



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

„Theoretische Grundlagen und praktische Herausforderungen der Suchtprävention“

Autorin: Nele Zellmer

Betreuer: Prof. Dr. Andreas Speck

Prof. Dr. Thomas Markert

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0472-6

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Sucht	3
2.1	Suchtformen	4
2.2	Psychotrope Substanzen.....	5
2.3	Entwicklung des Suchtbegriffes	6
2.4	Diagnosekriterien.....	9
2.5	Beispiel Medikamentenabhängigkeit.....	11
2.6	Gründe und Ursachen für eine Sucht.....	13
2.6.1	Biomedizinisches Modell	14
2.6.2	Biopsychosoziales Modell	15
2.6.3	Risiko- und Schutzfaktoren	16
2.6.4	Entwicklungspsychologische Perspektive	17
2.6.5	Lebensbewältigung.....	19
2.6.6	Bedeutung der Modelle für die Suchtprävention.....	19
2.7	Soziale Ungleichheit und Sucht.....	21
3	Prävention	23
3.1	Entwicklung von Krankheitsprävention und Public Health	23
3.2	Prävention.....	24
3.3	Gesetzlicher Rahmen der Prävention.....	27
3.4	Kategorien der Präventionsmaßnahmen	28
3.5	Geschichte der Präventionsarten.....	30
3.6	Handlungsfelder der Suchtprävention	36
3.6.1	Internet	36
3.6.2	Familie	37
3.6.3	Schule.....	38
4	Fazit	39
	Literaturverzeichnis	43

1 Einleitung

Die meisten Menschen erleben in ihrem Leben Brüche in ihrer Biografie oder Situationen, mit denen sie überfordert sind. Wenn die menschlichen Grundbedürfnisse, beispielsweise Nähe, Geborgenheit, Autonomie oder Freiheit nicht befriedigt werden, dann suchen Menschen eine Ersatzbefriedigung ihrer Bedürfnisse. Eine mögliche Ersatzbefriedigung ist der Konsum von Suchtmitteln (vgl. Hüther, Gerald 2013, S. 35).

Aktuelle Erhebungen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland zeigen, dass ca. 8,9 Millionen Personen eine für ihre Gesundheit riskante Menge an Alkohol konsumieren (vgl. Brühler, Anneke/ Thrul, Johannes/ Gomes de Matos, Elena 2019, S.16). Außerdem rauchen etwa 14,6 Millionen Deutsche und 3,1 Millionen konsumieren Cannabis. Trotz der abschreckenden Bilder auf Zigarettenschachteln und dem allgemein verbreitetem Wissen, dass der Konsum von Suchtmitteln gesundheitliche Schäden hervorruft, gibt es in Deutschland etwa 1,8 Millionen alkoholabhängige, 5,6 Millionen tabakabhängige und 2,3 Millionen medikamentenabhängige Menschen (vgl. Orth, B./ Merkel, C. 2022, S.15-37).

Für die Vorbeugung von einer Abhängigkeit ist die Suchtprävention zuständig. Mit Hilfe von verschiedenen Ansätzen, Konzepten und Maßnahmen wird versucht, die Zahlen der Menschen mit einem Abhängigkeitssyndrom oder einem riskanten Konsummuster zu verringern. Beim Alkoholkonsum beispielsweise schlagen die Angebote und Maßnahmen der Suchtprävention an. Die Verbreitung des Alkoholkonsums ist seit 2001 bis zum Jahr 2021 unter 12-17-jährigen Jugendlichen, um etwa 30 Prozent zurückgegangen. Und auch der Konsum von gesundheitlich riskanten Mengen von Alkohol bei Männern zwischen 18 und 25 Jahren ist gesunken. Bei Frauen im selben Alter ist die Durchschnittsmenge seit 2015 jedoch gestiegen (vgl. Orth, B./ Merkel, C. 2022, S.15). Wie können also die Suchtpräventionsmaßnahmen verbessert werden, um sowas zu vermeiden? Welche Unterschiede gibt es im Konsumverhalten zwischen Männern und Frauen und welche anderen Unterschiede im Konsumverhalten gibt es zwischen den unterschiedlichen Menschen?

Um solche Fragen beantworten zu können, ist es wichtig, die Ursachen und Gründe für ein Abhängigkeitssyndrom zu untersuchen. Diese können teilweise schon Auskunft darüber geben, woher die verschiedenen Konsummuster in verschiedenen sozialen Schichten oder zwischen den unterschiedlichen Geschlechtern kommen.

Neben solchen Fragen und Herausforderungen gibt es noch viele weitere in der Suchtprävention, auf Grund dessen wird im Folgenden der Fragestellung nachgegangen: Wie wird in der Sozialen Arbeit Substanzabhängigkeit vorgebeugt und welche Herausforderungen bringt die Praxis der Suchtprävention mit sich?

Ausgehend von der Fragestellung wird nachfolgend zunächst erst einmal darauf eingegangen, was Sucht oder Abhängigkeit im wissenschaftlichen Sinn bedeutet und welche Diagnosekriterien es gibt. Danach werden ausführlich die Ursachen und Gründe eines Abhängigkeitssyndroms untersucht, da diese wegweisend für die Suchtprävention sind. Welche Fakten besonders wichtig für die Prävention sind, wird im Anschluss zusammengefasst. Anschließend wird der Begriff Suchtprävention näher erläutert und im Zuge dessen ebenfalls die Arten der Präventionsmaßnahmen. Zuletzt werden dann die Handlungsfelder beleuchtet und am Ende folgt eine Zusammenfassung der Erkenntnisse.

2 Sucht

Sucht beschreibt in der Alltagssprache der Menschen ein als übertrieben zwanghaft erlebtes Verhalten. Eine Person ist also süchtig, wenn sie nicht in der Lage ist, ihre übertriebenen Eigenschaften in gemäßigte Bahnen zu lenken. Wenn jemand zum Beispiel jeden Tag eine Tafel Schokolade isst, obwohl die Person sich vorgenommen hat, weniger davon zu essen, dann wird sie in der Alltagssprache als süchtig bezeichnet, denn die Person ist nicht in der Lage ihren Schokoladenkonsum einzuschränken (vgl. Laging, Marion 2020, S. 14). So einfach wie in der Alltagssprache lässt sich der Begriff Sucht jedoch in der Sozialen Arbeit nicht erläutern. Laut der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) ist Sucht eine

„behandlungsbedürftige, psycho-soziale und psychiatrisch relevante Krankheit und Behinderung mit chronischen Verläufen. Deren Folge ist das Entstehen einer sozialen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigung, die die betroffenen Menschen daran hindern kann, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen und am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.“
(Vongher, Sebastian 2022, S. 31)

Sucht wird seit dem 18. Juni 1968 als Krankheit klassifiziert und als Abhängigkeitssyndrom bezeichnet (vgl. Laging, Marion 2020, S. 165). In den Jahren 1957-1963 galt der Begriff Sucht als offizieller Begriff, weil dieser jedoch negativ besetzt und Marginalisierungs- und Stigmatisierungsprozesse verstärkte, wurde er durch die Begriffe Missbrauch oder Abhängigkeit ersetzt. Auch in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen wird der Begriff Abhängigkeit oder Abhängigkeitssyndrom

benutzt. Aber auch an dem neuen Begriff Abhängigkeit gab es Kritik. Das Wort Abhängigkeit verharmlose und verallgemeinere das Krankheitsgeschehen. Auf Grund dessen werden heute beide Begriffe gebraucht, im ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wird zum Beispiel von einem Abhängigkeitssyndrom gesprochen, jedoch gibt es ebenfalls die Deutsche Hauptstelle für *Suchtfragen* (vgl. Laging, Marion 2020, S.14-15). In dieser Arbeit werden ebenfalls beide Begriffe gebraucht.

Aus der Definition kann man also erfahren, dass Sucht als Krankheit klassifiziert wird und dass soziale, seelische und körperliche Beeinträchtigungen als Folge der Krankheit entstehen. Unter den sozialen Folgeschäden oder Beeinträchtigungen versteht man zum Beispiel Partnerschaftskonflikte, eine Trennung oder sogar eine Scheidung, Konflikte am Arbeitsplatz, konsumbedingte Strafen, Wohnungsverlust oder Verwahrlosung. Zu den körperlichen Folgeschäden zählen Entzugserscheinungen, Krebs, Krampfanfälle, Gelenkschmerzen, Bluthochdruck, verstärkte Infektanfälligkeit, Leberschäden, Anämie, Knochenbrüche bzw. anderweitige Verletzungen durch substanzbedingte Unfälle. Auch seelische Folgeschäden treten auf, wie zum Beispiel aggressive Entgleisungen, ein verringertes Selbstwertgefühl, Distanzlosigkeit, Gedächtnisstörungen, Depressionen, Suizidalität, soziale Ängste oder Panikanfälle (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S.21-22).

2.1 Suchtformen

Laut ICD-10 wird zwischen zwei Suchtformen unterschieden. Es gibt zunächst die substanzungebundene Sucht, die nicht den Kriterien der Abhängigkeit entspricht, da zur eindeutigen Bestimmbarkeit die Stofflichkeit fehlt. Nach ICD-10 wird diese Suchtform als abnorme Gewohnheit oder Störung der Impulskontrolle bezeichnet. Beispiele dafür sind die Internetsucht oder auch die Arbeitssucht (vgl. Ducki, Antje 2013, S.3-4). Die erste stoffungebundene Sucht, die tatsächlich als Abhängigkeitserkrankung im DSM-5 (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) aufgeführt wurde, ist die Glücksspielsucht.

Ansonsten wird eine Sucht nur als Krankheit diagnostiziert, wenn Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien wie Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel und/ oder andere psychotrope Substanzen konsumiert werden. Der rechtliche Status einer Substanz spielt bei der Diagnose nach ICD-10 keine Rolle. Jede Sucht, die mit Substanzkonsum verbunden ist, wird gleichermaßen aufgenommen, unabhängig davon, ob die Substanz illegal oder legal ist (vgl. Laging, Marion 2020, S. 15-16).

Die substanzgebundene Sucht ist die zweite Variante der Suchtformen. Sie wird vom ICD-10 als Abhängigkeitssyndrom klassifiziert und beschreibt den Konsum von einer oder mehrerer psychotroper Substanzen, der zur Abhängigkeit oder zu Gesundheitsschädigungen führt (vgl. Ducki, Antje, S. 3-4).

Beim Suchtgeschehen der stoffgebundenen Sucht steht also der Konsum psychoaktiver Substanzen im Vordergrund, wobei bei der stoffungebundenen Sucht ein bestimmtes Verhalten im Zentrum steht. Bei beiden Formen ist die Schwierigkeit, sein eigenes Verhalten angemessen zu kontrollieren. Deshalb gibt es auch einige Autor*innen, die nicht den Substanzkonsum als ausschlaggebendes Kriterium einer Abhängigkeit sehen, sondern die hinter der Sucht stehende Psycho-Dynamik, die bei beiden Suchtformen vergleichbar vorliegt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 15-16).

2.2 Psychotrope Substanzen

Psychotrope oder auch psychoaktive Substanzen sind Wirkstoffe oder Wirkstoffmischungen, die Einfluss auf die menschliche Psyche nehmen. Die beiden Begriffe ersetzen den Begriff Rauschgift, denn dieser ist nicht neutral gegenüber der Illegalität oder der Legalität einer Substanz (vgl. Laging, Marion 2020, S. 36).

Psychoaktive Substanzen verändern die psychische Befindlichkeit durch neuronale Einflüsse über das Nerven- oder Hormonsystem der Menschen (vgl. Aldrian, Susanne 2019, S. 5). Je nach Substanz kann der Einfluss eher unterschwellig, Entspannung und eine anregende Stimmungsveränderung hervorrufen oder den Bewusstseinszustand weitgehend beeinträchtigen und zu Bewusstseinsstörungen oder Krampfanfällen führen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 36). Es gibt sieben verschiedene Stoffgruppen und drei verschiedene Wirkungsgruppen der psychoaktiven Substanzen. Die Stoffgruppen heißen psychedelische Substanzen und Halluzinogene, zu denen zum Beispiel Cannabis und LSD (Lysergsäurediethylamid) zählen, Psychostimulantien wie Nikotin, Koffein oder Amphetamine und die Opioidanalgetika wie Heroin oder Morphin bilden ebenfalls eine Stoffgruppe. Außerdem gibt es noch Anxiolytika zu den Benzodiazepinen zählen, Antidepressiva, nicht selektive zentralvenös dämpfende Substanzen wie Schlaf- und Narkosemittel und Neuroleptika (vgl. Aldrian, Susanne 2019, S. 5-8).

Neben dieser Einteilung der Substanzen gibt es noch die Einteilung nach der Wirkung. Hier gibt es drei Gruppen, die Stoffe mit erlebnis- und wahrnehmungsverändernder Wirkung wie LSD, Engeltrompete oder Cannabis, die psychostimulierenden und antreibenden Wirkstoffe wie Kokain, Ecstasy und Crystal Meth und die zentral dämpfenden und zugleich euphorisierenden Wirkstoffe wie Alkohol und Opioide.

Da häufig mehrere Substanzen gleichzeitig oder im Wechsel mit kurzen zeitlichen Abständen konsumiert werden, gibt es dementsprechend häufig auch eine Überschneidung der Wirkungskomponenten der verschiedenen Substanzen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 36-38).

2.3 Entwicklung des Suchtbegriffes

Das Verständnis von Sucht als eine behandelbare und behandlungsbedürftige Krankheit ist ein moderner Ansatz und eine moderne Ansicht zum Phänomen Sucht. Der Konsum von bewusstseinsverändernden Substanzen hat jedoch eine viel längere Tradition als dieser Ansatz. In ca. 60.000 Jahre alten Grabstätten wurden Rückstände von bewusstseinsverändernden Substanzen in Form von Grabbeigaben gefunden. Der Konsum psychotroper Substanzen hat also eine lange Tradition in der Geschichte der Menschheit. Die gesellschaftliche Akzeptanz hinsichtlich der Konsummuster und Konsummengen hat sich aber im Verlauf der Zeit drastisch verändert (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S.32).

In der Zeitspanne vom 6. Jahrhundert bis zum 15. Jahrhundert, also im Mittelalter und der frühen Neuzeit war Alkohol ein fester Bestandteil der Ernährung der Menschen und sorgte für eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme. Bier und Wein hatten einen hohen Stellenwert im Alltag und waren gleichzeitig Lebensmittel und Rauschmittel. Die Menschen tranken einen Liter Wein und zwei bis drei Liter Bier am Tag. Aus heutiger Sicht waren die Menschen im Mittelalter, mit diesem Konsummuster, alle Alkoholabhängig. Auch wenn die doppelte Menge an Alkohol konsumiert wurde, dann wurde das damals von Gesellschaft nicht als unnormal eingeschätzt (vgl. Spock, Hasso 2013, S. 11-12). Wenn der Alkohol nicht ausschließlich als Lebensmittel verwendet wurde, gab es eine Ritualisierung der Rauscherlebnisse. Wie auch heute noch unterstützte der gemeinsame Konsum die Herstellung einer kollektiven Identität. Die Menschen trafen sich in dieser Zeit teilweise, um sich kollektiv bis zur Bewusst- oder Besinnungslosigkeit zu betrinken. Zum Ende der Zeit des Mittelalters gab es dann Verbote des exzessiven Privatkonsums, um genau das zu verhindern (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 32).

Zu Beginn der frühen Neuzeit ging der Alkoholkonsum deutlich zurück. Das Suchtmittel wurde mit Kaffee, Tee und Tabak ersetzt und Nüchternheit wurde zum Alltag (vgl. Spock, Hasso 2013, S. 12). Außerdem veränderte sich zur gleichen Zeit das Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Zunächst wurde alles von Gott gegeben und beherrscht, auch Gesundheit und Krankheit. Im Sinne des christlich-religiösen Weltbildes waren Gesundheit und Krankheit also schicksalhaft gegeben und nicht beeinflussbar. In der frühen Neuzeit verstand man Krankheit jetzt aber nicht mehr als unabänderlichen Fakt, sondern es wurde erkannt, dass Gesundheit und Krankheit die Aufgabe eines jeden Individuums sind und durch Selbstkontrolle beeinflussbar sind. Im Sinne dieser Erkenntnis wurde Alkoholkonsum sukzessiv problematisiert und häufige Trunkenheit als Laster gesehen. Hemmungsloses Trinken wurde moralisch stigmatisiert und man suchte nach Ursachen für den hemmungslosen Konsum (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 32).

Im 17. Jahrhundert wurde erstmals, von hochgradiger Trunkenheit als Geisteskrankheit innerhalb des ärztlichen Diskurses, gesprochen. Es wird aber weiterhin nur als Laster und nicht als Krankheit gesehen, weil Alkohol weiterhin in der Medizin als Stärkungs- und Heilmittel angesehen wird. Um 1800 wird das zwanghafte Trinken wieder in den Diskurs gerückt und es wird jetzt davon gesprochen, dass Menschen, die häufig und exzessiv trinken, Opfer des Alkohols werden. Es wird ebenfalls erkannt, dass Organ- und Nervenschäden als Folge häufiger Trunkenheit auftreten können. Im Jahr 1819 wird die erste Studie über die Trunksucht von Constantin von Brühl-Cramer veröffentlicht. Er bezeichnet die Trunksucht bereits als seelische Erkrankung und unterscheidet zwischen periodischen und anhaltenden Formen (vgl. Spock, Hasso 2013, S.13). Constantin von Brühl-Cramer sieht als erster Alkoholsucht als Krankheit an und schreibt die Verantwortung dafür nicht den Betroffenen zu, sondern dem Alkohol selbst. Der Ansatz wurde jedoch von den Mediziner*innen der Zeit nicht anerkannt, da man weiterhin dem religiös-moralischen Weltbild folgte und der Ansatz nicht in einem wissenschaftlich-medizinischen Diskurs beleuchtet wurde.

In der Zeit der Aufklärung wurden Wissenschaft und Religion voneinander getrennt betrachtet und das wirkte sich auch auf die Betrachtung des Alkoholkonsums und dessen Folgen aus. Zum Beginn des 19. Jahrhunderts werden die religiös-moralischen Erklärungsversuche mit medizinisch-psychologischen Erklärungsmustern ersetzt und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Alkohol und Drogenkonsum steigt stark an (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 32-33). Gründe oder Ursachen für die Trunksucht konnte man sich weiterhin nicht einheitlich erklären. Es gab Ansätze, die innere Ursachen dafür verantwortlich machten, andere versuchten Ursachen in Umweltfaktoren zu finden oder der Wohlstand wurde als Grund genannt. Trotzdem wurde 1900 die Trunksucht von der Medizin anerkannt und es gab sogenannte Entwöhnungskuren unter Aufsicht eines Arztes oder einer Ärztin, als Behandlung der Krankheit.

Im Jahr 1915 wurde die Krankheit Trunksucht in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen und so wurde eine Zwangstherapie möglich (vgl. Spock, Hasso 2013, S. 13-14). Es wurde ebenfalls erkannt, dass bei einem pathologischen Zwang die Menschen Behandlung benötigen und geheilt werden müssen und dass sittliche Verurteilung nicht zielführend ist. Die Einrichtungen zur Unterbringung und Versorgung der Betroffenen wurden institutionalisiert und professionalisiert. Alkoholabhängigkeit wurde zunächst nicht von der Medizin als Krankheit, die eine Behandlung erfordert, anerkannt. Jedoch wurden die Betroffenen sanktioniert, weiterhin aus der Gesellschaft ausgeschlossen und zusammen mit ebenfalls marginalisierten Gruppen, wie Obdachlose oder psychisch kranken Personen untergebracht. Sucht wird als Fehlverhalten angesehen und das legt die Grundlage für Ausschließungsprozesse, die soziale und gesundheitliche Folgen für die Betroffenen hervorrufen können.

Um sich weiter und intensiver wissenschaftlich mit der Krankheit und dem Krankheitsmodell auseinandersetzen zu können, wird die Selbsthilfeorganisation AA (Anonyme Alkoholiker) gegründet. Im Jahr 1968 wird Alkoholabhängigkeit nun als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt. Das führt dazu, dass Betroffenen jetzt einen rechtlich gesicherten Anspruch auf Behandlung durch die Kranken- oder Rentenversicherungsträger haben. Im Zuge der Anerkennung der Alkoholsucht werden auch weitere Abhängigkeiten, zum Beispiel Amphetamin-, Cannabis- oder Heroinabhängigkeit professionell vom Suchthilfesystem bearbeitet. Auch für stoffungebundene Süchte entwickelt sich ein Verständnis zum Beispiel für die Glücksspielsucht. Trotz der Anerkennung als Krankheit werden Suchtkranke weiterhin als willensschwache und unmoralische Personen angesehen. Betroffene werden weiter aus der Gesellschaft ausgeschlossen und bis heute besteht ein Diskurs darüber, ob Sucht als eine Krankheit oder als ein moralisches Fehlverhalten zu betrachten ist. Die Stigmatisierung wirkt sich häufig negativ auf die soziale Teilhabe oder auf die Gesundheit der Betroffenen aus. Für das System der Suchthilfe bedeutet die Stigmatisierung vor allem, dass Behandlungsmaßnahmen durch das Gesundheitswesen zu legitimieren sind, wenn Sucht lediglich als moralisches Fehlverhalten angesehen wird (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 33-38).

2.4 Diagnosekriterien

Je nach Diagnosesystem gibt es verschiedene Diagnosekriterien für das Abhängigkeitssyndrom. Wichtige Diagnosesysteme für die Soziale Arbeit sind die bio-medizinischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5. Das ICD-10 ist die zehnte Auflage der internationalen Klassifikation psychischer Störungen und wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Das DSM-5 ist die fünfte Auflage des diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen, welches von der American Psychiatric Association herausgegeben wird. Diese beiden Systeme sind international anerkannt und werden vor allem im klinischen Bereich angewendet. Sie folgen beide dem bio-medizinischen Krankheitsmodell.

Es gibt jedoch auch Systeme, die sich auf das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell beziehen und dementsprechend soziale Dimensionen stärker mit einbeziehen. Das ist zum einen die ICF also die internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, welches ebenfalls von der WHO herausgegeben wird und zum anderen das DIMDI, das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (vgl. Laging, Marion 2020, S. 159-165).

Im Folgendem wird sich auf die Diagnosekriterien der ICD-10 und des DSM-5 konzentriert, da diese international anerkannt und sehr relevant für die Soziale Arbeit sind.

Nach ICD-10 wird in riskanten Konsum, schädlichen Konsum und Abhängigkeit unterschieden. Von riskantem Konsum spricht man, wenn noch keine Schäden durch den Suchtmittelkonsum aufgetreten sind aber es ein erhöhtes Risiko gibt, an einschneidenden negativen Folgen zu leiden wie zum Beispiel gesundheitlichen Risiken oder strafrechtlichen Risiken auf Grund des Konsums illegaler Substanzen. Ein schädlicher Gebrauch wird diagnostiziert, wenn psychische oder physische Gesundheitsschäden auf Grund des Konsummusters auftreten (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S.22). Wenn eine Inhaftierung oder Eheprobleme auf Grund des Konsummusters vorliegen, wird kein schädlicher Gebrauch nach ICD-10 diagnostiziert, denn soziale Schäden werden nicht mit eingeschlossen und sind nicht diagnoserelevant (vgl. Laging, Marion 2020, S. 163).

Für die Diagnose der Abhängigkeit gibt es sechs verschiedene Diagnosekriterien. Die ersten beiden weisen auf eine verminderte Kontrollfähigkeit oder auf Kontrollverlust hin. Das erste Kriterium ist ein starker Wunsch oder eine Art innerer Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren. Nummer zwei ist eine verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums. Die nächsten

beiden Kriterien weisen auf eine körperlich manifeste Abhängigkeit hin. Das sind zunächst das Auftreten des körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Konsums und der Nachweis einer Toleranz. Um die gleiche Wirkung der psychotropen Substanz zu erhalten, ist also nach und nach eine immer höhere Dosierung nötig. Das fünfte Diagnosekriterium ist die Interessenzentrierung, das heißt andere Interessen oder andere Arten des Vergnügens werden zu Gunsten des Substanzkonsums vernachlässigt. Zum Beispiel um die Substanz zu beschaffen, um zu konsumieren oder um sich von den Folgen des letzten Konsums zu erholen. Das letzte Kriterium ist der Nachweis eindeutiger Folgeschäden, wie zum Beispiel Leberschädigungen oder depressive Verstimmungen.

Um ein Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 zu diagnostizieren, müssen mindestens drei von sechs Diagnosekriterien in den vergangenen sechs Monaten gleichzeitig vorliegen. Eine Abhängigkeit kann also auch diagnostiziert werden, wenn keine körperliche, sondern eine psychische Abhängigkeit vorliegt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 161-163).

Beim DSM-5 gibt es ebenfalls eine Reihe von Diagnosekriterien, um eine sogenannte Substanzgebrauchsstörung festzustellen. Hier werden im Gegensatz zum ICD auch soziale Schäden durch den Substanzkonsum mit einbezogen. Dadurch werden die Früherkennung und die Frühintervention erleichtert. Jedoch steigt dadurch auch die Diagnosewahrscheinlichkeit für ressourcenarme Bevölkerungsgruppen an, weil weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, die die sozialen Auswirkungen der substanzbezogenen Störung kompensieren.

Übereinstimmende Diagnosekriterien der beiden Klassifikationssysteme sind das starke Verlangen zu konsumieren, die Interessenzentrierung auf den Suchtmittelkonsum, Toleranzentwicklung, Entzugssymptomatik und Kontrollminderung bzw. der Kontrollverlust. Dazu kommen die sozialen Kriterien, also das Versagen bei der Erfüllung wichtiger sozialer Verpflichtungen zum Beispiel in der Schule oder bei der Arbeit auf Grund des Konsums. Zusätzlich erfolglose Versuche der Kontrolle des Konsummusters und anhaltender Konsum trotz wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.

Um eine Substanzgebrauchsstörung zu diagnostizieren, müssen innerhalb von zwölf Monaten mindestens zwei Merkmale gegeben sein. Um den schleichenden Krankheitsverlauf besser abzubilden, wird nochmal zwischen einer moderaten und einer schweren Ausprägung der Substanzgebrauchsstörung unterschieden. Bei der Erfüllung von zwei bis drei Diagnosekriterien wird von einer moderaten

Substanzgebrauchsstörung gesprochen und bei der Erfüllung von vier oder mehr Kriterien von einer schweren Ausprägung (vgl. Laging, Marion 2020, S. 163-164).

2.5 Beispiel Medikamentenabhängigkeit

Aus den Diagnosekriterien wird zwar deutlich welche Verhaltensweisen oder Symptome eine Person aufweisen muss, damit eine Abhängigkeitsdiagnose gestellt wird, jedoch wird dort nicht der Verlauf und die Entwicklung einer Sucht dargestellt. Um nachvollziehen zu können, welchen Abläufen und Phasen der Abhängigkeit die Suchtprävention entgegenwirken muss, werden nun die Phasen der Sucht am Beispiel der Medikamentenabhängigkeit vorgestellt.

Die relevanteste Medikamentengruppe im Abhängigkeitskontext sind Medikamente, die zur Normalisierung gestörter psychischer Funktionen eingesetzt werden, die Psychopharmaka. Ungefähr vier bis fünf Prozent der Medikamente, die zur Behandlung psychischer oder physischer Erkrankungen genutzt werden, können eine körperliche Abhängigkeit hervorrufen. Die Zahl der Medikamente und deren Wirkungen sind kaum überschaubar. Außerdem ist der Konsum nicht so leicht nachzuweisen wie bei Alkohol oder Cannabis. Verschreibungspflichtige Medikamente werden vor allem von Studierenden, Menschen die in der Nacht arbeiten, Selbstständigen und Beschäftigten im Gesundheitsbereich als Versuch der Leistungssteigerung und Lernleistungssteigerung eingenommen. Für die Lernleistungssteigerung werden vor allem Antidepressiva, ADHS-Medikamente, am häufigsten Ritalin und Antidementativa eingesetzt. Substanzen, die zur Leistungssteigerung eingesetzt werden, sind in der Regel Kombinationsschmerzmittel, die Koffein enthalten, zum Beispiel Methamphetamine und Amphetamine (vgl. Holzbach, Rüdiger 2013, S. 75-77).

Das Weckmittel Amphetamin ist chemisch mit dem körpereigenen Überträgerstoff Adrenalin verwandt und wird zur Bekämpfung von Müdigkeit bei besonderer geistiger Belastung eingesetzt. In der Vergangenheit war es ein klassisches Dopingmittel bei Sportler*innen, kann jedoch heute sehr leicht nachgewiesen werden. Es wurde ebenfalls in der Medizin als Weckmittel verwendet und bei Kindern und Jugendlichen mit der Krankheit ADHS. Amphetamin wirkt durch die Freisetzung von Noradrenalin, für das zentrale Nervensystem stimulierend. Es steigert die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, wirkt schlafhemmend, Appetit zügelnd und monotone oder schnell ermüdende Arbeiten können länger und ausdauernder durchgehalten werden. Die Wirkung kann bei häufiger Einnahme mit der Wirkung von Kokain verglichen werden, die Stimmungslage wird gehoben und die Konsumierenden sind euphorisch (vgl. Täschner, Karl L. 2013, S. 96-97).

Neben solchen Medikamenten zur Leistungssteigerung werden aber ebenfalls Medikamente gegen Stress und Überforderung missbraucht, wie zum Beispiel Benzodiazepine als Schlaf- oder Beruhigungsmittel. Bei diesem Wirkstoff kann die Wirkung mit der Wirkung von Alkohol verglichen werden. Geringe Dosen machen entspannt und höhere Dosen können bis zu einer Schlaf anstoßenden Wirkung führen. Der Vorteil des Medikamentes ist, dass es im Gegensatz zu Alkohol sehr langsam abgebaut wird und die Wirkungsdauer dementsprechend lange anhält. Außerdem ist der Einfluss des Medikamentes von außen schwieriger wahrzunehmen, da kein Atemalkohol festgestellt werden kann. Der Nachteil ist jedoch, dass der Körper sich sehr schnell an das Medikament gewöhnt, dementsprechend schnell abhängig wird und die Nebenwirkungen bereits vor der Abhängigkeit auftreten.

Menschen, die von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen sind, stufen sich selbst häufig nicht, also solche ein, da das Medikament am Anfang häufig von einem Arzt verschrieben wurde. Nach wenigen Wochen der Einnahme tritt jedoch bereits ein Gewöhnungseffekt ein und die niedrige Dosierung verursacht nicht mehr die gleiche Wirkung wie am Anfang. Grund dafür ist die Gegenreaktion des Körpers, die ausgelöst wird, um der dauerhaften dämpfenden Wirkung des Medikamentes entgegenzuwirken. Häufig wird dann entweder ein anderer Arzt aufgesucht, der den Betroffenen eine höhere Dosierung verschreiben soll oder es wird zu anderen Beschaffungswegen gegriffen wie zum Beispiel das Internet. Die Gegenreaktion des Körpers überwiegt jedoch im Laufe der Zeit und Betroffene leiden häufig an einer Wirkungsumkehr. Das heißt, sie bekommen durch die Wirkungsumkehr des Medikamentes Unruhe, Ängstlichkeit, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen. Bei Versuch des Absetzens der Medikamente als Folge der Wirkungsumkehr werden die unerwünschten Folgen jedoch stärker weil, dann die ersten Entzugserscheinungen eintreten.

Die erste Phase der Medikamentenabhängigkeit ist die Wirkungsumkehr. Bei der Dosierungssteigerung stellen sich dann Symptome der Apathie ein und es folgt die zweite Phase, die Apathiephase. Hier findet eine emotionale Abstumpfung statt, das Empfinden von tiefer Trauer oder Freude ist nicht mehr möglich. Außerdem sinken die Gedächtnisleistung, die körperliche Energie und die Problemlösefähigkeit. In dieser Phase werden die Medikamente meistens noch von Ärzten verschrieben, deshalb gibt es auch keine typischen süchtigen Verhaltensweisen. Die dritte Phase ist die Phase der Sucht, hier beginnen Betroffene von Arzt zu Arzt zu gehen, um mehr Medikamente und eine höhere Dosis zu bekommen. Betroffene erkennen ihre Abhängigkeit nicht, da die Medikamente verschrieben werden und viele Ärzte erkennen die Schlaf- oder Beruhigungsmittelabhängigkeit ebenfalls nicht. Auf Grund dessen kommen nur wenige

Medikamentenabhängige in eine Entzugsbehandlung. In Deutschland gibt es ungefähr 1,9 Millionen Medikamentenabhängige und davon sind zwei Drittel der Langzeit konsumierenden Frauen, denn Männer greifen bei seelischen Problemen eher zu Alkohol (vgl. Holzbach, Rüdiger, S. 75-80).

2.6 Gründe und Ursachen für eine Sucht

Es gibt verschiedene Faktoren, die eine Abhängigkeit begünstigen, eine Sucht ist ein komplexes Konstrukt und die Ursachen oder Gründe für diese sind multifaktoriell. Die Ursache einer Sucht setzt sich aus biologischen, psychologischen, genetischen und sozialen Faktoren zusammen, je nach Quelle oder Profession wird den jeweiligen Faktoren eine mehr oder weniger starke Gewichtung zugeschrieben. Auf Grund der unterschiedlichen Gewichtung der Faktoren gibt es kein einheitliches Modell zu Erklärung der Entstehung einer Suchtmittelabhängigkeit (vgl. Nolte, Frank 2019, S.137). Im weiteren Verlauf werden zunächst gesellschaftliche Vorurteile über die Ursachen der Sucht vorgestellt. Im Anschluss wird eine Auswahl verschiedener Erklärungsmodelle der Suchtmittelabhängigkeit erläutert. Das Wissen über die verschiedenen Ursachen und Gründe einer Abhängigkeit ist die Grundlage für Ansätze der Suchtprävention und erleichtert das Verständnis dieser.

Ein weit verbreitetes Vorurteil über abhängige Menschen ist, dass sie eine labile, willensschwache oder unbeherrschte Persönlichkeit haben. Damit wird suggeriert, dass Sucht nur eine Frage der Persönlichkeit oder eine Frage des Charakters sei (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S.23). Die psychische Konstitution, also der Umgang mit negativen Gefühlen und Lebenserwartungen beeinflussen zwar das Risiko an einem Abhängigkeitssyndrom zu erkranken, jedoch ist eine Person, die aus ihrem seelischen Gleichgewicht geraten ist, nicht automatisch Suchtmittel abhängig. Eine Traumatisierung, eine Angststörung oder eine depressive Symptomatik sind keine Indikatoren und keine Garantie für eine Sucht (vgl. Pröbß, Andrea/ Schnell, Thomas/ Koch, Leona Julie 2019, S. 12). Unter Suchtkranken gibt es eine genauso breite Vielfalt von Persönlichkeiten wie unter nicht Suchtkranken auch. Es gibt Obdachlose, die ein Abhängigkeitssyndrom haben aber es gibt ebenfalls Führungspersönlichkeiten die an einer Suchterkrankung leiden (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S. 23).

Schwere Schicksalsschläge oder zum Beispiel eine schwere Kindheit werden ebenfalls häufig als Erklärung von Betroffenen oder Angehörigen für eine Sucht benutzt. Es wird der Vorstellung gefolgt, dass ein überhöhter Konsum nach einem Schicksalsschlag schlagartig eintritt. Der Vergleich von Lebensläufen von abhängigen und nicht abhängigen Personen zeigt jedoch keine erheblichen Unterschiede auf. Außerdem

können psychische Probleme oder traumatische Erlebnisse auch eine Folge von bereits vorhandenem überhöhtem Suchtmittelkonsum sein. Einen einzelnen tatsächlichen Grund für ein Abhängigkeitssyndrom kann nicht festgelegt werden, da der Prozess einer Abhängigkeit von vielen verschiedenen individuellen Faktoren beeinflusst wird und schleichend verläuft.

Diesen schleichenden Prozess umfangreich abzubilden versuchen psychologische Erklärungsmodelle der Sucht. Verschiedene Schulen der Psychologie aber auch der Soziologie, Medizin, Gesundheitswissenschaft und der Wissenschaft der Sozialen Arbeit haben unterschiedliche Modelle, Ansätze und Theorien dazu, wie riskanter Konsum, Missbrauch oder eine Sucht entstehen kann. Im weiteren Verlauf werden fünf ausgewählte Modelle oder Erklärungsansätze, die eine relevante Rolle für die Suchtprävention spielen erläutert (vgl. Laging, Marion 2020, S. 24)

2.6.1 Biomedizinisches Modell

Zu Beginn wird das Biomedizinische Modell betrachtet. Es ist eines der einflussreichsten Modelle von Gesundheit und Krankheit und hat eine pathologische Fokussierung auf biologische Krankheitsursachen.

In diesem Modell gibt es eine dichotome Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit bezogen auf die Funktionsfähigkeit des Körpers eines Menschen. Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit gewertet und dieses Verständnis von Gesundheit ist Grundlage der praktischen Medizin. Es wird davon ausgegangen, dass Körper und Geist eines Menschen zwar zusammen arbeiten, jedoch unabhängig voneinander behandelt und geheilt werden können. Der Mensch wird mechanisch betrachtet und Krankheiten werden mit Hilfe von Diagnosen festgestellt. Dazu wird häufig das Klassifikationssystem ICD-10 angewendet. Mit einer der Diagnose entsprechenden Therapie wird dann der Zustand der Gesundheit wieder erlangt.

Für eine abhängige Person bedeutet das, dass lediglich die Intoxikation und die damit einhergehenden Symptome und körperliche Folgeschäden behandelt werden. Bei einer Entgiftung wird dementsprechend die Intoxikation beseitigt und nach Bedarf werden die Entzugssymptome durch Medikamente gelindert. Der Prozess wird ärztlich überwacht, jedoch sind die Betroffenen danach nicht von der Sucht geheilt, sondern ihr Körper ist lediglich frei von der konsumierten Substanz.

Auf Grund dessen sagen Kritiker*innen, dass die Komplexität des Gesundheitsbegriffs in diesem Modell enorm reduziert wird. Es wird die Krankheit gesondert von der betroffenen Person betrachtet und nicht die individuellen Umstände der kranken Person. Da die psychische Komponente nicht in die Behandlung mit einbezogen wurde, entsteht

keine nachhaltige Abstinenz. Patienten und Patientinnen fangen häufig innerhalb kurzer Zeit nach einer Entgiftung an, erneut Suchtmittel zu konsumieren. Die Reduzierung komplexer Vorgänge und die eindimensionale Betrachtung einer Krankheit können helfen, sich auf das wesentliche zu konzentrieren. Bei vielen anderen Krankheiten erweist sich diese Vorgehensweise als hilfreich, jedoch kann diese bei einem Abhängigkeitssyndrom gefährlich sein und dazu führen, dass nicht die gewünschten Erfolge erzielt werden. Bei einer Suchterkrankung müssen neben den physiologischen Faktoren einige andere Faktoren ebenfalls betrachtet werden. Das sind Faktoren wie die soziale Gliederung (z.B. die soziale Schicht, das Geschlecht oder das Alter), Faktoren der physischen und sozialen Umwelt (z.B. der Wohnstandard, der Zugang zu Gesundheitsdiensten oder der Zugang zu Freizeiteinrichtungen) oder Faktoren des Lebensstils (z.B. die Ernährung oder psychosoziale Faktoren wie Stress) (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 13-18).

2.6.2 Biopsychosoziales Modell

Im biopsychosozialen Modell wird das Modell des Menschen als komplexe Maschine abgelöst. Neben den somatischen Faktoren, die im biomedizinischen Modell beleuchtet wurden, werden hier auch psycho-soziale Faktoren zur Erklärung einer Krankheit mit einbezogen. In diesem Modell wird von drei Faktoren, die in einem Wechselverhältnis zueinander stehen ausgegangen. Diese drei Bedingungsgefüge von Krankheitsentwicklungen sind die biologisch-organische, die psychische und die soziale Perspektive. Besonders wichtig für Suchterkrankungen ist hier, dass soziale Faktoren als kausale Faktoren für die Krankheitsentwicklung bedeutsam werden. Die Bedeutsamkeit des sozialen Faktors in der Suchtentwicklung und in der Suchtbewältigung wird mit diesem Modell gut belegt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 20).

Mit diesem Modell werden die eindimensionalen Erklärungsmodelle, in denen psychotrope Substanzen als teuflisch klassifiziert werden, abgelöst. Heute geht man nicht mehr davon aus, dass psychoaktive Substanzen suchterzeugend, also der einzige Grund einer Sucht sind, sondern, dass psychotrope Substanzen suchtfördernd sind. Auf Grund dieser Erkenntnis werden persönliche Merkmale in diesem Erklärungsmodell in psychische und physische Merkmale unterteilt. Diese Unterteilung hat den Vorteil, dass es leicht erkennbar ist, wo die Medizin und wo die Psychologie ansetzen muss (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 26-36).

2.6.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren stammt aus der Gesundheitswissenschaft, genauer aus der Epidemiologie, diese untersucht den Zusammenhang zwischen Risikofaktoren und Gesundheitsproblemen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 25). Die Risiko- und Schutzfaktoren sind die psycho-sozialen Faktoren, die im multifaktoriellen Ansatz des biopsychosozialen Modells zu Erklärung einer Krankheit mit einbezogen werden. Unter Risikofaktoren versteht man Merkmale einer Person oder ihrer Umgebung, die das Auftreten einer Erkrankung wahrscheinlicher werden lassen. Ein Risikofaktor hinsichtlich einer Suchterkrankung ist laut epidemiologische Studien zum Beispiel eine suchtblastete Familie. Kinder aus suchtblasteten Familien haben ein höheres Risiko, selbst ein Abhängigkeitssyndrom zu entwickeln.

Unter Schutzfaktoren versteht man Merkmale einer Person oder ihrer Umgebung, die die Gesundheit erhalten und fördern. Eine Resilienz fördernde Intervention stärkt zum Beispiel diese Schutzfaktoren (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 36-37). Es wird davon ausgegangen, dass die Stärkung von Schutzfaktoren wirkungsvoller sein kann als das Anknüpfen gegen Risikofaktoren.

In der Präventionsarbeit sowie in der Suchttherapie ist es für die Akteure von hoher Bedeutung, die Schutz- und Risikofaktoren, die sich auf die Entwicklung eines Substanzmissbrauchs auswirken können zu kennen. Persönliche Faktoren hinsichtlich der Entwicklung einer Abhängigkeit sind zum Beispiel eine prämorbidale Persönlichkeit, Heredität, das frühkindliche Milieu, die sexuelle Entwicklung, die aktuelle Stresssituation und die Familie. Risiko- oder Schutzfaktoren hinsichtlich der konsumierten Substanz können die individuelle Reaktion, die Dosis, die Art der Implikationen, die Gewöhnung und die Griffnähe sein. Auch im sozialen Milieu gibt es Risiko- und Schutzfaktoren, diese können zum Beispiel der Beruf, die Religion, die Gesetzgebung, die Wirtschaftslage, die Konsumsitten und die Werbe- und Modeeinflüsse sein. Der Einfluss der genannten Faktoren wurde wiederholt und belastbar epidemiologisch nachgewiesen und sie sind in Beziehung zueinander zu sehen, die haben keinen unabhängigen Einfluss.

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren ist besonders für die Präventionsmaßnahmen enorm wichtig, denn sie haben das Ziel Risikofaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu maximieren. Ohne das Wissen aus den Studien der Epidemiologie wäre das kaum möglich (vgl. Laging, Marion 2020, S. 25-27).

2.6.4 Entwicklungspsychologische Perspektive

Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie hinsichtlich eines Abhängigkeitssyndroms sind besonders wichtig, da der Konsum psychoaktiver Substanzen fast immer in der Jugendphase aufgenommen wird (vgl. Laging, Marion 2020, S. 27). Kinder haben eine generelle Abneigung Suchtmitteln gegenüber, beobachten jedoch regelmäßig Konsum bei Erwachsenen. Sie lernen die angenehme Wirkung der Substanzen kennen und bei welchen Gelegenheiten konsumiert wird. Die ersten eigenen Erfahrungen werden häufig im Jugendalter mit Gleichaltrigen ohne die Aufsicht von Erwachsenen gemacht (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S. 23-24).

Es wird davon ausgegangen, dass gesundheitsbezogene Risikoverhaltensweisen zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, die sich aus biologischen Entwicklungsprozessen, sozialen Anforderungen und individuellen Zielen zusammensetzen, beitragen sollen. Zu den gesundheitsbezogenen Risikoverhaltensweisen zählt unter anderem auch der Substanzmittelkonsum. Die Bewältigung der Aufgaben kann gesellschaftlich erschwert werden und die Kriterien für den Erwachsenenstatus werden immer unklarer. Der Konsum psychoaktiver Substanzen lässt sich durch Schwierigkeiten beim Bewältigen der Entwicklungsaufgaben erklären. Die Erfüllung der Entwicklungsaufgaben stellt sich also als wichtiges Motiv für den Suchtmittelkonsum heraus. Der Konsum kann bei der Bewältigung verschiedenen Funktionen einnehmen.

Jugendliche konsumieren zum Beispiel, um Unabhängigkeit von ihren Eltern zu demonstrieren oder um die elterliche Kontrolle bewusst zu verletzen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 26-28). Die nächste Funktion ist der Aufbau von Beziehungen. Je weniger sozial angepasst ein Jugendlicher ist, desto höher ist das Risiko für exzessiven Suchtmittelkonsum. Durch den gemeinsamen Konsum wird die Dazugehörigkeit demonstriert und der soziale Status innerhalb der Peergroup erhöht (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S. 24). Neben diesen Funktionen des Suchtmittelkonsums für Jugendliche, können sie durch den Konsum den Erwachsenenstatus anzeigen, da das Konsumieren von psychotropen Substanzen mit Gefühlen des Erwachsenseins verbunden werden. Auch zur Identitätsentwicklung wird der Konsum genutzt. Es werden neue Verhaltensweisen ausprobiert, Grenzen überschritten, bewusstseinsweiternde Erfahrungen gemacht und der Selbstwert wird gesteigert. Durch die Zugehörigkeit zu einer Szene, in diesem Fall die Drogenszene wird den Jugendlichen ein Gefühl von einer gemeinsamen Identität gegeben, sie haben das Gefühl sich von der breiten Masse abzuheben. Substanzkonsum kann ebenfalls ein Ausdruck von sozialem Protest sein,

also eine beabsichtigte Normverletzung zur Demonstration der eigenen Unabhängigkeit. Durch solche Verhaltensweisen wird ein eigenes Wertesystem entwickelt.

Die genannten Motive für den Suchtmittelkonsum im Jugendalter sind alle ähnlich aufgebaut. In jedem Fall werden psychotrope Substanzen dazu eingesetzt eine Entwicklungsaufgabe zu bewältigen, zum Beispiel, um den Erwachsenenstatus zu erlangen oder ein eigenes Wertesystem aufzubauen. Jedoch konsumieren Jugendliche ebenfalls zur Stress oder Gefühlsbewältigung bei zum Beispiel Entwicklungsproblemen, zur Entspannung oder zum entkommen, von Problemen. Es gestaltet sich dementsprechend schwierig, den Unterschied zwischen entwicklungsgerechtem Risikoverhalten und intervenierungsbedürftigem Missbrauch zu erkennen oder zu definieren. Wichtig ist zu beobachten, ob konsumiert wird, um Entwicklungsaufgaben zu bewältigen oder ob der Konsum der psychoaktiven Substanzen keinen funktionalen Wert hinsichtlich der Aufgabenbewältigung mehr hat. Ein Großteil der Jugendlichen stellt den exzessiven Suchtmittelkonsum nach Abschluss der Jugendphase wieder ein.

Das Suchtrisiko erhöht sich jedoch, wenn bei multiplen Entwicklungsaufgaben gescheitert wird, dann kann sich der Substanzkonsum verfestigen und sich zu einer Sucht entwickeln. Hinsichtlich der Suchtpräventionsmaßnahmen ist also wichtig, dass Jugendliche mit Hilfe von spezifischen und unspezifischen Ansätzen bei dem Bewältigen ihrer Entwicklungsaufgaben unterstützt werden (vgl. Laging, Marion 2020, S. 29-31). Wenn die Betroffenen keine ausreichende Hilfe, erfahren kann der Suchtmittelkonsum bei einem risikofreundlichen und impulsiven Jugendlichen im Laufe der Zeit zur Gewohnheit werden. Der Konsum wird in bestimmten Situationen oder an bestimmten Orten normal und zur Gewohnheit. Alternative Verhaltensweisen werden dann immer ungewohnter und sogar unangenehm. Denn in Konsumsituationen werden keine Sozialkompetenzen ohne das Suchtmittel erlernt. Das heißt je häufiger in der Jugendphase konsumiert wird, desto weniger Sozialkompetenzen werden ohne Suchtmittel erlernt. Die Betroffenen sind dann in sozialen Situationen auf das Suchtmittel angewiesen. Es entwickelt sich also ein Suchtgedächtnis. Das heißt durch unterbewusste Wahrnehmungs-, Assoziations- und Annäherungstendenzen fällt es den Betroffenen schwer nicht zu konsumieren. Bestimmte Situationen, Orte oder Personen lassen die Betroffenen automatisch zum Suchtmittel greifen, sie sind sich häufig gar nicht über den Grund des Konsums bewusst. Die bewussten Konsummuster der Jugendlichen verschieben sich weg von rationalen Steuerprozessen und sie verspüren einen unterbewussten Zwang zu konsumieren, der sich zu einer Abhängigkeit entwickelt (vgl. Lindenmeyer, Johannes 2013, S. 24-26).

Aus der Sicht der Lebensweltorientierung ist Suchtmittelkonsum ein spezifisches Handlungs- und Deutungsmuster, mit dem Menschen ihr Leben gestalten. Drogenkonsum wird als eigensinniges Verhalten gesehen und das Ziel des Konsums ist es, mit dem eigenen Alltag zurechtzukommen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 31).

2.6.5 Lebensbewältigung

Sucht wird hier als Bewältigungsverhalten gesehen. Anders als im Ansatz der Entwicklungspsychologie wird das Bewältigungsverhalten hier in drei Dimensionen betrachtet. Die erste Dimension ist die psychodynamische Dimension, sie beschreibt das Erleben und die Verarbeitungsprozesse des Individuums. Die sozio-dynamische oder auch interaktive Dimension ist die zweite. Hier werden Bewältigungskulturen von Familie, der Schule oder der Arbeitswelt aufgegriffen. In der letzten, der gesellschaftlichen Dimension, wird die Bewältigung der sozialpolitischen Lebenslagen betrachtet.

Ein Abhängigkeitssyndrom entsteht, wenn zum Beispiel die psycho-soziale Handlungsfähigkeit zusammenbricht und die persönlichen Ressourcen der Problemlösung nicht mehr ausreichen. In so einer kritischen Lebenskonstellation muss reagiert werden und der Selbstwert, die Selbstwirksamkeit und die Selbstanerkennung müssen wieder hergestellt werden. Wenn sozial und normenkonforme Verhaltensweisen dazu nicht ausreichen, dann werden abweichende Verhaltensformen als Antwort auf die eigene Hilflosigkeit entwickelt. Die Menschen spalten entweder ihre Gefühle ab und haben keinen bewussten Zugang mehr zu diesen und leiden an den Folgen der Abspaltung. Folgen der Abspaltung kann Aggressivität in Form von Selbstverletzung, Ernährungsstörungen oder Medikamentenmissbrauch sein. Oder die Menschen missbrauchen psychotrope Substanzen, um die Erfahrung des Kontrollverlustes, ihre Hilflosigkeit und ihre Verlufterfahrungen aus ihrem Bewusstsein zu verdrängen. Mit Hilfe von psychoaktiven Substanzen wird die Illusion der Kontrolle aufrechterhalten (vgl. Laging, Marion 2020, S. 32-34).

2.6.6 Bedeutung der Modelle für die Suchtprävention

Das bio-medizinische Modell bildet die Grundlage für alle anderen Theorien und Ansätze, hier wurde erkannt, dass Menschen körperlich abhängig von psychotropen Substanzen werden können und welche körperlichen Folgen der Suchtmittelkonsum für die Menschen haben kann. Diese Betrachtung des Abhängigkeitssyndroms ist wichtig, um eine Diagnose im medizinischen Sinne zu stellen.

Für die Suchtprävention ist jedoch das biopsychosoziale Modell weitaus wegweisender. Dieses Modell kann die Entstehung, Aufrechterhaltung und die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit ausdifferenzierter abbilden. Die Entstehung dieser Krankheit wird als multifaktorielles Gefüge verstanden und genau so werden auch die Präventionsmaßnahmen und Hilfeansätze als multifaktorielles Behandlungsgefüge und nicht als Aufgabe einer einzelnen Profession verstanden. In dieser interdisziplinären Herangehensweise hat die Soziale Arbeit die Aufgabe, vorrangig die Aspekte der sozialen Umwelt zu bearbeiten (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 26-37). Hier helfen die epidemiologischen Studien zu den Risiko- und Schutzfaktoren enorm herauszufinden, welche Aspekte der sozialen Umwelt zu stärken oder zu beseitigen sind (vgl. Laging, Marion 2020, S. 25). Durch die vielfältige Herangehensweise sind Prävention und Behandlung von Sucht nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern ebenfalls des Sozialwesens. Das führt zu einem breit aufgestellten Angebot von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 26-37).

Bei den Ansätzen der Entwicklungspsychologie und der Lebensbewältigung ist auffällig, dass die Funktionalität eine große Rolle im Suchtkontext spielt. Beide sehen Sucht, als Bewältigungsverhalten, die den Menschen hilft im Alltag weiterhin zu funktionieren. In der Entwicklungspsychologie steht die Bewältigung der jugendtypischen Entwicklungsaufgaben im Vordergrund und bei der Lebensbewältigung stellt die Hilflosigkeitserfahrung den Ausgangspunkt dar.

Die Entwicklungspsychologie lehrt der Suchtprävention, dass Substanzmittelkonsum bei Jugendlichen teilweise normal und Teil der Entwicklungsaufgaben ist. Jedoch wird auch deutlich, dass der Konsum auch in intervenierungsbedürftigen Missbrauch umschlagen kann. Auf Grund dessen ist es wichtig, dass suchtpreventive Maßnahmen die Jugendlichen bei dem Bewältigen ihrer Entwicklungsaufgaben unterstützen. Mit spezifischen und unspezifischen Angeboten kann so der Substanzkonsum als Stress- oder Gefühlsbewältigung verhindert werden (vgl. Laging, Marion 2020, S. 25-28).

2.7 Soziale Ungleichheit und Sucht

In den verschiedenen Ansätzen zur Erklärung der Gründe von Abhängigkeit wurde deutlich, dass auch die psycho-sozialen Faktoren eine große Rolle spielen. So macht auch die soziale Ungleichheit, also die Unterschiede der Menschen hinsichtlich der Merkmale ihres sozialen Status wie zum Beispiel ihrer Bildung, der beruflichen Stellung oder ihr Einkommen, einen Unterschied hinsichtlich des Risikos eine Abhängigkeit zu entwickeln. In Deutschland wurde nachgewiesen, dass eine niedrige berufliche Stellung, ein geringes Bildungsniveau und ein geringes Einkommen häufig mit einem schlechten Gesundheitszustand einhergehen. Dabei bilden Rauchen und Übergewicht die Gruppe der größten gesundheitlichen Risiken. Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Faktoren und Suchtmittelabhängigkeit. Für die Prävention sind das wichtige Zusammenhänge, die bei der Ausarbeitung verschiedener Präventionskonzepte unbedingt beachtet werden muss (vgl. Laging, Marion 2020, S. 67-68).

Bildung und Sucht

Bisher gibt es keine umfassenden Studien zum Thema Bildung als Risiko- oder Schutzfaktor bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung. Der Einfluss des Bildungsniveaus auf den Verlauf einer Substanzabhängigkeit oder auf das Rückfallrisiko innerhalb eines körperlichen Entzugs wurde ebenfalls noch nicht umfassend untersucht. Kleine Einzelstudien zeigen, jedoch je höher der Bildungsstand einer Person ist, desto unwahrscheinlicher ist es, dass diese Person eine Suchterkrankung entwickelt. Wenn eine Person mit hohem Bildungsniveau trotzdem ein Abhängigkeitssyndrom entwickelt, dann sind seine Rehabilitationschancen ebenfalls höher als bei einer Person mit einem geringen Bildungsniveau. Denn es gibt Hinweise darauf, dass höher gebildete Menschen bessere Behandlungsergebnisse erzielen und weniger Behandlungsabbrüche vorweisen. Außerdem wird mit einem geringen Bildungsniveau riskantem Konsum und Hochkonsum verschiedener Suchtmittel assoziiert, wobei ein höherer Bildungsstand eher mit regelmäßigem aber moderatem Konsum in Verbindung gebracht wird. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen dem formalen Bildungsniveau und einer Suchtmittelabhängigkeit gibt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 69).

Armut und Sucht

Laut WHO (Weltgesundheitsorganisation) gelten Menschen oder Haushalte als arm, wenn sie weniger als 60 % des mittleren Einkommens aller Haushalte erzielen. In Deutschland bedeutet das, dass 15,5 % der Bevölkerung, also 12,86 Millionen Deutsche arm sind. Studien zufolge, die den Zusammenhang zwischen Sucht und Armut untersucht haben, gibt es eine enge Verbindung zwischen dem Konsum illegaler Substanzen und dem Konsum von Tabak oder Alkohol. Bei dem Tabakkonsum verhält es sich so, dass er in der Armutsbevölkerung so weit verbreitet ist, dass der Konsum für einen großen Teil der frühzeitigen Sterblichkeit verantwortlich ist. Beim Alkoholkonsum ist es so, dass innerhalb der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Einkommen der größte Anteil an Suchtkranken aufzufinden ist. Aber in der gleichen Bevölkerungsgruppe ist ebenfalls der größte Anteil an Menschen, die abstinent leben nachzuweisen. Je höher das Einkommen ist, desto weniger Menschen gibt es die abstinent leben. Daran wird deutlich, dass Alkoholkonsum in unserer Gesellschaft als geselligkeitsförderndes Genussmittel und vor allem auch als Statussymbol gesehen wird. Besonders teurer Wein und Champagner sind ein Zeichen des Wohlstandes und werden regelmäßig konsumiert. Mit starker Armut werden eher illegale Suchtmittel in Verbindung gebracht. Einkommensarmut und damit verbundene schwierige Lebenslagen sind Risikofaktoren für das Entwickeln einer Sucht, sie spielen aber ebenfalls eine Rolle beim Versuch, die Sucht zu überwinden. Menschen mit einem niedrigen Einkommen fällt es besonders schwer, ein Abhängigkeitssyndrom zu überwinden und eine dauerhafte Abstinenz aufrechtzuerhalten (vgl. Laging, Marion 2020, S. 70-71).

Bedeutung für die Suchtprävention

Die empirischen Daten lassen deutliche Zusammenhänge zwischen einem niedrigen Bildungsniveau oder zwischen Armut und Abhängigkeit erkennen, jedoch gibt es verschiedene Ansätze von Erklärungen für diese Zusammenhänge.

Der Unterschied hinsichtlich des Bildungsgrads wird häufig damit erklärt, dass das Gesundheitsbewusstsein mit steigendem Bildungsniveau auch steigt und somit Bildung ein Schutzfaktor im Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist. Außerdem gebe es eine bessere Problemeinsicht bei Personen mit einem höheren Bildungsgrad und ein unterstützendes Umfeld, weshalb Personen mit höherem Bildungsniveau im System der Suchthilfe unterrepräsentiert sind. Ein anderer Ansatz besagt, dass sie im Suchthilfesystem unterrepräsentiert sind, weil die Betroffenen auf Grund von Angst vor Stigmatisierung wenig institutionelle Hilfe suchen.

Hinsichtlich der Armut und Sucht wird davon ausgegangen, dass viele Menschen gerade durch problematische Konsummuster von Suchtmitteln in Armut geraten. Dafür kann es verschiedene Gründe geben, beispielsweise die Verschlechterung der finanziellen Lage durch die Kosten des Konsums aber auch den Arbeitsplatzverlust oder Haftstrafen durch den Konsum von Suchtmitteln.

Für die Suchtprävention ist es wichtig zu wissen, dass die Suchtentwicklung durch die sozio-ökonomische Lage der Individuen geprägt ist. Diese Faktoren müssen also von der Prävention beachtet werden, um zu wissen welche, Zielgruppe angesprochen werden muss, um die Angebote anschlussfähig gestalten zu können und um auf spezifische Bedarfe der Zielgruppe eingehen zu können. Denn eine gelingende Suchtprävention setzt voraus, dass die Zielgruppe erkannt und erreicht wird. Angebote der Prävention müssen dementsprechend niederschwellig gestaltet werden und sie sollten an Institutionen angeboten werden mit denen Betroffene ohnehin häufig Kontakt haben. Um dem Problem jedoch ganzheitlich entgegenzuwirken, muss die Suchtprävention, jedoch zur Verringerung der sozialen Ungleichheiten beitragen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 73-74).

3 Prävention

3.1 Entwicklung von Krankheitsprävention und Public Health

In der Mitte des 19. Jahrhunderts setzen sich Mediziner und Vertreter der Sozialmedizin erstmals für die politische Verbesserung der Lebens- und Gesundheitsbedingungen der gesamten Bevölkerung ein. Sie waren der Meinung, dass jeder Mensch ein Recht auf ein gesundes Leben habe und dass es die Aufgabe des Staates sei die gesundheitlichen Verhältnisse zu analysieren und durch politische Maßnahmen die Gesundheits- und Lebensbedingungen zu verbessern. Diese Grundgedanken der Vorreiter der Sozialmedizin gelten bis heute und haben zu einem besseren Verständnis von Gesundheit und Krankheit beigetragen. Die Sozialmedizin und die Public Health Bewegung führten dazu, dass das bio-medizinische Modell zum biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit erweitert wurde. Nach der Unterbrechung der Weiterentwicklung durch den Zweiten Weltkrieg wurde Public Health in das allgemeine Gesundheitssystem der BRD integriert.

Public Health: „die Gesamtheit aller sozialen, politischen und organisatorischen Anstrengungen, die auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage, Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten sowie Steigerung der

Lebenserwartung von Gruppen oder ganzen Bevölkerungen zielen“ (Vongher, Sebastian 2022, S. 23)

Alle organisierten multiprofessionelle Ansätze der Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung, Krankheitsbekämpfung, Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und Pflege gehören zum System Public Health, haben das Ziel, die gesamte Bevölkerungsgesundheit zu verbessern und folgen dem normativen Rahmen der Ottawa Charta. Die Ottawa Charta ist ein Dokument der WHO und wurde bei der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung ausgearbeitet und im Anschluss veröffentlicht.

Inhalte und Forderungen dieser Charta sind unter anderem, dass eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickelt werden soll. Außerdem sollen gesundheitsgefährdende Produkte vermieden werden und gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft sollen abgebaut werden. Es wird ebenfalls hervorgehoben, dass neben der ambulanten und stationären Krankheitsversorgung auch die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention zu den zentralen Bereichen des Gesundheitssystems zählen und auf Grund dessen ebenfalls mit Ressourcen ausgestattet werden müssen. Das allgemeine Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu bewahren und zu stabilisieren. Die Krankheits- und somit auch die Suchtprävention leisten einen wesentlichen Teil zur Erreichung dieses Ziels bei. In welchem Umfang und mit welchen Mitteln, das ist in verschiedenen Gesetzestexten festgelegt worden (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 22-26).

3.2 Prävention

Die Krankheitsprävention, von der die Suchtprävention einen Teilbereich bildet, liegt dem bio-medizinischen Gesundheitsmodell zu Grunde und ist die Strategie zur Vermeidung oder Verringerung von Krankheiten. Entlang dem triadischen Modell, nach dem es drei Gesundheitszustände gibt wird die Prävention ebenfalls in drei Kategorien eingeteilt (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 27).

Primärprävention

Die erste Kategorie ist die Primärprävention, sie beinhaltet alle Maßnahmen, die eine Krankheit verhindern sollen (vgl. Schneider, Volker 2017, S. 28). Die primäre Prävention ist also an gesunde Menschen gerichtet, sie setzt an, bevor eine biologische Schädigung durch eine Erkrankung eintritt. Sie umfasst alle Aktivitäten, die zur Vermeidung von Krankheitsursachen oder Teilursachen beitragen. Mit Hilfe der Maßnahmen der primär Prävention werden Abläufe im Organismus, die zu Erkrankungen führen können, unterbunden oder unterbrochen (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 27-28).

Hinsichtlich der Suchtprävention setzt die primäre Prävention vor dem experimentellen oder regelmäßigen Gebrauch von psychotropen Substanzen an. Sie ist die anspruchsvollste Art der Suchtprävention, denn sie muss möglichst breit aufgestellt sein, um alle Menschen zu erreichen. Die primäre Prävention setzt vorwiegend auf affektiver und nicht auf der kognitiven Ebene an. Jugendliche stehen bei dieser Art der Suchtprävention besonders im Mittelpunkt und deshalb setzen die Maßnahmen der Prävention auch an klassischen Problemen der Jugendphase an. Es wird beispielsweise die Fähigkeit vermittelt, wie Lebensbedingungen aktiv selbst verbessert oder verändert werden können. Um die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zu unterstützen, wird ein besserer Selbstwert vermittelt und außerdem soll Sucht durch das Vermitteln eines Gesundheitsbewusstseins, Kompetenztraining und Aufklärungskampagnen verhindert werden (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S. 20-22).

Sekundärprävention

Die zweite Kategorie der Prävention ist die sekundäre Prävention, die sich an bereits kranke Menschen richtet. Diese Art der Prävention wird auch Krankheitsfrüherkennung genannt, da die Menschen zwar bereits krank sind, sich jedoch noch gesund fühlen und keine Krankheitssymptome haben. Die sekundäre Prävention umfasst alle Arten der Früherkennungsuntersuchungen, um die Diagnose und den Behandlungsbeginn so weit wie möglich nach vorne zu verlegen. Damit wird im besten Fall eine Heilung erreicht oder zu mindestens besseren Ergebnissen der Behandlung. Der Sinn der Früherkennungsuntersuchungen ist es, dass spezifische Krankheiten so früh wie möglich erkannt werden, um das Fortschreiten zu vermeiden und um eine längerfristige Behandlung zu umgehen (vgl. Vongher, Sebastian, S. 27-28).

Hinsichtlich der Suchtprävention setzt die sekundäre Prävention vor dem regelmäßigen beziehungsweise vor dem übermäßigen Gebrauch an und soll die Ausbreitung der Krise verhindern (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S.20-22). Außerdem will diese Präventionsart bereits eingetretene Schäden verringern und weitere Beeinträchtigungen verhindern (vgl. Schneider, Volker 2017, S. 28).

Ein Teil der Sekundärprävention sind die Früherkennung und die Frühintervention, ihre Ziele sind ungünstige Entwicklungen, Rahmenbedingungen und problematische Verhaltensweisen bei Menschen, die Suchtmittel konsumieren möglichst frühzeitig zu bemerken. Den gefährdeten Personen soll möglichst schnell Unterstützung angeboten werden, um ein Abhängigkeitssyndrom vorzubeugen und zu vermeiden. Die Sozialarbeiter*innen, die viel Kontakt mit der Zielgruppe und deren Familien haben die Aufgabe schwierige Situationen, Auffälligkeiten oder Symptome hinsichtlich des

Konsums von psychoaktiven Substanzen rechtzeitig wahrzunehmen und die Gefahr angemessen einzuschätzen. In dieser Position ist es wichtig, dass die Sozialarbeitenden einen sensibilisierten Blick für Symptome und gesellschaftliche Schwierigkeiten oder strukturelle Bedingungen, also Risikofaktoren haben und diese erkennen können.

Zusätzlich ist es die Aufgabe der Sozialarbeitenden nachdem sie Symptome oder Auffälligkeiten bemerkt haben die, betroffenen Klient*innen über weiterführende Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten, beispielsweise Beratungsstellen oder Therapieangebote aufzuklären. Neben der Aufgabe, die passende Hilfestellung für die Klient*innen zu finden ist es weiterhin wichtig, dass die betroffenen Menschen bei einer gesunden Entwicklung und bei der gesellschaftlichen Integration weiterführend unterstützt werden (vgl. Buchli, Martina 2021, S. 43-47).

Tertiärprävention

Die dritte und letzte Kategorie der Prävention ist die tertiäre Prävention sie ist an bereits kranke Menschen gerichtet und das Ziel der Tertiärprävention ist die Minderung von biologischen, psychischen und sozialen Krankheitsfolgen durch medizinische Behandlung, Psychotherapie oder soziale Unterstützung. Die Teilhabe soll erhalten und die Lebensqualität der Betroffenen soll verbessert werden. Das soll durch die Verringerung oder zumindest durch die Verzögerung der Symptome oder Funktionsverluste erreicht werden (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 27-28).

Maßnahmen der Suchtpräventionen sollen vor allem physische und psychische Folgeschäden verringern (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S.23). Die Tertiärprävention befasst sich vor allem mit der Rehabilitation und der Wiederherstellung der ursprünglichen Leistungsfähigkeit (vgl. Schneider, Volker 2017, S. 28).

Für ein einfaches Verständnis der drei Kategorien hier eine kurze Veranschaulichung aus der Zahnpflege. Die Primärprävention wäre hier das Zähneputzen bei gesunden Zähnen. Zähneputzen bei Zähnen, die bereits Plomben enthalten, zählt zur Sekundärprävention und die Tertiärprävention wäre dem Beispiel folgend die Zahnpflege bei Ersatzzähnen (vgl. Schneider, Volker 2017, S.28).

Kategorisierung nach Ausprägung des Risikos der Zielgruppe

Die Kategorisierung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention wird im gesamten Spektrum der Prävention eingesetzt. Speziell in der Suchtprävention wird die Einteilung nach Ausprägung des Risikos der Zielgruppe der präventiven Maßnahmen vorgenommen. Auch hier gibt es drei Kategorien, die universelle Prävention richtet sich

an die gesamte Bevölkerung oder an die Gruppen der Bevölkerung mit insgesamt eher niedrigem Risiko für ein Abhängigkeitssyndrom.

In der Kategorie selektive Prävention richten sich die Maßnahmen an Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Suchtrisiko, das sind zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Familien oder Menschen, die einen leichten Zugang zu Betäubungsmitteln haben wie Ärzte und Ärztinnen.

Die letzte Kategorie ist die indizierte Prävention, die sich an Personen bei denen ein erhöhtes Suchtrisiko festgestellt wurde oder an Personen bei denen bereits ein Risikoverhalten festgestellt wurde. Das sind zum Beispiel Personengruppen, die am Wochenende exzessiv Alkohol trinken, bei denen, jedoch keine Sucht festgestellt und diagnostiziert werden kann. Oder Menschen, die straffällig auf Grund ihres Suchtmittelkonsums geworden sind, bei denen aber ebenfalls keine Abhängigkeit diagnostiziert werden kann. Maßnahmen der indizierten Prävention sind zum Beispiel Interventionsmaßnahmen von Sozialarbeiter*innen im Rahmen von Streetwork oder eine richterlich angeordnete Suchtberatung (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 28).

3.3 Gesetzlicher Rahmen der Prävention

Grundsätzlich gehören die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die expliziten Aufgaben der Gesundheitsämter und des sozialpsychiatrischen Dienstes werden in den jeweiligen Ländergesetzen definiert und geregelt (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 52-53).

Der öffentliche Gesundheitsdienst sorgt für gesundheitliche Aufklärung über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und über Gesundheitsgefahren wie zum Beispiel den Suchtmittelmissbrauch. Ziel ist es damit, die entsprechenden Gesundheitsgefahren der Bevölkerung zu vermeiden. In den Ländergesetzen werden zu dem die Instrumente, Ansätze, Zielgruppen und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention definiert und festgesetzt. Je nach Bundesland variiert die Differenzierung der Gesetzestexte bezüglich der Benennung der verschiedenen Ansätze und Instrumente. Nicht jedes Ländergesetz geht beispielsweise dabei explizit auf die Instrumente und Ansätze der Suchtprävention ein, teilweise wird nur die allgemeine gesundheitliche Aufklärung erwähnt (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 59-61).

Die Aufgaben hinsichtlich der Prävention und Gesundheitsförderung bei Suchterkrankten werden in Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Mecklenburg-

Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen durch spezielle Beratungsleistungen für Erkrankte in den Ländergesetzen als besonders wichtig hervorgehoben (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 52-53). Gesundheitsbildung, also die gesundheitliche Beratung von Suchtkranken als Gesundheitsvorsorge durch die Gesundheitsämter ist ebenfalls in den Ländergesetzen der bereits genannten Länder festgelegt und zusätzlich in den Ländergesetzen von Hessen, Sachsen und Hamburg verankert.

Die Gesundheitsämter haben neben der gesundheitlichen Aufklärung auch einen Beratungsauftrag, das heißt, dass sie Suchtkranke und ihre Angehörigen über direkte Maßnahmen die, die individuelle Lebensführung hinsichtlich der Gesundheit beeinflussen und über die Möglichkeiten des Suchthilfesystems aufklären. Die explizite Beratung der Betroffenen und ihren Angehörigen wird in zehn Ländergesetzen erwähnt, wobei der Umfang und die Form der Leitung nicht genau festgelegt sind (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 59-60).

Hinsichtlich der Prävention gilt außerdem das Subsidiaritätsprinzip, das heißt, nur wenn eine gesellschaftliche Aufgabe nicht von privatrechtlichen Organisationen oder Einzelpersonen übernommen werden kann oder nur schlechter übernommen werden kann, dann übernimmt die Aufgabe eine staatliche Einrichtung. Das führt dazu, dass es sowohl auf kommunaler als auch auf Bundesebene öffentlich und privat organisierte Träger der Suchtprävention gibt. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen als Beispiel für eine private Organisation und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist ein Beispiel für eine öffentliche Leistung (vgl. Laging, Marion 2020, S. 131).

3.4 Kategorien der Präventionsmaßnahmen

Die Interventionsmaßnahmen der Prävention richten sich auf die Verringerung und Vermeidung von personengebundenen und äußeren Risiken. Die Interventionshandlungen werden ebenfalls in Kategorien eingeteilt, die sich Verhaltens- und Verhältnisprävention nennen.

Verhaltensprävention

Die Verhaltensprävention sind alle Maßnahmen, die sich auf das individuelle Verhalten eines Menschen auswirken können (vgl. Laging, Marion 2020, S. 129). Sie ist personenbezogen und versucht auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten eines Menschen Einfluss zu nehmen (vgl. Schneider, Volker 2017, S.28). In den Maßnahmen der Verhaltensprävention spielen personenbezogene Risiko- und Schutzfaktoren, individuelle Wissensstände, Lebensstile und

gesundheitsbezogene Verhaltensweisen eine zentrale Rolle (vgl. Laging, Marion 2020, S. 129).

Durch gesundheitliche Aufklärung wird beispielsweise an Schulen über die Folgen des Suchtmittelkonsums aufgeklärt. Die Angebote werden altersgerecht an die Klassenstufe angepasst und sie haben das Ziel den Kindern und Jugendlichen ein Bewusstsein über die negativen Folgen des Substanzkonsums zu vermitteln. Mit diesen Maßnahmen sollen Gesundheitskosten gesenkt werden und die Bevölkerungsgesundheit soll verbessert werden (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 29).

Verhältnisprävention

Die Verhältnisprävention hingegen befasst sich mit Erkrankungen, die von äußeren Umständen verursacht werden. Der soziale und gesellschaftliche Rahmen, in dem konsumiert wird, soll präventiv ausgerichtet werden (vgl. Laging, Marion 2020, S. 129). Die Suchtprävention soll also die Verhältnisse zum Wohle der Bevölkerungsgesundheit verändern.

Sie ist teilweise staatlich verordnet, wie zum Beispiel bestimmte Sicherheitsvorkehrungen zur Vermeidung von Unfallquellen am Arbeitsplatz (vgl. Schneider, Volker, S. 28-29). Wenn beispielsweise ergonomische Sitzgelegenheiten am Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden, um Wirbelsäulenerkrankungen der Mitarbeitenden vorzubeugen, dann zählt das zur Verhältnisprävention, weil auf die Umwelt- und Lebensbedingungen der Mitarbeitenden Einfluss genommen wurde (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 29).

In der Suchtprävention ist das ähnlich mit Hilfe struktureller Maßnahmen und unter Berücksichtigung der sozio-ökonomischen Lebensbedingungen der Adressant*innen soll die Lebenswelt der betroffenen Menschen gesundheitsfördernd gestaltet werden. Die Verhältnisprävention ist vor allem politisch ausgerichtet und nimmt beispielsweise Einfluss auf die Verfügbarkeit von psychotropen Substanzen. Das wird bewirkt, indem zum Beispiel die Preise von Alkohol und Tabak aktiv gelenkt werden oder es wird sogar die allgemeine Verfügbarkeit mit Hilfe von Altersbeschränkungen beeinflusst (vgl. Laging, Marion, S. 129).

Die Methoden der Verhältnisprävention überschneiden sich häufig mit den Methoden der Gesundheitsförderung. Innerhalb der Suchtprävention arbeiten Gesundheitsförderung und Prävention auch zusammen. Die Umsetzung der Förderungs- und Präventionsmaßnahmen übernehmen in der Regel ambulante Suchtberatungs- und Behandlungsstellen (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 29).

In Deutschland gibt es bisher mehr individuumszentrierte Maßnahmen der Verhaltensprävention als es Maßnahmen der Verhältnisprävention gibt. Es ist jedoch enorm wichtig, dass diese beiden Arten der Prävention nicht einzeln, sondern als konsistentes Gesamtsystem gesehen werden. Denn nur als Gesamtsystem kann durch die Suchtprävention das Angebot (durch die Verhältnisprävention) und die Nachfrage (durch die Verhaltensprävention) beeinflusst werden. Auf Grund dessen fordert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) umfassende Werbeverbote für die Alkoholindustrie und außerdem eine gesetzliche Verpflichtung zu Transparenz der Lobby-Aktivitäten ebenfalls in der Alkoholindustrie. Damit neben der Vielfalt der Maßnahmen der Verhaltensprävention die Aufgaben der Verhältnisprävention nicht vernachlässigt werden und beide Arten besser als Gesamtsystem zusammenarbeiten können (vgl. Laging, Marion 2020, S. 129-130).

3.5 Geschichte der Präventionsarten

In den 1960er Jahren wurde von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Protestbewegung gegen gesellschaftliche Autoritäten und gegen das Establishment viel LSD und Haschisch als Teil eines Lifestyles konsumiert. Außerdem kam Heroin auf den Drogenmarkt und es gab die ersten Drogentoten, die an einer Überdosis von Opiaten starben. Dem zur Folge entfachte eine gesellschaftliche Diskussion über Drogen, den Konsum und wie man dem Problem entgegenwirken kann.

Seit den 1960er Jahren werden also unterschiedliche Konzepte, Maßnahmen und Strategien entwickelt, um dem Drogenkonsum entgegenzuwirken (vgl. Laging, Marion 2020, S. 122).

Phase der abschreckenden Information

Die Entwicklung der Suchtprävention lässt sich in vier Phasen einteilen. Den Anfang macht die Phase der Informations- und Wissensvermittlung, die ungefähr von 1960 bis 1975 ging. Die Informationsvermittlung war ein wichtiger Bestandteil der Suchtprävention, jedoch wurde sie häufig zur Moralisierung und für Abschreckungsbotschaften benutzt. Die verbreiteten Informationen waren häufig nicht wissenschaftlich fundiert und dienten lediglich der Abschreckung und Furchtinduktion (vgl. Klein, Michael 2015, S. 40).

Es wurden beispielsweise die Risiken des Substanzkonsums mit Hilfe von Plakaten, Broschüren und anderen Medien vom Zoll, der Polizei oder den Krankenkassen dramatisch dargestellt, um die Menschen abzuschrecken. Der Drogenkonsum wurde verteufelt, mythisiert und überzogen dargestellt. Die überzogene Darstellung blieb

jedoch erfolglos und schreckte die Menschen nicht wie gehofft vom Suchtmittelkonsum ab, sondern sie machte viele Menschen neugierig und weckte gerade bei Jugendlichen das Verlangen, die Suchtmittel selbst einmal zu konsumieren (vgl. Kalke, Jens 2015, S. 122-123). Einige Jugendliche fühlten sich sogar herausgefordert, sich in so eine gefährliche Situation wie auf den Plakaten zu sehen war zu begeben wie bei einer Mutprobe. Das ist besonders bei Jugendlichen problematisch, die Abenteuer, Wagnis und risikoreiche Situationen als Statussymbol sehen. Die Prävention wirkte nicht abschreckend, sondern weckte das Interesse der Jugendlichen und richtete die Aufmerksamkeit auf das Thema Drogen (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S. 17-18).

Die Ausblendung der positiven Effekte der psychotropen Substanzen dominierte den Markt der Suchtprävention (vgl. Kalke, Jens 2015, S.123). Da die Substanzen aber auch kurzfristige positive und stressreduzierende Wirkungen haben, muss das in der Suchtprävention thematisiert werden. Ohne die positiven Effekte des Suchtmittelkonsums gäbe es keinen Grund sie zu konsumieren. Um Einsicht der Zielgruppe zu erreichen, müssen die verbreiteten Informationen authentisch und differenziert sein und dazu gehört, dass die positive Wirkungsseite in der Suchtprävention nicht verschwiegen wird (vgl. Klein, Michael 2015, S. 40).

Informationen zu erhalten heißt außerdem nicht direkt, dass die ihre Verhaltensweisen und Konsummuster verändern, weil sie wissen, dass es gesundheitsschädlich ist. Eine hohe Zahl an Menschen rauchen Zigaretten, obwohl auf jeder Verpackung draufsteht, dass Rauchen schädlich ist. Die Informationen lösen Konsumgründe wie das Gefühl von Sinnlosigkeit im Leben nicht auf. Informationsvermittlung ist ein wichtiger Bestandteil der Suchtprävention, reicht allein jedoch nicht aus (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S. 19).

Eine Einstellungsveränderung durch Abschreckung oder Wissensvermittlung ist wahrscheinlicher, wenn neben den gesundheitlichen Folgen ebenfalls soziale Folgen mit einbezogen werden. Es ist also wirksamer, wenn Gefahren in der Schwangerschaft thematisiert werden als, wenn nur die Risiken, die für den Konsumenten selbst bestehen, herausgestellt werden. Obwohl diese Art der Präventionsmaßnahmen bei bereits Konsumierenden kaum Wirkung zeigen, gibt es in Deutschland weiterhin abschreckende Bilder auf Zigarettenverpackungen als Maßnahme der Tabakprävention.

Durch diese Art der Prävention besteht für Konsumierende die Gefahr durch solche Präventionsmaßnahmen stigmatisiert und ausgegrenzt zu werden, denn Menschen die sowieso schon eine ablehnende Haltung gegenüber dem Konsum psychotroper Substanzen haben werden durch diese Präventionsmaßnahmen in ihrer Haltung bestärkt und die soziale Distanz zwischen beiden Seiten wird immer größer. Ende der

1980er Jahre wurde das Konzept der Abschreckung jedoch innerhalb von Deutschland weitestgehend verworfen und nicht mehr eingesetzt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 123).

Emanzipatorische Phase

In der emanzipatorischen Phase wurde bemerkt, dass Informations- und Wissensvermittlung nicht ausreichend ist, um bei Menschen gesundheitsförderliches Verhalten hervorzurufen oder eine Verhaltensänderung zu erlangen. Auf Grund dessen wird vom Jahr 1970 bis zum Jahr 1985 der Fokus der Suchtprävention auf den sozialen Hintergrund des Drogenkonsums gerichtet. Die zentralen Themen dieser Präventionsphase sind die sozialen und gesellschaftlichen Umstände, gesellschaftspolitisches Engagement und persönliche Emanzipation. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen vor ihrer Lebensrealität flüchten wollen und deshalb psychoaktive Substanzen konsumieren. Um die Flucht in den Drogenkonsum zu verhindern, ist es die Aufgabe der Suchtprävention bessere Lebensbedingungen zu schaffen. Das sollte mit Maßnahmen wie gesellschaftspolitischer Bildung, emanzipatorische-befreiendem Verhalten und solidarischem Handeln erreicht werden. In dieser Phase der Prävention beginnt auch die gesellschaftlich institutionalisierte Suchtprävention, die durch öffentlichen Auftrag legitimiert wird (vgl. Klein, Michael 2015, S. 40).

In dieser Phase der Suchtprävention entwickelt sich der Setting-Ansatz der heute als Schlüsselstrategie der Suchtprävention gilt. Er wird heute in nahezu alle Förderprogramme als Konzept mit eingebettet er nicht nur an der Verhaltensebene des Individuums ansetzt, sondern ebenfalls soziale und gesellschaftliche Bedingungen mit einbezieht. Es wird gezielt auf die Wirkungsfelder Umwelt und Lebensbedingungen eingegangen aber die Aktivierung, das Empowerment und die Partizipation der Betroffenen in der Entwicklung und der Umsetzung der Präventionsmaßnahme werden nicht außer Acht gelassen. Dieser Ansatz der Suchtprävention zielt auf die Beeinflussung sozialer, kultureller, rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen ab. Es werden Strukturmaßnahmen geplant wie zum Beispiel ein Alkoholverbot im Betrieb oder in der Schule (vgl. Laging, Marion 2020, S. 127-128).

Ein weiterer zentraler Bezugspunkt der emanzipatorischen Phase ist die Funktionalität des Substanzkonsums bei Jugendlichen aus der entwicklungspsychologischen Perspektive. Wie im Verlauf des Textes bereits thematisiert, wird davon ausgegangen, dass Jugendliche psychoaktive Substanzen zum Bewältigen ihrer Entwicklungsaufgaben konsumieren. Der Suchtmittelkonsum wird somit nicht mehr sofort als schädlich oder riskant eingestuft. Die strikte Abstinenz durch das Konzept der

Abschreckung wird aufgegeben und Substanzkonsum wird entpathologisiert. Prävention wird jedoch trotzdem gebraucht und ausgeführt. Denn der funktionelle Konsum in der Jugendphase kann auch teilweise zu schädlichem, riskantem oder missbräuchlichen Konsum werden. Die besondere Schwierigkeit hierbei ist den genauen Zeitpunkt an dem der funktionelle Konsum zu riskantem, schädlichen oder missbräuchlichen Konsum wird.

Die Aufgabe der Suchtprävention ist es daher andere Bewältigungsformen als den Suchtmittelkonsum anzubieten, damit dieser Zeitpunkt gar nicht erst ausfindig gemacht werden muss. Die Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung, Identitäts- und Lebensstilfindung, nach Grenzerfahrungen und Abenteuern soll mit alternativen erlebnis-, medien- und kulturpädagogisch geprägten Aktivitäten anstatt mit Suchtmitteln gestillt werden. Mit Hilfe solcher Aktivitäten sollen ebenfalls die Selbstwirksamkeitserfahrungen, das Selbstbewusstsein und die sozialen Kompetenzen wie zum Beispiel Durchsetzungsvermögen, Konfliktlösefähigkeit und das Durchhaltevermögen gestärkt werden. Wichtig ist, dass die Attraktivität der Freizeitangebote der Faszination und Versuchung des Substanzkonsums in den Schatten stellen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 123-125).

Psychologische Phase

Die dritte Phase wird die psychologische Phase genannt und dauerte etwa von 1985 bis zum Jahr 2010. Empowerment und Coping-Kompetenzen rücken in den Hintergrund und das Individuum rückt in den Vordergrund der Suchtprävention. Der Suchtmittelkonsum wird als Flucht- oder Vermeidungsverhalten auf Grund von individueller Defizite von Anpassungsfähigkeit, Stresstoleranz und Persönlichkeitsstruktur gesehen. Das Individuum selbst trägt also die Verantwortung für seinen Substanzkonsum. Deshalb wird die affektive Erziehung in dieser Phase besonders betont und gefördert. Die Menschen sollen ihre eigenen problematischen Emotionen erkennen und kontrollieren können, um den Konsum zu verhindern oder kontrollieren zu können. Die affektive Erziehung wird angewendet, da davon ausgegangen wird, dass Persönlichkeits- oder Verhaltensverändernder Konsum unnötig wird, wenn Emotionen, Kognitionen und Verhalten in einem ausgeglichenen Verhältnis zueinander stehen (vgl. Klein, Michael 2015, S. 41).

Im Zuge dieser Phase rückt der Ansatz der Lebenskompetenzförderung in den Vordergrund. Der Ansatz ist an das amerikanische Life-Skill-Training angelehnt und wurde von den 1980er Jahren bis zu den 1990er Jahren häufig in den Schulen in Deutschland eingesetzt. Mit Hilfe diesen lerntheoretisch ausgerichteten Programmen wird gelernt, dem sozialen Druck zum Suchtmittelkonsum zu widerstehen. Diese

Fähigkeit wird mit Hilfe von Rollenspielen, Übungen und Wissensvermittlung, die die allgemeinen Bewältigungsfähigkeiten beispielsweise die Konfliktfähigkeit oder die sozial Kompetenzen fördern, erreicht. Der Substanzkonsum wird bei den Maßnahmen der Lebenskompetenzförderung thematisiert, jedoch wird die Übertragbarkeit oder Übungssituationen in das reale Leben stark in Frage gestellt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 125).

Neben dem Ansatz der Lebenskompetenzförderung gab es in der psychologischen Phase noch den Ansatz der Schadensminimierung. Dieser Ansatz richtet sich vor allem an Erwachsene und ist der erste Ansatz, der offensiv und explizit von einer Abstinenzorientierung absieht. Das Konzept greift die Kritik, die an den anderen Konzepten geäußert wurde, auf und richtet sich an Erwachsene und bereits konsumierende Jugendliche. Das Ziel des Ansatzes ist die Verringerung der gesundheitlichen Schäden und der Begleiterscheinungen dieser. Das Konzept zählt zur Sekunderprävention und wird häufig in der Szene der Partydrogen angewendet. Beispiele für die Schadensminimierung sind Ansätze wie Streetwork, niederschwellige Kontaktläden oder Spritzentausch. Die Informations-, Wissensvermittlung und Beratung wird damit an die Lebenswelt und dem kulturellen Milieu der Betroffenen angepasst. Dadurch bekommt die substanzbezogene Aufklärung Anfang der 1990er eine vollkommen neue Bedeutung (vgl. Laging, Marion 2020, S. 126).

Risikokompetenz der Konsumierenden

Die vierte und letzte Phase der Suchtprävention orientiert sich an der Risikokompetenz der Suchtmittelkonsumenten und beginnt ab dem Jahr 2000. In diesem Ansatz wird jeder/ jede Einzelne als mündiger/ mündige Konsument*in, der/die über seinen/ ihren persönlichen Suchtmittelkonsum entscheiden soll, gesehen. Um eine eigene Entscheidung treffen zu können, ist es zunächst wichtig, dass Informationen und Wissen über die zur Verfügung stehenden Substanzen vorhanden sind (vgl. Klein, Michael 2015, S. 41). Das Konzept der Risikokompetenz ist vor allem an Menschen gerichtet die gelegentlich psychoaktive Substanzen konsumieren und keiner drogennahen Szene zugeordnet werden können. Der Ansatz hat den Gedanken der Schadensminimierung und den Anspruch, dass die Menschen informiert und entscheidungsfähig sind. Sie sollten über ein informiertes Problembewusstsein über die Substanzwirkungen und vor allem die Risiken des Substanzkonsums verfügen. Der Suchtmittelkonsum sollte nicht als Selbstmedikation gesehen werden und es sollte eine Bereitschaft und Fähigkeit zum Konsumverzicht in bestimmten Situationen, Lebensräumen und Entwicklungsphasen wie beispielsweise einer Schwangerschaft geben. Die Menschen sollten sich außerdem bewusst zwischen Abstinenz und mäßigem Konsum in tolerierten Situationen ohne

negative Konsequenzen entscheiden können. Der letzte Absprach an Konsument*innen hinsichtlich des Ansatzes der Prävention ist, dass sie Sicherheitsregeln für genussorientierten und maßvollen Konsum beherrschen und das Risiko für sich persönlich und für die Umwelt regeln können (vgl. Laging, Marion 2020, S. 126-127). Den Konsumenten wird durch den Ansatz der Risikokompetenz die Fähigkeit verliehen, eigenständig über ihren Suchtmittelkonsum zu entscheiden. Der Umgang mit den Risiken wird gefördert und es werden einige Umgangsregeln vermittelt, um den Konsum so Risikoarm wie möglich zu gestalten. Bei ernsthaften Konsumfolgen oder Suchtsymptomen soll dann professionelle Hilfe eigenständig aufgesucht werden (vgl. Klein, Michael 2015, S. 41).

Bedeutung für die Suchtprävention

Insgesamt kann beobachtet werden, dass die Freiheit des aufgeklärten Individuums in verschiedenen Konzepten, Ansätzen und Modellen immer mehr an Bedeutung gewinnt. Verbotsorientierte und stark moralisierende Ansätze haben sich in der Vergangenheit als nicht besonders wirksam gezeigt und sind gerade wegen ihrer einseitigen Informierung der Konsumierenden nicht mehr besonders beliebt. Heute wird viel Wert darauf gelegt, die Konsumierenden umfangreich, also über alle, die positiven und negativen Effekte des Suchtmittelkonsums zu informieren.

Die Freiheit des einzelnen aufgeklärten Menschen gewinnt in unterschiedlichen Ansätzen, Modellen und Konzepten immer mehr an Ansehen und Bedeutung. Hinzu kommt jedoch, dass die Suchtprävention und die Konsumierenden immer wieder mit neuen psychotropen Substanzen konfrontiert werden, die neue und auch höhere Risiken mit sich bringen (vgl. Klein, Michael 2015, S. 41).

Da die Freiheit selbst zu entscheiden wie das individuelle Konsummuster aussieht, immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist es wichtig, dass die Prävention dem Suchtmittelkonsum als ausweichendes Verhalten zuvorkommt. Dazu müssen Umgangsmöglichkeiten mit aggressiven Impulsen gefunden werden, um diese Gefühle nicht zu unterdrücken oder zu verdrängen. Die Frustrationstoleranz muss erhöht werden und Gefühle wie Angst oder Trauer müssen als fester Bestandteil des Lebens verstanden werden. Die Persönlichkeitsstärkung, also die Erhöhung des Selbstwertes ist ebenfalls wichtig, um das Risiko einer Sucht zu verringern (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S. 28-30).

3.6 Handlungsfelder der Suchtprävention

Je nach Literatur gibt es verschiedene Systematisierungen und Categoriesysteme der Handlungsfelder der Suchtprävention. Die wesentlichen Arbeitsfelder werden im Folgenden genannt und einige werden kurz vorgestellt. In Schulen, in der Freizeit, beim Sport, im Internet, in Betrieben, in Familien, in der allgemeinen Öffentlichkeit aber auch in der Jugendhilfe, in der Gemeinde oder Kommune und in der Politik und Gesetzgebung gibt es Angebote und Maßnahmen der Suchtprävention. Diese Aufzählung ist nicht vollständig und kann sich durch gesellschaftliche Entwicklungsprozesse erweitern, gibt jedoch einen groben Überblick an der Vielfalt der möglichen Handlungsfelder der Suchtprävention.

3.6.1 Internet

Das Internet ist ein Handlungsfeld, mit dem es möglich ist, besonders viele Menschen zu erreichen, es ist ein vergleichsweise neues Handlungsfeld und bietet eine unheimlich breit aufgestellte Vielfalt an Möglichkeiten, jedoch ist es wichtig neben den Möglichkeiten auch die Risiken im Blick zu behalten.

Fast alle der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland haben einen Internetzugang und benutzen diesen auch regelmäßig. Durch Präventionsangebote im Internet können Menschen erreicht werden, die durch die herkömmlichen Informations- oder Beratungsangebote nicht erreicht werden. Die besonders positiven Eigenschaften des Internets sind, dass es keine Öffnungs- oder Wartezeiten hat, es kann egal zu welcher Uhrzeit auf die Präventionsangebote zugegriffen werden. Außerdem können die Angebote durch das Internet anonym wahrgenommen werden und die Personen müssen nicht zu einem bestimmten Ort kommen. Durch verschiedene Angebote im Internet ist die Suchtprävention bedeutend flexibler und niederschwelliger geworden.

Die Ziele der Angebote der Suchtprävention im Internet sind vor allem die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen durch beispielsweise Wissenstest über verschiedene psychoaktive Substanzen, die Förderung einer selbstkritischen Einstellung zum persönlichen Suchtmittelkonsum und die Unterstützung der Betroffenen bei einer Verhaltensveränderung. Das passiert vor allem durch eine interaktive Wissensvermittlung bei der die Adressant*innen eine aktive Rolle im Präventionsgeschehen einnehmen können. Es gibt aber auch Selbsttests, die den Adressat*innen ein Feedback zu ihrem persönlichen Konsumverhalten geben können und sogar Online Beratungsprogramme oder webbasierte Interventionen.

Die umfassenden online Beratungsprogramme sind noch nicht besonders verbreitet, entwickeln sich jedoch vielversprechend weiter. In so einem Beratungsprogramm wird zunächst bei der Anmeldung ein Fragebogen zum Konsumverhalten und zur Person ausgefüllt und dann wird den Betroffenen ein*e Psychotherapeut*in zugeteilt. Mit den Psychotherapeut*innen können die Betroffenen in einem One-to-One-Chat dann Beratungsgespräche führen und Fragen diskutieren. Außerdem wird bei einigen Programmen ein passwortgeschütztes Tagebuch angeboten, in dem die Adressat*innen, ihre Gedanken und ihren Fortschritt festhalten können. Meist wird dann am Ende ein Abschlussgespräch mit den Psychotherapeut*innen geführt und es weitere Hilfsstrategien für den zukünftigen Verlauf geklärt.

Solche Programme existieren noch nicht so lange, dass umfangreiche Studien die Wirksamkeit dieser Präventionsmaßnahmen belegen oder widerlegen können. Jedoch sind die ersten Forschungsergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit vielversprechend.

Es ist trotzdem wichtig, dass im berücksichtigt wird, dass die Angebote und Maßnahmen der Suchtprävention im Internet nur verhaltensorientierte Ansätze sind. Die Angebote im Internet sind also hilfreich und auch wirksam, jedoch reichen sie allein nicht aus und müssen mit Maßnahmen der Offline-Prävention verknüpft werden. Zusätzlich gibt es immer wieder Diskussionen und Fragen nach dem Datenschutz der Nutzer*innen. Gerade bei solchen sehr sensiblen Informationen ist es wichtig, dass die Nutzer*innen und ihre Daten ausreichend geschützt werden und das kann im Internet nicht bei jeder Plattform oder Website garantiert werden.

Das Internet ist also eine hilfreiche Plattform, um viele Menschen mit den Angeboten der Prävention anzusprechen und zu erreichen aber die Angebotsvielfalt im realen Leben muss dennoch aufrechterhalten werden, um zum Beispiel ältere Menschen nicht auszuschließen oder um verhältnisorientierte Ansätze nicht zu vernachlässigen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 133-136).

3.6.2 Familie

Neben dem vergleichsweise neuen Handlungsfeld Internet wird nun das Handlungsfeld der Familie genauer betrachtet, da es eine besonders hohe Bedeutung für eine mögliche Suchtentwicklung hat. In den USA gibt es bereits viele verschiedene evaluierte Konzepte der familiären Suchtprävention, da die Familie eine zentrale Bedeutung in der Suchtprävention einnimmt. In Deutschland werden die Konzepte der familiären Suchtprävention noch erprobt und entwickelt.

Viele Ansätze der familiären Prävention lassen sich der selektiven Prävention zuordnen, da sich die Maßnahmen häufig an Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

richten. Das Ziel der Angebote ist es, den Kindern effektive Stressbewältigungsstrategien beizubringen, um die psychische Belastung zu reduzieren. Der Kenntnisstand zur Wirkung von psychotropen Substanzen und dem Effekt einer Sucht auf das Familienleben der Adressat*innen wird erhöht, um das Tabuthema Sucht für die Betroffenen aufzulösen.

Die Erziehungskompetenz der Eltern wird gefördert und sie werden für die Auswirkungen ihrer Abhängigkeit auf ihre Kinder sensibilisiert. Ein Risikofaktor für eine Sucht ist beispielsweise eine familiäre Belastung mit Sucht oder der Substanzgebrauch von einem Elternteil oder von beiden Elternteilen. In den Angeboten der Suchtprävention wird viel Wert darauf gelegt, die Risikofaktoren möglichst abzubauen aber vor allem werden die Schutzfaktoren ausgebaut. Zu den Schutzfaktoren innerhalb einer Familie zählen beispielsweise eine gute Eltern-Kind-Beziehung, Belohnungen, Erfolge und Anerkennung für Talente oder besondere Leistungen.

Die familiäre Suchtprävention hat ein sehr hohes Potenzial, da viele Risiko- und Schutzfaktoren im Bereich des Familienlebens liegen, jedoch gestaltet sich die Inanspruchnahme der Zielgruppe nicht besonders einfach. Die Teilnahme muss pragmatisch machbar sein aber die Einstellung gegenüber Suchtgefahren und Präventionsmaßnahmen spielen ebenfalls eine Rolle (vgl. Laging, Marion 2020, S. 136-138).

3.6.3 Schule

Die Schule ist ebenfalls ein zentrales Handlungsfeld der Suchtprävention. Die Schule ist die einzige Institution, durch die fast alle Kinder und Jugendliche angesprochen und erreicht werden können. Da das Thema Sucht gerade im Jugendalter sehr präsent, ist es enorm wichtig, dass die Schulen mögliche Gefahren von ihren Schüler*innen abwenden.

Das passiert unter anderem in der Unterrichtsarbeit mit suchtmittelunspezifischen und suchtmittelspezifischen Ansätzen. Die suchtmittelunspezifischen Ansätze sollen vor allem ausweichendem Verhalten zuvorkommen.

Ausweichendes Verhalten sind Verhaltensweisen, mit denen Probleme verdrängt oder umgangen werden. Es wird unbefriedigenden, belastenden oder sinnentleerten Lebenssituationen aus dem Weg gegangen. Diese Art von Verhalten kann sozial auffällig oder sozial unauffällig sein und aus einer Vielzahl von soziologischen, psychologischen, pädagogischen und persönlichkeitspezifischen Gründen entstehen. Jeder Mensch zeigt in verschieden starkem Ausmaß ausweichendes Verhalten und ein Beispiel für so ein Verhalten ist eine Suchtmittelabhängigkeit.

Um ausweichendes Verhalten vorzubeugen ist es wichtig, die Persönlichkeit der Menschen zu stärken. Denn Mensch mit einem hohen Selbstwert und einer starken Persönlichkeit sind kaum gefährdet, ausweichendes Verhalten zu zeigen. Dementsprechend sind diese Menschen auch kaum gefährdet eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln. In der Schule können also durch die Stärkung der psychischen und geistigen Kräfte der Schüler*innen Substanzabhängigkeiten vorgebeugt werden. Das wird unter anderem durch die Stärkung von Offenheit und Vertrauen erreicht aber auch, indem beispielsweise Umgangsmöglichkeiten für aggressive Impulse gefunden werden, damit diese nicht unterdrückt oder verdrängt werden. Auch das Stärken von persönlichen Beziehungen zwischen den Schüler*innen und eine Förderung der Konfliktfähigkeit haben präventive Wirkungen.

Neben der Stärkung der Persönlichkeit können auch Strukturveränderungen vorbeugend wirken. Durch intensive Elternarbeit können ebenfalls ausweichende Verhaltensweisen vermieden werden. Und auch Informationsvermittlung ist ein wichtiger Bestandteil der Suchtprävention in Schulen. Wichtig ist hier, dass legale und illegale Suchtmittel behandelt werden und beispielsweise Themen wie Gruppendruck oder Alternativen zum Konsum in einer Situation, in der Gruppendruck eine besondere Rolle spielt, Ursachen von Sucht und überhaupt, was Sucht eigentlich ist (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S. 12- 34).

4 Fazit

Im gesamten Text wird deutlich, was unter einer Sucht verstanden wird, was unter Prävention verstanden wird und welche präventiven Maßnahmen und Handlungsfelder es gibt, die Substanzabhängigkeit im Kontext der Sozialen Arbeit vorzubeugen. Welche konkreten Herausforderungen die Praxis der Suchtprävention mit sich bringt, wird an einigen Stellen angesprochen und ausdifferenziert. Für die gezielte Antwort der in der Einleitung gestellten Frage: Wie wird in der Sozialen Arbeit Substanzabhängigkeit vorgebeugt und welche Herausforderungen bringt die Praxis der Suchtprävention mit sich? werden die konkreten Herausforderungen im Folgenden noch einmal zusammengefasst.

Im Textabschnitt Gründe und Ursachen für eine Sucht wurden verschiedene Modelle zur Erklärung und Abbildung einer Abhängigkeit dargestellt. Hier wurde deutlich, dass die akkurate Abbildung eines Abhängigkeitssyndroms bereits die erste Herausforderung sowohl in der Suchthilfe aber auch in der Suchtprävention ist. Die Ursachen einer Sucht zu verstehen bildet die Grundlage dafür geeignete Maßnahmen zur Prävention

entwerfen zu können, denn erst, wenn verstanden wird warum Menschen psychoaktive Substanzen konsumieren, können Konzepte entwickelt werden, das zu verhindern.

Das Bio-Medizinische Modell ist extrem wegweisend hinsichtlich der Gründe einer Sucht, jedoch wurde erkannt, dass Sucht ein multifaktorielle Gefüge ist und das Biopsychosoziale Modell eine Abhängigkeit akkurater Abbilden kann. Diese Modelle gilt es weiter auszubauen, um die Gründe und Ursachen einer Sucht noch besser abbilden und verstehen zu können (vgl. Vongher, Sebastian 2022, S. 26-37). Eine weitere Aufgabe der Suchtprävention ist es, die mit den Erklärungsmodellen einher gehenden Risiko- und Schutzfaktoren weiter zu erforschen, um das Angebot der Präventions- und Behandlungsmaßnahmen vielfältiger und ausdifferenzierter werden zu lassen (vgl. Laging, Marion 2020, S.25).

Eine weitere Herausforderung stellt das breite Feld an Zielgruppen im Feld der Suchtprävention dar. Es ist schwierig alle Menschen der Zielgruppe zu erreichen und ein großes Problem ist, dass vor allem Ressourcen starke gesellschaftliche Gruppen die Angebote der Suchtprävention wahrnehmen. Beispielsweise werden Angebote eher von Gymnasien als von Hauptschulen angenommen, hier muss vor allem darauf geachtet werden, dass sich die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten durch die Präventionsmaßnahmen nicht verstärkt werden. Die Suchtprävention sollte hier nicht nur auf Anfragen, sondern ebenfalls eigenständig und proaktiv auf eruierende Bedarfe reagieren. Zusätzlich ist es wichtig, dass die Akteur*innen der Prävention Zielgruppen erreichen können, die durch Krankenkassen nicht ausreichend erreicht werden. Hierbei ist es ausschlaggebend, dass die Methodenauswahl der Fachkraft auf die Zielgruppe, die angesprochen werden soll, zugeschnitten ist und effektiv etwas zu Erreichung des Ziels des Präventionsangebotes beiträgt (vgl. Laging, Marion 2020, S. 140-141).

Des Weiteren wurde im Abschnitt der Geschichte der Präventionsarten deutlich, dass die Methode der abschreckenden Informationen keine wünschenswerten Ergebnisse erzielt, selbst wenn die Informationen authentisch und differenziert sind (vgl. Klein, Michael 2015, S. 40). Informationen über die gesundheitsschädige Wirkung von psychoaktiven Substanzen heißt nicht, dass die Konsumierenden danach ihre Verhaltensweisen und Konsummuster verändern. Die Herausforderung besteht hier, die Arten der Präventionen so miteinander zu kombinieren, dass sie die gewünschte Wirkung erzielen (vgl. Waibel, Eva Maria 2017, S.19).

Die Wirkung der Angebote und Maßnahmen der Suchtprävention nachzuweisen, gestaltet sich ebenfalls schwer. Auf Grund des Öffentlichkeitsdruckes ist es für die Prävention enorm wichtig, die Dokumentation und Evaluation der Präventionsmaßnahmen auszubauen. Um die Suchtprävention und ihre Angebote zu rechtfertigen, ihre Wichtigkeit und Wirksamkeit darzustellen, sind Dokumentation und Evaluation ausschlaggebende Mittel (vgl. Laging, Marion 2020, S. 142).

Bei der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Herausforderung, herauszufinden, ob der Konsum von Suchtmitteln intervenierungsbedürftig ist oder ob er ein Teil der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ist. Trotz Diagnosekriterien einer Abhängigkeit kann bei Jugendlichen häufig nicht der genaue Zeitpunkt herausgefunden werden, ab wann der Konsum zu riskant wird und interveniert werden muss (vgl. Laging, Marion 2020, S. 25-28). Damit es gar nicht erst nötig wird den genauen Zeitpunkt zu bestimmen, ist es wichtig, dass Jugendlichen eine alternative Stress- und Gefühlsbewältigung zum Konsum angeboten wird. Außerdem ist es maßgebend, sie bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben zu unterstützen und ihre Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung, Identitäts- und Lebensstilfindung, nach Grenzerfahrungen und Abenteuern zu stillen. Das kann mit alternativen erlebnis-, medien- und kulturpädagogischen Aktivitäten erreicht werden, die die Selbstwirksamkeitserfahrungen, das Selbstbewusstsein und die sozialen Kompetenzen wie beispielsweise das Durchsetzungsvermögen, die Konfliktlösefähigkeit und das Durchhaltevermögen stärken. Wichtig ist hierbei, dass diese Angebote und Aktivitäten die Faszination und Versuchung des Suchtmittelkonsums übertreffen (vgl. Laging, Marion 2020, S. 123-125).

Neben den bereits genannten Herausforderungen gibt es noch die Schwierigkeit der chancengerechten Prävention. Wie im Text bereits deutlich wurde, ist die Suchtentwicklung durch die sozioökonomische Lage der Individuen geprägt. Diese Faktoren müssen von der Suchtprävention beachtet werden, um die Angebote anschlussfähig zu gestalten und auf die speziellen Bedarfe der Zielgruppe eingehen zu können. Die verschiedenen Voraussetzungen, Merkmale, Problematiken und Ressourcen müssen von den Akteuren und Akteurinnen der Suchtprävention erfasst werden und in die Angebotsentwicklung mit einbezogen werden. Um allen Menschen den Zugang zu Gesundheit zu ermöglichen und Chancengleichheit zu erreichen, sollte sich die Aufmerksamkeit auf die Diversitätsaspekte wie das Alter, den kulturellen Hintergrund, die sexuelle Orientierung und die sozioökonomische Ausstattung richten. Wichtig für die Suchtprävention ist es hier, die ungleiche Verteilung von Ressourcen und

Schutzfaktoren zu reduzieren und Risikofaktoren und Belastungen abzubauen (vgl. Buchli, Martina 2021, S. 48-49).

Die Ergebnisse dieser Arbeit geben einen ersten Überblick darüber, wie die Suchtprävention aufgebaut ist und mit welchen Herausforderungen sie zu kämpfen hat. Die ausführliche Analyse der praktischen Herausforderungen kann in Zukunft von großer Bedeutung für die Suchtprävention sein, da die Ergebnisse abbilden, welche Verbesserungsmöglichkeiten es gibt und wo angesetzt werden muss, um die Suchtprävention noch wirksamer zu gestalten.

Literaturverzeichnis

- Aldrian, Susanne (2019): *Illegalisierter Substanzkonsum von Akteuren aus der Suchthilfe. Eine Gradwanderung zwischen Freizeit und professionellem Auftrag*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 5-8.
- Buchli, Martina (2021): Soziale Arbeit in der Suchtprävention-eine Suche. In: Krebs, Marcel/ Roger, Mäder/ Mezzera, Tanya (Hrsg.): *Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis*. Wiesbaden: Springer VS. S. 43-49.
- Bühler, Anneke/ Thrul, Johannes/ Gomes de Matos, Elena (2020): *Expertise zur Suchtprävention 2020. Aktualisierte Neuauflage der Expertise zur Suchtprävention 2013*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S.16.
- Ducki, Antje (2013): Verdammt zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft? In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Meyer, Markuns (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg- die süchtige Arbeitsgesellschaft. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag. S. 3-4.
- Holzbach, Rüdiger (2013): Medikamentenabhängigkeit und Arbeit. In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Meyer, Markuns (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg- die süchtige Arbeitsgesellschaft. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag. S. 75-80.
- Hüther, Gerald (2013): Neurobiologische Hintergründe der Herausbildung von Suchterkrankungen. Sucht als Ersatzbefriedigungsstrategie für ungestillte Bedürfnisse? In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Meyer, Markuns (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg- die süchtige Arbeitsgesellschaft. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag. S. 35.
- Kalke, Jens (2015): Probleme und Perspektiven der Suchtpräventionsforschung In: Hoff, Tanja/ Klein, Michel (Hrsg.): *Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg. S. 122-123.
- Klein, Michael (2015): Geschichte der Suchtprävention In: Hoff, Tanja/ Klein, Michael (Hrsg.): *Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg. S. 40-41.
- Laging, Marion (2020): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen-Konzepte-Methoden*. Bieker, Rudolf (Hrsg.), 2. Auflage., Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. S. 14-165.
- Lindenmeyer, Johannes (2013): Warum werden Menschen süchtig? Psychologische Erklärungsmodelle. In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Meyer, Markuns (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg- die süchtige Arbeitsgesellschaft. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag. S. 21-26.

Nolte, Frank (2019): Sucht und Nüchternheit. Zur Kultur- und Ideengeschichte der Moderne. In: Feustel, Robert/ Schmidt-Semisch, Henning/ Bröckling (Hrsg.): Handbuch Drogen in sozial- kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer VS. S. 137.

Orth, B./ Merkel, C. (2022): *Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S.15-37.

Pröll, Andrea/ Schnell, Thomas/ Koch, Leona Julie (2019): *Psychische Störungsbilder*. Berlin: Springer-Verlang GmbH. S. 12.

Schneider, Volker (2017): *Gesundheitspädagogik. Einführung in Theorie und Praxis*. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 23-29.

Spode, Hasso (2013): Sucht aus historisch-soziologischer Sicht. In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Meyer, Markuns (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg- die süchtige Arbeitsgesellschaft. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag. S. 11-14.

Täschner, Karl L. (2013): Illegale Drogen-Herkunft, verwendung, Verbreitung und Gefahren. In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Meyer, Markuns (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg- die süchtige Arbeitsgesellschaft. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag. S. 96-97.

Vongehr, Sebastian (2022): *Suchthilfe und Suchtprävention als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.*, Wiesbaden: Springer. S. 13-129.

Waibel, Eva Maria (2017): *Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen*. Weinheim Basel: Beltz Juventa. S. 12-34.