

# Supra-f – ein Schweizer Forschungsprogramm zur sekundären Suchtprävention

*Supra-f – A Swiss Research Programme for the Secondary Prevention of Addiction*

In den letzten 15 Jahren hat sich die Suchtprävention in der Schweiz stark entwickelt. Die Versorgung aller Regionen mit Fachstellen der Prävention ist weitgehend sichergestellt. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat stabile Partnerschaften mit wichtigen Akteuren aus den Bereichen der Schule, der Gemeinden, des Sports, der Jugendverbände und der Jugendheime entwickelt. Gemeinsam werden langjährige, landesweite Präventionsprogramme in diesen Lebenswelten oder „Settings“ durchgeführt. Eine wichtige Beobachtung dabei ist, dass diese primärpräventiven Aktionen zwar vielerorts eine gute Akzeptanz erhalten, aber nicht genügend an gefährdete oder „schwierige“ Jugendliche herankommen. Offen bleibt auch die Frage nach der Wirkung und damit letztlich nach der Kosten-Nutzen-Relation der Primärprävention. Offensichtlich ist außerdem, dass Eltern, Schulen und Gemeinden zunehmend hilflos sind gegenüber störenden Erscheinungen unter Jugendlichen wie extensivem Alkohol-, Tabak- und Cannabisgebrauch, aber auch Gewalt gegen Mitmenschen und Vandalismus. Dies alles bildete für das BAG den Anlass, im Jahr 2000 ein Impulsprogramm zur Sekundärprävention zu lancieren. Ziel war, Kantone und Gemeinden zu motivieren, neuartige Präventionszentren für gefährdete Jugendliche einzurichten. Diese sollten eine drohende soziale Desintegration der Jugendlichen verhindern helfen und gleichzeitig den oft überforderten Lehrern, Ausbildern und Eltern eine spürbare Entlastung bringen. Supra-f steht für „Suchtprävention – Forschung“, das heißt, die Wirkung der Intervention sollte mittels wissenschaftlicher Methoden objektiv gemessen werden. Der Aufbau und der vierjährige Betrieb eines Präventionszentrums wurden vom BAG mit rund 500 000 CHF (ca. 320 000 €) unterstützt.

## Intervention

Im Mittelpunkt der präventiven Intervention steht das supra-f-Zentrum, ein Haus oder ein Hausteil an zentraler Lage einer Stadt oder eines Quartiers. Das Zentrum ist in der Regel von Montag bis Freitag tagsüber geöffnet und bietet eine Vielzahl sozialpädagogischer und schulischer Förderungsmaßnahmen an: Stützunterricht, Aufgabenhilfe, Sprachförderung, Kommunikations- und Sozialtraining, Gruppengespräche, Einzelberatung, gemeinsames Mittagessen, Freizeitgestaltung. In einigen Zentren haben darüber hinaus die von der Schule weg gewiesenen „unhaltbaren“ SchülerInnen die Möglichkeit, einen regulären Schulabschluss zu erlangen. Entsprechend den vielseitigen Angeboten sind die Teams beruflich bunt gemischt: Erzieher, Psychologen, Lehrer, Handwerker, Künstler.

Die Zentren können gleichzeitig um die 15–20 Jugendliche im Alter von 11–20 Jahren während rund sechs Monaten betreuen. Die meisten Jugendlichen werden von der Schule zugewiesen, einige auch von der Jugendanwaltschaft oder anderen Behörden und Diensten. Für die Aufnahme in das Programm ist die Zustimmung der Jugendlichen und ihrer Eltern nötig. Die meisten supra-f-Zentren werden durch eine bestehende Institution der Jugendhilfe geführt. Ein supra-f-Zentrum kostet im Durchschnitt 430 000 CHF (280 000 €) pro Jahr. Bei einer Betreuung von 30 Jugendlichen macht dies rund 14 000 CHF (9000 €) pro Person aus.

Obwohl das Programm im Rahmen der Bundesmaßnahmen zur Verminderung der Drogenprobleme durchgeführt wird, orientiert sich der Ansatz von supra-f nicht an einzelnen Substanzen

## Institutsangaben

Bundesamt für Gesundheit, Bern

## Korrespondenzadresse

Bernhard Meili · Bundesamt für Gesundheit, Leiter der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention · 3003 Bern · Schweiz · E-mail: bernhard.meili@bag.admin.ch

## Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 211–213 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

oder an der Sucht, sondern an der aktuellen „Gesamtsituation“ der gefährdeten Jugendlichen. Der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis ist heute unter Heranwachsenden dermaßen verbreitet, dass sich die Unterscheidung zwischen einem experimentellen, gelegentlichen und problematischen Konsum aufdrängt. Unter Fachleuten geht man daher davon aus, dass der Substanzkonsum nur im Zusammenhang mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen zum Problem wird und sich zu einem Syndrom verdichtet, das fälschlicherweise oft als „Drogenproblem“ etikettiert wird.

## Forschungsdesign

Über die Wirksamkeit präventiver Interventionen bei gefährdeten Jugendlichen weiß man relativ wenig. Die Forschung zu *supra-f* soll Zusammenhänge zwischen Formen von Interventionen und gefährdeten Jugendlichen sichtbar machen. *supra-f* wurde als Lernfeld für Forschung und Praxis konzipiert. Der kontinuierliche Austausch von Forschungsergebnissen und Beobachtungen aus der Praxis soll Verbesserungen in der Praxis anregen.

Konkret prüft die Forschung, welche Hilfestellungen in welcher Intensität für welche Gefährdung das beste Resultat zeigen. Für die *supra-f*-Zentren werden folgende Fragen untersucht: Werden tatsächlich Jugendliche erhöhter Gefährdung erreicht? Können sie im Zentrum gehalten werden? Verändern sich die Jugendlichen in die erwünschte Richtung? Wie gut gelingt die soziale Integration bei Abschluss des Programms? Bleiben die Veränderungen auch nach dem Programm erhalten oder gibt es „Rückfälle“? Sind die Zuweiser und das Umfeld zufrieden? Werden sie entlastet?

Die multizentrische Studie umfasst 12 Zentren, je 6 in der deutschen und in der französischen Schweiz. Um die Entwicklung der Jugendlichen möglichst zuverlässig zu erfassen, sind insgesamt vier Erhebungen vorgesehen:

- bei Eintritt ins Programm
- bei Austritt
- 12–18 Monate nach Austritt
- 24–30 Monate nach Austritt.

Es wird nach kurzfristiger (Prä-post-Vergleich), nach mittelfristiger (Follow-up nach 18 Monaten) und nach langfristiger Integration (30 Monaten) unterschieden.

Parallel zu dieser Interventionsgruppe wird eine Vergleichsgruppe von Jugendlichen erfasst, die nicht an einem *supra-f*-Programm teilnimmt, sonst aber eine mit der Interventionsgruppe vergleichbare Belastungssituation aufweist.

Die Datenerhebung bei den Jugendlichen erfolgt in den Zentren teils mittels Interviews durch Forschungsassistenten, teils online durch die Jugendlichen am Computer. Um die unterschiedlichen Strukturen und Interventionsarten der einzelnen Zentren erfassen zu können, wurde ein Aktionsplan entwickelt. Alle Mitarbeiter müssen mit diesem Instrument ihre Aktivitäten und die dafür aufgewendete Zeit regelmäßig erfassen. Als Oberkategorien der Aktivitäten gelten individuelle Beratung, schulische und berufsfördernde Aktivitäten sowie Projekte und Freizeit.

Die Forschung hat bis Juni 2003 1148 Jugendliche erfasst (719 in der Interventionsgruppe und 429 in der Vergleichsgruppe). Davon sind 32% Mädchen und 68% Jungen. 43% sind zwischen 11 und 15 Jahre alt, 57% 16- bis 20-jährig. Ausländische Jugendliche und Doppelbürger sind mit 57% (20% in der Gesamtbevölkerung) deutlich übervertreten, was auf die besonderen Belastungsfaktoren dieser Gruppe hinweist.

## Ergebnisse

Als Erstes interessiert, ob das *supra-f*-Programm überhaupt die beabsichtigte Zielgruppe der gefährdeten bzw. belasteten Jugendlichen erreicht. Die meisten Jugendlichen werden infolge massiver Verhaltens- und/oder Lernschwierigkeiten in Schule und Arbeitsplatz den *supra-f*-Zentren zugewiesen. Diese Schwierigkeiten können zwar für sich alleine bereits die weitere gesunde Entwicklung und soziale Integration der Jugendlichen erschweren und rechtfertigen deshalb eine unterstützende Intervention. Inwieweit verstecken sich aber dahinter tiefer liegende psychische Beeinträchtigungen, die wo möglich eine spezifischere Intervention erfordern?

Die Gesamtverbreitung psychischer Störungen im Jugendalter schwankt je nach Studie zwischen 15% und 20%. Die hier präventiv erreichten Jugendlichen liegen mit einer „Morbiditätsrate“ von 34% erheblich darüber. Indikatoren der Morbidität in *supra-f* sind die Ängstlichkeit, Depression und Suizidalität (internale Störungen) sowie Substanzkonsum und Delinquenz (externale Störungen). Die Aufteilung in vier Gruppen unterschiedlich ausgeprägter Morbidität gibt einerseits Hinweise zur Notwendigkeit einer differenzierten Intervention je nach Störungsbild und andererseits ermöglicht sie die Beschreibung des Verlaufs der vier Gruppen über die Zeit.

Abb. 1 zeigt zusammengefasst, dass sich rund 2/3 der *supra-f*-Jugendlichen hinsichtlich der allgemeinen Befindlichkeit im normalen Bereich dieser Altersgruppe befinden. Das restliche Drittel hingegen weist stark erhöhte Belastungen auf und kann als klinische Population bezeichnet werden. Besonders hervorgehoben sei die hohe Suizidalität (79%) in der Gruppe mit hoher Depressivität und Ängstlichkeit.

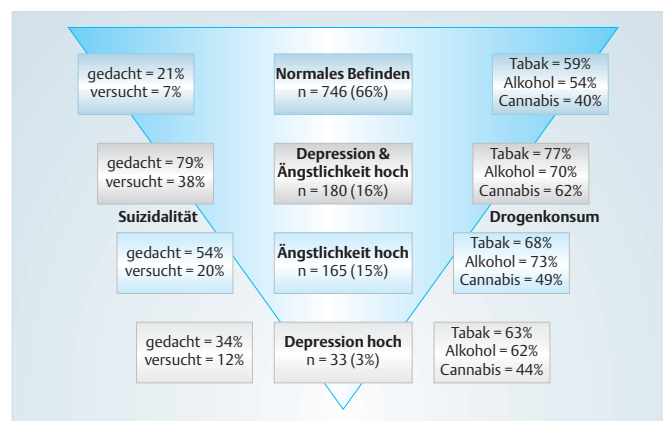


Abb. 1 Die *supra-f*-Stichprobe gegliedert nach 4 Gefährdungsgruppen (n = 1124).

Wie wirksam ist supra-f? Diese Frage kann auf verschiedenen Ebenen gestellt und beantwortet werden. Ein erster Vergleich der Verläufe über 3 Messpunkte (t0, t1, t2) bei rund 200 Jugendlichen zeigt keine wesentlichen Unterschiede in den psychosozialen und Verhaltensvariablen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. In beiden Gruppen sind geringe Veränderungen zu beobachten, was nicht erstaunt, ist doch die Beobachtungszeit von rund 18 Monaten eher kurz. Für die Frage nach dem Nutzen von supra-f-Einrichtungen sind andere Ergebnisse von größerer Bedeutung. So ist die hohe Zufriedenheit der Jugendlichen wie auch der Zuweiser ein Hinweis dafür, dass das Angebot offenbar einem Bedürfnis entspricht und zumindest kurzfristig für das Umfeld eine Entlastung bringt. Auf der politischen Ebene hat das Programm bewirkt, dass alle Zentren auch ab 2004 und ohne Bundesförderung von den Kantonen und Gemeinden weitergeführt werden. Auf der fachlichen Ebene schließlich geben das Programm und seine Ergebnisse eine Menge von Erkenntnissen, die in einem zweiten Impulsprogramm des BAG zur Sekundärprävention umgesetzt werden sollen.

Die bisherigen Erfahrungen und Auswertungen des sekundärpräventiven Programms supra-f haben für die Praxis der Prävention einige wichtige Erkenntnisse ergeben, die hier abschließend und stichwortartig genannt werden:

- Es gibt *keine* homogene Gruppe von „Risiko-Jugendlichen“.
- Sekundärprävention beginnt deshalb mit einer *Diagnostik* oder „Eintrittsbeurteilung“ jedes einzelnen Jugendlichen. Es muss insbesondere geklärt werden, ob ein jugendlicher „hinter“ seiner Verhaltensproblematik (z.B. in der Schule,

Berufslehre oder zu Hause) tiefer liegende psychische und soziale Belastungen aufweist. In unserer Stichprobe war dies bei immerhin 34% der Fall.

- Aufgrund der Diagnose wird ein Interventionsplan erstellt. Je nach Diagnose sind andere Schwerpunkte der Intervention angebracht; deshalb wird auch von „indizierter Prävention“ gesprochen. Wer in der Sekundärprävention arbeiten will, muss wissen, mit welchen Gefährdungen er arbeiten will (und kann) und seine fachlichen und finanziellen Mittel entsprechend planen.
- Eine zeitliche Begrenzung des Programms macht insofern Sinn, als Plätze für neue Jugendliche frei werden. Allerdings muss in jedem einzelnen Fall geklärt werden, ob nicht ein Anschlussprogramm nötig ist, um eine längerfristige Stabilisierung zu erreichen.
- Die positive Beeinflussung des Substanzkonsums geschieht am ehesten durch die Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit, des Selbstwertes und der Familienbeziehungen.
- Für die Gemeinden und insbesondere die Schulen scheint supra-f eine praktikable Form der Sekundärprävention zu sein. Das System der präventiven Versorgung wird mit einem Angebot ergänzt, das zumindest kurzfristig sichtbare und entlastende Effekte zeigt.

#### Literatur

- <sup>1</sup> Hüsler G. Zweiter Zwischenbericht der supra-f Forschung. Nicht veröffentlichter Bericht z. Hd. BAG, 2003