

Fachliche Grundlagen

1. Situationen und Erfahrungen als Vorgaben für die Suchtprävention
2. Hintergrundinformation zum Thema Sucht und Drogen
3. Kontroversen und Theorien zur Suchtproblematik
4. Suchtprävention als psychosoziale, gesellschaftliche und politische Aufgabe
5. Pädagogische Konsequenzen: Aufgabenfelder schulischer Suchtprävention
6. Zentrale Adressen
7. Literatur

Gliederung

1.	Situationen und Erfahrungen als Vorgaben für die Suchtprävention.....	39
1.1	Spezifische Suchtgefährdungen von Kindern und Jugendlichen	39
1.2	Erfahrungsraum Schule: Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen	44
1.3	Der psychosoziale und gesellschaftliche Kontext der schulischen Suchtprävention.....	46
2.	Hintergrundinformation zum Thema Sucht und Drogen	49
2.1	Zusammenhänge von Konsum, Genuss, Gewöhnung, Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht	49
2.2	Der multifaktorielle Bedingungs- und Ursachenkomplex der Sucht	55
2.3	Drogen- / Suchtmittelbegriff und –übersicht	58
2.4	Statistische Angaben	76
3.	Kontroversen und Theorien zur Suchtproblematik	86
3.1	Einschätzungen und Wertungen des Sucht- und Drogenproblems	86
3.1.1	Das Alltagsverständnis der Sucht.....	86
3.1.2	Rausch und Sucht als Grundelemente menschlichen Lebens	90
3.2.	Theorien zur Sucht	93
3.2.1	Psychologische Erklärungsmodelle	93
3.2.2	Soziologische bzw. sozialisationstheoretische Erklärungsmodelle	98
3.2.3	Genetische oder biologische Suchttheorie	100
3.2.4	Sinnorientierte Suchttheorie.....	101
3.3	Fachliche Standpunkte des Umgangs mit Suchtgefahren und –problemen	102
3.3.1	Der soziokulturelle Standpunkt.....	103
3.3.2	Der medizinische Standpunkt.....	104
3.3.3	Der juristische Standpunkt	105
3.3.4	Der psychosoziale Standpunkt	106
4.	Suchtprävention als psychosoziale, gesellschaftliche und politische Aufgabe.....	109
4.1	Leitorientierungen zur Suchtvorbeugung.....	109
4.2	Folgerungen für die Suchtprävention.....	112
4.2.1	Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.....	112
4.2.2	Förderung des Kompetenzerwerbs.....	117
4.2.3	Aktionen auf verschiedenen Ebenen: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ..	121
5.	Pädagogische Konsequenzen: Aufgabenfelder schulischer Suchtprävention.....	125
5.1	Rückblick und Perspektive: Prävention auf dem Weg.....	126
5.2	Lehrerfort- und -weiterbildung: Vom kritischen Selbstverständnis zur Präventionsfachlichkeit	130
5.3	Unterrichtspraxis: Bedeutung des sozialen Lernens	132
5.4	Schulgestaltung: Auf dem Weg zur gesunden Schule	134
5.5	Beratung: Kollegialität - Solidarität – Förderung	139
5.6	Kooperation: Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Schule.....	141
6.	Zentrale Adressen.....	145
7.	Empfehlenswerte Literatur	150

1. Situationen und Erfahrungen als Vorgaben für die Suchtprävention

1.1 Spezifische Suchtgefährdungen von Kindern und Jugendlichen

Im Komplex der vielfältigen Ursachen von Sucht und Drogenabhängigkeit (siehe 2.2) spielen besondere Bedingungen *des Jugendalters* etwa zwischen dem 10. und dem 18. Lebensjahr eine besondere Rolle. Viele Erwachsene schauen oft zu vordergründig und einseitig auf den Einstieg von Kindern und Jugendlichen in den Konsum illegaler Drogen wie Haschisch, Marihuana oder der Designerdrogen (zu den Suchtmitteln im Einzelnen siehe 2.3). Anders dagegen zeigt sich oft ihre Einstellung zu Alkohol, Nikotin und Medikamenten, da die Erwachsenengeneration selbst zu den Konsumenten und Genießern dieser Stoffgruppen zählt und folglich, was die Gefährdung ihrer Kinder anbelangt, ein gespaltenes und daher oft auch inkonsequentes Bild abgibt.

Diese Stofffixierung, im illegalen Bereich noch verstärkt durch die Bedrohung der Konsumenten durch Kriminalität infolge Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz, führt oft dazu, die *besondere Entwicklungssituation von Jugendlichen und deren Anpassungsschwierigkeiten zu übersehen*, mit der von den Erwachsenen geschaffenen Welt und deren vielfältigen Anforderungen fertig zu werden. Denn Suchtgefährdungen entstehen weniger aus dem bloßen Angebot bestimmter suchtgefährdender Stoffe, sondern vielmehr aus psychosozialen Lebensschwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen (siehe unten Suchttheorien 3.2).

Eltern, Lehrkräfte und Ausbilder sowie andere Erwachsene, aber auch Gleichaltrige und die Jugendlichen selbst stellen *vielfältige Forderungen bzw. Erwartungen* an sie bzw. an sich selbst - z. B.:

- ## Jugendliche sollen z. T. sehr widersprüchliche Leistungen erbringen, und dies nach Möglichkeit auch noch ohne irgendwelche Störungen, z. B. ein eigenständiges Wert- und Normempfinden aufbauen, in Selbständigkeit ein Gefühl für Verantwortung entwickeln und damit bestimmten Idealen gerecht werden, zugleich aber bestimmte Anpassungsleistungen an das gesellschaftliche System erbringen, das durchaus nicht immer mitmenschliche Verantwortung oder die Selbständigkeit junger Menschen honoriert bzw. Kindern und Jugendlichen nicht mit der nötigen Verantwortung und Achtung begegnet.
- ## So sollen Kinder und Jugendliche ein „gesundes Durchsetzungsvermögen“ entwickeln, andererseits aber auch soziale Verantwortlichkeit unter bewusstem Verzicht auf Durchsetzung eigener Interessen beweisen - Leistungen, die viele Erwachsene selbst kaum zu erbringen vermögen.
- ## Sie sollen sich in ihre Geschlechterrolle einüben und sie annehmen, was ihnen durch zahlreiche Widersprüchlichkeiten wie z. B. durch sexuelle Tabus einerseits wie auch durch sexuelle Exzessivität andererseits oder durch besondere Diskriminierungen bestimmter Geschlechterrollen (beispielsweise von Frauen oder Homosexuellen) erheblich erschwert wird.
- ## Kinder und Jugendliche sollen sich in Schule und Ausbildung bewähren, berufliche Perspektiven entwickeln und die eigene Existenzsicherung vorbereiten, während ihnen gleichzeitig durch rezessive Maßnahmen in Schule, Hochschule und Wirtschaft Zukunftschancen von Jugendlichen genommen werden.

- ⚡ Sie sollen selbständig werden, sich von ihren Familien lösen, d. h. auch von ihren Eltern unabhängig werden, zugleich aber wird vielfach unreflektierter Gehorsam gegenüber Eltern und anderen Erwachsenen erwartet. Zusätzlich wird dieser Ablösungsprozess erschwert, weil jungen Menschen die Möglichkeit beschränkt wird, eine eigene wirtschaftliche Existenz durch Ausbildung und Arbeitsplatz aufzubauen.
- ⚡ Sie sollen sich in ihrer Gleichaltrigengruppe eine Position erringen, die die eigene Persönlichkeit stärkt, zugleich auch Verantwortung fördert, konfliktfähig macht und wieder Rücksichtnahme fordert.

Diesen *hohen Anforderungen* zu entsprechen verlangt viel Kraft, Mühe und Durchhaltevermögen, Eigenschaften und Fähigkeiten, die nicht alle Jugendlichen in der gleichen Weise aufzubringen vermögen. Hier scheitern viele von ihnen, weil bei der Bewältigung der eigenen Zukunftsaussagen Hilfen und Unterstützung dadurch beschnitten werden, dass in den Institutionen der vorbereitenden Qualifizierung, also auch in den Schulen, die Bildungsmittel eher gekürzt werden, anstatt sie angesichts zunehmender Anforderungen verstärkt zur Verfügung zu stellen. Daraus ergibt sich für zahlreiche Kinder und Jugendliche, dass *nicht alle von ihnen den Anforderungen dieses Lebensabschnitts ohne weiteres gewachsen* sind, weil sie einer intensiveren Förderung bedürfen. Die Erfüllung der Lebensanforderungen gelingt Kindern und Jugendlichen beispielsweise dann nicht,

- ⚡ wenn sie in den Erwachsenen keine Vorbilder erkennen können, die ihnen akzeptable, lebbare Perspektiven bieten bzw. wenn die Erwachsenen ihnen eher schädliche Vorbilder, u. a. im Konsum- und Genussbereich, sind,
- ⚡ wenn ihnen der Sinn der gestellten Anforderungen fehlt, die weniger auf eine erfüllende Zukunftsgestaltung hinweisen als vielmehr der bloßen Beschäftigung und Verwahrung dienen, ohne ein lohnendes Ziel in Aussicht zu stellen,
- ⚡ wenn sie überfordert werden, wenn ihnen also die nötige Unterstützung und Sicherheit fehlt,
- ⚡ wenn schwierige Lebensumstände in ihrer unmittelbaren Umgebung, in ihrer Familie, in der Schule, in ihrer Wohnumwelt oder bei ihren Freunden ihre Entwicklung beeinträchtigen und ihre Reifung gefährden,
- ⚡ wenn sie von ihresgleichen und von Erwachsenen nicht ernst genommen werden,
- ⚡ wenn ihnen die Eltern, die Lehrkräfte, die Ausbilder oder andere Erwachsene die Hilfe versagen, die sie zur Bewältigung ihrer speziellen Altersprobleme benötigen,
- ⚡ wenn sie erleben müssen, wie die meisten Erwachsenen ohne selbstkritisches Bewusstsein ihnen ihre eigene zukünftige Umwelt zerstören.

Diese Lebensphase ist für Kinder, vor allem aber für die Jugendlichen angefüllt mit *Aufgaben, Anforderungen und Pflichten*, die ihnen von Erwachsene Seite auferlegt werden. Zugleich müssen sie in dieser Zeit auch Zeit und Räume finden, um die verschie-



denen Lebensentwürfe, die ihnen die Erwachsenenwelt vorgibt, zumindest hinterfragen oder ausprobieren zu dürfen. Auch muss ihnen Gelegenheit geboten werden, sich von den Eltern, von der Schule lösen zu können, neue Beziehungen anzuknüpfen und neue Bindungen eingehen zu dürfen. Dies alles erfordert sehr viel Kraft, die nicht nur von den Kindern und Jugendlichen selbst kommen kann, sondern auch von den Erwachsenen mit gegeben werden muss.

Aus: D. Bäuerle, R. Knapp, Fachliche Grundlagen. In: Suchtvorbeugung in der Grundschule, hrsg. vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung. Soest 1992, S. 9

Wenn in dieser Zeit der Suche nach neuen Orientierungen nicht genügend Unterstützung geboten wird, kann es zu Problemen in der Identitätssuche, in der Persönlichkeitsentwicklung, generell in der eigenen Menschwerdung kommen. Werden diese Probleme nicht so gelöst, dass der junge Mensch Bestätigung seines Personwertes erhält, dass ihm der Sinn des Lebens verloren geht und damit Defizite in der eigenen Entwicklung zum reifen Menschen entstehen, werden die ausbleibenden Bestätigungen in anderen, in Ersatzhandlungen und -befriedigungen gesucht und z. T. auch gefunden. Das gilt nicht nur für den Bereich der Suchtgefährdung und Suchtprävention, sondern generell für alle Arten und Formen der Gefährdung und deren Vorbeugung. Entscheidend für das Wohlbefinden des Kindes und Jugendlichen ist also, dass ihm geholfen wird, Spannungen in *Persönlichkeitsentwicklung, Identitätssuche und Problemlösungsstrategien* für den eigenen Lebensentwurf selbst zu überwinden.

Genussbedürfnis und -befriedigung wie auch Drogengebrauch können Ausdruck sehr unterschiedlicher Befindlichkeiten von Jugendlichen sein. Die Ursachen können in krisenhaften, belastenden oder frustrierenden Situationen und Erlebnissen liegen, z. B.

- in mangelnder Zuwendung der Eltern und anderer wichtiger Personen,
- in Konflikten in der Familie,

Situationen und Erfahrungen als Vorgaben für die Suchtprävention

- im Zerbrechen bekannter Familienstrukturen mit dem Verlust von Sicherheit und Geborgenheit in mangelnder Anerkennung durch Lehrkräfte und Ausbilder,
- in Überforderung und Frustrationen in der Schule,
- in Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über soziale und gesellschaftliche Verhältnisse, in fehlenden Sinnerlebnissen,
- in schwierigen Beziehungen zu Gleichaltrigen oder
- in unbewältigten Sexualitätsproblemen.

Aber auch ein intensives Erlebnis- und Risikobedürfnis, die Lust nach Rauscherfahrung, das Geborgenheitsgefühl in einer Clique können Gründe für besonders starke Genussbefriedigungen und Drogenkonsum sein. Sie dienen auch als Ersatzbefriedigung und erfüllendes Glücksgefühl, wenn in der Alltagswelt starke befriedigende Gefühle und Bestätigungen ausbleiben. Weitere mögliche Gründe für Suchtmittelkonsum können in der Neugier liegen, auch einmal selbst Drogen zu probieren, können aber auch Protesthaltungen gegen gesellschaftliche oder soziale Umstände sein, gleichsam ein bewusster Regelverstoß und eine Kraftprobe gegen die Normen der Erwachsenen. Auch der Versuch zur Demonstration des Erwachsenwerdens, die Gewohnheit eines Gruppenrituals beim Drogenkonsum oder der aus innerer Leere entstandene Wunsch zur Abtötung der Langeweile sind mögliche Gründe und Anlässe zu Drogenkonsum und Rauscherlebnis (zu diesem Zusammenhang siehe Suchttheorien 3.2).

Angesichts dieser Komplexität unterschiedlichster Motivationen zum Gebrauch von berauschenden Suchtmitteln ergeben sich mehrere Folgerungen, die sich sowohl auf Erfahrungen aus der schulischen Sucht- und Drogenvorbeugung wie auch auf der außerschulischen Jugend- und Drogenberatung und generell aus der Suchtkrankenhilfe stützen:

***Erfahrungen der Sucht- und Drogenhilfe
als Orientierungen für die schulische Suchtvorbeugung***

Es gibt
kein isoliertes Sucht- und Drogenproblem

Denn Sucht ist bei allem individuellen Versagen und Elend der Betroffenen
immer auch ein gesamtgesellschaftliches Phänomen:
die besondere Form einer seelischen, körperlichen und sozialen
Krankheit.

Jede Abhängigkeit und Sucht hat eine
Geschichte
- eine private Lebens- wie auch eine Sozial- und Kulturgeschichte –
mit vielfältigen Ursachen, Bedingungen und Erscheinungsformen.



Sucht- und Drogenhilfe wie auch Suchtvorbeugung
sind daher niemals Aufgabe nur einer Person, einer Familie, einer Berufs- oder Selbsthilfegruppe, einer bestimmten Partei, Regierung oder eines Verbandes.

Hilfe und Vorbeugung sind vielmehr
dauerhafte Aufgaben für alle.

Patentrezepte
für die schnelle und möglichst unauffällige Erledigung von Sucht- und Drogenproblemen
gibt es nicht.

Denn dafür sind die Ursachen und Bedingungen viel zu komplex.

Aber es gibt vielfältige und lohnende
Maßnahmen der Hilfe und Vorbeugung
Diese dürfen sich jedoch nicht primär an ordnungspolitischen, institutionellen oder bürokratischen Zielvorgaben orientieren,
sondern müssen vor allem
***die konkreten Befindlichkeiten und das Wohlergehen
der vom Suchtelend betroffenen Menschen berücksichtigen,***
und zwar der Abhängigen und Suchtkranken ebenso wie deren Angehörigen und Beziehungspersonen.

1.2 Erfahrungsraum Schule: Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen

Die Schule - ein „Drogen-Tatort“? In gewisser Regelmäßigkeit wird dieser Begriff kolportiert. Und gelegentlich ist der fast schon verzweifelt anmutende Ausruf eines Schulleiters zu hören: „An meiner Schule gibt es sowas nicht!“ Was also ist los an den Schulen, gibt es dort Drogen, welche Schule ist frei von Drogen ... ? Obwohl es doch schon eine gewisse Routine im Umgang mit Sucht- und Drogenproblemen, mit Suchtvorbeugung, mit der Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen, in den Lehrerarbeitskreisen an vielen Schulen und in der Fortbildung gibt, fällt es noch immer schwer, vernünftig pädagogisch mit dem Erfahrungsraum Schule als einem Aufgabenfeld umzugehen, auf dem – „natürlich“ - auch diese Problematik eine Rolle spielt.

Wie „natürlich“ ist es nun, dass Sucht und Drogen auch für die Schule eine Rolle spielen? „Natürlich“ ist nicht gleichbedeutend mit „gut“ oder „akzeptiert“, heißt aber wohl, *dass Schule nicht frei sein kann von sozialen und gesellschaftlichen Problemen*, die Kinder, Jugendliche und Familien betreffen. An vielen Schulen - manche behaupten: an allen Schulen - gibt es neben Gewalt, sozialen Problemen und belastenden Umwelteinflüssen usw. auch Sucht- und Abhängigkeitsprobleme, werden illegale wie legale Drogen bzw. Suchtmittel herumgereicht, gehandelt und konsumiert, werden entsprechende Erfahrungen ausgetauscht. Schon Grundschulkindern haben Probierkontakt zu Alkohol und Nikotin, werden von ihren Eltern und Ärzten mit verhaltens- und leistungsbezogenen Medikamenten versorgt, wissen zumindest um das Vorhandensein von illegalen Drogen.

Der Satz „An unserer Schule gibt es sowas nicht“ geht an der Realität vorbei, wenn man mitbedenkt, dass Eltern rauchen, Alkohol trinken, sich Schlaf-, Anregungs- oder Beruhigungsmittel (manchmal mit zweifelhafter Indikation) verabreichen (lassen). Legale Suchtmittel gehören zum Lebensalltag, und auch illegale Drogen - Haschisch beispielsweise ist bei vorsichtiger Schätzung von mehr als der Hälfte aller Jugendlichen wenigstens probeweise einmal konsumiert worden - sind längst „schulisch eingeführt“ bzw. berühren das schulische Arbeits- und Erlebnisfeld.

Es ist Tatsache, dass der Konsum, der Genuss und der Missbrauch von legalen wie illegalen Suchtmitteln einschließlich suchtpotentieller Medikamente weit verbreitet praktiziert wird bzw. „passieren“ kann. Auch nicht stoffgebundene Suchtformen (zu den verschiedenen Suchtarten siehe 2.1) sind in allen Bevölkerungskreisen zu finden und nicht bestimmten Gruppen allein vorbehalten. Zwar sind bestimmte gruppen- und schichtspezifische Präferenzen bei Konsum und Genuss bestimmter Stoffe zu erkennen, aber niemand ist grundsätzlich gegen Suchtgefährdungen gefeit.

Insofern würde es an ein Wunder grenzen, wenn ausgerechnet die Schule, in der Kinder und Jugendliche aus sehr unterschiedlichen Kreisen zusammenkommen, nicht auch Konsum- und Genussverhaltensweisen widerspiegelte bzw. sich als Insel der suchtfreien Seligen darstellte - das gilt übrigens nicht nur für das Verhalten der Schülerinnen und Schüler, sondern auch der Lehrerinnen und Lehrer. Gesellschaftliche Einflüsse gehen in die Schule ein und müssen in ihr, direkt oder mittelbar verarbeitet werden, wirken sich für alle erkennbar im pädagogischen Prozess aus und in irgendeiner Weise auf alle Beteiligten ein. Keiner kann von sich behaupten, dass ihn die Suchtproblematik nichts angehe: sei es dass sie oder er von den Schwierigkeiten einer (Mit-)Schülerin oder eines (Mit-)Schülers mitbetroffen ist, sei es dass niemand für sich selbst garantieren kann, ob sie oder er nicht eines Tages selbst suchtgefährdet ist. Daher kann es auch keine Präven-

tion ohne ein gewisses Maß an Selbstreflexion, Selbsterfahrung und eventuell auch Selbstkritik geben, kann sich niemand selbst aus dem Präventionsprozess ausschließen.

Die Schule nimmt eine zentrale Funktion für Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen ein:

- ## Für die Schüler/innen ist sie unausweichliche Sozialisationsinstanz, Lern-, Bildungs- und Ausbildungseinrichtung und somit auch Lebensraum für eine Dauer von neun bis dreizehn Jahren oder länger;
- ## für die Eltern ist die Schule nach deren eigener Schulzeit in einer besonderen Weise präsent, nicht immer beglückend, immer fordernd und oft belastend, aber auch erfreulich begleitet sie den Lebensweg der eigenen Kinder und damit auch den eigenen Alltag der Eltern;
- ## für Lehrkräfte ist die Schule Arbeitsplatz, Kommunikationsraum mit Kolleginnen und Kollegen, Begegnung mit Kindern und Jugendlichen, wird von vielen als starke Belastung empfunden, als ständige Herausforderung und verursacht eine Vielzahl von unterschiedlichsten Reaktionen zwischen Engagement und Freude einerseits, Resignation, Verärgerung, Schädigung und Verzweiflung andererseits.

Wenn man ehrlich und verantwortlich die „Personallage“ der Schule auf Präventionsaspekte hin betrachtet, so lässt sich feststellen:

1. Alle Schüler sind nicht nur potentiell suchtgefährdet, sondern sie sind selbst Gefährdende, und zwar direkt als diejenigen, die mit Suchtmitteln umgehen, wie auch in der psychosozialen Belastung ihrer Mitschüler, die ein Faktor für die Gefährdung sein kann.
2. Eltern spielen insofern eine wichtige Rolle, weil sie nicht nur von der Schule pädagogische Verantwortung, mithin also auch Suchtprävention und Gesundheitsförderung verlangen, sondern weil sie zugleich auch die - unter Umständen auch negativen - Vorbilder ihrer Kinder sind. Mit diesem Phänomen und mit sehr unterschiedlichen Rede- und Verhaltensweisen der Eltern müssen Lehrer in ihrer suchtpreventiven Arbeit umgehen. Insofern sind Eltern nicht nur diejenigen, mit denen die Lehrerinnen und Lehrer positiv zusammenarbeiten können, sondern auch mögliche Kontrahenten, mit denen sie sich über akzeptable, verantwortliche Konsum- und Genussverhaltensweisen auseinandersetzen müssen.
3. Auch die Lehrerinnen und Lehrer selbst spielen nicht nur als die Präventionspädagogen einen zentralen Part, sondern müssen sich selbst in doppelter Hinsicht kritisch fragen (lassen): Wie halten sie es selbst im Umgang mit suchtpotentiellen Genussmitteln und Situationen, d. h. sind sie ihren Schülerinnen und Schülern gute Vorbilder? Und ist ihnen bewusst, dass sie mit ihrem allgemeinen Verhalten die Suchthaltungen von Schülerinnen und Schülern mit beeinflussen, d. h. dass sie selbst ohne über Sucht und Drogen zu sprechen - suchtgefährdend wie auch suchtvorbeugend wirken können?

Die drei Hauptbeteiligten – Schüler/innen, Lehrer/innen, Eltern - wirken im Komplex Suchtprävention und auch Gesundheitsförderung durchaus kontraproduktiv aufeinander ein - dies sollte man nüchtern ohne jede Schuldzuweisung akzeptieren: Sie haben alle einerseits eine mehr oder weniger starke Funktion der Suchtgefährdung, meistens un-

bewusst, und beeinflussen sich gegenseitig: Sie belasten einander auf unterschiedliche Weise, gelegentlich bis zur Verzweiflung und bis an die Grenzen ihrer Kräfte.

Andererseits aber verfügen sie auch - und das wird vielfach erfreulicherweise genutzt - über ein einmalig günstiges Feld für den mitmenschlichen Umgang mit Problemen und Konflikten und für eine Erziehung zur Verantwortung. Insofern ist die Schule als Sozialisationsinstanz für Suchtprävention und Gesundheitsförderung geradezu prädestiniert.

Allerdings gehört neben den kommunikativen und basisstrukturellen Aktivitäten der einzelnen Schulen mit ihren verschiedenen Gruppen ganz wesentlich auch die Bereitstellung und Sicherung übergeordneter präventionsfreundlicher Strukturen, die insgesamt der permanenten innovativen Reflexion unterzogen werden müssen. D. h., dass eine ganzheitliche Gesundheitsförderung und Suchtprävention nicht allein der einzelnen Schule überlassen bleiben darf, sondern dass entsprechend begünstigende politische und wirtschaftliche Flankierungen und Stützungen erforderlich sind. Hier ist vor allem die soziale Verantwortlichkeit zuständiger Politiker/innen gefordert.

1.3 Der psychosoziale und gesellschaftliche Kontext der schulischen Suchtprävention

Sucht- und Drogenvorbeugung ist weder ein Privileg noch ein pädagogisches Reservat, noch alleinige Pflicht der Schule, sondern stets eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daraus folgt:

1. So wichtig die Schule als Sozialisationsinstanz für Kinder und Jugendliche auch immer sein mag, sie kann nicht Aufgaben übernehmen, für die sie personell und sächlich nicht angemessen ausgestattet ist. Und für alle, die dies bezweifeln oder die Schule in eine außerordentliche oder in die Pflicht schlechthin nehmen wollen, gilt: Die Schule kann gar nicht so gut ausgestattet werden, dass sie für sich allein dieses komplexe Problem der Sucht und Drogen bewältigen könnte.
2. Daher kann auch nicht erwartet werden, dass die Schule originäre Aufgaben anderer Personen, Gruppen oder Organisationen zu übernehmen hätte: Lehrkräfte haben ganz bestimmte berufliche Qualifikationen mit speziellen Kompetenzen, die sie aber nicht befähigen können, das Sucht- und Drogenproblem präventiv zu bewältigen. Sie sind weder Drogenberater noch Therapeuten.
3. Entsprechend der multifaktoriellen Ursachen- und Bedingungserklärung der Sucht- und Drogenproblematik entstehen Abhängigkeiten in Wechselwirkung der Faktoren Persönlichkeit, Suchtmittel und -milieu, sozialem Umfeld und gesellschaftlichen Verhältnissen. Diese sind so vielfältig, dass sie von keinem bestimmten Beruf oder nur auf einem Ursachengebiet der Sucht allein, folglich auch nicht allein durch die Schule bearbeitet werden können.

Also steht die Schule immer im Kontext individueller, sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen und damit in all ihren Aufgaben niemals isoliert und allein verantwortlich für sich allein. Das bedeutet im Einzelnen:

1. Die Schule hat nicht die Aufgabe, Maßnahmen einzuleiten, die in die Zuständigkeit von Polizei und Justiz fallen. Das bedeutet, dass innerhalb der Schule keinerlei Fahndung, Drogenbekämpfung oder spezielle Ahndungen vorgenommen werden können. Die Vorgehensweisen gegen Schülerinnen und Schüler bei Verstößen

gegen das Betäubungsmittelgesetz unterliegen pädagogischen Anforderungen, die das Wohlergehen aller im Blick haben müssen.

2. Die Schule ist keine Jugend- und Drogenberatungsstelle. Obwohl sie auch Beratungstätigkeiten ihrer Lehrkräfte anbietet, müssen sich diese stets auf die schulpädagogische Arbeit beziehen und können spezifische Methoden einer professionellen Drogen- und Suchtberatung nicht anwenden. Das bedeutet, dass Lehrkräfte und Schulleitung an den Grenzen ihrer eigenen pädagogischen Kompetenz Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern an fachkompetentere Berater verweisen müssen.
3. Die Schule ist keine Therapieeinrichtung, da sie weder einen solchen Arbeitsauftrag hat noch über entsprechend geschultes Personal verfügt. Mit einem Therapieanspruch der Schule würde es außerdem zu einer Rollenkollision zwischen dem Lehrer als disziplinarisch autorisierten Person und dem Lehrer als Therapeuten kommen. Vielmehr fällt die Therapie der Sucht, deren eine Ursache auch die Schule selbst sein kann, in die Zuständigkeit ambulanter und stationärer Einrichtungen der Suchthilfe.
4. Die Schule ist keine Institution des Gesundheitswesens. Das bedeutet, dass die Schule zwar auch gesundheitsfördernde Aufgaben im Sinne der Vorbeugung mit übernehmen kann. Doch liegen alle Diagnosen und Behandlungen von Suchtkranken außerhalb ihrer Zuständigkeit und gehören zum Aufgabengebiet der Gesundheitsämter, der Ärzte, der Krankenhäuser und Therapieeinrichtungen.
5. Die Schule ist keine Einrichtung der Politik oder der Wirtschaft. Die weitgefächerten gesellschaftlichen Ursachen von Abhängigkeit und Sucht sind von ihr nicht zu bewältigen, sondern verlangen u. a. nach weitreichenden sozial-, arbeits- und wirtschaftspolitischen Maßnahmen der Parlamente, Regierungen und Verwaltungen z. B. auf den Gebieten der Jugend- und Familien-, der Arbeits- und Finanzpolitik.
6. Die Schule ist kein sozialkaritativer Wohlfahrtsverband und kann folglich auch direkt nicht die Armut und Obdachlosigkeit lindern helfen, gegen Arbeitslosigkeit ankämpfen oder aufsuchende Sozialarbeit leisten.

Das Kind
im Kontext individueller, sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen:



Aus: D. Bäuerle, R. Knapp, Fachliche Grundlagen. In: Suchtvorbeugung in der Grundschule, hrsg. vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung, Soest 1992, S. 21

Was also bleibt der Schule im sozialen und gesellschaftlichen Kontext?
Sie hat die Aufgabe zur Suchtprävention und zur Gesundheitsförderung

1. im Rahmen ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages, der sich immer wieder neu zu definieren hat,
2. im Rahmen ihrer sächlichen Ausstattung und Möglichkeiten, die sich entsprechend verändern lassen,
3. im Rahmen der Kompetenzen ihres Personals, in erster Linie der Lehrkräfte, die sich ggf. entsprechend Erziehungs- und Bildungsauftrag neu definieren lassen,
4. im Rahmen ihres Umfeldes, das in seiner Lebensqualität durch angemessene Infrastrukturmaßnahmen zu verbessern ist.

Es wäre unverantwortlich, der Schule Aufgaben zuzuweisen, die sie aufgrund ihrer Rahmenbedingungen nicht leisten kann, wie es auch falsch wäre, wenn die Schule selbst Aufgaben an sich ziehen wollte, für die keine Qualifikation besteht.

2. Hintergrundinformation zum Thema Sucht und Drogen

2.1 Zusammenhänge von Konsum, Genuss, Gewöhnung, Missbrauch, Abhängigkeit und Sucht

Konsum bezeichnet zunächst wertneutral den Gebrauch, Verzehr und Verbrauch von Gütern aller Art, meint aber auch die Aufnahme von Erlebnissen und Empfindungen wie z. B. den Fernsehkonsum. Zur besonderen Wertschätzung gesteigert wird der Konsum zum *Genuss* - das gilt sowohl für den Genuss von Nahrungsmitteln wie auch für den eines bestimmten Erlebnisses.

Konsum und Genuss können zum *Missbrauch* führen, wenn die Konsumenten sich selbst körperlich und/oder seelisch schädigen bzw. mit ihrem Konsum und Genuss andere Menschen in ihrem Wohlbefinden bzw. in ihrer Gesundheit beeinträchtigen. Das kann beispielsweise bei der missbräuchlichen Verwendung von Alkohol passieren: Hilflosigkeit oder Aggressivität im Alkoholrausch, Alkoholgefährdungen des Straßenverkehrs, Verlust des Arbeitsplatzes durch Alkoholabhängigkeit etc. Allerdings gehen die Meinungen über Missbrauch sehr weit auseinander: Was der eine als Missbrauch bezeichnet, mag für den anderen ein ganz normaler genussreicher und nicht gesundheitsschädigender Lebensalltag sein.

Gesundheit und Krankheit
Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1946 Gesundheit als einen Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.
Gesundheit wird auch verstanden als eine persönliche Leistung, die Körper, Geist und Seele in einem dynamischen Gleichgewicht hält. Dabei wird dieses Bemühen durch Umwelteinflüsse unterstützt wie auch belastet.
Krankheit ist nicht einfach nur das Gegenteil von Gesundheit, weil die Übergänge fließend sein können. Krankheit muss nicht nur als Übel schlechthin aufgefasst werden, sondern ist auch ein Anzeichen der Störung des gen. Gleichgewichts und ein Signal zur Notwendigkeit der Wiederherstellung des Gesamtgleichgewichts des Menschen mit sich, seinen Mitmenschen und seiner Umwelt.

Auch in der Fachdiskussion existiert kein einheitliches Verständnis über den Missbrauch beispielsweise von Drogen oder Medikamenten, sondern unterschiedliche berufliche oder wissenschaftliche Versionen:

Im *medizinischen* Sinne bedeutet Missbrauch den einmaligen, mehrfachen oder gelegentlich übermäßigen und gesundheitsschädigenden Gebrauch eines Wirkstoffes wie z. B. des Alkohols, des Nikotins, einer illegalen Droge oder eines bestimmten Medikaments - ohne medizinische Verordnung und/oder bei übermäßiger Dosierung des Wirkstoffs.

Nach *juristischer Auffassung* liegt Missbrauch beispielsweise dann vor, wenn nach dem Betäubungsmittelgesetz sog. "verkehrs-fähige Substanzen" wie Morphinum ohne ärztliche

Verschreibung angewendet oder „nicht verkehrsfähige Substanzen“, d. h. illegale Drogen wie Haschisch, Heroin oder Kokain gehandelt und konsumiert werden.

Aus *psychosozialer bzw. pädagogischer Sicht* versteht man unter Missbrauch eines Mittels, wenn z. B. durch den Konsum und Genuss die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes oder Jugendlichen, dessen Beziehungen zur näheren und weiteren Umwelt sowie seine körperliche Gesundheit gestört bzw. beeinträchtigt werden. Das ist z. B. dann der Fall, wenn ein Jugendlicher durch den Konsum von Heroin seine Schullaufbahn abbricht, die Beziehungen zu seinen Freunden, Geschwistern und Eltern löst und seelisch, körperlich und wirtschaftlich verelendet.

Es ist oft schwierig, die Grenzen zwischen Gebrauch und Missbrauch trennscharf zu ziehen. Manche Fachleute aus Beratung und Therapie halten es deshalb für angemessener, nur von Drogen- bzw. Suchtmittelkonsum zu sprechen und auf den Missbrauchsbegriff zu verzichten. Mit Blick auf die Problematik des *Medikamentengebrauchs* und der Medikamentenabhängigkeit ist aber der Begriff des Medikamentenmissbrauchs, d. h. des gesundheitschädigenden und suchterzeugenden Konsums von Medikamenten so weit verbreitet, dass auf ihn hier nicht verzichtet werden kann.

Wenn man sich an bestimmte Konsum- und Genussverhaltensweisen so *gewöhnt* hat, dass man sie nicht mehr missen mag und sie für sein Wohlbefinden benötigt, spricht man von *Abhängigkeit* oder Sucht - beide Begriffe werden meistens synonym verwendet. Bei der Sucht spielen vor allem diejenigen Abhängigkeiten von bestimmten Stoffen eine Rolle, auf die sich der Organismus des Menschen nach einer Zeit der Gewöhnung eingestellt hat. Man spricht dann von einer sog. *Toleranz*. Diese, zumeist *körperliche (physische), Abhängigkeit* wird vor allem dann spürbar, wenn der Wirkstoff einer Substanz dem Organismus nicht mehr zugeführt wird und folglich körperliche Entzugserscheinungen wie z. B. Schweißausbruch, Zittern, Krämpfe auftreten (z. B. bei Heroin oder Alkohol).

Man unterscheidet von der körperlichen die sog. *seelische (psychische) Abhängigkeit* als starkes Verlangen nach einem intensiven Erlebnis, z. B. einem Rausch, das durch einen bestimmten Wirkstoff wie z. B. durch Alkohol oder Kokain, aber auch durch eine bestimmte Situation wie z. B. ein Wettspiel oder durch intensive Arbeit ausgelöst werden kann. Diese Bindung an ein bestimmtes Erlebnis oder an eine bestimmte Empfindung - mit oder ohne Wirkstoff - ist häufig an spezielle soziale Beziehungen oder an ein bestimmtes Milieu (Kneipe, Drogenszene, Spielkasino, Sportsituation, Arbeitsplatz) gebunden - daher auch die Bezeichnung der *sozialen bzw. der Milieuabhängigkeit*.

Eine besondere Form der sozialen Abhängigkeit im Suchtbereich stellt die sog. *Co-Abhängigkeit* dar. Sie bezeichnet das zwanghafte Mitgehen und Eingehen mit und auf die Sucht eines nahestehenden Menschen, die enge Anpassung des eigenen Lebens an die Suchtverhaltensweisen des Suchtkranken und betrifft vor allem dessen enge Beziehungspersonen wie Eltern, Eheleute, Partner, Geschwister, Freundin oder Freund.

Spricht man von Sucht, so ist zu unterscheiden zwischen verschiedenen

Suchtformen

1. *drogenspezifischen bzw. substanz- oder stoffgebundenen Süchten / Suchtformen* wie z. B. der Alkohol-, der Nikotin-, der Heroin- oder Kokain-sucht und
2. *drogenunspezifischen bzw. substanz- oder stoffungebundenen Süchten / Suchtformen* wie z. B. der Spiel-, der Arbeits-, der Mager-, der Ess- oder der Ess-Brechsucht, bei denen kein Wirkstoff eingenommen wird, sondern bei denen Menschen von bestimmten Verhaltens- oder Erlebniszu-ständen abhängig werden.

Konsum ↓ **Genuss** ↓ **Gewöhnung** ↓ **Missbrauch**

↔

Abhängigkeit / Sucht

√

stoffungebundene Formen

- * Spielsucht
- * Arbeitssucht
- * Ess-Störungen
- Ess-Sucht
- Essbrech-Sucht
- Magersucht
- * Medienmissbrauch
(TV, Video, Computer)
- * andere suchtartige Leidenschaften

stoffgebundene Formen

- Suchtmittel (Drogen, Rausch-, Betäubungsmittel)*
- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| <i>legal</i> | <i>illegal</i> |
| * Alkohol | * Cannabis |
| * Nikotin | * Heroin |
| * Medikamente
mit Suchtpotential | * Kokain |
| * Schnüffelstoffe | * LSD |
| * andere Stoffe | * Mescaline |
| | * Crack |
| | * Designerdrogen |
| | * andere Stoffe |

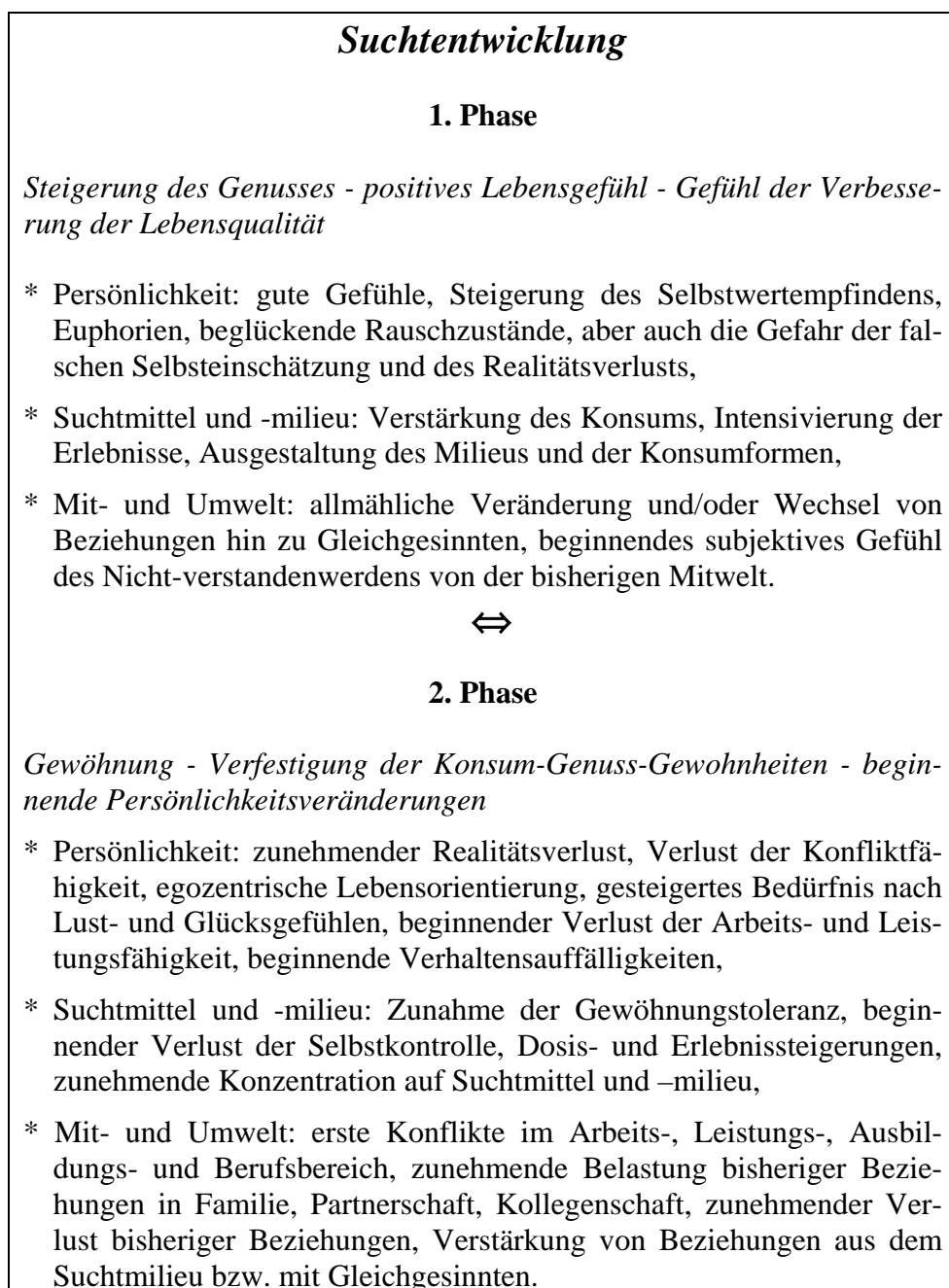
In Anlehnung an die Definition der Weltgesundheitsbehörde der Vereinten Nationen (WHO) sind die

Hauptmerkmale einer Sucht

1. der *Zwang*, sich ein Mittel zu verschaffen, es zu konsumieren oder sich in eine bestimmte Situation oder einen Zustand zu bringen, der immer wieder gesucht wird und zunächst auch als wohltuend empfunden wird,
2. die Neigung zur *Dosissteigerung* oder *Intensivierung* des Wirkstoffs bzw. der Erlebnissituation,
3. die seelische, körperliche und / oder soziale bzw. Milieu-*Abhängigkeit* vom Wirkstoff, Zustand bzw. meist rauschhaftem Erlebnis, meist in einer speziellen Umgebung,
4. die *Entzugssymptome*, wenn das Wirkmittel nicht zur Verfügung steht oder der gewünschte Erlebniszustand nicht hergestellt werden kann - Symptome, die oft den angenehmen Rauschzustand ablösen und dazu führen, alles zu tun, um den Entzug zu vermeiden,
5. der *Sinn*, den die Sucht gibt, die praktisch zum *Lebensinhalt* des Abhängigen geworden ist und zum Verfall und zur Verelendung der Betroffenen führt.
6. die *Unfähigkeit*, aus eigener Kraft und konsequent die Sucht zu bewältigen.

Einen ungefähren Eindruck vom möglichen Verlauf einer Abhängigkeit können die nachfolgend beschriebenen *Stadien der Suchtentwicklung* geben, die aber nicht zwangsläufig sind. Denn viele angepasste und unauffällige Süchtige (z. B. Alkohol- und Nikotinkonsumenten) schädigen zwar dauerhaft ihre Gesundheit – oft auch die anderer Menschen –, sind aber imstande, ihr Leben selbständig und u. U. ohne schwere Beeinträchtigung anderer zu führen. Die Übersicht sagt auch nichts aus über die unterschiedliche Dauer der einzelnen Phasen, die sehr kurz verlaufen können und unter Umständen ineinander gleiten. Andererseits ist es auch möglich, dass ein Suchtgefährdeter jahrelang auf einer bestimmten Stufe seiner Suchtentwicklung verharrt, ohne dass eine weitere dramatische Verschlechterung seines Zustandes eintritt.

Eine Suchtentwicklung ist meistens durch folgende auffällige Phasen oder Stadien gekennzeichnet (schematisiert):



3. Phase

deutliche Persönlichkeitsveränderungen - Verlust sozialer Beziehungen - Abhängigkeiten

- * Persönlichkeit: verschiedene Formen der Abhängigkeit, gesundheitliche Schädigungen, schwere Beeinträchtigungen der Realitätswahrnehmung, der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, deutliche Verhaltensauffälligkeiten und -störungen,
- * Suchtmittel und -milieu: weitere Dosissteigerungen und Erlebnisintensivierungen mit Kontrollverlust,
- * Mit- und Umwelt: Verlust und Bruch von Beziehungen, Verlust des Arbeitsplatzes, Aufgabe der Ausbildung, überwiegende oder ausschließliche Orientierung an Suchtszene/-milieu, Inkaufnahme von Kriminalität und Prostitution.



4. Phase

Verfall - Verelendung - Pflegebedürftigkeit - Todesgefahr

- * Persönlichkeit: seelischer und körperlicher Verfall: Verlust bzw. schwere Störungen seelischer und körperlicher Funktionen, äußerer Verfall, Unfähigkeit zur Selbstregulierung und Selbstkontrolle,
- * Suchtmittel und -milieu: extreme Steigerungen, akute Gesundheitsschäden und Todesgefahren, Abnahme der Verträglichkeit durch gesundheitliche Schädigungen,
- * Mit- und Umwelt: Verarmung und Verelendung, Isolation, soziale Ächtung, Pflegebedürftigkeit.

In der Suchthematik unterscheidet die WHO (Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen bestimmte *Formen bzw. Arten der Abhängigkeit*:

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. Alkohol-Barbiturat-Typ | 5. Kokain-Typ |
| 2. Opiat-Typ | 6. Khat-Typ |
| 3. Cannabis-Typ | 7. Halluzinogen-Typ |
| 4. Amphetamin-Typ | (8. Opiat-Antagonist-Typ). |

Diese Klassifikation ist jedoch problematisch, weil

1. der Nikotin-Konsum nicht miterfasst wird,
2. die Abhängigkeit von Lösungsmitteln (sog. "Schnüffelstoffe") nicht zuzuordnen ist,
3. der polytoxikomane Suchtmittelkonsum (Mischkonsum verschiedener Stoffe) in der zu theoretisch wirkenden Klassifikation nicht zum Ausdruck kommt und

4. die stoffgebundenen Suchtformen überbetont werden bzw. die nicht stoffgebundenen Suchtformen unberücksichtigt bleiben.

Sucht ist eine *schwere Krankheit*, die nicht nur den Abhängigen selbst, sondern auch seine Angehörigen und nahestehende Personen erheblich schädigen kann. Sowohl die Abhängigkeit von Alkohol, von illegalen Drogen oder auch von Medikamenten ist seit Anfang der 70er Jahre als "Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn" anerkannt, so dass Betroffene eine notwendige Behandlung nicht selbst bezahlen müssen, sondern die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger oder ggf. Landessozialämter einspringen.

Kein Mensch ist frei von möglichen *Suchtgefährdungen*, d. h. dass alle Menschen eine Bereitschaft zur Sucht oder wenigstens zu bestimmten Abhängigkeiten von Konsum- und Genussmitteln besitzen. Wie stark diese ausgeprägt sind, wann, in welcher Form und unter welchen Umständen oder ob diese Bereitschaft zur Sucht akut wird, vor allem inwieweit sie sich überhaupt vorbeugend erkennen lässt, ist unsicher.

Für die Suchtvorbeugung lässt sich an dieser Stelle kurz zusammenfassen:

1. *Konsum und Genuss müssen nicht, können aber zur Gewöhnung, Abhängigkeit und Sucht führen. Sie müssen vor allem mit und von Kindern und Jugendlichen mit Blick auf die vielfältigen gefährdenden Konsumangebote eingeübt werden, um Gefährdungen zu vermeiden.*
2. *Keine Sucht tritt schlagartig auf, vielmehr gehen ihr in der Regel missbräuchliche Konsum- und Genussgewohnheiten voraus. Daher sind die Regelung eines gesunden Konsum- und Genussverhaltens und ein positives Verhältnis zur eigenen Gesundheit zentrales Anliegen der Suchtvorbeugung.*
3. *Die Entwicklung einer Sucht kann ebenso wenig eindeutig und sicher vorausgesagt wie ausgeschlossen werden. Daher zielt Suchtvorbeugung nicht selektiv auf bestimmte Personen und Gruppen oder soziale Verhältnisse ab, sondern stellt eine allgemeine Aufgabe im Rahmen der Gesundheitsförderung dar.*

2.2 Der multifaktorielle Bedingungs- und Ursachenkomplex der Sucht

Auf der Grundlage praktischer Erfahrungen aus der Beratung, Krisenintervention, Therapie, Nachsorge und Prävention hat sich allgemein das sog. *multifaktorielle Ursachenmodell* durchgesetzt. Es besagt, dass das Sucht- und Drogenproblem eines Menschen niemals in nur einer Ursache begründet liegt, dass folglich bei der Beratung und Therapie wie auch der Suchtvorbeugung beispielsweise nicht nur bei einem Suchtfaktor wie beim Suchtmittel (im Sinne einer sog. "Drogenaufklärung") oder nur bei den sozialen Lebensbedingungen der Betroffenen (im Sinne des oft wiederholten Schuldvorwurfs an die Adresse der Eltern) angesetzt werden kann und darf.

Vielmehr ist es sinnvoll und hilfreich, die ganze *Persönlichkeit, die Umwelt im engeren und weiteren Sinn* mit in Betracht zu ziehen. Denn läge beispielsweise der Grund für die Alkoholsucht allein nur in diesem Suchtmittel, müsste jeder, der mit Alkohol in Berührung kommt, auch alkoholsüchtig werden. Da dies aber nicht der Fall ist, müssen noch andere Faktoren die Alkoholsucht mitbedingen. Diese Erfahrung gilt aber nicht nur für den Alkohol, sondern für alle Suchtgefahren bzw. -formen.

Persönlichkeit des Konsumenten



Suchtmittel - Erlebnis - Milieu

Selbstbewusstsein, Charakter, Konflikt- und Problemstärke, Frustrationstoleranz
Suche nach schnellen Befriedigungen,
Rausch, Befriedigung, Beruhigung,
Flucht- und Ausweichverhalten u. a.

legale und illegale Suchtstoffe,
Betäubung, Erregung, Ekstase,
Szene, Kneipe, Spielothek/-bank,
Freizeitsituationen u. a.

Bedingungen

Ursachen

Zusammenhänge:

*Konsum - Genuss - Gewöhnung - Missbrauch
Abhängigkeit - Sucht*

Kontakte im sozialen Nahraum



Strukturen der Gesellschaft

Familie, Verwandte, Freunde, sonstige
nahestehende Personen: z. B. Gleich-
altrige, Mitschüler, Kolleg/innen,
Erzieher/innen, Lehrer/innen, Vorbilder u. a

Arbeits-/Freizeitwelt, Konsum-,
Vergnügens-, Unterhaltungsbran-
chen, Suchtmittelindustrie, Sozial-,
Wirtschafts-, Wohn-, Umwelt-, Ju-
gendpolitik u. a.

Die Abbildung zu „*Ursachen und Bedingungen von Abhängigkeit und Sucht*“ zeigt verschiedene, sich wechselseitig bedingende Faktoren und Faktorengruppen. Zum besseren Verständnis sollten dabei aber einige wichtige Gesichtspunkte bedacht werden. Zum einen geht es im Zusammenhang mit dem Faktorenkomplex „Persönlichkeit“ nicht um die Pathologisierung, also um ein „Krankreden“ des Individuums, zum anderen soll der bloße Konsum von Genussstoffen nicht schon als Zeichen einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung hin zur Sucht missdeutet werden. Die Skizze zeigt lediglich, dass bestimmte Faktoren an der Entstehung einer Sucht mitwirken können, aber nicht müssen, vor allem dann nicht, wenn persönlichkeitsstärkende Entwicklungshilfen für das Kind und den Jugendlichen gewährleistet sind, die andere Belastungen oder Schwächen der Person ausgleichen bzw. den Suchtgefährdungen gegensteuern können.

Nach diesem multifaktoriellen Ursachenverständnis ist *Sucht auch niemals nur als individuelles Problem* anzusehen, mit dem der Einzelne und dessen engste Angehörige allein fertig werden müssen, sondern das immer *auch durch soziale und gesellschaftliche Einflüsse mit ausgelöst* wird. Das bedeutet beispielsweise für die Problematik des Medikamentenmissbrauchs und der Gefahr einer Medikamentenabhängigkeit von Kindern und Jugendlichen: Weder die Eltern noch ihre Kinder sind jemals allein verantwortlich zu machen, sondern auch die verschreibenden Ärzte, die beratenden Apotheker, die werbende und gewinninteressierte Pharma-Industrie sowie generell all jene, die bestimmte gesellschaftliche Wertschätzungen wie die Überbetonung von Geld, Status und Ansehen oder die Übertreibung von Konsum, Genuss und Vergnügen propagieren und damit auch Menschen verführen.

Der multifaktorielle Ansatz verbietet es, dem Suchtkranken oder dessen Angehörigen einen bestimmten Schuldanteil an dem Sucht- und Drogenelend zuzuweisen, der ohnehin schwer nachzuweisen ist. So darf z. B. die Schwierigkeit eines Menschen im Umgang mit Konflikten *nicht als moralisch schuldhaftes Versagen diskriminiert werden, sondern ist*

das Ergebnis einer Relation zwischen individueller Belastbarkeit und dem Maß der äußeren Belastung, das der Betreffende nicht immer, manchmal überhaupt nicht mitbestimmt. Diese Relation ist aber wiederum durch eine Vielzahl von Faktoren unterschiedlicher Art bestimmt, die sich nicht nur schwer erkennen, sondern schon gar nicht in dieser Skizze einfangen lassen und eine moralische Wertung erst recht nicht erlauben.

Daraus ergibt sich für die Suchtvorbeugung,

dass Beratung, Hilfe und Prävention nicht überwiegend dem Individuum und seinen unmittelbaren Beziehungspersonen zugemutet werden darf. Vielmehr verlangt die Suchtvorbeugung auch eine Veränderung suchtgefährdender gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und politischer Verhältnisse.

Denn gesellschaftliche Zusammenhänge mit zunehmender Zweckausrichtung des Alltagslebens nicht nur im Beruf, sondern auch in der Familie, im engsten Freundeskreis, in der Freizeit zugunsten von politischen Macht- und wirtschaftlichen Profitinteressen werfen die Frage nach den Möglichkeiten auf, die der Einzelne und die Gruppe besitzen, um eigene Subjektivität und individuelle Originalität und nicht nur einen verordneten, sondern vor allem den *eigenen Lebenssinn* zu gewinnen. Eine durchorganisierte Lebenswelt, die überwiegend materialistisch, konsum- und profitorientiert wirkt, lässt Kindern und Jugendlichen nicht immer genügend Raum für Eigenes und damit für die Herausbildung von *Ich-Stärke*. Formen entfremdender Lebensorganisation erleichtern Trends - nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen -, über künstlich erzeugte Gefühle und Empfindungen, über vorproduzierte Erlebnisse in der Freizeitwelt gleichsam Scheinwelten, Phantasieflychtburgen gegen eine verfremdende, oft auch ich- und gestaltungsfeindliche Umwelt aufzubauen.

Solche *Missstände sind Erwachsenenprodukte*, die aus unterschiedlichen Gründen hervorgebracht werden. Wenn Kinder und Jugendliche also in diese Welt hineinwachsen, sind sie ebenso gefährdet wie ihre Eltern und andere Erwachsene, die eigentlich ihre guten Vorbilder sein sollen, dies aber aus unterschiedlichen Gründen nicht immer leisten (können). Wenn Erwachsene aber den Schaden der Sucht von Kindern und Jugendlichen abwenden wollen, können sie es nicht bei Appellen, Sachaufklärung und / oder Sanktionen gegen drohende Gefährdungen belassen, sondern müssen *sich und ihre Umwelt verändern*, die sie als Erwachsene mitgestaltet und mitverantworten haben, deren Teil - als oftmals vielfältig Abhängige - sie selbst sind. Das bedeutet neben der Veränderung einer suchtpotentiel- len Umwelt ggf. auch die *Veränderung des eigenen Vorbildverhaltens, zum Nutzen der Kinder und Jugendlichen*, aber zugleich auch zum eigenen Vorteil der Erwachsenen .

Bei der Diskussion um Sinn und Zweck unterschiedlicher Ansätze und Wege der Vorbeugung gegen Suchtgefahren und Medikamentenabhängigkeit ist besonders auf diesen komplexen Ursachenzusammenhang zu achten, wobei im Mittelpunkt *Personen und deren soziale Beziehungen* stehen.

Das bedeutet für die Suchtvorbeugung,

dass generell und bereits im frühen Lebensalter jedes Menschen darauf zu achten ist, was Menschen wirklich für die Entwicklung von Ich-Stärke, von Ich- und sozialer Identität benötigen und dass diese Erfordernisse im Sinne einer ganzheitlichen, weil ursachenorientierten Suchtvorbeugung in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft akzeptiert werden. Das heißt einen jungen Menschen zu befähigen, für sich selbst und für andere Verantwortung zu übernehmen, damit er Freude am Leben hat, Probleme zu bewältigen vermag und zu sich selbst Ja sagen kann.

2.3 Drogen-/Suchtmittelbegriff und -übersicht

Da nicht alle Suchtformen an Wirkstoffe gebunden sind, wie z. B. die Spiel-, die Arbeits- oder die Magersucht, werden *bestimmte Suchtformen als solche gar nicht erkannt und gewertet* wie z. B. die Arbeitssucht, die in einer Leistungsgesellschaft häufig als besonders ausgeprägte Strebsamkeit und Leistungsbereitschaft verkannt wird. Für viele Menschen ist Sucht ganz einfach immer mit dem Konsum eines bestimmten Wirkstoffs verbunden bzw. wird häufig nur mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen gleichgesetzt.

Drogen

Unter *Drogen* versteht man generell alle Substanzen - meistens pflanzliche, voll- oder halbsynthetische, selten tierische oder mineralische Stoffe -, die aufgrund ihrer chemischen Eigenschaft Strukturen oder Funktionen und im Zusammenhang damit auch seelische Empfindungen im lebenden Organismus verändern und sich dabei unmittelbar *auf das zentrale Nervensystem auswirken (psychoaktive Substanzen)*.

In diesem Sinne gelten z. B. Alkohol, Nikotin, Heroin, Kokain, Haschisch, Marihuana, psychotrope Arzneimittel grundsätzlich als Drogen.

Tatsächlich besitzen *Drogen*, vor allem die illegalen Suchtmittel, insofern eine *erhebliche Bedeutung* für die Auseinandersetzung mit Suchtproblemen,

- weil sie materiell erfahrbar, begreifbar sind,
- weil ihre Einnahme sowohl körperliche wie auch seelische und soziale Veränderungen herbeiführen kann,
- weil sie ein erhebliches wirtschaftliches Gewicht besitzen,
- weil ihre Verwendung unter bestimmten Umständen strafrechtliche Folgen hat und
- weil sie gerade aus diesem Grund gesellschaftlich hart umstritten sind.

In Deutschland wird unterschieden zwischen den sog. *legalen*, d. h. gesetzlich erlaubten, und den sog. *illegalen*, d. h. gesetzlich verbotenen *Drogen, Rausch- bzw. Suchtmitteln*. Zu den legalen Drogen zählen neben Nikotin vor allem Alkohol und Medikamente, zu den illegalen Drogen vor allem Heroin, Kokain, die Cannabisprodukte und LSD. Der Besitz,

Erwerb und die Weitergabe dieser gesetzlich verbotenen Drogen fällt unter die strafrechtlichen Bestimmungen des *Betäubungsmittelgesetzes*.

Diese in unserer Gesellschaft häufigste Unterscheidung von Drogen sagt allerdings nur wenig aus über deren *Gefährlichkeit und Schädlichkeit*. Sie ist aus der Sicht der Drogenberatung und Suchtkrankenhilfe unter Umständen sogar ein schweres Hindernis für sinnvolle und effektive Maßnahmen, weil oft zu sehr auf die rechtliche, zu wenig auf die sozialkaritative Bedeutung und Konsequenz des Sucht- und Drogenproblems gesehen wird. Es ist daher sinnvoll, den weniger umstrittenen Begriff "*Suchtmittel*" zu verwenden.

Das Sucht- und Drogenproblem eines Menschen ist im übrigen niemals nur in der einen Ursache Droge bzw. Suchtmittel (siehe unter 2. 2) begründet. Die Konzentration der Aufmerksamkeit in der Suchtproblematik vornehmlich auf die verschiedenen Suchtstoffe geht an der Tatsache vorbei, dass *Sucht und Drogenabhängigkeit vielfältige Ursachen haben* (siehe 2. 2): Bei der Prävention, der Beratung und Therapie kann daher nicht nur beim Suchtmittel allein angesetzt werden; vielmehr ist es sinnvoll und hilfreich, die ganze Persönlichkeit des Betroffenen, seine Umwelt im engeren (Familie, Verwandte, Freunde) und im weiteren Sinne (Schule, Ausbildung, Beruf, Gesellschaft) mit in Betracht zu ziehen.

Die Wirkstoffe der verschiedenen Suchtmittel gelangen auf unterschiedliche Weise in den Stoffwechsel des menschlichen Organismus: durch den Magen-Darmtrakt, über die Mund-Nasen-Rachenschleimhäute, über die Lungen, direkt in die Blutbahn oder den Muskel oder über die Haut. Die *Verteilung, Anlagerung und Wirkung* der Substanzen im menschlichen Organismus hängen von *mehreren Faktoren* ab:

1. von der Stärke der Durchblutung der Organe einschließlich des Gehirns,
2. von der Art der Löslichkeit der Substanz im Körper,
3. von der selektiven Speicherung des Wirkstoffs in einzelnen Organen,
4. von der Wieder- bzw. Freigabe des Wirkstoffs nach der Speicherung,
5. von der Fähigkeit des Stoffs, die Membranen zwischen Zellen und Organen zu durchdringen.

Die *Wirkung* der Suchtmittel vollzieht sich *in unterschiedlichen Abstufungen*:

1. in der *einfachen Wirkung*. Die Substanz wird eingenommen und linear, d. h. in gleichmäßiger Steigerung und Abnahme der Wirkung vom Körper resorbiert.
2. der *Kumulation*. Der Stoff häuft sich an, wenn mehr von ihm zugeführt als resorbiert und ausgeschieden werden kann (Speicherung). Dabei besteht die Gefahr, dass der kumulierte Stoff ohne Kontrolle und Einflussmöglichkeit des Konsumenten eine gewisse Zeit nach der Einnahme neu wirksam werden kann (spontaner Rausch, dessen Auftreten nicht beeinflussbar ist, z. B. bei starkem Haschischkonsum möglich).
3. in der *Addition oder Summation*. Zwei oder mehrere Stoffe werden zusammen konsumiert, deren Wirkung sich entweder gegenseitig abschwächen, meistens jedoch gleich bleiben oder sich addieren oder summieren.
4. in der *Potenzierung*. Beim gleichzeitigen Zusammenwirken von zwei oder mehreren Substanzen kann es über die Addition bzw. Summation hinaus zu einem progressiven Anstieg der Dosis-Wirkung-Kurve kommen.

Die beiden letztgenannten Wirkungen ergeben sich bei Mischkonsum (Polytoxikomanie) wie z. B. der Kombination von Alkohol mit Schlafmitteln, von Heroin mit Beruhigungsmitteln, von Kokain mit Aufputschmitteln.

Die folgende *Drogen- bzw. Suchtmittelübersicht* gibt nur einen ersten kurzen Einblick in Arten, Anwendungsformen und Wirkungen der gebräuchlichsten Suchtmittel. Genauere Informationen vermittelt die Fachliteratur.

Alkohol

Trinkalkohol wird aus verschiedenen pflanzlichen Substanzen wie Obst oder Getreide hergestellt, deren Zucker oder Stärke durch Gärung zu Alkohol umgewandelt wird. Alkoholische Getränke sind weitverbreitete Genussmittel. Reiner Alkohol ist eine farblose Flüssigkeit.

Anwendung:

in Form von Bier, Wein, Sekt oder Spirituosen getrunken; oft mit Nikotin, gelegentlich mit Coffein kombiniert; Missbrauchs- und Suchtanwendung auch in Verbindung mit Medikamenten (Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmittel, seltener Stimulantien).

Wirkung:

zentralerregend und -dämpfend; Anregung, gehobene Stimmung, gesteigerte Kontaktfreudigkeit, Minderung bzw. Wegfall von Hemmungen, Nachlassen des Reaktionsvermögens, Desorientierung, Kontrollverlust der Bewegungen; im Rausch nachlässige, heitere, gereizte, aggressive oder traurig-depressive Stimmungen; bei starker Dosis Bewusstlosigkeit, Lähmungen, Vergiftung bis zum Tod.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Magen- und Leberschäden, Zunahme des Krebsrisikos an Speiseröhre, Magen und Darm; Herz-/Kreislaufstörungen und -schäden; Abbau von Gehirnzellen, Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, langfristig auch anderer Gehirnfunktionen; Potenzverlust vor allem bei Männern; erhöhte Unfallgefährdung z. B. bei Bedienung von Maschinen, im Straßenverkehr; Gefährdung von Ausbildungs- und Arbeitsplatz, Verelendung, Alkohol-Embryopathie in der Schwangerschaft, Tod durch Überdosis; Gefährdung und Schädigung der Umwelt durch belastende Verhaltensweisen und finanzielle Ausbeutung, Belastungen der Familie, vor allem psychosoziale Schädigungen von Kindern und Jugendlichen, dauerhafter Verlust sozialer Beziehungen.

Abhängigkeiten:

je nach Veranlagung schnelle seelische, bei längerer Gewöhnung auch schwere körperliche Abhängigkeit mit oft lebenslanger Rückfallgefährdung, eventuelle Steigerung durch zusätzliche Einnahme anderer Suchtmittel, sozial.

N i k o t i n

Hauptalkaloid im Blatt der Tabakpflanze, das gestoßen, geschnitten, seltener gemahlen wird, ölig-farblose Flüssigkeit.

Anwendung:

gepafft oder inhaliert als Zigarette, Zigarillo, Zigarre oder Pfeifenfüllung, seltener gekaut oder geschnupft.

Wirkung:

(in Verbindung vor allem mit Kohlenmonoxid und Teer) bei erstmaligem Konsum unter Umständen Übelkeit, Erbrechen und Durchfall; anregend und beruhigend: initiale Blutdrucksteigerung, Anregung, Verstärkung der Magensaftproduktion, bei langen hohen Dosierungen Blutdruckabsenkung, Beruhigung; Zittern; bei Vergiftung: Krämpfe und Atemlähmung, Todesgefahr.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Konzentrationsminderung, Durchblutungsstörungen; in Verbindung mit Kohlenmonoxid, Teerstoffen, Nitrosaminen, Stickoxiden, Formaldehyd, Dioxinen u.a.: Herz-/Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Raucherbein), chronische Bronchitis, Atembeschwerden, Lungenemphysem (Überdehnung der Lungenbläschen), Magen- und Darmgeschwüre, erhöhte Krebsgefahr vor allem der Lunge, Tod; gesundheitliche Schädigung der Passiv(mit)raucher, bei Schwangerschaft: Schädigung des Ungeborenen, Gefahr der Frühgeburt.

Abhängigkeiten:

seelisch und sozial

Arzneimittel (Medikamente)

sind natürliche oder (halb)synthetische Stoffe, mit denen man in die körperlichen und seelischen Prozesse des Menschen eingreifen kann. Sie dienen in erster Linie der Heilung oder der begleitenden Unterstützung helfender und heilender medizinischer Eingriffe, werden aber auch gesundheitsschädigend missbraucht. Suchtgefährdend wirken vor allem solche Substanzen, die auf das zentrale Nervensystem einwirken und seelische und damit auch Verhaltensänderungen hervorrufen, die sog. Psychopharmaka. Zu ihnen gehören die Psychoanaleptika (psychisch aktivierende Substanzen, z. B. mit antidepressiver Wirkung), Psycholeptika (Substanzen mit dämpfender Wirkung: spannungslösend, antidepressiv, beruhigend), Psychostimulantia/Psychotonika (Substanzen mit anregender und antriebssteigernder Wirkung).

Anwendung:

je nach Herstellungsform: flüssig, als Pulver, Tablette oder Zäpfchen, Einnahme über den Mund, den Darm, in die Vene, in den Muskel, auf oder unter die Haut gebracht / gespritzt, Einwirkung durch äußere Anwendung über die Haut oder durch Inhalation; Mischung von Wirksubstanzen durch Kombinationspräparate (z. B. Schmerzmittel mit anregenden Stoffen); Konsum kombiniert mit Rauschmitteln, teilweise zur Wirkungssteigerung oder zur Substitution (Ersatzeinnahme, z. B. Heroin mit opioidhaltigen Hustenmitteln bzw. dieses Medikament in großer Menge als Ersatz für Heroin),

Wirkung:

Da sehr viele Medikamente mehrere Wirksubstanzen enthalten, entstehen kombinierte Wirkungen mit Missbrauchsgefahren: Schmerzmittel: schmerzlindernd oder -stillend mit anregender Nebenwirkung, Schlafmittel: schlaffördernd mit beruhigender, angstlösender Nebenwirkung, Beruhigungsmittel: entkrampfend, angst- und spannungslösend mit der Nebenwirkung scheinbarer Problemlösung, Weck- und Anregungsmittel: antriebssteigernd mit der Nebenwirkung scheinbarer Leistungssteigerung.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Schmerzmittel: Koordinationsstörungen, Beeinträchtigungen des Bewusstseins, seelische Abstumpfung, Organschäden (vor allem Leber und Niere), Schlaf- und Beruhigungsmittel: seelische Abstumpfung, Verwahrlosung, körperlicher Verfall, Atemlähmung mit Todesfolge, Weck- und Anregungsmittel: planlose Aktivität, Angstbilder und Wahnvorstellungen, Blutdruckschwankungen, Kollaps, Depression, ständiges Misstrauen, Organstörungen und -schäden, Verwahrlosung, körperlicher und seelischer Verfall. Die Gefahren entstehen vor allem aus unkontrollierter und langfristiger Selbstmedikation. Besondere Gefährdungen der Abhängigkeit und Sucht bei Vergabe von Psychopharmaka an Kinder und Jugendliche.

Abhängigkeiten:

seelisch und körperlich, je nach Präparat unterschiedlich, auch sozial.

Noch immer zu wenig Aufmerksamkeit erfahren in der Suchtprävention die verschiedenen psychotropen Medikamente, die an Kinder und Jugendliche verabreicht werden bzw. die diese ohne Wissen von Erwachsenen konsumieren. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Hamm weist in einer Information für Ärzte insgesamt rund 1600 Medikamente mit sog. Missbrauchspotential, d. h. Arzneimittel mit mehr oder weniger starker Suchtgefährdung, auf dem deutschen Pharma-Markt nach, die auch schon im frühen Lebensalter verschrieben werden.

Ergänzend und erweiternd zu der Übersicht ist zu den einzelnen Medikamentengruppen zu beachten:

Schmerzmittel: Von den über das zentrale Nervensystem wirkenden Substanzen unterliegen die meisten der sog. Betäubungsmittel-Verschreibungsordnung (BtMGVV), mit der der Missbrauchsverbreitung ein Riegel vorgeschoben werden soll, mit der die missbräuchliche Verschreibung aber nicht immer verhindert werden kann. Suchtgefährdungen können entstehen durch Opium-, Opioid- und Morphin-Präparate, die ein erhebliches Suchtpotential darstellen. Problematisch sind auch solche Mittel, denen Substanzen beigegeben sind, die beispielsweise anregend oder stimmungshebend wirken wie Coffein, Phenacetin bzw. dämpfen sollen wie das Codein.

Hustenmittel: In zahlreichen Hustenmitteln sind die Opiode Codein oder Dihydrocodein enthalten, die als Suchtmittel dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegen. Codeinhaltige Mittel werden von Heroinabhängigen bevorzugt als Drogenersatzstoffe konsumiert.

Schlafmittel: All diese sog. Sedativa oder Hypnotika verfügen über ein Suchtpotential.

Barbiturate: sind in zahlreichen Beruhigungs-, krampflösenden, Schlaf- und Schmerzmitteln enthalten. Sie können Rauschzustände verursachen und wirken besonders stark suchtauslösend im Zusammenwirken mit Alkohol.

Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Tranquilizer: Beruhigend oder angstlösende Mittel können dann zur Abhängigkeit führen, wenn beim Absetzen Ängste, Unruhe oder Schlaflosigkeit auftreten, so dass wiederum zum Medikament gegriffen wird.

Stimulantien sind anregende Stoffe, wobei vor allem die Amphetamine unter das BtMG fallen, da sie ein hohes Suchtpotential besitzen. Weniger bekannt ist, dass Appetitzügler oder Schlankheitsmittel, schleimhautabschwellende Tropfen auch den Stimulantien zugeordnet werden und ebenfalls suchtgefährdend wirken können.

Alkohol: Da manche Arzneimittel auch Alkohol enthalten, einige Präparate sind in Alkohollösungen von bis zu 80 % enthalten, kann auch hier eine Suchtgefährdung auftreten, vor allem bei Konsumenten, die entsprechend vorbelastet sind.

Die Bezirksstelle Hannover der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, die Ärztekammer und die Apothekerkammer Hannover haben schon vor Jahren an ihre Mitglieder Merkblätter bzw. Listen verteilt, um auf die Suchtgefährlichkeit bestimmter, besonders häufig verschriebener und verwendeter Medikamente aufmerksam zu machen (hier nach Jahrbuch Sucht 1991, hrsg. von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Hamm. Neuland-Verlagsgesellschaft Hamburg 1990, S. 69 f.). Dieser Schritt macht deutlich, dass selbst diejenigen, die auch von der Verschreibung der suchtgefährdenden Medikamente profitieren, sich den Gefahren und dem Suchtelend nicht mehr verschließen konnten.

Schnüffelstoffe

sind leichtflüchtige Stoffe, die Dämpfe abgeben, wie Farben, Kleber, deren Verdüner sowie Benzin und Äther. Ihren Namen haben sie durch die Anwendung ("Schnüffeln") erhalten, nicht zu verwechseln mit anderen inhalierbaren Drogen wie z. B. Kokain. Schnüffelstoffe sind überall leicht greifbar und relativ billig zu erwerben: Nitroverdünner, Nagellackentferner, Fettlöser, Filzschreiber, Haarsprays, Kraftstoffe, Flüssiggas. Ihre Einzelbestandteile sind verschiedene Kohlenwasserstoffe, Alkohole, Ketone, Ester und Äther.

Anwendung:

einatmen, oft unter einem Tuch oder mit einer Plastiktüte über dem Kopf, sprayen in Mund und Nase.

Wirkung:

Rausch, Betäubung, Bewusstlosigkeit, Vergiftung des Blutes und innerer Organe, Erregungszustände, Euphorie, Selbstüberschätzung, unkalkulierbare Stimmungsschwankungen, Atemnot, Herzklopfen, Blutdrucksteigerung, Veränderung und Störung der Sinneswahrnehmungen, Geh-, Stand- und Bewegungsstörungen, Zustände ähnlich dem Alkoholrausch (Lallen, Torkeln).

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

waghalsige Unternehmungen mit eigener und Fremdgefährdung, Atemstörungen, Kehlkopfkrampf, toxisches Lungenödem, Erstickungsgefahr (Plastikbeutel über dem Kopf), Sauerstoffmangel und Atemstillstand, Bewusstlosigkeit und Koma, Herz-/Kreislaufstörungen bis zum Herzstillstand, Krampfanfälle, Verbrennungen durch Explosion von Lösungsmitteldämpfen bei gleichzeitigem Rauchen, bei bestimmten Lösungsmitteln: Schäden am Gehirn, an peripheren Nerven und Rückenmark, Blasen-/Mastdarmstörungen, Nierenerkrankungen, hirnorganische Wesensveränderungen, bei Schwangerschaft: Schädigungen des Ungeborenen.

Abhängigkeiten:

seelisch, sozial.

Cannabis: Haschisch und Marihuana

Beide Stoffe werden aus dem indischen Hanf *Cannabis sativa* gewonnen, der im Vorderen Orient, in Afrika, Asien und Südamerika angebaut wird. Wirkstoff ist das Tetrahydrocannabinol (THC), das halluzinogene Wirkung entfaltet. THC ist synthetisch herstellbar. THC-Derivate kommen gelegentlich in der Medizin zum Einsatz (z. B. „Marinol“).

Haschisch: Harz aus den Blütenspitzen der weiblichen Hanfpflanze, zu Platten oder Klumpen gepresst, als Pulver oder Krümel, Farbe olivgrün, rötlich, braun bis schwarz, etwa fünfmal so wirksam wie Marihuana, die geschnittenen und getrockneten Blätter der weiblichen Hanfpflanze.

Es kommt zur Anlagerung des THC in Leber, Lunge, Milz und Fettgewebe, da der Stoff fettlöslich ist. Daher kann es zu einer längeren Speicherung im Organismus kommen.

Anwendung:

geraucht, (meist in Tee) getrunken oder (mit und in Gebäck) gegessen, inhaliert.

Wirkung:

individuell sehr unterschiedlich,
seelische Wirkung in der Regel passiv-euphorisch, oft zunächst anregend, dann beruhigend, Steigerung der Gefühlsintensität, Minderung des Erinnerungsvermögens und der physischen Koordination, der Konzentrationsfähigkeit und des Abschätzungsvermögens raum-zeitlicher Relationen. Euphorie, gesteigerte Kontaktfreudigkeit, Halluzinationen, Ruhelosigkeit, Antriebsverlust,
körperliche Wirkungen: Hunger- und Durstgefühl, Steigerung der Herzfrequenz, Pupillenerweiterung, Blutdruckschwankungen, beim Rauchen auch Erweiterung der Bronchien.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Sinnestäuschungen, Angstzustände, erhöhte Risikobereitschaft, Echo- und Nachhallereffekt: Auftreten der Wirkung auch ohne Einnahme infolge Speicherung und unkontrollierte Abgabe des Wirkstoffs im Körper, Nachlassen der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, erhöhte Unfallgefährdung im Arbeitsbereich bei Bedienung von Maschinen und im Straßenverkehr, Depressionen, Verwirrtheit, seelische Entwicklungsstörungen, möglicherweise körperliche Schädigungen, möglicherweise in Verbindung mit anderen Wirkstoffen Auslösung von Psychosen.

Zu den Langzeitfolgen gehören aufgrund anderer Wirkstoffe (Furanderivate, Terpene u.a.) Schädigungen der Bronchien und Lungen, wahrscheinlich auch Karzinome, mögliche Beeinträchtigungen des Fötuswachstums, Einwirkungen auf den Hormonhaushalt, Herz-/Kreislauf- und Leberschädigungen.

Abhängigkeiten:

seelisch und sozial

Zur Einschätzung des Cannabiskonsums

Über lange Zeit und auch jetzt noch werden die Folgen des Cannabiskonsums verharmlost. Der häufige Hinweis, Haschisch sei viel weniger gefährlich als das Nervengift Alkohol, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch hier nicht nur allein auf den Stoffkonsum ankommt, sondern auch um dessen Begleitumstände wie z. B. Einstiegsalter, Qualität der seelischen und der Milieuabhängigkeit, "Durchstiegszwang" zu härteren Suchtmitteln wie Heroin oder Kokain. Immerhin weist Cannabis die weiteste Verbreitung aller illegalen Rauschmittel in den westlichen Nationen auf und kann damit als relativ "gängiges" Suchtmittel bezeichnet werden.

Die These von Haschisch als Einstiegsdroge in härtere Drogen ist nicht belegbar. Eher gelten Alkohol und Nikotin als Einstiegsdrogen überhaupt in eine stoffgebundene Sucht. Sicherlich kann die Inkaufnahme der Kriminalitätsgefahr durch Cannabiskonsum und -deal als mögliche Grenzüberschreitung hin zu anderen illegalen Suchtmitteln vermutet werden, doch müssen andererseits auch die unterschiedlichen sozialen Milieus beispielsweise der Heroinabhängigen und der Haschischkonsumenten gesehen werden. Auch gilt in diesem Zusammenhang die Erkenntnis, dass aufgrund des komplexen Ursachen- und Bedingungs Zusammenhangs einer Abhängigkeit allein vom Stoff keine Suchtgefahr ausgeht, sondern vielfältige Dispositionen und Ereignisse zusammenspielen müssen. Andererseits muss aber auch gesehen werden, dass Dealer von Cannabis oft auch andere, härtere Stoffe anbieten, so dass eine Trennung der Märkte nicht sicher gewährleistet ist.

Zudem spielt die Veränderung der Cannabisszene eine Rolle in der Zuordnung zu den verschiedenen Drogenmärkten. In den 80er Jahren und früher war der Konsum von Cannabisprodukten vielfach auch bzw. überwiegend Ausdruck einer bestimmten Subkultur. Dagegen wird Cannabis heute auch häufig von Menschen konsumiert, die bewusst gegen eine hektische Berufs- und Alltagswelt Entspannung und Beruhigung suchen und diese im Verzehr finden.

Das kann aber nicht heißen, dass Cannabis als ungefährlich verharmlost werden darf – auch dann nicht, wenn man die Folgen aus dem Cannabiskonsum mit denen des Alkohols vergleicht. Gerade die Erfahrungen aus dem Alkoholkonsum (dazu die nachfolgenden Zahlen unter 2. 4) mit Krankheits- und Todesfolgen beweist, dass die bloße gesetzliche Freigabe eines Mittels nicht gleich bedeutend ist mit seiner Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit. Die Nicht-Legalisierung von Cannabis dient – bei gleichzeitiger sinnvoller Aufklärung über alle Suchtmittel – vor allem dem Schutz von Jugendlichen vor den möglichen Folgen des Cannabismisbrauchs.

In der Debatte um die Liberalisierung spielen folgende Diskussionspunkte eine wesentliche Rolle:

1. die Entpönalisierung. Sie bedeutet die Beibehaltung der gesetzlichen Regelungen, also des Verbots von Besitz und Erwerb von Cannabisprodukten, gleichzeitig wird aber auf eine Kriminalstrafe verzichtet. Das Legalitätsprinzip würde aufrecht erhalten, damit also auch die Strafverfolgung.
2. die Entkriminalisierung. Besitz und Erwerb geringer Mengen von Cannabis zum Eigenverbrauch wird aus dem Strafrecht in das Ordnungswidrigkeitenrecht genommen. Konsumenten würden nicht kriminalisiert, sondern Delikte nach Ermessen gemäß Opportunitätsprinzip behandelt.

3. die Legalisierung bedeutet die absolute Freigabe von Cannabis. Einschränkungen des Umgangs könnten dann nur noch durch andere gesetzliche Bestimmungen (Lebensmittel- oder Jugendrecht) geregelt werden.

Da die Entpönalisierung keine wesentliche Änderung für die Prävention bietet, die Legalisierung aber zur Zeit nicht durchsetzbar erscheint, könnte die Entkriminalisierung wohl eher einen Fortschritt für die suchtpreventive Arbeit bedeuten. (Ausführliche Informationen bietet die Broschüre „Cannabis. Eine Information für Eltern, Lehrer/innen und alle weiteren Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen“, herausgegeben von der Landesarbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung NRW, Mülheim / Ruhr, August 1999).

Heroin

wird aus Morphin gewonnen, das aus Opium hergestellt wird. Opium ist ein milchiger Saft aus der unreifen Schlafmohnkapsel, der eingedickt und zu braunen bis fast schwarzen Klumpen geformt wird. Hauptanbaugebiete des Schlafmohns liegen in Vorder- und Ostasien. Heroin ist ein halbsynthetisches Derivat aus Morphin, ein weißes bis beiges oder hellbraunes Pulver (oder auch Körnchen).

Anwendung:

aufgelöst und in die Vene gespritzt, geschnupft oder geraucht (seltener), gelegentlich im Wechsel mit Kokain und mit Medikamenten konsumiert.

Wirkung:

Beeinflussung des zentralen Nervensystems, Beruhigung, Senkung des Schmerzempfindens, starke Euphorie, gesteigertes Selbstbewusstsein, Abschwächung der Sinneswahrnehmungen, gelegentlich Ängstigungen, schnelle Gewöhnung, bei Absetzen starke Entzugserscheinungen.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Persönlichkeitsveränderungen: reizbar, aggressiv, egozentrisch, Verwahrlosung und Verelendung, bleibende Gehirnschäden, Magen- und Darmstörungen, Leberschäden, Zerstörung des Gebisses, Kieferdeformation, Suizidgefahr; bei Schwangerschaft Schädigung des Ungeborenen und körperliche Abhängigkeit des Neugeborenen; Atem- und Herzlähmung mit Todesfolge durch Überdosierung, durch Beimengung von Streckmitteln Vergiftungsgefahr, Wirkungssteigerung durch Medikamente, Gefahr der Vergiftung mit Todesfolge; Schädigung und Gefährdung der Umwelt: Verwahrlosung, Kriminalität, Prostitution, finanzielle Belastung der Angehörigen - mit starker Eigengefährdung.

Abhängigkeiten:

seelisch und körperlich mit hohem Risikograd, sozial.

Zu Pro und Contra der Heroinfreigabe

„Wir wollen im Sinne der Prävention junge Menschen vor dem Einstieg in den unkontrollierten Konsum legaler und illegaler Drogen bestmöglich schützen, indem wir dazu beitragen, dass sie in ihrem Umfeld Orientierung und Wertschätzung erfahren und Gelegenheit haben, ihre eigene Kompetenz zu erproben und zu erleben. Dazu gehört, dass sie in Ausbildung und Arbeit die Chance erhalten, aktiv und konstruktiv am Leben in unserer Gemeinschaft teilzunehmen.

Wir wollen im Sinne der Rehabilitation Drogenabhängige zu einem selbstbestimmten drogenfreien Leben befähigen. ... Im Rahmen der unterschiedlich verlaufenden Hilfeprozesse sehen wir es als unsere Aufgabe an, das Ziel eines weitgehend unabhängigen Lebens für den Einzelnen zunehmend wahrnehmbar und erreichbar zu machen.

Gesundheitliche Aspekte - Überlebenssicherung

**** Pro Freigabe***

Die Gesundheit der Abhängigen von illegalen Drogen ist in vielfältiger Weise bedroht: durch verunreinigten Stoff, unbekannte Konzentrationen und damit Überdosierungen, Infektionen durch die Benutzung von unsauberem Spritzen, soziale Verelendung mit den Folgen der Mangelernährung und ähnlichem mehr. Die kontrollierte Vergabe des Suchtmittels Heroin führt zu einer Vermeidung dieser zusätzlichen Illegalitätsrisiken und damit zu einer Verbesserung der Überlebenschancen. Dabei ist die Vergabe des Originalstoffes der Vergabe des Ersatzmittels Methadon überlegen, weil es im Gegensatz zu Methadon die gewünschte euphorisierende Wirkung hat und deshalb bei den Abhängigen beliebter ist.

**** Contra Freigabe***

Eine Verbesserung der Überlebenschancen bzw. eine Herabsenkung der Mortalitätsrate konnte bisher nur dort erreicht werden, wo Heroin im Rahmen verbindlicher psychosozialer Hilfeangebote verabreicht wurde. Die damit verknüpften hohen Anforderungen an die Kooperationsbereitschaft der Drogenabhängigen vermindern jedoch die Attraktivität für viele Drogenabhängige, so dass sich die Ergebnisse hinsichtlich der Erreichbarkeit und der Verbesserung der Überlebenschancen nicht von denen der vergleichbaren Substitutionsfachambulanzen mit Methadon unterscheiden.

In England, wo Heroin und andere Opiate seit Jahrzehnten verschreibungsfähig sind, wird aus medizinischer Sicht kein Vorteil in der Heroinverschreibung gesehen. Die Heroinverschreibung ist deshalb seit Anfang der siebziger Jahre weitgehend zu Gunsten der Methadonverschreibung zurückgegangen.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Situation

**** Pro Freigabe***

Der intravenöse Gebrauch illegaler Drogen birgt durch den Gebrauch unsauberer Spritzen und Kanülen ein hohes Risiko der Weitergabe von HIV und Hepatitis. Dieses kann durch die kontrollierte Vergabe des Suchtmittels reduziert werden. Im Rahmen einer ärztlich kontrollierten Suchtmittelabgabe kommt es darüber hinaus zu einer kontinuierlichen ärztlichen Betreuung und Behandlung und dem allmählichen Aufbau von gesundheitsbewusstem Verhalten. Der Beikonsum von schädlicheren Substanzen kann reduziert werden. Aufgrund der Attraktivität des Heroins für die Konsumenten sind diese Effekte größer als bei Substitutionsbehandlungen mit Methadon.

****Contra Freigabe***

Der gleiche Effekt lässt sich erzielen durch Methadonsubstitution und durch die Vergabe von sauberen Spritzen und Kanülen. Letzteres ist ohne großen Aufwand und zusätzliche Risiken durchführbar für die Mehrzahl aller I.V.-Drogenabhängigen, auch für Ge-

legenheitskonsumenten. ... Eine entsprechende Ausweitung der Heroinvergabe würde unweigerlich den Übergang von einer kontrollierten zu einer unkontrollierten Heroinvergabe oder die Legalisierung von Heroin voraussetzen. Dafür müsste dann das Risiko eines zumindest vorübergehend starken Anstieges der Süchtigenzahl hingenommen und das Ziel des Jugendschutzes zurückgestellt werden. Zusammenfassend lässt sich unter gesundheitlichen Aspekten sagen, dass die kontrollierte Abgabe des Opiats Heroin im Rahmen eines umfassenden psychosozialen Drogenhilfeangebotes ähnliche Effekte hat wie die Abgabe des Opiats Methadon. Vorteil des Heroins ist die höhere Attraktivität bei den Drogenabhängigen, die jedoch durch die Einbindung in eine noch engere verpflichtende Zusammenarbeit nahezu aufgehoben wird. Nachteile des Heroins sind die kurze Wirkdauer, die eine mehrfache Einnahme am Tag erforderlich macht und damit der Verselbständigung, die der sozialen und beruflichen Integration der Klienten entgegensteht, sowie die fehlende orale Verabreichungsform.

Aspekte der Prävention

***Pro Freigabe**

Die derzeitige Suchtprävention befindet sich in einem fast hoffnungslosen Kampf gegen die Drogensucht. Ihre Zielrichtung ist zum einen die Persönlichkeitsstärkung des Individuums, die Sicherung eines nicht gefährdenden sozialen Nahraums, die Auseinandersetzung mit Suchtstoffen und Suchtmilieus und schließlich mit Suchtstrukturen einer ganzen Gesellschaft - eine komplexe Aufgabe, die nicht zu leisten ist, da das Suchtproblem, wie alle wissen, nicht generell lösbar ist. Da wäre es hilfreich, die Prävention zumindest auf einem Sektor zu unterstützen und zu entlasten, um die Aufmerksamkeit all derer, die sich vorbeugend auf unterschiedlichen Sozialisationsfeldern von Kindern und Jugendlichen bewegen, stärker auf die positive Gesundheitserziehung und -förderung zu konzentrieren. Die Heroinvergabe würde eine klarere Ausrichtung der Präventionsarbeit bewirken, und zwar in Richtung Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit Suchtmitteln.

*** Contra Freigabe**

Will man vor der Suchtproblematik nicht kapitulieren, bedarf es eines umfassenden, d. h. ganzheitlichen Ansatzes, nicht aber einer partiellen Aktion der Hilflosigkeit, die dann auch noch als besonderer Beitrag der Problembewältigung und Gesundheitspolitik ausgegeben wird. Der Appell an die Freiheit und Eigenverantwortlichkeit der Menschen übersieht die Tatsache, dass nicht alle Menschen in derselben Weise frei entscheiden können bzw. dazu erst allmählich befähigt werden müssen. Diesen (Erziehungs-) Prozess kann man durch ein erweitertes Suchtmittelangebot empfindlich stören, da der Kontakt zu Suchtmitteln früher hergestellt wird als die Sicherung weitgehender Kompetenz in der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen. Wer Heroin freigibt, billigt Heroin eine Pilotfunktion für die Freigabe anderer Stoffe zu, schwächt das Gefahrenbewusstsein, u. a. auch bei Kindern und Jugendlichen, erhöht die Risikobereitschaft und beeinträchtigt damit Präventionserfolge auf der ganzen Linie. Dass die häufig propagierte ärztliche Kontrolle der Heroinvergabe ausreichen könnte, um die Verfügbarkeit von Heroin für Minderjährige wirksam einzuschränken, ist eine Illusion, die durch den großen grauen Markt verschreibungspflichtiger Tranquilizer und Substitutionsmittel überall und jeden Tag widerlegt wird.

*** Schlussbemerkung**

Neben der Beantwortung ganz praktischer Fragen wie etwa, was wir mit Kokain oder Crack, was mit Ecstasy oder mit Drogen machen, die noch gar nicht auf dem Markt sind, ist es notwendig, noch einmal darauf hinzuweisen, dass die uns bekannten, zu-

nächst als die Lösung und als begrenzte Versuche vorgestellten Freigaben immer auch eine Folgewirkung hatten: Sie blieben nicht begrenzt.

(Drogenhilfe Nordhessen e.V., Pro und Contra Heroinfreigabe. Kassel 1998, S. 1 – 7 auszugsweise)

K o k a i n

Cocainhydrochlorid wird als Wirkstoff aus den Blättern des südamerikanischen Kokastrauchs gewonnen. Kokain ist ein weißes kristallines Pulver.

Anwendung:

als Pulver geschnupft, in Wasser aufgelöst injiziert (seltener), auch im Wechsel mit Heroin konsumiert, Kombination mit Medikamenten.

Wirkung:

Übererregung des Zentralnervensystems, aufputschend, leistungssteigernd, gesteigertes Rede- und Kontaktbedürfnis, Minderung von Hemmungen bis zur Hemmungslosigkeit, Betäubung von Hunger-, Durstgefühl und Müdigkeit, gesteigerte Glücksgefühle.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Herzschwäche, Atemstörungen, Leberschäden; Zerstörung der Nasenscheidewand, Bildung von Entzündungen und Geschwüren um die Nasenlöcher, Schwellung der Nasen- und Rachenschleimhäute infolge des Kokain-Schnupfens; Depressionen, Halluzinationen und paranoide Zustände, Schlaflosigkeit, Persönlichkeitsveränderung, Verwahrlosung und körperlicher Verfall, tödliche synergistische Verbindung mit anderen Wirkstoffen, sehr schnelle Gewöhnung und Dosissteigerung bei gleichbleibender (geringer) tödlicher Dosis, Atemlähmung und/oder Herzversagen, Tod.

Abhängigkeiten:

seelisch, sozial

LSD (Mescaline, Psilocybin)

Lysergsäurediäthylamid - natürliches Vorkommen als Lysergsäure im Mutterkorn - ist ein synthetisches Halluzinogen. LSD verstärkt die Wirkung anderer halluzinogener Drogen wie Mescaline (Wirkstoff aus dem Peyote-Kaktus, in Europa seltener, auch synthetisch produzierbar) und Psilocybin (Wirkstoff aus dem gleichnamigen Pilz, sonst wie Mescaline).

Anwendung:

als Lösung auf Tabletten, in Kapseln oder auf Trägern wie Zuckerwürfel, Löschpapier o. a. geschluckt.

Wirkung:

bereits Milligramm-Mengen bewirken heftige Halluzinationen (vor allem optisch, akustisch), starke nervliche Erregung mit heftigen Gefühlsschwankungen.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

erhöhte Risikobereitschaft, unerwartete und unkontrollierbare Handlungen, mit der Gefahr der Fremdschädigung, Suizidgefahr, Echo- und Nachhalleffekt (s. Haschisch), Horrortrip (Wahnvorstellungen), Psychosen, Realitätsverlust.

Abhängigkeiten:

stark seelisch je nach Disposition und Umständen, sozial.

Designerdrogen

(z. T. sog. „Partydrogen“) sind in Drogenlabors durch Molekülvariationen von Arznei- oder klassischen Rauschmitteln hergestellte Drogen der "Neuen (Zweiten) Generation": relativ preiswert, massenhaft zu produzieren, mit großen Gewinnspannen, jederzeit durch entsprechendes Wirkdesign an gesetzlichen Bestimmungen vorbei in fast beliebiger Zahl zu variieren.

Der Überblick ist kaum möglich, doch lassen sich bestimmte Gruppen der Substanzen zusammenfassen: die Amphetamine (häufige Bezeichnung Speed, Ecstasy/XTC ist eine der bekanntesten Designerdrogen), die Phencyclidine/Tryptamine (in der Drogenszene bekannt als PCP und Angel Dust, LSD- und Psilocybin-ähnlich) und die Fentanyle/Prodine (als MPPP/MPTP - "neues Heroin" gehandelt).

Anwendung:

geschluckt, gespritzt, geschnupft, geraucht, auf die Haut gebracht.

Wirkung:

Amphetamine: Euphorie, Anregung, Lustgefühle, Körpersensationen, Leistungssteigerung, Selbstüberschätzung, Dämpfung des Hungergefühls, Herabsetzung des Schlafbedürfnisses, Unruhe, Gereiztheit, Nervosität; Phencyclidine/Tryptamine: ähnlich LSD, Halluzinationen, Verzerrung der Sinneswahrnehmung, Desorientierung, Bewusstlosigkeit, Wechsel zwischen Euphorie und Dysphorie, Selbstüberschätzung; Fentanyle/Prodine: ähnlich wie Heroin, in der Wirkung mehr als tausendfach stärker.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

Amphetamine: Erschöpfungszustände, Kollaps, körperlicher Verfall, Bewusstseinstörungen, Herz-/Kreislaufschäden, unkalkulierbare Gefahren aus dem Mischkonsum mit anderen Wirksubstanzen, Phencyclidine/Tryptamine: Bewusstlosigkeit, Aggressivität, delirante Zustände, Realitätsverlust, Störungen der Motorik, Paranoia, Echoeffekt, Fentanyle/Prodine: siehe Heroin, Nebenwirkungen ähnlich dem Parkinsonschen Syndrom (u.a. Schüttellähmung, unheilbar), Tod.

Abhängigkeiten:

Amphetamine: seelisch, andere seelisch und körperlich.

Ergänzende Information zu den sog. Designerdrogen

In Ergänzung zu der knappen Übersicht hier noch einige Erläuterungen zu den Designerdrogen, die in Verbindung mit Techno-Musik, Disco- und Raver-Szenen eine besondere aktuelle Rolle spielen und oft auch verharmlosend als sog. Partydrogen bezeichnet werden.

Das Thema „Designer-Drugs / Designerdrogen“ wurde lange Zeit als ein typisch amerikanisches Phänomen unterschätzt, wird aber seit Ende der achtziger Jahre auch in Deutschland intensiver diskutiert. Nun ist es für den interessierten Laien, u. a. Eltern, Lehrkräfte und Erzieher, nicht gerade einfach, durch die verschiedenen Fach- und Szenebegriffe und Detailinformationen durchzusteigen. Denn was ist und wie unterscheiden sich Ecstasy, MDMA, MDA, "Adam", "Eve", "Angels Dust", Amphetamine, Weckamine, Speed usw.? Auch die vorhandene Fachliteratur macht die Aufklärung nicht immer einfacher.

In der Tat ist die Vielfältigkeit aller Stoffe, die unter dem Begriff der Designerdrogen zusammengefasst werden, verwirrend. Der Hauptgrund dafür liegt in der Vielzahl chemischer Wirkstoffverbindungen, die durch Molekülvariationen bestimmter Arzneimittel (mit Suchtpotential) oder klassischer, meist illegaler Rauschmittel hergestellt werden können - eben nach einem bestimmten Design der erwünschten Wirkung. Designerdrogen werden als die neuen Drogen der 2. Generation bezeichnet - im Gegensatz zu den "klassischen" Suchtmitteln Heroin, Kokain, Cannabis u. a. als der sog. 1. Generation - , weil mit ihnen eine veränderte und vielfältige Form der Wirkstoff-Synthetisierung praktiziert wird.

Bei den Designerdrogen können im ersten Überblick folgende *drei Hauptgruppen* unterschieden werden, die in ihrer Wirkung bestimmten Arzneimitteln bzw. bekannten Suchtmitteln zuzuordnen sind und von denen zahlreiche Stoffe unter das Betäubungsmittelgesetz fallen:

1. *Fentanyle und Prodine*

Fentanyl ist ein kurzzeitig wirksames Schmerzmittel und daher in der Szene wenig gefragt. Seine länger wirksamen Designer-Varianten allerdings, u.a. als „China White“ oder „Persian White“ gehandelt und in der Wirkung und in den Gefahren den Opiaten Morphin und Heroin ähnlich, sind auf dem Drogenmarkt attraktiver. Sie werden injiziert oder geschnupft, wirken schmerzstillend, euphorisierend und stimulierend. Im Vergleich zu Heroin liegt die tödliche Dosis der Fentanyl-Varianten (vor allem Gefahr der Atemlähmung) wegen der höheren Wirksamkeit deutlich niedriger. *Prodine* (u. a. MPPP, MPTP) wirken ebenfalls stark schmerzstillend und sind dem Pethidin verwandt, das in verschiedenen Schmerzmitteln enthalten ist. Die Wirkungen ähneln denen der Fentanyle. *Prodine* können allerdings zusätzlich Schüttellähmungen auslösen.

Beide Stoffgruppen machen seelisch und teilweise auch körperlich abhängig.

2. *Gruppe: Phencyclidine und Tryptamine*

Phencyclidin (PCP), ursprünglich ein Anaesthetikum in der Tiermedizin, erzeugt Halluzinationen und Erregung, wird seit Mitte der sechziger Jahre in den USA als Rauschdroge verwendet (Szenenamen u. a.: „Peace Pill“, „Angels Dust“), wird in unterschiedlichen Formen geschluckt, geschnupft, injiziert oder geraucht und erzeugt starke seelische Abhängigkeit. Der Konsum führt je nach Stoffmenge zu unterschiedlichen und gegensätzlichen Gemütszuständen von Glücksgefühlen bis zu

Depressionen. Die Gefahren liegen vor allem in paranoiden Phasen, schizophre-
nieähnliche Psychosen, Flashbacks, Depressionen, Angstzuständen, aggressivem
Verhalten, Konzentrationsschwächen und Gedächtnisverlust. Ähnliche Wirkungen
zeigen LSD, Mescaline und psilocybinhaltige Pilze. *Tryptamine* sind biogene Amine und
mit dem Neurotransmitter Serotonin, den Rauschmitteln Psilocybin und Psilocin
des Teonanacatl-Pilzes und dem LSD verwandt. Die chemischen Grundstrukturen
der Tryptamine (u. a. DET, DMT) ähneln den Mutterkornpräparaten (u. a. Migrä-
nemittel). Die Wirkweise entspricht in etwa der der Phencyclidine.

3. Gruppe: Amphetamine

Das Amphetamin wird auch als „Leitsubstanz“ der Designerdrogen bezeichnet,
weil es den Grundstoff für eine *Vielzahl von Molekülvarianten* abgibt und weil die
Amphetamine die in Deutschland gängigsten synthetischen oder sog. Designer-
bzw. „Partydrogen“ darstellen. Amphetamine sind in Psychostimulantien (We-
ckaminen) oder Appetitzüglern, Medikamenten, die als suchtfördernd gelten,
enthalten. Amphetamine wirken aufputschend, aktivierend und stimulierend,
kommunikationsfördernd und machen seelisch abhängig.

Sie werden in Tabletten, Dragees oder als Pulver geschluckt. Die Gefahren liegen
in schweren körperlichen und seelischen Schäden, z. B. Herz-Kreislaufversagen,
Erhöhung der Körpertemperatur bis zur Überhitzung, Ausschöpfung der Körperre-
serven vor allem durch Sportdoping bis zum tödlichen Kollaps bzw. Erschöp-
fungszuständen, Depressionen und Psychosen. In der Fach- und Szenesprache sind
am bekanntesten „Speed“ für (Meth-)Amphetamin, „XTC / Ecstasy“, „Adam“ für
die Amphetamin-Varianten MDA/MDMA, „Eve“ für MDE.

In der Öffentlichkeit ist das sog. „Ecstasy“ die bekannteste Designerdroge und gilt als
das wichtigste Rauschmittel der Disco-/ Techno- und Raver-Szene (siehe nachstehende
Information „ECSTASY“). Zur Verbreitung und Attraktivität dieses Mittels hat neben
der erwünschten Wirkung auch der günstige Preis beigetragen. „Ecstasy“ und verwand-
te Stoffe sind vergleichsweise kostengünstig herzustellen, erfordern keine langen Han-
delswege, weil sie auch in kleinen lokalen Labors produzierbar sind. Auch die schnelle
und unauffällige Form des Konsums – „Ecstasy“ braucht nicht injiziert zu werden, son-
dern wird in Pulver-, Kapsel- oder Tablettenform geschluckt, seltener geschnupft oder
geraucht - begünstigt die Verbreitung.

„Ecstasy“ wirkt anregend, aufputschend und hat halluzinogene Eigenschaften. Konsu-
menten berichten von Gefühlsverstärkung, Abbau von Hemmungen, gesteigerter Kon-
taktfreudigkeit.

Die Einnahme von „Ecstasy“ kann jedoch auch dazu führen, dass Gedanken, Gefühle
und Erinnerungen sich unkontrolliert verbinden, nicht verarbeitet werden, zu Angst-
und Panikzuständen, möglicherweise sogar zu psychotischen Episoden führen.

Die Wirkung von „Ecstasy“ ist nicht immer genau kalkulierbar, da der Stoff auch ge-
streckt oder mit anderen (Rausch-)Mitteln gemischt werden kann. Da „Ecstasy“-
Konsum oft einhergeht mit starker körperlicher Anstrengung beim Tanzen in Discothe-
ken bei gleichzeitigem Kontrollverlust, können körperliche Überforderung, Überhit-
zung, Flüssigkeits- und Elektrolytmangel und Herz-Kreislaufversagen mit Lebensgefahr
die Folge sein.

Weitere Nebenwirkungen sind Übelkeit, Muskelverspannungen und -krämpfe, starke
Halluzinationen, längerdauernde Erregungs- und Angstzustände, nach dem Abklingen
der Wirkung auch schwere Erschöpfung mit ungewöhnlich starkem Schlafbedürfnis.
Der Versuch, unerwünscht lange Erregungszustände mit Alkohol, Beruhigungsmitteln

oder sogar mit Heroin „herunterzufahren“, kann zu gefährlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und akuten Gefahren führen.

Neben diesen Wirkungen treten auch soziale Schäden und Belastungen für die eigene Lebensgestaltung auf, wenn es den Konsumenten nicht gelingt, ihren Ecstasy-Genuss so zu regeln, dass Schule, Studium, Beruf und Beziehungen nicht darunter leiden.

C r a c k

Eine besondere Rolle spielt die Droge Crack, die manche als eine Art Vorläuferin der Designerdrogen bezeichnen möchten. Streng genommen ist Crack den Designerdrogen aber nicht zuzuordnen, sondern ist eine Mischung (durch Erhitzen) aus Kokain mit Natriumbikarbonat oder Ammoniumhydroxid ("Backpulver"). Crack hat in Deutschland vor allem auf die verhängnisvolle Wirkung von Mischdrogen aufmerksam gemacht.

Anwendung:

geschnupft, geraucht, gelegentlich injiziert.

Wirkung:

teilweise ähnlich dem Kokain, aber sehr viel schneller und heftiger einsetzend, schwerer Rausch mit Bewusstseinsstörungen und Ohnmacht / Koma.

akute Gefahren und Langzeitfolgen:

infolge des Rauchens schwere Lungenschäden mit erhöhter Anfälligkeit für Lungenerkrankungen aller Art, Herzschäden / -infarkt durch starken Sauerstoffbedarf beim Rausch, Atmungskollaps mit Erstickengefahr, dauerhafte Hirnschäden, bei Schwangerschaft: schwere körperliche und geistige Schädigung des Ungeborenen, Tot- und Fehlgeburten.

Abhängigkeiten:

seelisch, körperlich, sehr hohes Risikopotential, sozial.

2.4 Statistische Angaben

Die Zahlen zur Sucht- und Drogensituation in Deutschland beweisen *die Tragweite des Problems und die Dringlichkeit umfassender Maßnahmen, vor allem der Suchtvorbeugung*. Die Daten sind zusammengestellt aus Informationen der Fachverbände, des Bundesgesundheitsamts, des Bundeskriminalamts, des Statistischen Bundesamts, die zusammengefasst sind in den Jahrbüchern der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Hamm. Diese Angaben pro Jahr stammen hauptsächlich aus den Jahren 1996 bis 1998, z. T. 1999, wobei hier jeweils die aktuellsten Daten eingetragen sind:

Suchtkranke

Ca. 4 Mio Alkoholranke
Ca.5 Mio Nikotinabhängige
200 000 - 800 000 Medikamentenabhängige
200 000 Abhängige illegaler Drogen, davon
60 000 - 80 000 Abhängige sog. harter Drogen (Heroin, Kokain)
400 000 - 800 000 Spielsuchtkranke
2 - 4 Mio Kranke mit suchartigen Essstörungen

Kinder / Jugendliche - Details:

durchschnittliches Einstiegsalter in Nikotin und Alkohol: 10. Lebensjahr
regelmäßiger Alkoholkonsum bei 14- bis 24-Jährigen: 65 %
regelmäßiger Nikotinkonsum: 35 %
Cannabiskonsum: 16 %

Todesfälle:

Ca. 20.000 Alkoholtote, davon 2 000 im Straßenverkehr (1998)
ca. 90 000 tabakbedingte Todesfälle (Krebs, Kreislauf, Atemwegserkrankungen, 1998)
1.812 Tote nach Konsum illegaler Drogen in 1999

Bei den Todesfällen sind die Dunkelziffern sehr hoch, da z. B. bei vielen Folgeerkrankungen des Alkoholismus und der Nikotinsucht, die letztlich zum Tod geführt haben, andere Ursachen, bsp. Herzversagen, angegeben werden.

Ein hoher Prozentsatz von Gewaltverbrechen mit Todesfolge geschieht unter z. T. erheblichem Einfluss von Alkohol (mittelbare Alkoholtote).

Ein Teil von schweren Verkehrsunfällen, auch mit Todesfolge (s.o.), wird unter Alkoholeinfluss, aber auch unter Einwirkung illegaler Drogen verursacht, statistisch aber häufig unter anderen Einflussfaktoren (z. B. überhöhte Geschwindigkeit) registriert.

Kaum erforscht und oft nicht eindeutig einzuordnen sind die Todesfolgen (mittelbar und unmittelbar) in Zusammenhang mit Arzneimittelkonsum, z. B. bei Unfällen oder Suizid unter Einwirkung von Psychopharmaka.

Nicht eindeutig erfasst sind auch Todesfolgen aus dem Zusammenwirken verschiedener Stoffe wie z. B. von Alkohol und Beruhigungsmitteln oder sog. Wachmachern.

Ausgaben

ca. 30 % aller konsumierten Getränke waren Alkoholika
Gesamtausgaben für Alkoholika = 30 Mrd. DM.
Gesamtausgaben für Tabakwaren = 28 Mrd. DM (etwa gleichbleibend, aber leichter Anstieg bei Zigaretten).

Medikamente

Medikamente, die suchtauslösend sind, gehören in diesen Zusammenhang. Darunter sind nicht alle Arzneimittel zu verstehen, sondern nur solche, die aufgrund bestimmter Substanzen in einer Weise wirken, dass ein Mensch über die Gewöhnung von ihnen abhängig wird. Auf dem deutschen Pharmamarkt existieren ca. 1.600 Medikamente mit Suchtpotential (Schmerz-, Beruhigungs-, Anregungsmittel, sonstige psychotrope Medikamente, aber auch Mittel mit verborgenen suchtpotentiellen Substanzen wie z. B. Hustensaft mit dem Opioid Codein oder Wirkstoffe wie Kamille in Alkohollösung).

Designerdrogen

Etwa in den letzten fünf bis zehn Jahren hat der Konsum an Designerdrogen sprunghaft zugenommen, vor allem in Diskotheken und anderen Treffs Jugendlicher und junger Erwachsener. Am bekanntesten ist "Ecstasy", das oft auch undifferenziert als Sammelbegriff für alle Designerdrogen verwendet wird. Diese Stoffe sind vollsynthetische Rauschmittel, meistens auf der Basis Amphetamin und wirken anregend, können zu psychisch-sozialer, z. T. auch körperlicher Abhängigkeit führen und bringen in Verbindung mit anderen Stoffen und bei intensivem Tanz unter Umständen große gesundheitliche Risiken mit sich (Übererregung, hoher Flüssigkeitsverlust, Kollaps, langanhaltende Erregungszustände, seelische Ausnahmezustände – s. o. unter 2. 2). Die Statistik dieser Drogen ist zur Zeit unsicher.

Werbung

Die Marketingkosten (Gesamtwerbeausgaben) belaufen sich in 1998 bei der Getränkeindustrie für Alkoholika auf ca. 1,2 Mrd. DM und bei der Tabakwarenindustrie in 1997 auf ca. 682 Mio. DM, bei der Pharma-Industrie auf ca. 4 Mrd. DM.

Steuereinnahmen

Die Steuereinnahmen des Bundes betragen 1998 aus Bier-, Schaumwein- und Branntweinsteuer rund 7 Mrd. DM und 21,5 Mrd. DM an Tabaksteuer, das sind rund 28,5 Mrd. DM Staatseinnahmen aus dem Konsum dieser legalen Suchtmittel. Hinzu kommen staatliche Einnahmen aus Glücksspielen von über 7,5 Mrd. DM in 1998.

Versorgungsangebot

ambulant:
ca. 1.300 Beratungs- und Behandlungsstellen (Stand Juli 1997),
stationär: ca. 15.000 Plätze
ca. 10 000 Selbsthilfegruppen,
ca. 180 Elternkreise Sucht.

Die nachfolgenden ausgewählten Übersichten sind dem Jahrbuch 2000, herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, entnommen. Ausführliche Kommentierungen und Wertungen der Daten sind dort zu entnehmen.

Alkohol

„Der Verbrauch an Alkoholgetränken nahm 1998 beschleunigt auf 156,2 Liter pro Kopf ab (1997: 160,3 Liter). Dabei verzeichneten Bier, Schaumwein und Spirituosen weitere Absatzeinbußen, während der Konsum von Wein stagnierte. Der Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol ging 1998 um knapp 2 Mio auf etwa 10,5 Liter zurück. Im vergangenen Jahrzehnt haben sich die Trinkgewohnheiten in den neuen Ländern jenen im früheren Bundesgebiet immer mehr angepasst. Hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums liegt Deutschland nach wie vor in der Spitzengruppe sämtlicher Länder der Welt. Der Verbrauch von Bier, Schaumwein und Branntwein unterliegt in Deutschland speziellen Verbrauchsteuern. Der Weinverbrauch wird dagegen nicht besteuert. 1998 sind die Einnahmen aus der Bier-, Schaumwein- und Branntweinsteuer entsprechend dem Konsumrückgang gesunken. Der rückläufige Trend des Alkoholverbrauchs vollzog sich in den vergangenen Jahren bei sinkenden relativen Preisen für Alkoholgetränke (im Vergleich zu den Preisen der allgemeinen Lebenshaltung) und steigenden Werbeausgaben. Die Lösung dieses vermeintlichen Paradoxons ist folgende: Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Verbraucher beim Kauf einzelner Produkte sehr wohl auf Preissenkungen und verstärkte Werbung reagieren, dies jedoch in gesättigten Märkten auf Kosten von Konkurrenzprodukten geschieht.“ (Jahrbuch Sucht 2000, S. 8 / weitere Informationen dort)

Konsum alkoholischer Getränke je Einwohner

Jahr	Bierkonsum in Liter	Weinkonsum in Liter	Sektkonsum in Liter	Spirituosenkonsum in Liter
1990	142,7	21,9	5,1	6,2
1991	141,9	21,3	4,7	7,5
1992	142,0	18,4	5,0	7,3
1993	135,9	17,3	5,1	7,0
1994	138,0	18,0	5,1	6,7
1995	135,9	17,4	4,9	6,5
1996	131,9	18,3	4,8	6,3
1997	131,2	18,1	4,9	6,1
1998	127,4	18,1	4,7	6,0

Jahrbuch Sucht 2000, S. 10

Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern /
Angaben in Millionen DM, Veränderung gegen Vorjahr in %

Jahr	Bier- steuer		Schaum- wein-St.		Brannt- wein-St.		Ins- gesamt	
1992	1.625	- 1,3 %	1.083	+ 3,0 %	5.544	+ 19,3 %	8.252	+ 12,3 5
1993	1.769	+ 8,9 %	1.136	+ 4,9 %	5.135	- 7,4 %	8.040	- 2,6 %
1994	1.795	+ 1,5 %	1.120	- 1,3 %	4.889	- 4,8 %	7.804	- 2,9 %
1995	1.779	- 0,9 %	1.100	- 1,8 %	4.837	- 1,1 %	7.716	- 1,1 %
1996	1.719	- 3,4 %	1.064	- 3,3 %	5.085	+ 5,1 %	7.868	+ 2,0 %
1997	1.699	- 1,2 %	1.095	+ 2,9 %	4.662	- 8,3 %	7.456	- 5,2 %
1998	1.647	- 3,0 %	1.028	- 6,1 %	4.426	- 5,1 %	7.101	- 4,8 %

Jahrbuch Sucht 2000, S. 14

Rangfolge ausgewählter Länder
hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf in Liter reiner Alkohol

Rang	Land	1995	1996	1997
1	Portugal	11,0	11,2	11,3
2	Luxemburg	12,1	11,6	11,2
3	Frankreich	11,4	11,2	10,9
4	Deutschland	11,1	11,0	10,8
5	Ungarn	10,0	10,3	10,1
6	Spanien	9,5	9,3	10,1
7	Tschechische Republik	10,0	10,0	10,0
8	Dänemark	10,0	10,0	9,9
9	Österreich	9,8	9,7	9,5
10	Schweiz	9,4	9,3	9,2
11	Rumänien	9,0	8,9	9,2
12	Irland	9,2	9,2	9,0
13	Belgien	9,1	9,0	8,9
14	Griechenland	8,8	8,7	8,8
15	Slowakische Republik	8,0	8,3	8,6
16	Niederlande	8,0	8,1	8,2
17	Italien	8,3	7,9	7,9
19	Vereinigtes Königreich	7,3	7,6	7,7
20	Australien	7,6	7,5	7,6
22	Russland	8,8	7,3	7,3
27	USA	6,5	6,6	6,6
28	Japan	6,6	6,6	6,6

Jahrbuch Sucht 2000, S. 20

Tabakwaren

„Aus den jüngsten Erhebungen zum Rauchverhalten ergeben sich Hinweise auf einen wieder ansteigenden Zigarettenkonsum bei Jugendlichen. Insgesamt ist der Verbrauch von Zigaretten in Deutschland in den letzten fünf Jahren um 8 % gestiegen. Auch Zigarren und Zigarillos erfreuen sich offenbar neuerdings zunehmender Beliebtheit: Nach einem jahrzehntelangen kontinuierlichen Rückgang ging der Konsum hier in den letzten fünf Jahren um 72% in die Höhe. Bei Feinschnitt und Pfeifentabak gibt es kaum spektakuläre Änderungen; der Verbrauch von Feinschnittrollen ist allerdings um mehr als 50% zurückgegangen. Die Tabaksteuer-Einnahmen sind in den letzten fünf Jahren um 11 % auf 21,6 Mrd. DM angewachsen, die Ausgaben der Verbraucher für Tabakwaren erhöhten sich um 17 % auf 38,9 Mrd. DM. Verglichen mit den Mitgliedsländern der Europäischen Union liegt der Raucheranteil bei Männern in Deutschland durchschnittlich hoch, bei Frauen erfreulich niedrig. Eine 1999 europaweit durchgeführte Raucherstudie liefert auch für Deutschland interessante Erkenntnisse. Mehr als zwei Drittel der Raucher befürworten ein Mindestalter beim Kauf von Tabakwaren, sind für Nichtraucherzonen in Restaurants und Rauchverbote in Krankenhäusern. 40 % der Raucher in Österreich und Portugal, aber 80 % der Raucher in Schweden und in den Niederlanden haben bereits einen ernsthaften Aufhörversuch hinter sich – Deutschland liegt mit 39% bei Männern und 47% bei Frauen am unteren Ende der Spanne. An der Spitze der Einflussfaktoren, die den Aufhörwunsch unterstützen können, liegen der Rat des Arztes, mit dem Rauchen aufzuhören und die gesundheitlichen Auswirkungen sowohl für die Raucher selbst als auch für tabakrauchexponierte Nichtraucher.“ (Jahrbuch Sucht 2000, S. 22 / weitere Informationen dort)

Tabakwarenverbrauch 1993 bis 1998 in Millionen Stück bzw. in Tonnen (t)

	Zigaretten (Mio.)	Zigarren / Zigarillos (Mio.)	Feinschnitt (t)	dar. Fein- schnitt- rollen (t)	Pfeifentabak (t)
1993	128.100	1.155	17.556	5.477	1.277
Veränderung zum Vorjahr %	- 2,3	- 7,9	- 10,4	-----	0,0
1994	134.044	1.409	15.705	4.411	1.102
Veränderung zum Vorjahr %	+ 4,6	+ 22,0	- 10,5	- 19,5	- 10,2
1995	135.029	1.062	15.624	4.441	1.096
Veränderung zum Vorjahr %	+ 0,7	- 24,6	- 0,5	+ 0,7	- 0,6
1996	136.244	1.359	13.909	2.762	1.040
Veränderung zum Vorjahr %	+ 0,9	+ 28,0	- 11,0	- 37,8	- 5,0
1997	137.677	1.592	14.134	2.477	1.039
Veränderung zum Vorjahr %	+ 1,1	+ 17,1	+ 1,5	- 10,3	- 0,2
1998	138.388	1.991	14.752	2.602	1.003
Veränderung zum Vorjahr %	+ 0,5	+ 25,1	+ 4,4	+5,0	3,4

Tabaksteuereinnahmen 1996 bis 1998 (netto)

	Zigaretten	Zigarren / Zigarillos	Feinschnitt	dar.: Feinschnitt- rollen	Pfeifen- tabak	Summe
1996						
Mio. DM	19.537	45	1.034	466	48	20.660
Anteil in %	94,5	0,2	5,0	2,3	0,2	100
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 1,0	+ 23,9	- 10,2	- 20,2	- 1,7	+ 0,4
1997						
in Mio. DM	20.021	55	1.001	408	48	21.125
Anteil in %	92,9	0,2	6,7	3,2	0,3	100
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 2,5	+ 21,9	- 3,2	- 12,3	+ 1,6	+ 2,3
1998						
Mio. DM	20.471	61	1.052	433	47	21.631
Anteil in %	92,8	0,3	4,8	2,0	0,2	100
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 2,3	+ 11,6	+ 5,1	+ 5,9	- 3,1	+ 2,4

Jahrbuch Sucht 2000, S. 29

Raucheranteil (%) nach Alter und Geschlecht / Mikrozensus BRD 1995

Alter	Männer	Frauen
15 – 19	22	14
20 – 24	42	31
25 – 29	46	35
30 – 34	48	37
35 – 39	48	35
40 – 44	43	31
45 – 49	40	27
50 – 54	34	20
55 – 59	30	14
60 – 64	26	11
65 – 69	23	10
70 – 74	18	7
75 +	14	4

Jahrbuch Sucht 2000, S. 36

Suchtpotentielle Arzneimittel

„Etwa 6 – 8% aller viel verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotential, das bei der Verordnung im Hinblick auf die Dauer, die Dosierung und die Indikation sorgfältig berücksichtigt werden sollte, aber viel zu häufig nicht berücksichtigt wird. Rund 1/3 dieser Mittel – so Schätzungen aus Untersuchungen des Verordnungsverhaltens niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – wird nicht wegen akut medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchtunterhaltung und zur Vermeidung von Entzugerscheinungen verordnet. Die betreffenden psychotropen Arzneimittel (also Mittel mit Wirkung auf die Psyche) wie z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbitursäure-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente oder auch Psychostimulantien, sind allesamt rezeptpflichtig. Patientinnen und Patienten können sie also nur über ein ärztlich ausgestelltes Rezept bekommen, allenfalls noch auf dem »Schwarzmarkt«, wo solche Mittel erfahrungsgemäß bis auf wenige Ausnahmen wie z.B. Rohypnol keine Bedeutung haben. Die Prävention gegen Missbrauch und Abhängigkeit wird also bereits auf der Verschreibungsebene vernachlässigt – möglicherweise auch, weil pharmakologische und pharmakodynamische Charakteristika der jeweiligen Arzneimittel nicht ausreichend berücksichtigt werden oder überhaupt nicht bekannt sind (Glaeske, 1991)“. (Jahrbuch Sucht 2000, S. 53 f. / weitere Informationen dort)

Arzneimittelgruppe	Packungsmenge 1998 (Veränderungen zum Vorjahr in %)	Apothekenumsatz in DM (geschätzt, Veränderungen gegenüber dem Vorjahr in %)
Benzodiazepine als Schlafmittel und Tranquilizer	41,9 Mio. Packungen (- 3 %)	550 Mio. DM (+ 3 %)
Mittel bei psychotischen Erkrankungen, vor allem Neuroleptika	12,9 Mio. Packungen (- 4 %)	740 Mio. DM (+ 12 %)
Mittel gegen Depressionen (Antidepressiva)	21,3 Mio. Packungen (+ 6 %)	1 Mrd. DM (+ 16 %)
Psychostimulantien (psychisch anregende Mittel)	817 Tsd. Packungen (- 5 %)	21 Mio. DM (+ 45 %)

Jahrbuch Sucht 2000, S. 60

Illegale Suchtmittel

„Die Rauschgiftsituation in der Bundesrepublik Deutschland stellte auch im Jahre 1998 aus polizeilicher Sicht ein ernst zu nehmendes Problem dar. In vielen Bereichen weisen die Statistiken Zuwachsraten aus, während rückläufige Zahlen nicht unbedingt Anzeichen für eine Entspannung darstellen, da die Statistik nur einen Teil des Hellfeldes wiedergibt. Nach wie vor dominieren Rauschgiftdelikte im Zusammenhang mit Cannabisprodukten die Gesamtstatistik. Die Versorgung des illegalen Marktes erfolgte auch 1998 überwiegend mit Betäubungsmitteln, die außerhalb von Europa hergestellt worden waren. Allerdings ist auch festzustellen, dass die Bedeutung in Europa und teilweise in Deutschland produzierter Rauschgifte (synthetische Betäubungsmittel, Marihuana, biogene Drogen wie z. B. psilocybinhaltige Pilze) zunimmt.“ (Jahrbuch Sucht 2000, S. 77 / weitere Informationen dort)

Rauschgiftdelikte in der Bundesrepublik Deutschland
Entwicklung 1991 – 1998

Jahr	Zahl
1991	117.046
1992	123.903
1993	122.240
1994	132.389
1995	156.477
1996	187.022
1997	205.099
1998	216.682

Erstauffällige Konsumenten harter Drogen
Entwicklung 1991 - 1998

Anm.: Unter „erstauffälligen Konsumenten“ versteht man „Personen, die im Berichtsjahr erstmals der Polizei oder dem Zoll in Verbindung mit dem Missbrauch harter Drogen bekannt wurden“.

Jahr	Zahl
1991	13.083
1992	14.346
1993	13.011
1994	14.512
1995	15.230
1996	17.197
1997	20.594
1998	20.943

Jahrbuch Sucht 2000, S. 85 f.

Rauschgifttote
Entwicklung 1991 – 1998

Jahr	Zahl
1991	2.125
1992	2.099
1993	1.738
1994	1.624
1995	1.565
1996	1.712
1997	1.501
1998	1.674

Glücksspiel

„ ... Die zunehmende Verbreitung von Glücksspielen ist mit Umsatzsteigerungen verbunden, der Trend ist ungebrochen. ... Die Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt (ohne Soziallotterien) beliefen sich in 1998 auf rd. 46,6 Mrd. DM, nach 43,7 Mrd. DM in 1997 (Tab. 1). Die Zuwachsrate liegt bei 6,6 % und damit fast drei- mal so hoch wie der Anstieg der Bruttoinlandsproduktes mit 2,3 %.“ (Jahrbuch Sucht 2000, S. 89 / weitere Informationen dort)

Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt (in Mio. DM)

Spielart	1996	1997	1998	Veränderung 97 zu 98
Spielbank:				
- Roulette, Glücksspielautomaten, Black Jack, Baccara	15.700	16.200	17.200	+ 6,2 %
Spielhalle, Gaststätte:				
- Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit	11.000	10.500	10.500	+/- 0 %
Deutscher Lotto- und Totoblock:				
- Zahlenlotto	8.305	8.300,8	9.510,3	+ 14,6 %
- Fußballtoto	309	291,1	283,1	- 2,7 %
- Rennquintett	3	2,7	3,1	+ 14,%
- Spiel 77	1.570	1.605,4	1.859,8	+ 15,8 %
- Super 6	960	1003,7	1.209,8	+ 20,5 %
Glücksspirale	351	389,3	427,5	+ 9,8 %
- Rubbellotterien	476	452,1	528,1	+ 16,8 %
- Bingo	----	9,0	55,4	+ 512,8 %
Gesamt	11.974	12.054,1	13.877,1	+ 15,1 %
Klassenlotterien:				
Nordwestdeutsche	903	926,4	1.091,2	+ 17,8 %
- Süddeutsche	1.647	1.933,5	1.784,2	- 7,7 %
Fernschlotterie:				
- ARD	129	114,0	132,2	+ 15,9 %
- ZDF	201	308,3	379,0	+ 22,9 %
Sparkasse, Bank:				
- PS-Sparen	566	581,5	597,9	+ 2,8 %
- Gewinnsparen	298	246,0	245,1	- 0,2 %
Pferderennen:				
- Galopper (Totalisator)	271	278,3	255,4	- 8,2 %
- Traber (Totalisator)	370	350,1	331,6	- 5,3 %
- Buchmacher	238	240,0	248,0	+ 3,3 %
Gesamtumsatz	43.297	43.741,3	46.641,7	+ 6,6 %

Für die Suchtvorbeugung bedeuten diese Informationen:

Das Phänomen Sucht und Suchtmittelabhängigkeit hat z. T. geradezu gigantische gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Ausmaße und katastrophale Auswirkungen, die von einer "narkotisierten" oder "Suchtgesellschaft" reden lassen. Es wird zugleich deutlich, dass es hierbei nicht um ein bestimmtes Suchtmittel oder um eine bestimmte Konsumverhaltensweise mehr geht, sondern um eine vielfältige Verflechtung einer ganzen "Sucht(mittel)branche". Auch wenn nicht jeder Konsum zur Sucht führt, bleiben doch die Gefährdungen grundsätzlich flächendeckend.

Suchtvorbeugung heißt damit zugleich, vor einem Problem zu stehen, das von nur wenigen, von einzelnen Gruppen oder von der Schule allein überhaupt nicht zu bewältigen ist. Daher muss Suchtvorbeugung in ein komplexes Netz unterschiedlicher Bemühungen um die Gefährdungsförderung aller Menschen eingebunden werden, und zwar entsprechend der vielfältigen wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Verflechtungen der Konsum-, Genuss-, Unterhaltungs- und Suchtmittelindustrie.

3. Kontroversen und Theorien zur Suchtproblematik

Häufig sind in die Kontroversen und Theorien zur Suchtproblematik bestimmte Wertungen, Einschätzung und Interessen eingeschlossen, die eine objektive und rationale Behandlung der anstehenden Lösungsnotwendigkeiten nicht immer erleichtern. *Sowohl persönliche Betroffenheit wie auch bestimmte Erfahrungen mit der Problematik verzerren oft das Bild der Wirklichkeit des Suchtelends und behindern Vorbeugungsaktionen ebenso wie langfristige gesellschaftliche Hilfsmaßnahmen gegen den Suchtkomplex.*

Die nachfolgende Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern versucht lediglich, die vielfältigen Erklärungsversuche und Deutungen von Sucht und Abhängigkeit unter bestimmten Gesichtspunkten zusammenzufassen. Die hohe affektive Besetzung dieser Thematik muss bei vielen - auch bei dieser Lektüre - fast zwangsläufig zu emotionalen Reaktionen führen. Wenn man aber bedenkt, dass der Staat, die Gesellschaft, jeder einzelne Bürger aus dem legalen Suchtmittelkonsum und damit auch aus dem Konsum und dem Genuss von Alkohol und Nikotin über Steuereinnahmen Nutzen zieht, dass aber auch aus dem Suchtelend und Siechtum von Alkoholikern und Nikotinabhängigen infolge der vielfältig erforderlichen medizinischen und therapeutischen Maßnahmen fiskalisch gesehen Nachteile erwachsen, wird die Betroffenheit aller erkennbar.

3.1 Einschätzungen und Wertungen des Sucht- und Drogenproblems

3.1.1 Das Alltagsverständnis der Sucht

Das allgemeine Verständnis von Sucht- und Drogenproblemen ist nicht einheitlich, eher diffus und stark bestimmt durch den eigenen Bezug zu Suchtmitteln. Der passionierte Weintrinker wird sich ebenso wenig als suchtgefährdet bezeichnen wie der Raucher, der die gesundheitliche Schädigung seiner Leidenschaft leugnet, und auch derjenige, der regelmäßig ein "Schlafmittelchen" einnimmt, um schlafen zu können, sieht sich selbst zunächst nicht unbedingt als gefährdet an.

Doch scheint sich allmählich mehr und mehr die Einsicht durchzusetzen, dass Suchtgefahren doch näher liegen als bisher allgemein angenommen. Anti-Raucher-Kampagnen, Suchtvorbeugung in den Schulen, ein gewachsenes Gesundheitsverständnis bieten mehr Einsicht und Bereitschaft, Suchtgefährdungen zur Kenntnis zu nehmen und zu vermeiden. Allerdings sind nach wie vor Suchtprobleme für die Allgemeinheit mehr an die Suchtstoffe gebunden, haben viele Menschen noch immer Schwierigkeiten, den Begriff Sucht auch auf schwere nicht stoffgebundene Abhängigkeiten anzuwenden.

Wer redet denn gern von Sucht,

- wenn das Fernsehen stundenlang läuft und wenn man selbst nicht mehr darauf verzichten kann,
- wenn ein fleißiger Manager auch in der Freizeit besessen weiterarbeitet,
- wenn ein Fußballfan ohne seinen Klub, ohne das Stadionerlebnis nicht mehr leben zu können glaubt,
- wenn ein Zwölfjähriger wie wild auf Computerspiele ist und alles für diese Beschäftigung einsetzt,

- wenn ein Motorradfahrer all sein Geld in seine Maschine steckt und sich im Geschwindigkeitsrausch verliert,
- wenn ein Erwachsener meint, er müsse ständig, gut und viel essen, ohne Rücksicht auf Gewicht und Gesundheit
- wenn ein ausgeprägt kostspieliges Modebewusstsein zum Kaufrausch führt..

Wer wäre nicht entrüstet, wenn er als fernseh-, arbeits-, fußball-, computer-, motorrad- oder fresssüchtig und damit als suchtkrank bezeichnet würde? Es scheint ja alles so normal zu sein, in der Konsumgesellschaft! Es hat den Eindruck, *als hänge die Antwort auf die Frage nach der alltäglichen Sucht stark von der Perspektive an, aus der man erlebt*. So wie viele Alkoholiker weit von sich weisen, dass sie süchtig seien, so reagieren die meisten empört, wenn zwanghaft ausgeübte Hobbies, und Leidenschaften als Süchte bezeichnet werden. Und andere, die scheinbar mehr Einsicht besitzen, bezeichnen Süchte eben als normal, weil gängig in der Konsumgesellschaft.

Das Alltagsverständnis von Sucht ist auch deshalb so diffus, weil es nicht immer leicht fällt, eindeutige Grenzen zwischen Leidenschaft und Sucht, zwischen Genuss und gefährlicher Abhängigkeit zu ziehen. Hinzu kommt noch die fragwürdige Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen, die die Suchtcharakteristik vorschnell in den illegalen Bereich abdrängt: süchtig ist nicht normal, illegal ist nicht normal, also ist illegal gleich süchtig. Und schließlich führt die mangelnde Kenntnis von Suchtmerkmalen für Unsicherheit. Vielen ist nicht bewusst, dass zwanghaftes Konsumverhalten bereits Sucht bedeutet und nicht immer nur an bestimmte Stoffe gebunden sein muss.

Insofern verschwimmt im Alltag die Eindeutigkeit des Suchtbegriffs bzw. Suchtmerkmale werden als solche nicht akzeptiert - aus Gründen der Unkenntnis, der Verdrängung, der Angst vor eigener Betroffenheit, der Anhänglichkeit an liebgewordene Gewohnheiten, der Abwehr der Selbstkritik sich und anderen gegenüber, der Bequemlichkeit und vielen anderen Gründen.

In der Sozialisation der Kinder und Jugendlichen herrscht zudem eine meist unbewusste Werte- und Prinzipienkonkurrenz, bedingt vor allem durch Inkonsequenz und schlechtes Vorbild vieler Erwachsener, seien es nun Eltern, Lehrer/innen, Vertreter der Wirtschaft, Werbefachleute, Politiker/innen u. a.:

1. Zum einen führt die Propagierung des hohen Wertes der *Vernunft zu einer rational beherrschten Wert- und Lebensordnung*, die Normen vorgibt, an die der vernunftbegabte Mensch sich zur Regulierung seiner Triebe und Bedürfnisse halten soll und nach denen jedes starke lust- und triebbetonte Verhalten, also auch der Wunsch nach starkem Genuss oder intensivem Rauscherlebnis, missbilligt, wenigstens aber stark reguliert werden muss - bis hin zu Forderung des Verzichts allzu frühen Genusses bestimmter Konsumgüter, verbunden mit Drohungen und Sanktionen. Diese Seite repräsentiert das öffentlich propagierte System einer Moral, wie sie in vielen Familien, in Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, von Sozial- und Gesundheitspolitikern u. a. gepredigt, gefordert und erzwungen wird, nämlich die Enthaltensamkeit, den vernünftigen Umgang mit Suchtmitteln, die Gesundheitsappelle, die Aufklärung und Vorbeugung gegen die unterschiedlichsten Gefahren genuss- und rauschorientierten Lebens.

2. Zum anderen ist aber *das weitverbreitete Konsumbedürfnis der Gesellschaft*, das zum großen Teil Grundlage einer so verstandenen Wirtschaft, des Profits und somit des Wohlstands ist, das Gegenteil des ersten Prinzips, ist ein Ausweis für *Regression auf elementare Bedürfnisse* des Genusses, der Wunschbefriedigung und der Lust. Das jedenfalls leben viele Erwachsene entgegen ihren eigenen Anweisungen an Kinder und Jugendliche vor, propagieren es in der Fernsehwerbung, verheißen dies als Basis einer gesunden Wirtschaftspolitik. Auf dieser Seite steht die Konsumgüterwerbung, die massive Manipulation der Menschen, die Ausbeutung über das primitive Habenwollen hin zur Konsumsucht und zum Konsumrausch, an dessen Ende für viele horrende Verschuldungen, Beeinträchtigung sozialer Beziehungen, gesundheitliche Belastungen, also insgesamt allgemein gesundheitliche Gefährdungen stehen.

Für die Suchtvorbeugung folgt daraus:

Diese widerstreitenden Wertorientierungen bedingen Wertverluste, die zum einen die Doppelbödigkeit der Verzicht- und Konsummoral entlarven, zum anderen aber jeden Jugendlichen, dem die Bemühungen gesundheitsfördernder Suchtprävention gelten, zu der Erkenntnis führen, dass die gepredigte Moral der Elternhäuser und Schulen sich in einer regressiv gestimmten Konsum- und Genusswelt auflöst. Diese Wertunsicherheit bzw. Widersprüchlichkeit kann die Lebenshaltung Jugendlicher zuspitzen entweder auf die Praxis der Doppelmoral einer betäubten Gesellschaft oder auf weltabgeschiedene alternative Kulturnischen.

So sehr auch von verantwortlicher politischer Seite eine sinnvolle und konsequente Suchtvorbeugung vorangetrieben wird, so besteht doch andererseits noch immer großes Unverständnis gegenüber diesen Widersprüchlichkeiten. Daher nimmt es nicht Wunder, wenn Kritiker von der *"programmierten Sucht"* bei gleichzeitiger Blindheit gegenüber den individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Konsequenzen der Sucht sprechen. *Neben der menschlichen Katastrophe der Sucht, der man u. a. mit der Gesundheitsförderung beizukommen versucht, liegt das geschäftliche und fiskalische Interesse an der Sucht bzw. ihren Vorformen regressiven und unvernünftigen Verhaltens:* Dieselbe Gesellschaft, die Kinder und Jugendliche gesund erziehen möchte, manipuliert sie auf Konsum und Genussgewohnheiten hin und kalkuliert die Sucht als einen möglichen menschlichen Verlust mit ein.

Aus wirtschaftlicher Sicht bedeutete beispielsweise eine Abstinenz von Alkohol, Nikotin und suchtpotentiellen Medikamenten ein wirtschaftliches Desaster. Desgleichen wäre ein entscheidender Rückgang des Verzehrs von alkoholischen Getränken und Tabakwaren aus fiskalischer Sicht fatal: Verluste von Tabak- und Branntweinsteuer in Milliardenhöhe (siehe unter 2. 4), ganz abgesehen von Einnahmen aus Umsatz-, Lohn- und Einkommensteuer sowie sonstigen Gebühren aus dem Geschäft mit Alkohol und Nikotin. Mindestens eine Steuererhöhung auf anderen Sektoren wäre erforderlich, um die Verluste aus der Suchtmittelabstinenz auszugleichen, wie sie doch so oft propagiert wird.

Häufig wird gegen diese Vorwürfe, der Staat finanziere seinen Etat auch aus der Genussmittelabhängigkeit und dem Suchtelend seiner Bürger, eingewandt, mit diesen Steuern verteuerten sich gesundheitsschädigende Wirkstoffe und würden den Konsum bremsen, ja die Steuern seien in gewisser Weise auch ein Beitrag zur Suchtprävention. Dem stehen allerdings Erfahrungen entgegen, dass Süchtige eher auf andere Ausgaben verzichten als auf ihre Suchtstoffe. Problematisch wirkt zudem das Argument, der Staat benötige diese Steuern aus Alkohol und Nikotin, um seinen vielfältigen Verpflichtungen im Gesundheitswesen, auch in der Suchtprävention, nachzukommen, wenn man dabei an die jährlichen Alkohol- und Nikotintoten in Deutschland denkt. Es ist dagegen viel sinnvoller, vor allem aber humaner, aber auch finanziell günstiger, mit angemessenem Kostenaufwand Gesundheitsschädigungen vorzubeugen als die Folgen der Sucht zu heilen und zu reparieren, und das auch noch mit Mitteln, die aus dem Geschäft mit der Sucht selbst bezogen sind.

Gegen den umfangreichen Markt der Suchtmitteln wirken die Zahlen aus dem Beratungs- und Therapiebereich dagegen vergleichsweise bescheiden. Das Vorherrschen juristischer und polizeilicher Denkkategorien im Maßnahmenkatalog staatlicher Instanzen zeugt zudem von einem einseitigen, an ordnungspolitischen und ökonomischen Kriterien orientierten Bild von Gefährdungsvermeidung. Die immer noch spürbare Dominanz rechtspolitischer vor sozialpolitischer Sichtweise in Deutschland hat dazu geführt, dass nach wie vor *psychosoziale Aspekte der Problematik und damit die menschliche Seite des gesamten Suchtkomplexes unterbewertet* sind.

Die Einschätzung, dass mit herkömmlichen Sanktionen dem Sucht- und Drogenproblem dennoch kaum wirkungsvoll begegnet werden kann, hat zu Überlegungen geführt, die sowohl auf die straffreie Freigabe aller Suchtmittel, also auch der bisher illegalen Stoffe wie Heroin, wie auch auf die gesellschaftliche Integration aller Suchtmittel in sozial akzeptable Verhaltensweisen abzielt. Der Glaube, die Freigabe auch der illegalen Suchtmittel löse die damit verbundenen vielfältigen Suchtprobleme, wie sie häufig in Verbindung mit der Diskussion um die Cannabislegalisierung, Heroinfreigabe und die flächendeckende Einrichtung von Fixerräumen (fälschlicherweise oft "Gesundheitsräume" genannt) geäußert wird, führt nicht weiter als bis zu den bekannten Problemen des legalen Suchtmittelmarktes (siehe 2. 4 unter "Cannabis" und Argumente zur Heroinfreigabe).

Dennoch schwebt den Befürwortern der Cannabis-Entkriminalisierung oder der Substitutionsprogramme ein wichtiger Gedanke vor: Sie verfolgen eher einen menschlichen Zweck als es staatliche Sanktionen ohne psychosoziale Begleitmaßnahmen tun: Die Einschätzung der Problematik und die Wertung der Suchtgefährdung darf nicht bei der Diskussion der Legalität oder Illegalität der Suchtmittel stehen bleiben, sondern muss vorrangig die Suchtkrankenhilfe, die Gefährdetenprävention und die Gesundheitsförderung in den Blick nehmen. Diese Gesellschaft muss sich vorrangig zu *einer Wertung der Suchtgefahren und -probleme, die helfend und beratend den Menschen im Vordergrund sieht*, durchringen.

Für die Suchtvorbeugung heißt die kritische Folgerung:

Die intensive Einbindung des Menschen in suchtpotentielle Konsum- und Genussstrukturen, die Forderung des immer Mehr und immer Häufiger, d. h. die Fortsetzung des Wachstumsdenkens auch in diesen Wirtschaftssektor hinein stellen eine Gefährdung und reale Gefahr dar, deren Folgen für den einzelnen nicht nur Abhängigkeit, sondern auch Gesundheitsgefährdung und in Extremfällen wirkliche Lebensgefahr bedeuten.

Folglich muss Suchtprävention auf alle Gefährdungsbereiche ausgedehnt werden, weil Vorbeugung immer auch die Sicherung des Wohlergehens und der Gesundheit bedeutet, von der grundsätzlich kein Lebensbereich ausgenommen werden darf, auch wenn dies unpopuläre Entscheidungen erfordert.

Der sozial- und gesellschaftskritische Aspekt der Prävention wendet sich damit zugleich auch gegen alle Tabus, die aus unterschiedlichen Gründen bestimmte Lebensbereiche aus der Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung ausnehmen.

Im Sinne einer humanen Suchtkrankenhilfe und Suchtvorbeugung wären also erforderlich:

- *medizinische und soziale Betreuung der Suchtkranken,*
- *Kontrolle und Überwachung des Suchtmittelkonsums,*
- *Sicherung bzw. Herstellung von Kontakten außerhalb des Suchtmilieus,*
- *Vermeidung von Kriminalisierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung,*
- *deutliches Aufzeigen der Konsequenzen der Sucht, ohne Übertreibungen und ohne Droh- und Abschreckungsszenarien,*
- *Einsatz für einen gesellschaftlich akzeptablen maßvollen Genussmittelumgang,*
- *Durchsetzung des Primats der Prävention gegenüber teureren und belastenderen Maßnahmen des Entzugs, der Therapie und der Rehabilitation.*

3.1.2 Rausch und Sucht als Grundelemente menschlichen Lebens

Die Kenntnis und der Gebrauch von Rauschdrogen kann in der menschlichen Kulturgeschichte zurückverfolgt werden bis zur Entwicklungsstufe der Jäger und Sammler, in der die Menschen als Nomaden lebten und auf Nahrungsmittel angewiesen waren, die sich im Augenblick anboten. In diese Zeit könnten auch die ersten Erfahrungen mit Pflanzen fallen, deren Verzehr Rauschzustände auslöste, so dass sich der Erfahrungszusammenhang von pflanzlichen Wirkstoffen und Rauschwirkungen allmählich entwickelte.

Rauschzustände werden aber nicht nur durch zugeführte Wirkstoffe ausgelöst. Es wäre vorschnell, den Rausch allein mit Drogen in Verbindung zu bringen und gleichzusetzen mit der Vergiftung des menschlichen Organismus durch einen entsprechenden Rauschstoff. Die Erfahrung zeigt vielmehr, dass Rauschzustände nur bedingt mit Drogenkonsum zusammenhängen. Daher muss grundsätzlicher definiert werden, dass Rausch ein besonderer *Zustand zentralnervöser Erregung* ist, der vom Normalpegel sensorischer Reize abweicht und eine Bewusstseinsänderung darstellt.

Rauschzustände können durch unterschiedliche Bedingungsursachen hervorgerufen werden:

- ## auf *natürliche* Weise, z. B. durch Zufuhr von Sauerstoff und einen daraus resultierenden erhöhten Sauerstoffgehalt im Blut
- ## durch *bewusste Beeinflussung*, z. B. durch Einnahme bestimmter Wirksubstanzen (Psychopharmaka, Drogen wie Alkohol oder Haschisch usw.) in den Stoffwechsel,
- ## durch bestimmte *psychologische Verfahren*, die *bewusstseinsverändernd* wirken, z. B. durch Reizreduktion bzw. Reizentzug u. a. durch weitgehende Ausschaltung von Außeneinflüssen, durch hypnotische Techniken, oder durch Reizüberflutung wie beispielsweise durch rhythmische Stimulation bei Tanz und Musik.

Rauschzustände und andere Formen der Bewusstseinsveränderung wie z. B. Trance oder Meditation sind seit Jahrtausende Bestandteile *menschlicher Existenz*. In allen Kulturen ist mit dem menschlichen Bewusstsein "experimentiert" worden, ist das Bewusstsein, auch und gerade *in der Religion*, in die Veränderungen der Ekstase, der Entrückung, der transzendentalen Anschauung geführt worden, die rituell-sozial integriert und durch bestimmte Heilslehren überhöht worden sind. Andererseits haben politische, religiöse und militärische Führer vor allem junge Menschen durch den *Missbrauch unterschiedlicher Psychotechniken der Bewusstseinsmanipulationen* in rauschhafte Zustände geführt, zur Massenhysterie oder zum kollektiven Vernichtungswahn getrieben.

Rauschzustände werden meistens oder zunächst von vielen Menschen als negativ abgelehnt, gleichsam in Anpassung an eine öffentliche Ideologie, dass alles, was nicht "vernünftig" ist, dem Menschen nicht bekommt. Erst bei weiterem Nachfassen erscheint das Bild und Verständnis vom Rausch differenzierter: Man findet geradezu schizophrene Zustände vor, wenn einerseits - beispielsweise in der Erziehung gegenüber Kindern und Jugendlichen, aber auch im Umgang mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken - der Rausch verteufelt wird, andererseits aber bei den scheinbar so vernünftigen Menschen in privaten Bereichen rauschhafte Lebensweisen - beispielsweise in der Freizeitwelt - zum guten Ton gehören (siehe 3. 1. 1).

Rauscherlebnisse haben ihre *negativen wie positiven Seiten* - ähnlich wie Drogen helfende und heilende, aber auch schädigende Wirkungen ausüben können. Rausch wirkt nicht nur gesundheitsschädigend, sondern kann *auch Entspannung und Lustempfinden* bedeuten: Er verfügt auch über eine Befreiungsfunktion als Alternative zu den Belastungen der Alltagswirklichkeit. Man kann folglich den Rausch nicht nur für sich isoliert von psychosozialen und gesellschaftlichen Lebensbedingungen betrachten, sondern muss die volle Lebenswirklichkeit in die Betrachtung einbeziehen.

Aus dem Kulturvergleich zur Frage der Verwendung und der sinnvollen, d. h. nicht schädlichen, sondern auch beglückenden Nutzung von Drogen, z. B. auch im Rahmen religiöser und festlicher Kultformen, ist Rausch auch immer wieder als eine *Bereicherung* des Menschen, als Transzendenzenerfahrung und Zugangshilfe zum Göttlichen verstanden worden. Damit stellen kulturell eingebundene und kontrollierte Drogenkonsumformen und Rauschzustände neben ihrer entlastenden Funktion auch ausgesprochen *positive Erlebnisse* dar.

In manchen Religionen wird der Ritus zur Erlangung einer neuen Bewusstseinsstufe des Gläubigen mit der Einnahme von bewusstseinsverändernden, halluzinogenen Drogen gestützt. Das bedeutet keinesfalls die Gleichsetzung von Drogenrausch mit religiösem Bewusstsein, macht aber klar, dass Drogen auch in der Religion eine unterstützen-

de Funktion besitzen, die nicht das zentrale Anliegen selbst darstellt, aber zum zentralen Wunsch der Begegnung des Menschen mit dem Heiligen beiträgt. Dies wird besonders dann deutlich, wenn Rauschriten, die in einer religiösen Kultur fest eingebunden und kontrolliert ablaufen, aus ihrem soziokulturellen Kontext gerissen und damit automatisch exzessiv missbraucht werden, weil sie ihren ursprünglichen Sinn und ihre religiös-soziale Kontrolle verloren haben.

Andererseits verbietet sich eine Idealisierung des Drogenrauschs bei Naturvölkern und in den Religionen, in denen der Rausch, die Trance oder Ekstase durchaus zu seelischen, körperlichen und sozialen Schädigungen führen konnten, wie in den sog. Besessenheits- und Tanzepidemien afrikanischer Kulturen oder im exzessiven Gebrauch halluzinogener Drogen in afro-lateinamerikanischen oder asiatischen schamanistischen Kulturen. Hier sind noch zahlreiche Fragen der Erforschung des Drogenrauschs und seiner anthropologischen Funktion offen.

Für die Frage nach dem Zusammenhang von Religionskultur, Drogen und Rauscherlebnis spielen zwei grundlegende Theorien der Anthropologie eine besondere Rolle:

1. Die Erfahrung mit bewusstseinsweiternden Rauschdrogen aus der menschlichen Entwicklungsstufe der nomadisierenden Jäger und Sammler wird als Ausgang der Religion verstanden. Jedem Menschen, nicht nur den besonders visionär oder spirituell veranlagten, wird mit dem Drogenrausch der Zugang in eine andere Vorstellungswelt ermöglicht. Zugleich wird aber dieser Rausch kultiviert, d. h. auch reguliert und damit in einen bestimmten Ritus, der von besonders Kundigen wie Schamanen, Medizinmännern oder Priestern vorgeschrieben wird, eingegossen.
2. Mit der Praxis des Drogenrauschs beginnt der Verfall der frühhistorischen Religionen. Die Vertreter dieser Theorie weisen vor allem darauf hin, dass die echte Vision und spirituelle Erfahrung in der Religion aus dem Menschen und seiner Ergriffenheit durch das Heilige selbst entsteht, während die Ekstase, Trance oder Vision aus der Rauschdroge lediglich ein biochemisches Ereignis darstellt, das von außen ausgelöst wird.

Rauschzustände sollen und dürfen folglich keinesfalls einseitig idealisiert oder kultursoziologisch neutralisiert werden (siehe unter 3. 3. 1). Denn sie bedeuten auch oft eine Störung bestimmter Ordnungen, wenn das Rauschbedürfnis ein bestimmtes akzeptiertes Normmaß überschreitet bzw. wenn beispielsweise der Rauschzustand seines religiös-sozial funktionalen Sinns beraubt wird und isoliert als Selbstzweck missbraucht wird (s. o.). Das größte Risiko besteht jedoch darin, sich im Rausch zu verlieren, im Misslingen der Rückkehr in die gewohnte Ordnung des alltäglichen Lebens mit seinen Begrenzungen und Anforderungen sowie mit seinen vielfältigen sozialen Beziehungen. Das Risiko des Rauschs besteht weniger in seinem bloßen Vorhandensein, sondern im Verlust des erträglichen Maßes. Das Gelingen bzw. Misslingen dieser Rückkehr ist im wesentlichen durch drei Aspekte bestimmt - und zwar

1. durch das Wesen des Rausches selbst:
Handelt es sich um eine Flucht aus der Wirklichkeit, um eine bewusst gesuchte Alternative zum Alltag, um ein kultisch-rituelles Verfahren, um ein beglückendes Erfahrungsdetail in einer sinngebenden Religion oder Weltanschauung, um eine Nebenwirkung eines Medikaments, um eine Nebenwirkung einer körperlichen Anstrengung?

2. durch seine jeweilige Intensität:
Wie tief ist das Rauscherlebnis, wie beherrschend, zwingt es zur Wiederholung, wird es eher als beiläufig, als angenehm oder unangenehm erfahren?
3. durch die Fähigkeit des Berauschten zu Selbstbeherrschung, Selbstdisziplin und Selbstbestimmung:
Ist der Rausch ein nicht schädigendes Lebensdetail oder nimmt er einen beherrschenden Platz im Leben ein? Ist der Rausch beherrschbar? Kann auf ihn verzichtet werden? Dient der Rausch der Lebensqualität oder schädigt er andere Menschen?

***Aus der Reflexion der Rauschproblematik
ergibt sich für die Suchtvorbeugung:***

Nicht der Rausch allein, sondern dessen soziokultureller Kontext muss bei der Reflexion der Rauschproblematik mit einbezogen werden. Das bedeutet unter anderem auch, die für viele Menschen belastende Alltagswirklichkeit zu sehen, der viele Menschen nicht oder kaum gewachsen sind. Gerade unzumutbare und entfremdende Lebenswelten sind es oft, die die Menschen in ein mitunter extremes Rauschbedürfnis treiben. Hinzu kommt eine stark hedonistische Neigung zahlreicher Menschen, die Freizeitwelt, den privaten Lebensbereich lustbetont abzukoppeln von der Arbeits- und Berufswelt. Rausch ist also zum einen eine Flucht, zum anderen aber Zentrum einer eigenen privaten Subkultur.

An dieser Stelle muss gefragt werden, warum denn so viele Jugendliche an Wochenenden beispielsweise in Diskotheken bei Musik, Tanz und Drogen die Alternative zum (Schul-)Alltag suchen.

3.2. Theorien zur Sucht

Erklärungsmodelle und Theorien zur Suchtproblematik können kein eindeutiges Bild über die genauen Ursachen und Bedingungen der Sucht in allen Einzelheiten bieten (siehe auch 2. 4). Allerdings bieten sie aus dem Erfahrungs- und Forschungsfundus eine Vielzahl hilfreicher Hypothesen und Deutungsansätze, die der Suchtprävention wertvolle Denkanstöße und Einzelhinweise liefern können. Alle Theorien und Modelle besitzen für sich gewisse Plausibilitäten. Sie weisen zudem zueinander zahlreiche Querverbindungen auf. Daraus folgt, dass keine der bekannten Suchttheorien, die hier nur kurz skizziert werden können, für sich isoliert betrachtet oder gar als das Erklärungsmuster für die Suchtproblematik schlechthin überbewertet werden darf.

3.2.1 Psychologische Erklärungsmodelle

Die psychoanalytische Suchttheorie

geht davon aus, dass die Persönlichkeit des Menschen für Suchterkrankungen besonders anfällig sein kann ("Prämorbidität"). Dieser Anfälligkeit liegt *eine Störung der individuellen Entwicklung* zugrunde. Eine besondere Bedeutung besitzt dabei das Problem des Individuums, lustbetonte Triebe an die Anforderungen der Außenwelt anzupassen. Dabei richtet sich der Blick in erster Linie auf das Mutter-Kind-Verhältnis. Denn wenn das Kind in seinem Bedürfnis nach lustvollem und befriedigendem Liebes- und Ver-

trauensempfindungen gegenüber der Mutter nachhaltig verunsichert ist, kann sich aus dieser Störung für die weitere Persönlichkeitsentwicklung *ein übersteigertes Befriedigungsverlangen und Sicherheitsbedürfnis* ergeben. Denn das Kind bzw. der spätere Erwachsene leben unter dem Druck der Angst gegenüber neuen Enttäuschungen, so dass eine Ausgeglichenheit der Persönlichkeitsentwicklung und die Befähigung zur Belastbarkeit zumindest erschwert werden. Mögliche Folgen sind Schwierigkeiten, Spannungen und Frustrationen zu ertragen, und Neigungen, bei Belastungen *auf frühkindliche Erfahrungen zurückzugreifen* ("Regression") und sich schnelle Befriedigung ggf. auch durch lustvolle Rauscherlebnisse zu schaffen.

Neben dieser Betonung der Regression weist die psychoanalytische Suchttheorie auf mögliche Gefährdungen durch *narzisstische Störung* hin. Auch hier spielt das Mutter-Kind-Verhältnis eine tragende Rolle. Denn narzisstische Störungen liegen in der misslungenen Ablösung des Individuums von seiner Mutter bzw. engsten Beziehungsperson in der frühen Kindheit begründet. Diese Menschen neigen dazu, sich an diejenigen zu binden, die sie bestätigen, bzw. sie versuchen andere fest an sich zu binden und weisen in ihrem Verhalten zwanghafte Züge auf. Das bedeutet, dass der narzisstisch Gestörte über *ein geringes Selbstwertgefühl und eine schwache Selbstkompetenz* verfügt. Unsicherheiten, starke Stimmungsschwankungen und zwanghaftes Verhalten wirken suchtfördernd: Fehlendes Selbstwertgefühl wird durch Suchtmittel "therapiert", um Minderwertigkeitsgefühle zu überspielen, um Sinnlosigkeit zu betäuben und das Verlangen nach dem erwünschten befriedigenden und erfüllenden Gefühl der Zuwendung schnell abzusättigen bzw. es auf andere Weise ersatzhalber zu befriedigen. .

Aus psychoanalytischer Sicht ist daher vor allem zu fragen:

- ⚡ Welche psychodynamische Funktion hat die Wirkung des Suchtmittel bzw. des meist rauschhaften Erlebnisses?
- ⚡ Auf welche Stufe bzw. Phase der Entwicklung regrediert die süchtige Person?
- ⚡ Wie ist der Verlauf der Regression?
- ⚡ Welchen Verlauf hat die aggressive, welchen die narzisstische Entwicklung genommen?
- ⚡ Welche psychische Struktur zeigt die suchtkranke Person, unter anderem bezüglich Ich-Organisation, Ich-Identität, sozialer Identität, Abwehr psychosozialer Gefährdungen, Entwicklung der eigenen Frustrationstoleranz?
- ⚡ Aus welchen frühkindlichen Erfahrungen und sozialen (familiären) Konstellationen ergeben sich Hinweise auf die Suchtentwicklung?
- ⚡ Wie ist das Über-Ich im Zusammenhang kausaler Prämorbidität beschaffen?
- ⚡ Welche unbewussten Wünsche und Phantasien werden wirksam?

Die lernpsychologische Suchttheorie

Im Gegensatz zur psychoanalytischen liegt der Schwerpunkt der lernpsychologischen Suchttheorie auf der Annahme, dass *Abhängigkeit und Sucht durch Lernen* (klassisches, instrumentelles und operantes Konditionieren und Imitationslernen) entwickelt werden, doch wird der Faktor frühkindlicher Prägung nicht ausgeschlossen bzw. wird in den Faktorenkomplex dieses Theorieansatzes mit aufgenommen. Beim Lernprozess der Sucht lassen sich meistens folgende Schritte feststellen:

- ## Einstieg in den Suchtmittelkonsum oder in das Suchtmilieu durch Konsumimitation bei zunächst nicht vorhandenem oder sehr geringem eigenen Konsumverlangen,
- ## Konsumwiederholung und -verstärkung durch Erzeugung angenehmer Stimmungen, angenehmes Rauscherlebnis und/oder Überdeckung bzw. Verdrängung von unangenehmen Gefühlen und Leidensdruck,
- ## zunehmende Sinnerfüllung des Lebens durch Konsumerlebnis und -milieu.

Die Abfolge der Schritte, die Geschwindigkeit und Intensität der Suchtentwicklung hängen dabei nicht allein vom Wirkstoff oder dem Erlebnis ab, sondern auch von persönlichkeitsbedingten Lernverhaltensweisen bzw. Anfälligkeiten des Konsumenten (siehe psychoanalytische Suchtheorie).

Im Rahmen lernpsychologischer Überlegungen und Forschungen gewinnt das sog. *Modell-Lernen* an Bedeutung für die Erklärung der Suchtentstehung und -entwicklung. In dieser Theorie kombinieren sich behavioristische Ansätze des assoziativen (Reiz-Reaktions-Schema) und des instrumentellen (Verstärkungs-) Lernens mit interaktionistischen Ansätzen. Daraus folgt die Annahme, dass das *menschliche Verhalten weitgehend durch soziale Modelle gesteuert* wird, und zwar

1. über die Beobachtung,
2. die Nachahmung eines bestimmten vorgeführten, eben modellhaften Verhaltens und
3. über die Identifikation mit diesem Verhalten.

Beim Modell-Lernen laufen im wesentlichen vier Prozessphasen nacheinander ab:

* *der Beobachtungsprozess:*

Kinder beobachten beispielsweise bestimmte Konsumgewohnheiten ihrer Eltern, ihrer Erzieher und Lehrer und anderer Erwachsener, deren Verhalten möglicherweise als Vorbild eine Art Modellfunktion für das spätere Verhalten der Kinder gewinnen kann, aber nicht gewinnen muss. Wichtig ist aber: Ein vorgeführtes Verhalten wird von einer Person, hier bestimmte Konsumverhaltensweisen der Erwachsenen von Kindern, zunächst nur beobachtet.

* *der Gedächtnisprozess:*

Die Kinder merken sich nun in einem nächsten Schritt das, was die Erwachsenen tun, also zum Beispiel was und wie ihre Eltern konsumieren, d. h. die Kinder speichern das Modellverhalten der Erwachsenen. Das vorgeführte Verhalten wird im Gedächtnis und gleichsam für die spätere Umsetzung in die Praxis bereit gehalten. Dabei spielt eine Rolle, wie wichtig für bestimmte Prozesse und Ergebnisse im Individuations- und Sozialisationsprozess der Kinder die von den Erwachsenen vorgelebten Verhaltensweisen werden und bleiben.

* *motorische Reproduktionsprozesse:*

Die Kinder benutzen besonders ausgeprägte oder typische Verhaltensmerkmale ihrer Vorbilder als ausdrucksstarke Symbole und reproduzieren sie als ihre eigenen, weil sie ihnen aus bestimmten Gründen für die eigene Persönlichkeit und im Verhalten gegenüber anderen wichtig sind. Das vorgeführte Verhalten wird durch bestimmte Haltungen, Mimik und Gestik, die reproduzierbar sind, symbolisch begleitet.

* *Motivationsprozesse:*

Schließlich wirken unterschiedliche Motivationen in Richtung auf ein bestimmtes Verhalten. Diese Motivationen kommen entweder von außen oder wirken aus der Person des einzelnen. Das Kind wird beispielsweise von anderen ermutigt, so zu konsumieren wie die Eltern, oder es hat erfahren, dass das Verhalten der Eltern für diese und für es selbst vorteilhaft ist. Die Motivation wirkt hier von außen (extrinsisch). Bei der anderen Variante der Motivation spürt das Kind ohne wesentlichen Einfluss von außen, dass das Verhalten der Eltern für es selbst angenehme Wirkungen zeigt. Hier wirkt die Motivation intrinsisch, d. h. die lernende Person erkennt für sich selbst die positive Wirkung und Bedeutung des vorgeführten Verhaltens (siehe unten auch motivationspsychologische Suchttheorie).

Motivationspsychologische Theorieansätze

Motivationspsychologische Überlegungen überschneiden sich mit Modell-Lerntheorien. Die Schwierigkeit in der Theoriefindung besteht hier allerdings in der Problematik, dass Konsumenten und Suchtkranke sich selbst nicht immer über ihr eigenes Verhalten und dessen Ursachen im Klaren sind bzw. oft nur ungenaue Angaben machen. Motivationspsychologische Untersuchungen greifen zudem Elemente persönlichkeitspsychologischer (s. u.) und psychoanalytischer (s. o.) Forschungen und Theoriebildungen auf:

- *Abundanz- oder hedonistische Motivation:* Suche nach Intensivierung aktiven Erlebens und Steigerung des passiven Lustgewinns,
- *Defizienzmotivation:* Bemühen um Erleichterung oder Vermeidung von unangenehmen Zuständen,
- *ideologische oder quasireligiöse Motivation:* Bemühen um den Aufbau einer eigenen Welt und Weltanschauung aus Suchtmittelkonsum und süchtigem Verhalten bzw. Rechtfertigung abhängigen und süchtigen Verhaltens,
- *gesellschaftskritische Motivation:* Rechtfertigung der Suchtszene als einer anderen Form akzeptierter Wirklichkeit gegen die inakzeptable Wirklichkeit der übrigen Gesellschaft,
- *selbstanalytische Motivation:* Suchen und Streben nach Selbsterfahrung, nach Gewinn höherer Einsichten und Erkenntnisse mit Hilfe von Suchtmitteln zum angeblichen Nutzen der eigenen Persönlichkeitsentwicklung.

Diese Bündelungen der verschiedenen Motivationskomplexe ist allerdings insofern problematisch, als sie eher die Sichtweise des Beobachters, weniger originär aber die wirkliche, in der Regel gemischte Motivationslage des Gefährdeten oder Suchtkranken wiedergibt.

In der Praxis werden Motivationen leichter durch *Einzel motive* aufzuschlüsseln sein, die sich unterschiedlich häufig und intensiv, je nach Situationen und eigenen Stimmungen, teilweise sehr variabel zeigen können - wie zum Beispiel: Neugier, Langeweile, Überdruß, Verlangen nach besserer Stimmung, Verschönerung des Lebens, Ausschaltung von unangenehmen Zuständen, Steigerung des Genusserlebens, Anpassung an das Verhalten von Freunden, Erwachsenen oder anderen Vorbildern, Anpassung an einen Trend, Wunsch nach gesteigerter Selbsterfahrung, Zunahme an Prestige oder Protest gegen bestehende Verhältnisse sowie Aussteiger- und Fluchtmentalität.

Persönlichkeitspsychologische Suchttheorie

Persönlichkeitspsychologische Faktoren des Suchtmittelkonsums und der Sucht lassen sich nur schwer eindeutig ermitteln, da sie lange Untersuchungszeiträume beanspruchen, zumal sie tiefenpsychologische Zusammenhänge berühren, die empirisch kaum erfassbar sind. Persönlichkeits-psychologische Theorieaspekte berühren psychoanalytische, lern- und motivationspsychologische Überlegungen und sind als eigene Theorie nicht unumstritten, weil ihre Elemente in den anderen psychologischen Erklärungen wieder erscheinen.

Hedonistische Suchttheorie

Eine spezielle Variante motivationspsychologischer Überlegungen zielt ab auf glück-, lust-, erfolgs- und bestätigungsbetonte Zielrichtungen menschlichen Suchtverhaltens. Dabei werden Aktions- und Reaktionsmuster des Menschen gegliedert nach Kategorien von Erfolg und Misserfolg, Lob und Tadel, Freude und Leid, Glück und Unglück u. a.

Vertreter dieser Erklärungsversuche sehen sich durch Erfahrungen bestätigt, dass viele, wenn nicht alle Abhängige und Süchtige

- sich angesichts der angenehmen Rauschgefühle nicht als beratungs- oder therapiebedürftig ansehen, sondern sich wenigstens in den Anfangsstadien der Sucht sogar als Lebenskünstler oder als die besseren Menschen empfinden,
- folglich gegenüber Beratung und Therapieversuchen zunächst resistent sind,
- auf der Flucht vor einer belastenden Lebenswirklichkeit ihr Glück im Rausch suchen
- und deshalb so häufig rückfällig werden, weil der Rausch ihnen ein schnelles und scheinbar müheloses Glückserlebnis bietet.

Ein weiteres wesentliches Argument der Befürworter der hedonistischen Suchttheorie liegt in der Ansicht, dass das ganze *Konsum- und Genussystem unserer Gesellschaft auf primär hedonistischen Motiven* aufbaut bzw. Menschen über hedonistische Motive systematisch in wirtschaftlich und sozial erwünschte Abhängigkeiten bis hin zum Ruin und Elend treibt. Diese Theoretiker betonen zugleich, dass die Wirksamkeit eines hedonistischen Lebensmodells nur deshalb funktioniert, weil der Mensch offensichtlich auf dieses Erlebnisbedürfnis hin disponiert und folglich auch leicht manipulierbar ist (siehe genetische Suchttheorie). Demnach wäre die Sucht nichts anderes als eine Übersteigerung hedonistischer Konsum- bzw. generell hedonistischer Lebensbedürfnisse.

Die Bedeutung der psychologischen Erklärungsmodelle für die Suchtvorbeugung

Die Bedeutung der psychoanalytischen Suchttheorie liegt vor allem in der Erkenntnis, dass Suchtverhaltensweisen und Abhängigkeitsstrukturen in der Persönlichkeit und in frühesten Sozialisationserfahrungen des Individuums begründet liegen und allein mit erzieherischen Regulierungen beispielsweise der Schule nicht zu bewältigen sind, sondern nur durch tiefergreifende therapeutische Maßnahmen überwunden werden können. Das bedeutet aber nicht, beispielsweise unter Hinweis auf eine Prämorbidität auf pädagogisches Handeln verzichten zu können.

Für die Suchtvorbeugung hat die Modell-Lerntheorie insofern besondere Bedeutung, weil sie an den frühen Lern- und Prägungsprozessen in der Kind-Eltern-Interaktion ansetzt, die Vorbildfunktion von Eltern und anderen Erwachsenen sowie die Manipulierbarkeit des Menschen durch Werbung und Verlockung zu Konsum- und Genussmitteln besonders plausibel erscheinen lässt. Daraus folgt, dass gute Vorbilder das entscheidende Instrument gegen Suchtgefährdung darstellen.

Die motivationspsychologischen Überlegungen lenken das Augenmerk auf die persönlichen, auch situations- und mitweltbedingten, oft auch zufälligen Beweggründe der gefährdeten und suchtkranken Person: Suchtvorbeugung gelingt am ehesten dann, wenn man die Motivationslage des Betroffenen auf Suchtabwehr umkehrt.

Persönlichkeitspsychologische Überlegungen sehen ein Zusammenspiel zwischen Suchtgefährdung junger Menschen und entwicklungsbedingt normaler Labilität mit den Kontakten zum Suchtmilieu, was zu einem anderen Zeitpunkt der Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen gar nicht zur Gefährdung bzw. zum Suchtproblem geführt hätte. Für die Prävention gilt es also, Koinzidentien in Persönlichkeitsentwicklungsstadium, Milieu- und spezifischen Suchtstoffwirkungen durch unterschiedliche permanente Erziehungsmaßnahmen zu verhindern.

Aus der hedonistischen Suchttheorie lässt sich ableiten, dass dem Kind und Jugendlichen Lust, Glück, Erfolg und Bestätigung zum einen ganz grundsätzlich geboten bzw. ermöglicht werden müssen, zum anderen aber Vorkehrungen gegen die Gefahr zu treffen sind, dass er diese Gefühle und Erlebnisse aus einem gesundheitsschädigenden Milieu oder Stoff bezieht.

3.2.2 Soziologische bzw. sozialisationstheoretische Erklärungsmodelle

Bei den soziologisch orientierten Theorien liegt das *Hauptgewicht auf sozialen und gesellschaftlichen Entwicklungen und Erscheinungen*, die für das Individuum suchtauslösend, -verursachend und generell belastend wirken - zum Beispiel:

- Der einzelne fühlt sich gesellschaftlichen Prozessen und Kräften hilflos und ohnmächtig ausgeliefert.
- Es sieht für sich und seine nahe Mitwelt kaum oder überhaupt keine Chancen, gesellschaftlich bedingte Belastungen zu vermindern oder überhaupt in gesellschaftliche Prozesse mitbestimmend einzugreifen.
- Leistungs- und Konkurrenzdruck in Politik, Wirtschaft und Sozialleben werden als überstark empfunden und mindern die Lebensqualität erheblich.

- Schlechte Berufs- und Lebensaussichten nehmen die Hoffnung auf eine bessere Zukunft.
- Unterschiedliche Formen sozialer Ungerechtigkeit wie Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, ungünstige Verteilung von Berufs- und Einkommenschancen, Verlust angestammter und zugesicherter Rechte im gesellschaftlichen Leben, vor allem in der Arbeitswelt, verstärken das Gefühl, in einer Klassengesellschaft zu leben, in der zunehmend Menschen an den Rand gedrängt werden.
- Der zunehmende Verlust familialer Bindungen, die sich verändernden Familienstrukturen, ausbleibende Wertorientierungen durch die Eltern werden von vielen Jüngeren als Verunsicherung empfunden.
- Die doppelbödige Moral der Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen, die Erziehungsappelle zur Praxis hehrer mitmenschlicher Grundwerte bei gleichzeitigem Konsummaterialismus und Ellbogenverhalten der älteren Generationen werden als inkonsequent, verlogen und als Ausweis der Unglaubwürdigkeit angesehen.
- Eltern, die sich vor den Schwierigkeiten der Kinder verschließen, deren Probleme verdrängen oder gering achten, werden als lieblos empfunden.

Bei aller Schwierigkeit einer exakten Ergebnissicherung in empirischen Untersuchungen über einen längeren Zeitraum können dennoch folgende *Ursachengruppen auffälligen Suchtverhaltens* zusammengefasst werden:

- *gesellschaftliche Orientierungsprobleme und Entfremdung:*
Der einzelne hat Schwierigkeiten, sich in einer zunehmend bürokratischen, hochtechnisierten und sich anonymisierenden Umwelt zurechtzufinden.
- *Opposition gegen Werte und Normen:*
Zahlreiche Suchtkranke befinden sich in einem permanenten Zustand der Ablehnung gesellschaftlich verbindlicher Werte und Normen, und zwar sowohl unbewusst, d. h. mit bedingt durch die fortwährenden Suchtverhaltensweisen, zum anderen auch bewusst in der Ablehnung bestimmter gesellschaftlicher Gegebenheiten. es sei denn, der Betreffende ist ein legal angepasster Suchtkranker und fügt sich in übliche suchtähnliche Konsum- und Genussverhaltensweisen der Gesellschaft ein.
- *soziale und gesellschaftliche Anpassungsprobleme:*
Mit der Opposition gegen Werte und Normen ergeben sich vielfältige Anpassungsprobleme an gesellschaftliche und soziale Üblichkeiten sowie Schwierigkeiten oder die Unfähigkeit, selbstverständlich erscheinende Verhaltensweisen und Gewohnheiten der Gesellschaften zu verarbeiten und nach ihnen zu leben.
- *Zukunftsängste:*
Mangelnde Zukunftsperspektiven in Ausbildung und Arbeit lähmen Gestaltungskräfte für den eigenen Lebensbereich, führen zu sozialer Verarmung und zu Lebensüberdruß.
- *unbewältigte Generationenbeziehungen:*
Die Veränderung von Familienkonstellationen und -beziehungen führen bei vielen Kindern und Jugendlichen zu Beeinträchtigungen der Individuation und Sozialisation, zum Verlust konstanter Beziehungen, zu Verlust von Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit.

- *nachteilige Leit- und Vorbilder:*

Einseitige, auf Lust- und Erfolgsgewinn zugespitzte ideelle Vorgaben in unterschiedlichen Lebensbereichen, eine Überflutung der Kinder durch genussbetonte Bilder und Vorstellungen induzieren suchtpotentielle Verhaltensweisen, die nicht nur durch Werbung, sondern auch von vertrauten Menschen wie Eltern, Freunden und Bekannten an den einzelnen herangetragen werden.

Für die Suchtvorbeugung bedeuten soziologisch orientierte Suchttheorien:

Äußere Einflüsse bestimmen sehr stark die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen. Eine Vielzahl von Verführungen zu suchtgefährdenden Genussverhaltensweisen wirken ein. Die Chance der Prävention besteht in der Bewusstmachung und gezielter Gegensteuerung gegen Verhaltensentwicklungen und -prozesse, die von außen suchtfördernd wirken. Dies darf aber nicht der Verantwortung der Familie oder der Schule allein aufgebürdet werden, sondern ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, der neben der Prävention auch nach einer umfassenden Gesundheitsförderung verlangt

3.2.3 Genetische oder biologische Suchttheorie

Die genetische oder biologische Suchttheorie geht von der Feststellung aus, dass es bei manchen Personen zum Missbrauch bestimmter Stoffe, zu Abhängigkeit und Sucht kommt, bei anderen dagegen nicht, auch wenn annähernd gleiche Sozialisations- und Umweltbedingungen vorliegen. Unterschiedlichen Persönlichkeitsentwicklungen z. B. im psychoanalytischen Sinn schreibt man dabei weniger Bedeutung zu als vielmehr der Tatsache, dass der Konsum von Suchtmitteln ganz bestimmte körperliche Prozesse in Gang setzt - Absorption, Abbau des Stoffs, Ausscheidungs- und Speicherungsraten, Toleranzentwicklung, Abhängigkeit, Rausch und Betäubung, Entzugserscheinungen -, die individuell unterschiedlich ablaufen.

Grund für diese unterschiedlichen Prozesse nach der Einnahme eines Suchtmittels sind nach der genetischen Suchttheorie *Varianten in Prozessen des zentralen Nervensystems, die individuell verschieden im Zusammenspiel von Neurotransmittern und Rezeptoren ablaufen und in ihren jeweiligen Abweichungen voneinander genetisch bedingt sind*. Das bedeutet im Klartext: Ob ein Mensch von einem bestimmten Suchtmittel abhängig oder suchtkrank wird, ist weniger psychosozial bedingt, wie dies in den vorgeh. psychologischen und soziologischen Suchttheorien behauptet oder angenommen wird, sondern physiologisch-biochemisch verursacht.

Die genetische Suchttheorie ist sicher auch zu verstehen als Gegenentwurf zu einseitig sozialisations- oder lernpsychologischen Erklärungsversuchen. Sie ist in gewisser Weise mit der hedonistischen Suchttheorie zu verbinden, aber eben in einem spezifisch biologischen Erklärungsmuster. D. h., dass die hedonistische Suchttheorie, wenn man sie hauptsächlich biologisch bzw. soziobiologisch versteht, in gewisser Weise zwischen der genetischen und den anderen bisher gen. Suchttheorien steht. Denn biologisch erwiesen ist die Tatsache, dass der menschliche Organismus über körpereigene, opiatähnliche Stoffe, sog. Enkephaline bzw. Endorphine, verfügt, die als Neurotransmitter an denselben Rezeptoren andocken, an denen beispielsweise auch Opiate ansetzen und Glücksgefühle auslösen können: eine Art körpereigenes Belohnungs- und Befriedigungssystem, das als die biologische Seite einer stärker psychosozial ausgerichteten hedonistischen

Theorie verstanden werden könnte. Die individuelle Intensität bzw. Schwäche des körpereigenen Systems in Verbindung mit exogenen Einflüssen bedingt entweder ein ausgewogenes, d. h. nicht suchtfährdendes Genussverhalten. Oder aber Defizite an körpereigenen Wirkstoffen führen zum Zwang, dem körpereigenen Belohnungssystem noch äußere Stoffe hinzuzufügen, was zum Kontrollverlust in der Sucht führen kann.

Problematisch ist bei dieser Suchttheorie sicherlich - auch wenn man ein sog. Sucht-Gen (noch) nicht gefunden hat -, dass *Suchtkrankheit auf körperliche Prozesse festgeschrieben, als unheilbar und vererbbar erklärt* zu werden droht. Damit ergeben sich Visionen, derart "erbelastetes", d. h. auf Sucht biologisch programmiertes Leben ggf. im Entstehen aus sog. eugenischen, politischen oder wirtschaftlichen Gründen abzutöten. Eine so verstandene Suchterklärung kann psychosoziale Hilfeprozesse als nachrangig oder unwesentlich und damit auch entsprechende Therapieversuche mit suchtkranken Menschen als erfolglos klassifizieren. Die Persönlichkeit des Menschen würde - vereinfacht gesehen - mit dessen Erbmaterial identifiziert.

Bei aller Skepsis gegenüber genetischer Simplifizierung werden jedoch bestimmte Erbfaktoren in der Suchtentwicklung nicht ganz auszuschließen sein. Offen bleibt zur Zeit jedoch, inwieweit sich diese Faktoren eindeutig festlegen lassen.

Für die Suchtvorbeugung ergibt sich aus der genetischen Suchttheorie:

Eine unmittelbare Ableitung bestimmter Verfahrensmodelle ist nicht möglich. Auch bei der Annahme, dass Erbfaktoren eine Rolle bei der Suchtgefährdung und -entwicklung spielen, bleibt pädagogisches Handeln dennoch immer gefragt, weil andererseits bewiesen ist, dass der Mensch für Prägung und Einfluss empfänglich ist. Und darin besteht selbst bei Annahme genetischer Fixierung bestimmter Suchthaltungen und -neigungen eine reelle Chance der Prävention und Gesundheitsförderung.

3.2.4 Sinnorientierte Suchttheorie

Das ganze Gegenteil der genetischen Suchttheorie ist offensichtlich die sog. sinnorientierte Suchttheorie: Ihr Ausgangsgedanke ist die Freiheit des Menschen, sein eigenes Leben sinnvoll gestalten zu können. Verliert der einzelne nun diesen zentralen Lebenssinn, so sagen die Vertreter der sog. Logotherapie, dann löst sich sein Leben in Sinnlosigkeit oder Sinnleere auf bzw. er sucht nach einem Ersatz, der ihm schnell und sicher diesen verlorenen Sinn ersetzen soll (siehe Suchtmerkmale unter 2. 1), an dessen Stelle entweder ein bestimmter Wirkstoff oder ein erfüllendes, aber gefährdendes Erlebnismilieu gesetzt wird. Findet er in diesem Ersatz jedoch keinen Sinn, so bleibt ihm nur noch der Suizid aus Sinnlosigkeit.

Die *Ursachen für die Sinnentleerung* des menschlichen Lebens als der wesentlichen Suchtgefährdung liegen in allen Lebensaltern und Lebensphasen. Allerdings kann man zwei Haupttrends feststellen:

1. *Äußere Einwirkungen stellen das Leben eines Menschen in Frage und zerstören es weitgehend.* Das kann der Verlust von Beziehungen, des Arbeitsplatzes, des Einkommens, der sicheren Zukunftsperspektiven, das kann Unsicherheit, Mangel an Geborgenheit und Lebensangst bedeuten. In dieser Lage benötigt ein Mensch Halt

und Vertrauen zu sich und zu anderen Menschen. Bekommt er dies nicht, sucht er vor der Selbstaufgabe nach Möglichkeiten, *sich allen widrigen Lebensumständen zum Trotz ein positives Erlebnis, ein Glück, eine Befriedigung zu verschaffen*, die ihm in schneller Form durch ein Rauschmittel geliefert werden kann, ihn aber auf Dauer ins Elend und in eine noch größere Sinnentleerung treibt. Hier spielen soziologische und sozialisationstheoretische Erklärungen in die logotherapeutische Deutung hinein.

2. *Aus Gründen, die in ihrer Persönlichkeit liegen, drohen Menschen den Sinn des Lebens zu verlieren*, die beispielsweise gering belastbar sind, mit wenig Frustrationstoleranz und mit starkem Verlangen nach schneller Bedürfnisbefriedigung. Bereits bei geringen Schwierigkeiten, in kleinen Konflikten und schwachen Spannungen verlieren sie schnell die Lebenslust und beginnen an ihrem Schicksal zu zweifeln. Diese Deutung erinnert vor allem an den psychoanalytischen Erklärungsansatz.

Die Logotherapie versucht bewusst *mit Sinnangeboten, durch Einübung in Sinnsuche und Sinnfindung Wege zu einer sinnerfüllten Existenz* aufzuzeigen und eine auf Verantwortung ausgerichtete Werterziehung zu initiieren. Allerdings kann ein Sinnangebot, so hilfreich es grundsätzlich sein mag, für den Suchenden zur Belastung werden, wenn er es aus unterschiedlichen Gründen nicht anzunehmen vermag, wenn beispielsweise ohne ausreichende Durcharbeitung seiner Problemlage das Anschlussprofil für eine von außen herangetragene Sinnvermittlung nicht gegeben ist.

Für die Suchtvorbeugung bietet die sinnorientierte Suchttheorie

den wichtigen Hinweis, gegen eine Abhängigkeit einen anderen, neuen Sinn als die Befriedigung der eigenen Sucht zu setzen. Fast automatisch ist jeder pädagogische Versuch der Suchtvermeidung an die Sinnfrage gekoppelt. Insofern kann die bewusste Frage nach dem Sinn die Blicke auf die zentralen Werte von Erziehung ganz generell und der Gefahrenvorbeugung im Speziellen lenken bzw. konzentrieren. Auf diese Weise kann auch der Sinn einer die Lebensqualität steigernden bzw. erhaltenden Gesundheitsförderung näher gebracht werden.

3.3 Fachliche Standpunkte des Umgangs mit Suchtgefahren und -problemen

Die Schwierigkeit der genauen Bestimmung von Ursachen und Bedingungen des Suchtproblems im Einzelfall, die begrenzte Aussagegültigkeit empirischer Untersuchungen für gezielte Präventionsmaßnahmen, das Problem der Umsetzbarkeit von Theorien in die Praxis und die beschränkte Übertragbarkeit teilnehmender Beobachtungen haben u. a. dazu geführt, dass sich unterschiedliche Standpunkte in der Auseinandersetzung um geeignete Suchtvorbeugungs- und Suchthilfemaßnahmen herausgebildet haben, die nur zum Teil fachlichen Bewertungsansprüchen standhalten können.

Zum einen liegen unzählige Positionen und Meinungen vor, die sich stark aus Vorurteilen, persönlichen Schicksalserlebnissen, eigenen Erfahrungen, vorgegebenen Wertungen und weltanschaulichen Sichtweisen nähren. Gemeint ist das bereits gen. Alltagsverständnis der Sucht (siehe 3. 1. 1).

Zum anderen liegen stark an Berufsinteressen gebundene Standpunkte vor: Sie stammen aus der direkten Erfahrung mit Drogenkonsumenten und Suchtkranken, hinter denen eine bestimmte berufliche und fachliche Kompetenz steht, zugleich aber auch eine Betroffenheit deutlich wird. Die Erfahrungen von Ärzten mit Alkoholabhängigen, das Zusammentreffen von Richtern und Staatsanwälten mit illegalen Drogenkonsumenten im Gerichtssaal oder der Umgang des Sozialarbeiters mit sog. kleinen abhängigen Drogendealern bedingen jeweils ganz spezifische, natürlich auch unterschiedliche, fachlich geprägte Sichtweisen der Problematik und Beurteilung von drogenabhängigen und suchtkranken Menschen.

Diese fachlichen Teilansichten erlangen unter Umständen auch Übergewicht auf bestimmten Gebieten des Umgangs mit der Sucht- und Drogenproblematik. Dabei gibt es unterschiedliche Präferenzen bei deren Beurteilung. So kommen in der offiziellen deutschen Drogenpolitik eher juristisch-kriminologische als psychosoziale und sozialpädagogische Perspektiven zum Tragen. Und bei Fachdiskussionen über Prävention und Hilfe überwiegen oft eher medizinische und juristische Positionen, weil sie scheinbar relativ leicht verständliche Erklärungsmuster bieten und wie beispielsweise beim juristisch-kriminologischen Standpunkt sich mit der Hoffnung verbinden, durch strenge Ordnungsmaßnahmen der Sucht- und Drogenprobleme Herr werden zu können.

Viel komplexer und daher schwerer verständlich sind dagegen psychosoziale Erwägungen, die viel mehr Einfühlungsvermögen in die Situation Gefährdeter und Suchtkranker verlangen und die vor allem grundsätzlich jeden Menschen als potentiell suchtfährdet ansehen. Und genau das ist für diejenigen wenig populär, die das Suchtproblem nur bei anderen und nicht bei sich selbst sehen wollen und die nach den schnellen und drastischen Lösungen rufen.

So verständlich und unter bestimmten Bedingungen fachliche und berufliche Positionen auch immer sein mögen, so sollten entsprechend dem multifaktoriellen Ursachenansatz (siehe 2. 2) auch nach Standpunkten oder einer fachlichen Ausgangsbasis gesucht werden, die möglichst umfassend, d. h. ganzheitlich, mindestens aber aus unterschiedlichen Fachperspektiven, auf Sucht- und Drogenprobleme eingeht.

3.3.1 Der soziokulturelle Standpunkt

Im Zentrum der soziokulturellen Sichtweise stehen die Methoden und Lebensumstände, mit denen Gesellschaftssysteme aufgrund ihrer speziellen Ausgestaltung, ihrer sozialen Struktur, ihrer politischen Ausrichtung Drogen einschätzen, deren Gebrauch genehmigen oder sanktionieren, den Konsum kontrollieren und mit Drogenkonsumenten nach Art ihres Konsums und damit zusammenhängender Lebensgestaltung umgehen (siehe auch unter 3. 1. 2 zu kulturellen Determinanten des Rauschs).

Die soziokulturelle Sichtweise erfasst Konsum- und Suchtformen überblicksartig, da sie nicht nur auf die einzelnen Konsumenten oder Abhängigen abzielt, sondern auf eine gesamte Konsum- und Suchtkultur der Menschen in ihren sozialen Beziehungen der nahen und fernen Umwelt. Der kulturelle Aspekt besagt in diesem Zusammenhang, dass bestimmte Drogenkonsum- und Suchtverhaltensweisen einerseits als Zeichen einer bestimmten Subkultur in ihrer Eigendynamik und in ihrer Beziehung zum Komplex eines übergeordneten kulturellen Ganzen zu sehen sind, dass aber andererseits auch dieses

Ganze in seiner Handhabungs- und Verarbeitungsweise einer bestimmten Drogenkultur bzw. einer Suchtproblematik analysiert werden muss.

Das bedeutet, dass z. B. Drogenkonsumenten oder Suchtkranke betrachtet werden, wie sie sich in einer bestimmten Weise verhalten, konsumieren, ein eigenes Wertbild und Normverständnis entwickeln, bestimmte Erwartungen gegenüber der Gesellschaft und deren Gruppen und Organen äußern, somit ein ganz spezifisches Lebensbild für sich und über ihre Umwelt (also eine eigene Kultur) entwerfen. Das bedeutet aber auf der anderen Seite, dass die Gesellschaft mit Hilfe ihrer Staatsorgane eine Lebenskultur mitentwickelt und stabilisiert, in der Teilkulturen wie beispielsweise bestimmte Konsumkulturen im Alkoholbereich akzeptiert oder wie die Haschisch- und Ecstasy-Kultur bekämpft, ggf. angepasst werden. Folglich ist angepasstes legales und nicht angepasstes illegales Suchtverhalten auch immer Ausdruck eines Kulturkonflikts, einer Kulturentwicklung und -entscheidung.

Die soziokulturelle Perspektive dient dem Überblick des Zusammenspiels und der Auseinandersetzungen um das Sucht- und Drogenproblem. Es werden dabei sowohl Marktstrategien der Pharma-, der Alkohol- und Tabakwarenindustrie, wie auch Bewegungen der illegalen Drogenszene, Sinn und Zweck von Drogenfahndung, die Frage der Legalisierung aller Drogen oder Beratung und Therapie von Suchtkranken aufgezeichnet und analysiert.

Soziokulturelle Sichtweisen befassen sich also mit den unterschiedlichsten Funktionsweisen und Prozessen der einzelnen Faktoren und Agenten der Sucht- und Drogenproblematik. Ihre Aufgabe ist nicht die Wertung, sondern die Registrierung, Benennung, die Information.

3.3.2 Der medizinische Standpunkt

Bei der medizinischen Sichtweise zeigen sich im wesentlichen zwei Schwerpunkte, die sich teilweise auch entgegensetzen:

Aus mehr *naturwissenschaftlich-medizinischer* Perspektive stehen pharmakologische, biophysische und biochemische Daten im Vordergrund des Interesses: Der Drogenkonsument ist der Träger der Suchtkrankheit und fungiert gleichsam als das Untersuchungsfeld der Wirkweise unterschiedlicher Suchtmittel, das Suchtmittel selbst ist der Krankheitserreger und die Umwelt das Verbreitungsfeld der Krankheit. Folgerichtig gilt dem Erreger Suchtmittel, der Droge, das Hauptaugenmerk. Der Nachteil dieser Position liegt zum einen in dem einseitig stofffixierten Suchtbegriff und zum anderen in der *zu starken Individualisierung der Suchtproblematik*. Dementsprechend sind auch *Präventionsstrategien aus dieser Sichtweise heraus mehr auf die Suchtmittel und das kranke Individuum konzentriert*.

Zu kritisieren ist daher vor allem die Stofffixierung des Suchtverständnisses aus naturwissenschaftlicher Perspektive, die ihre Entsprechung in der *oft einseitigen pharmakologischen Ausrichtung traditionell medizinischer Maßnahmen besonders in zahlreichen Arztpraxen* findet. Die manchmal vorschnelle *ärztliche Verschreibung und Verabreichung von Medikamenten*, auch solcher mit Suchtpotential, nicht nur an Erwachsene, sondern auch an Kinder wirkt sich dann umgekehrt kontraproduktiv dieser Sichtweise gegenüber aus. Denn genau die Stofffixierung bei der kritischen Analyse der Sucht-

krankheit ist ein starker Faktor in dieser vornehmlich naturwissenschaftlich-medizinischen Pharmatherapie.

Die *sozialmedizinische* Sichtweise betont dagegen mehr die Gefährdeten und Suchtkranken in ihren sozialen Beziehungen sowie die psychosozialen Ursachen und Bedingungen der Gefährdung und Erkrankung. Aus sozialmedizinischer Sicht geht es mehr darum, die Patienten in ihrer psychischen und sozialen Lage zu unterstützen: Die Sozialmedizin verknüpft medizinische mit sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Maßnahmen. D. h., dass Prävention und Therapie damit auch auf die *sozialen und gesellschaftlichen Ursachen und Bedingungen der Sucht* abzielen.

3.3.3 Der juristische Standpunkt

Der traditionelle juristische Standpunkt vornehmlich aus der Sicht von Polizei und Justiz ist am *Betäubungsmittelrecht*, an dem auch viele Politiker festhalten, und damit eher *repressiv* ausgerichtet: Bestimmte Suchtmittel werden im Sinne dieses geltenden Rechts als gesundheitsgefährdend und als gesellschaftlich schädlich eingeschätzt, daher illegalisiert und die *Konsumenten illegaler Stoffe faktisch und rechtspolitisch kriminalisiert*. Der Drogenkonsument, der Händler gelten als Kriminelle, mindestens als Opfer einer kriminellen Szene. Auch wenn in der Rechtspraxis in den letzten Jahren gewisse Lockerungen beispielsweise im Sinne der Tolerierung des Besitzes einer geringen Menge Haschisch zum Eigengebrauch erfolgt sind, bleibt grundsätzlich die Gültigkeit des Betäubungsmittelrechts mit all seinen Sanktionen bestehen.

Die juristische Unterscheidung zwischen illegal (z. B. Haschisch, Heroin, Kokain) und legal (z. B. Alkohol, Nikotin) sagt dagegen nur wenig oder gar nichts aus über gesundheitsschädigende Wirkweisen von Suchtmitteln aus. D. h., dass diese Qualifizierungen eher dazu taugen, ein bestimmtes Wertebild einer Gesellschaft und deren Sanktionierungs- und Anpassungsmechanismen zu verdeutlichen. Natürlich kann nicht grundsätzlich abgestritten werden, dass mit Hilfe des Betäubungsmittelrechts auch sinnvolle Maßnahmen für die Hilfe des Suchtkranken und für den Schutz Gefährdeter eingeleitet werden können. Aber vornehmlich aus dieser Sicht Leitprinzipien für Beratung und Hilfe ableiten zu wollen, geht an der Problembewältigung vorbei.

Im Sinne der juristisch-kriminologischen Sichtweise werden mit dem Betäubungsmittelrecht zwei Ziele zu verfolgen versucht:

1. die *Spezialprävention*, die auf die Abschreckung des einzelnen durch gezielte Maßnahmen wie Androhung von Strafe abzielt,
2. die *Generalprävention*, die die Allgemeinheit mit der Androhung staatlicher Gewalt zur Abstinenz von illegalen Suchtmitteln zwingen soll.

Diese Präventionsziele werden ergänzt durch die staatliche Zwangsmaßnahme der *Wertabschöpfung* von Einnahmen aus dem illegalen Drogengeschäft zugunsten des Staates, mit der man sich die *Reduzierung oder gar die Verhinderung von Transfers aus den Gewinnen des illegalen Drogenhandels hinein in die legalen Kapitalmärkte* (sog. Geldwäsche) verspricht. Die Praxis zeigt allerdings, dass diese Ziele allein mit juristischen und polizeilichen Instrumenten nicht erreicht werden können.

Die Problematik im Umgang mit den Betäubungsmittelrecht, das oft häufig und zu schnell als Drohmittel in der Prävention missbraucht wird, besteht u. a. auch im Widerstreit zweier Rechtsprinzipien:

- * Polizei und Justiz sind zunächst an das *Legalitätsprinzip* gebunden. Das bedeutet, dass ein Delikt gegen geltendes Betäubungsmittelrecht verfolgt werden muss.
- * Andererseits kann aber auch nach dem *Opportunitätsprinzip* verfahren werden, d. h. man muss z. B. den Besitz geringer Mengen von Haschisch (zum Eigenverbrauch) nicht verfolgen und ahnden.

Der Sinn der Anwendung des Opportunitätsprinzips läge u. a. in der Strafverschonung abhängiger Kleindealer und Konsumenten bei gleichzeitig möglicher Verschärfung der Verfolgung der Großdealer. Dieses Vorgehen würde eher der Verhältnismäßigkeit der Mittel entsprechen, nämlich nicht nur die zu ergreifen, deren man leicht habhaft werden kann, sondern die Fahndung mehr auf die schwerkriminellen und nicht konsumierenden Großdealer, die sich am Suchtelend der Kleindealer bereichern, auszurichten.

Allmählich setzt sich in Justiz- und Polizeikreisen die Einsicht durch, dass mit *repressiven Maßnahmen suchtkranken Menschen nicht wirklich zu helfen ist*, sondern nur zusätzliche Probleme durch die wirtschaftlichen, organisatorischen, seelischen, körperlichen und sozialen Belastungen der Kriminalisierung (Fahndung, Anklage, Prozess, Verurteilung, Inhaftierung, Zwangsaufgaben etc.) aufgeworfen werden. Sinnvoll sind polizeiliche und gerichtliche Maßnahmen dort, wo Kinder und Jugendliche vor Gefährdung und Suchtentwicklung unmittelbar zu schützen sind. Das muss allerdings nicht nur für illegale, sondern für alle Suchtstoffe und –milieus gelten.

3.3.4 Der psychosoziale Standpunkt

- * Während der soziokulturelle Standpunkt hauptsächlich auf das Umfeld der Suchtproblematik eingeht, die naturwissenschaftlich-medizinische Sichtweise sich stark auf die Suchtmittelwirkungen beim Patienten, die sozialmedizinische sich stärker auf die Umwelt- und sozialen Bedingungen der Suchtkrankheit konzentriert, die juristische Position nach der Legalität und Illegalität von Betäubungsmitteln fragt und urteilt,
- * ist der *psychosoziale Standpunkt in erster Linie der Person des Konsumenten, Abhängigen und Suchtkranken, ihren psychodynamischen Prozessen und sozialen Lebensbedingungen* zugewandt. Damit treten Problemstellungen in den Vordergrund, die sich auf die Persönlichkeit konzentrieren, auf die individual- und sozialpsychologischen Aspekte des Suchtmittelkonsums und der Sucht.

Vornehmlich beim psychosozialen Standpunkt rücken diejenigen Suchtheorien, die sich zentral mit der Person des abhängigen und suchtkranken Menschen befassen, ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Psychosoziale Überlegungen zum Suchtproblem nehmen Motivationen, Prägungen der Persönlichkeit, den sozialen Nahraum und gesellschaftliche Einwirkungen auf körperliche und seelische Prozesse und Zustände des Individuums auf. Weniger wichtig erscheinen demnach pharmakologische und juristisch-kriminologische Aspekte als vielmehr Gründe und Ursachen, die einen Menschen ins Suchtelend führen bzw. überhaupt schon gefährdet erscheinen lassen, bzw. mitmenschliche Perspektiven seiner Gesundheit.

Charakteristisch für das psychosoziale Verständnis der Suchtproblematik ist, dass Offenheit bleibt für Erfahrungen des Konsumenten und Suchtkranken, Offenheit für verschiedene Vorgehensweisen der Aufklärung, Beratung, Vorbeugung und Therapie, Offenheit für die personale Umwelt der Betroffenen, die Familie, die Altersgruppe, die Schule, die Berufs- und Freizeitwelt. Der Konsument, der Gefährdete oder Suchtkranke ist nicht von vornherein oder überwiegend der Angehörige einer bestimmten Subkultur, wie dies aus soziokultureller Perspektive analysiert wird, oder vor allem ein Patient, wie er aus medizinischer, oder ein Krimineller, wie er als Konsument illegaler Drogen aus juristischer Sicht gesehen wird, sondern gilt als Mensch, der nicht einfachhin behandelt oder Sanktionen unterworfen wird, sondern dessen Selbstbestimmung weitestgehend erhalten bleiben bzw. neu aufgebaut werden muss. Dies ist zu fordern nicht aus ideologischen Gründen gegen andere Sichtweisen, sondern weil psychosozial orientierte Hilfe und Prävention - ohne dass diese sofort unter bestimmten fachlichen Blickwinkeln kategorisiert werden - nur mit der Mitwirkung der Suchtgefährdeten und -kranken möglich ist.

Die Schwierigkeit im Umgang mit einer psychosozialen Orientierung von Beratung, Vorbeugung und Therapie ist wahrscheinlich die Offenheit und Ganzheitlichkeit, die sich aus diesem Standpunkt ergibt. Man kann diese Haltung verwechseln mit Mangel an präzisen, zielgerichteten Zugriff - ein Vorwurf, der aus den medizinischen und juristischen, auch politischen Kreisen erfolgt, die an schnellen Erfolgsergebnissen interessiert sind. Die häufig gestellte Frage bei Kostenerwägungen für Präventionsmaßnahmen, was diese denn an greifbaren Ergebnissen ergäben, macht deutlich, dass die Suchtvorbeugung ohne psychosoziale Sensibilität zu schnell zu einer bloßen Kosten-Nutzen-Rechnung degradiert.

Man könnte den Vertretern der psychosozialen Sichtweise den Vorwurf machen, sie würden zu wenig auf die Problematik des Drogendeals eingehen, sie dächten kaum in soziokulturellen Kategorien und verlören die großen gesellschaftlichen Zusammenhänge aus den Augen, sie ließen notwendige Sanktionen zum Schutz der Nicht-Konsumenten illegaler Drogen außer Acht und verweigerten sich bestimmten medizinischen Notwendigkeiten bis hin zur Zwangsbehandlung eines Patienten. Diese Vorwürfe wären dann gerechtfertigt, wenn die psychosoziale Orientierung gleichbedeutend mit der Ausklammerung medizinischer, juristischer oder soziokultureller Überlegungen und Beiträge zur Bewältigung der Suchtproblematik. Aber genau das Gegenteil ist der Fall.

Psychosoziale Orientierung in der Suchtvorbeugung

- greift *jeden fachlichen Beitrag* zur Beratung, Therapie und Lebenshilfe eines Menschen, der Suchtprobleme hat, auf – nur eben nicht ausschließlich oder überwiegend unter nur einer fachlichen Perspektive,
- *ist ein durchgängiges Handlungsprinzip*, das in allen Bereichen der Prävention und Hilfe praktizierbar ist und nicht einer bestimmten Berufsgruppe vorenthalten bleibt, *bezieht alle Lebensbereiche der Gefährdeten und Kranken in unmittelbare Suchtvorbeugung und in weitergreifende Gesundheitsförderung mit ein* und verfolgt damit einen ganzheitlichen Ansatz.

Für die Suchtvorbeugung bieten ...

... die soziokulturelle Sichtweise

umfassende Basisinformation und Daten zur Sucht- und Drogenfrage, Vergleichsmöglichkeiten unterschiedlicher Drogen- und Suchtkulturen, Einblicke in Mechanismen des Drogenkonsums, der Abhängigkeit und der Sucht unter unterschiedlichen sozialen, gesellschaftlichen, historischen, wirtschaftlichen und politischen Bedingungen und damit eine informationelle Grundlage für die Sachkompetenz.

... die medizinische Sichtweise

insbesondere die Betonung der Gesundheit, Hinweise auf naturwissenschaftlich erfassbare Gefährdungen und Abhängigkeitsprozesse sowie psychosoziale und gesellschaftliche Informationen und Verständnisweisen von Krankheit und Gesundheit.

... juristisch-kriminologische Aspekte

vor allem dann Hilfe, wenn sie nicht repressive Sanktionen in den Vordergrund stellen, sondern Hilfe beim Umgang der Menschen bieten, in dessen Mittelpunkt die Wahrung der Grundrechte auf seelische und körperliche Unversehrtheit steht, die es für alle zu sichern und zu verteidigen gilt.

... der psychosoziale Standpunkt

die Erkenntnis, dass Prävention und Hilfe im Interesse aller Betroffenen ganzheitlich und ursachenorientiert wirken müssen. Der psychosoziale Standpunkt wirkt damit als Fundamentum der unterschiedlichen (Fach-) Perspektiven und sollte integratives Element in der Praxis von Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung sein.
