

# Suchtpräventionskonzept der Stadt Erfurt

Teil 1: Fachliche Grundhaltungen

Autorinnen:

Prof. Dr. Regina Kostrzewa

Jette Schäfer



Gesundheitsamt Erfurt  
Stabsstelle Gesundheitsplanung

## Impressum

Herausgeber

Landeshauptstadt Erfurt  
Stadtverwaltung

Redaktion

Gesundheitsamt Erfurt  
Stabsstelle Gesundheitsplanung

Koordinierungsstelle für seelische Gesundheit und Suchtprävention  
Jette Schäfer

Telefon: 0361 6554203

E-Mail: [suchtpraevention@erfurt.de](mailto:suchtpraevention@erfurt.de)

Wissenschaftliche Begleitung durch Prof. Dr. Regina Kostrzewa (IU Bremen)

Es ist nicht gestattet, ohne ausdrückliche Genehmigung des Herausgebers diese Veröffentlichung oder Auszüge daraus für gewerbliche Zwecke zu vervielfältigen oder in elektronische Systeme einzuspeichern.

Hinweise zur Diktion: Aus Lesbarkeitsgründen werden personenbezogene Bezeichnungen nur im generischen Maskulinum verwendet.

Stand: März 2023

## Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	4
2	Auftrag und Erwartungshaltung an das Konzept	5
3	Zum Grundverständnis: Suchtprävention	6
3.1	... als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.	8
3.2	... als Teil der Gesundheitsförderung.	12
3.3	... zwischen Lebens- und Konsumkompetenz.	15
3.4	... und deren Leitlinien.	17
3.5	... zwischen Qualitätsstandards und Praxisnähe.	18
3.6	... und aktuelle Herausforderungen.	23
3.7	... und der politische Auftrag der Entstigmatisierung.	24
4	Fazit	31

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konsumkompetenz als Aufgabe der Suchtprävention (Kostrzewa, 2019, S.283)	14
Abbildung 3: Maßnahmenplanungsprozess (EDPQS, 2019, S. 26)	19
Abbildung 4: Flussdiagramm Auswahlprozess der Programme (Grüne Liste Prävention –die Empfehlungsliste evaluierter Präventionsprogramme, 2011, Seite 7)	21
Abbildung 5: Ein Teufelskreis – der Stigmatisierungsprozess (Kostrzewa, 2018, S.2)	26
Abbildung 6: Entstigmatisierung durch partizipative Theaterarbeit (Kostrzewa, 2018, S.6)	29

# 1 Vorwort

Die Nachfrage an suchtpräventiven Maßnahmen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht. Veränderte soziale Rahmenbedingungen, die geprägt und gebeutelt von einer Pandemie, Heranwachsende vor diverse Herausforderungen stellen, begünstigen die Faktoren für einen missbräuchlichen Konsum. Diese Bedarfe sind nicht nur eine Erscheinung im Jugendalter, sondern sind auch bei den Erwachsenen deutlich erkennbar. Eine Entspannung der psychosozialen Belastungsfaktoren ist derzeit noch nicht in Sicht. Kriegsgeschehen und eine angespannte Wirtschaftslage bringen generationsübergreifende Unsicherheiten, die kompensatorisch häufig auch in missbräuchlichem Konsumverhalten münden. So ist gerade seit Beginn der Corona-Pandemie ein Anstieg an stoffgebundenen sowie auch stoffungebundenen Suchterkrankungen (vor allem bei vulnerablen Gruppen) bundesweit zu verzeichnen. Wie kann man den daraus resultierenden Bedarfen an Präventionsmaßnahmen entgegenwirken? Was braucht es, um Kindern und Jugendlichen eine Konsumkompetenz zu vermitteln, die verhindert, dass eine missbräuchliche Nutzung entsteht?

Die Antworten auf diese Fragen sind vielschichtig und können nicht generalisiert beantwortet werden. Im Allgemeinen ist dennoch zu benennen, dass es wichtig ist, Prävention in eine Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung einzubetten, die sich entlang der Präventionskette orientiert. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei immer auf die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen gelegt werden, um individuelle Angebote unterbreiten zu können.

Den gestiegenen Bedarfen können nur adäquate Maßnahmen entgegen gesetzt werden, wenn das Netzwerk, in dem sich die Zielgruppe bewegt, sensibilisiert und gestärkt wird. Dabei sollen fachliche und sachliche Grundlagen vermittelt und auf Methoden wie Überdramatisierung und Emotionalisierung sowie paternalistische Ansätze verzichtet werden. Das zentrale Element ist die Stärkung der Resilienz der Zielgruppen sowie das Vermitteln von Konsumkompetenz, um riskanten missbräuchlichem Verhalten entgegenwirken zu können.

Neben der Planung von langfristigen Strukturen und Angeboten und der kontinuierlichen Evaluation ihrer Wirksamkeit ist die Netzwerkarbeit ein wesentlicher Bestandteil gelingender suchtpräventiver Arbeit. Die Landeshauptstadt Erfurt hat in diesem Bereich noch einige ungenutzte Ressourcen, da das Verständnis über gelingende Präventionsarbeit unter den Akteuren divergiert. Umso wichtiger erscheint eine kontinuierliche Netzwerkarbeit, um sich in einem stetigen Diskurs dem gemeinsamen Hauptanliegen nähern und ein Vorankommen sichern zu können.

Doch nicht nur die Akteure aus der Praxis und Verwaltung sind dabei in der Verantwortung. Politische Akteure sind in der Pflicht, sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventive Suchtprävention voranzubringen und zu stärken. So werden bestehende Möglichkeiten gesetzlicher Regelungen zur Reduzierung von Angebot und Nachfrage von Suchtmitteln und auch Verhaltenssüchten nicht ausreichend genutzt. Zu nennen wären dabei beispielsweise die Abgaberegulierungen, Jugendschutzkontrollen und Werbeverbote sowie die strukturelle Gestaltung eines gesunden Lebens-, Wohn- und Arbeitsumfeldes.

Zusammenfassend ist dabei zu erwähnen, dass sich die wesentlichen Elemente der Suchtprävention aus einem Policy Mix ergeben und diese als ein zentraler Teil einer allgemeinen Gesundheitsförderung zu sehen sind.

## 2 Auftrag und Erwartungshaltung an das Konzept

Im Jahr 2018 beschloss der Erfurter Stadtrat, dass ein Konzept für den Bereich der Suchtprävention geschrieben und entsprechende Maßnahmen auf den Weg gebracht werden sollen. Die Drucksache 2045/18 benennt in Punkt 2 dass ein „(...) Drogenpräventionskonzept in Kooperation (...)“ mit Leistungsträgern- und Leistungserbringern zu erstellen und finanzieren ist (siehe Anlage 1). Des Weiteren wird gefordert, dass Möglichkeiten geprüft werden, die Schulen bei der Ausübung der in § 47 Thüringer Schulgesetz gesetzlich verankerten Pflicht, Maßnahmen der Gesundheitsförderung anzubieten, zu unterstützen. So heißt es konkret im „Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003“:

- (1) Die Schule hat durch geeignete Maßnahmen die Gesundheitsförderung zu unterstützen. Sie entwickelt ein umfassendes ganzheitliches Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise. Die in den Lehrplänen festgeschriebenen Bildungsinhalte zur Gesundheitsförderung sind fächerübergreifend und über den Unterricht hinaus zu vermitteln. Gesunde Lebensweise ist an jeder Schule aktiv zu gestalten. Der Suchtprävention ist dabei ein besonderer Stellenwert einzuräumen.

Der Forderung für das Schreiben eines „Drogenpräventionskonzeptes“ der Fraktionen CDU, SPD, DIE LINKE sowie BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN wird in Form des nun vorliegenden Suchtpräventionskonzeptes Rechnung getragen. Die Autorinnen haben sich dabei der Freiheit bedient, die Begrifflichkeit der „Drogenprävention“ etwas allgemeiner zu betrachten, da die Thematik fachlich weitergedacht werden muss und sich hierbei die Prävention von Sucht (Suchtpräventionskonzept) als zutreffender erweist.

Ein solches Konzept hat keinen verpflichtenden Charakter und versteht sich nicht als einmalige Niederschrift. Dieses ist als Beginn für einen Prozess zu verstehen, welches den Weg hin zu einer Strategie im Rahmen einer integrierten Planung beschreibt und fachlich untermauern möchte. Demnach ist die kontinuierliche Fortschreibung und auch Anpassung an aktuelle Entwicklungen und Tendenzen eine der ersten Handlungsempfehlungen, welche im anstehenden Maßnahmenplan Beachtung finden sollte. Das Konzept bietet einen Orientierungsrahmen für vielfältige Akteure, die im Bereich der Prävention und/oder mit den entsprechenden Zielgruppen tätig sind sowie politische Akteure, die eine wesentliche Verantwortung für die Verankerung der Thematik in der Kommune tragen. Suchtprävention versteht sich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur durch entsprechende Netzwerkarbeit zu einer Wirksamkeit kommen kann.

Das Präventionskonzept gliedert sich in drei Bereiche. Der zu Beginn aufgeführte fachliche Anstoß, fasst wissenschaftliche Erkenntnisse der Präventionsforschung zur Steigerung der Wirksamkeit und Effektivität von Präventionsmaßnahmen zusammen und legt damit ein evidenzbasiertes und praktikables Vorgehen für die Erfurter Suchtpräventionspraxis nahe. Die dazugehörigen Gliederungspunkte wurden dabei bewusst als Aussage/Statement

formuliert, um die fachliche Sichtweise gleich in der Gliederung transparent zu gestalten. Der zweite Teil widmet sich einer Bestandsaufnahme der aktuellen Hilfs- und Präventionsangebote in der Kommune und benennt das Aufgabenspektrum der beteiligten Akteure im Bereich der Suchtprävention. Es gilt auch hierbei transparent darzustellen, in welchen Bereichen Versorgungslücken bestehen und welche Ressourcen noch ungenutzt bleiben. Dieser Teilbereich wird immer entstehende Neuerungen aufgreifen und darstellen.

Der dritte Teil beschreibt den Prozess, mit dessen Hilfe wir zu einem Maßnahmenplan kommen wollen. Dieser soll einen klaren Überblick darüber geben, wie in verschiedenen Settings Suchtprävention angeboten werden sollte, um den Diversitäten der Zielgruppen gerecht werden zu können. Da zur Veröffentlichung des Konzeptes, der Prozess noch nicht abgeschlossen ist, beziehungsweise gerade erst beginnt, wird auch der dritte Teil immer wieder an die aktuellen Entwicklungen angepasst werden. Die Hauptintention ist es, Prozesse und Entwicklungen suchtpreventiver Maßnahmen transparent und aktuell allen Interessierten zugänglich machen zu können.

**Ein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Regina Kostrzewa von der Internationalen Universität Bremen, die bei der Erstellung des Konzeptes (Kapitel 3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.7) maßgeblich mitgewirkt hat und auch den weiteren Planungsprozess weiter fachlich begleiten und bereichern wird.**

### 3 Zum Grundverständnis: Suchtprävention ...

Der Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Drogen ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Auch Verhaltensweisen wie Glücksspiel, Computerspiel oder Handynutzung gehören zum Alltag dazu. Die Corona-Pandemie hat die Nutzung digitaler Medien im beruflichen wie im privaten Kontext in weiten Teilen zu einem missbräuchlichen Ausmaß vorangetrieben. Bei allen Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung haben viele Menschen, das Maß verloren, das noch einen gesunden Umgang mit Medien ermöglicht. So verhält es sich auch im Bereich des Konsums von stimulierenden Substanzen. Bei vielen gesellschaftlichen Anlässen gehört beispielsweise der Alkohol wie selbstverständlich dazu, so dass es schon einer Entschuldigung bedarf, wenn man auf Alkohol verzichten möchte. Infolgedessen ist es naheliegend, dass die Verantwortung des Erlernens eines bewussten Umgangs mit stimulierenden Substanzen sowie mit stoffungebundenen Verhaltensweisen nicht allein bei den Eltern liegen kann, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet werden muss. Politische Entscheidungsträger beschäftigen sich demzufolge schon seit Jahrzehnten damit, zeitgemäße Präventionsmaßnahmen zu fördern. Dabei die richtige Auswahl zu treffen, kann anhand folgender Ausführungen zum Thema Prävention gelingen.

Nach allgemeinem Sprachverständnis bedeutet Prävention ein vorbeugendes Eingreifen, das auf Verhindern möglicher Probleme oder Abweichungen gerichtet ist (Sting & Blum, 2003, S.25). Das Verständnis von Suchtprävention orientiert sich am Gesundheitsbegriff und umfasst Maßnahmen, die geeignet sind, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, persönliche Konsequenzen zu entwickeln, gesundheitsfördernde Gemeinschaftsaktionen zu initiieren und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik anzustreben (vgl. Lammel, 2003, S. 234). Aufgrund dieser breiten Zielsetzung von

Prävention entwickelten sich verschiedene Präventionsformen. Innerhalb der Suchtprävention existieren mittlerweile zwei verschiedene Untergliederungen, die beide ihre Gültigkeit haben. Die Differenzierung nach dem amerikanischen Psychologen Gerald Caplan (1964) sieht eine Unterteilung entlang der Zeitachse zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention vor. Hinzugekommen ist die neuere Unterteilung vom Institute of Medicine (1994), die folgende Präventionsformen hinsichtlich des Generalisierungsgrades vorsieht: universelle, selektive und indizierte Prävention (EMCDDA, 2008, S.32). Nach Caplan versteht sich die Primärprävention als lebenslanger Erziehungsprozess mit dem Ziel eines geeigneten Verhaltensrepertoires, das einen bewussten Umgang mit Genussmitteln bzw. Substanzen gewährleistet und möglichst früh und langfristig ansetzt. Die Sekundärprävention konzentriert sich auf das Erkennen von Anzeichen einer Sucht bzw. von Drogenproblemen im Sinne einer Schadensminimierung durch Frühintervention. Hier lässt sich der präventive Ansatz des „Harm reductions“ einordnen. Ziel dieses Vorgehens ist es, die negativen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen des Alkoholmissbrauchs zu reduzieren, ohne dabei das Ziel zu verfolgen, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Tertiärprävention richtet sich an bereits therapierte, ehemalige Abhängige, mit dem Ziel einen Rückfall zu verhindern und die Schäden der bereits bestehenden Krankheiten zu minimieren (Franz/Lumpp (Hrsg), 2000, S.24).

Entsprechend der aktuelleren Unterteilung der Präventionsformen zielen alle Maßnahmen der universellen Prävention auf die Verhinderung oder die Verzögerung des Missbrauchs von Suchtmitteln ab und richten sich an alle Menschen ohne Selektion, um notwendige Informationen und Kenntnisse über den Konsum von Drogen und Genussmitteln zur Verfügung zu stellen. Hingegen richtet sich die selektive Prävention an Zielgruppen, die speziellen Risiken ausgesetzt sind und damit ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben, wie z.B. Kinder alkoholkranker Eltern. Die indizierte Prävention wendet sich speziell an Einzelpersonen, die eindeutig ein erhöhtes Erkrankungsrisiko aufweisen und mit hoher Wahrscheinlichkeit aufgrund individueller Risiken und erster Anzeichen einen problematischen Substanzkonsum entwickeln werden (EMCDDA, 2008, S.33).

Im Rahmen präventiver Maßnahmen muss der Wirkungszusammenhang verschiedener Faktoren bei der Suchtentwicklung berücksichtigt werden. Es muss entschieden werden, auf welcher Ebene die präventive Maßnahme stattfindet. Die Verhaltensprävention zielt darauf ab, bei dem Individuum Verhaltensänderungen zu bewirken, während die Verhältnisprävention auf die Verhältnisse abzielt, also die Rahmenbedingungen in der Umwelt verändert, wie z.B. gesetzliche Vorschriften zum Alkoholverkauf. Aktuelle Studien betrachten die Wirkmechanismen von Alkoholprävention, die soziale Normen wie auch weitere Einwirkungen auf Konsumententscheidungen umfassen. Letztgenannte lassen sich mit dem Einstellungs-Verhaltens-Modell erklären. „Der Theorie geplanten Verhaltens zufolge entstehen Entscheidungen für Alkoholkonsum u.a. durch soziale Normen und die Bereitschaft diesen Normen zu entsprechen“ (John et. al., 2019, S.6). Soziale Normen zum Alkoholkonsum werden einerseits durch die Vermarktungsinteressen der Produzenten und andererseits durch die Interessen der Präventionsmaßnahmen gestaltet. Letztere versuchen eine Konsumreduktion zu erreichen, während die Alkoholindustrie durch erhebliche Werbeausgaben eine Konsumsteigerung bewirken möchte. Beide Kräfte wirken auf die sozialen Normen zum Alkoholkonsum, weshalb eine umfassende Prävention verschiedenste Strategien integrieren muss. Von Preiserhöhungen für alkoholische Getränke über Verfügbarkeitsregelungen wie z.B. nächtlicher Tankstellenverkauf, Jugendschutzmaßnahmen bis hin zur Motivierung zur Alkoholreduktion durch Screenings und Kurzinterventionen (ebd.). Die Studie vom BMG zum Rauschtrinken empfiehlt, dass

verhaltenspräventive Ansätze gezielt peer-education-Maßnahmen einbezieht, da Binge drinking als Peergruppenphänomen auftritt. Demnach sollten Heranwachsende begleitet werden „Trinkkompetenz zu erwerben bzw. einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu entwickeln“ (BMG, 2009, S.99).

### 3.1 ...als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Ende der 1960er Jahre begann, ausgelöst von einem Anstieg stark emotionalisierter medialer Berichterstattungen des steigenden illegalen Drogenkonsums, eine Suchtprävention wie wir sie heute im deutschsprachigen Raum kennen. Damals führten die erheblichen Diskussionen in der Bevölkerung und in der Politik um den Konsum illegaler Drogen zur Bereitstellung umfänglicher Finanzmittel. Einerseits wurde jeglicher Umgang mit illegalen Drogen strafrechtlich strenger sanktioniert, andererseits wurden abschreckende Präventionsmaßnahmen initiiert (Uhl 2016, S. 71). Durch drastische Darstellungen wie z.B. der „Fixer an der Nadel“, „der Penner mit der Schnapsflasche“ oder die Amputation von „Raucherbeinen“ sollte die Bevölkerung vom Drogenkonsum abgehalten werden. Allerdings führte diese auf Abschreckung ausgerichtete Präventionsform nicht zur gewünschten Resonanz bei den Adressaten, denn als Ursache für die Entstehung süchtigen Verhaltens wurde allein die Verfügbarkeit gesehen, durch die der Mensch zum Missbrauch verleitet wird. Dieses drogenspezifische Modell entspricht dem medizinischen Ansatz, in dem Drogenmissbrauch mit einer Infektionskrankheit verglichen wird. „Primärprävention zielt darauf ab, sicherzustellen, dass eine Erkrankung nicht auftritt oder dass die Erkrankungsrate auf null reduziert wird, ihr Erfolg wird durch die Anzahl von Fällen gemessen, die innerhalb einer bestimmten Periode neu auftreten“ (Feser 1980, S. 31).

Ein weiteres drogenspezifisches Modell dieser Phase findet sich im ethisch-juristischen Ansatz, durch den Prävention ins Aufgabenfeld der Polizei und Gesetzgebung fällt. Der Mensch wird hier als unmündiges Wesen gesehen, das durch Verbote und Strafandrohungen geschützt werden muss (Gassmann 1985, S. 37). Beide Ansätze sehen in der Existenz der Droge die Ursache des Drogenproblems und machen den Menschen zu einem verantwortungslosen Opfer.

Ende der siebziger Jahre entwickelte sich die Phase der Aufklärung, durch die die Bevölkerung anhand sachgerechter Informationen über Drogen, ihre Gefahren und Folgeschäden zu einem bewussteren Umgang bewegt werden sollte. Aufgrund der häufig sehr negativ polarisierenden Darstellung in Form einer „Drogenerziehung“ zeigte sich nicht die erwünschte Wirkung bei den Zielgruppen. Für sich allein genommen ist Aufklärung über Drogen wirkungslos, häufig sogar kontraproduktiv (Grundmann 1998, S. 53).

Der Gebrauch von Substanzen erfüllt viele Funktionen wie z. B. Genuss, Zugehörigkeit, Entspannung oder auch Belohnung. Darüber hinaus kann mit dem Konsum auch ein bestimmter Lebensstil ausgedrückt werden, der sich häufig im Jugendalter entwickelt und sich im Erwachsenenalter manifestiert. Um hier im Sinne eines gesundheitsbewussten Lebensstils die Heranwachsenden zu begleiten, sollten der gesamtgesellschaftliche Einfluss sowie die multifaktoriellen Entstehungsbedingungen von Verhaltensweisen bedacht werden.



Der gesellschaftliche Umgang lässt sich anhand aktueller Konsumzahlen sehr gut ablesen. Entsprechend des Drogen- und Suchtberichts der Bundesregierung von 2019 konsumieren in Deutschland 7,8 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitsschädigender Form, ca. 25 Prozent der Erwachsenen sind episodische Rauschtrinkende, 1,3 Millionen gelten als alkoholabhängig und 73.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen von Alkoholmissbrauch.

Ungefähr ein Viertel der Erwachsenen in Deutschland raucht. Dazu kommen nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich ca. 150.000 Menschen, die vorzeitig an den direkten Folgen des Tabakrauches sterben sowie 3.300 an den Folgen des Passivrauchens. Bezogen auf den übermäßigen Konsum illegaler Drogen werden jährlich 150.000 Menschen stationär behandelt, und im Jahr 2016 starben 1.333 Menschen durch illegale Drogen.

Nahezu täglich werden wir in unserer westeuropäischen Gesellschaft mit dem Alkohol konfrontiert. In vielen sozialen und kulturellen Anlässen ist der Alkoholkonsum so integriert, dass ein abstinentes Verhalten als abweichend erlebt wird und einer besonderen Begründung bedarf. Neben dem Genuss wird der Alkohol auch häufig zum Stressabbau konsumiert und das in allen Bevölkerungsschichten und nicht nur im Jugendalter, sondern gerade auch im höheren Erwachsenenalter. So stellte das Robert Koch-Institut im Jahr 2017 fest, dass insbesondere die Altersgruppe der 45- bis 64- Jährigen regelmäßig zu viel trinkt. Der riskante Alkoholkonsum liegt in dieser Gruppe bei einem Anteil von ca. 19 Prozent, während bei den über 65-Jährigen 15 Prozent riskant konsumieren und bei der Gruppe der 33- bis 44-Jährigen ca. zwölf Prozent regelmäßig zu viel trinken. Diese Zahlen zeigen die Akzeptanz von Alkohol bis ins höhere Alter, trotz der bekannten gesundheitlichen Folgen. Kinder und Jugendliche wachsen also in einer Gesellschaft heran, die den Alkoholkonsum vorlebt.

Auch die Alkoholwerbung spricht insbesondere junge Menschen an und »gibt sich betont jugendlich« (Seitz, 2018, S. 111). Nach dem Motto »jung, schön und frei« investierte die Alkoholindustrie allein im Jahr 2015 insgesamt 544 Millionen Euro (ebd., S. 106) und verwendete dabei jugendorientierte Musik, lebhaftes Handeln und effektvolle Farben. Die Gesundheitsrisiken und Gefahren werden dabei komplett ausgeblendet, obwohl zahlreiche Studien darauf hinweisen. Mediziner belegen, dass über 200 Krankheiten durch einen riskanten Alkoholkonsum ausgelöst werden können: von Herz-Kreislauf-Problemen über psychische Erkrankungen bis zu verschiedenen Arten von Krebs. Allein für Deutschland zeigt die Global Burden-of-Disease-Studie rund 47.000 Todesfälle im Zusammenhang mit Alkohol. Darüber hinaus ist ein Viertel aller Gewaltdelikte von alkoholisierten Tätern im Jahr 2018 begangen worden, während 13 Prozent aller Unfälle mit tödlichem Ausgang aufgrund von übermäßigem Alkoholkonsum erfolgten. Entsprechend der Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) liegt die »risikoarme Schwellendosis« für Männer bei 24 Gramm Alkohol pro Tag, das ist ca. ein halber Liter Bier bzw. ein Viertel Liter Wein. Für Frauen gilt die Hälfte, da der Alkohol aufgrund des niedrigen Wasseranteils im Körper der Frau schneller eine höhere Konzentration erreicht und gleichzeitig das für den Alkoholabbau erforderliche Enzym in geringerer Menge produziert wird, d. h. der Alkohol länger im Körper bleibt (ebd., S. 53).

Die DHS ergänzt die Angaben für einen risikoarmen Konsum noch mit dem Hinweis, dass man wöchentlich wenigstens zwei alkoholfreie Tage einlegen sollte.

Einen bewussten Umgang mit Alkohol zu pflegen, bleibt jedem bislang selbst überlassen. Gleichwohl gibt es eine Reihe weiterer Empfehlungen im Sinne der „Punktnüchternheit“. Das bedeutet, in folgenden Situationen sollte man ganz auf Alkohol verzichten:

- auf der Arbeit,
- im Straßenverkehr,
- beim Bedienen von Maschinen,
- beim Sport/beim Schwimmen,
- bei Krankheit bzw. bei Einnahme von Medikamenten,
- bei Konfliktgesprächen in der Partner- bzw. Freundschaft,
- während der Schwangerschaft.

Zweifelsohne ist Cannabis in Deutschland die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Trotzdem lässt sich in unserer Gesellschaft keine klare Position für oder gegen den Konsum feststellen. Im Gegenteil! Häufig wird ideologisch diskutiert und sich in gespaltenen Lagern positioniert. So ist es heute keine Überraschung, dass sich die Jugend eine eigene Meinung bildet und zunehmend Cannabis ausprobiert. Solange es keine Einigung gibt bzw. keine klaren Strategien verfolgt werden, wird die Jugend ihren eigenen Weg gehen, wie nachfolgende Zahlen nahelegen. Entsprechend der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 2021 haben ca. neun Prozent der 12- bis 17-Jährigen und knapp 51 Prozent der 18- bis 25-Jährigen schon einmal Cannabis konsumiert, was einen erneuten Anstieg bedeutet. Was auch mit den derzeitigen Debatten zur Legalisierung in Zusammenhang gebracht werden kann. Der Konsum im Jugendalter birgt besondere Risiken für die Heranwachsenden, die von Kurzzeitfolgen wie Bewusstseinsstörungen, verzögerten Reaktionszeiten bis hin zu Panikattacken reichen können. Langzeitfolgen sind bei regelmäßiger Einnahme bei Jugendlichen Wahnvorstellungen/ Psychosen, Depressionen, vermindertes Erinnerungsvermögen und veränderte Hirnstruktur sowie erhöhtes Infarkt- oder Schlaganfallrisiko bis hin zur Abhängigkeit. Letztere tritt umso zügiger ein, je jünger die konsumierende Person ist. Denn in jungen Jahren lernt das Gehirn noch schneller. So auch hier! Drogen aktivieren das Belohnungszentrum des Gehirns, d. h. durch die Einnahme erfolgt eine Dopaminfreisetzung. Das sind Botenstoffe, die den Konsumenten ein positives Gefühl vermitteln. Insofern lernt das Gehirn des jugendlichen Konsumenten schneller die positive Wirkung und möchte dieses Gefühl wieder herbeiführen, weshalb dann erneut Cannabis konsumiert wird. Dieser Mechanismus lässt sich aber nicht unbegrenzt wiederholen und bleibt nicht ohne Folgen.

Die Verbreitung des Cannabiskonsums verzeichnet in den letzten Jahrzehnten große Schwankungen. Während bis vor der Jahrtausendwende maximal ein Viertel der 18- bis 25-Jährigen schon mal Cannabis konsumiert hat, sind es 20 Jahre später nach Angaben der BZgA fast doppelt so viele. Gesellschaftliche Diskussionen und politische Debatten beispielsweise um die Legalisierung oder den Einsatz von Cannabis als Heilpflanze werden auch von Jugendlichen wahrgenommen und z. B. in Präventionsveranstaltungen heiß diskutiert. Beliebte Annahmen wie »Cannabis ist gesünder als Alkohol« oder auch »Cannabis macht nicht abhängig« halten sich hartnäckig und müssen immer wieder geschickt hinterfragt bzw. widerlegt werden. Eine kurze Antwort wäre beispielsweise »Am gesündesten ist es, den Konsum von Cannabis und Alkohol zu unterlassen« oder »Cannabis macht psychisch abhängig«. Gleichwohl ist das »Gesetz zur Verwendung von Cannabis als

Medizin« für viele schwererkrankte Menschen ein großer Gewinn und verspricht z.B. bei Multipler Sklerose, Krebs, Epilepsien, Morbus Parkinson oder auch ADHS Linderung.

Gesellschaftlich betrachtet wäre eine klare Haltung zum Umgang mit Cannabis für Jugendliche eine wichtige Orientierung. Auch für Eltern wäre eine zentrale Botschaft für den Erziehungsalltag relevant. Allerdings werden ohne gesetzliche Veränderungen im Bereich Cannabis voraussichtlich Ideologiedebatten kein Ende finden, weshalb der derzeitige Gesetzesvorstoß „Zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften“ zur Klarheit beitragen kann. Als relevante Forderung im Bereich der Suchtprävention ist bei der gesetzlichen Entscheidung für eine Legalisierung, dass eine Reihe notwendiger Begleitmaßnahmen bereitgestellt werden, wie z.B. verstärkter Angebotskatalog zur Cannabisprävention für verschiedene Altersgruppen, Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen, Einhaltung des Jugendschutzes etc. (siehe Positionspapiere der Suchtfachverbände).

In großen Teilen der deutschen Gesellschaft werden Menschen, die illegale Drogen konsumieren, verachtet, ausgegrenzt und stigmatisiert. Häufig wird angenommen, dass der Konsum Ausdruck einer schwachen Persönlichkeit sei und in die Kriminalität führe.

Letzteres ist insofern zutreffend, als es in jedem Fall eine illegale Handlung ist und gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verstößt. Inwieweit es zutrifft, dass der Gebrauch illegaler Drogen mit einer schwachen Persönlichkeit zusammenhängen könnte, ist wesentlich komplexer zu beantworten und im Kontext der Identitätsbildung zu sehen. Festzuhalten bleibt, dass der gesellschaftliche Umgang mit einer Droge im kulturellen Kontext zu betrachten ist, weshalb eine gesetzliche Veränderung auch den kulturellen Kontext miteinbeziehen muss. Während in Deutschland Cannabis noch illegal und Alkohol legal ist, trifft dies auf andere Länder so nicht zu. Das bedeutet, eine Droge ist nicht automatisch illegal, sondern wird in Deutschland durch die Aufnahme in die Liste des BtMG so eingeordnet. Genau genommen wird der Begriff der Droge mit einer bestimmten Bedeutung verbunden, die mit der Erwartung einer Wirkung verknüpft ist. In Bezug auf die Wirkungsweisen werden illegale Drogen in drei Gruppen unterteilt: Sedativa, Halluzinogene und Stimulanzien. Während Sedativa als dämpfende und beruhigende Mittel bekannt sind, bewirken Stimulanzien eher das Gegenteil, indem sie eine anregende Wirkung erzielen. Halluzinogene beeinflussen die Sinneswahrnehmung, das Denken und Fühlen. Sie werden auch als Psychedelika bezeichnet und verändern die Sinneseindrücke. Am bekanntesten ist Cannabis.

In der Regel erwartet jeder Konsument von illegalen Drogen eine positive Wirkung im Sinne der Verbesserung der Stimmung, des Wunsches nach Entspannung, der Stimulierung und Intensivierung des Erlebens oder des Abbaus von Hemmungen, Ängsten und Schmerzen. Die positiv wahrgenommene Veränderung des psychischen Erlebens wird dadurch erzeugt, dass mit der Drogenwirkung im Gehirn gezielt in den biochemischen Übertragungsprozess der Impulse von einer Nervenzelle zur anderen eingegriffen wird. An den Verknüpfungspunkten, den sogenannten Synapsen, werden durch elektrische Impulse Botenstoffe freigesetzt, die an den Rezeptoren anderer Nervenzellen andocken und so die Informationen weitergeben. Durch das Andocken von psychoaktiven Substanzen an die Rezeptoren wird die eigene Kontrolle der Nervenzellen über die angemessene Menge an Botenstoffen, auch Neurotransmitter genannt, gestört. So wird den Nervenzellen vorgespielt, dass eine gewisse Transmittersubstanz genug bzw. nicht genug vorhanden sei. Dadurch wird die natürliche Wirkung der körpereigenen Botenstoffe verstärkt bzw. ersetzt,

bis der Körper die konsumierte Substanz wieder abgebaut hat. Dass dieser Eingriff in die körpereigenen Prozesse nicht ohne gesundheitliche Gefährdungen verläuft, ist hinreichend bekannt und führt zur Frage nach den Ursachen des Konsums, die sich bei Frauen und Männern oft unterscheiden. Während Männer durch den Konsum illegaler Drogen insbesondere Stärke, Macht und eine Unverletzlichkeit demonstrieren wollen, um in ihrer Peergroup eine Statusverbesserung zu erzielen, versuchen Frauen eine Form von Unabhängigkeit, Coolness und Selbstbewusstsein auszudrücken. Bei beiden Geschlechtern stellt sich der Konsum als eine Möglichkeit von Identitätsfindung und Persönlichkeitsentwicklung dar, die bei längerfristiger Anwendung Gesundheitsschäden bewirkt und eine Suchtgefahr beinhaltet (Kostrzewa, 2022, S. 28).

In Deutschland ist die Konsumprävalenz – das ist, einfach formuliert, die Konsumhäufigkeit – jeder illegalen Droge bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahr 2018 liegt der Anteil erwachsener Männer bei knapp fünf Prozent und erwachsener Frauen bei knapp drei Prozent (Piontek et al., 2016, S. 4ff.). Bei den Jugendlichen stehen die Zahlen in der gleichen Relation, während die Zwölf-Monats-Prävalenz im Alter von 18 bis 24 Jahren am höchsten ist. Hochrechnungen zufolge liegt die Lebenszeitprävalenz von Erwachsenen bei ca. 32 Prozent, d. h., ca. ein Drittel aller Erwachsenen hat irgendwann einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert. Doch ein einmaliger Gebrauch illegaler Drogen wird nicht zu einem gesamtgesellschaftlichen Problem. Das Spannungsfeld des Umgangs mit dem Thema Drogen ergibt sich aus der Betrachtung problematischen Konsums illegaler Substanzen mit bio-psycho-sozialen Folgen der Konsumenten und ihres Umfeldes. Mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz lässt sich erklären, wie eine Sucht entsteht. Das multifaktorielle Bedingungsgefüge bezieht die drei großen Faktoren Droge, Individuum und Gesellschaft ein, die in einer Wechselwirkung zueinanderstehen und auf eine dynamische Entwicklung des Prozesses hinweisen. Ein Störungsbild im Sinne eines problematischen Substanzkonsums entsteht dann, wenn die Wechselwirkung der biologischen, sozialen und psychologischen Wirkfaktoren nicht zum Gleichgewicht für die Person führen, sondern sie durch eine Überlagerung von Problemen beeinträchtigen. Hervorzuheben ist, dass die Gesellschaft diesbezüglich einen großen Anteil hat und Einfluss darauf nimmt, wie jede/r Einzelne mit Drogen umgeht. Selbstverständlich liegt ein erheblicher Teil bei der Person selbst, wie gesundheitsbewusst oder risikoreich sie konsumiert. Ebenso wichtig ist die individuelle Wirkung der Droge auf die Person im biologischen wie im psychischen Bereich, die sich bei allen Menschen unterscheidet. Von der Droge an sich geht keine Gefährlichkeit aus, solange sie nicht eingenommen wird. Und Letzteres wird maßgeblich von dem Sozialisationsprozess der Person und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst (ebd. S.29).

### **3.2 ... als Teil der Gesundheitsförderung.**

Ende der achtziger Jahre kam es durch die Ottawa-Charta (1986) auch in der Suchtprävention zu einem Paradigmenwechsel. Es wurde ein Gesundheitsförderungsansatz definiert, der auf einem demokratisch-emanzipatorischen Menschenbild aufbaut und die Menschen in der Lage sieht, autonom richtige Entscheidungen zu treffen. Der Fokus der Suchtprävention wurde nicht mehr allein auf die Ursachen des Drogenmissbrauchs gelegt, sondern verschob sich von den Risiko- auf die Schutzfaktoren, um die Stärkung der

Persönlichkeit zu erzielen. Es entstanden Maßnahmen zur Lebenskompetenzförderung, die im Sinne des partizipativ-emanzipatorischen Ansatzes der Ottawa-Charta Empowerment und Risikokompetenz in den Blick nahmen (Kostrzewa, 2019, S. 280).

Diese Ausrichtung der Suchtprävention wurde nach Harten als Sackgasse bezeichnet: „Suchtvorbeugung muß sich mit Sucht- und Suchtproblemen beschäftigen, die unspezifische Gesamtausrichtung führt in eine Sackgasse“ (Harten, 1996, S. 9ff.). Die Kritik richtete sich insbesondere gegen den nur noch allgemein pädagogischen Charakter von suchtpreventiven Veranstaltungen in Form von allgemeiner Gesundheitsförderung. „Und dabei ist der Gegenstand der suchtvorbeugenden Arbeit verloren gegangen: die Spezifität der einzelnen Sucht...“ (ebd.: 12). Harten beschreibt, wie sich aus seiner Sicht darin auch die finanzielle Unterfinanzierung der Suchtprävention begründen lässt und zitiert nach der Expertise des Instituts für Therapieforschung (IFT) Prävention als „Lippenbekenntnis und mit Feigenblattcharakter“ (BMG 1993). In der daraus resultierenden Debatte zur Ausrichtung der Suchtprävention zwischen den Fachkräften folgte die Forderung nach zielgruppenspezifischer Arbeit. „Die sucht- und suchtmittelspezifische Arbeit sollte mit suchtunspezifischer verknüpft werden und zugleich eine Orientierung an den Zielgruppen einbeziehen“ (Kostrzewa, 1996, S.75).

Im Zuge der Rechtfertigung finanzieller Ausgaben für die Suchtprävention wurde die Evidenzbasierung in die Diskussion einbezogen. So wie seit gut 20 Jahren eine Forderung nach evidenzbasierten medizinischen Maßnahmen gestellt wird, hat man diese seit einigen Jahren auch an die Suchtprävention herangetragen. Verkürzt wird Evidenzbasierung als „Auswahl von bestwirksamen Interventionen aus randomisierten klinischen Studien“ (Bühler & Bühringer 2015, S. 53) betrachtet. Im Hinblick auf das multifaktorielle Ursachenbündel von Suchtentwicklung wird diese auf Wirksamkeit reduzierte Definition der Komplexität suchtpreventiver Maßnahmen nicht gerecht. Im Memorandum zur Kölner Klausurwoche (2014) wurde eine umfassende Definition formuliert: „Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglich theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnis, als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis“ (2014, S. 8). Demzufolge lassen sich für die Konzeptionsentwicklung folgende Vorgaben ableiten: Einbeziehung von Theorien zur Suchtentwicklung und zu Risiko- und Schutzfaktoren sowie Nutzung wirksamer Methoden bezogen auf die Zielgruppen auf dem Hintergrund von Kontextwissen. Darüber hinaus sollten bei der Konzeptumsetzung noch folgende Aspekte bedacht werden: Qualifikation der Fachkräfte, Erreichbarkeit der Zielgruppe, konzepttreue Implementierung der Inhalte, interne Evaluation und Dokumentation zur Weitergabe des Praxiswissens (Bühler u. Bühringer, 2015, S. 56ff.). Um diesen umfassenden Anforderungen an die Suchtpräventionspraxis nachzukommen, muss der Ausbau einer auf Evidenzbasierung ausgerichteten Forschung vorangetrieben werden. Dabei hat „... die Suchtpräventionsforschung die Aufgabe, bestmöglich wissenschaftliches Wissen zu generieren, das für das evidenzbasierte Handeln in der Praxis nutzbar ist“ (Memorandum, 2014, S. 14). Nach Uhl muss aber die dieser Forderung immanente Idee „... dass man aus Fakten ableiten kann, was man tun soll...“ kritisch betrachtet werden (Uhl, 2016, S. 75). Uhl spricht von einem in der Forschungsmethodologie bezeichneten „naturalistischen Fehlschluss“ und beschreibt verschiedene wissenschaftliche Beispiele,

die sich durch einen irrationalen Umgang mit Daten auszeichnen (ebd., S. 78). In Folge des Kostendrucks bemüht sich die Suchtprävention um Wirksamkeitsnachweise und Qualitätssicherung, die in einer Form von „Evalopathie“ (Uhl, 2012, S. 57) gipfelt. „Man evaluiert auch, wo es nicht geht oder wo es nicht sinnvoll ist, mit untauglichen Mitteln und unsinnigen Zielen“ (ebd.). Die im Sinne der Qualitätssicherung angesetzten Prinzipien können sich so als unnötige Mehrbelastung, Ressourcenverschwendung und Qualitätsminderung darstellen. Insofern sollten die Evaluationsansprüche an Suchtpräventionsmaßnahmen am Umfang angemessen gewählt werden.

Im Bereich der Gesundheitsförderung werden die Begriffe Prävention und Intervention häufig unklar voneinander abgegrenzt bzw. synonym verwendet. Der Begriff Intervention bezieht sich nur auf gegenwärtig gegebene Vorgänge und Zustände und wird vom zukunftsbezogenen Begriff der Prävention abgegrenzt. Hafen formuliert, dass bei Interventionen das Problem bereits vorhanden ist und genaugenommen von Behandlung zu sprechen ist (Hafen, 2001, S.2). Gleichwohl wäre entsprechend des dargestellten Verständnisses der Präventionsformen dieser Bereich der Interventionen demnach in die tertiäre oder indizierte Prävention einzuordnen und Interventionen wären in diesen Präventionsbereichen anzusiedeln. Nach John et. al. müssen die Gesundheitsleistungen durch die wissenschaftliche Evidenz begründet sein, der zufolge z.B. Alkohol ein gefährliches Produkt bildet, von dem eine Gesundheitsgefahr, für den einzelnen abhängig von Geschlecht, Alter und Bildung, ausgeht (John et. al., 2019, S.9). Maßnahmen, „die auf Bevölkerungsebene zu einer Verhaltensänderung motivieren, Verhalten ändern und über diesen Weg schließlich zu einer Senkung von Krankheitsinzidenzen, sozialen und wirtschaftlichen Schäden beitragen“ (ebd., S.9) sollten angestrebt werden. Folgende Maßnahme wird beispielsweise als indirekte Interventionen zur Verhaltensänderung bezeichnet: die gesetzlichen Vorgaben zur Einschränkung des Alkoholkonsums im öffentlichen Leben wie Atemkontrollgeräte im Straßenverkehr. Insofern werden die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geändert und Verhältnisse geschaffen, die dem Alkoholkonsum zu unpassender Zeit oder unpassenden Ort verhindern sollen. „Bei den verhaltenspräventiven Interventionen wird direkter in Prozesse der Entscheidung für eine Verhaltensänderung eingegriffen“ (ebd.). Bei diesen direkten Interventionen lässt sich der Umgang mit sozialen Normen des Alkohols individualisiert berücksichtigen. Durch spezifische Beratungsansätze wie z.B. der Motivierenden Gesprächsführung werden die Menschen nicht in ihrem Verhalten kritisiert, sondern durch eine empathische Grundhaltung versucht, eigene Argumente für die Verhaltensänderung hervorzulocken. Das Motivational Interviewing (MI) wird als die evidenzbasierte Methode und Mittel der Wahl bezeichnet (ebd.). Studien belegen insbesondere im Bereich der Alkoholsucht positive Effekte durch die Motivierende Gesprächsführung (Burke et. al., 2003, S.843). Die wissenschaftlichen Befunde konnten allerdings keine Angaben über die genauen Zielgruppen bezüglich Alter und Geschlecht machen. Hingegen konnte herausgefunden werden, dass das Konzept der empathischen und respektvollen Behandlung durch MI als Kontrasteffekt eine wichtige Rolle spielt, da Abhängige häufig abwertend behandelt und stigmatisiert werden (ebd.). John et. al. deklariert Kurzberatungen im Allgemeinen als wirksam und MI im speziellen als erfolgreich (John et. al., 2019, S.12). „Am Motivational Interviewing orientierte persönliche Beratungen [...] explorieren eigene Gründe des Klienten für eine Verhaltensänderung. Ziel ist die Stärkung der Motivation und Selbstverpflichtung für ein individuelles Ziel der Verhaltensänderung bei den Klienten“ (ebd. S.13). Für schwere Störungen wie einer Alkoholabhängigkeit reichen Kurzberatungen in der Regel nicht aus (ebd. S.14). „Forschung hat gezeigt, dass die Motivation zur

Inanspruchnahme suchtmittelbezogener Hilfe mit Kurzinterventionen vor dem Beginn einer Alkoholabhängigkeit gefördert werden kann“ (ebd.). Insofern sollten auch Alkoholabhängige nicht von Kurzinterventionen ausgeschlossen werden. Auch Rost bezeichnet die Motivationsphase als die wichtigste und schwierigste Phase eines Alkoholikers, bevor er sich wirklich auf eine Therapie einlassen kann (Rost, 2009, S.251). Welche Interventionen und Behandlungsformen den einzelnen Alkoholabhängigen unterstützen können, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, hängt von vielen individuellen Faktoren ab. Eine psychoanalytische Behandlung beispielsweise, soll zur Selbstreflexion und Selbstbestimmung befähigen und legt ein hohes Ideal an menschlicher Gesundheit und Reife zugrunde, dass über die bloße Anpassung an die Normen der Gesellschaft im Sinne des sozialen Funktionierens hinausgeht (ebd. S.260).

### 3.3 ... zwischen Lebens- und Konsumkompetenz.

Als Ausgangspunkt der Kompetenzförderung im Rahmen der Suchtprävention wird die Lebenskompetenz gesehen. So wird Lebenskompetenz von der WHO als diejenigen Fähigkeiten definiert, „... die einen angemessenen Umgang sowohl mit unseren Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen“ (WHO 1994).

Spezifischer richtet sich die Gesundheitskompetenz auf die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen durch notwendiges Wissen und Entscheidungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Selbstregulation, um ein gesundes Leben zu führen (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, 2018).

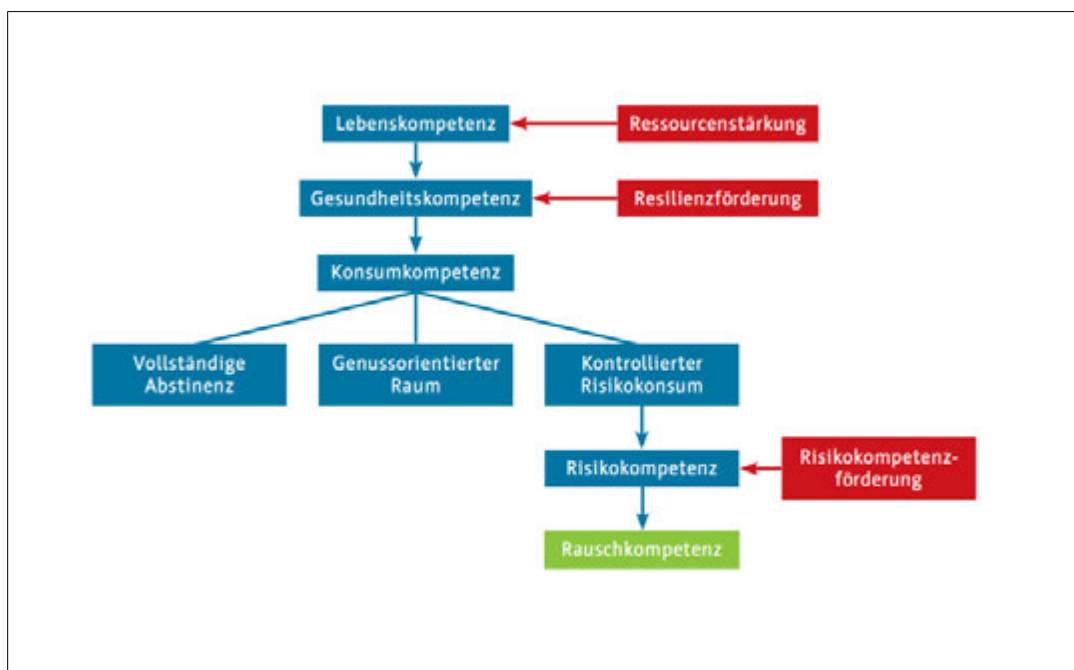


Abbildung 1: Konsumkompetenz als Aufgabe der Suchtprävention (Kostrzewa, 2019, S.283)

Die Konsumkompetenz wird als Ressource zur Bewältigung von Konsumententscheidungen in Alltagssituationen betrachtet. Darüber hinaus richtet sich die Risikokompetenz auf die

Fähigkeiten, unterschiedliche Risiken gegeneinander abwägen und auch in schwierigen Entscheidungssituationen präsent abrufen zu können (Weibel et al. 2008).

Das Schaubild zeigt die inhaltliche Nähe von Resilienzförderung, Lebenskompetenz und Ressourcenstärkung und die Komplexität des Ausbaus von Konsumkompetenz, die in einer Rausch- und Risikokompetenz münden kann. Letzteres ist bei Zielgruppen sinnvoll, bei denen Risikohandeln bereits Teil der alltäglichen Konsumpraktiken ist. Hier setzt die Risikopädagogik an, die Gefährdungen in Risikosituationen reduzieren will, indem sie Rausch- und Risikostrategien vermittelt, z.B. vor riskanten Konsumententscheidungen die persönliche Empfindlichkeit und das soziale Setting zu analysieren (Suchtakademie, 2013, S. 12). Diese moderne Form der Suchtprävention wird als Risikokompetenzförderung bezeichnet, die Rausch- und Risikoerfahrungen nicht tabuisiert, sondern ambivalent thematisiert (ebd.). Die Schaffung von Lernräumen zum Einüben von Konsumlernen und Risikohandeln wird insbesondere durch Peer-Group-Education ermöglicht. Peer Leader können in informellen Lernprozessen unter Gleichaltrigen im Sinne der Prävention als positive Rollenmodelle und Wissensvermittler der Aneignung problematischer Konsummuster entgegenwirken.

In der Suchtprävention wird die allgemeine Forderung der Sozialen Arbeit nach Lebensweltorientierung schon lange umgesetzt. Sie findet sich insbesondere in einer gendersensiblen- und diversityorientierten Suchtprävention wieder. In einer gleichnamigen Checkliste der Stadt Zürich (2013) wird selbige nicht nur als „nice to have“ sondern als „must-have“ beschrieben, um auf die Lebenslagen ihrer Zielgruppen einzugehen. Studien belegen Geschlechterunterschiede im Konsumverhalten sowie auch den Einfluss weiterer sozialer Kategorien auf die Lebensbedingungen wie z.B. der ethnisch-kulturelle Hintergrund, das Bildungs- und Einkommensniveau, das Alter, die sexuelle Orientierung sowie die körperliche und geistige Beeinträchtigung. Deshalb ist es für eine erfolgreiche Suchtprävention essenziell, die Unterschiede und das Zustandekommen der Unterschiede zu erkennen und zu verstehen. Demzufolge sind Gender- und Diversitykompetenzen auch in der Suchtprävention zu fördern und zu fordern wie z.B. spezifisches Wissen, eine verstärkte Wahrnehmungsfähigkeit und adäquate Methoden (Fachstelle Suchtprävention Berlin, 2012, S. 8).

Der Umgang mit den verschiedenen sozialen Differenzierungskategorien bzw. der Umgang mit Vielfalt in der Suchtprävention legt bei genauer Betrachtung nahe, die Lebenswelten der Adressaten explizit einzubeziehen und führt uns zurück zum Lebenskompetenzansatz. Um aber nicht die Spezifität der Suchtprävention zu verlieren, hat sich der Ansatz der Konsumkompetenz herausgebildet. Konsumkompetenz wird als Bündel von Kompetenzen gesehen, die spezifisch auf den Umgang mit bestimmten Substanzen und Verhaltensweisen gerichtet sind und in verschiedenen Konsumhaltungen resultieren: vollständige Abstinenz, genussorientierter Konsum oder kontrollierter Risikokonsum (Suchtakademie, 2013, S. 6). Konsumkompetenz wird als Ressource gesehen, die zur Bewältigung von Konsumententscheidungen in Alltagssituationen dient und zu einer Aufgabe lebenslangen Lernens gehört. Die Entwicklung von Konsumkompetenz ist von den biopsychosozialen Voraussetzungen der Person abhängig, weshalb ein gesundes Konsumverhalten immer von den Rahmenbedingungen beeinflusst wird.

Der Konsumkompetenzansatz entspricht der Überzeugung des demokratisch-emanzipatorischen Menschenbildes, dass die überwiegende Mehrzahl von Menschen autonom richtige Entscheidungen treffen werden, wenn man sie unterstützt,



Lebenskompetenz zu entwickeln und mit Risiken verantwortungsvoll umzugehen. „Die Zielpersonen werden dabei als Subjekte wahrgenommen, die im Sinne von Interaktionspartnern, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu ändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in ausweichendes und selbstzerstörerisches Verhalten zu verringern“ (Uhl, 2003, S.6).

Die Chancen und Wege für Eltern und pädagogische Fachkräfte, Kinder und Jugendliche zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol und Drogen zu erziehen, zeigen sich als bunt und vielfältig – im Sinne der Individualität des/ der Einzelnen. Die Strategien sind auf Ressourcenorientierung und Resilienzförderung ausgerichtet und versuchen eine Stärkung der Persönlichkeit durch protektive Faktoren zu ermöglichen, um kritische Alltags- und Lebenssituationen besser überwinden zu können und nicht durch Konsumverhaltensweisen auszuweichen. Als präventive Aufgabe wird die Konsumkompetenz gesehen, die zur Bewältigung von Konsumentscheidungen in Alltagssituationen dient und sich als lebenslanges Lernen versteht. Insofern sind auch Eltern und pädagogische Fachkräfte immer gefordert ihr eigenes Konsumverhalten zu reflektieren, um positiven Einfluss auf die Kinder und Jugendlichen nehmen zu können.

Als besonders hilfreich zeigen sich Regeln für eine Erziehung zur Konsumkompetenz, nach dem Motto: Erziehung ist die beste Prävention, wenn sie nach dem autoritativen Erziehungsstil erfolgt. Dieser beinhaltet folgende drei Aspekte: 1. die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse durch einen positiven Kontakt, der das Aufwachsen in einer emotional warmen Familienatmosphäre ermöglicht, in der die Kinder sich angenommen und geliebt fühlen. 2. das Begleiten einer Autonomieentwicklung, in der die Kinder durch selbstbestimmte Entscheidungen und Übernahme altersangemessener Aufgaben Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein entwickeln, um eigenverantwortliches Handeln zu lernen und in Gruppendrucksituationen »nein« sagen zu können. 3. eine moderate elterliche Kontrolle mit konsistentem Erziehungsverhalten, wodurch klare Regeln und Grenzen vorgegeben sind, die den Kindern Sicherheit geben und Grenzerfahrungen ermöglichen. Demzufolge ist, insgesamt betrachtet eine Erziehung, die eine Balance zwischen verstehender Einfühlung und Führung im Sinne der Konsumkompetenz bietet empfehlenswert. (vgl. Kostrzewa, 2022, S. 236 ff.).

### 3.4 ... und deren Leitlinien.

Ein Leitbild in der Suchtprävention definiert das gemeinschaftliche Verständnis von Werten, Visionen und einem grundsätzlichen Definitionsrahmen wie in diesem Bereich zusammengearbeitet werden soll. Gerade im sozialen Dienstleistungssektor macht es Sinn ein gemeinsames Leitbild zu entwickeln. Der Weg, der von unterschiedlichen Akteuren gemeinsam beschritten werden soll, kann durch ein kollektives Verständnis sowie ethischen Sichtweisen Klarheit bei der Zielerreichung verschaffen. Ein gemeinsames Leitbild sichert bei der Entwicklung/Konzipierung suchtpräventiver Maßnahmen den Adressaten die gleichen Voraussetzungen in Bezug auf den ideellen und qualitativen Charakter der Maßnahme(n).

Im Folgenden werden wesentliche Punkte eines beispielhaften Leitbildes in der Suchtprävention aufgegriffen und dienen somit als Grundlage für eine Leitbildentwicklung im Rahmen des Arbeitskreises Suchtprävention.

### **Grundhaltung**

Suchtpräventive Maßnahmen müssen in ihrer Konzipierung sowie durch die durchführenden Akteure eine ressourcen- und lebensweltorientierte Grundhaltung innehaben und in stetiger Wertschätzung mit der anvertrauten Zielgruppe agieren.

Bedacht werden sollten stets die komplexen Ursachen von Sucht- und Abhängigkeitsverläufen.

### **Nachhaltigkeit**

Suchtpräventive Maßnahmen müssen stets nachhaltig gedacht und geplant werden. Die Wirksamkeit von Maßnahmen ist in regelmäßigen Abständen mit geeigneten Instrumenten zu überprüfen (Evaluation).

### **Entstigmatisierung**

Suchtpräventive Maßnahmen müssen gendersensibel, sozialisations- und geschlechterbezogen gestaltet werden.

Vermittelt werden sollte eine offene Haltung bezüglich ethnischer, religiöser, kultureller, geschlechtlicher und sexueller Vielfalt.

### **Kompetenzförderung**

Suchtpräventive Maßnahmen müssen im Allgemeinen die Lebens-, Konsum- und Risikokompetenz sowie die Resilienz der entsprechenden Zielgruppe fördern. Sie informieren sachlich und aktuell zu Wirkungen und Risiken von Konsum stoffgebundener- und stoffungebundener Verhaltensweisen.

### **Empowerment**

Suchtpräventive Maßnahmen ermächtigen die Zielgruppe(n), eigenbestimmte Entscheidungen zu Konsumverhalten treffen zu können und eine kritische Auseinandersetzung dazu führen zu können.

### **Vernetzung und Kooperation**

Alle beteiligten Akteure in den verschiedenen Settings und Professionen sind an suchtpräventiven Maßnahmen zu beteiligen. Die Kommunikation und Vernetzung stellen dabei einen wesentlichen Baustein dar.

### **Entlang der Präventionskette**

Suchtpräventive Maßnahmen müssen zu einem frühen Zeitpunkt beginnen und sich entlang der ganzen Präventionskette kontinuierlich den Lebensphasen der Adressaten anpassen und sie begleiten.

### **Bedürfnisorientiert**

Suchtpräventive Angebote passen sich den Bedürfnissen der entsprechenden Lebenswelten der Adressaten an und reagieren auf Konsumententwicklungen im Quartier (Peer-Group, Familie, Schulklasse, Sportverein ...).

### **Partizipativ**

Suchtpräventive Angebote sind partizipativ zu gestalten und dürfen nicht im Alleingang einzelner Personen/Institutionen entwickelt werden, sondern sollten immer die Zielgruppe und weitere Akteure aus unterschiedlichen Bereichen involvieren.

### 3.5 ... zwischen Qualitätsstandards und Praxisnähe.

Qualitativ wertvolle Präventionsarbeit zu leisten, deren Wirksamkeit nicht nur subjektiv, sondern auch validiert nachweisbar ist, definiert wohl das oberste Leitziel suchtpreventiver Maßnahmen. Darin besteht wohl Konsens unter den Praktikern. Wie Qualität dabei definiert und gemessen wird, soll in diesem Kapitel Erwähnung finden. Die Herausforderung besteht darin, die zumeist recht theoretischen Konstrukte für Qualität- und damit auch Wirksamkeit in der Suchtprävention in die Praxis adressatengerecht zu transportieren. Wie im Gliederungspunkt 3.2 schon erwähnt, ist die Evidenzbasierung ein wesentliches Kriterium, um wissenschaftliche evaluierte Standards mit Erkenntnissen aus der Praxis zu verbinden. Zunächst ist zu klären, was unter Evidenzbasierung zu verstehen ist. Diese „(...) entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis“ (Kölner Memorandum, 2014, S. 8)

Das Memorandum gilt als Grundlage für die Frage der Wirksamkeit von Maßnahmen, wird aber auch gerade unter Praktikern kritisch hinterfragt. Beispielhaft ist dabei zu benennen, dass konkurrierende Einflüsse wie beispielsweise die allgegenwärtige Alkoholwerbung, die die Wirksamkeit einer Intervention beeinträchtigen und eine eigentlich erfolgreiche Maßnahme als unwirksam erscheinen lassen kann. Hier spricht man auch von einer Wirkfaktorenverdeckung.

Die Evaluation sollte über die Prüfung der Konzept- und Ergebnisqualität hinausgehen, und konkrete Bedarfe, Strukturen und Prozesse, sowie personenbezogene Faktoren der Durchführenden und der Zielgruppe (wie Haltung, Motivation, Akzeptanz und Beziehungsarbeit und didaktische Kriterien) beinhalten. Die Einberufung von Qualitätszirkeln welche Aspekte der Wissenschaft und Forschung, mit denen der praktischen und vorrangig pädagogischen Praxis verbinden, erscheint hierbei als erstrebenswert.

Ein weiterer Leitfaden, der für mehr Qualität in der präventiven Arbeit steht und konkrete Handlungsschritte für die Praxis aufführt, ist „Europäische(n) Standards zur Suchtprävention“ (in der deutschen Übersetzung von 2019). Dieses bietet einen umfangreichen Einblick in jegliche Qualitätsebenen, die gerade für die Argumentation für potenzielle Entscheidungs- und Geldgeber eine wesentliche Unterstützung bietet. „Das Ziel der EDPQS ist es die europäische Suchtpräventionsarbeit zu verbessern, indem ein empirisch angeleiteter Referenzrahmen angeboten wird, der die Lücken zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis überbrückt“ (EDPQS, 2019, S. 25). Der aufgeführte Programmzyklus, soll im Rahmen dieses Konzeptes nicht im Detail Erwähnung finden, dennoch in dem Maßnahmenplanungsprozess mit Beachtung finden.

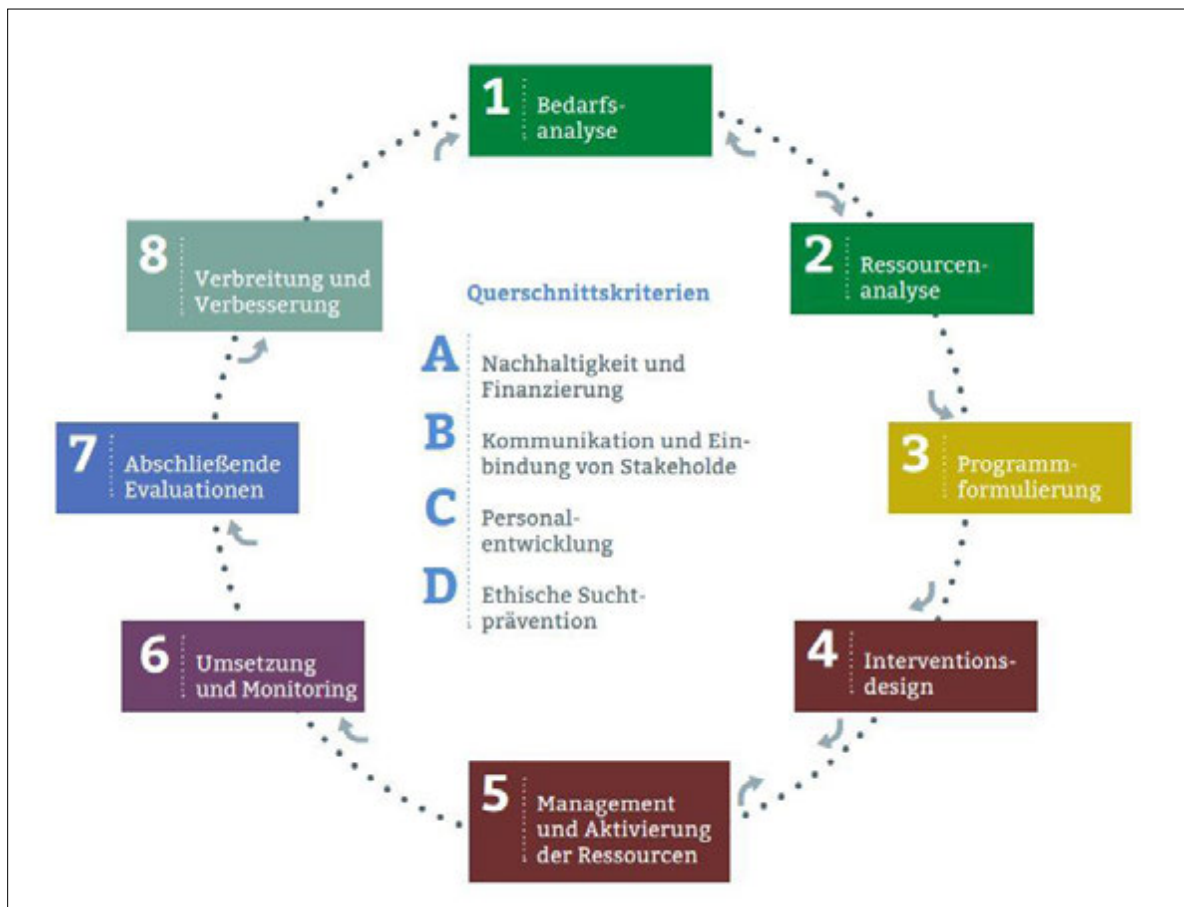


Abbildung 2: Maßnahmenplanungsprozess (EDPQS, 2019, S. 26)

„Programme müssen so konzipiert sein, dass die Kontinuität der suchtpreventiven Aktivitäten gewährleistet ist und sich das einzelne Programm in die breite Suchtpräventionslandschaft einfügt (z.B. innerhalb einer Organisation oder Region). Die langfristige Machbarkeit der Präventionsarbeit soll so weit wie möglich sichergestellt werden, so dass Programme im Idealfall über ihre ursprüngliche Implementierung hinaus und/oder nach Einstellung externer Finanzierung fortgesetzt werden können. Nachhaltigkeit hängt jedoch nicht nur von der Verfügbarkeit von Ressourcen ab (...), sondern auch von der Stimmigkeit des Programms sowie dem anhaltenden Engagement der Mitarbeiter und anderer relevanter Stakeholder (...“ (EDPQS, 2019, S. 32). Theoretisch betrachtet, ist das Arbeiten/ Konzipieren von Programmen nach den Europäischen Qualitätsstandards in der Suchtprävention die wünschens- und erstrebenswerte Richtlinie. Praktisch betrachtet erfordert es zumindest anfänglich einen hohen Zeitaufwand, der bei der Planung von Maßnahmen und Programmen sowohl zeitlich als auch personell mit einkalkuliert werden muss. Es vermeidet jedoch, dass kostenintensive Einzelmaßnahmen, die nicht in ein Gesamtkonzept eingebettet sind, politischen als auch monetären Anklang finden. Dahingehend werden des Häufigeren, nicht nur deutschlandweit Tendenzen laut, die eine „Rote Liste- potenziell schädlicher Präventionsprogramme“ fordern. „Berichte der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) deuten darauf hin, dass (...) (potenziell schädliche) Ansätze in Europa in großem Umfang Anwendung finden. Eine besonders kontroverse Form informationsbasierter Ansätze sind die sogenannten Abschreckungstaktiken, bei denen extreme Bilder oder Berichte (auch von ehemaligen-Substanzkonsumentinnen und -konsumenten) über die Folgen des Substanzkonsums an

Kinder und Jugendliche vermittelt werden (European Society for Prevention Research).“ Auch hier ist stetig der Appell an mehr Evidenzbasierung gerichtet, die zumeist bei vereinzelt Programmen auf Grund von Zeitmangel und Kostendruck eingespart wird. Häufig liegt dabei ausschließlich eine Evaluation zu Grunde in der die Adressaten nach ihrer Meinung zu der Maßnahme befragt wurden und diese dann die (meist vermeintliche) Wirksamkeit begründen. „Derartige Zufriedenheitsanalysen haben in wissenschaftlicher Hinsicht keine Aussagekraft bezüglich der Wirksamkeit und können deshalb nicht als Argument für eine Maßnahme herangezogen werden. Dasselbe gilt für die Verbreitung einer Maßnahme: Dass ein Programm weit verbreitet ist und eine große Nachfrage besteht, sagt überhaupt nichts über seine Wirkung auf das Verhalten von jugendlichen aus (EUSPR, Seite 4).“ Als schädlich sind in diesem Zusammenhang Maßnahmen, die:

- auf Einschüchterung oder Verängstigung abzielen
- auf reine Informationsvermittlung setzen ohne die Förderung von Kompetenzen
- „Problemjugendliche“/ Risikojugendliche in Gruppen zusammenbringen
- auf z.T. Peer Counselling-Ansätze, also die Beratung Betroffener setzen
- unstrukturierte (Freizeit-) Aktivitäten aufzeigen
- auf „Bootamps“ oder „Wildernesscamps“ setzen
- „Zero tolerance“ - Ansätze, ausgrenzende Strafen
- Kampfsportarten befürworten (Einzelstudie Endresen / Olweus 2005).

(Deutscher Präventionstag, 2013, Seite 8)

Auf eine finale Positionierung zu einer *Roten Liste* steht bisher und wahrscheinlich auch künftig aus, da der Interpretationsspielraum für Vertreter potenziell schädlicher Maßnahmen recht viel Spielraum bietet und die Fachwelt sich nicht zu einem endgültigen Konsens über Unwirksamkeit verleiten lässt. Worin jedoch klare Einigkeit besteht, ist die Initiierung und Nutzung der „*Grüne Liste der Prävention*“ (Grüne Liste Prävention – die Empfehlungsliste evaluierter Präventionsprogramme, 2011). Diese stellt für Praktiker aus vielfältigen Bereichen einen Orientierungspunkt, welche Programme im Bereich der Suchtprävention es schon gibt, und welche bereits erfolgreich evaluiert wurden. Die Online-Datenbank des Landespräventionsrat Niedersachsens kategorisiert Programme nach ihrem Evidenzgrad. Die Unterteilung erfolgt dabei in folgenden Stufen:

1. „Effektivität, (die) theoretisch gut begründbar ist“. Hierbei handelt es sich um die Einstiegsstufe, welche erst einmal erreicht werden muss, damit es ein Projekt/eine Maßnahme in diese Auflistung schafft.
2. „Effektivität, die „wahrscheinlich“ ist.
3. „Effektivität nachgewiesen“ ist die bewertungsstärkste Eingruppierung und ist demnach als klare Durchführungsempfehlung für die Praxis zu werten.

Ein genauer Kriterienkatalog, nach dem (Sucht-)Präventionsprojekte anhand der drei Stufen gewertet werden, ist auf der direkten Internetseite der Grünen Liste einsehbar. Mit den Zusatzkategorien „Auf der Schwelle“ und „nicht aufgenommen“ sind zwei Extrastufen eingeführt wurden, um Programmen/Maßnahmen, die noch im Prüfungsprozess ihrer Evidenz und Wirksamkeit sind, mit aufführen zu können. Bei letzterem konnte keine nachhaltige Wirksamkeit festgestellt werden und somit erscheint das Projekt auch nicht mit unter den empfohlenen Präventionsprogrammen.

Um den Prozess der Bewertung praktisch nachvollziehbarer zu machen, eignet sich folgende Abbildung:

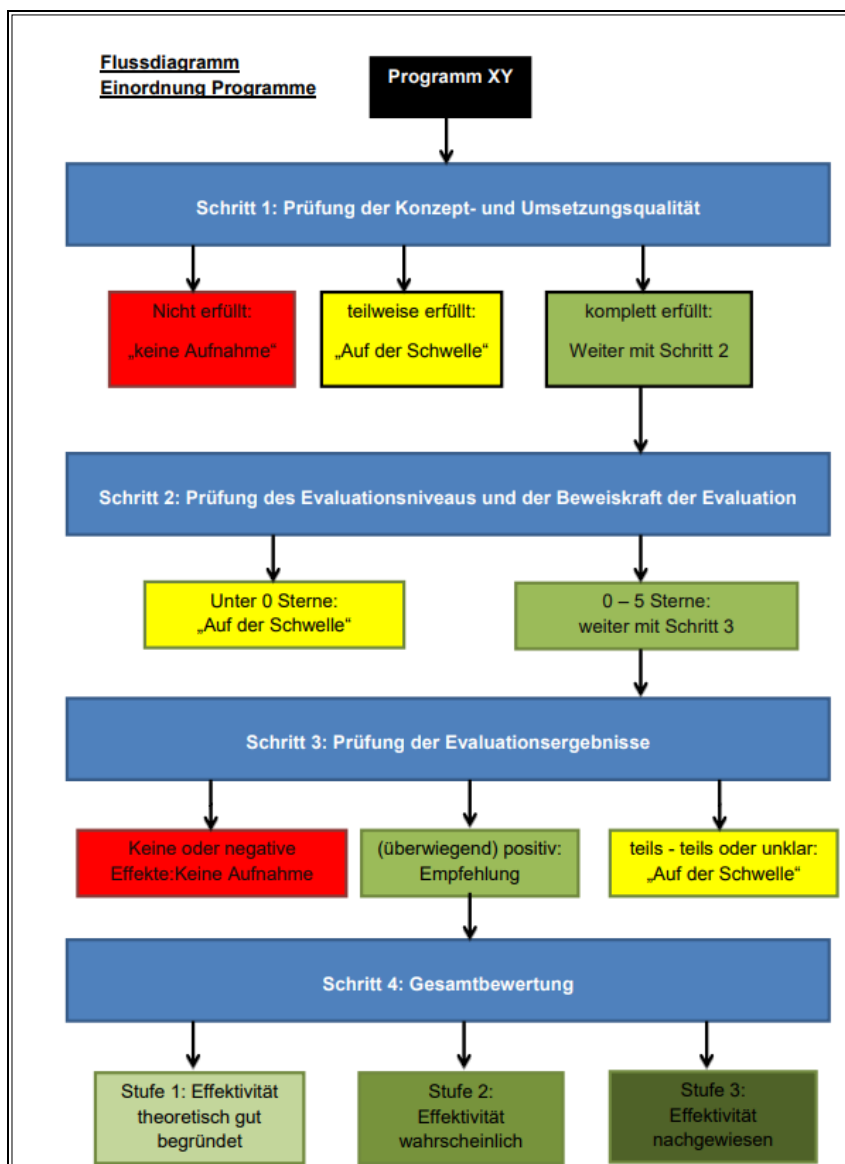


Abbildung 3: Flussdiagramm Auswahlprozess der Programme (Grüne Liste Prävention –die Empfehlungsliste evaluierter Präventionsprogramme, 2011, Seite 7)

Suchtpräventive Angebote und Maßnahmen gelten nach Einschätzung der BZgA als wirksam, wenn Ziele und Qualitätskriterien belegt sind und sowohl bei der Planung als auch bei Umsetzung handlungsleitend sind. Beschrieben wird hierbei ein Spannungsfeld der Messbarkeit zwischen „Output“ und „Outcome“. Der Nachweis von „Outcome“ (dem Ergebnis) in den spezifischen Maßnahmen ist aufwendiger und schwerer fassbar als die Eruiierung des „Outputs“ (Aufwand/ erbrachte Leistung). Letzteres lässt sich in der Anzahl von Veranstaltungen, Anzahl der Teilnehmer als auch in der Beschreibung des Settings transparent darstellen. Wohingegen es weitaus komplexer ist, eine tatsächliche Verhaltensänderung der Adressaten der Maßnahmen zu eruiieren oder ein gesundheitsbewussteres Konsumverhalten (Steigerung der Risikokompetenz...).

Es ist festzustellen, dass Maßnahmen der Suchtprävention, die die Zielgruppen direkt in ihren Lebenswelten anspricht und besonders wirksam sind, im Hinblick auf die gesundheitsförderlichen Veränderungen von Wissen, Einstellungen, Verhaltensweisen und Ressourcenstärkung die direkte Zielsetzung der Wirksamkeit erfüllen. Demnach sollte bei der Einführung neuer Projektideen überprüft werden, ob diesbezüglich nicht auf bereits evaluierte Programme zurückgegriffen werden kann, die bundesweit mit wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen ausgestattet sind.

### 3.6 ... und aktuelle Herausforderungen.

Die derzeitigen Entwicklungen sind für viele Menschen aber auch für die Gesellschaft im Allgemeinen herausfordernd. Daraus resultieren gerade für den psychosozialen Sektor neue Bedarfe und Aufgaben, die auf einen ohnehin unterfinanzierten Bereich treffen und nun bestmöglich bewältigt werden müssen.

Die Auswirkungen, die die Corona- Pandemie mit sich gebracht hat, werden noch in den nächsten Jahrzehnten sichtbar sein. Menschen in Einsamkeit und sozialer Isolation, Familien im dauerhaften Stresszustand, eine permanente unterschwellige Angst vor der Infektion und deren Auswirkungen haben das soziale Miteinander nachhaltig geprägt. Der Anstieg an psychischen Erkrankungen als auch des Konsums von Substanzen, ist in den Statistiken der Krankenkassen längst sichtbar geworden. Doch nicht nur die Corona- Pandemie stellt sich als Konsum- Beschleuniger heraus, sondern auch die aktuellen Entwicklungen in der Ukraine und deren Einfluss auf die Energie- und Flüchtlingspolitik gehen nicht spurlos an den Lebensbedingungen vieler Menschen vorbei. Bundeskanzler Olaf Scholz formulierte dies als „schwere Zeiten“, in denen nicht selten versucht wird, durch missbräuchlichen Konsum von stimulierenden Substanzen dies zu verarbeiten, zu kompensieren oder ganz einfach auch nur im weiter funktionieren zu können. Stress ist zum alltäglichen Dauerzustand geworden, der durch Fachkräftemangel beispielweise in den Kitas und Schulen schon bei den kleinsten Auffälligkeiten auslöst. Die vorhergehenden Kapitel haben recht deutlich dargelegt, dass Suchtprävention – oder allgemeiner betrachtet – die Förderung von Resilienz und einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, ausreichend Fachkräfte und vor allem Zeit zur Verfügung stehen sollten, um Kinder/Jugendliche und auch Erwachsene in ihren Lebenswelten abholen zu können. Hier müssen Ressourcen zeitnah erkannt und passgenau eingesetzt werden und noch mehr als bisher auf das „Gießkannenprinzip“ oder überschwängliche „Projektitis“ verzichtet werden.

Eine weitere Herausforderung für den präventiven Sektor stellt die kontrollierte Abgabe von Cannabis (oder auch als Legalisierung bezeichnet). Der viel diskutierte Beschluss im Koalitionsvertrag von SPD, FDP und GRÜNE birgt seine Chancen aber auch Risiken. Worüber bei aller Meinungsverschiedenheit zumindest eine gewisse Grundeinigkeit besteht, ist, dass der präventive Sektor mehr gestärkt werden muss, damit Bürger dieses Landes eine selbstbestimmte und gut informierte Konsumententscheidung treffen können. Die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.) positioniert sich dahingehend wie folgt: „Diese politische Entscheidung muss aus Sicht der DGPPN eng medizinisch-wissenschaftlich beraten und begleitet werden, um die Gesundheitsrisiken zu minimieren und einer Zunahme des Cannabiskonsums entgegenzuwirken [1]. Hierbei sind die Prävention, die Sicherstellung des Jugendschutzes, die Ausweitung von Maßnahmen zur Früherkennung und

Frühintervention bei psychischen Erkrankungen sowie eine wissenschaftliche Begleitforschung zwingend geboten.“ (Positionspapier der DGPPN, 2022, Seite 1) Es gilt als wünschenswert, dass neben den rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in erster Linie ein konkreter Plan (mit entsprechender Finanzierung) für die Verhaltens- und Verhältnisprävention besteht, bevor es an den finalen Prozess der Legalisierung geht.

Eine Herausforderung ist der weitere Ausbau/Nutzung im Bereich des E-Mental Health (EMH). Gemeint sind damit: „(...) alle digitalen Anwendungen (...), die zur Gesundheitsförderung, Prävention, Frühintervention, Behandlung oder Rückfallprävention beitragen.“ (Sucht Magazin, 2022, Seite 6) Gerade im Bereich der Suchttherapie konnten hier schon erste Erfolge wissenschaftlich fundiert dargestellt werden in den Bereichen der stoffgebundenen- als auch Verhaltenssuchte. Besonderen Aufwind erfuhr diese Therapieform im Zuge der Corona-Pandemie, in denen Kontaktbeschränkungen das persönliche Therapiesetting unterbanden.

Gerade in einer sich stetig weiter entwickelnden Digitalisierung, müssen auch präventive Ansätze in dieser Richtung ausgebaut werden, um sich möglichst vielen Zielgruppen öffnen zu können. Die Niederschwelligkeit ist hierbei ein eindeutiger Zugewinn. Kritisch muss jedoch betrachtet werden, dass der permanente Mediengebrauch gerade im Bereich der Verhaltenssucht einen erheblichen Anstieg verzeichnet.

### **3.7 ...und der politische Auftrag der Entstigmatisierung.**

Auch Suchtprävention kann durch abschreckende, stereotypisierende Elemente ausgrenzend, abwertend und stigmatisierend wirken. Studien belegen, dass Mitglieder stigmatisierter Gruppen ein erhöhtes Risiko für körperliche Erkrankungen sowie für psychische Störungen aufweisen und aufgrund der stressauslösenden Diskriminierung eine erhöhte Vulnerabilität entwickeln. Es zeigt sich, dass die Gesellschaft, Politik und Wirtschaft insbesondere eine kollektive Mitverantwortung gegenüber vulnerablen Gruppen haben. Auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) konzentriert sich bei neuen Präventionsdefinitionen auf die Stärkung vulnerabler Gruppen, die aufgrund ihrer Lebenssituation ein erhöhtes Risiko haben, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Diese von der Zielrichtung her positiv ausgerichtete selektive Prävention birgt zugleich die Gefahr negativer Effekte z.B. dadurch, dass die Zielgruppe auch ohne Verhaltensauffälligkeiten schon als Risikoträger identifiziert wird. Anhand einer Literaturrecherche ermittelten Wicki et al. (Zürich 2000) bei 25 Prozent der Jugendlichen als Teilnehmende sekundärpräventiver Projekte eine Zunahme des Substanzkonsums. Die negativen Effekte wurden durch die Etikettierung der Zielgruppe als Risikojugendliche begründet, was zu vermehrtem Kontakt mit anderen konsumierenden Peers führte. Der „Deviant Talk“ findet verstärkt zwischen diesen Jugendlichen statt und bestärkt sie in ihrem abweichenden Verhalten. Die Risikogruppen werden anhand von Risikofaktoren ermittelt, die aber nur einen Hinweis auf potenzielle Gefährdungen geben und keine Kausalitäten darstellen können. „Sobald Präventionsfachkräfte im Rahmen der Risikobewertung Zusammenhänge konstruieren und Werturteile fällen, greifen soziale Stigmata und Gefährdungsannahmen unreflektiert ineinander“ (Kostrzewa, 2018, S. 3). Eine zeitgemäße Suchtprävention muss sich mit solchen Stigmatisierungseffekten



auseinandersetzen. Eine qualitative Studie zur Entstigmatisierung der Suchtprävention (ebd.) macht deutlich, dass wir noch ganz am Anfang einer „stigmafreien“ Suchtprävention stehen und eine Sensibilisierung sowie die Strategieentwicklung noch dringend erforderlich sind. Die Ergebnisse der Experteninterviews, die im Rahmen der o.g. Studie durchgeführt wurden, zeigen in der Ressourcenorientierung und Resilienzförderung denkbare Strategien zum Stigmaabbau auf. Resilienzförderung versteht sich hier keineswegs als „grenzenlose Selbstoptimierung“ bis zur Ausbeutung des Körpers, sondern als Stärkung der Persönlichkeit durch Optimismus, positive Selbstwahrnehmung und positive Selbstwirksamkeitserwartung, um schwierige Lebenssituationen besser überwinden zu können. Gleichzeitig muss ein kritischer Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfolgen und auf eine Verbesserung selbiger hingewirkt haben.

Dieses partizipatorische Verständnis entspricht auch einer integrativen Suchthilfe und -politik. Sie versucht, suchtkranken Menschen passgenaue Hilfen vorzuhalten, Teilhabechancen zu eröffnen und Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Der integrative Ansatz in der Suchthilfe stellt eine Verbindung der Hilfen bei Problemen mit illegalen und legalen Suchtmitteln her und fördert die Vernetzung zwischen den klassischen vier Säulen der Suchtarbeit. Wie am Anfang des Artikels beschrieben, handelt es sich bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Sucht, um ein multifaktorielles Bedingungsgefüge, weshalb es notwendig ist, eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfen zusammenzuführen und auf einander abzustimmen. In der Nationalen Strategie der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2016) heißt es: „Die vielfältigen gemeinsamen Anstrengungen und Initiativen zur Suchtprävention sowie zur Verringerung des schädlichen Konsums und der Abhängigkeit von Suchtmitteln sollen damit auf nationaler und internationaler Ebene aufeinander abgestimmt werden“ (ebd., S. 6).

Die Bundesregierung setzt in diesem Strategiepapier auf einen integrativen Ansatz und definiert verkürzt die vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik wie folgt:

- Prävention, damit es nicht zu einem gesundheitsschädlichen Konsum oder einer Sucht kommt
- Beratungs- und Behandlungsangebote zum Ausstieg aus der Sucht
- Maßnahmen zur Schadensreduzierung als Überlebenshilfe wie z.B. Drogenkonsumräume
- Repression: gesetzliche Regulierungen zur Angebotsreduzierung und allgemeine Verbote

Staatliche Repression bezeichnet die Bundesregierung als „das Ergebnis eines gesellschaftlichen Konsenses zum Schutz bestimmter schützenswerter Güter [...]. Wo der freie, selbstverantwortliche Mensch nicht nur sich, sondern auch seine Mitmenschen schädigt, müssen die Gemeinschaft und der Staat Regeln aufstellen und durchsetzen“ (ebd., S. 8). Inwieweit hier das emanzipatorische Grundverständnis vorhanden ist oder der autoritär-kontrollierende Ansatz durchklingt, steht zur Diskussion offen. Grundsätzlich zeichnet sich aber ein Umdenken in der europäischen Drogenpolitik ab, was sich in der Vergangenheit an Schlagworten wie „Harm Reduction“, „Therapie statt Strafe“ oder an „Cannabis als Medizin“ zeigt. Die Beweggründe für das Umdenken sind Uhls Einschätzung nach, weniger ethische Gründe als pragmatische. „Erstens zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die ursprünglich primär repressiv orientierte Drogenpolitik keine plausiblen Erfolge vorweisen kann und zweitens wird immer offensichtlicher, dass mit Repression erheblich mehr Probleme erzeugt als gelöst werden“ (Uhl, 2003, S.12). Eine

Entkriminalisierung des Suchtmittelkonsums wie es auch derzeit durch die Legalisierung von Cannabis angestrebt wird, würde zum Stigma-Abbau beitragen.

In der integrativen Suchthilfe und -politik ist ein zeitgemäßer Ansatz zu sehen, der viele Anstöße zum Umdenken bewirken würde. Dabei kann eine auf Konsumkompetenz ausgerichtete Suchtprävention in eine positive Richtung wirken, um Menschen darin zu unterstützen, ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben zu führen und Genuss ohne schädliche Folgen zu fördern (Kostrzewa, 2019, S. 284).

Das Familiensystem einer suchtkranken Familie erfordert, dass alle Familienmitglieder möglichst wenige Sozialkontakte haben, um das Familiengeheimnis wahren zu können. Demzufolge grenzen sich Familien mit einer Suchtproblematik oft von sich aus ab, damit die Probleme nicht von Außenstehenden wahrgenommen werden. Diese Abgrenzung führt häufig insbesondere für Kinder aus den suchtbelasteten Familien dazu, dass sie wenig soziale Kontakte haben und in der Schule oder im Kindergarten oft als Einzelgänger erlebt werden. Deshalb nehmen andere Kinder auch nicht so rasch Kontakt mit ihnen auf, um nicht Gefahr zu laufen, zurückgewiesen zu werden. Freundschaften zwischen Kindern erfordern regelmäßigen Austausch, Interesse aneinander und gegenseitiges Vertrauen. Wenn von einem Kind aus einer Suchtfamilie immer ein zurückhaltendes Verhalten gezeigt wird, aus Angst, dass das Familiengeheimnis entdeckt werden könnte, kann sich keine unbeschwerte Freundschaft entwickeln. Automatisch halten sich andere Kinder dann eher fern und suchen sich andere Kontakte. So erleben Kinder aus Suchtfamilien häufiger eine soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung durch die Gesellschaft als andere Kinder. Erfahrungen sozialer Ausgrenzung durch Gleichaltrige untergraben das Selbstwertgefühl betroffener Kinder und Jugendlicher und erhöhen deren Depressivität (Wild, Möller, 2015, S. 266). Insofern betrifft die soziale Ausgrenzung die Kinder im Alltag zum einen unmittelbar, zum anderen durch die Stigmatisierung ihres suchtkranken Elternteils und die Auswirkungen auf die Familie. Stigmatisierung ist ein wechselseitiger Prozess, der nur durch Ansprache durchbrochen werden kann (Kostrzewa, 2022, S.176).

»Es war schrecklich, jahrelang wurden wir ausgegrenzt, für meinen Bruder war es besonders schlimm, weil ihm niemand ›unsere Geschichten‹ glaubte. Ich hatte nur eine wirkliche Freundin, der ich mich dann endlich – so mit 15 – anvertraute. Geahnt hatte sie es schon lange, weil ich sie nie mit zu uns nach Hause nahm, sondern immer am Wochenende bei ihr schlief. Aber ich musste es ihr einfach erzählen, weil so was Schlimmes passiert, war ... danach wurde es besser ... es war irgendwie durchbrochen, ich weiß auch nicht genau, aber ich war dann anders, offener irgendwie, und dann waren auch die anderen offener zu mir, was konnte ich dafür, dass mein Stiefvater Alkoholiker war ...« Elli, Stieftochter eines Alkoholikers und mittlerweile erwachsene Suchtexpertin, beschreibt den Veränderungsprozess, der aufgrund von Ansprache ihrerseits entstand. Die soziale Ausgrenzung löste sich nach ihrem Empfinden für sie dadurch auf, dass sie selbst offener mit der Situation umging und die anderen ihr offener begegneten. Hingegen gelang es bei ihrem Bruder nicht, da ihm »seine Geschichten« nicht geglaubt wurden. Das zeigt, dass Offenlegung nicht immer zu Verständnis führen muss, sondern abhängig vom Kontakt ist, in dem die Schilderungen erfolgen. Während Elli es ihrer Freundin im vertraulichen Gespräch erzählte, gab der Bruder es in einer Runde von Mitschülern wie eine unglaubliche Geschichte preis, die nicht ernst genommen wurde, sondern eher als Wichtigtuerei aufgefasst wurde (Kostrzewa, 2022, S. 177).

Tatsächlich sind die Erzählungen von Erlebnissen aus suchtkranken Familien oft so von Gewalt und Missbrauch geprägt, dass sie Außenstehenden unwirklich vorkommen und in den Bereich von Kindeswohlgefährdung fallen. Gesellschaftlich betrachtet ist es erforderlich, eine Entstigmatisierung des Themas Sucht zu erzielen, um eine offenere Grundhaltung gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen und ihren Familien zu haben. Wenn Sucht als psychische Erkrankung in der Gesellschaft akzeptiert wird und nicht mehr der Gedanke von »der ist doch selbst schuld an seiner Erkrankung« aufkommen würde, könnte die soziale Ausgrenzung der Familien abgebaut werden (ebd.).

Entsprechend einer qualitativen Studie konnte als eine Strategie der Entstigmatisierung des Themas Sucht in der Gesellschaft »der Kontakt, explizit Reden mit den Betroffenen« als zentrales Element ermittelt werden (Kostrzewa, 2018, S. 6). Das Reden mit den Betroffenen und nicht über die Betroffenen kann helfen soziale Ausgrenzung zu durchbrechen und den Krankheitsprozess zu stoppen, bevor Schlimmeres in den Familien passiert.

Mit einer Prävalenz von gut 16 Prozent der erwachsenen Gesamtbevölkerung stellen Störungen des Substanzmissbrauchs die größte Gruppe psychischer Störungen dar (Jacobi et al. 2014). Trotz der hohen Anzahl werden Suchtkranke häufig ausgegrenzt, diskriminiert und stigmatisiert. Der Stigmatisierungsprozess ist ein komplexes Phänomen von Wechselwirkungen zwischen den Betroffenen und der Gesellschaft. Dabei nehmen meist historisch entstandene und nicht hinterfragte Vorstellungen von Normalität und Normabweichung eine entscheidende Rolle ein.

Auf die Wahrnehmung und Benennung einer Normabweichung erfolgt die Zuschreibung negativer Stereotype, die zu einer Abgrenzung gegenüber den Trägern des Stigmas führt und eine Diskriminierung bewirkt. Bei vielen Betroffenen löst die Diagnose Sucht durch das Bewusstsein der gesellschaftlichen ‚Ächtung‘ einen Selbstverurteilungsprozess aus. Interviews mit Suchtkranken machen deutlich, dass deren negative Gedanken über sich selbst wie z. B. „Ich tauge nichts“, „Ich kriege nichts auf die Reihe“, „Ich bin ja selbst schuld“ mit diskriminierenden Äußerungen von anderen Personen übereinstimmen. Diese negative Identitätsbildung führt zum Selbstwertverlust und wird als Teil der „zweiten Krankheit“ gesehen. Als „zweite Krankheit“ bezeichnet Finzen (2001) die sozialen Auswirkungen der Stigmatisierung, die als ebenso gravierend eingeordnet werden wie die Grunderkrankung an sich.

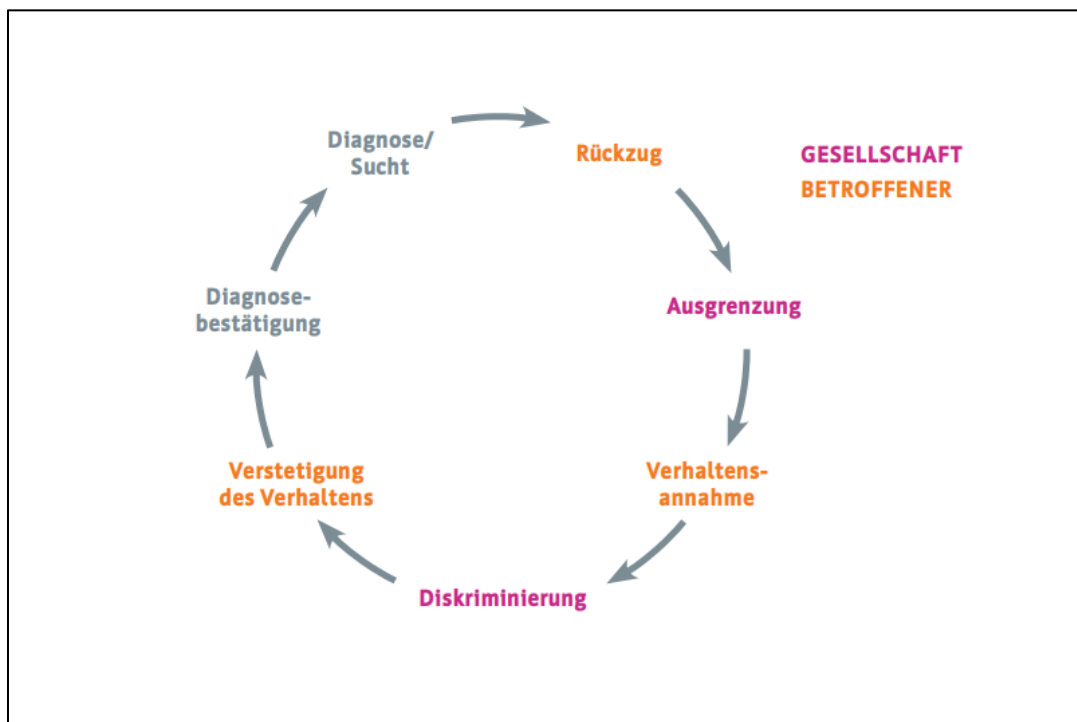


Abbildung 4: Ein Teufelskreis – der Stigmatisierungsprozess (Kostrzewa, 2018, S.2)

Für viele Betroffene beginnt der Teufelskreis der Stigmatisierung mit der Diagnose Sucht, die verheimlicht wird und zu sozialem Rückzug führt. Diese Normabweichung bewirkt in der Gesellschaft eine Aktivierung negativer Stereotype, die der Betroffene sich schließlich selbst zuschreibt. Diese Selbstzuschreibung führt zu einer Verhaltensannahme. Infolgedessen geht die Diskriminierung mit einer Verstetigung des kritisierten Verhaltens einher, die wiederum eine Bestätigung der Diagnose bedeutet.

Die Betroffenen sehen sich durch die Stigmatisierung einer bestimmten Rollenerwartung gegenüber, die sie in ihrem Handeln beeinflusst. Der Mechanismus der Anpassung erfolgt wie in jedem anderen Sozialisationsprozess. Durch die an den Menschen herangetragenen Erwartungen wird das Selbstkonzept entsprechend der „self-fulfilling prophecy“ neu bestimmt. Paradoxe Weise wird das deviante Verhalten durch den Konformitätsdruck verstärkt und der Wunsch des Betroffenen, sich in gleichgesinnten Gruppen aufzuhalten, gesteigert. Das süchtige Verhalten wird insbesondere unter dem Gesichtspunkt verständlich, dass der Betroffene nicht mehr als vollwertiger Interaktionsteilnehmer anerkannt wird, sondern nur noch unter der Prämisse seines Stigmas bewertet wird. Nach Finzen entsteht beim Betroffenen ein gestörtes Grundvertrauen in die Berechenbarkeit sozialer Interaktionen. Studien zur Stigmatisierung von Suchterkrankungen zeigen als häufigstes Maß für die Ablehnung das Bedürfnis der Betroffenen nach sozialer Distanz. Die Ablehnung von Alkoholikern ist im Vergleich zu anderen psychischen oder somatischen Erkrankungen am höchsten (Schomerus et al. 2010).

Darüber hinaus zeigen Studien einen erschwerten Zugang der Betroffenen zum Gesundheitssystem. Sie spüren eine ablehnende Haltung von Fachkräften einiger Gesundheitsberufe und reagieren darauf mit Vermeidung oder Abbruch der Behandlung. Teils erfolgen vom Pflegepersonal Schuldzuweisungen, dass die Betroffenen ihre Gesundheitsprobleme ja sozusagen „selbst verschuldet“ hätten (vgl. Vogt 2017).

Präventionsmaßnahmen sollten routinemäßig auf mögliche stigmatisierende Effekte hin geprüft werden. Im Memorandum „Stigma von Suchtkrankheiten verstehen und überwinden“ (Schomerus et al, 2017) wird herausgestellt, dass Gesundheitsförderung und Prävention durch abschreckende und stereotypisierende Elemente stigmatisierend wirken und die Zielgruppen dadurch ausgegrenzt bzw. abgewertet werden können.

Im Rahmen selektiver Prävention besteht die Gefahr, dass die Zielgruppe allein durch die erhöhte Risikoexposition und ohne Verhaltensauffälligkeiten zu zeigen, schon als Risikoträger identifiziert wird. Wicki et al. (Zürich 2000) ermittelten anhand einer Literaturrecherche bei 25 Prozent der sekundärpräventiven Programme eine Zunahme des Substanzkonsums der Jugendlichen. Die Forscher begründeten den negativen Effekt durch Etikettierung der Zielgruppe als Risikojugendliche und den vermehrten Kontakt mit anderen riskant konsumierenden Peers. Als Ursache für solche unerwünschten Programmergebnisse (Dishion 1999) wird der „deviant talk“ benannt, wodurch sich die Jugendlichen gegenseitig innerhalb der Gruppe in ihrem abweichenden Verhalten bestärken. Obwohl die Ressourcenorientierung in der Suchtprävention zunimmt, überwiegen Konzepte für Risikogruppen, die anhand von Risikofaktoren ermittelt werden. Diese Faktoren geben aber nur einen Hinweis auf potentielle Gefährdungen und können keine Kausalitäten darstellen. Sobald Präventionsfachkräfte im Rahmen der Risikobewertung Zusammenhänge konstruieren und Werturteile fällen, greifen soziale Stigmata und Gefährdungsannahmen unreflektiert ineinander (Kostrzewa, 2018, S. 4).

Eine zeitgemäße, stigmafremde Suchtprävention muss sich mit solchen Stigmatisierungseffekten auseinandersetzen. Hierfür hat die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich eine Stigma-Checkliste (Berger 2012) entwickelt. Inwieweit diese in der präventiven Praxis in Deutschland Anwendung findet, wurde im Rahmen von leitfadengestützten Experteninterviews ermittelt (Kostrzewa 2018). Der Fokus wurde dabei auf Ressourcenorientierung, Partizipation und Empowerment gelegt, weg von einer defizitorientierten Sichtweise, hin zu einer resilienzfördernden Prävention. Die Experten waren 14 Fachkräfte der Suchtprävention und -arbeit mit einem durchschnittlichen Arbeitszeitumfang von 71 Prozent für Suchtprävention und ca. 21 Berufsjahren im Durchschnitt. In den Interviews wurden sie nach einer Bewertung der in der Zürcher Stigma-Checkliste vorgestellten Strategien mit „sinnvoll“, „umsetzbar“ und „bekannt“ gefragt. Insgesamt gaben gut 85 Prozent der Befragten an, sich schon mal mit dem Thema Stigma bei Suchtkranken auseinandergesetzt zu haben, jedoch nur zwei Fachkräfte gaben an, die Checkliste aus Zürich zu kennen. Die Strategie der offenen Fehlerkultur, durch die negative stigmatisierende Auswirkungen von Suchtpräventionsmaßnahmen benannt werden, um aus ihnen zu lernen, wurde von den Experten zu 100 Prozent als sinnvoll, zu ca. 86 Prozent als umsetzbar und zu ca. 43 Prozent als schon bekannt bewertet. Eine klare Position der Experten zeichnete sich bei der Strategie Ressourcenorientierung beim Adressaten ab, mit der Partizipation und Empowerment gestärkt werden sollen. Diese Strategie bewerteten 100 Prozent als sinnvoll und ca. 86 Prozent als umsetzbar, für 50 Prozent war es bereits eine bekannte Strategie. Eindeutige Aussagen wie „...ressourcenorientiert, das ist der einzige mir sinnvoll erscheinende Weg, das Stigma überhaupt zu reduzieren“ können als richtungsweisend bezeichnet werden. Die Strategie der Resilienzförderung zur Entwicklungsbegleitung wurde zu 100 Prozent als sinnvoll und zu ca. 86 Prozent als umsetzbar bewertet und damit eindeutig positiv eingeordnet, während sie aber nur ca. 36 Prozent der Experten als Strategie in der Suchtprävention bekannt war. Aussagen wie „Ja, aber ich glaube, das ist noch so in den Anfängen ...“ machen

dies gut deutlich. Auf die Frage nach eigenen Strategien zur Entstigmatisierung in der Suchtprävention wurde der Kontakt, explizit das Reden mit den Betroffenen, als zentrales Element durch die Experten bestätigt. Als Fazit der Experteninterviews lässt sich herausstellen, dass eine Modernisierung der Suchtprävention in Richtung einer Verstärkung der Ressourcenorientierung und Resilienzförderung als vielversprechend für die Entstigmatisierung gesehen wird: „... es würde der Suchtprävention sicherlich guttun, den Fokus auf Resilienzförderung zu verschieben“ (Kostrzewa, 2018, S. 5).

Eine weitere Methode zur Entstigmatisierung ist in der partizipativen Theaterarbeit zu sehen. Diese interaktive Theaterform ermöglicht im Spiel die Teilhabe und Interaktion von Betroffenen in der Gesellschaft. Durch die Aufnahme der Strategien des Protests, der Edukation und des Kontaktes lässt sich der stigmatisierende Alltag dekonstruieren. Integration und Offenheit im Alltag werden ermöglicht, um am Abbau des Vorurteils „Der Süchtige ist selbst schuld“ mitzuwirken und so den Teufelskreis von Stigmatisierung und Selbststigmatisierung zu durchbrechen bzw. aufzulösen.

Die Vielzahl der Möglichkeiten entstigmatisierender Suchtprävention stellen sich als zeitgemäße Strategien dar und erfordern gesamtgesellschaftliches Umdenken. So kann Anti-Stigma-Arbeit zu Suchtkrankheiten im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit insbesondere auch durch politische Entscheidungsträger vorangetrieben werden und zur Entstigmatisierung des Themas Sucht in der Gesellschaft beitragen.

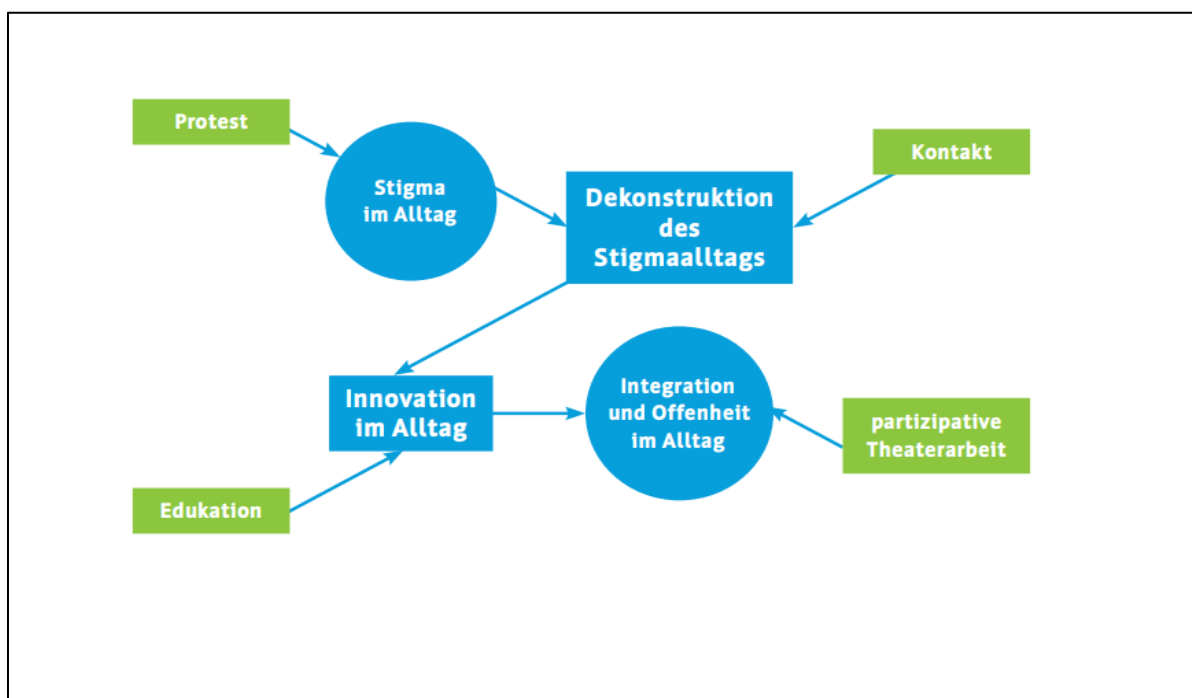


Abbildung 5: Entstigmatisierung durch partizipative Theaterarbeit (Kostrzewa, 2018, S.6)

## 4 Fazit

Die Bedarfslagen der Erfurter Bürger im Bereich der Suchtprävention sind komplex und wachsen stetig. Auffällig ist, dass der problematische Konsum von Suchtmitteln bei vielen Menschen mit multikomplexen Problemlagen einhergeht und häufig psychosoziale Problemfelder Ursprung des Konsums darstellen. Ein kompensatorischer Gebrauch von substanzgebundenen als auch substanzungebunden Suchtmitteln, stellt die Prävention vor Herausforderungen. Die eingangs gestellte Fragestellung, wie wir den stetig wachsenden Bedarfen begegnen wollen, ist resümierend wie folgt zu beantworten. Eine integriert gedachte und sich stetig an Qualitätsstandards orientierende Planung, welche alle Altersstufen in den jeweiligen Lebenswelten involviert, ist unabdingbar. Eine solche Planung muss durch die Erhebung und Erstellung von konkreten Bedarfsanalysen untermauert werden. Im Fokus sollten gerade vulnerable Gruppen (Bspw. Kinder aus suchbelasteten Familien) genommen werden und Maßnahmen zielgruppenspezifisch konstruiert und vor allem entlang der Präventionskette angeboten werden. Inhaltlich betrachtet ist die Förderung von Resilienz und Lebenskompetenz unabdingbar. Die moderne Suchtprävention bedient sich nicht mehr einem rein informatorischen oder gar auch abschreckenden Ansatz, sondern involviert durch ein vielfältiges Methodenrepertoire, die Stärkung der Persönlichkeit und schafft ein Bewusstsein für Risiken des Substanzgebrauchs (Risikokompetenz). Suchtprävention sollte dabei in eine niederschwellig zugängliche Gesundheitsförderung eingebettet sein, die in den jeweiligen Settings konkrete Angebote unterbreitet. Der Ansatz „Health in all Policies“ bekräftigt, dass diese Aufgabe gesamtgesellschaftlich gedacht und umgesetzt werden sollte.

Es gilt nun die Theorie adäquat in die Praxis umzusetzen und so ist der bereits begonnene Prozess hin zu einem Maßnahmenplan für die Suchtprävention in Erfurt, als ein Meilenstein für die Zusammenarbeit diverser Akteure aus diesem Bereich zu werten. Gelingende und vor allem wirksame Suchtprävention hängt nicht nur von dem Einsatz der richtigen Methoden ab, sondern in erster Linie von qualifizierten und engagierten Personen die ausreichenden Ressourcen für diesen Bereich haben. Die finanzielle Untersetzung der Suchtprävention ist als unzureichend zu beurteilen. Umso wichtiger ist es, vorhandene Ressourcen zu bündeln und Synergieeffekte effektiv zu nutzen. Eine gute Netzwerkarbeit ist dafür unabdingbar und sollte vorbehaltlos alle Akteure in einen gemeinsamen Prozess bringen, der die Suchtprävention in Erfurt stabilisiert, modernisiert und breiter aufstellt. Es gibt bereits viele gute Projekte und Strukturen (siehe „Die Grüne Liste der Prävention“), welche wissenschaftlich fundiert und evaluiert sind und bereits in der Praxis ihre Wirksamkeit nachgewiesen wurde. Nun gilt es, diese zu priorisieren und in eine Gesamtstrategie einzubetten.

## Literaturangaben

Bühler A, Bühringer G (2015) Evidenzbasierung in der Suchtprävention - Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Köln.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2014) Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (1993) Expertise des IFT. Berlin.

Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung (2022) Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Verfügbar unter [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/studien/BZgA\\_Alkoholsurvey\\_2021.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA_Alkoholsurvey_2021.pdf)

Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung (2009) JuR „Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen“. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Studie\\_Einflussfaktoren\\_\\_Motivation\\_und\\_Anreize\\_zum\\_Rauschtrinken\\_bei\\_Jugendlichen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Studie_Einflussfaktoren__Motivation_und_Anreize_zum_Rauschtrinken_bei_Jugendlichen.pdf)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Konzeption der Jugendkampagne „Na toll“. Köln

Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861

Communities that care, Grüne Liste der Prävention- Auswahl- und Bewertungskriterien für die CTC Programm Datenbank, (2011), Verfügbar unter: [https://www.gruene-liste-praevention.de/communities-that-care/Media/Grne\\_Liste\\_Bewertungskriterien.pdf](https://www.gruene-liste-praevention.de/communities-that-care/Media/Grne_Liste_Bewertungskriterien.pdf)

Deutscher Präventionstag, Brauchen wir eine „Rote Liste der Prävention“? Was empfiehlt sich nicht in der Prävention? (2013), Tagungsdokumentation, Dr. A. Bühler, F. Gröger Roth, abrufbar unter: <https://www.praeventionstag.de/dokumentation/download.cms?id=1426>

DGPPN, Positionspapier „Cannabis-Legalisierung: Prävention und Jugendschutz sind nicht verhandelbar“, 2022, Verfügbar unter: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2022/positionspapier-cannabislegalisierung.html>

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2016) Nationale Strategie zur Drogen und Suchtpolitik. Verfügbar unter:



[https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2\\_Themen/1\\_Drogenpolitik/Nationale\\_Strategie\\_Druckfassung-Dt.pdf](https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf)  
(zuletzt abgerufen am 08.06.2018).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2012) Prevention responses to drug use in the EU. Verfügbar unter: [www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu](http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu) (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).

European Monitoring Centre for Drugs und Drug Addiction (2009): Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. 2009. Online verfügbar unter: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention_en)

Europäische Standards zur Suchtprävention (im Original: European drug prevention quality standards EDPQS), in der deutschen Übersetzung von 2019, Thüringer Fachstelle für Suchtprävention

European Society for prevention research, Position der Europäischen Gesellschaft für Präventionsforschung zu ineffektiven und potenziell schädlichen Ansätzen in der Suchtprävention Verfügbar unter: <https://euspr.org/wp-content/uploads/2019/10/EUSPR-Stellungnahme.pdf>

Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.

Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (Hrsg) (2012) Suchtprävention und Beratung gender- und diversitygerecht gestalten. Berlin.

Feser, H. (1980) Drogenerziehung durch Familienbildung als sozialpädagogische Aufgabe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Prävention. Möglichkeiten und Grenzen bei Suchterkrankungen.

Franz, H. Lumpp, R. (Hrsg) (2000): ...damit das Kind nicht in den Brunnen fällt! Aspekte zeitgemäßer Suchtprävention. Frankfurt am Main

Gassmann, B., Jost K, Rohner H, Sager S (1985) Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis. Erfahrungen, Theorie und Anwendungen. Lausanne.

Grundmann, A. (1998) Drogenkonsum und Suchtprävention bei Jugendlichen. Frankfurt am Main.

Hafen, M. (2001): Was ist Prävention? Zeitschrift Prävention & Prophylaxe. 2/2021. S.1- 10

- Harten, R. (1996) Suchtvorbeugung in der Sackgasse. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.) Kiel.
- Jacobi, F. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- John, U. Meyer, C. Baumann, S. Rumpf, H.-J. Adam, J.F. (2019): Alkoholkonsum- Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung. IN: Tiemann, M. Mohokum, M. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Nature
- Kern-Scheffelt W (2005) Peer-education und Suchtprävention. In: Suchtmagazin 5:3 – 10.
- Kostrzewa, R. (2021). Auswirkungen von COVID-19 auf die Entwicklung einer möglichen Alkoholabhängigkeit - Veränderung des Alkoholkonsums bei jungen Erwachsenen.
- Kostrzewa, R. (2022) Alkohol und Drogen in der Familie- Präventionswissen für Eltern und pädagogische Fachkräfte. W. Kohlhammer.
- Kostrzewa, R. (2018) Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von Suchterkrankungen. Ein veränderbarer Teufelskreis. In: Konturen. Verfügbar unter: <https://www.konturen.de/fachbeitraege/stigmatisierung-und-selbststigmatisierung-im-kontext-von-suchterkrankungen/> (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).
- Kostrzewa, R. (2019): Von gendersensibler und diversityorientierter Suchtprävention bis Resilienzförderung und Kompetenzorientierung. IN: Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie. Heft 4- 2018/ 1-2019. Verlag Pabst Science Publishers. Lengerich.
- Kostrzewa, R. (2010) Konzeptoptimierung eines alkoholpräventiven peer-Projektes anhand einer Evaluationsstudie. Tönning.
- Kostrzewa, R. (1996) Notwendigkeit von sucht- und suchtmittelspezifischer Suchtvorbeugung. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hrsg.) Kiel.
- Lammel, U.A. (2003): Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten der 14- bis 18- Jährigen. Orientierungslinien einer zeitgemäßen Sekundärprävention. Mainz/ Aachen.
- Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Verfügbar unter: [http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com\\_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf](http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf) (zuletzt abgerufen am 08.06.2018).

- Piontek, D.; Gomes de Matos, E.; Atzendorf, J.; Kraus, L. (2016): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf klinisch relevanten Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015. München.
- Renneberg, B. Hammelstein, P. (2006): Gesundheitspsychologie. Springer Medizin Verlag. Heidelberg
- Rost, W.-D. (2009): Psychoanalyse des Alkoholismus. Psychosozial Verlag. Stuttgart.
- Schomerus, G. (et al.) (2017): Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. Bundesministerium für Gesundheit. Memorandum. Berlin.
- Seitz, H. K.; Thomas- Hoffmann, I. (2018): Die berauschte Gesellschaft. München. Stolle, M. (2001): Minderjährige Unbegleitete Flüchtlinge in Hamburg. Hamburg.
- Stadt Zürich (Hrsg) (2013) Gendersensible und diversityorientierte Suchtprävention. Grundlagen und Checkliste. Zürich.
- Stigmatisierung und Selbststigmatisierung im Kontext von Suchterkrankungen. (2018, 24. April). KONTUREN. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/stigmatisierung-und-selbststigmatisierung-im-kontext-von-suchterkrankungen/>
- Sting, S. Blum, C. (2003): Soziale Arbeit in der Suchtprävention. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Bd. 2. München. Basel
- Stuttgarter Grundlagenpapier zur Suchtprävention- Selbstverständnis und Aufgaben, 2020: Verfügbar unter: [suchtpraevention-grundlagenpapier-stand2020.pdf](#)
- Suchtakademie (Hrsg) (2013) Konsumkompetenz zwischen individueller und kollektiver Verantwortung. Bern.
- Sucht Magazin, Digitalisierung, Diversität, Nachtleben, C. Eichenberg/ D. Malischnig; Ausgabe 06/2022
- Telking, K. & Rabes, M. (2022). Niedersächsisches Suchtpräventionskonzept. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- Uhl, A. (2016) Die Suchtprävention der Zukunft. In: Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen. Fachtagung. Qualität in der Suchtprävention. Hannover.
- Uhl, A. (2012) Methodenprobleme bei der Evaluation komplexer Sachverhalte. In: Robert Koch Institut, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

(Hrsg) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes komplexer Interventionsprogramme in der Prävention. RKI. Berlin, S 57 – 78.

Uhl, A. (2003) Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention – wie viel Zwang verträgt sie? In: Frühintervention – am Beispiel des Bundesmodellprojektes FreD. Potsdam.

Vogt, I. (2017): Nobody is perfect: Einstellungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu psychisch Kranken. 49, 307-324.

Weibel, J., Scheubler, N., Blakeney, C., Blakeney, R., Rihs-Middel, M. (2008) Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik- und Genussfähigkeit: Literatur- analyse und Empfehlung für die Praxis der Suchtprävention. Zürich.

Wicki W et al. (2000) Präventionsforschung bei Jugendlichen im Suchtbereich. Erkenntnisse für die Praxis. In: Bundesamt für Gesundheit BAG: Suchtforschung des BAG 1996 – 98, Band 2/4: Prävention, 2 – 13.

Wild, E.; Müller, J. (Hrsg.) (2015): Pädagogische Psychologie. Berlin, Heidelberg.

World Health Organisation WHO (1994) Life Skills. Praktische Lebenskunde - Rundschreiben. Zusammenfassung der englischen "Skills for life Newsletter 1 – 3". Genf.

World Health Organisation WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (zuletzt abgerufen am 30.07.2018).

## Anhang

**Fraktionen SPD, CDU, DIE LINKE, BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN**



<b>Titel der Drucksache:</b> <b>Antrag der Fraktionen SPD, CDU, DIE LINKE, BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN zur Drucksache 0013/18 Maßnahmen zur Drogenprävention in der Landeshauptstadt Erfurt</b>	<b>Drucksache</b> <b>2045/18</b> <b>Ä./E.-Antrag</b> <b>zur DS-Nr.:</b> <b>0013/18</b>  <b>Stadtrat</b> öffentlich
---	--

Beratungsfolge	Datum	Behandlung	Zuständigkeit
Stadtrat	17.10.2018	öffentlich	Entscheidung

### Änderungs/Ergänzungsantrag

**Der Oberbürgermeister wird beauftragt, für eine nachhaltige Sucht- und Drogenprävention folgende Maßnahmen zu prüfen und Vorschläge zu deren Umsetzung zu erstellen:**

1. Prüfen der Möglichkeiten des Schulträgers zur Unterstützung der Erfurter Schulen bei der Erstellung eines Gesundheitskonzepts nach § 47 Absatz 1 Thüringer Schulgesetz (mit Fokus auf ein Sucht- und Drogenpräventionskonzept). Im Zusammenwirken mit dem Staatlichen Schulamt Mittelthüringen und dem Thüringer Institut für Lehrerfortbildung und Medien. Hierbei könnte beispielsweise das schulbasierte, suchtpreventive Lebenskompetenzenprogramm „IPSY“ als Grundlage genutzt werden.
2. Erstellen und Finanzieren eines Drogenpräventionskonzeptes in Kooperation mit den Sozialversicherungsträgern, Präventionsexperten innerhalb und außerhalb der Verwaltung (z.B. Drogenhilfe Knackpunkt, Diakonie, Caritas, SiT - Suchthilfe in Thüringen, Thüringer Fachstelle Drogenprävention) sowie des staatlichen Schulsystems (Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung u. Medien, Staatliches Schulamt Mittelthüringen, Erfurter Schulen, etc.). Diesbezüglich Prüfung, inwieweit die Regelungen des Präventionsgesetzes hier Anwendung finden können.
3. Städtische Koordination zwischen dem staatlichen Schulamt Mittelthüringen, freien Trägern, Polizei und den Ämtern der Stadtverwaltung mit Anbindung an die integrierte Koordination von Psychiatrie, Sucht und Prävention sowie der Sozialplanung in Form einer langfristig gesicherten Stabsstelle mit eindeutiger Zuständigkeitsregelung.

4. Durchführen von regelmäßigen Schulleiterkonferenzen zum Thema Gesundheit und Drogenprävention.
5. Veranstalten von Fachtagungen zur Fortbildung von Schulleitern, Schulsozialarbeitern, Beratungslehrern zu schulischen Best-Practice-Beispielen im Zusammenwirken mit dem Schulamt und dem THILLM
6. Beantragen von Bundesmitteln für die Crystal Meth (CM) Prävention aus dem Bundeshaushalt für eine Kooperationsprojekt zwischen Schulen, Jugendhilfe und Drogenhilfe.
7. Bericht an den Ausschuss für Soziales, Arbeitsmarkt und Gleichstellung bis zum 2. Halbjahr 2019 über die Ergebnisse..

---

**Anlagenverzeichnis**

---

26.09.2018 , gez. i.A. Bimböse

Datum, Unterschrift Fraktion SPD

26.09.2018, gez. i.A. Bergmann

Datum, Unterschrift Fraktion CDU

26.09.2018 , gez. i.A. Kleimenhagen

Datum, Unterschrift Fraktion DIE LINKE

26.09.2018, gez. i.A. Büchner

Datum, Unterschrift Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN