Stadt Zürich
Suchtpräventionsstelle

Stigmatisierung

Zum Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen der Suchtprävention

Stadt Zürich
Suchtpräventionsstelle
Röntgenstrasse 44
8005 Zürich

suchtpraevention@zuerich.ch
www.stadt-zuerich.ch/suchtpraevention

Christa Berger
Projektleiterin Grundlagen

Zürich, September 2012

Inhalt

Abstract		4
1	Einleitung	4
1.1	Stigmatisierung trotz guter Absicht	4
1.2.	Negative Effekte der Suchtprävention	5
1.3.	Suchtprävention braucht ethische Richtlinien	6
2.	Begriffsklärung	8
2.1.	Stigma und Stigmatisierung	8
2.2.	Stigma Sucht	9
3.	Suchtprävention und Stigmatisierung	11
3.1.	Leitkonzepte: Ursachenbehebung und Gefährdungsvermeidung	11
3.2.	Stigmatisierungsfallen in d. Früherkennung Frühintervention	12
3.3.	Kooperation mit Instanzen sozialer Kontrolle	14
3.4.	Arbeit mit stigmatisierten Menschen und Gruppen	15
4.	Erfahrungen aus der Praxis	16
4.1.	Kurzinterventionen	16
4.2.	Sozialpädagogische Kursreihe LIMIT	18
4.3.	Selektives Elternangebot	18
4.4.	Fazit	19
5.	Interne Leitsätze zur Vermeidung von Stigmatisierung	20
5.1.	Offene Fehlerkultur	20
5.2.	Verbindliche Tools zu Projektmanagement u. Datenschutz	20
5.3.	Konsequente Ressourcenorientierung	21
5.4.	Reflektierter Einsatz von Screeninginstrumenten	22
5.5.	Vertrauen schaffen durch Transparenz	22
5.6.	Allgemeine Entwicklungsförderung	23
5.7.	Strukturelle Prävention nicht vernachlässigen	23
5.8.	Kooperationspartner mit einbeziehen	24
Literatur		25

Stadt Zürich | Suchtpräventionsstelle
Eine Fachstelle der Schulgesundheitsdienste im Schul- und Sportdepartement

Abstract

Suchtpräventive Facharbeit kann unabsichtliche negative wie auch konträre Effekte haben: Neugier und Probierlust wecken, Stigmatisierung oder eine Zunahme des Substanzkonsums sind Beispiele solcher Begleiterscheinungen. Bis anhin werden negative Nebenwirkungen der Suchtprävention aber in Wissenschaft und Praxis noch wenig beachtet und reflektiert. Dabei lässt sich die Qualität suchtpräventiver Arbeit nicht nur auf die Frage der Wirksamkeit reduzieren, sondern muss vermehrt auch in Bezug auf ethische Normen hin definiert werden.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit möglichen stigmatisierenden Effekten in der präventiven Suchtarbeit. Der Fokus auf den Themenkomplex Suchtprävention und Stigmatisierung drängt sich aus verschiedenen Gründen auf: Suchtprävention operiert mit dem stark negativ besetzten Begriff «Sucht», was Verunsicherung und Abwehr auf Seiten der Zielgruppen auslösen kann. Des Weiteren verleiten ihre Leitbegriffe «Risikofaktoren», «Gefährdung» und «Risikogruppen» zur unreflektierten Verknüpfung von sozialen Stigmata und Gefährdungsannahmen. Und nicht zuletzt lauern bedeutsame Stigmatisierungsfallen im Rahmen von Früherkennung und Frühintervention, in der Kooperation mit Akteuren aus Polizei und Justiz sowie im Zusammenhang mit indizierten und selektiven Präventionsaktivitäten.

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich hat sich der Herausforderung gestellt und ihre Angebote systematisch auf Stigmatisierungseffekte hin unter die Lupe genommen. Der interne Stigma-Check hat dabei zahlreiche Strategien zu Tage gefördert, die als proaktive Antistigma-Massnahmen propagiert werden können, unter anderem:

- Nicht-stigmatisierende Bezeichnung von Angeboten und Adressatengruppen
- Standardisierte Reflexionsfragen zu möglichen Stigmatisierungs- und Labelingeffekten
- Transparente Information der Adressatinnen und Adressaten
- Konsequente Ressourcenorientierung
- Verbindliche Richtlinien für den Umgang mit sensiblen Personendaten
- Offene Fehlerkultur und kollegiale Beratung

1 Einleitung

1.1 Stigmatisierung trotz guter Absicht

Im Jahr 2007 lancierte Gesundheitsförderung Schweiz ihre Kampagne «Gesundes Körpergewicht». Auf Plakaten und Anzeigen wurden anstelle von Menschen überdimensionierte Objekte (Dreirad, Schlitten, Kinderstuhl) gezeigt:

Auf den Anzeigen war der Slogan zu lesen: «Die Schweiz wird immer dicker.» Darunter folgender Text: *«Jeder dritte Erwachsene und jedes fünfte Kind leidet an Übergewicht. Tendenz steigend. Mit regelmässiger Bewegung, weniger Fett und Zucker kann man viel für ein gesundes Körpergewicht tun. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die noch nicht stark übergewichtig sind, zeigt frühzeitiges Handeln grosse Wirkung. Es braucht wenig, um viel zu verändern: gesundheitsförderung.ch.»*

Gesundheitsförderung Schweiz wollte, gemäss eigener Aussage, mit dieser Kampagne übergewichtige Kinder nicht blossstellen. Deshalb habe man sich für eine symbolische Darstellung von übergewichtigen Kindern entschieden.

Die überdimensionierten Objekte haben aber im Endeffekt etwas Groteskes an sich. Und der alarmierende Appell «Die Schweiz wird immer dicker» stellt die Betroffenen eben doch implizit an den Pranger. Übergewichtige werden ja implizit mit diesem Appell dafür verantwortlich gemacht, dass die Schweizer Bevölkerung immer dicker wird. Insofern hat diese Präventions-Kampagne im Endeffekt genau das provoziert, was sie eigentlich vermeiden wollte, nämlich die öffentliche Blossstellung und Diffamierung dicker Kinder und Jugendlicher.

Solche Kampagnen zur Prävention von Übergewicht sind auch deshalb heikel, weil sie indirekt Schlankheit als Ideal fördern können. Es gibt mittlerweise Hinweise[1], dass eine starke Dramatisierung des Übergewichts-Problems bei Kindern und Jugendlichen Gegenreaktionen in Form von Essstörungen auslösen kann. Davon sind immer noch vor-

[1] Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2010); O'Dea, J.A. (2005); Doak, C.M. et al (2006)

wiegend Mädchen betroffen, aber auch bei den Jungen scheint sich zunehmend ein ungesundes Schönheitsideal zu etablieren.

Die Suizid- und Aidsprävention kennt ebenfalls konträre Wirkeffekte. In einem Artikel in der ZEIT vom 22. September 2005 ist von einem Aufklärungsspot des Zweiten Deutschen Fernsehens ZDF aus den achtziger Jahren zum Thema Selbstmord die Rede. In der Eingangssequenz wurde gezeigt, wie sich ein Jugendlicher vor einen Zug warf. In den Wochen danach stieg die Zahl der Eisenbahnsuizide signifikant an. Der gleiche Artikel weist ausserdem auf Programme zur Aidsprävention in den USA hin, die gemäss diversen Studien zu keinem Rückgang der Infektionsrate führten. Ein ganztägiger Workshop für schwule Männer erhöhte sie stattdessen.

Auch die Suchtprävention ist nicht vor negativen bzw. nicht beabsichtigten oder gar konträren Effekten gefeit. Seit ihren Anfängen muss sie sich beispielsweise dem Vorwurf aussetzen, dass Information und Aufklärung über psychoaktive Substanzen auch Neugier und Probierlust bewirken können. Die erfolgreichen Nichtraucherschutz-Kampagnen der letzten Jahre haben mitunter den Nebeneffekt, dass das Rauchen zusehends zur moralischen Frage hochstilisiert wird. RaucherInnen sehen sich, wie Übergewichtige übrigens auch, tendenziell als Präventionsverweigerer gebrandmarkt, die vermeidbare Schäden verursachen und die Krankenkassenkosten in die Höhe treiben.

1.2. Negative Effekte der Suchtprävention

Wicki et al. haben vor zwölf Jahren im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG eine ausführliche Literaturrecherche zur Suchtpräventionsforschung durchgeführt und dabei auch negative Effekte festgehalten. Sie ermittelten bei drei von zwölf evaluierten sekundärpräventiven Programmen[2] aus den USA und Israel eine Zunahme des Substanzkonsums der Jugendlichen.

Zum einen zeigten sich bei schwangeren Mädchen und jungen Frauen, die ein Training sozialer Kompetenzen absolviert haben, negative Effekte auf ihren Cannabiskonsum. In einem anderen sekundärpräventiven Programm nahm der Alkohol- und Tabakkonsum der Treatment-Gruppe stärker zu als derjenige der Kontrollgruppe. Als Gründe für diesen negativen Effekt vermutete man die Etikettierung der Jugendlichen als *Risikojugendliche* und vermehrte Kontakte mit anderen substanzkonsumierenden Peers.

Untersuchungen zu Gruppenprozessen bei selektiven Präventionsmassnahmen unterstützen diese Annahme. Man identifizierte den sogenannten deviant talk als Ursache für unerwünschte Programmergebnisse (Dishion et al. 1999). Demnach bestärken sich die Jugendlichen gegenseitig innerhalb der Gruppe für ihr abweichendes Verhalten.

2 Programme, die sich an besonders gefährdete Zielgruppen richten wie z.B. LehrabbrecherInnen, Kinder und Jugendliche, die in Heimen leben, Kinder suchtkranker Eltern u.a.

Die dritte von Wicki et al. analysierten Evaluationsstudien ermittelte negative Effekte im Rahmen einer schulbasierten Intervention, die man auf Implementierungsschwierigkeiten zurückführte.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA führt in ihrer Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs aus dem Jahr 2006 auch negative Effekte auf. Der häufigste negative Effekt entsprach ebenfalls einer Zunahme des Substanzkonsums, insbesondere von Alkohol. Allgemein universellpräventive Programme schnitten dabei schlechter ab als Alkoholspezifische Präventionsprogramme.

Sowohl Wicki et al. als auch die AutorInnen der BZgA-Expertise halten fest, dass die empirische Basis in Bezug auf negative Effekte suchtpräventiver Massnahmen insgesamt sehr dünn ist, weil nur sehr wenige veröffentlichte Studien überhaupt von unerwünschten Effekten berichten. Man weiss deshalb noch viel zu wenig darüber, welche Programmelemente mit welchen Kontextfaktoren zusammenspielen und unerwünschte Nebeneffekte nach sich ziehen und bei welchen Personen oder Subgruppen aus welchen Gründen negative Effekte zum Tragen kommen.

1.3. Suchtprävention braucht ethische Richtlinien

Nicht-intendierte Nebenwirkungen und konträre Effekte werden bislang sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis der Suchtprävention zu wenig beachtet und reflektiert. Dabei wissen wir, dass das Stigma psychischer Erkrankungen die Inanspruchnahme von Hilfe und Behandlung erschweren kann. Die Furcht, als psychisch krank etikettiert und von anderen diskriminiert zu werden, sowie Scham und Selbststigma sind Gründe dafür. Stigmatisierung ist also ein gesundheitsrelevantes Problem, das sich auch negativ auf die Prävention auswirken kann und deshalb vermehrt beachtet werden sollte.

Im Zuge der zunehmenden Bedeutung indizierter und selektiver Angebote und Aktivitäten sowie der Forcierung von Früherkennung und Frühintervention in unterschiedlichen Settings sehen sich die Suchtpräventionsfachleute mit ganz verschiedenen Formen stigmatisierender Risikofaktoren konfrontiert. Sei es, indem sie im Vorfeld von Kurzinterventionen Screenings durchführen, sei es, dass sie mit Instanzen sozialer Kontrolle gemeinsame Angebote verantworten (z.B. Justiz, Polizei). Zudem haben sie es vermehrt direkt mit Menschen zu tun, die gesellschaftliche Ächtung erfahren (z.B. Kinder von Eltern mit einem Suchtproblem).

Diese Entwicklung verlangt nach verbindlicher Handlungsorientierung, insbesondere nach *ethischer* Orientierung. Suchtprävention ist überwiegend eine spezifische Form psychosozialer Intervention, die einzelne Menschen und ihr soziales Umfeld direkt betreffen. Ihre Massnahmen sind normorientiert und somit wertend und berühren damit

wesentliche ethische Grundsatzfragen, beispielsweise nach dem Menschenbild, dem Wertesystem, dem Machtgefälle oder dem Persönlichkeitsschutz. Im Unterschied zur psychotherapeutischen oder ärztlichen Beratung und Intervention verfügt Suchtprävention aber nicht über entsprechende ethische Richtlinien[3]. Es muss die Einsicht gewonnen werden, dass sich die Qualität suchtpräventiver Arbeit nicht nur auf den Aspekt der Wirksamkeit reduzieren lässt, sondern dass sie vermehrt auch in Bezug auf grundlegende ethische Normen hin definiert werden muss[4].

Der Zeitpunkt für eine solche vertiefte Auseinandersetzung scheint günstig. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA veröffentlichte im Jahr 2010 Qualitätskriterien für Massnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen[5]. Das darin aufgeführte Qualitätskriterium 8 verlangt explizit, *die Vermeidung von Stigmatisierung und potenziell unerwünschten Nebenwirkungen zu bedenken*.

Auch in der Schweizer Präventionsfachwelt findet das Thema Stigmatisierung mehr Beachtung. Das im März 2012 veröffentlichte Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Erkrankungen im Kanton Zürich sieht neben den bestehenden sechs Grundsätzen[6] für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen neu das Postulat der Entstigmatisierung vor. Auch Gesundheitsförderung Schweiz verfasste im Jahr 2010 einen normativen Handlungsrahmen für fachliches Handeln, der unter anderem die Reflexion und Auseinandersetzung mit ungewollten negativen Nebenwirkungen beinhaltet[7]. Und schliesslich haben die Mitglieder des Fachverbands Sucht im Juni letzten Jahres die Oltner Charta Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen verabschiedet[8]

3 Vgl. Schweizer Charta für Psychotherapie, Hippokratischer Eid als Fundament ärztlichen Handelns.
4 Vgl. Meier 2004.
5 Siehe BZgA (2010): Gesundheitsförderung konkret, Band 13.
6 Empowerment, Partizipation, Kooperation, Chancengleichheit, Subsidiarität und Nachhaltigkeit.
7 Gesundheitsförderung Schweiz (2010): Best Practice. Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.
8 www.fachverbandsucht.ch/downloads/charta.pdf

2. Begriffsklärung

2.1. Stigma und Stigmatisierung

Der Begriff Stigma stammt aus dem Griechischen und bezeichnet ein Wund- oder Brandmal. Er diente damals zur Kennzeichnung von Sklaven als unreine Personen, die es zu meiden galt. Stigma ist also ein *negativ* bewertetes Auffälligkeitsmerkmal als Ausdruck gesellschaftlicher Ächtung.

Im Mittelalter wurden Verbrecher öffentlich zur Schau gestellt (Pranger). Deutschland kennzeichnete unter der Herrschaft der Nazis die Juden mit einem Judenstern und tätowierte ihnen in den Konzentrationslagern eine Nummer auf den Unterarm. In Frankreich hat man Frauen, die sich während der Besatzung im Zweiten Weltkrieg mit deutschen Soldaten eingelassen hatten, nach der Kapitulation Deutschlands die Haare geschoren und sie öffentlich diffamiert und gedemütigt.

Heutige soziale Stigmata in unserer Gesellschaft betreffen beispielsweise Aids-Kranke, AusländerInnen oder behinderte Menschen, die bei der Arbeits- oder Wohnungssuche regelmässig Diskriminierung erleben. Auch arme und dicke Menschen sind negativen Zuschreibungen ausgesetzt. Sie gelten als willensschwach, faul und dumm. Es fällt auf, dass viele negative soziale Stigmata auf Menschen der sozialen Unterschicht gerichtet sind.

Stigmata sind aber keine Eigenschaften an sich. Ein Merkmal wird erst zum Stigma, wenn es von anderen als Normabweichung wahrgenommen und gleichzeitig negativ bewertet wird. Es ist ein grosser Verdienst des amerikanischen Soziologen Erwing Goffmann[9], Stigmata bzw. Stigmatisierung als *Prozess* von Abwertung und Ausgrenzung von Menschen zu verstehen, denen bestimmte negativ bewertete Merkmale zugeschrieben werden. Stigmatisierung umfasst also immer die *diskriminierende Kennzeichnung* von Menschen und/oder Gruppen sowie deren *soziale Ausgrenzung* (Vorenthaltung vollständiger sozialer Akzeptanz).

Eine moderne Definition von Stigmatisierung stammt von Link und Phelan (2001). Von sozialer Stigmatisierung ist dann die Rede, wenn verschiedene Komponenten wie Etikettierung, Stereotypisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung gemeinsam im Kontext eines Machtgefälles auftreten. Diese Definition verweist auf die Möglichkeit der Stigmatisierung auch im Rahmen therapeutischer, beratender oder präventiver Aktivitäten.

Kurz und prägnant ausgedrückt bedeutet *stigmatisieren* also *«schlecht über bestimmte Menschen zu denken»* und *«diese Menschen in der Gesellschaft schlecht zu behandeln»*. Die Sozialpsychologie unterscheidet zwischen verschiedenen kognitiven, emotio-

9 1963 veröffentlichte Erving Goffmann das Standardwerk «Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity» (deutsch: Stigma – über die Techniken der Bewältigung beschädigter Identität).

nalen und Verhaltensaspekten von Stigma, nämlich Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung. Demnach sind *Stereotypen* negative kollektive Meinungen über soziale Gruppen (z.B. «Menschen mit psychischer Erkrankung sind gefährlich»). *Vorurteile* unterstützen diese negativen Stereotype und führen zu negativen emotionalen Reaktionen («Sie machen mir alle Angst»). Werden daraus Verhaltenskonsequenzen gezogen, führt dies zur *Diskriminierung*. Stereotype und Vorurteile führen in der Regel nur dann zu wirksamer Diskriminierung, wenn sie mit sozialer, wirtschaftlicher, politischer oder publizistischer Macht verbunden sind, um die Diskriminierung durchzusetzen[10].

Sozialpsychologische Forschungen zeigen, dass stereotypisierende Zuschreibungen einem menschlichen Bedürfnis nach Orientierung, Abgrenzung und Selbstschutz entsprechen und sich selbst immer wieder zu bestätigen scheinen. Die Folgen für stigmatisierte Betroffene sind unter anderem gesellschaftliche Ächtung und Diskriminierung, Statusverlust und ein negatives Selbstkonzept bzw. Selbststigmatisierung verbunden mit Scham, Demoralisierung und Rückzug.

Es gibt auch das Phänomen, wonach Mitglieder bestimmter Subkulturen (z.B. Hippies, Punks) gerade mit den ihnen zugeschriebenen negativen Eigenschaften kokettieren und sich bewusst ihrer bedienen, um sich vom Mainstream abzuheben. Soziale Stigmata haben in diesen Fällen eine positiv identitätsstiftende Funktion.

2.2. Stigma Sucht

Suchtprävention operiert mit dem negativ besetzten Begriff *Sucht.* Beharrlich dominiert in der Gesellschaft ein Verständnis von Sucht als einem moralisch verwerflichen Verhalten. Alkohol- und Drogensüchtige gelten als willensschwache Leistungsverweigerer ohne jegliche Selbstkontrolle. In der Öffentlichkeit dominiert immer noch das Cliché des drogensüchtigen Junkies als Prototyp eines Süchtigen, gebrandmarkt als Versager mit einem liederlichen Lebenswandel. Zudem sind Süchtige mit dem Stigma *kriminell* behaftet. An diesen Zuschreibungen hat sich nur wenig geändert, auch wenn heute ein Verständnis von Sucht als Krankheit in Fachkreisen breite Anerkennung findet.

1963 hat die WHO den Suchtbegriff zugunsten des Abhängigkeitssyndroms aufgegeben. Sie wollte damit explizit die Stigmatisierung von süchtigen Menschen vermeiden. In der breiten Öffentlichkeit konnte sich der neue Begriff jedoch nicht durchsetzen. Nach wie vor wird alltagssprachlich am Suchtbegriff mit seinen negativen Zuschreibungen und Deutungen festgehalten.

Es ist deshalb davon auszugehen, dass *Sucht*prävention bei ihren Zielgruppen Abwehrreflexe und Verunsicherung auslösen kann. Ein Beispiel aus der Praxis vermag dies zu verdeutlichen: Auf schriftliche Einladung der Suchtpräventionsstelle wurden Eltern an einer Informationsveranstaltung über einen Kurs zur Stärkung von Lebenskompetenzen

10 Rüsch et al. 2004.

informiert, an dem ihre Kinder teilnehmen sollten. Einige Eltern fragten irritiert, ob denn diese Stelle der richtige Ort für ihr Kind wäre und ob es denn wirklich so schlimm um ihr Kind stünde. Sie befürchteten nicht zuletzt, dass es hier auf Dealer oder «Drögeler» stossen könnte. Diese Eltern drückten damit ihr tiefes Unbehagen aus, das das emotional und inhaltlich stark negativ besetzte Label *Sucht* bei ihnen auslöste.

Im ungünstigen Fall führen solche Abwehrreflexe dazu, suchtpräventive Angebote abzulehnen bzw. gar nicht in Anspruch zu nehmen. Insbesondere heikel ist es für Adressaten und Zielgruppen indizierter und selektiver Präventionsbemühungen, weil diese ja explizit im Hinblick auf eine mögliche Suchtgefährdung angegangen werden. Diese Menschen möchten aber in der Regel nicht mit dem Stigma Sucht behaftet werden und werden sich deshalb verständlicherweise nicht vorbehaltlos auf suchtpräventive Interventionen einlassen.

3. Suchtprävention und Stigmatisierung

3.1. Leitkonzepte: Ursachenbehebung und Gefährdungsvermeidung

Suchtprävention ist von ihrer Begriffsbestimmung her vorausschauende Problemvermeidung im Zusammenhang mit Substanzen und Verhaltensweisen, die zu einer Sucht führen können sowie deren negativen Begleiterscheinungen. Auch wenn zunehmend Ansätze der Gesundheitsförderung (Ressourcenorientierung) in die suchtpräventive Praxis Einzug gefunden haben, sind Ursachenbehebung und Gefährdungsvermeidung mit den damit verbundenen Begriffen «Risikofaktoren» und «Risikogruppen» nach wie vor die handlungsbestimmenden Konzepte.

Sucht hat bekanntlich viele Ursachen. Es gibt keine isolierbaren, allgemeingültigen Ursachen, die für alle Suchtkranken gelten. Verschiedene Einflüsse und Faktoren spielen zusammen. Das Modell der Suchtursachen-Trias verortet die Bedingungsfaktoren im Gefüge von Person/Individuum, Substanz und Umwelt/sozialer Kontext. Wir können aber nie mit Sicherheit sagen, bei welchen Menschen welche Faktoren zu einer Sucht oder zu sonstigen Problemen im Zusammenhang mit Substanzkonsum führen werden.

Deshalb spricht man in der Suchtprävention von *Risikofaktoren*, welche die Wahrscheinlichkeit für eine Suchtentwicklung und/oder für negative Begleiterscheinungen erhöhen. Risikofaktoren werden epidemiologisch definiert. Sie sind aber keinesfalls mit Ursachen oder Kausalitäten gleichzusetzen. Ein Risikofaktor gibt nur Hinweis auf eine potenzielle, sich direkt oder indirekt und in der Regel mit zeitlicher Verzögerung manifestierenden *Gefährdung* der Gesundheit, der Entwicklung oder der sozialen Integration.

Die Wirkung von Risikofaktoren muss für den einzelnen Menschen nicht zwangsläufig sein. Selbst für medizinische Risikofaktoren wie zum Beispiel das Zigarettenrauchen ist der Vorhersagewert für den Einzelfall nicht garantiert. Erst die Kumulation der wichtigsten gesicherten Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung auch bei einzelnen Personen.

Psychosoziale Risikofaktoren sind ungleich in der Gesellschaft verteilt. Etwa 20% der Kinder und Jugendlichen sind mit Problemen behaftet, haben Schwierigkeiten mit sich selbst oder fallen durch ihr Verhalten auf. Betroffen sind vorwiegend Kinder und Jugendliche, die sich in sozial schwierigen Verhältnissen befinden. Diese werden als *Risikogruppen* konzeptualisiert. Aber auch hier gilt: es gibt keine gesicherten Vorhersagen. Auch innerhalb dieser Risikogruppen entwickelt lediglich eine Minderheit (ca. ein Drittel) tatsächlich psychosoziale Störungen[11].

11 Vgl. Hüsler 2010.

Devianz- bzw. Suchtkarrieren sind also nicht prognostizierbar. So weiss man beispielsweise aus der Kriminalitätsforschung, dass die Korrelation zwischen sogenannten Risikokindern und späterer Kriminalität weitaus geringer ist als angenommen. In einer kürzlich vom Fachverband Sucht publizierten Studie zu Früherkennung und Frühintervention in der Jugendstrafjustiz ist zu lesen, dass es keine verlässliche Aussage darüber gibt, ob Cannabis-verzeigte Jugendliche im Hinblick auf eine Suchtentwicklung gefährdeter sind als nicht verzeigte Jugendliche[12].

Die Suchtpräventionsfachleute sind sich dessen oft nicht bewusst. Sie unterschätzen, wie fragil bzw. komplex die zugrunde gelegten Gefährdungs- und Risikofaktorenkonzepte effektiv sind und wie schwierig bzw. unmöglich eine (Sucht)Gefährdung in Tat und Wahrheit richtig einzuschätzen ist. Soziale Stigmata und Gefährdungsannahmen greifen allzu schnell unreflektiert ineinander. Indem Präventionsfachleute im Rahmen der Risikobewertung Normen setzen, Zusammenhänge konstruieren und Werturteile fällen, werden sie sich auch mit den damit einhergehenden Labeling- und Stigmatisierungseffekten auseinandersetzen müssen.

3.2. Stigmatisierungsfallen in der Früherkennung Frühintervention

Das Modell der Gefährdung und der Risikofaktoren findet vor allem im Rahmen der Früherkennung und Frühintervention Anwendung. Früherkennung meint das frühzeitige Wahrnehmen von auffälligen Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen sowie eine fachliche Abklärung durch spezialisierte Personen. Frühintervention umfasst unterstützende Massnahmen für die als gefährdet erkannten Kinder und Jugendlichen, ihre Eltern und Bezugspersonen wie etwa Beratung, Kurzintervention und frühzeitige Behandlung. Dabei beziehen sich Früherkennung und Frühintervention nicht bloss auf eine mögliche Suchtgefährdung, sondern schliessen auch andere psychosozialen Gefährdungen (Gewalt, psychische Störungen, Suizidalität etc.) mit ein.
Im Zusammenhang mit Früherkennung und Frühintervention sind nun folgende Stigmatisierungsfallen denkbar:

Frühzeitige Pathologisierung

Risiko- und Gefährdungsprognosen gehen häufig von vereinfachenden Annahmen aus und erklären Kinder und Jugendliche bisweilen voreilig zu Problem- bzw. Risikokindern. Diese Gefahr stellt sich besonders im Rahmen selektiver Prävention, wo allein von einer erhöhten Risikoexposition ausgegangen wird, ohne dass die Kinder und Jugendlichen selber schon Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Sie werden aber als «Risikoträger» mit präventiven Angeboten angegangen.

12 Fachverband Sucht (2011): Interventionspraxis Cannabis konsumierende Jugendliche bei der Jugendstrafjustiz. Auswertungsbericht.

Es geraten zudem immer mehr Aspekte des sozialen Handelns in den Radar von Früherkennung und Frühintervention – von substanzbezogenem Verhalten über Konflikt- und Problemlösefähigkeit bis hin zu sozialen Kompetenzen. Das hat mitunter zur Folge, dass tendenziell immer mehr Kinder und Jugendliche früh erkannt werden, zuweilen auch solche, die im engeren Sinn keineswegs (sucht)gefährdet sind. Dies kann zu einem generellen Gefährdungsverdacht gegenüber Kindern und Jugendlichen führen.
Kommt das Problem hinzu, dass jugendliches Risikoverhalten wie Rauschtrinken oder experimenteller Substanzkonsum als Devianzverhalten gedeutet werden, dem man bis anhin vor allem normierend und regulierend begegnet. In dieser Logik werden Krisen im Jugendalter primär als Anzeichen einer möglichen Fehlentwicklung oder Gefährdung angesehen und weniger als Entwicklungsaufgabe, die vom Jugendlichen aktives Bewältigungshandeln fordern.

Unsorgfältige Früherkennung

Früherkennung (sucht)gefährdeter Kinder und Jugendlicher ist sehr anspruchsvoll und erfordert eine differenzierte Wahrnehmungsfähigkeit. Es sind in der Regel Erwachsene mit Verantwortung für Kinder und Jugendliche in Familie, Schule und Freizeit, welche Anzeichen einer möglichen Gefährdung erkennen sollen. Die persönlichen Voraussetzungen dafür sind sehr unterschiedlich vorhanden.
Ausserdem sind Wahrnehmung und Bewertung von sozialer Auffälligkeit immer an subjektive Normvorstellungen und -überzeugungen gekoppelt. Falsche bzw. stereotype Zuschreibungen sind deshalb nicht auszuschliessen. Im schlechtesten Fall verstärkt eine unqualifizierte Früherkennung bereits vorhandene Stigmatisierungen (z.B. als Problemkind, Schulversager etc.) noch zusätzlich.

Unkritische Screening-Gläubigkeit

Der Versuch, eine gefährdete Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mittels diagnostischer Screeningverfahren zu ermitteln, ist zwar auf den ersten Blick sehr verführerisch. Man wähnt sich im Glauben, damit objektive Aussagen über ein Kind oder einen Jugendlichen zu erhalten. Dabei erfassen die Messinstrumente in der Regel isolierte Indikatoren (z.B. Konsummenge, Konsumhäufigkeit) ohne Einbettung in einen Gesamtkontext und ohne adäquate Berücksichtigung des komplexen Zusammenspiels verschiedener Risikofaktoren.
Screenings dienen unter anderem der Einteilung von Kindern und Jugendlichen in verschiedene Konsumgruppen (z.B. hochriskant, riskant, risikoarm), Diese Einteilung erfolgt mit der Begründung, dass Kinder und Jugendliche je nach ihrem aktuellen Erfahrungshintergrund differenzierte Angebote erhalten sollen. Das macht durchaus Sinn. Problematisch wird es aber, wenn es sich um diskriminierende Angebote handelt nach dem Motto «die Risikoarmen stärken wir, die Riskanten behalten wir im Auge und regulieren ihr Verhalten».
Hochriskant, riskant/problemhaft, risikoarm und dergleichen sind etikettierende Konstruktionen, die unterschiedliche Bilder hervorrufen können. Auch wenn gute Absichten

damit verbunden sind, muss man sich überlegen, was solche Zuschreibungen bei den Betroffenen auslösen können oder was es bedeuten kann, wenn der Lehrer, die Eltern oder die Lehrmeisterin davon Kenntnis erhalten. Ausserdem suggeriert man damit eine klare Unterscheidbarkeit von nicht riskant versus riskant bzw. normal versus abweichend. Dabei fehlt bis heute ein fachlicher Konsens bezüglich der Definition eines sogenannten Risikokonsums.

3.3. Kooperation mit Instanzen sozialer Kontrolle

Die Suchtpräventionsstellen arbeiten seit Jahren eng mit verschiedenen Kooperationspartnern zusammen, beispielsweise mit der Schule, der Polizei oder der Justiz. Diese Institutionen können Kinder und Jugendliche wegen Regel- und Normverstössen und/oder illegalen Substanzkonsums im Sinne der Früherkennung zu einem Kursbesuch an die Suchtpräventionsstellen verweisen. Die Zusammenarbeit findet auch im Rahmen von Jugendschutzmassnahmen statt (z.B. Testkäufe). Dabei kann sich das Problem der Stigmatisierung bzw. negativer, nicht beabsichtigter Nebeneffekte wie folgt zeigen:

Divergierende Interessen

Für Jugendanwaltschaft und Schule sind die Kurzinterventionsangebote der Suchtpräventionsstellen in erster Linie soziale Sanktionsmassnahmen, die sie als Warnschuss bzw. Chance verstehen, bevor weitere Massnahmen drohen (Schulausschluss, Busse etc.).

Die Herausforderung für die Suchtprävention besteht nun darin, diesen Jugendlichen zu vermitteln, dass ihre Intervention nicht im Dienste der Verhaltensdisziplinierung steht, sondern als unterstützende Entwicklungsförderung ausgerichtet ist. Solange die Jugendlichen die Kurzintervention aber als verlängerten Arm von Schule und Justiz deuten, werden sie der empfundenen Ausweitung sozialer Kontrolle mit abwehrender Skepsis begegnen, zumal sie ja diese Angebote in der Regel nicht freiwillig in Anspruch nehmen.

Dieser Konflikt zeigt sich auch in anderen Situationen kooperativer Zusammenarbeit. Man denke zum Beispiel an die Botellones[13], die wiederkehrend für Aufregung sorgen. Hier läuft die Suchtprävention besonders Gefahr, als Handlanger der sozialen Kontrollinstanzen instrumentalisiert zu werden. Anstatt in aufsuchender Manier sensibilisierende Aufklärung zu betreiben, steht ein gemeinsamer Auftritt mit der Polizei vor Ort primär im Dienst der Durchsetzung von «Law and Order». Die Signalwirkung nach aussen lautet dann: «Wir betreiben hier nicht Präventionsarbeit zum Schutz der Jugendlichen vor alko-

13 Ein in Spanien in den 1990er Jahre aufgekommener Brauch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die sich abends an den Wochenenden zum gemeinsamen Alkoholkonsum und Feiern an öffentlichen Plätzen versammeln.

holbedingten Schäden, sondern wir schützen die Gesellschaft vor einer ausser Rand und Band geratenen Jugend».

3.4. Arbeit mit stigmatisierten Menschen und Gruppen

Suchtpräventionsfachleute haben es immer wieder mit Menschen und Gruppen zu tun, die mit einem gesellschaftlichen Stigma behaftet sind. Dabei kann es sich zum Beispiel um BewohnerInnen einer Wohnsiedlung mit einem Negativ-Image handeln (sozialer Brennpunkt), um suchtkranke Eltern und deren Kinder oder um Jugendliche, die wegen Cannabiskonsums verzeigt wurden. Diesen Personen ist gemeinsam, dass sie gesellschaftlich stigmatisiert sind, sei es als «Sozialfälle», «Rabeneltern» oder «kriminelle Kiffer».

Für die Suchtprävention ist die Tatsache bedeutsam, dass erfahrene Stigmatisierung einen eigenständigen Risikofaktor für eine mögliche Suchtentwicklung ausmacht. Stigmatisiert-sein geht oft einher mit einem beeinträchtigten Selbstwertgefühl und einem negativem Selbstkonzept. Die Suchtprävention definiert Betroffene aber vor allem deshalb als «Risikogruppen», weil bei ihnen andere psychosoziale Risikofaktoren kumuliert vorliegen. Der grundlegende Stigma-Status geht dabei oft vergessen.

Dabei ist in Bezug auf stigmatisierte Menschen ein besonders sensitives Vorgehen erforderlich. Das beginnt schon mit dem Wording bzw. mit den Bezeichnungen, mit denen die Suchtprävention ihre Zielgruppen und Angebote benennt. Man kann sich vorstellen, wie es bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien ankommt, wenn in ihrem Zusammenhang von «Hochrisikogruppe» die Rede ist oder wenn sich Eltern aus benachteiligten Stadtteilen als «bildungsfern» und «schwer erreichbar» bezeichnet sehen.

Ein Beispiel aus der Praxis mag dies verdeutlichen: Zwei Mitarbeiter der Suchtpräventionsstelle diskutieren mit den Teilnehmern der Väterrunde für Migranten mögliche Namen für ihre Gesprächsrunden. Der Vorschlag «Club de Padres» wird von den Vätern verworfen, sie möchten viel lieber mit dem deutschen, neutralen Projektnamen «Väter Forum» nach aussen in Erscheinung treten. Damit machen sie unmissverständlich klar, dass sie nicht auf *Migranten* reduziert werden wollen, sondern vielmehr als Väter wahrgenommen und angesprochen werden möchten.

Suchtpräventive Arbeit mit stigmatisierten Menschen kann bei mangelnder Reflexion leicht paternalistische Züge annehmen. Wenn auch in bester Absicht und voller Wohlwollen orientieren sich die meisten Zielsetzungen suchtpräventiver Arbeit nach wie vor an Mittelschichts-Normen guter Lebensführung und «richtiger» Erziehung. Zudem muss man sich die Frage stellen, ob eine Sonderbehandlung in Form eines Sonderangebots für stigmatisierte Zielgruppen in jedem Fall zielführend ist oder ob damit bestehende Stigmatisierungen noch zusätzlich verstärkt werden.

4. Erfahrungen aus der Praxis

4.1. Kurzinterventionen

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich bietet zwei verschiedene Typen von Kurzinterventionen in Zusammenhang mit Substanzkonsum an: Das eine Angebot können Schulen bzw. Schulklassen in Anspruch nehmen. Grundlage für die Kurzintervention an Schulen ist ein Screening, das die effektiven Konsummuster der SchülerInnen ermittelt. Die Kurzintervention richtet sich danach gruppenspezifisch an den jeweiligen Konsummustern aus.

Ein anderer Typus von Kurzintervention richtet sich gezielt an konsumierende Jugendliche, die entweder wegen einer Alkoholvergiftung im Spital landen oder aufgrund einer Verzeigung wegen Cannabiskonsums an die Suchtpräventionsstelle weiter verwiesen werden. Die Kurzinterventionen sind dabei entweder als einmaliges Einzelberatungsgespräch oder als Gruppenveranstaltung konzipiert.

Beim ersten Typus, den **Kurzinterventionen an Schulen**, werden die SchülerInnen anhand eines standardisierten Screenings (Fragebogen zum Konsumverhalten) verschiedenen Konsummustergruppen zugeteilt. Die Befragung erfolgt zwar anonym, aber die Gruppen können für die SchülerInnen zumindest implizite Labels haben wie «die Unerfahrenen» versus die «Risikofreudigen» oder «die Braven» versus «die Coolen» etc. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Gruppenzuteilung in Einzelfällen einen bereits bestehenden Aussenseiterstatus noch zusätzlich verstärkt.

Während an Sekundarschulen diese Form der Kurzintervention aufgrund eines Vorfalls zum Zuge kommt, vollzieht sie sich an Mittelschulen eher als Bildungsveranstaltung im Rahmen universell ausgerichteter Präventionstage. Die möglichen negativen Effekte können aber in beiden Fällen auftreten, wobei die Klassen- und Gruppengrössen, Klassenkultur und Gruppendynamik sowie Haltung und Menschenbild des Kursleiters bzw. der Kursleiterin mögliche Labeling-Effekte massgeblich beeinflussen. Wichtig ist eine transparente Information der SchülerInnen bezüglich Screening und Kurzintervention. Diese Vorinformation erhalten bis anhin nur die SchülerInnen der Mittelschulen in Form eines Briefes.

Das soll sich ändern: In Zukunft sollen auch die SekundarschülerInnen im Vorfeld einer Kurzintervention diese Informationen erhalten. Überlegenswert ist ein Vorgehen, wonach anstelle der Lehrpersonen die SchulsozialarbeiterInnen die Fragebogenerhebung durchführen. Es soll auch geprüft werden, ob Kurzinterventionen an Schulen nicht besser eine Mischung von universellen und indizierten Anteilen aufweisen. Und schliesslich müssen Begrifflichkeiten wie «riskant Konsumierende», «Hochrisikogruppe» und dergleichen kritisch reflektiert und allenfalls geändert werden.

Es müssen schliesslich konzeptionelle Anpassungen vorgenommen werden, je nachdem, ob es sich um eine indizierte Kurzintervention oder eine universell ausgerichtete Bildungsveranstaltung handelt.

Die Kurzinterventionen an der Suchtpräventionsstelle infolge eines Substanzkonsums von Jugendlichen, der juristisch geahndet wurde oder mit negativen körperlichen Folgen einherging, haben andere potenzielle Stigmatisierungseffekte.

Der sogenannten Kifferkurs, eine Massnahme für wegen Cannabiskonsums verzeigte Jugendliche, ist ein stigmatisierendes Label, auch wenn diese Bezeichnung normalerweise nicht nach aussen hin kommuniziert wird. Bis vor kurzem hat man aber im Kurs noch von Kiffertagebuch geredet, mit Hilfe dessen die Jugendlichen ihren Cannabiskonsum dokumentieren. Den Jugendlichen wird mit diesem Label ein beschränktes Identifikationsangebot geschaffen und sie werden auf ihren Cannabiskonsum reduziert. Nach der Beschwerde einer Mutter heisst es nun Konsumtagebuch.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass es sich um eine verordnete Massnahme der Jugendanwaltschaft handelt. Für die betroffenen Jugendlichen ist die Kurzintervention primär eine sanktionierende Strafe und sie kommen wohl mit einer voreingenommenen Haltung in den Kurs. Es ist deshalb sehr wichtig, die Qualität der Zuweisung weiter zu optimieren. Und man sollte die Eltern besser informieren und sie vielleicht in Zukunft mit einbeziehen. Eine Massnahme, die sich unmittelbar aufdrängt, ist die Suche nach einer kurzen neutralen Bezeichnung dieser spezifischen Kurzintervention.

NoTox ist ein einmaliges Beratungsangebot für Jugendliche, die wegen einer Alkoholvergiftung im Spital gelandet sind. Die Jugendlichen und ihre Eltern werden brieflich informiert. Bereits dieser Brief mit dem Absender *Suchtprävention* löst bei Eltern teilweise heftige Reaktionen aus im Sinne von «mein Kind ist im Fall nicht süchtig» und dergleichen. Die Eltern befürchten also, dass ihr Kind unrechtmässig den Stempel *Suchtproblem* aufgedrückt bekommt. Man überlegt jetzt intern, die Eltern auch telefonisch zu kontaktieren, um allfälligen Irritationen in der direkten Kommunikation besser entgegenzuwirken.

Sowohl Kifferkurs als auch NoTox fordern einen sorgsamen Umgang mit dem Datenschutz. Hierfür müssen unbedingt entsprechende interne Weisungen aufgestellt und eine geschützte Datenablage garantiert werden.

4.2. Sozialpädagogische Kursreihe LIMIT

LIMIT ist ein Angebot für OberstufenschülerInnen, die wegen wiederholten Regelverstössen in der Schule an einer sozialpädagogischen Gesprächsgruppe teilnehmen. Sie gelangen also bereits mit dem Stempel «ProblemschülerIn» in den Kurs. Weil diesen Schülerinnen und Schülern oft ein Schulausschluss droht, gelten sie dann zusätzlich als Gefährdete im Hinblick auf die Entwicklung eines problematischen Substanzkonsums.

Die Eltern und SchülerInnen sind oft irritiert darüber, dass die Suchtpräventionsstelle die LIMIT-Kurse verantwortet. Schliesslich weisen die SchülerInnen nur in Einzelfällen einen riskanten Substanzkonsum auf, so dass die offensichtliche Verbindung zu einem allfälligen Suchtproblem verunsichert. Kommt hinzu, dass die schulisch verordnete Massnahme von Eltern, Schülerinnen und Schülern primär als Sanktion aufgefasst wird, zumal die Lehrpersonen ihnen LIMIT nicht als eine entwicklungsfördernde Intervention sondern als Strafmassnahme im Sinne einer letzten Chance vermitteln.

Den Projektverantwortlichen ist bewusst, dass sie die Informations- und Kommunikationspraxis gegenüber Schulen und Eltern noch weiter intensivieren müssen. Die Eltern müssen besser darüber aufgeklärt werden, weshalb die Suchtpräventionsstelle als Kursanbieterin auftritt. Zu überlegen ist auch, ob die Briefe an fremdsprachige Eltern nicht besser übersetzt werden sollten. Mittelfristig muss LIMIT in einer Gesamtstrategie von Früherkennung und Frühintervention eingebettet werden.

4.3. Selektives Elternangebot

Bisher wurde auf der Suchtpräventionsstelle vermieden, ein selektives Angebot für sogenannte Risikogruppen zu entwickeln, nicht zuletzt wegen befürchteter Stigmatisierungseffekte. Seit kurzem geraten aber Kinder suchtkranker Eltern immer mehr in den Fokus von Prävention und Suchthilfe, weil bei ihnen nachgewiesenermassen eine erhöhte Suchtgefährdung besteht. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Suchtpräventionsstelle in Kooperation mit einer Alkohol-Beratungsstelle ein Angebot, bei dem sowohl Eltern mit einem Suchtverhalten als auch deren Kinder gestärkt und unterstützt werden.

Das Angebot heisst «Kinder schützen – Eltern stützen». Auch wenn diese Bezeichnung mit Sicherheit weniger stigmatisierend ist als der ursprüngliche Name «Gesprächsgruppe für suchtbelastete Eltern und ihre Kinder» kann sie Eltern verunsichern, die unter anderem befürchten, dass man ihnen wegen ihrer Sucht die Kinder wegnehmen könnte. *Kinder schützen* wird eben unter Umständen nicht mit Unterstützung sondern mit *Kinderschutz* assoziiert. Die Projektverantwortliche der Suchtpräventionsstelle will sich bei der nächsten Ausschreibung für eine Änderung der Bezeichnung stark machen.

4.4. Fazit

Wir können stigmatisierende bzw. negative Effekte in der Suchtprävention wohl nie ganz ausschliessen. Sie sind bis zu einem gewissen Grad inhärenter Bestandteil suchtpräventiver Praxis, insbesondere im Zusammenhang mit indizierten und selektiven Angeboten. Das bedeutet aber nicht, deshalb den Kopf in den Sand zu stecken und aus Angst vor allfälligen negativen Nebeneffekten im vorneherein auf innovative Ideen zu verzichten. Die Konsequenz lautet vielmehr: Wir stellen uns dieser besonderen Herausforderung und gehen reflektiv damit um.

Die MitarbeiterInnen der Suchtpräventionsstelle haben mögliche stigmatisierende Effekte bei den indizierten und selektiven Präventionsangeboten sehr differenziert herausgearbeitet. Darüber hinaus haben sie aufgezeigt, mit welchen Massnahmen sie solchen negativen Begleiterscheinungen entgegenwirken wollen. Wir fassen die wesentlichen Erkenntnisse wie folgt zusammen:

- Bei vielen Angeboten erweist sich der Absender *Suchtpräventionsstelle* auf dem Briefkopf als Handicap. Es braucht deshalb in der direkten Kommunikation mit unseren Zielgruppen eine überzeugende und offene Information, die unsere Absichten und Ziele verständlich vermittelt.
- Bei allen unseren Angeboten ist auf ein nicht-stigmatisierendes Wording bzw. eine nicht-stigmatisierende Namensgebung zu achten.
- Um Labeling-Effekten bei der Einteilung von Jugendlichen in verschiedene Konsummustergruppen anhand von Screenings entgegenzuwirken, braucht es folgende Massnahmen: Transparente Information der SchülerInnen bezüglich Screening und Kurzintervention, Screening durch Schulsozialarbeitende statt Lehrpersonen und universelle Anteile in die Kurzintervention integrieren.
- Kurzintervention in Kooperation mit anderen Akteuren (Jugendanwaltschaft, Spitäler etc.) erfordert eine sorgfältige professionelle Zuweisung sowie einen behutsamen Umgang mit dem Datenschutz. Der Einbezug der Eltern sollte ernsthaft geprüft werden.
- Indizierte Angebote im Setting Schule sollten in eine Gesamtstrategie von Früherkennung und Frühintervention eingebettet sein.

5. Interne Leitsätze zur Vermeidung von Stigmatisierung

Die folgenden internen Leitsätze schliessen unmittelbar an die dargelegten Empfehlungen an und fügen ihnen noch weitere Aspekte hinzu. Sie sollen den Mitarbeitenden der Suchtpräventionsstelle Orientierung und Unterstützung bieten, um stigmatisierende Effekte und andere negative Begleiterscheinungen suchtpräventiver Praxis möglichst gering zu halten.

5.1. Offene Fehlerkultur

Wir pflegen eine offene, respektvolle Fehlerkultur, damit wir auch im Umgang mit negativen Auswirkungen voneinander lernen können.

Fachleute der Suchtprävention können im Umgang mit negativen Effekten suchtpräventiver Praxis voneinander lernen. Voraussetzung dafür ist eine Kommunikationskultur innerhalb der Fachteams, die ein aufmerksames Hinschauen und Reflektieren fördert. Eingebettet in eine unterstützende kollegiale Beratung leistet der regelmässige Austausch über wahrgenommene stigmatisierende und andere negative Begleiterscheinungen einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, standardisierte Formen der Reflexion der eigenen Praxis innerhalb des Teams einzuführen und anzuwenden bzw. weiter zu führen.

5.2. Verbindliche Tools zu Projektmanagement und Datenschutz

Wir beachten sowohl standardisierte Reflexionsfragen, die uns in den verschiedenen Projektphasen den Blick für mögliche stigmatisierende Effekte schärfen, als auch verbindliche Vorgaben zum Daten- und Persönlichkeitsschutz.

Suchtpräventionsfachleute können mit Hilfe standardisierter Reflexionsfragen ihr Handeln in Bezug auf mögliche Stigmatisierungseffekte kritisch analysieren. So können unbeabsichtigte Nebenwirkungen vermieden bzw. überhaupt bewusst wahrgenommen werden. Korrigierendes Handeln ist dann eher möglich.

Bestehende und bewährte Instrumente des Projektmanagements (Projektbeschrieb, Checklisten und dergl.)[14] zur Qualitätssicherung suchtpräventiver und gesundheitsfördernder Angebote enthalten bereits differenzierte Leitfragen in Bezug auf migrations- und geschlechtergerechte Projektarbeit. Es braucht ergänzend dazu reflektive Fragen zu möglichen Stigmatisierungs- und Labelingeffekten.

14 Vgl. quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention von Gesundheitsförderung Schweiz.

Beispielhaft wird an dieser Stelle auf eine Publikation von Sucht Schweiz und des Mittelschul- und Berufsbildungsamtes des Kantons Zürich verwiesen[15]. Im Anhang wird u.a. ein Vorgehen zur Vermeidung negativer Wirkungen beschrieben, das sich gut in der Praxis umsetzen lässt.

Allerdings fehlt allen bisherigen Versuchen die Berücksichtigung des Daten- und Persönlichkeitsschutzes. Die Kooperation mit anderen Fachdiensten, Institutionen und Organisationen beinhaltet immer den Umgang mit sensiblen Personendaten, was zentrale Fragen im Zusammenhang mit dem Datenschutz aufwirft. Es braucht hier klare Vorgaben und Richtlinien sowie Vorlagen für schriftliche Vereinbarungen.

5.3. Konsequente Ressourcenorientierung

Mit Hilfe von Partizipation und Empowerment berücksichtigen und fördern wir die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen unserer Anspruchsgruppen.

Ein Vorgehen, das die Ressourcen der Zielgruppen stärkt, wirkt einer Stigmatisierung entgegen. Der Fokus auf die Stärken führt weg von einer defizitorientierten Sichtweise, in der primär Risiken abgeschwächt und Mängel behoben werden sollen. Damit verbinden sich folgende Forderungen:

- *Ressourcen stärken* erfolgt am besten mittels Empowerment und Partizipation. Es braucht eine konsequente Förder- und Entwicklungsperspektive.
- Im Rahmen von Screenings und ähnlichen diagnostischen Verfahren (z.B. auch Anmeldebögen) sollten auch Fähigkeiten, Ressourcen und Stärken erfasst werden.

15 Motivierende Gruppenkurzintervention Rauschtrinken. Anleitung für Fachpersonen zur indizierten Alkoholprävention in weiterführenden Schulen.

5.4. Reflektierter Einsatz von Screeninginstrumenten

Wir setzen Screenings nur mit einem nachvollziehbaren Bezug zu unseren Interventionen ein und sorgen für die Anonymisierung der erhobenen Daten.

Die zunehmende Bedeutung zielgruppenspezifischer Suchtprävention verlangt mehr und mehr den Einsatz von Screening-Verfahren. Screenings zur Ermittlung von riskantem, missbräuchlichem oder abhängigem Substanzkonsum erlauben eine erste Einschätzung im Hinblick auf eine mögliche Substanzgefährdung. Sie bieten auch wertvolle Informationen und Anhaltspunkte für differenzierte sozialpädagogisch orientierte Interventionen. Sorgfältig und reflektiert eingesetzt, leisten Screenings einen wichtigen Beitrag zur Absicherung der Fachlichkeit in der indizierten und selektiven Suchtprävention.

Aber alle Screening-Instrumente weisen Ungenauigkeiten auf. Für einen sensiblen Umgang mit den Testergebnissen sind Kenntnisse über die Fehlerwahrscheinlichkeit eines Screening-Instrumentes wichtig. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass für eine vollständige Einschätzung einer allfälligen Suchtgefährdung weitere Kriterien berücksichtigt werden müssen. Bedeutsame Parameter zur Risikoeinschätzung sind beispielsweise das Alter, der soziale Kontext, Begleit- und Folgeprobleme in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum, Substanzkonsum in der Familie sowie ausweichendes Verhalten in Bezug auf Entwicklungsaufgaben.

5.5. Vertrauen schaffen durch Transparenz

Unsere Anspruchsgruppen haben ein Recht auf verbindliche Information zu Sinn und Zweck unserer Angebote und Interventionen sowie zur Handhabung des Datenschutzes.

Die Zielgruppen suchtpräventiver Angebote haben ein Recht auf Information über eine bevorstehende Massnahme. Sie sollen jeweils verbindlich über den Nutzen aber auch über mögliche Nebeneffekte einer Massnahme offen aufgeklärt werden. Dies betrifft unter anderem allfällig heikle Punkte in Zusammenhang mit dem Persönlichkeits- und Datenschutz.

Eine transparente Kommunikation ist besonders bei benachteiligten Menschen und Gruppen bedeutsam. Sie schafft Vertrauen, was eine wesentliche Voraussetzung ausmacht, sich auf die Angebote der Suchtprävention überhaupt einzulassen.

5.6. Allgemeine Entwicklungsförderung

Obwohl indizierte und selektive Angebote sich an Risikokategorien orientieren, unterstützen wir in erster Linie Entwicklungsprozesse und fördern dabei individuelles Bewältigungshandeln in herausfordernden Lebenssituationen und in konkreten Lebenswelten.

Suchtpräventive Sonderangebote für bestimmte Zielgruppen sind immer heikel, insbesondere wenn es sich um Personen oder Gruppen handelt, die bereits gesellschaftlich stigmatisiert sind, oder Menschen, die noch kein auffallendes (Sucht)verhalten zeigen.

Anstelle einer Differenzierung nach Etiketten (suchtbelastete Eltern, verhaltensauffällige SchülerInnen etc.) ist es ratsam, besondere Belastungsphasen und Übergänge im Lebensverlauf (z.B. Eltern werden unter besonderen Bedingungen, Übertritt in die Oberstufe etc.) und die damit einhergehenden Herausforderungen in den Fokus zu stellen.

In der Suchtprävention geht es ja nicht um Suchtbewältigung sondern um Entwicklungsbewältigung. Insofern steht die Entwicklungs*begleitung* im Vordergrund. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei selektiven Zielgruppen sollten gesonderte Zugänge weniger von risikoorientierten Ansätzen, sondern vermehrt von einer Lebensweltorientierung[16] geleitet sein.

5.7. Strukturelle Prävention nicht vernachlässigen

Wir achten darauf, dass verhaltensorientierte Ansätze, wenn möglich, von strukturellen Massnahmen begleitet werden.

Indizierte und selektive Präventionsmassnahmen sind nach wie vor stark personenbezogen ausgerichtet. Es ist aber wenig erfolgsversprechend und nachhaltig, wenn man die sozialen Kontextfaktoren aussen vor hält. Man betreibt dann allenfalls Symptombehandlung ohne Tiefenwirkung. Ausserdem können allfällige stigmatisierende Effekte eher vermieden werden, wenn auch die strukturellen Aspekte in die suchtpräventive Arbeit mit einbezogen werden.

Der Setting-Ansatz[17] bietet dafür die geeignete Handlungsstrategie. Settingorientierte Interventionen richten sich nämlich sowohl an die strukturellen Bedingungen des Settings als auch an die darin agierenden Menschen und Personengruppen. Settingorientierte Angebote sind deshalb nicht nur auf Einstellungen und Verhalten Einzelner ausgerichtet, sondern auch auf die Umweltfaktoren, welche die Menschen beeinflussen wie

16 Lebensweltorientierung bedeutet, die individuellen sozialen Probleme der Betroffenen in deren Alltag in den Blick zu nehmen sowie den Selbstdeutungen und Problembewältigungsversuchen der Betroffenen mit Respekt zu begegnen.
17 Ansatz zur Umsetzung der Ottawa-Charta in die Praxis. Dabei geht es im Kern darum, mehr Gesundheit in die Lebenswelten der Menschen zu integrieren und dort aufrechtzuerhalten (vgl. die Gesunde Stadt, gesundheitsfördernde Schulen, gesundheitsfördernde Kindertagesstätten etc.).

beispielsweise Arbeitsabläufe im Betrieb, Bewegungsräume im Stadtteil oder Schülermitsprachemöglichkeiten an Schulen.

Mit dem Setting-Ansatz ist zudem eine nachhaltigere Wirkung zu erwarten. Man denke zum Beispiel an Schulen, die sich dazu verpflichten, ihre Strukturen zu überprüfen und allenfalls anzupassen, wenn sie verhaltensauffällige SchülerInnen zur sozialpädagogischen Kurzintervention schicken. Sie sind dann eher in der Lage, die SchülerInnen auch im Schulalltag unterstützend zu begleiten.

5.8. Kooperationspartner mit einbeziehen

Wir sensibilisieren unsere PartnerInnen, stigmatisierende Auswirkungen zu erkennen und motivieren sie, dagegen anzugehen.

Im Rahmen von Angeboten und Interventionen in Kooperation mit anderen ist es wichtig, dass wir unsere PartnerInnen auf mögliche stigmatisierende Effekte, beispielsweise bei der Rekrutierung der Zielgruppen oder im Zusammenhang mit dem Datenschutz, aufmerksam machen.

Im Rahmen von gemeinsam verantworteten Angeboten und Veranstaltungen ist es zudem wichtig, die je unterschiedlichen Rollen und Aufträge zu kennen und zu respektieren. Die MitarbeiterInnen der Suchtpräventionsstelle achten dabei darauf, dass sie nicht zur Erfüllung anderer Aufgaben (z.B. Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung im öffentlichen Raum, Durchsetzung schulischer Sanktionen etc.) vereinnahmt werden.

Literatur

- Bachmann, A., Kläusler-Senn, Ch., Fabian, C. (2011): Früherkennung und Frühintervention: Wo stehen wir? In: SuchtMagazin 5/2011, S. 4-9.
- Bittlingmayer, U., Sahrai, D., Schnabel, P.E. (Hrsg.) (2009): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 29.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2010): Qualitätskriterien für Massnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Band 13 der Reihe Gesundheitsförderung konkret.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA: Ethik in Gesundheitsförderung und Prävention (Leitbegriffe).
- Dallmann, H.-U. (2011): “Fürsorgliche Belagerung”. In: SuchtMagazin 5/2011, S. 37-41
- Dishion, T.J. (1999): When Interventions harm. Peer Groups and Problem Behavior. In: American Psychologist, 54, S. 755-764.
- Doak, C.M. et al (2006): The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programms. In: obesity reviews, 7, S. 111-136
- Dollinger, B. (2001): Prävention. Unintendierte Nebenfolgen guter Absichten. In: Bernd Dollinger, Jürgen Raithel (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften VS. S. 145-155.
- Dollinger, B. et al. (2006): Aktivierende Sozialpädagogik: Ein kritisches Glossar. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesministerium für Gesundheit (2002): Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention.
- Fachverband Sucht (2011): Interventionspraxis Cannabis konsumierende Jugendliche bei der Jugendstrafjustiz. Auswertungsbericht.
- Franzkowiak, P. (2006): Präventive Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München, Basel: Ernst Reinhartd Verlag.
- Freund, Th., Lindner, W. (2001): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske und Budrich.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2010): Best Practice. Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.
- Goffmann, Erving (1975) Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hüsler, G. (2010): Jugendliche hier und anderswo. Gesetzmässigkeiten der Jugendproblematik. Zürich: Rüegger Verlag.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM (2012): Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich.

- Laging, M. (2005): Assessement und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. In: prävention 01/2005, S. 9-12.
- Link, BG & Phelan, JC (2001): Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology 27, S. 363-385.
- Luoma, J.B. (2011): Substance use Stigma as a Barrier to Treatment and Recovery. In: Addiction Medicine, DOI 10.1007/978-1-4419-0338-9_59, Springer Science+Business Media LLC 2011, S. 1195-1215.
- Meier, Claudia (2004): Suchtprävention und Wirkungsqualität: eine Synthese praktischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Inauguraldissertation der philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern. Selbstverlag.
- Nieuwenboom, W. (2012): Die Stigmatisierung Angehöriger von SuchtpatiententInnen. In: SuchtMagazin 1/2012, S. 19-22.
- O'Dea, J.A. (2005): Prevention of child obesity: "First, do no harm". In: Health education research, 20/2, S. 259-265
- Paulus, J. (2005): Lauter unerhörte Kampagnen. Aufklärungsaktionen gegen Drogen, Aids oder Suizid verpuffen erschreckend oft, manche wirken sogar kontraproduktiv. In: Die ZEIT Nr. 39, 22. September 2005.
- Hellerich, G., Wambach, M. (1983): Risikoprognose als Prävention. Die systematisierte Antizipation von Delinquenz. In: Manfred Wambach (Hrsg.) (1983): Der Mensch als Risiko. Zur Logik von Prävention und Früherkennung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 126-137.
- Quensel, Stephan (2010): Das Elend der Suchtprävention. 2. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rhule, D. (2005): Take Care to Do No Harm: Harmful Interventions for Youth Problem Behavior. In: professional Psychology: research and Practice, Vol. 36, Nr. 6, S. 618-625.
- Rüsch, N. et al (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger, M (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Elektronisches Zusatzkapitel Stigma, S. 1-14.
- Schmid, H. (2008): One size doesn't fit all. Die Bedeutung von Theorien in der Suchtprävention. In: Psychoscope 5/2008, S. 12-15.
- Sting, S. und Blum, C. (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Werch, C.E., Owen, D.M. (2002): Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. In: Journal of Studies on Alcohol, 63 (5), S. 581-590.
- Wicki, W. et al. (2000): Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich: Erkenntnisse für die Praxis. In: Bundesamt für Gesundheit BAG: Suchtforschung des BAG 1996-98, band 2/4: Prävention, S. 2-13.