universität Dortmund

stellvertretender Vorsitzender der Kommission:**Prof. Dr. Horst Bossong**

Professor für Verwaltungswissenschaften, insb. Sozialverwaltung, an der Universität Essen

Kommissionsmitglieder:**Prof. Dr. Gundula Barsch**

Professorin mit dem Schwerpunkt Drogen und soziale Arbeit an der Fachhochschule Merseburg; Privatdozentin am Institut für Sozialpädagogik der Technischen Universität Berlin

Prof. Dr. Thomas Feltes

Rechts- und Erziehungswissenschaftler, Rektor an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen; Vertretung des Lehrstuhls für Kriminologie an der juristischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller

Direktor des Instituts für Sozial- und Präventionsmedizin der Universität Zürich

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Professorin für Soziologie an der Evangelischen Fachhochschule - Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik Freiburg

OStA Dr. Harald-Hans Körner

Leiter der Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB) bei der Generalstaatsanwaltschaft beim Oberlandesgericht Frankfurt am Main

Prof. Dr. Karl-Artur Kovar

Geschäftsführender Direktor des Pharmazeutischen Institutes an der Universität Tübingen

Prof. Dr. Karl Mann

Lehrstuhl für Suchtforschung Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim an der Universität Heidelberg

Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband

Professor für Soziologie, Methoden der empirischen Sozialforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Rainer K. Silbereisen

Professor für Entwicklungspsychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena und Adjunct Professor of Human Development and Family Studies, The Pennsylvania State University, USA

Prof. Dr. Klaus Wanke

Prof. an der Universitätsnerven- und Poliklinik, Bereich Psychiatrie des Saarlandes in Homburg/Saar

**Die Drogen- und Suchtkommission
beim Bundesministerium für Gesundheit**

10117 Berlin



JUNI 2002