

Früherkennung und Frühintervention : wo stehen wir?

Autor(en): **Bachmann, Alwin / Kläusler-Senn, Charlotte S. / Fabian, Carlo**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **37 (2011)**

Heft 5

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800300>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Früherkennung und Frühintervention: Wo stehen wir?

Aktuelle Fortschritte der Früherkennung und Frühintervention liegen in einer zunehmenden Orientierung der Angebote an den Bedürfnissen und Alltagswelten von Betroffenen, der Ausgestaltung standardisierter Instrumente sowie zielgruppengerechter Differenzierung der Hilfsangebote. Stärkere Beachtung verdienen gefährdete ältere Menschen sowie die Interventionsfelder Familie und Freizeit. Eine zentrale Herausforderung bleibt die Stärkung interdisziplinärer Kooperationen an relevanten Schnittstellen sowie die Erreichung gefährdeter Personen.

Alwin Bachmann

Lic.phil., Wissenschaftlicher Mitarbeiter Infodrog,
Eigerplatz 5, PF 460, CH-3000 Bern 14, Tel. +41 (0)31 376 04 01,
a.bachmann@infodrog.ch, www.infodrog.ch

Charlotte S. Kläusler-Senn

MSSW, M.A., Psychologin FSP, Projektleitung Fachverband Sucht,
Weinbergstrasse 25, CH-8001 Zürich, Tel. +41 (0)44 266 60 60,
klaeusler-senn@fachverbandsucht.ch, www.fachverbandsucht.ch

Carlo Fabian

Lic.phil., Gesundheitspsychologe FSP, Leiter Wirkungsmanagement RADIX und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW,
HSA, fabian@radix.ch, www.radix.ch, www.fhnw.ch/sozialearbeit

Sichtweisen der F&F

F&F im Kontinuum von Prävention und Behandlung

Mit Früherkennung und Frühintervention (F&F) sollen problematische Verhaltensweisen und Entwicklungen aber auch Gefährdungen möglichst früh erkannt und angemessene Interventionen eingeleitet werden. Die beiden Komponenten dieses Handlungskonzeptes sind ein «Paar», welches in der Regel als Bindeglied zwischen primärer/universeller Prävention und Behandlung verstanden wird. Es wird häufig darauf hingewiesen, dass hierbei Grenzen kaum präzise gezogen werden können und letztlich vom Beobachtungsstandpunkt abhängen.¹ Die frühe Unterstützung verhaltensauffälliger Kinder kann beispielsweise als indizierte Prävention – somit auch als Frühintervention – späteren Substanzenmissbrauchs verstanden werden. Prävention und Behandlung (einschliesslich F&F) schliessen sich nicht wechselseitig aus, sondern bedingen sich gegenseitig und sind damit auf einem Kontinuum anzusiedeln.²

Breites Spektrum von F&F

Es besteht Konsens darin, dass sich der Terminus «früh» primär auf das Problemstadium respektive den Interventionszeitpunkt und nicht auf das Alter der Betroffenen bezieht – in diesem Falle würde man von «Früher Förderung» sprechen. Ein Überblick über die Praxisbeispiele in dieser Ausgabe zeigt jedoch, dass die Bandbreite von dem, was als «F&F» bezeichnet wird, relativ gross ist. Gründe hierfür liegen auch darin, dass unterschiedliche Zielgruppen und Problemausprägungen im Fokus der Frühintervention stehen können sowie in der bereits erwähnten Relativität von «früh». So reichen

die Beispiele, die in diesem Heft diskutiert werden, von Interventionen bei Entwicklungsgefährdung von Jugendlichen in Schulen, Gemeinden und der offenen Jugendarbeit (Minder; Janssen/Zopelli; Deiss) über Kurzinterventionen bei risikoreich konsumierenden Jugendlichen und Erwachsenen (Venzin/Gmel; Bachmann/Bücheli) bis hin zur sozialarbeiterischen und therapeutischen Frühintervention bei bereits abhängigen Konsummustern (Gantner; Feller). Diese Beiträge zeigen, wie unterschiedlich die Schwerpunkte in der Praxis der F&F entlang des beschriebenen Kontinuums sein können. Es wird deutlich, dass Angebote zunehmend in einen erweiterten Kontext gestellt werden – sei es bei der Umsetzung der F&F in der niederschweligen Drogenhilfe oder bei der Ausweitung auf andere Themen wie z.B. Gewalt. Sie zeigen auch, dass der Gefährdungsbegriff teils breit und umfassend konzipiert (vor allem bei Kindern und Jugendlichen) und teils stärker auf spezifische Problemlagen wie z.B. den Substanzmissbrauch ausgerichtet ist (z.B. gut integrierte PartygängerInnen mit riskantem Konsum von Alkohol und Partydrogen). Bis auf eine Ausnahme (Bachmann/Bücheli) werden in dieser Ausgabe jedoch keine Ansätze zur F&F bei Erwachsenen präsentiert – dies obwohl sich problematische Verhaltensweisen wie Alkohol- oder Kokainabhängigkeit, Spielsucht oder auch psychische Störungen wie die Depression häufig erst im Erwachsenenalter entwickeln.

Gefährdete Kinder und Jugendliche im Fokus

Ein Schwerpunkt der F&F liegt nach wie vor im Kindes- und Jugendalter. Für diese Altersgruppe sollen die Massnahmen auch die Perspektive einer allgemeinen Entwicklungsförderung einschliessen.³ Hierbei besteht in der Fachwelt weitestgehend die Übereinstimmung, den Begriff «Gefährdung» eher unspezifisch auf die psychosoziale Entwicklung junger Menschen zu beziehen, und nicht einzelne Symptome in den Fokus zu stellen.⁴ Als wissenschaftliche Grundlage für den Gefährdungsbegriff dient das Konstrukt der Vulnerabilität (Verletzbarkeit), welches eine individuelle, von genetischen, psychischen und sozialen Faktoren bestimmte Disposition bezeichnet, die Risikoverhalten und psychische Störungen begünstigt. Das Gegenstück wird als Resilienz oder Widerstandsfähigkeit bezeichnet.⁵ Aus der supra-f-Forschung⁶ wissen wir, dass vulnerable Jugendliche in den folgenden Bereichen



erhebliche Defizite aufweisen können: Sie haben wenig Halt in der Schule und zu Hause; es fehlt ihnen an tragenden positiven Beziehungen; und sie verfügen über mangelhafte kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen. Substanzkonsum, psychische Probleme sowie Verhaltensauffälligkeiten stellen weitere Risikofaktoren dar. Für die Erkennung einer Gefährdung ist es von zentraler Bedeutung, die Wahrnehmungs- und Deutungskompetenz von Bezugspersonen für diese Gefährdungszeichen zu stärken. Eine wirksame Frühintervention sollte sich auf eine Verbesserung in diesen Bereichen konzentrieren, Risikofaktoren minimieren und Schutzfaktoren stärken sowie Handlungskompetenzen fördern. Ein solch breites Verständnis der F&F schliesst sowohl Massnahmen zur Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen («Pyramide der Frühintervention»)⁷ als auch spezifische Behandlungen ein und berücksichtigt somit eine breite Palette präventiver, umgebungs- und settingsbezogener wie auch personenbezogener Interventionen bis hin zur Therapie. Obwohl verschiedene Angebote eher die «erkennenden» Aspekte, andere eher die Intervention in den Vordergrund stellen, darf nicht übersehen werden, dass F&F zwei Schritte innerhalb eines Prozesses sind. In einem ersten Schritt geht es immer darum, bei Betroffenen Anzeichen einer Gefährdung wahrzunehmen und zu evaluieren; in einem zweiten Schritt folgt bei Bedarf das Einleiten und Vermitteln einer angemessenen Intervention. Je nach Setting, in dem F&F zum Einsatz kommt, ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten, aber auch praktische Grenzen, diese beiden Teilschritte umzusetzen.

Ethische und normative Fragen

Aus ethischer Sichtweise müssen sich die Fachpersonen im Bereich F&F damit auseinandersetzen, ob und wann ein Eingriff in die

Lebensführung anderer Menschen gerechtfertigt ist. Die Bewertung von Verhaltensweisen als abweichend wie die Zuschreibung einer Gefährdung sind nicht unproblematisch und stark von gesellschaftlichen Normen geprägt. Wie bei Dallmann (in dieser Ausgabe) dargestellt, stehen das Experimentieren und teils provokative Überschreiten von Grenzen im Jugendalter grundsätzlich im Dienst der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. Die in diesem Heft publizierte «Oltner-Charta» der F&F bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen setzt genau hier an. Sie formuliert Grundsätze einer ethisch und fachlich soliden F&F und sichert so deren Fundament. In der Charta ist hierzu zu lesen: «Krisenhafte Phasen und inadäquate Verhaltensweisen sind grundsätzlich als normale Entwicklungsphänomene zu verstehen. Dieser Grundsatz stösst an Grenzen, wo die physische und psychische Integrität, Gesundheit und/oder Entwicklung der Einzelnen und/oder ihres Umfelds erheblich gestört werden».⁸ Solche ethischen Grundsätze gelten natürlich auch für Erwachsene.

Wie wird F&F in den verschiedenen Settings gelebt?

Schule und Gemeinde

Schule und Gemeinde sind ein ideales und das häufigste Setting, um gefährdete Kinder und Jugendliche zu erreichen.⁹ Es existieren nationale Programme¹⁰ mit langer Tradition und guter Verankerung, welche nicht zuletzt dazu dienen, die verantwortlichen Bezugspersonen von jungen Menschen zu befähigen, Zeichen richtig zu deuten und weitere Schritte einleiten zu können. Wichtige Erfolgsfaktoren von F&F im Umfeld von Schule und Gemeinde sind: Unterstützung der Verantwortungs- und EntscheidungsträgerInnen; strategische Leitung des Prozesses durch geeignete Organisationsformen wie z.B. Runde Tische; Strukturierung und Systematisierung der Prozesse; Kooperation der beteiligten PartnerInnen; sowie Klärung der

Aufgaben, Rollen und Funktionen der involvierten AkteurInnen und Fachpersonen.¹¹ In der Schule hat (falls vorhanden) die schulische Sozialarbeit eine zentrale Funktion bei der Durchführung der Frühintervention und als Bindeglied zum Lehrkörper, der vor allem für das frühe Wahrnehmen problematischer Entwicklungen zuständig ist.¹² Wichtig ist, dass F&F in Schule und Gemeinde nicht nur auf eine Verhaltensmodifikation der Jugendlichen abzielt, sondern die Settings als Orte verstanden werden, die selbst verändert werden können und müssen.¹³ F&F ist also nicht nur als individuumszentrierte, sondern auch als strukturorientierte Prävention zu verstehen, die zunächst in erster Linie mit und in diesen Settings arbeitet.¹⁴

Freizeit

Relativ jung sind Entwicklungen der aufsuchenden F&F im Freizeitsetting. Aktuelle Befragungen von PartygängerInnen zeigen, dass der riskante Konsum von Alkohol, Kokain, synthetischen Partydrogen wie Ecstasy und Amphetamin, aber auch Cannabis und Tabak im Partysetting stark verbreitet ist.¹⁵ Problembewusstsein und subjektiver Hilfsbedarf sind bei Konsumierenden von Partydrogen jedoch häufig gering ausgeprägt. Aktuell werden Grundlagen und Instrumente zur F&F bei problematischem Partydrogenkonsum und den damit verbundenen Risikoverhaltensweisen erarbeitet, welche den besonderen Anforderungen des Partysetting sowie den Bedürfnissen der PartygängerInnen gerecht werden.¹⁶ Bei der Anwendung der Früherkennungs-Logik im Nachtleben geht es primär darum, riskante Verhaltensweisen und Konsummuster zu erkennen, diese mit den Betroffenen zu diskutieren, ihre Selbstreflexion und Risikokompetenz zu fördern und sie bei Bedarf für das Aufsuchen weiterführender Angebote zu motivieren. Ein weiterer zentraler Aspekt ist das Sammeln und Verbreiten von Wissen zu neuen oder wenig bekannten Substanzen und Phänomenen. Die Achtung der Selbstbestimmung der Konsumierenden und die dem Freizeitsetting entsprechende Ausgestaltung der Angebote sind Schlüsselfaktoren, um die Zielgruppe zu erreichen. Ähnliches gilt für die offene Jugendarbeit. Auch hier spielt die Nähe zur Alltagswelt der Zielgruppe eine wichtige Rolle – das Vertrauensverhältnis zu den Jugendlichen wird als Basis des rechtzeitigen Wahrnehmens, Erkennens und Interventions verstanden.¹⁷

Niederschwellige Drogenhilfe

Das Beispiel der Stadt Zürich in dieser Ausgabe illustriert, welche Herausforderungen sich bei der Umsetzung von Frühintervention im Bereich der niederschweligen Drogenarbeit stellen.¹⁸ In diesem Setting erfolgt eine Frühintervention entweder dann, wenn junge Drogenkonsumierende im öffentlichen Raum auffällig werden oder wenn sie erstmals eine Kontakt- und Anlaufstelle K&A betreten. Es wird versucht, junge Konsumierende möglichst von der «älteren Szene» zu trennen und mittels Angeboten der aufsuchenden Jugendberatung sowie «sip züri» (Sicherheit, Intervention, Prävention) zu erreichen. Überschreiten junge Menschen die Schwelle zur K&A, dann stehen Massnahmen zur Verbesserung der sozialen Gesamtsituation und Integration der Betroffenen im Vordergrund.

Diversifizierung der spezifischen Angebote zur Frühintervention

Frühinterventionsprogramme sind in der Regel ambulant durchgeführte Programme, die einen gewissen Grad an Standardisierung aufweisen.¹⁹ In den letzten Jahren ist eine zunehmende Diversifizierung der Angebote zu verzeichnen. Die Palette reicht von Kursen, Kurzinterventionen, Beratungen, Lernhilfen, Stützunterricht, Massnahmen beruflicher Integration bis hin zu intensiveren psychologischen Therapien. Mittlerweile besteht somit eine breiter gewordene Auswahl an Frühinterventionsangeboten unterschiedlicher Intensität und Dauer für verschiedene Zielgruppen und Problemlagen. Bei der Wahl der angemessenen Intervention müssen das Ausmass und die Art der Gefährdung berücksichtigt werden.

Interventionen im Suchtbereich

Drogenspezifische Frühinterventionsprojekte, die mit Kurzinterventionen im Vorfeld der Suchtentwicklung ansetzen, erreichen vor allem gut integrierte Jugendliche und Erwachsene mit eher tiefer Gefährdungslage.²⁰ Aus der Evaluation des Pilotprojektes «Kurzintervention für risikoreich Alkohol konsumierende Jugendliche» geht hervor, dass motivierende Gruppenkurzinterventionen bei der «Risikogruppe» – d.h. 3-4 Binge-Gelegenheiten im letzten Monat – wirksam war, jedoch nicht bei der «Hochrisikogruppe» (5-6 oder mehr Binge-Gelegenheiten im letzten Monat).²¹ Für letztere Gruppe empfehlen die Autoren eine spezifische und intensivere Intervention. Kurzinterventionsprogramme für Cannabiskonsumierende wie z.B. «Realize It!» erreichen vor allem veränderungsbereite junge Erwachsene in stabilen sozialen Verhältnissen.²² Derartige Programme, welche auf Substanzmissbrauch und Abhängigkeit fokussieren, werden der Situation gefährdeter Jugendlicher vermutlich nicht ausreichend gerecht. Diese Jugendlichen weisen häufig eine schlechte soziale Ausgangslage und eine komplexe Risikofaktorenkonstellation auf, so dass intensivere Programme indiziert sind, welche die Familie und ihr Umfeld einbeziehen.

Intensive Frühintervention unter Einbezug von Familie und Umfeld

Welche Angebote sind für Jugendliche mit hoher Gefährdungslage geeignet? Seit der Entwicklung und Implementierung der supra-f-Programme existieren in der Schweiz sozialpädagogische Hilfsangebote, die sich an der Gefährdungslage der Jugendlichen orientieren.²³ Für die Behandlung von komplexen Störungen im Jugendalter (Sucht, Gewalt, Delinquenz) ist der Einbezug der Familie und der Alltagswelten der Betroffenen von besonderer Bedeutung für den Erfolg der Frühintervention. Hier besteht noch ein grosser Bedarf an «therapeutischer Frühintervention» für Minderjährige. An einer nationalen Fachtagung von Infodrog²⁴ wurden zwei multisystemische Programme zur Behandlung Jugendlicher vorgestellt, welche seit wenigen Jahren auch in der Schweiz angewendet werden. Mit der Multidimensionalen Familien-therapie MDFT, welche bislang im Kanton Genf angeboten wird, wurde ein spezifisches Therapieangebot für Jugendliche mit Cannabisabhängigkeit und damit einhergehenden Problemen aufgebaut. Für Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens sowie auch für Familien mit gefährdeten Kindern besteht im Kanton Thurgau mit der Multisystemischen Therapie MST ein intensives, aufsuchendes Therapieangebot.²⁵ Diese beiden Programme sind dazu geeignet, die Lücke zwischen wenig intensiver Frühintervention in Form von Beratung und stationärer Langzeittherapie zu schliessen, um schwerwiegende Problementwicklungen wie Schulausschluss oder delinquentes Verhalten frühzeitig zu verhindern.²⁶

Forderung nach Evidenzbasierung wird zunehmend erfüllt

Die Forderung nach empirischer Validierung von Präventions- und Behandlungsangeboten, einschliesslich spezifischen Programmen zur Frühintervention, wird zunehmend eingelöst. Die Wirksamkeit motivierender Kurzintervention gilt (zumindest für Personen mit geringer Gefährdung) als belegt.²⁷ Für stark problembeladene Heranwachsende haben sich umfassende indizierte Massnahmen, welche das gesamte Lebensfeld der Betroffenen mit einbeziehen, als wirksam erwiesen. Die in dieser Ausgabe publizierten Resultate der Schweizer INCANT-Teilstudie (International Cannabis Need for Treatment) zeigen tendenziell eine höhere Wirksamkeit der MDFT im Vergleich zu bislang praktizierten Standardbehandlungen (psychodynamische und kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze) für Jugendliche mit cannabisbezogenen Störungen.²⁸ Zudem gibt es Hinweise, dass F&F nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der strukturellen Ebene – gerade in Schulen und Gemeinden – wirksam ist.²⁹

Schnittstellen: Stärkung der Verbindung von F&F

Standardisierte Kooperationen und Diagnostik

F&F ist eine Gemeinschaftsaufgabe und gelingt auf der Grundlage einer engagierten und verbindlichen Kooperation der beteiligten Bezugs- und Fachpersonen. Die Stärkung der Verbindung von Früherkennung zur Frühintervention an den verschiedenen Schnittstellen ist eine zentrale Aufgabe, die insbesondere dann zur Herausforderung wird, wenn die Gefährdungslage eine Vermittlung an weiterführende Hilfsangebote nötig macht. Dafür braucht es enge Kooperationen zwischen den involvierten Stellen, Klärung von Rollen und Funktionen, Systematisierung der Abläufe sowie die Verfügbarkeit eines ausdifferenzierten Interventionsangebotes. In den letzten Jahren wurden namentlich für den Bereich der Schulen viele Stufenpläne entwickelt und eingeführt. Konkret handelt es sich hierbei um Handlungsanleitungen, in welchen aufgezeigt wird, wer in welchen Situationen (Symptomwahrnehmung, Gefährdungserkennung, Interventionen etc.) was zu tun hat. Dies schafft – da die Handhabung situationsadäquat, also flexibel ist – Orientierung und zugleich für alle Betroffenen Entlastung mit dem Ergebnis, dass schlussendlich die gefährdeten SchülerInnen weniger «durch die Maschen» fallen.³⁰

Kooperation zwischen Justiz und Frühintervention ermöglichen es, durch justiziell verordnete Massnahmen hohe Verbindlichkeiten auch für intensive Massnahmen zu schaffen.³¹ Standardisierte Diagnoseinstrumente können Früherkennung, Indikation und Evaluation unterstützen. Zu beachten ist, dass bestehende psychiatrische Diagnoseverfahren bei Kindern und Jugendlichen nur beschränkt greifen, da sie entwicklungsorientierte Motive für abweichendes Verhalten, soziale Ausgangslage und Kontext der Betroffenen zu wenig berücksichtigen. Die ressourcenorientierte Diagnostik der MDFT beispielsweise überwindet solch «defizitäre Blickweisen».³² Für den Erwachsenenbereich liegen empirisch bewährte Screening-Instrumente zur Erkennung und Evaluation des problematischen Alkoholkonsums vor.³³ Bisher existieren – abgesehen vom Bereich Cannabis – jedoch nur wenige Instrumente, welche risikorelevante Verhaltensweisen für illegale Substanzen erfassen.³⁴ Mit der Entwicklung eines Instrumentariums für die F&F bei problematischem Partydrogenkonsum wird ein weiterer Baustein zur Optimierung der Angebote gelegt.³⁵

Zusammenarbeit mit Spitälern

Eine Schnittstelle, welche bislang wenig beleuchtet wurde, liegt bei der medizinischen Erstversorgung. Erste Erfahrungen aus dem Projekt «No Tox» zeigen, dass die Weitervermittlung und Nachsorge von Jugendlichen, die wegen einer Alkoholvergiftung ins Spital eingeliefert wurden, nur bei rund einem Drittel gelingt. Insbesondere die Zielgruppe mit hoher Problemlast wird noch unzureichend erreicht.³⁶ Positiver sind die Erfahrungen des Universitätsspitals Genf. Dort werden notfallmässig eingelieferte Jugendliche jedoch nicht direkt an externe Stellen weitervermittelt, sondern Eltern und Kind zuerst zu einem Gespräch mit Fachpersonen der Suchtmedizin und Jugendberatung eingeladen – dieses Angebot verweigern nur ca. 10%.³⁷ Von ähnlichen Erfahrungen berichtet das Kinderspital St. Gallen, welches Nachbetreuung in der Jugendmedizinischen Sprechstunde anbietet.³⁸

F&F bei Erwachsenen und im Alter

Bei der Erreichung und Früherkennung von erwachsenen Personen mit problematischem Alkoholkonsum bestehen weiterhin noch Lücken im Versorgungssystem. Fachpersonen aus Hausarztmedizin, Sozialarbeit, Kranken- und Alterspflege können hierbei eine zentrale Schnittstellenfunktion einnehmen – insbesondere zur Motivierung einer Verhaltensänderung und Triage an weiterführende Beratungsstellen. Eine aktuelle Studie weist beispielsweise darauf hin, dass die häufig als Hürde beschriebene Schnittstelle zwischen Hausarzt und Suchthilfestelle durch einfache strukturelle

Massnahmen (z.B. zeitnahe Terminvereinbarung zwischen Hausarzt und Suchtberatungsstelle und standardisierte Rückmeldung) gesenkt werden kann.³⁹ Die Spitex berichtet von positiven Erfahrungen der Kooperation mit der Suchtberatung bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch älterer Menschen.⁴⁰ Im Rahmen des Nationalen Programms Alkohol werden derzeit von Infodrog Angebote entwickelt, um bei den zuvor erwähnten Berufsgruppen Massnahmen und Kompetenzen der Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum zu fördern. Grundsätzlich wäre es darüber hinaus wünschenswert, F&F im Setting der Erstversorgung auch für weitere gesundheitsrelevante Themen respektive für andere Substanzen zu erschliessen – Ansätze für solche Entwicklungen gibt es bereits auf europäischer Ebene.⁴¹

Konklusionen und Aussicht

Komplexität von Problemlagen und Schnittstellen

Der Überblick darüber, wie F&F in den verschiedensten Settings gelebt wird, zeigt interessante Gemeinsamkeiten. Insbesondere bei Jugendlichen und Kindern wird von den AutorInnen einheitlich gefordert, die Lebenssituation der Betroffenen in ihrer gesamten Komplexität zu berücksichtigen, statt individuumszentriert auf spezifische Probleme zu fokussieren.

Der Schwerpunkt der F&F bei Jugendlichen wird von Gesetzes wegen (Artikel 3c im revidierten BetmG) noch weiter verstärkt. Künftig haben Fachleute und behördliche Stellen im Erziehungs-, Sozial-, Gesundheits-, Justiz- und Polizeiwesen die Befugnis, Kinder und Jugendliche (sowie Erwachsene) bei vermuteter oder festgestellter (Sucht-)Gefährdung an zuständige Behandlungsstellen zu melden. Hieraus ergeben sich neue praktische Schnittstellen für die F&F. Die Erreichbarkeit stark gefährdeter Jugendlicher und die Schaffung von Verbindlichkeiten für weiterführende Hilfen bleiben jedoch grosse Herausforderungen.

Intensive Angebote für Jugendliche

Für die Sicherung einer kohärenten Versorgung besteht nach wie vor ein Bedarf an spezifischen Behandlungs- und Therapieangebote für Jugendliche mit starker Problemlast. Auch wenn die Wirkung von Angeboten wie supra-f und MDFT hinreichend belegt ist, sind wir noch weit davon entfernt, dass die Programme auf eine mittel- oder längerfristig gesicherte Zukunft zählen können. Die involvierten Fachstellen berichten immer wieder von zähem Ringen um die Legitimation intensiver Frühintervention. Dabei sind nicht nur die politischen EntscheidungsträgerInnen zu überzeugen, sondern auch die zuweisenden Fachleute. Die Situation wird oft als «noch nicht schwierig genug» eingestuft, um eine Frühinterventionsmassnahme ausserhalb des ambulanten Eins-zu-Eins-Beratungssettings in die Wege zu leiten. Oftmals werden daher Jugendliche erst zu einem späteren Zeitpunkt zugewiesen – manchmal zu spät, sodass eine Heimeinweisung, welche man ja eigentlich vermeiden wollte, unumgänglich wird. Ein funktionierendes Früherkennungs- und Frühinterventionskonzept, sei es in der Schule oder in einer Gemeinde, welches auch eine therapeutische Behandlung als Frühintervention einschliesst, kann wesentliche Risikofaktoren noch vor der Eskalation der Situation (mit Schulausschluss und Einweisung in eine stationäre Behandlung als Folge) abschwächen.

Kosten

Ein entscheidender Faktor für die zögerliche Haltung im Bereich der intensiven Frühintervention sind die damit verbundenen Kosten. Hochrechnungen zeigen indessen auf, dass die Folgekosten für stationäre Behandlungen deutlich höher ausfallen als die Kosten einer intensiven ambulanten Therapie.⁴² Es bleibt schwierig, die Zuständigen zu überzeugen, dass es eine lohnende Investition ist, Familien und stark gefährdete Jugendliche in einem frühen Stadium Beraterisch oder therapeutisch zu unterstützen. Für eine

umfassende bedarfsgerechte Planung und Koordination von Früherkennung und Frühintervention, welche auch intensivere Behandlungsoptionen einschliesst, haben sich auf kantonaler Ebene departementsübergreifende Zusammenarbeitsmodelle (Gesundheit/Soziales, Justiz, Bildung) bewährt.

Bedarfsbezogene Angebote und Arbeitsweise

Das Vorhandensein eines ausdifferenzierten und gut zugänglichen Angebotes an Intervention unterschiedlicher Intensität und Dauer ist unbestritten von grosser Bedeutung, damit unterschiedliche Gefährdungslagen angemessen berücksichtigt werden können. F&F sollten sich jedoch am tatsächlichen Bedarf und bestehenden Problemlasten orientieren und nicht unreflektiert und ohne «gerechten Grund» auf eine zunehmend grösser werdende Zahl an vermeintlichen Gefährdungen angewandt werden.⁴³ Deutlich wird auch, dass sich Früherkennungs- und Frühinterventionsangebote immer wieder damit auseinandersetzen müssen, wie sie die als gefährdet erachteten Zielgruppen und Individuen erreichen und für verbindliche Interventionen motivieren können. Hierzu werden eine «alltags- oder lebensweltliche Orientierung», eine proaktive und aufsuchende Arbeitsweise, Strategien zur Motivationsförderung sowie eine gute Kooperation zwischen Bezugs- und Fachpersonen als zunehmend wichtig erachtet.⁴⁴

F&F bei Erwachsenen

Es ist erfreulich, dass die Konzepte und Ziele von F&F zunehmend auch in Settings verfolgt werden, welche nicht zu ihrem «klassischen» Aufgabengebiet zählen. Der Überblick zeigt aber auch, dass bestimmte Bereiche noch unterrepräsentiert bleiben. So steckt F&F ausserhalb des Kindes- und Jugendbereichs noch in den Kinderschuhen. Viele Risikoverhaltensweisen oder psychische Störungen entwickeln und manifestieren sich erst im Erwachsenenalter. Das Risiko, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln, ist z.B.

bei älteren Frauen besonders hoch.⁴⁵ Im Alter sind die Anteile von Personen mit abhängigem Alkoholkonsum grösser als bei jungen Menschen, bei denen episodisches Risikotrinken stärker verbreitet ist.⁴⁶ Schliesslich ist die Zeit rund um das Pensionsalter eine besonders kritische Lebensphase für die Entwicklung von depressiven Störungen.⁴⁷ F&F muss zukünftig – neben der weiteren Stärkung des Kindes- und Jugendbereichs – stärker auf problematische Entwicklungen bei Erwachsenen ausgerichtet werden und sich unter Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen, kulturellen und sozioökonomischen Faktoren differenzierter an gefährdeten Zielgruppen und Betroffenen orientieren. Um Jugendliche und Erwachsene auch wirklich zu erreichen, müssen die Angebote in ihren und durch ihre alltäglichen Lebenswelten realisiert werden – sei es im Setting der (Berufs-)Schule, Gemeinde, Arbeitswelt oder in den Bereichen Freizeit und Familie. Dabei sollten Bezugspersonen, verschiedene Berufsgruppen und vermehrt auch die ErstversorgerInnen in die Arbeit einbezogen werden.●

Literatur

- Aguilar-Raab, C./Weinhold, J./Verres, R. (2011): Der Heidelberger Drogenbogen (HDB) - Erfassung von kognitiv-behavioralen Risiko- und Protektivfaktoren beim Konsum illegaler psychoaktiver Substanzen. *Suchttherapie* 12: 125-133.
- Bühler, A. (2009): Was wirkt in der Suchtprävention? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 13: 2388-2391.
- Bundesamt für Gesundheit (2008): Was haben wir gelernt? 10 Jahre supra-f: Erkenntnisse und Folgerungen für die Frühintervention. Bern: BAG. www.tinyurl.com/10-supra-f, Zugriff 16.9.2011.
- Bundesamt für Gesundheit (2006): Prävention bei gefährdeten Jugendlichen. Bern. www.tinyurl.com/bag-praevention, Zugriff 16.9.2011.
- Bundesamt für Statistik (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel. www.tinyurl.com/bfs-gesundheit, Zugriff 16.9.2011.
- Caflich, M. (2011): Alcohol et Jeunesse. Referat im Rahmen der Dialogtage Alkohol. www.tinyurl.com/caflisch-alcohol, Zugriff 01.08.2011.
- Fabian, C./Müller, C. (2010): F&F in Schulen: Lessons Learned. Bern: RADIX.
- Fachverband Sucht (2009): Jugendliche richtig anpacken – Früherkennung und



Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen. Handbuch. *Groupement Romand d'Etudes des Addictions (2010): Intervention précoce. Brochure.*

Hafen, M. (2007): Grundlagen der systemischen Prävention. Heidelberg: Carl-Auer.

Hess, B. (2009): Alkoholabhängige KundInnen in der Spitex. *SuchtMagazin 35(3): 37-39.*

Hubrich, R./Hüsler, G./Minder, W./Tossmann, P. (2008): Realize it! – Beratung bei Cannabiskonsum. *SuchtMagazin 34(3): 34-38.*

Hungerbuehler, I./Bueheli, A./Schaub, M. (2011): Drug Checking: A prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use – evaluation of Zurich's drug checking services. *Harm Reduction Journal 8: 16. www.tinyurl.com/harm-journal-8, Zugriff 16.9.2011.*

Hutter, I. (2009): Alkoholintoxikation bei Jugendlichen. *SuchtMagazin 35(1): 22-23.*

Klingemann, H. (2010): Selbstheilung von der Sucht im Lebenslauf – gerade auch im Alter. *SuchtMagazin 36(6): 10-13.*

Nielsen, Ph./Beytrison, Ph./Krokar-Croquette, M. (2011): Justice des mineurs et thérapie familiale. *Dépendances 43: 11-14.*

Rhiner, B./Graf, T./Dammann, G./Fürstenau, U. (2011): Multisystemische Therapie MST für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 39(1): 33-39.*

Röhrig, J./Flaig, S./Niebling, W./Ruf, D./Wahl, S./Berner, M. (2011): Früherkennung und Behandlung alkoholbezogener Störungen: Eine Prä-Post-Studie zur Verbesserung der Vernetzung von Hausarzt und Suchtberatung. *Suchttherapie 12: 134-140. Stadt Zürich, Suchtpräventionsstelle (2011): Infoblatt 28.*

Wicki, M./Gmel, G. (2005): Rauschtrinken und chronisch risikoreicher Konsum: Konsistente Schätzung der Risikoverteilung in der Schweiz aufgrund verschiedener Umfragen seit 1997, im Auftrag des BAG. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA).

Endnoten

- 1 Vgl. Hafen 2007; Dallmann in dieser Ausgabe; Feller in dieser Ausgabe.
- 2 Vgl. Hafen 2007.
- 3 Vgl. GREA 2010.
- 4 Vgl. Minder in dieser Ausgabe.
- 5 Bundesamt für Gesundheit 2006: 8.
- 6 Vgl. Bundesamt für Gesundheit 2008; Bundesamt für Gesundheit 2006; www.supra-f.infodrog.ch

- 7 Vgl. GREA 2010.
- 8 Vgl. Kläusler-Senn/Fabian in dieser Ausgabe.
- 9 Vgl. Fachverband Sucht 2008: 12.
- 10 RADIX: «Gesunde Schulen»; «Gesunde Gemeinden»/RADIX et la HEF-TS: «Intervention précoce dans le champ de la formation».
- 11 Vgl. Minder; Jannssen/Zoppelli; beide in dieser Ausgabe.
- 12 Vgl. Minder in dieser Ausgabe.
- 13 Vgl. Dallmann in dieser Ausgabe.
- 14 Fabian/Müller 2010: 6.
- 15 Vgl. Hungerbuehler et al. 2011.
- 16 Vgl. Bachmann/Bücheli in dieser Ausgabe.
- 17 Vgl. Deiss in dieser Ausgabe.
- 18 Vgl. Feller in dieser Ausgabe.
- 19 Fachverband Sucht 2009: 10.
- 20 Vgl. Gantner in dieser Ausgabe.
- 21 Vgl. Venzin/Gmel in dieser Ausgabe.
- 22 Vgl. Hubrich et al. 2008.
- 23 www.swissprevention.ch
- 24 www.infodrog.ch/pages/de/prev, Zugriff 26.9.2011.
- 25 Vgl. Rhiner et al. 2011.
- 26 Vgl. Gantner in dieser Ausgabe.
- 27 Vgl. Bühler 2009.
- 28 Vgl. Schaub in dieser Ausgabe.
- 29 Vgl. Fabian/Müller 2010.
- 30 Vgl. Fabian/Müller 2010.
- 31 Vgl. Nielsen et al. 2011.
- 32 Vgl. Gantner in dieser Ausgabe.
- 33 Z. B. Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT.
- 34 Vgl. Aguilar-Raab et al. 2011.
- 35 Vgl. Bachmann/Bücheli in dieser Ausgabe.
- 36 Vgl. Suchtpräventionsstelle Stadt Zürich 2011.
- 37 Vgl. Caflisch 2011.
- 38 Vgl. Hutter 2009.
- 39 Vgl. Röhrig et al. 2011.
- 40 Vgl. Hess 2009.
- 41 www.hnt-info.eu/File/item.news.aspx?id=36, Zugriff 26.9.2011.
- 42 Tribunal de la Jeunesse Genève 2010.
- 43 Vgl. Dallmann in dieser Ausgabe.
- 44 Vgl. Dallmann; Bachmann/Bücheli; Deiss; alle in dieser Ausgabe.
- 45 Vgl. Bundesamt für Statistik 2011.
- 46 Vgl. Wicki & Gmel 2005.
- 47 Vgl. Klingemann 2010.

