

Schwerpunkt PRÄVENTION

Suchtprävention

Reiner Hanewinkel

Eine nicht unbeträchtliche Anzahl Jugendlicher sammelt Erfahrungen mit dem Konsum von Zigaretten, Alkohol und Cannabis. Durch ein Maßnahmenbündel, das verhältnis- wie verhaltenspräventive Maßnahmen umfasst, ist es seit den 2000er Jahren gelungen, die Zahl jugendlicher Raucher deutlich zu reduzieren. Dieser „Policy-Mix“ wird dargestellt und es wird vorgeschlagen, dieses Maßnahmenpaket als „Blaupause“ für die Alkoholkontrollpolitik in Deutschland zu nutzen.

Keywords: Rauchen, Alkohol, Jugendliche, Verhaltens- und Verhältnisprävention

Verbreitung des Substanzkonsums im Jugendalter

Seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts führt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung repräsentative Befragungen zum Substanzkonsum Jugendlicher durch. Nach der letzten Erhebung, die 2015 durchgeführt wurde und der eine Stichprobengröße von 7.004 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 zugrunde liegt,¹ zeigt sich bezogen auf 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, dass

- weniger als 10% rauchen,
- drei von zehn Jugendlichen schon einmal Wasserpfeife probiert haben (27,3%),
- jeder achte Jugendliche schon einmal E-Zigaretten konsumiert hat (12,1%),
- jeder siebte Jugendliche E-Shishas ausprobiert hat (13,5%),
- fast 70% schon einmal Alkohol getrunken haben (68%),
- 10,9% mindestens einmal in der Woche Alkohol konsumieren,
- 14,1% in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens an einem Tag Rauschtrinken praktizierte,
- etwa jeder zehnte Jugendliche schon einmal Cannabis probiert hat (9,7%) und
- die Erfahrung mit dem Konsum anderer Substanzen deutlich geringer ausfällt.

In Bezug auf das Rauchen gibt es im Jugendalter keine Geschlechtsunterschiede mehr, aber große soziale Unterschiede: Während kaum noch Gymnasiasten rauchen, ist das Rauchen bei Jugendlichen anderer Schularten durchaus noch verbreitet. Männliche und weibliche Jugendliche unterscheiden sich im Alkoholkonsum vor allem hinsichtlich der Intensität: regelmäßiger Konsum und Rauschtrinken treten bei männlichen Jugendlichen häufiger auf. Alkoholkonsum ist in Deutschland seit Jahrhunderten kulturell verankert. Es verwundert daher nicht, dass es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den sozialen Schichten gibt. Für illegale Drogen gilt, dass der Anteil männlicher Jugendlichen mit Konsumerfahrungen höher ist als der der weiblichen Jugendlichen.

In den Medien aber auch in der Fachöffentlichkeit wurde in den letzten Jahren intensiv das Phänomen des Rauschtrinkens im Jugendalter diskutiert. Alkoholvergiftungen stellen

Tabelle 1: Stationäre Behandlungen aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation im Jahr 2014 gegliedert nach dem Geschlecht (RABENBERG, ROMMEL & SASS, 2016)

Alter	Mädchen und Frauen		Jungen und Männer	
	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle je 100.000 Einwohnerinnen	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle je 100.000 Einwohner
10 – 14 Jahre	1.767	97	1.173	61
15 – 19 Jahre	7.487	380	11.802	566
20 – 29 Jahre	5.967	126	13.455	270
30 – 39 Jahre	4.121	85	11.682	237
40 – 49 Jahre	5.814	97	16.310	266
50 – 59 Jahre	5.492	88	16.917	269
60 – 69 Jahre	2.465	52	7.260	165
70 – 79 Jahre	1.401	30	2.854	74
Gesamt	35.514	99	81.453	235

eine sehr direkte Folge eines übermäßigen Alkoholkonsums dar. Im Jahr 2014 wurden in Deutschland insgesamt 115.967 stationäre Behandlungsfälle bei Personen im Alter von 10 bis 79 Jahren mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ gezählt.² Tabelle 1 verdeutlicht, dass in der Altersgruppe der 10- bis 19-jährigen besonders betroffen ist: Bei Mädchen mussten 245 Fälle pro 100.000 Einwohnerinnen und bei Jungen 325 Fälle pro 100.000 Einwohner registriert werden.

Angebot und Nachfrage

Jugendliche sammeln in aller Regel zunächst Erfahrungen mit legal erhältlichen Drogen, d.h. Tabak und Alkohol, bevor sie mit illegalen Drogen experimentieren. Suchtpräventive und suchtpolitische Maßnahmen können einerseits auf die Reduzierung der Nachfrage nach diesen Substanzen zielen, andererseits auch auf die Reduzierung des Angebots abzielen. Die einzelnen Handlungsfelder und ihre erwartete Wirksamkeit werden in Tabelle 2 dargestellt.

Alkoholkontrollpolitik in Deutschland

Von einem Expertenteam wurden die politischen Maßnahmen von 30 Staaten der Welt zur Beeinflussung des (übermäßigen) Alkoholkonsums miteinander verglichen.³ Zu diesem Zweck wurde ein Index gebildet, der sich aus verschiedenen Maßnahmen der Alkoholkontrollpolitik zusammensetzte, wie Verfügbarkeit und Preis des Alkohols, Werberestriktionen oder Regelungen zum Alkohol im Straßenverkehr. Insgesamt kann ein Höchstwert von 100 Punkten erzielt werden. Das Land mit der striktesten Alkoholpolitik – Norwegen – erzielte 67 Punkte. Unter den Top 10 fanden sich weitere nordeuropäische Länder wie Schweden, Island und Finnland. Deutschland wurde auf dem drittletzten Rangplatz eingeordnet, d.h., im internationalen Vergleich zeigt sich ein sehr lassez-fairer Umgang mit dem „Kulturgut“ Alkohol in Deutschland.

1 ORTH, 2016.

2 RABENBERG, ROMMEL & SASS, 2016.

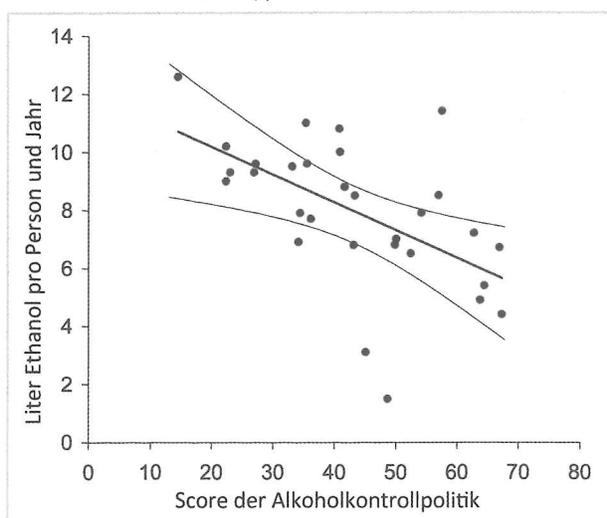
3 BRAND, SAISANA, RYNN, PENNONI & LOWENFELS, 2007.

Tabelle 2: Beeinflussung von Angebot und Nachfrage nach legalen Suchtmitteln (entnommen aus HANEWINKEL & MORGENSTERN, 2013)

Handlung	Erwartete Folge
Maßnahmen zur Nachfragereduzierung	
Preispolitik: Regelmäßige reale, d.h. inflationsbereinigte Erhöhungen	Verringerung der Konsumhöhe und der Konsumhäufigkeit, auch unter der Voraussetzung einer relativ unelastischen Nachfrage
Aufklärung und Erziehung (schulisch und massenmedial)	Erhöhung der Gesundheitskompetenz des Individuums
Werbe- und Promotionseinschränkungen	Verringerung der Konsumhöhe und -häufigkeit durch Veränderung von Normen und Einstellungen
Adäquate Verbraucherinformationen (z.B. Warnhinweise auf den Produkten)	Mündige, korrekt informierte Verbraucher
Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen für entwöhnungswillige Patienten	Steigerung der Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Abstinenz
Speziell für den Tabakkonsum: Schaffung einer rauchfreien Umwelt, aber auch: Schaffung einer „trinkfreien Umwelt“	Reduktion der Passivrauchexposition Erhöhung der Motivation zum Rauchstopp Verringerung negativer Rollenmodelle aus dem Blickfeld von Kindern
Maßnahmen zur Reduzierung des Angebots	
Regulierung der Abgabe und des Vertriebs: – Mindestalter für Kauf und Konsum – Öffnungszeiten von Geschäften (z.B. Verbots des Alkoholverkaufs in der Nacht an Tankstellen) – Regulierung anderer Bezugsquellen (z.B. Zigarettenautomaten) – Sperrzeiten gastronomischer Betriebe	Verringerung der Konsummöglichkeiten

Setzt man den Score der Alkoholkontrollpolitiken der 30 Länder und dem Pro-Kopf-Konsum von Alkohol in Beziehung, zeigt sich eine starke negative Korrelation, die *Abbildung 1* veranschaulicht. Es zeigt sich, dass mit jedem Zuwachs von 10 Punkten auf der Alkoholkontrollskala sich der Konsum von reinem Alkohol im Jahr je Einwohner um einen Liter reduziert.

Abbildung 1: Alkoholkontrollpolitik und jährlicher Alkoholkonsum der Bevölkerung. Die Punkte stellen die einzelnen Länder dar. Die Regressionslinie sowie das 95%-Konfidenzintervall sind dargestellt. (Abbildung leicht modifiziert nach BRAND, SAISANA, RYNN, PENNONI & LOWENFELS, 2007)



Erfolgsmodell Tabakkontrolle

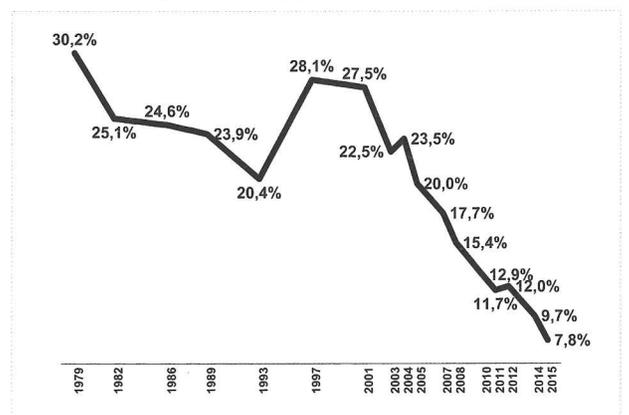
Die langfristigen Trends des Rauchens im Jugendalter in Deutschland über einen Zeitraum von gut dreieinhalb Jahrzehnte werden durch *Abbildung 2* veranschaulicht.

Während im Jahr 1979 noch 30,2% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen rauchten, waren es 2001, also gut zwei Jahrzehnte später, immer noch 27,5%. Danach setzt ein sehr deutlicher Rückgang ein. Im Jahr 2015 betrug der Anteil jugendlicher Raucher 7,8%, der niedrigste Wert des gesamten Beobachtungszeitraums. Gleichzeitig stieg der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die noch nie geraucht haben, von 40,5% in 2001 auf 79,1% in 2015 an.

Diese Daten veranschaulichen eindrücklich, dass Suchtprävention wirksam sein kann und zwar auf Bevölkerungsebene. Während jahrzehntelang kaum Änderungen im Hinblick auf die Verbreitung des Rauchens zu verzeichnen waren, ist seit 2001 ein enormer Imagewandel zu verzeichnen. Rauchen ist unter Jugendlichen zunehmend „out“. Es stellt sich die Frage, welche Faktoren zu diesem Imagewandel beigetragen haben könnten.

Als erster Faktor sind Preisanhebungen zu nennen. Zwischen 2001 und Ende 2005 wurde die Tabaksteuer in fünf Schritten erhöht. Dies führte zu einer deutlichen Verteuerung von Tabakwaren über die Inflationsrate hinaus.⁴ Bedeutsam sind auch die Nichtrauchererschutzgesetze, die seit 2007 im Bund und den Bundesländern erlassen wurden. Diese führten dazu, dass rauchfreie öffentliche Gebäude und Verkehrsmittel eingerichtet und somit die Möglichkeiten des Konsums eingeschränkt wurden. Die ersten öffentlichen Gebäude, die „rauchfrei“ erklärt wurden, waren übrigen Schulen. Ferner wurde die freie Verfügbarkeit von Zigaretten und anderen Tabakwaren eingeschränkt. Durch eine Änderung des Jugendschutzgesetzes dürfen seit dem 01.09.2007 Jugendliche unter 18 Jahren weder Zigaretten kaufen, noch diese in der Öffentlichkeit rauchen. Zur Einschränkung der Verfügbarkeit ist auch die Umrüstung der Zigarettenautomaten zu rechnen, eine der ehemals häufigsten Bezugsquellen von Zigaretten im Jugendalter. Weltweit gesehen war Deutschland das Land mit der größten Dichte an Zigarettenautomaten: Vor der Umrüstung der Zigarettenautomaten gab es einen Automat je 113 Einwohner. Einhergehend mit der Änderung des Jugendschutzgesetzes mussten die Aufsteller von Zigarettenautomaten seit dem 1. Januar 2009 sicherstellen, dass unter 18-Jährige an ihren Automaten keine Zigaretten mehr erwerben können. In der Folge halbierte

Abbildung 2: Rauchen bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren von 1979 bis 2015 (nach ORTH, 2016).



4 HANEWINKEL & ISENSEE, 2007.

sich auch die Zahl der Automaten, die sich offensichtlich nicht mehr rentierten.

Diese Maßnahmen kann man insgesamt der Verhältnisprävention oder strukturellen Prävention zuordnen, d.h. sie zielen auf die Veränderung der Verhältnisse oder Rahmenbedingungen ab. Von der Verhältnis- kann die Verhaltensprävention oder personale Prävention unterschieden werden, die auf einen gesunden Lebensstil des Einzelnen, Meidung gesundheitsschädlichen Verhaltens, Förderung gesunder Verhaltensweisen durch Information, Motivation, Gesundheitsbildung und Fertigkeitstrainings abzielt.

Seit den 2000er Jahren wurden auch im Bereich der Verhaltensprävention des Rauchens erhebliche Anstrengungen übernommen. So konnten insbesondere im Setting Schule flächendeckend verhaltenspräventive Programme implementiert werden. Ein solches Programm ist der schulische Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“. Bei diesem Präventionsprogramm verpflichten sich Schulklassen mittels Vertrag, sechs Monate lang nicht zu rauchen. Wöchentlich wird im Klassenverband thematisiert, ob geraucht wurde. Erfolgreiche Klassen können in einer Lotterie Preise gewinnen und erhalten ein Zertifikat für die Teilnahme. Seit dem Schuljahr 1997/1998 beteiligten sich ca. vier Millionen Jugendliche an dieser Maßnahme. Eine Meta-Analyse mit 16.302 Jugendlichen fasst die präventive Wirkung dieser Präventionsmaßnahme zusammen.⁵ Über insgesamt fünf Studien hinweg ergab sich für Jugendliche, die sich am Wettbewerb beteiligten im Vergleich zu Jugendlichen, die nicht am Wettbewerb teilnehmen konnten, nach Abschluss des Wettbewerbs sowie in einer Katamnese von sechs bis 24 Monaten später ein signifikant geringeres Risiko zu rauchen.

Der langfristige Trend des Rauchens im Jugendalter verdeutlicht, dass die gemeinsame Implementation von verhältnis- wie verhaltenspräventiver Maßnahmen durchaus erfolgreich sein kann. Daher wird auch von einem Policy-Mix der Tabakkontrolle gesprochen. Der Trend zum Nichtrauchen im Jugendalter wird hoffentlich durch die Einführung der bildgestützten Warnhinweise auf Zigarettenschachteln, die Mitte 2016 erfolgte, noch zusätzlich verstärkt.

Ein Wermutstropfen bleibt, dass in Deutschland als einziges Land neben Bulgarien in Europa nach wie vor für Tabakprodukte auf Plakatwänden und Litfaßsäulen sowie im Kino ab 18 Uhr mittels Reklamespots geworben werden kann. Es ist bekannt, dass gerade Jugendliche nicht nur die Tabakwerbung registrieren, sondern diese als Risikofaktor für die Initiierung des Rauchens angesehen werden kann.⁶

„Blaupause“ Tabakkontrolle?

Es liegt nahe, das „Erfolgsmodell“ Tabakkontrolle auch auf das Feld der Alkoholprävention zu übertragen. Schaut man zunächst einmal auf die Alkoholpreise in Deutschland und vergleicht sie mit Preisen, die in anderen Ländern, beispielsweise in den skandinavischen Ländern, üblich sind, so muss man feststellen, dass Alkoholika in Deutschland sehr preiswert sind. Eine gesundheitsökonomische Analyse ergab nicht nur, dass in Deutschland niedrigere Steuern auf Alkoholika erhoben werden als in vielen anderen europäischen Staaten, sondern dass inflationsbereinigt die Preise für Alkoholika in Deutschland über die letzten 40 Jahre um 30 gesunken sind.⁷ Auch mit der Einrichtung von konsumfreien Zonen oder Situationen tun wir uns in Deutschland vergleichsweise schwer. So gilt zwar seit 2007 für Fahranfänger eine zweijährige Probezeit sowie für Personen bis 21 Jahre die Null-Promillegrenze im Straßenverkehr, danach sind aber bis zu 0,3 Promille strafrechtlich unbedeutend.

Auch im Hinblick auf die Verfügbarkeit existieren in Deutschland vergleichsweise laxen Regelungen. So darf in vielen Ländern Alkohol erst ab 18 oder gar 21 Jahren erworben und in der Öffentlichkeit konsumiert werden, in Deutschland ist dies nach wie vor ab 16 Jahren möglich. Das Land Baden-Württemberg führte am 01.03.2010 ein nächtliches Alkoholverkaufsverbot ein. Zwischen 22 Uhr abends und 5 Uhr morgens ist es seither nicht mehr möglich, in Tankstellen, Kiosken oder Supermärkten Alkohol zu kaufen. Unbetroffen von diesem Verbot ist die Gastronomie (Bars, Restaurants, Diskotheken), in der auch in dieser Zeit weiter Alkohol ausgeschenkt werden kann. Eine Evaluation dieser Maßnahme zeigte positive Effekte im Hinblick auf stationäre Behandlungen aufgrund einer Alkoholintoxikation auf.⁸ Dennoch hat bis heute keins der anderen 15 Bundesländer diese einfache verhältnispräventive Maßnahme eingeführt.

Auch im Hinblick auf die Implementierung verhaltenspräventiver, evidenzbasierter Programme gibt es erheblichen Nachholbedarf. Zur Prävention des Rauschtrinkens im Jugendalter wurden in Deutschland zwar viele verschiedene verhaltenspräventive Maßnahmen entwickelt. Eine Sichtung von 208 Alkoholpräventionsprojekten ergab aber, dass lediglich elf dieser Präventionsprogramme im Hinblick auf ihre Wirksamkeit untersucht, und davon zwei Studien als methodisch adäquat eingestuft wurden.⁹

Während in Deutschland zumindest die Tabakwerbung im Fernsehen und Radio seit den 1970er Jahren verboten ist, gibt es diese Einschränkungen für die Werbung für Alkoholika in Deutschland nicht. Auch hier zeigt die einschlägige Forschung, dass Jugendliche nicht nur die Werbung für alkoholische Produkte registrieren, sondern der Werbekontakt als Risikofaktor für die Initiierung des (riskanten) Alkoholkonsums im Jugendalter angesehen werden kann.¹⁰

Insgesamt betrachtet muss man daher leider von einem weitgehend fehlenden Policy-Mix der Alkoholkontrolle in Deutschland sprechen. Die positiven Erfahrungen, die durch das umfangreiche Maßnahmenbündel in der Tabakkontrolle gewonnen werden konnten, könnten durchaus als „Blaupause“ für die Alkoholprävention angesehen werden.



Prof. Dr. REINER HANEWINKEL ist Leiter des Instituts für Therapie und Gesundheitsforschung, IFT-Nord gGmbH in Kiel
hanewinkel@ift-nord.de

LITERATURVERZEICHNIS

- ADAMS, M. & EFFERTZ, T. (2010). Effective prevention against risky underage drinking--the need for higher excise taxes on alcoholic beverages in Germany. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 387-394.
- BRAND, D.A., SAISANA, M., RYNN, L.A., PENNONI, F. & LOWENFELS, A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med*, 4:e151.

5 ISENSEE & HANEWINKEL, 2012.

6 MORGENSTERN, SARGENT, ISENSEE & HANEWINKEL, 2013.

7 ADAMS & EFFERTZ, 2010.

8 MARCUS & SIEDLER, 2015.

9 KORCZAK, 2012.

10 MORGENSTERN, SARGENT, SWEETING, FAGGIANO, MATHIS & HANEWINKEL, 2014.

- HANEWINKEL, R. & ISENSEE, B. (2007). Five in a row--reactions of smokers to tobacco tax increases: population-based cross-sectional studies in Germany 2001-2006. *Tobacco Control*, 16, 34-37.
- HANEWINKEL, R. & MORGENSTERN, M. (2013). Prävention in Deutschland: Was wir haben, was wir brauchen. In DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (DHS) (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2013* (S. 252-258). Geesthacht: Neuland.
- ISENSEE, B. & HANEWINKEL, R. (2012). Meta-analysis on the effects of the smoke-free class competition on smoking prevention in adolescents. *European Addiction Research*, 18, 110-115.
- KORCZAK, D. (2012). *Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- MARCUS, A. & SIEDLER, T. (2015). Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *Journal of Public Economy*, 123, 55-77.

- MORGENSTERN, M., SARGENT, J.D., ISENSEE, B. & HANEWINKEL, R. (2013). From never to daily smoking in 30 months: the predictive value of tobacco and non-tobacco advertising exposure. *BMJ Open*, 3, e002907.
- MORGENSTERN, M., SARGENT, J.D., SWEETING, H., FAGGIANO, F., MATHIS, F. & HANEWINKEL, R. (2014). Favourite alcohol advertisements and binge drinking among adolescents: a cross-cultural cohort study. *Addiction*, 109, 2005-2015.
- ORTH, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. (BZgA-Forschungsbericht). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- RABENBERG, M., ROMMEL, A. & SASS, A.C. (2016). Alkoholvergiftungen mit stationärer Behandlung. *Journal of Health Monitoring*, (1), 22-28.

Schwerpunkt PRÄVENTION

Der Umgang mit jungen „Intensivtätern“

Ein Review zu kriminalpräventiven Projekten in Deutschland unter Wirksamkeitsgesichtspunkten¹

Maria Walsh

Der Beitrag beschäftigt sich mit kriminalpräventiven Projekten im Umgang mit jungen Mehrfachauffälligen. Dabei wird insbesondere auf Nachweise bezüglich der Wirksamkeit von Projekten im Sinne einer positiven Beeinflussung der Legalbewährung abgezielt. Nach einer allgemeinen Einführung zu jungen Mehrfachauffälligen, erfolgt eine Beschreibung der methodischen Vorgehensweise bei der Erstellung des Reviews. Anschließend wird auf die vorliegenden Wirkungsuntersuchungen eingegangen. Schließlich werden die vorliegende Datenbasis sowie die Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit diskutiert.

Keywords: Junge Mehrfach- und Intensivtäter, Wirksamkeitsuntersuchung, Kriminalprävention

1 Thematische Einführung

1.1 Beschreibung der Tätergruppe

Kriminalitätsaufkommen im Jugendalter gilt als ubiquitäres und episodenhaftes Phänomen, das sich auch ohne Sanktionierungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums einstellt.² Die meisten jugendlichen Delinquenten³ werden zu nur einem Zeitpunkt mit leichten Delikten offiziell registriert.⁴ Jedoch lassen sich in jeder Geburtskohorte eine Gruppe junger Menschen identifizieren, deren kriminelles Verhalten nicht episodenhaft auftritt.⁵ Diese Tätergruppe macht etwa 10% der Tatverdächtigen der Altersgruppe einer Kohorte aus und kann für ca. 50% der bekanntgewordenen Delikte der Altersgruppe verantwortlich gemacht werden.⁶ Dabei können dieser Gruppe auch 70-80% der schweren Gewaltstraftaten (Tötungsdelikte, Vergewaltigung, Raub, schwere und gefährliche Körperverletzung) zugerechnet werden.⁷

1.2 Definition des Begriffs „Intensivtäter“

Für den Begriff „Intensivtäter“⁸ gibt es bisher keine einheitliche Definition. Vielmehr existieren hier länder- und berufsgruppenspezifische Begriffsbestimmungen und -auslegungen, in Wissenschaft und Praxis sind ebenso verschiedene Definitionsansätze zu finden.⁹ Der Begriff „Intensivtäter“ entstammt der Polizeipraxis und beschreibt üblicherweise

Personen, die über einen bestimmten Zeitraum hinweg für eine bezeichnete Anzahl von Delikten tatverdächtig sind. Demnach handelt es sich nicht um eine juristische oder juristisch relevante Bezeichnung. Daher werden zum Teil auch strafunmündige Kinder in polizeilichen Intensivtäterlisten geführt und eine weitere strafrechtliche Verfolgung der mutmaßlich durch einen Tatverdächtigen begangenen Straftaten stellt kein ausschlaggebendes Kriterium dar, um eine Person zum polizeilich geführten Intensivtäter zu machen.¹⁰

1.3 Maßnahmen im Umgang mit der Tätergruppe

Um in der Praxis sowohl von Seiten der Strafverfolgung als auch der Jugendhilfe gezielt auf junge Intensivtäter einzuwirken, wurden spezifische Maßnahmen für diese Zielgruppe entwickelt. Der Maßnahmenkatalog konzentriert sich auf drei Bereiche: polizeiliche, verfahrenstechnische und behördenübergreifende sowie sozialpädagogische Ansätze. Jedoch gibt es außerhalb der polizeilichen sowie verfahrenstechnischen und behördenübergreifenden Ansätze keine ausschließlich für junge Intensivtäter durchgeführten Maßnahmen. Vielmehr wird sich im Umgang mit der Zielgruppe an dem im Jugendstrafrecht bzw. in der Jugendhilfe vorhandenen Instrumentarium orientiert bzw. die Maßnahmen richten sich an eine größere Zielgruppe.¹¹

1 Mein herzlicher Dank für Ihre Anmerkungen zu diesem Beitrag gilt Herrn BERND HOLTHUSEN, Frau Dr. WIEBKE STEFFEN und Herrn BENJAMIN PNIEWSKI.

2 DÖLLING, 2008, S. 156; BOERS, 2009, S. 42.

3 Zur Erleichterung der Lesbarkeit wird im Folgenden lediglich die männliche Form angegeben. Dennoch sind Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

4 STELLY, 2005, S. 41 f.

5 LIPSEY & DERZON, 1999.

6 STEFFEN, 2003.

7 ALBRECHT, 1998.

8 Im Folgenden wird aufgrund der unterschiedlichen Verwendung des Begriffs „Intensivtäter“ überwiegend der Begriff „Mehrfachauffällige“ verwendet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass jeweils die in den untersuchten Projekten herangezogene Zielgruppe gemeint ist.

9 STEFFEN, 2003; BINDEL-KÖGEL, 2009.

10 BRODKORB, 2006; HUNECKE, 2011.

11 Vgl. WALSH, 2014.