

„Cannabisspezifische Angebote für Jugendliche“

Sozialpädagogische Möglichkeiten im Umgang mit jungen KifferInnen

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Diplom Sozialarbeiter/Sozialpädagoge

Vorgelegt für die Diplomprüfung an der Hochschule Merseburg (FH)

Erstgutachterin: Prof. Dr. Gundula Barsch
Zweitgutachter: Prof. Dr. Alfred Frei
Vorgelegt von: Daniel Graubaum & Mirko Göhler



Leipzig, den 31. Dezember 2007

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
0 EINLEITUNG	6
1 CANNABIS ALS PSYCHOAKTIVE SUBSTANZ	10
1.1 WAS IST CANNABIS?	10
1.2 WIRKUNGSSHEMA VON CANNABIS IM KÖRPEREIGENEN CANNABINOIDSYSTEM	13
1.3 QUALITÄT VON CANNABIS	20
2 CANNABIS UND GESELLSCHAFT	26
2.1 DAS GESELLSCHAFTLICHE BILD VON CANNABIS UND DESSEN ENTWICKLUNG	26
2.2 PRÄVALENZ DES KONSUMS VON CANNABIS	32
3 GESUNDHEIT IM JUGENDALTER	36
3.1 GESUNDHEIT IM JUGENDALTER – EINE ZUGRUNDE LIEGENDE DEFINITION	36
3.2 INDIKATOREN FÜR DEN ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND	38
3.3 SALUTOGENESE ALS ANSATZ UND HANDLUNGSGRUNDLAGE	45
4 JUGENDPHASE ALS LEBENSABSCHNITT	48
4.1 BESONDERHEITEN DER JUGENDPHASE	48
4.2 ENTWICKLUNGSBEREICHE UND NORMATIVE ENTWICKLUNGSAUFGABEN	51
4.3 FAZIT – UMGANG MIT JUGENDSPEZIFISCHEM VERHALTEN SOWIE DROGENKONSUM	60
5 KONSUM PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN IM JUGENDALTER	66
5.1 KONSUM PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN – RISKANTES VERHALTEN IM JUGENDALTER	66
5.2 KONSUM PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN ALS ENTWICKLUNGSAUFGABE	73
5.3 NOTWENDIGKEIT VON DROGENMÜNDIGKEIT IN DER HEUTIGEN GESELLSCHAFT	81
5.4 MÖGLICHKEITEN – KONTROLLIERTER KONSUM PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN	91
5.5 FAZIT FÜR DIE PRÄVENTION RISKANTEN VERHALTENS	96

6 CANNABISKONSUM IM JUGENDALTER	101
6.1 SELBSTVERSTÄNDNIS VON CANNABISGEBRAUCHERINNEN	101
6.2 CANNABISKONSUM – FUNKTIONEN UND MOTIVE	107
6.3 KONSUMMUSTER	108
6.4 ABHÄNGIGKEIT UND CANNABIS	115
6.5 SAFER USE VON CANNABIS – BOTSCHAFTEN AN CANNABISGEBRAUCHERINNEN	121
6.6 RELEVANZ VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR CANNABISKONSUMENTINNEN	123
6.7 CANNABIS, FAHRTAUGLICHKEIT UND FÜHRERSCHEIN	125
6.8 FAZIT – CANNABISKONSUMENTINNEN ALS ZIELGRUPPE	130
7 DROGENHILFE AKTUELL	132
7.1 PRÄVENTION UNTER TEILHABE VON JUGENDLICHEN	132
7.2 EMPOWERMENT UND DIE PHILOSOPHIE DER MENSCHENSTÄRKEN	141
7.3 STRUKTUREN DER CANNABISSPEZIFISCHEN DROGENHILFE	151
7.4 CANNABISSPEZIFISCHE DROGENHILFE – ANSÄTZE UND METHODEN	164
7.4.1 RISFLECTION – ENTWICKLUNG VON RISIKOMANAGEMENT	166
7.4.2 KURSANGEBOTE ZU CANNABISKONSUM AN JUGENDLICHE	174
7.4.3 SCIP – BIBLIOTHERAPEUTISCHES PROGRAMM FÜR CANNABISKONSUMENTINNEN	178
7.4.4 MULTIDIMENSIONALE FAMILIENTHERAPIE	191
7.4.5 DAS PROJEKT FRED	199
8 UMGANG MIT CANNABIS UND JUGEND: DIE EINRICHTUNG	206
8.1 AUSGANGSSITUATION	206
8.2 SOZIALPÄDAGOGISCHE ARBEIT – DIE ANGEBOTE	215
8.2.1 ADMINISTRATIVE AUFGABEN	217
8.2.2 WISSEN VERMITTELNDE UND AUFKLÄRERISCHE AUFGABEN	221
8.2.3 BERATUNG	225
8.2.4 ALTERNATIVEN – MÖGLICHKEITEN ZUR BEDÜRFNISBEFRIEDIGUNG	228
8.3 SELBSTVERSTÄNDNIS, LEITLINIEN UND STRUKTUR DER EINRICHTUNG	230
8.4 AUSBLICK	233
9 LITERATUR	235
11 ANHANG	246

Abkürzungsverzeichnis

AIDS	- Acquired Immune Deficiency Syndrome
APA	- American Psychiatric Association
BKA	- Bundeskriminalamt
BMG	- Bundesministerium für Gesundheit
BRD	- Bundesrepublik Deutschland
BtMG	- Betäubungsmittelgesetz
BZgA	- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ca.	- circa
cm	- Zentimeter
Dr.	- Doktor
DSM IV	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
ebd.	- eben da
EKDF	- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen
ELDD	- European Legal Database on Drugs
EMCDDA	- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
Engl.	- Englisch
ergo	- zusammenfassend, in der Summe
etc.	- et cetera
EU	- Europäische Union
evtl.	- eventuell
GG	- Grundgesetz
ggf.	- gegebenenfalls
HIV	- Human Immunodeficiency Virus
IACM	- International Association for Cannabis as Medicine
ICD 10	- International Classification of Diseases 10
i.d.R.	- in der Regel
inkl.	- inklusive
JGG	- Jugendgerichtsgesetz
KJHG	- Kinder- und Jugendhilfegesetz
lat.	- lateinisch
max.	- maximal

MDFT	- Multidimensionale Familientherapie
min.	- mindestens
Prof.	- Professor
SCIP	- Self Control Information Program
o.ä.	- oder ähnlich
u.a.m.	- und anderes mehr
u.ä.	- und ähnlich
u.ä.m.	- und ähnliches mehr
UNODC	- United Nations Office on Drugs and Crime
usw.	- und so weiter
u.U.	- unter Umständen
u.v.m.	- und viele/s mehr
z.T.	- zum Teil

0 Einleitung

Motivation

Die Motivation der Autoren zur Bearbeitung dieses Themas entstand im Rahmen eines Praktikums bei dem Leipziger Drogenaufklärungsprojekt Drug Scouts¹ und des Studiums an der Hochschule Merseburg (FH), wobei Letzteres vor allem durch die Lehrtätigkeit von Prof. Dr. Gundula Barsch sowie Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp geprägt war. Innerhalb der praktischen Tätigkeit bei den Drug Scouts wurde der im Studium angeeignete theoretische Rahmen erweitert und die grundlegenden gesellschaftlichen, politischen und juristischen Dilemmas im Umgang mit KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen deutlich. Die Bedürfnisse von Usern² und, damit einhergehend, die Bestrebungen der Drug Scouts diesen Unterstützungsbedarf abzudecken, geraten dabei nicht selten in Konflikt mit rechtlichen Rahmenbedingungen oder Werten anderer Menschen.

Die Substanz Cannabis nimmt aufgrund ihrer Beliebtheit gerade unter Jugendlichen eine Sonderstellung ein. Da die Substanz illegalisiert ist, sind hier – neben den möglichen gesundheitlichen und sozialen Problemen als Folge von Cannabiskonsum – noch viele weitere Problemfelder auszumachen. Dies zeigte sich insbesondere in den von uns durchgeführten Beratungsgesprächen, in denen die Brisanz dieser Problematik spürbar wurde. Diese Situation junger Menschen mit deren Unterstützung zu verändern, ist die Intention der Autoren.

Ablauf und Zielstellung

In vorliegender Arbeit wollen wir uns mit dem Thema „Cannabisspezifische Angebote für Jugendliche“ auseinandersetzen. Schon im Rahmen unseres Praktikums fiel auf, dass der Konsum von Cannabis ein stark mit Emotionen beladenes und widersprüchlich diskutiertes Thema ist, weshalb sich eine Annäherung schwierig gestaltet. Verschiedene politische und gesellschaftliche Strömungen und Entscheidungen haben Einfluss auf den wissenschaftlichen Diskurs. Auch behindert die Vermischung von Fakten und Mythen eine den Tatsachen entsprechende Abhandlung des Themas. So ist es u.a. ein wichtiges Anliegen dieser Arbeit, eine möglichst objektive und neutrale Auseinandersetzung mit dem Thema zu schaffen und

¹ Die Drug Scouts haben den Anspruch, realistisch und sachlich über psychoaktive Substanzen, deren Risiken, Kurzzeit-, Langzeit- und Nebenwirkungen u.ä.m. zu informieren, Aufklärung zu leisten und KonsumentInnen praktische Unterstützung anzubieten. Für weitere und ausführlichere Informationen: www.drugscouts.de.

² Englisch für BenutzerIn. Im Englischen wird „User“ als Synonym für KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen gebraucht. Diese Begrifflichkeit hat sich teilweise in den allgemeinen Sprachgebrauch und den von Drogenarbeit im deutschsprachigen Raum übertragen.

wissenschaftlich anerkannte Erkenntnisse über die Substanz, deren Konsum sowie mögliche Folgen und deren sozialpädagogische Konsequenzen zu sammeln.

Anhand dieser Bedingungen wollen wir die These untersuchen, dass die sozialpädagogische und therapeutische Arbeit mit Cannabis-Usern andere Methoden benötigt als die der traditionellen Suchthilfe entstammenden Behandlungsweisen mit AlkoholikerInnen oder OpiatkonsumentInnen. Dazu wollen wir in den folgenden Kapiteln die Situation von jugendlichen CannabiskonsumentInnen, sich daraus ergebende Bedürfnisse und den aus diesen ableitbaren Unterstützungsbedarf behandeln.

Dabei werden vorerst die rein substanzspezifischen Eigenschaften von Cannabis betrachtet, um anhand von Kenntnissen der Hirnchemie sowie von Stoffwechselprozessen ein tieferes Verständnis für die Wirkungsmechanismen zu erzeugen. Weiter werden wir untersuchen, ob Cannabiskonsum für sozialpädagogische Unterstützungsleistungen überhaupt relevant ist, wobei die Prävalenz³ in der bundesrepublikanischen Gesellschaft sowie die gesellschaftliche Entwicklung des Umgangs mit Cannabis bestimmende Indikatoren bilden. Über eine Annäherung an einen Gesundheitsbegriff und die Festlegung unsererseits auf eine handlungsanleitende Definition desselben, wollen wir uns der speziellen Lebensphase Jugendalter nähern. Folgend werden wichtige Daten zu Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten von Gesundheit im Jugendalter sondiert und gesammelt dargestellt. Danach können mit der Betrachtung unterschiedlicher Erklärungsmodelle für den Konsum psychoaktiver Substanzen und insbesondere Cannabis sowie der Untersuchung verbesserter Ansätze und Methoden im Umgang mit Cannabis-Usern, die These bestätigende Faktoren konzeptionell übernommen werden. So kann ein speziell auf CannabiskonsumentInnen zugeschnittenes Angebot, vorerst allein theoretisch, umgesetzt werden.

Produkt dieser Untersuchungen ist ein Konzeptionsvorschlag für ein cannabisspezifisches Angebot. Dieses soll sozialpädagogischer Natur sein, praktikable Methoden im Umgang mit Cannabiskonsum nutzen, für Jugendliche eintreten, konkret an junge Menschen adressiert sein und diese partizipieren lassen bzw. in das Angebot integrieren. Dabei wird aufgrund der variantenreichen Komplexität von Fördermöglichkeiten und des begrenzten Umfangs dieser Arbeit der Fokus auf das sozialpädagogische und methodische Vorgehen gelegt. Finanzielle Aspekte werden weitgehend außen vor gelassen.

³ Bezeichnet „Häufigkeit“. Bezieht sich auf das Auftreten eines Phänomens innerhalb einer bestimmten Gruppe.

Innerhalb der Arbeit muss aufgrund unterschiedlicher sozialpädagogischer Herangehensweisen eine fachliche sowie sachliche Positionierung erfolgen, die sich auf einen Ansatz und dazu passende Methoden festlegt. Grundlegend müssen praktikabel erscheinende Ansätze, Methoden und mögliche Umsetzungen kritisch untersucht, definiert und konzeptionell verankert werden. Ziel der Arbeit ist es, herauszufinden, wie ein Angebot an CannabiskonsumentInnen strukturiert sein muss, welcher grundlegende Ansatz im Selbstverständnis des Projekts zum Tragen kommen sollte und wie man die noch zu definierende Zielgruppe am besten erreicht. Im Besonderen soll untersucht werden, was von Jugendlichen selbst als hilfreiche Unterstützung angegeben und wahrgenommen wird. Dabei ist die gesellschaftliche Einbettung dieser Bedürfnisse zu beachten und in Zusammenhang mit rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Faktoren zu setzen. Daneben sind auch notwendige fachliche Qualifikationen von späteren MitarbeiterInnen innerhalb des Angebots auszuloten.

Formales

Im Folgenden nutzen wir das Binnen-I, da wir immer beide Geschlechter ansprechen sowie benennen wollen. Gerade im beraterischen Kontext mit jungen Menschen halten wir dies für unabdinglich, denn nur so können wir uns und andere, für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Geschlechter sensibilisieren. Dies ist, aus Erfahrungen an der Hochschule sowie in Beratungssituationen im Rahmen des Praktikums, als notwendiges und wesentliches Zeichen von Verständnis sowie Einfühlungsvermögen von SozialarbeiterInnen im Umgang mit Usern psychoaktiver Substanzen vorauszusetzen. Sollte dieser Gebrauch abweichen und nur ein Geschlecht gemeint sein, wird dies konkret benannt (bspw. Konsumentinnen bzw. Konsumenten). Wir versuchen darüber hinaus, die Verwendung von Begrifflichkeiten wie bspw. Klient aufgrund möglicher negativer Zuschreibungen, zu vermeiden. Ebenso sind wir bestrebt die Verwendung des Wortes „Droge“⁴ zu vermeiden und mit dem Begriff „Substanz“ zu ersetzen, da er durch seine inflationäre Verwendung im allgemeinen wie im fachlichen Sprachgebrauch unsachliche Implikationen mit sich bringt. Bspw. vermischen sich dabei juristische, moralische, substanzbezogene und medizinische Aspekte (vgl.: Barsch, 2007b:6).

⁴ Niederdeutsche Bezeichnung „dröge/droge“ meint „trocknen“. Beschreibt eine Vor-/Zubereitung (hauptsächlich) von Pflanzen(-teilen), aber auch von mineralischen, tierischen und künstlichen Grundstoffen, durch Trocknung, Zerkleinerung sowie Säuberung. (vgl.: Barsch, 2007b:2) Die World Health Organization definierte „Droge“ 1981 als "... psycho-aktive Substanz, d.h. ein Stoff, der auf das Zentralnervensystem wirkt. Drogen in diesem Sinn sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebendigen Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in Sinneempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen." (vgl.: Barsch, 2007b:3)

Bei Begriffen wie „Drogenhilfe“ verzichten wir auf das Auswechseln des Wortes „Droge“, um die LeserInnen nicht unnötig zu verwirren. Im Rahmen dieser Arbeit erlauben wir uns Wörter fett zu markieren, für das Verständnis wichtige Wörter im Text durch Unterstreichen hervorzuheben sowie mit nicht in der Gliederung angegebenen Zwischenüberschriften zu arbeiten, dies alles im Sinne von einfacher Lesbarkeit und Übersicht. Es ist uns darüber hinaus ein Anliegen, diese Arbeit möglichst verständlich abzuhandeln. Spezifische Fachbegriffe werden deswegen durch Fußnoten ergänzt bzw. erläutert.

1 Cannabis als psychoaktive Substanz

1.1 Was ist Cannabis?

Cannabis ist der lateinische Name für Hanf (Kleiber, Kovar, 1997:14), wobei das lateinische Wort canna für den röhrenförmigen Stängelwuchs und das Wort bis auf die Zweigeschlechtlichkeit der Pflanze verweist. Die Pflanze gehört zur Familie der Hanfgewächse und ist in drei Hauptarten einzuteilen. Nämlich Cannabis sativa (Nutzhanf/wilder Hanf), indica (indischer Hanf) und ruderalis (Ruderalhanf), welche in weitere Unterarten (inzwischen über 100) unterteilt werden können, die sich ähnlich der drei Hauptgruppen in Aussehen, Wirkstoffgehalt, Heimatort u.ä. Indikatoren unterscheiden (vgl.: Kleiber, Kovar, 1997:14/Rätsch, 1998:126f, 142f, 145f). Hierbei sind Cannabis indica und sativa die gebräuchlichsten Formen hinsichtlich des Konsums von Hanf, was daran liegt, dass Cannabis ruderalis nur bis zu 40% (vgl. Rätsch, 1998:144) der üblichen berauschenden Inhaltsstoffe produziert. Das Harz der weiblichen Blütenstände und im geringeren Maß die Blätter der weiblichen Pflanze beinhalten die Wirkstoffe, für die Cannabis bei dessen GebraucherInnen bekannt ist. Bis auf die Samen können diese in der ganzen Pflanze auftreten (vgl.: Kleiber, Kovar, 1997:15). THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) ist der psychoaktiv stimulierende Hauptwirkstoff der drei Hanfarten. Darüber hinaus sind über 60 weitere Wirkstoffarten (vgl.: Barsch, 2007a:9/Grotenhermen, 2006:12/Kleiber, Kovar, 1997:16/Rätsch, 1998:135), sogenannte Cannabinoide, strukturell und pharmakologisch erfasst sowie bestimmt. Diese gehören zu den über 420 der verschiedenen Inhaltsstoffe. Weitere relevante Wirkstoffe der Cannabinoide sind Cannabinol, das in hoher Dosierung selbst psychoaktiv wirkt sowie die psychoaktive Wirkung des THC verstärkt, Cannabidiol, Cannabigerol und Cannabichromen, die selbst nicht psychoaktiv stimulierend wirken, sondern eine sedierende, schmerzstillende oder beruhigende Wirkung haben sowie die psychoaktive Wirkung des THC mindern können. Die vermischte Aufnahme dieser verschiedenen Cannabinoide bedingt unterschiedlich ausgeprägte Cannabisräusche. Beim Konsum von Cannabis werden des Weiteren Zucker, Alkaloide, Piperidin, Chlorophyll und andere Wirkstoffe aufgenommen, die aber hinsichtlich der Wirkung einen schwachen bis keinen Effekt haben. (vgl.: Barsch, 2007a:8/Rätsch, 1998:135) Auf die Verwendung vom Hanf im industriellen wie rituellen Kontext wird aufgrund der geringen Bedeutung für diese Arbeit trotz unterschiedlicher An- und Verwendungen nicht eingegangen.

Zubereitungsformen von Cannabis

Es gibt viele Möglichkeiten Cannabis zuzubereiten. Die wohl Gebräuchlichste ist das Trocknen der weiblichen Blütenstände. Es entsteht Marihuana. Eine andere Form ist die Gewinnung des Harzes aus den weiblichen Blütenständen, deren Blätter und Stängel durch unterschiedliche Methoden wie bspw. Siebung. Hieraus entsteht Haschisch, was im Wirkstoffgehalt meist potenter ist als Marihuana, da hier das Harz konzentriert wird. Diese Zubereitungen können pur oder gemischt mit anderen Pflanzenprodukten bzw. Lebensmitteln geraucht oder gegessen werden. Geraucht wird Cannabis bspw. in einem Joint, als Räucherwerk gleich einer Inhalation (ähnlich dem Weihrauchkonsum), in einem Chillum⁵, einer Wasserpfeife (Bong) oder in der Konsumart des „Eimerns“⁶.

Beim oralen Konsum von Marihuana oder Haschisch muss bedacht werden, dass die meisten Wirkstoffe fettlöslich, jedoch nicht wasserlöslich sind. Daher muss die Substanz zunächst in Fett aufgekocht werden, um die Wirkstoffe zu lösen. Dann können verschiedene Produkte mit psychoaktiver Wirkung hergestellt werden: Von Speisen (Kuchen, Kekse, Joghurt) bis zu Getränken (Kakao, Tees) reichen die Zubereitungsformen. Selten ist die Produktion von Öl aus Cannabis, wobei dieses Produkt einen sehr hohen Wirkstoffgehalt (bis zu 80 %) aufweisen kann. Zur Produktion werden jedoch große Mengen Cannabis gebraucht. Je nach Zubereitungsform und Kulturkreis werden Cannabis und dessen Produkten unterschiedliche Bezeichnungen wie Bota, Bhang, Charas, Dope, Ganja, Gras, Hanf, Haschisch, Hemp, Marihuana, Mary Jane, Platte, Pot, Reefer, Shit u.v.m. zugeordnet. Diese Liste ließe sich immens erweitern, was auf die kulturelle Einbettung von Cannabis in verschiedenen Gesellschaftskreisen, Ländern und Kulturen verweist. (vgl.: Rätsch, 1998:126ff) Das Wort Marihuana scheint dabei viele Quellen haben. Aus dem indischen Wort Malihua (die Droge hält das Individuum gefangen), aus dem portugiesischen Maranguano (der Berauschte) oder aus dem spanischen Wort Maria bzw. Don Juan (Doña Juanita) lassen

⁵ Chillum (Shillum), leicht konisches Rohr von unterschiedlicher Länge (ca. 5-20 cm) und je nach Größe variierenden Durchmessers am oberen Ende (1-2 cm) und am unteren Ende (max. 1 cm). Wird zum Konsum von Rauchwaren genutzt, bei dem diese im oberen Ende verbrannt und am unteren Ende inhaliert werden. Als Chillum werden auch die an der Wasserpfeife (bzw. Bong) befindlichen, mit Rauchwaren zu befüllenden, Verbrennungsreservoirs bezeichnet. Das Prinzip ist das Gleiche. Nur liegt das untere Ende des Chillums in dem Hohlkörper der Bong unter Wasser. Durch den Lungenzug aus der ansonsten luftdichten Bong, entsteht ein Unterdruck, der den Rauch vom Chillum durch das Wasser in den Hohlkörper saugt.

⁶ Letzteres bezeichnet inhalativen, pulmonalen Konsum von Cannabis aus einer großen (min. 1l), am unteren Ende abgeschnittenen Plastikflasche. Diese wird ohne Chillum in einen vollen Wasserbehälter gestellt bis das Wasser knapp unter den Flaschenhals reicht. Ein mit Cannabis befülltes Chillum wird luftdicht in die Öffnung oberhalb des Flaschenhalses gepresst. Die Flasche wird anschließend langsam aus dem vollen Wasserbehälter gezogen. Dabei wird das befüllte Cannabisreservoir des Chillums befeuert, wobei sich durch Herausziehen der Flasche aus dem Wasser ein Unterdruck entwickelt, der die Flasche saugend mit Rauch aus dem Chillum füllt, welcher anschließend inhaliert wird. (vgl.: Amrhein, 2007).

sich Ableitungen bilden, die auch auf verschiedene Einstellungen zur Substanz verweisen. (Kleiber, Kovar, 1997:15)

Die Zubereitungsform bedingt die Qualität des Endprodukts. Aus dem sich auf den Blüten und Blütenblättern absondernden Harz kann bspw. durch mehrfache Siebung Skuff gewonnen werden. Skuff ist fast reines Harz und ist somit vom Wirkstoffgehalt hoch konzentriert (bis zu 70%) und kann zu Haschisch weiterverarbeitet werden. Die meisten Haschischsorten sind auf dieser Basis hergestellt und mit den unterschiedlichen Streckstoffen (vgl.: Punkt 1.3) versehen. Diese können selbst noch eine psychoaktive Wirkung haben, aber auch gesundheitsschädlich sein. Aus der Herstellungsart ergeben sich unterschiedliche Haschischsorten (bspw. brauner Marokkaner, grüner Türke, roter Libanese, schwarzer Afghane – was auf Haschischsorte und Herkunftsland verweist – vgl.: Kleiber, Kovar, 1997:15), die sich jeweils in Färbung, Geruch und Beschaffenheit gleichen oder ähneln, deren Wirkung man aber, durch die unbekanntenen Umweltfaktoren unter denen sie hergestellt wurden, nicht richtig abschätzen kann. (vgl.: Grotenhermen, Reckendrees, 2006:31f)

Preise von Cannabis

Cannabisprodukte sind aufgrund des illegalen Status der Substanz und der damit einhergehenden Vermarktung auf dem Schwarzmarkt, preislichen Schwankungen unterworfen. Für Marihuana bezahlte man 2005 in der BRD durchschnittlich ca. 7,80 € pro Gramm, bei einem Reinheitsgehalt von 11% (vgl.: UNODC, 2007:233). Für die gleiche Menge Haschisch musste man 2005 im Durchschnitt ca. 6,70 € berappen, wobei unklar bleibt, wie rein das Haschisch durchschnittlich war. (vgl.: UNODC, 2007:236) Dies zeigt auf, dass Cannabis keine besonders kostenintensive Substanz ist, was wahrscheinlich auf den enormen Marktanteil aufgrund der hohen Prävalenz des Konsums zurückzuführen ist (vgl.: 2.2).

1.2 Wirkungsschema von Cannabis im körpereigenen Cannabinoidsystem

Wie Cannabis wirkt, hängt grundlegend von der Applikationsform (oral, pulmonal), der konsumierten Dosis, der Zusammensetzung (Qualität, Reinheit, Sorte) der Substanz sowie dem Set und dem Setting⁷ der jeweiligen User ab. (vgl.: Barsch, 2007a/Drug Scouts, 2007e/Täschner, 1986:110) Die Wirkung tritt circa zehn Minuten nach dem Rauchen ein und hält bis zu vier Stunden an. Wird Cannabis in Getränken oder Nahrungsmitteln konsumiert, kann sich der Wirkungseintritt auf eine halbe bis zwei Stunden verlängern. Die Wirkung kann dabei intensiver empfunden werden und bis zu zehn Stunden anhalten. Cannabis hat vielfältige Wirkungen, wobei diese zusammenfassend als „high sein“ umschrieben werden. Ein gesteigerter Redefluss, ein verändertes Wahrnehmen von Sinneseindrücken, Emotionen und Denken sind charakteristisch für diesen Zustand und verweisen auf die mannigfaltigen Wirkungen, die durch den Konsum von Cannabis hervorgerufen werden können. All diese werden durch den Hauptwirkstoff Delta-9-Tetrahydrocannabinol und den anderen im Cannabis enthaltenen Cannabinoiden hervorgerufen. Die unterschiedlichen Wirkungen von Cannabis spiegeln sich auch in seinen verschiedenen Verwendungen in der Medizin wider, so z.B. in der Anwendung gegen Schmerzen, Muskelspastiken, Übelkeit und Appetitlosigkeit (gerade bei Magenkrebs). Das THC entfaltet ähnliche Wirkungen wie die körpereigenen Endocannabinoide („endo“ bedeutet „von innen“). Diese sind den körpereigenen Botenstoffen zuzuordnen. Cannabinoide wirken, genau wie ihre vom Körper produzierten Verwandten, auf den neuronalen Stoffwechsel durch das Andocken an die Cannabinoidrezeptoren des Körpers. Zusammen mit den Endocannabinoiden bilden diese Rezeptoren das körpereigene Cannabinoidsystem, das für die Aufrechterhaltung der normalen Prozesse von Körper und Psyche von elementarer Bedeutung ist. (vgl.: Grotenhermen, Reckendrees, 2006:17f)

Das Cannabinoidsystem des Körpers ist viele Millionen Jahre alt und findet sich auch bei vielen Tieren – von Säugetieren, Vögeln, Reptilien bis hin zu einfachen Lebewesen wie Blutegeln etc. (vgl.: Grotenhermen, 2006:11/Grotenhermen, Reckendrees, 2006:17)

Körpereigene Cannabinoide spielen eine wichtige Rolle bei menschlichen Körperfunktionen wie Knochenwachstumssteuerung, Aufrechterhaltung des Augeninnendrucks,

⁷ Beide Begriffe kommen aus dem angelsächsischen Sprachraum. Set bezeichnet individuelle, physiologische und psychologische Merkmale einer Person zum Zeitpunkt des Drogenkonsums. Das Set hat entscheidenden Einfluss auf die Wahrnehmung der Wirkung psychoaktiver Substanzen. Setting bezeichnet die äußeren Umstände des Drogenkonsums, also das psychische, soziale und kulturelle Umfeld der Person (einschließlich vorherrschender rechtlicher Rahmenbedingungen). Das Setting steht in enger Wechselwirkung zum Set und bestimmt die Wahrnehmung der Drogenwirkung in entscheidendem Maße mit. (vgl.: Drug Scouts, 2007b)

Entzündungshemmung, Sinneseindrucksverarbeitung sowie dem Vergessen und Speichern von Gedächtnisinhalten. Diese Cannabinoidrezeptoren sind vorrangig in Nervenzellen des Hirns und des Rückenmarks, in Zellen des Herzens, in Blutgefäßen und weißen Blutkörperchen zu finden, des Weiteren in Organen wie Darm, Lunge, Harnwegen, Gebärmutter, Hoden, inneren Drüsen und Milz. Eine Aktivierung der Cannabinoidrezeptoren führt abhängig vom Ort, an dem diese Rezeptoren sich befinden, zur Hemmung der Schmerzleitung, Veränderung von Zeitgefühl, Glücksgefühlen oder Angst und wirkt entzündungshemmend und blutdrucksenkend. Das Cannabinoidsystem arbeitet eng mit den Neurotransmittern und Hormonen zusammen, die ebenfalls Botenstoffe sind. Diese können Zellen im Körper zu bestimmten Reaktionen veranlassen. Die Endocannabinoide unter ihnen zählen zu den hemmenden Botenstoffen. Sie haben unterschiedliche Funktionen im Hirn – bspw. im Falle einer Unterversorgung mit Sauerstoff, die übermäßige Freisetzung des erregenden neuronalen Botenstoffes Glutamat zu unterbinden, da dies in körperlichen Ausnahmezuständen eine Selbstschädigung der Nerven herbeiführen kann. Der Schutz von Nervenzellen ist nach heutigem Erkenntnisstand die wichtigste Funktion von Endocannabinoiden. Im Belohnungszentrum des Gehirns spielen Endocannabinoide auch eine wichtige Rolle, sie verursachen angenehme Empfindungen und abhängig von der Stärke ihrer Ausschüttung sogar Glücksgefühle. Wie z.B. im Ausdauersport bei großer Erschöpfung immer wieder beschrieben wird, sollen diese Glücksgefühle von einer Erhöhung der Endocannabinoidkonzentration herrühren. Dieses Belohnungssystem kann durch Cannabinoide, aber auch Alkohol, Nikotin und andere Substanzen stimuliert werden. (vgl.: Grotenhermen, Reckendrees, 2006:17f)

Wie aus Annahmen des heutigen Forschungsstandes (vgl.: Grotenhermen, 2006:1ff/Grotenhermen, Reckendrees, 2006:18f) hervorgeht, soll eine große Zahl von Krankheiten von einer mangelhaften oder verstärkten Aktivität des Cannabinoidsystems herrühren. Eine entsprechende Stimulierung oder Blockierung der betroffenen Cannabinoidrezeptoren könnte therapeutischen Nutzen haben und zur Heilung bestimmter Erkrankungen beitragen. Eine Überstimulierung des Cannabinoidsystems⁸ kann z.B. die Wahrscheinlichkeit von Fehlgeburten erhöhen. Eine Minderstimulierung des Cannabinoidsystems kann wiederum zur Häufung und Intensivierung stressbedingter Ängste und zu Schwierigkeiten, belastende Situationen zu verarbeiten, führen. Dies entspricht auch

⁸ Diese entsteht durch die verminderte Aktivität eines bestimmten Enzyms -Fettsäureamidhydrolase-, da dies für den Abbau von Endocannabinoiden zuständig ist.

dem Feedback der meisten KonsumentInnen von Cannabis, die eine entspannende Wirkung beschreiben, die zur Bewältigung von Ängsten und Stress sehr hilfreich ist. (vgl.: Grotenhermen, 2006:1ff/Grotenhermen, Reckendrees, 2006:18f)

Psychische Wirkungen von Cannabis

Die akut wahrnehmbaren Wirkungen von Cannabis betreffen die Psyche und beeinflussen die geistige und motorische Leistungsfähigkeit. Cannabiserfahrungen werden von den meisten Menschen als angenehmes und entspanntes Erlebnis beschrieben. Der Konsum kann Heiterkeit, Redefluss, verstärktes Wohlbefinden, verändertes Zeitempfinden (bspw. scheinbare Ausdehnung der Zeit), verstärktes assoziatives Denken, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses sowie intensive Wahrnehmung externer und körpereigener Reize verursachen. (vgl.: Grotenhermen, Reckendrees, 2006:19ff) Man geht davon aus, dass der momentane Gefühlszustand verstärkt wird. Die Wirkung an sich ist ein Nebeneinander von sedierenden und stimulierenden Effekten. Diese Rauschentwicklung ist charakteristisch für den Cannabisrausch: Erst wenn die individuelle Dosis einen bestimmten Schwellenwert überschritten hat, treten die typischen psychischen Effekte von vermehrter Extraversion (Gesprächigkeit/Heiterkeit) auf der einen und vermehrter Introvertiertheit (Müdigkeit/Trägheit) auf der anderen Seite ein. Dabei kann es zur Veränderung der Wahrnehmung von optischen, akustischen und taktilen Reizen sowie des Raum-/Zeiterlebens kommen. Euphorie mit einer erhöhten Kontaktfreudigkeit ist möglich und wird oft beobachtet. Bei hohen Dosierungen ist ein verminderter Antrieb möglich, was sich in Mattheit bis Teilnahmslosigkeit äußern kann. (vgl.: Drug Scouts, 2007e)

Dem Konsum von Cannabis werden allerdings nicht nur angenehme Wirkungen zugeschrieben. Positiven Effekten des Cannabiskonsums stehen Reaktionen wie Angstzustände, Panik und sogar Todesangst entgegen, die meist in Verbindung mit dem Konsum sehr hoher Dosierungen (THC und anderer Cannabinoide) einhergehen, wobei es während des Rausches einen Wechsel zwischen Phasen des Wohlbefindens und Phasen unangenehmer Erfahrungen geben kann. Diesem intensiven Rauschzustand folgt meist eine durch Schlaf geprägte Ruhephase. Des Weiteren können Reaktionsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Feinmotorik, Bewegungskoordination und Gedächtnis durch die Wirkung von Cannabisprodukten eingeschränkt sein. Dies beeinträchtigt die komplexe Denkfähigkeit bezüglich der Lösung von gestellten Aufgaben und mindert die Fähigkeit des Bedienens von Maschinen etc.

Als mögliche psychische (Langzeit-)Nebenwirkung wird vermutet, dass Cannabiskonsum Psychosen auslösen (insbesondere bei psychotisch vorbelasteten Personen), aber wahrscheinlich nicht verursachen kann. Kleiber et al. (1998:162) schreiben diesbezüglich von uneindeutigen Ergebnissen, obwohl aussagekräftige Studien (ebd.) darauf hinweisen. Weitere Langzeitnebenwirkungen können Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sein. (vgl.: Grotenhermen, Reckendrees:19ff, Soellner, 2000:8, 200) Kleiber et al. (1998:119, 144) manifestieren, dass Cannabiskonsum keine Verschlechterung der psychischen Gesundheit hervorrufen kann. Bei intensiven Konsumformen (täglich) über einen längeren Zeitraum (Jahre) sind zwar leichte Leistungseinschränkungen zu verzeichnen, jedoch ist dies aufgrund der von Kleiber et al. angeführten Datenlage nicht evident. Festgehalten sei an dieser Stelle jedoch, dass im Gegensatz zu intensiveren Konsumformen auch moderatere über längere Zeiträume keine signifikanten Auffälligkeiten hervorrufen.

Eine psychische Bindung an die Substanz ist jedoch möglich: „[...] *Cannabis führt nicht zwangsläufig zu einer psychischen Abhängigkeit, es kann jedoch zu einer Abhängigkeitsentwicklung kommen. Eine solche Abhängigkeit [...] muss aber wohl vor allem vor dem Hintergrund bestehender psychischer Probleme bzw. als Symptom psychischer Probleme verstanden werden, weniger als eine substanzimmanente Gefahr.*“ (Kleiber, Kovar, 1998:168)

Ein kontrovers diskutiertes Thema ist die Theorie vom „amotivationalen Syndrom“, dabei stellt sich die Frage, ob es wirklich existiert. In psychiatrischen Darstellungen wurde davon ausgegangen, dass das „amotivationale Syndrom“ ein psychopathologisches Störungsbild (Demotivationsyndrom) darstellt. (vgl.: Kleiber, Kovar, 1998:184, 217) Täschner (1986:154) beschreibt es als „*ein durch Teilnahmslosigkeit, Passivität [...] gekennzeichnetes Zustandsbild*“, was durch Cannabiskonsum zwangsläufig entsteht. Er führt Symptome für das „Syndrom“ an, welche sich in allgemeiner Antriebsminderung, Gleichgültigkeit gegenüber Alltagsanforderungen und den Verlust der Fähigkeit, sich aktiv mit der Umwelt auseinanderzusetzen, etc. manifestieren. (ebd.) Kleiber et al. (1998:216f) betonen, dass Cannabiskonsum nicht zwangsläufig zu Demotivationserscheinungen führt, und weist die These des Syndroms zurück. Soellner (2000:200) beschreibt ein Zusammenspiel psychologischer Faktoren: „*Werden Cannabiskonsumern nach den Auswirkungen ihres Drogenkonsums befragt, werden mitunter dem amotivationalen Syndrom vergleichbare*

Symptome berichtet, was jedoch im krassen Widerspruch zu den hierzu vorliegenden empirischen Befunden steht“ (vgl.: Kleiber, Kovar, 1998).

„Da die subjektiv erlebte Wirkung einer Droge, insbesondere bei Cannabis, von den Erwartungen bezüglich ihrer Wirkung abhängt, kann diese Zuschreibung auf einen Attributionsfehler zurückzuführen sein. [...] Der Konsum von Cannabis, kann subjektiv dazu führen, sich ‚quasi legitimiert‘ entspannen zu können und die Leistungsanforderungen an sich selbst zurückzudrehen. Durch den Konsum von Cannabis wird es zugespitzt formuliert erst möglich, die Ursachen für ein geringes Aktivationspotential der Substanz und nicht sich selbst zuzuschreiben.“ (Becker, 1981)

Nach von Kleiber et al. (1998:192) angeführten Studien (Musty, Kaback, 1995) ist kein Zusammenhang zwischen starkem Cannabiskonsum und Leistungsverlusten festzustellen. Man konstatierte vielmehr, dass eine geringe Motivation bei stark konsumierenden Cannabiskonsumenden mit depressiver Symptomatik zu finden ist, nicht aber bei stark konsumierenden Personen, ohne depressive Symptomatik. Sie vermuten weiter, dass es sich beim „amotivationalen Syndrom“ um eine manifeste Depression handelt, wobei der Cannabiskonsum genutzt wird, um negativen Gefühlen auszuweichen. (ebd.)

Aus der Beobachtung, dass Cannabis-User teilweise auch andere psychoaktive Substanzen konsumieren, wurde abgeleitet, dass Cannabis eine „Schrittmacherfunktion“ hin zu anderen psychoaktiven Substanzen immanent ist, was mit dem Begriff „Einstiegsdroge“ bezeichnet wird. Dieser zwangsläufigen Übergangsfunktion von Cannabis zu anderen psychoaktiven Substanzen widersprechen führende Erklärungsmodelle. Es wird zwar ein möglicher, aber nicht zwanghafter Umsteigeeffekt aufgrund der Illegalität von Cannabis angenommen, dieser hat aber nichts mit eben beschriebener „Schrittmacherfunktion“ gemein. Hier scheint die Verfügbarkeit anderer psychoaktiver Substanzen durch den Kontakt der Cannabiskonsumenden zum Schwarzmarkt ursächlich zu sein: (vgl.: Kleiber, Kovar, 1998:89) *„Die Annahme, Cannabis sei die typische Einstiegsdroge für den Gebrauch harter Drogen wie Heroin, ist also nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand nicht haltbar. Es findet sich zwar ein geringer Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Konsum weiterer illegaler Drogen (ebenso wie es auch einen Zusammenhang zwischen Konsum legaler Substanzen und dem von Cannabis gibt), hieraus abzuleiten, daß Cannabiskonsum zum Konsum anderer Drogen führe, wäre eine nicht zulässige*

Kausalinterpretation. Auf jeden Fall auszuschließen ist die These, daß die Wirkungsqualität von Cannabis für ein späteres Umsteigen verantwortlich ist.“ (Kleiber, Kovar, 1998:183)

Flashbacks⁹ sind nicht wissenschaftlich belegt. (vgl.: Drug Scouts, 2007b)

Physiologische Effekte von Cannabiskonsum

Typische körperliche Begleiterscheinungen eines Cannabisrausches sind die Abnahme von Speichelfluss bzw. die Austrocknung von Mund und Rachen, die Abnahme der Tränenflüssigkeitsproduktion und damit einhergehend gerötete Augen durch die Weitung kleiner Blutgefäße. Des Weiteren sind die Beschleunigung des Pulses und manchmal ein Absinken des Blutdrucks während des aufrechten Stehens, welcher Schwindelgefühle bedingen kann, sowie, sehr häufig auftretend, ein gesteigerter Appetit zu nennen. Kopfschmerzen, Gesichtsrötung, Übelkeit und Erbrechen sind hingegen seltener beschriebene Begleiteffekte eines Cannabisrausches. Weiter erweitert THC die Bronchien und wirkt krampflindernd sowie schmerzstillend. (vgl.: Drug Scouts, 2007e)

Die psychomotorische Leistungsfähigkeit wird durch verschiedene Faktoren beeinträchtigt, die Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Reaktion, Verarbeitungsprozesse des Gehirns, Feinmotorik und Koordination von Bewegung sowie das Abschätzen von Entfernungen betreffen. Dies wirkt sich auf die Physis in dem Maße negativ aus, dass man unter akutem Cannabiseinfluss zum Führen eines Fahrzeuges oder von Maschinen nicht mehr in der Lage ist. Die psychomotorische Leistungsfähigkeit ist aber nur während des akuten Cannabisrausches dermaßen eingeschränkt, dieser kann bis zu vier Stunden anhalten. (Grotenhermen, Karus, 2002:XVII)

Im Cannabis(-tabak-)rauch ist nicht nur das rauscherzeugende THC (bzw. andere Cannabinoide) enthalten, sondern auch diverse Schadstoffe, die mit dem Konsum aufgenommen werden. Es muss also deutlich zwischen der pharmakologischen Wirkung des THC und dem Inhalieren der Verbrennungsprodukte von Cannabis bzw. Cannabis-/Tabak-Mischungen unterschieden werden. (vgl.: Petersen, Thomasius, 2007:143) Als Langzeitnebenwirkung vor allem bei Dauer- und ExzessivkonsumentInnen ist ein durch die

⁹ Flashback (engl.) bezeichnet ein plötzliches Wiederkehren von Rauschzuständen ohne erneuten Konsum psychoaktiver Substanzen. Die Existenz dieses Phänomens ist wissenschaftlich nicht erwiesen und gilt als Mythos. (vgl.: Barsch, 2007a:17/Drug Scouts, 2007b)

Inhalation schädlicher Rauchinhaltsstoffe bedingtes erhöhtes Lungenkrebsrisiko zu verzeichnen. Daneben kann es zu verschiedenen Erkrankungen der Atemwege wie Asthma, chronischer Bronchitis, Husten oder Halsschmerzen und Entzündung der Nasennebenhöhlen kommen. (vgl.: Drug Scouts, 2007e/Grotenhermen, Reckendrees, 2006:22f) Als hauptsächliche Risiken des Konsums von Cannabis sind Beeinträchtigungen der Lunge, des Herz-Kreislaufsystems, des Immunsystems und mögliche karzinogene Effekte zu benennen. Im Rahmen der von Petersen und Thomasius (2007:28ff, 141ff) untersuchten Studien anderer Wissenschaftler, konnte bezüglich der Entwicklung einer chronischen Lungenerkrankung Marihuana nicht als Verursacher festgestellt werden. Allerdings konnte eine dieser Studien nachweisen, dass durch den Konsum von Zigaretten mit Tabak-/Marihuana-Mischung (Joints) und einem hohen THC-Gehalt des Marihuanas mehr Teer aufgenommen wird als bei entsprechenden Zigaretten mit niedrigerem THC-Gehalt.

Weiter wurde im Zusammenhang mit dem Rauchen von Marihuana schon ein Fall eines Lungenemphysems¹⁰ und ein Fall von Pneumothorax¹¹ beobachtet. Jedoch wird davon ausgegangen, dass dies vordergründig mit der Intensität des Konsums bzw. der Inhalation als mit der Wirkung der Substanz selbst in Zusammenhang steht. Allgemein ist zu sagen, dass der Konsum von Tabak und/oder Cannabis die Möglichkeit erhöht, Symptome wie Kurzatmigkeit, Brustenge oder vermehrte Sputumproduktion¹² zu entwickeln. Im Vergleich zum Konsum von Tabak hat eine Studie (vgl.: Petersen, Thomasius, 2007:32f) zu karzinogenen Effekten von Cannabiskonsum kein signifikantes Ergebnis zur Entwicklung von diversen Krebserkrankungen feststellen können. Allein für Prostatakarzinome wurde ein erhöhtes Risiko bestätigt, jedoch wird diese Studie durch eine Fall-Kontroll-Studie (ebd.) mit höherer Aussagekraft widerlegt. Nach dieser Studie scheint es deutliche Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Cannabis und dem Entstehen verschiedener Krebserkrankungen zu geben. Vor allem die Wahrscheinlichkeit von Karzinomen im Mund- und Rachenbereich ist nach dieser Studie bei CannabiskonsumInnen signifikant erhöht. Weiter konnten bei Cannabis- und TabakgebraucherInnen im Vergleich zu der abstinenten Kontrollgruppe bezeichnend

¹⁰ Bezeichnet eine Überblähung der Lunge, die aufgrund von unterschiedlichen Lungenerkrankungen auftreten kann. Hierbei werden die kleinsten Lungenbläschen überbläht und teilweise zerstört, weshalb das Lungenemphysem weitestgehend irreversibel ist.

¹¹ Zusammengesetzt aus „Pneumo“ (griech.) für „Luft“ und „Thorax“ (griech.) für „Brustkorb“, bezeichnet dieser Begriff ein akut auftretendes, lebensbedrohliches Krankheitsbild, welches bedingt, dass sich ein oder mehrere Lungenflügel nicht mehr richtig entfalten können und somit die Atemfähigkeit stark eingeschränkt ist.

¹² „Sputum“ ist der medizinische Begriff für die abgesonderten Sekrete der Schleimhäute in den Atemwegen, die abgehustet werden, auch Auswurf und Expektoration genannt.

häufiger histopathologische¹³ Veränderungen festgestellt werden, die als Anzeichen bronchogener Karzinome angesehen werden können. Hier ist nicht klar, ob Nikotin oder Cannabis Verursacher der histopathologischen Veränderung ist.

Studien zur Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System durch Thomasius und Petersen ergaben wenig nützliche Hinweise. Es konnte ein erhöhtes subjektives Schwindelgefühl verbunden mit Puls- und Blutdruckabfall nach dem Konsum von Cannabis festgehalten werden. Aber dies steht in keiner Relation zu der Ausbreitung von THC im Blut. Aufgrund des Mischkonsums von Tabak und Cannabis konnte auch bei anderen Herz-Kreislauf-Störungen nicht ausgeschlossen werden, dass Nikotin der Verursacher ist. Somit ist keine wirklich repräsentative Aussage möglich. (Petersen, Thomasius, 2007:28ff, 141ff) Weiterhin ist belegt worden, dass die Wirkstoffe von Cannabis (bis auf karzinogene Effekte beim Rauchen) selbst keinerlei Hirn- und Organschäden hervorrufen können. Und, dass entgegen bisherigen Annahmen das Pur-Rauchen von Cannabisprodukten (vor allem von Marihuana) nicht weniger schädlich für die Lunge ist als das Rauchen einer Mischung aus Tabak und Cannabis. (vgl.: Pany, 2007) Um Risiken, Schädigungen oder Probleme im Umgang mit Cannabis zu erkennen, zu vermeiden sowie bestehende Problematiken von Usern unterstützend und professionell lösen zu können, ist für Tätige in diesem Bereich die Kenntnis und ein Verständnis des hier dargestellten substanzspezifischen Wirkungsschemas und der möglichen Risiken von Cannabis unbedingt erforderlich. Die cannabispezifischen Faktoren werden nachfolgend durch gesellschaftliche Aspekte im Umgang mit der Substanz sowie durch personenbezogene und verhaltensspezifische Gesichtspunkte ergänzt.

1.3 Qualität von Cannabis

Vom Beginn des Anbaus der Pflanzen an bewirken zahlreiche Faktoren, wie hoch der Wirkstoffgehalt und wie die Wirkstoffzusammensetzung eines Cannabisproduktes ist. Die Auswahl der angebauten Cannabissorte ruft unterschiedliche Wirkstoffzusammensetzungen und Konzentrationen der einzelnen Wirkstoffe hervor. Die Schwankungen des THC-Gehalts in einer Pflanze reichen je nach Art (Wildsorte, Zuchtsorte), Aufzucht (Dünger, Standort, Schädlingsbekämpfungsmittel), Ernte (Zeitpunkt, Methode) und Trocknung, Klima (Sonnenintensität, Dauer der Sonneneinstrahlung, Witterung), Aufbewahrung (Luft- und

¹³ Zusammengesetzt aus „histos“ (griech.) für Gewebe und „pathologisch“, die Pathologie (die Lehre von Ursachen, Entstehung und Verlauf von Krankheiten) betreffend, bezeichnet dieser Begriff krankhafte Zell- und Gewebsveränderungen im Körper.

Lichteinwirkung), Qualität (Beimengungen, Schädlingsbefall) und Weiterverarbeitung (Endprodukt) von fast null bis zu 25%, im Falle von Haschischöl bis zu 80%. (vgl.: Barsch, 2007a:8/Rätsch, 1998:135). Beim Indoor-Anbau¹⁴ wird dies vereinfacht, da ein künstliches Klima mit gesonderter Sauerstoff-, Wasser- und Lichtzufuhr geschaffen wird, in welchem durch die Auswahl der Düngungsart und die gezieltere Steuerungsmöglichkeit der oben beschriebenen Faktoren die Pflanzen wirkstoff- und geschmacksspezifisch hochgezüchtet werden können. Es bleibt zu erwähnen, dass Drug Checking¹⁵ für KonsumentInnen ein wichtiges Instrument wäre, um sich über schwankende Qualität sowie Verunreinigungen von Cannabis zu informieren. Aufgrund der weiten Verbreitung der Substanz in der Gesellschaft (vgl.: 2.2) ist hier ein politisches Umdenken notwendig.

Wirkstoffgehalt von Cannabis

Nach Hans Cousto (2007) und dem Verein für Drogenpolitik e.V. (2007) beträgt der durchschnittliche THC-Gehalt des üblicherweise auf dem Schwarzmarkt erhältlichen Marihuanas, etwa 2%. Dieser kann gesteigert werden, wenn nur die Blütenspitzen der weiblichen Pflanze verarbeitet werden. Hier sind etwa 6% bis 7% THC-Gehalt möglich. Haschisch, da ausschließlich aus dem Harz hergestellt, enthält bei sehr guter Qualität 10% bis 20% THC.

Durch pflegeintensive Züchtung und die Schaffung optimaler Wachstumsbedingungen kann der THC-Gehalt in Cannabispflanzen gesteigert werden. Bestimmte Sorten wiesen in den sechziger Jahren einen THC-Gehalt von 1% auf, in den achtziger Jahren war der THC-Gehalt bei den gleichen Sorten schon bei 7% bis 8%. In den neunziger Jahren wurden 17% bis 23% gemessen.¹⁶ Auch Laboruntersuchungen des Bundeskriminalamtes (BKA) in Wiesbaden bestätigen dies. *„Von 1996 bis 2000 ist der durchschnittliche THC-Gehalt von untersuchten Haschischproben signifikant angestiegen. Die Zahl der Proben mit einem THC-Gehalt unter 5% im Untersuchungszeitraum von nur fünf Jahren ist auf ein Drittel des ursprünglichen Wertes geschrumpft und die Zahl der Proben mit mehr als 10% THC-Gehalt hat sich im gleichen Zeitraum verdoppelt. Bei den Proben mit mehr als 14% THC-Gehalt hat sich die Zahl sogar mehr als verdreifacht.“* (Cousto, 2007, Punkt 5.2.1)

¹⁴ Bezeichnet die professionelle Aufzucht von Cannabis in einer dafür eingerichteten Räumlichkeit. Meist werden dabei optimale Bedingungen für die Pflanze hergestellt, was zu hohen Ernteerträgen, hohem Wirkstoffgehalt und allgemein hoher Qualität führt.

¹⁵ Aus dem Englischen, bezeichnet „Drogen testen“ und meint die qualitative und quantitative Analyse einer Substanz auf Inhaltsstoffe, Verunreinigungen, Beimengungen und Wirkstoffgehalt.

¹⁶ Die von Cousto benannten Zahlen stammen aus dem schweizerischen Cannabisbericht im Mai 1999 der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF).

Diese Entwicklung bedingt, dass man heutzutage wesentlich weniger Cannabis konsumieren muss, um ähnliche Wirkungseffekte wie vor wenigen Dekaden zu erzielen. *„Wer heute noch nach wie vor genauso viel Haschisch raucht wie vor vier oder fünf Jahren, der gibt sich signifikant mehr (Wirk-)Stoff als damals. Wenn also jemand, obwohl seit Jahren immer konstant gleichviel rauchend, sich heute eventuell viel schneller müde oder matt fühlt als früher, dann liegt das nicht unbedingt an der eigenen Konstitution, sondern die Ursache dafür kann sehr wohl einfach in der höheren Zufuhr von THC begründet liegen.“* (Cousto, 2007, Punkt 5.2.1)

Dies hat Vor- und Nachteile: Die hauptsächliche Gesundheitsschädigung geht von der Inhalation krebserregender Schadstoffe des Cannabis aus. Dies bedeutet, dass hochpotentes Cannabis beim Rauchen auch weniger gesundheitsschädlich ist als niedriger dosiertes Cannabis, da zum Erzielen der gewünschten Wirkung weniger Cannabis geraucht werden muss. (vgl.: Zimmer, Morgan, Bröckers, 2004:146f, 150) Während man heutzutage weniger Rauch inhaliert, waren die damaligen KonsumentInnen nicht so hohen Dosierungen ausgesetzt. Aber aufgrund der Illegalität und der Zustände auf dem Schwarzmarkt ist eine Etikettierung des Wirkstoffgehalts nicht möglich. D.h., versehentliche Überdosierungen sind möglich. Doch diese Daten stehen im Widerspruch zu Aussagen des Autorenteam Grotenhermen und Reckendrees (vgl.: 2006:31): *„Auch wenn bis heute nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Problematik vorliegen, so gibt es nach aktuellem Kenntnisstand keine Hinweise einer signifikanten Erhöhung der THC-Gehalte der auf den Markt erhältlichen Cannabiszubereitungen in den vergangenen Jahren.“* Bei der Recherche nach einer Erklärung für diese Widersprüchlichkeiten ist aufgefallen, dass gerade niederländische Cannabissorten aufgrund der sogenannten Sinsemilla-Technik¹⁷ und den üblichen Zuchtmethoden einen sehr hohen THC-Gehalt aufweisen. Durch die Perfektionierung der Züchtung entstehen immer wirksamere Pflanzen, die in der Szene sogar das eigentlich stärker wirkende Haschisch im Verkauf verdrängt (vgl.: Verein für Drogenpolitik, 2007). Deshalb schlussfolgern wir, dass die Erhöhung des THC-Gehalts auf den Absatz von Produkten aus den Niederlanden bzw. aus anderen Indoor-Anbaugebieten nach Deutschland zurückzuführen ist, was durch den Kurzbericht des BKA bestätigt wird (vgl.: BKA, 2006:4). *„Höhere Werte wurden in den Niederlanden gemessen. Eine Erhebung des Trimbos-Instituts ermittelte im Jahre 2002 einen durchschnittlichen THC-Gehalt von*

¹⁷ Aus dem Spanischen: „Sin semilla“ bedeutet: „ohne Samen“. Bezeichnet Steigerung des Wirkstoffgehalts durch Vermeidung der Bestäubung von weiblichen Pflanzen. Daneben werden Steigerungen durch herkömmliche Zuchtmethoden (selektive Kreuzung, Hybridisierung, Indoor-Anbau, starke Lichtanlage, Bewässerungssystem) aus der Gartenbautechnik erzielt. (vgl.: Verein für Drogenpolitik e.V., 2007)

15,2% bei Nederwiet (in den Niederlanden unter Lampen angebautes Cannabis) und 6,6% bei importiertem Cannabiskraut.“ (Verein für Drogenpolitik e.V., 2007)

Dem weit verbreiteten Gerücht, Cannabisprodukte wären heutzutage sozusagen potentiell gefährliche Hochzüchtungen oder genverändert, widersprach die IACM im Jahre 2005 (vgl.: Deutscher Hanf Verband, 2007:a). Diese kam zu dem Schluss, dass das Cannabis, das auf dem europäischen Schwarzmarkt erhältlich ist, bezüglich seines Wirkstoffgehalt in den letzten zehn Jahren nur sehr geringe bis keine Veränderungen aufwies. Nur Indoor -Cannabis hat im Durchschnitt höhere THC-Konzentrationen erlangt, während es in Europa jedoch nur einen geringen Marktanteil ausmacht. Der größte Anteil des auf dem Markt erhältlichen Cannabis ist in den Wirkstoffkonzentrationen gleich geblieben. BeobachterInnen in den Niederlanden, wo der Anteil des Indoor-Cannabis größer ist als in Resteuropa, haben bisher keinerlei Hinweise dafür gefunden, dass der höhere Wirkstoffanteil zu gesundheitlichen Problemen führt (ebd.). Es ist davon auszugehen, dass Cannabis mit sehr hohem Wirkstoffgehalt nicht gefährlicher als Cannabis mit niedrigerem Wirkstoffgehalt ist, da THC:

- keinerlei Organ- oder Gewebsschädigungen hervorruft
- physiologisch nicht überdosierbar ist und keine tödliche Dosis bekannt ist
- negative psychische Erfahrungen unter Einfluss von Cannabis nach dem Konsum von niederpotentem Cannabis genauso oft auftreten wie nach dem Konsum von hochpotenterem (vgl.: Zimmer, Morgan, Bröckers, 2004:150)

Dosieren von Cannabis

Die individuelle bzw. durchschnittliche Dosis beim Rauchen liegt bei 50–300µg/kg THC und bei oraler Aufnahme 120–600µg/kg THC. Bei einer Dosis von 50µg/kg (120µg/kg oral) ist von milden Sedationen und Euphorie als Wirkung auszugehen. Ab 100µg/kg (240µg/kg oral) können Zeit- und Wahrnehmungsstörungen auftreten. Man geht davon aus, dass ab 200µg/kg (400µg/kg oral) Halluzinationen und Verwirrungen ausgelöst und über 300µg/kg (600µg/kg oral) überwiegend unangenehme Wirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, Mundtrockenheit und Reizhusten entstehen können (vgl.: Kleiber, Kovar, 1997:19f). Eine letale Dosis von Cannabis bzw. dessen Wirkstoffen ist nicht bekannt (vgl.: Barsch, 2007a:17) und aufgrund der mangelnden Toxizität auch unmöglich. Die Dosierung hinsichtlich einer Gramm- bzw. Milligrammbestimmung von Cannabisprodukten wie Haschisch oder Marihuana gestaltet sich aufgrund des unterschiedlichen Wirkstoffgehalts der verschiedenen

Cannabispflanzen und der unterschiedlichen Ergebnisse der Produktion extrem schwierig und ist als Pauschalaussage an dieser Stelle nicht generell übertragbar. Als Richtwert kann man bei Marihuana von 0,25g gerauchter Blüte und bei Haschisch 0,1g gerauchtem Harz ausgehen. Allgemein kann man sagen, dass die Sorten des Cannabis indica potenter sind als die von Cannabis sativa, wobei Cannabis indica eher eine träge machende Wirkung („stony high“) entfaltet und sativa anregend („cerebral high“) wirkt. (vgl.: Verein für Drogenpolitik e.V., 2007/Grotenhermen, Reckendrees, 2006:17ff/Rätsch, 1998:129)

Streckstoffe und Beimengungen in Cannabisprodukten

In den letzten zehn Jahren sind zunehmend gestrecktes Marihuana und Haschisch im Umlauf, dessen kontinuierlicher Konsum im Falle benutzter Streckmittel durchaus stärkere gesundheitliche Schädigungen hervorrufen kann. *„Zur Aufwertung und Streckung werden sowohl Cannabis als auch Haschisch mit verschiedenen Substanzen versetzt. Diese reichen von zerriebenen Blättern der Hanfpflanze, Gewürzen, Fetten und Ölen bis zu Schuhcreme, Sand, Wachs, Zucker und Haarspray, aber auch Mittel wie Brix gehören dazu.“* (Deutscher Hanfverband, 2007:b) Dies geschieht, um die Optik des Marihuanas bzw. Haschischs zu verbessern und/oder dessen Gewicht zu erhöhen, und somit mehr Profit zu machen.

In letzter Zeit ist von Fällen fein zerriebenen Glases im Gras berichtet wurden. Dies kann diverse, teilweise noch nicht abschätzbare, gesundheitliche Folgen haben. Während Glasstaub und normaler Sand im Gras als wenig gesundheitsschädlich gelten (allerdings fehlen empirische Studien bzw. relevante medizinische Aussagen), ist dies bei quarzhaltigem Sand anders. Bei der Inhalation dieser Art von Sand besteht bei mehrmaligem Konsum die Gefahr einer Silikose. Dies ist eine gefährliche Entzündung des Lungengewebes, die durch Silikonablagerungen in der Lunge hervorgerufen wird.

An den Blüten angelagertes „Brix“, Wachs, Haarspray oder auch der dafür verwendete Zucker können durch unterschiedliche Verbrennungsprodukte die Gesundheitsschädlichkeit des Rauches stark erhöhen. „Brix“, eine Flüssigkeit aus Zucker, Aminosäuren, Hormonen (z.B. dem Pflanzenwachstumshormon Triaccontanol) und Flüssigplastik (welches an der Luft aushärtet). In Growshops¹⁸ ist es allgemein erhältlich und speziell dazu entwickelt worden, um Cannabisblüten vor dem Trocknen zu präparieren und das Aussehen von qualitativ

¹⁸ Der englische Begriff „grow“ meint züchten, anbauen. „Growshops“ sind Geschäfte, in denen ZüchterInnen psychoaktiver Pflanzen (außer illegalisierte Samen, Pflanzen und Pflanzenteile) alle für ihre Züchtung notwendigen Materialien (spezielle Lampen, Erde, Dünger etc.) kaufen können.

minderwertigeren Blüten auf Indoor-Warenniveau zu kaschieren. Die bei der Verbrennung von auf diese Art gestrecktem Cannabis freigesetzten Substanzen sind größtenteils Umweltgifte, die krebserregende und erbgutverändernde Wirkungen haben.

Des Weiteren können in Cannabisprodukten auch Bestandteile von Schädlingsbekämpfungsmitteln vorhanden sein, mit denen die Pflanzen behandelt wurden. Flächendeckend getestet werden Cannabisprodukte auf Rückstände dieser Chemikalien nur in den Niederlanden. Dort wurde herausgefunden, dass 50% der niederländischen Grower¹⁹ solche Mittel verwenden und in ihren Produkten Fluralaxyl, Promocarb und Abamectin die am häufigsten vorkommenden Rückstände sind. Fluralaxyl ist Bestandteil eines Fungizids²⁰, das aufgrund seines gesundheitsschädigenden Potentials eigentlich nur bei Zierpflanzen und Bäumen angewendet werden darf. Promocarb ist ein fungizides und gegen Mehltau eingesetztes Pflanzenschutzmittel, während Abamectin ein Insektizid ist, das hauptsächlich gegen Milben und Fliegenarten zum Einsatz kommt. Alle drei Mittel können schwere gesundheitliche Probleme auslösen (bspw. Lungenentzündungen, Vergiftungen etc.).

Oft sind Cannabisprodukte auch mit Schimmelpilzen und/oder Bakterien belastet.

Diese können giftige Substanzen bilden, die vor allem bei einem empfindlichen Immunsystem sehr gefährlich sein und bei stark immungeschwächten Menschen sogar zu tödlichen Lungenentzündungen führen können. (vgl.: Deutscher Hanf Verband, 2007b)

Seit Neuestem besteht eine akute Gefahr für CannabiskonsumentInnen durch auf dem Markt befindliches Gras, welches mit Bleisulfid versetzt wurde. Von behandlungsbedürftigen Bleiablagerungen im Körper bis hin zu schweren und lebensgefährlichen Bleivergiftungen, sind in Zusammenhang damit viele KifferInnen auffällig geworden, die teilweise intensive medizinische Hilfe benötigten. Welche Absichten hinter dem Strecken von Gras mit Bleisulfid stecken, ist bisher noch unklar. Fakt ist, dass dadurch das rauchbare Endprodukt in hohem Maße gesundheitsschädlich gemacht, dabei jedoch kaum sein Gewicht erhöht wird. Dieser Vorgang vergrößert die mögliche Gewinnspanne nicht. Deshalb kann die Absicht von vorsätzlichen Vergiftungen bisher nicht ausgeschlossen werden. (vgl.: Drug Scouts, 2007f)

¹⁹ „Grower“ ist ein szenenaher, englischer Begriff, der soviel wie ZüchterIn, AnbauerIn bedeutet. Gemeint sind in diesem Falle Hanfbauern und Hanfbäuerinnen.

²⁰ „Fungizide“ sind chemische und biologische Wirkstoffe, die Pilze und Pilzsporen abtöten können.

2 Cannabis und Gesellschaft

2.1 Das gesellschaftliche Bild von Cannabis und dessen Entwicklung

Die Diskussion über psychoaktive Substanzen ist stark durch den Glauben an die Wirksamkeit der Prohibition von psychoaktiven Substanzen und die daran gekoppelte Notwendigkeit einer Repression der User und Dealer²¹ geprägt. In diesem Kontext betritt präventive Arbeit mit der Betrachtung unterschiedlicher Bedürfnisse von KonsumentInnen diverser Substanzen, eine rechtliche Grau- und gesellschaftliche Tabuzone. Dass viele Millionen Menschen mit diesen Substanzen positive Erfahrungen verbinden und diese trotz enormer rechtlicher Konsequenzen für das eigene Leben nicht missen wollen, soll für Öffentlichkeit, Medien und Gesetzgebung nicht von Belang sein. Dies wird von Politikern teilweise bewusst forciert. Amendt (1996:50–51) beschreibt beispielhaft folgendes Szenario: *„Als der bundesdeutsche Innenminister Ende 1989 den bis dahin ‚dramatischen‘ Anstieg der Drogentotenstatistik bekanntgab, ließ er sich von den Kameras des deutschen Fernsehens vor einen Berg beschlagnahmten Cannabis filmen. Ich sah das und glaubte an einen Irrtum, denn nicht ein einziger der in dieser schrecklichen Statistik aufgeführten Toten war Opfer seines Cannabis-Konsums. Offensichtlich ein Missverständnis. Doch bei genauem Hinsehen und nach dem Studium der von der Bundesregierung gezogenen drogenpolitischen Schlussfolgerungen ist ein Missverständnis auszuschließen. Diese bewusste Manipulation der Fernsehöffentlichkeit lag zu sehr im Trend der neuen, von den USA vorangetriebenen Repressionspolitik, deren Instrumente immer gröber werden. Differenzierungen sind nicht erwünscht, die Erkenntnisse der wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung werden als nicht existent behandelt.“*

Für Amendt (ebd.) schien die Legalisierung von Cannabis umsetzbar zu sein. So kamen ExpertInnenkreise zu der Aussage, die Legalisierung sei wissenschaftlich sowie politisch vertretbar, und das unter Einbeziehung aller Einwände von CannabisgegnerInnen und allen

²¹ Englisch für „HändlerIn“. Im deutschen Sprachgebrauch wird der Begriff im Zusammenhang mit HändlerInnen psychoaktiver Substanzen genutzt. Für die Arbeit mit jungen Cannabis-Usern können Dealer wichtige AnsprechpartnerInnen im Hinblick auf die Vermittlung von Wissen und Informationen zur Substanz, möglichen Verunreinigungen, Wirkstoffgehalten etc. sein. Hier sind entsprechende Zugangswege zu diesen Personen zu bedenken, was aber durch die Illegalität von Cannabis erschwert bzw. verhindert wird. Trotzdem ist es sinnvoll sowie notwendig, mögliche Optionen (bspw. dealerspezifisches Informationsmaterial) zu eruieren, da so optimal und an der Quelle mögliche Risiken durch die Substanz eliminiert werden und Dealer zur Qualitätssteigerung bezüglich Verunreinigungen sowie zur Vermittlung risikoarmer Gebrauchsformen angehalten und gewonnen werden könnten. Dabei ist das vorherrschende (mediale) Bild über diese Personen als skrupellose, gewalttätige Menschen, die einzig am Profit orientiert sind, zu überdenken, da Substanzkonsum die Beschaffung bedingt und oftmals „normale“ Jugendliche die Funktion des Mittlers in ihrem sozialen Gefüge übernehmen. Dies bestätigen wissenschaftliche Forschungen sowie im Rahmen der Beratungstätigkeit bei den Drug Scouts gemachte Erfahrungen mit Jugendlichen und Dealern. (vgl.: Noß, 2001:13ff)

Versuchen von CannabisfreundInnen, mögliche negative Effekte von Cannabis zu bagatellisieren.

Um zu einer solchen Auffassung zu gelangen, mussten erst einige Cannabismythen wissenschaftlich widerlegt bzw. strittige Punkte geklärt werden. Da diese im Eingang schon weitgehend erläuternd behandelt wurden, sind sie hier nur noch zu benennen. Anfänglich schrieb man Cannabis eine ähnliche abhängig machende Wirkung wie bspw. Heroin oder Alkohol zu, dies ist widerlegt. Nach Aussagen von Amendt (vgl.: 1993:52) macht Cannabis weder süchtig, noch greifen die KonsumentInnen von Cannabis automatisch zu anderen psychoaktiven Substanzen. Cannabis stellt auch keine „Einstiegsdroge“ (ebd.) dar. Laut Amendt zeigen diverse Studien zu Konsumverhalten, dass viele User Cannabis ein- oder mehrmals gebrauchen und dann den Konsum wieder einstellen. Dies findet seine Begründung in der spezifischen Wirkung von Cannabis, da eine angenehm empfundene Wirkung von Cannabis immer mit bestimmten psychischen, sozialen und physischen Bedingungen einhergeht. Dies schränkt den Kreis der potentiellen KonsumentInnen von Cannabis ein.

Viele einmalige User von Cannabis stellen den Konsum für immer einstellen, da sie nach eigener Aussage mit dem Konsum nichts anfangen können, weil dieser ihnen nichts gibt, oder ihn als unangenehm empfinden. Wer sich auf die Suche nach positiven Erfahrungen und Erlebnissen macht und sich dabei der Wirkung von Cannabis aussetzt, muss zu riskanten und ungewöhnlichen Erfahrungen bereit sein. Diese bedingt die Wirkung der Substanz. Zu dieser gehören Wahrnehmungsveränderungen, die man zulassen können muss, darauf folgende Verhaltensänderungen, mit denen man umgehen muss, und die im Umgang mit anderen Menschen bedacht werden müssen, sowie veränderte Kommunikationsformen, die es im Rahmen solcher Erfahrungen zu akzeptieren gilt. Darüber hinaus ist der Bruch der eigenen „Charakterpanzerung“ möglich. All diese durchaus riskanten Erfahrungen können mit der Wirkung von Cannabis einhergehen. Welche Erfahrungen gesucht werden und welche gesellschaftlich anerkannt, ja erwünscht sind, hängt stark vom aktuellen Zeitgeist. (vgl.: Amendt, 1996:48ff)

Nach Amendt (1996:48ff) liegt die Substanz Cannabis gar nicht im Trend der gegenwärtigen Zeit. Die Wirkung kann in Abhängigkeit zur konsumierenden Person eine distanzierte Sicht auf das momentane Wertesystem, die Hinterfragung und Abkehr von Ansichten der gesellschaftlichen Mitte sowie deren Moralvorstellungen mit sich bringen. In Zeiten von Arbeitslosigkeit bewegt dies nicht unbedingt viele dazu, ähnliche Erfahrungen machen zu

wollen, sondern zwingt dazu, sich anzupassen um zu funktionieren und somit weniger gesellschaftskritisch (bspw. Arbeitsmarkt) zu hinterfragen. Unsere industrialisierte Gesellschaft benötigt wache und hoch konzentrierte TeilnehmerInnen, die die Bereitschaft mitbringen, sich an den aus der gesellschaftlichen Realität resultierenden, immer schneller werdenden Zeittakt anzupassen. Demnach entspräche die Wirkung von Amphetaminen der momentanen Anspruchs- und Bedürfnislage, denn sie verursacht keine Stimmungsumschwünge, steigert die Leistungsfähigkeit und Aufmerksamkeit. Sie intensivieren und potenzieren dagegen bereits immanente Gefühle in KonsumentInnen. So ist es ein bekannter Fakt unter Usern, dass man, wenn man schlecht gelaunt ist oder sich nicht gut fühlt, nicht konsumieren sollte. Darüber hinaus sind eventuelle Nebenwirkungen von Cannabis im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen wie bspw. Alkohol, unter Berücksichtigung der medizinischen und pharmakologischen Wirkung und des damit verbundenen Risikos, kalkulierbar und vertretbar. Zwar kann es speziell bei oralem Konsum zu problematischen Situationen wie psychotischen Reaktionen kommen, die aber auf eine Überdosierung zurückzuführen wären bzw. mit der psychischen Disposition der konsumierenden Person einhergehen. Wie eingangs schon erwähnt, ist Cannabis hier höchstens Auslöser schon vorhandener Störungen, aber nicht Verursacher. (vgl.: Amendt, 1996:48ff) *„Dieses Risiko wäre eindeutig zu verringern, wenn offen – und das heißt ohne strafrechtliche Konsequenzen und ohne moralisierende Begleittöne – über Dosierungsregeln wie auch über die soziale Handhabung der Droge – das sogenannte setting – gesprochen werden dürfte.“* (Amendt, 1996:53) So gilt für Cannabis wie für jede andere Alltagsdroge auch, dass die Arbeit an Maschinen und das Lenken eines Kraftfahrzeuges unter dem Einfluss seiner Wirkung nicht ungefährlich ist.

Trotzdem werden Menschen weiter konsumieren. Ist es da nicht sinnvoll, über Umgangsweisen sowie Dosierungsregeln, Konsumrituale und die soziale Integration von Cannabis nachzudenken und den Menschen die Gelegenheit zum offenen Austausch darüber zu bieten? Aus der gesellschaftlichen Realität der KonsumentInnen und der wissenschaftlichen Betrachtung derselben heraus hat sich ein Gegenpol zur Prohibition entwickelt – der Ansatz der Legalisierung von Cannabis. So spricht Amendt davon, dass die Prohibition einen entscheidenden rechtspolitischen Fehler hat. Er meint, das Verbot sei nicht durchsetzbar, da in fast allen europäischen Städten wider den Versicherungen der Ermittlungsbehörden, die nach eigenen Angaben den GroßvertreiberInnen im Drogenhandel Einhaltung gebieten wollen, Strafdelikte in Zusammenhang mit Cannabis über 50% der Betäubungsmitteldelikte

ausmachen. Hier zeigt die Strafrechtspraxis, wer Zielperson von Maßnahmen der Justiz und Repressionen wird. Nicht DrogengroßhändlerInnen, sondern KonsumentInnen in mannigfaltigen Situationen sind HauptadressatInnen staatlicher Repression, so bspw. bei Drogentests für Musterungen und Arbeitsverhältnisse oder dem Besitz von Cannabis. So haben einzig Staaten wie die Niederlande Konsequenzen aus dieser gesellschaftlichen Realität gezogen und im Sinne der KonsumentInnen, nicht der GroßhändlerInnen, den staatlichen und privaten Umgang mit Cannabis liberalisiert. D.h., dass Usern der Zugang zu kontrolliertem, ungestrecktem Marihuana und Haschisch zu fairen Preisen innerhalb liberalisierter Strukturen ermöglicht wurde. So stehen nach Amendt, einem/einer aufgrund von Cannabiskonsum verurteilten Delinquenten/Delinquentin statistisch 10.000 User von Cannabis gegenüber. Diese haben keinerlei Unrechtsbewusstsein wegen des Konsums und ohne polizeiliche Repression oder Kontakte wird weiter Cannabis konsumiert. Diese Entwicklung nehmen VertreterInnen des Strafrechts mit Sorge zur Kenntnis, wobei sie davon ausgehen, dass diese Ungleichbehandlung zu einer schweren Störung des Rechtsbewusstseins der meist jungen „TäterInnen“ führen könne, die sich in späteren Entwicklungsphasen hinsichtlich der Einstellung zur Gesellschaft manifestieren kann.

Weiterhin ist beachtlich, dass durch den kontinuierlichen Anstieg von Betäubungsmitteldelikten das Justizsystem der meisten westeuropäischen Länder und insbesondere der USA behindert, teilweise sogar lahm gelegt wurde. Hier ist besonders der Strafvollzug als Beispiel anzuführen. Die Gefängnisse sind schlicht überfüllt und damit nicht funktionstüchtig. So wirkt das Strafrecht nicht mehr abschreckend, wenn dieses wegen jeder Ordnungswidrigkeit zur Anwendung kommt. Hier „denaturiert“ (vgl.: Amendt, 1996:54) die Strafe, da der Staat sie mehr präventiv als „haushälterisch“, d.h. der Schwere der Tat angemessen, einsetzt. Die völlige Sinnlosigkeit des Verbots manifestiert Amendt in einem klassischen Mechanismus, der auch schon die Alkoholprohibition in den USA zum Scheitern brachte. Dieser ist in dem Bedürfnis nach neuen Erfahrungen der KonsumentInnen zu finden.

Das Wissen über Anbau, Aufzucht, Ernte, Samenqualität und Sorten, Düngung, Beschneidung und Trocknung ist weit verbreitet und wird von der Cannabis konsumierenden Szene gepflegt und weiterverbreitet. So entsteht ähnlich der mafiösen Schwarzbrennereien in den Prohibitionsjahren der USA unter illegalisierten Bedingungen immer wieder und immer mehr Eigenanbau von Cannabis. Der Handel mit hochpotenten Samen wird über das Internet

weiter vorangetrieben und von Holland aus im Rahmen der Sensi-Seed-Samenbank²² professionalisiert. Es ist davon auszugehen, dass zwei bis drei geerntete Hanfpflanzen den Jahresbedarf durchschnittlicher KifferInnen decken können. Um auch diese Entwicklung zu berücksichtigen, müssen staatliche VerfolgerInnen viel stärker in das private Umfeld von Usern eindringen. Dies kann nur unter Mitwirkung und -hilfe der Bevölkerung funktionieren, die dann zur Denunziation angehalten wäre, wovon doch selbst konservative JustizvertreterInnen zurückschrecken. Darum wird in der Argumentation gegen die Liberalisierung im Umgang mit Cannabis immer wieder auf längst widerlegte Ansichten zurückgegriffen, wie z.B., dass Cannabis eine „kulturfremde“ Droge sei. Leider ist die Bereitschaft der Bevölkerung, solche Argumente zu akzeptieren, äußerst hoch, was wohl daran liegt, dass das Problem mit psychoaktiven Substanzen übermächtig erscheint und empfunden wird (Amendt, 1996:55). Es ist ein immenser Problemdruck vorhanden, der durch Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Armut, Naturkatastrophen und menschliche Tragödien wie Krieg, Vertreibung und Flucht produziert und verstärkt wird.

Deshalb ist es wichtig, an diesem Punkt zu differenzieren und klarzustellen, dass mit der Freigabe von Cannabis keine neue Substanz am Markt etabliert werden soll, sondern nur der Umgang mit einer schon am Markt vorhandenen Substanz neu geregelt werden soll. So bekäme Cannabis einen ähnlichen Status wie Alkohol und Tabak. Interessant ist, dass Alkohol und Tabak aus gesundheitspolitischer und volkswirtschaftlicher Sicht problematischere Auswirkungen haben als Cannabis. Nach Amendt (1996:55) ist eine Schädigung durch Cannabis im Ausmaß dieser legalen Substanzen nicht im Ansatz zu erkennen. Über diese Fakten hinaus wäre im Rahmen gesundheitsfördernden Verhaltens niemand daran gehindert, Cannabis zu meiden, ebenso wie derzeit Alkohol und Tabak. *„Prävention statt Prohibition: Wer will, der darf, muß aber nicht.“* (ebd.)

Nach Amendt bleibt hier nur die Frage offen, woher der Antrieb der Gruppierungen kommt, die Cannabis als Teufelszeug oder gefährliche Droge am liebsten ausmerzen wollen? Dem kommt man, Amendt folgend, auf die Schliche, wenn man die Ursprünge dieser Diskussion und die verschiedenen Lager der Auseinandersetzung betrachtet: Die Diskussion, ob Cannabis einen Genussmittelstatus ähnlich dem von Alkohol bekommen soll, war auch schon immer ein Kulturkampf. Gemeint ist hier die Protestbewegung, die die soziale Basis für den

²² Über 20 Jahre sammelt, bewahrt und kreuzt die Sensi-Seed-Bank Cannabis-Sorten aus der ganzen Welt. Die Sensi-Kollektion ist inzwischen die weltweit umfangreichste Sammlung rauscherzeugende Cannabissorten, die es gibt. (vgl.: Leschka, 2007)

Cannabiskonsum darstellte und auch teilweise noch darstellt. Allerdings ist es heute nicht mehr auszumachen, wo die KonsumentInnenbasis liegt, da Cannabis die meist verbreitete illegalisierte Substanz in verschiedenen sozialen Schichten ist (vgl.: Bätzing, 2007:36) und auch im privaten Umfeld konsumiert wird, ohne einen deutlichen Bezug zu einem klar zu definierendem Kontext zu haben. Laut Amendt (Amendt, 1996:55f) war Cannabis und dessen Konsum stark da zu verorten, wo es jugendliches Protestpotential gab. Also war die Feststellung, dass bestimmte gesellschaftliche Gruppen ein starkes Interesse an der Aufrechterhaltung der Cannabisprohibition haben, nichts Überraschendes. Da dieses als Repressionsmittel und somit als Kontrollinstrument für rebellische Jugendliche dient. Sollte man dieses Instrument so ohne weiteres einfach aus der Hand geben? Eben diese Frage werden die angesprochenen Gruppen wohl wissend verneinen. Cannabis als Substanz der sechziger Jahre verstanden, bedingt einen Kampf gegen Cannabis, einen Kampf gegen die Kultur der sechziger Jahre. Da Hanf die Sechziger stark beeinflusst hat, ist vorstellbar, dass das Entstehen der Kultur der Sechziger von den BefürworterInnen der Prohibition nicht anders erklärt und verstanden werden kann, als durch den Konsum, die Wirkung und die Folgen von Cannabis. Die Auswirkungen dieser Sichtweise kommen bis in die heutige Zeit zum Tragen.

Hier kommt man wieder zur Mär von der „kulturfremden“ Droge, was unter diesem Standpunkt betrachtet einen gewissen Sinn entwickelt. Interessant ist, dass Cannabis als „kulturfremde“ Droge ungewollt in Subkulturen auf diese Weise etabliert wird. Wohingegen sich die Industriegesellschaften, die sich so stark vor der „kulturfremden“ Substanz Cannabis fürchten, mit ihren „kulturell eigenen“ Substanzen (Alkohol etc.) in brutalster und rücksichtslosester Weise in andere Kulturen (bspw. Nordamerika, Australien) eingedrungen sind und dabei Konsumgewohnheiten ganzer Ethnien geändert sowie diese vernichtet haben (vgl.: Amendt, 1996:55). Also sind die Ansichten und Gegenargumentationen zu Cannabis als „kulturfremde“ Substanz kein Angriff auf Cannabis selbst. Vielmehr zielen die Argumente auf die soziale Basis des Cannabiskonsums. Diese ist fremd und symbolisiert für viele das Fremde, und Fremdes macht Angst. Dazu kommt, dass nach Szasz, den Amendt anführt, sich in der Einstellung zum Konsum psychoaktiver Substanzen, tief sitzende, spirituelle, quasi religiöse Haltungen widerspiegeln. (vgl.: Amendt, 1996:48ff)

2.2 Prävalenz des Konsums von Cannabis

Cannabis war bis in die sechziger Jahre hinein in Deutschland wenig verbreitet. Dort waren es hauptsächlich intellektuelle Kreise, die Cannabis konsumierten. Im Nachkriegsdeutschland war die Substanz im Umfeld der amerikanischen Alliierten gebräuchlich. Mit der StudentInnenbewegung in den späten sechziger Jahren, welche Cannabis teilweise offener gegenüber stand als die restliche Gesellschaft, wurde Cannabis einer breiteren Schicht junger Menschen zugänglich. Hier ging der Konsum von Cannabis mit seiner bewusstseinsweiternden und -verändernden Wirkung mit gesellschaftskritischen und nonkonformistischen Einstellungen einher. Mit der Hippiebewegung, deren Konsum von Cannabis und der raschen Verbreitung und Problematisierung in der Presse wurde es immer populärer. Der Konsum von illegalisierten Substanzen nahm auch allgemein Ende der sechziger Jahre sprunghaft zu. Diese Entwicklung erreichte Mitte der siebziger Jahre ihren Höhepunkt und sank in den folgenden Jahren wieder leicht. Anschließend verlief die Prävalenz stabil, bis zwischen 1990 und 1993 wieder ein Anstieg des Konsums von Substanzen zu verzeichnen war, welcher beständig blieb. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:67f /Soellner, 2000:64/Täschner, 1986:25) Daran anknüpfend verbreitete sich der Konsum von Cannabis unter Jugendlichen und Heranwachsenden in Deutschland in den Jahren von 1997 bis 2004 immer weiter. Es ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung bis jetzt anhält. Damit ist Cannabis die am weitesten verbreitete und meist konsumierte illegalisierte Substanz in Deutschland (vgl.: Freitag, Hurrelmann, 1999:49/Bätzing, 2007:36). Hinsichtlich des Erstkonsumalters ist die Tendenz zu verzeichnen, dass immer jüngere Menschen Cannabis gebrauchen. Zwar ist bei beiden Geschlechtern ein Anwachsen des Cannabiskonsums festzustellen, allerdings konsumierten Mädchen und Frauen prozentual deutlich mehr als noch 1995. Dadurch kommt es bezogen auf den Cannabiskonsum zu einer starken Annäherung von männlichen und weiblichen Konsumenten. Hinsichtlich der Konsumhäufigkeit und des Einstiegsalter anderer Substanzen gibt es zwischen weiblichen und männlichen Konsumenten nur geringfügige Änderungen. Die Provierbereitschaft von Jugendlichen und Heranwachsenden (12–25Jährige) ist von 1993 mit 26% auf 47% im Jahre 2004 gestiegen. Interessant ist hier die spezielle Bedeutung von Cannabis unter Jugendlichen. Denn nur bei Cannabis ist ein solch immenser Anstieg der Provierbereitschaft zu verzeichnen. Bei anderen psychoaktiven Substanzen wie Amphetamin, Ecstasy oder Kokain gab es nur einen leichteren Anstieg der Provierbereitschaft (5–10%) und Substanzen wie LSD und Heroin liegen noch unter diesen Prozenten. Dies kann auch mit dem von Kleiber und Soellner wie folgt beschriebenen Phänomen zusammenhängen: „Hierfür spricht auch die Tatsache, dass sich die

Einschätzung körperlicher und seelischer Gefahren von Cannabis in der jugendlichen Bevölkerung geändert hat: Während 1987 nur 40% einen ein- bis zweimaligen Konsum als ungefährlich ansahen, taten dies 1993 62%.“ (Kleiber, Soellner, 1998:69) Innerhalb dieser Entwicklung werden ErstkonsumentInnen immer jünger. Lag das Erstkonsumalter 1993 noch bei 17,5 Jahren, ist es 2004 auf 16,4 Jahre gefallen, Tendenz weiter fallend. Hieraus lässt sich auch der momentan voranschreitende Sinneswandel unter Jugendlichen ableiten, was die Einschätzung des Risikos des Cannabiskonsums sowie die Akzeptanz der Substanz Cannabis unter jungen Menschen allgemein betrifft. Dies bestätigen auch die internationalen ESPAD-Studien²³, die in der Hälfte der EU-Länder seit 1995 ein Anwachsen der Prävalenz bezogen auf Cannabis um das Doppelte bzw. Dreifache verzeichnen. (vgl.: Petersen, Thomasius, 2007:19ff) Betrachtet man die Entwicklung der Lebenszeitprävalenz bezüglich illegalisierter psychoaktiver Substanzen allgemein, ist zu verzeichnen, dass der starke Anstieg des Konsums auf die Lebenszeit gesehen, fast ausschließlich auf den Anstieg der KonsumentInnen von Cannabis zurückzuführen ist. So haben 2001 in Deutschland unter den 12–15 Jährigen 26% Erfahrungen mit Cannabis gemacht und „nur“ 4% mit Ecstasy, 3% mit Amphetaminen, 2% mit LSD, 2% mit Kokain, 1% mit Schnüffelstoffen wie Leim o.ä., 0,3% mit Heroin und 0,2% mit Crack. (vgl.: Raithel, 2004:31) „Die ‚Erfahrung mit illegalen Drogen‘ ist dabei zu großen Teilen gleichzusetzen mit ‚Erfahrungen mit Cannabis‘. Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Nahezu alle Drogenerfahrenen der Studie 1993 haben Haschisch oder Marihuana konsumiert (93%).“ (Kleiber, Soellner, 1998:68)

Die vorangegangenen Daten beschreiben eine gesellschaftliche Wandlung des Ansehens der Substanz Cannabis. Diese wird vor allem von Jugendlichen und Heranwachsenden nicht mehr als eine Abhängigkeit verursachende Substanz begriffen, sondern mehr und mehr als Genussmittel. Diese Entwicklung verweist auf einen möglichen Bedarf für Hilfe- und Unterstützungseinrichtungen, da durch die partielle gesellschaftliche Anerkennung von Hanfprodukten (zumindest unter Jugendlichen), auch Menschen mit Cannabis in Kontakt kommen, die noch nicht konsumerfahren sind bzw. die schon länger konsumieren und eventuell Unterstützungsbedarf entwickeln. Es bleibt festzuhalten, dass Cannabiskonsum, aufgrund seiner Ausprägung in der bundesrepublikanischen Gesellschaft verankert ist. Der Gebrauch von Cannabis bedarf ähnlich dem Alkoholkonsum verschiedener Umgangsregeln

²³ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

(Safer Use²⁴), die aber aufgrund der Illegalität von Hanf gesamtgesellschaftlich nicht vermittelt werden. Der aktuelle Kurzbericht der BZgA von 2007 scheint dies zu bestätigen: Zwar ist nach diesem Bericht bis 2004 die Zahl der KonsumentInnen von Cannabis, die mindestens einmal im letzten Jahr bzw. einmal im Leben Cannabis konsumierten, kontinuierlich gestiegen, doch ist von 2004 bis heute ein Rückgang der Probierbereitschaft unter bisher noch abstinenten Jugendlichen zu bemerken. Der Anteil regelmäßig konsumierender Jugendlicher blieb von 1993 bis 2007 konstant. So scheint es aktuell einen Rückgang unter den Probier- bzw. ErstkonsumentInnen zu geben, während die Zahl der regelmäßig konsumierenden CannabisgebraucherInnen konstant bleibt. (vgl.: BZgA, 2007:12/Bätzing, 2007:36)

Prävalenz von Cannabiskonsum in den neuen Bundesländern

Die Prävalenz des Konsums von psychoaktiven Substanzen innerhalb der neuen Bundesländer bekam erst nach der Wende Gewicht für wissenschaftliche Untersuchungen. Aufgrund der nicht konvertierbaren Währung und der Besonderheiten im Ein- und Ausreiserecht der DDR war der Gebrauch der aktuell in der BRD konsumierten und illegalisierten psychoaktiven Substanzen in der DDR aus wissenschaftlicher Sicht so gut wie nicht vorhanden. Dementsprechend sind eventuelle Konsumerfahrungen in dieser Generation nicht oder nur sehr gering vorhanden. Seit der Wende sind auch in den neuen Bundesländern alle Substanzen verfügbar. Der erwartete immense Anstieg des Drogenkonsums blieb allerdings aus (vgl.: Barsch, 2004:255). Zwar stellt man unter der ostdeutschen Bevölkerung einen kontinuierlichen Anstieg der Konsumerfahrungen fest, dieser ist aber nicht stark. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:72)

Prävalenz von Cannabiskonsum in der Europäischen Union

Im World Drug Report 2007 der United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) wird für ganz Europa eine Zahl von 30.500.000 CannabiskonsumentInnen vermutet (vgl.: UNODC, 2007:114). Des Weiteren wird betont, dass Cannabis die am stärksten konsumierte, illegalisierte Substanz der Welt ist. 2002 wurde unter den Mitgliedsstaaten der Europäischen

²⁴ „Darunter versteht man die Anwendung von Regeln für einen weniger riskanten Umgang mit Drogen. Voraussetzung für Safer Use ist ein vorausschauendes Nachdenken über den eigenen Konsum.“ (Drug Scouts, 2007b)

Union eine repräsentative Befragung (vgl.: Zimmer, Morgan, Bröckers, 2004:69) unter Jugendlichen und Heranwachsenden (15–24 Jahre) durchgeführt. So sind unter den europäischen Jugendlichen durchschnittlich 28,9% zu verzeichnen, die bereits Erfahrungen mit Cannabis haben. Hier liegt Deutschland mit 25,6% knapp unter dem Schnitt. Von den befragten EuropäerInnen schätzten 20,6% den Gebrauch von Cannabis als „sehr gefährlich“ ein. Deutschland liegt hier wieder knapp unter dem Durchschnitt, mit 19%. Am seltensten als „sehr gefährlich“ wurde Cannabis in den Niederlanden mit 7,2 % bewertet. Dort ist es seit 1976 in sogenannten „Coffeeshops“ straffrei erwerbbar und der Umgang mit Cannabis gesellschaftliche Realität. (ebd.) Fraglich bleibt, ob zwischen der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der Substanz und deren im Vergleich „harmlosen“ Bewertung ein bewiesener Zusammenhang besteht. So wird Cannabis unter den griechischen Befragten von fast der Hälfte (47,8%) als „sehr gefährlich“ eingestuft. (vgl.: Petersen, Thomasius, 2007:22) Hier vermuten wir einen Zusammenhang mit der griechischen Strafrechtspraxis, da die Regierung Griechenlands eine sehr repressive Drogenpolitik verfolgt.²⁵

Prävalenz von Cannabiskonsum weltweit

Im World Drug Report 2007 werden weltweit ca. 160 Millionen User von Cannabis vermutet. (vgl.: UNODC, 2007:95) In Ozeanien, danach Nordamerika und Afrika ist die stärkste Prävalenz verzeichnet. Asien ist durch die hohen Bevölkerungszahlen zwar zu einem Drittel an den weltweiten CannabiskonsumentInnen beteiligt, allerdings ist der Konsum innerhalb Asiens aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte weniger verbreitet. 46% der 101 Staaten, die von der UNODC erfasst wurden, berichten von einem Anwachsen des Cannabiskonsums, nur 16% von sinkendem. Den Aussagen der UNODC zufolge steigt der Konsum von Cannabisprodukten weltweit an. Darüber hinaus soll der Cannabiskonsum im vergangenen Jahrzehnt stärker angewachsen sein als Opiat- oder Kokainkonsum. (Petersen, Thomasius, 2007:22ff) All diese Aussagen lassen einen hohen und steigenden Bedarf an sozialen Unterstützungsleistungen für Jugendliche im Umgang mit Cannabis in Deutschland und darüber hinaus vermuten.

²⁵ In Griechenland werden alle polizeilich ermittelten Fälle von Erwerb, Besitz und Konsum auch geringster Mengen illegalisierter Substanzen ohne Ausnahme strafverfolgt. Nach griechischer Strafrechtspraxis werden hohe Gefängnisstrafen verhängt, mit Ausnahme von erstaußfälligen Usern im Zusammenhang mit sehr geringen Mengen (als Strafen hier: psychologische Begutachtung und ggf. Therapie) und bei gerichtlich als abhängig eingestuften Personen (hier: Therapie statt Strafe). (vgl.: ELDD, 2007)

3 Gesundheit im Jugendalter

3.1 Gesundheit im Jugendalter – eine zugrunde liegende Definition

Für eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernden Angeboten an junge Kifferinnen und Kiffer sowie die Förderung deren Bewusstseins für eine Vermeidung von gesundheitlichen Schäden/gesundheitlicher Schadensminimierung ist es unabdinglich, vorerst darzulegen, was unter Gesundheit im Jugendalter verstanden wird, wie man Gesundheitsbeeinträchtigungen erkennt und welches Ziel aus sozialpädagogischer Sicht verfolgt werden soll. Dazu dient die folgende Festlegung auf einen wissenschaftlich akzeptierten Gesundheitsbegriff. In diesem Kapitel wird ein kurzer Abriss über die geschlechts- und altersspezifischen Aspekte von Gesundheit im Jugendalter sowie die Erklärung verschiedener Indikatoren zur Orientierung hinsichtlich der verschiedenen Gesundheitsaspekte dienen.

Ältere pathogenetische Krankheitsmodelle bieten keine gute Ausgangsposition, da sie im Prinzip keine Definition von Gesundheit beinhalten. Die Pathogenese legt den Fokus auf die Entstehung einer Krankheit und ihrer Symptome, wobei angenommen wird, dass der Mensch gesund ist, sobald die betreffende Krankheit und deren Symptome vorüber, also behoben sind. Dieses Modell greift sehr kurz, da unserer Meinung nach durch das Fehlen einer Definition von Gesundheit keine wirkliche Bewertung des Gesundheitszustandes eines Menschen möglich ist. Gesundheit ist für uns ein Zusammenspiel von vielen inneren und äußeren Faktoren, die nicht unbedingt direkt mit einer Krankheit oder Krankheitssymptomen zu tun haben müssen. (vgl.: Stumpe, 2004) Da es bisher keinen Gesundheitsbegriff gibt, der alle Gesundheitsaspekte einbezieht, die wir zur Bewertung von Gesundheit im Jugendalter benötigen, sehen wir uns gezwungen, ausgehend vom offiziellen Gesundheitsbegriff, eine eigene Definition von Gesundheit zu erstellen, auf die wir uns dann in den folgenden Kapiteln beziehen können, wenn wir den Begriff Gesundheit benutzen.

„Die Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO, 1946)

Diese Definition aus der Verfassung der World Health Organization beschreibt im Grundsatz Gesundheit, jedoch fehlen biologische, psychologische und sozialwissenschaftliche Indikatoren für dieses Wohlbefinden, um es überprüfbar und identifizierbar zu machen. Es ist zwar klar dargelegt, dass Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit darstellt,

sondern auch biopsychosoziale Voraussetzungen hat, aber worin diese bestehen, bleibt unklar. Die gleichwertige Betrachtung von sozialem, psychischem und physischem Wohlbefinden löst den Gesundheitsbegriff aus der rein medizinischen Sichtweise (Abwesenheit von Krankheit) und richtet die Aufmerksamkeit auch auf die subjektiven Kriterien einer empfundenen Gesundheit. Dies wiederum ist besonders im Jugendalter von Bedeutung, da Krankheiten in dieser Lebensphase oft durch subjektiv empfundene Beeinträchtigungen (Stress, Ängste etc.) entstehen oder begünstigt werden können. Dies wird zusätzlich durch die Umwandlung des Hormonhaushaltes in der Pubertät beeinflusst. Es können aber auch zahlreiche Krankheiten ohne subjektive Beeinträchtigung auftreten. Hierbei ist zu differenzieren.

In Anbetracht dessen versuchten sich WissenschaftlerInnen diverser Disziplinen, vor allem aber SoziologInnen und EntwicklungspsychologInnen, an einer neuen Definition, die Gesundheit in Zusammenhang mit Entwicklungspotentialen und Bewältigungsmöglichkeiten betrachtet. So beschreiben Hurrelmann und Kolip (1994:25ff) Gesundheit als einen objektiven und subjektiven Zustand einer Person, in dem diese sich im Einklang mit den an sie gestellten äußeren Anforderungen und Bedingungen sowie ihren eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und Zielvorstellungen der eigenen Entwicklung auf psychischer, sozialer und physischer Ebene, befindet. Unserer Meinung nach bietet gerade die Interaktion körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheitskomponenten wichtige Indikatoren, um Gesundheit als Begriff greifbarer zu machen. Betont werden muss, dass diese Komponenten nicht getrennt voneinander betrachtet werden können, sondern ihre gegenseitige, ganzheitliche Beeinflussung beachtet werden muss. Weiter ist die Unterscheidung zwischen einem Gesundheitsbegriff, der auf Individuen angewendet wird, und einem Gesundheitsbegriff, der auf soziale Gruppen Anwendung findet, wichtig. Für die Betrachtung von Gesundheit im Jugendalter ist der individuenbezogene Gesundheitsbegriff unter Beachtung geschlechts-, kultur-, milieu- und altersspezifischer Zusammenhänge am wichtigsten, um sich der entsprechenden Lebenswelt von Jugendlichen zu nähern und um ihren ganz individuellen Bedürfnissen entsprechend angemessene Unterstützung konzeptualisieren zu können.

3.2 Indikatoren für den allgemeinen Gesundheitszustand

Indikatoren körperlicher Gesundheit im Jugendalter

Hier sind vorerst die objektiven somatischen Indikatoren für Krankheiten (bspw. Infektionen, Viruserkrankungen, Verletzungen, Geschwüre) als die Gesundheit beeinträchtigende Faktoren zu benennen. Diese verweisen auf direkte Krankheitsbilder. Wie erkennt man aber die allgemeine körperliche Verfassung? Nach Kolip und Hurrelmann (vgl.:1994:29ff) gehen moderne Ansätze in der Medizin von einem Gesundheitsbegriff aus, der diesen als ein Systemmodell begreift. So werden nicht Ursache-Wirkungs-Ketten beim Entstehen von Krankheiten fokussiert, sondern der Organismus des Menschen und dessen Bedürfnis nach innerer Balance stehen im Vordergrund. Gemeint ist damit, dass der Organismus die Bewältigung der durch die Umwelt gestellten Anforderungen an die inneren Organe, also das eigene System, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen ohne Überanstrengung bewerkstelligen kann. Wenn es zu einem Ungleichgewicht dieser miteinander wechselwirkenden Funktionen kommt, kann Krankheit entstehen. Krankheitszustände können in dieser holistischen²⁶ Betrachtungsweise von der kleinsten bis zur größten Organisationsstufe auftreten, sprich auf biochemischer, zellulärer, organischer oder zerebraler Ebene, also der des Nervensystems. Dieses fungiert auch als Verbindung von somatischem und psychischem Steuerungsbereich, was wiederum auf den Zusammenhang von subjektiver Empfindung und tatsächlichem Befinden verweist.

Wichtig ist es nun, Schwellenwerte, die zu einem Ungleichgewicht führen, zu benennen. Hier können nicht allein physiologische, immunologische und endokrinologische – also objektiv feststellbare – Kriterien Anwendung finden, da diese subjektive Kriterien außen vor lassen. Dabei wird die Verbindung von objektiven, körperbezogenen Kriterien mit subjektiven, bewussteinfähigen Wahrnehmungen in der Medizin immer wichtiger, um eine Aussage über die objektive und subjektive Gesundheit einer Person treffen zu können. Doch bleibt es ein Anliegen, objektive Indikatoren für körperliche Gesundheit zu identifizieren. Diese Indikatoren müssen allerdings den jeweiligen Entwicklungsstand eines Individuums sowie dessen Einbettung in das Umfeld berücksichtigen. Verschiedene Lebensabschnitte (Säuglingsalter, Kindesalter, Jugendalter) bedingen unterschiedliche Ausprägungen der körperlichen Merkmale und körperlichen Balancezustände, welche bei korrekter Auswertung

²⁶ Der Begriff holistisch – meint „ganzheitlich“, „das Ganze betreffend“ und beschreibt eine alles umfassende Betrachtungsweise.

Indikatoren für körperliche Risikozustände sein können. Die starken biologischen Veränderungen im Jugendalter (Reife der Geschlechtsmerkmale, Veränderung von Körpergewicht, Motorik, Körperproportionen etc.) können eine Möglichkeit sein, objektive biologische Indikatoren zu finden, um die Gesundheit innerhalb eines Entwicklungsprozesses zu erfassen. Ergänzt werden können diese Indikatoren durch traditionelle medizinische Daten wie Blutbild, Puls, Atemvolumen, Körperlänge, Bestimmung des Körperfettanteils etc. Allerdings ist es unmöglich, klare Grenzwerte zu konstruieren, bei denen ein körperliches Ungleichgewicht durch Indikatoren der individuellen Entwicklung aufgezeigt würde. Denn spezifizierte Grenzwerte liefern nur Wahrscheinlichkeitsaussagen über die durch das Ungleichgewicht produzierten möglichen Beeinträchtigungen. So ist die Interpretation von Gesundheit aus solchen Daten mehr Spekulation als faktische Diagnose. Beispielhaft sei hier der Body-Mass-Index angeführt. Dieser wird nach Quetelet (vgl.: AlleborgoBot, 2007) berechnet, d.h. das Körpergewicht wird ins Verhältnis zur quadrierten Körperlänge gesetzt. In diesem Zusammenhang werden Mädchen aufgrund ihrer statistisch durchschnittlich geringeren Körpergröße eher als übergewichtig beurteilt. Differenzierungen nach Alter, Muskel-/Fettmasse und sonstigen möglichen Einflüssen bleiben aus und die Ausleuchtung möglicher Ursachen ebenfalls. Ist man versucht subjektive Kriterien zur Bestimmung des Gesundheitsstandes heranzuziehen, ist vorerst die Frage zu beantworten, inwieweit körperliches Wohlbefinden als spezifischer Zustand definiert werden kann.

Nach Hurrelmann und Kolip (1994:31) konnte in einer Studie mit jungen Menschen nachgewiesen werden, dass sowohl physische als auch psychische Aspekte bei der subjektiven Bewertung von Wohlbefinden und damit einhergehend der eigenen Gesundheit Anwendung finden. Darüber hinaus gibt es einen geschlechtsspezifischen Unterschied: Männer verlassen sich eher auf objektive, medizinische Indikatoren für die eigene Gesundheit, wogegen Frauen eher ihr Wohlbefinden als Indikator für die eigene Gesundheit heranziehen. Da die Betrachtung von subjektiv empfundenem Wohlbefinden und dessen Einfluss auf die körperliche Gesundheit noch relativ unerforscht ist, bleibt hier nur die Darstellung der sieben spezifischen Grunddimensionen aktuellen körperlichen Wohlbefindens, die Hurrelmann und Kolip (vgl.: 1994:31f) in ihrer Studie nach Frank darstellen. Diese gliedern sich in:

1. Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand
2. Gefühl von Ruhe und Muße
3. Vitalität und Lebensfreude
4. nachlassende Anspannung/angenehme Müdigkeit
5. Genussfreude/Lustempfinden
6. Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit
7. Gepflegtheit/Frische/angenehmes Körperempfinden

Auch hier ist von einer geschlechts- und altersspezifischen Ausprägung auszugehen. Z.B. wird den Punkten 1 und 3 im Jugendalter vermutlich mehr Bedeutung zugemessen, als dem Punkt 2. Was sich aber im späteren Erwachsenenalter durchaus wieder umkehren kann. (vgl.: Hurrelmann, Kolip, 1994:29ff) Daraus ist zu schließen, dass in Ermangelung ausreichender Daten zur Bestimmung körperlicher Gesundheit, objektive sowie subjektive Indikatoren wesentlich für eine Bestimmung im sozialarbeiterischen Kontext sind. Zu deren Auswertung durch die SozialarbeiterInnen (sowie durch das Team, in dem sie sich befinden) in Beratungen, Reflexionen sowie Hilfe- und Unterstützungsbedarfsbestimmungen ist ein hoher Grad an Sensibilität und Einschätzungsvermögen für körperliche Gesundheit und ein mögliches gesundheitliches Ungleichgewicht notwendig.

Indikatoren psychischer Gesundheit im Jugendalter

In diesem Zusammenhang muss zunächst unterschieden werden, wer die Einteilung in psychisch gesund oder krank vornimmt. Dies kann vom Individuum selbst, von „ExpertInnen“ oder vom sozialen Umfeld der entsprechenden Person bestimmt werden. Werden solche Definitionen von Professionellen, wie PsychiaterInnen oder PsychologInnen, vorgenommen, so sind dies i.d.R. Einteilungen in symptomatisch klassifizierte Krankheiten, wie bspw. die Depression. Diese Definitionen werden durch Klassifikationssysteme, wie dem ICD 10 (DIMDI, 2007) oder dem DSM IV (APA, 2000), ermöglicht und bilden für MedizinerInnen in diesem Feld eine Handlungs- und Diagnosegrundlage mit bestimmten Handlungsoptionen in einer Behandlung oder Therapie. Diese Bestimmung orientiert sich aber ausschließlich an vorhandenen, defizitären Symptomen und definiert psychische Gesundheit als Abwesenheit von psychischer Erkrankung. Um sich dem psychischen Gesundheitsbegriff positiv zu nähern, müssen andere Konzepte berücksichtigt werden. Dabei ist es wichtig, psychische Gesundheit nicht nur unter dem Blickwinkel des von der Gesellschaft als „normal“ angesehenen gesunden Verhaltens zu betrachten, sondern auch

individuelle Aspekte psychischer Gesundheit im Kontext „abnormalen“ Verhaltens und im Gegensatz zu gesellschaftlichen Normen in die Überlegungen mit einzubeziehen. Hierbei sind sechs Kriterienbereiche festzulegen: 1. Einstellung zum Selbst, 2. Wachstum, Entwicklung und Selbstaktualisierung, 3. Integration, 4. Autonomie, 5. Realitätswahrnehmung, 6. Bewältigung von Umgebungsbedingungen (Hurrelmann, Kolip, 1994:32)

Nach Becker (vgl.: Kolip, Hurrelmann 1994:32f), der verschiedene Persönlichkeitstheorien auf Kriterien für psychische Gesundheit untersuchte, sind als wichtigste Kriterien Produktivität, Kreativität, Tätigsein, Liebesfähigkeit und Intimität zu benennen. In allen untersuchten Theorien waren diese Kriterien Merkmal für psychische Gesundheit. Becker fasste dies in drei Gruppen unterschiedlicher Aspekte psychischer Gesundheit zusammen. Dies sind Regulationskonzepte, die zur Herstellung einer inneren und äußeren Balance und zur Anpassung an die Umwelt dienen, Selbstaktualisierungsmodelle, die zur Entwicklung menschlichen Potentials befähigen und auf Unabhängigkeit und Autonomie abzielen, und Sinnfindungsmodelle, die dem geistigen Streben eines Menschen entsprechen, einen Sinn hinter allen Dingen und im eigenen Leben zu sehen (Kohärenzgefühl, vgl.: 3.3). Darüber hinaus ist eine Unterscheidung zwischen seelischer Gesundheit als Zustand und als Persönlichkeitsmerkmal sinnvoll. Hierfür werden sieben Indikatoren benannt, die auf die aktuelle psychische Gesundheit verweisen und deren mehrfache Messung vermuten lässt, dass eine stabile Persönlichkeitsstruktur mit psychischer Gesundheit vorliegt. Dieser liegt eine Fähigkeit inne, externe und interne Anforderungen zu bewältigen. Im Folgenden werden die Anzeichen für psychische Gesundheit benannt und erläutert.

1. **Befindlichkeit:** Seelische Gesundheit ist meist durch positive Gefühle erkennbar, selten durch negative. Hier wird deutlich, dass bei der Bestimmung psychischer Gesundheit dem subjektiven Empfinden eine starke Bedeutung zukommt. Diese Befindlichkeit soll sich aus drei Elementen zusammensetzen: Dem positiven Gefühlszustand, durch Emotionen wie Glück, Spaß, Freude ausgewiesen, dem negativen Gefühlszustand, mit Emotionen wie Trauer, Angst, Wut, und einem kognitiven Element, das das bisherige Leben fazitorientiert bewertet.
2. **Energieniveau:** Psychische Gesundheit zeichnet sich durch Interesse, Neugier, Aktivität, Vitalität und Unternehmungslust aus. Die Abwesenheit dieser Antriebe lässt eine psychisch ungesunde Ausgangslage vermuten.

3. **Expansivität:** Psychische Gesundheit zeichnet sich hier durch Spontanität, Expressivität und Selbstbehauptung aus, Krankheit durch Abwehrmechanismen und Vermeidungstendenzen gegenüber der Expansivität.
4. **Leistungsfähigkeit und Produktivität:** Hier werden psychische Funktionen angeführt, die zur Bewältigung von Rollenanforderungen und Aufgaben unabdinglich sind. Gemeint ist dabei bspw. soziale Kompetenz, Willensstärke, Selbstkontrolle etc. Sind hier Defizite erkennbar, hat dies höchstwahrscheinlich einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit.
5. **Selbsttranszendenz:** Beschreibt die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf die Umwelt zu richten und sich im Umfeld zu engagieren. Nach außen gerichtetes Engagement und Liebesfähigkeit sind hier Indikatoren für psychische Gesundheit.
6. **Autonomie:** Psychische Gesundheit wird durch Unabhängigkeit und eigene Handlungsfähigkeit im Einklang mit den eigenen Kontrollmöglichkeiten und -überzeugungen gefördert.
7. **Selbstwertgefühl:** Selbstachtung, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen als Indikatoren psychischer Gesundheit.(vgl.: Hurrelmann, Kolip, 1994:32ff)

Indikatoren für soziale Gesundheit

Um sich dem Begriff „soziale Gesundheit“ zu nähern, müssen die verschiedenen Ebenen, auf denen sozial interagiert wird, unterschieden werden. Soziale Gesundheit findet sich im Umfeld einer Person oder wird durch die Bedingungen im gesellschaftlichen Kontext und der Entwicklung des Kontextes bestimmt. Um soziale Gesundheit zu sichern, bedarf ein Individuum sozialer Netzwerke. Dies meint die Verbindung eines Individuums zu anderen Personen im Rahmen sozialer Beziehungen. Soziale Netzwerke erfüllen viele Funktionen, um soziale Gesundheit zu erreichen bzw. zu erhalten. Dies kann emotionale oder materielle Unterstützung, Hilfe bei Alltagsbelastungen sowie in Krisensituationen, Bereitstellung von Informationen und/oder Aufrechterhaltung und Vermittlung von sozialem Anschluss sein. Dem Bereitstellen dieser sozialen Unterstützungsleistungen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da davon ausgegangen wird, dass sie einen positiven Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden und somit die Gesundheit haben. Hierbei geht man von zwei Wirkungsmechanismen aus. Einerseits soll soziale Unterstützung direkt, durch die Stillung des Bedürfnisses nach Sicherheit, Anerkennung, Liebe und sozialem Kontakt, Einfluss auf das Wohlbefinden nehmen. Andererseits nimmt man an, dass soziale Unterstützung ausschließlich dann wirkt, wenn Stressoren für die Person auftreten, die durch das eigene

soziale Netzwerk in ihrer negativen Wirkung abgefedert werden. D.h., gibt es keine Stressoren, wird auch keine soziale Unterstützung wahrgenommen bzw. wirkt diese nicht positiv auf die Person. Es gibt noch keinen allgemein akzeptierten theoretischen Rahmen in der Netzwerkforschung (Kolip, Hurrelmann, 1994:35). So wird bis zur Erarbeitung eines solchen mit unterschiedlichen Definitionen vom sozialem Netzwerk gearbeitet. Deswegen können keine eindeutigen Aussagen getroffen werden. Jedoch wird unterschieden zwischen tatsächlicher und wahrgenommener Unterstützung: Es wird angenommen, dass nicht tatsächliche Unterstützungsleistungen, sondern die durch die Person wahrgenommenen Hilfen von wesentlicherer Bedeutung sind. (vgl.: Hurrelmann, Kolip, 1994:35f)

Besonders im Jugendalter ist die Unterstützung im sozialen Netzwerk von immenser Bedeutung und spiegelt sich in den von Jugendlichen angestrebten Anpassungsprozessen zu einer Gruppe o.ä. wider. Soziale Gesundheit ist hier für eine Unterscheidung der diversen Quellen der möglichen Unterstützung sinnvoll. So sind anfänglich im Jugendalter die Eltern das Zentrum sozialer Unterstützung, was sich mit zunehmendem Alter des jungen Menschen und der Ablösung vom Elternhaus in Richtung Gleichaltrige verschiebt. Belegt ist weiter, dass sich soziale Isolation negativ auf die Gesundheit auswirkt und zu gesundheitlichen Störungen führen kann. Im Jugendalter kann dies vermehrt auftreten. Begründet liegt es in psychischen, somatischen oder emotionalen jugendtypischen Unregelmäßigkeiten bedingt durch die Pubertät. Das Jugendalter stellt die erste Lebensphase dar, in der ein junger Mensch komplett in ein soziales Gefüge integriert wird. Ausgehend von dieser Annahme sind somit die objektive Integration in die Sozialstruktur und deren subjektive Wahrnehmung, die wiederum verankert ist in der sozialen Identität, Indikatoren für soziale Gesundheit. Diese Identität beschreibt das Vermögen und Empfinden des jungen Menschen, eine anerkannte soziale Rolle einzunehmen, und als Handelnde/r in dieser Rolle vom sozialen Umfeld wahrgenommen und akzeptiert zu werden. Die soziale Identität und deren erfolgreiche Entwicklung stellen also wichtige Voraussetzungen für soziale Gesundheit dar, denn soziale Integration in wichtige Bezugsgruppen wie Familie und/oder Freundeskreis oder die erfolgreiche Integration in Bildungsprozesse und Arbeit sind Faktoren zur Vermeidung von Risiken für die soziale Gesundheit. (vgl.: Hurrelmann, Kolip, 1994:35ff)

Resultate für die Sozialarbeit

Mit der Festlegung auf den oben beschriebenen holistischen Gesundheitsbegriff wird die Fahrtrichtung dieser Arbeit deutlich. Innerhalb dieser ergänzten Gesundheitsdefinition sind vor allem präventive, verhaltensspezifische und gesundheitsfördernde Angebote an junge Menschen sinnvoll, weshalb im Folgenden die Gesundheitsentstehung aufgegriffen wird. Aufgrund der Diversität möglicher Annäherungen an das Cannabithema werden vor allem AutorInnen (bspw. Barsch, Kleiber, Soellner, Stöver) berücksichtigt, die sich dem Thema im Rahmen von Entwicklungspotentialen und Bewältigungsmöglichkeiten junger Menschen nähern. AutorInnen (bspw. Petersen, Täschner, Thomasius), die pathologisierende Erklärungsmodelle nutzen, werden aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit und unserer Hinwendung zu Selbsthilfe stärkenden Ansätzen weniger bis gar nicht einfließen.

Dem Vorangegangenen zufolge stellt sich für SozialarbeiterInnen in der Arbeit mit Jugendlichen die Aufgabe, in Gesprächen oder Beratungssituationen auf die subjektiv empfundenen und objektiv bestehenden Probleme, die durch die Jugendliche (bewusst oder unbewusst) verbalisiert werden, zu achten. Dabei sollen die geschilderten Indikatoren helfen, psychische, soziale oder physiologische Probleme zu erkennen. Anschließend kann bei der Klärung eines eventuellen Änderungsbedarfes sinnvoll und zielfokussierend gearbeitet werden. D.h. auch, Jugendlichen ausreichend Raum zu geben, bestehende Empfindungen zu artikulieren, da sie hinsichtlich der Veränderung eines negativ empfundenen Zustands für ein positives Empfinden körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit unabdinglich sind. Dies setzt eine entsprechende Sensibilität und Einfühlungsvermögen bezüglich der Anzeichen und ihrer Verstecke in Sprache, Mimik und Gestik auf Seiten der Beratenden voraus und auf der anderen Seite schließt es ein, den Aussagen der NutzerInnen Glauben zu schenken. Dies verweist darauf, dass alle Aussagen in diesem Kontext Funktionen und Bedeutungen haben, die im Zwiegespräch gedeutet und ausgewertet werden müssen, um den Veränderungsbedarf zu eruieren. Werden einer oder mehrere der Indikatoren für psychische Gesundheit als mangelhaft beschrieben oder (bewusst oder unbewusst) als ungenügend deklariert, ist dies Anzeichen für einen Veränderungsbedarf. Dies muss, von Einzelfall zu Einzelfall verschieden, mit dem/r Jugendlichen abgesprochen werden. Die Anzeichen sind als Warnmeldungen zu verstehen, die auf eventuelle Defizite verweisen. Mit dem Wissen darum kann die Tiefe eines möglichen Problems ausgelotet, Veränderungsbedarf festgestellt und entsprechende Lösungsszenarien erarbeitet werden. Im nächsten Schritt können diese dann erprobt werden. Auch hier ist eine entsprechende Sensibilität der Beratenden vorauszusetzen

und gerade im psychischen Bereich hat diese stark interpretativen Charakter. Darum sind alle möglichen und vermeintlich erkannten Anzeichen mit dem/r betroffenen Jugendlichen auf Richtigkeit zu prüfen. Weiter ist der Aufbau sozialer Identität zu fördern und zu unterstützen. Dabei ist die soziale Integration in die verschiedenen Bezugsgruppen hervorzuheben, da hier wichtige Jugenderfahrungen ausgelotet, bewertet und ins eigene Bezugssystem eingeordnet werden. Dies geschieht in ständiger Interaktion und Reflexion mit den Bezugsgruppen, die Werte vermitteln und identitätsstiftend sind. Gerade im Jugendalter kommt dem Aufbau der sozialen Identität mithilfe und innerhalb der Bezugsgruppen eine gewichtige Bedeutung zu. Hier werden wichtige Erkenntnisse und Umgangsregeln vermittelt und im Idealfall zu einem gesundheitsfördernden Verhalten animiert. Dies setzt allerdings funktionstüchtige und informierte Bezugsgruppen voraus und kann Ansatzpunkt für präventive sowie weiterführende Angebote der Drogenhilfe sein.

Abschließend ist die Integration in Bildungsprozesse und Arbeitsmarkt, also der Entwicklung einer sinnvollen und Freude bringenden Aufgabe, wichtig für die Manifestation sozialer Gesundheit. Hier werden Leistungen anerkannt und entsprechend gelobt, Fähigkeiten bemerkt und eingesetzt, zur Weiterentwicklung animiert und ein Rahmen zur Lebensplanung gegeben. Dies sind alles enorm wichtige Faktoren für die Entwicklung und Stabilisation sozialer Gesundheit.

3.3 Salutogenese als Ansatz und Handlungsgrundlage

Mit der Wortneuschöpfung des Begriffs Salutogenese²⁷ beschrieb der US-amerikanisch-israelische Soziologe Aaron Antonovsky (1923–1994) ein von ihm in den siebziger Jahren begonnenes und in den achtziger Jahren vollendetes Konzept von menschlicher Gesundheitsentstehung und -bewahrung. Diese basiert auf seinen Auswertungen zu Gesamtkontext und Wechselspiel von Gesundheitserhaltung und Krankheitsentstehung. Das Neue an seiner Herangehensweise war die Abkehr von der Fixierung der traditionellen westlichen (Sozial-) Medizin auf ein pathologisch-kuratives Bild von Krankheit und eine Hinwendung zu einer vordergründig salutogenetischen Betrachtungsweise (sozial-)medizinischer Zusammenhänge. Gespeist wurde die Entwicklung dieses neuen medizinischen Blickwinkels aus diesem zugrunde liegenden Erkenntnissen zum biopsychosozialen

²⁷ „Salus“ (lat.) bedeutet „Unverletztheit, Heil“; „Genese“ (griech.) soviel wie „Entstehung“.

Krankheitsmodell²⁸ mit der Betonung auf dem von Antonovsky ebenfalls in den achtziger Jahren beschriebenen menschlichen Bedürfnis nach einem lebensumfassenden Kohärenzgefühl; sowie aus den daraus folgenden Notwendigkeiten für die Entwicklung von erfolgreicher Gesundheitsförderung und damit einhergehender Krankheitsprävention. In den Blickpunkt der medizinischen Betrachtung gelangten so vielmehr die individuellen Gründe dafür, warum Menschen trotz diverser Formen widriger Umwelt- und Lebensbedingungen gesund bleiben können, während die Suche nach den Gründen für die Entstehung von Krankheiten etwas in den Hintergrund trat. Begründet liegt dies in der Erkenntnis, dass vielseitige menschliche Kompensationsmöglichkeiten für Erkrankungsrisiken und -erscheinungen (u.a. auf unterschiedlichen sozialen, strukturellen, materiellen, physischen, psychischen Ebenen) existieren, und dass sie bei konsequenter Nutzung eben diesen und anderen persönlichen Risiken entgegenwirken oder einen Ausgleich für sie schaffen können. (vgl. BZgA, 2001:9–34)

Das Kohärenzgefühl beschreibt nach Antonovsky für das Individuum die Wichtigkeit einer funktionierenden Weltanschauung, durch deren Manifestation ein Erleben der Welt als zusammenhängend erlangt werden kann. Es setzt sich laut Antonovsky aus drei Komponenten zusammen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit
2. Gefühl von Handhabbarkeit / Möglichkeit der Bewältigung
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit / Bedeutsamkeit

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;*
- 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky, 1997:36)*

²⁸ Theorie, die biologische, psychische und soziale Gegebenheiten in der Wirkung auf den empfundenen Gesundheitszustand des Individuums berücksichtigt.

Um „gesund“ zu sein, muss ein Mensch also in psychischen, physischen und sozialen Bereichen seines Lebens funktionieren und sich selbst und die ihn umgebende Welt auch so wahrnehmen und verstehen. Somit ist das Leben kein Wechselspiel zwischen Gesundheit und Krankheit. Vielmehr ist es ein Kontinuum aus beidem, wobei Ungleichgewichte auf den einzelnen Ebenen bestehen können, der Mensch jedoch nicht prinzipiell als krank einzustufen ist. D.h., dass ein Individuum in einem Lebensaspekt ein Ungleichgewicht aufweisen kann, das man als Krankheit bezeichnen könnte, aber in Bezug auf die restlichen Lebensaspekte keine Ungleichgewichte aufweist, in diesen also gesund ist. Krankheit kommt somit erst zum Tragen, wenn ein Lebensaspekt so stark beeinflusst ist, dass dadurch Einschränkungen im „Gesamtsystem“ des betreffenden Menschen entstehen. (vgl.: Antonovsky, 1997:29–38)

Antonovskys Ausführungen und Definitionen sollten deshalb Ansatz und Handlungsgrundlage für die sozialpädagogische Arbeit mit CannabisgebraucherInnen sein, weil so eine ressourcenorientierte Bewertung von Cannabiskonsum wie auch von allen anderen Lebens- und Entwicklungsaspekten im Sinne des oben dargestellten Gesundheitsbegriffs ermöglicht wird. Dies ersetzt die bisher gängige defizitorientierte, mit den Begriffen Krankheit und Abhängigkeit belegte Sichtweise der klassischen Drogenarbeit (vgl. Herwig-Lempp, 1994:94ff) und betont die Autonomie und Eigenverantwortlichkeit der jugendlichen KonsumentInnen (ausführlich in 5.2). Die klassische Sichtweise pathologisiert, stigmatisiert und entmündigt alle GebraucherInnen psychoaktiver Substanzen durch die Konstruktion von Abhängigkeit (vgl.: 5.3) und ist daher (nicht nur, aber besonders) ungeeignet für die Arbeit mit CannabiskonsumtInnen, da sie ihnen Autonomie und Eigenverantwortlichkeit abspricht, die durch Cannabiskonsum selbst keineswegs eingeschränkt werden (vgl.: 5.4). Deshalb wird Antonovskys Modell der Salutogenese in der Arbeit mit Cannabisusern unserer Meinung nach besonders wichtig, da Eigenverantwortlichkeit nur durch eine derartige Umorientierung erreicht und so glaubhafte, authentische (weil Autonomie betonende) Aufklärung möglich werden kann.

4 Jugendphase als Lebensabschnitt

Im Folgenden werden zur Begriffs- und Auftragsklärung die Entwicklungsaufgaben der Jugendphase, deren Zusammenspiel und Wechselwirkungen erklärt, um darzustellen, wie komplex das „Erwachsenwerden“ für Jugendliche in der heutigen Zeit ist und welche speziellen Gegebenheiten und Bedürfnisse dabei berücksichtigt werden müssen.

4.1 Besonderheiten der Jugendphase

Die Jugendphase beginnt mit dem Eintritt in die Pubertät²⁹ und endet mit dem Ende der Adoleszenz³⁰. In dieser Zeit haben Jugendliche elementare Bestandteile der Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und einen Platz im Leben und der Gesellschaft zu finden, zu bestimmen und festzulegen.

Diese Phase geht mit starken körperlichen und hormonellen Veränderungen einher und bestimmt das Gelingen der Ablösung vom Elternhaus genauso wie die späteren persönlichen Eigenschaften und Einstellungen des Menschen. Es ist eine schwierige Aufgabe „erwachsen“ zu werden und für sich, sein Leben und evtl. auch andere Menschen Verantwortung übernehmen zu lernen. Alle Jugendlichen brauchen dabei funktionierende und unterstützende Umfelder und Beziehungen zu Vertrauenspersonen, um ihre zahlreichen Entwicklungsaufgaben (siehe 4.3) effektiv und selbstbestimmt umsetzen zu können. Die Jugendphase ist also eine Zeit des Ausprobierens, was richtig und falsch sein kann, was funktioniert und nicht funktioniert, und geht mit einer allgemein erhöhten Risikobereitschaft einher. Ohne das Eingehen von Risiken des Misserfolges, Versagens etc. wäre eine Entwicklung neuer Verhaltens- und Denkweisen kaum möglich. Jugendliche verlieren in dieser Phase (im Idealfall) also mehr und mehr Ängste vor neuen und unbekanntem Situationen, damit ihnen das Ausprobieren überhaupt möglich wird. Hier werden von den Pubertierenden auch mögliche Risiken für die eigene physische und psychische Gesundheit in Kauf genommen (bspw. bewusste Konfrontation mit potentiell gefährlichen Situationen,

²⁹ „Pubertät“ (lat.: Mannbarkeit) bezeichnet die Entwicklungsphase des Menschen zwischen Kindes- und Erwachsenenalter, in dem physiologische sowie geistige Entwicklungen zum erwachsenen Menschen stattfinden.

³⁰ „Adoleszenz“ (lat.: „adolescere“ bedeutet heranwachsen) meint ein durch die Entwicklung des Menschen bedingtes Übergangsstadium vom Kind zum Erwachsenen. Alle physiologischen Entwicklungsprozesse sind in dieser Phase, gleich den erwachsenen Menschen, weitgehend abgeschlossen, nur emotional und sozial ist der Mensch noch nicht vollends ausgereift.

Drogenkonsum etc.), um eigene Fähigkeiten und Grenzen zu erfahren und für sich selbst festsetzen zu können. (vgl.: Kolte, Schmidt-Semisch, Stöver, 2006:8ff, 11f)

In den nachfolgenden Abschnitten (4.2 und 4.3) sind alle von Jugendlichen zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben detailliert beschrieben. Zu betonen bleibt, dass diese nicht losgelöst voneinander betrachtet werden können, da sie komplex miteinander verbunden sind, aufeinander wirken und teilweise voneinander abhängig sind. Sie werden nicht von allen Jugendlichen in gleichem Maß und in der gleichen Zeit begonnen und abgeschlossen, sondern sind vom allgemeinen Entwicklungsstand abhängig. Aus diesem Wechselspiel entstehen höchst individuelle Biografien. In der heutigen Zeit, in der durch Globalisierung, Individualisierung und Pluralisierung neue Anforderungen an die jugendliche Entwicklung gestellt werden, sind folgende Faktoren für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben enorm beachtlich:

1. Möglichkeiten für traditionelle Formen der Lebensgestaltung treten mehr und mehr in den Hintergrund, da in einer globalisierten Welt unterschiedliche Lebensstile in der gesamten Gesellschaft beobachtbar, dadurch besser nachvollziehbar und dadurch wiederum auch für Jugendliche selbst besser denk- und lebbar werden. Dabei bedeuten vielfältigere Lebensgestaltungsmöglichkeiten zwar mehr Wahl- und Optionsfreiheit für den/die Einzelne/n, bewirken aber „[...] *auch einen erheblichen Konkurrenz-, Selektions- und Flexibilisierungsdruck, dem sich die Jugendlichen stellen müssen.*“ (Barsch et al., 2005:37)
2. Die gesellschaftliche Entwicklung der Globalisierung bedeutet einen tief greifenden Zwiespalt von starker Individualisierung und dadurch auch weitgehender Pluralisierung möglicher Lebensstile. Durch die große Vielfalt möglicher Lebensformen werden auch mögliche Vorstellungen von Normalität und Identität stark vervielfacht. So werden individuelle Grenzüberschreitungen weniger als „Regelverstöße“ oder „abweichendes Verhalten“ bewertet, sondern mehr als ganz normale Erfahrungen in möglichen Lebensläufen. Hier müssen die Jugendlichen eine Art Grenzmanagement betreiben, da sie „[...] *zum einen die bislang gesetzten Grenzen überschreiten müssen, um im gesellschaftlichen Wettbewerb um Chancen und Macht erfolgreich sein zu können, zum anderen aber Grenzen in Bezug auf normative Eckpunkte der Gesellschaft zu respektieren [...]*“ (Barsch et al., 2005:38) haben.

3. Verselbstständigungs-, Ablösungs- und Abgrenzungsprozesse beginnen bei Jugendlichen in der heutigen Gesellschaft viel zeitiger. Dies bedeutet, dass die Jugendphase immer früher beginnt. Daher beginnt auch die Neuorientierungsphase weg vom Elternhaus hin zu Gleichaltrigengruppen und Cliques früher und die in der Generation vorhandenen Lebensstile werden vielfältiger.
4. Einige Entwicklungsaufgaben verschieben sich wiederum lebenszeitlich nach hinten, da die Jugendlichen durch längere Schul- und Ausbildungszeiten sowie Lehrstellenmangel, erhöhte Jugendarbeitslosigkeit und längere Berufsorientierungsphasen länger ökonomisch von ihren Eltern oder staatlichen Leistungen abhängig sind.

Die Jugendphase bietet durch diese gesellschaftlichen Veränderungen immer weniger Freiraum für Entfaltung und Probierverhalten. Es geht durch die hier entstehenden Zwänge für Jugendliche oft viel mehr um Identitätsfindung, da der frühe Beginn der Lebensplanung einen essentiellen Vorteil im Run auf die Chancenverteilung zur Entwicklung gut funktionierender Lebensentwürfe bedeutet. So ist die Lebensphase der Jugend heute viel stärker „[...] belastet mit den Problemen der Lebensplanung und der alltäglichen Lebensbewältigung in einer risikobehafteten Zeit, in der gesellschaftliche Krisenphänomene wie Arbeitslosigkeit, Umweltzerstörung, Vereinzelung und Isolation, Orientierungsverlust in Bezug auf Werte und Normen etc. zu wichtigen Sozialisationserfahrungen geworden sind.“ (ebd.)

Dies bedeutet bei vielen Jugendlichen einen gesteigerten Unterstützungsbedarf bei den diesbezüglichen Entwicklungsaufgaben, da die enorme Vielfalt an Entwicklungsoptionen, die die moderne Gesellschaft bietet, einen höheren Druck zur Auswahl und Selbstorganisation zur Folge hat. „Verlierer sind diejenigen, die diese pluralistischen Optionen nicht nutzen können.“ (ebd.) Die Gründe hierfür sind unterschiedlich und reichen von Unfähigkeiten und Unfertigkeiten für erfolgreiches Handeln, über Schwierigkeiten bei Interessen-, Perspektiven- und Motivationsbildung für die aktive, selbstbestimmte Lebensgestaltung, bis hin zu fehlenden und/oder dysfunktionalen sozialen Rahmenbedingungen für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben. (vgl. Barsch et al., 2005:36ff)

Hier wird deutlich, dass psychosoziale Hilfs- und Unterstützungsangebote für Jugendliche alle (oder zumindest alle voneinander abhängenden) Entwicklungsaufgaben zu berücksichtigen haben, wenn sie erfolgreich arbeiten wollen. Die gesamte Biografie der/des Jugendlichen muss, bezogen auf spezifischen Reifeprozesse, Ressourcen, Stärken, Defizite sowie auf

bedeutsame Bezugspersonen und den gesamten Lebenskontext, aufgearbeitet werden, um dabei helfen zu können, die schwierige und anforderungsreiche Jugendphase zu meistern und einen „[...] *Start in das selbst gewählte und zufriedenstellende Leben als Erwachsener mit möglichst wenig Nachteilen und Defiziten* [...]“ (Barsch et al., 2005:39) ermöglichen zu können.

Dazu wäre eine Einrichtung mit vielfältigen, auf die unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben bezogenen Angeboten von Nöten, die durch „[...] *gezielte Vermittlung neuer Erlebnisse und Erfahrungen, kognitiver und emotionaler Bewertungsstrategien und durch das Initiieren anderer Handlungsmuster* [...]“ (ebd.) bewirken kann, dass „[...] *individuelle Entwicklungsblockaden aufgelöst, Fehlentwicklungen revidiert und Rückstände aufgeholt werden.*“ (ebd.) Dies hat „[...] *eine begleitete stufenweise Verselbstständigung der Jugendlichen* [...]“ (ebd.) zum Ziel. (vgl. Barsch et al., 2005:39)

4.2 Entwicklungsbereiche und normative Entwicklungsaufgaben

Alle Entwicklungsaufgaben stehen in einem Zusammenhang zueinander, weshalb einzelne Entwicklungsbereiche hinsichtlich der Auflösung eines problematischen Verhaltens nicht separat betrachtet und angegangen werden können. An dieser Stelle ist es sinnvoll, die verschiedenen Entwicklungsbereiche und ihre Problemlagen ausführlicher darzustellen, um den verschiedenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und ihren Anforderungen an den jungen Menschen Rechnung zu tragen. Darüber hinaus sind dies Bereiche, die hinsichtlich der Konzeption eines Angebots für Cannabis konsumierende Jugendliche besondere Beachtung finden müssen, um die Lebenswelt junger Menschen zu erfassen und angemessene Unterstützungs- und Hilfsangebote entwickeln zu können. Gemeint sind hier normative Entwicklungsaufgaben. „*Der Begriff ‚normative Entwicklungsaufgaben‘ stammt von Havighurst (1972) und beschreibt Anforderungen, die sich in einer bestimmten Lebensphase des Individuums stellen und deren (Nicht-)Bewältigung Konsequenzen für die nachfolgende Entwicklung hat. Aus seiner Sicht führt eine gelungene Auseinandersetzung mit den Entwicklungsaufgaben eines Lebensabschnittes nicht nur zu positiven Selbstbewertungen und psychischem Wohlbefinden in dieser Phase, sondern stellt darüber hinaus eine notwendige Voraussetzung für die erfolgreiche Auseinandersetzung mit nachfolgenden Entwicklungsaufgaben dar.*“ (Klein-Allermann, 1995:36f)

- Entwicklung von Bewältigungsstrategien bezüglich wachsender Ansprüche des Umfelds an die eigenen, immer schwieriger werdenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Damit geht die Entwicklung verschiedener sozialer Rollen einher und die Bewältigung der daraus entstehenden Anforderungen.
- Das aktive Suchen von Grenzen zur Entwicklung eines eigenen Wertesystems durch Bildung, Ausprobieren und Erleben. Diese Entwicklung wird oft durch Grenzverletzungen, Provokation und Tabubruch begleitet. Aus den durch Grenzüberschreitungen oder Tabubrüchen folgenden Erfahrungswerten und Konsequenzen manifestieren und etablieren sich in dem jungen Menschen neue Wertvorstellungen für ein eigenes moralisches, politisches, ethisches sowie soziales Agieren.
- Die Abnabelung von den Eltern oder anderen Autoritätspersonen des Kindesalters sowie das damit verbundene Einnehmen einer neuen Rolle: die des Erwachsenen. Darauf folgt die Abkehr von den Normen des Kindesalters und der damit zusammenhängenden Emanzipation gegenüber autoritären Personen (z.B.: Eltern, LehrerInnen).
- Neuorientierung in Bereichen außerhalb der gewohnten Bezüge wie Familie und Schulklasse. Abbruch oder Einschlafen alter Beziehungen zugunsten neuer Beziehungsstrukturen. Wachsende Bedeutung neuer Beziehungen für das eigene gesellschaftliche Leben, welches verschiedene soziale und emotionale Bezüge umfasst.
- Das Entwickeln einer eigenen sexuellen Identität als Mann und/oder Frau, auch bezogen auf die eigene sexuelle Ausrichtung und individuellen Bedürfnisse (Heterosexualität, Homosexualität, Transsexualität etc.).
- Sammeln von Erfahrungen bezüglich sexueller und/oder partnerschaftlicher Beziehungen. Entdecken der eigenen Sexualität als Ausdrucksmittel und Zugang zur Wahrnehmung von Lust.
- Entwickeln eines eigenen Umgangs mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen durch Auseinandersetzung damit. Eventuelle Integration verschiedener Substanzen in das eigene Leben, unter Berücksichtigung eines selbstbestimmten, sozialverträglichen und genussorientierten Konsumverhaltens.
- Bewusster Entwicklungsprozess zur Wahl des persönlichen Lebenswegs. Hier werden Entscheidungen zugunsten bestimmter Gesellschaftsrollen und Aufgaben getroffen. Im Gegensatz dazu stehen die anderen Möglichkeiten der

Lebensgestaltung, auf die dann bewusst verzichtet wird (bspw. Berufswahl, Partnerschaft, soziales Umfeld).

- Das Entwickeln einer KonsumentInnenmündigkeit bezüglich eines sozial verantwortlichen Handelns und eines souveränen Umgangs mit den Waren und Dienstleistungen des kommerziellen Marktes. (vgl.: Ziehlich, 2005:215ff)

An diesen Entwicklungsaufgaben müssen sich Angebote für Cannabis konsumierende Jugendliche orientieren, um funktionierende Unterstützungs- und Hilfsleistung entwickeln zu können. So können nicht nur separate Entwicklungsbereiche wie Drogenkonsum bearbeitet werden, sondern es wird eine ganzheitliche Sicht auf die Problemstellung der Lebenswelt eines jungen Menschen möglich. Dies befähigt dazu, den Blick auf die gesamte Biografie des Individuums zu fokussieren und Unterstützungen zu konzipieren, die sich an den Ressourcen, Stärken, Erfahrungswerten sowie den Schwächen und Defiziten der/des Einzelnen orientieren. Darüber hinaus werden Einfluss nehmende Elemente wie wichtige Bezugspersonen oder der soziale und gesellschaftliche Kontext, in dem das Individuum lebt, berücksichtigt. Mit den Vorstellungen, Wünschen, Träumen und Perspektiven der Jugendlichen und Heranwachsenden werden nun Frei- und Schutzräume konzipiert, in welchen ihre eigenen Interessen und Fähigkeiten wachsen können, Motivationen hinsichtlich weiterer Vorhaben aufgebaut und die oft einschränkenden sozialen Rahmenbedingungen verändert werden können. Es entsteht ein Rahmen, in dem die Jugendphase mit ihren vielen Anforderungen und Schwierigkeiten erfolgreich gemeistert werden kann, indem man sich als Jugendliche/r angenommen, respektiert und akzeptiert fühlt und indem man sich reflektiert ausprobieren darf. Ein selbst gewähltes und zufriedenstellendes Leben mit einer gefundenen Rolle als Erwachsener wird ermöglicht, indem nachteiliges Verhalten und eventuelle Defizite sozialverträglich und am eigenen Charakter orientiert abgebaut und/oder bewältigt werden. (vgl.: Ziehlich, 2005:217f)

Doch diesen möglichen Unterstützungsleistungen steht ein gesellschaftliches Paradoxon im Weg: Trotz der weiten Verbreitung von Cannabiskonsum unter jungen Menschen, ist der Besitz und Handel weiter verboten und junge User werden strafrechtlich verfolgt. Dies geschieht angeblich, um die Menschen vor der Substanz zu schützen. Leider wird dabei übersehen, dass das Verbot gerade unerfahrene und junge KonsumentInnen, die Neugier und Ausprobierbereitschaft mit sich bringen, in die Illegalität treibt und mit strafrechtlich relevanten Handlungen konfrontiert. Von staatlicher Seite her werden kaum Informationen

über einen risikoarmen Konsum gesammelt und verbreitet, da dies aus offizieller Sicht einer Aufforderung zu illegalen Handlungen gleichkäme. So stehen Jugendliche und Heranwachsende in dieser Entwicklungsphase aufgrund der Illegalisierung psychoaktiver Substanzen allein da und müssen auf eigene Faust herausfinden, wie sie ihr Leben und eben auch ihren Konsum gestalten. Bezogen auf Cannabis entstehen so Probleme, die vermeidbar bzw. unter anderen Rahmenbedingungen lösbar wären.

Entwicklungsaufgabe: Profession, Selbstfindung und Zukunft

Für die eigene Identitätsfindung ist es elementar, sich mit seiner zukünftigen Entwicklung auseinanderzusetzen. Hierin manifestieren sich eigene Wertvorstellungen und Lebensgestaltungswünsche z.B. in Form eines Berufswunsches bzw. unterstreicht ein solcher auch die eigene Identität und den Charakter. Dies ist auch ein Grund, warum es jungen Menschen so schwer fällt, sich für einen Beruf, also eine Lebensrichtung, zu entscheiden. Dazu kommt, dass junge Menschen sich oft viele zukünftige Tätigkeitsbereiche vorstellen können, die eine eigene Identität bilden würden. Eine Entscheidung zu treffen, wird dadurch stark verkompliziert. Diese Art der Selbstverwirklichung wird als normale Form des Übergangs vom Jugendalter ins Berufsleben verstanden. Leider sind durch die aktuell immer prekärere Situation auf dem Arbeitsmarkt mit diesem Übergang eine Menge Unsicherheiten verbunden, die eine eigene Identitätsfindung unnötig erschweren. (vgl.: Zielich, 2005:218f)

Entwicklungsaufgabe: Moralische Entfaltung

In einer Zeit sich ständig wandelnder Wertvorstellungen haben es Kinder und Jugendliche schwer, ein eigenes, funktionierendes Wertesystem zu entwickeln. Gerade die Koexistenz verschiedener Lebensstile und -interessen in unserer Gesellschaft verkomplizieren diese elementare Entwicklungsaufgabe enorm. Als TeilnehmerInnen an unserer heutigen Gesellschaft ist es ein großer Vorteil, seine eigenen Werte und Wertvorstellungen ständig auf Sinnhaftigkeit, Gültigkeit und Richtigkeit überprüfen und auch revidieren zu können, sollte man etwas falsch aufgefasst haben. Nur so ist ein erfolgreiches Meistern der verschiedenen Ansprüche der sich globalisierenden Welt möglich. Im Vergleich zu früheren Zeiten in Deutschland wachsen Kinder nicht mehr in homogenen Milieus auf, sondern sehen sich mit allen Facetten einer pluralistischen Gesellschaft konfrontiert und müssen sich selbst ein eigenes Wertesystem schaffen. Auch ihre Eltern müssen mit dieser Entwicklung umgehen und so können sie ihren Kindern kein fixiertes, unveränderliches Weltbild vorleben, da sie selbst ständig eigene Wertvorstellungen hinterfragen müssen. (vgl.: Zielich, 2005:219f)

Entwicklungsaufgabe: Ausbildung der sozialen Kompetenz in Gruppen gleichen Alters

Gemeint sind hier Gruppen von Gleichaltrigen, deren Zusammenfinden auf Freiwilligkeit basiert und durch diese geprägt ist (auch Peer³¹-Groups genannt). Diese bilden sich oft durch gemeinsame Interessen, aber auch durch äußere Faktoren, wie Wohnort, Schulzugehörigkeit etc. In diesen Gruppen können Jugendliche erste Erfahrungen in den verschiedenen Lebensbereichen sammeln, lernen und ihre Freizeit verbringen. Sie stehen auch im Gegensatz zu den Beziehungen zu Eltern, LehrerInnen oder anderen Autoritätspersonen, da diese durch die von Jugendlichen empfundene Autorität gegenüber diesen Personen geprägt sind. *„Der Unterschied zur Elternbeziehung besteht darin, dass die Jugendlichen allfällige Dominanzhierarchien unter sich aushandeln müssen, da diese nicht naturgegeben sind.“* (Flammer, Alsaker, 2001:195f) Des Weiteren bleibt festzuhalten, dass Peer-Beziehungen im Gegensatz zu familiären Bindungen in einem hohen Maß freiwillig sind und dass diese Freiwilligkeit mit zunehmendem Alter ansteigt. (vgl.: Flammer, Alsaker, 2001:196) In diesen Peer-Groups werden Entwicklungsprozesse angestoßen und sie bieten Freiraum, sich, bezogen auf die Entwicklungsaufgaben, auszuprobieren und Erfahrungswerte umzusetzen. Dies unterscheidet sich von der Erziehung durch Eltern oder pädagogisches Personal, da es Jugendlichen durch den Freiraum der Peer-Group möglich wird, ihr eigenes Verhalten und die verschiedenen Rollen des eigenen Lebens auszuprobieren und an der Interaktion mit Gleichaltrigen zu wachsen. Diese Erfahrungen führen dazu, mehr über sich und seine Einbindung in die Gesellschaft zu lernen.

Aber auch allgemein werden hier wichtige Erfahrungswerte vermittelt, die Beziehungen und menschliches Miteinander erlernen lassen. Dies stellt eine Art selbst organisierte Sozialisation dar, der eine große Bedeutung zukommt. So wichtig das Miteinander der Eltern mit dem Kind ist, desto wichtiger wird im Jugendalter der Umgang mit Gleichaltrigen, auch um jugendspezifische Ablösungsprozesse besser angehen und verarbeiten zu können. Durch den Austausch und die Reflexion mit FreundInnen über Probleme, Bedürfnisse, Ansichten und Meinungen entstehen Werte und Normen, die sich aus der Gruppe definieren und wesentliches Wissen und Fähigkeiten vermitteln. Sei es der Umgang mit Gewalt, Aggressionen und Konflikten oder der Austausch über Sexualität, Ängste und Probleme, es wird ständig in Interaktion verglichen, reflektiert, gewertet und eben auch erlernt. In diesem Prozess gestalten sich die Beziehungen zu Gleichaltrigen immer mannigfaltiger und differenzierter, alte Inhalte und Rollen werden verworfen, neue entstehen. So wachsen die

³¹ Aus dem Englischem übernommener Begriff für „Gleichaltrige, Gleichgestellte“.

Ansprüche an Leistung und sozialer Kompetenz, um in der Gruppe seinen Platz zu finden. Dadurch entsteht und wächst soziale Kompetenz und ein Zusammengehörigkeitsgefühl (auch unter einzelnen Mitgliedern der Gruppe), das auch emotional bindet und Jugendliche zugänglicher für Kritik bezogen auf das eigene Verhalten macht. Kleinste Impulse aus der Gruppe werden so ein Anstoß für eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Person. (vgl.: Zielich, 2005:220) Bleibt festzuhalten, dass Peers zwar einen großen Einfluss auf die Entwicklung von Jugendlichen ausüben, diese aber im Gegensatz zu den Eltern- und Familienangehörigen keinerlei Verantwortung für Erziehung und Lebensbedingungen übernehmen. Ihnen liegen keine erzieherischen Motive zugrunde, ergo nehmen sie auch keine erzieherische Rücksicht, sondern es findet eine Aktion-Reaktion-Wechselwirkung statt. Die Peer-Group reagiert auf das Verhalten von Jugendlichen in unterschiedlicher Weise, so dass Jugendliche unterschiedliche Reaktionen auf das eigene Verhalten erfahren. Dies ist ein großer Gewinn für die Selbsterkenntnis und -erfahrung von Jugendlichen und für Erkenntnisse über die Vielfalt menschlicher Interaktion an sich. (vgl.: Flammer, Alsaker, 2001:196)

Entwicklungsaufgabe: Bewältigung der Pubertät

Der Körper verändert sich, wird verstärkt von Hormonen durchflutet, die die konträrsten Gefühlsstimmungen produzieren, Mädchen entwickeln einen Busen, bekommen die Menstruation, sind höchst sensibel und launisch, während Jungs in den Stimmbruch kommen, ihren ersten Samenerguss haben und in dieser schwierigen Phase schnell gereizt und zu provozieren sind. Wie Jugendliche auf diese Wandlungen reagieren, steht in engem Zusammenhang damit, wie das soziale Umfeld des jungen Menschen darauf reagiert. Auch die Vorbereitung auf die kommenden Veränderungen durch Aufklärung tragen dazu bei, wie die Pubertät verarbeitet wird. Gefühle von Stolz bis Scham, von Freude bis Angst sind möglich und gewöhnlich. Für das Körperempfinden des jungen Menschen ist es elementar, wie die eigenen Eltern mit den Veränderungen des Körpers ihres Kindes umgehen. Gibt es einen offenen Austausch über die neuen Erfahrungen und Veränderungen oder werden solche Dinge tabuisiert und aus Scham ignoriert? Das Verhalten der Eltern hat hier einen wegweisenden Charakter für das weitere Verhalten und Körperbewusstsein des Kindes. Aufgrund dieser Tatsachen muss auch in den Angeboten für Cannabis konsumierende Jugendliche die Pubertät mit ihren Auswirkungen auf jene besondere Beachtung finden. Es geht dabei vor allem darum, die Entwicklung eines positiven Körpergefühls zu fördern. Die Umgangsweise der MitarbeiterInnen bezüglich der von den Jugendlichen empfundenen Veränderungen ist

wichtig, genauso wie die der Eltern. Es sollte offen und selbstverständlich über die Veränderungen gesprochen werden. Innerhalb sozialpädagogischer Arbeit müssen die körperlichen Veränderungen ein sensibel behandeltes Thema sein, das in Reflexionen und fachlichem Austausch die Möglichkeit zur Anpassung an neue Bedingungen findet. Neben diesem Hauptfokus ist der Einfluss von Schönheitsidealen, Trends und anderen medialen Idealvorstellungen auf die Jugendlichen, die diese meist kritiklos annehmen und anstreben, nicht unbeachtlich. So wird es notwendig, die durch Medien in den Jugendlichen eventuell entstehenden Normvorstellungen kritisch zu hinterfragen, um so eigene Vorstellungen eines Körperbewusstseins umzusetzen und sich von medialen Vorgaben abzugrenzen. (vgl.: Zielich, 2005:221)

Entwicklungsaufgabe: Abnabelung von den Eltern zur Erlangung der Selbstständigkeit

Nach dem zwölften Lebensjahr sind die größten Konflikte zwischen Jugendlichen und Eltern weitgehend überstanden, wobei das Alter ein Richtwert darstellt. Sicherlich wird die Zeit danach nicht konfliktfrei verlaufen, doch mehrheitlich wird die Beziehung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen positiv bewertet. Mädchen fokussieren bei der Hinwendung zur Selbstständigkeit die Ablösung von den Eltern und die Eigenständigkeit, wobei Jungen zur Erlangung der Selbstständigkeit den Fokus mehr auf die Berufswahl, ihre sozialen Kompetenzen und gleichaltrige Bezugspersonen richten. Die gesellschaftliche Möglichkeit der finanziellen Selbstständigkeit, die meist erst nach dem Jugendalter eintritt, sowie die Tatsache der (meist) positiv verstandenen Eltern-Kind-Beziehungen, bedingen einen immer späteren Auszug aus dem elterlichen Heim. Das zeigt sich auch darin, dass die Eltern trotz möglichen starken Konflikten wichtige Bezugspersonen für die Jugendlichen sind und bleiben. So ist festzuhalten, dass die Einstellungen, Meinungen, das Interesse und die Zuneigung von elterlicher Seite für junge Menschen sehr wichtig sind. Die Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln und die eigenen Aufgaben, die damit einhergehende Erfahrung von den Vorgaben und Regeln der Eltern unabhängig zu sein, sind wichtige Lerneffekte um eine eigenständige, selbstbestimmte Persönlichkeit zu entwickeln. Dieser Prozess, in dem sich Jugendliche durch Ausprobieren und Testen der eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten Risiken aussetzen, wird von den Eltern kritisch begleitet. Dies kann dazu führen, dass der Ablösungsprozess durch die Eltern behindert wird, denn auch für Eltern ist die Entdeckung der Selbstständigkeit des Kindes oft eine schwierige Phase. Hinzu kommen Ängste vor möglichen Zukunftsszenarien wie Einsamkeit, Beziehungsprobleme durch den

Weggang des Kindes etc., die auch für die sozialpädagogische Arbeit beachtlich sein müssen. (vgl.: Zielich, 2005:222)

Entwicklungsaufgabe: Erwerb von Fähigkeiten bezüglich Beziehungen, Konflikten und Kommunikation

Der Aufbau von Beziehungen, das Leben von Beziehungen, das Aushalten und selbstständige Lösen von Konflikten sowie die verbale Auseinandersetzung an sich, stellen eine lebenslange Aufgabe dar. Der Grundstein für diese Beziehungskompetenzen wird im Elternhaus und den darin gemachten Erfahrungen gelegt. Im weiteren Leben werden Freunde und Freundinnen, Bekannte und KollegInnen für die Weiterentwicklung dieser Fähigkeiten immer bedeutender. In diesem Rahmen können neue Konfliktlösungsstrategien entwickelt und erprobt werden. Dies ist zwischen Eltern und Kind meist nicht möglich, da das Kind durch den Autoritätsdruck der Eltern nicht frei an der eigenständigen Lösung eines Konflikts arbeiten kann. Oft werden Konflikte gar nicht zur Sprache gebracht oder dem Kind eine gewisse Lösung vorgegeben bzw. erwartet und/oder begünstigt, z.B. den Konsum von Cannabis einzustellen, was aber konträr zu den Vorstellungen des Kindes läuft. (vgl.: Zielich, 2005:223)

Entwicklungsaufgabe: Entdeckung von Liebesbeziehungen und Sexualität

Das Entwickeln von Interesse am anderen oder eigenen Geschlecht geht mit einem Druck einher, der durch die eigenen Erwartungen und die anderer entsteht. Gerade im Jugendalter ist dieser besonders hoch, da alle Erfahrungen neue Erfahrungen sind, die in der Kommunikation mit FreundInnen oder Elternteilen mit verschiedenen Werte- und Normvorstellungen besetzt sind. Für Jugendliche, die sich ihrer sexuellen Identität noch nicht sicher sind oder die eine homosexuelle bzw. transsexuelle Identität leben oder leben wollen, kann dieser Druck enorm anwachsen, da sie sich oft im Gegensatz zu den vom Umfeld als „normal“ er- und gelebten Beziehungskonstellationen befinden. Wann genau dieses Interesse in einem jungen Menschen geweckt wird, ist individuell und von verschiedenen Faktoren wie biologischer und psychischer Reife, von Werten und Normen der Familien der Jugendlichen sowie deren gleichaltrigen Bezugsgruppen und darüber hinaus von Werten und Normen des soziokulturellen Umfelds abhängig – d.h. von der Gesellschaft, mit der sich Jugendliche konfrontiert sehen. Die erste sexuelle und emotionale Kontaktaufnahme von Jugendlichen prägt wesentlich das spätere Verhalten in Beziehungen. Jugendliche erlernen in dieser Phase, wie sie Beziehungen aufbauen und führen. Dazu zählt, wie Gemeinsamkeit und Sexualität

ausgelebt und reguliert und wie mit so entstehenden Grenzen des Gegenübers umgegangen werden kann, sowie in welcher Art man Menschen begegnet und wie man mit ihnen umgeht. Auf all diese späteren Vor- und Einstellungen haben die ersten intimen Kontakte zwischen Jugendlichen einen erheblichen Einfluss. Wenn Jugendlichen verwehrt wird, Erfahrungen dergleichen zu machen, wird es wahrscheinlich zu nachteiligem Verhalten führen. Es wird bspw. beschrieben, dass Jugendliche ohne Gelegenheit ihre Sexualität auszuleben, depressive Phasen entwickeln können. Auf der anderen Seite kann die Tabuisierung oder Ignoranz sexuellen Verhaltens durch das Umfeld riskantes sexuelles Verhalten fördern. (vgl.: Zielich, 2005:223f)

Entwicklungsaufgabe: KonsumentInnenmündigkeit

Um in der heutigen Konsumgesellschaft mit Werbung, Sonderangeboten und Glück versprechenden Konsumgelegenheiten nicht hoffnungslos den Überblick zu verlieren, müssen Jugendliche früh die Fähigkeit entwickeln, mit den kommerziellen Angeboten des Marktes selbstbestimmt und pragmatisch umzugehen. Dabei dürfen sie nicht dem Trugschluss unterliegen, dass Erfolg und Status durch entsprechende käufliche Symbolik zu erreichen sind. Auf diese Weise könnte ein finanzielles Bewusstsein entwickelt werden, das im Hinblick auf die Vermeidung späterer Schuldensituationen bzw. problematischen Kauf- und Besitzverhaltens Beachtung finden muss. Doch gerade die Entwicklung einer Kompetenz hinsichtlich des selbstbestimmten Umgangs mit kommerziellen Angeboten wird durch die Fixierung des Marktes auf jugendliche KonsumentInnen als Zielgruppe torpediert. Das im Jugendalter normale Verhalten des Ausprobierens und die hinzukommende Unwissenheit über die Notwendigkeit von Produkten erschweren die Entscheidung zu einem sinnvollen Konsum. Speziell zugeschnittene Werbekampagnen und die Verbindung mit medialen Vorbildern zielen direkt auf die jugendliche Lebenswelt mit allen Wünschen, Bedürfnissen und Problemen. Daraus resultiert, dass Entscheidungen, was „Mensch“ braucht und was nicht, immer komplexer werden und in Jugendlichen durch Werbung u.ä. falsche Vorstellungen von Notwendigkeiten bezüglich des eigenen Konsums entstehen. Konsumverhalten wird grundlegend von den Eltern vermittelt, dieses wird nachgeahmt oder in Abgrenzung dazu ein eigenes erprobt. Hier wird erlernt, welche Ware oder Dienstleistung welche Bedeutung hat und wie damit umgegangen wird. Später überträgt sich diese Funktion auf Peer-Groups. Junge Menschen müssen also den Umgang mit Geld und Besitz erlernen, die Emanzipation von den Versprechungen der Werbung realisieren, um schließlich die eigenen Bedürfnisse zu erkennen

und selbst einschätzen zu können, welcher Eigenaufwand sich lohnt, um ein Ziel zu erreichen, und welcher nicht.

In diesem Zusammenhang spielt das eigenständige Verdienen von Geld eine wichtige Rolle. Durch die Belohnung (das Geld) werden eigene Anstrengungen anerkannt und positiv bewertet. Anstrengungen bekommen einen Gegenwert und vermitteln direkt Erfolg, hinzu kommt, dass jenes Geldverdienen zumindest symbolisch der Erwirtschaftung des eigenen Unterhalts dient. Diese Erfahrung ist für die Entwicklung von Selbstständigkeit sehr bedeutend. (vgl.: Zielich, 2005:225f)

4.3 Fazit – Umgang mit jugendspezifischem Verhalten sowie Drogenkonsum

Den Bedingungen und Besonderheiten der Jugendphase und dem Meistern der darin zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben kommt eine immense Bedeutung zur Ausbildung diverser Fähigkeiten zu, die für den weiteren Lebensweg, die Integration in die Gesellschaft, den Umgang mit Risiken und somit auch psychoaktiven Substanzen wie Cannabis eine prägende Grundvoraussetzung darstellen. Aber Cannabis ist in Deutschland eine illegalisierte Substanz und wird durch Justiz sowie die öffentliche Meinung zu Unrecht meist als Verursacher für Drogenabhängigkeit bzw. als Einstiegsdroge verstanden und behandelt (vgl.: Schneider, 1995:58f/Zimmer, Morgan, Bröckers, 2004:54ff). Trotz dieser negativen Etikettierung ist sie nach Alkohol und Tabak die am weitesten verbreitete und am meisten konsumierte psychoaktive Substanz (vgl.: 2.2) in der sogenannten westlichen Welt. Gerade unter Heranwachsenden findet sie als Genussmittel neben den legalen und anderen illegalisierten Substanzen viele AbnehmerInnen. *„Bei illegalem Drogenkonsum spielt Cannabis die Hauptrolle. Über ein Viertel der Jugendlichen in Deutschland hat Cannabis mindestens einmal probiert.“* (Bätzing, 2007:36)

Nicht jede/r dieser KonsumentInnen entwickelt ein problematisches Konsummuster (siehe 6.3) oder beginnt weitere Substanzen zu sich zu nehmen (2 % entwickeln eine psychische Bindung an Cannabis - siehe 6.4. 52 % der Daueruser haben in neun Jahren keine bis eine Komplikation aufgrund von Cannabiskonsum erfahren - siehe Schluss 6.3.). Aber einige haben durchaus einen kompulsiven³² Umgang mit dieser Substanz. Gerade diesen zwei KonsumentInnengruppen von Jugendlichen und Heranwachsenden finden keinen Anschluss im Hilfesystem, gerade weil sie noch keine, die Existenz bedrohenden Probleme im Umgang mit Cannabis und/oder anderen Substanzen entwickelt haben. Doch muss ein

³² Beschreibt zwanghaftes und exzessives Verhalten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen.

selbstbestimmter und eigenverantwortlicher Umgang mit Substanzen wie Alkohol oder eben auch Cannabis erlernt werden. Dies stellt eine von vielen elementaren Entwicklungsaufgaben im Jugendalter dar. Denn nur wer früh lernt, wie er oder sie konsumiert, wie ein risikoarmer Umgang mit psychoaktiven Substanzen möglich ist und wer diese Erfahrungen in Gruppen gleichen Alters machen kann, wird dies auch in späteren eventuell prekären Situationen umzusetzen wissen. (vgl.: 5.1, 5.2, 5.3) Doch das Bewältigen der diversen Entwicklungsaufgaben im Jugendalter stellt eine viel komplexere und holistische Anforderung an einen jungen Menschen als die bloße Auseinandersetzung mit dem eigenverantwortlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen. Deswegen ist die Unterstützung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben für ein sozialpädagogisches cannabisspezifisches Angebot für junge Menschen handlungsanleitend und muss im Vordergrund stehen. Aus den vorangegangenen Entwicklungsaufgaben wird folgend nach Zielich (2005:217-225) möglicher Unterstützungsbedarf abgeleitet:

Bei der Identitätsfindung zu helfen und darüber hinaus Unterstützungsleistungen anzubieten, die einer späteren Erwerbstätigkeit förderlich sind bzw. diese ermöglichen. In diesem Zusammenhang müssen Angebote externer Hilfseinrichtungen genutzt werden. Ob Angebote der Bundesagentur für Arbeit oder Plattformen zur Vermittlung von Praktika und Jobs, alle Möglichkeiten sind zu nutzen und eine Vernetzung mit den Trägern der Angebote ist wünschenswert. Der Fokus der Arbeit muss für die MitarbeiterInnen auf der Schaffung von Gelegenheiten liegen, sich mit verschiedenen Optionen des zukünftigen Lebenswegs auseinandersetzen und sich in verschiedenen Berufsfeldern ausprobieren zu können. Junge Menschen bekommen so Unterstützung für eine sichere Entscheidung über die berufliche Zukunft. Weiter sollen im Rahmen dieses Begleitungsangebots soziale Kompetenzen für die spätere Erwerbstätigkeit erworben werden, was durch die MitarbeiterInnen und deren Reflexion des Verhaltens der jungen Menschen sowie den Bezug des eigenen Auftretens zum Arbeitsleben veranschaulicht werden soll. Zielstellung ist ein erfolgreiches Ankommen und ein selbstsicheres Benehmen auf dem Arbeitsmarkt.

Es müssen Möglichkeiten aufgezeigt werden, innerhalb derer die Konfrontation mit anderen Lebensstilen, Meinungen und Verhaltensweisen in einer gewinnbringenden Art umgesetzt werden kann. Dabei kommt es auch darauf an, gewisse Arten der Kommunikation zu erlernen (ausreden lassen, zuhören, argumentieren), die für eine Meinungsbildung und die Bildung eines Wertesystems förderlich und notwendig sind. Dies kann im Rahmen von Workshops,

Begleitungen, Strukturierungsangeboten etc. nur durch sozialpädagogisches Personal und die Unterstützung und Einbeziehung von Gruppendynamiken und anderer Jugendlicher geschehen. So werden diese Diskussionsprozesse durch ihre die Meinung festigende bzw. die Meinung revidierende Eigenschaften Auswirkungen auf die Bildung des Wertesystems der Jugendlichen haben. Dieser Effekt ist gewollt und so können und sollen Vor- und Einstellungen sowie Meinungen aus den verschiedenen Bereichen des Lebens neu betrachtet und ggf. angepasst werden. Diese Prozesse der Meinungsbildung und Selbstfindung müssen aktiv durch pädagogisch geschulte MitarbeiterInnen und speziell auf diese Thematik zugeschnittene Angebote begleitet werden. Darüber hinaus ist angedacht, dass alle einzelnen MitarbeiterInnen selbst als mögliche Anlaufstellen für Auseinandersetzung, Feedback, Orientierung sowie Information bereitstehen, um so einzelne Jugendliche sowie die Gruppe bei diesem Prozess zu unterstützen. So wird es für Jugendliche und Heranwachsende möglich, sich an einem Modell der ständigen Weiterentwicklung zu orientieren.

Ein weiteres wichtiges Angebot lässt sich aus der Bedeutung der Peer-Groups für junge Menschen ableiten. Neben den individuellen Angeboten besteht ein Bedarf an Gruppenstrukturen und Gruppenangeboten bzw. muss der Bildung und Nutzung von Peer-Groups Raum zur Entfaltung gegeben werden, um die Sozialisationseffekte der Peers gewinnbringend zu nutzen. Daneben ist die Weiterbildung der Peers wichtig, um Wissen über psychoaktive Substanzen, deren Wirkung und Risiken sowie den Umgang damit, zu etablieren und an die einzelnen Gruppenmitglieder weiterzugeben. So sollte über eine Partizipation Jugendlicher an den Angeboten bzw. dem Projekt nachgedacht werden. In der Praxis sind dann diese (oder aus der Praxis entstehende) Möglichkeiten, Jugendliche an dem Projekt inhaltlich, organisatorisch sowie weiterführend zu beteiligen, umzusetzen. Dies schafft Akzeptanz für das Projekt bei Peers und Jugendlichen, da es durch die Partizipation zu ihrem Projekt wird, das sie weiter tragen und wichtig finden.

Um bei Bedarf einen Umgang mit all den körperlichen und hormonellen Veränderungen zu finden, sind verschiedene Angebote vom sozialpädagogischen „Buffet“ zu nutzen. Neben sexualpädagogischen Angeboten wie Workshops und Beratungen, die Wissen über den eigenen Körper vermitteln und die Pubertät als normale Entwicklungsaufgabe darstellen, ist auch erlebnispädagogische Arbeit ein mögliches Mittel, die Wandlungen des eigenen Körpers bewusster zu erleben und ein positives Körpergefühl in Jugendlichen zu entwickeln. Im Hinblick auf eine konzeptionelle Verankerung dieser Angebote, muss eine Vernetzung mit

externen Projekten stattfinden, da nicht davon auszugehen ist, dass alle dieser Angebote in einer Einrichtung für Cannabis konsumierende Jugendliche zu realisieren sind.

Für die Abnablung aus dem Elternhaus ist ggf. ein erfolgreicher Austausch zwischen Eltern und Kind durch die MitarbeiterInnen zu ermöglichen. Nur unter Berücksichtigung beider Seiten und deren Sorgen und Problemen kann hinsichtlich einer späteren Annäherung und einer Stabilisation der Beziehung zueinander dieser Austausch eingerichtet werden. Auch wenn das MitarbeiterInnenteam die Jugendlichen in erster Linie bei ihrem Abnabelungsprozess unterstützt, ist es bezogen auf ein künftiges Zusammenleben dennoch wichtig, Jugendliche sowie Eltern bei der Schaffung der Basis eines künftigen Miteinanders der Familie zu unterstützen. Eventuelle Konflikte, Spannungen oder bedrückende Familienverhältnisse sind dabei zu erkennen und anzusprechen. Gerade die Abnabelung von den Eltern ist sorgfältig zu begleiten, um entstehende Emotionen und Vorstellungen angemessen zu reflektieren. Hier ist es für die MitarbeiterInnen unabdinglich, zwischen den unterschiedlichen Meinungen zu Konsum psychoaktiver Substanzen zu vermitteln und Jugendliche für ein Risikobewusstsein zu sensibilisieren. So kann eine fruchtbare Annäherung zwischen Eltern und Jugendlichen, auch bezogen auf den Umgang mit Cannabis, entstehen und gefördert werden. Dies begünstigt den Prozess einer gegenseitigen Ablösung zwischen erwachsen werdendem Kind und Eltern, was ein wichtiger Lebensschritt für den jungen Menschen hin zur Selbstständigkeit darstellt.

Um den Erwerb von Fähigkeiten auf den Gebieten der Kommunikation, der Konfliktbewältigung und von Beziehungen zu begünstigen, sollten sich Jugendliche in der Einrichtung mit Gleichaltrigen in sozialen Beziehungen und Konflikten, auch durch die MitarbeiterInnen, reflektiert ausprobieren können. In dieser Weise können Beziehungskompetenzen wie Kommunikation und Konfliktlösungsverhalten weiterentwickelt und unbefriedigendes Verhalten erkannt und ggf. korrigiert werden. Methoden können hier erlebnispädagogische Angebote sein sowie Workshops u.ä. zum Umgang mit Konflikten, Gewalt und Macht. Diese müssen sich aber immer am aktuellen Bedürfnisstand der jeweiligen NutzerInnen des Angebots orientieren.

Damit sexuell riskantem Verhalten vorgebeugt werden kann, sind reflektierende und begleitende Angebote zu unterbreiten. Dies können Einzelgespräche, Paargespräche und Gruppengespräche (nach Alter oder Geschlecht) sein. Im Vordergrund sollte aber die

individuelle Beratung und Reflexion stehen, um Jugendlichen die Möglichkeit zum Nachdenken über das eigene sowie des Verhalten der Partnerin/des Partners zu schaffen. Aufklärung, Verhütung und Sexualität sind Themen mit außerordentlicher Wichtigkeit für die Angebote für die Zielgruppe der jungen CannabiskonsumentInnen. Innerhalb von Workshops, Beratungen und ähnlicher sexualpädagogischer Projekte sollten sie deswegen fortwährend mit diesen erörtert werden, um einen offenen Umgang mit Themen wie Schwangerschaft, HIV und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten, Verhütung, Konflikten und Beziehungen zu schaffen. Damit kann Risikoverhalten erkannt, benannt, bearbeitet und so Jugendliche zu einem angemessenen Risikomanagement befähigt werden, das sie auch untereinander anwenden. Wichtig bleibt letztlich, dass Jugendliche eine/n BeraterIn des eigenen Geschlechts und mit entsprechenden Kenntnissen in Sexualpädagogik in der Einrichtung ansprechen können. Nur so ist für beide Geschlechter ein niedrigschwelliges und begleitendes Angebot zu realisieren. Gerade im Jugendalter ist das Berücksichtigen der Geschlechter hinsichtlich der Beratung von Mädchen oder Jungen grundlegend, da sich bspw. Mädchen einem männlichen Berater eher weniger oder aber anders öffnen könnten, als einer weiblichen Beraterin. Zumindest sollte der/die Jugendliche freie Wahl haben, ob er zu einem männlichen oder einer weiblichen BeraterIn spricht.

Innerhalb von Angeboten an die Zielgruppe hinsichtlich der Entwicklungsaufgabe KonsumentInnenmündigkeit muss kontinuierliche Reflexion über das von Jugendlichen an den Tag gelegte Konsum- und Besitzverhalten stattfinden. Eine Auseinandersetzung mit der Realität des Marktes und seinen Konsequenzen ist sinnvoll und im Rahmen von Workshops und Projekten (u.a. zu Werbung und wie sie Menschen in ihrem Kaufverhalten beeinflusst) sowie im sozialen Miteinander von Jugendlichen und MitarbeiterInnen zu bearbeiten. So wird das Agieren im sozialen Umfeld bezüglich des eigenen Konsum- und Besitzverhaltens reflektiert und bezogen auf tatsächliche Zustände hinterfragt. Um diese Selbstständigkeit und KonsumentInnenmündigkeit weiter zu fördern, ist in Betracht zu ziehen, mögliche Aufgaben im Rahmen des cannabisspezifischen Angebots für Jugendliche an diese selbst zu delegieren und diese dafür zu honorieren. Dies könnte im Rahmen von Honorartätigkeiten realisiert werden, wobei auf Fähigkeiten, Eignung und Zuverlässigkeit geachtet werden muss. Neben diesen Einschränkungen kann so ein gesellschaftlicher Prozess unter Jugendlichen angestoßen werden. D.h., die Möglichkeit, selbstbestimmt Aufgaben im Rahmen von Projekten, in Gruppen oder der Einrichtung selbst wahrzunehmen und umzusetzen, stärkt die Selbstsicherheit und Selbstständigkeit, indem eigenständig an Problemstellungen gearbeitet

wird und diese gelöst und danach präsentiert werden. Das motiviert andere Jugendliche in der Einrichtung durch die Vorbildfunktion. Des Weiteren erhöht es allgemein den Identifikationsfaktor der Jugendlichen mit der Einrichtung bzw. den dort tätigen und anwesenden Jugendlichen und schafft sowie stabilisiert somit zwischenmenschliche Strukturen.

5 Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter

Im Folgenden wird die Entwicklungsaufgabe des Erlernens eines risikobewussten Umgangs mit Drogen aus der Perspektive verschiedener Ansätze dargestellt und die für diese Arbeit relevanten Erkenntnisse ausgelotet. Die Abhandlung dieses Punktes erfolgt aufgrund seiner Bedeutung für diese Arbeit und des darauf begründeten Umfangs ausführlich an dieser Stelle anstatt im Punkt 4.3.

5.1 Konsum psychoaktiver Substanzen – riskantes Verhalten im Jugendalter

„Unter Risikoverhalten lassen sich in sozialisationstheoretischer Perspektive alle Verhaltensweisen zusammenfassen, bei denen mittel- und langfristig die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass sie zu Schwierigkeiten der sozialen Integration oder zu Problemen bei der Weiterentwicklung einer stabilen und gesunden Persönlichkeit führen.“ (Engel, Hurrelmann, 1994:9)

Das Entstehen riskanter Verhaltensweisen wird stark durch das soziale Umfeld und die soziokulturellen Gegebenheiten der Lebenswelt junger Menschen beeinflusst. Diese Umgebung wirkt sich stark auf die persönliche Entscheidungsfindung Jugendlicher aus. Um darüber hinaus dieses Risikoverhalten zu interpretieren bzw. ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie man es in weniger riskante Bahnen lenken könnte, sind Kenntnisse der im Jugendalter stattfindenden Prozessen der körperlichen, seelischen sowie sozialen Entwicklung wichtig. Inwieweit eine riskante Handlungsweise gewählt wird, wie stark sie ausprägt ist und wie lange sie maßgeblich ist, hängt sowohl vom sozialen Umfeld und dessen Möglichkeiten ab, dieses Verhalten einzuschränken bzw. zu bearbeiten als auch von den Fähigkeiten und Ressourcen des jungen Menschen. Bedeutend sind in diesem Zusammenhang vor allem Konfliktlösungsstrategien und -management, Bewältigung von Belastungssituationen, der Umgang mit dem und die Ausprägung des eigenen Temperaments und die bis dato entwickelte soziale Kompetenz. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:9f)

Riskantes Verhalten hat immer eine tiefere Bedeutung und einen Nutzen für den/die AnwenderIn. Es gibt aus individueller Sicht (unterbewusst) gute Gründe, sich riskant zu verhalten. Dadurch werden bspw. fehlende Kompetenzen im Umgang mit zu bewältigenden Anforderungen und Entwicklungsaufgaben kompensiert. Engel und Hurrelmann (1994:10)

beschreiben dies wie folgt: Elementar für das Verständnis gegenüber riskanten Verhalten von jungen Menschen ist, die psychische und soziale Bedeutung dieser Verhaltensweisen zu erkennen und deren Funktionalität zu verstehen. „Die entsprechenden Fragen lauten u.a.: *Was verspricht sich ein Jugendlicher oder eine Jugendliche davon, Regeln und Konventionen des sozialen Umgangs zu missachten, die in dem jeweiligen Kulturkreis gelten? Welches sind die Vorteile, gegen Alters- und Entwicklungsnormen zu verstoßen und dabei negative Sanktionen des Umfelds in Kauf zu nehmen?*“ (Engel, Hurrelmann, 1994:10)

Im Zusammenhang mit den vorher beschriebenen Entwicklungsaufgaben kommt diesen vermeintlich ausschließlich riskanten Verhaltensweisen eine positive Funktionalität zu. So wird ein Risikoverhalten meist dann erwählt, wenn es für den jungen Menschen einen unmittelbaren Gewinn oder Nutzen in der Auseinandersetzung mit den Anforderungen, die an ihn oder sie gestellt werden oder die er oder sie selbst an sich hat, mit sich bringt. Es wird angewendet, weil seine subjektiv empfundenen Vorteile gegenüber seinen subjektiv empfundenen Nachteilen überwiegen. So kann z.B. Rauchen oder gewalttätiges Verhalten innerhalb Gruppen gleichen Alters zu Respekt oder Beachtung führen, aber auch der Spaß an der Sache soll nicht unterschlagen werden. Dies kann in der Lebenswelt junger Menschen Bedenken bezüglich gesundheitlicher Risiken des Rauchens oder eventuellen restriktiven Maßnahmen durch Polizei, LehrerInnen o.ä. ausgleichen. Hierin zeigt sich eine für junge Menschen typische funktional orientierte Handlungsweise, die erwachsene Menschen schlicht als riskant begreifen, da ihnen jene Funktionalität verborgen bleibt. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:10)

Auch in der Auseinandersetzung mit diesem Verhalten durch LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, Eltern usw. bleibt diese Funktionalität meist unbeachtet. Dies führt wiederum dazu, dass Angebote und Maßnahmen für Jugendliche aufgrund einer falschen Herangehensweise und Fokussierung der Problemlage scheitern, wenig Erfolg mit sich bringen und/oder sogar das riskante Verhalten bestärken. Engel und Hurrelmann (1994:10) führen hier das Beispiel der Aggressivität gegen MitschülerInnen ins Feld. Hierdurch kann in der entsprechenden sozialen Umgebung Beachtung und Respekt erwirkt werden. Unreflektierte restriktive Maßnahmen durch Eltern und/oder LehrerInnen können dazu führen, dass SchülerInnen, die so Respekt erlangen wollen, noch mehr Prestige durch die erhöhte Aufmerksamkeit der Autoritätspersonen erlangen.

Risikoverhalten ist also Mittel zur Bewältigung der alltäglichen Lebensanforderungen sowie der Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. Mit diesem soll eine gewünschte Zielvorstellung erreicht werden, die mit den bisherigen Verhaltensweisen nicht erreicht wurde. Diese Zielvorstellungen können sich in verschiedenen Bereichen manifestieren:

Gruppenzugehörigkeit, Abenteuer-/Spaßerlebnisse etc. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:11) Im Rahmen von Angeboten für Jugendliche sind diese Zielvorstellungen zu fokussieren. Zusammen mit betroffenen Jugendlichen müssen neue Verhaltenswege entwickelt, als sinnvoll erwiesenes Verhalten bestärkt und ausgebaut sowie riskantes erkannt werden, um anschließend an der Annäherung dieser Zielstellungen mit gewinnbringenden Handlungsweisen arbeiten zu können.

Die Peer-Group hat auf alle diese Entwicklungen einen beachtlichen Einfluss. Gerade der Konsum psychoaktiver Substanzen tritt häufig im Gruppenkontext auf. Wie mit diesem umgegangen wird, hängt zum einen von der Gruppe selbst ab. Fördert sie gesundheitsriskantes Verhalten oder vermeidet sie es? Dies stellt, egal in welcher Ausprägung (Förderung oder Vermeidung), für jungen Menschen ein Austesten der Anforderungen und Möglichkeiten der Erwachsenenwelt dar. Zum anderen hängt die Stärke des Einflusses der Peers im hohen Maße vom weiteren sozialen Umfeld wie Familie, Schule, Verwandtschaft und den Bindungen zwischen den Mitgliedern ab. Je stärker junge Menschen in enge soziale Kontakte außerhalb der Peer-Group freundschaftlich involviert sind, desto geringer kann der Einfluss einer Peer-Group werden. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn aus diesen Kontakten auch Strategien und Modelle für die eigene Lebenswelt gezogen werden können. Gegenteilig verläuft dies, wenn keine sozialen Bindungen außerhalb der Peer-Group entwickelt werden können. Dann wächst der Einfluss derselben beim Aufbau sozialer Bindungen, beim Testen von Verhaltensmodellen und bei der Entwicklung normativer Standards, da die gesellschaftlich vorgegebenen Normen auf die Gleichaltrigen-Gruppe nur bedingt Einfluss nehmen. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:12)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Risikoverhalten eine persönliche Option im Verhalten darstellt, die aus den gegebenen Alternativen heraus gewählt wird, um eine subjektive Zielvorstellung zu erreichen. Das soziale Umfeld kann hier unterstützend wirken, indem es Handlungsweisen vorlebt, die ein riskantes Verhalten nicht begünstigen oder vermeiden. Selbst wenn junge Menschen riskante Verhaltenswege einschlagen, kann eine akzeptierende, reflektierende Begleitung mit dem gleichzeitigen Angebot von

Handlungsalternativen diese wieder in risikoarme Verhaltensschemata kanalisieren. (Engel, Hurrelmann, 1994:12f)

Im Hinblick auf die Entstehung von Risikoverhalten im Jugendalter ist das Entstehungsmodell nach Levitt, Selman und Richmond zu betrachten, das Engel und Hurrelmann anführen. (1994:13f) Dies betont drei Faktoren, die riskantes Verhalten beeinflussen: Als Erstes ist das Wissen um die Konsequenzen einer Verhaltensweise zu benennen. Ob ein riskantes Verhalten aufgenommen oder vermieden wird, steht im engen Zusammenhang mit dem subjektiven Wissen darüber, wie diese Verhaltensweise durch das Umfeld bewertet wird und welche persönlichen Konsequenzen sie haben kann. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist dafür ein geeignetes Beispiel: In Ermangelung der Befriedigung der eigenen Bedürfnisse oder in dem unerfüllten Wunsch nach beeindruckenden Erlebnissen können psychoaktive Substanzen konsumiert werden, um gewünschte Effekte zu produzieren. Hier kann mangelhaftes Wissen und eine ungenügende Einschätzung der Konsequenzen Grundlage für den Konsum sein, obwohl Verhaltensalternativen, die diese Wünsche auch befriedigt hätten, zur Verfügung standen, aber aufgrund der Unkenntnis oder möglichen Fehleinschätzungen nicht genutzt wurden.

Ein weiterer ausschlaggebender Punkt für die Wahl von Risikoverhalten stellt die persönliche Fähigkeit dar, verschiedene soziale Lebenssituationen zu bewältigen. Dies meint, dass Jugendliche, welche vielfältige Verhaltensalternativen zur Lösung einer Belastungssituation haben, diese auch besser bewältigen können als Jugendliche, die nur auf wenige, unflexible Handlungsmöglichkeiten zurückgreifen können. Die Wahrscheinlichkeit der Wahl eines riskanten Verhaltens steigt daher mit der sinkenden Zahl an Handlungsoptionen, die einem/r Jugendlichen zur Verfügung stehen. (ebd.)

Der letzte vom Autorenteam beschriebene Faktor hängt von der persönlichen Bedeutung, die junge Menschen eigenem Verhalten zuschreiben, ab. Wenn aus subjektiver Sicht Jugendlicher eine Handlung überwiegend Vorteile mit sich bringt und der Handlung in bestimmten Situationen der Lebenswelt junger Personen eine große Wertigkeit zukommt, werden denkbare Handlungsalternativen verworfen oder zurückgestellt. So kann bspw. die Bedeutung des Rauchens einer Zigarette (dienlich als Statussymbol für Coolness) zur Vernachlässigung von Verhaltensalternativen führen, die ebenso soziale Anerkennung in der Gleichaltrigengruppe produziert hätten. Die mögliche Anerkennung der Peer-Group, die eventuell diese Bedeutung stärkt, fördert somit diese riskante Verhaltensweise. Gemeinsam

mit der Wissens- und Bewältigungskomponente bestimmt die Bedeutungskomponente somit, ob Risikoverhalten aufgenommen wird. Welcher Faktor mehr Einfluss hat, ist im weiteren Lebensverlauf veränderlich. Aber gerade im Jugendalter sind diese Faktoren zu berücksichtigen. Jugendliche sind noch nicht so gefestigt in ihren Verhaltensabläufen und mangelnde Erfahrungen bedingen den Bestand an unzureichendem Wissen um die Konsequenzen der eigenen Handlungen. Lückenhaftes Wissen und mangelnde Fähigkeiten, belastende Lebenssituationen zu lösen, sowie die subjektive und nachteilige Interpretation von Bedeutungsinhalten sind jugendtypische Eigenschaften auf der Basis mangelnder Erfahrungen. Alle drei Komponenten haben einen wichtigen Einfluss auf die Wahl eines Risikoverhaltens. Umfangreiches Wissen über und Bewusstsein für Handlungsmöglichkeiten bedingen eine bewusste und wissensgesteuerte Entscheidung junger Menschen zwischen Verhaltensoptionen im Hinblick auf die Optimierung von Erfahrungen und den Ausschluss riskanten Verhaltens für Gesundheit und soziale Integration. Wenn mannigfaltige Möglichkeiten zur Erprobung und Auseinandersetzung mit Konflikten vorhanden sind, ist – wie bereits oben erwähnt – die Wahrscheinlichkeit hoch, dass problematisches Verhalten als Lösung für eine Konfliktsituation vermieden wird. Denn so können viele Erfahrungen im Umgang mit und der Bewältigung von Konflikten gemacht werden, die bei neuen Belastungssituationen zum Tragen kommen. Die Erkenntnis, dass sich unflexible, egoistische und impulsive Handlungsstile ungünstig auf den eigenen Bewältigungserfolg einer Belastungssituation auswirken, und flexible, an Gleichberechtigung orientierte und das Gegenüber einbeziehende Verhaltensmuster, i.d.R. erfolgreicher bezüglich einer Lösung sind, ist hier der Lerneffekt.

Weiter ist wichtig, wie Jugendliche Wissen, Informationen und Bewältigungsstrategien subjektiv wahrnehmen und in das eigene Bedeutungssystem einfließen lassen. Das individuelle Zuschreiben einer Bedeutung funktioniert wie ein Filter. Erfahrungen, Informationen, Eindrücken, eigene Ressourcen und Einflüssen der sozialen Umgebung werden subjektiv Bedeutungen zugeschrieben. Eine realitätsnahe Bedeutungszuschreibung wird nur ermöglicht, wenn Jugendliche diesen Prozess beeinflussen können, sie also eine selbstreflexive Kompetenz entwickelt haben, die es ermöglicht, die innere Wahrnehmung von Umwelt und eigenen Handlungsmöglichkeiten realitätsnah zu bewerten. So wird es Jugendlichen möglich, eventuelles Risikoverhalten auch als solches zu erkennen und damit umzugehen oder es auszuprobieren, um sich vorübergehend damit auseinanderzusetzen, es mit Handlungsalternativen zu vergleichen und sich eventuell für risikoärmeres Verhalten zu

entscheiden. Ist die Fähigkeit zur Selbstreflexion von Bedeutungen nicht entwickelt, kann das dazu führen, dass Risikoverhalten wie Drogenkonsum, Aggressivität, Delinquenz etc. aufgenommen wird, die Folgen dieses Verhaltens nicht gänzlich bedacht wurden und der/die Jugendliche sich darin verstrickt. Durch diesen Effekt kommt es wieder zur Einschränkung der persönlichen Handlungssteuerung, da durch das Aufnehmen des Risikoverhaltens Lebenssituationen entstehen können, in denen Jugendliche nicht mehr eigenständig zwischen ihren Handlungsalternativen wählen können. So werden stattdessen riskante Verhaltenswege beschritten ohne die Folgen derselben zu bedenken, da diese scheinbar ein schnelleres Vorankommen ermöglichen (bspw. Drogenkonsum, Aggressionen, Delinquenz als Konfliktlöser).

Jugendliche sind gegen die Aufnahme von problematischen Verhaltensweisen nicht gefeit. Schon allein die Tatsache, dass das Erlernen von Drogenkonsum (zumindest hinsichtlich legaler Substanzen) in unserer Gesellschaft eine soziale Aufgabe darstellt, bedingt eine Auseinandersetzung mit eigenen riskanten Handlungsweisen. *„Der Konsum von Drogen ist fest in den alltäglichen Verhaltensmustern von Jugendlichen verankert. Der Umgang mit den legalen Drogen gehört zu den in unseren Kulturkreis von allen Jugendlichen erwarteten Aufgaben der Entwicklung zum Erwachsenen.“* (Engel, Hurrelmann, 1994:20) Allerdings ist mit Verweis auf den heutigen Stand der Forschung zu sagen, dass unter Jugendlichen unterschiedliche Niveaus von Bewältigungskompetenz bestehen. In diesem Zusammenhang wird es für die geplante Einrichtung Aufgabe, an der Förderung der Entwicklung höherer Niveaus zu arbeiten. Wichtig für das jeweils erreichte Niveau ist das Erzielen von Erfolgen in der Auseinandersetzung mit Belastungssituationen. Anscheinend werden so eigene Handlungsfähigkeiten und Widerstandskräfte gegen Belastungssituationen entwickelt und ausgebaut. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:13f)

Riskantes Verhalten als Bewältigung von Entwicklungsaufgaben

Alle riskanten Verhaltensweisen Jugendlicher stellen eine Funktion zur Lösung bei typischen Problemen und Bewältigungssituationen im Jugendalter dar. Der Konsum von Alkohol und Zigaretten kann z.B. Funktionen bei der Bildung einer eigenen Identität übernehmen. Im Jugendalter stehen hier aber soziale Gründe wie Gruppenzugehörigkeit u.ä. im Vordergrund. Später ist der Konsum eher an Bewältigungs- und Entspannungserwartungen gekoppelt. Dieses Verhalten steht im Gegensatz zu den Gefahren einer Bindung an die Substanz oder möglicher Schädigungen des Körpers durch den Konsum.

Doch dieses Verhalten kann viele Funktionen innehaben, was im Folgenden dargestellt wird. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:17f)

„Gesundheitsriskantes Verhalten:

- *kann der demonstrativen Vorwegnahme des Erwachsenenalters dienen;*
- *kann eine bewußte Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen zum Ausdruck bringen;*
- *kann Ausdrucksmittel für sozialen Protest sein;*
- *kann ein ‚Instrument‘ bei der Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen und Erlebnissen sein;*
- *kann jugendtypischer Ausdruck des Mangels an Selbstkontrolle sein;*
- *kann dem Versuch dienen, sich auf einfache Weise Entspannung durch Genuss und Verdrängung von Langeweile zu verschaffen;*
- *kann eine Zugangsmöglichkeit zu Freundesgruppen eröffnen;*
- *kann die Teilhabe an subkulturellen Lebensstilen symbolisieren,*
- *kann eine Ohnmachtsreaktion sein, wenn Konflikte und Spannungen im sozialen Nahraum überhandnehmen;*
- *kann ein Mittel der Lösung von frustrierendem Leistungsversagen sein;*
- *kann eine Notfallreaktion auf heftige psychische und soziale Entwicklungsstörung sein.“* (Engel, Hurrelmann, 1994:18)

Risikobehaftete Verhaltensweisen haben also eine attraktive Bedeutungsfülle bei bestehenden jugendtypischen Problemen. Für junge Menschen kann ein solches Verhalten die Bereitschaft zum Erwachsenwerden ausdrücken, was sich in der Teilhabe an der Erwachsenenkultur zeigt (bspw. beim Rauchen von Zigaretten oder dem Konsum von Alkohol). Ebenfalls ist es Mittel im Austesten der eigenen Grenzen, da Jugendliche mit gesundheitsriskantem Verhalten auch eine Konfrontation mit Erwachsenen in Kauf nehmen müssen. So kann Risikoverhalten auch als eigenständige Entwicklungsaufgabe verstanden werden. Die Entwicklung einer Ich-Identität beeinflusst stark den eigenverantwortlichen, selbstbestimmten und bewussten Umgang (inkl. Abstinenz) mit legalen wie illegalisierten psychoaktiven Substanzen. So muss im Jugendalter der Grundstein in Form von Erfahrungen gelegt werden, um Kompetenzen hinsichtlich eines genussorientierten Konsums zu erwerben.

Geschlechtsspezifisch ist zu erwähnen, dass Jungen ein gegenüber Mädchen auffälligeres Verhalten an den Tag legen (z.B. exzessiverer Alkoholkonsum). Mädchen dagegen nehmen in der Phase der Suche nach Grenzen ebenfalls riskantes Verhalten an, welches auch zur Identitätsentwicklung beiträgt, jedoch wählen Mädchen tendenziell weniger auffällige Verhaltensweisen wie Essstörungen o.ä. Diese gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen zeugen von der Auseinandersetzung Jugendlicher mit den Anforderungen der Erwachsenenwelt und dem darin zu findenden Status und sind als Bemühung innerhalb des Entwicklungsprozesses zu verstehen, einen Umgang mit Anforderungen an die eigene Person zu finden. Sie sind meist Reaktion Jugendlicher auf Belastungen, Orientierungskrisen sowie Unsicherheiten im Verhalten. Solch ein Verhalten muss nicht problematisch sein, sondern kann in angemessener Art und Weise, wie z.B. Alkoholgebrauch, zur Kompetenzerweiterung dienen und somit zur persönlichen Stabilität beitragen. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:18f)

5.2 Konsum psychoaktiver Substanzen als Entwicklungsaufgabe

„Sucht stellt nicht einen physiologischen Prozess dar, sondern ist ein soziales Produkt. [...] In einer Gesellschaft, die keinen Suchtbegriff entwickelt hat, wird es auch keine physiologischen Prozesse geben, die sich zur Sucht verselbstständigen. [...] Sucht wäre damit nicht die physiologische Notwendigkeit, zur regelmäßigen Einnahme eines bestimmten Stoffes, sondern eine soziale Erfindung, eine Zuschreibung an die zukünftig eintretenden Geschehnisse nach solcher Einnahme ... [Es] läßt sich zeigen, dass der Suchtbegriff, den Menschen jeweils verinnerlicht haben, konkrete Folgen für ihr Verhalten hat. Wer daran glaubt, dass nur völlige Abstinenz den Konsumzyklus auf Dauer beendet, für den wird das objektiv tatsächlich so sein.“ (Legnaro, 1991, S. 25f zitiert nach Schneider, 2000:68)

Wie Gesellschaft und Individuum mit Drogenkonsum umgehen und wie die Gesellschaft KonsumentInnen bewertet und dem entsprechend behandelt, ist von unterschiedlichen Einflüssen abhängig. Vordergründig ist der Umgang durch die kulturelle Einbettung von Substanzen in den jeweiligen Kulturkreis, die offizielle Sicht auf psychoaktive Substanzen und deren Konsum sowie das allgemein vorherrschende Weltbild geprägt. Des Weiteren ist Substanzkonsum ein Phänomen, das sehr öffentlichkeitswirksam ist. Es kann dabei aus wissenschaftlicher, drogenpolitischer oder auch emotionaler Perspektive unterschiedlich beschrieben und verstanden werden. Hier wird ersichtlich, wie verschieden man sich dem Begriff nähern kann. Wird der Konsum psychoaktiver Substanzen gedeutet, entstehen oft

übereinstimmende Bilder der sozialen Realität des Substanzgebrauch. Diese geben aber oft nur soziale Konformitäten anstatt durch Empirie gesichertes Wissen wieder. Hierbei kommt es zur Bewertung des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen, die sich an der vorherrschenden Meinung orientiert. Oft werden dabei verschiedene bekannte Mythen, Halbwahrheiten und Annahmen (vgl.: 2.1) ständig wiederholt, die so im Mantel der Selbstverständlichkeit ohne Prüfung als Tatsachen in das kollektive sowie individuelle Bewusstsein übernommen werden. (vgl.: Degwitz, 2002:20/Schröder, 2007:26/Reuband, 1994:1ff) Reuband schreibt dazu: „*Vermutlich gibt es kaum ein anderes gesellschaftliches Phänomen, bei dem ein verbreiteter Glaube an Kenntnisse so sehr mit Unkenntnis verbunden ist*“ (ebd.). So erscheint Drogenkonsum als gemeinsamer Nenner verschiedener sozialer Phänomene, wobei dieser Nenner im Hinblick auf Ursache, Risikograd oder zukünftige Ausprägung jener Phänomene keinerlei Aussagekraft hat. Verwiesen sei hier auf SubstanzkonsumentInnen wie etwa den Alkoholiker, die durchschnittliche Kaffeetrinkerin, den MDMA konsumierenden jugendlichen Wochenend-Raver oder die alte Dame im Altersheim und ihrem regelmäßigen Benzodiazepinkonsum. (Degwitz, 2002:20)

Im Sinne des Konstruktivismus³³ muss für eine Auseinandersetzung mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen, bedacht werden, dass Drogenpolitik das Selbstbild von KonsumentInnen quasi hervorbringt. Hier ist Substanzkonsum nicht einfach nur eine gesellschaftliche oder objektive Realität, er ist an die Realität angepasstes Verhalten, das sich im Selbstverständnis der KonsumentInnen oder dem Bild von Professionellen manifestiert. (vgl. Degwitz, 2002:22) Wie daraufhin Substanzgebrauch von dem jeweiligen Menschen bzw. der Institution gedeutet und bewertet wird, „*konstituiert den Rahmen der Umgangsweise, die Richtung der sozialen und individuellen Praxen und die Lösungsversuche bei Problemen mit dem Drogenkonsum.*“ (ebd.) So ist Drogenkonsum je nach befragtem Lebensstil eine Krankheit, Schwäche, Genusshinwendung oder eine Form abweichenden Verhaltens (ebd.). Davon ist ableitbar, dass die Bewertung von Substanzkonsum oder darauf folgende Reaktionen je nach dem spezifischen Deutungsmuster verschieden und teilweise konträr ausfallen. Hier spielt die auf einzelne Substanzen bezogene offizielle und rechtliche Wert- und Bedeutungszuschreibung eine wesentliche Rolle, da offenbar rechtlich fixierte und

³³ Bezeichnet eine erkenntnistheoretische, philosophische und sozialwissenschaftliche Position, in der die Vorstellung, dass wir die Wirklichkeit subjektiv „erfinden“ (konstruieren) und nicht – wie nach realistischer Vorstellung – objektiv „entdecken“, theoretische Grundlage bildet.

offizielle Deutungsmuster existieren. Abseits dieser öffentlichen Zuschreibungen und Fixierungen haben sich individuelle und subkulturelle Selbstverständnisse und Selbstbilder von KonsumentInnen entwickelt (ebd.).

Neben diesem Problem stehen weitere Schwierigkeiten der wissenschaftlichen Einordnung und Bewertung von Substanzkonsum im Wege. So beschreibt Schröder (zitiert nach Strieder, 2007:26f) „[...] *dass auch der wissenschaftliche Diskurs stark durch gesellschaftliche Werte und Normen beeinflusst ist und damit dem Anspruch der Objektivität nicht unbedingt gerecht wird. Die Wissenschaft ist in vielen Fällen nicht bemüht, ein differenziertes Bild des Phänomens zu geben, sondern selektiert Ergebnisse, mit dem Ziel die herrschende Ideologie, Wertstrukturen und Herrschaftsverhältnisse zu legitimieren*“ So wird gerade Forschung über psychoaktive Substanzen in der BRD meist durch Institutionen betrieben, die oft im Sinne vorherrschender Politik nur bestimmte Teilbereiche des ganzen Kontinuums einer bestehenden Thematik untersuchen. So gelangt man zu Daten und Ergebnissen, die die politisch dominierende Betrachtungsweise des Konsums psychoaktiver Substanzen stützen. Dabei werden sogar unterschiedliche Untersuchungsansätze (bspw. lebenswelt- oder subjektbezogene) der Betrachtung des Phänomens Substanzkonsums vernachlässigt. (vgl.: Schröder, 2007:27) Beispielhaft sei hier erwähnt, dass sich Untersuchungen zum Gebrauch von psychoaktiven Substanzen oft auf Populationen beziehen, die bereits ein kompulsives Konsummuster aufweisen, aber hinsichtlich der Darstellung aller KonsumentInnen der jeweiligen Substanz nicht aussagekräftig sind. Daraus abgeleitete Aussagen bspw. zur Gefährlichkeit des Konsums oder von spezifischen Problemen, sind so nicht treffend. Da hier keine subjektbezogenen Daten in die Untersuchung einfließen, kommt es zu falschen Schlüssen. Begründet liegt dies außerdem darin, dass die Außenperspektive von SubstanzforscherInnen die Binnenperspektive (Einstellung, Handlung, Bewertung) der Konsumentin/des Konsumenten außen vor lässt. Dabei wird diese problemorientierte und drogenfixierte Betrachtungsweise unterstützt durch die in der Öffentlichkeit empfundene Ablehnung gegenüber (insbesondere jugendlichen) Usern. (vgl.: Schröder, 2007:27f)

Behandlung ausgewählter Erklärungsmodelle für den Konsum psychoaktiver Substanzen

Seit es Menschen gibt, konsumieren diese Substanzen, um ihre Befindlichkeit (Sättigung, Durststillung, aber auch Leistung, Emotion) bzw. ihre Wahrnehmung zu verändern und fast ebenso lang, wird es Menschen geben, die dieses Phänomen untersuchen. Dabei wird in den westlichen Industriegesellschaften der Konsum insbesondere illegalisierter psychoaktiver

Substanzen weitestgehend als soziales Problem verstanden. (vgl.: Bätzing, 2007:1) Neben therapeutischer Behandlung steht für die Drogenforschung die Hinwendung zu den Ursachen für Substanzkonsum im Fokus. Allgemein ist man dabei bestrebt, auf diesen Ursachen aufbauend Präventionsstrategien für die Verhinderung des Konsums zu schaffen. Andererseits liegen Publikationen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, sowie zum schadensminimierenden Umgang mit diesen, wenn auch nur im geringen Umfang, vor (siehe bspw. Heutdlass, Stöver, 2000). Weitere empirische Studien diesbezüglich sind notwendig. Hier wäre die Evaluation substanzspezifischen und allgemeinen Konsumverhaltens wichtig. Jenes ist dann in Zusammenhang mit dem Wissen um risikoärmere Umgangsstrategien zu bringen.

Im Folgenden sollen ausgewählte Erklärungsansätze zu Drogenkonsum erläutert und bewertet werden, aber es soll keine additive Darstellung dieser verschiedenen Theorien entstehen, da dazu ausreichend Publikationen (vgl.: Schneider, 2000:69) erschienen sind. Vielmehr beschränken wir uns darauf, wie Substanzgebrauch grundlegend erklärt wird und somit Verhalten von KonsumentInnen gesellschaftlich bewertet und eingeordnet wird. Dabei filtern wir heraus, was im Sinne salutogenetischer Ansätze dienlich ist bzw. nicht. Unsere Bestrebung ist, hinsichtlich konzeptioneller Vorüberlegungen im Rahmen der Salutogenese und Gesundheitsförderung Nützliches hervorzuheben.

Pathologischer Ansatz zur Erfassung von Konsum psychoaktiver Substanzen

Dieser Ansatz ist weitgehend bestimmend in der wissenschaftlichen Betrachtung von Substanzkonsum. Deswegen erfolgt hier unsere Positionierung hinsichtlich des Nutzens für diese Arbeit. Pathologische Ansätze verstehen Substanzgebrauch als Reaktionsverhalten auf individuelle Problemstellungen. Demnach konsumieren Menschen Substanzen, um diese Konflikte zu bewältigen. Reuband (1994:22) sieht darin eine legitimierte Realitätsdeutung, was dazu geführt hat, dass diese Theorie bestimmend in Therapie, Forschung sowie Gesetzgebung ist. Die rigide Fixierung auf dieses eine Modell neben verschiedenen anderen Erklärungsmodellen ist uns suspekt.

Die undifferenzierte Sicht auf Drogenkonsum einzig als Problemlösungsverhalten lässt eine Unterscheidung nach verschiedenen anderen Motivationen nicht zu, was uns aufgrund der Beschreibungen des Verhaltens im Jugendalter und riskanter Handlungsweisen im Rahmen der Gesundheitsförderung nicht nützlich erscheint. So werden aus pathologischer Sicht kaum Unterschiede zwischen Substanzgebrauch, Missbrauch oder Abhängigkeit gemacht; dies

insbesondere bei den KonsumentInnen illegalisierter Substanzen, denen so generell ein persönliches Defizit unterstellt wird. Dabei ist aus der Darstellung der Charakteristik der Jugendphase klar geworden, dass dies notwendig ist, da Substanzkonsum bspw. einfach eine für Jugendliche sinnvolle Verhaltensalternative darstellen kann. Diese kann in Ermangelung von Handlungsoptionen wahrgenommen, aber bei Entdeckung neuer Verhaltensalternativen ebenso schnell wieder verworfen werden. Auch Konsummuster wie durch Kleiber und Soellner (1998:73) oder Schneider (2000:67) benannt, sind wissenschaftliche Realität. Diese Vernachlässigung rührt wahrscheinlich aus diversen Studien, in denen SubstanzgebraucherInnen, die im Hilfesystem erfasst sind, untersucht worden. So entstanden Daten, die sich ausschließlich auf problembelasteten Konsum (bzw. auch allgemeine Problemsituationen) bezogen. Hierin sieht Reuband ein weiteres Problem, da nicht alle diese Menschen jene Unterstützungseinrichtungen ausschließlich wegen ihres Substanzkonsums aufgesucht haben könnten, sondern auch wegen anderen Problemen. Jedoch werden sie so zu repräsentativen SubstanzgebraucherInnen verallgemeinert (Reuband, 1994:26), was natürlich unzutreffend ist, da kontrolliert und unproblematisch konsumierende Menschen nicht statistisch erfasst werden. Dies ist insbesondere beim Konsum illegalisierten Substanzen zu vermuten. *„Wer allerdings Probleme als Ursache des Drogenkonsums wähnt, wird so lange fragen, bis er welche gefunden hat.“* (Reuband 1994:26) In der Problemfixierung sehen wir das Hauptdefizit, denn SubstanzkonsumentInnen, die generalisiert pathologisiert werden, werden in dieser Sicht (nach Problemen suchend und aufgrund der menschlichen Natur auch welche findend) die Selbstkontrollmöglichkeiten abgesprochen. Dies widerspricht gesundheitsfördernden Methoden und ist für die Anwendung bei jungen CannabiskonsumentInnen kontraproduktiv.

„Ist dieser Ansatz nun Leitstrategie von Politik und Therapie, besteht eine nicht zu unterschätzende Gefahr darin, dass Drogenkonsumenten diese Fremdzuschreibung übernehmen und sich selbst nur noch als hilfebedürftige Opfer betrachten. Dabei verläuft die Ursachenzuweisung oft zirkulär. Die allgemeine Prämisse lautet: Menschen haben Probleme, wenn sie Drogen nehmen; begründet wird dies mit Dingen, die andere als Problem der Gesellschaft oder Problemlage der betroffenen Personen sehen. Da Drogenkonsum gesellschaftlich als ‚böse‘ definiert wird, geht man unbewusst von der Annahme aus, dass ‚Schlechtes‘ nur durch ‚Schlechtes‘ erklärt werden kann und das ‚Schlechte‘ wiederum ‚Schlechtes‘ hervorbringt (vgl. Reuband 1994:24). [...] [Wenn] Rausch, insbesondere, wenn dieser durch den Konsum illegalisierter Substanzen hervorgerufen wird, ein ‚krankhafter

Ausnahmestand' ist, Bewusstseinsweiterung mit Bewusstseinsstörung gleichgesetzt wird, so erscheint die Motivation zum Konsum und damit der Konsument als pathologisch. Damit wird jede differenzierte Betrachtung des Phänomens unmöglich. Erklärungsversuche, die Drogengebrauch nicht als Indiz für Probleme und Drogengebraucher nicht als Problem belastet sehen, werden ausgeblendet.“ (Schröder, 2007:28f)

Konsum psychoaktiver Substanzen als Lernprozess im sozialen Umfeld

Substanzkonsum als sozialen Lernprozess zu verstehen bedingt, dass man davon ausgeht, dass der Gebrauch legalisierter wie illegalisierter Substanzen erlernt und diese Erfahrung als sinnvoll erlebt werden kann sowie in die eigene Lebenswelt integrierbar ist. Aufgrund des Illegalitätsstatus von Cannabis liegt der Fokus im Folgenden mehr auf illegalisierten Substanzen. Da die grundlegenden Lernprozesse hinsichtlich aller Substanzen ähnlich sind, ist der Gebrauch psychoaktiver Substanzen neben der substanzspezifischen Wirkung sozusagen allgemein erlernbar. D.h. Rituale, Gebrauchsregeln und sozial integrierte Gebrauchsformen stehen für illegalisierte Substanzen im selben Maß zur Verfügung wie für legalisierte und finden Anwendung. Die ideologisch geprägte gesellschaftliche Tabuisierung des Umgangs mit illegalisierten Substanzen verhindert jedoch häufig den Wissenstransfer über diese gesundheitsrelevanten Gebrauchsrituale. Daher verfolgen wir die These, dass für diese Lernprozesse notwendigen Inhalte in der Auseinandersetzung mit illegalisierten Substanzen meist nicht in öffentlich zugänglichen, sondern nur in privaten Settings vermittelt werden.

Hinzu kommt, dass der illegale Status ein weiteres Element hinsichtlich des Umgangs mit der Substanz in der Gesellschaft ist. In pluralen Gesellschaften, in den diverse Milieus, Gruppen und Interessenverbindungen bestehen, existieren auch keine einheitlichen Werte- und Normvorstellungen. Welches Verhalten als sinnvoll verstanden (Konformität) und welches als schlecht verstanden wird (Devianz), erlernt man nicht nur aus der gesamtgesellschaftlichen Teilhabe, sondern eben auch durch die Teilhabe an diesen Gruppen und Milieus. Gerade für illegalisierte Substanzen ist aufgrund des Umgangs mancher Subkulturen mit bestimmten, nicht gesamtgesellschaftlichen akzeptierten Substanzen, ein Wissen um Umgangsformen und -regeln entstanden. Beim Durchlaufen der Sozialisationsprozesse entwickeln sich Individuen in konventionellen und unkonventionellen Bindungen. Diese Bindungen stellen gesellschaftliche Struktur- und Interaktionszusammenhänge dar. Hier sind bspw. Klassen, Freundeskreise, Schichten und Familien gemeint. In diesen entsteht ein Prozess der aktiven Aneignung, wobei sich das Subjekt verwirklichen kann. Dies erfolgt durch Wahl der

Bezugsgruppe und Umgebung nach eigenen Interessen und vorhandenen Möglichkeiten. In den Bezugsgruppen werden bestimmte, der Bezugsgruppe immanente, Verhaltensweisen erlernt. So ist Verhalten je nach Gruppenorientierung als deviant oder konform zu bezeichnen. Hieraus entsteht dann ein Umgang mit Substanzkonsum. Als deviant verstandene Verhaltensweisen werden von der Gruppe evtl. nicht anerkannt und behindert, wohingegen konformistisches Verhalten möglicherweise befördert und bestätigt wird. Dabei kommt es zum Erlernen von gesellschaftlich abweichendem Verhalten, was allerdings innerhalb der Gruppe als konform zu bezeichnen ist, ebenso wie zum Erlernen gesellschaftlich angepassten Verhaltens. Die Motive für das Lernen bleiben dabei für die Subjekte gleich, nur ändert sich der Inhalt der Information je nach Kontakt mit diversen Personen.

D.h. für diejenigen, die sich einer neuen Gruppe anschließen, die illegalisierte Substanzen konsumiert, dass sie in der Gruppe diesbezüglich Verhaltensregeln erlernen und höchstwahrscheinlich auch in ihr Leben integrieren. Substanzkonsum ist hier keine Reaktion des Individuums auf persönliche Probleme, sondern ein Handeln das entscheidend durch die Sozialisation des Subjekts mitgeprägt wurde. Innerhalb dieses Prozesses wurden Vorstellungen über sinnvolles Handeln vermittelt und in dem Subjekt etabliert. Diese Vorstellung ist nun in konstruierender Weise handlungsanleitend, da sie zur sinnhaften Erfassung der Wirklichkeit dient. Daraus wird deutlich, wie wichtig soziale Kontakte zur Beeinflussung des spezifischen Verhaltens Substanzkonsum sind. Reuband meint hier (1994:32), dass das Individuum sein eigenes Urteil in der Meinung anderer Personen verankert, die für das Individuum Orientierungsgrundlage bilden. Nicht Gruppendruck ist ursächlich für das Handeln, sondern die Prägung des Subjekts durch die verschiedenen Inhalte in der Gruppe. So handelt das Subjekt gleich dessen Bezugsgruppe, weil es so handeln will und die Einsicht in die Richtigkeit des Verhaltens mit der Gruppe teilt. Dieser Ansatz stellt für uns eine sehr praktikable Betrachtungsweise dar, da SubstanzgebraucherInnen als Menschen betrachtet und Substanzkonsum als erlernbares Verhalten verstanden wird. (vgl.: Schröder, 2007:31ff) Hier ist die Entstehung der Gesundheit bzw. deren Aufrechterhaltung durch Verhalten zu vermerken.

Aus Sicht der Sozialarbeit bietet diese Herangehensweise eine Fülle an Möglichkeiten der Unterstützung im Rahmen der Gesundheitsförderung. Dies beginnt bei der Vermittlung von Informationen zu Risiken und Besonderheiten des substanzspezifischen Konsums und führt über die Möglichkeiten der individuellen, kulturellen Integration von Substanzgebrauch und dessen Alternativen hin zur Vermeidung kompulsiven Konsums mit konkreten Methoden.

Dabei können die Ressourcen der Gruppendynamiken genutzt werden, die in diesem Absatz beschrieben wurden, aber auch individuellere Methoden (bspw. zur Wissensvermittlung) können Anwendung finden.

KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen als Subjekte

Da die klassische, defizitäre Sichtweise auf Substanzkonsum nicht für die Autonomie- und Selbstbestimmungsumsetzung in Lebensentwürfen geeignet ist, die wir anstreben, was kann an ihre Stelle gesetzt werden?

Wenn User nicht mehr zwangsläufig auch als „Drogenabhängige“ betrachtet und bezeichnet werden, sondern als „autonome Personen“, die selbst Kontrolle auf sich und ihr Konsumverhalten ausüben können, dann können sie sich selbst auch wieder als selbstbestimmt und autonom wahrnehmen und begreifen. So werden sie zu Subjekten mit eigener Verantwortlichkeit für ihren Substanzkonsum, und sind nicht mehr lediglich Objekte der Auswirkungen der eigenen „Abhängigkeit“. (vgl.: Herwig-Lempp, 1994:83ff)

Dabei geht es darum, bei jedem Konsumenten/jeder Konsumentin diese „Autonomie“ in Bezug auf den eigenen Konsum vorauszusetzen, um es im Falle eines Problems mit dem Konsum überhaupt möglich zu machen, Wege zu finden, diese zu beheben. Der klassische defizitorientierte Blick der Drogenhilfe, der in Abhängigkeit geratene SubstanzkonsumentInnen als „suchtkrank“ und somit als „nicht Herr ihrer selbst“ einstuft, gibt damit selbst ein Argument, das Betroffene in problematischem Konsumverhalten hält. Der nächste Konsum kann so immer mit der eigenen Abhängigkeit begründet werden. Wenn KonsumentInnen hingegen als Subjekte mit der Fähigkeit zur Autonomie betrachtet, verstanden und angenommen werden und sich dieser auch selbst bewusst sind, können sie ihr eigenes Konsumverhalten verstehen und dieses ändern. (vgl.: Herwig-Lempp, 1994:14ff, 107ff) *„Der entscheidende Vorteil des Erklärungsprinzips Autonomie ist, daß es die Drogenkonsumenten ihre eigene, aus ihrem Selbstbewußtsein erwachsende Stärke in dem Moment spüren läßt, wenn sie diese als gegeben voraussetzen und sie sich allein ihrem freien Willen und ihrer eigenen Entscheidung verpflichtet fühlen und nicht irgendwelchen, von außen vorgegebenen Beurteilungskriterien von 'richtig' und 'falsch' oder 'krank' und 'gesund'.“* (Herwig-Lempp, 1994:109f)

SubstanzkonsumentInnen sind hier als (für ihr Verhalten) selbst verantwortlich einzustufen, damit sie sich ihrer eigenen Verantwortung und Handlungsmöglichkeit auch bewusst werden. Dadurch werden sie nicht als „fremdbestimmt“ oder „außengesteuert“, wie es der Begriff „Abhängigkeit“ suggeriert, angesehen. Dabei ist die positive Betonung von persönlicher

„Verantwortung“ als Öffnung für freie Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten der negativen Bedeutung eines Begriffes wie „Schuld“ vorzuziehen, da letzter Begriff eine Erwartung eines zu erfolgenden Verhaltens impliziert. So soll Substanzkonsum allgemein nicht mehr als abweichendes Verhalten verstanden werden, das es zu beheben, auszumerzen oder zu heilen gilt, sondern als menschliches Verhalten, welches durch Übernahme von Eigenverantwortung und Selbstständigkeit bezogen auf die Gestaltung des eigenen Konsumverhaltens durchaus in einen funktionierenden Lebensentwurf zu integrieren ist, ohne diesen in seinen Funktionen einzuschränken oder zu behindern. (vgl. Herwig-Lempp, 1994:107ff)

Dazu wird die Entwicklung einer Art individueller Gesamtkompetenz für die Gestaltung des eigenen Substanzkonsums von Nöten sein. Die Notwendigkeit der daraus folgenden, sogenannten Drogenmündigkeit soll im nächsten Abschnitt beschrieben werden.

5.3 Notwendigkeit von Drogenmündigkeit in der heutigen Gesellschaft

Entwicklung einer neuen Sichtweise

Die Suchtprävention, die auf den Überlegungen der siebziger Jahre fußt, und die Abstinenz oder Abhängigkeit als einzige Verlaufsmöglichkeiten im Umgang mit psychoaktiven Substanzen begreift, muss sich nach den neuen Erkenntnissen der Drogen- und Suchtforschung richten. Das eindimensionale Verständnis von Abhängigkeit als mechanisch und linear verlaufende negative „Karriere“ zur Unterstützung von Menschen, die etwas an ihren problematischen Umgangsformen mit psychoaktiven Substanzen ändern wollen, ist vielfältig erweitert und somit überholt. Hierbei handelt es sich vor allem um Kenntnisse zum gesellschaftsfähigen Umgang mit Substanzen ohne Kontrollverlust und mit der Möglichkeit, den Konsum auch ohne therapeutische Hilfe zu beenden oder zu verändern. (vgl.: Barsch, 2004:26f) *„Im Laufe der Zeit wurde klar, dass eine entmündigende, abstinenzfixierte Politik ungeeignet ist, Drogenproblemen wirklich zu begegnen. In Deutschland hat weder ein prohibitiv angelegtes Drogenrecht noch eine abstinenzorientierte Suchtprävention verhindern können, dass in der Bevölkerung massenhaft alte und neue, legale und illegalisierte psychoaktive Substanzen konsumiert werden und entsprechende Probleme entstehen.“* (Barsch, 2004:27) Langsam schafft ein akzeptierender Blick die Erkenntnis, dass Männer und Frauen unterschiedliche Substanzen in den verschiedenen Situationen und Lebensphasen konsumieren und dieser Konsum nicht zwangsläufig in die Abhängigkeit führen muss. Der

Konsum psychoaktiver Substanzen kann mit ausreichendem Wissen um Risiken und Wirkungen der konsumierten Substanz durchaus eigenständig gestaltet und gewinnbringend in die eigene Lebenswelt integriert werden. Jedoch verhindern bestimmte gesellschaftliche Einstellungen einen bewussten und risikominimierenden Umgang mit psychoaktiven Substanzen. (vgl.: Barsch, 2004:27) *„Die Abstinenzfixierung lässt es nicht zu, bestimmte Konsumformen sozial zu akzeptieren und sie in den persönlichen Lebensstil zu integrieren.“* (Ebd.) Wie kann nun die Prävention und Drogenhilfe diesen Gegebenheiten Rechnung tragen? Als nützlich in diesem Zusammenhang haben sich Kompetenz- und Wissenserweiterung bei den Betroffenen erwiesen. Denn Probleme mit psychoaktiven Substanzen sind nicht immer in der Abhängigkeit zu finden. Schaut man sich die Zahlen genau an, so ist dies sogar relativ selten der Fall. *„Die Zahl der von legalen Drogen (Alkohol und Nikotin) und illegalisierten Drogen abhängigen Menschen liegt unter fünf Prozent, und die Zahl derer, die gefährdet sind, eine Abhängigkeit zu entwickeln, bei etwa 20 Prozent pro Jahrgang.“* (Barsch, 2004:28) Das macht deutlich, dass eine Drogenhilfe, die sich ausschließlich mit der Verhinderung von Abhängigkeit beschäftigt, am eigentlichen Bedarf der Menschen, die Probleme entwickeln, die auch mit ihrem Konsum psychoaktiver Substanzen zusammenhängen, jedoch nicht unbedingt Probleme mit Abhängigkeit sind, vorbei arbeitet. Sicherlich darf das Problem der Abhängigkeit nicht bagatellisiert werden, jedoch ist eine einseitige Betrachtungsweise ungenügend.

Dies manifestiert sich, schaut man sich die von den KonsumentInnen geschilderten Probleme näher an. Hier werden nicht selten Probleme thematisiert, in denen Abhängigkeit eine Rolle spielt, sondern in denen die Umstände und Bedingungen der Konsumsituation eine erhebliche Rolle spielen. So entstehen Schwierigkeiten oft durch die Wahl der falschen Bedingungen wie des falschen Ortes, der falschen Zeit, einer Überdosierung, des falschen sozialen Setting oder der falschen Applikationsform der Substanz. Mögliche Folgen einer solchen schlechten Wahl wie Unfälle, Fehlhandlungen, Gewalt oder psychische Ausnahmezustände sind oft schwerwiegend und für das Individuum nicht selten verheerend. Da der plumpen Aufforderung zu Abstinenz zur Verhinderung solcher Situationen in diesem Rahmen gerade von jungen Menschen aus verschiedenen Gründen wie Erlebnisdrang, Gemeinschaftsgefühl oder simplen Genusswillen nicht nachgekommen wird, muss sich eine an der Realität orientierte Drogenhilfe dieser Herausforderung stellen. Im Übrigen ist uns diese Umgangsform (falsche Wahl der Rahmenbedingungen) von den legalisierten und kulturintegrierten Substanzen wie Alkohol und Nikotin bestens bekannt. Nur hier haben sich

aufgrund der Legalität in vielen sozialen Gruppen schon Mechanismen und Safer-Use-Regeln etabliert.

Um sich diesen Tatsachen aus der Drogenhilfe heraus zu nähern, muss diese vorerst die Unterscheidung von Drogengebrauch, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit zulassen. So ist also ein Paradigmenwechsel nötig, der schon 1999 von der Deutschen AIDS-Hilfe in ihrem „Drogenpolitischen Memorandum“ gefordert wurde, und in dem diverse Bedingungen zur Verhinderung von Drogenproblemen dargelegt werden. Diese stützen sich auf wissenschaftliche wie praktische Erfahrungen. (vgl.: Barsch, 2004:28) *„Zu den wesentlichen, heute wissenschaftlich weitgehend akzeptierten Tatsachen gehören folgende:*

- *Bestimmte Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen sind durchaus mit physischer, psychischer und sozialer Gesundheit vereinbar. (vgl. u.a. für Cannabis Kleiber/Soellener 1998)*
- *Drogenkonsum ist nicht nur destruktiv, sondern kann auch persönlichkeitsfördernde und sogar schützende Aspekte haben.*
- *Drogenkonsum geht keinesfalls zwangsläufig mit körperlichen und/oder psychischen Störungen einher.*
- *Drogenkonsum unterminiert nicht per se die Gesellschaftsfähigkeit und Gesundheit der Konsumenten“.* (Barsch, 2004:29)

Barsch schlussfolgert hier, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen in kontrollierter Form als eine Handlung wahrgenommen werden sollte, die in die Lebenswelt eines Menschen integrierbar ist, wenn sie bestimmte Bedingungen erfüllt. Darüber hinaus sei diese Handlung mit gesellschaftlichen Werten vereinbar und hat den Platz in der Lebenswelt der/des Konsumierenden aus einem bestimmten Grund. So ist der Konsum psychoaktiver Substanzen aus Sicht der Prävention nichts, das es sofort zu torpedieren, zu verhindern oder hinter sich zu bringen gilt, sondern es ist notwendig für sozial integrierten Konsum, Kompetenzen zu entwickeln, zu fördern und weiterzuvermitteln. Durch diese Betrachtungsweise rückt der Mensch mit seiner Eigenverantwortung wieder ins Zentrum des Sichtfeldes. Dabei werden Fähigkeiten des Subjekts sichtbar, mit psychoaktiven Substanzen angemessen, genussvoll, selbstbestimmt und sozial verantwortlich umzugehen. (Barsch, 2004:29) Dies alles bedingt, dass man Menschen diese Fähigkeiten zugesteht und SubstanzkonsumentInnen nicht prinzipiell als Abhängige versteht, die krank, hilfebedürftig, auf dem falschen Lebensweg

befindlich, den Drogen ergeben und/oder nicht fähig sind, diese Prozesse eigenständig zu ändern oder auch nur einen eigenen Willen haben (vgl.: Herwig-Lempp, 1994:94ff). Um einen Schritt in diese Richtung zu gehen, ist es sinnvoll, innerhalb von Überlegungen zum Umgang mit Substanzkonsum die Gedanken Herwig-Lempps zu untersuchen und dessen Verständnis von SubstanzkonsumentInnen als Subjekte. Dem zu folgen, ist für das Menschenbild und die darauf aufbauende Theorie innerhalb der Drogenmündigkeit im Umgang mit GebraucherInnen psychoaktiver Substanzen sehr lohnenswert. Die von Herwig-Lempp angeführten Betrachtungsweisen führen zu neuen Einsichten des Verständnisses psychoaktive Substanzen gebrauchender Menschen. Dies hat Folgen für die Praxis: Mit der Zuschreibung von Autonomie und der Betrachtung des Verhaltens einer Person entsteht eine Wahrnehmung dafür, dass SubstanzgebraucherInnen nicht generell abhängig sind und somit auch nicht generell behandlungsdürftig. Dabei entsteht bei dem/der BeobachterIn oder dem/der KonsumentIn die Erfahrung von selbst kontrolliertem Substanzkonsum. So wird das eigene Verhalten wieder als steuerbar erlebt und die Sichtweise auf die eigene Person geändert. Es entstehen vorher nicht vermutete Ressourcen durch das eigene Verhalten und somit Möglichkeiten, mit den eventuell empfundenen Problemen umzugehen. Darüber hinaus erwachsen diese Ressourcen aus den Stärken der Person, was diese auch verspürt, und die zum Nutzen des eigenen Willens, also eigener Entscheidungen, verhelfen. Äußerliche und oftmals einschränkende, demotivierende und vorgegebene Bewertungskriterien wie „richtig“, „falsch“ oder „gesund“ und „krank“ spielen für die Person keine Rolle mehr. Dies kann zur Manifestation eines positiven Selbstbildes führen, in dem Selbstkontrolle, Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung, auch und gerade hinsichtlich gesundheitsschädlichen Verhaltens zementiert sind. Dies bedingt auch eine Änderung der Beziehung zwischen professionellen HelferInnen, UnterstützerInnen und SubstanzgebraucherInnen. So werden sich Professionelle in einer neuen Rolle wiederfinden, soll heißen, Menschen werden dabei unterstützt, ihre Eigenverantwortlichkeit und Selbstkontrolle gesundheitsbewusst auszuleben. (vgl.: Herwig-Lempp, 1994:107ff)

Pluralisierung des Konsums psychoaktiver Substanzen

So gut wie jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens mit der Aufgabe konfrontiert, mit psychoaktiven Substanzen umzugehen. Dies mündet in eine Auseinandersetzung, die damit anfängt, ob ich eine Substanz konsumiere oder nicht und wenn ich mich dafür entscheide, wie viel davon, wann, wo, mit wem, weshalb, wozu etc.? Oder wenn ich mich dagegen entscheide, wie strukturiere ich meine Erlebniswelt alternativ und (vielleicht) im Gegensatz

zu der jeweiligen Bezugsgruppe, in der ich verkehre? Dies ist in den verschiedenen Lebensphasen jedes Mal wieder eine Herausforderung, die auf individuelle Art und Weise gemeistert werden muss. Um dabei in jeder Situation einen angemessenen Umgang zu finden, bedarf es vieler Lerneffekte, die wiederum einen lebenslangen Prozess darstellen. Schon bei der Betrachtung des Konsums legalisierter Substanzen ist zu erkennen, dass die wenigsten Menschen eine Entscheidung für die Abstinenz treffen. Betrachtet man den Konsum von psychoaktiven Substanzen allgemein, wird klar, dass sich trotz repressiver und harter Strafrechtsbestimmungen nicht nur auf den Konsum der gesellschaftlich integrierten und akzeptierten Substanzen beschränkt wird. So wird der Genuss legalisierter Substanzen öffentlich zelebriert, Medikamente geschluckt, psychoaktive Pflanzen (bspw. Salvia Divinorum) probiert oder mit illegalisierten Substanzen heimlich experimentiert. Barsch spricht davon, dass sich die „Pluralisierung der Lebensstile“ in der „Pluralisierung der Drogenkonsumkultur“ widerspiegelt. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass alle Menschen unabhängig von der Substanz, die sie präferieren, ein Recht darauf haben, bei dem Finden eines angemessenen und gesundheitsbewussten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen Unterstützung und Hilfe zu erfahren. Die Tabuisierung von Kenntnissen und Erfahrungen hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen ist deshalb destruktiv. Menschen, die illegalisierte Substanzen konsumieren, werden durch eine Tabuisierung stigmatisiert und erfahren eine Ausgrenzung, die sich auf sie persönlich, aber auch auf ihr Ansehen in der Gesellschaft, negativ auswirkt. Da der Konsum psychoaktiver Substanzen durch Werte, Normen, Erfahrungen, Symbole und Informationen gesellschaftlich und sozial geprägt wird, ist dieser auch ein (durch die Gesellschaft) sozial akzentuierbarer und formbarer Prozess. Nach Barsch ist Substanzkonsum somit sozial gestaltbar. Dies führt direkt zur wichtigsten Entwicklungsaufgabe für junge Menschen in dieser Arbeit, der Entwicklung von Drogenmündigkeit. Denn das Ziel der sozialen Gestaltung von Drogenkonsum kann durch die Unterstützung von Menschen bei der Auseinandersetzung mit psychoaktiven Substanzen erreicht werden. Die Unterstützung muss dabei zum Ziel haben, Menschen zu befähigen, einen mündigen und somit unproblematischen Konsum zu entwickeln. (vgl.: Barsch, 2004:30)

Wie befähigt man Menschen zur Drogenmündigkeit?

Zu Drogenmündigkeit befähigen meint, in Menschen die Handlungsmöglichkeit zu aktivieren, sich eigenständig und selbstbestimmt zu orientieren und sich auf die verschiedenen Alltagssituationen hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen auf eine angemessene Art und Weise einstellen zu können. Drogenmündigkeit bedeutet nicht, von ExpertInnen

ausgewiesene Verhaltensregeln bzw. Vorgaben zu erfüllen (Trinkdosen pro Tag o.ä.), sondern es bedingt ein viel komplexeres und sozial eingebettetes Verhalten. Dabei kommen Fähigkeiten wie Risikomanagement, Kritikfähigkeit, Genussfähigkeit und Wissen um psychoaktive Substanzen zum Tragen. So werden Menschen befähigt, im Umgang mit diesen Substanzen autonom und aufgeklärt handeln zu können. Mündigkeit kann hier auch die Entscheidung zum situativen Konsumverzicht oder zur lebenslangen Abstinenz bedeuten, was aber von den Bedürfnissen des Individuums abhängt. Dabei ist Substanzkonsum immer in der Interaktion mit Menschen zu sehen. Denn nur eine entsprechende Reflexion kann Drogenmündigkeit fördern und etablieren. Menschen, die rücksichtslos konsumieren und soziale Ressourcen für sich selbst unnötig verschwenden, sind nicht mündig in Bezug auf ihren Konsum. Kritikfähigkeit und Risikomanagement verweisen darauf, dass Drogenmündigkeit bedeutet, eine gewisse Gemeinschaftsfähigkeit zu etablieren, wobei selbstbestimmt und eigenverantwortlich mit oder ohne die Entscheidung zum Substanzkonsum am gesellschaftlichen Leben teilgenommen wird. Mündiger Gebrauch psychoaktiver Substanzen wird somit mit den eigenen und äußeren Anforderungen vereinbar und bricht unbewusste Verhaltensweisen auf. An Stelle dieser greift ein bewusstes und differenziertes Risikomanagement, das zum Abschätzen der Vor- und Nachteile von Konsum in der jeweiligen Situation befähigt und das die verantwortliche Wahl gegenüber sich selbst und dem sozialem Umfeld ermöglicht. Dadurch kommt es zur Unterordnung der substanzinduzierten individuellen Erfahrungen (Genuss, Grenzerfahrungen, Lustgewinn etc.) unter die nun primären sozialen Ziele wie die Vermeidung von Fremd- und Selbstgefährdung. (vgl.: Barsch, 2004:32) *„Zwar wird das Recht auf Selbstschädigung von vielen hartnäckig verteidigt; gleichwohl ist allgemein anerkannt, dass die Freiheit im Umgang mit Drogen dort ihre Grenzen hat, wo sie das Wohlergehen, die Gesundheit und die Freiheit anderer beeinträchtigt.“* (Barsch, 2004:32)

Der Konsum psychoaktiver Substanzen liegt nicht nur in Problembearbeitung, Hilfe- bzw. Haltsuchen oder Kompensationsverhalten wie Stressbewältigung und Verdrängung begründet. Neben all diesen (vermeintlichen) Auslösern von Drogengebrauch stehen menschliche Bedürfnisse, die auch andere Motivationen wie Grenzerfahrungen, Bewusstseinsweiterung, Entspannung, Gemeinschaftlichkeit und das Streben danach nach sich ziehen können. Um diesen Bedürfnissen Rechnung zu tragen und in diesem Kontext Drogenmündigkeit zu etablieren, müssen Angebote der Drogenhilfe substanz- und suchtspezifische arbeiten. Hierbei geht es um Ziele, die den Erwerb von Substanzwissen, Genussfähigkeit, Kritikfähigkeit und

Risikomanagement fördern und ermöglichen. (vgl.: Barsch, 2004:34) Im Folgenden sollen diese Fähigkeiten hinsichtlich ihres Nutzens kurz erläutert werden.

Drogenkunde

Drogenkunde meint das grundsätzliche Wissen über die verschiedenen Substanzen sowie um die Techniken ihres Konsums (Applikationsformen). Über die verschiedenen Wirkungen der diversen Substanzen können unterschiedliche Erlebniswelten erschlossen werden – auch dies ist ein Gesichtspunkt von Drogenkunde. Darüber hinaus gilt es, kulturelle Aspekte des Substanzkonsums im Wissen zu verankern. So werden hinsichtlich eines angemessenen Umgangs der Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten sowie die Sinngebung, das Erkennen und der Umgang mit kulturellen Kodizes ermöglicht. Dadurch werden KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen befähigt, sich selbst als auch ihre Interessen und Bedürfnisse kennenzulernen, sowie sich mit den ökonomischen, politischen, ökologischen und kulturellen Bedingungen auseinanderzusetzen. (vgl.: Barsch, 2004:34)

Genussfähigkeit

Kulturell gilt es für Genussfähigkeiten in den diversen Drogenkulturen Genussnormen zu entwickeln. Gemeint ist hier, sich mit bekannten Rationalisierungen, Symbolisierungen, Beweggründen und Inszenierungen des Konsums psychoaktiver Substanzen kritisch auseinanderzusetzen. Andererseits gilt es, Techniken zur Genussfähigkeit und deren Steigerung zu erlernen und weiterzuvermitteln. Dazu gehört zuallererst die Fähigkeit zur Selbstkontrolle bzw. allgemein die Kontrollfähigkeit. *„Man muss wissen, wie Drogen wirken und wodurch ihre Wirkung hervorgerufen oder gesteigert werden kann, so etwa durch die bewusste Gestaltung von Set und Setting. Ebenso muss man in der Lage sein, zwischen dem eigenen Drogenkonsum und Lebensstil sowie zu allen anderen persönlichen Handlungsorientierungen Bezüge herzustellen. Drogenkonsum ist ja kein isolierter Lebensbereich, kann nicht für sich entwickelt oder geändert werden. Welche Drogen auf welche Weise konsumiert werden, steht vielmehr in Wechselwirkung mit anderen Orientierungen, mit biographisch geprägten Gewohnheiten, mit Rollen und Zukunftsentwürfen.“* (Barsch, 2004:35)

So gehört zum mündigen Substanzkonsum, dass man ihn auf die eigene Lebenswelt und deren soziales Umfeld beziehen kann. Bei zu Substituierenden wird dies oft überdeutlich, denn deren Entwicklung verläuft meist dann sehr positiv für sie selbst, wenn auch andere Bereiche wie bspw. eine Beschäftigung oder Partnerschaften aufgenommen werden können. Für die

motivationale Dimension von Genussfähigkeit sind diverse Willens- und Erlebensfaktoren zu benennen, die dazu befähigen, bewusst sinnliche Erfahrungen zu genießen und sich ihnen zu öffnen. (vgl.: Barsch, 2004:36)

Kritikfähigkeit

Diese Fähigkeit bezogen auf den Konsum psychoaktiver Substanzen meint vor allem das angemessene Einschätzen von Situationen. Denn die durch den Konsum entstehenden Anforderungen und Belastungen müssen realistisch eingeschätzt werden, um eventuelle Konsequenzen ausreichend zu berücksichtigen. Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten sind dem gegenüberzustellen. So kann eine dem Konsumort, der Konsumart, der Konsumzeit, der Menge der Substanz sowie dem jeweiligen Set und Setting entsprechende Entscheidung getroffen werden. Diese kognitive Leistung bedarf analytischer Fähigkeiten, die erlernbar sind. Als weiteres Element der Kritikfähigkeit bedarf es reflexiver Fähigkeiten, um sich der Funktion des Konsums bewusst zu werden und die Möglichkeit zu erlangen, seine Entscheidung zu ändern. Kritikfähigkeit ist aber nicht zuletzt eine ethische Komponente. Die Befähigung, sozial verantwortlich zu Handeln und dieses in zwischenmenschlicher Interaktion zu hinterfragen, sind Elemente, die sich auch im Umgang mit Substanzen wiederfinden müssen. (vgl.: Barsch, 2004:36)

Risikomanagement

Wichtig für Risikomanagement ist, über ausreichende Kenntnisse hinsichtlich möglicher Risiken, die man durch Konsum eingeht, deren Alternativen sowie Möglichkeiten, sie zu mindern oder zu vermeiden, zu verfügen. Dazu kommt, dass ein sozial verträglicher Konsum angestrebt wird. Das schließt ein, dass sich die konsumierende Person über die Risiken des eigenen Konsums für andere bewusst werden und dieses Bewusstsein in das weitere Handeln übertragen kann. Dabei muss es KonsumentInnen gelingen, soziale Situationen realistisch einzuschätzen. Mögliche Belastungen des Konsums und die Möglichkeiten des Umfelds diese zu kompensieren, sind zu erkennen. (vgl.: Barsch, 2004:36f)

Schlüsse für ein sozialpädagogisches Angebot

Die Jugend als Zeit des Austestens, Entdeckens, Ausprobierens und Erforschens auf allen Gebieten gehört zur Entwicklung eines Menschen dazu. Auch erste Erfahrungen mit legalen wie illegalisierten Substanzen gehören zu diesem Erfahrungsspektrum. Ein Angebot für Cannabis konsumierende Jugendliche muss sich also den oben genannten Fähigkeiten

(Risikomanagement, Kritikfähigkeit etc.) mit besonderer Aufmerksamkeit widmen. Hierbei können die Grundsteine dafür gelegt werden, dass Menschen mit sich und den Anforderungen der Umwelt und den eigenen Bedürfnissen selbstständig, reflexiv und eigenverantwortlich umgehen können. So kann als SozialarbeiterIn oder durch die Weitergabe in der Peer-Group direkt Einfluss auf das gesundheitsbewusste Verhalten Jugendlicher genommen werden. Darüber hinaus kann das ein Weg sein, sich mit der Lebenswelt sowie den jugendlichen Wünschen und Bedürfnissen direkt auseinanderzusetzen sowie bei Bedarf, wichtiges Wissen der verschiedenen Lebensbereiche weiterzuvermitteln. Hier tun sich vielfältige Möglichkeiten der Sozialarbeit auf, die im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargestellt werden. Wie und warum ein Kontakt mit psychoaktiven Substanzen zustande kommt, kann unterschiedliche Ursachen haben: Ob es der Identitätsfindung dienlich ist, der Erhöhung des Selbstwertes, des Einnehmens einer sozialen Rolle im sozialen Gefüge oder ob simple Neugier am Unbekannten ursächlich ist, all dies und vieles mehr kann Anstoß zum Konsum sein. Wie aber wirkt sich dies auf die Jugendlichen aus?

Im Rahmen einer von Flammer und Alsaker (2001:314f) dargestellten Studie von Shedler und Block wurden in den neunziger Jahren 101 amerikanische Jugendliche bezüglich ihrer Konsumgewohnheiten und deren Auswirkungen beobachtet und befragt. Dies geschah vom 3. bis zum 18. Lebensjahr und im Fokus standen die unterschiedlichen Wege zum Substanzgebrauch. Unterschieden wurden drei Gruppen von Jugendlichen: Erstens die „Abstinenten“ (circa 1/3 der untersuchten Jugendlichen), die nie illegalisierte Substanzen zu sich genommen hatten, die „Experimentierer“ (35 %), die einmal pro Monat Marihuana konsumierten, und die „Vielverbraucher“, die einmal pro Woche bis täglich Marihuana und gelegentlich eine andere psychoaktive Substanz konsumierten. Interessant ist die Interpretation der Ergebnisse dieser Studie. Als Achtzehnjährige waren die „Vielverbraucher“ im Vergleich zu den „Experimentierern“ eher sozial unzuverlässig, aufrührerisch, aggressiv, launisch und unbeliebt. Mit 7 und 11 Jahren waren sie darüber hinaus auch emotional labil und isoliert gewesen. Konzentrationsprobleme gingen mit einer Offenheit für neue Erfahrungen einher. Die Eltern dieser Gruppe waren im Vergleich zu den Eltern der „Experimentierer“ weniger sensibel und unterstützend. Sie dramatisierten, waren leistungsorientiert, kritisch und nicht stolz auf ihr Kind. Die „Abstinenten“ hingegen waren im Vergleich zu der „experimentierenden“ Gruppe oft ängstlicher, weniger beliebt, öfter isoliert, überkontrolliert, moralistisch und konservativ in ihren Einstellungen. Im Kindesalter waren sie nicht offen für neue Erfahrungen, liebten Ordnung und waren gehorsam und etwas

schüchtern. Diese Ergebnisse wurden von den Experten interpretiert und mündeten in folgender Aussage: „[...] *dass Experimentieren nicht schädlich sein muss und sogar ein Indikator einer gesunden Entwicklung sein kann. Es handelt sich jedoch eher um den Nachweis, dass sich unter jenen, die ‚nur‘ experimentieren, besonders starke Jugendliche befinden, die sozial (familiär und in der Peer-Gruppe) gut eingebettet sind.*“ (Flammer, Alsaker, 2001:314f) Zwar wird diese Aussage damit relativiert, dass die „Experimentierer“ im Vergleich zu der „vielverbrauchenden“ Gruppe, wahrscheinlich später mit dem Konsum begonnen und oft auch nur ein-, zweimal konsumiert haben, doch werden andere Studien betont, die belegen, dass ein vorübergehender Konsum durchaus positive Effekte auf die weitere Entwicklung haben könnte. Gemeint ist hier ein gewisser sozialer „Mindestanschluss“ in schwierigen Zeiten (z.B. Umzug in andere Stadt) und eine damit einhergehende Selbstwertsteigerung. Weiter ist so eine vorübergehende Distanzierung von belastenden Familienverhältnissen möglich. Allerdings wird in dieser Gruppe von einer Mehrgefährdung ausgegangen, den Konsum in späteren Lebensphasen nicht einzustellen. (ebd.)

Es ist festzuhalten, dass nach den geschilderten Ergebnissen der Studie von Shelder und Block Jugendliche, die sich im Konsum psychoaktiver Substanzen erproben und bei denen dies innerhalb der Entwicklungsaufgabe stattfindet, einen für sich sinnvollen Umgang mit der Substanz entwickelten und wesentlich stabilere Charakterzüge und Verhaltensmuster aufzeigten als die „abstinente“ und „vielverbrauchende“ Kontrollgruppe. Darin zeigt sich, dass eine Auseinandersetzung mit dem Umgang psychoaktiver Substanzen für die Entwicklung einer gesunden Verhaltensbasis und eines ausgeglichenen Charakters förderlich sein kann. Das Finden einer eigenen Position im Umgang mit den verschiedenen Substanzen kommt einer Abgrenzung und Grenzbildung für das eigene Verhalten gleich und ist identitätsstiftend, da es in der Interaktion mit den Meinungen und Einstellungen anderer sowie den eigenen Erfahrungen erstellt wird.

5.4 Möglichkeiten – Kontrollierter Konsum psychoaktiver Substanzen

Entgegen den klassischen, auf Abstinenz orientierten Herangehensweisen der Drogenhilfe des 20. Jahrhunderts, entwickelte sich im letzten Jahrzehnt langsam eine neue Perspektive auf Substanzkonsum. Bisher war diese von einem Blick gekennzeichnet, welcher nur „zwischen Abstinenz, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit unterschied und nach dem die Entwicklung vom Probier-Konsum zur Sucht praktisch automatisch erfolgte“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:2). Jeder aktuelle, nicht nur einmalige Konsum wurde als „Ausdruck eines Konfliktes bzw. Symptom(s) einer psychischen oder psychosozialen Störung“ (ebd.) interpretiert. So bedeutete bis in die achtziger Jahre jeder Substanzgebrauch – außer Probierkonsum – sofort Drogenmissbrauch und hatte zwangsläufig in eine Abhängigkeit zu führen. Aufgrund dieser Annahmen wurden die Möglichkeiten eines Versuchs, Kontrolle über den eigenen Konsum zu gewinnen und auszuüben, höchstens als eine temporär möglichst kurze Phase einer obligatorischen Zielsetzung auf Abstinenz angesehen.

Durch grundlegende wissenschaftliche Arbeiten der siebziger und achtziger Jahre begann nun eine Relativierung dieser Überzeugung von starren, unmittelbar und unausweichlich verlaufenden Entwicklungsmustern von Substanzkonsum. Da erkannt wurde, dass es bei jeder psychoaktiven Substanz (sogar bei Opiaten) möglich ist, nicht abhängige Konsummuster zu halten oder zu entwickeln und diese wechsel- und veränderbar sind, integriert sich das Bild eines erlernbaren, kontrollierten Gebrauchs psychoaktiver Substanzen heute immer mehr in das Selbstverständnis der Drogenhilfe. (vgl.: Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:1ff)

Nach Kolte et al. (2005:3) interpretierten Studien geht hervor, dass eine erfolgreiche Kontrolle über den eigenen Konsum stark von den persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen der User abhängig ist. In diesen Studien beobachtete, mögliche „Regeln und Rituale, derer sich kontrollierte Konsumenten bedienen, um Abhängigkeit, Überdosierung und anderen Gefahren (etwa Infizierungen, Verletzungen u.ä.) zu begegnen, sind:

1. *bewusste Risikoabschätzung in der konkreten Konsumsituation*
2. *spezifische Vorsichtsmaßnahmen hinsichtlich der Applikation*
3. *Drogengebrauch in der Regel nur in Gemeinschaft, um ggf. sofortige Hilfe zu ermöglichen*
4. *positive Besetzung von Genussintensivierung bei gleichzeitiger Ablehnung von Autonomie- und Kontrollverlust*
5. *zeitliche Strukturierung des Konsums und seine Integrierung in die Alltagsorganisation*

6. *Integrierung des Konsums in die funktionalen Anforderungen der konventionellen Lebens- und Arbeitskontexte*
7. *Vermeidung eines drogenorientierten Lebensstils*
8. *Distanz zur öffentlichen Drogenszene*
9. *Unterlassung des Konsums, wenn die finanziellen Mittel zum Drogenerwerb nicht ausreichen.*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:3)

Begründet durch eine weitgehende „soziale Unsichtbarkeit“ und Unauffälligkeit von GebraucherInnen illegalisierter Substanzen, scheinen die bisher zu kontrolliertem Konsum durchgeführten Studien nicht wirklich repräsentativ zu sein. User die eine relativ stabile Kontrolle über ihren Konsum entwickelt haben und die dadurch bedingte schlechte Erreichbarkeit jener durch die Sozialforschung, scheinen Grund dafür. Sie zeigen jedoch, dass die zu großen Teilen heute immer noch existente „[...] *Konzentration von Drogenforschung und -politik auf das ‚Suchtpotential‘ der einzelnen Substanzen gleichermaßen [...]*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:3), sowie deren „[...] *Problemwahrnehmung, die vom generalisierten Bild einer ‚defizitären‘ Persönlichkeit von Drogengebrauchern [...]*“ geprägt ist, dringend einer Relativierung bedürfen. Da durch diese Studien mehr und mehr abschätzbar wird, wie viele KonsumentInnen in ihrem persönlichen Lebensumfeld bereits einen kontrollierten Umgang mit Substanzen entwickelt haben, wird dadurch wiederum das große Potential an prinzipiell unauffälligen KonsumentInnen illegalisierter Substanzen in unserer Gesellschaft deutlicher erahnbar. Aus vielen Punkten der Geschichte der menschlichen Gesellschaft lassen sich hier Bewertungs- und Handlungsoptionen für eine dringend notwendige gesellschaftliche (Wieder-) Einbettung von Substanzkonsum finden. Die Entwicklung problematischer und/oder gefährlicher Konsummuster ließe sich dadurch eindämmen und die Gesellschaft würde allen KonsumentInnen gute Anpassungsoptionen für ihre individuellen Konsummuster (vgl.: 6.3) geben und vorleben. Erst durch eine Wandlung der Gesellschaft weg von einer ideologisch und politisch motivierten Drogenpolitik, hin zu einer gesellschaftlich integrierten, gemeinen Drogenkultur, durch welche theoretisches und praktisches Grundwissen über den Umgang mit allen psychoaktiven Substanzen vermittelt wird, kann ein gesamtgesellschaftlicher Umgang mit diesen Substanzen gefunden werden. Diese Drogenkultur muss, entgegen der Fremdbestimmung durch die Umsetzung von Drogengesetzen, autonom und von vorhandenen Konsumerfahrungen geleitet sein. Essentiell setzt diese sich aus drei Elementen zusammen:

1. die **innere Ordnung** der Drogenkultur, Bezug nehmend auf „[...] *die Einbettung des Drogengebrauchs in eine vertraute und verlässliche Gruppe, in der Erfahrungen über den unproblematischen Konsum bestehen [...]*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:4) und den „[...] *daraus hervorgehenden Regeln und Rituale(n) [...]*“ (ebd.) dieser Gruppe
2. die **äußere Ordnung** der Drogenkultur, Bezug nehmend auf den festen „[...] *Platz des Gebrauchs in Raum und Zeit, was ihn (im Sinne einer Selbstbegrenzung) in den Alltag, die Woche, das Jahr, mithin in die zeitliche Gliederung des Lebens einbettet [...]*“ (ebd.)
3. die **Einführung von Neulingen** durch erfahrene DrogengebraucherInnen in den Substanzgebrauch und die **Weitergabe von vorhandenem Drogenwissen** innerhalb der Gruppe (vgl.: Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:3ff)

Kontrollierter Konsum kann nach Kolte et al. (2005:10f) auf drei unterschiedlichen Ebenen verstanden werden, je nachdem, ob er Ausgangspunkt oder Ziel sein soll:

- Als **wissenschaftliche Beschreibung** eines schon vorhandenen moderaten Konsumverhaltens, dass von KonsumentInnen nicht bewusst kontrolliert, sondern unbewusst „[...] *als eine fast schon ‚selbstverständliche‘ Gestaltung und Rahmung des Konsums [...]*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:11) wirkt.
- Als **Ziel von lern- und verhaltenstherapeutischen Prozessen**, wobei durch das Erlernen und Befolgen von konsumspezifischen Regeln und Ritualen ein gewisses Maß an Selbstkontrolle entwickelt werden muss, um ein Aufnehmen kompulsiver Muster zu vermeiden.
- Als **idealistische Zielkategorie** einer liberalen, nicht prohibitiv orientierten Drogenpolitik, vor dem Hintergrund selbstbestimmter KonsumentInnen, die in der Lage sind, Konsum selbstbestimmt zu regulieren. (vgl.: Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:11)

Eine Umsetzung des kontrollierten Konsums in sozialarbeiterischen Projekten, gibt es bisher hauptsächlich auf drei Gebieten:

1. Programme zu kontrolliertem Konsum von Alkohol, basieren auf dem von Kolte entwickelten Konzept „**Kontrolliertes Trinken**“. Durch ihren Erfolg relativierten

sie das klassische Dogma des „Alkoholismus“. Herkömmliche alkoholbezogene Drogenhilfe setzte bisher die Notwendigkeit „[...] *der totalen und lebenslangen Abstinenz des/der Betroffenen* [voraus]: *Wie etwa die Anonymen Alkoholiker ging man (in der Logik der so genannten ‚Weinbrandbohnen-Theorie‘) davon aus, dass der abstinente Alkoholiker beim ersten Schluck Alkohol wieder mit dem zwanghaften Trinken begänne – ja, beginnen müsse*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:7). Durch die Umsetzung von Koltes Konzept ist nun klar, dass Abstinenz für Menschen mit einer physischen und/oder psychischen Bindung an Alkohol nicht die einzige Umgangsmöglichkeit ist.

2. Bei Programmen zu **kontrolliertem Rauchen** geht es um die Entwicklung von Selbstkontrolle über den eigenen Tabakkonsum. Hierzu wurde ein Konzept entwickelt, in welchem RaucherInnen die Selbstkontrolle durch das Festlegen von Plänen und Regeln wiedererlangen können, ohne eine zwingend notwendige totale Abstinenz anstreben zu müssen. Die gute Erfolgsquote ist in der konsequenten Anwendungen von individuell bestimmten zeitlichen, örtlichen, situativen, mengenspezifischen und/oder sozialen (etc.) Begrenzungen begründet, wobei „[...] *der Betreffende seine Regeln und Pläne souverän und selbst bestimmt, also als Experte seines eigenen Rauchverhaltens und seiner Verhaltensveränderung ernstgenommen wird*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:8).
3. Das **Self Control Information Program (SCIP)** „[...] *setzt auf die Bewusstmachung, Stärkung und Vermittlung von Selbstkontrollregeln sowie auf eine genaue Betrachtung des Konsums*“ (Kolte, Schmidt-Semisch, 2005:9). In den neunziger Jahren ursprünglich für Heroin- und KokainkonsumentInnen entwickelt, wurde der Ansatz dieses Programms nun auch für Cannabis-User umgesetzt. Eine nähere Beschreibung der Grundlagen dieses auch als „Motivationsintervention“ bekannten Programms und dessen Umsetzung auf eine cannabisspezifische Zielgruppe, ist im Kapitel 7.4.3 dieser Arbeit beschrieben.

Bezogen auf kontrollierten Cannabiskonsum hat Wolfgang Schneider in einer 1984 durchgeführten qualitativ-biografischen Studie „*keine bedeutsamen Unterschiede im Prozeß der Bewältigung konkreter Alltagsanforderungen zwischen langjährigen Cannabisusern und Nichtkonsumenten ermitteln* [...]“ (Schneider, 1995:65) können. Diese unter ganzen Gruppen von langjährigen CannabiskonsumentInnen und deren sozialen Umfeldern durchgeführte Studie konnte aufzeigen, dass ein „[...] *regelerorientierter, sozial integrierter und letztendlich*

relativ unproblematischer Langzeitcannabisgebrauch möglich ist [...]“ (Schneider, 1995:66) und diesem „[...] *nicht notwendiger Weise eine Dosissteigerung inhärent sein muß*“ (ebd.). Durch diese und andere Vergleichsstudien zwischen Cannabis- und NichtkonsumentInnen konnte belegt werden, dass:

1. ein Teil aller mit Cannabis experimentierenden Jugendlichen den Konsum nach relativ kurzer Zeit aufgrund von fehlendem Genuss an der Substanz wieder einstellen,
2. eine Minderheit von jugendlichen CannabisuserInnen auch zum Gebrauch von anderen Substanzen wechseln, dabei allerdings nicht unbedingt exzessivere Konsummuster ausbilden,
3. ein Langzeitgebrauch von Cannabis keine Persönlichkeitsveränderungen hervorrufen sowie keinen Leistungsverlust und keinen Gesellschaftsausstieg zur Folge haben muss,
4. der Cannabisgebrauch im Wesentlichen der Entspannung dient und nicht als Problembewältigungsmittel angesehen wird,
5. Gruppen von CannabisgebraucherInnen durch die soziale Integration ihres Konsums ihre eigene Form einer Drogenkultur (siehe oben) bereits entwickelt haben und diese, bewusst oder unbewusst, konsequent leben,
6. Cannabisgebrauch kein Zeichen mehr von Gegenkultur und nonkonformistischer Selbstdarstellung ist, sondern heutzutage unabhängig von einer gesellschaftlichen Schichtzugehörigkeit stattfindet. (vgl.: Schneider, 1995:50ff, 58ff, 64ff)

So zeigt sich, dass viele Cannabis-User bereits in der Lage sind ihren Cannabiskonsum in den Alltag zu integrieren, ohne dabei in größerem Maße auffällig zu werden und ohne dabei eine Orientierung auf Cannabis als Problemmittel zu vollziehen, sondern es eben als Genussmittel zu verwenden. Von diesen CannabiskonsumtInnen zu lernen, wie sie sich Wissen und Strategien risikoarmen Umgangs mit Cannabis vermitteln und erhalten, kann hierbei als elementare Aufgabe eines zu entwickelnden sozialpädagogischen Angebotes zu kontrolliertem Cannabiskonsum gesehen werden. Dafür sind Gruppen von Usern zusammenzuführen, die sich bewusst mit ihrem Cannabiskonsum auseinandersetzen und darüber austauschen.

5.5 Fazit für die Prävention riskanten Verhaltens

Wie in einer Gesellschaft mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen und den eventuell daraus resultierenden Problemen umgegangen wird, hängt stark davon ab, wie diese Gesellschaft die jeweiligen Probleme versteht und Lösungen dafür konzipiert. Werden Schwierigkeiten mit psychoaktiven Substanzen reinweg substanzgebunden betrachtet, dann wird z.B. versucht, entsprechende Substitute (bspw. Methadon) zu nutzen. Ob dies sinnvoll ist, bleibt aufgrund des stärkeren Abhängigkeitspotentials von Methadon (o.ä. Substituten) im Vergleich zum Reinstoff Heroin selbst (vgl.: Drug Scouts, 2007g) diskutabel und nicht zuletzt eine wirtschaftliche Diskussion, da Pharmafirmen ein starkes finanzielles Interesse an der Aufrechterhaltung der Substitutionsbehandlung haben dürften. Für Cannabis dagegen existiert auch kein gesellschaftlich akzeptiertes Pendant.

Betrachtet man hingegen entstehende Probleme als klaren Verstoß gegen bestehende Konventionen, Regelungen und Normen (z.B. als Delikt gegen das BtMG), greift man zu repressiven Maßnahmen gegenüber Usern. Ebenfalls bleibt hier die Frage nach dem Sinn offen, wenn dadurch der Schwarzmarkt und Kriminalität gefördert werden, KonsumentInnen in die Illegalität gedrängt und andere negative Effekte (Verunreinigungen der Substanz, unklarer Wirkstoffgehalt, etc.) aus solchen Maßnahmen resultieren. Darüber hinaus ist fraglich, inwieweit repressive Maßnahmen ErstkonsumentInnen abschrecken und LangzeitkonsumentInnen vom Gebrauch abbringen. Weiter ist eine dauerhafte flächendeckende Verknappung von Cannabis, durch repressive Maßnahmen, auf dem Schwarzmarkt scheinbar nicht möglich, was die Prävalenzzahlen in 2.2 sowie die Daten im World Drug Report (UNODC, 2007a:120/UNODC, 2007 a:120) verdeutlichen.

Betrachtet man den Konsum von psychoaktiven Substanzen als erlerntes Verhalten, kann man versuchen dieses Verhalten zu ändern. Hier ist der Fokus auf Gesundheitsförderung zu legen. Dies stellt eine universelle, selektive sowie indizierte, präventive Arbeit dar. Um Verhalten zu bearbeiten oder zu verändern, müssen die User befähigt werden, sich kritisch mit ihrem Umfeld auseinanderzusetzen sowie neue Verhaltensalternativen zu entwickeln, diese auszuprobieren und einzuüben. In diesem Kontext ist es wichtig auf die Heterogenität von jugendlichen Gruppen hinsichtlich ihres Problemverhaltens zu achten. Nicht alle Jugendlichen haben die gleichen Probleme oder benötigen die gleichen Informationen bzw. sind für diese zugänglich. Je nach Wissens- und Erfahrungsstand muss auf diese verschiedenen Gruppen in verschiedener Weise eingegangen werden. Bezüglich der Konzeption eines sozialpädagogischen Angebotes an Cannabis-User muss dies Anwendung finden, da diese

Jugendlichen zwar schon in Kontakt mit Cannabis gekommen sind, aber meist noch keinen kompulsiven Konsum entwickelt haben. Gerade deswegen sind sie mit Informationen, die ausschließlich für junge Menschen konzipiert wurden, die noch gar keine Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen gesammelt haben, eher nicht zu erreichen. (vgl.: Flammer, Alsaker, 2001:321f)

Die Ausführungen in Punkt 5.1 haben deutlich herausgearbeitet, wie riskantes Verhalten aufgrund der von den Jugendlichen als schwierig wahrgenommenen Lebenswelt (Familie, Peer-Groups, Schulumfeld, Freizeit) entstehen kann. Um all diesen jugendtypischen Entwicklungen Rechnung zu tragen, muss nach Hurrelmann und Engel (1994:275), von folgender Zielsetzung für gesundheitsfördernde Projekte, die Risikoverhalten begrenzen wollen, ausgegangen werden: Die eben angesprochenen Ausgangsbedingungen von Jugendlichen in sozialkulturellen Zusammenhängen wie Schule, Familie, Peer-Groups etc. müssen verbessert werden. Es muss langfristige, sozialpolitische Maßnahmen geben, die die familiäre Lebenswelt von Jugendlichen zum Positiven beeinflussen und die schulischen Leistungsdruck und die Bedeutsamkeit für die jugendliche Lebenswelt beachten. Weiter sind niedrigschwellige Angebote an die Jugendlichen selbst im Rahmen von Konfliktmanagement und Unterstützung bei der Bewältigung der schon geschilderten Entwicklungsaufgaben anzuführen. Die Zielstellung ist die direkte Beeinflussung jugendlicher Verhaltensweisen, hin zu einem risikoarmen Verhalten. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:275)

Wie ist nun eine schadensminimierende Beeinflussung jugendlichen Risikoverhaltens möglich? Vorerst muss pädagogischem Personal, das mit Jugendlichen in dieser Problemstellung arbeiten will, die entwicklungsbezogene Ausgangssituation dieser Jugendlichen klar sein. Ohne ein Verständnis, also einen Zugang zu der Lebenswelt von Heranwachsenden mit all ihren Problemen, ist auch keine Risikoprävention möglich. Angebote an junge Menschen müssen motivationale, emotionale, verhaltensdispositive und soziale Ausgangsbedingungen für riskantes Verhalten berücksichtigen und nutzen, um überhaupt Einfluss auf jugendliches Verhalten zu ermöglichen. Gesundheitsrelevantes Wissen und wie Jugendliche dazu eingestellt sind, die Befähigung selbstständig problematische Konflikt- und Lebenssituationen zu bewältigen und die Bedeutungszuschreibung von Verhalten und möglichen Alternativen sind für eine sinnvolle Bearbeitung riskanten Verhaltens wesentlich. So muss es Zielstellung sein, Jugendliche aus ihren eigenen Ressourcen (Wissensstand, Grundeinstellung zur Welt) zu befähigen, eigenständig die

Bedeutung von diversen Handlungsalternativen ein- und abzuschätzen, sowie diese zur Erlangung von Zielen und eigenen Wünschen einzusetzen. So ist eine Reduktion von riskanten Verhaltensweisen durch reflexive Begleitung sowie Ressourcenaufbau durch Wissensweitergabe und Verantwortungsübergabe im Rahmen selbstständiger Wissensvermittlung innerhalb der Peer-Groups denkbar.

Darüber hinaus muss ein Angebot Jugendlichen Möglichkeiten eröffnen, Kompetenzen zur Auseinandersetzung mit Konflikten, Herausforderungen und belastenden Lebenssituationen zu erwerben und geeignete Handlungsalternativen zur Lösung dieser anstrengenden Situationen zu entwickeln. Weiter ist die Fähigkeit zur Anpassung dieser Alternativen an neue Konfliktsituationen und eine der Lage angemessene Wahl der Verhaltensreaktion Jugendlicher zu vermitteln bzw. zu fördern. Entscheidend ist dabei, alle Informationen und Einstellungen in eine strukturelle und subjektive Lebenskonzeption hinsichtlich der eigenen Identität sowie der eigenen Gesundheit von Jugendlichen, in den Prozess der Identitätsfindung einzubeziehen. So werden junge Menschen befähigt, Informationen, Bedeutungen, Wissen und Handlungsmöglichkeiten selbstständig eigene Bedeutungen im Abgleich mit der Realität zuzuschreiben. Damit werden auch von pädagogischem Personal an Jugendliche herangetragene Wissensinhalte relevant, da sie eine von Jugendlichen akzeptierte Bedeutung erhalten, die sie den Inhalten zuschreiben. Dadurch wird Verhalten durch Angebote im Rahmen der Prävention riskanten Verhaltens, beeinflussbar. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:276f)

Dies bedeutet für die Aufklärung, einen akzeptierenden und risikominimierenden Ansatz zur Wissensvermittlung über illegalisierte Substanzen umzusetzen. Jugendliche konsumieren diese und eventuelle Gefahren werden im Rahmen der konventionellen Aufklärung zwar vermittelt, aber die kritischere Einstellung dem Konsum gegenüber, sind nicht in praktikable Verhaltensänderungen im Alltag umzumünzen. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:277)

Deswegen sind Verhaltensänderungen aus schon erworbenen Ressourcen (Wissen, sonstiger risikoarmer Umgang mit psychoaktiven Substanzen, Handlungsalternativen zur Bedürfnisbefriedigung u.ä.) im Rahmen eines Begleitungs- oder Unterstützungsangebotes mit betroffenen Jugendlichen umzusetzen. Dazu muss Aufklärung im Sinne universeller, selektiver und indizierter Intervention, nicht ausschließlich abstinenzorientiert, sondern an den tatsächlichen Bedingungen der jugendlichen KonsumentInnen strukturiert und organisiert werden. *„Erst dann, wenn die kritische Einstellung z.B. dem Drogenkonsum gegenüber sich*

im Alltag tatsächlich umsetzen läßt und Vorteile für die Bewältigung von Alltagssituationen und die Maximierung von Befriedigung und Lustempfinden hiermit verbunden sind, wird eine entsprechende gesundheitsrelevante Verhaltensweise auch eingeschlagen werden.“ (Engel, Hurrelmann, 1994:277)

Ergo müssen Angebote an CannabisuserInnen, eben diese motivationalen und affektiven Elemente von Verhalten beinhalten. Bei der Unterstützung der Entwicklung von Kompetenzen, hinsichtlich Informationsverarbeitung und -bearbeitung, Einstellungseinordnung und Bewältigungsstrategien der Jugendlichen, müssen SozialarbeiterInnen besonders aufmerksam und unterstützungsbereit vorgehen. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:277) Gerade weil dies ein sehr subjektiver Umsetzungsprozess bei den Jugendlichen ist, kann hier nur akzeptierend gearbeitet werden, um erstens: die Zielgruppe überhaupt zu erreichen und zweitens: an die von den Jugendlichen selbst praktizierten risikominimierenden Verhaltensweisen und Einstellungen heranzukommen. Innerhalb eines rigiden Regelsystems mit festen Verhaltensvorgaben und ebenfalls festgesetzten Handlungsalternativen (bspw. entweder Abstinenz oder Therapie) sind solche selbstreflexiven und emanzipatorischen Zielvorstellungen nicht umzusetzen. *„Dieser Prozeß kann auch durch noch so geschickt angelegte Interventions- und Präventionsprogramme nicht erzwungen werden. Er kann aber erleichtert werden, indem auf die jeweiligen persönlichen Entwicklungsbedingungen von Jugendlichen in der entsprechenden Altersgruppe so differenziert wie möglich eingegangen wird. Wissen und Einstellungen ebenso wie Handlungs- und Bewältigungskompetenzen müssen im sozialen Kontext des täglichen Lebens erlernt werden, der für die Jugendlichen unmittelbar persönlich bedeutsam ist, andererseits haben sie keinen unmittelbaren Einfluß auf das Risikoverhalten.“ (Engel, Hurrelmann, 1994:277)*

Dabei ist es elementar, dass den Jugendlichen selbst bewusst wird, dass sie eine Wahl bei ihrer Verhaltensweise haben. Dass es also Alternativen zu problematischem Verhalten gibt und sie selber wählen, wie sie sich verhalten. Dafür ist Voraussetzung, dass diese Alternativen im sozialen Umfeld auch tatsächlich existieren und dass diese kompatibel mit dem Alltag sind. In diesem Punkt sind Umfeldler wie Familie, Peer-Group, Schule etc. wesentlich für die Entwicklung und Aneignung von alternativen Handlungsweisen. Sind in diesem Zusammenhang zu wenig oder keine Verhaltensalternativen vorhanden, muss sich ein

Angebot an CannabisuserInnen auf die Entwicklung von Strategien und Verhaltensalternativen fokussieren.

Bezüglich dieser Präventionsangebote bleibt festzuhalten, dass sie sich an den täglichen Handlungsabläufen von Jugendlichen orientieren müssen. Alle Erfahrungen und Erlebnisse und die damit verbundenen Sorgen, Ängste, Wünsche und Ablehnungen stehen in engem Zusammenhang mit der Entwicklung erfolgreicher Strategien zur Vermeidung gesundheitsriskanten Verhaltens. Abschließend ist darzulegen, dass die Kombination von Wissensvermittlung über die ganze Bandbreite jugendtypischer Problemstellungen, Handlungsalternativen, aber auch direktes Fachwissen zu Substanzen u.ä. sowie die praktische Übung von Verhaltensweisen und ihr Austesten notwendige Voraussetzungen sind, um in bestimmten Situationen angemessen zu reagieren. Zielstellung ist, dass diese Reaktion eigenständig und aus der kompetenten Betrachtung der eigenen Handlungsmöglichkeiten der Jugendlichen entsteht, dass sie Freude und Spaß an der Entwicklung oder Aufnahme eigener, die Persönlichkeit und die Gesundheit stärkende und fördernde Verhaltensmuster haben und dies innerhalb ihrer Peer-Group weitervermitteln. Vordergründig geht es darum, die Voraussetzungen für diesen Prozess zu schaffen und Jugendliche dazu zu motivieren, einen eigenen Antrieb zu entwickeln, ihr alltägliches Verhalten auf der Basis ihrer eigenen Werte- und Zielvorstellungen kritisch zu hinterfragen und ggf. zu modifizieren. So wird es darauf ankommen, mit Jugendlichen als AdressatInnen eines Angebots an junge CannabiskonsumentInnen, wieder Interesse und Freude an Verhaltensweisen zu finden, die eine Lebenswelt stabilisierende Wirkung haben und die den hohen Erlebnisdrang von Jugendlichen bezüglich Erfahrungen, Abwechslungen und hoher Stimulation berücksichtigen. Alternativen zu riskantem Verhalten müssen dabei unmittelbar greifbar, praktikabel, durchführbar und wirkungsvoll sein, sonst werden Jugendliche sie nicht als Alternativen begreifen oder anwenden. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:277f)

6 Cannabiskonsum im Jugendalter

Um herauszufinden, wie Jugendliche zu ihrem Cannabiskonsum stehen, betrachten wir im Folgenden das Selbstverständnis junger CannabiskonsumentInnen. Weiter muss der Gebrauch im Hinblick auf die individuell vorhandenen Gründe für den Konsum und die vorliegenden Konsummuster erläutert werden, um ein Verständnis vom Umgang mit Cannabis im Jugendalter zu entwickeln und um pädagogische Ansatzpunkte aufzuzeigen, die es ermöglichen gesundheitsschädlichem Verhalten vorzubeugen.

6.1 Selbstverständnis von CannabisgebraucherInnen

Aus nicht repräsentativen Befragungen und deren Vergleich mit mehreren Studien, fasste Kettner (2002) die wichtigsten inneren und äußeren Faktoren, die die Entwicklung des eigenen Konsumverhaltens und somit das Selbstverständnis von SubstanzgebraucherInnen beeinflussen, zusammen. Ziele und Ergebnisse dieser Befragungen waren Aufdeckung und Kategorisierung von empfundenen, wahrgenommenen und unbewussten Aspekten des Lebens, auf die Cannabiskonsum positiven und/oder negativen Einfluss nimmt oder nehmen kann. Die von den User angegebenen intuitiven, erlernten, abgeschauten, bewussten und unbewussten Verhaltensweisen im Umgang mit der psychoaktiven Substanz, zeigten im Wesentlichen, dass KonsumentInnen ihre Konsummuster durch Lernprozesse selbst beeinflussen und diese durch die eigenen sozialen Umfeldler und Konsumregeln und -rituale mit formen³⁴. Die befragten CannabiskonsumentInnen schaffen es trotz oder in Unkenntnis potentieller unangenehmer Folgen von Strafverfolgung, ihren Substanzkonsum weitgehend oder ganz und gar unauffällig in ihren Lebensablauf zu integrieren. Sie entwickeln Kompensationsstrategien für negative Konsumaspekte und -erfahrungen oder verwenden, bewusst oder unbewusst, Aspekte der Wirkung der Substanz zu Kompensationszwecken. Hierin zeigt sich, dass Verhaltens- und Bewertungsregeln für den Gebrauch in Konsumgemeinschaften und -freundeskreisen sich trotz stark individueller Konsummotive und -funktionen sehr ähneln. Die Bildung dieser Umgangsregeln und -formen sind im jeweiligen Legalstatus der Substanz und in eigenen und umfeldbedingten Erwartungen begründet. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass Konsumwissensvermittlung über

³⁴ Kettner führte ihre Befragung mit jungen KifferInnen durch, deren Konsum bereits sozial integriert war. Somit bleibt klarzustellen, dass nicht alle CannabisuserInnen so unauffällig und integriert konsumieren, sich folgende Aussagen jedoch auf Kettners Stichprobe beziehen. Die Ergebnisse dieser Befragung sind somit wichtige Indikatoren für einen kompetenten Umgang mit Cannabis.

die psychoaktive Substanz für Menschen sehr wichtig werden kann, die selbst empfundene Probleme mit ihren Konsummustern haben, um die innere und äußere Ordnung ihres gewünschten Konsummusters zu ändern oder zu erhalten.

Aus ihren Befragungen und den Studien zu denen sie diese ins Verhältnis gesetzt hat, konnte Kettner (2002:107ff) Kriterien zusammenfassen, die CannabiskonsumtInnen selbst heranziehen, um ihren Konsum für sich selbst zu bewerten. Diese konnten in acht Kategorien zusammengefasst werden, die auch für andere SubstanzkonsumtInnen hilfreich sein könnten, um sich ein Bild von ihrem Konsum zu machen. Wir haben sie im Folgenden zur Veranschaulichung nur auf Cannabis bezogen, dargestellt:

- Der **Einstieg in den Cannabisgebrauch** und dessen zeitliche und entwicklungspsychologische Einordnung in die Lebensphase. (Motive für Erstkonsum, Wirkung eventuellen Erstkonsums weiterer Substanzen)
- Die **weitere Entwicklung des Cannabisgebrauchs** (in Bezug auf entwickelte Gebrauchsformen, eigene Funktionszuschreibung des Konsums, konsumierte Cannabisprodukte, Intensität und Häufigkeit des Konsums, äußere Umstände des Konsums, Verfügbarkeit der Cannabisprodukte und Zusammensetzung des Freundeskreises)
- Das **Einlegen von Konsumpausen** und die mit der Unterbrechung gemachten persönlichen und gemeinschaftlichen Erfahrungen
- Das **soziale Umfeld** (als Informations-, Cannabisbezugsquelle, dem Grad der Sichtbarkeit oder Absicht der Sichtbarmachung devianter Verhaltensweisen, der Einbindung oder Nichteinbindung des Konsums in die Familie, der Auswahl und Begründung von Konsumorten und dem eventuellen Konsum anderer Substanzen)
- Die **eigene Risikoeinschätzung hinsichtlich formeller Kontrolle** (Abwägen zwischen subjektiv und objektiv erwartbarer Risiken wie Strafverfolgung, Führerscheinentzug, sozialer Ausgrenzung etc. unter Berücksichtigung von ortstypischen Unterschieden im Illegalitätsstatus und Verfolgungspraxis)
- Die **Konsumfunktionen und Gebrauchsmotive** des eigenen Cannabiskonsum (mit besonderem Hinblick auf Möglichkeiten von hedonistischen, sozial-kommunikativen, bewusstseinsweiternden, kompensatorischen und/oder nonkonformistisch-bedürfniserfüllenden Funktionen)

- Die **persönlichen Konsumregeln** (einschließlich dem Grad an ausgeübter Kontrolle über Einhaltung der Regeln, Set, Setting, Bewusstheit des Konsums, Konsummenge und -häufigkeit, finanzielle Verhältnismäßigkeit, Safer Use und die eigene Priorisierung von Konsum- gegenüber Arbeits- und/oder Freizeitaktivitäten)
- Die **ausgeübte Kontrolle** über den Cannabiskonsum (in Bezug auf das eigene Wissen über Herkunft und Zusammensetzung des konsumierten Cannabis, Grad an Realität innerhalb der eigenen Selbsteinschätzung des Konsums und bereits entwickelte(n) Vorsicht und/oder Respekt gegenüber dem Cannabis)

In systemisch-psychologischer Sichtweise kann nun festgestellt werden, dass der größte Teil der CannabiskonsumentInnen zur konstruktiven Auflösung der eigenen konsumbezogenen Probleme, wie viele andere Menschen im Bezug auf ihre Probleme auch, ihre eigenen Bedürfnisse artikulieren, betrachten, vergleichen und bewerten. Bei manchen KonsumentInnen geschieht dies bewusst, bei anderen unbewusst. Mit einer gewissen Kenntnis um die eigenen Bedürfnisse, gewinnt der/die CannabiskonsumentIn besseren Einblick und schärfere Bewertungsmöglichkeiten für den eigenen Konsum und die eigenen Konsummuster, -motive sowie deren Entwicklung.

Aus den hier aufgeführten Betrachtungsaspekten für Cannabiskonsum und durch eine Erweiterung dieser ließen sich gut vermittelbare Strategien entwickeln, die CannabisuserInnen, die ihren Konsum als problematisch bewerten und denen selbst keine oder nur wenig weitere Strategien im Umgang mit ihrem Cannabiskonsum bekannt sind, helfen können.

Nun könnte man den Eindruck gewinnen, CannabiskonsumentInnen bildeten Subkulturen – Parallelgesellschaften des Cannabiskonsums, mit eigenen Regeln und Ritualen und einem anderen Verständnis vom Zusammenleben anders als der „normale“ Anteil unserer Gesellschaft. Dass und warum dem nicht so ist, soll im Folgenden beschrieben werden.

CannabisgebraucherInnen gibt es in allen sozialen Schichten, in allen Regionen der BRD und in allen Altersgruppen der bundesrepublikanischen Bevölkerung, obgleich der Anteil von Jugendlichen unter den CannabiskonsumentInnen bestechend hoch ist. Cannabis-User stellen einen relativ großen Anteil an der Gesamtbevölkerung (2003 in der BRD fast 7% aller BürgerInnen im Alter von 18 bis 59 Jahren, vgl.: UNODC, 2007:244). Dabei sind sie selbst organisiert und haben für sich eine eigene Infrastruktur von AnbauerInnen, Vertriebswegen

und Dealer der Substanz und ihrer Produkte sowie eine (legale) Industrie von cannabisspezifischen und -bezogenen Produkten (Konsumhilfsmittel, Anbauhilfsmittel, Imageprodukte etc.) geschaffen. Dies alles trotz (oder gerade aufgrund) der Illegalisierung von Cannabis. Es gibt in der „Cannabiskultur“ wie beschrieben eigene konsumbezogenen Rituale und Regeln, die ihnen ein Teilnehmen am gesamtgesellschaftlichen Leben ermöglichen, weitestgehend ohne durch den eigenen Konsum eingeschränkt oder durch den Rest der Gesellschaft ausgegrenzt zu werden bzw. aufzufallen.

CannabisgebraucherInnen sind also ein Teil dieser Gesellschaft, welcher aufgrund der eigenen Erfahrungen mit der Substanz, die Illegalisierung und offiziell hauptsächlich negative Attribuierung von Cannabis, schon allein deshalb nicht nachvollziehen kann, da er selbst ganz andere Erfahrungen mit der Substanz verbindet und diese ihn in seinem Gesamtlebenskontext oftmals nicht einschränkt. Daher glauben CannabisuserInnen häufig nicht an die Sinnhaftigkeit der Illegalisierung von Cannabis, lehnen diese ab und setzen sich darüber hinweg. Dies zeigen die Zahlen der Prävalenz des Cannabiskonsums im Eingang dieser Arbeit. Dadurch gehen sie bewusst Risiken von Strafverfolgung ein und organisieren sich (teilweise) in Gesellschaften und Vereinen, die die Forschung über und die Legalisierung von Cannabis vorantreiben (bspw. Deutscher Hanf Verband, International Association for Cannabis as Medicine etc.).

Es steht diesbezüglich also bereits eine (relativ) starke Cannabis-Lobby hinter den CannabiskonsumtInnen, die eine gesellschaftliche und individuelle Auseinandersetzung mit der Substanz und substanzspezifischen Themen vorantreibt. Diese dient in gewissen Anteilen auch als Rückhalt und Absicherung gegen den z.T. unwissenschaftlichen Diskurs und die Ablehnung der Substanz, durch rauschablehnende, leistungsorientierte, klassische Einstellungen zu Substanzkonsum. Insofern stellt sie eine breite Front für Cannabis und dessen sinnvolle Verwendung dar, der wissenschaftlich, aufgrund intensiv erfolgter Forschung, auch wenig entgegenzusetzen ist. Eingeschränkt ist diese Lobby in ihrer Arbeit nur durch die Illegalisierung von Cannabis, die sie in den Möglichkeiten ihrer Forderungen begrenzt und auch offene, breit gefächerte Forschung an und mit der Substanz kaum oder nur unter strengen öffentlichen Auflagen zulässt.

Der Großteil der CannabiskonsumtInnen schätzt sich in Bezug auf Ihren Gebrauch nicht als hilfebedürftig ein (siehe 2.2). KifferInnen sehen sich teilweise noch nicht einmal als DrogenkonsumentInnen, so wie sie von der defizitorientierten klassischen Drogenhilfe anhand von z.B. Heroin- und AlkoholkonsumentInnen und dem daraus entwickelten Bild der

Hilflosigkeit und Verelendung durch starke Abhängigkeit, vorrangig dargestellt werden. Cannabis-User haben mit diesem extremen Setting auch nichts gemein, da der Konsum ihrer Substanz keine schweren Lebens- und Lebenswelt bedrohenden Folgen haben kann (vgl.: 1.1, 1.2). Da es also kein Selbstverständnis gibt, unter dem man alle CannabiskonsumentInnen zusammenfassen könnte, ist es enorm wichtig sie aus ihrem individuellen Selbstverständnis heraus zu betrachten und zu beurteilen, da man sie nur so erreichen kann. In der Praxis der traditionellen Drogenhilfe jedoch, geschieht dies oftmals nicht. User werden undifferenziert, defizitbehaftet und letztendlich abstinenzorientiert „behandelt“ wie KonsumentInnen mit hochriskanten Drogenkarrieren. Da die KifferInnen sich demnach vermutlich auf diesem Gebiet unverstanden und falsch bewertet fühlen, bleiben sie den so ausgerichteten Einrichtungen fern und gewinnen ein zwiespältiges, von Misstrauen geprägtes Verhältnis zur Drogenhilfe allgemein. Hier ist für Projekte, die sich speziell an Cannabis-User richten wollen, zuallererst eine Abgrenzung zu diesen klassischen Sichtweisen, um dass für das Erreichen der Jugendlichen notwendiges Vertrauen aufzubauen und einen Imagewandel der Drogenhilfe herbeizuführen.

Dafür ist es unabdinglich, dass CannabiskonsumentInnen mit ihrem Konsum als eine Art hedonistischer Bedürfnisbefriedigung, wie sie in der menschlichen Natur verankert ist (vgl.: 5.2, 5.3, 6.2), ernst genommen zu werden. Nur dann können sie erreicht und Menschen mit problematischerem Konsum die Möglichkeit gegeben werden, für sich eine Genusskultur mit Cannabis zu entwickeln, in der sie die Substanz wieder genießen und es als Genussmittel einzusetzen lernen.

CannabiskonsumentInnen sind heute wesentlich weniger als früher, in ethnologisch, spirituell orientierten Subkulturen zu Hause. In diesen (durchaus noch vorhandenen) Subkulturen, wird zwar heute nach wie vor Cannabis konsumiert, jedoch ist dessen Konsum mittlerweile in allen Gesellschaftsschichten und bei Menschen mit den unterschiedlichen Hintergründen üblich. Dennoch kann es gerade im Hinblick auf Konsumalternativen sinnvoll sein, auch Angebote wie bspw. Meditations-, Mal- oder Yogakurse, Kampfsport oder kreative Workshops zu unterbreiten. Vorerst müsste jedoch die Nachfrage eruiert werden. Hier müssen grundlegende Interessen der jungen Menschen, die in die Einrichtungen kommen, aufgegriffen werden. Für Konsumalternativen, als alternativer Entspannungsweg, Tagesstrukturierung, Selbstwahrnehmung der eigenen Person und/oder als sinn- und identitätsstiftende Aktivität, erscheinen diese Angebotsmöglichkeiten überaus attraktiv. Denkbar ist hier, im Zuge der Vernetzung mit anderen Trägern, die Nutzung externer Möglichkeiten. Sollte starker Bedarf

an solchen Angeboten zu verzeichnen sein, die Alternativen zum Cannabiskonsum darstellen, ist es sinnvoll, über ein dauerhaftes Angebot in der Einrichtung oder in Zusammenarbeit mit externen Trägern nachzudenken.

Informell wie auch versorgungstechnisch ist die Szene der CannabiskonsumentInnen gut organisiert. Um sich über die Substanz und alle damit zusammenhängenden Lebensaspekte zu informieren und austauschen zu können, gibt es ein breit gefächertes Spektrum an cannabisspezifischer Presse, Internetforen, Büchern usw. Dealer und Headshops³⁵ sind die Orte und Personen, zu denen CannabiskonsumentInnen nicht nur zu Einkaufszwecken gehen, sondern wo auch ein reger Austausch über die Substanz und alle ihre gesellschaftlichen, persönlichen, gesundheitsspezifischen etc. Aspekte stattfindet und reflektiert wird. Beide genießen zu großen Anteilen das Vertrauen der Cannabisuser, welches oft um ein Vielfaches größer ist, als das, das dem Drogenhilfesystem entgegengebracht wird. Für den Bekanntheitsgrad niedrigschwelliger Angebote an CannabiskonsumentInnen, kann daher nicht nur Mundpropaganda von starkem Vorteil sein, sondern (je nach Umsetzungsmöglichkeiten) intensiv mit den Usern zusammenzuarbeiten um eine genuss- und gesundheitsorientierte Sichtweise von Cannabiskonsum in die Bevölkerung hineinzutragen und die Wiedergewinnung des Vertrauens ins Drogenhilfesystem voranzutreiben. Sollte sich die gesetzliche Situation ändern, sind hier Drug-Checking-Angebote bis hin zu dealer-spezifischem Informationsmaterial (bspw. „Wie erkenne ich gestrecktes Gras?“) denkbar.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass CannabiskonsumentInnen einen bedeutsamen Teil der Gesellschaft darstellen (vgl. UNODC, 2007:244), der vom Drogenhilfesystem schwer erreicht wird, da er durch dessen defizitäre, Krankheit implizierende und abstinenzorientierte Gleichschaltung aller KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen missverstanden, abgeschreckt und vergrault wurde. Nur wenn auf die offensichtlichen Unterschiede und Besonderheiten von Cannabis-Usern eingegangen wird, kann dieses Misstrauensverhältnis aufgehoben werden. Hier besteht ein großer Bedarf für die Schaffung von spezifisch auf CannabiskonsumentInnen zugeschnittene Angebote, besonders da sich viele von ihnen in substanzübergreifenden Angeboten mit ihren Angelegenheiten und Lebensumständen nicht verstanden und vertreten sehen.

³⁵ „Headshops“ sind Geschäfte, in denen man alle möglichen Materialien und Hilfsmittel zur Gestaltung des Konsums psychoaktiver Substanzen kaufen kann.

6.2 Cannabiskonsum – Funktionen und Motive

Warum Jugendliche beginnen, zu psychoaktiven Substanzen und explizit Cannabis zu greifen (und den Konsum fortführen), hat eine Vielzahl von möglichen Gründen. Neugier, Spaß, Entdecken unbekannter Welten (auf emotionalem, kognitivem sowie philosophischem Gebieten) und Lustempfinden bilden hier vordergründig die ursächliche Motivlage (siehe auch 5.1). Demnach wird Cannabis konsumiert, weil es Spaß macht und Befriedigung verschafft. Aber auch der gesellschaftliche Umgang mit der Substanz, kann Vorbild für den eigenen sein. Hier wären vor allem die familiären Einflüsse (Einstellung bspw. der Eltern) und die der Peer-Group, Ausbildungseinflüsse (bspw. neue Bezugsgruppen mit eventuell neuen Umgangsformen) sowie Sozialisationsbedingungen anzuführen. Weiter kann Cannabis auch zur Bewältigung und/oder dem Aushalten von Anforderungen, Leistungsdefiziten, Problemen und Ängsten dienlich sein (vgl.: 5.1), wobei vor allem psychologische und soziale Faktoren sowie emotionale Faktoren ausschlaggebend für die Motivation zum Konsum sein können. Dabei kann durch den Cannabiskonsum Entspannung, Lustgewinn, Abschalten, Veränderung der Wahrnehmung und des Empfindens sowie auf der anderen Seite auch Verdrängung und Ausblenden angestrebt werden. Letztlich kann Grund für den Cannabiskonsum gerade unter erfahrenen User, die Selbstmedikation bei Schmerzen, Unwohlsein oder Verstimmungen etc. sein, was aufgrund der pharmakologischen Wirkungen von Cannabis (vgl.: 1.1, 1.2) nicht unerwähnt bleiben sollte.

Eine Zunahme von Konsumhäufigkeit und -intensität kann dann zu verzeichnen sein, wenn im Jugendalter schulische Probleme und Leistungsversagen auftreten, wenn zwischen Eltern und Kind andauernde Konflikte bestehen und wenn die Beziehungen zu Gleichaltrigen unbefriedigend sind. Dabei entstehen Motive für den Konsum oft im Kontakt mit Freunden und Bekannten, in dem sich das abweichende Verhalten des Konsums psychoaktiver Substanzen als gemeinsamer Nenner innerhalb eines Milieus darstellt. Dieses Verhalten ist eine Art Konformität mit der Szene, in der sich der/die konsumierende Jugendliche aufhält, und findet in diesem Zusammenhang ebenfalls Bestärkung. (vgl.: Engel, Hurrelmann, 1994:26) All diese Gründe müssen holistisch betrachtet werden, nicht isoliert voneinander, und es muss beachtet werden, dass sich diese Motive und Gründe für den Konsum über einen gewissen Zeitraum verändern können bzw. andere Motive plötzlich eine Rolle spielen. Um entsprechende Angebote zu strukturieren, die sich mit Erfolg an diese Zielgruppe wenden, ist es nicht sinnvoll einen dieser möglichen Gründe mit einem Angebot abdecken zu wollen. Es wird notwendig, sich mit einem Angebot, das sich im Kleinen allen diesen Ursachen widmet,

aufzubauen. Bspw. steht schulisches Versagen oft mit der Familiensituation in Verbindung, die sich wiederum auf die psychische Lebenswelt Jugendlicher auswirkt, was wieder eng mit dem schulischen Leistungsbild verbunden ist. Hierin wird sehr deutlich wie eng verwoben und ganzheitlich die Ursachen sind, im Jugendalter mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen zu beginnen. Unser Angebot soll die Jugendlichen da abholen, wo sie stehen, also auch mit der Problemlage, die sie mit sich bringen, und aus ihren Ressourcen Möglichkeiten entwickeln, die sie bei der eigenständigen Lösung dieser Probleme unterstützen.

6.3 Konsummuster

Konsummuster sind Strukturen im Verhalten von CannabiskonsumentInnen, die den Konsum hinsichtlich der Menge, der Frequenz, in der konsumiert wird, und der Einbindung in den Tag strukturieren. Generell ist festzuhalten, dass der Konsum von Cannabis unterschiedlich gestaltet werden kann. Es ist also von der Existenz verschiedener Konsummuster auszugehen. Darüber hinaus manifestieren Soellner und Kleiber (1998:73): „[...] *dass Cannabis – [...] – eine Substanz ist, die durchaus auch weiche Konsummuster zulässt, und deren Konsum weder schnell noch zwangsläufig zur Abhängigkeit führt. [...] Wichtig bleibt hier zu betonen, dass individuelle Konsummuster in der Regel durchaus dynamisch und somit über die Zeit veränderbar sind.*“ D.h. Konsummuster von Cannabis können sich jederzeit zu „härteren“ Mustern oder wieder zurück zu „weicheren“ oder abstinenten Mustern entwickeln. Innerhalb von Studien und deren Auswertung durch Kleiber und Soellner, hat man sich der Bestimmung von Konsummustern auf verschiedene Art genähert. Hier soll versucht werden, die praktikabelsten Ansätze kurz vorzustellen. So ist z.B. die Frequenz, mit der Cannabis konsumiert wird, durch Studien untersucht worden. Dabei ist statistisch belegt worden, dass die Konsumfrequenz und Konsummenge voneinander unabhängig sind. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:84ff) So kann es trotz steigender Einnahmefrequenz zur Senkung der applizierten Menge kommen oder umgekehrt. Weitere Untersuchungen Kleibers und Soellners (1998:36ff) haben sich mit dem Verlauf des Konsums seit dem jeweiligen Erstkonsum beschäftigt. Hierbei konnten vier verschiedene Verläufe der Konsummuster festgestellt werden, die sich an Menge und Frequenz orientieren: Dabei wird von einer stabilen Häufigkeit ausgegangen, bei der anfänglich mehr konsumiert wird und sich später auf geringerem Niveau eine Stabilisation einstellt, von einer sinkenden Frequenz, bei der erst mehr und dann signifikant weniger konsumiert wird, von einer geringen Frequenz, die von

Anfang an stabil niedrig bleibt, und schließlich von einem nicht definierbaren Konsummuster, aufgrund einer zu kurzen Gebrauchsdauer.

Wie aber ist der Verlauf verschiedener Konsummuster? Hier verweisen Verlaufsmodelle von Konsummustern darauf, dass Strukturen im Gebrauch einem bestimmten und linearen Ablauf folgen. (Z.B. kann Experimentierkonsum zu Gelegenheitskonsum führen, der wiederum zu Gewohnheitskonsum, welcher dann in kompulsiven Konsum ufern kann.) Doch nach Soellner und Kleiber (1998:73ff) wird dieser lineare Verlauf in die Abhängigkeit führen, was durch Hirsch et al. und der replizierten Studie von Becker durch die Erarbeitung eines erweiterten Modells widerlegt wird. In diesem wird auch von wechselnden Konsummustern ausgegangen, doch sind Schritte zurück in niedrigfrequenteren Konsummustern möglich. Des Weiteren unterstützt das Modell die Differenzierung zwischen kompulsiven KonsumentInnen und GewohnheitskonsumentInnen.

Aus diesen Ansätzen lassen sich verschiedene Konsummuster theoretisch ableiten, was im Folgenden getan wird. Grundsätzlich ist vorerst festzuhalten, dass Probier- und Experimentierkonsum von Cannabis entwicklungsadäquates Verhalten darstellt. So ist davon auszugehen, dass einem solchen Testverhalten die Funktion für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zukommt und jugendtypischem, neugierigem Verhalten gleichkommt (vgl.: 5.1). In diesem Kontext ist eine wichtige Voraussetzung für den Probierkonsum von Cannabis, dass ein entsprechendes soziales Netzwerk existiert, in dem Cannabis verfügbar ist, und in dem Mitglieder des Netzwerks Vorbildfunktion für den genussvollen Konsum übernehmen. Es wird sogar davon ausgegangen, dass, wenn nach ersten Kontakten mit Cannabis das räumliche und soziale Umfeld wechselt, der Konsum wahrscheinlich wieder eingestellt wird. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:73ff)

Konsummuster Gelegenheitskonsum

Wie das Wort Gelegenheitskonsum schon andeutet, bedarf es bei diesem einer Gelegenheit um zu konsumieren. Dies können Partys, Treffen und andere bestimmte Freizeitaktivitäten mit einem auslösenden Moment sein. Der Sinn hinter diesem Konsummuster ist hedonistischer Art. Hier geht es vordergründig um Lustgewinn und die Steigerung des eigenen Wohlbefindens, ähnlich dem sozial akzeptierten Alkoholkonsum. Nach Kleiber und Soellner sind GelegenheitskonsumentInnen von Cannabis, in Abgrenzung zu KonsumentInnen anderer

Substanzen, davon überzeugt, selbstständig ihr Leben organisieren zu können³⁶. Sie teilen gesellschaftliche Werte und Normen zu großen Teilen und haben, ebenfalls in Abgrenzung zu KonsumentInnen anderer Substanzen, einen relativ hohen sozioökonomischen Status.

„Entsprechend ist davon auszugehen, dass Gelegenheitskonsumenten von Cannabis in der Regel psychosozial unauffällige integrierte junge Menschen, also völlig ‚normale‘ Mitglieder dieser Gesellschaft sind.“ (Kleiber, Soellner, 1998:75f) Der durchschnittliche Gebrauch liegt bei diesem Konsummuster bei weniger als einmal pro Woche. (vgl. Kleiber, Soellner, 1998:99f) Weit weniger (~ 40% der) GelegenheitskonsumentInnen haben auch schon mind. einmal in ihrem Leben andere illegalisierte psychoaktive Substanzen konsumiert, als die Mitglieder der anderen KonsumentInnengruppen (jeweils ~ 80% der Gruppenzugehörigen). (vgl. Kleiber, Soellner, 1998:106)

Konsummuster Gewohnheitskonsum (Individual-, Freizeit- und Dauerkonsum)

Gewohnheitskonsum setzt eine gewisse individuelle Verfügbarkeit der Substanz voraus, auf die GewohnheitskonsumentInnen stärker angewiesen sind als gelegentlich konsumierende Personen. Um diese Verfügbarkeit zu gewährleisten, haben Gewohnheitsuser mehr Kontakt zu KonsumentInnen (oft auch anderer) psychoaktiver Substanzen und weniger Kontakt zu abstinenten FreundInnen und Bekannten. Ergo sind sie in die Drogenszene eingebunden und können so leichter Opfer polizeilicher, schulischer oder anderer repressiver Maßnahmen werden. Allerdings scheint es für einen Abbruch oder die Weiterführung des Cannabiskonsums nicht wichtig, ob die Substanz objektiv verfügbar ist.

Festzustellen ist, dass Gewohnheitskonsum anderen Motiven folgt als denen der einzig hedonistischen Befriedigung des Probierkonsums. Cannabis hat im Alltag von GewohnheitskonsumentInnen einen festen Platz und soll darüber hinaus oft dem eigenen Wohlbefindens und der der Regulation desselben dienen. Dabei ist der Konsum weniger situationsbedingt bzw. -gebunden, sondern wird eher durch Spannungen ausgelöst und soll eine bestimmte Funktion (Entspannung, Hemmung von Ängsten etc.) erfüllen. GewohnheitskonsumentInnen allgemein wollen also tendenziell weniger eine Verstärkung positiver Gefühle als eine Eindämmung der negativen. So dient der Konsum zur Verhinderung von Langeweile, Abbau von Anspannungen und sozialen Hemmungen. Dieses Konsummuster kann zu einem problematischen Umgang mit Cannabis führen, nämlich wenn daraus

³⁶ Anmerkung der Autoren: Dies wird auch auf KonsumentInnen anderer Substanzen zutreffen und ist keine cannabisspezifische Einstellung.

Probleme für die biopsychosoziale Lebenswelt der KonsumentInnen entstehen. Hier ist Aufgabe der Sozialarbeit, einen reflektierten, genussvollen Konsum zu etablieren, um eventuellen psychischen, physischen und sozialen Schäden vorzubeugen. Diese Probleme sind nach Kleiber und Soellner auf eine geringere Leistungsorientierung, ein geringeres Durchsetzungsvermögen, weniger Selbstbewusstsein und häufigere in der Berufsausbildung oder Arbeit im Vergleich zu GelegenheitskonsumentInnen bzw. Abstinente zurück zu führen. Jedoch ist dieses Konsummuster weiter zu differenzieren. Für die folgenden Muster gelten die Grundannahmen dieses Abschnitts weiter. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:76, 101f)

Gewohnheitsmäßiger Individualkonsum

Hier ist zu erwähnen, dass IndividualkonsumentInnen die älteste Gruppe (durchschnittlich 31 Jahre) der Cannabis-User bilden und eine hohe Prävalenz des Konsums angesichts ihrer Lebenszeit zu verzeichnen ist. Erfahrungen bezüglich anderer Substanzen wurden ausreichend gemacht, aber aktuell werden weniger andere Substanzen konsumiert. Der Konsum von Cannabis ist in diesem Muster weniger sozial motiviert, da der Konsum überwiegend alleine und zu Hause geschieht. Der durchschnittliche Konsum liegt bei diesem Muster bei 20 von 30 Tagen im Monat. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:73ff,100f, 103f)

Gewohnheitsmäßiger Freizeitkonsum

Dieses Muster zeichnet sich durch die strikte Trennung von Arbeit und Freizeit hinsichtlich der Konsumzeit aus. Es wird dabei im Vergleich zu anderen Konsummustern häufig Konsumumfeld und Konsumort geändert und mit dem Partner konsumiert, jedoch nie in Kontexten wie Arbeit, Universität oder Schule. Ansonsten sind für diese Gruppe keine spezifischen Merkmale gefunden worden. Das Freizeitkonsummuster ähnelt in vielen Punkten dem Individualkonsummuster. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:73ff, 101f, 103ff)

Gewohnheitsmäßiger Dauerkonsum

Es wird überall konsumiert, in Freizeitzusammenhängen sowie auf Arbeit. Gekoppelt ist dieses Verhalten mit der Anwendung intensiverer Konsumformen wie bspw. das Pur-Rauchen von Cannabis. DauerkonsumentInnen sind häufiger männlich und bilden mit einem Altersdurchschnitt von Mitte Zwanzig (ca. 23,5 Jahre, vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:103) die jüngste Gruppe. Gleichzeitig liegt das Erstkonsumalter mit knapp 16 Jahren am niedrigsten. Die finanziellen Aufwendungen, die konsumierte Menge an Cannabis und die Konsumfrequenz sind für diese Gruppe am höchsten, was auf den dauerhaften Konsum

zurückzuführen ist. Auch nutzt diese Gruppe Cannabis am stärksten zur Stimmungsregulation und Begleiterscheinungen des Konsums sind hier am stärksten ausgeprägt. Durchschnittlich wird bei diesem Muster jeweils zu vier unterschiedlichen Tageszeiten, an fast sechs Tagen der Woche konsumiert. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:73ff, 101f, 231)

Bleibt festzustellen, dass die Beurteilung von Cannabiskonsum in Deutschland uneinheitlicher ist als angenommen. Kleiber und Soellner erbrachten den Nachweis, dass der Konsum von Cannabisprodukten intra- und interindividuell hoch variabel ist. D.h., dass die Bestimmung homogener Gruppen sowie dazugehöriger Konsummuster dieser Variabilität Rechnung tragen muss, um valide zu sein. Die abgeleiteten Konsummuster unterscheiden sich nach Konsumfrequenz, Konsumumfeld und bevorzugten Konsumorten, aber auch nach Alter und Geschlecht sowie Einstiegsalter und in der Zusammensetzung der Gruppen, in denen konsumiert wird. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:231)

Konsummuster im Vergleich

Die Prävalenz der hier aufgeführten Konsummuster lässt sich durch soziodemografische und cannabis- bzw. substanzspezifische Variablen darstellen. Vom Gelegenheitskonsum als „weichestes“ Konsummuster, über Individual- und Freizeitkonsum, bis hin zu Dauerkonsum als „härtestes“ Konsummuster lassen sich in Bezug auf die unterschiedlichen Variablen, folgende Fakten ableiten:

Es konsumieren weniger Frauen als Männer Cannabis. Frauen konsumieren Cannabis dabei eher in moderateren, „weicheren“ Konsummustern (Gelegenheitskonsum bei ca. 40% Frauen und ca. 60% Männern, Dauerkonsum bei ca. 20% Frauen und ca. 80% Männern). (vgl. Kleiber, Soellner, 1998: 103) Je höher die angestrebte oder erreichte Schulbildung ist, desto häufiger ist der Konsum von Cannabis. (Von allen CannabiskonsumentInnen gehen/gingen ca. 55% auf ein Gymnasium, ca. 25% auf eine Realschule, ca. 12% auf eine Hauptschule und ca. 8% haben die Schulausbildung abgebrochen.) Unter GymnasiastInnen sind „härtere“ Konsummuster seltener als „weichere“, während dies bei allen anderen Schulformen und SchulabbrecherInnen umgekehrt ist. (vgl. Kleiber, Soellner, 1998:104f)

Der Erstkonsum fand bei „härter“ konsumierenden CannabisgebraucherInnen in früherem Alter statt (mit unter 16 Jahren) als bei „weicher“ konsumierenden CannabisgebraucherInnen (mit unter 17 Jahren). (vgl. Kleiber, Soellner, 1998:105f) Je „härter“ das jeweilige Konsummuster ist, desto häufiger kommt der Konsum anderer illegalisierter Substanzen vor.

(vgl. Kleiber, Soellner, 1998:106) GelegenheitskifferInnen konsumieren durchschnittlich die geringsten Cannabismengen, während DauerkonsumentInnen die größten und Individual- bzw. FreizeitgebraucherInnen ungefähr die gleichen Mengen konsumieren. Die Angehörigen „weicher“ konsumierender Gruppen wissen weitaus weniger über die von ihnen in letzter Zeit konsumierten Cannabismengen und die von ihnen dafür ausgegebenen Beträge Bescheid als die „härter“ konsumierenden. Individual- und FreizeitkonsumentInnen geben zeitlich gesehen konsistentere Beträge für den Erwerb der Substanz aus als Gelegenheits- und DauerkonsumentInnen. (vgl. Kleiber, Soellner, 1998: 108f) Angehörige „härterer“ KonsumentInnengruppen ordnen sich selbst auch zu höheren Anteilen in die richtige KonsumentInnengruppe ein als Angehörige „weicherer“ KonsumentInnengruppen. (vgl. Kleiber, Soellner, 1998:110f) GelegenheitskonsumentInnen nutzen Cannabis weniger häufig, um negative Gefühle zu vermeiden, zu reduzieren oder zu Zwecken der Bewusstseinsweiterung als GewohnheitskonsumentInnen. (vgl. Kleiber/Soellner, 1998:119)

Unter den GewohnheitskonsumentInnen greifen die DauerkonsumentInnen wesentlich häufiger zu Cannabis zu Zwecken der emotionalen Selbstregulierung oder Selbsterfahrung und Bewusstseinsweiterung. (vgl. Kleiber/Soellner, 1998:119) Dem Cannabiskonsum liegen bei IndividualkonsumentInnen weitaus weniger soziale Motivationen zugrunde, als bei allen anderen KonsumentInnengruppen, während der Anteil an sozialer Motivation bei den anderen User-Gruppen jeweils gleich ist. (vgl. Kleiber/Soellner, 1998:119f) Insgesamt liegen in allen KonsumentInnengruppen viel weniger soziale Beweggründe für Cannabiskonsum vor. Stimmungsregulation und hedonistische Konsumgründe stehen allgemein eher im Vordergrund. (vgl. Kleiber/Soellner, 1998:120) Dem Konsum von Cannabis werden von allen Usern erheblich mehr positive als negative Wirkungen zugeschrieben und bedeutend mehr schwache als starke Nebenwirkungen. Hierbei beschreiben KifferInnen mit „härteren“ Konsummustern mehr positive als negative Wirkungen des Konsums. KonsumentInnen mit „weicheren“ Konsummustern stellen dagegen intensivere, schwache wie auch starke Nebenwirkungen durch den Konsum fest. (vgl. Kleiber, Soellner, 1998:122ff)

Exzessiver Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und Komplikationen

Unter exzessivem Cannabiskonsum versteht man einen entweder mit immensem Zeitaufwand einhergehenden und/oder durch Kontrollverlust gekennzeichneten Konsum. Nach Kleiber und Soellner manifestiert sich dies darin, entweder mehr zu rauchen, als man ursprünglich vorhatte, oder dass sich der Konsum über den ganzen Tag erstreckt. Hierbei sind wieder

geschlechtsspezifische Unterschiede wie auch zwischen Langzeit- und KurzzeitkonsumentInnen zu beschreiben. Weibliche Personen und KurzzeitkonsumentInnen weisen ein deutlich geringeres Niveau in der Konsumintensität auf. Um zu einer relevanten Einschätzung des Konsums hinsichtlich der psychischen Gesundheit zu kommen, müssen Zusammenhänge des Kontextes in Studien betrachtet werden, die Cannabis-User untersuchen. So sind nach Kleiber und Soellner (1998:42ff) viele PsychatriepatientInnen, die Cannabis konsumierten, in Studien, die die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die Gesundheit untersuchen, eingeflossen. Was zu einer nicht repräsentativen Datenlage führte, da während der Studie diagnostizierte Störungen nicht allein zu 100 Prozent auf den Konsum von Cannabis zurückzuführen sind und unklar ist, ob aufgetretene Auffälligkeiten nicht mit einer eventuell schon vorher bestandenen, psychischen Erkrankung der jeweiligen Person in Verbindung stand. Kleiber und Soellner nähern sich psychischen Problemen durch den Einfluss von Cannabis auf eine andere Art: Sie untersuchen in ihrer Studie (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:44f), die durch den Konsum entstandenen und subjektiv wahrgenommenen Probleme.

Die untersuchten Komplikationen umfassen interpersonelle, juristische, soziale, physische und psychische Probleme. Das Ergebnis der Untersuchung weist keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der empfundenen Belastungen und Probleme und der Konsumintensität oder -häufigkeit nach. Demnach ist nicht von einer Belastung durch den Konsum auszugehen, der zu einer Steigerung der Komplikationen führt. So können psychische Probleme und Komplikationen anderer Art nicht als unmittelbare Folgen des Cannabiskonsums verstanden werden. Das Auftreten solcher Problematiken bleibt somit weitgehend unabhängig von der Konsumdauer. Trotzdem sind bei 70% der StudienteilnehmerInnen mindestens einmal Komplikationen aufgetreten, die im Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum standen. Hier sind in absteigender Reihenfolge Schwierigkeiten bei der Realisierung von persönlichen Vorhaben, „Filmrisse“, psychische Probleme, dauerhafter Ärger in der Familie und/oder mit dem/der PartnerIn und Ärger mit der Justiz zu benennen. (vgl.: Kleiber/Soellner, 1998:44ff) Hierin zeigen sich deutlich Probleme, die mit der Illegalisierung der Substanz Cannabis in engem Zusammenhang stehen.

Die Probleme bei der Realisierung von persönlichen Vorhaben und die Vermeidung von „Filmrissen“ sind ungenügenden Unterstützungsleistungen, mangelhafter Aufklärungsarbeit sowie jugendtypischem Verhalten zu schulden. Probleme mit Familie, Partner und Justiz entstehen meist aus dem gesellschaftlichen Kontext und dem Umgang dieser Gesellschaft mit einer Substanz wie Cannabis. Probleme mit der Polizei durch Cannabis sind meist BtMG-

Delikte, die aufgrund des Illegalitätsstatus von Cannabis entstehen. Probleme mit Familienangehörigen sind meist Resultat aus gegensätzlichen Lebensweltansichten, wobei der Konsum von Cannabis als Problemverursacher behandelt wird und so Komplikationen im sozialen Umfeld gefördert werden, da nicht die eigentlichen Probleme an- und ausgesprochen werden, sondern der Cannabiskonsum vorgeschoben wird, um ein bestimmtes Verhalten zu kritisieren.

Des Weiteren ist beachtlich, dass die männlichen Teilnehmer höhere Komplikationsraten aufwiesen als weibliche. Besonders hervorzuheben sind dabei Probleme mit der Polizei, Unfälle unter Drogeneinfluss im Straßenverkehr und Trennungen von dem/der PartnerIn. Festzuhalten ist allerdings, dass eine Mehrzahl von 53% der CannabiskonsumentInnen in über neun Jahren ihres Konsums keine oder maximal eine Komplikation erlebt haben. So scheinen nach Kleiber und Soellner die User dieser Studie nicht mehr belastet zu sein als die Restbevölkerung. Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in der BRD aus den siebziger und achtziger Jahren wiesen bspw. eine ähnliche quantitative Verbreitung in der Bevölkerung nach wie gegenwärtige Studien in Verbindung mit Cannabis. (vgl.: Kleiber/Soellner, 1998:42ff)

6.4 Abhängigkeit und Cannabis

Abhängigkeit von diversen psychoaktiven Substanzen wird nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in körperliche und psychische Abhängigkeit unterteilt. Körperliche Abhängigkeit liegt dann vor, wenn durch den Konsum einer psychoaktiven Substanz physiologische Prozesse wie Toleranzentwicklung (Rauschwirkung nimmt ab, Dosis bleibt gleich) oder Entzugssymptome entstehen und über einen längeren Zeitraum anhalten. (vgl. WHO, 2006:308) Diese Prozesse werden durch die pharmakologische Wirkung der Substanz angestoßen und sind somit biochemischer Art. Für die Substanz Cannabis ist hinsichtlich der Toleranzentwicklung davon auszugehen³⁷, dass eine Dosissteigerung i.d.R. nur äußerst selten vorkommt und sogar eher von einer Wirkungssteigerung bei gleich bleibender Dosis auszugehen ist. (vgl.: Soellner, 2000:8, 11)

Die Ausbildung einer körperlichen Abhängigkeit, ähnlich wie bei Alkohol, ist nicht dokumentiert: *„Wie bei vielen anderen Drogen, z.B. Kokain oder XTC, entwickelt sich auch bei häufigem Gebrauch von Cannabis, keine körperliche Abhängigkeit.“* (Becker, Bobbink,

³⁷ Meint eine Dosissteigerung aufgrund einschlafender Wirkeffekte von Cannabis durch regelmäßigen Konsum.

Spohr, 2000:228) Beobachtet wurden Symptome wie Schlafstörungen, Zittern und Nervosität, die aber weniger durch das Absetzen des Cannabiskonsums verursacht wurden, sondern anscheinend psychosomatische Folgeerscheinungen darstellen. (vgl.: Soellner, 2000:9) Die Betrachtung von Cannabisabhängigkeit muss also psychische Abhängigkeitsformen fokussieren. Diese „[...] kann bei regelmäßigem Konsum psychoaktiver Substanzen entstehen, also auch bei Cannabis.“ (Becker, Bobbink, Spohr, 2000:228)

Psychische Abhängigkeit manifestiert sich dagegen in psychischen Prozessen. Diese sind Interaktionen zwischen den Wirkungen der Substanz und der Persönlichkeit des konsumierenden Individuums. Allerdings ist diese Definition ungenügend, da auch physiologische Aspekte handlungsleitende Effekte auf die Psyche haben können und psychische Zustände auch physiologische Entsprechungen haben. In diesem Kontext tut sich eine Problematik auf, die bisher gesellschaftlich noch keine große Beachtung gefunden hat: Körperliche Abhängigkeit scheint nicht ursächlich für das eigentliche Abhängigkeitsphänomen, dass eine Person nicht mehr aufhören kann eine Substanz zu konsumieren, sondern die psychische Abhängigkeit ist hier stets ursächlich. (vgl.: Soellner, 2000:11) Psychische Abhängigkeit verweist nach Hurrelmann (1997:38) darauf, dass sich Substanzkonsum und Gesundheit immer in einem Spannungsverhältnis zueinander befinden.

„Einerseits kann gemäßigter und kontrollierter Konsum von Drogen zur Erhöhung des Wohlbefindens und der Stabilisierung der Gesundheitsbalance beitragen, andererseits kann er jedoch, wenn er im Übermaß betrieben wird, die Gesundheit stark gefährden. Beginn und Fortführung des Drogenkonsums können auf einer freien Entscheidung beruhen, ein Leben mit legalen oder illegalen Drogen zu führen. Drogengebrauch wird häufig als Ausdruck eines bestimmten Lebensstils gesehen, als Medium der Erlebnissteigerung und der Erlebnisintensivierung, kann jedoch auch Mittel sein, um Lebensprobleme zu bewältigen oder Problemen aus dem Weg zu gehen. In dieser Funktion der Problemvermeidung trägt Drogenkonsum nicht zur Gesundheit im Sinne aktiver Lebensbewältigung bei, sondern birgt hohe gesundheitliche Risiken in sich. Der regelmäßige und außer Kontrolle geratene Drogengebrauch kann zur Abhängigkeit führen. Er ist dann ein Anzeichen dafür, dass die Belastungen die Bewältigungsmechanismen des betreffenden Menschen überschreiten und er die Kontrolle über sich und sein Verhalten verloren hat. So gesehen ist Drogenabhängigkeit das Ergebnis einer gestörten Gesundheitsbalance, die darauf hinweist, dass sich der betreffende Mensch nicht im Einklang mit eigenen Möglichkeiten und den jeweils gegebenen

äußeren Lebensbedingungen befindet. Wenn Gesundheit das Ergebnis einer stets von neuem herzustellenden Aktionsfähigkeit ist, dann sind Sucht und Abhängigkeit das Ergebnis von Verlust der Kontrollfähigkeit und einer Beeinträchtigung der freien Entfaltung der Persönlichkeit und damit Symptome für starke Gesundheitsbeeinträchtigung.“ (Hurrelmann, Bründel, 1997:38)

So kann der unproblematische Konsum von Cannabis als angenehm empfunden werden und im sozialen Gefüge wird dieser gemeinschaftlich zelebriert. Dies kann zu Gewohnheitskonsum führen, da die angenehme Wirkung wiederholt hergestellt wird und das Gemeinschaftsgefühl über das gemeinsame Kiffen aktiviert werden soll. Durch die Wirkung von Cannabis kann man seine Stimmungslage verändern, und dies somit bei Ärgerlichkeit, Frustration oder Spannungen anwenden. Wird das als generelles Konfliktlösungsprogramm genutzt, werden diese Spannungen u.ä. zwar kurzfristig überdeckt, bleiben langfristig jedoch immanent. Dies produziert weitere Anlässe zum Kiffen. *„Wenn man dies häufiger macht, verlernt man nach und nach, anders mit Gefühlen umzugehen. Denn es ist ja sehr einfach, ‘erstmal einen durchzuziehen’. Cannabis ist zum ständigen Begleiter, zur Fluchtmöglichkeit, zum scheinbaren Problemlöser geworden, und man kann gar nicht mehr ohne [...] arbeiten, [...] Konflikte austragen und aushalten, [...] Spaß haben, [...] Leute kennenlernen, [...] befriedigende Sexualität erleben.“* (Becker, Bobbink, Spohr, 2000:229) Genau hier müssen gesundheitsfördernde, schadensminimierende und die Eigenverantwortung und Selbstkontrolle stärkende Unterstützungen aus dem sozialpädagogischen Kontext ansetzen. Wie hier methodisch vorgegangen werden kann, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit dargelegt.

Im Folgenden soll die klassische Definition von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von der Substanz Cannabis nach ICD 10³⁸ und DSM IV³⁹ erläutert werden, um die Sicht des psychiatrischen, psychologischen und pathologischen Verständnisses von Abhängigkeit und deren Unterformen darzustellen.

³⁸ „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (engl.) - Die „Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und Verwandter Gesundheitsprobleme“ in ihrer 10. Revision ist das offizielle aktuelle Klassifikationssystem für Krankheiten, herausgegeben von der WHO.

³⁹ „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (engl.) - Das „Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen“ in seiner 4. Revision ist ein viel verwendetes Klassifikationssystem für psychische Krankheiten, herausgegeben von der APA.

Schädlicher Gebrauch nach ICD 10

„Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz, oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.“ (WHO, 2006:308)

Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischer Weise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen. Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.“ (WHO, 2006:308)

Substanzabhängigkeit nach DSM IV

„Als abhängig von einer Substanz gilt nach DSM IV eine Person, die innerhalb der letzten 12 Monate 3 oder mehr der folgenden Symptome aufwies:

- *Toleranzentwicklung (Mit der Zeit wird mehr Substanz benötigt um dieselbe Rauschwirkung wie früher zu erreichen, oder die Rauschintensität lässt nach, je öfter die gleiche Dosis konsumiert wird.)*
- *Entzugerscheinungen (Charakteristisches Entzugssyndrom, Abhängigkeit von der konsumierten Substanz oder Konsum der Substanz um Entzugerscheinungen zu mildern.)*
- *Konsum der Substanz in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum, als eigentlich beabsichtigt*
- *bestehendes Verlangen nach und/oder Scheitern bei Konsumpausen oder Dosisreduzierung*
- *steigender Zeitaufwand für Beschaffung und/oder Einnahme der Substanz, sowie für Erholungsphasen nach dem Rauscherlebnis*

- *wichtige soziale, berufliche und/oder Freizeit-Aktivitäten werden aufgrund des Substanzkonsums eingeschränkt und/oder aufgegeben*
- *der Substanzkonsum wird fortgesetzt, trotz offensichtlicher, auf den Konsum zurückzuführender gesundheitlicher Schädigungen*

Hierbei wird immer von einer psychischen Abhängigkeit ausgegangen. Eine zusätzliche physische Abhängigkeit besteht, wenn mindestens einer der Punkte 1. und 2. zutrifft.

(American Psychiatric Association, 2000)

Da die Erfassung der Abhängigkeit von der Substanz Cannabis, aus sozialarbeiterischer und gesundheitsfördernder Sicht nicht sinnvoll ist, da keine Aussagen über ein abhängiges oder nicht abhängiges Verhalten getroffen werden können, kann diese Definition von Abhängigkeit höchstens als Indikator für kompulsives Konsumverhalten dienen. Abhängigkeit wird oft als linearer unausweichlicher Prozess im Sinne einer „Drogenkarriere“ missverstanden, auch geht mit dieser Erfassung oft eine negative Implikation mit dem Begriff „Abhängigkeit“ einher, der familiäre, psychische, soziale und juristische Probleme suggeriert – anstatt die Ausprägung des Drogenkonsums wertfrei zu beschreiben. (vgl.: Soellner, 2000:193/Schneider, 1995:75)

So sind neue Angebote der Gesundheitsförderung zu bedenken, die sich mit praktikableren Gesichtspunkten präventiver Vorsorge und Begleitung beschäftigen. So ist es aus universellen, selektiven und indizierten Betrachtungen heraus notwendig, akzeptierten Konsum, Missbrauch bzw. kompulsiven Konsum und Abhängigkeit voneinander zu differenzieren. Wenn KonsumentInnen von Cannabis trotz unterschiedlicher Konsummuster in Art und Weise von Präventionsprogrammen gleich behandelt werden, ist ihr Unverständnis als erfahrene User zu erwarten und nicht verwunderlich. D.h. für die universelle Prävention, Zielstellungen der totalen Abstinenz zu überdenken, um vielmehr problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen zu thematisieren und damit negative, persönliche, soziale und gesundheitliche Folgen zu vermeiden. Daraus folgt für die selektive und indizierte Prävention, Menschen mit problematischen Verhaltensmustern und immanenten Risikomerkmale hinsichtlich der Aufnahme missbrauchender Konsummuster sowie Menschen mit manifestem Risikoverhalten zu befähigen, den Konsum zu reduzieren, einzustellen oder in unproblematische Konsumformen zu wandeln. (vgl.: Soellner, 2000:198)

Eine psychische Abhängigkeit ist bei 2% der aktuell Cannabis konsumierenden Personen zu verzeichnen, solange diese nicht noch andere illegalisierte Substanzen zu sich nehmen. Insgesamt fühlen sich mehr CannabiskonsumInnen abhängig, als durch die Diagnosesysteme wie DSM IV klassifiziert werden würden. Dies verweist auf den gesellschaftlichen Umgang mit der Substanz, der anscheinend noch keine akzeptierten Konsummöglichkeiten zulässt. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:232)

„Abhängigkeitsprobleme stehen dabei allerdings in keinem nachweisbaren Zusammenhang mit Indikatoren wie der Konsumdauer oder Konsummenge, sondern eher mit Faktoren, die als Indikatoren einer allgemeinen schlechteren psychischen Gesundheit gelten und prädisponierend für ungünstige Konsumverläufe sein können (Gehemmtheit, höhere Einsamkeit, geringe Selbstwirksamkeit und Selbstwertempfinden). Insofern muß problematischer Cannabiskonsum wohl vorrangig als Copingversuch bei unzureichenden Ressourcen zur Alltagsbewältigung interpretiert werden.“ (Kleiber, Soellner, 1998:232)

Des Weiteren scheinen verschiedene Formen des Cannabiskonsums durchaus keinen negativen Effekt auf die Psyche und deren Gesundheit zu haben. So ist ein generalpräventiver Ansatz zur Erreichung eines Präventionsziels wie Abstinenz nicht auszumachen. Deswegen sollte ein gesundheitsfördernder Rahmen gespannt werden. Dieser soll präventive Aspekte mit einbeziehen. Handlungsleitend sollte aber der gesundheitsfördernde Ansatz sein, der die Ressourcen von Cannabis-Usern zur Bewältigung ihres Alltags und zur Regulierung des eigenen psychischen Wohlbefindens fokussiert und zwar völlig unabhängig vom aktuellen Konsum bzw. Konsummuster. Weiter konnten die Untersuchungen von Kleiber et al. nachweisen, dass ein Beenden des Cannabiskonsums unabhängig von der Dauer des Konsums, jederzeit möglich und gleich Erfolg versprechend ist. Hierbei ist die Übernahme der Erwachsenenrolle beachtlich, die auch zu eher beziehungs- und familienorientierten Lebensanschauungen führt. Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der Konsum von Cannabis eingestellt wird. Das widerspricht der Annahme, dass Cannabis mit zunehmender Konsumdauer den Ausstieg unwahrscheinlicher macht, da durch die einschlafende Wirkung (trotz gleicher Dosis weniger Wirkungseffekt) der Substanz bei regelmäßigem Konsum, mehr in kürzerer Zeit konsumiert wird, sprich: ein „hartes“ Konsummuster entsteht. (vgl.: Kleiber, Soellner, 1998:232)

6.5 Safer Use von Cannabis – Botschaften an CannabisgebraucherInnen

Safer Use meint den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen unter Berücksichtigung aller gesundheitsrelevanten Aspekte, die der Person bekannt sind. Im Folgenden werden die für Cannabis relevanten Safer-Use-Botschaften gesammelt dargelegt.

Da Cannabis die eigene Gefühlswelt intensiviert, sollte es vermieden werden, Cannabis zu konsumieren, wenn man sich schlecht fühlt oder psychische Probleme hat (Set) oder sich in einem Umfeld befindet, in dem man sich nicht wohlfühlt (Setting). Weiter sollte man darauf achten, hochwertiges Cannabis zu kaufen und auch bei wem man es ersteht. Hierbei geht es um die Vertrauenswürdigkeit des Dealers oder der Dealerin. So kann eventuell bspw. der Kauf von gestrecktem Cannabis mit der Entscheidung, nicht bei dieser einzukaufen sowie weiterer Ärger mit den Exekutivorganen und/oder überteuertem Cannabis vermieden werden. Darüber hinaus können DealerInnen über wichtige Informationen über Sorte, THC-Gehalt, Verunreinigungen oder sonstig relevantes Wissen verfügen und dieses weitervermitteln. Darüber hinaus ist es sinnvoll wenn möglich die Substanz auf ihre Inhaltsstoffe (Drug Checking) zu testen.

Bei Personen mit Herz-Kreislaufproblemen kann sich der Konsum von Cannabis negativ auswirken und sollte vermieden werden, da er die Blutgefäße erweitert.

Bei der Konsumform Bong- oder Eimerrauchen kann sich das gesundheitliche Risiko erhöhen, wenn der Rauch zu lange und tief in der Lunge gehalten wird. Es ist zwar eine Filterung des Rauches durch das Wasser (zumindest beim Bong rauchen) gegeben, die auch einen Großteil der Schadstoffe zurückhält, aber es kommt auf die Inhalationstechnik an. Weiter wird der Rauch durch das Wasser zusätzlich gekühlt, was die Schleimhäute weniger reizt. Generell sind bei Joints, Bongs etc. spezielle Kohle-Aktiv-Filter zur Reduktion der krebserregenden Schadstoffe, also zur Reduzierung der Atemwegsschädigungen, sinnvoll. Vaporizer⁴⁰ senken die Aufnahme der krebserregenden Stoffe aus dem Rauch enorm. Weil durch die Verbrennungsprodukte im Rauch ein hoher Anteil schadhafter Stoffe zusätzlich aufgenommen wird, ist für KifferInnen die Überlegung sinnvoll, Cannabis in ess- bzw.

⁴⁰ „Vaporize“ bezeichnet „verdampfen“ und „[...] ein Inhalationsgerät, das durch ‚Heißluft-Extraktion‘ schonend die Wirk- und Aromastoffe aus Pflanzen und ätherischen Ölen gewinnt. Die verwendeten Kräuter oder Pflanzenteile verbrennen dabei nicht, da die angewandte Temperatur gerade hoch genug ist, die aktiven Stoffe aus den Substanzen zu lösen, ohne aber deren Brennpunkt zu überschreiten. Es entsteht dann auch kein Rauch (wie beim Verbrennen), sondern ein weißlicher Dampf. Die Anwendung ist fast schadstofffrei, was die belastende Wirkung des Rauches betrifft. Toxische Stoffe wie Teer, Nikotin oder Benzol entstehen nicht. Ein Vaporizer trägt dazu bei, den Gesundheitsschädigungen beim Konsum von z.B. Tabakprodukten zu vermindern.“ (Drug Scouts, 2007b)

trinkbarer Form zu gebrauchen. Hierbei sollte beachtet werden, dass erstens die Wirkung im Vergleich zur pulmonalen Applikation verzögert eintritt, und sie zweitens intensivere Effekte haben kann und u.U. länger anhält. Deswegen sollte mit einer niedrigen Dosis begonnen werden und mit der Dosissteigerung gewartet werden, bis sich die Wirkung des erstkonsumierten Cannabisprodukts einstellt. Ansonsten kann es zur Rauschüberforderung aufgrund von Überdosierung kommen. D.h. die Effekte der Cannabiswirkung können durch das Individuum nicht mehr genussvoll bewältigt werden.

Mischkonsum sollte gut abgewogen werden, da kaum Kenntnisse zu Wechselwirkungen bekannt sind bzw. diese schwer vorhersagbar sind, da sie stark an individuelles Erleben, Dosis, Reinheit, Art der Substanz etc. gekoppelt sind. Weiter sollten Mischkonsumeffekte mit legalen Substanzen wie Medikamenten o.ä. bedacht und ggf. mit dem Hausarzt oder der Hausärztin (Schweigepflicht) besprochen werden. Sollte man sich mit oder ohne Mischkonsum unwohl fühlen, kann es helfen, den Kopf, Nacken und Unterarme zu kühlen, eine ruhige Umgebung zu schaffen, an die frische Luft zu gehen und/oder sich mit FreundInnen zu unterhalten. Wenn zu viel auf einmal konsumiert wurde, können warme Getränke und Vitamin C (auch suggestiv) helfen.

Wenn Cannabis eine aphrodisische Wirkung bei einer Person entfaltet, ist Safer Sex zu bedenken.

Vor, nach und während des Konsums ist auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Gemeint ist explizit Wasser, keine Mischgetränke. Denn Wasser ermöglicht erst diverse Stoffwechselprozesse und steigert dadurch das körperliche und geistige Wohlbefinden sowie mögliche Rauscheffekte. Die anschließende körperliche wie psychische Verarbeitung des Erlebnisses wird so erst ermöglicht, da körperliches Wohlbefinden auch geistige Prozesse anstößt sowie emotional positiv einfärbt.

Um Unfällen vorzubeugen, sind im akuten Rausch verantwortungsvolle Tätigkeiten, wie Autofahren, Maschinen führen, zu vermeiden.

Nach dem Rausch ist Entspannung und die Pflege des in Anspruch genommenen Körpers wichtig. Die Zufuhr von Vitaminen, Mineralien und Kohlenhydraten sowie genügend Wasser sind elementar für einen gesundheitsbewussten Cannabisgebrauch sowie für die körperliche Verfassung. Nach einzelnen oder mehreren Rauschepisoden ist es sinnvoll längere Pausen einzulegen, um dem Körper und der Psyche Möglichkeiten zur Regeneration zu geben.

Ob die Fruchtbarkeit an sich durch THC oder andere Cannabinoide beeinträchtigt wird, ist noch nicht eindeutig wissenschaftlich geklärt. Schwangere Mädchen und Frauen sollten bei dem Konsum von Cannabis bedenken, dass THC über die Plazenta an das ungeborene Kind weitergegeben wird. Vor allem aber das Nikotin aus den Marihuana-Tabak-Mischungen in Joints, Bongs oder Eimern ist zellschädigend. Um eventuelle Risiken für Mutter oder Kind auszuschließen, ist zu empfehlen den Konsum von Cannabis während der Schwangerschaft einzustellen. (vgl.: Becker, Bobbink, Spohr, 2000:226ff/Drug Scouts, 2007e)

6.6 Relevanz von Gesundheitsförderung für CannabiskonsumentInnen

In diesem Teilkapitel sollen die Einstellung jugendlicher Cannabis-User zu den eigenen Verhaltensweisen und Einstellungen bezüglich Konsum und Gesundheit beispielhaft dargelegt werden. Entgegen möglicher Erwartungen hinsichtlich dieses Themas, sind junge CannabiskonsumentInnen sehr wohl an ihrer Gesundheit und ihrem sozialen Funktionieren interessiert. Im Folgenden sollen dies verschiedene Erfahrungsberichte und Anfragen an das „Dr.-Frühling-Team“ der Homepage des Leipziger Drogeninfo-Projekts Drug Scouts (www.drugscouts.de) illustrieren. Dieses Projekt versucht vorurteilsfrei, objektiv und akzeptierend über psychoaktive Substanzen, deren Konsum und Wirkung sowie mögliche Folgen zu informieren. Darüber hinaus bietet die Internetseite der Drug Scouts die Möglichkeit für deren NutzerInnen, in den Austausch über ihre mit Cannabis (oder anderen Substanzen) gesammelten Erfahrungen zu treten. Dies wird ermöglicht und pädagogisch begleitet in Form von Erfahrungsberichten, einem Gästebuch und dem Dr.-Frühling-Team, das auf drogenspezifische Fragen antwortet, ohne zu zensieren oder zu verbieten. So sind den folgenden Beispielen aus dem Forum für Erfahrungsberichte von Cannabis, eigenständige Ansätze und Einstellungen der KonsumentInnen von Cannabis im Rahmen der selbstbestimmten Gesundheitsförderung und Schadensminimierung zu entnehmen, welche vorgestellt werden sollen. Gemeint sind:

- Reduzierung der Konsummenge **(1)** und/oder
- Konsumhäufigkeit **(2)**,
- Konsumpausen **(3)**,
- Wechseln der Applikationsform **(4)** (Joint, Bong, Eimer etc.),
- Festlegen eines Zeitpunktes für den Konsum **(5)** (am Tag, in der Woche, zu besonderen Gelegenheit wie Geburtstag o.ä.),

- Wahl des Dealers **(6)**, um für wenig Geld möglichst gutes und ungestrecktes Cannabis zu bekommen,
- Mischkonsum mit anderen psychoaktiven Substanzen **(7)**,
- medizinische Fragen aufgrund fehlender Informationen zu Folgen des Konsums **(8)**,
- Fragen zur Abhängigkeit von Cannabis **(9)** und
- richtiger Umgang mit Cannabis als Informationsvermittlung an neue und/oder unerfahrene User (Safer Use) **(10)** sowie
- Aspekte der Illegalität **(11)**.

Wir beschränken uns dabei auf die Darstellung der Erfahrungsberichte und Fragen im Anhang, wobei die hier im Text aufgeführten Nummern auf die verschiedenen Ansätze in den Texten verweisen. Die ausgewählten Texte sollen für sich selbst sprechen und untermauern unseres Erachtens den Bedarf an neuen Angeboten an die in Punkt 6.8 definierte Zielgruppe.

Die Häufigkeit der Fragestellungen an und die Inanspruchnahmen der Angebote der Drug Scouts nehmen zu. Dabei sind alle Angebote vordergründig durch User psychoaktiver Substanzen, den Kapazitäten des Projekts nach, ausgelastet. Gemeint sind folgende Angebote:

- Drug Store Ladenangebot (2006: 58% User⁴¹, Steigerung von 10% im Vergleich zum Vorjahr – vgl.: Drug Scouts, 2006:3)
- Beratungstelefon 2006 mit 29% Usern (vgl.: Drug Scouts, 2006:4)
- Internetformulare (2006: 1.403.828 Besucher der Seite, Anstieg um über 400.000 Besuche – vgl.: Drug Scouts, 2006:7)
- Beratungsangebot Dr. Frühling (2006: schriftliche Beantwortung von 271 Fragen – vgl.: Drug Scouts, 2006:10)
- Erfahrungsberichteforum (2006: allgemeine Berichte – 2.800, Cannabiserfahrungsberichte mit 392 neuen Einträgen – vgl.: Drug Scouts, 2006:8f).

Zwar wurde der jahrelange Spitzenreiter Cannabis, in der durch das Internet genutzten Substanzinformationsabfrage von den Amphetaminen und Kokain abgelöst, was auf aktuelle Trends verweist, doch ist Cannabis nach wie vor mit 32.445 eindeutigen Informationsabfragen unter den Top fünf der Substanzinformationen (vgl.: Drug Scouts, 2006:7).

⁴¹ Auch Professionelle, SchülerInnen, StudentInnen, Angehörige u.a.m. nutzen das Ladenangebot. Dies betrifft auch Angebote wie das Beratungstelefon etc.

Die in diesem Zusammenhang teilweise sehr explizite Abfrage cannabisspezifischen Wissens, zeigt den Bedarf für jugend- und cannabisspezifische, akzeptierende und die Selbsthilfe stärkende Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung junger Menschen auf. In diesem Kontext wird in den geschilderten Berichten immer wieder deutlich, wie stark der Zusammenhang zwischen Illegalisierung von Cannabis und den daraus resultierenden negativen Folgen für junge User ist. Begründet liegt das in der Strafverfolgung, verunreinigtem Cannabis (bspw. mit Quarzsand oder Glas gestreckt), fehlenden Informationsangeboten (Wechselwirkung mit legalen Medikamenten wie bspw. der Antibabypille), Verdrängung in illegale Milieus etc. (vgl. dazu: Schneider, 1995:76/Schneider, 2000:20ff/Schmidt-Semisch, 1992:54f). Darüber hinaus wird der durchaus risikobewusste Umgang der Jugendlichen mit den Gefahren des Cannabiskonsums ersichtlich. Der Bedarf an objektiven Informationen über die Substanz, deren (Neben-, und Langzeit-)Wirkungen sowie sicheren bzw. schadensminimierenden Möglichkeiten des Konsums, wird durch Berichte und Fragestellungen der Jugendlichen überdeutlich dargestellt. Die Berichte wurden originalgetreu kopiert und jeglicher Inhalt blieb unverändert. Nur die Rechtschreibung oder Grammatik wurde hinsichtlich besserer Lesbarkeit korrigiert. Im Sinne der VerfasserInnen wurden aus Datenschutzgründen, mögliche Identitätsindizien gelöscht bzw. nicht mit übernommen. Zeitpunkt der Entnahme aller Berichte ist der 04.07.2007.

6.7 Cannabis, Fahrtauglichkeit und Führerschein

Aufgrund des Anstiegs des Beratungsbedarfs für meist junge CannabisgebraucherInnen hinsichtlich Cannabis, Kraftfahrzeugeignung und Fahrtauglichkeit, muss auch diese Problematik Eingang in das Beratungs- und Unterstützungsangebot einer Einrichtung für junge Cannabis-User fließen. Durch die verbesserten Kontrollmöglichkeiten (Drugwipe = Drogenwischtest = Schweißtest) hinsichtlich der Verdachtserhärtung der Polizei ist zu vermuten, dass ein steigender Bedarf an führerscheinspezifischer Beratung proportional zu dem vermehrten polizeilichen Einsatz dieser Wischtest innerhalb von Verkehrskontrollen entsteht. Der Bedarf für solche Angebote soll an dieser Stelle dargestellt und die wichtigsten Fakten benannt und hinsichtlich einer konzeptionellen Auseinandersetzung durchdacht werden. Denn für uns steht ein gesundes, glückliches und ausgefülltes Leben im engen Zusammenhang mit der Möglichkeit an der Gesellschaft in verschiedenen Arten und Weisen teilzunehmen. Ein großer Bereich dieser Teilhabe ist die Flexibilität, die durch motorisierte

Fortbewegungsmittel ermöglicht wird. Dafür ist es teilweise notwendig einen Führerschein zu besitzen, sei es im beruflichen oder privaten Bereich.

Um Menschen, die durch Cannabiskonsum in Konflikte mit der Kraftfahrzeugeignung gekommen sind, zu unterstützen, soll Cannabiskonsum im Zusammenhang mit der Fahrtauglichkeit und der geltenden gesetzlichen Regelung untersucht und gegebener Beratungsinhalt gesammelt werden. (Im Folgenden beschränken wir die Untersuchung dabei auf Motorrad und PKW, da für größere Lastkraftwagen bspw. strengere Regelungen bestehen.) Hierbei geht es zum einen um verantwortlichen Cannabiskonsums hinsichtlich der Kraftfahrzeugführung, um korrektes Verhalten in Polizeikontrollen und wie es zu diesen kommen kann sowie was bei Verdacht auf Cannabiskonsum folgt. Also ein präventives Beratungsangebot. Zum anderen geht es um Folgen positiver Drogentests und was das für Betroffene bedeutet, gemeint ist die ärztliche Untersuchung sowie die medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU). Hier ist für eine Einrichtung für CannabisgebraucherInnen eine Zusammenarbeit mit Professionellen der Kontrollorgane wie dem TÜV (Technischer Überwachungsverein) oder dem DeKra (Deutsche Kraftfahrzeug-Überwachungsverein) denkbar.

Verminderung der gesetzlich definierten Fahrtüchtigkeit durch Cannabis

„Eine Vielzahl von Faktoren kann die Fahrtüchtigkeit bzw. Fahreignung beeinträchtigen. Nur für wenige dieser Faktoren liegen belastbare, quantitative Aussagen vor, was vor allem in methodischen Problemen der Erfassung dieser Einflüsse begründet ist.“ (Grotenhermen, Karus, 2002:139) Dies liegt nach Grotenhermen et al. daran, dass Einflüsse wie telefonieren, rauchen o.ä. in Unfallstatistiken nachweislich als die Unfall auslösenden Faktoren nicht berücksichtigt werden. Zur allgemeinen Einschränkung der Fahrtüchtigkeit hingegen ist festgelegt worden, dass eine Person ein Kraftfahrzeug nur dann sicher führen kann, wenn diese durch den individuellen körperlichen oder psychischen Zustand, eine Gefährdung des Verkehrs nicht erwarten lässt. (vgl.: Schubert et al., 2002:15) D.h. konkret, dass eine Gefährdung des Verkehrs vorliegt wenn:

- ein Fahrer oder eine Fahrerin in geistiger oder körperlicher Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass *„die Anforderungen beim Führen eines Kraftfahrzeuges, zu denen ein stabiles Leistungsniveau und auch die Beherrschung von Belastungssituationen gehören, nicht mehr bewältigt werden können [...]"* (ebd.),

- „in einem absehbaren Zeitraum die Gefahr des plötzlichen Versagens der körperlich-geistigen (psychischen) Leistungsfähigkeit [...] zu erwarten ist“ (ebd.) bspw. durch anfallsartige Erkrankungen,
- „wegen sicherheitswidrigen Einstellungen, mangelnder Einsicht oder Persönlichkeitsmängeln keine Gewähr dafür gegeben ist, dass der Fahrer sich regelkonform und sicherheitsgerecht verhält.“ (ebd.)

Für Cannabis gilt, dass die Fahrtüchtigkeit bei akutem Rausch reduziert ist. Dies liegt begründet in der Wirkung von Cannabis auf die Reaktionsfähigkeit, das Gedächtnis, die Verarbeitung visueller Informationen, die Abschätzung von Entfernungen und Zeit, die Feinmotorik und die Bewegungskoordination. Allerdings zeigen Studien, dass relevante psychomotorische Cannabiswirkungen, drei bis vier Stunden nach dem Konsum, nicht mehr nachweisbar sind. Der Konsum jedoch lässt sich länger nachweisen. Hier kann festgehalten werden, dass weder die Nullgrenze von THC (bezüglich des Fahrens) noch die Nachweisgrenze von THC Leistungsminderungen erfassen, wie im Ausmaß bei Alkohol (auf die 0,5 Promille Grenze Blutalkohol bezogen) zur Ahndung gefordert wird⁴².

Exzessiver Langzeitkonsum kann die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Integration komplexer Informationen). (vgl.: Grotenhermer, 2002:XVIIff) Diese Beeinträchtigungen sind sehr gering. D.h., „*Gewohnheitsmäßige Cannabiskonsumenten im nicht akut berauschten Zustand weisen nach den bisher durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen kein erhöhtes Unfallrisiko auf.*“ (Grotenhermer, 2002:XIX)

Wer also Cannabis täglich oder gewohnheitsmäßig gebraucht, ist nicht zum Führen eines Kraftfahrzeugs geeignet. Ausnahmen wären hier nur in den Fällen möglich, bei denen die Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass der Konsum und das Fahren getrennt werden sowie keine Leistungsmängel vorliegen. Beim Gelegenheitskonsum besteht dann eine Eignung, wenn auch hier der Konsum und das Fahren getrennt werden kann, wenn kein zusätzlicher Gebrauch von psychoaktiven Substanzen besteht und wenn keine Persönlichkeitsstörung oder Kontrollverlust vorliegt. Sollte es in diesem Zusammenhang zur Aberkennung der Fahreignung kommen, kann diese nur durch den vorherigen Nachweis über Cannabiskonsumfreiheit wiedererlangt werden. Nach den Begutachtungsleitlinien zur

⁴² Leistungseinschränkungen die bei einem Blutalkoholwert von 0,5 Promille erfasst werden, können weder bei der Null- noch bei der Nachweisgrenze von THC bestimmt werden. Der reine Nachweis von THC im Blut verweist somit nicht auf aktuelle Leistungseinschränkungen.

Kraftfahrereignung gibt es keine konkrete Begründung warum gewohnheitsmäßige CannabiskonsumentInnen nicht fahrgeeignet sind. Hier wird nur eine allgemeine Abhängigkeit von illegalisierten Substanzen nach DSM 4 als Begründung angegeben. (vgl.: Grotenhermer et al., 2002:147) Die meisten CannabiskonsumentInnen sind aber genau dies nicht: *„Die meisten gewohnheitsmäßigen Cannabiskonsumenten sind nicht als abhängige oder missbräuliche Konsumenten einzuordnen.“* (ebd.)

Führerscheinverlust

Wenn der Konsum bzw. Besitz von Cannabis der Führerscheinstelle bekannt wird, droht generell jedem/r CannabisgebraucherIn der Führerscheinentzug. Schon geringste Verdachtsmomente sind ausreichend für die Führerscheinstelle, umfassende Nachforschung anzusetzen, die stark in die Grundrechte der jeweiligen Person einschneiden können. Gegen diese Maßnahmen sind keine Rechtsmittel zulässig. Bei dem Fahreignungsprüfungsverfahren (ärztliches Gutachten und MPU) ist der Verlust des Führerscheins bei Cannabiskonsum, aufgrund der strengen Kriterien für GewohnheitskonsumentInnen ohne weitere Prüfung sehr wahrscheinlich. Bei GelegenheitskonsumentInnen wird in der MPU festgestellt, ob Betroffene Konsum und Fahren trennen können, ob Konsum anderer psychoaktiver Substanzen oder ob eine Störung der Persönlichkeit vorliegt. Anders als bei Alkohol, bei dem erst Missbrauch zum Entzug der Fahrerlaubnis führt, reicht bei Cannabis diese Feststellung. Wenn dann der Führerschein wiedererlangt werden will, muss bei Cannabis Abstinenz, bei Alkohol dagegen nur die Änderung des Trinkverhaltens nachgewiesen werden. Diese Ungleichbehandlung ist nicht nachzuvollziehen. (vgl.: Grotenhermer, 2002:XVIIff)

Nachweiszeiten und Grenzwerte von THC

Der erlaubte Grenzwert von THC im Blut beim Führen eines Fahrzeugs liegt bei null. Jedoch ist THC je nach Konsumintensität mehrere Tage im Blut nachweisbar, obwohl die akute Wirkung nur zwei bis drei Stunden anhält. Bei regelmäßigem Konsum kann Cannabis bis zu drei Wochen im Blut nachweisbar sein. Im Urin ist Cannabis bei einmaligem Konsum sieben bis zehn Tage nachweisbar, bei häufigem Konsum bis zu acht Wochen. (vgl.: Drug Scouts, 2007d/Grotenhermer, 2002:XX)

Polizeikontrolle

Üblicherweise kommt es zur Überprüfung der Kraftfahrzeugeignung durch eine Personen- oder Verkehrskontrolle der Polizei. Eine Kontrolle auf psychoaktive Substanzen darf von der Polizei nicht ohne weiteres vorgenommen werden. Hierfür müssen Verdachtsmomente benannt werden. *„Ohne konkreten Verdacht ist eine drogenbezogene Auto- oder Personenkontrolle widerrechtlich (dies gilt nicht für Autokontrollen durch den Zoll/BGS im Grenzbereich). Verdachtsmomente können z.B. sein:*

- auffälliger Geruch nach Cannabis o.ä.
- alte, dreckige, verbeulte Autos und/oder laute Musik, diverse Aufkleber (Hanfblatt)
- auffällige Fahrweise (Schlängellinien, zu schnelles oder langsames Fahren)
- auffälliges Verhalten (Lallen, unangemessene Gesprächigkeit, Nervosität)
- Konsumzubehör (Papers, Pfeifen, Bongs, Fliesen, Röhrchen, Tütchen etc.)
- verengte oder erweiterte Pupillen
- *ausgedrückte Joints im Aschenbecher“* (Drug Scouts, 2007c)

Verhalten während der Polizeikontrolle und Folgen des polizeilichen Verdachts

Bei Kontrollen durch die Polizei sind generell nur Angaben zu Person Pflichtaussagen (Name, Wohnort, Geburtsdatum, Familienstand, Staatszugehörigkeit). Zur Sache müssen keinerlei Angaben gemacht werden, wovon auch abzuraten ist, da diese grundsätzlich gegen Betroffene verwendet werden können und diese sich dadurch selbst belasten könnten. Während der Kontrolle sollte man freundlich aber bestimmt auftreten. Auf Small Talk sollte man sich nicht einlassen, auch dieser kann gegen einen verwendet werden. D.h., man sollte schweigen, hören, sehen und sich alles merken! Soll etwas durchsucht werden, besteht das Recht dies zu verweigern, unabhängig davon, ob ein Verdachtsmoment genannt wurde oder nicht. Wichtig für spätere Protokolle ist, sich unter Umständen anzuführende Beweise oder bei inadäquatem Verhalten der BeamtInnen für eine eventuelle Dienstaufsichtsbeschwerde die Dienstnummer, den Namen der Beamtin/des Beamten oder wenn nötig das Nummernschild des Dienstfahrzeugs zu merken und zu notieren. Wenn es möglich ist, sollte immer ein Zeuge/eine Zeugin hinzugezogen werden. (Drug Scouts, 2007c)

Was passiert, wenn ein Verdacht auf Konsum von Cannabis festgestellt und von den BeamtInnen angegeben wurde? Vorerst wird der/die Betroffene aufgefordert, einen Schweißtest (Wischtest, Drugwipe) zu machen, um diesen Verdacht zu erhärten oder zu

entkräften. Dieser kann verweigert werden, worauf die Polizei eine Blutuntersuchung auf der Wache anordnen kann. Bei einem positiven Wischtest würde dieser aber sowieso durchgeführt werden. Deshalb ist zu empfehlen, auch den Drugwipe-Test zu verweigern. Den Bluttest der darauf folgt, kann man widersprechen, muss der Anordnung aber Folge leisten. Allerdings muss der Bluttest von einem Arzt durchgeführt werden. Sollte der Test positiv ausfallen, kommt es zur Anforderung eines ärztlichen Gutachtens, wenn das Ergebnis zur Fahrerlaubnisbehörde zugestellt wird. D.h., es folgen unregelmäßige Blut-, Urin- oder Haartests um Gelegenheits- oder Gewohnheitskonsum zu bestimmen. Sollte daraufhin Gewohnheitskonsumnachgewiesen werden oder sich zeigen, dass der/die FahrerIn den Konsum und das Fahren nicht trennen kann, andere psychoaktive Substanzen konsumiert oder Störungen der Persönlichkeit aufweist, ist eine MPU wahrscheinlich nicht abzuwenden. Hier kommt es zum sofortigen Führerscheinentzug. Sollte nur der Besitz von Cannabis festgestellt werden, kann ein ärztliches Gutachten folgen, das die Konsumfrequenz bestimmt. Wenn aus diesen Situationen ernsthafte Probleme mit dem Führerschein entstehen, ist ein Anwalt oder eine Anwältin als Rechtsbeistand zu empfehlen. (Drug Scouts, 2007c)

6.8 Fazit – CannabiskonsumentInnen als Zielgruppe

Hier soll die Zielgruppe dargestellt werden, mit der wir uns innerhalb dieser Arbeit auseinandersetzen wollen. Diese setzt sich aus Jugendlichen zusammen, die im Rahmen ihrer Entwicklung ins Erwachsenenalter Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen gemacht haben und diese weiter konsumieren. Jugendliche im Sinne des § 7 Absatz 1, Nr. 1, 2, 3 und 4 SGB VIII (Jugendrecht, 2004:19), die die Substanz Cannabis bevorzugen und bei denen diese Substanz eine dominante Rolle im Alltag und der Lebensgestaltung einnimmt, sollen Hauptadressaten der zu konzipierenden Angebote sein. Mischkonsum mit Substanzen wie Nikotin, Koffein, Amphetaminen oder anderen psychoaktiven Substanzen sind nicht auszuschließen, sondern eher voranzusetzen.

Dabei sind die in dieser Arbeit zusammengetragenen Fakten beachtlich, da sie auf den professionellen und adäquaten Umgang mit, sowie die Eigenheiten der Zielgruppe verweisen. Gemeint ist hiermit, dass die meisten CannabiskonsumentInnen keine ihre Existenz bedrohenden Probleme haben, wodurch sie sich nicht generell als hilfebedürftig einschätzen (vgl.: 6.1, 6.3), Cannabiskonsum mit variablen Konsummustern einhergeht (vgl.: 6.3), durch Selbstkontrolle gestaltet werden kann (siehe 6.5), Cannabis-User meist sozial integriert sind

(siehe 2.2, 6.1, 6.2), durch adäquaten Cannabiskonsum keine physischen Schädigungen auftreten (vgl.: 1.2, 6.3, 6.5), dass aber das Risiko (hauptsächlich bei psychisch dispositionierten Personen) psychischer Erkrankungen sowie einer psychischen Bindung an die Substanz besteht (vgl.: 6.4).

Hier ist zu erwähnen, dass die User von Cannabis, an risikoarmen und gesundheitsbewussten Gebrauch der Substanz stark interessiert sind (vgl.: 6.6). Dies zeigt auf, dass sie maximalen Genuss unter minimalem Risiko erreichen wollen.

Weiter sind Cannabis-User durch den Illegalitätsstatus der Substanz von staatlicher Repression betroffen und haben sich oftmals den strafrechtlichen Konsequenzen zu stellen, was von ihnen in Kauf genommen wird, betrachtet man die aktuellen Prävalenzzahlen der BRD (vgl.: 2.2). Dies hat für User insbesondere hinsichtlich der Fahrerlaubnis immense Bedeutung (vgl.: 6.7). Es bleibt festzuhalten, dass CannabiskonsumInnen in hohem Maße in Internetforen, durch Headshops und Dealer etc. selbstorganisiert sind und so Wissen über die Substanz, den Umgang damit und die Risiken in die Szene weitertragen. Leider ist die Qualität der Informationen weitgehend nicht gesichert. Daneben gibt es auch eine breite Lobby von Cannabis-SympathisantInnen und BefürworterInnen in Vereinen und Organisationen (DHV, IACM), die sich für verschiedene Arten der Verwendung von Cannabis aussprechen und den gesellschaftlichen Diskurs vorantreiben.

7 Drogenhilfe aktuell

7.1 Prävention unter Teilhabe von Jugendlichen

Alle Formen der derzeitigen Drogenhilfe sind abgesehen von Therapien etc. auf Prävention ausgelegt. Da diese auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet und unterschiedliche Formen, Ziele und Zielgruppen hat, wollen wir uns im Folgenden mit dem Begriff „Prävention“ beschäftigen und dessen unterschiedliche Bedeutungen und Ebenen bezogen auf psychoaktive Substanzen darstellen. Suchtprävention findet auf drei Ebenen statt:

1. Als **Primärprävention** werden alle Präventionsmaßnahmen zusammengefasst, die für eine Zielgruppe gedacht sind, die bisher noch keinerlei Kontakt mit psychoaktiven Substanzen hatte. Diese versucht Probleme mit Substanzen nicht entstehen zu lassen.
2. Die **Sekundärprävention** bezeichnet alle Präventionsmaßnahmen, die an die Zielgruppe derer gerichtet ist, die bereits Kontakt mit Substanzen hatten, aber noch keine Abhängigkeitseffekte entwickelt haben. Zielstellung ist, jene Menschen langfristig davor zu schützen, missbrauchendes oder abhängiges Verhalten zu entwickeln bzw. mögliche negative gesundheitliche, soziale oder psychische Effekte des Substanzkonsums, zu vermeiden.
3. Die **Tertiärprävention** hingegen ist an die Zielgruppe der KonsumentInnen gerichtet, die bereits abhängige, langanhaltende und/oder gefährliche Konsummuster entwickelt haben. Ziel ist hier, mögliche Verelendung zu vermeiden, die Lebensqualität zu steigern und gefährliche Konsumformen und –muster zu verändern. (vgl.: Milazzo, 2007:1)

Alle drei Formen der Suchtprävention haben substanzspezifische und -unspezifische, kommunikative sowie strukturelle Aspekte. Zu den kommunikativen Aspekten zählen massenkommunikative und personale Aspekte wie Aufklärung, Gruppenarbeit und Förderung von Kommunikationsfähigkeiten. Strukturelle Aspekte sind gekennzeichnet durch präventive Einwirkungen auf das soziale Umfeld und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie Gesetze, schulweite Drogenaufklärung, Einrichtung von Initiativen und Anlaufstellen für KonsumentInnen, Bekämpfung von Jugendarbeitslosigkeit und Verbesserung der Lebenssituationen unterprivilegierter Jugendlicher. (vgl. Barth, Bengel, 1998:21)

Diese Klassifikation in Primär-, Sekundär und Tertiärprävention wurde vom US Institute of Medicine⁴³ 1994 aktualisiert und gilt als überholt. Dem schließen sich die Autoren dieser Arbeit an. Trotz der weiteren Verwendung im deutschen Sprachraum, gilt international die Einteilung in „universelle, selektive und indizierte Prävention/Intervention“ (vgl.: Hallman et al., 2007:3f). Folgende Interventionen sind präventiver Art.

- **„Universelle Intervention“** definiert Maßnahmen an die Allgemeinbevölkerung bzw. an Teile davon. Dadurch sollen künftige Probleme vermieden werden. (bspw. Schulprogramme zur Förderung von Lebenskompetenz, massenmediale Kampagnen etc.)
- **„Selektive Intervention“** ist an Gruppen gerichtet, denen spezifische Risikomerkmale hinsichtlich problematischen Verhaltens im Umgang mit psychoaktiven Substanzen (bspw. riskante Konsummuster) immanent sind. Zielstellung ist, kompulsives Konsumverhalten mithilfe der Stärkung individueller Fähigkeiten und Kompetenzen (Selbstwertgefühl, Risikomanagement, Problemlösungskompetenz) und der Unterstützung im adäquaten Umgang mit möglichen Risikofaktoren zu mindern.
- **„Indizierte Intervention“** versucht Menschen mit manifesten Risikoverhalten zu erreichen. Diese zeichnen sich oft durch ein erhöhtes Risiko einer Bindung an psychoaktive Substanzen aus, wobei den Betroffenen aber keine diagnostischen Abhängigkeitsmerkmale immanent sind (bspw. exzessiver Konsum einer Substanz ausschließlich am Wochenende). (vgl.: Hallman et al., 2007:3f/ Milazzo, 2007:1)

Eine zentrale Frage für die Bewertung substanzspezifischer Prävention/Intervention stellt für uns die folgende dar: Wie nehmen Jugendliche existierende Angebote substanzspezifischer psychosozialer Arbeit wahr? Welche Notwendigkeiten für existierende und entstehende Angebote sind daraus abzuleiten?

Bettina Schmidt und Antje Broekman haben in einem Artikel (Schmidt/Broekman, 2001) mit dem Titel „Unterstützungsleistungen für drogenkonsumierende Jugendliche: Mitmachen und gewinnen?“, der 2001 in der Zeitschrift „Neue Praxis“ erschienen ist, sehr gut die fatale Situation von Jugendlichen im Drogenhilfesystem aufgrund fehlender Partizipationsmöglichkeiten beschrieben. Einige ihrer Ideen, wie zum Beispiel die

⁴³ Diese Klassifikation wurde 1994 von P. J. Mrazek und R. J. Haggerty entwickelt. Sie beschreiben diese in dem Buch „Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.“

grundlegende Notwendigkeit jugendlicher Partizipation und deren Gründe, halten wir für gut und richtig im Umgang mit drogenkonsumierenden Jugendlichen. Andere ihrer Gedanken scheinen konservativerer Art zu sein und begünstigen eine eigentlich von ihnen im Eingang ihrer Ausführungen beklagte, starke Stigmatisierung (nicht nur) jugendlicher SubstanzkonsumentInnen, was im Folgenden noch dargestellt wird.

Es gibt viele Argumente, die herangezogen werden können, um zu begründen, warum an Jugendliche gerichtete soziale Projekte mehr aktive Gestaltung und Beteiligung der Jugendlichen selbst benötigen. Rechtlich gesehen gibt es von der UN-Kinderrechtskonvention über das Grundgesetz (GG) der BRD bis hin zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) viele gesetzlich verbrieftete Beteiligungsoptionen und -pflichten, nach denen jugendliche Teilhabe, bei der Planung und Durchführung von Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen, Bedingung oder gar Pflicht ist. Gesellschafts- und versorgungspolitische Gründe für mehr jugendliche Beteiligung reichen von gesetzlich verbrieften demokratischen Mitbestimmungsrechten für Jugendliche, die sich aus dem GG ableiten lassen, bis hin zu einem politischen Bildungsauftrag, *„der neben der Sicherstellung von politikrelevanten Informationen, auch die Vermittlung von Politik-, Demokratie- und Partizipationsfähigkeit sowie die Befähigung zu Solidarität und Gemeinsinn gewährleisten soll“* (Schmidt, Broekman, 2001:514). Darüber hinaus gibt es in der heutigen Zeit der immer pluralistischer werdenden Lebensentwurfsmöglichkeiten keine standardisierten Biografien, weshalb sehr unterschiedliche Lebensentwürfe eines „glückliches Leben“ existieren.

Dieser gesellschaftliche, lebensweltbezogene Pluralismus macht jugendliche Teilhabe und Gestaltung bei jugendspezifischen Angeboten zwingend notwendig, da es keine allgemein gültigen Orientierungsmöglichkeiten für gute und schlechte Lebensentwürfe mehr gibt. Auch im Sinne einer kundenorientierten Qualitätssicherung sowie aufgrund unzureichender Beteiligung der AdressatInnen ist die aktive Mitgestaltung durch junge Menschen quasi als „KundInnen“ der Unterstützungsangebote von Wichtigkeit und Vorteil. Gerade bei Angeboten für drogenkonsumierende Jugendliche ist möglicher Beteiligungswillen und dadurch der Erfolg dieser Projekte bisher stark eingeschränkt. *„Nicht- oder Unterinanspruchnahme, unangemessenes Nutzungsverhalten in Form von Non-Compliance⁴⁴ und/oder Abbruch, unzureichende Wirksamkeit sowie mangelhafte Zufriedenheit [...]“*

⁴⁴ Substantiv, zusammengesetzt aus den englischen Begriffen „Non-“, das „nicht“ bedeutet und „compliance“ welches auf „Befolgung, Mitarbeit“ verweist und hier die Nichtbefolgung von Verhaltensregeln und die Unwilligkeit zur Mitarbeit bezeichnet.

(Schmidt, Broekman, 2001:515), kennzeichnen die Situation drogenspezifischer Jugendangebote.

All diese Gründe zusammen zeigen einen enormen Bedarf von Jugendlichen an faktischen Partizipationsmöglichkeiten bei der Gestaltung ihrer Lebenswelt auf. Aufgrund der bisher mangelnden Umsetzung dieser Möglichkeiten im Sektor der jugendspezifischen Drogenhilfe, sind diese für einen Erfolg derselben unabdingbar. *„Programmatisch wird dies auch nirgends bestritten, jedoch sind die faktischen Partizipationschancen nach wie vor gering. Zukünftig darf darum die Frage nicht länger lauten, ob, sondern nur noch, wie Kinder und Jugendliche an der Gestaltung von Versorgung beteiligt werden können.“* (Schmidt, Broekman, 2001:515)

Qualität der Umsetzung jugendlicher Partizipation im Drogenhilfebereich

Durch die Auseinandersetzung um jugendliche Teilhabemöglichkeiten, die vor allem durch die Neuerungen des KJHG Stärkungen und Ausweitungen erfahren haben, gibt es in der Praxis so mancher öffentlicher sowie freier Jugendeinrichtungen bereits einige Partizipationsmöglichkeiten. Diese zeichnen sich hauptsächlich in selbst organisierter, partnerschaftlicher Aushandlung und Teilhabe an Projekten des Peer-Supports aus. Vom Verbraucherschutz in der Partyszene (bspw. HIV-Aufklärung oder Drogenaufklärung) bis hin zu mittelbaren Beteiligungsformen in Kommunen (bspw. durch Kinderbeauftragte, Jugendanwälte oder Jugendparlamente im Stadtrat) reicht die Landschaft bereits vorhandener Partizipationsangebote für Jugendliche. Jedoch beschränken sich diese bisher meist noch auf Wissensvermittlung und Einstellungsbildung, ohne die Jugendlichen an direkten Planungs- und Umsetzungsprozessen zu beteiligen.

Bezogen auf den Bereich der Drogenhilfe, gibt es bisher nur wenige Ansätze für jugendliche Partizipation. Wo sie bereits bestehen, wird auch über jugendspezifische Themen geredet, jedoch ohne die Kommunikation mit und durch Jugendliche selbst stattfinden zu lassen. Jugendliche fühlen sich hier *„[...] nicht nur unzureichend beteiligt, sondern zusätzlich sogar abgeschoben, ausgegrenzt und ausgesondert.“* (Schmidt, Broekman, 2001:516). Die wenigen, meist internationalen Veröffentlichungen zum Thema, wie Jugendliche das bereits vorhandene Angebot an drogenspezifischer Gesundheitsförderung wahrnehmen, zeigen zwei Hauptprobleme in der Grundversorgung mit derartigen Angeboten auf:

- Jugendliche sehen keinen oder kaum Bedarf für drogenspezifische Unterstützung (außer im Bereich der Drogenaufklärung), da sie ihren Konsum meist nicht als problematisch wahrnehmen, und da diese Angebote meist nicht ihren Interessen

entsprechen.

- Jugendliche finden die bestehenden Angebote oft als unangemessen, da sie diese häufig eher als Bestrafung für unangemessenes Verhalten wahrnehmen und nicht als hilfreich.

Begründet liegt dies, bezogen auf die vorhandenen Einrichtungen und Angebote in

- der Häufigkeit eines Zwangs zur Kontaktaufnahme mit dem Angebot,
- als zu starr wahrgenommenen Rollenzuschreibungen, unpassenden und oft stigmatisierenden Etikettierungen,
- der Seltenheit von zielgruppenspezifischen Angeboten für konsumierende Jugendliche, und
- unangepassten Öffnungszeiten, ungemütlichen Einrichtungen und bürokratischen Strukturen.

Nach Befragungen unter Jugendlichen zur Optimierung dieser Angebote, weisen diese auf Notwendigkeiten bezüglich einer Wahlfreiheit und Partizipations- und Mitbestimmungsmöglichkeiten hin. Dabei wollen sie Einfluss sowohl auf den Verlauf des Leistungsprozesses wie auch auf die Auswahl der Leistungen und auf den Beschluss der Notwendigkeit einer Teilnahme an den Angeboten haben. Flexibleres Zeitmanagement bei Einzelunterstützungen ist für sie ebenso notwendig wie dass ihnen die Leistung, an der sie teilnehmen, als wirksam und hilfreich erscheint. Es sollten im Verlauf der Maßnahme für sie Effekte und Veränderungen spürbar werden sowohl auf substanzspezifischer als auch substanzunspezifischer Ebene (z.B. durch neue Entspannungsmöglichkeiten, Bewältigung/Verbesserung familiärer Konfliktsituationen, Stärkungen des eigenen Selbstbewusstseins).

Als besonders wichtig erachten die befragten Jugendlichen auch die die Eignung der TherapeutInnen, also die Qualität der Beziehungen zwischen ihnen und den TherapeutInnen. Sie haben dabei klare Vorstellungen von Persönlichkeitsmerkmalen, die ein geeignete/r TherapeutIn mit sich bringen muss. Unter anderem sollte diese/r: „[...] *verständnisvoll, mitfühlend, kompetent und kreativ, vertrauenswürdig und vertraulich, sympathisch, warmherzig und engagiert sowie weder anmaßend noch bewertend*“ (Schmidt, Broekman, 2001:517) sein.

In ihren weiteren Ausführungen beziehen sich Schmidt und Broekman jedoch auf eine Studie des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbunds Public Health mit dem Titel „VERSO – Versorgungsbedarf bei früher Suchtgefährdung: Sekundärprävention im kommunalen Raum“. Diese Studie zu Beratungs- und Bedarfsanalysen substanzspezifischer Sekundärprävention konzentriert sich auf die von Jugendlichen selbst wahrgenommenen Notwendigkeiten an Veränderungen im kommunalen Drogenhilfesystem. Sie beinhaltet gute Anhaltspunkte für eine Neubewertung der Wirksamkeit dieses Systems, bedient sich zu Zwecken der Bedarfsermittlung jedoch teilweise an sehr stigmatisierenden und ausgrenzenden Einordnungen der Jugendlichen in Gefährdungsklassen.

So wird hier von „suchtgefährdeten“ und „drogengefährdeten“ Jugendlichen gesprochen, wobei mit letzterem Begriff Jugendliche gemeint sind, die gefährdet sind, Substanzen zu konsumieren. Einmal abgesehen davon, dass Jugendliche allgemein „gefährdet“ sein müssten, zu Substanzen zu greifen, da ein großer Teil unserer Gesellschaft ihnen einen Konsum legaler Substanzen (vor allem im Falle von Alkohol und Nikotin) zu gesellschaftlich akzeptierten Rekreationszwecken vorlebt, ist diese Klassifikation unzureichend und kaum aussagekräftig. Auch gesellschaftlich erweisen sie sich als inkorrekt:

Die sich daraus ergebenden Klassifizierungen sind unvollständig durchdacht, verallgemeinernd sowie teilweise einseitig und stigmatisierend auf untere Gesellschaftsschichten bezogen. Als Indikatoren für eine „Drogengefährdung“ werden neben bestehenden Konsumerfahrungen, diverse familiäre, umweltspezifische, schulische und persönliche Erfahrungen angeführt. Diese Indikatoren würden vielen Jugendlichen, die bisher keinen Kontakt zu Substanzen hatten oder bisher sogar keinen Gedanken an die Möglichkeit eines Substanzkonsums verschwendet haben, eine „Drogengefährdung“ zuschreiben. Aus diesen Indikatoren wird im Abschluss ein additiver Index erstellt, der den Grad einer „Drogengefährdung“ anzeigen soll. Danach sind die Meinungen von Jugendlichen zum Hilfesystem, geordnet nach ihrer „Sucht-,“ oder „Drogengefährdung“ aufgeschlüsselt, um entsprechende Aussagen treffen zu können. Da wir aus den dargestellten Gründen diese Klassifikation ablehnen, beziehen wir uns im folgenden Teil nur auf die Meinung aller Jugendlichen bezüglich der einzelnen Punkte.

Als risikoreich wird nach dieser Studie der eigene Konsum, unabhängig von der Substanz, von den wenigsten Jugendlichen beschrieben. Des Weiteren sind die meisten Jugendlichen der Überzeugung, über genügend Kenntnisse für einen kontrollierten Umgang mit ihrer

Substanz zu verfügen. Da die meisten ihren Drogengebrauch selbst nicht als riskantes Verhalten sehen, scheinen somit substanzunspezifische Angebote bzw. Angebote, die vordergründig substanzunspezifisch sind, eher dem Bedarf der Jugendlichen zu entsprechen. Weiterhin ist der Bekanntheitsgrad von drogenspezifischen Angeboten besonders für die nicht aufsuchenden Angebote wichtig, um den Gesamtbedarf in der Drogenhilfe zu ermitteln. Hier war der Hälfte aller befragten Jugendlichen kein Angebot bekannt, das sie bei potentiellen Substanzproblemen aufsuchen könnten. Somit scheint der Bekanntheitsgrad substanzspezifischer Angebote unter Jugendlichen in der Regel relativ gering zu sein. Außerdem muss angenommen werden, dass die meisten Heranwachsenden, denen ein oder mehrere Angebote bekannt waren, diese maximal vom Namen her kennen, ihnen aber der Ort der Einrichtung und/oder die Art der Angebote unbekannt sind. Hier ist eine bessere, speziell auf Jugendliche ausgerichtete Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen von Nöten.

Für die Bewertung der Inanspruchnahme der bestehenden Angebote ist zunächst wichtig, dass Jugendliche unter dem Begriff „Hilfe“ selten „professionelle Hilfe“ verstehen. Vielmehr verbinden sie mit diesem Begriff „Alltagshilfe“, die sie bei konsumspezifischen wie auch konsumunspezifischen Problemen erhalten möchten. Tief gehende Gespräche mit sowie Tipps und Ratschläge von ihnen nahestehenden Personen gehören für sie genauso dazu wie Geldleihen oder die Hilfe in Drogennotfällen. Wenn Jugendliche gefragt werden, ob sie schon einmal jemanden wegen ihres Substanzkonsums oder einem sich daraus ergebenden Problem um Hilfe oder Rat gebeten haben, geben über 70% von ihnen an, dass sie bisher in solchen Fällen niemanden um Hilfe gebeten haben. Ein geringer Teil gibt FreundInnen und/oder Familie an, nur ein minimaler Teil griff auf professionelle Hilfe zurück. Hierbei wendeten sich die meisten an SozialarbeiterInnen, einige an Drogenberatungsstellen und die wenigsten an Ärzte(Innen), PsychologInnen, LehrerInnen oder Familienberatungsstellen. Fast alle von ihnen haben jedoch vorher Hilfe im Freundes- und/oder Familienkreis gesucht. Somit führt der Weg zu professionellen Hilfeinstitutionen fast immer über Peer-Group, Familie oder andere Bezugspersonen. Diese Personengruppen müssen somit in die Präventionsarbeit stärker eingebunden werden, um Jugendliche besser zu erreichen.

Die meisten der befragten Jugendlichen waren mit der in Anspruch genommenen Hilfe eines professionellen Angebotes zufrieden. Die, die unzufrieden waren, gaben als Gründe dafür meist an, *„dass sie sich nicht verstanden fühlten, dass ihnen nicht richtig zugehört wurde und dass die Unterstützungsangebote nicht konkret genug waren“* (Schmidt, Broekman,

2001:520). Zufriedenheit mit der Angebotsstruktur herrschte vor allem dann, wenn mit ihnen *„sinnvolle Aufklärung über die Gefahren des Drogenkonsums betrieben [...], auch drogenunspezifische Problemlagen berücksichtigt [...] und wenn neue Perspektiven in verschiedenen Lebensbereichen erarbeitet“* (Schmidt, Broekman, 2001:520) wurden.

Durch die Frage nach den eigenen Vorstellungen der Jugendlichen von hilfreichen Angeboten, stellte sich heraus, dass der Großteil der Jugendlichen Beratung im Rahmen eines Jugendcafés sowie ein Drogentelefon wünschenswert findet. Speziell im drogenthematischen Bereich ausgebildete SozialarbeiterInnen innerhalb der Jugendeinrichtung werden von ihnen genauso nützlich angesehen wie mobile, aufsuchende, substanzspezifische Sozialarbeit und im drogenspezifischen Bereich bewanderte Ärzte, Ärztinnen und VertrauenslehrerInnen. Daraus ist ableitbar, dass bei den Jugendlichen anonym zu nutzende Angebote besonders gut ankommen.

Die bisher oft fehlende Möglichkeit bei der Inanspruchnahme der bestehenden Angebote, anonym zu bleiben, ist für die Jugendlichen auch der Hauptgrund für deren Nichtinanspruchnahme. Es stellte sich heraus, dass die meisten Jugendlichen auch bei Unkenntnis der eigentlichen Angebotsstruktur davon ausgehen, dass die dort von ihnen gemachten Angaben über drogenspezifische Probleme von SozialarbeiterInnen nicht vertraulich behandelt werden (können). Die Angst, dass Familie, Freundeskreis, MitschülerInnen oder andere Personen aus dem eigenen sozialen Umfeld von geäußerten Substanzerfahrungen und -problemen erfahren könnten, ist somit der Haupthinderungsgrund für die Inanspruchnahme der bestehenden Angebote. Des Weiteren gehen viele Jugendliche im vornherein davon aus, dass ihnen in den Einrichtungen und Angeboten nicht wirklich geholfen werden kann, da sie vermuten, dass sie von den BeraterInnen nicht verstanden und mit ihnen hauptsächlich schlechte Erfahrungen machen werden. Eine Schlussfolgerung ist, dass die Sicht Jugendlicher mehr als bisher Berücksichtigung finden muss, wenn sinnvolle und wirksame Sekundärprävention (bzw. selektive und indizierte Intervention) betrieben werden soll. Die Schlüsse, die für Strukturen von substanzspezifischen Angeboten gezogen werden müssen, betreffen die folgenden Bereiche:

Partizipative Beteiligung: *„Eine langfristig stabile und institutionalisierte Beteiligung von Jugendlichen bei der Gestaltung von Versorgung ist nicht nur aus Qualitätsgesichtspunkten zentral, sondern auch um Inanspruchnahme zu sichern, denn Jugendliche nehmen Leistungen nur dann freiwillig in Anspruch und arbeiten konstruktiv mit, wenn sie entscheiden und*

mitgestalten können, wie Unterstützung aussehen soll.“ (Schmidt, Broekman, 2001:521)

Diese Partizipationsmöglichkeiten müssen bei allen für sie relevanten Entscheidungen gegeben sein, dies muss von Planung und Entwicklung bis hin zu Implementation und Umsetzung der Maßnahmen reichen. Dabei sind die Beteiligungsmöglichkeiten ständig zu optimieren und diesbezüglich fachliche Standards zu entwickeln und einzuhalten.

Angebotsoptimierung: *„Die eindeutige Hinwendung zu jugendtypischen Fragestellungen und Problemlagen, wobei die mehr und mehr ausdifferenzierenden Lebenslagen von Jugendlichen sich in diversifizierten Angeboten niederschlagen müssen, ist zentrale Voraussetzung für die Anpassung der Versorgung an aktuelle Gegebenheiten.“ (Schmidt, Broekman, 2001:521)* Von der Bedarfsermittlung und Planung von Angeboten bis zur Ausgestaltung derselben sollte unbedingt immer Niedrigschwelligkeit gewährleistet sein. Dies kann durch umfangreiche und an jugendliche Tagesstruktur angepasste Öffnungszeiten, unbürokratische Zugangsmöglichkeiten und transparente Entscheidungsfindung sehr gut bewirkt werden. Vertraulichkeit und Anonymität im Angebot sowie die Zielaushandlung als gemeinschaftlicher Prozess und die Integration von Freiräumen und Perspektiven für unkonventionelle Lebensentwürfe sind elementar, um die Inanspruchnahme von Angeboten zu erhöhen.

Öffentlichkeitsarbeit: *„Nach wie vor herrschen in der Bevölkerung diffuse und unspezifische Leistungserwartungen gegenüber jugendspezifischen Hilfeeinrichtungen, die durch eine öffentlichkeitswirksame Profilierung der jugend- und drogenspezifischen Leistungspotentiale zu differenzieren sind.“ (Schmidt, Broekman, 2001:521f)* Um jungen Menschen und den für sie relevanten Bezugspersonen zu vermitteln, dass Jugendhilfe- und Drogenhilfeeinrichtungen nicht nur für eine Bevölkerungsminderheit mit komplizierten, umfassenden Problemlagen da sind, sondern zur Unterstützung für alle Jugendlichen und Familien bei alltäglichen, lebensweltnahen Schwierigkeiten, müssen Einrichtungen für ihre bereitgestellten Leistungen und deren Art und Weise mehr Aufklärungsarbeit leisten und aussagekräftige Werbung machen.

7.2 Empowerment und die Philosophie der Menschenstärken

In diesem Punkt soll die professionelle Haltung im Empowerment ausgeleuchtet und für gesundheitsfördernde pädagogische Strategien untersucht werden. Dabei werden verschiedene Schwierigkeiten dargestellt die im Umgang mit dieser Haltung auftreten können.

Anschließend wollen wir darstellen, wie Gesundheitsförderung und Empowerment zusammen umzusetzen ist und was das für den Umgang mit der Zielgruppe bedeutet.

Die Schwierigkeit von Definitionsversuchen

Empowerment bedeutet, direkt aus dem Englischen übersetzt, „Bemächtigung“ und ist ein Begriff, der viele, teilweise unterschiedliche, gesellschaftliche und/oder individualistische Vorgänge bezeichnet. Es ist schwierig eine klare Definition für ihn zu finden, da er in seiner normativen Form den unterschiedlichen Überzeugungen, Haltungen und moralischen Vorstellungen Platz bietet. Die Fähigkeiten, Einstellungen und Problemlösungsstrategien, die am Ende des Empowerments stehen, sind immer streitbaren, ideologischen Überzeugungen entwachsen und unterworfen und somit auch stark gesellschaftlichen und politischen Veränderungen ausgesetzt. *„Ein allgemein akzeptierter Begriff von Empowerment, der sowohl den wissenschaftlichen Diskurs als auch die psychosoziale Praxis verbindlich anleiten könnte, existiert nicht.“* (Herriger, 1997:11)

Es folgen vier unterschiedliche Definitionen, die Herriger (1997:12–15) aufgestellt hat, um eine vorläufige, aber unvollständige Ordnung in die unübersichtlichen Definitionen von Empowerment zu bringen. Auf politischer Ebene meint dieser Begriff *„einen konflikthaften Prozeß der Umverteilung von politischer Macht“* (Herriger, 1997:12), in welchem sich Menschen, die einer Macht (relativ) unterlegen sind, mehr *„Macht, Verfügungskraft und Entscheidungsvermögen aneignen“* (ebd.). Auf lebensweltlicher Ebene betrachtet, bezeichnet Empowerment die Ausprägung der menschlichen Fähigkeit *„Unüberschaubarkeiten, Komplikationen und Belastungen“* des persönlichen *„Alltags in eigener Kraft zu bewältigen, eine eigenbestimmte Lebensregie zu führen und ein nach eigenen Maßstäben gelingendes Lebensmanagement zu realisieren.“* (Herriger, 1997:13) In einem reflexiven Sinne wiederum bezeichnet Empowerment die individuelle Selbstbemächtigung, also *„einen selbstinitiierten und eigengesteuerten Prozeß der (Wieder-) Herstellung von Lebenssouveränität“* (Herriger, 1997:14). Dieser kann auf politisch-gestalterischer Ebene genauso stattfinden wie auf der Ebene der Alltagsbeziehungen. Die transitive Definition von Empowerment bezeichnet *„eine psychosoziale Praxis, deren Handlungsziel es ist, Menschen vielfältige Vorräte an Ressourcen*

für ein gelingendes Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen [...] um Lebensstärke und Kompetenz zur Selbstgestaltung“ (Herriger, 1997:15) der eigenen Lebenswelt gewinnen zu können.

Diese Definitionen haben viele Überschneidungen und fließende Übergänge. Um sie besser voneinander trennen zu können, hat er sie weiterführend in zwei Traditionslinien geteilt, die eine bessere Begriffssortierung zulassen. So stellt Herriger *„Empowerment [einerseits] als kollektiven Prozeß der Selbst-Aneignung von Macht und Gestaltungskraft“* (Herriger, 1997:16), wobei hier eine politische Selbstbemächtigung im Sinne der Bürgerrechts- und/oder Selbsthilfebewegung gemeint ist, und andererseits *„Empowerment als professionelles Konzept der Unterstützung von Selbstbestimmung“* (Herriger, 1997:17/vgl. auch: Stark, 1996:117f), welches sich auf neue professionelle Denk- und Handlungsmöglichkeiten in der psychosozialen Praxis bezieht, dar. (vgl. Herriger, 1997:11 ff). Hierzu verweist Stark (1996:188) auf Folgendes: *„Die Perspektive ‚Empowerment‘ bietet keine abgeschlossene Theorie [...] psychosozialen Handelns. Diese Orientierung ist daher eher ein Wegweiser in eine Landschaft, in der man vor Überraschungen nicht sicher ist. Denn mit dem Anstoßen von Empowermentprozessen verlässt man die (durch)geplante Welt und muß in der professionellen Arbeit den Mut aufbringen, soziale Prozesse nicht zu kontrollieren, sondern sie zuzulassen und zu beginnen.“*

Erlernte Hilflosigkeit

„Im Laufe der Ausbildung in Psychologie bekommt der Student sehr viele verschiedene Techniken und Arten des Aufwischens beigebracht; man lernt, die Art der Überschwemmung zu diagnostizieren, und zu kontrollieren, ob das Wasser, nachdem man es mit dem Schwamm, Lappen oder Schaufel beseitigt hat, in ausreichendem Masse zurückgegangen ist, so daß man keine nassen Füße mehr bekommt. Seltsamerweise beschäftigt sich die klinische Psychologie [...] [nicht] ausführlich mit dem Problem, wie die Ursache der Überschwemmung, der laufende Wasserhahn, zu beseitigen ist.“ (Stark, 1996:11)

Die Idee des Empowerments basiert auf der Feststellung, dass Hilflosigkeiten, denen Menschen unterliegen, oft erlernt sind, diese Menschen also geprägt haben und so oft nur sehr schwer oder nicht von allein überwunden werden können. (vgl.: Stark, 1996:113f)

Die erlernte Hilflosigkeit wird in zwei Typen unterschieden: persönliche und universelle Hilflosigkeit.

Er spricht dabei von persönlicher Hilflosigkeit, wenn geglaubt wird, dass bestimmte Arten von Lebensereignissen nur von allen anderen Personen kontrolliert werden können, von einem selbst jedoch nicht. Persönliche Hilflosigkeit resultiert aus internaler Attribution⁴⁵, bei der die betreffende Person nach Erklärungen für diese Lebensereignisse sucht, die ausschließlich in der eigenen Person begründet sind, wie z.B. „*überdauernde Persönlichkeitsdefizite; mangelnde personale Kompetenzausstattung*“. (Herriger, 1997, 59). Hier kann die Schuldzuweisung an die eigene Person zu starken Selbstachtungs- und Selbstwertschätzungsverlusten führen.

Von universeller Hilflosigkeit sind Personen in Lebenssituationen betroffen, wenn sie meinen, dass weder sie selbst, noch alle anderen Personen Kontrolle über die betreffenden Lebensereignisse hätten, da diese sich außerhalb der menschlichen Einflussosphäre befänden. Die universelle Hilflosigkeit resultiert aus externer Attribution⁴⁶ von Lebensereignissen, bei welcher die Ursachen für bestimmte Erlebnisse als überindividuell wirksam angesehen werden und somit von keiner Person beeinflusst werden können. Hier entfallen somit die für die persönliche Hilflosigkeit typischen Schuld- und Verantwortlichkeitszuschreibungen an die eigene Person.

Wichtig bei der weiteren Wirkung der erlernten Hilflosigkeit ist nun die Tragweite der erlebten Nichtkontrolle über die betreffenden Lebensereignisse und die temporäre Stabilität der Ursachen der erlernten Hilflosigkeit. Wenn die Attributionsdimensionen der Gründe universell sind, wird dies durch eine weit gefasste Erfahrung von Nichtkontrolle begleitet, bei der die Anlässe des Kontrollverlustes der Person als allgegenwärtig erscheinen und somit die Hilflosigkeit als auf viele Lebenskontexte generalisiert empfunden wird. Bei Personen, welche die Ursachen spezifischer definieren, bleibt die Hilflosigkeit auf den einzelnen Lebenskontext beschränkt, während andere Lebenskontexte als nicht beeinträchtigt wahrgenommen werden. Bei der dritten wichtigen Attributionsdimension, der temporären Stabilität und Konstanz der Gründe des Kontrollverlustes, können als stabil erlebte, langlebige und/oder wiederkehrende Ursachen zu einer als chronisch erlebten Hilflosigkeit führen. Wenn die Anlässe eines Kontrollverlustes hingegen als kurzlebig und vorübergehen

⁴⁵ „Attribution“ (engl.) bezeichnet Zuschreibung, „internal“ (engl.) bedeutet intern. Mit „internaler Attribution“ sind innere Bedeutungszuschreibungen für Handlungsursachen und -wirkungen und die sich daraus ergebenden Erlebens- und Verhaltensmuster eines Menschen gemeint.

⁴⁶ „Externe Attribution“ meint äußere Bedeutungszuschreibungen für Handlungsursachen und -wirkungen und die sich daraus ergebenden Erlebens- und Verhaltensmuster eines Menschen.

erlebt werden, so führt dies nur zu einer transitorischen⁴⁷ Belastung, die im weiteren Leben oft ohne verletzende Spuren wieder verloren geht. (vgl.: Herriger, 1997:59ff)

Die Gesamtbewertung und somit -empfindung dieser Lebenssituation, die aus der Summe dieser drei Attributionsdimensionen entsteht, nennt Seligmann „Erklärungsstil“. Dieser ist Resultat der eigenen Lebensgeschichte der Person und das Produkt der ihr eigenen Erlebens- und Bearbeitungsgewohnheiten von Lebensereignissen. Veranschaulichen kann man dies gut an den beiden Extremen eines möglichen Erklärungsstils.

Ein **stark optimistischer Erklärungsstil** wirkt hierbei mehr als immunisierender Schutz vor einem Verlust von Selbstwertgefühl, da die Ursachen für die belastenden Lebensereignisse in anderen Personen, Situationen und Strukturen gesehen werden. Personen, die einen optimistischen Erklärungsstil pflegen, sehen einzelne Hilflosigkeitserfahrungen auch als einmalige, situationsspezifische, klar definierbare Ereignisse und sehen keine relevante Übertragbarkeit auf andere Lebenssituationen.

Ein **stark pessimistischer Erklärungsstil** ist der direkte Auslöser für eine generalisierte Hilflosigkeit, da die Person die Nichtkontrolle mehr und mehr auf ihre gesamte Lebensgeschichte bezogen versteht. Sie sieht eine schon immer bestehende Unfähigkeit ihrerseits, die in Bezug auf kommende, ähnliche Lebensereignisse ein Wiederversagen geradezu voraussetzt. (ebd.)

Das Menschenbild-Dilemma der klassischen psychosozialen Arbeit

Wie im professionellen Kontext sozialer Arbeit auf Personen, die eine erlernte Hilflosigkeit einschränkt, eingegangen wird, hängt immer mit dem Gesamtkontext zusammen, in welchem sich diese soziale Arbeit bewegt. Institutionalisiert und professionell anerkannt helfende Sozialarbeit, bedarf immer Übersetzungs- und Einordnungsstrukturen für die individuell geäußerten Erfahrungen von Hilflosigkeit der Betroffenen, da die Interventionsverfahren in ihrem Bereich auf Routinen basieren und ihnen bestimmten Problemlösungsdefinitionen zugeordnet sind. So werden die Ursachen der Hilflosigkeit der Betroffenen kategorisiert, in *„institutionell und professionell anerkannte(n) Problemschubladen untergebracht und auf die Formate ‚gängiger Standardprobleme‘ zugeschnitten“* (Herriger, 1997:66).

Damit diese bearbeitbar sind, werden daraus innerhalb der sozialarbeiterischen Einrichtung, Zielgruppen der eigenen sozialen Arbeit festgelegt, auf die wiederum die konkreten Angebote der einzelnen Einrichtung zugeschnitten sind, was nach vordefinierten, sich jeweils auf Bedürfnisstrukturen beziehenden Betroffenenengruppen vorgenommen wird. Dies birgt die

⁴⁷ Meint vorübergehend, nur kurz andauernd.

Gefahr, dass einzelne KlientInnen in falsche oder mangelhaft passende Kategorien eingeordnet werden und ihnen dann sozialarbeiterische Angebote zuteil werden, die nicht oder weniger zuträglich für eine individuelle Lösung ihres Problems sind. Da SozialarbeiterInnen nie frei sind von ihren eigenen Einstellungen zu ihrer und anderen Lebenswelten sowie den eigenen Bewertungsstrukturen und -gewohnheiten, ist die Gefahr gegeben, die Probleme Betroffener falsch zu interpretieren. Dabei kann es zur Auswahl der falschen Angebote, Methoden, Ziele usw. kommen. Nur durch das einzelnen (institutionell agierenden) SozialarbeiterInnen eigene Verständnis von sozialer Arbeit, seinem/ihrem berufsbezogenen, alltagstheoretischen Wissen und Denken, ist es ihnen möglich, die ständig wechselnden Situationen im beruflichen Alltag zu meistern und ihr eigenes problemlösendes Handeln zu organisieren. *„Sie tragen den Charakter unbezweifelter Gewissheit und konstituieren einen Horizont selbstverständlicher Hintergrunderwartungen, in denen typisierte Vorstellungsbilder im Hinblick auf durchschnittliche Erscheinungsweisen und Verursachungen von Hilflosigkeit, geeignete Interventionsformen und prognostizierbare Resozialisierungschancen u.a.m. eingetragen sind.“* (Herriger, 1997:66)

Somit besteht die Gefahr, dass die einzelnen, selbst oder institutionell festgelegten, Kliententypen für viele Betroffene falsch gewählt sind. Die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen, mit denen versucht wurde, inhaltliches und strukturelles Alltagswissen von Menschen aus sozialen Berufen zu vermessen, zeigen, dass die Vorstellungsmuster der meisten sozialen PraktikerInnen bezogen auf die NutzerInnen ihrer Angebote durch Vorstellungen von defizitären, schon lange und/oder in frühester Kindheit tief beschädigten Lebensstrukturen geprägt sind.

Der defizitäre Blickwinkel, der demgemäß im gesamten Bereich der sozialen Arbeit angewandt wird, wirkt oft insgesamt und allgemein weiter, auch wenn die Wichtigkeit des Konzeptes von ressourcenorientierter Arbeit erkannt wurde und selbst gewählte Absicht der eigenen Sozialarbeit sein soll. Dies beruht auf der Tatsache, dass in der Sozialarbeit wie in vielen anderen helfenden Berufen, Theorie und Praxis auf der Grundannahme beruhen, dass KlientInnen zu KlientInnen, PatientInnen zu PatientInnen usw. werden, da sie Defizite, Probleme und/oder Krankheiten mit sich tragen, die sie innerhalb ihrer Lebenswelt schwächen und einschränken. Heutzutage werden differenziertere Begrifflichkeiten im sozialen Bereich herangezogen als bspw. noch vor 50 oder 100 Jahren, als soziale Arbeit hauptsächlich bedeutete, sich mit den Problemen der Armen und Schwachen zu beschäftigen, die sich

tatsächlich nicht mehr aus eigener Kraft aus ihren bedrückenden Lebenslagen befreien konnten. Die Formulierungen und Begrifflichkeiten, die das Denken über die Betroffenen betreffen, basieren jedoch immer noch auf negativ angelegten Konstruktionen, die sich so auch auf die Zukunft des/der Einzelnen legen. Dementsprechend wird den Kategorisierungen der Klienten oft eine pathologische und/oder sozialtheoretische Bedeutung zugeordnet (z.B. Unterschichtsherkunft, ungesündere Ernährung, zerrüttete Elternhäuser, einhergehende Perspektivlosigkeit etc.). Diese gibt es heute in den klar abgegrenzten Definitionsmöglichkeiten, wie die Gesellschaftsstruktur es früher zuließ, größtenteils nicht mehr. Z.B. da sich die früher klar abzugrenzenden Gesellschaftsschichten heutzutage viel mehr überschneiden und auch mehr Kontakte unter den einzelnen Sozialschichten bestehen. (vgl. Herriger, 1997:65ff)

Eine Philosophie der Menschenstärken im Umgang mit erlernter Hilflosigkeit

Empowerment ist in erster Linie eine Idee, die alle im psychosozialen Bereich tätigen Menschen anregen soll, einen persönlichen Perspektivwechsel zu wagen. Weg vom Defizitblickwinkel auf die Lebenswelt der Betroffenen, hin zu einem Fokus auf die Ressourcen und Stärken dieser Personen – auf diese Weise soll eine neue Grundeinstellung zu den Betroffenen und ihrer gesamten Lebenswelt entstehen (vgl.: Stark, 1996:116). *“Für Soziale Arbeit besteht der zentrale Aspekt der Empowermentperspektive darin, [...] Bedingungen und eine Arbeitshaltung zu entwickeln, die es ermöglicht, soziale Kräfte bei anderen zu wecken oder sie zu entdecken”* (Kneupp/Stark, 1993:40). Diese Perspektive soll ein positiveres und optimistisches Menschenbild als Ziel haben und *„die Wahrnehmung der Lebenswirklichkeit des Adressaten und die Entwürfe einer sensiblen alltagsorientierten Unterstützungspraxis durch die Soziale Arbeit“* (Herriger, 1997:73) anleiten. *„Mit seiner Betonung von Selbstorganisation und autonomer Lebensführung formuliert dieses Menschenbild eine radikale Absage an Metaphern der Schwäche, des Defizits und des Nicht-Gelingens. Der Konsument sozialer Dienstleistungen wird hier nicht mehr (allein) im Fadenkreuz seiner Lebensunfähigkeiten und Hilflosigkeiten wahrgenommen. Im Zentrum stehen vielmehr seine (wenngleich oftmals verschütteten) Stärken und Fähigkeiten, auch in Lebensetappen der Hilflosigkeit und der Demoralisierung eine produktive Lebensregie zu führen und gestaltend die Umstände und Situationen des eigenen Alltags zu modellieren.“* (Herriger, 1997:73)

Die Akzeptanz der gesamten Lebenswelt Betroffener schafft hier zusammen mit der positiven Anerkennung von Erfahrungen eine gute Basis zum Austausch von Wissen zwischen zwei Menschen. Sie weicht die durch den Defizitblick aufgestellte Barriere zwischen „problembeladenen“, „hilflosen“ KlientInnen und psychosozial tätigen Professionellen als „Experten oder Expertin, der/die die Lösung weiß“, auf. Dadurch wird die Gesprächsführung ungezwungener und für beide Seiten unvorbelasteter, da kein angenommenes Wissens- oder Machtmonopol auf Seiten der „Profis“ mehr auf den Betroffenen wirkt sowie der persönliche Problemlösungsdruck der „Profis“ nachlässt, der ihn bisher so defizitorientiert auf die Lebenswelt Betroffener hat blicken lassen. Auch in Situationen, die mit Abhängigkeit, Resignation und/oder Ohnmacht einhergehen, wird so getragen vom Glauben an die Fähigkeit Betroffener aus eigenen Ressourcen mehr Autonomie, Selbstverwirklichung und Lebenssouveränität gewinnen zu können, eine bessere Basis für Veränderung und Neuorientierung geschaffen.

Dazu stellt Herriger fünf nützliche Grundannahmen auf, deren Übernahme und Anwendung die Philosophie der Menschenstärken in das Menschenbild eines jeden im psychosozialen Bereich tätigen Menschen integrieren kann:

- *„Das Vertrauen in die Fähigkeit jedes einzelnen zu Selbstgestaltung und gelingendem Lebensmanagement“* (Herriger, 1997:75)
- *„Die Akzeptanz von Eigen-Sinn und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen der Klienten psychosozialer Arbeitsweise“* (Herriger, 1997:76)
- *„Das Respektieren des ‚eigenen Wegs‘ und der ‚eigenen Zeit‘ des Klienten und der Verzicht auf strukturierte Hilfepläne und eng gefaßte Zeithorizonte“* (Herriger, 1997:78)
- *„Der Verzicht auf entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerten Lebenszukünften“* (Herriger, 1997:79)
- *„Die Orientierung an der Lebenszukunft des Klienten“* (Herriger, 1997:80)

Hierfür sind für psychosozial Tätige ständige innere Reflexion der eigenen Wert- und Moralvorstellungen genauso nötig wie intensive Unterstützung durch Feedback aus der Supervision mit KollegInnen, damit die den „Profis“ immanenten Überzeugungen der Beziehung zum Klienten nicht im Weg stehen. (vgl. Herriger, 1997:73ff/Stark, 1996:24ff)

Kritik an der Philosophie der Menschenstärken

Es kommt oft Kritik an dem Konzept der Philosophie der Menschenstärken auf. Es würde Leidens- und reale Ohnmachtserfahrungen der Betroffenen ausblenden und den gesamten Lebenskontext einseitig positiv umdeuten und dabei die tatsächlichen Kräfte von AdressatInnen sozialer Unterstützung überzeichnen. Dadurch würde der Blick der PraktikerInnen bezogen auf die sensible Wahrnehmung der sozialen Problemlagen und subjektiven Leidenserfahrungen der Betroffenen eingetrübt oder gar blind. Es hindere den Menschen an adäquaten, authentischen Äußerungsmöglichkeiten für ihre tatsächlichen Erfahrungen von Angst, Trauer und Leiden und somit an der biografischen Aufarbeitung ihres Lebens. Gerade in Situationen, in denen es Betroffenen nur schwer oder nicht möglich ist Stärke zu wahren und sich auf positivere Denkweisen einzulassen, ließe diese Philosophie alleine und überfordere mit der Konzentration auf Ressourcen und Möglichkeiten, da diese vor allem in anderen Lebensbereichen liegen als jene, in denen Defizite liegen. An diesen Defiziten orientieren sich Betroffene und sie werden aus ihnen heraus thematisiert. Die betreffende Person würde so nicht genügend ernst genommen, sondern mit der eigentlichen Reflexion der Lebensgeschichte allein gelassen, ist hier der Schluss dieser Kritik. (vgl. Herriger, 1997:82ff)

Die Sichtweise dieser Beurteilung, ist jedoch nur im Extremfall nachvollziehbar – dort, wo *„die Perspektive der Menschenstärken mit dem Scheuklappenblick eines geradezu missionarischen Eifers vorgetragen wird“* (Herriger, 1997:82). Dies ist aber auch nicht die Intention dieses Ansatzes, der eine Kategorisierung von Lebensmöglichkeiten für den Betroffenen zum Ziel hat. Es wird auch die Vergangenheit und somit die gesamte Lebensgeschichte des Betroffenen thematisiert, da es nicht nur neue Bewältigungsstrategien und Lernprozesse anzustoßen gilt. Es gilt auch ältere, bisher schon erfolgreich angewendete und erlernte Bewältigungs-, Lern- und Erfahrungskonzepte Betroffener wahrzunehmen, wiederzuentdecken und anzuwenden. Die Überzeugung, dass diese vorhanden sind und aus bereits bewältigten Lebensproblemlagen abgeleitet werden können, gewinnt die Philosophie der Menschenstärken aus der reinen Tatsache des Überlebens der betroffenen Personen. Das eigene Überleben und „Krisenüberstehen“ vom/von der Betroffenen bewusst wahrgenommen und als solches erlebt kann zusätzlich oft dynamische Prozesse der Selbststärkung und -bemächtigung in Gang bringen. Eine Art „Überlebensstolz“ wird hier oft bei stark traumatisierten Personen beobachtet, welcher zwar anfangs unter Scham-, Schuld-, und Entfremdungsgefühlen begraben sein kann, aber dennoch als gute Kraftressource

vorhanden ist. Keine Seite der Lebenserfahrung soll hier vernachlässigt, keine hervorgehoben werden. Die letztendliche Bewertung der Lebenserfahrungen und -strategien, durch Betroffene selbst, sowie die logische menschliche Schlussfolgerung, dass er/sie im weiteren Lebensverlauf besser zu den Erfolg versprechenden Lebensstrategien greifen wird, ist der Punkt, an dem auf diesem Menschenbild aufgebaute soziale Arbeit anschließt und Erfolg hat. Daher ist Reflexion, die sich nach diesem Konzept zusammensetzt, erfolgreich und vielversprechend.

Ein weiterer, oft angeführter Kritikpunkt an der Philosophie der Menschenstärken ist der, sie trüge eine Ideologie von Egozentrismus und Abgrenzung von anderen Menschen in sich. Diese bewirkt, dass ein Betroffener (sowie eine Betroffene) durch eine mehr und mehr eigenbezogene Lebenseinstellung im weiteren Leben *„jenseits aller strukturellen Belastungen und zerspringenden Lebensgefüge unbeirrt seinen eigenen Weg geht [...], das Gehäuse sozialer Verpflichtungen endgültig hinter sich gelassen hat und in einem Lebensstil zielgerichtet-utilitaristischer Selbstdurchsetzung nur noch den Eigennutz kennt“* (Herriger, 1997:84). Eben dies hat das Modell der Menschenstärken aber nicht als Ziel. Es wird im Gegensatz dazu viel Wert auf Selbstaktualisierung, Entdeckung eigenen Vermögens und das Wiedererlangen von Kontrollkompetenz gelegt und diese auch praktiziert. Alle aufgewendeten persönlichen Kräfte sind stets auch auf externe Bewertung und Bestätigung angewiesen, da sie nur in Austausch und Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt zustande kommen und in soziale Netze eingebunden sind. Somit steht nicht der „Ego-Mensch“ im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern es wird ausdrücklich die sozialen Bezogenheit des einzelnen Menschen betont und somit auf den Wert einer hoffnungsvoll produktiven Kraft und Ressource verwiesen: die Solidarität. (vgl. Herriger, 1997:82ff)

Empowerment und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung allgemein hat die Absicht, individuelle und strukturelle *„Voraussetzungen für die Entfaltung und den Erhalt der Gesundheit durch Aktivierung der Betroffenen zu verbessern und damit einen Weg zu gesundheitlicher Chancengleichheit für alle Bevölkerungsgruppen zu eröffnen.“* (Pflaumer, 2000:65) Sie stellt somit genau wie das Konzept des Empowerments einen Ansatz bzw. eine Überzeugung dar, eine weitere Philosophie der Hilfe zur Lebensbewältigung bezogen auf die eigene und die Gesundheit anderer Menschen. Sie setzt sich auf der Grundlage der Ottawa-Charta der WHO (WHO, 1986) zusammen aus salutogenetischen Herangehensweisen, die sich auf die menschlichen

Ressourcen zur Wiedererlangung und/oder Erhaltung von Gesundheit konzentrieren; und systemisch-ökosozialen Herangehensweisen, die sich auf die Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt beziehen. Letztere haben zum Ziel „*Grundlegende Bedingungen [...] von Gesundheit*“ zu schaffen, die gekennzeichnet sind durch „*Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem, [...] soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit [...]. Aktives, gesundheitsförderliches Handeln erfordert:*

- *Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik*
- *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen*
- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen*
- *Persönliche Kompetenzen entwickeln*
- *Die Gesundheit neu orientieren“ (Pflaumer, 2000:65)*

Weitere Bestandteile der Gesundheitsförderung sind Elemente des Empowerments wie z.B. Selbstbestimmung, Teilhabe und Aktivierung bezogen auf Gesundheit und ein multisektorales, interdisziplinäres Vorgehen in Bezug auf alle Lebensbereiche der Menschen. Es bestehen also viele Gemeinsamkeiten zwischen Gesundheitsförderung und Empowerment, besonders bezüglich der Ressourcenorientierung, der systemischen Sichtweise, den Zielsetzungen auf individueller und struktureller Ebene, der professionellen Grundhaltung und der Verwirklichung von Selbstbestimmung und Partizipation. (vgl.: Pflaumer, 2000:65f)

Bei einem weit gefassten Gesundheitsbegriff wie den, auf den wir uns beziehen, welcher soziale Aspekte von Gesundheit mit einbezieht, scheinen die Überzeugungen von Gesundheitsförderung und Empowerment ein und dieselben zu sein. Empowerment in allen Lebensbereichen ist psychische, physische und soziale Gesundheitsförderung. Und die umfassende Förderung von Gesundheit, die auch soziale Gesundheitsförderung bedeutet, ist lebensweltliches Empowerment. Der eigentliche Unterschied liegt darin begründet, dass Gesundheitsförderung gegenüber Empowerment bereits durch die Ottawa-Charta in institutionalisierter Weise in der Gesellschaft angekommen ist oder – abhängig von der regionalen Umsetzung dieser Richtlinien – angekommen sein sollte. Dies liegt vermutlich in der zwar insgesamt politischen, aber weniger ideologisch eingefärbten Begrifflichkeit der Gesundheitsförderung begründet. Empowerment klingt immer auch revolutionär bzw. nach einer „Erhebung der Massen“. Gegen die Förderung von Gesundheit ist jedoch auch bei unterschiedlichen ideologischen Überzeugungen allgemein weniger einzuwenden.

Für die Arbeit mit Cannabis konsumierenden Jugendlichen ist Empowerment jedoch genauso wichtig wie für die Arbeit mit Jugendlichen allgemein. Es ist ein gutes Mittel, um Jugendlichen Ressourcen aufzuzeigen und mitzugeben, damit sie ihre jugendlichen Entwicklungsaufgaben individuell und mit Eigeninitiative vollziehen können. Vom Lernen über ihre eigenen Stärken und Schwächen bis hin zu Fähigkeiten im Beobachten eventuell eigener erlernter Hilfsigkeiten, birgt die Philosophie der Menschenstärken einiges Potential. Tatsächliches Empowerment von Jugendlichen in einem Angebot für Cannabis konsumierende Jugendliche kann nur mit intensiven Beteiligungs- und Mitplanungsmöglichkeiten für die Jugendlichen am Angebot selbst und an dessen Durchführung gelingen. Warum dies so ist, soll im folgenden Abschnitt dargelegt werden.

7.3 Strukturen der cannabisspezifischen Drogenhilfe

Voraussetzungen für ein Projekt mit gutem Zugang zu jungen CannabiskonsumentInnen

Da sich das Drogenhilfesystem vorwiegend auf OpiatkonsumentInnen und deren Behandlung und Betreuung spezialisiert hat und Konzepte verstärkt auf diese Bedarfsgruppe zugeschnitten wurden, ist auf die Eigenheiten des Cannabiskonsums zu verweisen, um Cannabis-User, die Probleme mit dem Konsum entwickelt haben, angemessen wahrnehmen und unterstützen zu können. Opiatkonsum geht oft mit schweren psychischen, körperlichen und sozialen Problemen einher. So ist es nicht verwunderlich, dass manche DrogenberaterInnen die Probleme junger Cannabis-User als nicht so schwerwiegend einschätzen und dass sich junge KifferInnen manchmal nicht wirklich wahr- und ernst genommen fühlen. Wenn CannabisgebraucherInnen aufgrund psychischer Probleme im Hilfesystem ankommen, werden oft sofort psychiatrische Einweisungen und/oder ambulante Behandlungen empfohlen und viel zu oft auch vorgenommen. Dies geschieht meist aufgrund eines Mangels an speziell für diese Zielgruppe zugeschnittenen Angeboten wie bspw. therapeutische Wohngemeinschaften. Solche Einrichtungen verfügen über ein längerfristiges Angebot, das über eine Akutversorgung hinaus geht, und somit besser geeignet ist, diese psychischen Probleme anzugehen.

Leider gibt es nicht viele solcher Projekte, obwohl der Bedarf durchaus zu verzeichnen ist. Auch Ärzte, Ärztinnen oder PsychotherapeutInnen haben sehr häufig mit CannabiskonsumentInnen zu tun. Doch sind diese nicht ausreichend für diese Thematik sensibilisiert. Oft verschweigen PatientInnen ihren Konsum, werden gar nicht erst danach

gefragt oder es werden aufgrund mangelnden Wissens überzogene oder nicht geeignete therapeutische Wege beschritten. So wird bspw. nach längerer Psychotherapie eine Suchttherapie empfohlen, obwohl die Problemlage andere Ursachen aufweist, die aber nicht erkannt werden. (vgl.: Ganter, 2001:1) Ganter beschreibt dies wie folgt: *„Selbstverständlich gibt es in allen Bereichen viele professionelle Helfer, die im Einzelfall kompetent und mit großem Sachverstand in ihrer Einrichtung auf die Probleme von Kiffern eingehen. Dennoch bekommen wir eher den Eindruck vermittelt, dass diese Klienten oft nicht richtig verstanden werden und immer ein bisschen fehl am Platz' sind. Die Spezialisierung und die unterschiedlichen Blickwinkel von Jugendhilfe, Drogenhilfe und Psychiatrie/Psychotherapie erweisen sich besonders für diese Konsumentengruppe eher als Hindernis für eine angemessene Behandlung.“* (ebd.) Was sind also entsprechende Angebote und Leistungen, die diese Problematik berücksichtigen? Dies zu filtern, wird im folgenden Text Aufgabe sein. Dabei wird vorerst eine allgemeine Struktur solcher Angebote vermittelt, um einen Überblick über die Möglichkeiten zu schaffen.

Strukturen

Angebote an diese Zielgruppe können innerhalb verschiedener Strukturen gemacht werden. So sind vorerst die verschiedenen Möglichkeiten eines Angebots zu unterscheiden, da diese, organisatorisch wie infrastrukturell diverse Merkmale aufweisen. Folgt man den verschiedenen strukturellen Ausprägungen, wird man zu nachfolgender Einteilung gelangen:

- **Einzelprojekte**, die innerhalb einer Einrichtung angeboten werden und Teil eines größeren Angebots sind. Sie richten sich direkt an junge CannabiskonsumentInnen und stellen ein spezifisches Angebot an diese Zielgruppe dar. (bspw. die Cannabissprechstunde)
- **Regelangebote** sind Angebote von sozialen Einrichtungen, die sich verstärkt der Zielgruppe junger CannabiskonsumentInnen widmen (Einzelgespräche, Gruppengespräche, Vermittlung).
- **Einrichtungen**, deren Angebot speziell auf junge User von psychoaktiven Substanzen zugeschnitten ist, und bei deren Angeboten CannabiskonsumentInnen einen Schwerpunkt der Arbeit ausmachen.
- **Institutsambulanzen**, deren Angebot sehr spezialisiert auf junge CannabiskonsumentInnen abzielt und die im psychiatrischen bzw. universitätsklinischen Bereich angesiedelt sind.

- **Präventionsstellen** sind Einrichtungen oder Projekte der Prävention und gleichzeitiges Beratungsangebot (i.d.R.) für SchülerInnen und andere gesellschaftliche Gruppen.

Diese Einteilung ist nicht feststehend, da Mischformen möglich sind, die mehrere Angebote in einem Projekt vereinen. So können bspw. spezialisierte Angebote in Einzelprojekte integriert sein. Doch dienen die unterschiedlichen strukturellen Ausprägungen solcher Projekte verschiedenen Zwecken. Einzelprojekte bspw. bilden meist den Beginn einer gezielten Arbeit mit Cannabis-Usern. Dabei können erste Erfahrungen mit der Zielgruppe gesammelt werden und so ein eventueller Hilfebedarf erkannt werden. Dieser kann dann von der Einrichtung zur Entwicklung weiterer Angebote aufgegriffen werden, welche in Regelangeboten, Präventionsprojekten und spezialisierten Institutsambulanzen münden können bzw. welche den Bedarf für weiterführende Angebote wahrnehmen und behandeln.

Angebote und Leistungen

Wie bereits geschildert, ist Cannabiskonsum sehr variabel (vgl.: 6.3). Es gibt weder den/die typische/n KifferIn noch den/die typische/n ProblemkifferIn (vgl.: 6.1). Probleme, die im Umgang mit Cannabis entstehen, können unterschiedliche Ursachen haben (vgl.: 3.2). So benötigt ein Unterstützungsangebot an/für diese Zielgruppe flexible therapeutische Strategien. Dabei gilt es, verschiedene Facetten zu beachten, um ein entstandenes Problem zu diagnostizieren. Für eine angemessene Behandlung sind nach Ganter verschiedene Aspekte bedeutend. Hinsichtlich der Abhängigkeitsentwicklung beim Konsum von Cannabis ist Folgendes beachtlich: Das Abhängigkeitspotential von Cannabis wird von ExpertInnen als gering eingeschätzt (vgl.: 6.4).

Aus diesem Grund wäre eine rein substanzbezogene und neurochemische Sicht auf die Abhängigkeitsentwicklung von Cannabis ungenügend, da Abhängigkeit eine Entwicklung mit vielen Einflussfaktoren ist, die nicht separat voneinander betrachtet werden können. Hier gilt wie bei anderen psychoaktiven Substanzen auch, dass nicht Cannabis eine Abhängigkeit im konsumierenden Subjekt erzeugt, sondern sich das Subjekt verstärkt abhängig von der Substanz macht. Bei dauerhaftem Cannabiskonsum können sich also auch Kriterien für Abhängigkeit wie zwanghafter Konsum oder Kontrollverlust ausbilden. Allerdings unterscheiden sich Cannabis-User, wie bereits dargelegt, hinsichtlich der Dauer und der Intensität des Konsums. Es ist also stets im Einzelfall zu klären, welche Wege zur Lösung der von den Cannabiskonsumenden empfundenen Probleme beschränkt werden müssen. Ist

bspw. die Reduktion des Konsums, kontrollierter Konsum oder Abstinenz ein realistisches Ziel? Nur im Prozess mit dem/der Unterstützungssuchenden sind solche Möglichkeiten zu erfragen, festzulegen und umzusetzen, um eine Verbesserung der empfundenen Problematik zu erreichen.

Damit psychischen Symptomen angemessen begegnet werden kann, sind auch hier einige Aspekte beachtlich. Aufgrund der geringen Toxizität von Cannabis sind körperliche Effekte kaum vorhanden (außer Lungenerkrankungen). Symptome im Zusammenhang mit Cannabiskonsum treten also vor allem im psychischen Bereich auf. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Depressionen, Angstzustände, Beziehungs- und Kontaktstörungen, Leistungsprobleme und psychotische Phasen. (vgl.: Ganter, 2001:2f) *„Hier ist es besonders wichtig, dass der Zusammenhang von Symptomen und Cannabiskonsum nicht im Ursache-Wirkungsprinzip gesehen wird, sondern in einer wechselseitigen Bedingtheit.“* (Ganter, 2001:2) Cannabis wird wie kaum eine andere Substanz zur Regulation bestimmter psychosozialer Empfindungen genutzt. Ob Nähe und Distanz in Beziehungen, Linderung depressiver Stimmung, Reduktion von Ängsten oder Leistungsverbesserung bei Hyperaktivität, Cannabiskonsum kann vielseitige Funktionen erfüllen. Deswegen ist es von großer Bedeutung, vorher zu klären, welche Probleme schon vor dem Konsum vorhanden waren und welche erst durch den Konsum entstanden sind. Es ist davon auszugehen, dass Cannabiskonsum als Selbstmedikation längst praktiziert wird, und dem ist Rechnung zu tragen.

Abschließend muss der Zusammenhang der Persönlichkeitsstruktur bzw. der Ich-Stabilität und der Entwicklung von Problemen im Umgang mit der Substanz beachtet werden. Der Konsum von Cannabis hat für dessen User oft kompensatorische Funktionen, die sowohl stabilisierende wie labilisierende Effekte haben können. So konsumieren Menschen mit auffälliger Ich-Labilität Cannabis immer wieder, um sich durch die beruhigende Wirkung von Emotionen zu distanzieren (bspw. um irrationales Verhalten wie Selbstverletzung oder Wutausbrüche zu verhindern oder einzudämmen) und um Spannungen erträglicher zu machen, die sonst diese Emotionen hätten produzieren können. Für ein Hilfs- und Unterstützungsangebot heißt das, Alternativen zum Umgang mit Emotionen und zur Spannungsreduktion mit AngebotsnutzerInnen zu erarbeiten, neue Wege aufzuzeigen und an der Umsetzung zu arbeiten. Darüber hinaus gilt es dafür zu sensibilisieren, dass mit Selbstmedikation oft ein kontraproduktiver Prozess angestoßen wird. So kann es möglich sein, dass durch Selbstmedikation zwar kurzfristig Erleichterung und Distanz vom momentan

empfundenen Problem eintritt, aber langfristig die empfundene Problemlage verstärkt wird. Da Cannabis mit seiner halluzinogenen Wirkung nicht dafür geeignet ist, Kontrolle über Emotionen und Verhalten zu erlangen, ist ein gegensätzlicher Effekt möglich. Noch viel schwieriger kann dies bei Menschen mit tatsächlichen Psychosen werden. Da diese häufig durch die Psychose und den oft darauf folgenden Psychriaufenthalt den Konsum nicht einstellen wollen, weil die entspannenden Effekte der Wirkung von Cannabis beim Aushalten der folgenden Belastungen helfen. Gemeint sind hier Folgen wie soziale Isolation, Depressionen oder auch die Nebenwirkungen von Neuroleptika. (Ganter, 2001:2f) Diese Behandlungsmöglichkeiten sind für einen Zugang zur Zielgruppe notwendiges Basiswissen, das bei der Konzipierung von Angeboten berücksichtigt werden muss. Im Folgenden wird versucht, dies hinsichtlich zielgruppenspezifischer Angebote zu konkretisieren.

Für einen erfolgreichen Zugang zu jungen Cannabis-Usern sind die vorhandenen Leistungen der Einrichtung von großer Bedeutung. Im Sinne der Einzelberatung haben sich Einzelgespräche als sehr gewinnbringend erwiesen und sind aus der niedrigschwelligen Drogenarbeit nicht wegzudenken. Weiterführend sind spezielle Sprechstunden für CannabiskonsumentInnen zu nennen. Diese sind anders als die Einzelberatung an spezifische Inhalte gebunden. Die Bezeichnung Cannabissprechstunde soll eine positive Wirkung auf die Zielgruppe haben. Dies kann hinsichtlich eines besseren Zugangs zur Zielgruppe nützlich sein. Aufbauend auf den speziellen Angeboten sind Gruppenangebote weitere Leistungen. Hierbei soll die soziale Schiene von Problematiken beachtet und genutzt werden. So werden, innerhalb von Gruppenangeboten die Ressourcen aller TeilnehmerInnen gegenseitig genutzt. Meist handelt es sich bei solchen Angeboten um Trainings- und Gruppenkurse mit einer bestimmten Zielstellung ähnlich einem Workshop. Diese Gruppenangebote zu gliedern, beinhaltet meist mehrere Termine. Da nicht jedem/r ein bestimmtes Angebot hilft, ist die Vermittlung in andere oder weiterführende Hilfen unabdinglich und eine wichtige Funktion der jeweiligen Einrichtung. Dies kann je nach Problemstellung die Vermittlung zu niedrigschwelligen oder spezifischeren Beratungsangeboten, die Vermittlung in spezielle Angebote wie Entzugsbehandlungen oder stationäre Therapien sein. Betreuungen über einen längeren Zeitraum spielen bezüglich der Unterstützung von CannabiskonsumentInnen eine eher nachrangige Rolle. Diese sind mehr im psychotherapeutischen Rahmen anzutreffen. Allerdings bleibt im Sinne eines jugendtypischen Zugangs zur Unterstützung der Zielgruppe, Begleitung und authentische Reflexion der Jugendlichen, wie Eingangs geschildert, unabdinglich.

Große Bedeutung kommt der Vermittlung von Informationen zum Cannabiskonsum als Leistungsangebot zu. Risikoeinschätzungen von Substanzkonsum, rechtliche Fragen, verkehrsrechtliche Besonderheiten u.v.m. sind in der Arbeit mit jungen CannabiskonsumentInnen immens wichtige Werkzeuge, um das Interesse in Jugendlichen für die eigene Situation zu wecken, gesundes, risikoarmes Verhalten zu fördern und Risikobewusstsein in Jugendlichen zu entwickeln. Wie diese Informationen vermittelt werden, kann je nach Art des Angebots und der bezweckten Zugangssituation (z.B. anonymer Zugang durch Internet) verschiedenartig sein. Relevant sind spezielle Informationsveranstaltungen (in Schulklassen, in der Einrichtung, in Jugendclubs), telefonische Beratungen für CannabiskonsumentInnen sowie Informations- und Beratungsangebote im Internet. Ein anderer wichtiger Bestandteil eines guten Zugangs zu Cannabis-Usern sind erlebnispädagogische Angebote, die Alternativen zum Konsum psychoaktiver Substanzen aufzeigen (bspw. Klettern statt Kiffen).

Für die Authentizität eines Projektes, das für junge CannabiskonsumentInnen eintreten möchte, ist aufsuchende Arbeit ein nützliches Instrument. Diese findet üblicherweise an allen möglichen Orten der Jugendszene wie Clubs, Events, Treffpunkte etc. oder Einrichtungen der Jugendhilfe wie Schulen, Krankenhäuser oder in den Familien der Jugendlichen selbst statt. Dadurch kann aufsuchende Sozialarbeit eine gute Möglichkeit des Zugangs sein. Allerdings sind CannabisgebraucherInnen meist nicht so starken existenziellen Problemen ausgesetzt, als dass Streetwork⁴⁸ den Zugang verbessern könnte. Dies zeigt sich auch darin, dass Angebote wie Übernachtungen oder Aufenthalte von CannabiskonsumentInnen nicht in Anspruch genommen werden und in den durch Görden et al. untersuchten Projekten auch gar nicht angeboten werden.

Des Weiteren spielt die Beratung von Angehörigen für die Arbeit mit jungen KonsumentInnen eine wichtige Rolle. Hier kann Hilfe- und Unterstützungsbedarf erkannt, auf Probleme aufmerksam gemacht sowie fehlinterpretierte Konfliktsituationen entschärft werden. Dies kann durch die Wissenserweiterung und die Möglichkeit des offenen Austauschs zu einer Verbesserung des Zugangs durch Eltern, Freunde und Freundinnen und anderen Kontaktpersonen führen. Hier wird deutlich, dass Angehörige eine eigenständige Unterstützungsbedarfsgruppe für solche Projekte darstellen, da sie mit einer ganz eigenen Problemsymptomatik in den Beratungen auffallen. Das manifestiert sich im Übergang der

⁴⁸ Im Sinne aufsuchender Sozialarbeit direkt auf der Straße.

Drogenberatung zur Erziehungsberatung. Darin spiegelt sich auch der Bedarf für präventive Angebote, die sich mit Drogenkonsum und Lebensführung auseinandersetzen. Um auch die fachliche Weiterentwicklung des Projekts und vernetzter Einrichtungen und Institutionen sowie von Cannabis-Usern zu gewährleisten, ist die Ausbildung von MultiplikatorInnen wichtig und notwendig. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Arbeit mit KonsumentInnen von Cannabis (bspw. einer Selbsthilfegruppe), der Beratung von Institutionen (Schule, Jugendhilfe) oder anderer Zielgruppen wie Polizei, Ausbildungsstätten, Führerscheinstellen und Betriebe. (vgl.: Görge, Hartmann, 2006:15ff)

Zugänge zur Zielgruppe

Wie und warum erreichen junge CannabiskonsumentInnen das Hilfe- und Unterstützungssystem? Nachfolgend werden die von Görge et al. (Görge, Hartmann, 2006:51ff) in ihrer Studie herausgefilterten Zugangswege zum Hilfesystem dargestellt. Festzustellen ist, dass vor allem spezialisierte Einrichtungen für KonsumentInnen wie Projekte der Sucht- und Drogenhilfe, Präventionsfachstellen und psychiatrische Institutsambulanzen deutlich mehr junge Cannabis-User erreichen als Einzelprojekte, die im Rahmen eines größeren Angebots Leistungen für CannabisgebraucherInnen anbieten. Es ist also davon auszugehen, dass Projekte, die sich spezifisch mit Cannabiskonsum und damit verbundenen, eventuell auftretenden Problemen auseinandersetzen, einen deutlich besseren Zugang zur Zielgruppe entwickeln können. Interessant ist, dass ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Zugänge und der Art der Einrichtung zu bestehen scheint. So sind 98% der Zugänge von Präventionseinrichtungen der Zielgruppe (CannabiskonsumentInnen bis 27 Jahre) zuzuordnen und darüber hinaus setzen sich diese 98% aus Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 21 Jahre zusammen.

In spezialisierten Projekten, die direkt auf die Zielgruppe zuarbeiten, besteht ein Anteil der bis 21-Jährigen von 84%. Hierin zeigt sich der besonders gute Zugang über Prävention und Risikominimierung speziell zu jungen Menschen, die sich den statistischen Zahlen nach dieser Form der Unterstützung sehr offen zeigen. Nur Institutsambulanzen folgen dem noch mit einem Anteil von 71%, was wahrscheinlich auf die Vermittlung von psychischen Problemfällen in diese Einrichtungen zurückzuführen ist. Zu bemerken ist, dass befragte Projekte angeben, dass junge KonsumentInnen Cannabis schädlich gebrauchen oder eine starke Bindung an die Substanz besteht. Dies wiederum sagt nach Görge et al. (Görge, Hartmann, 2006:14ff) noch nichts über das tatsächliche Konsumverhalten aus, da es sich bei

Teilgruppen um Gelegenheitskonsum handeln kann (abhängig von Projekt und Zugangsart). Das deutet auf ein verstärktes Interesse jugendlicher CannabisgebraucherInnen an selektiven und indizierten Angeboten zur Risikominimierung hin.

Zugangs- und Vermittlungswege

SelbstmelderInnen⁴⁹ und Zugänge durch Vermittlung von Personen im nahen Umfeld stellen einen Anteil von 46% dar, was für ein ausgeprägtes Problembewusstsein unter jungen Menschen bezüglich problematischer Konsummuster spricht. Ein weiterer wichtiger Stellenwert kommt der Repressionspolitik durch die Instanzen der Justiz zu: Durch (überwiegend) Auflagen von Gerichten, Jugendgerichtshilfen oder Bewährungshilfe kommen 26% der jungen CannabiskonsumtInnen im Hilfesystem an. Hier liegt nach Amendt (vgl.: Amendt, 1996:54f) die Interpretation nahe, dass Hauptadressaten für repressive Maßnahmen der Polizei und Justiz User illegalisierter Substanzen sind. Fraglich bleibt, inwieweit Hilfe und Unterstützung durch diese Maßnahmen tatsächlich gewährleistet und abgeleistet werden konnten. Erstaunlich ist, dass der Anteil der Vermittlungen durch Jugendhilfe und Schule sehr gering ausfällt. Auf diese Art erreichen nur 16% die untersuchten Projekte. Ebenso erstaunlich ist der geringe Anteil von Vermittlungen ins Drogenhilfesystem durch ÄrztInnen (2%). Scheinbar spiegelt dies die Unkenntnis bezüglich der Risiken von Cannabiskonsum und der damit verbundenen Indikatoren sowie den schlechten Zugang zur Zielgruppe wider. Gleichzeitig zeigt dieser Fakt, dass bei LehrerInnen, ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der Jugendhilfe ein Weiterbildungsbedarf besteht. Interessanterweise haben Betriebe in den letzten Jahren durch Drogenscreenings die Vermittlung von jungen KonsumentInnen in die besagten Einrichtungen um 4,6% erhöht.

Weitere Vermittlungsinstanzen stellen andere Beratungsstellen, Führerscheinstellen und Arbeitsagenturen mit 3,9% dar. In diesem Kontext ist beachtlich, dass folgende Unterschiede in den verschiedenen Einrichtungstypen vorliegen: ÄrztInnen haben bspw. mit 27% von Vermittlungen an Institusambulanzen einen recht hohen Anteil, verglichen mit ihren allgemeinen Vermittlungen. Dies spricht für die pathologische Sichtweise von medizinischem Personal auf Drogenkonsum, die wahrscheinlich deshalb weniger in Präventionsstellen vermitteln. Denn hier besteht ihrer Meinung nach noch kein akuter Handlungsbedarf im pathologischen Sinne. Des Weiteren vermitteln Schulen zu 40% an Präventionsfachstellen, was auch einer hohen Rate gleichkommt und für die Hinwendung von LehrerInnen und

⁴⁹ Gemeint sind hier Personen die eigenständig eine Einrichtung aufsuchen.

PädagogInnen zur Prävention spricht. Durch Polizei und Justiz gelangen 30% der Vermittlungen in spezialisierte Einrichtungen für junge KonsumentInnen, in Einzelprojekten 28%.

Verschiedene Gründe verursachen erhebliche Zugangsbarrieren zum Hilfesystem. Dies kann aus der NutzerInnen-Perspektive daran liegen, dass es an Motivation oder Vertrauen in das Projekt mangelt. Die Gründe können auch auf der Seite der Professionellen bestehen, was sich bspw. in einer ungenügenden Angebotsstruktur oder in einem Image, das für die Zielgruppe ungeeignet ist, zeigen kann. Hinsichtlich dieser Tatsachen scheint es notwendig zu sein, sich die Funktionen von Auflagen durch Justiz, Schule oder Betriebe in Bezug auf den Zugang näher anzuschauen. In nur 15,2% der Projekte erfolgt eine Inanspruchnahme einer Leistung einzig auf freiwilliger Basis. In den übrigen wurde mit Auflagen gearbeitet, was eine jedoch freiwillige Inanspruchnahme nicht zwingend ausschließt. Die Auflagen in den meisten untersuchten Projekten wurden durch die Justiz ausgesprochen (83,5%).

In der Hälfte der Projekte, die Auflagen nutzen, erfolgten diese durch die Schule mit 52,5% oder durch den Betrieb mit 44,6%. Sonstige Zugänge durch Auflagen sind durch Arbeitsagenturen, Jugendhilfeeinrichtungen/Jugendämter und Führerscheinstellen (Stellen zur Rückgewinnung des Führerscheins) zu verzeichnen. So kommen nach dieser Studie (vgl.: Görge, Hartmann, 2006:21f) 30% der Cannabis-User durch Auflagen von Schule oder Arbeitsbetrieben zur Inanspruchnahme eines Angebots. Der Anteil der Justiz liegt bei einem Drittel aller Projekte bei immerhin 70% von Cannabis-User, die durch eine Auflage ein Angebot in Anspruch nehmen. Fraglich bleibt wie hoch der Einfluss der Eltern auf den Zugang hat. Hier sprechen Görge et al. (ebd.) von hohen Vermittlungszahlen durch elterliche Einflussnahme. So geben über die Hälfte aller Projekte (55,6%) an, dass die Eltern bei 30% der AngebotsnutzerInnen den hauptsächlichen Grund für die Inanspruchnahme darstellen. Bei jedem zehnten Projekt steigt der Anteil auf 70%. (vgl.: Görge, Hartmann, 2006:21f)

Maßnahmen zur Zugangsverbesserung

Um einen verbesserten Zugang zu jungen Cannabis-Usern zu erreichen, sind zielgruppenspezifische Angebote und begleitende Aktivitäten nötig. Den begleitenden Aktivitäten kommt zusätzlich die Aufgabe der Bekanntmachung der Angebote zu. Für einen verbesserten Zugang sind folgende Möglichkeiten zu nennen: spezifische Sprechstunden (bspw. Cannabissprechstunden), Verstärkung der Elternarbeit (Informationsveranstaltungen, Elternabende an Schulen, spezielle Angebote an Eltern innerhalb des Angebotspektrums der

jeweiligen Einrichtung, Flyer für Eltern etc.) oder aufsuchende Arbeit (in Straßen- und Szenetreffpunkten, Jugendhilfeeinrichtungen). Auch das herantreten an Kliniken, Ärzte/innen sowie VeranstalterInnen von Partys, Festivals oder Clubevents sind Möglichkeiten, den Zugang zur Zielgruppe auszubauen. Ein weiterer wichtiger Zugangsweg ist die Kooperation und die Absprache mit Bildungseinrichtungen, sozialen Verwaltungen sowie der Justiz. Hierbei sind die Repressionsorgane besonders hervorzuheben, da durch die Verfolgungspolitik von Cannabis-Usern ein verstärkter Zugang durch diese Organe zu verzeichnen ist. Betriebe, Arbeitsagenturen und Beratungsdienste sind zwar in ihrer Kooperation mit dem Drogenhilfesystem nicht so gut ausgebaut, aber eine weitere Vernetzung und Kooperation kann gewinnbringend sein. Für eine Verbesserung des Zugangs sind Medien absolut notwendig. Gerade neue Medien wie das Internet versprechen neue Zugangswege, die Usern attraktiv erscheinen. Deswegen ist es für ein Projekt wichtig, aktive Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Dazu zählt das Erstellen von Flyern, Plakaten mit Informationen zu Cannabis und Angeboten hinsichtlich dieser Thematik, eine aktive Informationsarbeit in Presse, Radio und Fernsehprogrammen sowie Webseiten mit substanzspezifischen Informationen sowie Information und Kontaktmöglichkeiten über und ins Hilfesystem. (vgl.: Görge, Hartmann, 2006:23f)

Angebote und Jugendalter – Besonderheiten durch Entwicklungsstand und Lebenssituation

In einem Angebot für junge User wird das MitarbeiterInnenteam mit den unterschiedlichen Lebenssituationen der NutzerInnen und den verschiedenen Entwicklungsaufgaben, die durch diese noch zu lösen sind, konfrontiert (vgl.: 4.2). Die Arbeit mit diesen jungen Menschen braucht eine andere Grundhaltung und therapeutische Strategie als mit älteren KonsumentInnen. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen bzw. der Umgang mit diesen (im speziellen hier Cannabis) im Jugendalter erlernt wird, also wie in dieser Arbeit dargelegt, eine Entwicklungsaufgabe darstellt (vgl.: 4.3, 5.3). Kiffen ist ein Teil der entwicklungspezifischen Situation. Doch die Normalität des Cannabiskonsums in der Jugendphase macht es für junge User sehr schwierig zu differenzieren, welche Probleme wodurch verursacht werden und wie sie im Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum stehen.

So sind es oft Angehörige, die junge KonsumentInnen in die Therapie bringen, gerade weil diese sozial unauffällig sind. D.h., sie gehen zwar in die Schule, einer Ausbildung nach oder arbeiten, dennoch zeigen sich Problematiken wie Leistungs- und Motivationsprobleme, die, wenn sie durch Betroffene artikuliert werden, auch gemeinsam mit dem MitarbeiterInnenteam

des Projekts bearbeitet werden müssen. Darüber hinaus kann auch die persönliche Entwicklung durch exzessiven Dauergebrauch stehengeblieben sein. Andere Interessen wurden nicht gesucht, emotionales Erleben durch permanenten Rausch eingeschränkt und das Erleben von Beziehungen konnte eventuell nicht befriedigend ausgelebt werden. So sehen sich manche User entwicklungsbezogen an den Anfang des Substanzmissbrauches zurückversetzt und haben viel nachzuholen. Diese Probleme sind durch die MitarbeiterInnen zu erkennen, aufzufangen und mit Betroffenen gemeinsam zu bewältigen. Um das bewerkstelligen zu können ist der Blick auf die Ressourcen der User wichtig und notwendig. So ist eine systemische Sichtweise und ihre Ressourcenorientierung von elementarer Bedeutung. Gerade bei jungen CannabiskonsumentInnen ergeben sich durch eine systemische Herangehensweise viele Anknüpfungspunkte. Dies sind meist Ressourcen der betreffenden Person, die zur Änderung des alten, unbefriedigenden Verhaltens dienen können. So können als Defizit empfundene oder erscheinende Verhaltensweisen durch einen Perspektivwechsel für die Person zur Gabe werden. Reichhaltige Fantasie, kreatives Denken, Friedfertigkeit, Rebellion usw. haben dabei enorme Potentiale. Das Nutzen dieser Potentiale, verhilft zu Selbstwertgefühl und bekämpft Selbstzweifel, die mit kompulsivem Cannabiskonsum oft einhergehen. (Ganter, 2001:3f)

Entwicklungsbedarfe

Die meisten Angebote an junge User von Cannabis sind erst in den letzten Jahren entstanden. Sie reagierten auf den veränderten Hilfe- und Unterstützungsbedarf, der durch die Eigenartigkeit der möglicherweise entstehenden Probleme im Umgang mit Cannabis auftritt. Folglich handelt es sich um ein neues Tätigkeitsfeld mit veränderten Aufgaben für die Drogenhilfe und angrenzende Versorgungsbereiche. So ist die Betrachtung der von den Projekten angestrebten weiteren Aktivitäten hinsichtlich der Konzeption neuer Angebote und hinsichtlich einer Verbesserung des Zugangs zur Zielgruppe von Interesse: (vgl.: Görjen, Hartmann, 2006:24f) *„Etwa neun von zehn Projekten geben an, dass aus ihrer Sicht weitere Maßnahmen erforderlich sind. Bei den Angaben fällt als erstes auf, dass bis auf ganz wenige Ausnahmen die Projekte keine Notwendigkeit sehen, den Zugang über Polizei, Justiz und Jugendgerichtshilfe weiterzuentwickeln. Im Zentrum steht vielmehr die Intensivierung von Aktivitäten in den Bereichen Schule (33 Nennungen) und Jugendhilfe (28). Dabei wird, neben einer Verbesserung der Information zu den zielgruppenspezifischen Angeboten, in diesen Institutionen vor allem die Verstärkung der Zusammenarbeit mit Blick auf auffällige junge*

CannabiskonsumentInnen mit einem problematischen Konsum betont.“ (Görgen, Hartmann, 2006:24)

Hier ist die Etablierung aufsuchender Aktivitäten in Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe und Kooperationsabsprachen mit verschiedenen Einrichtungen für eine Verbesserung der Zuweisung an spezifische Angebote von besonderem Interesse. Für die Bereiche Arbeit und Führerschein sind deutlich geringere Bestrebungen zu verzeichnen alternative Angebote zu entwickeln oder bestehende aufzugreifen. Allerdings ist auch hier ein steigender Bedarf zu verzeichnen, was mit verbesserten Nachweismöglichkeiten der Polizei und deren vermehrter Anwendung weiter anwachsen wird. Ein Schwerpunkt in den künftig auszubauenden Angeboten liegt in der Öffentlichkeitsarbeit, also der Steigerung des Bekanntheitsgrades des Projekts und des Angebots.

Fokussiert werden dabei, die Optimierung von Flyern, Prospekten sowie der Internetauftritte. Eine direkte Ansprache junger Menschen auf Partys, in Clubs, Diskotheken und auf anderen Events wird zwar nur von wenigen Projekten vorgeschlagen, was wahrscheinlich auf das Angebotsspektrum dieser Projekte und seine Unterschiede zu den übrigen Projekten zurückzuführen ist. Im Rahmen von Safer Use und Safer Clubbing⁵⁰ sind dies vielversprechende Ansätze, die aber eine gewisse Authentizität und Szeneintegration des Projektes notwendig machen, um in einem solchen Rahmen hochwertige Arbeit gewährleisten zu können. Die Einrichtungen machen darüber hinaus selbstständig Angaben, was zur Verbesserung der Angebote nötig sei. Es können dabei drei Schwerpunkte ausgemacht werden: (vgl.: Görgen, Hartmann, 2006:42ff)

- Anbieten einer **regelmäßigen Cannabissprechstunde** und eines speziellen Gruppenangebots. Hier wird das Gruppenangebot als Möglichkeit verstanden, das Beratungsangebot zu vertiefen. Dieser Punkt spricht für den Wunsch, das eigene Angebot zielgruppengerecht zu gestalten.
- Ein **alternatives, ambulantes Behandlungsangebot** schaffen. Dies soll als ambulante Therapie oder Rehabilitation dienlich sein. Dieser Wunsch zeigt mangelhaft gedeckten Behandlungsbedarf durch die aktuelle Drogenhilfe, aber auch der Kinder- und Jugendpsychotherapien sowie -psychiatrien auf, die sich der

⁵⁰ Meint das Nutzen von Wissen, Regeln und Ritualen um eine Veranstaltung, im Sinne der AdressatInnen sowie der VeranstalterInnen selbst, sicher und angenehm zu gestalten. Hier geht es vordergründig um die Schaffung von Infrastruktur (saubere Toiletten, Zugang zu Wasser, Beheizung der Räume etc.), Wissensvermittlung über Risiken auf Parties (psychoaktive Substanzen, Verhütung, Gewalt etc.) sowie Partizipation der KonsumentInnen an der Veranstaltung.

Eigenartigkeit möglicher Cannabisproblematiken noch nicht ausreichend geöffnet haben.

- Die Schaffung weiterer oder mehr **freizeit- und erlebnispädagogischer Angebote**. Sie sind wichtig um Alternativen zum Cannabiskonsum aufzuzeigen, sind der Tagesstrukturierung dienlich und als ergänzendes, aktivierendes und motivierendes Angebot zu verstehen.

Neben diesen Hauptschwerpunkten finden die befragten Projekte, dass die Unterstützung von Selbsthilfe, aufsuchender Arbeit in Schulen und Jugendhilfeeinrichtungen, auszubauende Angebote sind. Weiterhin wird auf die Notwendigkeit verbesserter Entzugsbehandlungen verwiesen.

Erfolgskriterien in der Arbeit mit jungen CannabiskonsumentInnen

Wie misst man den Erfolg der verschiedenen Leistungen? Dies ist, in Abhängigkeit der unterschiedlichen Selbstverständnisse und Zielvorstellungen der verschiedenen Projekte, schwer zu beantworten. Grundsätzlich spricht sich die Mehrheit der Projekte dafür aus, dass bereits das Erreichen der Zielgruppe als Erfolg zu verstehen ist. Konsumbezogen ist vor allem die Stärkung der Risikokompetenz und Konsumreduktion als Erfolg von den Projekten definiert. Andere Projekte favorisieren Abstinenz als Erfolgsbeweis. Auch hier ist ein Zusammenhang mit dem oben formulierten Wunsch der Schaffung neuer Behandlungsangebote zu sehen.

Weiterhin sind für die Projekte die psychische Stabilisation von AngebotsnutzerInnen und die Klärung ihrer psychischen Konflikte Indikator für ein erfolgreiches Angebot. Neben diesen Indikatoren, verstehen die Projekte Beratungen über die soziale Situation der AngebotsnutzerInnen als einen weiteren Indikator. Hier ist besonders die erfolgreiche Bearbeitung von Beziehungskonflikten im nahen sozialen Umfeld anzuführen. Darüber hinaus ist soziale (Re-) Integration (Schule, Ausbildung) von Bedeutung. In diesem Zusammenhang sind personenbezogene Entwicklungen wie kritische Reflexion des eigenen Konsumverhaltens, Stärkung des Selbstwertgefühls und die Vermeidung erneuter Auffälligkeit (z.B. durch delinquentes Verhalten) Erfolgskriterien für die MitarbeiterInnen der Projekte. Abschließend ist hier die Vermittlung in weiterführende Behandlungsangebote und die Beendigung des Angebots bspw. eines Kurses oder einer Beratungsserie ein wichtiger Erfolg für die Projekte. (vgl.: Görgen, Hartmann, 2006:24f)

Nicht problematisch konsumierende Jugendliche müssen in die Arbeit mit einbezogen werden, da sie im Stil von Peer-Education vorteilhaft bei Kontaktaufnahme mit und für den Zugang zu jugendlichen ProblemkonsumentInnen enorm nützlich sein können. Des Weiteren können sie ihre Konsumgewohnheiten weitergeben und mit anderen Jugendlichen reflektieren. Dies hilft problematisch wie unproblematisch konsumierenden Jugendlichen bei der Entwicklung, Weiterentwicklung und beim Verstehen des eigenen Konsumverhaltens.

Fazit für Behandlung von problematischen Konsummustern

Aus den vorangegangenen Beschreibungen lässt sich ableiten, dass CannabiskonsumentInnen mit kompulsivem bis im Leben stark zentralisiertem Konsum, psychotherapeutische, flexible, integrative und akzeptierende Behandlungskonzepte benötigen. Die auf OpiatkonsumentInnen getrimmte Suchtbehandlung und der Therapiekette Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge, geht an dem Bedarf der Cannabis-User vorbei. Da sie weniger unter körperlichen Problemen leiden und sozial meist gut integriert sind, ist eine stationäre Therapie nur selten notwendig und wenn, ist die psychosomatisch orientierte Therapie zuerst zu erproben. Absolut entscheidend ist das Wahrnehmen, Verstehen und Ernstnehmen der durch Cannabis genutzten Funktionen für die eigene Problemlage der User. Nur so ist die von den AngebotsnutzerInnen erwünschte Alternative, gemeinsam zu erarbeiten. Was dann im Einzelfall geändert wird (kontrollierter Konsum, Abstinenz) ist individuell flexibel zu gestalten und beachtet die mitgebrachte Problemstellung.

7.4 Cannabisspezifische Drogenhilfe – Ansätze und Methoden

Wie richtet sich das Drogenhilfesystem an Cannabis-User? Werden diese erreicht und ausreichend unterstützt? Bevor Antworten auf diese Fragen gegeben werden, ist es notwendig, den Blick auf die verschiedenen Konsummuster des Cannabiskonsums zu richten. Nicht jede/r braucht Hilfe vom Hilfesystem. Die User, die Hilfe oder Unterstützung brauchen, benötigen nicht alle die gleiche Art von Angeboten. Woran lassen sich unterschiedliche Bedarfsgruppen festmachen, wie werden diese vom momentanen Hilfesystem erreicht und gibt es Verbesserungsmöglichkeiten? Wie sehen das die jungen Menschen selbst, was für Vorstellungen haben sie von Hilfsangeboten und wie schätzen sie die jetzigen Angebote ein? Das alles sind Fragestellungen die anschließend geklärt werden sollen. Dabei ist wichtig, sich klar zu machen, dass die steigende Anzahl der KonsumentInnen von Cannabis und anderer

psychoaktiver Substanzen unter Jugendlichen nicht der Flucht dieser Menschen vor psychischen oder sozialen Problemen geschuldet ist (vgl.: 6.3).

Vielmehr konsumieren gerade junge Menschen psychoaktive Substanzen, weil sie damit positive Erfahrungen verbinden. So verweisen die im Eingang dieser Arbeit beschriebenen deutschlandweiten und europäischen Studien zur Prävalenz des Cannabiskonsums auf ein kaum vorhandenes Unrechtsbewusstsein, was den Konsum illegalisierter Substanzen betrifft. Dies ist bei immer größer werdenden Personengruppen zu beobachten. So ist nicht Selbstheilung oder die Verdrängung von Problemen verschiedener Art vordergründig von Belang, sondern die Suche und der Drang nach Spaß, Genuss, Selbstentgrenzung und Grenzfindung sowie das Finden eines Platzes in der Gemeinschaft und das Ausleben der eigenen Wünsche und Bedürfnisse in der Community. Dies muss durch SozialarbeiterInnen wahrgenommen und hinsichtlich eines Unterstützungsangebots ernst genommen und beachtet werden. Durch das entgegengebrachte Verständnis für die Bedürfnisse, Wünsche und Bedrängnisse junger Menschen wird ein offenes Gespräch über alle Gründe wie Abenteuer, Erlösung, Geborgenheit und andere Wirklichkeiten, die Menschen dazu bewegen sich zu berauschen, ermöglicht. (vgl.: Koller, 2006:36) Folgend werden grundsätzliche Methoden und Ansätze, die eine Einrichtung oder ein Projekt, das sich an junge KifferInnen richtet, umgesetzt haben muss, dargestellt. Dies geschieht orientiert an Publikationen, die sich mit dem sozialarbeiterischen Zugang zu jungen CannabiskonsumtInnen beschäftigen. Dabei soll eine Beschreibung fünf ausgewählter spezifischer Angebote an die Zielgruppe entstehen. Dazu werden diese mit ihren verschiedenen Strukturen, Ansätzen, Methoden sowie Besonderheiten dargestellt und anschließend kritisch betrachtet. Daraus sollen später in der konzeptionellen Umsetzung sinnvolle Ansätze und Methoden übernommen, Verbesserungsmöglichkeiten bestimmt und umgesetzt sowie aus den eventuellen Schwierigkeiten der Projekte neue Ideen entwickelt werden, um die Zielgruppe besser zu erreichen, diese zu partizipieren und die Methoden an den Unterstützungsbedarf anzupassen.

7.4.1 Risflection – Entwicklung von Risikomanagement

Grundannahmen

Dieses Modell begreift Risiko als wesentliche Sehnsucht des Menschen innerhalb seiner Entwicklung. So ist es ein Modell, das Risiko als handhabbar versteht und Menschen befähigen soll, sich durch risikokompetente Prävention dieser Sehnsucht nach Risiko, Rausch und neuen Erfahrungen zu stellen. Rausch wird als prozesshafte Veränderung gesehen. Dabei kommt es zur veränderten Wahrnehmung sozialer und sinnlicher Emotionen und Eindrücke sowie Grenzen und Konventionen. Hinsichtlich des Rausches besteht das Risiko in einem Ereignis, mit dem Ungewissheit aber auch Bedeutsamkeit einhergeht, und das zur Auseinandersetzung mit dem Rausch und seinen Folgen auffordert. Dies kann zum Exzess, also mangelndem Alltagsbezug, kritikloser Selbstvergessenheit o.ä. führen.

Als Ziel der Rausch- und Risikopädagogik ist demnach das Befähigen von Menschen durch Methoden und den eigenen Möglichkeiten zum Ausleben der Sehnsucht nach Rausch zu benennen. Dabei kommt es darauf an, die Balance zwischen Ekstase und Abstinenz, also Sicherheit und Gefahr, zu finden, wobei das Kontinuum der beiden Pole durch die Wirkung einer psychoaktiven Substanz verursacht wird. Leider ist dem die Vernunft allein nicht gewachsen. Gerade weil das Erleben einzelner Rauschzustände auch Täuschungen bzw. Fehlinterpretationen (usw.) der Wahrnehmung hervorrufen kann.

„Um das Rodeo bestreiten zu können, braucht es:

- *ein Netz aus guten Freunden, das auffängt,*
- *Gespür für den eigenen Körper und*
- *Sensibilität für das Wohin, Wie viel und Wozu.“ (Koller, 2006:37)*

Risflection (bzw. Risflecting) geht davon aus, dass der Umgang mit Rausch und Risiko kultivierbar ist, wenn die Rahmenbedingungen gegeben sind. Im gesellschaftlichen Kontext sind Rausch und Risiko sehr ambivalent verwendete Begriffe. Einerseits stehen sie für die Gefährdung des Menschen, weil Gesundheit und psychische Stabilität beeinflusst werden können, andererseits werden die Begriffe bewusst von sozialen, wirtschaftlichen sowie politischen AkteurInnen genutzt und als wichtige Faktoren für soziale Events eingesetzt. Unverständlich ist dabei die Bearbeitung junger Menschen im Freizeitbereich auf solchen Events, wobei mit der Anpreisung von legalisierten Substanzen, Spaß und Integration versprechende Events inszeniert werden. In diesem reizüberfluteten Entwicklungsbereich

junger Menschen, werden diese mit der Bewältigung der gesellschaftlichen Doppelmoral allein gelassen. Deswegen müssen Pädagogik und Prävention hier eingreifen, denn das Bedürfnis nach Rausch ist jedem Menschen immanent und diesem wird täglich millionenfach nachgegangen. Schon deswegen ist eine Auseinandersetzung zur Kultivierung von Rauschverhalten sinnvoll.

Doch ist die präventive Jugendhilfe hier durch ihre Tradition stark eingeschränkt, denn sie sucht einzig die negative Wirkung dieser Sehnsüchte einzudämmen und problematisiert dabei die Bedürfnisse selbst, obwohl negative Wirkungen beim Eingehen solcher Risiken nicht zwingende die Folgen sind. Dies führt gerade unter jungen Menschen, die sich noch in einer aktiveren Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt befinden, dazu, dass Prävention zunehmend als weltfremd und unrichtig wahrgenommen wird. Prävention und Pädagogik müssen Menschen dabei unterstützen, außeralltägliche Erfahrungen auch in ihren Alltag erkenntnisbezogen einzubauen und dürfen somit den Rausch an sich nicht ausschließlich mit Tod und Gefahr assoziieren, da dies einfach nicht der gesellschaftlichen Realität entspräche. So spaltet die Ansicht der traditionellen Drogenhilfe das Bewusstsein in zwei Bereiche: Dem Über-Ich, das als Kontrollmechanismus fungiert, und dem Es, das triebhaft und unbewusst den Menschen leitet und steuert. Dieses wird immer mit Schuldgefühlen belastet wahrgenommen und die Verantwortung dafür werde mit dem Konsum ein Stück weit abgegeben. („Was soll ich gemacht haben? Weiß ich nicht, da war ich dicht, da kann ich nix für.“) Doch Angebote durch Jugendhilfe, Prävention oder Pädagogik müssen lebensweltorientiert und authentisch sein. Deswegen schlussfolgern PraktikerInnen und ExpertInnen dieser Arbeitsfelder, dass Phänomene im Zusammenhang mit Rausch aus der Problemsicht gelöst werden müssen. Darüber hinaus müssen wir uns den hier beschriebenen Phänomenen als grundlegende menschliche Verhaltens- und Erfahrungsbedürfnisse widmen. Für eine praktikable und gewinnbringende Gesundheitsförderung ist demnach das Phänomen Rausch nicht mit Sucht zu assoziieren, vielmehr muss sich beiden Begriffen durch die in ihrer Begrifflichkeit innewohnenden Bedeutung genähert werden, wobei Rausch viele positive Komponenten vereint und Sucht negativ besetzt ist. (vgl.: Koller, 2006:43ff)

Das Kommunikationsmodell – Risflecting

Um den vorangegangenen Grundannahmen Rechnung zu tragen, ist es sinnvoll, sich nicht der Reduzierung von Rauscherlebnissen zu widmen, sondern vielmehr der Optimierung des Verhaltens im Kontext von Drogenkonsum. Für die Art von Verhaltensabläufen sind persönliche Kompetenzen, offene Möglichkeiten zur Kommunikation über Erfahrungen und

Erlebnisse, gesellschaftliche Möglichkeiten und Formen der Integration solcher Erfahrungen und diesen entsprechenden Verhaltensweisen sowie die Kultivierung dieses Diskurses von immenser Bedeutung. Dieser Forschungs- und Handlungsansatz findet europaweit Anwendung und wird Risflecting genannt. Hier werden die Ergebnisse der Hirnforschung praktikabel umgesetzt. Die heutige Hirnforschung geht davon aus, dass sich unser Gehirn in drei evolutionären Phasen aufgebaut hat. Dazu zählt:

1. Das sogenannte Reptiliengehirn (Hirnstamm und Kleinhirn). Es dient zur Sicherung aller existenziellen Funktionen und Emotionen.
2. Das alte Säugetiergehirn (Hippocampus und Amygdala). Dieses dient zur Erinnerung an Orte und Gefühle und steuert somit die soziale Dimension.
3. Das junge Säugetiergehirn (Großhirnrinde). Dessen Funktionen zu Sprache, Planung und komplexen Gefühlen (bspw. Selbstreflexion) befähigen.

Man geht davon aus, dass neue Synapsen⁵¹, also die Kommunikationsknotenpunkte unseres Gehirns, nur bei positiver Stimmung entstehen. D.h., wenn Serotonin und/oder Dopamin im Hirn ausgeschüttet werden. So lassen diese neuropharmakologischen Forschungsergebnisse folgenden Schluss zu: Ein optimaler Umgang mit Rausch und Risiko psychoaktiver Substanzen ist nicht durch die Warnung vor Gefahren erreichbar, sondern wird durch den Aufbau von Kommunikation zwischen alltäglicher Vernunft und dem Risikobereich im Gehirn (den gefühlssteuernden Zentren) bewerkstelligt. Dies wird kulturhistorisch bestätigt, da Gesellschaften, die Rausch und Risiko integrierten, diese Erfahrungen für das Individuum sowie für die Gesellschaft nutzbar machen konnten. Darüber hinaus haben diese Gesellschaften einer Problementwicklung vorgebeugt, dem Wagnis. Dieses einzugehen, also einen Rausch zu erleben, wird durch Reflexion (Vor- und Nachbereitung) in den Alltag integriert und somit einschätzbar. Risflection bekommt hier eine Brückenfunktion zwischen verschiedenen Erfahrungsstufen des menschlichen Gehirns. Es wird davon ausgegangen, dass sich mit den verschiedenen Weiterentwicklungen des Hirns auch neue Aufgabenbereiche desselben ausgebildet haben. Gemeint sind:

⁵¹ (griech. "Verbindung") bezeichnet „Bestandteile des Nervensystems und dienen der Übertragung von Informationen zwischen Nervenzellen und deren benachbarten Nerven- bzw. Körperzellen. Man kann sie sich als "Nervenenden" vorstellen, die sowohl als Senderinnen als auch als Empfängerinnen funktionieren.“ (Drug Scouts, 2007b)

1. Überleben in der Todes- und Gefahrenzone,
2. Entwickeln von Gefühlen und,
3. Strukturierung durch Vernunft. (vgl.: Koller, 2006:39ff – Grafik siehe Anhang 7.4.1)

Risflection vermittelt zwischen diesen Ebenen. Der gesellschaftliche und pädagogische Umgang mit Risiko- und Rauschbedürfnissen, der besagt, dass diese nur durch Vernunft kontrollierbar sein würden, ist unvollständig. Dass das Ausleben dieser Bedürfnisse zwangsläufig in die Gefahren- und Todeszone führen würde, ist hingegen schlicht falsch. Da hier Lern- und Kommunikationsmöglichkeiten im sozialen Gefühlsbereich völlig außer acht gelassen werden, kommt es zu so einer Fehlinterpretation. Denn erst die Interaktion zwischen selbst gewähltem Wagnis und vernunftgeleitetem Alltag, schafft einen Rahmen, in dem die Optimierung von Rausch- und Risikoverhalten möglich ist, was Voraussetzung für eine Kultivierung dieses Verhaltens wäre. Hier will Risflection greifen und eine Brücke zwischen beiden Bewusstseinsbereichen bauen, um die Kommunikation zwischen beiden zu ermöglichen, was das Individuum und die Gesellschaft hinsichtlich Rausch- und Risikosituationen mehr in die Verantwortung nimmt/zieht.

„Risflecting verfolgt also folgende Ziele:

- *Integration von Rausch- und Risikosituationen auf persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Ebene,*
- *Nutzbarmachung dieser Erfahrungen für die Alltags- und Lebensgestaltung,*
- *Übernahme von Verantwortung für außeralltägliches Verhalten durch Rauschkultur und Risikokompetenz, wobei dies insbesondere die Vor- und Nachbereitung solcher Erfahrungen durch die bewusste Wahrnehmung und Gestaltung von Set (innerer Bereitschaft) und Setting (äußeres Umfeld) meint.“*
(Koller, 2006:41)

AdressatInnen von Risflecting sind keine ProblemkonsumentInnen und MissbraucherInnen von psychoaktiven Substanzen und auch keine ExzessivkonsumentInnen. Diese wären in selektiven und indizierten Interventionen im Sinne von Harm Reduction⁵² besser aufgehoben. Risflection zielt vielmehr auf die viel größere Gruppe von KonsumentInnen ab, die risikounbewusst Rauscherlebnisse eingehen und unreflektiert konsumieren. So sollen

⁵² Aus dem englischen Begriffen „Harm“ (Schaden/Unheil) und „Reduction“ (Reduktion/Reduzieren) abgeleitet, ist hier das Eindämmen von Schaden und Verelendung unter SubstanzkonsumentInnen mit bestimmten Angeboten und Aktivitäten (bspw. Konsumräume, medizinische Grundversorgung etc.) gemeint.

bewusste Kultivierungsmöglichkeiten im Diskurs mit den AdressatInnen von Risflecting, durch Projekte und Beziehungsarbeit angeboten werden.

Methodik – Wie wird aus Substanzkonsum eine reflektierte Erfahrung?

Grundlegend dafür sind Vor- und Nachbereitung solcher Erfahrungen. Nur so kann reflektierte Rauschkultur entstehen. Vor- und Nachbereitung kann geübt werden – ob nach den komplexen Schemata alter Naturvölker oder mit Hilfe der Sammlung der benötigten Utensilien, Einstellungen etc. wie in einer Art Reisevorbereitungsliste. Der Ablauf des Stimmigkeitschecks geht immer mit der Nutzung aller Hirnbereiche einher: (Anhang 7.4.1)

Risflecting dient so zur Optimierung von Handlungsressourcen. Hier wird soziale Kompetenz durch den offenen Austausch und die Diskussion über Rausch-, Risikoerfahrungen und -strategien sowie Sehnsüchte gefördert. Dies kann erweitert werden, indem man sich dem Freundeskreis und der Einbettung von gemeinschaftlichen Konsumerlebnissen in diesen widmet. Hier ist bspw. das aufeinander Achtgeben beim „Unterwegssein“ zu nennen. Weiterhin wird die Kompetenz gefördert, vor dem Eingehen einer Risikoerfahrung inne zu halten, um die psychische wie physischen Bereitschaft sowie die sozialen Einflussfaktoren und die der Umwelt zu bedenken, bevor die Entscheidung zur Handlung fällt. Diese Kompetenz wird im Risflectionmodell „Break“ genannt. Dieser Prozess ist weniger kognitiver als emotionaler Natur, denn hier werden auch gefühlte Umstände relevant, die in diesem sehr kurzen Entscheidungsprozess wichtig werden. So ist bspw. das richtige Wahrnehmen des eigenen Körpergefühls eine wichtige Voraussetzung für diese Entscheidung. Darüber hinaus wird durch Risflecting Reflexion gefördert, denn außeralltägliche Erfahrungen benötigen diese auf individueller und sozialer Ebene, um nachhaltig zu wirken und um einen Nutzen für den Lebensalltag zu haben. Erst eine ordentliche Integration in den Alltag beugt Fluchttendenzen (exzessiver Konsum zur Verdrängung) vor und ermöglicht die Entwicklung von gesundheitsfördernder Balance zwischen Risiko und Verzicht. Nach Koller hat Wolf Singer direkt auf hirnologisch-hormoneller Ebene bewiesen, dass eine reflexionsfördernde und angenehme Atmosphäre eine größtmögliche Nutzung von Erfahrungen ermöglicht (vgl.: Koller, 2006:43). So wird deutlich, dass Reflexion nicht nur kognitiver, sondern auch hirnologischer Art ist, und somit als sozialer, wie auch als individueller Prozess zu verstehen ist, der nachhaltiges Lernen ermöglicht, einhergehend mit der Auslösung positiver Gefühle, die dies zementieren.

Pädagogische Notwendigkeiten zur Entwicklung von Risiflecting

Für die Entwicklung von Kompetenzen junger Menschen zur Rausch- und Risikokompetenz bedarf es vorangehender Entwicklungsschritte, die grundsätzliche soziale, intellektuelle und emotionale Fähigkeiten etablieren. Dies ist Aufgabe allgemeiner gesundheitsfördernder Pädagogik und (universeller) Prävention. Eine Zusammenarbeit mit Fachkräften zur Entwicklung dieser Fertigkeiten ist wünschenswert und notwendig. So können wichtige Voraussetzungen für eine spätere Optimierung der Rausch- und Risikokompetenz wie die Konsumkompetenz aufgebaut werden. Konsumkompetenz meint, dass Substanzen altersgemäß in entsprechenden Quantitäten konsumiert werden und dass eine persönliche Balance oder ein Rhythmus zwischen Phasen des Genusses und des Konsums sowie des Verzichts entwickelt wird. Das ist von besonderer Bedeutung, denn Lustimpulse (die vom Dopamin-Erwartungssystem gesteuert werden und somit durch psychoaktive Substanzen beeinflussbar sind), die den als angenehm empfundenen Zustand wiederholen lassen wollen, führen zu einer verringerten Ausschüttung von Endorphinen, wenn sie immer durch dieselbe Weise – hier durch Konsum – produziert werden. Um den Zustand ähnlich erleben zu können, ist eventuell irgendwann eine Dosissteigerung notwendig. Wird allerdings eine Pause bzw. Verzichtphase eingelegt, kann der Zustand durch dieselbe Quantität der psychoaktiven Substanz wiedererweckt werden. So ist das Finden dieses Rhythmus ein ebenso wichtiges Ziel wie die spätere bzw. damit einhergehende Entwicklung von Rausch- und Risikokompetenz für die Prävention.

Ganz nach dem Klaviermodell von Koller, das die verschiedenen Handlungsvarianten eines Menschen zur Befriedigung einer Situation als Klaviertasten versteht. Man sollte immer ein mit möglichst vielen verschiedenen Tönen versehenes Lebenslied spielen, nur eine Verengung und Fixierung auf wenige oder nur eine Taste(n), also etwa Handlungen zur Lösung eines Konflikts, wird problematisch. Solange der Konsum psychoaktiver Substanzen nicht als generelles Lösungsmuster verwendet, sondern als eine Bewältigungs- oder Entspannungsoption betrachtet wird, ist auch kein problematisches Verhalten auszumachen. Koller spricht hier von „Variatio delectat“, was soviel bedeutet wie „Vielfalt erfreut“. Eine weitere Voraussetzung, die pädagogisch begleitet und gefördert werden sollte, ist die allgemeine Entwicklung und das Training von Kommunikation in allen Lebensbereichen. Nur so kann ein entsprechendes Selbstbild durch Reflexion und Selbstwahrnehmung in Jugendlichen entstehen. Dies wiederum ist wichtige Voraussetzung für das korrekte situative und aktuelle Wahrnehmen und Einordnen von Empfindungen und Befindlichkeiten. Was zur Entscheidungsgrundlage hinsichtlich Erfahrungen mit Rausch und Risiko wird und zur

Entwicklung und Integration von persönlichen und sozialen Ritualen in das Alltägliche führt, wodurch auch das Außeralltägliche strukturiert wird und seinen Platz im Leben findet. (vgl.: Koller, 2006:38f, 43f)

Strukturelle Notwendigkeiten

Risflecting kann nur funktionieren, wenn existenzielle Grundlagen nicht fehlen. Nach Koller sind nur Menschen für Risflecting zugänglich, deren Alltag strukturell abgesichert ist, will sagen, die weder obdach- oder arbeitslos sind, die einen Sinn im Leben sehen und generell nicht in gesundheitsschädigenden Rahmenbedingungen leben. Denn diese laufen weniger Gefahr, Rausch zur Flucht aus bedrückenden Lebensverhältnissen zu nutzen, als Kompensation unerfüllter Wünsche und Träume oder als Mittel zur Selbstheilung. Genuss und Erfahrungssuche würden hier unter dem Druck der belasteten Existenz zum Verdrängungsmechanismus degradiert. Positive Erfahrungen und Genüsse dienen zur Übertünchung des als negativ empfundenen Alltags. Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung sind also unabdinglich zur Entwicklung von Risflection. (vgl.: Koller, 2006:44f)

Praktikable Notwendigkeiten

Bei Cannabis wie bei anderen Substanzen auch macht nach Paracelsus die Dosis das Gift. Für die Berber im Atlasgebirge sei so Koller Hanf wie Feuer: wenig wärmt und viel verbrennt. Doch dieser Aspekt ist nicht ausschließlich quantitativ zu verstehen. Denn er beschreibt einen kulturell eingebetteten Umgang mit der Substanz Cannabis, der auf Bewusstsein, Achtsamkeit und Demut beruht. Im Glauben vieler alter Naturvölker haben Pflanzen einen Geist. Bei Konsum der Pflanze nimmt dieser den menschlichen Geist mit auf Reisen. Dies zeigt den respektvollen Umgang mit der Substanz und verweist auf eine wesentliche Voraussetzung für den Umgang mit Cannabis, den Aufbau einer persönlichen Beziehung zur Pflanze und zu deren Konsum. Als Objekt der Begierde, der Langeweile, der Ökonomie, der Verdrängung wird ihr Wirkungsspektrum degradiert und es können riskante, einseitige Verständnisse vom Nutzen der Pflanze entstehen. Als Folge sind die verschiedenen aus dem öffentlichen Diskurs bekannten Probleme zu benennen. Um dem entgegenzuwirken, ist das Modell der Vor- und Nachbereitung im Risflecting anzuwenden. (vgl.: Koller, 2006:46)

Politische Notwendigkeiten

Nach Koller kann der Konsum von Cannabis auf verschiedenen Ebenen (weltwirtschaftlich, politisch, sozial, individuell) folgende fünf Probleme bereiten:

Der Konsum der Substanz verliert an ritueller Einbindung, je mehr Menschen es konsumieren

(1). THC-Produkte haben in den letzten Jahren durch Züchtungen ihren Wirkstoffgehalt erhöht (2). Zumischungen anderer Substanzen, die die Gesundheit beeinflussen können (3), sind leider Realität (unabhängig von der Wirksamkeit, siehe 1.3). Mit der Illegalisierung von Cannabis gehen Kriminalisierung und psychosoziale Folgen für Cannabis-User einher (4).

Der Schwarzmarkt hat mit seinen Regulierungsmechanismen einen großen Anteil an den vorangehenden Problemen (5).

Koller sieht den Schritt zur Lösung dieser Probleme zwar nicht in der Legalisierung, aber auch nicht in der weiteren Kriminalisierung der Substanz und ihrer KonsumentInnen. Er spricht sich mehr für eine Liberalisierung des Umgangs mit Cannabis aus. So wünscht er eine Überführung der relevanten Delikte aus dem Strafrecht ins Verwaltungsrecht. Weiterhin ist er für eine neue soziale, juristische und pädagogische Taktik unter den Menschen, einen sinnvollen Genuss der Substanz Cannabis zu etablieren und Missbrauch zu verhindern. Er plädiert für Straffreistellung von limitiertem Eigenanbau von Cannabis (eine Pflanze pro Person nach vollendetem 18. Lebensjahr), Fokussierung auf natürliches Samengut zur Minderung des THC-Gehalts und eine Art Führerschein für Cannabis, der Psychose-Resistenz attestiert und in einer Art Seminar zu Rausch- und Risikokultur erworben werden kann. Dies alles würde von nachhaltiger politischer Aufklärungsarbeit ermöglicht werden müssen. Auch Koller spricht sich für strenge, gesetzliche Grenzziehung aus und meint damit Regelungen zur Weitergabe der Eigenanbauzüchtungen von KonsumentInnen sowie Regelungen bezüglich einer eingeschränkten Teilnahme am Straßenverkehr. So meint Koller eine Reduktion des Schwarzmarktes durch Eigenanbaumöglichkeiten und einen bewussteren Umgang mit Cannabis und der Wirkungskraft durch die Pflege und Aufzucht der Pflanze (Geduld und Verzicht) zu erreichen und deren kulturelle wie rituelle Einbindung in die Gesellschaft zu fördern. Auch sind bei bewussten Umgang mit Cannabis weniger Verunreinigungen oder Beimengungen zu erwarten und die Entkriminalisierung von KonsumentInnen hätte den wahrscheinlich größten positiven Effekt, da so ein offener Austausch über alle Cannabisproblematiken ermöglicht würde. (vgl.: Koller, 2006:36ff, 46ff)

Kritische Auseinandersetzung mit Risflektion

Beim Ableiten des Modells zur Risiko- und Rauschpädagogik fiel sofort auf, dass eine Umsetzung bezüglich Cannabis im Rahmen der deutschen Gesetzgebung schwierig und wahrscheinlich im eigentlichen Sinne der Risiko- und Rauschpädagogik nicht möglich ist. Da Cannabis in der BRD dem BtMG untersteht, das es illegalisiert, ist eine pädagogische Vorbereitung oder Begleitung eines Cannabisrausches extrem grenzwertig und könnte strafrechtliche Konsequenzen für das Pädagogen-Team haben. Auch hier ist der Ruf zur Liberalisierung oder Legalisierung der Substanz Cannabis aus pädagogischer Sicht notwendig, um Angebote wie Rausch- und Risikokompetenzerweiterung überhaupt in Deutschland etablieren zu können und um nicht nur selektive oder indizierte Elemente einer so zielgruppennahen Arbeit zu nutzen. D.h., nicht nur mit jungen Menschen zu arbeiten, die schon auffällig geworden sind oder die definitiv einen compulsiven Konsum entwickelt haben. Weiterhin ist aus Kollers Ausführungen klar zu entnehmen, dass junge Menschen ein stabiles und strukturiertes Umfeld sowie eine existenzielle Grundsicherung benötigen, um diesem Ansatz zugänglich zu sein. Dies wäre also nicht für jede Bedarfsgruppe oder jede/n KifferIn geeignet. Sicherlich haben gerade junge CannabisgebrauerInnen meist keine die Existenz bedrohenden Probleme, aber es sind Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen und Entwicklungsständen. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass dieses Modell für alle jungen CannabiskonsumentInnen geeignet ist. Ebenso wird es Bedarfsgruppen wie exzessive User, compulsive KonsumentInnen etc. geben, die durch ein solches Angebot eher nicht erreicht werden können.

7.4.2 Kursangebote zu Cannabiskonsum an Jugendliche

Beschrieben werden im Folgenden die Erfahrungen der Jugend-, Eltern und Suchtberatung des Contact-Projekts in Bern. In diesem werden zweimal pro Jahr Kurse für junge Cannabis-User durchgeführt. Contact Bern ist Mitglied des Contact Netzes, eine Berner Gruppe für Jugend-, Eltern und Suchtarbeit, dessen Angebote unter <http://www.contactnetz.ch> einsehbar sind.

Grundannahmen und zugrunde liegende Erfahrungen

Aus den von der Berner Gruppe entwickelten Kursen und den von ihnen beschriebenen Erfahrungen mit jungen CannabiskonsumentInnen ist zu konstatieren, dass Jugendliche in einem bestimmten Rahmen durchaus interessiert sind, sich mit ihrem Konsum

auseinanderzusetzen und ggf. etwas daran zu ändern. Ausgangssituation für die Entwicklung solcher Angebote war der gestiegene Bedarf an cannabisspezifischen Beratungen für Eltern, die mit dem Konsum ihrer meist minderjährigen Kinder nicht umgehen konnten. Dabei wurde ein Informationsdefizit auf Seiten der Eltern festgestellt, was zu extremen Kontrollmaßnahmen gegenüber den Kindern geführt hat. Die Jugendlichen dagegen waren gut informiert, doch stellten sie ihren Konsum auch oft bagatellisiert dar. Auf diese Weise entstehen oft familiäre Spannungen, worunter das Familienklima leidet und oft geht dies auch mit schlechteren Schulleistungen und einer Umorientierung der Kinder (weg von den Eltern, hin zu Peers) einher. In den aus diesen Situationen folgenden Familiengesprächen stellen die MitarbeiterInnen eine sehr große Offenheit und ein großes Interesse an der Analyse der Schwierigkeiten seitens der Jugendlichen fest. Auch sind diese i.d.R. bereit, sich erkannten Problemen zu stellen sowie nach Lösungswegen zu suchen.

Gründe für den Konsum von Cannabis können Gruppendruck durch Gleichaltrige und Leistungsdruck in Schule, Beruf und Familie sein, so die Jugendlichen. Der Konsum an sich hat für die jungen User klare Funktionen wie „einfach mal so sein“, „abschalten können“ und „das Leben einfach nur zu genießen“. Dabei beschreibt eine große Zahl von Jugendlichen, dass das Zusammensein mit Gleichaltrigen ein unverzichtbarer Bestandteil der Freizeitgestaltung geworden ist. In diesen Treffen an vertrauten Orten wird dann auch oft gekifft. Die Jugendlichen beschreiben, dass sie mit diesem Ort durch diese rituelle Art des Zusammenseins eine Art Heimatgefühl verbinden, das selbst nach der Auflösung der Gruppe fortbesteht. Dass bei diesen Ritualen oft zu viel gekifft wird und es auch häufig langweilig ist, erkennen die Jugendlichen auch. Weiterhin sehen sie rückblickend selbst den Übergang vom Gruppenjoint zum individuellen Joint als problematisch an und meinen mit 18 Jahren, sie hätten als 15- bis 17-Jährige zu viel konsumiert. So melden viele Jugendliche innerhalb der Familiengespräche offenes Interesse darüber an, sich mit anderen Jugendlichen, die auch Cannabis konsumieren, über eine Reduktion des Cannabiskonsums auszutauschen. Die jungen Menschen konstatieren klar, dass sie einen unverkrampften Umgang mit Cannabisprodukten finden wollen. Was dem „guten Glas Wein zu einem guten Essen“ entspricht, das die Eltern ihren Kindern vorgelebt haben. Diese Einstellung der jungen User entspricht in der Regel auch der Haltung der Eltern. Aber auch Wünsche nach Abstinenz seitens der Jugendlichen sind zu verzeichnen. Dies alles sind entsprechend spezifische Bedarfslagen, die für das Anbieten spezifischer Unterstützungsangebote spricht.

Methodik – Die Kurse

Um die Zielgruppe besser zu erreichen, sind für die Kurse Jugendliche gesucht worden, die Erfahrungen mit Cannabis in Gruppenzusammenhängen hatten. In der Planung wurde festgestellt, dass das Kursangebot drei Ebenen beinhalten muss:

- eine Angebot zum offenen Austausch unter den Jugendlichen,
- die Vorstellung genussorientierter und bewusster Konsumformen von Cannabis
- sowie Informationen zur möglichen Ausbildung problematischer Konsummuster oder Informationen zur Adoleszenz und Cannabiskonsum sowie Informationen zu Fragen der Teilnehmenden.

Allgemeines bewusstes Genießen zu vermitteln, war Aufgabe des Kurses und zeigte andere Möglichkeiten von Genuss als den Konsum von Cannabis auf. So wählten die Jugendlichen für den Kurs selbst den Titel: „Spaß am Leben“. Er wurde beschränkt auf eine Teilnehmerzahl von maximal 10 Jugendlichen im Alter von 16 bis 20 Jahren und lief an vier Abenden für etwa zweieinhalb Stunden. Jeder Abend war identisch strukturiert. Auch konnten nur Jugendliche teilnehmen, die Cannabis konsumieren, doch war der Konsum während des Kurses untersagt. Anhand von im Nachhinein getätigten Bewertungen der Jugendlichen, wurde der Kurs auf seine Wirkung hin untersucht. Eine wissenschaftliche Auswertung war aus finanziellen Gründen nicht möglich. Übereinstimmend hatten die Jugendlichen Spaß an den Kursen. Große Offenheit war gegenüber dem „anders genießen lernen“ und dem „zelebrieren von Ritualen“ zu bemerken. Informationen konnten nur vermittelt werden, wenn der Aufbau der Veranstaltung nicht an Schule erinnerte. Zwar meinten die Jugendlichen, nach dem Kurs besser informiert zu sein, doch war der Informationsstand schon von Beginn an sehr hoch. Besonderen Anklang fanden die Diskussionsrunden, in denen persönliche Anliegen artikuliert werden konnten. Weiterhin hat sich der Einbezug sinnlicher Genusselemente bewährt (Musik hören, Massagen, Essen etc.), da hier Alternativen zum Cannabiskonsum direkt thematisiert werden konnten. Das MitarbeiterInnenteam nimmt an, dass die drei Ebenen Austausch, Informationen und Genuss/Ritual die richtige Wahl gewesen seien.

Kritische Betrachtungen des Kursangebots

Der Kurs wurde von fast allen Jugendlichen beendet, was auf eine angemessene Kursdauer schließen lässt. Einige Jugendliche wünschten sich sogar längere Kurse und annähernd alle weiterführenden Kontakt mit dem MitarbeiterInnenteam und dessen Angeboten. Doch scheint

dies nicht lang angehalten zu haben, da sich für Nachholtreffen deutlich weniger der ehemaligen TeilnehmerInnen anmeldeten bzw. eines der Treffen mangels Anmeldungen abgesagt wurde. Für die Teilnahme am Kurs war die Veränderung des Konsums keine Bedingung. Durch den persönlichen Austausch jedoch, so führt Widmer (2006:64) an, kommt es zu einem kritischen Hinterfragen des eigenen Konsums, was eine Reduktion oder Abstinenz zur Folge haben kann. Widmer schlussfolgert, Jugendliche ändern ihre Konsumgewohnheiten bzw. sind schneller bereit, ihren Konsum zu hinterfragen, wenn von ihnen nicht als erstes Abstinenz gefordert wird. Eine sehr interessante Beobachtung machte das MitarbeiterInnenteam bezüglich der jugendlichen KursleiterInnen. Diese reduzierten den Konsum auf wenige Gelegenheitsjoints oder stellten das Kiffen ein. Hier scheint die Vorbildfunktion gegenüber den anderen KursteilnehmerInnen ursächlich zu sein. Das meint zumindest das MitarbeiterInnenteam.

In den Kursen gab es immer wieder Jugendliche, die dieses Angebot auf Druck der Eltern wahrgenommen haben, obwohl die MitarbeiterInnen dies durch telefonische Anmeldung versuchten zu verhindern. Jene Jugendlichen erschienen meist nur zu einem Termin und kamen dann nicht mehr. So schließt Widmer darauf, dass Jugendliche, die an einem solchen Angebot teilnehmen wollen, auch ein Problembewusstsein und genügend Eigenmotivation mitbringen müssen, damit solch ein Kurs für sie gewinnbringend ist. Weiterhin ist es notwendig, dass teilnehmende Jugendliche soweit psychisch gesund sind, dass sie sich in der Gruppe wohlfühlen und sich ausdrücken können. Es wird deutlich, dass die jungen Menschen sich durchaus für ein solches Angebot begeistern können, aber dennoch keine persönliche Beratung für sie in Frage käme. Die Kurse bestätigten auch, dass eine Veränderung kompulsiven Cannabiskonsums möglich ist (Widmer betont, dass dies auch bei sehr häufigem Konsum möglich ist.), was durch die statistische Aussage, dass der Konsum von Cannabis nach dem Jugendalter rückläufig ist, untermauert wird. Dieses Angebot ist hauptsächlich an junge KifferInnen zu richten, die in ihrem Cannabiskonsum etwas Problematisches sehen oder sich damit auseinandersetzen wollen. Dies bestätigt auch die Zunahme der Anmeldungen an der Fachstelle Widmers. (Widmer, 2006:63ff)

7.4.3 SCIP – Bibliotheraapeutisches Programm für CannabiskonsumentInnen

Das in verschiedenen Einrichtungen der Drogenhilfe erprobte „Self Control Information Program“ (SCIP) ist eine bibliotheraeutische⁵³ Methode zur Veränderung von problematischem Cannabiskonsumverhalten. Es ist innerhalb der Drogenarbeit auch unter dem Namen „In einer Spirale nach oben“ bekannt. Das SCIP basiert auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen sowie dem Wissen um die Möglichkeit des kontrollierten Substanzgebrauchs. Im Vordergrund steht die Bewusstmachung, Stärkung, Vermittlung und Festigung von Selbstkontrollregeln. Dabei ist die Betrachtung des Gebrauchs in der Konsumbiografie der User wichtig, da dort bedeutende Zusammenhänge von Funktionen des Cannabisgebrauchs sichtbar werden. Ursprünglich kommt dieses Modell aus der Arbeit mit KonsumentInnen von Heroin und Kokain in den Niederlanden und wurde speziell dafür entwickelt⁵⁴, diese für die Betrachtung des eigenen Konsums zu sensibilisieren. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:70)

Das Programm wurde 2005 auf Wunsch von nordrhein-westfälischen Beratungsstellen speziell auf Cannabiskonsum zugeschnitten. Grundannahme dieser Methodik ist, dass kompulsiver Konsum von psychoaktiven Substanzen eine funktionelle Sinnhaftigkeit besitzt, wobei der Konsum aber auch negative Folgen hat. Dort setzt SCIP an, um kompulsive User anzuregen über ihren aktuellen Konsum und seine Funktionen im Kontext der gesamten eigenen Lebenssituation zu reflektieren. Diskrepanzen zwischen der idealen Lebensvorstellung der KonsumentInnen und deren tatsächliche Lebensführung können auf diese Weise sondiert und konstatiert werden und ins Bewusstsein rücken. Mit dieser Voraussetzung können Änderungsvorstellungen diskutiert und anschließend bestärkt werden. Dieser Prozess wird durch das Programm begleitet. Durch pragmatische Informationen sowie einer strukturierte Reflexion wird versucht, realistische Ziele hinsichtlich möglicher Verhaltensänderungen zu erarbeiten, um für eine Verbesserung der Lebensqualität zu motivieren. Darüber hinaus können strukturierte Reflexionen und pragmatische Informationen zu einer Stabilisierung des neu erworbenen Verhaltens führen, da es überprüfbarer wird. Für SCIP ist die motivierende Informationsvermittlung zu Selbstkontrollmöglichkeiten und -mechanismen oberstes Anliegen, mit dem die Veränderung problematischen Gebrauchs

⁵³ Meint eine behandelnde Intervention, die durch lesbares und ausfüllbares Material (Bücher, Wissenszusammenstellungen, Fragebögen) umgesetzt werden sowie AdressatInnen zu eigenständigen Wissensbewusstwerdung und -aufnahme animieren soll.

⁵⁴ Von Gerhard Schnippers, Edith Cramer, DrogengebraucherInnen, SozialarbeiterInnen, VerhaltenstherapeutInnen, Ex-Usern und DrogenforscherInnen.

psychoaktiver Substanzen und die Sammlung, Vermittlung und Nutzbarmachung faktischer Informationen einhergeht. Das Autorenteam betont, dass das Programm als eine niedrigschwellige, motivierende Intervention verstanden werden soll und das weitere Beratungen oder Therapien nicht ausgeschlossen sein müssen. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:70f)

Zielgruppe, die durch SCIP erreicht werden kann

Da das Programm zu einer Veränderung des problematischen Cannabiskonsumverhaltens stimulieren will, richtet es sich an CannabiskonsumInnen, die schon selbstständig, aber ohne Erfolg versuchten, ihr Konsumverhalten zu ändern. Doch will es auch jene ansprechen, die noch keine Versuche unternommen haben. Eine Alterseingrenzung ist möglich, aber da das Cannabiskonsumalter hoch variabel ist, kann es auch nach der Jugend zu einem Unterstützungsbedarf kommen. In diesem Rahmen sollte zumindest in Drogenberatungsstellen keine Altersbeschränkung für SCIP bestehen. SCIP könnte im Rahmen von Angeboten an die Zielgruppe junger CannabiskonsumInnen mit compulsiven Konsum in Drogenberatungsstellen, Freizeitheimen, Jugendzentren, in Ausbildungen (begleitend etwa an Berufsschulen) und in betreuten Wohnprojekten angewendet werden. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:75)

Das Programm

Das Programm ist in drei Module unterteilt, die unterschiedlichen Zwecken dienen. Beginnend mit der **Basisbroschüre** („In einer Spirale nach oben“ – Wege zu mehr Selbstkontrolle und reduziertem Drogenkonsum), die direkt an junge Cannabis-User herangetragen werden soll. Sie stellt einführend das Programm vor und zeigt dessen spezifischen Ansatz auf. Weiterhin soll Sie motivieren, sich mit dem eigenen Konsum auseinanderzusetzen. Das soll im zweiten Modul mithilfe eines **Arbeitsheftes** stattfinden. Dieses vereint verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze. CannabisgebraucherInnen finden darin Methoden, wie sie mehr Selbstkontrolle bezüglich des Konsums (zurück-) gewinnen können und wie eine erfolgreiche Veränderung des Konsums ermöglicht werden kann. Dazu werden Visualisierungen, tabellarische Übersichten und ein Self Contact Manual⁵⁵ genutzt, welche Informationen und Anleitungen zur Umsetzung von Selbstkontrollmöglichkeiten und Konsumverhaltensänderung beinhalten. Das dritte Modul ist für die professionellen MitarbeiterInnen des SCIP gedacht (**Leitfaden für BegleiterInnen des Programms**) und vermittelt einzelne Schritte zur Umsetzung des Programms und zur

⁵⁵ Bezeichnet eine Handlungsanleitung/Leitfaden in der Form eines Vertrages mit sich selbst.

Arbeit mit SCIP in Gruppen- oder Einzelinterventionen. Durch den Apell des Programms an die Eigenverantwortung der CannabisgebraucherInnen ist das SCIP sowohl autodidaktisch als auch im Rahmen von Einzel- sowie Gruppengesprächen in Institutionen oder Einrichtungen der akzeptierenden Drogenhilfe anwendbar. Gespräche dieser Art sind meist in vier Sitzungen in vier Wochen unterteilt, wobei diese eineinhalb bis zwei Stunden dauern. Es kann aber auch auf einen längeren Zeitraum verteilt werden, bspw. sechs Wochen. Dabei bauen die Sitzungen inhaltlich aufeinander auf und sind nach spezifischen Themen strukturiert. Die Größe der Gruppe sollte nicht mehr als sieben Leute betragen, aber auch nicht weniger als fünf. Kleinere Gruppen zeichnen sich dabei durch eine sehr intensive Zusammenarbeit aus, wohingegen größere Gruppen durch die Erfahrungsvielfalt markant werden. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:71f)

Zielstellungen bzw. Interventionen, die mit SCIP erreicht werden können, sind verschiedener Art. Vordergründig geht es um die Auseinandersetzung mit der aktuellen Lebenswelt und deren Qualität. Dabei ist ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, welche Rolle der Konsum von Cannabis in diesem Zusammenhang spielt. Weiterhin ist die Vertrautheit im Umgang mit Selbstkontrolle zu benennen. Dabei ist die Reflexion der Bedeutung von Regeln und Abmachungen bei selbst kontrolliertem Verhalten für Cannabis-User wichtig. So ist zu fassen, dass Veränderung, Kontrollgewinn, Entwöhnung usw. einem Prozess unterworfen sind, also „durchgemacht“ werden müssen. Weiterhin ist die Reflexion unterschiedlicher Auffassungen über Abhängigkeit und Veränderungen Zielstellung. Aus den Vorstellungen der SCIP-NutzerInnen ist das individuelle Verständnis von Selbstkontrolle und Veränderung abzuleiten und anschließend zu realisieren. Hier ist die Abwägung von Vor- und Nachteilen, die Abstinenz und Cannabisgebrauch mit sich bringen, abzuwägen. Dadurch kommt es zu einer realistischen Einschätzung der eigenen Lebensqualität und der Wahrnehmung dieser. Daraus kann eine mögliche Diskrepanz zu der angestrebten Lebensqualität konstatiert werden, was zur Zielentwicklung dienlich ist. Muster und Regelungen, die im Konsumverhalten schon Anwendung finden, werden dabei ins Bewusstsein gehoben und können so erweitert werden. Abschließend kann eine umfassende individuelle Veränderungsbiografie erstellt werden, die in einer Entwöhnungs- und Veränderungsstrategie mündet und die dann erprobt und in der Praxis angepasst werden kann. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:72)

Grundannahmen des Programms und wissenschaftlicher Hintergrund

Grundlegend für das SCIP ist, dass die Veränderung von Konsumverhalten von psychoaktiven Substanzen bzw. die Beendigung vom Gebrauch dieser als langfristiger Prozess verstanden wird. Wissenschaftliche Grundlage dieser Annahme ist das transtheoretische Modell der Psychologen Prochaska und DiClemente (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:73). Nach ihnen ist erfolgreiche Selbstveränderung von gewohnheitsmäßigem (problematischem) Verhalten als langfristiger Prozess zu verstehen. Jener Prozess ist in verschiedene, aufeinander aufbauende Handlungs- und Bewusstseinsstadien zu unterteilen. So folgt dem gewohnheitsmäßigen (problematischen) Verhalten eine Reflexion der Vor- und Nachteile, die dieses Verhalten für das Subjekt hat. Dies führt zu einer Bewertung, ob das Verhalten wiederholt oder geändert werden soll. Bei einer negativen Bewertung folgt die Entscheidung das Verhalten zu ändern. Trifft dies zu, wird aktiv versucht das Verhalten zu ändern. Darauf folgend muss das neu erworbene, erfolgreiche Verhalten stabilisiert werden. Wenn diese Stabilisierung erfolgreich verläuft, ist eine anhaltende Veränderung des Gewohnheitsverhaltens anzunehmen. Folglich ist beim Scheitern des neuen Verhaltens eine Wiederaufnahme des alten Gewohnheitsverhaltens zu erwarten. Dies führt wieder zur Betrachtung des als problematisch empfundenen Gewohnheitsverhaltens. So wird wieder reflektiert und wieder entschieden, ob eine Verhaltensänderung nötig ist und wie sie sich gestaltet. Dieses kreisförmige Modell von Prochaska und DiClemente wurde von Cramer und Schnippers (ebd.) um die Vorstellung der nach oben führenden Spirale ergänzt. Damit wollen die Wissenschaftler verdeutlichen, dass sich diese Phasen der Entscheidung mehrfach wiederholen können und dass KonsumentInnen nicht immer wieder von vorn beginnen müssen (wie es im Kreismodell der Fall wäre), sondern dass auf den gemachten Erfahrungen mit den Entscheidungen zur Verhaltensänderung aufgebaut werden kann. So wird ein „Rückfall“ in Gewohnheitsverhaltensmuster nicht als dieser verstanden, sondern ist ein „Normalfall“ der eine Lernerfahrung in der Spirale bildet.

Das Kurzinterventionsprogramm SCIP wurde von 2002 bis 2004 von der EU in fünf europäischen Ländern evaluiert sowie in Nordrhein-Westfalen von 2004 bis 2005 in Drogenberatungsstellen angewendet und wissenschaftlich ausgewertet. In diesen Zusammenhängen konnten erste optimistisch stimmende Erfahrungen mit Cannabis-Usern gemacht werden, was den Erfolg und die Nützlichkeit von SCIP angeht. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:73) Dabei sind verschiedene Aspekte von SCIP besonders erwähnenswert und zeichnen den Ansatz aus, dies wird im Folgenden erläutert.

Die **Priorität der Lebensqualität**: Konsum von psychoaktiven Substanzen kann alle Lebensbereiche beeinträchtigen und somit die Lebensqualität erheblich beeinflussen. Doch auch Abstinenz hat Nachteile. Reine Abstinenz kann zu Depressivität und/oder einem Mangel an positiven Erfahrungen und Lebensinhalten führen. Darüber hinaus kann sie einen Verlust von Struktur, einer identitätsstiftenden Jugendkulturzugehörigkeit und/oder eines Status in Cliques bzw. Bezugsgruppen bedeuten. Hierin zeigt sich, dass die Veränderung von Konsumgewohnheiten durchaus ambivalente Konsequenzen mit sich bringen kann. Das SCIP widmet sich diesen Fakten und geht ernsthaft auf sie ein und ist bestrebt, eine authentische Abwägung zu realisieren. CannabiskonsumentInnen werden dazu motiviert, ihre Lebensqualität als Kriterium zu verstehen und mit ihr zu experimentieren. So werden unterschiedliche Gebrauchs- und Entwöhnungsregeln aufgezeigt, die zu verschiedenem, individuellem Gebrauch sowie zur Abstinenz führen können. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:74)

Prozessorientierung ist ein weiterer Aspekt des SCIP. Den wenigsten KonsumentInnen oder Ex-Usern war bzw. ist es möglich, den von ihnen als problematisch eingestuften Konsum beim ersten Versuch zu verändern oder aufzugeben. Das Programm nutzt diese Erkenntnis und stimuliert zum Experimentieren. Vom übereilten und zu komplexen Vorgehen hingegen rät es ab. Veränderungen werden bei SCIP realistisch wiedergegeben. (ebd.)

Eine **realistische Erfolgseinschätzung** ist schon allein aus Authentizitätsgründen notwendig. So werden Veränderungen nicht übertrieben positiv dargestellt und Rückfälle entsprechend ihrer Funktion wahrgenommen. Da Vor- und Nachteile aus Veränderung und Entwöhnung resultieren, ist dies notwendig und die Nachteile werden thematisiert. (ebd.)

Die **emanzipatorische Grundhaltung** ist dem Programm eigen, denn die im Programm zur Verfügung stehenden Informationen basieren auf den Erfahrungen von Usern psychoaktiver Substanzen. Die Informationen sind sachlich und dienen dem selbstständigen Empowerment der SCIP-NutzerInnen. So ist eine unabhängige, individuelle Entwicklung möglich und wird gefördert. Darüber hinaus berücksichtigt SCIP, dass manche User in der Lage sind, den Cannabiskonsum in das eigene Leben zu integrieren. (ebd.)

Die **nicht moralisierende Ansprache** von GebraucherInnen psychoaktiver Substanzen ist grundlegend. Denn das Programm soll keine festen Werte vermitteln und basiert nicht auf solchen Wertvorstellungen von „der richtigen Lebensweise“. Vielmehr rücken Vorschläge und Diskussionen über Alternativen zu gewohntem Verhalten in bestimmten Situationen in

den Vordergrund der Arbeit. Vermieden werden Vorschriften für Verhaltensweisen. (ebd.)
Veränderungen haben zwar eine gewisse Struktur, sind aber individuell sehr unterschiedlich.

So ist die **Berücksichtigung individueller Problemlagen** bedeutend. SCIP beachtet sowohl die allgemeine Struktur der Veränderungs- und Entwöhnungsprozess sowie die persönlichen Konstellationen und die Individualität der SCIP-NutzerInnen. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:75)

Ein letzter besonderer Aspekt von SCIP ist die Betonung der **Normalisierung**, denn die Abhängigkeit von illegalisierten Substanzen ist nicht anders zu handhaben als die von Substanzen mit Legalstatus. (ebd.)

Die Struktur von SCIP

Die Strukturierung des SCIP erfolgte nach den Grundannahmen des transtheoretischen⁵⁶ Modells. So bauen Sitzungen und Workshops aufeinander auf und sind mit themenspezifischen Inhalten gefüllt. SCIP ist in zehn Schritte unterteilt, die in vier Sitzungen bearbeitet werden. In den vier Schritten werden verschiedene Komplexe abgehandelt.

In der ersten Sitzung geht es um das Individuum selbst. Was verstehen die TeilnehmerInnen unter Selbstkontrolle, Veränderungen und Lebensqualität? Dabei wird versucht die Auseinandersetzung mit den individuellen Meinungen und Vorstellungen der User anzustoßen. Hier soll herausgefunden werden, inwieweit die Teilnehmenden Vorstellungen davon haben, wie sie sich hinsichtlich des Cannabisgebrauchs selbst kontrollieren und wie sie etwas an dem Konsum ändern können. Besonderer Fokus ist dabei auf die Bedeutung des Begriffes Selbstkontrolle bezogen auf den Cannabiskonsum für die User zu legen. Dadurch soll in den TeilnehmerInnen ein Bewusstsein für schon vorhandene Konsumregeln etabliert werden. Hier liegt die Annahme zugrunde, dass viele CannabisgebraucherInnen ihren Konsum sehr regelorientiert in den Alltag integrieren. Diese Konsum ordnenden Verhaltensmuster ergeben sich dabei aus der Konsumbiografie und den Bedingungen des Umfelds, denen User ausgesetzt sind. Da dies nicht bewusst kreierte Regeln sind, die explizit auch als solche verstanden werden, ist KonsumentInnen oft nicht bewusst, wie viele Konsumregeln sie schon befolgen (bspw. Kiffen erst ab einer bestimmten Uhrzeit). Dies soll

⁵⁶ Bezeichnet ein Konzept zur Beschreibung und Beeinflussung von beabsichtigten Verhaltensänderungen. Im Modell wird davon ausgegangen, dass Verhaltensänderungen verschiedene Stadien durchlaufen und dass verschiedene Veränderungsprozesse auf emotionaler und kognitiver Ebene nötig sind. Es wird zu Veränderung von Gesundheitsverhaltensweisen wie bspw. Alkoholkonsum angewendet.

mithilfe einer Liste von Konsumregeln erarbeitet werden, die durch die TeilnehmerInnen ausgefüllt wird. Auf das Zutreffen einer Selbstkontrollregel wird dabei mit „trifft immer zu“, „trifft manchmal zu“ und „trifft gar nicht zu“ geantwortet. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:76, 83 – Liste siehe Anhang)

Durch diese Reflexion des Konsumverhaltens und den damit verbundenen Selbstkontrollmechanismen, wird die Wahrnehmung der jungen KonsumentInnen auf die ihnen immanenten Selbstkontrollmöglichkeiten gelenkt. Das fixierte Erleben des Konsums, welches oft als passiv und hilflos beschrieben wird und in einer Art Abhängigkeitszwang („Ich kann ja nicht anders, ich bin abhängig.“) mündet, wird aufgebrochen. Die Legitimation von starkem Konsum bspw. liegt so in den Händen der User, nicht in der zugeschriebenen Macht der Substanz. Hierbei entsteht ein Bewusstsein in den KonsumentInnen dafür, wie aktive Einflussnahme auf den Gebrauch eine Fähigkeit zur Kontrolle mit sich bringt, was anschließend weiter ausbaubar ist und genutzt werden kann. Anknüpfend an diese Fähigkeit werden die TeilnehmerInnen zur eigenen, gegenwärtig empfundenen Lebensqualität befragt und danach, wie sie diese verbessern könnten.

Bedeutend ist hier die Rolle vom Cannabiskonsum. Inwieweit ist er Grund für eventuelle Zufrieden- oder Unzufriedenheit? In diesem Rahmen können auch schon versuchte Verhaltensänderungen bzw. Beendigungsversuche des Konsums thematisiert werden. Für alle Sitzungen, aber speziell für die erste gilt, dass der Umgang mit den Aussagen der und das Zugehen auf die TeilnehmerInnen in keiner Weise moralisierend oder wertend wirken sein darf. Nur so kann ein offener Austausch ermöglicht werden, der auf einer vertrauensvollen Kommunikation basiert. Problematische Verhaltensweisen sollen durchaus benannt werden, was aber immer auch eng mit den Funktionen des Konsums für das Individuum verbunden ist und somit erläuternde Bedeutung und keine moralisierende hat. Dies ist für den Gesamtprozess sogar unabdinglich, da Einflüsse des Sets und des Settings auf das Konsumverhalten wahrzunehmen sind, um ressourcen- und lösungsorientiert Veränderungsmöglichkeiten sowie Umsetzungen zu finden und anzugehen. Um diesem Anliegen zu entsprechen, sind im Arbeitsheft die Schritte eins bis zehn zusammengefasst. Am Ende des ersten Treffens ist es Aufgabe der TeilnehmerInnen, die ersten fünf Schritte durchzugehen, um die Konsumbiografie zu ergänzen. Dies geschieht in Vorbereitung der nächsten Sitzung. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:76f) Diese Angaben bestehen aus folgenden Daten:

- „Einer Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Konsums und damit verbundener Probleme,
- dem Erstellen eines Konsumdiagramms über die Dauer der gesamten Konsumjahre,
- der Betrachtung der Lebensumstände in Beziehung zum Konsumverlauf,
- einer Abwägung der Vor- und Nachteile des Cannabisgebrauchs,
- einer Reflexion der persönlichen Regeln und Absprachen hinsichtlich des Konsums,
- dem Führen eines Wochenplans, in dem der/die TeilnehmerIn im Laufe der Woche auflistet:
 - wie und wie viel er/sie konsumiert,
 - wie viel Geld er/sie für Cannabis ausgegeben hat,
 - wo und mit wem er/sie konsumiert hat und
 - ob der Gebrauch an jedem einzelnen Tag für ihn/sie akzeptabel (okay) war oder nicht.
- und schließlich der Beantwortung der Frage, ob der/die TeilnehmerIn etwas an dem Gebrauch verändern möchte oder nicht.“ (Kolte, Stöver, 2006:77)

In der **zweiten Sitzung** werden diese erarbeiteten Ergänzungen zur Konsumbiografie besprochen. Es werden nicht alle TeilnehmerInnen diese Aufgaben komplett oder überhaupt gemacht haben, so können einzelne Schritte im Verlauf der zweiten Sitzung nochmals thematisiert und ergänzt werden. Ziel dieser Sitzung ist eine realistische Bestandsaufnahme von Gebrauchsmenge, Konsumart und Konsumhäufigkeit. Darüber hinaus soll die Veränderungsbereitschaft gefördert werden. Durch die erfüllten Aufgaben der TeilnehmerInnen wird eine systematische Reflexion des Cannabisgebrauchs möglich. Sie visualisieren den Konsum in seinen Höhen und Tiefen und die persönliche Lebenssituation sowie ihre speziellen Umstände werden miteinbezogen. Speziell das Konsumdiagramm zeigt auf, wie die Konsummenge mit dem alltäglichen Lebensumfeld in Verbindung steht und sensibilisiert so für den Zusammenhang von Konsummenge und Lebenszufriedenheit. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:77)

Um der individuellen Funktionalität des Konsums näher zu kommen, sind Fragen nach den Lebenszusammenhängen bei unterschiedlichen Konsumniveaus nützlich. (Hatte man in dieser Zeit gute FreundInnen? Wie kam man in der Schule zurecht? Gab es Probleme mit den

Eltern? Gab es Umstände, die einen belastet haben? usw.) Die Betrachtung dieser Fragen zu Zeiten von besonders starkem oder geringem Konsum, lässt Rückschlüsse auf dessen Funktionalität zu. Gerade empfundene und objektive Vor- und Nachteile heben eventuelle Funktionen des Konsums markant hervor. Damit einher geht, dass so Anzeichen für Lebensumstände bilanziert werden können, die einen Gebrauch auf geringem Niveau oder Abstinenz begünstigen. Diese wiederum können Mittel bzw. Voraussetzung zur Umsetzung der Reduktion von Cannabiskonsum bei den jeweiligen TeilnehmerInnen sein. Der Wochenplan unterstützt TeilnehmerInnen bei der Bewusstwerdung ihres tatsächlichen Konsums (Menge, Art, Set, Setting und das aufgewendete Geld) und ob dieser so von ihnen akzeptiert werden kann oder nicht.

Hierbei sind die BegleiterInnen der Sitzung gefragt, die schon existierende Diskrepanzen (sogenannte kognitive Dissonanzen) in den Äußerungen der TeilnehmerInnen wahrnehmen müssen, um diese darauf aufmerksam zu machen sowie zu verdeutlichen, dass eine negative Bewertung des aktuellen Verhaltens, Hinweis auf einen Veränderungswunsch sein kann. Dies geht durchaus mit den Prinzipien des SCIP einher, da konstruktive Selbstkonfrontation und bedingungslose Akzeptanz dieser Konfrontation mit dem eigenem Halbbewussten beinhaltet. Zum Abschluss der zweiten Sitzung ist die Entscheidung der jeweiligen TeilnehmerInnen gefragt, ob etwas am eigenen Konsum geändert werden soll oder nicht. Sollte die Entscheidung (vorerst) gegen eine Veränderung fallen, ist die Arbeit im Arbeitsheft zunächst beendet. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:77f)

Doch Kolte und Stöver führen an, dass die Sitzungen erfahrungsgemäß von diesen TeilnehmerInnen weiter besucht werden, was auf ein weiter bestehendes Interesse verweist. (ebd.) Fällt die Entscheidung zugunsten einer Veränderung aus, sind nun in Vorbereitung zur dritten Sitzung die Schritte sechs bis neun im Arbeitsheft durchzugehen.

„Diese Schritte bestehen aus:

- *der Betrachtung der aktuellen Lebenssituation,*
- *einer Strukturierung des alltäglichen Lebens mit Hilfe von wöchentlichen Aktivitätsplänen,*
- *einem ‚Vertrag mit sich selbst‘ über das Ziel der persönlichen Konsumveränderung,*

- *einer Bewusstwerdung von ‚schwierigen Situationen‘, die dazu führen könnten, dass doch wieder mehr konsumiert wird als man sich vorgenommen hat, und das Überlegen von alternativen Verhaltens- bzw. Reaktionsweisen sowie*
- *einer Anpassung der Regeln und Absprachen, die den Konsum begleiten, hinsichtlich der Veränderungsstrategie.“ (Kolte, Stöver, 2006:78 - 79)*

Die **dritte Sitzung** diskutiert die in den selbstständig zu lösenden Aufgaben herausgefilterten Veränderungsbedarfe und die daraus zu eruiierenden Veränderungsstrategien. Beginnend mit der Betrachtung der eigenen Lebensbereiche und -umstände werden Veränderungswünsche in diesen Sektoren gesucht und fixiert. Thema werden dabei alle wesentlichen Elemente, die zur aktuellen Lebenssituation beitragen, also die Wohnsituation, die Tagesbeschäftigung, die finanzielle Lage, die Ausbildungs- oder Arbeitssituation, Probleme mit Justiz und Polizei, persönliche Beziehungen, körperliche sowie geistige Gesundheit und die sozialen Fertigkeiten. So wird ein Reflexionsprozess in Gang gebracht, der den Einfluss intensiven Cannabisgebrauchs auf die Lebensqualität sowie die Lebensumstände berücksichtigen soll. Im Arbeitsheft liegt dazu ein auszufüllendes Schema vor, das dabei unterstützt, die verschiedenen Lebensbereiche abzufragen und eventuell wirklich notwendige Veränderungsbereiche zu manifestieren. Auch sollen an diesem Punkt Überlegungen stattfinden, die die für eine Veränderung nötige weitere Hilfe und Unterstützung festlegen (Professionelle, Einrichtungen, private Netzwerke, finanzielle Voraussetzungen etc.). Anschließend werden die TeilnehmerInnen gebeten in der Gruppensitzung die ausgewählten Veränderungen darzustellen. Eventuelle Diskussionen, die daraus entstehen, können Aufschluss darüber geben, wie realistisch diese Ziele bzw. Veränderungen sind. Die Ressourcen und das Wissen der übrigen TeilnehmerInnen sind hier entsprechend zu nutzen. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:79)

Mit der Prüfung der Veränderungsnotwendigkeiten und der Umsetzungsstrategien, wird, unter Nutzung des Wochenplans aus dem Arbeitsheft, eine Strukturierung der Wochentage vorgenommen. Zur Visualisierung des Wochenverlaufs ist der Wochenplan auszufüllen, was Anregungen zur bewussten Nutzung des Tages und zu alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten geben kann. Weiter wird in der dritten Sitzung versucht, eine konkrete Zielstellung zu erarbeiten. Dabei kann der „Vertrag mit sich selbst“ helfen. Die Idee dahinter setzt auf die Kraft der „verbindlichen Abmachung mit sich selbst“. KonsumentInnen sollen ihre Zielstellung schriftlich formulieren und diese auch unterschreiben. (ebd.) Dieser

Prozess wird dann durch Fragestellungen begleitet, wobei sich folgende Fragen zur Klärung der (Teil-)Ziele bewährt haben.

- *„Wollen sie den Gebrauch reduzieren, auf andere Weise gebrauchen oder ganz einstellen?“*
- *Wollen sie ihre Lebenssituation oder Tageseinteilung ändern?*
- *Warum entscheiden sie sich für die eine und gegen die andere Option?*
- *Wollen sie zunächst mit Stoppen und Reduzieren experimentieren und sich dann erst für eine der beiden Möglichkeiten entscheiden? Warum?*
- *Wie wollen sie vorgehen? Was sind die nächsten Schritte?*
- *Wollen sie es alleine oder nur mit Hilfe von anderen machen? Warum?*
- *Welche Belohnung stellen sie sich in Aussicht?“* (Kolte, Stöver, 2006:79 – 80)

Der „Vertrag mit sich“ kann verschiedene Möglichkeiten der Veränderung beinhalten wie die Änderungen der Konsumform, der Konsumfrequenz oder Abstinenz. Dies liegt in den Bedürfnissen sowie dem Belieben der Einzelnen, realistische Ziele und den Zeitpunkt des Beginns festzulegen. Nach Kolte und Stöver (2006:80) ist es zudem entscheidend, dass bei erfolgreicher Vertragserfüllung auch eine Belohnung in Aussicht gestellt wird, die ebenfalls durch die TeilnehmerInnen vorher festgelegt wird. Diese sollte auch schriftlich in dem Vertrag festgehalten werden, ebenso wie eine „Klausel“, dass man sich bei möglichen „Vertragsbrüchen“ nicht entmutigen lässt.

Um auch den alltäglichen Widrigkeiten bei der Umsetzung dieser Ziele Rechnung zu tragen, müssen diese vorerst gemeinsam mit den KursteilnehmerInnen bestimmt werden. Über ein Schema der „schwierigen Situationen“ folgt eine Vorwegnahme möglicher Gefährdungssituationen (bezogen auf die Umsetzung der Ziele). Durch die Antizipation möglicher „Vertragsbrüche“ entsteht eine vorgezogene Auseinandersetzung mit diesen Situationen. Anschließend werden mit den KonsumentInnen mögliche Vermeidungs- oder Bewältigungsstrategien besprochen, auch Notfallreaktionen sind zu manifestieren. Diese Sammlung wird schriftlich niedergelegt, was einer guten Vorbereitung auf diese (höchstwahrscheinlich eintretenden) Situationen entspricht. Hierin zeigt sich der prozesshafte und progressive Charakter im Erlernen des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen. Veränderungen gelingen meist nicht sofort. Vielmehr sind Cannabis-User dazu angehalten, die Regeln hinsichtlich der Veränderung des Konsumverhaltens immer wieder nach

Nützlichkeit und Wichtigkeit zu reflektieren und sie ggf. zu ergänzen oder neu nach Prioritäten zu ordnen, um sie anschließend zu einem erfolgreichen, reflektierten Satz fester Regeln zum Umgang mit Cannabis auszubauen. Am Ende der dritten Sitzung wird ein neuer Wochenplan verteilt, der unter Berücksichtigung der besprochenen Aspekte neu ausgefüllt und eine Woche angewendet werden soll. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:80)

Sitzung vier ist ausschließlich für die (Selbst-)Evaluation, für das Ausprobieren und ggf. für das Anpassen der Veränderungsstrategien gedacht. Für eine erkenntnisreiche Betrachtung der Veränderungsstrategien ist es notwendig, dass die KursteilnehmerInnen gemeinsam ihre in der vergangenen Woche bei der Umsetzung der Veränderungsstrategien gesammelten Erfahrungen auswerten und reflektieren. So wird anhand der Wochenpläne besprochen, wie die verschiedenen Strategien funktionierten, welche sich besonders gut anwenden ließen und welche sich als impraktikabel herausgestellt haben. Gleichzeitig sollen auch Situationen analysiert werden, die zu Störungen der Umsetzung der Strategien geführt haben. Dabei wird ganz bewusst bedacht und sensibel mit den selbst aufgestellten Regeln und deren möglichen Brüchen umgegangen. Auch ist es Aufgabe der MitarbeiterInnen, zu harte Selbstkritik realistisch aufzufangen. Diese liegt darin begründet, dass Cannabis-User oft negativen Verhaltenszuschreibungen unterworfen sind, die sie meist schon stark verinnerlicht haben. Bei SCIP geht es aber um Ermutigung und Vermeidung solcher Zuschreibungen, da sie kontraproduktiv sind. Den TeilnehmerInnen muss bewusst sein bzw. gemacht werden, dass die Regelverletzungen zum Veränderungsprozess dazu gehören und für eine Verbesserung der Strategien unabdingbar sind. Kontrollüberzeugungen und der Glaube an die eigene Handlungskompetenz kann so gestärkt werden. Hier können die jungen KonsumentInnen darin ermutigt werden, den Weg weiter zu gehen, auch obwohl oder gerade wenn er nicht immer nach Plan verlief. Letztendlich werden die KursteilnehmerInnen darauf hingewiesen, eine Person des Vertrauens zur Unterstützung hinzuzuziehen, die ihnen bei der Umsetzung ihrer Veränderungsstrategien behilflich ist. Diese soll mit ihnen den Verlauf in den nächsten drei Monaten besprechen und bei Problemen aber auch bei Fortschritten zur Seite stehen. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:81)

Kritische Betrachtung von SCIP

SCIP ist ein Angebot, das junge Cannabis-User zu unterschiedlichen Zeitpunkten einer Konsumkarriere ansprechen kann. Für diese kann es ein nützliches Mittel sein, um die Konsumsituation hinsichtlich Reduzierung, Veränderung oder Beendigung zu bearbeiten.

Nach Kolte und Stöver (2006:82) wird vor allem die nicht moralisierende, sondern akzeptierende Ansprache von den jungen KonsumentInnen geschätzt. Hierbei fällt den CannabisgebraucherInnen vor allem die Akzeptanz der Einbettung des Konsums psychoaktiver Substanzen in den Lebenskontext, wobei die individuelle Konsumbiografie beachtet und der Konsum hinsichtlich seiner Funktionen und Motive analysiert wird, positiv auf. Weiterhin ist SCIP durch die Orientierung an den Ressourcen, Kompetenzen und Erfahrungen der KonsumentInnen sehr praktikabel, da diese für den Prozess der Veränderung problematischer Konsummuster sehr hilfreich sind, was SCIP besonders auszeichnet. So können KonsumentInnen nach ihren eigenen Bedürfnissen den Weg der Veränderung gehen und müssen kein vorgefertigtes Regelwerk erfüllen, was bei dieser jungen und wenig problembelasteten Zielgruppe auch notwendig ist.

Es stehen also eigene Veränderungswünsche im Mittelpunkt, die immer wieder reflektiert und evaluiert werden. Durch die Abwägung der Vor- und Nachteile des Cannabiskonsums entsteht eine authentische und ehrliche Auseinandersetzung mit der Möglichkeit und der Ambivalenz der Konsumkontrolle oder der Ambivalenz der Abstinenz. Dies wiederum kann bei Jugendlichen ein wichtiger Zugangsweg sein, da nicht in der üblichen „Schwarz-Weiß-Malerei“ in Bezug auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen argumentiert wird, sondern (im Gegenteil) die facettenreiche Funktionalität des Cannabiskonsums beleuchtet wird, die sowohl positive als auch negative Konsumerfahrungen bedingen kann und sie in den Zusammenhang mit dem alltäglichen Leben bringt. (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:82ff)

Hier schlussfolgern Kolte und Stöver (2006:82): *„Elementar wichtig scheint uns eine Entdramatisierung des Gebrauchs ohne dabei die Risiken zu leugnen, eine Abkehr vom Defizitdenken hinsichtlich der Konsumenten und ihrer Gebrauchsmotive (,Flucht vor dem Alltag’, ,Gruppendruck’) und eine Zuwendung zu lösungsorientierten Denken, das die Stärken, Erfahrungen und Kompetenzen der Konsumenten sowohl wahrnimmt als auch fördert. Denn, so Schneider (2004:14), ,Grundlage akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist, das Gebraucher illegalisierter Drogen sowie auch zwanghaft und exzessiv Konsumierende als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen angesehen werden. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf Freiwilligkeit und ist möglichst nicht bevormundend ausgerichtet.“*

7.4.4 Multidimensionale Familientherapie

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) wurde 1985 an der University of Miami entwickelt und wird dort als Forschungsprojekt getestet. Leider wird sie momentan nur dort angewendet, wodurch kaum deutschsprachige Veröffentlichungen zu diesem Ansatz existieren. Außer im Therapieladen Berlin, die sich aktuell mit der Umsetzung und Prüfung dieser Therapieform beschäftigen, findet dieser Ansatz hierzulande noch wenig Beachtung. (vgl.: Ganter, 2006:85)

MDFT ist ein integrativer und systemischer Familientherapieansatz und orientiert sich an den Grundlagen der empirischen Erkenntnisse zu Risiko- sowie Schutzfaktoren beim Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Durch diese Grundlagen werden Interventionsebenen bestimmt, die später in der Behandlung Anwendungen finden. Grundlegend geht man davon aus, dass die Entwicklung problematischen Konsumverhaltens immer in multidimensionalen Problemlagen begründet liegt. So benötigt dieser Ansatz in den verschiedenen Entwicklungsbereichen und -stadien komplexe Interventionsmöglichkeiten zur Veränderung. MDFT basiert auf entwicklungspsychologischen, -psychopathologischen, sozialen und ökologischen Kenntnissen und Annahmen sowie auf Forschungserkenntnissen zu Risiko- und Schutzfaktoren. Eben durch das Einbeziehen dieser Risiko- und Schutzfaktoren ist MDFT eine sich von anderen Methoden unterscheidende Therapie. Durch den Einbezug der sozial-ökologischen Perspektive finden verschiedene Einflussfaktoren wie die Stellung der Jugendlichen in der Familie, im Freundeskreis, in der Schule oder in anderen sozialen Kontexten Beachtung. Das ist, wie schon geschildert, sehr wichtig, um sich ganzheitlich eventuellen Problemen von Jugendlichen zu widmen. Auch sind diese Ansatzpunkte als Interventionsmöglichkeiten zu verstehen, wobei im Umgang mit Jugendlichen und Eltern die Kenntnisse der Entwicklungspsychologie hinsichtlich der großen Relevanz der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben mit MDFT verstärkt berücksichtigt werden. (vgl.: Ganter, 2006:85) MDFT nimmt als therapeutischer Ansatz stark Bezug auf die Entwicklungsaufgaben, deren Bewältigung unterstützt werden soll.

Ganter (2006:86f) bezieht sich weiter auf Thomasius und Bonnet, die speziell bei cannabisabhängigen Jugendlichen komorbide psychische Störungen verorten und davon ausgehen, dass diese häufig bei dieser Gruppe vorzufinden sind. Zwar ist die Forschungslage nach Kleiber und Kovar (1998:162) nicht ganz so eindeutig (die Autoren betonen, dass keine abschließende Beurteilung möglich ist.), trotzdem ist die Hinwendung zu dieser Problemstellung sinnvoll, um holistisch an bestehende Probleme der Zielgruppe

heranzutreten. Ganter beschreibt weiter, dass das Verständnis von psychopathologischen Entwicklungsverläufen für MDFT somit von spezieller Bedeutung ist und außerdem Grundlage für Interventionen bildet.

Struktur und Grundlagen

Die Therapiedauer kann von drei bis sechs Monaten reichen. Innerhalb dieser Zeit werden wöchentlich zwei bis drei Sitzungen angeboten, wobei diese allerdings in verschiedenen Settings umgesetzt werden. Dabei sind von telefonischen Kontakten, Sitzungen in der jeweiligen Therapieeinrichtung, in den Wohnungen der AngebotsnutzerInnen, über Institutionen (Schule, Gerichte, Freizeiteinrichtungen) vieles denkbar. So kann nach Ganter der Behandlungsansatz auf die verschiedenen Bedürfnisse der AngebotsnutzerInnen modifiziert werden. MDFT orientiert sich dabei an intrapersonalen Aspekten wie Emotionen und Kognition sowie interpersonalen Aspekten wie Wechselwirkungsmuster zwischen den Familienmitgliedern und dem sozialen Umfeld. Die Variation und das Pendeln zwischen den verschiedenen Aspekten dieser Muster, sind dabei als therapeutische Intervention zu verstehen. Grundlagen für die Entwicklung von MDFT waren die strukturell-strategische Familientherapie nach Minuchin und Harley, die lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach de Shazer und Berg, sowie die psychotherapeutischen Grundhaltungen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers, und der kognitiven Therapie nach Beck. Aufbauend auf der Annahme, dass familiäre Strukturen, Muster und Hierarchien und die aktive Rolle und Haltung des MitarbeiterInnenteams eine brauchbare Grundstruktur darstellen, wird das Fördern der Selbstexploration von Kognition und Emotion auf Grundlage empathischer und wertschätzender Grundhaltungen gegenüber Jugendlichen und Eltern angestrebt. So finden mit Jugendlichen und Eltern auch intensive Einzeltherapiesitzungen statt, welche als Vor- sowie Nachbereitungen der therapeutischen Sitzungen mit der Familie dienen. (vgl.: Ganter, 2006:86f)

Methodische Umsetzung der Multidimensionalen Familientherapie

Flexibilität (bspw. Störungen haben Vorrang) und die systemische Vorplanung der Sitzungen sind wesentliche Bestandteile der MDFT. Basierend auf einer Fallkonzeption, die nach den ersten Familien- und Einzelsitzungen erarbeitet wird, kommt es anschließend zur gemeinsamen Bestimmung von Interventionszielen und zur Festlegung einer therapeutischen

Vorgehensweise. Durch das von Ganter angeführte „Assessment Protokoll⁵⁷“ können die verschiedenen Funktionsebenen des Falls bestimmt und später weiter ergänzt werden.

Diagnostische Fragestellungen können dadurch sofort an Interventionen geknüpft werden. Mit Hilfe der Fallkonzeption werden die Therapiesitzungen systematisch und wöchentlich geplant und ausgewertet. Die Umgebung (Setting) sowie die Frequenz der Sitzungen werden nach Bedarf des Systems der MDFT-NutzerInnen strukturiert. Die Grundstruktur der Therapie gliedert sich in drei Phasen, die sich auch überschneiden können. (vgl.: Ganter, 2006:87f)

Der Aufbau von therapeutischen Bedürfnissen und Motivationen bildet nach Ganter (2006:88)

Phase eins. In dieser ist es Aufgabe der TherapeutInnen, eine stabile und vertrauenswürdige Beziehung zu den Eltern und den Jugendlichen aufzubauen. Dies ist nötig, um eine spätere Auseinandersetzung mit Problemen, Konflikten und der Konfrontation damit auf beiden Seiten zu ermöglichen. Wichtig ist, dass jede/r mit seinen/ihren Bedürfnissen und Belangen gehört wird. Dabei werden aktuelle und vergangene Konflikte und die dazugehörigen Empfindungen unter den affektiven Zusammenhängen thematisiert. Besonderheiten der Jugendlichen sowie des familiären Alltags sollen von den Beteiligten erforscht werden und jugendliche Cannabis-User so die Idee gewinnen, dass sich die Therapie als gewinnbringend für sie erweisen könnte. Die Eltern sollen nach Ganter (ebd.) „Medizin für ihr Kind sein“.

Phase zwei ist der Bearbeitung der Themen gewidmet. Hier sollen die erkannten Konflikte zur Lösung getragen werden. Dazu zählt die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung der Elternrolle, ihre Förderung als Paar und der Support der jugendlichen Cannabis-User bei der Selbstexploration. Mittels familientherapeutischer Methoden soll in dieser Phase im Zentrum die Verbesserung der familiären Beziehungen und damit zusammenhängend die Verbesserung der Kommunikation stehen. Darüber hinaus sollen im Rahmen von „Case Management“ in den außerhalb der Familie zu verortenden und im Zusammenhang mit der Problemsymptomatik stehenden Bereiche interveniert werden. (ebd.)

Phase drei soll erarbeitete Veränderungen zementieren und einen Abschluss ermöglichen. Deswegen werden die erzielten Veränderungen gewürdigt. Mögliche zukünftige Probleme werden in dieser Phase mit den erlernten Bewältigungsstrategien untersucht und auf die

⁵⁷ Englisch für „Einschätzungs-/Abschätzungs-/Beurteilungsprotokoll“.

Umsetzung deren Bewältigung geprüft. Wenn Bedarf danach besteht, wird in weiterführende Therapien vermittelt. (ebd.)

Entwicklungsbereiche und Interventionsebenen

In der Praxis versucht MDFT vier Entwicklungsbereiche multidimensional zu bearbeiten und je nach der aktuellen Phase der Therapie gezielt und gleichzeitig zu intervenieren. Diese vier Ebenen der Therapie sind: die der einzelnen Jugendlichen, die der Eltern, die der Familie und die des sozialen Umfelds.

Auf der Ebene der **Intervention mit den Jugendlichen** ist es Aufgabe der TherapeutInnen, Kenntnisse über die Umgangsformen der Jugendlichen mit Cannabis zu gewinnen und ihre Einstellung zu dieser Substanz zu erfahren. Hierbei werden Motivationen und vor allem Funktionen des Substanzkonsums hinterfragt. In diesem Gespräch sollen noch bestehende und relevante Entwicklungsaufgaben untersucht und auf Risiko- und Schutzfaktoren hin analysiert werden. Dabei werden mögliche soziale Probleme der jeweiligen Jugendlichen dargestellt und für diese sowie etwaige Gesundheitsrisiken sensibilisiert. (vgl.: Ganter, 2006:89) In diesem Kontext werden verschiedene Themen erörtert und es wird versucht, eine Zielstellung mit den Jugendlichen zu erarbeiten. Folgende Komplexe sind, nach Ganter, dabei durchzugehen:

- Jugendliche sollen durch die Bewertung der SozialarbeiterInnen ein Verständnis für die Unvereinbarkeit von Missbrauch psychoaktiver Substanzen und den eigenen Zielstellungen im Leben entwickeln. Dabei sollen Veränderungen des Lebensstils positiv bestärkt, mögliche Diskrepanzen zwischen Gebrauch von Cannabis und gewünschten Zielen aufgedeckt und bearbeitet werden.
- Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben muss unterstützt und gefördert werden.
- Durch das Verbalisieren von Emotionen und Zuständen, sollen Konflikte in der Familie bearbeitet und bestenfalls gelöst werden.
- Die Verbesserung von Beziehungen zu Peers und/oder FreundInnen soll gefördert werden.
- Für Schule und Beruf ist bei Bedarf, eine Verbesserung der Leistung oder der Integration anzustreben.

- Bei gerichtlichen oder sozialen Problemen sollen MDFT-TeilnehmerInnen Unterstützung und Hilfe finden. (ebd.)

In diesen Einzelsitzungen sind wertschätzende, empathische sowie personenzentrierte Grundhaltungen der SozialarbeiterInnen unabdinglich. So soll die kognitive und emotionale Selbstexploration der Jugendlichen unterstützt und angeregt werden. Dabei werden, unter Beachtung der Fähigkeiten und Einschränkungen der jeweiligen CannabisgebraucherInnen, konkrete Lösungsstrategien zu Craving⁵⁸, Problemen mit der Familie, der Peer-Group oder dem sonstigen sozialem Umfeld und weiteren möglichen Problemen angeboten. (ebd.)

Bei der **Intervention mit den Eltern** setzt die MDFT auf zwei Ebenen an: Einerseits wird die Rolle der Eltern als erwachsene Einzelpersonen betrachtet und auf ihre Funktionsebenen hin untersucht. Dies geschieht unabhängig von den Aufgaben, die Eltern als ErzieherInnen zukommen. Dabei wird nach möglichen und speziellen Problemen gesucht, die die Erziehung negativ beeinflussen könnten (bspw. Alkoholmissbrauch, Eheprobleme, psychische Störungen). Falls Probleme auftreten, die starker Natur sind (und deswegen nicht durch MDFT lösbar sind), ist in weiterführende Hilfe zu vermitteln. Die zweite Ebene beschäftigt sich mit dem Erziehungsstil der Eltern und hinterfragt diesen therapeutisch. Dabei finden Themen wie Nähe und Distanz zum Kind, Ambivalenz von elterlicher Kontrolle und der Autonomiebestrebung des Kindes, die gemeinschaftliche erzieherische Grundhaltung der Eltern und speziell familiäre Themen (Scheidung, Erkrankung, Tod, Gewalt etc.) einen Rahmen zur Bearbeitung. Die Eltern oder Elternteile sollen in Einzelsitzungen so in ihrer Erziehungsfähigkeit gefördert und auch psychoedukativ⁵⁹ unterstützt werden. Auf dem jeweiligen Alter entsprechende Kommunikation, dem Setzen von Grenzen sowie der Verfolgung der Umsetzung gemeinsamer Absprachen, wird hier besonderes Augenmerk gelegt. (vgl.: Ganter, 2006:90)

In der **Intervention mit der Familie** wird davon ausgegangen, dass die Qualität der familiären Beziehung als stärkste Kraft für die Entwicklung der Jugendlichen entscheidend

⁵⁸ Englisch für Verlangen, Begierde. Bezeichnet ein „ausgeprägtes, starkes Verlangen nach etwas, in Bezug auf Drogenkonsum: Verlangen nach Wiederholung des Konsums“. (Drug Scouts, 2007b)

⁵⁹ Abgeleitet von „psycho“ (das System menschlichen Wahrnehmens und Denkens betreffend) und „edukativ“ bzw. „Edukation“ (Erziehung). Gemeint ist hier eine die psychische Haltung der AdressatInnen betreffende Unterstützung bei der Erziehung, bei der Herbeiführung von Verständnis und Erkenntnissen sowie bei der Anwendung psychologischer Umgangsweisen.

ist. Starke Beziehungsbanden in der Familie gelten als wichtiger Schutzfaktor vor problematischem Verhalten oder der Entwicklung riskanter Umgangsweisen mit Cannabis. Deshalb will MDFT neue Kommunikationsformen in der Familie fördern, indem Organisationsstrukturen und emotionale Bindungen bearbeitet und so verändert werden. MDFT arbeitet in Familiensitzungen mit Realinszenierungen von Problemen. Dies dient zum Austragen von familiären Problemen in neuer Form, damit diese emotional konstruktiv bearbeitet werden können. Probleme dieser Art stammen meist aus den Einzelsitzungen mit den Jugendlichen und/oder den Eltern und wurden anschließend für die Familiensitzung vorbereitet. Auch ist es möglich und erwünscht, diese Probleme nach der Familiensitzung in ihrem neuen Licht in der Einzelsitzung erneut zu betrachten und weiter aufzuarbeiten. (ebd.)

Intervention mit dem sozialen Umfeld ist hier als Intervention im sozialen System zu verstehen. Zum sozialen System gehören Peer-Groups, Freunde, Schule, Ausbildungsbetrieb, medizinische Dienste, Ämter, Behörden, Gerichte (bei Delinquenz) etc. Ziel ist hier, soweit Problematiken bestehen, Eltern und Jugendliche beim Umgang mit diesem System zu unterstützen. SozialarbeiterInnen sollen hier bspw. zwischen den Institutionen und den Familienmitgliedern vermitteln, Termine vereinbaren und diese im Sinne der Familie begleiten. Dabei ist Hauptanliegen, die Beziehungen der Familienmitglieder zu den Personen und Institutionen zu optimieren, um die Ressourcen für die MDFT-TeilnehmerInnen auszubauen. Grundannahme für diese Interventionsebene ist, dass familiäre und individuelle Veränderungen oft nicht ausreichen, um eine dauerhafte und für alle akzeptable Lösung des Problems herbeizuführen. Dieser Ansatz, der im Rahmen des Case Managements zu verorten ist, findet seine Ursprünge im Empowerment und in der Sozialraumorientierung. (vgl.: Ganter, 2006:91)

Kritische Betrachtung der Multidimensionalen Familientherapie

MDFT wird durch evidenzbasierte klinische Forschung gestützt und versteht den Missbrauch von Cannabis als Teil eines schädlichen Lebensstils. Ein rein substanzbezogener Kontext wird als unzureichend erachtet. Problematischer Missbrauch von Cannabis ist somit Teil eines komplexen Problemverhaltens. Nach Ganter zählen hierzu komorbide Störungen, familiäre Disharmonie, fehlende oder mangelhafte soziale Bindungen, Probleme in der Schule/dem Betrieb, Strafverfolgung, gerichtliche Auflagen etc. So können verschiedene Problemlagen innerhalb dieser Kontexte bearbeitet werden. (vgl.: Ganter, 2006:85ff)

MDFT zielt folglich auf alle dieser Problembereiche ab, was an sich sinnvoll ist, doch ist die Problemfixierung deutlich. Professionellen sollten eine deutliche Hinwendung zu den Ressourcen der TeilnehmerInnen zur eigenständigen Bewältigung der Probleme von Bedeutung sein. Unserem Verständnis von Ganters Schilderungen nach sind zwar Probleme auf Zusammenhänge im biopsychosozialen Kontext hin zu untersuchen, aber die Erarbeitung von Lösungsstrategien sollte sich stärker an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und nicht an von BeraterInnen vorgegebenen Zielstellungen. Hier findet unserem Erachten nach der Aufbau von Fähigkeiten zur Lösung der eigenen Konflikte zu wenig Eingang in die MDFT. Sicherlich können beispielhaft durch die MitarbeiterInnen Lösungsszenarien vorgegeben und zur Ideenfindung genutzt werden. Aber die Beurteilung, welcher Problemumfang besteht und welche Strategie nützlich für eine Lösung ist, sollte möglichst bei den TeilnehmerInnen liegen. Hier könnte es sonst zu Missverständnissen und Konflikten aufgrund von Wertungen und Fehleinschätzungen durch die SozialarbeiterInnen kommen.

Auch ist es schwierig, den Gebrauch von Cannabis, den viele Eltern schon allein als Missbrauch verstehen, als Professionelle ebenfalls vorerst negativ zu betrachten und die Möglichkeit genussorientierten Konsums durch die Negativsicht auf Cannabiskonsum unnötig zu verbauen. Hier muss die Lebenswelt von Jugendlichen stärker berücksichtigt werden und deren Bedürfnisse mit den einschränkenden biopsychosozialen Gegebenheiten in Einklang gebracht werden. Zwar findet im Eingang der Intervention mit Jugendlichen die Funktionalität von Cannabisgebrauch Berücksichtigung, allerdings muss dieses weiter gewichtet werden bspw. mit der Betrachtung und Erarbeitung von Alternativen zur jeweiligen Funktion des Cannabisgebrauchs. Ebenso sind Beurteilungen oder Bewertungen von Cannabiskonsum oder des Verhaltens Jugendlicher durch die SozialarbeiterInnen grenzwertig und bedürfen eines hohen Maßes an Sensibilität und Einfühlungsvermögen der Professionellen, was aufgrund unterschiedlicher Lebenswelten nicht voraussetzen ist. Hier muss möglichen Deutungsversuchen und damit einhergehenden Wertzuschreibung der SozialarbeiterInnen entgegengewirkt und diese mit der Selbstwahrnehmung, Authentizität und den Ressourcen der Jugendlichen substituiert werden. Systemische Fragestellung kann hier hilfreich sein. Nichts spricht dagegen, Denkanstöße zu liefern, aber von einer allzu suggestiven, bestimmenden Vorgehensweise sollte im Interesse des Vertrauens der Jugendlichen abgesehen werden. Wobei letztlich auch die Möglichkeit von Unwillen

hinsichtlich der Veränderung von Cannabiskonsum auf Seiten der Jugendlichen bedacht werden muss.

Die MDFT bietet ein breites Spektrum von Interventionsmöglichkeiten, die größtenteils nicht für diese Therapie spezifisch sind, was die Anwendung jedoch erleichtert. Die Abfolge, Kombination und Bestimmung des Fokus der Interventionen unterscheidet MDFT von anderen familienorientierten Ansätzen in der Arbeit mit Usern psychoaktiver Substanzen. Zwar werden in Beratungsstellen Gespräche oft unter Einbeziehung der Eltern durchgeführt, aber sie sind meist beschränkt auf diesen Rahmen. Die Fokussierung von Problemen wird dadurch sehr eingeschränkt und Zusammenhänge können evtl. keine ausreichende Beachtung finden. Im Kontrast dazu ist MDFT niedrigschwellig, aufsuchend (die MitarbeiterInnen können auch in die Wohnung der Familie kommen.) und auf die Multidimensionalität von möglichen Problemlagen zugeschnitten (Professionelle sprechen mit ÄrztInnen, LehrerInnen, Gleichaltrigen, BewährungshelferInnen etc.). Dies zeigt sich u.a. darin, dass die SozialarbeiterInnen das Material von der einen Quelle für die andere nutzen und dies für jede Sitzung klar planen und strukturieren. (vgl.: Ganter, 2006:91f)

MDFT fokussiert die mitgebrachte Problemstellung und ist auf kurze Zeit angelegt. Durch Intensität und Strukturierung kann MDFT eine Alternative zur stationären Behandlung von CannabismisbrauchernInnen bieten. Aus den von Ganter geschilderten Erfahrungen bei der Anwendung der Therapie ist eine unterschiedliche Gewichtung der Ebenen, je nach Einzelfall, zu verzeichnen. Hier kommt es auf die Problemstellung der Familie an. Familien, die über gute Ressourcen und Fähigkeiten verfügen, werden nur selten auf der vierten Ebene des sozialen Umfelds Unterstützung benötigen. Wohingegen Ganter vermutet, dass Familien aus sozial schwachen Milieus einen erhöhten Bedarf an Unterstützungen auf der vierten Ebene (Case Management) haben. Dies kann bezüglich einer konzeptuellen Ausrichtung und Finanzierung eines Projekts von Interesse sein. Auch sind in diesem Zusammenhang Netzwerkarbeit und Vermittlungsangebote zu bedenken. (vgl.: Ganter, 2006:92)

Für eine erfolgreiche Umsetzung von MDFT ist festzuhalten, dass permanente Reflexion und Planung des Therapieprozesses vonnöten ist und im Rahmen der Einrichtung ermöglicht werden muss. Supervisionen und flexibles Arbeiten auf verschiedenen Ebenen mit unterschiedlichen Professionellen sind dafür Voraussetzungen. Dies erfordert jedoch eine hohe Integrationsfähigkeit der jeweiligen Professionellen. Abschließend ist anzumerken, dass

Ganter selbst die aktuelle MDFT für Jugendliche mit ausgeprägten Problemsymptomen präferiert und nicht generell für problematisch konsumierende Jugendliche. (vgl.: Ganter, 2006:92f) „Generell ist zu bemerken, dass die Indikation für MDFT in der jetzigen Form nur bei jugendlichen Cannabisabhängigen mit komorbiden Störungen sinnvoll scheint. Jugendliche mit weniger gravierenden Cannabisproblemen bzw. ohne komorbide Störungen sind mit anderen, weniger intensiven Kurz- und Frühinterventionsangeboten zu erreichen.“ (Tossmann 2005, Bonnet 2005 in Ganter, 2006:96)

7.4.5 Das Projekt FreD

Wirth (2006:114) führt einen durch Studien nachgewiesenen Anstieg des Konsums psychoaktiver Substanzen und eine gleichzeitig nicht anwachsende Zahl von KonsumentInnen, die im Drogenhilfesystem landen, als Ausgangssituation an. Auf diese Entwicklung hin entstand im Landschaftsverband Westfalen-Lippe Ende der neunziger Jahre das selektive (im Sinne der Sekundärprävention) Projekt FreD⁶⁰. In diesem Projekt soll neben der Arbeit mit der Zielgruppe geprüft werden, ob justizielle Zugangswege dafür geeignet sind, jugendliche KonsumentInnen zu erreichen. So kann freiwillig und im Rahmen von Sozialstunden an einem sogenannten Drogenreflexionskurs teilgenommen werden. Dabei ist Leitidee, jungen und polizeilich erst auffälligen Usern illegalisierter Substanzen frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu unterbreiten. Dieses erstreckt sich über acht Stunden und ist für ca. fünf bis zwölf TeilnehmerInnen konzipiert, die sich in der Regel nicht kennen. FreD stellt somit inhaltlich ein Projekt zur Früh- und Kurzintervention dar, dessen Grundlagen das salutogenetische Konzept und die motivierende Gesprächsführung bilden. Somit arbeitet FreD autonomiefokussiert und ressourcenorientiert. (vgl.: Wirth, 2006:114f)

Zielgruppendefinition

Es gibt viele Jugendliche im Alter von 14–21 Jahren, die illegalisierte psychoaktive Substanzen konsumieren, bei denen der Konsum jedoch nicht problematisch ist und kein Missbrauch der Substanzen vorliegt. Allerdings wurden sie durch den Konsum polizeilich auffällig (erstmalig). In Ausnahmefällen können von FreD bis zu 25jährige Personen aufgenommen werden. Der Zugang zum Kurs und dessen rechtliche Grundlagen sind über strafrechtliche (BtMG §31a) und pädagogischen (JGG §§ 44, 47) Bestimmungen geregelt.

⁶⁰ Frühintervention bei erst auffälligen DrogenkonsumentInnen

Ursprünglich sollte sich die Zielgruppe aus denjenigen zusammensetzen, deren Verfahren im Rahmen des § 31a BtMG voraussichtlich eingestellt werden würde. Der Schock, mit der Polizei zu tun zu haben und strafrechtliche Konsequenzen fürchten zu müssen, sollte hier genutzt werden. Später stellte sich aber heraus, dass Jugendliche hauptsächlich über das JGG ins Projekt gelangten. (vgl.: Wirth, 2006:116)

Kooperationspartner

Vor Ort fungiert die Drogenberatungsstelle als Träger des Angebots von FreD und koordiniert das Projekt mit den KooperationspartnerInnen, durch welche die Jugendlichen ins Projekt gelangen. Gemeint sind hier Polizei, Staatsanwaltschaft, Jugendhilfe, Gerichtshilfe, Gericht und Bewährungshilfe. (vgl.: Wirth, 2006:116)

Zielstellungen

Grundsätzlich ist FreD versucht, einer erneuten Straffälligkeit und einer Problematisierung des Konsums psychoaktiver Substanzen hin zu missbräuchlichen Konsummustern vorzubeugen. Dies wird über das Erreichen folgender Ziele versucht:

- Vermittlung von Informationen zu den unterschiedlichen Substanzen, deren Wirkungen und Risikopotentialen,
- Anregung zur Reflexion des eigenen Substanzkonsums und zur Reflexion damit verbundener und zugrunde liegenden biopsychosozialer Bedingungen,
- Förderung von Selbst- und Fremdeinschätzung, Risikobewusstseins und Eigenverantwortung,
- Motivation zur Verhaltensänderung (bei Bedarf),
- Öffentlichkeitsarbeit für die regionale Drogenhilfe und deren Methoden. (vgl.: Wirth, 2006:117f)

Inhalte der Kurse

Welche Inhalte in den Kursen als Schwerpunkt angeboten bzw. verstärkt umgesetzt werden, hängt vom jeweiligen Standort der Drogenberatungsstelle ab. So werden die TeilnehmerInnen vor dem Kurs zu ihren Erwartungen befragt, um die Schwerpunktsetzung zu bestimmen. Als Hauptthemen von FreD werden folgende Inhalte bearbeitet:

- die rechtlichen Rahmenbedingungen (bspw. Rechte und Pflichten beim Umgang mit Polizei und Justiz, psychoaktiven Substanzen, Führerschein)
- Gesundheit (bspw. mögliche biopsychosoziale Folgen des Konsums, Konsummuster, Selbstkontrolle)
- Stoffkunde (bspw. risikominimierter Gebrauch, Mischkonsum, Wirkungen verschiedener Substanzen)
- Soziales Verhalten (bspw. Umgang mit Konflikten, soziale Gründe für eigenen Konsum, Beziehungsgestaltung)
- Hilfsangebote (bspw. Vorstellen der städtischen Hilfsangebote, Arbeitsweise) (vgl.: Wirth, 2006:118)

Methodik von FreD

Grundlegend sind Abläufe eines FreD-Kurses verschieden und können, je nach Bedarf neu zusammengestellt werden. Sie dienen vordergründig dazu, einen Austausch unter den Jugendlichen in Gang zu bringen. Beispielhaft ist dies wie folgt umzusetzen:

Im ersten Teil geht es darum sich kennenzulernen, den Wissensstand auszuloten und den weiteren Ablaufplan zu erarbeiten. Hier sind Vorstellungsrunden und Skalierungsfragen (Wie (un-)freiwillig seid ihr hier? 0 heißt, bin gespannt auf den Kurs, 10 heißt, man hat mich an den Haaren herbeigezerrt.) u.ä. nützliche Mittel um das Eis zu brechen. Danach kommt es zur Vereinbarung der Grundregeln des Kurses.

Eine Sammlung der Erwartungen und Fragen der TeilnehmerInnen, die im Verlauf des Kurses beantwortet werden, kann den Fahrplan ergänzen bzw. fokussieren. Rechtliche Aspekte werden diskutiert. Hier kann mit Karten gearbeitet werden, auf denen rechtliche Behauptungen vermerkt sind, die von der Gruppe diskutiert werden. Ein wichtiger und interessanter Teil ist die Vermittlung von Substanzinformationen zu Wirkungen und Risiken, wobei ein Flipchart genutzt wird. Die TeilnehmerInnen sammeln hier Daten zu unerwünschten und erwünschten Wirkungen des eigenen Konsums, was anschließend diskutiert wird. So werden Kosten und Nutzen des Konsums sichtbar. (vgl.: Wirth, 2006:126f)

Im zweiten Teil geht es hauptsächlich um die Reflexion des derzeitigen Verhaltens und der Schaffung eines Basiswissensstandes. Dazu dient die Besprechung von Substanzinformationen und Handlungsalternativen in sozialen Situationen rund um den

Drogenkonsum. Hierbei kann man eine Abwandlung des Spiels „Jeopardy“ namens „Der Joint ist heiß“ nutzen. Es werden Fragen rund um die Drogenthematik gestellt und bei richtiger Beantwortung gibt es Punkte und Belohnungen.

Anschließend kann mit der Reflexion des persönlichen Konsumverlaufs fortgefahren werden. Dabei kann das Konsumdiagramm genutzt werden, wobei der eigene Konsum in einem Koordinatensystem veranschaulicht und so diskutierbar wird. (vgl.: Wirth, 2006:128)

Der dritte Teil widmet sich dem eigenen Konsum und ggf. der Herbeiführung einer Veränderung. Hier werden vorerst die verschiedenen Konsummuster differenziert. Dazu werden zu Genuss, Missbrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit 15 Unterpunkte auf kleine Zettel geschrieben (bspw. Konsum zu besonderen Gelegenheiten, Konsum aus einem unangenehmen Gefühl heraus etc.). Diese sollen dann den verschiedenen Konsummustern zugeordnet werden. Die TeilnehmerInnen diskutieren dies und sollen sich anschließend selbst einem Muster zuordnen. Dabei werden sie danach befragt, wie zufrieden oder unzufrieden sie damit sind, was in einem Änderungswunsch oder Verbesserungswunsch hinsichtlich des eigenen Konsums münden kann. Anschließend wird versucht, die Selbstwahrnehmung zu stärken, indem Anzeichen für problematischen Konsum durch die TeilnehmerInnen gesammelt werden. Dies geschieht mithilfe eines Flipcharts. Anhand bestimmter Fragestellungen wird nun versucht, mit den Jugendlichen Indikatoren zu benennen, die Rückschlüsse darauf erlauben, was sie hinsichtlich des Konsums als problematisch empfinden. („Wie würde ich merken, dass ich mit meinem Konsum nicht (mehr) klar komme?“)

Dabei benennen Jugendliche verschiedene Signale (bspw. Schule wird egal, Gereiztheit, Pessimismus), die für die Gruppe teilweise Wiedererkennung- und Erkenntniswert haben können. So werden für die TeilnehmerInnen wichtige Signale markant und interpretierbar. Für den Fall, dass Jugendliche nun etwas ändern wollen, aber auch einfach nur zur Etablierung dieses Basiswissens hinsichtlich der Einschränkung des Konsums, wird von den FreD-MitarbeiterInnen im nächsten Schritt versucht, praktische und konkrete Tipps zur Veränderung oder Einstellung des Cannabiskonsums zu geben. Hier werden Fragen beantwortet wie bspw., welche Schwierigkeiten es bei der Veränderung des Konsums oder beim Aufhören geben kann und welche Strategien es gibt, um mit diesen Schwierigkeiten umzugehen. An diesem Punkt sind die unterschiedlichen Erfahrungen der verschiedenen TeilnehmerInnen der Gruppe sehr nützlich und wertvoll. Es ist klar, dass hier Anstrengungen positiv dargestellt werden, was sich z.B. beim Lösen des „Einschlafproblems“ zeigt: Es wird

als anstrengend geschildert, sich Rituale zu suchen und zu etablieren, um die Zeit vor dem Schlafengehen durchzuhalten. Normalerweise verflüchtigt sich dieses Problem jedoch nach ein paar Tagen.

Dadurch wird die Anstrengung lohnenswert. Somit ist auch ein Hauptlernerfolg, dass eine Verhaltensänderung für die betreffende Person zwar erst anstrengend erscheint, später aber positive Effekte hat (mehr Geld, da weniger Cannabiserwerb, Entstehen/Wiederaufleben neuer/alter Freundschaften, Unternehmungslust, sozialer Anschluss). Daran anknüpfend und um die Hemmschwelle weiter zu senken, werden weiterführende Angebote in der Einrichtung und auch anderer Träger besprochen. Dabei ist es nützlich zu fragen, welche Gedanken es erleichtern oder erschweren, professionelle Hilfe oder Unterstützung anzunehmen.

Abschließend kommt es zur Schlussrunde, in der die TeilnehmerInnen Zeit für Rückmeldungen haben und weiter ermuntert und bestärkt werden, bei weiteren Fragen oder Hilfebedarf, alleine oder mit FreundInnen wieder zu kommen. (vgl.: Wirth, 2006:128ff)

Kritische Betrachtungen des Projekts FreD

Vorerst ist der Aspekt des Zwangs bzw. der Unfreiwilligkeit zu bedenken. Hier spricht Wirth (2006:121ff) davon, dass sie es für eine der wichtigsten Prämissen hält, gerade ein Angebot der Drogenhilfe für die Inanspruchnahme freiwillig zu gestalten. Dies liegt für sie zum einen in der Angst um den Ruf der Beratungsstelle (diese könnte als verlängerter Arm der Justiz missverstanden werden) begründet, zum anderen in der Wirkungslosigkeit für TeilnehmerInnen an dem Kurs, die keine Lust haben, sich mit ihrem Konsum auseinanderzusetzen. Auf rechtlicher Ebene gab es Befürchtungen, dass FreD dazu dienen sollte, das BtMG zu verschärfen. Im Verlauf des Projekts wurde deutlich, dass die meisten TeilnehmerInnen tatsächlich nicht freiwillig ins Projekt gelangten. Doch ist durch das Feedback der TeilnehmerInnen, so Wirth (ebd.), ein anderer Schluss zu ziehen als eine Verschärfung des . Die meisten merkten danach an, dass sie nie freiwillig in das Projekt gekommen wären, aber im Nachhinein froh sind, gekommen zu sein. Dies erklärt Wirth damit, dass zwar der Zugangsweg durch die Vermittlung sanktionierter Bestrafung zwanghafter Art ist, aber nicht die Vermittlung der Informationen und Inhalte. FreD unterstützt dabei, offene Gespräche zu führen, die zur Informationsaneignung und Reflexion führen können und diese Aspekte fördern. Somit muss sich der motivierenden Gesprächsführung gewidmet werden. Diese vermittelt jedoch kein bestimmtes Ziel, sondern animiert zur Übernahme von Selbstverantwortung und fördert das Treffen eigenständiger Entscheidungen. Darüber hinaus kann diese Art des Drucks entlastend auf Jugendliche

wirken, da sie nicht fürchten müssen, vor Gleichaltrigen beim Gang in die Beratungsstelle das Gesicht zu verlieren. Weiterhin sehen viele Jugendliche im Zugeben des problematischen Konsums ein Eingeständnis von „nicht klar kommen“ oder „krank sein“, was unter dieser Art von Druck vor eventuell vorhandenen kritischen Bezugsgruppen nicht eingestanden werden muss. (vgl.: Wirth, 2006:121f)

Der Druck und die damit verbundene Aufmerksamkeit entsprechen dem jugendtypischen Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit anderen Jugendlichen und ihrem Verhalten. Oft wird dieses Bedürfnis nach Reibung durch die Eltern nicht kompensiert, was im ungünstigen Fall zum Wechsel in härtere Konsummuster führen kann. Auch in diesem Rahmen kann dieser justizielle Druck also sinnvoll sein, wenn die betreffende Beratungsstelle ansonsten akzeptierend vorgeht. Wirth betont, dass nicht unbedingt darauf gedrängt werden sollte, alle Jugendliche im Kursangebot unterzubringen. Sie sollten im Vorgespräch schon ein Mindestmaß an Interesse für das Angebot mitbringen, sonst kann es später im Kurs schwierig bzw. unmöglich werden, diesen sinnvoll abzuhalten. (vgl.: Wirth, 2006:122)

Für den Erfolg des Projekts ist eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Kooperationspartnern wichtig. Ohne diese ist die Umsetzung von FreD nicht möglich. Aus den bisherigen Erfahrungen mit FreD ist klarzustellen, dass nicht nur über Dienstanweisungen gearbeitet werden sollte. Die MitarbeiterInnen der verschiedenen Kooperationsprojekte, welche den Zugang letztendlich vermitteln, sollten bestmöglich über das Projekt informiert werden. Nur so wird es möglich, dass sie auch hinter dem Projekt stehen können, sich als Teil davon verstehen und entsprechend handeln. (vgl.: Wirth, 2006:122f)

Problematische Konsummuster müssen kein Ausschlussgrund sein. Zwar wurde bei Projektbeginn angenommen, für problematische KonsumentInnen sei das Angebot nicht ausreichend, dies wurde aber durch die Erfahrungen im Projekt widerlegt. Da die meisten TeilnehmerInnen nicht aus eigenem Antrieb ins Projekt kommen, ist es schwierig, ihnen aufgrund ihres problematischen Konsums längerfristige Angebote zu unterbreiten. Da sie durch FreD aber dazu angehalten werden, eigenständige Entscheidungen zu treffen, das Angebot kurz und kompakt ist und sie anschließend selbst entscheiden können, ob sie etwas ändern wollen oder nicht, nehmen sie FreD und ggf. weiterführende Angebote gut an. Auch ist die Vermittlung von Wissen für problematisch Konsumierende immens wichtig (bspw. Safer Use, Frühwarnzeichen einer Psychose, Verhalten im Drogennotfall, Hinweise zu missbräuchlichen Konsum) und als Sekundärgewinn können die problematisch

konsumierenden TeilnehmerInnen dieses Wissen als Multiplikatoren in ihre Freundeskreise tragen und so möglicherweise Verhaltensänderungen oder Reflexion an sich provozieren. Ein weiterer gewichtiger Grund für die Integration problematisch Konsumierender in den Kurs ist, dass viele TeilnehmerInnen sich das erste Mal mit ihrem Konsum auseinandersetzen und dabei wichtige Bewusstwerdungsprozesse durchlaufen. So kann bspw. die Aussage „Ich kiffe jeden Tag, weil es mir Spaß macht!“ als Teil eines größeren Problems verstanden werden, z.B. dass ohne Cannabiskonsum mit Aggressionen nur schwer umgegangen werden kann. Auch wird die Rolle von Cannabis bei der Identitätsbildung hinterfragt. Dadurch kann es zur Frage kommen „Wer wäre ich, wenn nicht mehr Kiffer?“. So dient der Kurs zur Reflexion und zur realistischen Selbsteinschätzung, die gerade für problematisch konsumierende CannabisgebraucherInnen gut und wichtig ist. (vgl.: Wirth, 2006:123ff)

8 Umgang mit Cannabis und Jugend: Die Einrichtung

Im Folgenden werden unsere Schlussfolgerungen aus dieser Arbeit eruiert und konzipierend umgesetzt. Auf die in dieser Arbeit dargestellten und abgehandelten Sachverhalte, die entscheidend für die Gestaltung der folgenden Konzeption sind, wird im Text extra verwiesen. Welche Bestandteile des folgend geschilderten Angebots zentral für die Einrichtung sind, muss sich nach der Umsetzung des Projekts verständlicher Weise am Bedarf und an den Erfolgen der verschiedenen Methoden orientieren.

8.1 Ausgangssituation

Notwendigkeit und Bedarf des Hilfeangebots

Der Konsum von Cannabisprodukten ist unter jungen Menschen in allen Gesellschaftsschichten vorhanden und weit verbreitet. (vgl.: 2.2) Ein Erlernen des Umgangs mit Cannabis findet demgemäß ebenfalls besonders im Jugendalter statt, denn hier werden grundsätzliche Entwicklungsaufgaben bewältigt, die die späteren Einstellungen und Verhaltensweisen u.a. auch in Bezug auf psychoaktive Substanzen prägen. (vgl.: 4.2, 5.2) Die aktuelle Forschung geht davon aus, dass Menschen ein natürliches Bedürfnis nach Rausch haben, wobei die Veränderung der Wahrnehmung, der Stimmung und des Erlebens angestrebt werden. (siehe 5.3) Wie Jugendliche dabei an die Substanz gelangen und welche Konsummuster von ihnen genutzt werden, ist von den sozialen, kulturellen und rechtlichen Bedingungen geprägt, die zur jeweiligen Zeit am jeweiligen Ort vorherrschen. Grundlegend wird den jungen Menschen der Umgang mit psychoaktiven Substanzen von der Familie vermittelt, die hier das erste Lernumfeld bildet. (vgl.: 5.2) Hier sind vor allem derzeit gesellschaftlich akzeptierte Substanzen wie Alkohol oder Nikotin bestimmend. Später werden die Peer-Groups wichtiger für die Orientierung der einzelnen Jugendlichen und somit möglicherweise auch für die Wahl der Substanz und den Umgang damit. (siehe 4.2, 4.3, 5.2) Gerade die User der am meisten verbreiteten illegalisierten Substanz haben hinsichtlich ihrer Unterstützung eine große Form der Selbstorganisation und Selbsthilfe geschaffen, die individuell wie gesellschaftlich eine Auseinandersetzung mit Cannabis vorantreibt. Hier sind beispielhaft Organisationen wie der Deutsche Hanfverband (DHV), verschiedene Foren im Internet (www.kiffer.net), die jährliche Hanfparade in Berlin oder die International Association for Cannabis as Medicine zu benennen. Es ist davon auszugehen, dass die Rolle

des Internets zur Wissensvermittlung an Bedeutung zugenommen hat. Eine von Eve & Rave Berlin (2007) durchgeführte Auswertung der Webstatistiken von vier der meistgenutzten deutschsprachigen Drogenaufklärungswebseiten zeigt, dass das Interesse von Jugendlichen und Erwachsenen an substanzspezifischen Informationen im Internet von Jahr zu Jahr stark zunimmt. Hier konnte belegt werden, dass vor allem das Interesse an Informationen zu Stimulanzien stark zunimmt, Informationen zu Cannabis jedoch bei allen untersuchten Seiten auch zu den am häufigsten abgefragten gehören.

Innerhalb dieser voranschreitenden Entwicklung sind CannabisgebraucherInnen weiterhin durch die Illegalisierung der Substanz sowie durch die cannabisspezifischen Wirkungen, durch nicht einschätzbare Wirkstoffgehalte (und Verunreinigungen), rechtlichen, sozialen, psychischen und physischen Risiken ausgesetzt. (vgl.: 1.3, 5.3, 6.5) So kann es zum Auftreten rechtlicher, gesundheitlicher und sozialer Problembereiche sowie auch zur psychischen Bindung an die Substanz, kommen. Hier entsteht eine rigide Fixierung auf den Cannabiskonsum als einzige Lösungs- und Bewältigungsoption für Konflikte, Anspannungen, Ängste, Anforderungen etc. Alternativen zum Konsum und zur Bewältigung werden entweder nicht gesucht oder gefunden, so dass ein problematischer Cannabiskonsum entstehen kann. (vgl.: 6.3, 6.4)

In Bezug auf diese Problematik sowie zur Förderung der allgemeinen Gesundheitserhaltung, ist das (meist) geringfügige Wissen über die Substanz, deren Wirkungen und Risiken unter Jugendlichen (vgl.: BMG, 2005:151f) zu erweitern. Neben dem Wissen sind auch risikoärmere Gebrauchsformen (Safer Use) sowie rechtliche Bestimmungen wichtig für die spätere Unterstützung und Beratung. Oft ist kein Wissen über funktionale und dysfunktionale Konsummuster von Cannabis unter Jugendlichen vorhanden. So werden aus Unwissenheit oft wichtige Aspekte der persönlichen Gesundheitsförderung und -erhaltung nicht beachtet. Darüber hinaus sind Lebens- und Problemlagen von Cannabis-Usern stark differenzierbar. Dies liegt zum einen daran, dass Cannabis in unterschiedlichen sozialen Schichten gebraucht wird und verweist zum anderen auf die ganz individuelle Einbettung des Cannabiskonsums in verschiedene Lebenskontexte.

Ausgangspunkt: unterschiedliche Problemlagen

Die aufzubauende Einrichtung soll neben jungen CannabisgebraucherInnen als Zielgruppe ein Angebot an exzessive CannabiskonsumentInnen sein, das ihnen Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung jugendspezifischer Entwicklungsaufgaben geben soll. Die Problemlagen der Jugendlichen, die Ausgangspunkt für sie waren, sich an die Einrichtung zu wenden, sind in ihrer Komplexität und Dramatik stark unterschiedlich, so dass sämtliche Unterstützung individuell auf die einzelne Biografie zugeschnitten werden muss. Dennoch lassen sich folgende Grundziele formulieren, die für den Umgang mit allen in der Einrichtung Unterstützung suchenden Jugendlichen eine wichtige Orientierung bieten:

1. Bearbeitung von Problemen und Schwierigkeiten bei der Integration in die Gesellschaft
2. Abwendung drohender Isolation und Ausgrenzung
3. Aufarbeitung bereits eingetretener Isolation und Ausgrenzung
4. Begleitung aller Jugendlichen auf ihrem Weg in ein geglücktes und zufriedenstellendes Leben als eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeiten (vgl.: Barsch et al., 2005:32f)

Des Weiteren muss davon ausgegangen werden, dass Jugendliche folgende Ressourcen brauchen, um in der heutigen Gesellschaft einen selbstbestimmten, selbstwirksamen und eigenen Weg in ein zufriedenstellendes und sozial akzeptiertes Leben finden zu können:

1. Fähigkeit zur Herstellung eines kohärenten Sinnzusammenhangs
2. Fähigkeit mit einem Zwiespalt zwischen Forderungen nach Grenzüberschreitung und Grenzsetzung, produktiv umgehen zu können
3. „einbettende Kulturen“
4. materielle Basissicherheit
5. Erfahrung der Zugehörigkeit
6. Kontext der Anerkennung (vgl.: Barsch et al., 2005:32f)

Wie kann dieser Ausgangssituation nun sozialarbeiterisch begegnet werden?

Zusammenfassend anhand der Ausführungen in dieser Arbeit sind verschiedene Ansätze darzustellen, die in Partizipation und Unterstützungsleistungen einzuteilen sind.

Angebote im Rahmen der Partizipation können sein:

- Beteiligung am Projekt durch freiwillige Mitarbeit (wobei im Idealfall Integration in ein neues Umfeld, eventuell in eine neue Peer-Group ermöglicht wird)
- Einbindung in Aus- und Weiterbildungen als MultiplikatorIn
- Einbindung in die Angebote des Projekts als MultiplikatorIn
- Zelebrieren von Festivitäten (Geburtstage, Feiertage, spezielle Anlässe), das positive Sozialisierungseffekte und sogenanntes Socializing begünstigt
- Anerkennung der jugendlichen MitarbeiterInnen des Projekts durch Lob, Belohnungen und Anreize von weiteren Optionen (bspw. ermöglichen der Teilnahme an Veranstaltungen, die für die jeweiligen Jugendlichen von Interesse sind) sowie durch die Möglichkeit einer Honorartätigkeit

Angebote im Rahmen von Unterstützungsleistungen (Beratungen, Gespräche, Methoden, Kurse, Begleitung) widmen sich vordergründig:

- der Wissensvermittlung (Vermittlung eigener Möglichkeiten/Fähigkeiten/Ressourcen)
- der Unterstützung bei der Nutzung dieses Wissens durch bewusste Reflexion des eigenen Konsumverhaltens (SCIP, Risflection, Kursangebot) und des eigenen Verhaltens allgemein (Umgang mit Gewalt, Sexualität, Konflikten etc.)
- der Bearbeitung der Familiensituation in der Multidimensionalen Familientherapie nach Bedarf, der Unterstützung bei sozioökonomischen Problemen (bspw. Behörden, Weitervermittlung an entsprechende Träger der Jugendhilfe etc.),
- dem Decken eruierten Bedarfs an themenspezifischen Inhalten (bspw. SGB-II-Leistungen, Umgang mit Polizei/Gerichten/Behörden, Gesellschaft und Politik)
- dem Herausfinden und Nutzen von Strukturen, Optionen und Möglichkeiten sowie der Weitergabe dieses Wissens

Verständnis cannabisspezifischer Entwicklungsverläufe

Cannabis ist eine Substanz, die keine körperliche Abhängigkeit hervorrufen kann. Die Entwicklung einer psychischen Bindung an die Substanz ist aber möglich. (siehe 6.4) Grundlegend ist Cannabiskonsum hoch variabel (vgl.: 6.3) und führt nicht in einer kausalen Kette von persönlichen Problemen zu Problemen im sozialen Umfeld und, darauf aufbauend, in die Abhängigkeit, welche nur noch durch therapeutische Eingriffe und/oder strikter Abstinenz lösbar ist. So kann ein Hilfesystem, das sich ausschließlich auf die Verhinderung

dieser Kausalität bezieht, den tatsächlichen Bedürfnissen von Cannabis-Usern nicht gerecht werden. Hier ist grundsätzlich festzuhalten, dass es weder typische CannabiskonsumInnen, Konsumverlaufsformen, Persönlichkeiten mit Hang zur Entwicklung psychischer Bindung an Cannabis noch *die* Ursachen für den Cannabiskonsum oder *die* Kriterien zur Diagnostik einer Abhängigkeitsentwicklung gibt. (vgl.: 6.1, 6.2, 6.4) Warum Cannabis konsumiert wird, wie es ins Leben integriert wird oder auch nicht, welches Konsummuster entwickelt wird, ist von verschiedenen Faktoren abhängig, die sich teilweise gegenseitig beeinflussen. Darum ist die Entwicklung von problematischen Konsummustern oder einer psychischen Bindung an Cannabis durch verschiedene beeinflussende Faktoren offen. Dies wiederum eröffnet einen Handlungsspielraum für Professionelle, die dieser Entwicklung für das Individuum und gesellschaftlich etwas entgegensetzen wollen. Konkret wird dies durch die individuellen Umgangsverläufe mit der Substanz, wie kontrollierter Cannabisgebrauch, Konsumpausen oder Phasen der Abstinenz, veranschaulicht (vgl.: 5.4, 6.3). Diese Phasen werden durch das individuelle Set und umweltbedingte Faktoren mitbestimmt und geformt. Darüber hinaus ist der Konsum psychoaktiver Substanzen an sich, eine zu bewältigende Aufgabe in der Entwicklung eines jeden jungen Menschen (vgl.: 5.2), was ebenfalls auf die verschiedenen Möglichkeiten verweist, mit der bzw. den Substanzen umzugehen. Um sich diesen Bedingungen aus Hilfs- und Unterstützungsangeboten heraus zu nähern, ist eine ganze Palette von Faktoren, die das Konsumverhalten beeinflussen, zu beachten. Dazu zählen⁶¹:

- soziale und biografische Merkmale, wie Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, familiäre, schulische und berufliche Sozialisation
- Umstände des Einstiegs in den Gebrauch psychoaktiver Substanzen
- Zeitpunkt des Erstkonsums
- Dauer kompulsiver Konsummuster
- Grad der Integration in die Szene
- Kontakte und deren Art und Intensität zu Menschen ohne Bezug zu Cannabis
- Motivationen zum Cannabisgebrauch
- biopsychosoziale Bedeutung des Cannabiskonsums
- Länge der Phasen, in denen nicht konsumiert wird
- Länge der genussorientierten Konsumphasen
- Konsummuster und Art des Gebrauchs von Cannabis
- Bewusstheit des Risikos des Gebrauchs (Menge, Applikationsform, Häufigkeit)

⁶¹ Aus der gesamten vorliegenden Arbeit eruiert.

Hierin wird deutlich, wie variantenreich möglicher Hilfs- und Unterstützungsbedarf sein kann bzw. muss. Akzeptierende und vorurteilsfreie Drogenarbeit ist notwendig, um sich Cannabis-Usern auf eine Art zu nähern, die angenommen wird und die alle vorangegangenen Faktoren berücksichtigt. Die Unterstützung der KonsumentInnen muss im Rahmen des Empowerments zur Herstellung bzw. Wiederherstellung der Selbstkontrollfähigkeiten dienen. (vgl.: 7.2) Hier sind die Ressourcen und Handlungskompetenzen Einzelner zu nutzen. So kann problematischer Umgang mit Cannabis durch Eigenverantwortung vermindert und auf das individuelle Lebensziel umgemünzt werden. Dadurch wird Selbstverwirklichung unterstützt, die zusammen mit Gesellschaftsfähigkeit Genuss von Cannabis fördert und Missbrauch einschränkt. Dabei wird im Sinne von Drogenmündigkeit Lebensfreude und Genusskultur etabliert.

Im Grundsatz muss Cannabiskonsum ebenso wie Konsum anderer psychoaktiver Substanzen als Entwicklungsaufgabe verstanden werden. Darüber hinaus muss Substanzkonsum als mögliches (eventuell nicht zielführendes) Mittel zur Bewältigung anderer Entwicklungsaufgaben gesehen werden. Weiter ist festzuhalten, dass eine Cannabis gebrauchende ebenso wie eine abstinente Lebensführung zu akzeptieren ist. So wird Stigmatisierung und damit einhergehende Ausgrenzung verhindert und eine den Tatsachen entsprechende Auseinandersetzung ermöglicht. Ambivalentes Verhalten hinsichtlich Konsum und Abstinenz ist im Sinne der Gesundheitsförderung zu unterstützen und zu respektieren. Dabei können mögliche Selbstkontrollmechanismen entdeckt und entwickelt werden, wobei das Aushalten der Ambivalenzen vordergründig ist.

Ziele

Die Zielstellung richtet sich nach den drogenpolitischen Leitlinien der Stadt Leipzig und gehen mit der Publikation und den darin enthaltenen Handlungsanleitungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu „Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen“ (2005) einher. Dabei sind Vermittlung cannabisspezifischen Wissens und Risiko- und Schadensminimierung Ansatzpunkte und Zielstellungen für die Arbeit mit CannabiskonsumentInnen. Der Bedarf für diese spezifischen Angebote geht aus den Handlungsanleitungen der Bundesregierung und den Leitlinien der Stadt Leipzig hervor.

Nach den Drogenpolitischen Leitlinien müssen *„Kinder, Jugendliche und Heranwachsende [...] durch Erziehungs- und Präventionsmaßnahmen motiviert und in die Lage versetzt*

werden, legale und illegale Drogen zu meiden bzw. in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsentwicklung und orientiert an den gesetzlichen Bestimmungen zumindest kompetent mit ihnen umzugehen. [Dabei wird Drogen]-gebrauchern und -abhängigen, [...] der Zugang und die Inanspruchnahme von Beratung akzeptierend, niedrigschwellig (z.B. anonym) und bedarfsgerecht (z.B. altersentsprechend ohne Zeitverzug) ermöglicht; denjenigen Drogengefährdeten, -gebrauchern und -abhängigen, die ihr Verhalten ändern und/oder ihren Drogenkonsum aufgeben möchten, wird der unkomplizierte Zugang und die Inanspruchnahme von Therapie und stabilisierender Nachsorge möglich gemacht. [...] Abstinenzunmotivierten und -unfähigen Drogenabhängigen werden begleitende Hilfen unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen und sozialen Situation gewährt, [...].“ (Stadtrat Leipzig, 1999:5f)

Zielstellung ist demnach „[...] eine sachliche, glaubwürdige und ideologiefreie Diskussion über das Thema Cannabis. Dies gilt insbesondere auch für Informations- und Präventionsmaßnahmen. [...] Die spezifischen Risiken des Cannabiskonsums werden immer noch zu wenig wahrgenommen. Es besteht eine teilweise besorgniserregende Unkenntnis über das Risikopotential von Cannabis. [...] Die Bewertung des Cannabiskonsums erfordert eine differenzierte Betrachtung. Die gesundheitlichen Gefahren beim gewohnheitsmäßigen und abhängigen Konsum müssen klar kommuniziert werden. Deutliche Präventionsbotschaften sind wichtig: Häufiger Cannabiskonsum ist nicht harmlos, er kann zu physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen. Jugendliche, die in sehr frühem Alter mit dem Konsum beginnen, tragen ein besonders hohes Risiko. Ein Probierkonsum von Cannabis führt nicht automatisch zur Abhängigkeit, er sollte jedoch vor allem hinsichtlich seiner Risiken im Kontext von Schule, Arbeit, Straßenverkehr, bei Dispositionen zu oder vorhandenen psychischen/psychiatrischen Störungen thematisiert werden. [...] Präventions- und Informationsmaßnahmen haben riskante Konsummuster und ein frühes Einstiegsalter stärker zu berücksichtigen. Die Maßnahmen müssen zielgruppenspezifisch entwickelt, erprobt und angeboten werden. Erfolgreiche Beispiele und bewährte Strategien der Prävention, wie z.B. ‘FreD‘ [...] oder soziale Trainingskurse müssen besser kommuniziert und übernommen werden. [...] Beratungs- und Therapieangebote sind stärker auf die Zielgruppe der Konsumenten mit riskanten Konsummustern auszurichten. Für diese Zielgruppe muss eine glaubwürdige Kommunikation angeboten werden, die mit der Lebensweise und den Erfahrungen der meist jugendlichen Konsumenten in Einklang steht. [...] Der Aufbau von Netzwerken zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen, der Suchthilfe, der Jugendhilfe,

dem Bildungsbereich (insbesondere Schulen) und Elterninitiativen ist für eine frühere Erreichbarkeit von Konsumenten mit einem riskanten Konsum und der Vermittlung eines professionellen Beratungs- oder Therapieangebotes von entscheidender Bedeutung. Über diese Netzwerke soll der wichtige Austausch von Informationen und Erfahrungen als umfassender „best practice-Transfer“ gefördert und unterstützt werden. Insbesondere muss die Kooperation von Jugend- und Drogenhilfe verbessert werden. Neben Ressourcen für die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung sollten auch Angebote zur Nachsorge zur Verfügung stehen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Suchthilfesystem ist eine suchtmmedizinische wie entwicklungspsychologische Weiterqualifizierung zu cannabisbezogenen Störungen zu empfehlen, um frühzeitiger angemessene Hilfen leisten zu können.“ (BMG, 2005:151f)

Leistungsverpflichtungen für das Angebot (rechtliche Grundlagen)

Für die Suchtprävention gelten nach dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“ (2003:21) übergeordnete und allgemeine Ziele, wonach „*riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren*“ (ebd.) sind. Dies ist auf die Zielstellung der vorliegenden Arbeit zu beziehen und heißt, den KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen, Raum zu geben Kompetenzen im Umgang mit Rausch zu entwickeln und diesen sozialen (Lern-)Prozess wissensvermittelnd durch Professionelle zu begleiten.

Grundlage bildet diesbezüglich das Kinder- Jugendhilfegesetz (KJHG) mit den §§ 2, 11 und 14. Da das Angebot hauptsächlich an junge Menschen gerichtet ist, sind diese als „*Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes*“ (§ 2, KJHG, 2004:17) zu verstehen. Demnach sind „*Jungen Menschen [...]* zur Förderung ihrer Entwicklung erforderliche Angebote der Jugendarbeit zur Verfügung zu stellen. [...] [Diese] sollen an Interessen junger Menschen anknüpfen und von ihnen mitbestimmt und mitgestaltet werden, sie zur Selbstbestimmung befähigen und zu gesellschaftlicher Mitverantwortung und zu sozialem Engagement anregen und hinführen.“ (§ 11, KJHG, 2004:20) Dabei sind im Rahmen des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes, Maßnahmen anzubieten, die „*junge Menschen befähigen, sich vor gefährdenden Einflüssen zu schützen und sie zur Kritikfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit sowie zur Verantwortung gegenüber ihren Mitmenschen zu führen, [sowie] Eltern und andere Erziehungsberechtigte besser zu befähigen, Kinder und Jugendliche vor gefährdenden Einflüssen zu schützen.*“ (§ 14, KJHG, 2004:21)

Ergo ist Zielstellung für das Projekt mit Hilfe von Wissensvermittlung über Cannabis und mit der methodischen Entwicklung eines Risikomanagements, bei Jugendlichen folgende Fertigkeiten auszubilden:

- jederzeit auf fundiertes Wissen zurückgreifen können und dieses auch anwenden
- Ressourcen erkennen und für eigene Belange im Umgang mit sich, anderen, der Gesellschaft und Cannabis nutzen, um so Risiken zu mindern bzw. zu vermeiden
- möglichen persönlichen Hilfe- oder Unterstützungsbedarf erkennen und entsprechend wahrnehmen
- Funktionen und Bedeutungen des Cannabiskonsums erkennen, diese kritisch bewerten und eventuell Konsequenzen daraus ziehen
- Erkennen und Eröffnen der Option eines genussorientierten, regelkonformen, eigenverantwortlichen, risikobewussten und schadensminimierenden Umgangs mit Cannabis und der Etablierung dieser Option
- individuelle Selbstkontrollregeln im Umgang mit Cannabis auszuloten, anzuwenden und diese bis zur Verselbstständigung in das eigene Verhalten zu integrieren
- Ausbildung von MultiplikatorInnen für cannabisspezifisches Wissen, das diese in Peers und anderen Zusammenhängen wie Schule, Jugendtreff etc. tragen können
- Entwicklung einer Lebensanschauung und von Verhaltensweisen, die die Ambivalenzen zwischen Substanzkonsum und Abstinenz aushaltbar machen

Zielgruppe

Die sozialpädagogischen Angebote sind hauptsächlich an Jugendliche (im Sinne des § 7 Absatz 1, Nr. 1., 2., 3. und 4. SGB VIII (KJHG, 2004:19), die KonsumentInnen der Substanz Cannabis sind, gerichtet. Sie richten sich des Weiteren insbesondere an diejenigen, die ihren Konsum verändern wollen, aber auch an die, bei denen aktuell kein solches Bedürfnis besteht. Darüber hinaus ist das Projekt, für die Angehörigen von jugendlichen CannabiskonsumentInnen unterstützend tätig. Daneben sollen die Informationsangebote allen Interessierten sowie Menschen, die in einer sozialen oder professionellen Beziehung zu jugendlichen KonsumentInnen stehen, zugänglich sein.

8.2 Sozialpädagogische Arbeit – die Angebote

Folgend werden alle notwendigen Angebote der Einrichtung dargestellt. Überschneidungen in den diversen Aufgabenbereichen sind vorauszusetzen, da sie oft verschiedene administrative wie methodische Faktoren vereinen. Trotzdem wird versucht, eine grobe Einteilung nach administrativen (z.B. Finanzierung, Öffentlichkeitsarbeit) und methodischen (z.B. Aufklärung, Beratung, Alternativen zum Konsum) Arbeitsbereichen vorzunehmen.

Laden

Um einen Anlaufpunkt zu etablieren und einen Ort für die Aktivitäten des Projekts zu haben, ist ein Beratungs- und Informationsladen (Homebase) notwendig. Nur so kann das Projekt für die Zielgruppe, aber auch für Menschen verschiedener Gruppen greifbar und als Dienstleistung wahrnehmbar werden. Der Beratungsladen dient als niedrigschwelliges Grundangebot, um Menschen die Kontaktaufnahme mit dem Projekt und dessen Angeboten zu ermöglichen. Darüber hinaus soll er zur Information über die Substanz Cannabis und deren Risiken dienen, wobei darauf aufbauende Unterstützungsmöglichkeiten im Umgang mit Cannabis sowie alternative Bedürfnisbefriedigungsangebote zum Konsum fest vor Ort, etabliert sein sollen. Bei der Gestaltung der Homebase ist auf eine Jugendliche ansprechende Aufmachung zu achten. Auch eine Gestaltung gemeinsam mit Jugendlichen nach ihren Vorstellungen ist denkbar und wünschenswert. Dies kann die Identifikation Jugendlicher mit dem Laden erhöhen.

Damit unterschiedliche Angebote wie Einzel- und Gruppengespräche, Informationsveranstaltungen und Kurse sowie die Gestaltung von Freizeit und sozialen Events im Laden umsetzbar sind, braucht dieser entsprechende räumliche Voraussetzungen. D.h. separate Räumlichkeiten für Einzelgespräche, genug Raum für größere Gruppen und Raum für die Professionellen, die im Projekt arbeiten, damit diese auch während möglicher Gruppensitzungen einen Raum zum ungestörten Arbeiten haben. Mit dem Beratungs- und Informationsladen sollen die in Punkt 7 dargestellten, sozialpädagogischen Angebote beworben werden. Hierbei tritt die Homebase mit den darin integrierten Angeboten als selbstständig abrufbare Dienstleistung auf, die in Anspruch genommen werden kann und nicht muss (wobei sich Verbindlichkeiten am Unterstützungsbedarf orientieren und mit den jeweils Fragenden vereinbart werden). Weiter soll der Laden als Vermittlungsbasis dienen. Dabei soll auf weiterführende medizinische, therapeutische und psychosoziale Hilfen hingewiesen und ggf. ein Kontakt hergestellt werden. Hier ist vorerst entsprechende Netzwerkarbeit zu leisten.

So ist das Ladenangebot eine Verbindung verschiedener Zugangswege zu Jugendlichen, da hier klassische Sucht- und Drogenberatung, offene Jugendfreizeitarbeit und Jugendhilfe zusammengeführt werden, was durch gruppenspezifische Angebote wie Informationsveranstaltungen oder sozialen Happenings unterstrichen werden soll.

Da Jugendliche einen hohen Bedarf an Gesprächen und Diskussionen zur Drogenthematik haben, soll dies unter Einbezug von Gleichaltrigen, Gleichgesinnten und Professionellen ermöglicht werden. Deshalb wird das Projekt zu verschiedenen cannabispezifischen Themen Informations- und Diskussionsrunden anbieten, die nach Bedarf weiterführend oder einmalig sind. Hier wären aktuell bspw. Cannabisverunreinigungen wie Glas, Sand, Blei und Brix zu thematisieren.

Der Laden soll über dies alles hinaus Basispunkt für die Aktivitäten von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sein, was durch feste Öffnungszeiten reguliert, auch eine strukturierte Möglichkeit bieten soll, unter professioneller Betreuung durch die Fachkräfte des Projekts eigene Vorhaben umzusetzen. In diesen Prozessen sollen auch PraktikantInnen verschiedener Disziplinen (Sozialarbeit, Kultur- und Medienpädagogik, Recht, Medizin etc.) in der Homebase die Möglichkeit haben, Erfahrungen und Wissen zu sammeln. Dazu sollen Jugendlichen den ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sowie den Fachkräften verschiedene Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung und freien Nutzung stehen (kostenloser Internetzugang, Telefonbenutzung, Kopiermöglichkeit, Sachliteratur, eigens erarbeitete Informationsmaterialien, Terminkalender zur Vermittlung wichtiger Daten und Veranstaltungen etc.).

Die Auswahl des Standortes ist ein kritischer Punkt in der Gesamtplanung. Für die städtische Verortung des Ladenangebots ist die Innenstadtnähe unseres Erachtens am sinnvollsten, da so ein hoher Bekanntheitsgrad recht schnell erreicht, das Angebot auch von vielen Menschen wahrgenommen werden kann und auf die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Auseinandersetzung verwiesen würde, die voranzutreiben ist. Denkbar ist hier eine szenenahе bzw. jugendorientierte Verortung (bspw. neben Headshops oder in der Nähe von Jugendeinrichtungen).

8.2.1 Administrative Aufgaben

Personal

Besonders wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche und qualitativ gesicherte Arbeit der Einrichtung sind Effektivität und Kontinuität sowie eine entsprechende Finanzierung der Angebote. Damit die Hauptangebote der Einrichtung (Infoladen, Kursangebote, Internetseite, Cannabistelefon, Cannabissprechstunde, aufsuchende Arbeit) sowie die Akquise von Fördermitteln effektiv und kontinuierlich gewährleistet werden können, sind, den Erfahrungen aus den Praktika im Rahmen des Studiums gemäß, mindestens vier Fachkräftestellen auf Vollzeitbasis notwendig⁶². Wie viele Stellen überhaupt geschaffen werden können, hängt von den akquirierbaren Finanzmitteln und Fördermöglichkeiten ab, welche im Aufbau des Projekts organisiert werden müssen. Die Fachkräfte müssen einen Abschluss als SozialarbeiterIn, oder einen vergleichbaren (bspw. Erziehungswissenschaften, Soziologie) haben und aus dem Bereich der Drogenhilfe und/oder Jugendhilfe möglichst schon Erfahrungen mitbringen.

Es wäre sinnvoll, gemeinsame und persönliche Verantwortlichkeiten abzugrenzen. So könnte zu fixen Zeiten, eine Besetzung des Cannabistelefons und der Cannabissprechstunde durch das MitarbeiterInnenteam im Wechsel erfolgen. Bereiche wie die SCIP-Kurse könnten in die Verantwortung einzelner MitarbeiterInnen gelegt werden. Wie dies genau geschieht, muss im jeweiligen Team abgestimmt werden.

Darüber hinaus sind spezifische Weiterbildungen von großer Bedeutung. Dabei ist spezifisches Wissen und fachliche Kenntnisse zu der Substanz Cannabis, kontrolliertem Konsum, Cannabis und Führerschein, systemischer Beratung, Gruppenberatung und deren Dynamik, cannabisspezifischer Suchtprävention, Drogenkunde sowie auch der methodischen Umsetzung und Anleitung von Alternativen zum Cannabiskonsum, motivierender Gesprächsführung, Vertrautheit mit den Angeboten (SCIP, Risflection, MDFT o.ä.) und einer akzeptierende Arbeitsweise wünschenswert und mehrheitlich Voraussetzung. Weiter sind Sensibilität und ein Bewusstsein für Diskriminierung, Gewalt, Sexismus und sexuell übertragbare Krankheiten, Rechtsradikalismus und Homosexualität bzw. Transsexualität von Vorteil, um jeglicher Art von Diskriminierung oder speziellen Problemstellungen menschlich und pädagogisch entsprechend begegnen zu können.

⁶² Die psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle „Impuls“ in Leipzig hat einen ähnlichen Arbeitsaufwand, da sie ebenfalls verschiedene Kursangebote bereitstellen. Impuls hat sechs MitarbeiterInnen. (siehe: <http://www.suchtzentrum.de/impuls/index.html>)

Finanzierung

Aufgrund der rein theoretischen Abhandlung dieser Arbeit können hier nur Möglichkeiten der Finanzierung benannt und gesammelt werden. Die Gedankengänge helfen, Ideenfindung zu betreiben, um so letztlich dieses Projekt in Sachsen (explizit Leipzig) vorzubereiten.

Finanzierung meint im Sinne sozialarbeiterischer Projekte, die Nutzung bereitgestellter bzw. zu akquirierender Mittel (verschiedene Quellen möglich, privat oder öffentlich etc.) zur Befriedigung eines gesellschaftlich bestehenden Bedarfs an Unterstützung bzw. Hilfe. Die notwendigen Ausgaben bestehen dabei aus (einmaligen oder laufenden) Sachkosten (Miete, Büromaterial, Einrichtung, Hard- und Software etc.) und Personalkosten.

Als erstes sind kommunale Fördertöpfe zu nennen, bei denen im Rahmen gesundheitspolitischer sowie jugendhilfespezifischer Ansätze Finanzmittel akquiriert werden können. Es ist allerdings aufgrund der finanziellen Situation der Kommunen im Allgemeinen nicht davon auszugehen, dass dieses Vorhaben von Erfolg gekrönt ist. Weitere Fördertöpfe liegen auf Landes-, Bundes- sowie Europaebene vor. Hier können mit entsprechenden wissenschaftlichen Nachweisen über den Bedarf an der Einrichtung in der Allgemeinbevölkerung und dem Nachweis der Notwendigkeit auf lokaler, bundesdeutscher oder europäischer Ebene, Gelder für ein Projekt genutzt werden. Hier ist eine umfangreiche Recherche dieser Optionen vordergründig für den Erfolg der Liquiditätsbefähigung durch Fördermittel.

In Angriff genommen sollten auch weitere Möglichkeiten, das Projekt zu finanzieren, entweder durch eigene (Kurse, Fachvorträge) oder externe Leistungen von Stiftungen und GeldgeberInnen. Dabei ist darauf zu achten, wie man sich der Zielgruppe nähern will (bzw. wer die Zielgruppe darstellt) und dass eine Kostenpflicht bei Angeboten auch die Zugangsschwelle erhöhen kann. Denkbar sind hier bspw. private GeldgeberInnen (Förderungen eines Stadtteils, einer gewissen Thematik etc.) oder Fördermöglichkeiten großer Firmen (bspw. MöbelherstellerInnen oder SoftwareherstellerInnen), welche Mobiliar, Hard- und Software kostenlos zur Verfügung stellen könnten. Weiter sind Benefiz-Veranstaltungen, permanentes Fundraising sowie Spenden-Akquise notwendig, um die Angebote ohne Belastungen für die EndverbraucherInnen zu finanzieren und qualitativ wie quantitativ zu sichern. Hierfür wäre es sinnvoll, eine halbe MitarbeiterInnenstelle einzusetzen. Denkbar ist

auch die Gründung eines Fördervereins, mit dessen Hilfe könnten durch die Mitgliedsbeiträge bestimmte Angebote finanziert werden.

Kooperation und Netzwerkarbeit

Aufgrund der vielfältigen sozialen Hintergründe und Problemlagen, die hinter den individuellen problematischen Konsummustern stehen, ist die enge Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen der Drogen- und Jugendhilfe zu gewährleisten. Die Vernetzung mit diversen anderen Einrichtungen ist aufgrund der Niedrigschwelligkeit des Angebotes zwingend notwendig und von beiderseitigem Nutzen:

Im **medizinischen Bereich** (Psychiatrie, innere Medizin etc.) zur Sicherstellung notwendiger Behandlungsmaßnahmen von akuten somatischen und psychischen Erkrankungen, Notfällen und Entgiftungen.

Im **behördlichen Bereich** (Jugendamt, Gesundheitsamt etc.) zur Bedarfsanalyse, zur Sicherstellung von bedarfsgerechter Versorgung und zur Mitwirkung bei Planung, Koordinierung und Durchführung von ämterübergreifender Präventions-, Beratungs-, Therapie- und Nachsorge-Arbeit.

Im **beraterischen Bereich** (Sexualberatung, HIV-Beratung, Rechtsberatung, Schuldenberatung, Familienberatung etc.) zur weiterführenden Beratung und Betreuung auf Gebieten der jugendlichen Lebenswelt, die die Einrichtung selbst nicht gewährleisten kann und zum Ab- sowie Vergleich der vermittelten Inhalte und der angewendeten psychosozialen Methoden.

Im **Bereich der Drogen- und Jugendhilfe** (andere und freie Träger) zur Vermittlung in betreutes Wohnen, stationäre und ambulante Therapie, Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen.

Im **Bereich der aufsuchenden Sozialarbeit** zur Verbesserung der Erreichbarkeit Jugendlicher und zur Schaffung und Haltung des lebensweltnahen Bezugs zu Jugendlichen.

Im **Bereich von Jugendfreizeiteinrichtungen, Selbsthilfeorganisationen und anderen sozialen Einrichtungen** zur sozialen Integration und zur Sicherung sowie Schaffung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen, Freizeitmöglichkeiten und zur Stärkung von Autonomie, Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmtheit Jugendlicher.

Im **Bereich externer AnbieterInnen** von Entspannungsmethoden, politischer Bildung und Freizeitaktivitäten zur Entdeckung, Schaffung und Etablierung von Alternativen zum Cannabiskonsum (bspw. Sport, Meditation, künstlerische Tätigkeiten).

Dabei sind Vernetzungen im regionalen und kommunalen Bereich essentiell, um das Projekt in die sozialarbeiterische Infrastruktur der Region integrieren zu können und um die beschriebenen Vernetzungs- und Kommunikationsnotwendigkeiten des Angebots zu realisieren.

Vernetzungen mit bundesweiten Initiativen und Netzwerken sowie die Kooperation mit europaweiten bzw. internationalen Organisationen können nicht nur für das Angebot Vorteile zum Austausch und Abgleich von Erfahrungen bieten. Sie können auch der Weiterverbreitung von dessen Herangehensweisen im Hinblick auf Zugang zu und Umgang mit jugendlichen DrogenkonsumentInnen und Jugendlichen allgemein in der bundesdeutschen Landschaft psychosozialer, jugend- und drogenspezifischer Hilfsangebote dienlich sein. Die Verbreitung der in Punkt 7.1 angesprochenen notwendigen Veränderungen in Herangehens- und Sichtweisen aller substanz- und jugendspezifischen Angebote ist, wie ebd. dargestellt, eine Grundvoraussetzung für eine funktionierende Drogenhilfe und bedürfen insofern hierbei besonderer Aufmerksamkeit und Verbreitung.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit ist für das Projekt hauptsächlich aus Bekanntheits-, Aufklärungs- und Imagegründen von großer Wichtigkeit. Hierbei geht es um die Verbreitung, Bekanntmachung und Verbesserung des akzeptierenden, integrativen und autonomieorientierten Ansatzes, was durch die Mitarbeit in suchtpräventiven und jugendarbeitsspezifischen Arbeitskreisen in Stadt und Land sowie durch eine Ausweitung medialer Präsenz (hauptsächlich in Internet-, Plakat-, und Flyer-Aufklärung und -Werbung) erreicht werden soll. Vor allem in entsprechenden professionellen Bereichen ist diese Verbreitung genauso wie die Erreichung einer breiten Bevölkerungsschicht zur Informations- und Hilfsvermittlung gewünscht. So muss in jugendtypischen „Szenen“ und „Subkulturen“ intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden und dabei sollten auch neue und ungewöhnliche Wege beschritten werden. So sind, soweit dies möglich ist, auch Headshop-BesitzerInnen und Dealer in die Verbreitung der Plakate und Flyer mit einzubeziehen, da sie den direktesten Kontakt zu Cannabis-Usern haben womit die Niedrigschwelligkeit des Angebotes durch derartige Informationsverteilung eine neue Qualität erreichen kann.

Eventuelle Interviews von MitarbeiterInnen mit Funk und Presse müssen natürlich die volle Anonymität der NutzerInnen des Angebotes wahren und sind insofern am Besten nur von einem/einer MitarbeiterIn durchzuführen. Diese Person sollte bestenfalls die Pressearbeit mit

in den eigenen Arbeitsbereich übernehmen. Vermittelt werden sollen nur objektive Informationen, denen allerdings eine Parteilichkeit für das Angebot, seine MitarbeiterInnen und die CannabiskonsumentInnen zu Grunde liegen muss. Somit können bspw. prinzipiell keine von der Presse oft gewünschten Pauschalaussagen über einen Sachverhalt gegeben werden. Es wird nur bei seriösen Anfragen und unter Wahrung der Anonymität und der Zustimmung betroffener Cannabis-User zu Interviewzwecken an die Presse vermittelt.

Qualitätssicherung und Evaluation

Es ist notwendig, bestimmte sozialarbeiterische und -pädagogische Standards zu formulieren, um die fachliche Qualität derartiger Arbeit zu gewährleisten. Um diese Qualität möglichst hoch zu halten, sind hier für die MitarbeiterInnen kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen, Teamkonferenzen, Fallbesprechungen und Supervisionen von Nutzen, und müssen demzufolge einen festen Platz in der Arbeitsstruktur einnehmen.

Weiterhin ist es sinnvoll, regelmäßige Prüfungen über die Verwirklichung der gesetzten Ziele abzuhalten, und hier die Meinungen und Erfahrungen der Jugendlichen mit der Einrichtung einfließen zu lassen. Diese Evaluation muss in einen jährlichen Tätigkeitsbericht fließen, in welchem eine Reflexion der durchgeführten Maßnahmen und der dadurch erreichten Ziele enthalten ist. Dazu ist es nötig, quantitative und qualitative Statistiken zu führen, die aus der Nutzung der Angebote und aus den Rückmeldungen von Jugendlichen und KollegInnen innerhalb der Konferenzen und Supervisionen zu ziehen sind. Auch durch Auswertungen von Nutzungsstatistiken der projekteigenen Webseite können hierfür Aussagen getroffen werden, die mit in diese Evaluation fließen sollten. Dadurch wird es möglich, die Angebote an aktuelle Erfordernisse anzupassen und einen Bedarf neuer Angebote zu eruieren.

8.2.2 Wissen vermittelnde und aufklärerische Aufgaben

Informationsveranstaltungen verschiedener Art

Hier ist es Aufgabe, Wissen und Kompetenz hinsichtlich des Umgangs mit Cannabis zu erweitern und eine möglichst objektive, sachliche und vorurteilsfreie Kommunikation über das Thema zu unterstützen. Dies soll im Rahmen kultureller, sozialer und auch kommerzieller Veranstaltungen geschehen, wobei nach Bedarf und in jugendgeeigneter Art und Weise suchtpreventive Angebote vorgestellt werden, substanz-, gesundheits-, und

jugendspezifischen Themen eine Plattform geboten und ein Rahmen zum offenen Austausch hergestellt wird. Hauptzielgruppe ist die Öffentlichkeit.

Cannabisspezifische Informationsmaterialien

Um sich dem Wissensdefizit möglicher Risiken von Cannabis zu widmen (vgl.: BMG, 2005:151), ist es notwendig, eigene Informationsmaterialien (Flyer, Plakate, Broschüren, Faltblätter) zu entwickeln und diese auch auf der beschriebenen Webseite öffentlichkeitswirksam zu publizieren. Die Wissensvermittlung auf diese Art ist besonders gut geeignet, um die Zielgruppe zu erreichen, da die Informationsmaterialien als „Give-a-ways“ bei Veranstaltungen dienlich sein können. Darüber kann man mit Jugendlichen über ihre Erfahrungen und ihr Wissen ins Gespräch kommen und eventuell Interesse wecken. Weiter sind die Materialien ideal, um sie VeranstalterInnen, Headshop-BesitzerInnen, LehrerInnen, Eltern etc. zur Basisinformation und Weitergabe auszuhändigen.

Dabei ist es vor allem wichtig, nicht nur Wissen zu der Substanz Cannabis zu sammeln und möglichst objektiv und seriös darzustellen. Vielmehr ist es Aufgabe auf die damit verbundenen Thematiken einzugehen. Vorüberlegungen dazu lassen folgende Themen für die Bearbeitung in Flyern und Broschüren sinnvoll erscheinen:

1. psychische Bindung an die Substanz und Möglichkeiten, diese zu verhindern
2. Selbstkontrolle – Möglichkeiten im Umgang mit Cannabis
3. Genuss – Lernen zu genießen
4. Konsummuster von Cannabis und wie das Wissen darum genutzt werden kann
5. Illegalität von Cannabis – Risiken und Folgen von Besitz, Konsum und Handel
6. Führerschein und Cannabis
7. Flyer für Dealer – gesundheitsfördernde Aspekte beim Handel (Qualitätsmerkmale etc.)
8. Headshop-BesitzerInnen – gesundheitsfördernde Methoden KundInnen näher bringen

Weiter ist ein E-Mail-Newsletter geplant, der sich mit aktuellen Problematiken wie Glas oder Sand im Cannabis, verbesserten Umgangsformen, politischen und rechtlichen Entwicklungen sowie mit regional angebotenen Alternativen zum Konsum, beschäftigt. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Einführung von Drug Checking in Beratungsstellen oder bei externen Anbietern notwendig und wünschenswert ist, aber aufgrund des rechtlichen

Status von Cannabis und bisher nicht ausreichendem politischen Willen zur Umsetzung nicht möglich ist. Sollte sich dies ändern, ist hier eine Vernetzung mit möglichen AnbieterInnen wichtig. So könnte man bei schädlichen Beimengungen etc. Warnmeldungen veröffentlichen und User hätten die Möglichkeit, ihre Konsumprodukte vor dem Gebrauch zu analysieren. Das würde gesundheitsriskantem Konsum von schädlichen Cannabisprodukten vorbeugen und somit mögliche Risiken eindämmen.

Internetseite

Das Internet als Informationsquelle gewinnt gerade unter Jugendlichen mehr und mehr an Bedeutung. Es dient zur Information und Kommunikation, bezogen auf Cannabis zum Austausch über Fakten, Risiken und Umgangsformen mit der Substanz. An dieser Stelle sei auf die verschiedenen, meist privat betriebenen, Foren verwiesen: www.kiffer.net, www.lander-traeume.de etc. Auf diesen Seiten veröffentlichen Jugendliche in Eigenregie einen Großteil neuer Erkenntnisse und Erfahrungen zu Risiken, Schadensminimierung, Umgangsform u.ä. bezüglich des Konsums von Cannabis. Dabei kommt es zu Beiträgen mit unterschiedlich hoher Qualität der Inhalte, die für viele im Internet recherchierende Jugendliche zur Entscheidungsgrundlage für oder gegen den Konsum, der Art und Weise sowie der Häufigkeit werden. Deshalb sollen Informationen zu Cannabis und diesbezüglichen Thematiken zusammentragen und möglichst seriös, den wissenschaftlich anerkannten Tatsachen entsprechend, umfangreich, verständlich und für Jugendliche ansprechend dargestellt werden. Dazu müssen Informationsmaterialien erarbeitet werden, die in verschiedenen Lebensbereichen und Themengebieten aufklären, Wissen vermitteln und Umgangsformen darstellen (bspw. ein Informationsflyer „Kann ich von Cannabis abhängig werden?“). Wichtig dafür ist eine verständliche Vermittlung (auch komplexer) Sachverhalte zu Risiken, Risikominimierung und -management. Darüber hinaus ist die Möglichkeit für junge Cannabis-User, Fragen zu stellen wünschenswert. D.h., es wird auch eine redaktionelle Arbeit für die Professionellen entstehen. Diese wird sich vor allem mit E-Mail-Beratung, Informationsvermittlung via Internet sowie begleitender Beratungsarbeit ebenfalls per Internet⁶³ auseinandersetzen und eventuell Weiterbildungen in Anspruch nehmen.

Daneben muss die Möglichkeit ausgelotet werden, User an der Erweiterung des Wissensangebots partizipieren zu lassen. Nur so können aktuelle Trends, Bedingungen und

⁶³ Gemeint ist hier die Beratung einer Person via Internet über einen längeren Zeitraum und zu einem speziellen Problem, wie bspw. der Reduktion von Cannabiskonsum.

Erfahrungswerte sinnvoll weitervermittelt werden. Denkbar wäre hierfür eine interaktive Möglichkeit der Informationsweitergabe. Wie dies Umzusetzen ist, muss bei den Vorüberlegungen für die Gestaltung der Webseite bedacht werden.

Weiter ist darüber nachzudenken wie und in welchem Maß, Eigenwerbung in den schon existierenden Internet-Foren der „Cannabisszene“ zu schalten, sinnvoll ist. Es zeichnet sich ab, dass diese Eigenwerbung aufgrund der Verortung an der Cannabisszene immer bedeutender wird. Mit der steigenden Vernetzung und der Möglichkeit, Wissen unmittelbar abzurufen, stellt das Internet als Medium ein attraktives und einflussreiches Mittel zur Erreichung der jungen Zielgruppe dar, die oftmals anonym bleiben will. So sind die Erarbeitung von Informationsmaterialien und deren Veröffentlichung auf der Webseite vor allem in der Startphase des Projekts wichtige Schritte, um es zu etablieren.

Aufsuchende Arbeit

Aufsuchende Sozialarbeit an Orten, die von Cannabis-Usern genutzt werden, ist ein wichtiger Teil der Projekt-Arbeit. Hier wird der Bekanntheitsgrad der Einrichtung gesteigert und auf die diversen Angebote verwiesen. Denkbar ist diese Tätigkeit mithilfe von Informationsständen und Kommunikationsangeboten auf Veranstaltungen in Jugendclubs, Headshops, auf zielgruppenspezifischen Partys und Events wie bspw. der Hanfparade. Besonders wichtig ist dabei eine Orientierung an jugendkulturellen Kommunikations- und Umgangsgewohnheiten sowie die Akzeptanz verschiedener Lebenseinstellungen. So kann ein offener Rahmen zur ungezwungenen Auseinandersetzung mit Cannabis entstehen. Dieser Ansatz zur offenen Jugendarbeit gibt Gelegenheit, bei Bedarf in gewünschte Unterstützungsangebote zu vermitteln.

Eine Zusammenarbeit mit externen Projekten ist auch hier vorstellbar, so könnten Diskussionsrunden oder Informationsveranstaltungen zu Cannabis umgesetzt werden.

Aufsuchende Arbeit im privaten Umfeld von Cannabis-Usern ist wünschenswert. Auf diese Weise könnten Umgangsstrategien mit Cannabis an den räumlichen, materiellen, individuellen und sozialen Ressourcen und Gegebenheiten nach Bedarf strukturiert, erprobt und vervollkommen werden. Sollte es zu einer Liberalisierung von Angeboten wie Drug Checking kommen, wäre das, im Rahmen von aufsuchender Arbeit, ein sehr sinnvolles risikominimierendes Angebot (besonders angesichts aktueller Verunreinigungen wie in 1.3 dargelegt).

Weiterbildung von Professionellen

In Fachgebieten der Jugendarbeit, Suchtprävention, Erziehung, Ausbildung und Medizin ist es notwendig, ein differenziertes Verständnis von Funktionen und Motivationen für Cannabiskonsum sowie cannabisspezifische Entwicklungsverläufe zu entwickeln, um geeignete Strategien der Unterstützung Cannabis konsumierender Jugendlicher zu finden. Deshalb muss es ein Anliegen sein mit Professionellen dieser Gebiete in Diskussionsrunden, Seminaren und Weiterbildungen, geeignete Handlungsgrundlagen zu erarbeiten, um so die Handlungskompetenzen der Fachkräfte zu erhöhen, sowie auch die eigenen MitarbeiterInnen über aktuelle Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten. Diese Veranstaltungen sind erst nach der Etablierung des Projektes im Hilfesystem realistisch und müssen sich an dem festzustellenden Bedarf sowie an den Kapazitäten des Projekts orientieren.

8.2.3 Beratung

Cannabistelefon

Dies ist ein niedrigschwelliges Informationsangebot an junge CannabiskonsumentInnen, aber auch an andere Zielgruppen. Jungen Menschen und Erwachsenen wird so die Möglichkeit gegeben, anonym die verschiedenen Beratungs-, Informations- und Vermittlungsangebote zu nutzen. Dies ist sehr wichtig, da so auch ohne die Kenntnis des Projekts bzw. trotz möglicher Ängste, Unsicherheiten oder gar Befürchtungen strafrechtlicher Konsequenzen, ein Austausch über die illegalisierte Substanz Cannabis entstehen, Fragen gestellt und Wissen eingeholt werden kann. Hier können Professionelle mit Ausbildung in der Telefonberatung sowie systemischer Methodik, Orientierung geben, in projektinterne Angebote sowie in externe Projekte vermitteln. Die Besetzungszeiten des Cannabistelefons sind nach einem fixierten Turnus festzulegen und durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit bekannt zu machen.

Cannabissprechstunde

Dies soll ebenso ein niedrigschwelliges Angebot sein. HauptadressatInnen der Cannabissprechstunde sind junge Cannabis-User sowie deren Angehörige und FreundInnen. Hier wird im Beratungsladen eine Zeit innerhalb der Woche festgelegt, in der Interessierte und Bedürftige kommen können, um Fragen rund um Cannabis beantwortet zu bekommen. Dieses Angebot kann darüber hinaus durch eine zu terminierende Beratung ergänzt werden. Hier stehen den Fragenden Professionelle des Projekts zur Klärung auch spezifischer

Sachverhalte zur Verfügung. Darüber hinaus soll mit systemischer Beratungsmethodik, den NutzerInnen der Cannabissprechstunde Selbstreflexion ermöglicht und so eventueller Veränderungsbedarf erkannt und anschließend angegangen werden. Das setzt eine entsprechende Vorbildung in systemischer Beratung bei den Fachkräften voraus.

Die Cannabissprechstunde ist in Jugendclubs, Schulen, im Internet usw. durch Flyer, Plakate, Webseitenauftritte und Bannerwerbung sowie nach Möglichkeit, durch Anzeigen in den einschlägigen Cannabismagazinen (Hanf, Hanf-Magazin, Grow etc.) zu bewerben.

Kurse

Dies soll ein spezifisches Angebot für Jugendliche sein, die etwas an ihrem Cannabiskonsum ändern bzw. sich mit diesem auseinandersetzen wollen, was direkt an die oben zitierten drogenpolitischen Leitlinien der Stadt Leipzig, die Handlungsempfehlungen der Bundesregierungen sowie an den Aktionsplan Drogen und Sucht anknüpft. Dabei sollen Methoden der systemischen Beratung, des „Self Control Information Programs“ (vgl.: 7.4.3), der „Frühintervention erstauffälliger DrogenkonsumentInnen“ (vgl.:7.4.5) sowie der Kursangebote nach Ganter (vgl.: 7.4.2) und des Risflectionansatzes nach Koller (vgl.:7.4.1) zum Tragen kommen. Hierbei kommt es darauf an, erste eigene Erfahrungen mit den verschiedenen Methoden zu sammeln und diese anhand des Bedarfs und der Kapazitäten des Projekts inhaltlich, zeitlich und didaktisch zu strukturieren.

Im Sinne universeller bzw. primärpräventiver Sozialarbeit ist die Umsetzung von Risflection eine Erfolg versprechende Methode. Leider ist aufgrund der Illegalisierung die Begleitung von Cannabisgebrauch aufgrund der rechtlichen Situation in der BRD nicht möglich⁶⁴, zumindest nicht, ohne als SozialarbeiterIn in Konflikte mit der Exekutive zu geraten. So bleibt nur im Rahmen aufsuchender Arbeit auf Veranstaltungen, bei denen Cannabis konsumiert wird, entsprechende Reflexionsmöglichkeiten und Angebote zur Etablierung von Risikomanagement zu machen. Denkbar ist darüber hinaus die Nachbereitung von Cannabisrauscherfahrungen im Sinne von Risflection als permanentes Angebot in der Homebase zu integrieren. Allerdings sind die Einschränkungen durch die Illegalisierung enorm und die Sinnhaftigkeit und der Erfolg solcher Vorhaben muss sich in der Praxis manifestieren, will man an dieser Strategie festhalten.

⁶⁴ Aufgrund der klaren Illegalisierung von Cannabis können SozialarbeiterInnen zwar Konsum auf Veranstaltungen begleiten, aber solche Events selbst zu planen (was auch die Beschaffung hochqualitativen, nicht verunreinigtem Cannabis für Jugendliche o.ä. einschliessen könnte – siehe Bleiverunreinigungen in 1.3) wäre nach geltender Regelung strafbar und könnte zum Berufsverbot führen. Unter diesen Bedingungen ist Risflection schon alleine wegen der fehlenden Reflexionsmöglichkeiten schwer umsetzbar.

Der Fokus soll allerdings auf dem „Self Control Information Program“ liegen, da anderenorts damit sehr ermutigende Ergebnisse erzielt werden konnten (vgl.: Kolte, Stöver, 2006:82) und unserer Meinung nach die akzeptierende und Eigenverantwortung stärkende Methodik dem festgestellten Bedarf junger CannabisgebraucherInnen an Information und Selbstkontrollmöglichkeiten sowie Konsumalternativen am ehesten entspricht. Die Kurse sollen in das Ladenangebots integriert werden. Eine externe Durchführung in Schulen und Jugendclubs etc. wird zunächst nicht angestrebt, sollte aber in Absprache mit den Einrichtungen sowie den betreffenden Jugendlichen Bedarf im Rahmen der Freiwilligkeit zu verzeichnen sein und das Kursangebot wäre auch organisatorisch umsetzbar, stünde der Realisierung nichts im Weg. Vorerst wären Workshops, Diskussions- und Informationsrunden besser für eine externe Veranstaltung geeignet, zumal SCIP oder FreD teilweise sehr spezifische Sachverhalte unter Eigeninitiative bzw. Konsumerfahrung der TeilnehmerInnen vermitteln.

Zu Überlegen bleibt, welche Zugangswege in die Kurse genutzt werden können. Im Sinne von FreD sind neben freiwilligen auch Zugänge bspw. durch Auflagen der Jugendgerichtshilfe, des Gerichts oder der Polizei möglich. Hierfür sind im Rahmen professioneller Netzwerkarbeit die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen. Das Kursangebot kann fakultativ bzw. generell angeboten werden. Trotz des Zwangs, an einen Angebot teilnehmen zu müssen oder die Auflage nicht zu erfüllen, ist die Art der Auseinandersetzung mit der eigenen Situation im Projekt (Kurs, eigenes Projekt etc.) frei wählbar, da eine entsprechende Motivation Betroffener für eine erfolgreiche Arbeit mit den jungen Menschen notwendig ist. Hier muss das Projekt wie das MitarbeiterInnenteam authentisch hinter dem Selbstverständnis des Projekts stehen, um von Cannabis-Usern entsprechend wahrgenommen zu werden.

Ob und wie die Multidimensionale Familientherapie umgesetzt werden kann, wird sich am Bedarf der jeweiligen Region festmachen. Wichtig ist dieses Angebot neben den anderen Beratungsleistungen besonders für die Angehörigen von CannabiskonsumentInnen, die mit der möglichen Entwicklung von ihren Kinder, Geschwistern etc. häufig überfordert sind. Weiter kann dies ein Ansatz sein, um schwerwiegende Problemstellungen im Familiensystem zu bearbeiten. Hierfür ist eine Weiterbildung der MitarbeiterInnen in motivierender Gesprächsführung und der Methodik von MDFT vonnöten. Dieses Angebot aufzubauen und umzusetzen, würde mit der Beendigung des Aufbaus der Infrastruktur der Homepage sowie der anderen Angebote (Internetseite, Cannabistelefon etc.) und der Etablierung der anderen

methodischen Leistungen (SCIP, FreD) einhergehen. Begründet liegt dies in dem relativ hohen Aufwand – nicht durch die MDFT-Sitzungen selbst, sondern durch die intensive Betreuung der User ähnlich einem Case-Management-Schema (Begleitung bei Behördengängen, Vermittlung zwischen den MDFT-NutzerInnen und interagierenden Institutionen). Da MDFT ein ambulantes Angebot darstellt, ist es attraktiv für potentielle Kostenträger. Festzuhalten bleibt, das MDFT offenkundig mehr für Cannabismissbrauchende geeignet ist, die gravierende Probleme im Umgang mit Cannabis haben, d.h. User mit weniger massiven Schwierigkeiten sind durch die restlichen Angebote in der Homepage besser zu erreichen.

8.2.4 Alternativen – Möglichkeiten zur Bedürfnisbefriedigung

Freiwillige Mitarbeit

Ein wichtiger Pfeiler einer Einrichtung dieser Art muss die Möglichkeit der freiwilligen Mitarbeit sein. Dies ist aus den in Punkt 7.1 beschriebenen Notwendigkeiten zu Änderungen in den Unterstützungsleistungen für Jugendliche genauso abzuleiten wie aus der Notwendigkeit der Identifikation Jugendlicher mit der Einrichtung. Partizipation junger Menschen von Planung, über Durchführung bis hin zu Auswertung und Bewertung aller die Jugendlichen betreffenden Aspekte der Einrichtung sind hier zu benennen. Dies kann durch aktive Weitergabe von Substanzwissen und Konsumverhaltensmöglichkeiten inhaltlich in Form von Seminarangeboten, Internetangeboten etc. erreicht werden und/bzw. durch Teilhabe und Verantwortlichkeit an allen vorhandenen und nötigen Gegebenheiten (bspw. Komoderation bei Kursen, Selbstständige Durchführung von eigenem Projekt etc.) und der Infrastruktur der Einrichtung (Gestaltung der Räume, Wartung der Infrastruktur, etc.). So wird für die Jugendlichen nicht nur die Teilnahme am gesellschaftlichen Diskurs über Substanzen und Konsum ermöglicht, sondern auch deren individuelle Auseinandersetzung mit diesen Themen. Dadurch wird ein Selbstbild als Jugendliche/r und/oder SubstanzgebraucherIn geschaffen und gefestigt, welche/r für die eigenen Rechte einzutreten weiß.

All diese Formen freiwilliger Mitarbeit sind auch ein Mittel zur Qualitätssicherung für die Einrichtung, da durch die ständige Rückmeldung in Reflexionen eine stetige Evaluation des gesamten Projekts, seiner Vorgehensweise, sowie seiner Außen- und Innenwirkung

stattfindet. Die daraus abzuleitenden Änderungs- und Umstrukturierungsbedürfnisse für das Angebot müssen demzufolge regelmäßig in die Gesamtplanung der Einrichtung einfließen.

Multiplikatoren – Aus- und Weiterbildung sowie Partizipation von Peers

Die Nutzung von Peer-Groups für die Vermittlung wichtiger präventiver und informeller Botschaften ist ein effektiver Weg. Hierbei profitieren die Jugendlichen aufgrund der freiwilligen Mitarbeit in Bezug auf die Förderung von reflektiertem Wissen, Selbstständigkeit und Artikulationsfähigkeiten; und die MitarbeiterInnen aufgrund der engen Zusammenarbeit mit den Jugendlichen, die ihnen in individuellen jugendspezifischen Bereichen eine stärkere Nähe zu jugendlichen Problemen, Fragen, aktuellen Entwicklungen und Erkenntnissen ermöglicht.

Jugendlichen, die eigene Ideen in die Arbeit der Einrichtung einbringen, muss die Möglichkeit gegeben werden, dies in speziellen, zeitlich begrenzten ergebnisorientierten Projekten und Aktionen oder einer fortwährenden freiwilligen Mitarbeit realisieren zu können. Die Auswertung und weitere Planung dieser Projekte und Aktionen muss in Abstimmung mit den MitarbeiterInnen der Einrichtung und durch regelmäßige Planungstreffen stattfinden. Regelmäßige themenspezifische Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen können intern sowie extern durchgeführt werden und Jugendlichen, die ins MitarbeiterInnenteam integriert sind, mehr Sicherheit in Umgang und Weitervermittlung ihres Wissens geben sowie Selbstbewusstsein im Umgang mit anderen Menschen und in Bezug auf ihre Rolle in der Gesellschaft mit sich bringen. Für die Koordination der Peer-Education muss ein/e MitarbeiterIn hauptverantwortlich sein, der/die in dieser Funktion für alle Beteiligten ständige/r AnsprechpartnerIn ist.

Möglichkeiten von Praktika und Ableistung von Arbeitsstunden

Im Sinne professioneller Ausbildung muss es Ziel der Einrichtung sein, Praktika unterschiedlicher Arten anzubieten. Ausbildungsvorbereitende, –begleitende, schul- und studiumsbegleitende sowie freie Praktika können nicht nur für Einzelne, sondern auch für die lebensweltnahe Integration der Einrichtung und ihrer MitarbeiterInnen nützlich sein. So behalten und erarbeiten sich SchülerInnen, Auszubildende und Studierende oder an der Arbeit Interessierte einen engen Kontakt zu den Lebenswelten, Einstellungen und Umständen der verschiedenen PraktikantInnengruppen sowie der User und beugen so evtl. Vereinseitigungen in ihren Sichtweisen vor.

Die Ziele der Praktikumstätigkeit werden gemeinsam vereinbart und orientieren sich an den Vorgaben der jeweilig vermittelnden Einrichtung, soweit es solche gibt. Bei freien und freiwilligen Praktika orientieren sie sich an den Vorstellungen der jeweiligen PraktikantInnen. Die Auszubildenden und Studierenden sollen während ihres Praktikums Verantwortung für einen eigenständigen Bereich übernehmen oder ein autonomes Projekt von der Planung bis zum Abschluss führen, wobei sie Anleitung und Unterstützung von den MitarbeiterInnen durch regelmäßige Praxisreflexionen erfahren sowie ebenfalls die Möglichkeit haben an Supervisionen und internen Fortbildungen teilzunehmen. Ziel des Praktikums muss die Möglichkeit sein, eigene Fähigkeiten ausprobieren und reflektieren zu können sowie eine Orientierung über eigene Stärken, Schwächen und evtl. berufliche Perspektiven zu bekommen.

Auch die Möglichkeit innerhalb der Einrichtung gerichtlich angeordnete, gemeinnützige Arbeitsstunden ableisten zu können, soll geschaffen werden, um eine lebensweltnahe und praktische Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten und, daraus folgend, dessen Bewertung vorantreiben zu können.

8.3 Selbstverständnis, Leitlinien und Struktur der Einrichtung

Orientierung an Alltags- und Lebenswelt der Jugendlichen

In Hinblick auf eine ganzheitliche Wahrnehmung der Lebensmöglichkeiten von Jugendlichen und die dadurch bewusste Auseinandersetzung mit den alltäglichen, für die Jugendlichen „normalen“ Problemen und Konflikten, müssen sich Leitlinien der Einrichtung an dieser Auseinandersetzung orientieren. In den Mittelpunkt sollen dabei alle sozialen und lebensspezifischen Verhältnisse rücken, in denen sich die Jugendlichen befinden, unter Berücksichtigung aller ihrer jugendspezifischen Handlungs- und Bewältigungsmuster. Nur durch diese Art der Orientierung kann eine Normalisierung der Lebensumstände erfolgen, da so für die Jugendlichen erkennbar wird, dass die (eventuelle) Schwere ihrer momentanen Lebenslage auf (für Jugendliche) ganz normalen Problemen basiert.

Die therapeutische Hilfe, die das Angebot bietet, ist rein ambulanter Art. Daher sind in Fällen der Notwendigkeit von stationärer oder anders gearteter Betreuung vorhandene externe Therapieangebote zu nutzen. Hierbei gilt es immer die Verhältnismäßigkeit mit zu bedenken, da die Jugendlichen durch Wahrnehmung externer Angebote evtl. aus ihrem privaten

Alltagsleben herausgerissen werden könnten. So gilt es gemeinde-, also lebensweltnahe und/oder ambulante Maßnahmen den stationären vorzuziehen und bei Notwendigkeit lebensweltferner und/oder stationärer Maßnahmen, diese möglichst kurz zu halten, um jugendlich-lebensweltliche Normalisierungsbestrebungen nicht zu behindern.

Somit ist eine enge Kooperation mit den ambulanten und stationären Hilfsangeboten der Region eine grundlegende Voraussetzung für die erfolgreich normalisierende Arbeit der Einrichtung. Da diese Kooperationen für die Einrichtung unverzichtbar sind, müssen sie hergestellt und gepflegt werden

Systemisches Betrachten der Arbeit mit Jugendlichen

Die Leitlinien systemischer Sozialarbeit müssen für den professionellen Umgang mit Jugendlichen Ausgangspunkt und Ziel sein, da diese für Beratungen von Jugendlichen zu speziellen Fragen eine gute Grundlage bilden und eine respektvolle, stützende Beziehung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen ermöglichen. Zudem stärkt die systemische Herangehensweise die Fähigkeit der Jugendlichen, sich mit der Komplexität der eigenen Beziehungsstrukturen auseinanderzusetzen. Denn sie zeigt auf, dass am Zustandekommen von Verhaltensweisen, Veränderungen und Lösungen immer mehrere Personen beteiligt sind, auch wenn es auf den ersten Blick so scheint, als ob die Gründe nur bei einer Person liegen. Auch stärkt der systemische Blick auf Lebensprozesse Jugendliche in ihrem Gefühl angenommen und verstanden zu werden, da er einzelne Jugendliche im Gesamtgefüge ihrer eigenen, verschiedenen sozialen Netzwerke und Bezüge betrachtet und so gezielt Entwicklungsressourcen aktivieren kann.

Offenheit der Einrichtung

Ein weiteres Grundprinzip der Arbeit der Einrichtung stellt ihre Offenheit dar. Um Ausgrenzung einzelner Jugendlicher zu vermeiden, ist die Einrichtung offen für junge Cannabis konsumierende Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen, Erfahrungen und Vorleistungen. Den besonders im Jugendalter typischen Orientierungs- und Suchprozessen, welche Erfolg haben oder Scheitern können, wird dadurch Rechnung getragen, dass die Arbeit mit ihnen offen für individuelle Entwicklungswünsche, -ziele und -wege gestaltet wird, diese sich also an ihren eigenen Vorstellungen orientieren. Die räumliche Offenheit der Einrichtung soll die Normalisierung und Entstigmatisierung der Cannabis-User vorantreiben, indem sie ihnen ein Halten des räumlichen Kontaktes zu ihrem Lebensumfeld ermöglicht und sie so in ihren normalen jugendlichen Alltagsbezügen bleiben können. Den Jugendlichen

muss die Möglichkeit gegeben werden, ihre neu aufgebauten und bestehenden sozialen Bezüge halten und pflegen zu können. Daher sind spezielle Angebote der Einrichtung auch für Jugendliche aus der Region zu öffnen, um der Entwicklung problematischer Gruppenstrukturen vorzubeugen, die sonst ein sich separierendes, aggressiv abgrenzendes und abwertendes Verhalten gegenüber anderen Jugendlichen entwickeln könnten. So wird auch die Fähigkeiten zur Offenheit gegenüber anderen Menschen, Lebensstilen und Kulturen als eine zu entwickelnde und auszubauende Lebenskompetenz der Jugendlichen betont. Es werden von der Einrichtung keine Entwicklungswege vorgegeben. Die Jugendlichen werden stattdessen bei ihrer Suche nach von ihnen gewünschten und für sie geeigneten Zielen und Perspektiven begleitet und unterstützt.

Qualitätskontrolle

Eine mehrdimensionale, integrative Struktur die offen für neue und zusätzliche Angebote ist, soll der Einrichtung als Grundlage dienen, um die Weiterentwicklung der einrichtungseigenen Praxis von interner und externer Begleitung und Beratung zu fördern. Wegen möglichen strukturbedingten Hierarchie- und Machtverhältnissen, muss sich die Einrichtung mit ihrer Arbeit immer reflektierend auseinandersetzen, um kontraproduktive Bedingungen zu bemerken und aufzulösen. Daher muss Kritik von außen und innen besondere Aufmerksamkeit und Offenheit geschenkt werden. Methoden der Kontrolle professionellen Handelns (Supervision, Fallbesprechung etc.) müssen genauso zur Grundlage interner (aber auch nach außen) transparenter Evaluation werden wie die Installation realer Mitsprache- und Kritikmöglichkeiten für die Jugendlichen. Durch Installation von und Teilnahme an Fachbeiräten und Arbeitsgruppen, in denen auch VertreterInnen der Region teilhaben, soll die Arbeitsweise der Einrichtung auch nach außen hin transparent, verstehbar und kontrollierbar werden, so dass sie auch mit Kritikäußerungen von außen konfrontiert wird und ggf. Veränderungen umsetzen kann. So soll auch mit Institutionen und Regelangeboten anderer Hilfesysteme eine Form der Zusammenarbeit entstehen, auf deren Grundlage Kritik und Veränderungswünsche sachlich vorgebracht und umgesetzt werden können. Durch all dies kann es der Einrichtung gelingen, ein sensibles Instrument der Qualitätskontrolle zu entwickeln und schnelle Modifikationen der eigenen Vorgehensweisen vornehmen zu können.

Multimodularität der Angebotsstruktur

Die Einrichtung ist mit ihrem multidimensionalen Beratungsanspruch grundsätzlich für alle Themen und Probleme offen, die Cannabis konsumierende Jugendliche zu bewältigen haben. Daher wird zum einen mit sehr verschiedenen Medien gearbeitet (u.a. kreativ, körperbezogen, umweltbezogen), zum anderen werden unterschiedliche Erfahrungsräume in und außerhalb der Einrichtung angeboten (Gemeinschafts-, Rückzugsräume etc.), um auf diese Weise durch eine enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Bereiche, erfahrungsbezogenes Lernen zu einem Gesamtprozess werden zu lassen. Deshalb können die Jugendlichen bei Bedarf und ausreichender Kapazität des Projekts auch in unterschiedlichen Schwerpunkten innerhalb und außerhalb der Einrichtung von den SozialarbeiterInnen begleitet werden, um ein höheres Maß an Bindung und Auseinandersetzung möglich werden zu lassen. Insofern müssen die einzelnen MitarbeiterInnen auf alle Fragestellungen und Problemfelder (Schule, problematischer Drogenkonsum, Gewalterfahrungen, Familienprobleme etc.) reagieren und eingehen können.

Um den Anspruch der Normalisierung der Lebensverhältnisse Jugendlicher gerecht zu werden, muss die Einrichtung auch so gestaltet werden, dass Beratung funktionell in einem Alltag des Miteinanders zu realisieren ist. Spezielle Räume zum Rückzug für Beratungen (die nicht zwingend als solche auszumachen sind) müssen für den Bedarfsfall bereitstehen, dürfen aber nicht grundsätzlich für alle Beratungszwecke genutzt werden. Die Entscheidung für oder gegen die gesonderte Beratung muss hierbei im Einzelfall bei dem/der Jugendlichen liegen.

8.4 Ausblick

Aufgrund der gesellschaftspolitischen Situation von Cannabis und dessen GebraucherInnen ist vordergründig die Etablierung der beschriebenen Angebote anzustreben. Sollte sich diese Situation positiv entspannen, sind weitere Möglichkeiten zu bedenken. D.h. bspw. die Begleitung von Cannabiskonsum durch Reflexion in Konsumräumen, Drug Checking im Hinblick auf Inhaltsstoffe/Verunreinigungen von Cannabis oder das Nutzen von Cannabisprodukten im rituellen bzw. methodischen Kontext für bestimmte Zielstellung und damit einhergehend die Entwicklung einer Cannabisgenusskultur.

So ist in Abgrenzung zu anderen, schon vorhandenen Projekten anzuführen, dass sich unsere Idee eines cannabispezifischen Angebots vordergründig der Beratung jugendlicher

KifferInnen widmet. Hierbei ist die Vermittlung grundlegender Kenntnisse und Fähigkeiten hinsichtlich des Umgangs mit Cannabiskonsum, der Änderung von unerwünschten Umgangsweisen sowie der Gestaltung der Freizeit und der durch Verhaltensänderung neu erworbenen freien Zeit unseres Erachtens am wichtigsten. Dies unterscheidet die von uns angestrebte Einrichtung von anderen Projekten dieser Art, da in diesen i.d.R. weniger auf die persönlich-fachliche Beratung zur Etablierung eines risikobewussten und eigenverantwortlichen Umgangs mit Cannabis gesetzt wird. Auch die alternative Stillung von Bedürfnissen, die Cannabiskonsum befriedigt, wurde unseren Erachtens in der derzeitigen Drogenhilfe nicht ausreichend methodisch umgesetzt.

Fachlich ist wichtig, dass das hier beschriebene Angebot nicht für alle KifferInnen das Richtige ist. Gerade im Bereich von aktuellen Psychosen bzw. anderen Auffälligkeiten sind Angebote externer AnbieterInnen zu nutzen. Hier ist es wichtig, dass MitarbeiterInnen solche Bedürfnisse wahrnehmen und entsprechend handeln. Es ist allerdings davon auszugehen, dass auch kompulsive KonsumentInnen mit den verschiedenen Beratungsangeboten erfolgreich erreicht werden können. Externe Einrichtungen sind vor allem im Zusammenhang mit den Alternativen zum Konsum nötig. Hier ist zu überlegen, wie und in welchem Umfang solche Angebote in das Projekt integriert werden können. Dies scheint in Verbindung mit Angeboten zum Umgang mit Cannabis (SCIP usw.) sehr förderlich, um problematischen Konsumententwicklungen etwas entgegenzusetzen. Hier ist vor allem die strukturierte Einbettung von Cannabiskonsum in den alltäglichen Zeitablauf sowie die Nutzung anderer Möglichkeiten zur Stillung der Bedürfnisse (die sonst durch den Cannabiskonsum befriedigt werden) zu benennen. Unseren Vorüberlegungen nach werden dies Angebote zur körperlichen und geistigen Selbstfindung, die Ruhe, Ausgeglichenheit, Entspannung, Auspowern und Selbstwahrnehmung fördern, sein. Dabei erscheinen Kampfsport, Yoga, Meditation, verschiedene Sportarten, Erlebnispädagogik, kreative Mal- und Schreibkurse und ähnliches sehr attraktiv, um eine solche Zielstellung zu erlangen.

Mit beschriebener Angebotsstruktur und möglichen Erweiterungen sind wir in der Lage, die drogenpolitischen Leitlinien der Stadt Leipzig sowie der Bundesregierung umzusetzen und oben beschriebene Zielstellung zu erreichen. Die in dieser Arbeit gesammelten Ideen, Fakten, Strategien, Methoden und Möglichkeiten zum professionellen sozialarbeiterischen Umgang mit Cannabis-Usern münden nun in dem Versuch, die beschriebene Einrichtung in Leipzig aufzubauen.

9 Literatur

AlleborgoBot: Body-Mass-Index, <http://de.wikipedia.org/wiki/Body-Mass-Index>, Entnahme 01.11.2007

Amendt, Günter: Die Droge, der Staat, der Tod – Auf dem Weg in die Drogengesellschaft, Rowohlt Verlag, Reinbeck bei Hamburg 1996

Amendt, Günter: No Drugs no Future – Drogen im Zeitalter der Globalisierung, Europa Verlag GmbH, Hamburg 2003

American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/subdep.htm>, Entnahme 04.10.2007

Amrhein, Florian: Das Cannabis-Archiv: Die Cannabis Smoke FAQ, <http://cannabis-archiv.de/archiv/konsum/smoke-faq.html#5>, Entnahme 01.09.2007

Barsch, Gundula et al.: Neuer Start mit alter Power: Eine Einrichtung für Jugendliche mit problematischem Konsum legaler und illegaler Drogen, Engelsdorfer Verlag, Leipzig 2005

Barsch, Gundula: 2007a Vorlesungsskripte: Einführung in die Drogenarbeit: Substanzen, <http://www.hs-merseburg.de/~barsch/>, Entnahme 23.05.2007

Barsch, Gundula: 2007b, Vorlesungsskripte, Einführung in die Drogenarbeit: Der Begriff Drogen, <http://www.fh-merseburg.de/~barsch/Inhalte/drogenarbeit%20PDF/Drogenbegriff.pdf>, Entnahme: 23.05.2007

Barsch, Gundula: Drogenkonsum und Drogenarbeit: Was ist in den neuen Bundesländern anders?, in: Klee, Jürgen/Stöver, Heino, Drogen|HIV/AIDS|Hepatitis – Ein Handbuch, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Frankfurt am Main/Berlin 2004

Barsch, Gundula: Entwicklung von Drogenmündigkeit in: Klee, Jürgen/Stöver, Heino, Drogen|HIV/AIDS|Hepatitis – Ein Handbuch, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Frankfurt am Main/Berlin 2004

Becker, Harvey/Bobbink, Jeanine A./Spohr, Birgit: Cannabis denn Sünde sein? – Mit Kiffertest in: Heudtlass, Jan-Hendrik/Stöver, Heino et al., Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertips, Beratungswissen, Praxishilfen, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2000

Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik – Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2002

Bundeskriminalamt: Kurzbericht Rauschgift 2006 – Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland,
http://www.bka.de/lageberichte/rg/2006/jahreskurzlage_rg2006.pdf, Entnahme 12.07.2007

Bundesministerium für Gesundheit: Aktionsplan Drogen und Sucht, Berlin 2003,
Entnahme 13.07.2007

Bundesministerium für Gesundheit: Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen – Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung,
http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_603372/SharedDocs/Publikationen/Drogen-und-Sucht/a-612,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-612.pdf, Berlin 2005, Entnahme 23.07.2007

Bundesministerium für Gesundheit: Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten – Expertise zu Good-Practice-Ansätze – Austausch zu aktuellen Cannabis-Studien auf Einladung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin 2006,
http://www.bmg.bund.de/nn_604826/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Cannabis/zugang-cannabiskonsumenten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/zugang-cannabiskonsumenten.pdf, Entnahme 28.07.2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln, Kurzbericht 2007, http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_604240/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Cannabis/kurzbericht-cannabis.html, Entnahme 28.07.2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Köln 2001

Cousto, Hans/Mecking, Tim: DrogenGenussKultur, Cousto, Hans, – Artikel – Drogen, Politik und Polizei, <http://www.drogenkult.net/?file=text011&view=8>, Entnahme 23.07.2007

Degwitz, Peter: Drogenkonsum/abhängigkeit als Lebensstil und/oder Krankheit, in: Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik –Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2002

Deutscher Hanf Verband (DHV): 2007a:

Geyer, Steffen, Informationen zu Cannabis – Genmanipulierter Hanf? – Auszug aus den IACM-Informationen vom 23.Juli.2005, http://hanfverband.de/themen/genmanipulierter_hanf.html#iacm, Entnahme 15.07.2007

Deutscher Hanf Verband (DHV): 2007b:

Geyer, Steffen, Themen – Gestrecktes Gras – Vom Naturprodukt zum Chemiecocktail, http://hanfverband.de/themen/gestrecktes_gras.html, Entnahme 04.07.2007

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI): 2007, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm>, Entnahme 11.11.2007

Drogenbeauftragte der Bundesregierung Sabine Bätzing: Drogen- und Suchtbericht Mai 2007, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2007

Drug Scouts: 2007a: Dr. Frühling – Wasserpfeifen,
<http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/fruehling/antworten2005/4/wasserpfeifen.html>,
Entnahme 01.09.2007

Drug Scouts: 2007b: Drogenlexikon, <http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/a-z/drolex.html>, Entnahme 01.07.2007

Drug Scouts: 2007c: Führerschein und Drogen,
http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/fs.html, Entnahme 25.08.2007

Drug Scouts: 2007d: Nachweiszeiten,
<http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/nachweis.html>, Entnahme 25.08.2007

Drug Scouts: 2007e: Substanzen – Cannabis,
<http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/cannabis.html>, Entnahme 15.05.2007

Drug Scouts: 2007f: Blei im Gras!,
http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/chemie/marijuana_blei.html, Entnahme
19.11.2007

Drug Scouts: 2007g: Substanzen – Methadon,
<http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/stoff/methadon.html>, Entnahme: 19.11.2007

Drug Scouts: Jahresbericht 2006 – 10 years of Drug Scouts – With great power comes great
responsibility,
http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/download/Jahresbericht%202006.pdf,
Entnahme 24.08.2007

Engel, Uwe/Hurrelmann, Klaus: Was Jugendliche wagen – Eine Längsschnittstudie über
Drogenkonsum – Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter, Juventa Verlag, Weinheim
und München 1994

European Legal Database on Drugs (ELDD): Country Profile – Greece 2007,
<http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.content&sLanguageISO=EN&nNodeID=5174>, Entnahme: 19.12.2007

Eve & Rave Berlin: Nutzung von Drogeninformationen – Informationsverhalten von Nutzern im Internet, 2007, <http://www.eve-rave.net/abfahrer/presse/presse07-09-28.html>, Entnahme: 01.11.2007

Flammer, August/Alsaker, Françoise D.: Entwicklungspsychologie der Adoleszenz – Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter, Verlag Hans Huber, Bern 2001

Freitag, Marcus/Hurrelmann Klaus: Illegale Alltagsdrogen – Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter, Juventa Verlag, Weinheim und München 1999

Ganter, Andreas: Behandlungsmöglichkeiten bei problematischem Cannabiskonsum, <http://www.therapieladen.de/produkte/behandlungsmoeglichkeiten.pdf>, 2001, Entnahme: 15.07.2007

Ganter, Andreas: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche, in: Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino, Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? – Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, Lehrerinnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

Görgen, Wilfried/Hartmann, Rüdiger: Expertise – Zugang zu jungen CannabiskonsumentInnen, <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/Cannabis-Expertise.pdf>, 2006, Entnahme: 12.07.2007

Grotenhermen, Franjo: Cannabinoide und das Endocannabinoidsystem, http://www.cannabis-med.org/german/journal/de_2006_01_2.pdf, Hürth 2006, Entnahme 06.07.2007

Grotenhermen, Franjo/Reckendrees, Britta: Pharmakologie: Wirkung von Cannabis auf Körper und Psyche, in: Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino, Was tun wenn Cannabis zum Problem wird? – Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

Hallmann, Hans-Jürgen/Holterhoff-Schulte, Ingeborg/Merfert-Diete, Christa:

Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention,

http://dhs.de/web/daten/BLK_Qualitaetsstandards.pdf, Hamm, Hannover, Mülheim

Januar 2007, Entnahme 01.11.2007

Herwig-Lempp, Johannes: Von der Sucht zur Selbstbestimmung – Drogenkonsumenten als Subjekte, Borgmann Publishing, Dortmund 1994

Heudtlass, Jan-Hendrik/Stöver, Heino et al.: Risiko mindern beim Drogengebrauch – Gesundheitsförderung, Verbrauchertips, Beratungswissen, Praxishilfen, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2000

Hurrelmann, Klaus/Bründel, Heidrun: Drogengebrauch – Drogenmissbrauch: Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit, Primusverlag, Darmstadt 1997

Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra: Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden, in Kolip, Petra, Lebenslust und Wohlbefinden – Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Juventa Verlag, Weinheim und München 1994

Klee, Jürgen/Stöver, Heino: Drogen|HIV/AIDS|Hepatitis – Ein Handbuch, Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Frankfurt am Main/Berlin 2004

Kleiber, Dieter/Kovar, Karl-Artur et al.: Auswirkungen des Cannabiskonsums – Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH (Stuttgart 1998), Berlin/Tübingen 1997

Kleiber, Dieter/Soellner, Renate: Cannabiskonsum – Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken, Juventa Verlag, Weinheim und München 1998

Klein-Allermann, Elke: Die Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben im Kontext der Familie – Ein Vergleich adoptierter und nicht adoptierter Jugendlicher, Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main (Berlin, Bern, New York, Paris, Wien) 1995

Kolip, Petra: Lebenslust und Wohlbefinden – Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Juventa Verlag, Weinheim und München 1994

Koller, Gerhard: Das Feuer hüten – Risiflection – Ein Handlungsmodell zur Entwicklung von Rausch- und Risikopädagogik im Cannabiskonsum, in: Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino, Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? – Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, Lehrerinnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

Koller, Gerhard: Risiflecting – Das Konzept – Entwicklungspool für Rausch- und Risikokompetenz: Inhaltliche Grundlagen,
http://www.risiflecting.at/pdf/risiflecting_konzept.pdf, Entnahme:17.07.2007

Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino: Was tun wenn Cannabis zum Problem wird? – Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

Kolte, Birgitta/Stöver, Heino: „In einer Spirale nach oben“ – Ein bibliothераpeutisches Programm für mehr Selbstkontrolle und reduzierten Drogengebrauch als Angebot für problematisch gebrauchende CannabiskonsumentInnen, in: Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino, Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? – Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, Lehrerinnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

Leschka, Wolfgang: Holland-Dreams – Hauptseite,
http://www.hollanddreams.at/shop_pro/index.php?categoryID=206, Entnahme 23.08.2007

Milazzo, Giuseppe: Die zielgerichtete Prävention,
<http://www.praeventivplus.ch/cms/download.php?95edc42dc9d589703f05ca93f34b3084>,
Entnahme 01.11.2007

Noß, Thorben: Drogendealer – Untersuchung eines Metiers unter sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen, Fachhochschule Hildesheim/Holzminde, Hildesheim 2001

Pany, Thomas: Signifikantes Pfeifen – Wie Lungen beim Cannabis-Pur-Rauchen leiden, <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/25/25846/1.html>, Entnahme 01.11.2007

Petersen, Kay Uwe/Thomasius, Rainer: Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch – Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996-2006, Pabst Science Publishers, Lengerich 2007

Pflaumer, Elke: Der Widersprüchlichkeit Aufmerksamkeit schenken – Empowerment als Denk- und Handlungsansatz in der Gesundheitsförderung, in: Miller, Tilly/Pankofer, Sabine: Empowerment konkret – Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychosozialen Praxis, Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 2000

Raithel, Jürgen: Gesundheitsrelevantes Verhalten und Lebensstile Jugendlicher, Pabst Science Publishers, Lengerich 2004

Rätsch, Christian: Enzyklopädie der psychoaktiven Pflanzen – Botanik, Ethnopharmakologie und Anwendung, AT Verlag, Stuttgart 1998

Reuband, Karl Heinz: Soziale Determinanten des Drogengebrauchs, eine sozialwissenschaftliche Analyse des Gebrauchs weicher Drogen, Westdeutscher Verlag, Opladen 1994

Schmidt, Bettina/Broekman, Antje: Unterstützungsleistungen für drogenkonsumierende Jugendliche: Mitmachen und gewinnen?, in: Neue Praxis – Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik 05/2001, S.: 514 -522

Schmidt-Semisch, Henning: Drogen als Genussmittel – Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen, AG SPAK Bücher, München 1992

Schneider, Wolfgang: Drogenmythen – Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in: Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik, Verlag für Wissenschaft und Bildung (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierender Drogenarbeit), Berlin 2000

Schneider, Wolfgang: Risiko Cannabis? Bedingungen und Auswirkungen eines sozial-integrierten Gebrauchs von Haschisch und Marihuana, Verlag für Wissenschaft und Bildung (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierender Drogenarbeit), Berlin 1995

Schröder, Katrin: Bedarfsanalyse zu Drugchecking in Europa,
http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/download.html, Entnahme 13.07.2007

Sozialgesetzbuch VIII: Kinder- und Jugendhilfe, in: Jugendrecht, Beck-Texte im Deutschen Taschenbuch Verlag, München 26. Auflage 2004

Soellner, Renate: Abhängig vom Haschisch? – Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit, Verlag Hans Huber, Bern (Göttingen, Toronto, Seattle) 2000

Stadtrat Leipzig: Drogenpolitische Leitlinien der Stadt Leipzig vom 20.01.1999 (Beschluss des Stadtrates 1441/99) einschließlich der am 25.11.2004 vom Drogenbeirat der Stadt Leipzig beschlossenen Fortschreibung der Handlungsfelder und des aktualisierten Maßnahmenkataloges 2004/ 2006,
http://www.leipzig.de/imperia/md/content/53_gesundheitsamt/dropol_leitlinien_2004.pdf,
Entnahme 15.09.2007

Stark, Wolfgang: Empowerment – Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis, Lambertus Verlag, Freiburg i.Br. 1996

Stumpe, Harald: Seminarunterlagen zu „Einführung in die Sozialmedizin“, 2004,
<http://www.harald-stumpe.de/>, Entnahme 13.06.2004

Täschner, Karl-Ludwig: Das Cannabisproblem – Haschisch und seine Wirkungen, Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1986

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): Cannabis Market, 2007 a,
http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007_1.4_cannabis.pdf, Entnahme 01.09.2007

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): Executive Summary 2007 b,
http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007_executive_summary.pdf, Entnahme
01.09.2007

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC): World Drug Report 2007c,
http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf, Entnahme 01.09.2007

Verein für Drogenpolitik e.V.: Informationen zu Cannabis – Wirkstoffgehalt,
<http://www.cannabislegal.de/cannabisinfo/wirkstoffgehalt.htm>, Entnahme 01.07.2007

World Health Organization (WHO): Constitution of the World Health Organization, 1946,
http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf, Entnahme 10.11.2007

World Health Organization (WHO): Internationale statistische Klassifikation der
Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme,
<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-who/version2006/systematik/>,
Entnahme 04.10.2007

World Health Organization (WHO): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986,
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, Entnahme
11.12.2007

Widmer, Andreas: Kiffen bei Jugendlichen: Kursangebot ‚Spaß am Leben‘, in: Kolte,
Birgitta/Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino, Was tun, wenn Cannabis zum Problem
wird? – Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, Lehrerinnen und BeraterInnen in der
Drogenhilfe, Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

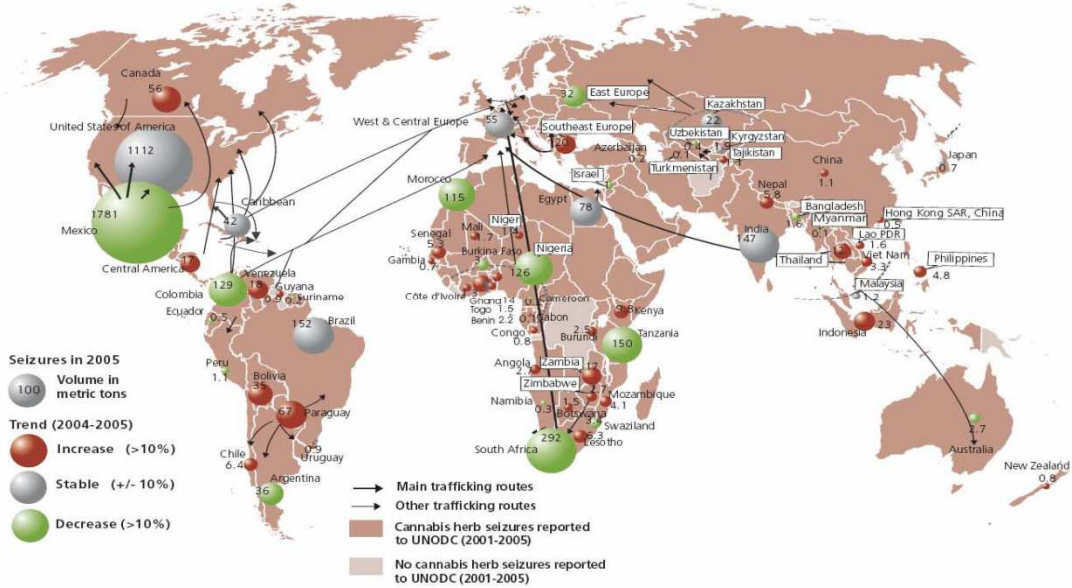
Wirth, Nadja: Die Erfahrungen mit FreD in der Beratungsstelle in Echtzeit der Kriesehilfe
e.V. Bochum – Ein Beispiel aus der Praxis, in: Kolte, Birgitta/Schmidt-Semisch,
Henning/Stöver, Heino, Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird? – Leitfaden für
KonsumentInnen, Eltern, Lehrerinnen und BeraterInnen in der Drogenhilfe,
Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 2006

Zielich, Jeanette: Entwicklung und Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, in: Barsch, Gundula et al., Neuer Start mit alter Power: Eine Einrichtung für Jugendliche mit problematischem Konsum legaler und illegaler Drogen, Engelsdorfer Verlag, Leipzig, 2005

Zimmer, Lynn/Morgan, John P./Bröckers, Mathias: Cannabis Mythen – Cannabis Fakten – Eine Analyse der wissenschaftlichen Diskussion, Nachtschattenverlag, Solothurn 2004

11 Anhang

Map 15: Trafficking in cannabis herb, 2005 (countries reporting seizures of more than 100 kg)



Source: UNODC Annual Reports Questionnaires data/DELTA.

109

(UNODC, 2007a:109)

Fig. 12: Annual prevalence of cannabis use, 2005 or latest year available

	No. of users	in % of population 15-64 years
EUROPE	30,500,000	5.6
West & Central Europe	23,400,000	7.4
South-East Europe	1,700,000	2.0
Eastern Europe	5,400,000	3.8
AMERICAS	37,600,000	6.5
North America	30,900,000	10.7
South America	6,700,000	2.3
ASIA	49,100,000	1.9
OCEANIA	3,400,000	15.8
AFRICA	38,200,000	7.7
GLOBAL	158,800,000	3.8

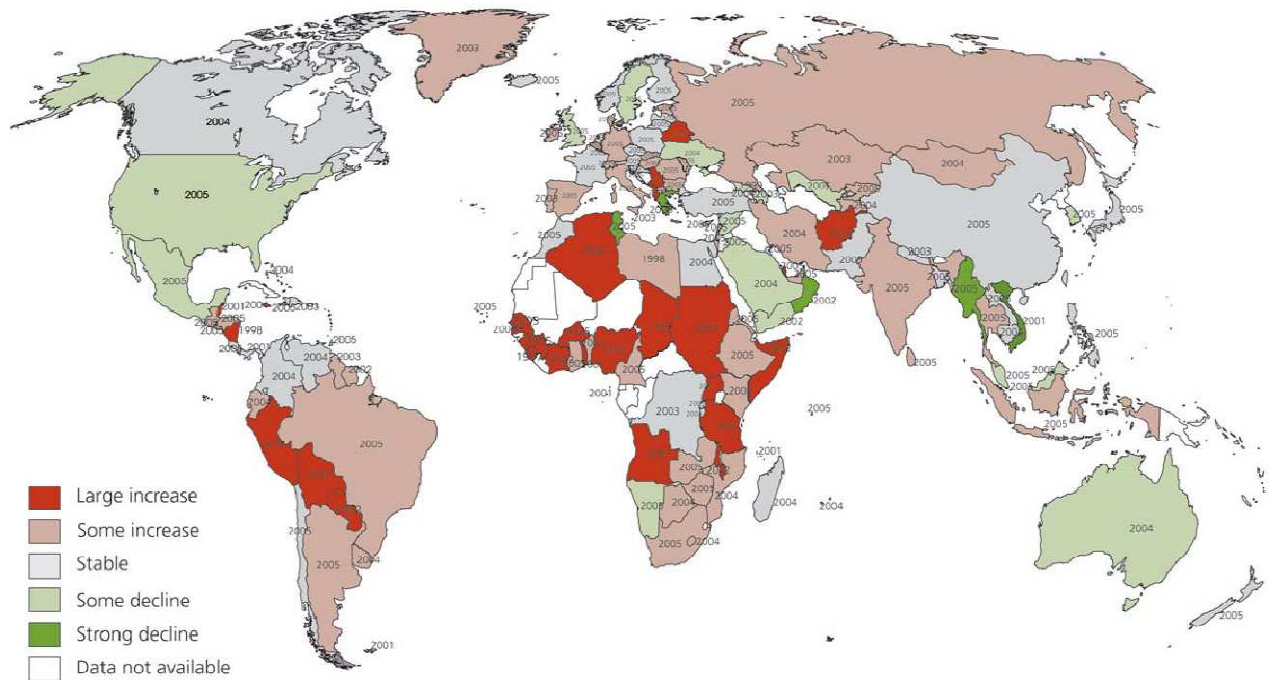
Above global average (Dark red) Around global average (Green) Below global average (Light green)

Sources: UNODC, Annual Reports Questionnaire Data, UNODC Field Offices, UNODC Drug Abuse Information Network for Asia and the Pacific (DAINAP), UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP), Govt. reports, EMCDDA, CICAD, HONLEA reports, local studies, UNODC estimates.

(UNODC, 2007a:114)

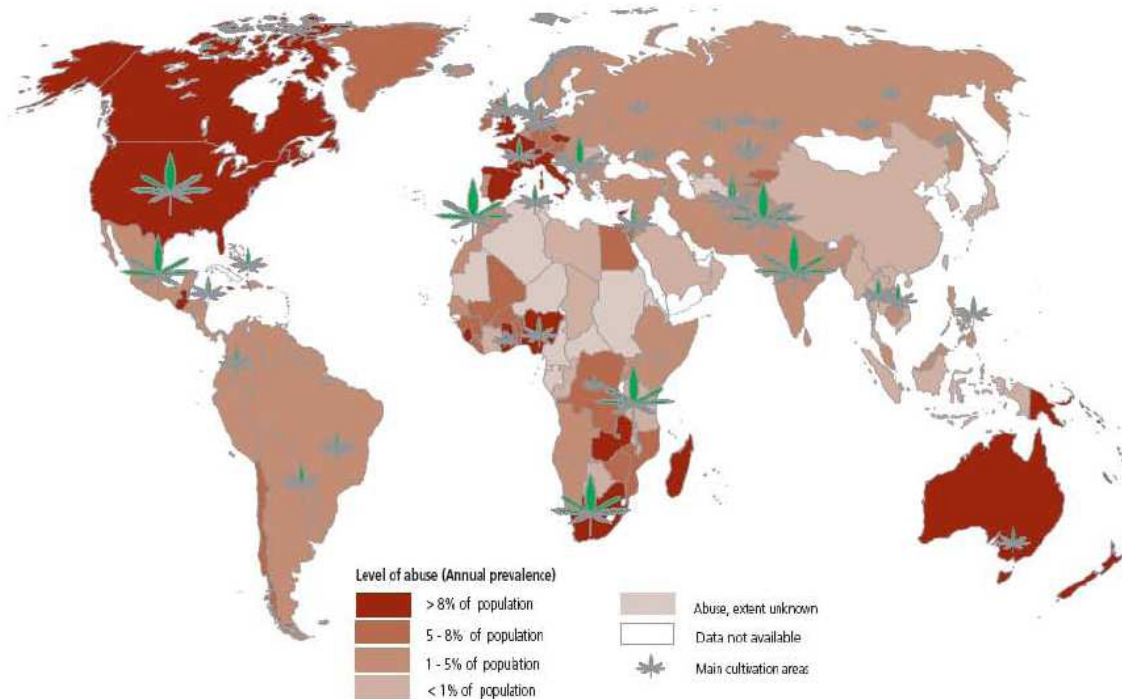
1. Trends in world drug markets Cannabis market

Changes in the use of cannabis, 2005 (or latest year available)



(UNODC, 2007b:16)

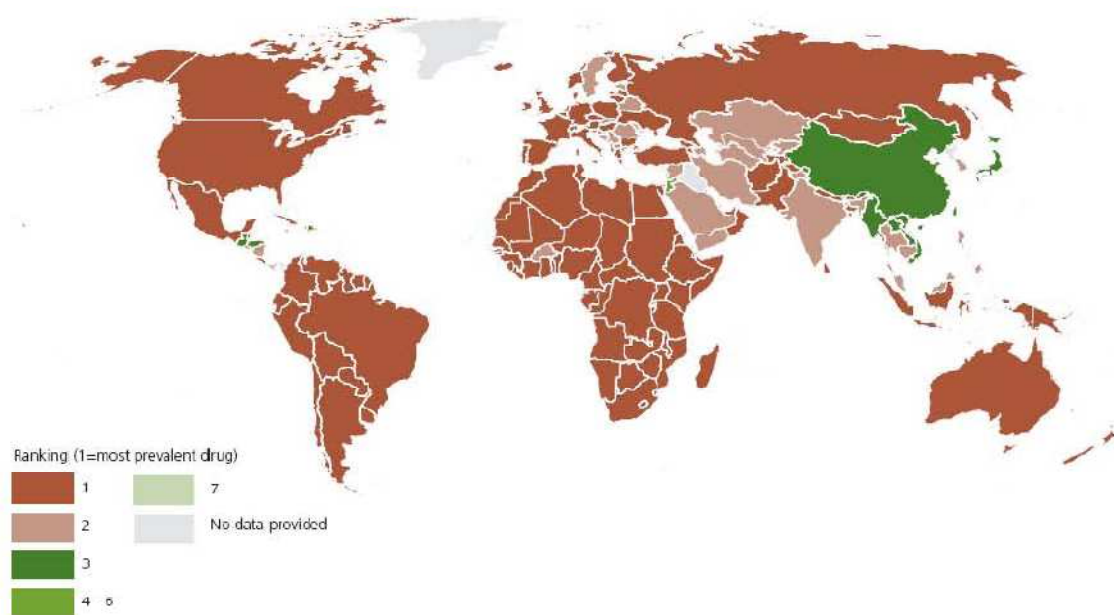
Map 17: Use of cannabis 2005 - 2006



Source: Sources: UNODC Annual Reports Questionnaires data and national reports, UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP)

(UNODC, 2007a:120)

Map 18: Ranking of cannabis in order of prevalence in 2005 (or latest available)



Source: UNODC Annual Reports Questionnaires data/DELTA; Government Reports, US Department of State; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); Drug Abuse Information Network for Asia and the Pacific (DAINAP); UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP), Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD)

(UNODC, 2007a:120)

CANNABIS OIL
Retail and wholesale prices and purity levels:
breakdown by drug, region and country or territory
 (prices expressed in US\$ or converted equivalent, and purity levels in percentage)

Region / country or territory	RETAIL PRICE (per gram)				WHOLESALE PRICE (per kilogram)			
	Typical	Range	Purity	Year	Typical	Range	Purity	Year
Americas								
<u>Caribbean</u>								
Anguilla	12.5	10.0 - 15.0		2005	12,500.0	10,000.0 - 15,000.0		2005
Bahamas	35.0	20.0 - 50.0		2004	4,000.0	3,000.0 - 5,000.0		2004
<u>North America</u>								
Canada	20.2	16.1 - 40.3	49.0 - 63.0	2005	6,451.6	6,451.6 - 9,677.4	49.0 - 63.0	2005
Asia								
<u>East and South-East Asia</u>								
Philippines					3,989.1			2005
<u>South Asia</u>								
Maldives	11.6	9.3 - 14.0		2005	7,762.9	6,210.3 - 11,644.3		2005
Europe								
<u>Southeast Europe</u>								
Albania					1,250.0	1,000.0 - 1,500.0		2005
<u>West and Central Europe</u>								
Spain	13.2			2005	2,724.9			2005
Oceania								
New Zealand	89.3	35.7 - 142.9		2005	89,285.7	35,714.3 - 142,857.1		2005

(UNODC, 2007c:234)

CANNABIS RESIN

Retail and wholesale prices and purity levels: breakdown by drug, region and country or territory

(prices expressed in US\$ or converted equivalent, and purity levels in percentage)

Region / country or territory	RETAIL PRICE (per gram)				WHOLESALE PRICE (per kilogram)					
	Typical	Range		Purity	Year	Typical	Range		Purity	Year
Europe										
<u>East Europe</u>										
Belarus	14.0	10.0 -	17.5		2005	10,500.0	900.0 -	12,500.0		2005
Moldova R.	5.6	4.8 -	6.4		2005					
Russian Federation	12.1	1.1 -	29.7		2005	6,821.0	1,361.3 -	20,942.4		2005
<u>Southeast Europe</u>										
Albania						275.0	250.0 -	300.0		2005
FYR of Macedonia	2.8	1.9 -	3.8		2005	817.7	629.0 -	1,006.4		2005
Romania	7.6	5.0 -	7.6		2005	3,145.1	2,012.9 -	3,145.1		2005
Serbia and Montenegro	15.5	12.4 -	18.6		2004					
Turkey	6.3	8.8 -	7.6		2005	1,320.9	1,132.2 -	1,509.6		2005
<u>West and Central Europe</u>										
Austria	9.5	8.8 -	10.1	1.0 - 38.0	2005	2,830.6	2,516.1 -	3,145.1		2005
Belgium	6.8				2004	2,422.1				2004
Cyprus	12.9				2005	4,305.0				2005
Czech Republic	10.7	6.5 -	21.6	4.0 - 17.0	2005	6,164.4	2,138.7 -	10,819.1		2005
Denmark	7.0	4.4 -	19.3		2005	3,270.9				2005
Estonia	12.0				2005	2,830.6				2005
Finland	11.3	7.6 -	15.1		2005	3,459.6	2,516.1 -	4,403.1		2005
France	6.3	5.0 -	7.6		2005	1,887.1	1,635.5 -	2,516.1	6.0 - 16.0	2005
Germany	7.9				2005	2,854.5				2005
Greece	6.3	5.0 -	7.6		2005	1,824.2	1,132.2 -	2,516.1		2005
Hungary	11.9	11.7 -	12.0	6.0	2005	2,590.3				2005
Iceland	25.5				2004					
Ireland	8.8	7.5 -	12.6		2005					
Italy	9.2	8.3 -	10.2		2005	2,624.0	2,105.5 -	3,041.9		2005
Latvia	18.9	13.3 -	22.7		2005	3,984.2				2005
Liechtenstein	8.5	6.8 -	10.2		2005					
Lithuania	8.0	5.5 -	10.9		2005	3,899.9	3,170.3 -	4,629.6		2005
Luxembourg	9.2				2005	5,032.1				2005
Malta	10.2				2005	3,000.0	3,000.0 -	3,400.0	7.0 - 10.0	2005
Monaco	2.5				2005					
Netherlands	9.8	4.4 -	15.1		2005					
Norway	25.2	18.9 -	31.5		2005	3,774.2	2,138.7 -	5,409.6		2005
Poland	11.0	7.9 -	14.2		2005	2,701.5				2004
Portugal	2.5				2005	2,895.3				2004
Slovakia	14.7	9.8 -	19.5	3.0 - 29.0	2005	4,071.1	3,256.9 -	4,885.4		2005
Slovenia	12.6				2005	4,630.8	3,931.4 -	4,717.6		2005
Spain	5.4				2005	1,631.7				2005
Sweden	11.5	8.6 -	14.4		2005	4,316.6	2,877.7 -	5,755.4		2005
Switzerland	8.5	3.4 -	17.0	9.0 - 28.0	2005	4,830.5	1,694.9 -	8,474.6		2005
United Kingdom	3.7	1.7 -	13.3		2005	2,743.8				2005
Oceania										
Australia	18.5	19.4 -	38.8		2005					
New Zealand	24.8				2004					

(UNODC, 2007c:236)

CANNABIS HERB

**Retail and wholesale prices and purity levels:
breakdown by drug, region and country or territory**

(prices expressed in US\$ or converted equivalent, and purity levels in percentage)

Region / country or territory	RETAIL PRICE (per gram)				WHOLESALE PRICE (per kilogram)			
	Typical	Range	Purity	Year	Typical	Range	Purity	Year
Asia								
<u>Central Asia and Transcaucasia</u>								
Armenia	2.5		70.0 - 80.0	2005	1,500.0			2005
Georgia	3.0	1.0 - 4.0		2004				
Kazakhstan	2.5			2004	244.5	30.0 - 1,000.0		2005
Kyrgyzstan	0.05	0.03 - 0.06		2005	30.0	20.0 - 40.0		2005
Tajikistan				2004	140.0	117.0 - 161.0		2004
Uzbekistan								
<u>East and South-East Asia</u>								
Brunei Darussalam	50.7			2005				
China	0.8	0.6 - 1.2		2004				
Hong Kong SAR, China	7.4	3.0 - 16.8		2005	1,717.8	967.7 - 2,322.6		2005
Indonesia	0.2	0.2 - 0.3		2005				
Japan	58.3	19.4 - 116.5		2005	5,145.6	2,427.2 - 7,767.0		2005
Laos					14.0	14.0 - 16.0		2004
Macau SAR, China	12.0	10.0 - 15.0		2005	2,350.0	2,200.0 - 2,500.0		2004
Malaysia					585.1	315.0 - 631.0		2005
Myanmar	0.1			2005	120.0	100.0 - 130.0		2005
Philippines	0.5	0.4 - 0.9		2005	453.3	362.7 - 906.6	100.0	2005
Republic of Korea	6.1	2.0 - 11.8		2005	980.4			2005
Singapore	20.5			2005	2,024.6	1,840.5 - 2,208.6		2005
Thailand	0.4	0.2 - 0.5		2005				
<u>Near and Middle East/South-West Asia</u>								
Israel	3.0			2005	180.0	80.0 - 400.0		2005
<u>South Asia</u>								
Bangladesh	0.3	0.2 - 0.3	6.0 - 8.0	2005	120.0	100.0 - 140.0	6.0 - 8.0	2005
India					46.1	34.6 - 115.3		2005
Sri Lanka	0.015	0.01 - 0.02		2005				
Europe								
<u>East Europe</u>								
Belarus	3.0	1.0 - 7.5		2005	1,400.0	550.0 - 2,000.0		2005
Moldova R.	1.6	1.2 - 2.4		2005				
Russian Federation	4.0	0.3 - 7.5	1.0 - 3.0	2005	1,940.0	3,490.4 - 8,586.4	1.0 - 3.0	2005
<u>Southeast Europe</u>								
Albania	1.0	1.0 - 1.5		2005	115.0	100.0 - 130.0		2005
Bulgaria	1.0	0.9 - 1.2		2004				
Croatia	3.5	2.6 - 6.1		2005	564.2	520.8 - 607.6		2005
FYR of Macedonia	1.6	1.3 - 1.9		2005	471.8	314.5 - 629.0		2005
Romania	8.8	6.3 - 12.6		2005	881.0			2005
Serbia and Montenegro	4.3	2.5 - 6.2		2004	105.6	87.0 - 124.2		2004
Turkey	7.6	2.5 - 5.0		2005	440.3	377.4 - 503.2		2005
<u>West & Central Europe</u>								
Andorra	7.6			2005				
Austria	4.4	3.8 - 5.0	27.0	2005	1,069.3	880.6 - 1,258.0	19.0	2005
Belgium	6.2			2004	2,670.5			2004
Cyprus	10.8			2005	3,228.1			2005
Czech Republic	7.3	0.9 - 15.2	21.0	2005	4,428.3	880.6 - 10,819.1	11.0	2005
Estonia	10.1			2005	2,830.6			2005
Finland	22.0	18.9 - 25.2	3.2 (0.1-14)	2005	11,322.3		14.0	2005
France	7.6	6.3 - 8.8		2005	3,145.1	2,641.9 - 5,032.1	2.0 - 16.0	2005
Germany	9.1		11.0	2005	4,289.9			2005
Greece	2.8	1.9 - 3.8		2005	629.0	377.4 - 880.6		2005
Hungary	11.0	10.6 - 11.5	6.00	2005	2,780.3			2005
Iceland								
Ireland	3.7	2.5 - 5.0		2005				
Italy	7.8	6.4 - 7.8		2005	1,410.5	1,155.0 - 1,666.0		2005
Latvia	18.9			2005	5,681.8			2005
Liechtenstein	6.8	5.1 - 8.5		2005				
Lithuania	10.9	5.5 - 14.6		2005				
Luxembourg	9.2		1.0 - 22.0	2005	4,403.1	3,774.1 - 5,032.1		2005
Malta	2.3			2005	1,100.0	1,000.0 - 1,200.0	10.0	2005
Netherlands	9.8	4.4 - 15.1		2005	3,270.9	2,641.9 - 3,899.9		2005
Norway								

Anhang zu Punkt 6.6

Erfahrungsberichte Cannabis aus dem Forum der Internetseite der Drug Scouts

„halbes jahr, 17.06.2007, 14 Jahre, männlich, Bayern:

Ich habe ein halbes Jahr täglich 2-8 Tüten konsumiert. Ich bereue es nicht, aber dennoch find ich es nicht gut was ich gemacht habe (1). Für alle die auch in meinem Alter sind und ‚Drogen‘ nehmen wollen, bitte wartet noch 1-2 Jahre und wenn ihr dann immer noch Drogen zu euch nehmen wollt macht es, aber bitte nicht mit 13 Jahren (5, 9, 10). Als ich sozusagen ein halbes Jahr dauerbreit war, habe ich mein Umfeld nicht wirklich wahrgenommen, meine Augen fühlten sich schwach und schwer an, mein ganzer Körper war wie betäubt.

Nach diesem halben Jahr habe ich eine 1 monatliche Pause gemacht und danach mein Cannabis Konsum erheblich beschränkt, sodass ich kein drang mehr habe jeden Tag oder in gewissen Abständen etwas zu rauchen (1, 2, 3). Ich rauche jetzt höchstens 1-2 mal etwas in der Woche, ich denke es ist nicht zu viel (5). Ihr fragt euch sicherlich warum nimmt ein 14 Jahre alter Jugendlicher schon Drogen, der zerstört doch sein ganzes Leben. Meine Lebenseinstellung ist simpel, ich finde man sollte lieber alles ausprobieren und viel kennenlernen und sich weiterbilden. Ich habe nicht vor steinalt zu werden. Ich finde 40-60 Jahre reichen, danach ist man eh nur noch ein schlabbriger Hautlappen der dem Staat was kostet.“ (Drug Scouts, 2007, Erfahrungsberichte Cannabis 1161 – 1170)

„Kiffen und Träumen, 31.05.2007, 19 Jahre, weiblich, Österreich:

Hey ihr Lieben!

Kiffe seit ca. 5 Jahren, anfangs immer nur alle zwei Wochen mal (5), dann habe ich 2 Jahre ganz aufgehört, seit einem Jahr nun aber wieder täglich eine Tüte. Mein Konsum beträgt so um die 2g pro Monat. Ich bin im Studium, trainiere Pferde und bin viel unterwegs. Kiffen tue ich allerdings nur wenn ich sicher bin danach nicht mit dem Auto unterwegs zu sein und nichts mit den Tieren zu tun habe (10).

Hatte schon ein paar ziemlich üble Abstürze wo ichs masslos übertrieben habe (1), das war jedoch meistens bei Open-Airs oder irgendwelchen Homeparties. Also mein Fazit: Kiffen macht mir Spass, ich genieße es abends damit zu entspannen, mit Freunden in der Runde es

lustig zu haben und ich bevorzuge Weed vollkommen dem Alkohol, da ich noch nie einen ‚Graskater‘ hatte und mich am nächsten Tag immer topfit fühle (9).

Negative Aspekte sind vor allem die verdammt hohen Weedpreise (6), zum Glück habe ich gute Kontakte.. ;-) Natürlich auch, dass es illegal ist, es ist schon nervig immer und überall wenn man mal draussen gemütlich ne Tüte rauchen möchte aufzupassen (11). Ein größeres ‚Problem‘ bei mir ist, dass ich wenn ich high bin und schlafen gehe (was eigentlich jeden Abend der Fall ist -> also high sein :-P) wunderbar und traumlos (jedenfalls kann ich mich nie an was erinnern) schlafe. Wenn ich jedoch mal einen Abend nichts rauche träume ich oft abartige Sachen zusammen, es sind eigentlich immer Albträume. Es kommt mir so vor als ob alle Träume die ich im Highzustand nicht geträumt habe sich anstauen und dann im ‚normalen‘ Schlaf alle auf einmal in meinem Hirn ‚explodieren‘. Nicht selten wache ich dann panisch auf (2).

Scheiße ist auch, dass ich durch die Tüten, die ich immer mit Tabak mische (80% Weed, 20% Tabak) immer wieder mal den Drang nach Tabak, sprich Nikotin habe (7). Bin mir (striker (Zigaretten-)Nichtraucher) aber zum Glück bis heute treu geblieben. Oder dem Gras treu geblieben. Oder wie auch immer! :-D Meine Meinung: Obwohl Gras nun mal eine Droge ist finde ich sie um einiges weniger schlimm als zb. Alkohol. Kiffer sind immer easy drauf (kann natürlich auch negativ sein..) (10).

Wieviele Besoffene hab ich schon auf die Strasse kotzen oder am rumprügeln gesehen. Prügelnde oder aggressive Kiffer kenn ich nicht. Und trotzdem kann man den Alkohol im Supermarkt kaufen und ums Weed wird ein riesen Theater gemacht. Naja. So nun hab ich euch fertig zugetextet! Wünsche allen eine ruhige (und traumlose ;-) Nacht....“ (Drug Scouts, 2007, Erfahrungsberichte Cannabis 1151 - 1160)

„...so siehst aus !, 01.06.2007, 21 Jahre, männlich, Hessen:

Hi Leute !

...also erstma zu Cannabis – ich habs schon gemacht, is auch ne schöne Erfahrung; aber man sollte es: 1. Auf keinen Fall übertreiben! (1,2) ..denn wenn mans jeden Tag macht, bzw. mehrmals am Tag verliert man den Bezug zur Realität und der gute Spliff (meint den Zug aus einem Joint bzw. den Joint) gibt einem nich mehr das, was er einem eigentlich geben sollte (5).

--> Sprich, die Wirkung is zu schwach. Deswegen sollte man immer mal wieder Pausen einlegen um das Feeling zu verbessern! ;) **(3)** Dazu kommt, dass man ne ganz persönliche Meinung oder eher Philosophie dazu haben sollte... und sich nich einfach sinnlos zuqualmen **(10)**.

Also Leute, stay positive ! Jah Bless !!!”

„Drogen, 27.04.2007, 16 Jahre, männlich, Hessen:

Hi,

ich kiffe seit fast 3 jahren und habe bis her nur gemerkt das ich probleme mit meiner ‚lunge‘ habe und ansonsten gibt es nichts schöneres als nach hause zu kommen und sich in den garten zu setzen und erst mal einen joint zu rauchen oder was ;-p kiff weiter, geht weiter euer weg, regelt die schule und arbeit **(5, 8)**, lasst es dort sein und übertreibt es net **(1, 2, 3)** dann kann uns keiner was, haut rein. El Diablo!“ (Drug Scouts, 2007, Erfahrungsberichte Cannabis 1121 - 1130)

„Locke, 03.05.2007, 23 Jahre, männlich, Frankfurt/Main:

vorab, ich kiffe im moment nicht mehr, eher gezwungen, als meine eigene entscheidung, da ich nun zu Drogenscreenings muss **(11)**, um mein Lappen wieder zu bekommen... ich habe so ungefähr mit 14 angefangen meine ersten erfahrungen gemacht mit THC!! es ist in den jahren auch immer ein wenig mehr geworden, aber übertrieben hab ich es nie **(1, 2, 3, 10)**...

klar wenn man mal mit kumpels in holland ist oder dort die meisterschaft feiert mit der fusballmannschaft, dann raucht man mal eins, zwei, zwölf tüten mehr am tag, aber sofern man alles unter kontrolle hat und dann den ‚gewöhnlichen zug‘ drauf hat, spricht ja nichts dagegen **(5)**.

Mit dem THC ist es genauso wie mit Alkohol oder generell körperfremden mitteln. wenn ich zu viele cheeseburger esse werde ich fett, wenn ich jeden tag mein kästchen bier trinke alkabhängig, zu viel limo am tag gibt schlechte zähne und nen zuckerschock :) was ich damit sagen will, wenn man alles in maßen konsumiert dann ist doch alles im Lot **(1,10)**!!

ich habe bis vor 2 Monaten fast täglich geraucht, abhängig vom tagesablauf, viell. so 1-4 tüten im schnitt, klar waren es auch mal 5 oder 7 aber eher die ausnahme. Ich habe aber auch zwischendurch in meiner 9 jährigen kifferzeit immer pausen eingelegt **(3)** und nie damit

probleme gehabt aufzuhören, aber auch nie das problem dann wieder mal einen zu rauchen :D Ich würde schon sagen, das ich träger geworden bin in manchen sachen, und faul wie ein schwein, war ich aber auch schon vor meinem 14ten lebensjahr :)

Ich weis nicht ob ich es wirklich gebraucht habe, aber meiner meinung nach habe ich aus gewohnheit und dem geschmack gekiff, manchen rauchen 2 päckchen kippen am tag oder gehen jeden diensttag und donnerstag in ne bar und trinken nen Mai Thai oder sitzen am stammtisch... unterschied? nein! regelmäßiger konsum jeglicher ,droge‘

*Wie schon erwähnt, in bin von der arbeit gekommen, erst mal was gegessen vor die glotze gehockt oder zu nem kumpel und einen geraucht. mir schmeckt es einfach, das grass... wenn ich jez mal nen paar tage nix geraucht hab, und einer kommt mit nem ekelhaften peterjoint an, sag ich auch eher nein, als ja boah gib her bin voll auf turky **(6, 10)**!! Von bong, eimer rauchen halte ich recht wenig, habe ich auch bisher nicht gemacht, da ich mich nicht komplett wegballern will, sondern gern den kick ,schmecken‘ würde **(4)**!!*

ich habe auch viele kumpels die ohne ihre hugga (meint eine Bong) nicht mehr können, das zeigt aber charakterschwäche meiner meinung nach, es tut mir leid, das sie nicht mehr ohne nen kopf einschlafen können geschweige denn aus dem bett kommen. Da das kiffen, durch medien, hip hopper, den großen coolen jungs an der ecke auch populär gemacht wird, reizt natürlich viele

*jugendliche, mehr, mehr, als es damals bei mir war **(1, 2, 4, 9)**!!*

*Wenn ihr schon anfangen wollt dann, belasst es bei nem tütschen nach der arbeit bzw. getaner jeglicher arbeit **(4)**, nen guten nacht tütschen und wenn man mal mit kumpels am see hockt spricht ja auch nichts dagegen... aber finger weg von der bong, ausserdem ihr machtse doch e nur alle 2 wochen sauber und das ist doch mal... seien wir mal ehrlich... ekelhaft :D **(4, 10)***

*ich habe bisher nur 1x einen abkacker bekommen, und das in nem jeansladen ausgerechnet der probbe voll war, hab nen riesen klopper geraucht vom shoppen mit nem kumpel, und konnte dann 15 mins später einfach meine augen nicht mehr aufhalten, mich nicht auf den beinen halten, und musste mich hinsetzen, mein kopf wurde auch schwer wie eine eisenkugel, ich habe meinen kumpel gerufen, bin dann alle 10 sekunden eingeschlafen und aufgewacht **(5, 10)***

er hat mich unter die arme genommen und mich in den bus gehockt und mit mir zu mir heim gefahren, ich habe ab der busfahrt ca. 6 stunden gepennt, während er brav neben meinem bett hockte, siedler 2 zoggte und meiner mum irgendwie verheimlicht hat was passiert is. dangge :D es geht auch ohne, aber mit is besser und lustiger also übertreibts einfach net, dann is nix gegen zu sagen“ (Drug Scouts, 2007, Erfahrungsberichte Cannabis 1121 - 1130)

„too much, 09.03.2005, 25 Jahre, weiblich, Baden-Württemberg:

Hi ihr alle! Also, ich kiffe seit ca. zehn Jahren. Manche meiner Freunde kiffen, manche nicht. Unter der Woche rauche ich mal zum Feierabend (5), so wie andere ihr Glas Bier trinken. Am Wochenende entweder auch bei einem gediegenen Abend.... oder eben zum Chillen nach einer Party.

So war das schon immer... Kiffen vor der Schule/Uni oder währenddessen, den ganzen Tag zugekifft herumlaufen und mein WE nur zugekifft verbringen... sowas gab es bei mir noch nie und wird es auch nie geben (1, 2, 3, 5, 10). Oft kiffe ich auch mal wochenlang gar nicht – tagelang nicht zu kiffen kommt noch öfters vor (3). Ich plane meine Tage und meinen Alltag so wie ich es muss und will.... wenn das Kiffen reinpasst und ich auch lust dazu hab – okay – aber, wenn es nicht hineinpasst, dann lasse ich es eben sein. Es ist eine schöne Nebensache.. ich brauche es nicht... und denke nach all der Zeit auch ohne selbstverarschung sagen zu können, dass ich es lassen könnte – da ich es immer lassen konnte, wenn ich es lassen wollte (keine lust) oder lassen musste (Klausuren, arbeiten, etc.) (9).

Was ich einfach nicht verstehen kann... ist warum viele morgens schon aufstehen, benebelt in die Schule oder zum Job gehen.... zwischen drin tagsüber auch mal rauchen... und dann Abends sich noch mal die richtige Dröhnung geben. Kiffen ist eine der Drogen, die man, sowie Alkohol... gebrauchen, aber auch missbrauchen kann. Jemand der oben aufgezeigtes Konsummuster hat... ist doch abhängig... genauso wie jemand der bereits vorm Frühstück den ersten Schnaps kippt (9, 10).

Ich bin leidenschaftliche Verfechterin der Legalisierung.... aber so wird das nichts. Solange 16 jährige Schulkinder mit vom Kiffen induzierten Psychosen und Depressionen in Psychiatrien landen... so lange auch erwachsene Konsumenten ihren gesamten Alltag high verbringen und so die üblichen Ausfallserscheinungen (verschlafen, unkonzentriert, daher

Jobverlust, etc. pp) bekommen... so lange wird genau das bestätigt, was seit eh und je Grund für das Verbot und die Vorurteile gegen das Kiffen sind (10, 11).

Mensch Kinder... steht morgens auf, esst was Gutes zum Frühstück, geht in die Schule und zwar clean, macht sport, lebt eure Kreativität aus, entdeckt die Welt.... damit ihr nachher nicht in der Klappe oder beim Arbeitsamt landet... sondern Beispiele werdet, dass Kiffen genauso wie Alkohol in gesundem Maße und auf vernünftige Weise konsumiert werden kann. Haltet doch euren Kopf frei.... Das Kiffen wird von der einen Seite (Politik, Gesellschaft) fälschlicherweise verteuftelt.. und von der anderen Seite (viele Kiffer) verharmlost... ja, nicht einmal mehr als Droge betrachtet. Kiffen zur Schulpause...wer das macht, dem fehlt der nötige Respekt vor Drogen und der nötige Respekt vor dem eigenen Körper und Geist (10).

Ich will hier, auch wenn es sich vielleicht so anhört, nicht einen auf Oberlehrer machen...aber, dieses Konsumverhalten und die daraus erwachsenen psychischen Probleme und Schwierigkeiten im Alltag, bestätigen letztlich all das Schlimme was dem Kiffen nachgesagt wird. Wenn ihr eure Binsenweisheit, das Kiffen genauso (un)gefährlich wie Alkohol ist propagiert... dann haltet euch, wenn ihr morgens vor der Schule euren ersten Köppi raucht, vor Augen, dass das gleiche ist, wie jemand der schon um 7 seinen Schnaps trinkt (5). Und das 5 Tüten zu rauchen vergleichbar ist wie mit einem Vollrausch (1). Und dass in der Schulpause einen zu mokkern, das gleiche ist, wie in der Schulpause irgendwo einen Kurzen zu kippen (5). Und wenn ihr ehrlich seid... wenn jemand so viel saufen würde, wie ihr kifft... dass das ein Alki wär (2), oder?

*Die Welt hat so viel aufregendes, schönes zu bieten... Sport, Natur, Musik, Sex, Liebe... bei alledem ist ein Joint ok (10)... solange es Nebensache bleibt. Und wenn ihr wirklich wollt, dass Kiffen endlich legalisiert wird... dann lebt doch mit gutem Beispiel vor, dass es geht... Kiffen und Alltag... und nicht das Gegenteil. Aber, am Wichtigsten.. es geht doch um euch... das was ihr habt, in eurem Kopf, eure Ideen, eure Phantasie, eure Spiritualität, euren Geist...raucht es doch nicht in die Luft! Kiffen ja... aber das was ihr da macht.. ist z.T. kein Kiffen sondern die völlige Verneblung eures Lebens... Love,
C.“*

Fragen an das Dr. Frühlingsteam der Drug Scouts

02.05.2007, 21 Jahre, Österreich:

„hallo liebes doktor frühling team!

ich habe schon öfter gekifft das war (sofern das gras überhaupt zu gebrauchen war) immer ganz angenehm. bis ich eines tages ein ganzes g in nem joint verbaute und dann rauchte.

ich sah die komischen lichter kreaturen punkte mathematische formeln bilder etc. etc. das war sehr angenehm bis ich mich durch irgendeine kleinigkeit begann auf negatives zu konzentrieren ich merkte wie mein puls hochging und ich bemerkte das ich zunehmend angst bekam. ausgelöst durch diese flashing lights in meinen augen da ich mir anfangs dachte (auch durch den augendruck) ich würde erblinden. nachdem ich die dvd hülle zu the big lebowski sah wusste ich das das normal ist. jedenfalls hatt das mich so aus meiner ruhe gebracht ich dachte ständig oh mein gott was is wenn das so bleibt oder ich erblinde da schoss mein puls in die höhe ich wälzte mich im bett stellte mir bildlich blutverschmierte augen vor und mein herzrasen wurde größer und größer dann kam auch noch die angst vor einem herzinfakt dazu und ich hatte noch mehr schiss (und puls) also ich war total in panik aber mein herz hielt und die geschichte war vorüber.

nach längerer pause konsumierte ich vor kurzem etwas gras vielleicht 0.3-04g. ich konnte mich nicht mehr dabei entspannen, weil ich angst hatte wieder herzrasen zu bekommen. und das resultat war (nachdem ich mich etwas reingesteigert hatte, ob mein puls so passt) das ich durch diese angst wieder herzrasen kriegte. nach ca 3 stunden fing mein herz an zu rotieren wie ein maschinengewehr (fühlte sich total gefährlich an). in todesangst beruhigte ich mich und mein herz sprang nach ca 10-20sekunden wieder in die bahn. war das ein herzinfakt (8)?

ich habs dann nochmal probiert hab mit freunden was geraucht und es ging mir entschieden besser ich hatte zwar schiss aber ich konnte mich so gut ablenken das mein puls zwar erhöht war aber ich glaube noch im grünen bereich war.

einerseits will ich nicht dauernd angst haben, andererseits so ein joint hin und wieder is schon was gutes. wie groß ist die gefahr? was sagt ihr dazu (8)?“

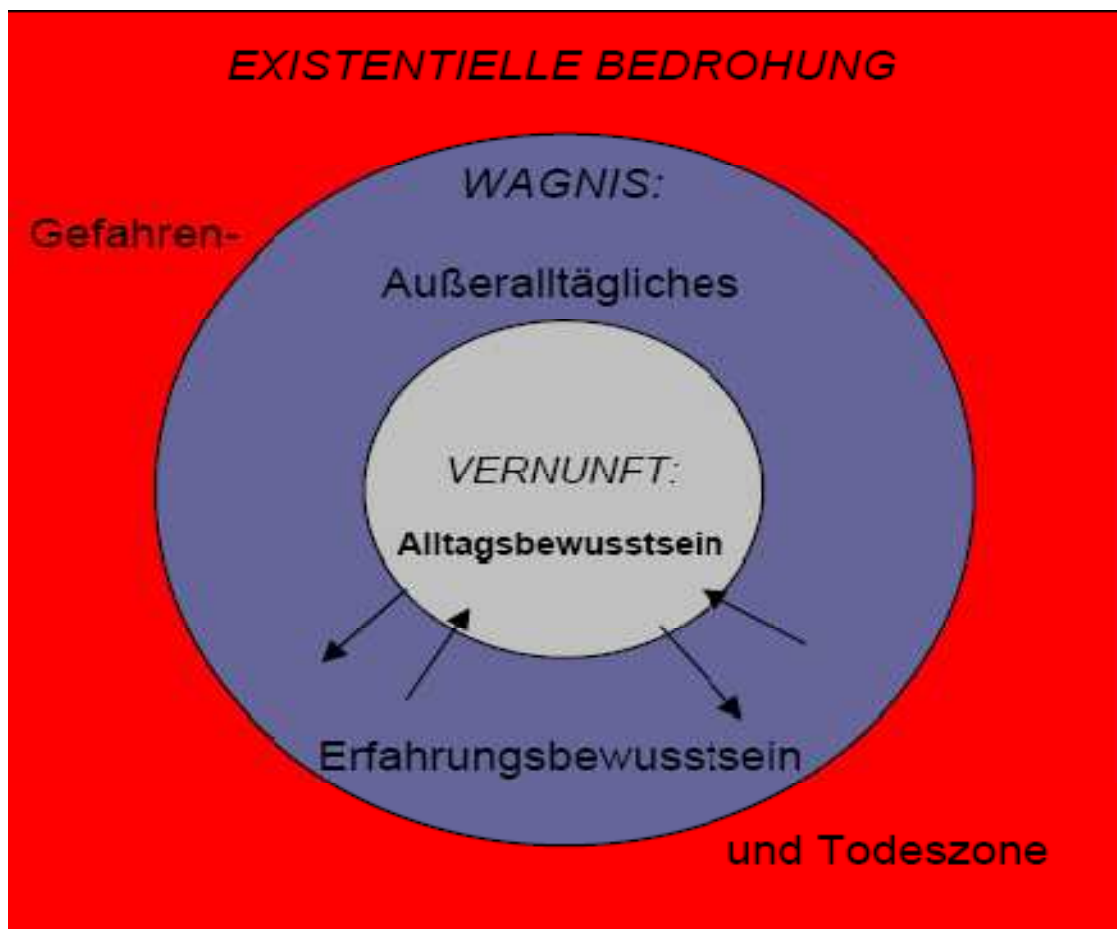
(Drug Scouts, 2007, Antworten des Dr. Frühlingteams April - Juni 2007)

08.03.2007, 18 Jahre, NRW:

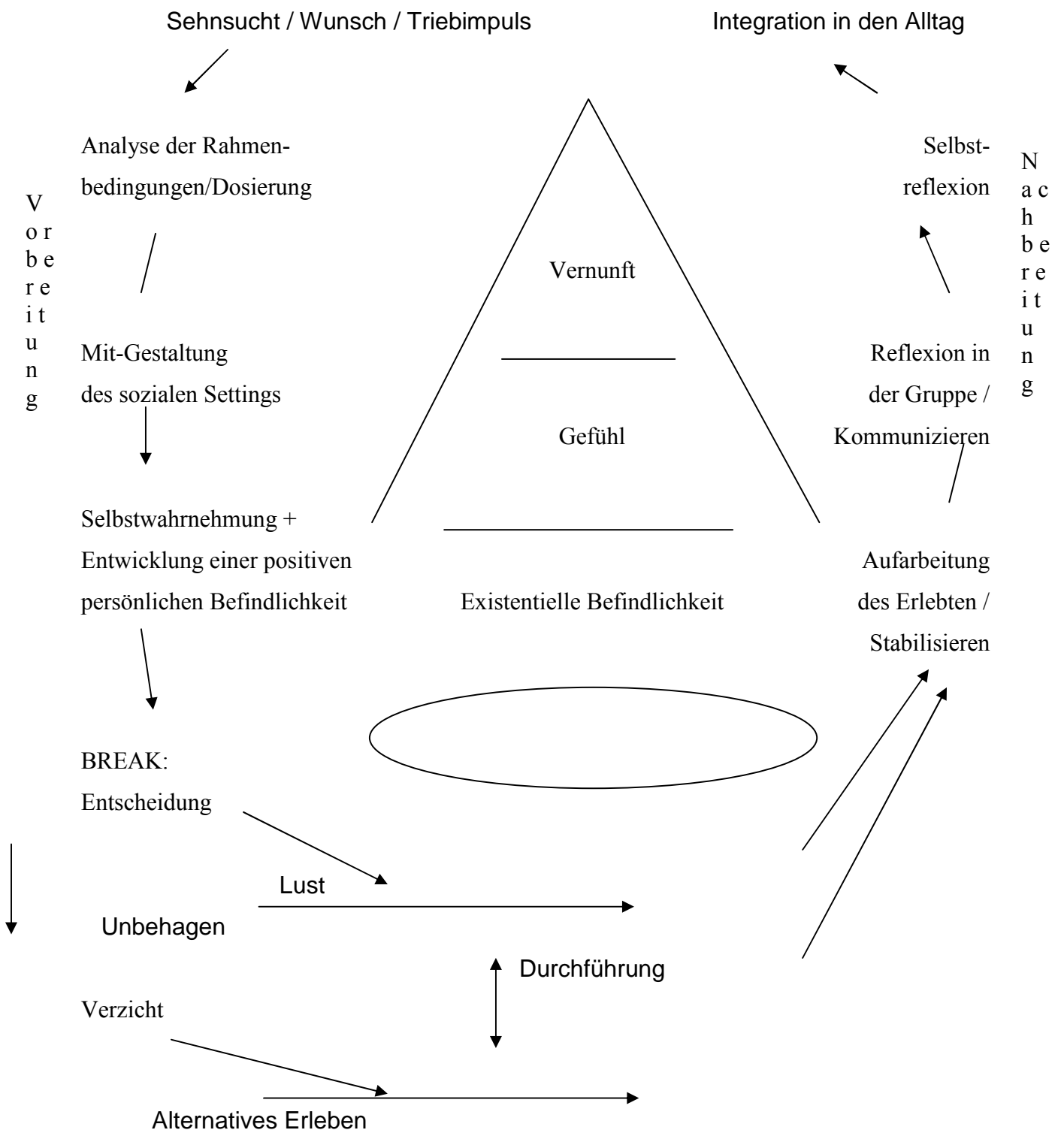
„Also ich habe da mal eine frage, bitte fühlt euch jetzt nicht angegriffen... also ich kiffe schon seit ca. 3 jahren und mein leben is perfekt ich habe eine ausbildungsstelle habe eine freundin und ein gutes verhältniss zu meinen eltern... Mit meinem Freundeskreis bin ich auch voll und ganz zu frieden... Aber immer wieder gibt es menschen z.b. wie drug scouts, die immer von einer abhängigkeit oder sowas reden... ich könnte sofort aufhören wenn ich möchte, aber ich habe keine Probleme im Leben und dann würd ich doch gern mal wissen warum man hier immer so nen (entschuldigung) Müll erzählt bekommt (8)?“

(Drug Scouts, 2007, Antworten des Dr. Frühlingteams Januar - März 2007)

Anhang zu Punkt 7.4.1



(Koller, 2007:6)



(Koller, 2007:8)

Anhang zu Punkt 7.4.3

„Liste der Selbstkontrollregeln

- *Ich rauche täglich.*
- *Ich rauche nicht, wenn ich noch etwas Wichtiges erledigen muss.*
- *Ich rauche nicht, wenn Angehörige (z.B. Kinder) in der Nähe sind.*
- *Ich rauche nicht tagsüber.*
- *Wenn ich kein Cannabis nehmen will, halte ich mich auch mit Alkohol zurück.*
- *Ich höre auf, sobald ich eine bestimmte Wirkung verspüre.*
- *Ich rauche nicht, wenn ich depressiv bin.*
- *Ich rauche nur, wenn ich Cannabis mit guter Qualität bekommen kann.*
- *Ich rauche nicht mehr, als ich mir finanziell leisten kann.*
- *Ich rauche nicht an mir unbekannten Orten.*
- *Ich rauche nicht zusammen mit Unbekannten oder mit bestimmten Personen.*
- *Ich rauche keine Bongs.*
- *Ich plane meinen Gebrauch im Voraus.*
- *Ich rauche nicht alleine.*
- *Ich kaufe nie bei mir unbekanntem Dealern.*
- *Ich kaufe nur bei Freunden.*
- *Ich rauche nur zu bestimmten Anlässen (Partys etc.).*
- *Ich versuche, den optimalen Effekt aus der Droge herauszuholen.*
- *Wenn ich geraucht habe, fahre ich nicht mehr Auto/Fahrrad.*
- *Wenn ich das Gefühl habe die Kontrolle zu verlieren, höre ich auf.*
- *Ich treffe bestimmte Vorkehrungen bevor ich rauche.“*

(Kolte, Stöver, 2006:83)