

Fachhochschule: HS Neubrandenburg
Fachbereich : Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang: Soziale Arbeit (Bachelor)

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades des Bachelor of Arts (B.A.)

Thema:

**Suchtverhalten und Suchthilfe im ländlichen Raum
Ostvorpommern**

vorgelegt von

Christoph Bielang

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0210-6

Neubrandenburg, den 15.06.2011

1. Prüfer: Prof. Dr. Vera Sparschuh
2. Prüfer: Dipl.-Psychologin Claudia Gottwald

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Allen bedanken, die mir bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit geholfen haben.

Ein besonderer Dank gilt den Mitarbeitern der Suchtberatung der Volkssolidarität in Anklam Frau Chudaske, Frau Hasselberg und Herrn Fritz. Sie standen mir für Interviews zur Verfügung und unterstützten mich bei fachlichen Fragen.

Weiterhin möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Sparschuh bedanken, die diese Arbeit begleitet und mich mit hilfreichen Anregungen unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Konstruktion des Suchtkonzeptes.....	3
1.1 Menschenbilder früher und heute	4
1.2 Umgang mit Alkohol und die Entstehung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit.....	6
2. Sucht als soziales Problem.....	12
3. Definitionen von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit	16
4. Gründe und Funktionen der Sucht	19
5. Suchtformen.....	22
5.1 Alkoholismus/ Alkoholabhängigkeit	22
5.1.1 Alkohol als Substanz und die Konsumformen	22
5.1.2 Wirkungsweise von Alkohol	23
5.1.3 Die Effekte und Folgen des Alkoholkonsums	23
5.1.4 Konsumtypen bei Alkohol	24
5.2 Pathologisches Spielen oder Glücksspielsucht	25
5.2.1 Konsumformen des Glücksspiels.....	26
5.1.2 Effekte und Wirkung von pathologischem Spielen	27
5.1.3 Konsumtypen bei pathologischem Spielen.....	28
6. Erklärungsmodelle der Suchtentstehung	29
6. 1 psychoanalytische Theorien.....	29
6.1.1 Das Trieb – Konfliktmodell.....	29
6.1.2 Das Ichpsychologische Modell.....	30
6.1.3 Das Objektpsychologische Modell	30
6.2 Lerntheoretische Ansätze.....	31
6.2.1 Die klassische und operante Konditionierung	31
6.2.2 Das Lernen am Modell	32
6.3 Das biopsychosoziale Modell	32
6.3.1 Der Mensch, die Person	32
6.3.2 Das Mittel, die Droge.....	33
6.3.3 Das Milieu, das Umfeld	33
7. Fallbeispiel.....	34

8. Sucht und soziale Lage	35
8.1 Sucht und Einkommensarmut	36
8.2 Sucht und Arbeitslosigkeit	38
9. Das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland.....	39
9.1 Suchtberatung als ein Arbeitsfeld für Sozialpädagogen	39
9.2 Andere Angebote des Suchtkrankenhilfesystems.....	41
9.2.1 Hausarzt	41
9.2.2 Entgiftung	42
9.2.3 Therapieeinrichtungen	42
9.2.4 Adaptionseinrichtungen	43
9.2.5 Selbsthilfegruppen	43
9.2.6 Wohnmöglichkeiten für Suchtkranke	44
10. Der ländliche Raum Ostvorpommern	45
10.1 Definition ländlicher Raum	45
10.2 Beschreibung der Region Ostvorpommern.....	46
10.3 Verteilung der Angebote des Suchtkrankenhilfesystems	48
10.4 Sucht im ländlichen Raum Ostvorpommern.....	50
11. Fazit	52
12. Quellenverzeichnis.....	54
12.1 Internetquellen	54
12.2 Literaturverzeichnis	57
13. Anhang.....	60
13.1 Anlage 1: Interviewtranskript Frau Chudaske	61
13.2 Anlage 2: Interviewtranskript Frau Hasselberg und Herr Fritz	69
13.3 Anlage 3: Trias Modell	76

Einleitung

Die Suchtproblematik ist in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit in unserer Gesellschaft gerückt. Ein nicht unbeachtlicher Teil unserer Gesellschaft konsumiert legale oder illegale Drogen. Im Jahr 2009 konsumierte jeder Deutsche ungefähr 1.055 Zigaretten und 9,7 Liter reinen Alkohol. Auch ging man im Jahr 2006 von ungefähr 2,4 Mio.

Cannabiskonsumenten sowie 645.000 Konsumenten anderer illegaler Drogen aus.¹ Dieser hohe Verbrauch blieb nicht ohne Folgen.

Das Ziel meiner Arbeit ist, mich mit der Problematik des Suchtverhaltens auseinanderzusetzen. Der Fokus richtet sich auf Entstehung und Funktionen der Sucht, sowie Faktoren, die eine Erkrankung in diesem Kontext begünstigen. Weiterhin möchte ich kurz auf das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland im Allgemeinen eingehen.

Meine gewonnenen Erkenntnisse möchte ich auf die Region Ostvorpommern anwenden, die überwiegend als ländlich anzusehen ist. Diese Region scheint mir deshalb interessant, da dort einige Risikofaktoren zusammenkommen, die das Entstehen einer Suchterkrankung begünstigen können.

Zunächst werde ich mich mit dem Begriff Sucht auseinandersetzen und veranschaulichen, durch welche gesellschaftlichen Prozesse dieser entstanden ist bzw. geprägt wurde. Ich möchte darstellen, wie wir zu unserem heutigen Bild einer Sucht gekommen sind. Anschließend möchte ich der Frage nachgehen, ob Sucht als soziales Problem in unserer Gesellschaft gesehen werden kann und die heutigen Erkenntnisse zu diesem Thema einfließen lassen. Darunter fallen die aktuelle Definition des Begriffs sowie Erklärungsmodelle und Funktionen des Drogenkonsums.

Anschließend möchte ich die zwei Suchtformen Alkoholismus und Pathologisches Spielen näher beschreiben und ein Fallbeispiel zur Veranschaulichung anführen.

Im nächsten Punkt möchte ich das Thema Sucht und soziale Lage erläutern und dabei auf bestimmte Risikofaktoren eingehen.

Im letzten Punkt meiner Arbeit möchte ich auf die ländliche Region Ostvorpommern eingehen. Dazu werde ich mich auf Definitionen des ländlichen

¹ vgl. DHS, 2011, S.7ff

Raums beziehen sowie die Region und die Verteilung der Angebote des Suchtkrankenhilfesystems beschreiben. Abschließend werde ich Ausführungen zu dem Zusammenspiel von Risikofaktoren für die Entstehung bzw. Verfestigung einer Sucht und den Besonderheiten der Region Ostvorpommern machen und auf die Angebotsstruktur des Suchtkrankenhilfesystems eingehen.

1. Konstruktion des Suchtkonzeptes

Aus konstruktivistischer Sicht könnte man sagen, dass Sucht eine Konstruktion unserer heutigen Gesellschaft ist. Das Konstrukt Sucht hat sich als ein Erklärungsmodell oder Deutungsmuster für bestimmte Verhaltensweisen oder meist auch abweichendes Verhalten entwickelt. „Drogenabhängigkeit existiert nicht an sich (...) sondern wird erst im Rahmen sozialer Praktiken und Wissensformen konstituiert und durch die dominante Alltagswirklichkeit einer Gesellschaft hervorgebracht“²

Hierbei ist anzumerken, dass der Gebrauch von Drogen in jeder Gesellschaft zu beobachten ist bzw. war. Es unterscheiden sich die Menge, die Art und der Kontext des Konsums in den unterschiedlichen Kulturen.³

Will man nun erforschen, wie unsere Ansicht von Sucht entstanden ist, so muss man sich zunächst mit dem Menschenbild aus früherer Zeit und dessen Entwicklung sowie dem Umgang mit Rauschmitteln früher und heute näher auseinandersetzen.

„Die Menschheit hat während fast ihrer gesamten Geschichte in einer „Welt ohne Sucht“ gelebt – in einem Zustand und einer Selbstwahrnehmung, die sich erst im Zeitalter der Aufklärung und der Industrialisierung radikal änderten und zur „Entdeckung“ wenn nicht sogar (...) zur Erfindung der Sucht führten.“⁴

Ich möchte in diesem Zusammenhang mit dem Mittelalter beginnen.

Auch wenn mein Thema Sucht im -allgemeinen behandelt, muss ich mich zunächst einmal auf den Umgang mit Alkohol beschränken, da dieser zur westlichen Kultur dazu gehörte und andere drogenartige Substanzen noch keine große Rolle spielten. Auch wurden Konzepte von Alkoholsucht im späteren Verlauf auch auf andere Suchtstoffe übertragen.⁵

² Schabdach 2009 S 18

³ vgl. Völger 1982 Bd. 1 – 3

⁴ Scheerer, 1995, S. 9

⁵ vgl. Schabdach, 2009, S. 31

1.1 Menschenbilder früher und heute

Beginnen möchte ich mit dem Menschenbild, welches im Mittelalter also ungefähr im 15. Jahrhundert vorherrschte.

Früher waren die gesellschaftlichen Anforderungen bzw. Erwartungen an ein Individuum andere, als dies in unserer heutigen Gesellschaft der Fall ist. Menschen wurden in einen Stand hinein geboren und mussten sich dem entsprechenden Lebensmuster unterwerfen, um an der Gesellschaft teilhaben zu können.⁶

Sie mussten ein Leben führen, dessen Verlauf relativ stark vorherbestimmt war. In diesem Kontext spielte auch die christliche Religion im europäischen Raum eine große Rolle. Sie umfasste alle Lebensbereiche und beeinflusste somit auch das Handeln und die Lebenswelt der Menschen zu dieser Zeit.

Gesundheit und Krankheit wurden als gottgewollt gesehen. Die Menschen glaubten auch, den Verlauf ihres Lebens nicht beeinflussen zu können.⁷ Das Schicksal hatte einen großen Stellenwert.

Spode⁸ spricht davon, dass der Mensch des Mittelalters eine „geringe Distanz zu sich und der Welt, zum eigenen Körper und zum Körper anderer“ hatte.

Das Verständnis von sich ist also noch nicht so individualisiert wie das heute der Fall ist.

„Als die Welt noch ein halbes Jahrtausend jünger war, hatten alle Geschehnisse im Leben der Menschen viel schärfer umrissene äußere Formen als heute.

Zwischen Leid und Freude, zwischen Unheil und Glück schien der Abstand größer als für uns; alles, was man erlebte hatte noch jenen Grad der Unmittelbarkeit und Ausschließlichkeit, den die Freude und das Leid im Gemüt der Kinder heute noch besitzen.“⁹

Dies bedeutet, dass die Menschen im Mittelalter eine geringe Affektkontrolle bzw. –regulierung und Selbstkontrolle aufwiesen. Es herrschte nur eine geringe Spannbreite an Gefühlen vor. Entweder etwas war gut oder es war schlecht. Es gab nicht so differenzierte Abstufungen, so wie es heute der Fall ist.

Der Mensch des Mittelalters nimmt sein Leben hin wie es kommt und es bedarf keiner längerfristigen Planung des Lebens, da bereits alles von Gott

⁶ vgl. Schabdach, 2009, S. 33

⁷ vgl. ebd., S. 33

⁸ Spode, 1993, S. 30

⁹ Huizinga, 1969, S. 1

vorhergesehen ist. Die Individualität und die Gesundheit des Individuums steht im Hintergrund. In diesem Zusammenhang wird dem Trinkverhalten oder dem Rausch und dessen Folgen keine besondere soziale Beachtung geschenkt. „Ein sozial erst gering entwickeltes Ichkonzept bedingt bei größerer Spannbreite des Affektverhaltens eine nur geringe Affekthemmung, so dass eine rauschhafte Einbuße der Ichkontrolle weder Angst- noch Schuldgefühle und auch kaum soziale Kontrolle provozieren.“¹⁰ Das Bild vom Menschen hat sich aufgrund der Veränderung der Gesellschaft und den Anforderungen an den Einzelnen gewandelt

Im Gegensatz zu dem mittelalterlichen Menschenbild möchte ich das heutige Menschenbild der Caritas anführen, um die Unterschiede in der Sichtweise auf das Individuum deutlich zu machen. Dieses bezieht sich aber meist auf bereits hilfebedürftige Menschen, sodass die Sichtweise in dieser Hinsicht verfälscht ist. Dennoch halte ich es für eine gute Veranschaulichung unseres heutigen Verständnisses vom Menschen.

Dem Leitbild der Caritas liegt ein christliches, freiheitliches und emanzipatorisches Menschenbild zugrunde.¹¹

Der Mensch wird als ein auf Sinn und Entwicklung ausgelegtes Wesen betrachtet und ist auf Beziehung ausgerichtet. Er benötigt soziale Kontakte und Teilhabe am Leben.¹² Weiterhin wird versucht, die Hilfebedürftigen zu einer aktiven Veränderung ihrer Lebenssituation anzuregen. Die Caritas möchte Hilfe zur Selbsthilfe fördern. Die Menschen bleiben auch während des Prozesses die Handelnden. Die Leistungen, die angeboten werden, erfolgen unabhängig von der Religion, Volkszugehörigkeit und der politischen Auffassung des Betroffenen.¹³ Der Mensch wird hier also als ein individuelles und eigenverantwortlich handelndes Wesen verstanden, das eigene Bedürfnisse hat, aber auch in Systeme wie z.B. die Gesellschaft eingebunden ist. Es wird kein „schablonenhafter“ Blick auf die Klienten geworfen und es werden keine Vorentscheidungen in Bezug auf Hilfen getroffen, sondern die Form der Hilfe entwickelt sich erst mit dem Klienten zusammen.

¹⁰ Legnaro (a), 1982, S. 110

¹¹ Leistungsbeschreibung der Caritas Güstrow, Leitbild

¹² Leistungsbeschreibung der Caritas Güstrow, Leitbild

¹³ vgl. Leistungsbeschreibung der Caritas Güstrow, Leitbild

Der Blick auf den Menschen ist also wesentlich differenzierter geworden. Das Individuum wird nicht mehr als unmündiges und unwichtiges Teil der Gesellschaft gesehen, welches nicht in der Lage ist, seine Affekte zu kontrollieren, sondern heute steht die Individualität der Menschen mit ihren eigenen Bedürfnissen mehr im Mittelpunkt. Auch ist die Eingebundenheit und wechselseitige Abhängigkeit von Menschen in ökonomischen und sozialen Systemen stärker betont.

Kommt es nun zu einem Fall von abweichendem Verhalten, werden die Menschen nicht mehr wie früher gezwungen, ihr Verhalten zu ändern. Es wird auch nicht mehr angenommen, dass man weiß wie der Mensch sein soll. Die Motivation zu einer Veränderung oder der Anpassung von Verhalten ist nicht mehr wie im späteren Mittelalter durch Zwang und Kontrolle von oben gegeben, sondern die Motivation ergibt sich aus der Freiheit der Selbstbestimmung. Zwang und Kontrolle problematischen Verhaltens durch den Staat sind aber auch heute nicht gänzlich abgeschafft .

1.2 Umgang mit Alkohol und die Entstehung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Alkohol spielte im Mittelalter eine große Rolle und wurde als Nahrungs-, Genuss- und Heilmittel gesehen und der Gebrauch wurde fest in den Alltag der Menschen integriert. Somit wurde z.B. zum Frühstück eine Biersuppe serviert , es gab regelmäßige Treffen, bei denen viel Alkohol konsumiert wurde und Branntwein galt als Heilmittel für vielerlei Beschwerden.¹⁴

Zu dieser Zeit waren Trinkmengen von 5 Litern täglich normal, je nach dem wie es sich die Menschen leisten konnten. Das Trinken von Wasser hingegen galt als ein Zeichen für Armut. Je mehr Alkohol man zur Verfügung hatte, desto wohlhabender wurde man eingeschätzt.

Der Konsum zog sich durch alle Schichten. „Ob Bauer Grundherr oder Kleriker – der periodische Exzess war in allen Schichten anzutreffen.“¹⁵

Dies scheint auch nicht weiter verwunderlich, da Alkohol in Form von Bier als Nahrungsmittel genutzt wurde.

¹⁴ vgl. Schabdach, 2009, S. 34f

¹⁵ Spode, 1993, S. 52

Alkohol wird in der Zeit des Mittelalters als selbstverständlich angesehen und am Anfang wird der Konsum durch Kirche noch unterstützt. Der Gebrauch von Alkohol und der Rausch an sich wurde nicht negativ sanktioniert oder beachtet. Als Beispiel könnte man hier die „glutton masses“ anführen, die auch als Schlemmermessen bezeichnet wurden und von Legnaro¹⁶ beschrieben wurden: „Des Morgens versammelt sich die Gemeinde in der Kirche, bringt Essen und Trinken mit, hört die Messe an und feiert im Anschluß ein Fest, das offensichtlich in der völligen Betrunkenheit aller Beteiligten (auch der Priester) endet. Zwischen den Angehörigen verschiedener Gemeinden gibt es dabei regelrechte Wettbewerbe, wer zu ehren der Heiligen Jungfrau am meisten Fleisch vertilgen und am meisten Alkohol trinken kann.“ Diese Einstellung zum Alkohol prägte den Umgang mit jenem zu dieser Zeit.

Diese Einstellung änderte sich allerdings in der Zeit vom 15. und 16. Jahrhundert. Das Verhältnis des Einzelnen zu Gott wurde aus dem kirchlichen Normensystem herausgelöst und personalisiert. Dadurch bekam die Selbstbestimmung des Menschen auch außerhalb dieses religiösen Rahmens eine Bedeutung.¹⁷

Auch wurden die alten Geflogenheiten und Trinktraditionen in Verbindung mit Alkohol durch den Frühkapitalismus und die darauf folgende Industrialisierung angefochten, da nun die Produktivität des Einzelnen im Vordergrund stand und man bestrebt war, die Mitglieder der Gesellschaft nach diesem Bild zu formen.¹⁸ Die Gesellschaft wurde zunehmend differenzierter, was ihre Funktionen und ihr Menschenbild betrifft. Max Weber bezeichnete dies als einen Prozess der Rationalisierung der Lebensführung. Ein gutes Beispiel gibt z.B. die Einführung der Zeit. Vorher gab es nur die Naturzeit, die sich nach dem Stand der Sonne richtete und jeder Mensch mehr oder weniger selbst den Tagesrhythmus bestimmte. Mit der Einführung einer „öffentlichen“ Tageszeit sowie Jahreszeiten wurden bestimmte Ansprüche an den Menschen gestellt und die Zeit bekam einen verbindlichen Charakter für alle Menschen.¹⁹ Diese Ansprüche waren z.B. Disziplin, Zeitökonomie, Abstraktionsvermögen und langfristige Planung sowie Tüchtigkeit und Erwerbsstreben.²⁰ Dem Individuum selbst kam also eine

¹⁶ Legnaro (b), 1982, S. 157

¹⁷ vgl. Schabdach, 2009, S. 39

¹⁸ vgl. Reinerman, 2005, S. 31

¹⁹ vgl. Bohlen, 1998, S. 17

²⁰ vgl. Sachße/Tennstedt, 1980 S. 37

größere Verantwortung zu als dies vorher der Fall war und es musste selbstbestimmter Entscheidungen treffen. Da diese neuen Anforderungen sowie die neu geforderte stärkere Affektregulierung unter den Bedingungen eines Rausches kaum anwendbar waren, wurde der Rausch im zunehmenden Maße negativ betrachtet, wobei der Konsum von Alkohol nach wie vor gesellschaftlich gebilligt und erwünscht ist bzw. war.

„Immer jedoch ist der Rausch normativ verbunden mit Selbstdisziplin, die ihn in Zucht hält; wer seinen Rausch und damit sich selbst nicht zügeln kann, der verfällt einer tieferen sozialen Ächtung“²¹ Der Begriff von Sucht leitete sich von dem Wort siechen ab und bedeutete zu dieser Zeit soviel wie Krankheit.²²

Das Individuum wurde im Laufe der Zeit mehr und mehr damit konfrontiert, sein Leben selbst zu bestimmen und Verantwortung für seine Handlungen zu übernehmen. Sofern musste sich das Individuum Kompetenzen aneignen, um den Anforderungen der Gesellschaft gerecht zu werden. Menschen, die nicht diesem neuen Bild entsprachen, wurden sozial diskreditiert.

Es wurde in zunehmendem Maße die Verbindung zwischen dem Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft hergestellt. Manche Menschen verschuldeten sich z.B. durch exzessiven Alkoholkonsum. In dessen Folge mussten die betroffenen Städte, die mittlerweile so etwas wie eine Ordnungsnorm inne hatten, und somit die Gemeinschaft dafür aufkommen, indem die betreffenden Personen z.B. in Arbeitshäuser eingeliefert wurden, um aus ihnen funktionierende Mitglieder der Gesellschaft zu machen. Weiterhin mussten die Familien der Betroffenen versorgt werden und die öffentliche Ordnung aufrecht erhalten werden.²³

Auch kann eine Verbindung zwischen der Gesundheit des Einzelnen und somit seiner Arbeitskraft und der Gesellschaft gezogen werden. Wenn ein Mensch aufgrund des Zustandes der ständigen Berausung oder den Folgeerscheinungen des übermäßigen Alkoholkonsums leidet, ist seine Arbeitskraft eingeschränkt. Somit ist er weniger bis gar nicht produktiv und demnach in der Gesellschaft der Industrialisierung eher weniger zu gebrauchen. Dies führt wiederum dazu, dass im schlimmsten Fall andere für die Person und ihre Familie sorgen müssen. Es herrschte auch die Auffassung, dass die

²¹ Legnaro (a), 1982, S.111

²² URL 1, 2011

²³ vgl. Schabdach, 2009, S. 48

Betroffenen trinken weil sie wollen, nicht weil sie müssen. Das Individuum selbst war verantwortlich für seine Handlungen.²⁴

Somit rückte der exzessive Alkoholkonsum mehr und mehr in den negativen Fokus der Öffentlichkeit. Man könnte auch von einer Kontrolle von oben nach unten sprechen. Von der Obrigkeit, also der Stadt oder später dem Staat wurde versucht, das Trinkverhalten und andere Probleme der damaligen Gesellschaft einzudämmen bzw. zu bekämpfen.

Auch im medizinischen Sektor war ein Umdenken zu erkennen. So wurde z.B. im Jahre 1531 ein Buch mit dem Thema das „heesliche Laster der Trunckenheit“ von Heinrich Stromer, einem Mediziner, veröffentlicht. Dabei ging man davon aus, dass Alkohol Krankheiten verursacht und zu einem vorzeitigen Tod führen kann. Als problematisch angesehen wurde allerdings nicht der Alkohol an sich sondern die Umgangsformen mit ihm zu dieser Zeit.²⁵ Die Ursache des Konsums war ganz klar eine Entscheidung des Individuums.²⁶ Im Laufe der Industrialisierung stieg der Alkoholkonsum der unteren Schichten stark an, während die höheren Schichten ihren Konsum gut verbergen konnten. Der Alkoholkonsum der Arbeiterklasse war hingegen für jedermann sichtbar und rückte somit in das Interesse der Öffentlichkeit.

Alkoholismus und somit auch Sucht wurde zum Problem, da gesundheitliche Folgeschäden und in dessen Folge geminderte Arbeitskraft gehäuft auftraten. Einige Faktoren, die den steigenden Alkoholkonsum der Arbeiterklasse begünstigten, waren z.B. die Entstehung einer Alkoholindustrie sowie neue Herstellungsweisen und Transportmöglichkeiten. Des Weiteren kamen viele Arbeiter von dem Land in die Städte und ließen meist ihre sozialen Netzwerke zurück. Auch der Alkoholkonsum am Arbeitsplatz war zunächst noch erlaubt. Die Arbeiter mussten in engen unwirtlichen Quartieren meist mit mehreren Personen hausen und ein häufig besuchter Anlaufplatz war die Kneipe nebenan. Auch gaben die Arbeiter ungefähr 20% ihres Lohns für den Konsum von Alkohol aus. Als sich aber die Unfälle häuften und immer mehr Menschen in Krankenhäuser aufgrund von Trunksucht eingewiesen werden mussten, kam es zu Versuchen, den Alkoholkonsum der Bevölkerung einzugrenzen.²⁷

²⁴ vgl. Levine, 1982, S. 213

²⁵ vgl. Schabdach, 2009, S. 46

²⁶ vgl. Levine, 1982, S. 213

²⁷ vgl. Lindenmeyer, 2005, S. 29f

Erste „Gegenmaßnahmen“ waren das Alkoholverbot in vielen Fabriken und das Einweisen in Trinkerheilanstalten oder Zuchthäuser. Somit wurde offiziell versucht, das Problem des Alkoholismus einzudämmen.

In der Zeit des ersten und zweiten Weltkriegs fiel der Alkoholkonsum stark ab, da aufgrund der Nahrungsmittelknappheit nicht mehr die Mittel gegeben waren, um Alkohol herzustellen. Dies änderte sich erst wieder mit dem Wirtschaftswunder in den Jahren ab 1960. Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit erreichte wieder den Status des Normalen und zog sich durch alle Schichten.²⁸ Dies ist auch noch bis heute der Fall.

Alkohol, Nikotin und bestimmte Medikamente wie z.B. Benzodiazepine, sogenannte Tranquilizer, blieben legal, während andere psychotrope Substanzen wie z.B. Kokain und LSD verboten wurden. Auch im medizinischen Sektor gab es Veränderungen. Das Menschenbild und die Wissenschaft führte, nachdem das Thema Alkoholabhängigkeit schon mehrfach thematisiert wurde, zu der Konstruktion der „Krankheit des Willens“ durch Rush im Jahre 1784. Der Trinker wurde in steigendem Maße nicht mehr als Täter, sondern als Opfer gesehen.²⁹ Dabei wurde „nicht mehr nur die akute Berausung, sondern auch die mangelnde Fähigkeit, sich dauerhaft vernünftig und nüchtern zu halten“³⁰ in das Bild eines Trinkers mit aufgenommen. Es wurde betont, dass der betreffende Mensch nicht in der Lage war, seinen Willen zu zügeln, und in dessen Folge dem Alkohol verfiel. Weiterhin wurden Folgekrankheiten wie Nervenschädigungen und Leberzirrhose auf den Alkoholkonsum zurückgeführt. Nun war das erste Umdenken in Bezug auf den abweichenden Alkoholkonsum. Der einzige Weg der Heilung bestand in der absoluten Abstinenz.

Später im Jahre 1819 wurde von dem Arzt Constantin von Brühl-Cramer der Begriff der „Trunksucht“ geprägt und diese als Krankheit konstituiert. Hierbei wurde die Sucht nach Alkohol nicht mehr als Folge eines schwachen Willens bezeichnet, sondern es wurde der Wirkung von Alkohol selbst eine stärkere Beachtung geschenkt.³¹ Aus diesem Konzept sind noch einige Bestandteile in unserer heutigen Definition von Sucht wieder zu finden. Diese sind z.B. die Steigerung der Dosis aufgrund einer Toleranzentwicklung, der Kontrollverlust

²⁸ vgl. Lindenmeyer, 2005, S. 30f

²⁹ vgl. Schabdach, 2009, S. 55

³⁰ vgl. Kloppe, 2004, S. 163

³¹ vgl. Schabdach, 2009, S. 56f

und das Auftreten von Entzugserscheinungen bei Absetzung des Mittels.³² Diese neu gewonnene Ansicht war aber zu dieser Zeit noch gesellschaftlich umstritten. 1851 wurde die erste Trinkerheilstätte in Deutschland gegründet. Erst im Jahre 1968 wurde Alkoholismus als Krankheit in Deutschland und weltweit anerkannt. Es ist zu beobachten, dass die Medizin einen immer höheren Stellenwert einnahm und z.B. Trinkerheilstätten, die meist von nicht wissenschaftlich geschultem kirchlichen Personal geführt wurden, durch medizinische Fachkräfte ersetzt wurden. „Aus Trinkerfürsorge wurde die Suchtkrankenhilfe und aus Trinkerheilstätten wurden Fachkliniken“³³ Die Kriterien, die diese Sucht nach Alkohol kennzeichneten, wurden auch auf andere Suchtstoffe wie z.B. Heroin, Opium, und Cannabis übertragen. Im Jahre 1950 wurde Sucht von der WHO als ein „Zustand der Hörigkeit gegenüber Rausch- und Betäubungsmitteln“ verstanden.³⁴ Ein Synonym für Hörigkeit ist Knechtschaft und kennzeichnet dieses Verhältnis. Der Begriff Sucht konnte angesichts der verschiedenen Suchtstoffe nicht einheitlich definiert werden und so wurde eine Unterscheidung in psychische und physische Abhängigkeit getroffen.³⁵ Somit ist die Entwicklung des Suchtkonstruktes auf eine Veränderung der Gesellschaft, der wissenschaftlichen Erkenntnisse und damit auch des Menschenbildes zurückzuführen. Somit kann man sagen, dass sich ein diesbezügliches Problembewusstsein im 16. Jh. entwickelt hat. Dieses wurde über die Jahre spezifiziert und unterlag ebenfalls Änderungen in der Sichtweise auf den Süchtigen. Es wurde ein Bewusstsein für den Konsum von Alkohol und Drogen mit den jeweiligen Folgeschäden und deren Auswirkungen auf die Gesellschaft geschaffen. Der Grundstein für die Entstehung dieser Ansicht ist das Abweichen von der gesellschaftlichen Norm, die sich über die Jahrhunderte geändert hat. Gab es früher kein Problembewusstsein, da alle übermäßig viel Alkohol konsumierten und das als normal angesehen wurde, wurde das gleiche Verhalten zu einem späteren Zeitpunkt als abweichend angesehen. „Bevor irgendeine Handlung als abweichend angesehen werden wird und bevor eine Klasse von Menschen für das Begehen einer Handlung als Außenseiter

³² aber dazu mehr im Kapitel „Definition von Sucht“

³³ Schmid, 2003, S. 119

³⁴ vgl. Scheerer, 1995, S. 13

³⁵ vgl. Schabdach, 2009, S. 59ff

abgestempelt und behandelt werden kann, muß jemand die entsprechende Regel aufgestellt haben, welche die Handlung als abweichend definiert.“³⁶

Die Entstehung des Konstruktes der Substanz- oder Drogenabhängigkeit unterliegt also letztendlich gesellschaftlichen Wandlungsprozessen.

Auch kann man sagen, dass unsere Definition von Sucht wohl ebenfalls nicht endgültig ist.

2. Sucht als soziales Problem

Um zu klären, ob Sucht oder auch Drogenabhängigkeit ein soziales Problem ist, gilt es zunächst herauszufinden, wie ein soziales Problem definiert ist und wie es entsteht.

Hierbei ist zu sagen, dass soziale Probleme nicht schon immer in unveränderter Form vorhanden sind, sondern dass sie erst durch bestimmte Prozesse konstruiert werden. Ich möchte mich hierbei auf den konstruktivistischen Ansatz beschränken.

„Als Konstruktion sozialer Probleme bezeichnet man den Prozess, im Zuge dessen Umstände oder Ereignisse, die bestimmte Gruppen oder ganze Gesellschaften in ihrer Lebenssituation beeinträchtigen (etwa Armut, Kriminalität, Gewalt, Drogenkonsum, Umweltprobleme), in der Öffentlichkeit bzw. in Teilen derselben kollektiv als veränderungsbedürftig definiert, skandalisiert und zum Gegenstand politischer Programme und Maßnahmen gemacht werden.“³⁷

Um also ein soziales Problem zu konstruieren, bedarf es der Aufmerksamkeit und Anerkennung eines Großteils der Gesellschaft.

„Von der öffentlichen Meinung hängt weitgehend ab, ob und in welcher Form sich gesellschaftliche Gruppen und politische Parteien eines Themas annehmen und ob sie den Druck der öffentlichen Meinung an den Gesetzgeber weitergeben.“³⁸

Weiterhin muss ein solches Problem den Charakter des Abweichenden und Veränderungsbedürftigen aufweisen. Dieses Problem muss also negative Folgen für die Gesellschaft haben bzw. so von ihr interpretiert werden.

³⁶ Becker, 1981, S 147

³⁷ URL 2, 2011

³⁸ Scheerer, 1982, S. 123

Als Erstes muss also ein Problem wahrgenommen werden. Dazu kommen bestimmte Zuschreibungen und Stigmatisierungen von Personen, die dieser Gruppe zugezählt werden. Nach und nach wird dieses Problem von der Gesellschaft anerkannt bzw. es etabliert sich ein Bild dieses Problems in der Gesellschaft. Dazu bedarf es „moralischer Unternehmer“³⁹ oder auch „kollektiver Akteure“⁴⁰, die dieses Problem in der Öffentlichkeit etablieren, also Personen, die sich dafür engagieren, dass einem Problem Aufmerksamkeit geschenkt wird.

„Denn wo Sichtbarkeit erzeugt wird entsteht Aufmerksamkeit. Aufmerksamkeit bedingt ihrerseits wiederum Thematisierung besonders da, wo das sichtbar gemachte eine Abweichung, eine Irritation oder eine moralische Herausforderung beinhaltet“⁴¹

Wird also ein Problem ausreichend thematisiert und es besteht innerhalb der Gesellschaft Konsens darüber, dass hier ein Veränderungsbedarf besteht, wird versucht, Strategien zu finden, die diesem Problem entgegenwirken können und somit die Gesellschaft entlasten. Wenn diese Strategien „ausgereift“ sind, wird versucht, sie mithilfe eines gewissen Rahmens, hier des Staates, umzusetzen, um dieses mittlerweile soziale Problem einzudämmen. Hierbei sei noch einmal angemerkt, dass die Gesellschaft ein Verhalten als Problem definieren muss und dieses Problem nicht unbedingt einen objektiven Problemcharakter besitzen muss.

In der heutigen Ansicht greift Sucht in viele Aspekte des heutigen Lebens wie z.B. Arbeit, soziale Kontakte und Gesundheit negativ ein.

Versucht man nun das Phänomen Sucht oder auch Drogenabhängigkeit in dieses Muster einzuordnen, werden schnell Parallelen deutlich. Dem Problem der Sucht wurde im Laufe der Industrialisierung besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da die Arbeiterklasse viel Alkohol trank und es zu einem „Ehlendsalkoholismus“ kam. Es wurde versucht, dem von öffentlicher Seite entgegenzuwirken. Diese Bemühungen halten bis heute, auch im Bereich von illegalen Drogen oder Verhaltensauffälligkeiten in Zusammenhang mit einer Impulskontrollstörung⁴², an. So gab es z.B. die Kampagne „Keine Macht den

³⁹ Becker, 1981, S. 133

⁴⁰ Schabdach, 2009, S. 93

⁴¹ Breyvogel, 1998, S. 85f

⁴² wie z.B. pathologisches Spielen aber dazu mehr in dem Kapitel Suchtformen

Drogen“, die unter der Schirmherrschaft von Altbundeskanzler Helmut Kohl zu Präventionszwecken durchgeführt wurde. „Unser Ziel muss eine Gesellschaft sein, die den Rausch einmal genauso ächtet, wie den Kannibalismus.“⁴³ Allerdings bleibt bei dieser Aussage unklar, ob er sich auch auf Alkohol bezieht. Auch heute gibt es viele Hilfs- und Kontrollmaßnahmen, die sich auf den Konsum von legalen und illegalen Drogen beziehen. Es gibt also repressive als auch unterstützende Maßnahmen, um Drogenabhängigkeit zu begegnen. Es wurde z.B. ein Betäubungsmittelgesetz verabschiedet. In diesem wird z.B. Anbau, Herstellung, Handel, Besitz, Einführung, Ausführung, Veräußerung, Abgabe sowie Erwerb und sonstige Beschaffung von Substanzen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, verboten. Folgen einer Missachtung sind Freiheitsstrafen mit bis zu fünf Jahren oder Geldstrafen.⁴⁴ Einige Substanzen, die von der Gesellschaft als unerlaubte Betäubungsmittel gelten sind z.B. Cannabis, Heroin, Kokain, LSD, MDMA, Metamphetamin und TCP.⁴⁵ Auch wird zum Beispiel die Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss illegalen Drogen oder zu viel Alkohol bestraft. In diesem Zusammenhang wird auch der Konsum einer legalen Droge bestraft. Die Konsumenten illegaler Drogen werden vom Staat kriminalisiert. Das betrifft auch den Konsum von Alkohol unter bestimmten Umständen. Auf der anderen Seite gibt es Hilfsangebote, die den betroffenen Personen gemacht werden.⁴⁶ Diese haben sich über die Jahre stark differenziert. Somit ist schließlich zu sagen, dass Drogenabhängigkeit oder Sucht ein soziales Problem in unserer Gesellschaft darstellt und negative Folgen und Handlungsbedarf in diesem Kontext erkannt werden. Ein Grund für die zunehmende Entwicklung von Maßnahmen gegen die Drogenabhängigkeit könnte die hohe Anzahl der Konsumenten legaler und illegaler Drogen sein. In Deutschland gab es im Jahr 2009 3,3 Mio. Einwohner mit alkoholbezogenen Störungen, also schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit. Die Kosten für die Folgen dessen liegen jährlich bei ca. 10 Mrd. Euro.

⁴³ Kohl (1992) zitiert nach Schneider W., 2000

⁴⁴ vgl. § 29 BtMG

⁴⁵ vgl. § 1 Abs. 1 BtMG

⁴⁶ zu diesem Thema möchte ich mich im Kapitel das Suchtkrankenhilfesystem näher äußern

Das Erstkonsumalter in Deutschland liegt im Durchschnitt bei 13,2 Jahren. Weiterhin kamen auf einen Einwohner 9,7 l reiner Alkohol im Jahr 2009.⁴⁷ Man geht jährlich von ca. 73700 Todesfällen aus, die durch Alkohol bedingt sind. 7,4% der 12- bis 17 jährigen haben im letzten Jahr eine illegale Droge konsumiert, wobei Cannabis im Vordergrund steht.

0,4 % der Gesamtsterblichkeit auf der Welt werden auf den Konsum illegaler Drogen zurückgeführt. Im Jahr 2009 in Deutschland waren es 1331.⁴⁸

3,3 von 1000 Personen zeigen zumindest einen problematischen Konsum illegaler Drogen. Diese Zahlen vermitteln einen Eindruck wie stark Sucht in unserer Gesellschaft verbreitet ist. Was dabei in den Fokus der Öffentlichkeit rückt, sind die hohen Kosten der Rehabilitation, die Verminderung der Lebensqualität und die Drogentoten. Diese lassen Sucht zu einem sozialen Problem werden.

Die Gegenmaßnahmen gegen die Drogenabhängigkeit sind allerdings ambivalent. Zum Einen soll der Konsum legaler Drogen und pathologisches Spielen verringert bzw. unterbunden werden auf der anderen Seite aber verdient der Staat damit sehr viel Geld. Im Jahr 2009 nahm Deutschland 3.305 Mio. € an Alkoholsteuern, 13.356 Mio. € an Tabaksteuer und 3,206 Mrd. Euro durch den Glücksspielsektor ein.⁴⁹ Es wird also zu verringern versucht und im gleichen Moment wird daraus Profit geschlagen. Ebenfalls ist auch die Frage, ob eine ständige Erhöhung der Tabak und Alkoholsteuer der Prävention von Sucht oder dem finanziellen Interesse des Staates dient. Würden nämlich die Einnahmen aus diesen Sektoren ausbleiben hätte der Staat ein größeres finanzielles Problem als die jetzt schon der Fall ist.

Weiterhin ist zu sagen, dass es heutzutage mehr soziale Probleme gibt als es zu früheren Zeiten der Fall war. Es werden also mehr veränderungsbedürftige Umstände in unserer Gesellschaft gesehen. Dies ist vielleicht auf eine stetige Differenzierung und dem Wandel der Werte unserer Gesellschaft zurückzuführen.

⁴⁷vgl. DHS, 2011

⁴⁸ vgl. ebd.

⁴⁹ vgl. ebd.

3. Definitionen von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit

Nachdem ich nun die historische Sichtweise auf das Konstrukt der Drogenabhängigkeit erläutert habe, möchte ich nun auf unsere heutige Sichtweise zu sprechen kommen. In der heutigen Zeit versuchen immer mehr Menschen ihre Probleme, seien sie durch ihr Umfeld oder familiär oder durch Beides bedingt, mit bestimmten Verhaltensweisen oder Hilfsmitteln wie z.B. Glücksspiel, Konsum von legalen oder illegalen Drogen wie z.B. Alkohol oder Cannabis, zu bewältigen.

Dabei ist zu bemerken, dass das gesamte Konzept der Sucht früher nicht so differenziert betrachtet wurde wie heute. Geht es in der heutigen Zeit um die Einnahme von Substanzen, versuchen wir die Einnahme zu klassifizieren. Dabei haben sich die Begriffe Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit entwickelt. Andere Formen der Sucht wie z.B. pathologisches Spielen oder Mediensucht werden nicht unter Substanzabhängigkeit eingeordnet, sondern unterliegen der Kategorie Störung der Affektkontrolle, obwohl sie meist ähnliche Kriterien erfüllen wie sie für die Substanzabhängigkeit definiert sind. Hierbei ist es wichtig anzumerken, dass es in stoffgebundene (z.B. Abhängigkeit von Cannabis, Alkohol, Heroin) und stoffungebundene (z.B. Internet- und Mediensucht, Pathologisches Spielen, Esssucht, Arbeitssucht) Formen von Abhängigkeit zu unterscheiden gilt. Letztere werden umgangssprachlich auch als Verhaltenssucht bezeichnet. Der Unterschied besteht darin, dass keine Substanz eingenommen wird, um einen gewünschten Effekt zu erzielen, sondern das versucht wird, diesen Effekt mithilfe eines bestimmten Verhaltens herzustellen. „Die von stoffungebundenen Suchtformen Abhängigen haben in vielem eine ähnliche Beziehung zum Gegenstand ihrer Sucht wie Fixer oder Alkoholiker zu ihrem Stoff.“⁵⁰

Substanzabhängigkeit ist laut Definition der WHO ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, der durch die Einnahme einer Substanz bedingt ist.

„Nicht die Droge selbst macht abhängig, sondern der seelische und körperliche Zustand den man durch sie erreicht.“⁵¹

⁵⁰ Gross, 1990, S. 13

⁵¹ ebd., S. 15

Als Droge wird eine Substanz definiert, die kein Nahrungsmittel ist und die die körperlichen und psychischen Funktionen eines Organismus verändert.⁵²

Sucht wird heute als eine Krankheit angesehen.

Ich möchte mich im Folgenden der Definition von Substanzabhängigkeit widmen und dazu die Diagnosekriterien des DSM IV und des ICD 10 heranziehen.

DSM IV und ICD 10 sind Diagnosemanuale der Psychologie, in denen verschiedene Störungen und Diagnosen klassifiziert und kategorisiert werden.

Laut DSM IV und ICD 10 ist Substanzabhängigkeit als ein unangepasstes Muster von Substanzkonsum zu sehen, welches zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Dabei gibt es verschiedene Kriterien, die erfüllt sein müssen, wenn man von solch einer Art Abhängigkeit sprechen will. Dazu sei erst einmal angemerkt, dass sich der Konsum nicht auf eine Substanz beschränken muss, sondern auch oft ein Mischkonsum durchgeführt wird. Es müssen mindestens drei der folgenden Kriterien in einer Zeitspanne von 12 Monaten auftreten, damit man laut DSM IV von einer Substanzabhängigkeit sprechen kann.⁵³

Zunächst kann eine Toleranz gegenüber der eingenommenen Substanz entstehen. Dies bedeutet, man braucht über die Zeit eine größere Menge an „Suchtstoff“, um die gewünschten Effekte zu erzielen. Weiterhin kann es bei Absetzen oder auch Entzug der eingenommenen Substanz zu Entzugserscheinungen kommen.⁵⁴ Solche lassen sich in psychische wie z.B. Unwohlsein, Aufgeregtheit, Rastlosigkeit und physische Entzugserscheinungen wie z.B. Schwitzen, Fingertremor, heiße Sohlen oder Verdauungsprobleme unterscheiden. Je nach eingenommener Substanz beginnen diese Symptome nach einer gewissen Zeit nach der letzten Einnahme der Substanz. Diese sind allerdings zeitlich begrenzt und legen sich, wenn der Körper sich an die Absetzung des Suchtmittels gewöhnt hat. Ein häufiges Muster ist hierbei, den Konsum der Substanz wieder aufzunehmen, um den Entzugserscheinungen entgegenzuwirken. Hierbei sei noch erwähnt, dass auch bei stoffungebundenen Abhängigkeiten Entzugssymptome auftreten können. Ein nächstes Kriterium ist die Einnahme der Substanz in größeren Mengen über einen längeren Zeitraum oder zumindest länger als ursprünglich beabsichtigt. Auch wird häufig versucht,

⁵² vgl. URL 3, 2011

⁵³ vgl. URL 4

⁵⁴ vgl. ebd.

den Konsum der Substanz von allein zu reduzieren, zu kontrollieren oder zu unterbinden, was meist ein erfolgloses Unterfangen ist. Es entsteht ein Kontrollverlust des eigenen Lebens. Dadurch verliert die betreffende Person Selbstwert und fügt sich meist ihrem Schicksal. In dieser Form werden Einstellungen wie „Ich kann eh nicht aufhören“ oder „Ich brauch das“, entwickelt. Es entsteht Leidensdruck, d.h. die Person leidet unter ihrem „Zwangsverhalten“. Ein weiterer Punkt ist der Alltag der betroffenen Person. Wenn sich ein Großteil des Tages darum dreht, die Substanz einzunehmen bzw. sich von ihrer Wirkung zu erholen oder sich um die Beschaffung dieser Substanz zu kümmern, wird dies ebenfalls als Kriterium aufgenommen, dass eine Substanzabhängigkeit vorliegt.⁵⁵ Auch werden aufgrund dieser beschriebenen Verhaltensweisen wichtige soziale, berufliche oder freizeitechnische Aktivitäten aufgegeben oder reduziert, um zu gewährleisten, dass man das Suchtmittel, wann immer nötig, einnehmen kann.

Das nächste Kriterium ist, dass die Person den Konsum der Substanz fortsetzt, auch wenn für sie klar ist, dass dies starke psychische, physische sowie soziale Folgeschäden für sie hat.⁵⁶ In der ICD 10 wird noch ergänzt, dass von der Person ein Drang verspürt wird, eine oder mehrere Substanzen einzunehmen. In der Fachsprache bezeichnet man dieses Verhalten als Craving.

Bei beiden Arten von Sucht entwickelt die betreffende Person eine Art Suchtgedächtnis. Dadurch, dass ich ein bestimmtes Verhalten zeige oder eine bestimmte Substanz einnehme werde ich mit einem guten Gefühl oder der Möglichkeit der Flucht vor Problemen, also positiven Folgeerscheinungen, belohnt. Im Gehirn entwickeln sich neue Nervenstränge, die dieses Verhalten auch in Zukunft begünstigen. Man könnte in diesem Kontext von einem Erlernen der Sucht sprechen. Somit ist es auch schwer für einen Abhängigen, sein Verhalten zu ändern, oder wenn bereits geschehen, keine Rückfälle mehr zu bekommen. Weiterhin ist noch zu erwähnen, dass manche Stoffe ein höheres Suchtpotenzial als andere aufweisen. Zum Beispiel können Stoffe wie Crack und Heroin schon nach einer Einnahme süchtig machen während das Suchtpotenzial von Cannabis weiterhin umstritten ist.

Weiterhin wird eine Unterscheidung in körperliche und psychische Abhängigkeit getroffen. Von einer körperlichen Abhängigkeit wird dann gesprochen, wenn

⁵⁵ vgl. URL 5, 2011

⁵⁶ vgl. URL 4, 2011

eine Toleranzentwicklung vorhanden ist und oder Entzugssymptome bei absetzen der Substanz erkennbar sind. Eine psychische Abhängigkeit drückt sich durch die anderen, nicht körperlichen, eben beschriebenen Kriterien und einem starken Verlangen nach dem Verhalten oder dem Suchtstoff aus. Von einem Substanzmissbrauch oder einem schädlichen Gebrauch ist dann die Rede, wenn z.B. wichtige Aufgaben aufgrund des Konsums nicht mehr wahrgenommen werden und auch weiter konsumiert wird, wenn für den Betroffenen klar ist, dass sich negative Folgen wie z.B. Gesundheitsschäden, soziale Konflikte und Probleme mit dem Gesetz, aus dem fortlaufenden Konsum ergeben. Wichtig ist hierbei, dass keine Entzugssymptome nach absetzen der Substanz vorhanden sind. Es dürfen also die Symptome zu keinem Zeitpunkt die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen.⁵⁷ Lassen sich das Konsummuster und die Folgen nicht in eine dieser zwei Kategorien einordnen, so ist von einem Substanzgebrauch die Rede. Die Verwendung bestimmter Substanzen oder Verhaltensweisen hat gewisse Effekte für die betreffende Person selbst.

4. Gründe und Funktionen der Sucht

Der Konsum von Drogen oder das Anwenden bestimmter Verhaltensweisen zieht sich durch alle Schichten und Altersklassen unserer Gesellschaft. In jüngeren Jahren ist eher noch von einem Gebrauch von Drogen die Rede. Jugendliche experimentieren mit Drogen, um sich z.B. von Anderen abzugrenzen oder aber auch, um dazuzugehören. In diesem Fall steht der Experimentierkonsum meist im Vordergrund. Es gibt viele Personen, die zumindest einen missbräuchlichen Konsum im Jugendalter aufzeigen, dieses Verhalten aber mit Anfang Mitte 20 abstellen und ein normales Leben führen.⁵⁸ Allerdings wird in dieser Phase der Grundstein für die weitere Entwicklung des Verhaltens gegenüber Drogen und bestimmter Verhaltensweisen gelegt. Aus dem anfänglichen Gebrauch kann sich also eine Sucht entwickeln. Erfährt z.B. ein Jugendlicher durch den Umgang mit bestimmten Substanzen, dass er dem Alltag entfliehen kann, wenn er diese einnimmt, und übernimmt er dies als Strategie für zukünftige Problemlösungen, so ist eine Voraussetzung für das

⁵⁷ vgl. URL 4, 2011

⁵⁸ vgl. Anhang Anlage 1: Interviewtranskript Frau Chudaske

Entstehen von Missbrauch oder Sucht meistens erfüllt, obwohl dies nicht zwangsläufig dahin führen muss.

Drogenkonsum hat weiterhin auch bei manchen Personen den Status des Erwachsenen. Manche Jugendliche versuchen sich als erwachsen darzustellen, indem sie Drogen nehmen. Entscheidend ist hierbei, welchen Umgang die Person mit Drogen hat bzw. erlernt und inwiefern das Suchtmittel für sie eine Rolle spielt.

Dazu sei gesagt, dass der experimentelle Konsum nicht nur auf Jugendliche beschränkt ist.

Im Vordergrund stehen hier zu Anfang meist soziale Aspekte. Als Gründe für den Gebrauch können z.B. Neugier, man wollte dies schon immer mal ausprobieren, oder Gruppenzwang, man möchte zu einer bestimmten Gruppe gehören, genannt werden. Die Gruppe erwartet dafür ein bestimmtes Verhalten, bzw. es wird der Aspekt der Geselligkeit an sich gesehen.

Weiterhin könnte es aber auch sein, dass eine Substanz konsumiert oder Verhalten deshalb gezeigt wird, weil man sich dann besser fühlt bzw. dadurch eine gute Stimmung erzeugt wird oder man Problemen im Beruf oder zu Hause entfliehen kann. Das Entfliehen vor Problemen bezeichnet man auch als Realitätsflucht.

Bezieht man sich auf Drogenmissbraucher oder Drogenabhängige, so erfüllt das Suchtmittel ebenfalls eine Vielzahl von Funktionen, die von Person zu Person unterschiedlich sind.

Der Süchtige ist auf der Suche nach etwas oder auf der Flucht vor etwas. Der Konsum von Drogen oder bestimmte Verhaltensweisen helfen, der betroffenen Person dieses etwas zu verdrängen oder zu finden.⁵⁹ Das Suchtmittel wird also vom Betreffenden instrumentalisiert.

Jeder Suchtmittelkonsum, so destruktiv er auch nach außen scheinen mag, hat durchaus positive Effekte für die Person selbst, sonst würde sie nicht konsumieren.

Es ist ein Symptom unserer Zeit, dass die Zahl der Suchtkranken aufgrund der wachsenden Probleme in Gesellschaft und Beruf ansteigt. Hier lässt sich gut Alice Salomon⁶⁰ anführen, die z.B. sagt, dass es vom Grad der Entwicklung und der Vielfältigkeit der Kultur eines Volkes abhängt, inwiefern seine Mitglieder

⁵⁹ vgl. URL 6, 2011

⁶⁰ vgl. Salomon zitiert nach Thole, 1998, s 136

in der Lage sind, durchschnittliche Ideen und Wertvorstellungen zu realisieren und Schritt zu halten. Je differenzierter und vielfältiger die Kultur eines Volkes ist, desto größer wird die Zahl derer, die sich nicht anpassen können.

Eine Erklärung für den Konsum von Drogen und damit auch eine entscheidende Funktion ist die Bewältigung dieser Unangepasstheit bzw. nicht der Norm entsprechend zu sein.

Die Anwendung von bestimmten Verhaltensweisen und „Ersatzmitteln“ versprechen eine schnelle Befriedigung der eigenen Bedürfnisse und eine vorübergehende Erleichterung für den Konsumenten. Ein Erklärungsmodell dafür bietet das Coping. Unter Coping versteht man eine Vielzahl von Strategien und Verhaltensweisen, die einer Auseinandersetzung oder Bewältigung von Stressoren oder belastenden Ereignissen und Erlebnissen dienen.⁶¹

Das Auffallende bei Drogenkonsumenten ist, dass der kurzfristigen Befriedigung der eigenen Bedürfnisse auf Kosten langfristiger negativer Folgen der Vorrang gewährt wird. Somit könnte ein weiterer Grund die unmittelbare Affektregulierung sein.

Weitere Gründe könnten z.B. sein, dass eine Person nicht geliebt oder akzeptiert wird und versucht dies zu überspielen.⁶² Jeder Mensch hat das Bedürfnis, wertgeschätzt bzw. geliebt zu werden. Erfährt er dieses nicht durch sein Umfeld, so ist er bestrebt, sich diese Bestätigung des Selbst anderweitig oder in einem anderen Umfeld zu holen. Dies geschieht z.B. indem eine Person sich einer anderen Gruppe von Menschen zuwendet, die z.B. seine Trinkfestigkeit positiv hervorhebt und ihn damit bestätigt.

Zum Einen geht es also bei dem Konsum von Drogen oder dem Ausführen bestimmter Verhaltensweisen um das Bewältigen von Stress und Problemen bzw. Ereignissen und zum Anderen um das Erleben bzw. die Auswirkung der Droge auf das Denken und den Körper. Dies wird durch die Zusammensetzung der Droge oder die neuronalen Prozesse durch das Ausüben eines bestimmten Verhaltens beeinflusst.

Um gewünschte Effekte herzustellen greifen Konsumenten auf unterschiedliche Substanzen mit unterschiedlichen Wirkungen oder auch Verhaltensweisen zurück. Einige Beispiele möchte ich im Folgenden darstellen.

⁶¹ vgl. Häcker/Stapf, 1998, S. 159

⁶² vgl. Anhang, Anlage 1: Interviewtranskript Frau Chudaske

5. Suchtformen

Ich möchte mich im Folgenden auf die Darstellung einer stoffgebundenen und einer stoffungebundenen Form der Sucht beschränken.

Dafür möchte ich kurz die Substanz Alkohol und die Verhaltensweise des Pathologischen Spielens näher darstellen.

Als erstes möchte ich den Alkoholismus näher betrachten, da Alkohol eine legale Droge ist, die eine Vielzahl von Folgeschäden und Krankheiten verursacht und in unserer Gesellschaft neben Nikotin die legale Droge Nummer eins ist. 18,3% der Bevölkerung nahmen im Jahr 2009 täglich 12 bis 24 g reinen Alkohol zu sich.⁶³ Also fast ein Fünftel unserer Gesellschaft zeigte einen schädlichen Gebrauch von Alkohol.

Anschließend möchte ich noch das Pathologische Spielen, welches nicht unter die Kategorie der Substanzabhängigkeit fällt, näher betrachten. Es untersteht der Kategorie Störungen der Impulskontrolle wie z.B. Kleptomanie und Pyromanie, wobei ähnliche Effekte, wie bei einer stoffgebundenen Sucht zu erkennen sind.

5.1 Alkoholismus/ Alkoholabhängigkeit

5.1.1 Alkohol als Substanz und die Konsumformen

Zunächst möchte ich mich mit der legalen Volksdroge Nummer eins dem Alkohol beschäftigen. Alkohol heißt mit Fachnamen Äthylalkohol (C_2H_5OH) und wird aus der Vergärung von Zucker gewonnen. In seiner Reinform ist er klar und farblos. Der Siedepunkt liegt bei $78,3\text{ }^{\circ}C$. Während es früher nur möglich war, alkoholische Getränke wie Bier durch Gärung herzustellen, besteht in der heutigen Zeit die Möglichkeit, durch Destillation ein großes Spektrum an alkoholischen Getränken herzustellen. Sie unterscheiden sich im Alkoholgehalt, sowie Zusätzen und unterschiedlichen Ausgangsstoffen. Diese Ausgangsstoffe können z.B. Getreide, Früchte, Kartoffeln oder auch Mais sein.

⁶³ vgl. DHS, 2011

Man unterscheidet grob Bier (4,0 bis 8,0 Vol. %), Wein (10,5 bis 13 Vol %), Likör (18 bis 25 Vol %), hochprozentige Getränke (50 Vol % und mehr) sowie Mixgetränke (1 bis 6 Vol %).⁶⁴ Alkohol wird ausschließlich in flüssiger Form also durch trinken zu sich genommen.

5.1.2 Wirkungsweise von Alkohol

Beim Konsum von alkoholischen Getränken gelangt Alkohol in den Verdauungstrakt des menschlichen Organismus. Dort wird er über die Schleimhaut des Verdauungstraktes ins Blut aufgenommen. Das Blut verteilt den Alkohol im gesamten Körper und wird über die Leber abgebaut. Nach einer halben Stunde bis hin zu einer Stunde nach der Aufnahme von Alkohol ist die höchste Konzentration im Blut erreicht.

Gelangt also Alkohol durch das Blut ins Gehirn, bewirkt dieser eine Hemmung von Noradrenalin und in dessen Folge eine verstärkte Wirkung von Dopamin. Dopamin ist Teil des körpereigenen Belohnungssystems, dem bei seiner Ausschüttung eine wahrnehmungssteigernde Funktion nachgesagt wird. Freude, Glück und Zuversicht wird so intensiver verspürt und es kommt zu einem „High Gefühl“.⁶⁵

Daher wird der Körper bei der Einnahme von Alkohol „belohnt“. Nach diesem Prinzip bildet sich ein Suchtgedächtnis.

Der menschliche Organismus ist in der Lage, 0,1 bis 0,2 Vol % Alkohol in einer Stunde abzubauen. Hierbei ist zu sagen, dass der Körper erst beginnt Alkohol abzubauen, wenn die Aufnahme aufhört.

5.1.3 Die Effekte und Folgen des Alkoholkonsums

Der Einfluss von Alkohol auf den Organismus hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab. Zum Einen ist die Gewöhnung des Organismus an die Alkoholfuhr zu beachten. Des Weiteren kommt es auf die seelische Verfassung der betreffenden Person und die Konzentration von Alkohol im Blut an.⁶⁶ Man könnte sagen, dass es der betreffenden Person durch die Einnahme von Alkohol leichter fällt, sich zu seiner Grundstimmung zu äußern oder dies auch ungewollt passiert. Meist werden Hemmungen und Ängste abgebaut und

⁶⁴ vgl. URL 7, 2011

⁶⁵ vgl. URL 8, 2011

⁶⁶ vgl. ebd.

einige Menschen sind geselliger als sie es sonst wären. Das betrifft die Kommunikationsbereitschaft ebenso wie die Bereitschaft, auf andere Menschen zuzugehen. Dies sind die Effekte einer geringen Berauschtigkeit. Steigt die Konzentration von Alkohol im Blut auf ein mäßiges Maß, kann die Stimmung umschlagen und es kommt zu Gereiztheit, Aggression und emotionaler Unzugänglichkeit.⁶⁷ Bei starker Intoxikation von Alkohol kommt es zu Störungen der Wahrnehmung sowie Ermüdung und Benommenheit bis hin zum Tod. Auch sind Langzeitfolgen des Konsums von Alkohol zu beobachten. Physisch gesehen treten bestimmte Krankheiten und Organschädigungen wie z.B. Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenschädigungen, Tumore, Nerven- und Gehirnerkrankungen sowie Impotenz und die Schädigung von noch ungeborenen Kindern im Mutterleib während der Schwangerschaft auf. Es kann also zu Schädigungen im ganzen Körper kommen. Dies geschieht daher, weil Alkohol ein Zellgift ist und sich mithilfe des Blutes überall verteilt. Sozial gesehen kann es zu einem Verlust des Arbeitsplatzes oder Beziehungen kommen. Das Verhalten passt sich dem Konsum an und alles zusammen kann einen sozialen Abstieg nach sich ziehen.⁶⁸

5.1.4 Konsumtypen bei Alkohol

Laut Jellinek⁶⁹ lassen sich fünf verschiedene Typen von Alkoholkonsumenten unterscheiden. Der erste Typ ist der Konflikttrinker oder auch Alphatrinker genannt. Dieser Typ konsumiert Alkohol in Konflikt- und Stresssituationen. Körperliche und psychische Abhängigkeit ist meist noch nicht gegeben. Auch hat dieser Typ noch Kontrolle über das eigene Trinkverhalten.

Der Gelegenheitstrinker oder auch Betatrinker konsumiert Alkohol begünstigt durch den sozialen Umgang. Es liegt ebenfalls keine Abhängigkeit oder Kontrollverlust vor.

Im Falle des süchtigen Trinkers oder Gammatrinkers liegt eine psychische Abhängigkeit sowie ein Kontrollverlust vor. Er zeigt missbräuchlichen Umgang mit Alkohol und es sind negative Folgen seines Konsums zu erkennen. Er ist aber noch in der Lage, längere Zeit abstinent zu leben.

⁶⁷ vgl. URL 9, 2011

⁶⁸ vgl. ebd.

⁶⁹ vgl. Jellinek, 1979

Der Spiegeltrinker oder Deltatrinker, zeichnet sich dadurch aus, dass er so lange trinkt bis er auf einem gewissen Alkoholpegel ist. Diesen versucht er dann anschließend zu halten. Eine körperliche sowie geistige Abhängigkeit und ein Kontrollverlust sind zu beobachten. Dennoch neigt dieser Typ nicht zu exzessivem Konsum, da er seinen Pegel hält und Entzugserscheinungen mit Alkohol bekämpft.

Als letzten Typ führt Jellinek den episodischen Trinker oder Epsilon-trinker an. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass er lange Zeit abstinent sein kann, nach einer gewissen Zeit aber wieder kurz aber exzessiv Alkohol konsumiert. Psychische aber keine körperliche Abhängigkeit ist gegeben.⁷⁰ Es sei noch erwähnt, dass diese Typologie nicht mehr so aktuell ist und sich zahlreiche Mischformen herauskristallisiert haben. Sie lässt sich schlecht in der Realität anwenden, gibt aber einen guten Überblick über Trinkverhaltensweisen.

5.2 Pathologisches Spielen oder Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht oder auch „Pathologisches Spielen“ genannt ist ein spezieller Fall problematischen Verhaltens und eine stoffungebundene Sucht. Das pathogene Spielen ist erstmals 1980, laut DSM III, als eine psychische Störung, oder Verhaltensstörung, nämlich als Störung der Impulskontrolle, anerkannt worden. Dabei geht die DHS derzeit von ca. 200.000 pathologischen Glücksspielern und 300.000 Personen mit einem problematischen Spielverhalten aus.⁷¹

„Das Glücksspiel zeichnet sich dadurch aus, dass der Spielausgang überwiegend vom Zufall bestimmt ist und es einen äußeren Anreiz in Form eines Geldgewinns gibt.“⁷²

⁷⁰ vgl. URL 10, 2011

⁷¹ vgl. DHS, 2011, S. 27

⁷² URL 11, 2011

5.2.1 Konsumformen des Glücksspiels

In der heutigen Zeit gibt es viele Möglichkeiten, sich mit Glücksspiel zu beschäftigen.

Es gibt z.B. Spielautomaten, die auch „Unterhaltungs- oder Spielautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ genannt werden. Sie stehen in Kiosken, Spielhallen und Spielbanken. Diese Automaten lassen den Spieler glauben, dass er einen Einfluss auf das Ergebnis und somit die Gewinnausschüttung hat, was allerdings meist nicht der Fall ist. Die Automaten sind deshalb so attraktiv, weil man mit geringen Geldbeträgen spielt.

Das fatale daran ist, dass man zwar nur einen kleinen Einsatz benötigt, diesen aber auch relativ schnell verspielt. Durch diese Taktik ist man geneigt zu denken, dass man weniger Geld verspielt hat als es tatsächlich der Fall ist. Ein Spiel z.B. am „Einarmigen Banditen“ dauert ungefähr 15 Sekunden.⁷³ Des Weiteren sind meist mehrere Automaten nebeneinander aufgestellt, sodass manche Spieler dazu verleitet werden, an mehreren Automaten gleichzeitig zu spielen.⁷⁴ In Deutschland gab es im Jahr 2009 ungefähr 212.000 solcher Automaten. Von ihnen geht ein hohes Suchtpotenzial aus. Das Automatenspiel gilt aus staatlicher Sicht allerdings nicht als Glücksspiel sondern als Unterhaltungsspiel und unterliegt somit auch nicht den Verordnungen des Glücksspielstaatsvertrages. Daher wird der Zugang zu ihnen auch nicht kontrolliert, obwohl viele pathologische Spieler eben in diesem Bereich vorhanden sind.

Weiterhin besteht die Möglichkeit des Glücksspiels in Spielbanken. Hier werden Spiele wie Poker, Roulette sowie Black Jack angeboten. Hier ist es erlaubt, im Vergleich zum Automatenspiel, mit höheren Beträgen zu spielen. Die Umgebung ist meist schön anzusehen und macht einen edlen Eindruck. Des Weiteren ist es möglich, solche Spiele auch virtuell in Form von Onlineglücksspiel zu verfolgen. Dies geschieht meist in Onlinespielbanken. Auch ist es möglich, andere Glücksspielangebote im Internet wahrzunehmen wie z.B. Sportwetten, Lotterie aber auch Onlineglücksspielautomaten. Das Angebot an Glücksspielen ist in unserer Gesellschaft also weit gefächert und wird auch dementsprechend genutzt.

⁷³ vgl. Gross, 1995, S. 50

⁷⁴ vgl. ebd., S. 48

5.1.2 Effekte und Wirkung von pathologischem Spielen

Das pathologische Spielen vollzieht sich von einem positiven Anfangsstadium (Gewinnphase), über ein kritisches Gewöhnungsstadium (Verlustphase) bis hin zum Suchtstadium (Verzweiflungsphase).⁷⁵

Weiterhin zeichnet sich Glücksspielsucht durch bestimmte Merkmale aus.

Es ist z.B. ein starkes Eingenommensein vom Glücksspiel und eine Steigerung der Einsätze zu beobachten. Weiterhin haben die betroffenen Personen meist mehrere erfolglose Versuche hinter sich, um das Spielen einzuschränken oder aufzugeben. Sie sind oft unruhig und gereizt, wenn es um dieses Thema geht. Auch ist es häufig, dass versucht wird, den Verlust durch das Spielen vergangener Tage durch erneutes Spielen wieder auszugleichen. Dies wird auch als „chasing“, dem Gewinn hinterher jagen, bezeichnet.

Oft kommt es vor, dass Personen aus dem Umfeld des Betroffenen von ihm belogen werden, um das wahre Ausmaß der Spielsucht geheim zu halten.

Um sich das Spielen weiterhin finanzieren zu können, kommt es auch oft zu Diebstählen, Fälschungen, Unterschlagungen und anderen illegalen Handlungen sowie das Beschaffen von Geld bei der Verwandtschaft und Familie.⁷⁶

Die Folgen dieser Störung können, wenn auch meist keine körperlichen Schäden auftreten, verheerend sein. Die materielle Lebensgrundlage der Betroffenen kann einfach „verspielt“ werden und es kann zu einer Verschuldung kommen. Diese wiederum kann zur Kriminalität führen. Soziale Kontakte und Beziehungen können in die Brüche gehen.

Als Besonderheit ist anzumerken, dass oft kein körperlicher oder geistiger Verfall der Betroffenen zu beobachten ist wie es zum Beispiel beim Alkoholismus der Fall ist. Dies ist allerdings anders, wenn man das Endstadium solcher Verhaltensstörungen betrachtet. Die Selbstzerstörung tritt zwar nicht so exzessiv auf, wie es bei manchen stoffgebundenen Süchten der Fall ist, aber es sind ebenfalls Krankheiten wie z.B. Herzrhythmusstörungen, Magengeschwüre und Hautkrankheiten zu beobachten.⁷⁷

⁷⁵ vgl. Meyer/Bachmann, 2005, S: 37

⁷⁶ vgl. URL 4, 2011

⁷⁷ vgl. Gross, 1995, S. 14

5.1.3 Konsumtypen bei pathologischem Spielen

Zuerst lässt sich sagen, dass Jellineks Einteilung, wenn man von körperlicher Abhängigkeit absieht, meiner Meinung nach auch auf stoffungebundene Suchtformen übertragbar ist. Dabei sollte sie aber nur zur Veranschaulichung von Konsummustern genutzt werden, da es zahlreiche Mischformen gibt.

Des Weiteren kann man die Pathologischen Spieler nach Petry⁷⁸ unterscheiden, indem man schaut, welche Art von Glücksspiel bei der betreffenden Person bevorzugt wird. Er unterscheidet in den Automatenspieler, den Kasinospieler, den Kartenspieler sowie den Lotteriespieler und den Pferdewetter.

Automatenspieler zeigen im Vergleich zum Kasinospieler eine geringere Risikobereitschaft. Kasinospieler spielen mit höheren Einsätzen und verlieren folglich auch mehr. Weiterhin ist zu beobachten, dass mehr Männer als Frauen Roulette, was nur in Kasinos gespielt werden darf, als Glücksspielmedium, welches vorrangig zu Problemen geführt hat, benennen. Im Großen und Ganzen dominieren nämlich die Männer bei pathologischen Spielern.

Automatenspieler als auch Kasinospieler unterliegen meist dem Trugschluss, zukünftige Ergebnisse aus vorherigen abzuleiten, obwohl diese z.B. im Roulette niemals einen Einfluss haben. Auch wird ein Gewinn meist auf das Spielsystem des Spielers zurückgeführt während Verluste auf ungünstige Umstände bezogen werden. Sie unterliegen also einem Attributionsfehler.

Im Falle des Kartenspielers steht eine gewisse Kompetenz des Spielens im Vordergrund. Der Gewinn ist nicht so stark vom Zufall wie z.B. bei Roulette, sondern von den Mitspielern abhängig. Es geht meist darum, die Anderen mit seiner Spielstrategie zu besiegen.⁷⁹

Als letztes seien noch der Lottosystemspieler und der Pferdewetter genannt. Bei diesen beiden Gruppen kommt es selten zu einer Ausprägung von behandlungsbedürftigem Spielen.

Diese beiden Gruppen unterscheiden sich wieder in dem Punkt des Zufalls. Ein Gewinn im Lotto ist reine Glückssache während beim Wetten auf Pferde oder Mannschaften im Fußball die persönliche Kompetenz gefragt ist.

⁷⁸ vgl. Petry, 1996, S. 26 ff

⁷⁹ vgl. ebd.

Man muss sich informieren und die jeweiligen Gewinnchancen bewerten. Durch den hohen zeitlichen Aufwand und die persönliche Aktivität in einem bestimmten Bereich nimmt die betreffende Person oft an, anderen „Wettern“ überlegen zu sein.

6. Erklärungsmodelle der Suchtentstehung

Nach unserem heutigen Verständnis von Sucht gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie eine stoffgebundene oder stoffungebundene Abhängigkeit entstehen kann. Diese reichen von der Psychoanalyse über die Lerntheorie bis hin zu anderen sozialen und biologischen Faktoren der Entstehung von Sucht. Die ersten drei Theorien sind psychoanalytische Theorien mit verschiedenen Perspektiven während die vierte und fünfte zu den Theorien der Lerntheorie gehören. Der letzten Theorie liegt eine biopsychosoziale Sichtweise zugrunde.

6.1 psychoanalytische Theorien

Zu den psychoanalytischen Ansätzen ist zu sagen, dass sie von einer Struktur der Psyche ausgehen. Die Psyche teilt sich in drei Teile. Das Überich, welches Normen, Werte und Ansichten beinhaltet, könnte man auch als Gewissen bezeichnen. Das Ich ist die kontrollierende Kraft, welche zwischen dem Es und dem Überich abwägt und die Entscheidungen trifft. Das Es wird als Triebkraft bezeichnet. Es beinhaltet Verlangen, Bedürfnisse und Triebe.

6.1.1 Das Trieb – Konfliktmodell

In diesem Erklärungsmodell geht es um den Zusammenhang von Bedürfnissen und dem süchtigen Verhalten. Dabei geht dieses Verhalten bis auf die orale Phase (0 bis 1,5 Jahre) der menschlichen Entwicklung zurück. Dabei kam es entweder zu einer intensiv verwöhnenden oder schmerzlich versagenden frühkindliche Erfahrung.⁸⁰ Es ist hierbei von einer Fixierung die Rede. Wurde das Kind in dieser Phase also zu sehr verwöhnt, kann es sein, dass es später

⁸⁰ Gottwald, 2011

nicht in der Lage ist, bestimmte Bedürfnisse aufzuschieben.⁸¹ Diese Spannung wird mit der Hilfe von Drogen oder bestimmten Verhaltensweisen reguliert. Fand eine Unterversorgung der kindlichen Bedürfnisse statt, kann der Konsum von Drogen einen Nachholversuch darstellen. Man versucht also laut diesem Modell durch den Konsum von Drogen Lust hervorzubringen oder das Entstehen von Unlust zu vermeiden, oder es kann als ein Versuch gesehen werden, den Wunsch nach Abhängigkeit bzw. Autonomie abzuwehren.⁸²

6.1.2 Das Ichpsychologische Modell

Bei diesem Modell steht eine Fehlentwicklung der Persönlichkeitsstruktur im Vordergrund. Es ist von einem schwachen Ich und einem geringen Selbstwert die Rede. Dies entsteht aufgrund von traumatischen Ereignissen oder Mangelenerfahrungen in der Kindheit. Das Ich ist nicht in der Lage, die Ansprüche des Überich und des Es abzuwägen. Es ist nicht in der Lage, seine kontrollierende Funktion richtig auszuüben. Daher kommt es zu Spannungen. Diese Spannungen werden wieder versucht, mit einem Suchtmittel zu regulieren. Triebregelungen und Gefühle sollen möglichst schon im Vorfeld unterdrückt werden, um sich nicht mit deren Regulierung auseinandersetzen zu müssen.⁸³ Man könnte den Gebrauch von Suchtmitteln als Selbstheilungsversuch oder Selbstmedikation bezeichnen. Das Suchtmittel soll eine beruhigende oder auch anregende Funktion übernehmen und die betreffende Person soll dadurch entlastet werden.

6.1.3 Das Objektpsychologische Modell

In diesem Modell steht im Mittelpunkt, dass das Suchtmittel als ein Ersatz für ein fehlendes Liebesobjekt im Kindheitsalter gilt.⁸⁴ Die betreffende Person hat in der frühen oralen Phase Erfahrungen von Ungeborgenheit und starker Frustration gemacht. Daher fehlen der Person Urvertrauen und innere Sicherheit. Diese Funktionen ersetzt nun das Suchtmittel. Die Person ist meist misstrauisch und hat Angst vor emotionaler Nähe.⁸⁵ Die betreffende Person

⁸¹ Greely zitiert nach Wedler, 2003, S. 13

⁸² Radó zitiert nach Kuntz, 2009, S. 20

⁸³ vgl. Krystal/Raskin zitiert nach Kuntz, 2009, S. 23

⁸⁴ vgl. Wedler, 2003, S. 14

⁸⁵ vgl. Kuntz, 2009, S. 28

idealisiert ein Objekt aus seiner Kindheit. Dies ist meist die Mutter. Durch diese Idealisierung einer bestimmten Bezugsperson wird das Selbstbild des betroffenen stark abgewertet und als negativ angesehen. Dabei kommt es manchmal dazu, dass sich die Person als des Lebens unwürdig betrachtet. Der Konsum eines Suchtmittels kann hier auch die Funktion der Autoaggression erfüllen. Die betroffene Person nimmt ein Suchtmittel, um sich damit zu schaden.

6.2 Lerntheoretische Ansätze

Zu den folgenden Theorien ist zu sagen, dass davon ausgegangen wird, dass ein bestimmtes Verhalten, wie z.B. die Drogenabhängigkeit durch innere und/oder äußere Faktoren erlernt wird.

6.2.1 Die klassische und operante Konditionierung

Die klassische Konditionierung oder auch Reiz- Reaktionslernen beschreibt das Lernen einer Verhaltensänderung durch die Koppelung von zwei verschiedenen Reizen.⁸⁶ Also einmal ist es z.B. das Suchtmittel, welches mit seinem Aussehen und Geschmack wirkt. Der zweite Reiz meist eine positive Folgeerscheinung des Konsums. Man fühlt sich gut, kann abschalten und hat weniger Stress. Somit könnte man erlernen, wenn man ein bestimmtes Suchtmittel einnimmt oder ein Verhalten zeigt, dass dieses positive Folgeerscheinungen hat. Man koppelt also das Suchmittel mit positiven Ergebnissen. Somit ist man bestrebt, diese positiven Effekte des Öfteren hervorzurufen und dies geschieht, indem man das Suchtmittel häufiger konsumiert.

Beim operanten Konditionieren wirken zudem noch interne und externe Faktoren verstärkend auf den Konsum eines Suchtmittels ein. Zum Einen können dies Trinkverhalten der Gesellschaft und zum Anderen Erwartungen an den Konsum des Suchtmittels sein.⁸⁷

⁸⁶ vgl. Wedler, 2003, S. 15

⁸⁷ vgl. Sayette zitiert nach Wedler, 2003, S. 15

6.2.2 Das Lernen am Modell

Mit dem Lernen am Modell wird meist eine gewisse Vorbildfunktion des sozialen Umfelds bezeichnet. Eine Person beobachtet ein bestimmtes Verhalten bei einer Bezugsperson und somit ist sie bestrebt, dieses Verhalten ebenfalls zu zeigen. Dieses Verhalten kann gegenüber der Bezugsperson gezeigt werden, ohne das befürchtet werden muss, dass dieses negativ sanktioniert wird. Somit werden z.B. Konsumgewohnheiten von den Eltern an die Kinder weitergegeben.⁸⁸

6.3 Das biopsychosoziale Modell

Dieses Modell wird auch als multifaktorielles oder Trias Modell bezeichnet. Es geht auf Kielholz und Ladwig zurück und wurde im Jahre 1972 entwickelt.⁸⁹ Dieses geht davon aus, dass mehrere Faktoren oder Bereiche auf die Entstehung einer Sucht einen Einfluss haben. Die drei Variablen in diesem Modell sind das Mittel, also die Droge, der Mensch, also die Person, und das Milieu, also das Umfeld.⁹⁰ In anderen ähnlichen Modellen wurde der Markt als bedeutender Faktor hinzugefügt. Es gibt laut diesem Modell nicht die eine Ursache von Sucht, sondern sie ergibt sich aus dem Zusammenspiel verschiedenster Faktoren. Bandura spricht auch von einem reziproken Determinismus, also einer wechselseitigen Bedingtheit bestimmter Bereiche. Dieses Modell bezieht viele Faktoren der Beeinflussung mit ein und ist meiner Meinung nach gut geeignet, um die Entstehung einer Sucht im Einzelfall darzustellen bzw. zu überprüfen. Dieses Modell hat fast einen allumfassenden Charakter im Vergleich zu den psychoanalytischen oder lerntheoretischen Theorien. Viele Theorien lassen sich in verschiedene Bereiche dieses Modells einordnen.

6.3.1 Der Mensch, die Person

Der erste Bereich, der bei Entstehung der Sucht eine wichtige Rolle spielt, ist die Person selbst. Dazu zählen z.B. genetische Dispositionen. Diese bestimmen u.a. wie stark eine Droge im Organismus wirkt. Auch ist es möglich,

⁸⁸ vgl. Wedler, 2003, S 16

⁸⁹ vgl. Anhang, Anlage 3: Das Trias Modell

⁹⁰ vgl. Kim, 2003, S. 59f

dass bestimmte Vererbungen die Entstehung einer Sucht begünstigen können. Des Weiteren zählt zu diesem Bereich die Persönlichkeit des Menschen mit ihren Besonderheiten. Diese können z.B. Einstellungen oder Entwicklungen sein, die ich im Punkt der psychotherapeutischen Sichtweise bereits erläutert habe. Weiterhin spielen auch erlernte Verhaltensweisen in Bezug auf Konfliktbewältigung eine große Rolle. In diesem Bereich wird der Mensch als Individuum mit seinen Eigenheiten gesehen.⁹¹

6.3.2 Das Mittel, die Droge

Der nächste Bereich ist die Droge. Dieser Bereich zeichnet sich durch das gezeigte Verhalten oder die eingenommene Substanz aus. Hierbei ist die Wirkung, die dadurch erzeugt werden kann, sehr wichtig. Je nach dem wie sie wirkt, ist sie für eine bestimmte Art von Konsumenten interessant.

Benzodiazepine z.B. beruhigen den Organismus während die Einnahme von Kokain oder MDMA eine aufputschende Wirkung zur Folge hat.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Verfügbarkeit und der Preis der Droge.

Wenn sie billig und leicht verfügbar ist, ist es einfacher, diese zu konsumieren.⁹²

6.3.3 Das Milieu, das Umfeld

Der dritte wichtige Bereich ist das Umfeld des Individuums. Hier spielen z.B. gesellschaftliche Auffassungen über Drogenkonsum eine Rolle. Werden bestimmte Stoffe als illegal betrachtet oder nicht? Alkohol und Tabak werden als legal angesehen während z.B. Cannabis eine illegale Substanz ist, deren Gebrauch meist sanktioniert wird. Demnach ist auch der wirtschaftliche Aspekt nicht in den Hintergrund zu stellen.⁹³ Wenn z.B. Werbung für ein bestimmtes Suchtmittel gemacht wird, so wird dessen Attraktivität in der Bevölkerung gesteigert. Weiterhin ist auch interessant, welche Art von Konsum als normal angesehen wird. Auch die Einbindung des Menschen in soziale Netzwerke und die Wirkung dieser werden miteinbezogen.

⁹¹ vgl. Wedler, 2003, S. 20f

⁹² vgl. ebd., S. 21f

⁹³ vgl. ebd., 2003, S. 24

7. Fallbeispiel

Als Beispiel für die Entstehung einer Suchterkrankung möchte ich kurz den Werdegang von Herrn X beschreibend darstellen. Dies ist ein authentisches Beispiel.

Zur Person von Herrn X ist zu sagen, dass er 1982 geboren wurde und aus dem ländlichen Raum in Mecklenburg Vorpommern stammt.

Einzelfallbeschreibung:

Nach der Geburt von Herrn X entschied seine Mutter, ihn wegzugeben, alle Kontakte zu dem damaligen Umfeld abubrechen und wegzuziehen.

Er wuchs in dessen Folge bei seiner Oma, seinem Vater sowie seinem Onkel auf.

Diese wohnten alle in einem zugewiesenen Neubau in der DDR, der bereits einen negativen Ruf besaß, in jeweils einzelnen Wohnungen. Der Vater, der Onkel und die Oma hatten ein Alkoholproblem. Der Vater von Herrn X war kaum präsent, da er meist alkoholisiert in der Wohnung saß und kaum ansprechbar war. Weiterhin hatte der Vater eine langjährige Hafterfahrung. Der Onkel und die Oma hatten zwar ebenfalls Probleme im Umgang mit Alkohol, waren aber noch menschlich präsent. Dies könnte bereits eine Vorbildfunktion für Herrn X und somit ein Lernen am Modell begünstigt haben.

Mit 4 Jahren erfuhr er im Streit mit seiner Oma, dass diese nicht seine richtige Mutter war und er weggegeben wurde. Die Gründe dafür erfuhr er nicht. Dies ließ in Herrn X eine Unsicherheit entstehen, da nicht klar war, warum seine eigene Mutter so etwas tun sollte. Dieses Ereignis könnte eine Entstehung einer Suchterkrankung aus psychoanalytischer Sicht begünstigt haben.

Die ersten bekannten Erfahrungen mit Drogen machte Herr X zwangsläufig im Alter von sieben Jahren, da Alkohol in Form von Bier dazu benutzt wurde, um ihn als Kind ruhig zu stellen. Im Alter von 11 Jahren kam er schon in den Kontakt mit hartem Alkohol. Nach einer gewissen Zeit entdeckte Herr X verschiedene Drogen für sich. Im Alter von 14 bis 17 Jahren probierte er LSD, Cannabis, Kokain sowie Medikamente und Alkohol in hohen Dosen und in

Verbindung miteinander aus. Als Herr X 18 Jahre alt war, kam er aufgrund einer Überdosis von einem Drogencocktail ins Krankenhaus und war für kurze Zeit klinisch tot, wurde aber wiederbelebt. Dies war für ihn ein Wendepunkt und danach konsumierte er lediglich Cannabis und Alkohol mit abstinenter Phasen. Als mit ungefähr 20 Jahren seine Oma starb, nahm der Alkoholkonsum wieder zu. Er konsumierte Alkohol zusammen mit seinem Vater und seinem Onkel, da dies seine einzigen Bezugspersonen waren. Außer zu seinem familiären Umfeld hatte Herr X kaum soziale Beziehungen oder Kontakte. Er war immer sehr zurückgezogen und misstrauisch gegenüber anderen Menschen. Mit 20 fand er eine Freundin, die ebenfalls schon eine Drogenkarriere hinter sich hatte. Durch sie kam er in Kontakt mit einer Suchtberatungsstelle. Herr X sah zu diesem Zeitpunkt keinen Grund, aufzuhören. Das Suchtmittel übernahm für ihn bestimmte Funktionen wie z.B. Unlustvermeidung. Nach 7 Jahren psychosozialer Begleitung sowie ambulanter Therapie und Reintegrationsmaßnahmen lebt Herr X nun abstinent. Ein entscheidender Faktor, der dazu beitrug, war ein Treffen mit seiner leiblichen Mutter, aus dem auch weitere Kontakte entstanden und belastende Fragen geklärt werden konnten.

8. Sucht und soziale Lage

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist laut DHS im Hinblick auf Einkommen, Erwerbsstatus und Sozialschicht sozial ungleichmäßig verteilt.

Die größte Prävalenz weisen Angehörige der Unterschicht⁹⁴, Arme und Arbeitslose auf.⁹⁵ Wenn man das Raucherverhalten und den Alkoholkonsum im Jahr 1999 nach Schichten unterteilt beobachtet, ist zu erkennen, dass in der Unterschicht häufiger Erkrankungen in diesem Zusammenhang auftraten und diese über die Mittel- bis hin zu Oberschicht abnahmen. Dies gilt für Männer wie für Frauen, wobei die Männer in Bezug auf Alkohol deutlich vorne lagen.⁹⁶

Ich werde mich im Folgenden auf den Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamente konzentrieren, da hierzu verlässliche Daten vorhanden sind. Im Bereich der illegalen Drogen ist immer mit einer relativ hohen Dunkelziffer zu

⁹⁴ der Begriff Unterschicht wird in Bezug auf das Einkommen und die Lebensverhältnisse gebraucht und soll nicht in irgendeiner Form als stigmatisierend oder abwertend verstanden werden.

⁹⁵ vgl. DHS, 2007, S.179

⁹⁶ vgl. ebd., S. 183ff

rechnen, welche eine objektive Auswertung erschweren. Geht man nun von einer hohen Prävalenz in den genannten Gruppen der Bevölkerung aus, gibt es generell zwei Hypothesen, die dies erklären könnten. Einerseits können die hohen Krankheitsraten darauf zurückgehen, dass Personen mit Drogen- oder den beschriebenen Verhaltensproblemen eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, deshalb in sozial benachteiligte Lebenslagen wie z.B. Armut und Arbeitslosigkeit zu verfallen. So kann z.B. aufgrund des Konsums oder eines bestimmten Verhaltens eine Person ihre Arbeit verlieren und kommt dadurch in den Zustand der Arbeitslosigkeit. Dies nennt man auch Selektionshypothese. Andererseits kann der Zustand einer benachteiligten Lebenslage Suchterkrankungen begünstigen. Dies nennt man Kausalitätshypothese.⁹⁷ Im Folgenden möchte ich auf die soziale Problemlagen Einkommensarmut und Arbeitslosigkeit zu sprechen kommen, da diese im ländlichen Raum Ostvorpommerns aufgrund des geringen Arbeitsangebotes und der eventuell daraus folgenden Einkommensarmut eine besondere Rolle spielen

8.1 Sucht und Einkommensarmut

Im Jahr 2003 waren 13,5% der Bevölkerung von Einkommensarmut betroffen. Als arm gilt, wer weniger als 60% des nationalen Durchschnittseinkommens zur Verfügung hat und die betreffende Person mindestens 3 Jahre in diesem Zustand gelebt hat.⁹⁸

Zunächst möchte ich mich dem Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter widmen. Die Kinder und Jugendlichen wachsen in sozialen Lagen auf und haben diese nicht durch bestimmte Handlungen herbeigeführt. Deshalb ist hier das Kriterium der Selektion nicht vordergründig von Bedeutung.

Es wurde beobachtet, dass vom höchsten Wohlstandsniveau, bei dem ungefähr 7% der Befragten Tabak konsumierten, bis hin zum höchsten Armutsgrad, bei dem 17% der Befragten Tabak konsumierten, ein Unterschied von 10% zu beobachten ist. Befragt wurden hierbei Kinder im Alter von 11 bis 15 Jahren. Kinder in Armut haben oft ein geringes Selbstwertgefühl, welches durch den demonstrativen Konsum von Tabak z.B. durch peer groups aufgewertet wird.

⁹⁷ vgl. DHS, 2007, S. 181

⁹⁸ vgl. ebd., S. 180

Betrachtet man allerdings den Konsum von Alkohol in dieser Alterspanne, ist kein signifikanter Unterschied in den Konsumgewohnheiten der unterschiedlichen Schichten festzustellen.⁹⁹

Betrachtet man die Gruppe der Erwachsenen, ist ebenfalls zu beobachten, dass die Eltern von Kindern in Armut häufiger rauchten als dies bei finanziell besser gestellten Eltern der Fall war. In Armut lebende Eltern gaben ca. 10% bis 20% ihres Nettoeinkommens für den Tabakkonsum aus.¹⁰⁰ Daher blieb auch weniger Geld für die Kinder an sich.

Des Weiteren haben die Eltern eine gewisse Vorbildfunktion.

Bei Personen im Erwachsenenalter war zu beobachten, dass in jeder Alterklasse Männer wie Frauen mit niedrigem Einkommen häufiger Tabak konsumierten und dementsprechend auch eine höhere Krankheitshäufigkeit aufwiesen. Dabei waren die Männer stärker vertreten als die Frauen. Weiterhin haben Untersuchungen ergeben, dass es Menschen in Armut häufig schwerer fällt mit dem Rauchen aufzuhören.¹⁰¹

Betrachtet man die gleiche Gruppe in Hinblick auf Alkohol, so ist zu sagen, dass in der Unterschicht ein hoher Anteil von alkoholabhängigen Männern (12,8%) aber auch an Alkoholabstinenten (10,1%) zu verzeichnen war. Bei Frauen der Unterschicht betrug die Abstinenzrate im Jahr 2000 28,3% während 1,5% alkoholabhängig waren. Die Abstinenzquote bei Männern nahm hin zu der Oberschicht auf 5% ab. Auch die Abhängigkeitsquote nahm auf 4% ab. Bei Frauen hingegen waren in der Oberschicht 1,9% von Abhängigen zu verzeichnen, was eine kleine Steigerung im Vergleich zur Unterschicht erkennen lässt.

Drogenkonsum kann als eine Copingstrategie in diesem Zusammenhang verstanden werden.

Es kann also angenommen werden, dass Armut einen Risikofaktor bei der Entstehung von Sucht im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter darstellt.¹⁰²

Risikofaktor bedeutet nicht, dass es zwangsläufig zu einer Erkrankung kommen muss wenn dieser Auftritt, er kann dies allerdings begünstigen.

⁹⁹ vgl. DHS, 2007, S. 185

¹⁰⁰ vgl. ebd., S. 182

¹⁰¹ vgl. ebd., S. 183f

¹⁰² vgl. ebd., S. 181

Dies kann aber auch dadurch bedingt sein, dass man aufgrund der Einkommensarmut einem größeren Stress ausgesetzt ist als Personen, die finanziell besser gestellt sind. Dies geschieht aufgrund der ständigen Existenznöte sowie Jobsuche und der sozialen Ächtung.

8.2 Sucht und Arbeitslosigkeit

Einkommensarmut ist oft auch bedingt durch Arbeitslosigkeit.

Es ist zu beobachten, dass Männer wie Frauen die erwerbstätig sind, weniger häufig am Tabakkonsum erkrankten bzw. Tabak konsumierten.

Weiterhin war zu erkennen, dass es bei der Gruppe der Erwerbstätigen in den Altersklassen von 18 bis 64 ein höherer prozentualer Anteil an Exrauchern zu verzeichnen war, als dies bei den Arbeitslosen der Fall war.¹⁰³

Bei Männern in der Altersspanne von 25 bis 59 war zu beobachten, dass Erwerbstätige weniger Abstinenz in Bezug auf Alkohol zeigten. Allerdings war bei Arbeitslosen ein größerer Anteil von Personen zu erkennen, die einen riskanten bis schädlichen Konsum zeigten. Bei Frauen waren keine signifikanten Unterschiede zu beobachten.¹⁰⁴

Man beobachtete eine stärkere Polarisierung der Verteilung des Alkoholkonsums in der Gruppe der Arbeitslosen. Es waren also mehr Abstinente als auch mehr Personen, die riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum zeigten, im Vergleich zu der Gruppe der Erwerbstätigen vorhanden.¹⁰⁵

Hierbei steht der selektive Aspekt im Vordergrund, da lediglich 0,2% der befragten Männer ihren Arbeitsplatz aufgrund von Alkohol verloren hatten.¹⁰⁶

Auch stieg der Alkoholkonsum arbeitsloser Männer stärker als es bei Erwerbstätigen zu beobachten war.¹⁰⁷ Dies war aber nur bei Wenigen der Fall und es ist auch in Studien das Umgekehrte zu beobachten. Allerdings ist die Zahl derer, die ihren Konsum erhöhten größer als die Zahl derer, die ihren Konsum verringerten.¹⁰⁸

¹⁰³ vgl. DHS, 2007, S. 183f

¹⁰⁴ vgl. ebd., S. 187

¹⁰⁵ Henkel, 1998, S. 103

¹⁰⁶ vgl. DHS, 2007, S. 187

¹⁰⁷ ebd., S. 187

¹⁰⁸ vgl. Henkel, 1998, S. 108f

Arbeitslose Männer nahmen 2,6 mal und Frauen 1,6 mal häufiger Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel als es bei den Erwerbstätigen der Fall war. Des Weiteren konnte durch Studien nachgewiesen werden, dass der Medikamentengebrauch im Laufe der Arbeitslosigkeit zunahm.¹⁰⁹

Menschen, die nach einer erfolgreichen Therapie in die Arbeitslosigkeit kamen, zeigten mehr Rückfälle als Menschen, die danach wieder einer Arbeit nachgingen.¹¹⁰

Diese Zahlen lassen sich vielleicht dadurch erklären, dass man als Arbeitsloser mehr Zeit für sich hat und sich nutzlos fühlt. Man versucht einen Sinn in seinem Alltag zu finden.¹¹¹ Häufig isolieren sich Arbeitslose von dem sozialen Umfeld aufgrund einer schlechten finanzielle Situation und sozialer Diskriminierung. Ein weiterer Faktor ist auch die Perspektivlosigkeit.¹¹²

Ein Suchtmittel kann hier eine Vielzahl von Funktionen übernehmen.

Daher könnte man sagen, dass auch Arbeitslosigkeit einen Risikofaktor in Bezug auf die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung darstellt.

9. Das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland

Das Suchtkrankenhilfesystem ist heute differenzierter als dies früher der Fall war. Einige Institutionen haben sich auf bestimmte Bereiche spezialisiert. In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Angeboten für Menschen mit Suchtmittelproblemen

9.1 Suchtberatung als ein Arbeitsfeld für Sozialpädagogen

Als Arbeitsfeld für Sozialpädagogen kann im Suchtkrankenhilfesystem die psychosoziale Beratung oder auch im speziellen Fall die Suchtberatung gesehen werden. Diese kann in Einzel- aber auch Gruppenberatungen durchgeführt werden. Das Aufgabenfeld der Suchtberatung ist ein sehr vielseitiges und richtet sich an Suchtkranke und ihre Angehörigen, Suchtmittelkonsumenten, Menschen mit suchtbezogenen Verhaltensauffälligkeiten und Personen, welche Informationsbedarf in diesem

¹⁰⁹ vgl. DHS, 2007, S.190

¹¹⁰ vgl. Henkel, 1998, S. 113

¹¹¹ vgl. Anhang, Anlage 1: Interviewtranskript Frau Chudaske

¹¹² vgl. Anhang, Anlage 2: Interviewtranskript Suchtberatung Frau Hasselberg u. Herr Fritz

Bereich haben. Dabei werden verschiedene Anforderungen an diese Form von Beratung gestellt. Laut dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe¹¹³ (GHS) gibt es bestimmte Kernaufgaben. Dieses Beratungsangebot sollte durch einen niedrigschwelligen Zugang, also wohnortnah, kostenlos, wenn gewünscht anonym und nutzerfreundlich, gekennzeichnet sein. Dabei sollen fachlich fundierte Informationen durch fachlich geschultes Personal in Bezug auf Suchterkrankungen an den Nutzer des Angebotes weitergegeben werden. Dabei soll eine Krankheitseinsicht geschaffen bzw. erweitert werden und es soll versucht werden, eine Behandlungsbereitschaft herzustellen. Dabei ist es wichtig, mit dem Nutzer dieses Angebotes zusammen einen Hilfeplan zu erstellen. Es wird also nicht ohne den Nutzer oder gar gegen seinen Willen gearbeitet. Dieses Beratungsangebot ist gekennzeichnet durch Freiwilligkeit, Ergebnisoffenheit, Vertraulichkeit und eine ganzheitliche Betrachtung der Suchterkrankung.¹¹⁴ Auch die Verschwiegenheit ist ein wichtiger Punkt. Die Mitarbeiter der Suchtberatung unterliegen laut § 65 SGB X, § 67 Abs. 6 SGB X und § 203 SFG Abs. 4 der Schweigepflicht. Diese darf nur mit dem Einverständnis des Klienten gegenüber bestimmten Personen oder Institutionen aufgehoben werden. Der Klient kann nur „übergangen“ werden, wenn es sich um Notfälle handelt, welche im StGB in den Paragraphen 34 und 138 geregelt sind. Alle Berichte oder amtliche Schreiben, die im Laufe der Zeit erstellt werden, sind mit dem Nutzer gemeinsam abzusprechen und dürfen erst mit dessen Einwilligung verschickt bzw. zur Einsicht an Dritte weitergegeben werden.

Ist eine Behandlungsbereitschaft gegeben, ist zu schauen, welche Art von Hilfen für den Klienten geeignet sind. Anschließend wird in diese vermittelt. Eine weitere Aufgabe der Suchtberatung ist die Vermittlung der Nutzer in ambulante ärztliche Behandlungen wie z.B. zu Hausärzten oder einem Facharzt, in stationäre ärztliche Behandlung wie z.B. eine Entgiftung, in ambulante und stationäre Therapie oder betreute Wohneinrichtungen und Fach- und Beratungsdienste wie z.B. die Schulderberatung oder die allgemeine soziale Beratung. Weiterhin sollen die Nutzer auch auf diese Angebote vorbereitet werden.¹¹⁵ Auch Prävention ist ein großer Teil dieses Arbeitsfeldes. Es werden

¹¹³ URL 12, 2006

¹¹⁴ vgl. ebd.

¹¹⁵ vgl. URL 13, 2010

z.B. Projekte in Schulen oder Stadtteilen durchgeführt, um Menschen für die Gefahren von Drogen zu sensibilisieren. Ein weiterer Punkt ist die ambulante Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Dabei kommt es zu einer Begleitung der Verhaltensänderung des Nutzers. In der stationären Therapie ist der Nutzer in einem geschützten Rahmen. Um die neuen Verhaltensstrategien auch im richtigen Umfeld des Betroffenen durchzusetzen, bedarf es manchmal noch einiger Hilfestellung. Suchtberatung soll also ein Hilfsangebot für Menschen mit Suchtmittelproblemen, egal in welchem Stadium oder welcher Verfassung sie sich befinden, darstellen. Des Weiteren kann die Suchtberatung in Kontakt mit Selbsthilfegruppen stehen, diese fachlich unterstützen bzw. diese anleiten. Finanziert wird diese Art von Beratung durch das Bundesland als auch von den jeweiligen Kommunen. Die gesetzlichen Grundlagen beziehen sich hierbei auf das SGB II. Dort ist in § 6, 15 und 16 geregelt, dass die Städte sowie die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen der Eingliederung erwerbsfähiger Hilfebedürftiger aufzukommen haben. Unter den Eingliederungsmaßnahmen sind psychosoziale Beratung als auch Suchtberatung aufgeführt. Diese können also kostenfrei in Anspruch genommen werden.

9.2 Andere Angebote des Suchtkrankenhilfesystems

Neben der Suchtberatung gibt es aber noch andere Einrichtungen in unserem heutigen Hilfesystem für Suchtkranke, die aber meist nicht in den Aufgabenbereich eines Sozialarbeiters fallen. Eine Ausnahme bildet hier der Betreuer in Heimen für Suchtkranke oder Kliniksozialarbeiter.

9.2.1 Hausarzt

Der Hausarzt spielt im Suchtkrankenhilfesystem eine besondere Rolle. Er ist meistens die erste Instanz, die Betroffene auf den riskanten oder schädlichen Konsum von Suchtmitteln hinweisen kann. Gerade die Deutschen sind dafür bekannt, oft zum Arzt zu gehen.¹¹⁶ Deshalb haben Hausärzte eine besondere Verantwortung. Sie können Süchte thematisieren und auf weitere Angebote hinweisen. Sie sind häufig das erste Glied im Hilfeprozess.

¹¹⁶ vgl. URL: 14, 2009

9.2.2 Entgiftung

Eine Entgiftung dient dazu, den Körper von dem Suchtmittel oder dessen Abbauprodukten zu befreien. Eine Entgiftung wird stationär durchgeführt und dauert meist 10 bis 21 Tage.¹¹⁷

Dabei gilt es, in eine qualifizierte und eine unqualifizierte Entgiftung zu unterscheiden. In einer unqualifizierten Entgiftung geht es lediglich darum, den Körper zu entgiften. Bei einem qualifizierten Entzug kommt zusätzlich zu einer Entgiftung der Gedanke hinzu, den Nutzer für seinen Umgang mit dem Suchtmittel zu sensibilisieren und es wird versucht, eine Änderungsmotivation zu schaffen.¹¹⁸ Die Entgiftung ist weiterhin eine Voraussetzung für eine Therapie, wenn im Laufe der Suchtberatung und insbesondere kurz vor Antritt der Therapie ein Suchtmittel konsumiert wurde.

9.2.3 Therapieeinrichtungen

Eine weitere wichtige Instanz in der Suchtkrankenhilfe sind die Therapieeinrichtungen. Hierbei ist zu zunächst in ambulante und stationäre Therapie zu unterscheiden. Ambulant werden Therapien von verschiedenen Trägern meist in der näheren räumlichen Umgebung des Betroffenen durchgeführt. Stationär bedeutet, dass die Klienten aus ihrem Umfeld herausgenommen werden. Ziel einer Therapie oder auch Entwöhnungsbehandlung ist, eine Verhaltensänderung in Bezug auf das Suchtmittel zu erreichen. Nach Soyka und Preuss¹¹⁹ ist das zunächst die Sicherung des Überlebens gefolgt von der Schadensminimierung durch das Suchtmittel. Anschließend sollen Abstinenzzeiten verlängert werden oder völlige Abstinenz erreicht werden. Nach Schwoon und Wagner¹²⁰ wird versucht, an Bereichen zu arbeiten, die die Lebensqualität beeinflussen, um diese für den Betroffenen zu verbessern. Somit geht es auch hier um die Sicherung des Überlebens, die Sicherung der Gesundheit, den Schutz anderer Personen, die soziale Absicherung und die Verringerung der Konsums bis hin zur Abstinenz. Dabei werden verschiedene Ansätze der Behandlung verfolgt. Demnach gibt es z.B. systemisch, psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch ausgerichtete

¹¹⁷ vgl. URL: 15, 2004

¹¹⁸ vgl. ebd.

¹¹⁹ vgl. Soyka/Preuss, 2002

¹²⁰ vgl. Schwoon/Wagner, 2003

Behandlungsformen sowie verschiedenste Mischformen. Die Therapie umfasst des Weiteren Einzel- als auch Gruppen- und Familientherapie. Diese werden von Psychologen und Therapeuten durchgeführt. Da Alkohol und Drogenabhängigkeit als Krankheit anerkannt sind, übernimmt je nach Fall die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) oder die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) nach § 17 SGB V sowie § 9 SGB VI die Kosten für die Entwöhnungsbehandlung.

9.2.4 Adaptionseinrichtungen

Eine Adaption ist die auf eine stationäre Therapie folgende Phase, die allerdings nicht von allen Klienten genutzt wird bzw. werden muss. Sie ist die zweite Phase der medizinischen Rehabilitation. Eine Adaption fällt nicht unter den Begriff Nachsorge. In so genannten Adaptionseinrichtungen werden Hilfestellungen in den Bereichen Arbeit, Freizeit, Wohnen und soziale Beziehungen gegeben. Eine Adaption erfolgt in der Regel teilstationär. Sie soll den Klienten auf die Rückkehr des Klienten von der stationären Therapie in die Welt ohne geschützten Rahmen vorbereiten und gute Rahmenbedingungen für eine zufriedene Abstinenz zu schaffen.¹²¹ Diese Maßnahmen werden ebenfalls von der GKV oder GRV finanziert.

9.2.5 Selbsthilfegruppen

Werden Menschen aus einer Therapie oder der Nachsorge entlassen, wird ihnen meist empfohlen, den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen. In Selbsthilfegruppen treffen sich „Gleichgesinnte“, denen man schwer etwas in Bezug auf die Suchterkrankung vorspielen kann. Die Teilnehmer unterstützen sich gegenseitig z.B. bei der Aufrechterhaltung ihres neu erlernten Verhaltens, bei alltäglichen Problemen oder bei dem Versuch, Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufzunehmen.¹²² Man muss bereit sein, mit Anderen über sein Verhalten zu reden und auch kritikfähig sein. In solchen Gruppen ist es auch möglich, anonym zu bleiben. Dies ist in den ländlichen Regionen allerdings nur bedingt der Fall, da sich die Betroffenen meist untereinander kennen. Die Betroffenen erkennen, dass sie nicht allein mit ihrem Problem sind

¹²¹ vgl. URL 16, 2011

¹²² vgl. URL 17, 2011

und fühlen sich nicht mehr ganz so hilflos. Selbsthilfegruppen werden meist von Betroffenen selbst organisiert.¹²³ Wenn sie bei ihrer Arbeit fachlich unterstützt werden, bezeichnet man diese als angeleitete Selbsthilfegruppe. Wichtige Vertreter für Selbsthilfegruppen sind z.B. die Anonymen Alkoholiker oder der Kreuzbund. Diese Gruppen finanzieren sich durch Spenden oder die Arbeit von Ehrenamtlichen, werden aber manchmal auch vom Staat finanziell unterstützt.

9.2.6 Wohnmöglichkeiten für Suchtkranke

Nach oder vor einer Therapie ist es möglich, sich in Wohnheime für Suchtkranke einweisen zu lassen. Hier ist noch einmal in Übergangswohnheime und Langzeitwohnheime zu unterscheiden. Das Wohnen in diesen Einrichtungen ist freiwillig und unterliegt bestimmten Regeln, die sich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheiden. In Übergangswohnheimen wird man z.B. vor einer Therapie aufgenommen, wenn man selbst nicht in der Lage ist, den Konsum von Suchtmitteln einzustellen bzw. diesen zu verringern oder wenn nach einer Therapie etwas mehr Zeit benötigt wird, um sein geändertes Verhalten zu festigen. Im stationären Langzeitwohnen werden meist chronisch (mehrfach) Geschädigte aufgenommen, die ohne Hilfe nicht ihren Alltag bestreiten könnten. In Wohnheimen für Suchtkranke wird versucht, mit vielen unterschiedlichen Maßnahmen dem Alltag der Betroffenen eine Struktur zu geben. Auch sollen das Selbstwertgefühl und die soziale Kompetenz der Betroffenen gestärkt werden. Es ist also eine Art betreutes Wohnen.¹²⁴ Weiterhin gibt es verschiedene Ansichten im Umgang mit dem Suchtmittel. Einige Einrichtungen bestehen auf der Abstinenz der Bewohner, während andere Einrichtungen einen kontrollierten Konsum zulassen. Dies bezieht sich allerdings nur auf Alkohol, da die meisten anderen Drogen dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Das oberste Ziel solcher Einrichtungen ist die Reintegration der Betroffenen in die Gesellschaft. Sie sollen wieder zum Führen eines selbstständigen Lebens in der Lage sein. Der Heimplatz muss beantragt werden und wird durch den zuständigen Kostenträger finanziert.¹²⁵

¹²³ vgl. URL 17, 2011

¹²⁴ vgl. URL 18, 2011

¹²⁵ ebd.

10. Der ländliche Raum Ostvorpommern

Meine Arbeit bezieht sich auf die Suchterkrankung im ländlichen Raum Ostvorpommern. Dazu ist zunächst zu definieren, was unter einem ländlichen Raum verstanden wird. Weiterhin möchte ich Besonderheiten der Region und die Verteilung der Angebote der Suchtkrankenhilfe näher betrachten. Anschließend möchte ich Rückschlüsse auf Faktoren der Suchtentstehung im Bezug auf den ländlichen Raum Ostvorpommerns zu ziehen. In Vorbereitung darauf habe ich zwei Interviews mit Mitarbeitern der Suchtberatung der Volkssolidarität in Anklam geführt.¹²⁶

10.1 Definition ländlicher Raum

Wenn man versucht, den ländlichen Raum zu definieren, gilt es verschiedene Blickwinkel zu beachten. Die Bayrische Staatsregierung bezeichnet ländliche Räume als Gebiete, die sich außerhalb von Verdichtungsräumen befinden.¹²⁷ Hier wird also nur der rein räumliche Aspekt gekoppelt an ein Zentrum gesehen. Darüber hinaus können verschiedene Kriterien wie z.B. Einwohner- und Bebauungsdichte, Nähe zu Zentren, Arbeitsplatzangebot oder Produktivität der Region zu einer Definition eines ländlichen Raums herangezogen werden. Die Definition der OECD¹²⁸ bezieht sich auf die Einwohnerzahl, die Nähe zu urbanen Zentren und den Prozentsatz der Personen, die in ländlichen Gemeinden leben. Ländliche Gemeinden sind hierbei als kleinere Einheiten des ländlichen Raums zu verstehen. Eine Region oder Kommune gilt als ländlich, wenn die Bevölkerungsdichte unter 150 Einwohner pro km² liegt. Je nach dem Anteil der Bevölkerung, gelten ländliche Gemeinden als vorwiegend ländlich (VL), intermediär (IN) oder vorwiegend städtisch (VS). Leben mehr als 50 % der Bevölkerung einer Region in ländlichen Gemeinden, so kann diese als vorwiegend ländlich bezeichnet werden. Eine ländliche Region wird als intermediär bezeichnet, wenn mehr als 15 % aber weniger als 50 % der Bevölkerung in ländlichen Gemeinden leben. Als vorwiegend städtisch bezeichnet man eine Region in der unter 15 % der Bevölkerung in ländlichen Gemeinden leben. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Vorhandensein von

¹²⁶ diese sind im Anhang unter Anlage 1 und Anlage 2 zu finden

¹²⁷ vgl. URL 19, 2007

¹²⁸ vgl. URL 20,2007, S.34f

urbanen Zentren in der Region. Eine Region gilt als intermediär, wenn sie ein Zentrum besitzt, in dem mindestens 200.000 Einwohner wohnen. Sie gilt als vorwiegend städtisch, wenn sie ein Zentrum mit mindestens 500.000 Einwohnern besitzt. Allerdings muss dieses Zentrum jeweils 25 % der Bevölkerung der Region ausmachen. Der ländliche Raum kann aber nicht als eine einheitliche Kategorie verstanden werden, da es überall regionale Unterschiede gibt, die diese Region prägen. Diese können z.B. Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur sowie Entwicklungschancen der Region sein.¹²⁹ Somit kann die Siedlungsstruktur und die Bevölkerungsdichte nur bedingt zu einer Kategorisierung herangezogen werden. Wichtig sind hierbei die Funktionen, die der ländliche Raum erfüllt. Laut Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR)¹³⁰ sind ländliche Räume Gebiete in Küstennähe oder im Landesinneren. Hierbei wird ein größerer Teil dieser Flächen für Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Aquakultur, Fischerei, wirtschaftliche und kulturelle Tätigkeit der Bewohner, Herrichtung nichturbaner Gebiete für Freizeit und Erholung sowie andere Zwecke wie z.B. Wohnen genutzt. „Jeder ländliche Raum weist ein bestimmtes Funktionspotenzial auf.“¹³¹ Ich möchte mich im Folgenden dennoch auf die Definition der OECD beziehen, da diese eine anschaulichere Einteilung von Gebieten zulässt.

10.2 Beschreibung der Region Ostvorpommern

Nach der Definition der OECD von vorwiegend ländlichen Regionen entfallen in Deutschland 29% der Fläche, 12% der Bevölkerung und 9% des BIP auf die ländlichen Räume. Schaut man sich eine kleinere Einheit, nämlich die ländlichen Kreise an, sind es sogar 59% der Fläche, 27% der Bevölkerung und 21% des BIP.¹³² Einer dieser Kreise ist Ostvorpommern. Hierbei ist noch anzumerken, dass das pro Kopf Einkommen in ländlichen Regionen nur 80% des Bundesdurchschnitts entspricht. Dabei gibt es ein auffälliges Ost – West Gefälle. Auch ein Nord – Süd Gefälle hat sich entwickelt. Hierbei ist zu sagen, dass in den neuen Bundesländern bzw. im nördlicheren Teil Deutschlands die

¹²⁹ vgl. URL 21, 2005, S. 202

¹³⁰ vgl. ebd., S. 203

¹³¹ ebd., S. 204

¹³² vgl. URL 20, 2007, S. 30

Löhne aber auch die Arbeitsproduktivität aufgrund der geringen Ansiedlung von Industrie und Wirtschaftsbetrieben geringer sind.¹³³

Ländliche Räume in den neuen Bundesländern, zu denen auch die Region Ostvorpommern zählt, haben sich infolge der Wiedervereinigung anders entwickelt als ländliche Räume im Westen Deutschlands. Dies geschah aufgrund des Zusammenbruchs der DDR und der darauf folgenden Angleichung an die BRD aber auch wegen bestimmter Pull und Push Faktoren. In Folge der Öffnung der Grenzen der DDR gelangten Rauschmittel, die bisher nicht vorhanden waren, in die neuen Bundesländer.¹³⁴ Dies eröffnete der Bevölkerung den Konsum von illegalen Drogen. Auch in der DDR gab es einen solchen Konsum, doch diese Mittel waren schwerer zu beschaffen.

Der Niedergang der verstaatlichten landwirtschaftlichen und industriellen Betriebe führte zu massiven Arbeitsplatzverlusten. Auch war nur eine geringe Zahl kleiner und mittlerer Betriebe vorhanden. Dies erschwerte den Aufbau einer Wirtschaft.¹³⁵ Dadurch kam es zu einer Abwanderung in die Städte der alten Bundesländer. Diese wurde noch durch bessere Ausbildungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie bessere kulturelle Angebote begünstigt. Dies hatte wiederum den Effekt, dass ältere Menschen infolge zu hoher Mieten, Platzmangel oder dem Wunsch nach einem ruhigen Leben auf dem Land in ländliche Regionen zogen. Somit unterliegt der ländliche Raum der neuen Bundesländer und demnach auch Ostvorpommern einem starken demographischen Wandel. Es kommt z.B. zu einer Konzentration von älteren Menschen im Gebiet Mecklenburg Vorpommerns, besonders in den ländlichen Gebieten. Junge Menschen ziehen in die Städte oder gehen in die westlicheren Regionen Deutschlands.¹³⁶

Der Landkreis Ostvorpommern ist ganz im Nordosten Deutschlands gelegen. Im Jahr 2009 lebten in der Region Ostvorpommern 105.924 Personen. Davon waren 52.704 männlich und 53.220 weiblich.¹³⁷ Dabei waren 45,8 % der Bevölkerung Älter als 49 Jahre. 26,69 % der Bevölkerung waren älter als 59 Jahre.¹³⁸ Im Jahr 2007 gab es in der Region Ostvorpommern eine

¹³³ URL 20, 2007, S. 31

¹³⁴ Kirschner, 1997, S. 17f

¹³⁵ URL 20, 2007, S. 40

¹³⁶ vgl. URL 22, 2011

¹³⁷ ebd.

¹³⁸ vgl. URL 23, 2008, S. 61

Arbeitslosenquote von 21,5 %.¹³⁹ Diese geht weit über den Durchschnitt der neuen Bundesländer einschließlich Berlin mit 14,7 %¹⁴⁰ hinaus. Das Gebiet umfasst 89 Gemeinden auf insgesamt 1911 km². Zudem zählt auch die Insel Usedom, welche für den Tourismus sehr interessant ist. Somit gibt es in Ostvorpommern 55,4 Einwohner pro km². Die Region ist also überwiegend dünn besiedelt und hat eine hohe Arbeitslosenquote. Weiterhin steigt der überwiegende Anteil älterer Menschen. Laut Definition der OECD kann man diese Region als vorwiegend ländlich bezeichnen, da diese eine Einwohnerzahl unter 150 pro km² aufweist. Auch ist kein urbanes Zentrum vorhanden, welches mehr als 200.000, geschweige denn 500.000 Einwohner besitzt. Laut der Statistik gibt es in der Region Ostvorpommern keine Orte mit mehr als 50.000 Einwohnern. Als wirtschaftliche Zentren der Region können die Stadt Anklam als auch Wolgast und Lubmin gesehen werden.

Die gesundheitliche Belastung durch Alkohol liegt in Vorpommern und somit auch in Ostvorpommern über dem Durchschnitt der Bundesrepublik.¹⁴¹ Es gab im Landkreis Ostvorpommern nach Hochrechnungen im Jahr 2005 ca. 10.000 Menschen mit gravierenden Alkoholproblemen, 5.000 Personen mit schädlichem Konsum sowie ca. 2.100 Alkoholabhängige. Weiterhin waren ca. 2.700 regelmäßige Cannabiskonsumenten sowie ca. 300 Cannabisabhängige vorhanden. Des Weiteren wurden ungefähr 700 Konsumenten von Partydrogen wie z.B. Ecstasy ermittelt.¹⁴² Es wurden im Jahr 2007 714 und im Jahr 2008 1054 Klienten in den Suchtberatungsstellen gezählt. Davon waren 76% männlich und 24% weiblich.¹⁴³ Dies lässt auf eine Steigerung der Inanspruchnahme der Angebote der Suchtberatung schließen. Es könnte aber auch dadurch bedingt sein, dass immer mehr Menschen an verschiedenen Suchtformen erkranken.

10.3 Verteilung der Angebote des Suchtkrankenhilfesystems

Möchte eine Person die Angebote des Suchtkrankenhilfesystems in Anspruch nehmen, ist es meist nötig, diese vor Ort aufzusuchen. Daher spielt die Verteilung und die Erreichbarkeit dieser Angebote für Betroffene eine große

¹³⁹ vgl. URL 23, 2008, S. 68

¹⁴⁰ vgl. URL 24, 2011

¹⁴¹ vgl. URL 25, 2005, S. 2f

¹⁴² vgl. ebd., S. 4

¹⁴³ vgl. URL 26, S. 2f

Rolle. Es gibt wenige Landärzte im Kreis Ostvorpommern und der Bedarf an Allgemeinmedizinern wird größtenteils aus den Städten bedient. Insgesamt waren im Jahr 2006 53 Allgemeinmediziner im Kreis Ostvorpommern tätig.¹⁴⁴ Die Suchberatungsstellen konzentrieren sich in der Stadt Anklam. Dort sind zwei Beratungsstellen vorhanden. Eine weitere Beratungsstelle befindet sich in Greifswald, welche allerdings nicht direkt zum Kreis Ostvorpommern zählt, aber ein Teil dessen als Einzugsbereich beansprucht. Die Außenstellen sind in der Nähe der Orte Zinnowitz, Spantekow, Heringsdorf, Ducherow und in Kriem zu finden. Diese sind einmal in der Woche besetzt. Somit sind sieben, mit Greifswald acht Anlaufstellen für Suchtkranke in Form von Beratungsstellen zu verzeichnen. Diese konzentrieren sich auf Gebiete mit hoher Bevölkerungszahl und relativ guter Erreichbarkeit aus dem ländlichen Raum.¹⁴⁵ Die gute Erreichbarkeit ist meiner Meinung nach aber nicht immer gegeben, da die Infrastruktur in Form von Buslinien und –fahrplänen ein Aufsuchen der Beratungsangebote erschweren, da sie nur mit viel Zeit und relativ hohen Kosten zu erreichen sind. Zum Beispiel sind in den Bereichen Amt Züssow, Amt Landhagen, Amt am Peenestrom und Amt Lubin keine Angebote für Suchtkranke vorhanden.¹⁴⁶ Menschen aus diesen Gebieten müssen einen hohen Aufwand betreiben, um nach Anklam, Greifswald bzw. Zinnowitz oder zu Außenstellen zu kommen. Die Versorgung von psychiatrischen Einrichtungen übernimmt im Norden Ostvorpommerns das Psychiatrische Krankenhaus Bethanien der Johanna-Odebrecht-Stiftung. Im südlichen Teil fallen die Menschen in den Einzugsbereich des AMEOS- Klinikums Ueckermünde. Es gibt eine Langzeiteinrichtung für chronisch-mehrfachgeschädigte Abhängige in Kalkstein. Es sind keine teilstationären Einrichtungen im Landkreis vorhanden. Acht Selbsthilfegruppen werden für Betroffene und zwei Selbsthilfegruppen für Angehörige angeboten. Weiterhin sei noch angemerkt, dass die Standorte der Freizeitangebote für Jugendliche relativ gut verteilt sind, obwohl die meisten Angebote von der Jugendfeuerwehr kommen. Weiterhin gibt es relativ gut verteilte Jugendclubs. Lediglich im südöstlichen Teil des Amtes Züssow sind keine Jugendclubs vorhanden.

¹⁴⁴ vgl. URL 27, 2007, S. 42

¹⁴⁵ vgl. URL 23, 2008, S. 28

¹⁴⁶ vgl. URL 27, 2007, S. 46

10.4 Sucht im ländlichen Raum Ostvorpommern

Im Landkreis Ostvorpommern kommen nun viele Faktoren, die das Entstehen einer Sucht begünstigen, zusammen. Der hohe Prozentsatz von Arbeitslosen in der Region ist ein Faktor. Mehr als ein Fünftel der erwerbsfähigen Personen ist ohne Arbeit. Arbeitslosigkeit kann, wie vorher bereits beschrieben, ein Risikofaktor bei der Entstehung wie auch bei der Verfestigung von Abhängigkeitsverhalten darstellen. Die Arbeitslosigkeit zum Teil bedingt durch das geringe Arbeitsangebot in der Region. Die dünne Besiedlung und der hohe Anteil an Personen über 49 macht die Region auch wenig attraktiv für Industrie und Dienstleistungsunternehmen. Eine Ausnahme bildet hier die Insel Usedom, die für den Tourismus genutzt wird und auf der sich Dienstleistungsunternehmen mit dem Schwerpunkt Tourismus gebildet haben. Durch die hohe Arbeitslosigkeit ist meist auch ein geringes Einkommen bzw. der Bezug von Arbeitslosengeld I oder II bedingt. Daraus ergibt sich eine hohe Zahl von Personen mit geringem Einkommen. Dementsprechend haben viele Menschen aufgrund der eingeschränkten Mobilität und der finanziellen Situation weniger Möglichkeiten zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung. Dies gilt besonders für Jugendliche. Für Jugendliche gibt es im Landkreis allgemein gesehen ein gutes Netz an Angeboten, allerdings gehen die meisten davon auf die Jugendfeuerwehr zurück. Wenn Jugendliche sich nicht für die Feuerwehr begeistern können, dürfte es ihnen schwer fallen, Freizeitbeschäftigungen zu finden, da die Jugendclubs im Landkreis nicht so stark vertreten sind. Auch fördert ein geringes Einkommen und Arbeitslosigkeit Stigmatisierungsprozesse. Diese wiederum müssen von den betroffenen Personen wie auch immer bewältigt werden. Eine Strategie hierbei ist, wie vorher beschrieben, der Konsum von Drogen oder die Anwendung bestimmter Verhaltensweisen. 28,2 % der Klienten der Suchtberatung des Landkreises leben mit Kindern zusammen.¹⁴⁷ Also mehr als ein Viertel der Personen mit Suchtmittelproblemen haben unter Umständen eine Vorbildfunktion für ihre Kinder. Diese sind deshalb ebenfalls, aufgrund der Vermittlung von Trinksitten und bestimmter Erwartungen an ein Suchtmittel, oder durch Mangel in der Erziehung welche Persönlichkeitsstörungen nach sich ziehen, gefährdet. Abhängigkeitserkrankungen zu entwickeln.

¹⁴⁷ vgl. URL 26, 2010, S. 5

Ein weiterer Faktor ist der hohe Anteil an ländlichen Gemeinden. Die Landkultur zeichnet sich laut Morr¹⁴⁸ durch eine aktive Kultur aus. Es ist ein hoher Grad an Eigenständigkeit erforderlich und die Mitglieder handeln gemeinschaftsorientiert. Man nimmt also aktiv an dem Leben der Gemeinschaft teil und es könnte eine gegenseitige Abhängigkeit gegeben sein. Die Gemeinschaft, in der man lebt kann süchtiges Verhalten begünstigen oder tolerieren, da dieses als normal angesehen wird und diese Personen als Mitglieder der ländlichen Gemeinde wichtige Funktionen erfüllen. Andererseits kann die Gemeinde Personen mit Abhängigkeitserkrankungen oder auffälligem Konsum auch ausgrenzen und stigmatisieren. Dies könnte im Sinne der self-fulfilling prophecy¹⁴⁹ ebenfalls zur Verfestigung oder Entstehung einer Sucht beitragen.

Ein weiterer Punkt ist die Verteilung der Angebote des Suchtkrankenhilfesystems im Landkreis Ostvorpommern. Diese konzentrieren sich auf die Städte und Außenstellen. Zwar ist eine gute Erreichbarkeit der Orte angestrebt, allerdings ist diese nicht immer gegeben. Dies könnte ein Grund für Betroffene einer Suchterkrankung sein, diese Angebote nicht in Anspruch zu nehmen. Weiterhin spielt auch die Anonymität bei der Inanspruchnahme eine große Rolle. In der ländlichen Gemeinschaft kennt so gut wie jeder, jeden. Um soziale Ausgrenzung oder Diskreditierung zu vermeiden, könnten solche Angebote gemieden werden.

Abschließend kann gesagt werden, dass viele Besonderheiten der Region, die Abhängigkeitserkrankungen im Allgemeinen begünstigen können.

¹⁴⁸ vgl. Morr, 1999, S. 33

¹⁴⁹ Dieser Begriff geht u.a. auf Paul Watzlawick zurück er definiert diesen wie folgt:

“A self-fulfilling prophecy is an assumption or prediction that, purely as a result of having been made, cause the expected or predicted event to occur and thus confirms its own 'accuracy.'” (Watzlawick, 1984)

11. Fazit

Es kann gesagt werden, dass Sucht eine Konstruktion unserer Gesellschaft ist, die ungefähr im 17. o. 18. Jahrhundert entstanden ist und sich seitdem in ihrer Betrachtung in Bezug auf Entstehung und Behandlung gewandelt hat. Der Blickwinkel hat sich in der Form gewandelt, da nicht mehr das Individuum „Schuld“ an seiner Lage ist, sondern das viele Faktoren bei der Entstehung einer Sucht beteiligt sind.

Es konnte herausgestellt werden, dass Sucht in unserer heutigen Gesellschaft als ein soziales Problem angesehen wird. Daher muss die Erkrankung auch in ihrer Ganzheitlichkeit gesehen werden.

Suchterkrankungen und ihre Folgeerscheinungen lassen hohe Kosten entstehen. Für den Einzelnen kommt es zu massiven Auswirkungen im gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Bereich. Es wird daher versucht, einer Entstehung oder Verbreitung von suchtspezifischen Erkrankungen entgegenzuwirken.

In der heutigen Zeit erlangen Abhängigkeitserkrankungen in Folge einer stetigen Differenzierung der Gesellschaft, mehr und mehr an Bedeutung. Dies bedeutet auch, dass Sozialpädagogen häufiger mit Abhängigkeitserkrankungen in Kontakt kommen werden, da die Zahl der Suchterkrankungen stetig zunimmt. Demnach wäre es von Vorteil, jegliches sozialpädagogische Personal in diesem Kontext zu schulen, um Betroffenen frühzeitig Impulse und Hilfestellungen zu geben.

Im Kreis Ostvorpommern ist eine steigende Anzahl von Klienten im Bereich der Suchtberatung zu erkennen.

In Bezug auf die Region könnte es vorteilhaft sein, mehrere Außenstellen der Suchtberatung einzurichten sowie diese mehrmals in der Woche zu besetzen. Dies würde die Erreichbarkeit der Angebote verbessern. Allerdings ist es aufgrund der finanziellen Lage meist schwierig, dies zu verwirklichen.

Da der Anteil der Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren erheblich gestiegen ist, nimmt das Angebot von Präventionsangeboten zukünftig einen hohen Stellenwert ein. Daher sollten solche Angebote in Schulen, Jugendclubs, Diskotheken und anderen jugendspezifischen Veranstaltungen ausgebaut und intensiviert werden. Dabei ist zu beachten,

dass diese Angebote zielgruppenspezifischer ausgerichtet werden sollten, um die Jugendlichen dementsprechend dafür zu interessieren.

Durch Präventionsangebote werden Personen auf bestimmte Verhaltensweisen sowie problematischen und risikohaften Konsum von legalen als auch illegalen Drogen aufmerksam gemacht, bevor diese entstehen. Dadurch könnten Behandlungskosten eingespart werden.

Weiterhin sollten Selbsthilfegruppen mehr finanzielle Unterstützung erfahren, da sie ein wichtiges Glied im Suchtkrankenhilfesystem darstellen.

Es wäre wünschenswert, wenn in der Region Ostvorpommern neue Gewerbegebiete entstehen würden, die die Entstehung von Firmen und somit Arbeitsplätzen begünstigen könnten. Dadurch würde die Risikofaktoren Arbeitslosigkeit und z.T. auch Einkommensarmut verringert werden.

Die soziale Arbeit ist in dieser Region im Rahmen der Suchtkrankenhilfe ausbaufähig.

12. Quellenverzeichnis

12.1 Internetquellen

URL 1: <http://www.suchtmittel.de/info/sucht/000208.php>, Suchtmittel e.V. (Hrsg)
[Stand 11.05.2011]

URL 2: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=582>, Pfeufer
Andreas, **Soziale Probleme (Konstruktion)** [Stand 11.05.2011]

URL 3: <http://www.ak-sucht.uni-halle.de/sucht.html>, Uni Halle (Hrsg)
[Stand 13.05.2011]

URL 4: <http://www.paed.uni-muenchen.de/~chris/dsm4.htm#sucht>, Remus
Julie, Lanzenstiel, Julian, **DSM IV, Störungen im Zusammenhang mit
psychotropen Substanzen**, [Stand 13.05.2011]

URL 5: [http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011
/block-f10-f19.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/block-f10-f19.htm), WHO, **ICD 10, Psychische und Verhaltensstörungen
durch psychotrope Substanzen**, [Stand 13.05.2011]

URL 6: http://www.sgipt.org/gipt/sucht/th_konz0.htm#6, Sponzel, Rudolf,
**Allgemeines und Integratives Psychotherapeutisches Grundkonzept zur
Behandlung von Abhängigkeit (Sucht) und Missbrauch**
[Stand 13.05.2011]

URL 7: <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html>, DHS, **Alkohol**
[Stand 13.05.2011]

URL 8: <http://www.medizininfo.de/sucht/ursachen/dopamin.shtml>,
Dopaminergenes Belohnungssystem, [Stand 13.05.2011]

URL 9: [http://www.uni-kl.de/Suchtberatung/Alkohol/alkohol.html
#Wirkung,%20Folgen](http://www.uni-kl.de/Suchtberatung/Alkohol/alkohol.html#Wirkung,%20Folgen), Technische Universität Kaiserslautern, **Alkohol**,
[Stand 13.05.2011]

URL 10: <http://www.alkoholismus-hilfe.de/jellinek-alkoholikertypologie.html>,
Alkoholkrankheit, Alkoholikertypologie nach Jellinek, [Stand 13.05.2011]

URL 11: <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/gluecksspiel.html>, DHS,
Glücksspiel, [Stand 13.05.2011]

URL 12: [http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/
Thema/Position/Aufgaben_Finanzierungen_Suchtberatung_2005.pdf](http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Position/Aufgaben_Finanzierungen_Suchtberatung_2005.pdf),
Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GHS), Helmut, Urbaniak, (Hrsg),
[Stand 01.01.2006]

URL 13: <http://www.slsev.de/Suchtberatung.pdf>, Sächsische Landesstelle
gegen Suchtgefahren e.V. (Hrsg), [Stand 16.08.2010]

- URL 14: http://www.focus.de/gesundheit/ticker/statistik-deutsche-gehen-oft-zum-arzt_aid_362499.html, Focus, [Stand 15.01.2009]
- URL 15: <http://web4health.info/de/answers/add-alc-qual-detox.htm>, Winkler, Martin, **Alkoholismus Qualifizierte Entgiftung**, [Stand 17.02.2004]
- URL 16: <http://www.gsw-cux.de/patienten/fuer-patienten.html>, Guttempler-Sozialwerk e.V. (Hrsg.), [Stand 13.05.2011]
- URL 17: <http://www.nakos.de/site/grundlagen-und-erfahrungen/selbsthilfegruppen/>, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (Hrsg.), [Stand 14.02.2011]
- URL 18: <http://www.heporoe.de/home/index3.php>, Heporö GmbH (Hrsg.), [Stand 13.05.2011]
- URL 19: <http://www.bay-gemeindetag.de/information/zeitung/2007/042007/bz042007e.htm>, Dr. Jürgen Busse, **Die Zwetschge und ihr Kern, Stehen wir vor einem neuen Verhältnis von Land und Stadt?** [Stand 01.04.2007]
- URL 20: http://www.bmelv.de/SharedDocs/Downloads/Landwirtschaft/LaendlicheRaume/OECD-Pruefbericht.pdf?__blob=publicationFile, Crosta, Nicola, Maguire, Karen, **OECD Prüfbericht 2007** [Stand 2007]
- URL 21: http://www.bbsr.bund.de/cln_016/nn_22548/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/Abgeschlossen/Berichte/2000__2005/Bd21Raumordnungsbericht2005.html, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.), **Raumordnungsbericht 2005** [Stand 2005]
- URL 22: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/bhf/index.jsp, vgl. hierbei die Regionaldatenbanken zu Ostvorpommern, Statistisches Amt Mecklenburg Vorpommern (Hrsg.), **Statistiken zum Landkreis Ostvorpommern** [Stand 13.05.2011]
- URL 23: http://www.kreis-ovp.de/fileadmin/civserv/13059000/forms/Fortschreibung_Sozialstrukturatlas_2008.pdf, Landkreis Ostvorpommern, D II, Controlling, Sozial- und Jugendhilfeplanung (Hrsg.), **Fortschreibung Sozialstrukturatlas** [Stand 01.12.2008]
- URL 24: <http://www.theonussbaum.de/seiten/arbeitslos/arbeitslosenquote.htm>, [Stand 15.05.2011]
- URL 25: http://www.kreis-ovp.de/fileadmin/civserv/13059000/forms/Suchthilfeplanung_2005.pdf, Landkreis Ostvorpommern, D II, Controlling, Sozial- und Jugendhilfeplanung (Hrsg.), **Sozialplanung, Suchthilfeplanung**, [Stand 2005]

URL 26: http://www.kreis-ovp.de/fileadmin/civserv/13059000/forms/Suchtverhalten_im_Landkreis_Ostvorpommern.pdf, Landkreis Ostvorpommern, D II, Controlling, Sozial- und Jungenhilfeplanung (Hrsg.), **Suchtverhalten im Landkreis Ostvorpommern**, [Stand 06.05.2010]

URL 27: <http://www.kreis-ovp.de/fileadmin/civserv/13059000/forms/Sozialstrukturatlas.pdf>, Landkreis Ostvorpommern, D II, Controlling, Sozial- und Jungenhilfeplanung (Hrsg.), **Sozialstrukturatlas**, [Stand 01.07.2007]

12.2 Literaturverzeichnis

- Becker, Howard S., Außenseiter, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt a.M., 1981
- Bohlen, Insa, Suchtentstehung und Suchtentwicklung, Lit, Münster, 1998
- Bucher, Hansjörg, "Ageing and Depopulation of Rural Areas in Europe, the German Example", Vortrag beim European Rural Development Workshop, Warschau, Polen, 2001
- Breyvogel, Wilfried., Der "gefährliche Jugendliche" auf der "Bühne der Sichtbarkeit", Sichtbarkeit und Transparenz in der Mediengesellschaft, In: ders. (Hrsg), Stadt Jugendkultur und Kriminalität, J.H.W. Dietz, Bonn 1998
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Jahrbuch Sucht, Neuland Verlagsgesellschaft mbh, Geesthacht, 2007
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Jahrbuch Sucht, Neuland Verlagsgesellschaft mbh, Geesthacht, 2011
- Gross, Werner, Sucht ohne Drogen, Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1990
- Gottwald, Claudia, Modul: SWP 3 Soziale Problemlagen/Soziale Dienste, Lehrveranstaltung: Grundlagen der Suchtkrankenhilfe und –prävention, 2011
- Häcker, H. & Stapf, K., Dorsch Psychologisches Wörterbuch, Verlag Hans Huber, Bern 1998
- Henkel, Dieter, Sucht und Armut: Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Leske + Budrich, Opladen, 1998
- Huizinga, Johan, Herbst des Mittelalters, Studien über Lebens- und Geistesformen des 14. und 15. Jahrhunderts in Frankreich und den Niederlanden, A. Kröner, Stuttgart, 1969
- Jellinek, Elvin Morton, The disease concept of alcoholism, College and University Press, Michigan, 1979
- Kielholz, Paul, Ladewig, Dieter, Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, Lehmann, München, 1972
- Kim, Ju-III, Drogenkosum von Jugendlichen und suchtpreventive Arbeit, akzeptierende Drogenerziehung als Alternative, IKO Verlag, Berlin, 2003

- Kloppe, Sylvia, Die gesellschaftliche Konstruktion der Suchtkrankheit, Soziologische und philosophische Aspekte der Genese vom traditionellen Drogengebrauch in der Vormoderne bis zum Konstrukt des krankhaften Drogengebrauchs in der Moderne, Martin Meidenbauer Verlag, München, 2004
- Kirschner, Renate, Jugend und illegale Drogen in Ostdeutschland, Eine bevölkerungsrepräsentative Längsschnittuntersuchung, Profil Verlag, München, 1997
- Kuntz, Helmut, Der rote Faden in der Sucht: Abhängigkeit überwinden und verstehen, 4. Auflage, Beltz, Weinheim Basel, 2009
- Legnaro, Aldo, (a) Ansätze zu einer Soziologie des Rausches: Zur Sozialgeschichte von Rausch und Ekstase in Europa, In: Rausch und Realität: Drogen im Kulturvergleich, von Gisela Völger und Karin von Welck (Hrsg), Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1982
- Legnaro, Aldo, (b) Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle –Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa, In: Rausch und Realität: Drogen im Kulturvergleich, von Gisela Völger und Karin von Welck (Hrsg), Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1982
- Levine, Harry G., Die Entdeckung der Sucht, Wandel der Vorstellungen über Trunkenheit in Nordamerika, In: Rausch und Realität: Drogen im Kulturvergleich, von Gisela Völger und Karin von Welck (Hrsg), Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1982
- Lindemeyer Johannes, Lieber Schlau als blau, 7. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2005
- Meyer G., Bachmann M., Spielsucht Ursachen und Therapie, Springer Verlag, Berlin, 2005
- Morr, M., verplante Kultur, die Rahmenbedingungen kultureller Planungen, Bonn, 1999
- Moser Susanne, Entwicklung der Dorfkultur unter den Bedingungen des Demographischen Wandels, Friedrich Schiller Universität, Jena, 2006
- Petry Jörg, Psychotherapie der Glücksspielsucht, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996
- Reinarman C., Sucht als Errungenschaft, Die diskursive Konstruktion gelebter Erfahrung In: Dollinger B., Schneider W. (Hrsg), Sucht als Prozess, Sozialwissenschaftliche Perspektiven zur Forschung und Praxis, Berlin, 2005
- Sachße Christoph, Tennstedt Florian, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, vom Spätmittelalter bis zu ersten Weltkrieg, Kohlhammer, Stuttgart, 1980

- Schabdach, Michael, Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und soziale Arbeit, Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009
- Scheerer, Sebastian, Die Genese der Betäubungsmittelgesetze in der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden, O. Schwartz, Göttingen, 1982
- Scheerer, Sebastian, Sucht, Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg, 1995
- Schmid, Martin, Drogenhilfe in Deutschland, Entstehung und Entwicklung 1970-2000, Campus Verlag, Frankfurt a.M., 2003
- Schneider Wolfgang, Drogenmythen, Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ In: Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin, 2000
- Schwoon D., Wagner HB., Der Qualifizierte Entzug – mehr als eine Entgiftung In: Krausz M., Haasen C., Naber D., (Hrsg), Pharmakotherapie, der Sucht, Karger, Basel, 2003
- Seegel, Falko, Alkoholismus aus familienbiographischer Sicht, Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main 1996
- Spode, Hasso, Die Macht der Trunkenheit: Kultur und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland, Leske + Budrich, Opladen, 1993
- Soyka M., Preuss U. W., Therapie der Abhängigkeit: Grundkonzepte In: Möller Hj. (Hrsg.), Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Thieme, Stuttgart, 2002
- Thole, Werner (Hrsg.), KlassikerInnen der Sozialen Arbeit, Sozialpädagogische Texte aus zwei Jahrhunderten– Ein Lesebuch, Luchterhand, Neuwied/Kriftel, 1998
- Vögler, Gisela, Wleck, Karin (Hrsg), Rausch und Realität, Drogen im Kulturvergleich, Rohwold, Reinbeck bei Hamburg, 1982
- Watzlawick, Paul, (1984) Self-fulfilling prophecies, In Paul Watzlawick (Ed.), Invented, Reality, Norton, New York, 1984
- Wedler, Barbara, Soziale Defizite und unzureichende Lebensbewältigung als Determinanten der Lebenszufriedenheit alkoholkranker Männer in Ostvorpommern, Druckerei Steffen, Friedland, 2003

13. Anhang

13.1 Anlage 1: Transkript Interview Frau Chudaske

13.2 Anlage 2: Transkript Interview Frau Hasselberg und Herr Fritz

13.3 Anlage 3: Trias Modell

13.1 Anlage 1: Interviewtranskript Frau Chudaske

Interviewtranskript vom 27.04.2011

Interviewer: Christoph Bielang

interviewte Person:

Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle der VS HGW-OVP in Anklam

Diplom Psychologin Christine Chudaske

Interviewer:

Wer arbeitet eigentlich in einer Suchtberatungsstelle?

Frau Chudaske:

Das wäre einmal Frau Hauptmann, die Leiterin der Suchtberatungsstelle. Sie ist systemische Sozialtherapeutin. Außerdem ist sie auch für unsere Rauchfreikurse verantwortlich, d.h. sie bietet Rauchentwöhnungskurse an, die von den Krankenkassen bezuschusst werden. Das ist ihr Zusatz-Spezialgebiet. Dann gibt es Frau Hasselberg, sie ist Sozialpädagogin. Sie ist seit 2010 hier und in allen Bereichen tätig. Herr Fritz ist ebenfalls hier tätig. Er ist schon sehr lange hier und der einzige Mann in unserer Einrichtung. Von der Ausbildung her ist er Magister der Erziehungswissenschaften, der Psychologie und des Strafrechts. Er ist auch Suchttherapeut auf verhaltenstherapeutischer Ebene. Ich bin Diplompsychologin und Suchtberaterin. Wir vier sind das Hauptteam und dann haben wir noch eine Verwaltungsfachkraft, die mit einer Halbtagsstelle hier tätig ist und uns mehrmals in der Woche viele Schreibarbeiten abnimmt sowie organisatorische Sachen für uns erledigt. Wir sind fünf Personen im Kernstab und dann gibt es noch Herrn Rauhut. Er ist speziell für das AUBE – Projekt zuständig und arbeitet nicht direkt hier, sondern ist viel im Außendienst unterwegs.

Interviewer:

Ist er denn auch die Person, die die Gutachten schreibt ... also auch ein Psychologe?

Frau Chudaske:

Nein. Die Gutachten werden in der Klinik erstellt.

Interviewer:

Wer gehört zur Zielgruppe der Suchtberatung?

Frau Chudaske:

Die Zielgruppe sind eigentlich Alle, die Fragen oder Probleme zum Thema Alkohol, Drogen, Rauchen, Spielsucht und Medienabhängigkeit haben. Im Endeffekt gehören dazu alle Antwortsuchenden, Betroffenen, Angehörigen, die Familien von Betroffenen und Arbeitgeber. Es geht komplett quer durch die ganze Bevölkerung. Wir haben eigentlich keine Zielgruppe, da niemand ausgeschlossen wird.

Interviewer:

Wie wird die Suchtberatung finanziert?

Frau Chudaske:

Wir finanzieren uns zum Teil selbst durch diese Behandlung, d.h. wir erwirtschaften durch die ambulante Therapie Eigenmittel. Wir werden auch zum Teil vom Sozialministerium bezuschusst, weil das Land Suchtberatung anbieten muss. Nach dem Sozialgesetzbuch ist das eine Pflicht. Weiterhin erwirtschaften wir Eigenmittel durch z.B. Rauchfreikurse. Dann wird es demnächst Stressbewältigungskurse geben. Wir haben einen Fortbildungskatalog, d.h. man kann uns quasi für bestimmte Themen buchen. Die Themen beziehen sich nicht nur auf die Suchtproblematik, sondern wir bieten auch Kurse zum Thema Stress, Gesprächsführung usw. an. Damit haben wir ein relativ umfangreiches Repertoire. Bei uns können auch ganze Fortbildungstage gebucht werden. Wie schon gesagt beschränken wir uns nicht auf die Sucht, sondern bieten auch psychosoziale Begleitung an. Es geht uns auch um Wissensvermittlung und Aufklärung. Weiterhin sind wir in der JVA Stralsund tätig. Dort sind wir beauftragt die Gefangenen hinsichtlich ihrer Lockerungseignung einzuschätzen und Diagnosen zu erstellen. Wir betreuen dort auch eine Gruppe im offenen Vollzug.

Wir führen außerdem Kraftfahrererkurse durch, d.h. wir bereiten die Teilnehmer auf die MPU vor. Wir haben also nicht nur ein Standbein. Unser großes Standbein ist zwar die ambulante Entwöhnungsbehandlung, aber wir haben auch viele kleine andere Standbeine, um flexibel zu sein. Damit können wir Schwankungen im Klientenstrom ausgleichen. Wir haben so genannte „Sommerlöcher“, manchmal auch einen extremen Zulauf zu bestimmten Zeiten. So etwas kann man schlecht vorhersehen. Um Schwierigkeiten zu vermeiden, haben wir uns sehr flexibel aufgestellt, um unabhängig zu sein oder gegebenenfalls Sicherheiten zu haben.

Interviewer:

Wie verläuft für Sie ein normaler Arbeitstag in der Suchtberatung?

Frau Chudaske:

Wir beginnen in der Regel um 7:30 Uhr. Morgens gibt es eine Art „Dienstgespräch“, damit jeder weiß was der Andere vorhat und ob aktuelle Sachen besprochen werden müssen. Organisatorische Dinge werden geregelt.

Danach ist Jeder erstmal allein für sich tätig, bereitet vor und macht Verwaltungsarbeit. Ab 9:00 Uhr kommen die ersten Klienten. Wir vergeben Termine von 9 bis 19 Uhr. Bis 19 Uhr sind wir in der Woche immer hier vor Ort. Es gibt auch Außentermine, die wir wahrnehmen müssen. Wir haben außerdem auch zwei Außenstellen, eine in Lassan und eine in Usedom Stadt. Diese sind einmal in der Woche vormittags besetzt. Diese Termine sind unter den Kollegen aufgeteilt, sodass jeder oft unterwegs ist. Montags sind Herr Fritz und ich in der JVA Stralsund. Dienstags ist Frau Hasselberg in Lassan. Donnerstags ist Frau Hauptman in Usedom, sodass eigentlich nur der Mittwoch der Tag ist, an dem wir alle zusammen hier in der Beratungsstelle sind. Aber auch dann gibt es immer noch andere Termine für Fortbildungen und Vorträge. Außerdem ist jeden Mittwoch und Freitag Gruppentherapie. Es ist immer wichtig, dass die Termine für die Gruppentherapien abgesichert sind. Das hat grundsätzlich die oberste Priorität. Weitere Termine gibt es noch für therapiebezogene Einzelgespräche mit denjenigen, die Therapie bei uns machen. Es gibt auch Vorlaufgespräche, die sich mit der Anamnese und Diagnostik befassen. Die Dokumentation der Gesprächsinhalte ist sehr wichtig, um mit unseren Klienten richtig zu arbeiten.

Wir arbeiten auch mit der Bewährungshilfe eng zusammen, da viele Klienten aufgrund von Bewährungsauflagen zu uns kommen. Wir müssen Termine bestätigen und Einschätzungen schreiben.

Bei unserer Arbeit ist viel Büroarbeit notwendig, es wird aber auch viel Zeit für Klientengespräche benötigt.

Interviewer:

Wo ich das jetzt so höre viel Büroarbeit und viel Verwaltung ... wie viel Zeit haben Sie denn für die wirkliche Arbeit mit dem Klienten, sagen wir mal am Tag?

Frau Chudaske:

Natürlich ist kein Tag gleich. Ich würde sagen, dass von sieben möglichen Stunden am Tag ungefähr zwei Stunden Schreibarbeit und fünf Stunden Klientenarbeit sind. Wenn ich einen Bericht schreibe, ist das für mich auch Klientenarbeit, weil es um den Menschen an sich geht. Man arbeitet trotzdem an einem Fall weiter, auch wenn die Person nicht anwesend ist. Das ist schwer zu trennen.

Interviewer:

Wie ist der normale Werdegang eines Klienten, der zu Ihnen in die Beratung kommt?

Frau Chudaske:

Der Klient nimmt Kontakt zu uns auf oder jemand nimmt für ihn Kontakt zu uns auf. Die betreffende Person kann relativ unbefangen und komplikationslos zu uns kommen und einen Termin vereinbaren. Er kann aber auch ohne Termin bei uns vorbeischaun. Wenn jemand aus dem Team Zeit hat, kann er sofort ein Gespräch finden, ansonsten muss er warten, bis ein Termin frei ist. Wer den Klienten übernimmt, ist meist vom Zufall geprägt. Wenn Jemand z.B. unbedingt zu einem männlichen Gesprächspartner möchte, dann wird seinem Wunsch

entsprochen. Wenn es der Person grundsätzlich egal ist, wird geschaut, wer aus dem Team am ehesten Zeit hat. Wir richten uns natürlich nach den Wünschen des Klienten, aber wenn es grundsätzlich egal ist, wird geschaut, wer am ehesten Kapazitäten hat, einen neuen Klienten aufzunehmen. Es finden wöchentlich Gespräche statt, in denen wir Diagnostik sowie Sozial- und Suchtanamnesen durchführen. Die Aufträge des Klienten an die Beratungsstelle werden geklärt. Der Klient kommt zu uns und möchte etwas erfahren oder verändern. Im vierten oder fünften Gespräch kommt es zu einer Art Bilanzziehung, sodass wir gemeinsam entscheiden. Besser gesagt, wir schlagen vor, was an Hilfen möglich wäre und der Klient entscheidet, ob und welche von diesen er wie annimmt. Es gibt keinen Zwang durch uns. Wir sind eben nur die Anbietenden und das Gegenüber entscheidet, ob er die Angebote annimmt oder nicht. Der Klient kann sich theoretisch auch gegen unseren fachlichen Rat entscheiden, selbst dann würden wir trotzdem auch helfen. Das liegt im therapeutischen Sinne. Nach diesen fünf Gesprächen wird entschieden wie es weitergeht. Es wird geprüft, ob das Anliegen vielleicht sogar geklärt ist. Vielleicht war es ja wirklich nur eine Frage oder ist eine Weitervermittlung in andere Hilfen oder eine Einleitung von Therapie angestrebt. Nach diesen ersten Gesprächen beginnt die eigentliche Hilfe.

Interviewer:

Jetzt noch mal eine Frage zur Ebis Statistik. Ab wann wird ein Klient in die Statistik mit aufgenommen?

Frau Chudaske:

Sofort.

Interviewer:

Gleich beim Erstkontakt?

Frau Chudaske:

Ja, weil es in der Statistik auch die Kategorie Einmalkontakte gibt. Es werden also Leute erfasst, die nur einmal hier waren. Von denen wissen wir zwar relativ wenig, aber sie waren trotzdem hier. Ebis soll ja gleichzeitig auch unsere Arbeit belegen. Wenn diese Einmalkontakte nicht erfasst würden, könnte man im Nachhinein nicht belegen, dass jemand da war. Jede Person wird mit dem Erstkontakt und den Folgekontakten erfasst.

Interviewer:

Woher kommen denn die meisten Klienten? Können Sie das so pauschal sagen?

Frau Chudaske:

Also das Stadt - Land Verhältnis?

Interviewer:

Ja

Frau Chudaske:

Das ist schwierig zu sagen. Anklam ist ja jetzt auch nicht so die große Stadt. Rundherum gibt es viele Dörfer und Gemeinden. Ich würde sagen das hält sich die Waage. Da kann ich jetzt keinen Schwerpunkt ausmachen.

Interviewer:

Gibt es bestimmte Faktoren der Suchtentstehung, die bei vielen Menschen gleich sind?

Frau Chudaske:

Bei vielen gibt es die gleichen Auffälligkeiten, z.B. dass es früher in der Kindheit in der Familie Unregelmäßigkeiten verschiedenster Art gab, z.B. der Vater hat gefehlt oder die Person ist im Heim aufgewachsen oder es gab viel Gewalt in der Familie. Es gibt aber auch genauso gut Klienten mit augenscheinlich „heilem“ Elternhaus. Man kann es eben nicht nur daran festmachen. Ein weiteres Problem ist, wie der Jugendliche sich weiterentwickelt. Damit meine ich ob der Übergang vom Jugendlichsein in das Erwachsensein gelingt. Es gibt durchaus viele Jugendliche, die ein Drogenproblem haben könnten, zumindest konsumieren, die es aber im Laufe der Zeit schaffen im Alter ab 20 Jahren davon wegzukommen und ein normales, seriöses Leben zu führen. Das ist noch einmal so eine sensible Phase. Es hängt davon ab, wie die Person in ein soziales familiäres Umfeld eingebettet ist und ob sie geliebt wird. Es ist weiterhin wichtig ob, die Person eine Wertschätzung erfährt, einen Selbstwert und eine Aufgabe hat. Das sind für mich persönlich, also jetzt nicht statistisch bewiesen, die augenscheinlichsten Kriterien.

Interviewer:

Dann würde mich noch einmal interessieren ... man hört ja auch oft, dass Klienten von der Bewährungshilfe an Sie weitervermittelt werden. Von welchen Institutionen bekommen Sie denn im allgemeinen Klienten vermittelt?

Frau Chudaske:

Es beginnt meist damit, dass die Krankenhäuser anrufen. Das sind oft die Entgiftungsstationen, die einfach hierher vermitteln. Anhand der Befunde erkennen sie Suchtproblematiken bei den Patienten relativ schnell. Auch die Mitarbeiter des Arbeitsamtes, die mit Leuten arbeiten, die schwierig zu vermitteln sind, verweisen Klienten zu uns.

Die Führerscheinstelle in Anklam schickt durch Alkohol oder Drogen auffällig gewordene Kraftfahrer zu uns, um sie entweder auf die MPU vorzubereiten oder aber auch einfach, um eine Diagnose zu stellen. Dabei wird geschaut, ob es vielleicht ein tiefgründigeres Problem gibt und zunächst eine Therapie absolviert werden muss.

Weiterhin bekommen wir Personen durch Mitarbeiter der Bewährungshilfe vermittelt, da sie die Umsetzung der Gerichtsbeschlüsse kontrollieren müssen. Weitere Vermittler sind Familien, Freunde oder auch Arbeitgeber. Das wären so die Hauptvermittler.

Dann werden noch vereinzelt Personen von anderen Diensten der Sozialen Arbeit zu uns vermittelt. Hierbei sind die Wege relativ kurz.

Interviewer:

Was würden Sie sagen, von welcher Institution werden die meisten Klienten vermittelt?

Frau Chudaske:

Nach meiner Einschätzung werden vielleicht insgesamt ein Drittel unserer Klienten zu uns geschickt. Dieses Drittel der Leute, wird hauptsächlich von der Bewährungshilfe, Sozialagentur und Führerscheinstelle geschickt. Daten liegen dazu gerade nicht vor, aber ich würde sagen, dass dies die drei Institutionen sind, die uns die meisten Klienten vermitteln.

Interviewer:

Noch mal zu den Personen, die geschickt werden. Gibt es da bestimmte Personengruppen, die häufiger vorkommen?

Häufig sind es Männer mit Bewährungsauflagen im Alter unter 25 Jahren. Es sind auch ältere dabei aber hauptsächlich sind es jugendliche Männer mit Bewährungsauflagen. Außerdem sind auch Leute mit Führungsaufsicht dabei, die seit neuestem Stand mindestens 2 Jahre in Haft waren. Diese sind in der Regel schon etwas älter, also 30 plus, aber auch Männer. Ähnlich ist es bei den Vermittelten von der Führerscheinstelle. Von dort bekommen wir Personen, die den Führerschein aufgrund von Alkohol und Drogenkonsum verloren haben. Das sind auch zu 95% Männer. Ebenso verhält es sich mit den Vermittlungen durch die Sozialagentur.

Interviewer:

Hat sich die Zahl der Weitervermittlungen in den letzten Jahren verändert?

Frau Chudaske:

Das ist schwierig zu sagen, da ich erst seit 2009 hier tätig bin. Auf jeden Fall hat die Zahl der Vermittlungen von Personen, die im Straßenverkehr auffällig geworden sind, zugenommen. Das kann wieder ein Schub sein, der zurzeit gerade anhält. Das kann objektiv so sein. Es könnte aber auch damit zusammenhängen, dass die Zusammenarbeit mit der Führerscheinstelle besonders gut ist.

Interviewer:

Jetzt habe ich gehört, Sie sind seit 2009 hier. Könnten Sie vielleicht sagen, ob sich die Suchtproblematik seitdem verändert hat?

Frau Chudaske:

Nein, da kann ich selbst jetzt nichts zu sagen. Schwankungen in diesem Bereich passieren nicht so kurzfristig.

Interviewer:

Welche ist die Suchterkrankung, die am häufigsten auftaucht?

Frau Chudaske:

Wenn man der Statistik glaubt, ist es das Zigaretten rauchen. Einen großen Stellenwert nimmt aber auch der Alkoholkonsum ein, wenn wir mal bei den einzunehmenden Substanzen bleiben.

Aber bei den statistischen Sachen kann Herr Fritz besser weiterhelfen.

Interviewer:

Haben Sie vielleicht eine Erklärung, warum Alkoholismus einen so hohen Anteil bei den Suchterkrankungen hat?

Frau Chudaske:

Ja, den gibt es überall zu kaufen und er ist gesellschaftlich akzeptiert, bis zu einem gewissen Grad zumindest. Es ist legal. Die Rahmenbedingungen machen es einfach, zu konsumieren. Alkoholkonsum ist nicht so verpönt wie illegale Drogen. Das denk ich mal ist sehr wichtig. Das Trinken von Alkohol gehört zu vielen gesellschaftlichen Anlässen dazu. Oft ist es auch schon Gewohnheit. Man erfährt in der Kindheit eine gewisse Prägung, ohne dies negativ werten zu wollen. Man wird damit groß, dass eben mit Wein oder Sekt angestoßen wird. Ich denke auch, dass Viele den Unterschied nicht mehr wahrnehmen zwischen jetzt feiern wir mal und jetzt ist Leben und Alltag.

Interviewer:

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Arbeitslosigkeit?

Frau Chudaske:

Da gibt es mindestens einen augenscheinlichen einen Zusammenhang. Das kann sich natürlich gegenseitig bedingen. Ich kann trinken, weil ich meine Arbeit verloren habe oder ich habe meine Arbeit verloren, weil ich trinke. Da müsste man jetzt in der Statistik schauen, wo der Anfangspunkt ist oder wie die Kette beginnt. Ist man arbeitslos, hat man viel Zeit, fühlt sich nutzlos. Man sucht sich eine Aufgabe und wenn es das Treffen mit Gleichgesinnten ist. In der Geselligkeit wird vielleicht relativ schnell Alkohol konsumiert. Das kann aber wie gesagt auch andersherum sein. Weiterhin gibt es ja auch Alkoholismus unter der arbeitenden Bevölkerung.

Interviewer:

In meinem letzten Teil wollte ich den ländlichen Raum noch mal ein bisschen näher betrachten. Gibt es aus Ihrer Sicht Besonderheiten im ländlichen Raum, denen Menschen aus dem städtischen Raum nicht ausgesetzt sind?

Frau Chudaske:

Dorf spricht ja immer so ein Stück weit für räumliche Abgeschiedenheit, ein Stück weit Isolation. Ich kann Pech oder Glück haben mit meinem sozialen Umfeld. Wenn z.B. viele Personen in meinem sozialen Umfeld dem Alkohol sehr zugetan sind, ist es wahrscheinlicher, dass ich ebenfalls zum Alkohol greife, als wenn ich in einem Dorf lebe, wo dies einfach nicht so stark vertreten ist. Gibt es dort eine Einkaufsmöglichkeit in dem Dorf? Gibt es eine Kneipe in dem Dorf? Die Struktur des Dorfes an sich ist entscheidender als der Abstand zur Stadt.

Interviewer:

Nun noch zu meiner letzten Frage. Was gibt es für Angebote der Suchtkrankenhilfe im Raum Ostvorpommern, die von der Suchtberatung angeboten werden?

Frau Chudaske:

Eine ganze Menge. Es gibt die normale Suchtberatung, die ambulante Entwöhnungsbehandlung, die Vermittlung in weitere Hilfen, wie z.B. Schuldnerberatung und stationäre Entgiftung. Dann gibt es das AUBE Projekt, in dem es darum geht, mithilfe der Sozialagentur OVP Personen in MAEs zu vermitteln. Das oberste Ziel besteht darin, die Menschen wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Das ist eine wichtige Vermittlungsschiene. Nach einer abgeschlossenen Therapie geht es natürlich weiter, z.B. in einer Selbsthilfegruppe oder man hält lockeren Kontakt oder wir machen eine Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Therapie.

Interviewer:

Alles klar, Vielen Dank für das Interview.

13.2 Anlage 2: Interviewtranskript Frau Hasselberg und Herr Fritz

Interviewtranskript vom 27.04.2011

Interviewer: Christoph Bielang

Interviewte Personen:

Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle der VS in Anklam

Diplom Sozialarbeiterin Stefanie Hasselberg

**M.A. Erziehungswissenschaft/Psychologie/Strafrecht
Verhaltenstherapeutischer Suchttherapeut Christian Fritz**

Interviewer:

Wer arbeitet eigentlich in einer Suchtberatungsstelle?

Frau Hasselberg:

Ich gehe mal von unserer Beratungsstelle hier aus. Wir sind ein Team, welches sich aus verschiedenen Professionen zusammensetzt. Einmal eine Diplom Psychologin, dann Frau Hauptmann, sie ist die Leiterin, als Sozialpädagogin, Herr Fritz als Psychologe und Suchttherapeut und ich als Diplom Sozialpädagogin. Also ein bunt gemischtes Team, welches sich relativ gut ergänzt.

Interviewer:

Wer ist die Zielgruppe der Suchtberatung?

Frau Hasselberg:

Unsere Zielgruppe besteht aus Allen, die irgendwie mit dem Thema Sucht zu tun haben. Dazu gehören die Suchtkranke selbst und ihre Angehörigen. Außerdem arbeiten wir mit Schulen im Präventionsbereich zusammen, machen Projekte in diesem Bereich und sind gerade dabei, ein großes Projekt zu planen. Die Sozialagenturen sind auch ein wichtiger Ansprechpartner, da sie die Leute zu uns vermitteln.

Interviewer:

Wie verläuft für sie ein normaler Arbeitstag?

Frau Hasselberg:

Eine gute Frage ... immer anders.

Der Arbeitstag besteht hauptsächlich aus Terminen, die man mit Klienten vereinbart. Diese dauern ungefähr eine Stunde. Es ist natürlich nicht so, dass nur Klienten da sind, sondern es finden auch Teamberatungen statt. Einen klassischen Alltag gibt es bei uns nicht. Jeder Tag ist anders. Die Hauptarbeit ist tatsächlich das Beratungsgespräch und die ambulanten Therapien, die wir hier anbieten.

Interviewer:

Wie wird die Suchtberatung finanziert?

Herr Fritz:

Das ist sehr komplex.

Es ist die Pflicht des Landes, eine Suchtberatung anzubieten.

Nach dem Subsidiaritätsprinzip ist es so, dass diese Leistung an freie Träger ausgelagert wird.

Sie wird also nicht von einer staatlichen Instanz selbst durchgeführt.

D.h. wir haben also einen Topf von Fördermitteln. Dieser setzt sich zusammen aus Teilen vom Sozialministerium, Teilen vom Landkreis, Teilen von der Stadt Anklam. Dann ist da noch der Topf Spenden. Das ist der erste Teil der Fördermittel und dann gibt es den zweiten Teil, die Einnahmen. Einmal verdienen wir ziemlich viel Geld mit der ambulanten Therapie. Therapie wird bezahlt, weil wir das im Auftrag der Rentenversicherungsträger oder der Krankenkasse machen. Dann der zweite große Kostenpunkt ist die JVA, d.h. wir machen die Entlassungsdiagnostik in der JVA Stralsund, also diagnostische Leistungen zur Entlassungsvorbereitung und weiteren Vollzugsplanung.

Dann verkaufen wir Kurse. Wir haben Kurse für alkoholauffällige Kraftfahrer (Vorbereitung auf MPU), Rauchentwöhnungskurse und Stresskurse. Diese sind kostenpflichtig. Dann sind wir eben auch eine Fortbildungseinrichtung, d.h. wir verkaufen Schulungen und Fortbildungen. Wir schulen pädagogisches Personal von Kindergärten, wir schulen Krankenpflegehelfer/-schüler. Das Krankenhauspersonal vom Krankenhaus zum Beispiel. Das sind so unsere Haupteinnahmequellen.

Dann kriegen wir noch bei den Spenden, das ist glaube ich der größte Teil, Bußgelder. Wir bekommen also Gerichtszuweisungen, wer Geldstrafen zu bezahlen hat. Die müssen das ja an eine gemeinnützige Organisation zahlen und so kommen auch einige Gelder bei uns an, weil wir für das Gericht viele Dienstleistungen machen. Wir arbeiten an Diagnostiken für Verhandlungen, wir arbeiten mit der Bewährungshilfe Hand in Hand und helfen bei der Erfüllung des Auftrags usw.. Es ist also ein bunter Pool von einer sechsstelligen Summe, die jedes Jahr zusammen kommt. Davon leben wir.

Interviewer:

Man hört ja auch oft, dass man seine ganze Arbeit mit dem Klienten dokumentieren muss und das dies relativ viel Verwaltungsaufwand ist. Jetzt ist meine Frage, wieviel Zeit bleibt Ihnen für die eigentliche Arbeit mit dem Klienten?

Frau Hasselberg:

Es bleibt viel Zeit für den Klienten. Wir haben das Programm Ebis, mit dem alles relativ unkompliziert ist. Wenn man den Klienten im System angelegt hat, läuft alles über dieses Programm. Das ist technisch auch sehr einfach, wenn man ein wenig Übung hat. Mit der Technik fahren wir eigentlich ganz gut. Natürlich ist immer Verwaltungsaufwand da. Wir müssen Berichte schreiben wie z.B. Abschlussberichte und Stellungnahmen, aber es hält sich tatsächlich in Grenzen. Eine gute Zeitplanung ist wichtig. Man muss sich immer Zeit für den Klienten nehmen während Verwaltung und Dokumentation auch nicht zu kurz kommen dürfen.

Interviewer:

Wie ist der normale Werdegang eines Klienten, der zur Beratung kommt?

Frau Hasselberg:

In der Regel rufen die Klienten an oder stehen hier vor der Tür und zeigen uns, dass sie Bedarf haben. Dann vereinbaren wir zunächst einmal einen Termin. Dann wird geschaut, bei welchem Kollegen wir die Person unterbringen. Es wird geschaut, welche Wünsche der Klient hat. Es wird zum Beispiel geklärt, ob er einen männlichen oder weiblichen Gesprächspartner bevorzugt. Da wir nur einen männlichen Mitarbeiter haben ist die Vermittlung dahin manchmal schwierig. Es wird anschließend ein Termin vereinbart. In der Folge findet das Erstgespräch statt. Es werden zunächst folgende Fragen geklärt: Was ist das Problem? Was hat derjenige für ein Anliegen? Welche Hilfe wünscht er sich? Nach dieser Klärung finden verschiedene Beratungsgespräche statt, in denen Anamnesen sowie Diagnostik gemacht werden. Es wird geschaut welche Hilfen benötigt werden. Möglicherweise wird auch eine Therapie angestrebt. Diese Fragen werden in den ersten 4 bis 5 Gesprächen geklärt, wobei man das nicht so pauschal sagen kann. Das ist von Klient zu Klient unterschiedlich. Danach wird die Beratung klientenspezifisch weitergeführt. Im Falle einer angestrebten Therapie gibt es zwei Möglichkeiten, ambulant und stationär. Für die ambulante Therapie sind wir weiterhin zuständig, bei der stationären Therapie gehen die Klienten in eine Einrichtung. Die Beantragung läuft in beiden Fällen über unsere Beratungsstelle. Im Anschluss daran können sie bei uns eine ambulante Nachsorge machen. Der Werdegang eines Klienten und die Art der Hilfen sind von Person zu Person unterschiedlich. Manche benötigen auch nur eine psychosoziale Begleitung. Diese Klienten kommen zum Beispiel nur alle 6 Wochen.

Interviewer:

Ab wann wird ein Klient in die Statistik mit aufgenommen?

Herr Fritz:

Ab dem Moment wo es klingelt und er uns seinen Namen und sein Geburtsdatum verrät. In diesem Moment wird er aufgenommen. Obwohl na ja, dass ist wohl doch ein bisschen zu kurz.

Jemand wird bei uns spätestens nach seinem dritten Kontakt aufgenommen, d.h. da erfassen wir alle Angaben für unsere Arbeit als auch für die Statistik.

Also spätestens nach dem dritten Gespräch wird er mit aufgenommen und ist somit in der Statistik.

Interviewer:

Woher kommen die meisten Klienten? Mehr Stadt Anklam oder das Umfeld?

Frau Hasselberg:

So pauschal kann das nicht gesagt werden. Bei mir kommen die meisten Klienten direkt aus Anklam. Die umliegenden Dörfer spielen auch eine ganz große Rolle.

Ich würde also sagen so 50/50.

Interviewer:

Gibt es Faktoren für die Suchtentstehung wo Sie sagen könnten, das ist bei vielen Klienten gleich?

Frau Hasselberg:

Die Arbeitslosigkeit sowie die Perspektivlosigkeit spielen insbesondere in dieser Region eine wichtige, manchmal ausschlaggebende Rolle. Das sind zwei Stichworte, die mir ganz spontan einfallen. Es gibt natürlich noch andere Faktoren, wie zum Beispiel Vereinsamung, Männerüberschuss und zu wenige Frauen.

Interviewer:

Wie verhält es sich mit Klienten, die von anderen Institutionen an Sie weitervermittelt werden. Also von welchen Institutionen bekommen Sie Klienten vermittelt?

Frau Hasselberg:

Das ist unterschiedlich. Wir haben viele Klienten, die Bewährungsaufgaben haben, die sie dann erfüllen müssen. Eine Auflage könnte sein, dass der Klient mindestens ein halbes Jahr die Suchtberatung besuchen muss. Das heißt, wir bekommen durch Gerichtsbeschlüsse Personen vermittelt. Die Krankenhäuser schicken uns ebenfalls Klienten aus der Entgiftung. Dort gibt es auch Sozialarbeiter, die Klienten zu uns vermitteln beziehungsweise Termine für sie machen. Die Sozialagenturen sowie das Sozialamt, vermitteln auch Klienten an die Suchtberatungsstelle.

Ich habe viele Klienten, die durch Ärzte hergeschickt werden. Bei manchen Klienten waren bei einer Routineuntersuchung z.B. die Alkoholwerte auffällig. Der Arzt erkannte den Handlungsbedarf.

Interviewer:

Von welchen dieser Institutionen kommen die meisten Klienten?

Frau Hasselberg:

Ich würde jetzt sagen, vom Krankenhaus hier in Anklam. **Wir haben Einige**, die regelmäßig vermittelt werden. Auch die Klienten mit Bewährungsauflagen spielen bei mir persönlich eine große Rolle. Ich habe viele junge Männer mit Bewährungsauflagen.

Interviewer:

Wenn man wirklich nur die Personen betrachtet, die hierher vermittelt wurden, die jetzt nicht unbedingt freiwillig herkommen. Würden Sie sagen, die Zahl ist in der letzten Zeit gestiegen?

Frau Hasselberg:

Das kann ich schwer einschätzen, da ich noch nicht mal ein Jahr hier tätig bin. Kannst Du was dazu sagen Christian?

Herr Fritz:

Ich denke, also meine Hypothese wäre, wenn du viele Jahre nimmst also nicht nur 2 oder 3, dann ist diese Zahl gestiegen, da das Netzwerk im Laufe der Jahre sich sehr gut etabliert hat. Früher waren es viele Alleingänger.

Interviewer:

Welche Personengruppen von denen, die hier her vermittelt wurden, sind vorrangig?

Frau Hasselberg:

Alkoholabhängigkeit ist vorrangig.

Interviewer:

Dann kommen wir jetzt zu dem nächsten Punkt. Was ist die Suchterkrankung, die bei Ihnen am häufigsten auftaucht?

Frau Hasselberg:

Alkoholabhängigkeit, ja.

Interviewer:

Haben Sie vielleicht eine Erklärung, warum Alkoholismus bei den Suchterkrankungen so stark vertreten ist?

Frau Hasselberg:

Alkohol ist ganz einfach erhältlich. Man bekommt ihn überall und relativ günstig. Die Erhältlichkeit spielt eine große Rolle. Es ist ein Suchtmittel, welches bei geselligen Veranstaltungen dazu gehört. Jeder wächst irgendwie mit Alkohol auf. Die Verfügbarkeit ist ein ganz großes Stichwort. Alkohol hat eine unmittelbare berauschende Wirkung, die die Menschen, die abhängig sind,

suchen. Sie versuchen sich ein angenehmes Gefühl zu verschaffen. Diese unmittelbare Befriedigung, dass es mir gut gehen muss, steht dabei im Vordergrund.

Interviewer:

Sehen Sie vielleicht einen Zusammenhang zwischen Alkohol und Arbeitslosigkeit?

Frau Hasselberg:

Arbeitslosigkeit bedeutet häufig Perspektivlosigkeit. Die Menschen sehen keine Aufgabe für sich. Dazu könnte viel gesagt werden. Männer definieren sich oftmals über ihre Arbeit. Wenn man keine Aufgabe hat und nicht jeden Tag für etwas aufsteht, fehlt irgendetwas im Leben. Es kommt dadurch auch zur Vereinsamung. Man zieht sich immer mehr zurück, weil man keine Aufgabe mehr hat.

Interviewer:

Gibt es aus Ihrer Sicht Besonderheiten im ländlichen Raum, denen Personen aus der Stadt nicht ausgesetzt sind?

Frau Hasselberg:

Ja, die Mobilität fehlt. Man muss mobil sein, um irgendwo hin zu kommen. Die Menschen haben weniger Möglichkeiten und Perspektiven, wenn ihre Mobilität eingeschränkt ist. Die Erreichbarkeit von Städten ist oft notwendig, um zur Arbeit zu fahren oder an kulturellen Veranstaltungen teilzunehmen. Dies setzt eine höhere Flexibilität der Menschen auf dem Dorf voraus. Die Infrastruktur ist im ländlichen Raum außerdem schlechter. Junge Leute haben weniger Freizeitmöglichkeiten. Das gilt natürlich auch für die ältere Generation, aber junge Menschen sind davon eher betroffen. Im ländlichen Raum kommt es schneller zu Ansammlungen von Gruppen wie z.B. Rechtsextremen. Es besteht die Gefahr, dass sich Jugendliche diesen anschließen, da es an Alternativen fehlt. Die Vielfältigkeit ist auf dem Land nicht so gegeben wie in der Stadt.

Interviewer:

Was gibt es für Angebote der Suchtberatung aus dem ländlichen Raum Ostvorpommern?

Frau Hasselberg:

Über die Suchtberatung hinausgehend?

Interviewer:

Ja, also Alles was Ihnen so einfällt.

Frau Hasselberg:

Da gibt es die Selbsthilfegruppen. Wir arbeiten mit einer Selbsthilfegruppe zusammen, die sich wöchentlich trifft. Die Selbsthilfegruppen sind weitgehend in Selbstverwaltung.

Außerdem haben wir folgende Projekte: Das AUBE Projekt, ein Arbeitsbeschäftigungsprojekt in Kooperation mit der Sozialagentur, hat die Aufgabe, schwer vermittelbare Arbeitlose auf dem ersten Arbeitsmarkt zu integrieren.

Zunächst durchlaufen die Klienten eine 3-wöchige Belastungserprobung in einer Reha- Klinik. Im Anschluss werden die Klienten in eine MAE vermittelt. Ziel ist es, die Klienten auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren. Sie bekommen auf diese Weise eine Aufgabe und sie können eine geregelte Alltagsstruktur aufbauen. Weiterhin gibt es die Entgiftungsbehandlungen hier im Landkreis und natürlich die Suchtberatung als zentrales Hilfsangebot.

Interviewer:

Alles klar, vielen Dank für das Interview

13.3 Anlage 3: Trias Modell

