

KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT

Stöver | Hornig

# Suchtprävention in der Sozialen Arbeit



Nomos

## **KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT**

Sie arbeiten sich in ein neues Sachgebiet ein und benötigen rasch zuverlässige und umfassende Informationen? Sie möchten die wesentlichen Fakten zu Konzepten, Fällen, Arbeitsfeldern und Anwendungsgebieten der Sozialen Arbeit wissen, Good Practice-Beispiele kennenlernen und Handlungsempfehlungen für die Praxis erhalten?

In der Reihe „Kompendien der Sozialen Arbeit“ erscheinen Werke mit direktem Praxisbezug. Die Bände richten sich an Professionals, Berufseinsteiger:innen und -umsteiger:innen sowie an Studierende, gerade auch mit Blick auf Praxissemester und Anerkennungsjahr.

Heino Stöver | Larissa Hornig

# Suchtprävention in der Sozialen Arbeit



**Nomos**



Onlineversion  
Nomos eLibrary

**Die Deutsche Nationalbibliothek** verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-6678-9 (Print)

ISBN 978-3-7489-0790-9 (ePDF)

1. Auflage 2023

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2023. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

## Inhalt

Abbildungsverzeichnis	7
Einleitung	9
<b>1 Grundlagen der Suchtprävention</b>	<b>11</b>
1.1 Eine Auseinandersetzung mit dem Begriff ‚Sucht‘	11
1.2 Die Sprache über Drogen – Drogensprache	15
1.3 Warum werden Menschen süchtig? Die Entwicklung zur bio-psycho-sozialen Perspektive von Sucht	17
1.4 Das bio-psycho-soziale Modell der Sucht	18
1.5 Das ‚Soziale‘ im bio-psycho-sozialen Modell	19
1.6 Theoretische Konzepte der Sozialen Arbeit als Grundlage für eine gelingende Suchtprävention	20
1.7 Zentrale Zielachsen in der Suchthilfe	23
<b>2 Präventionskonzepte – Definitionen</b>	<b>27</b>
2.1 Interventionsform der Krankheitsprävention	27
2.2 Interventionsform der Gesundheitsförderung	30
2.3 Drogennotfallprophylaxe	33
2.4 Verhaltens- und Verhältnisprävention	43
<b>3 Geschichte der Suchtprävention</b>	<b>51</b>
3.1 ‚Drogenprävention‘ in den 70er-Jahren	52
3.2 ‚Suchtprävention‘ in den 80er-Jahren	53
3.3 Von der ‚Suchtprävention‘ zur ‚Konsumkompetenz‘ und zur ‚Drogenmündigkeit‘ – ab den 90er-Jahren	53
3.4 Allgemeine Ziele der Suchtprävention	54
3.5 Wie geht Prävention nicht! – Das Konzept der abschreckenden Prävention am Beispiel des nicht-evidenzbasierten ‚Revolution Train‘	59
3.6 Das Konzept der Schadensminimierung – Akzeptanzorientierte Suchtprävention	62
3.7 Welche Rolle kann Soziale Arbeit dabei spielen? Eine Positionierung	63
<b>4 Evidenzbasierung in der Suchtprävention</b>	<b>69</b>
4.1 Definition und Merkmale evidenzbasierter Suchtprävention	69
4.2 Dimensionen evidenzbasierter Handelns	70
4.3 Grenzen der Evidenzbasierung	71
4.4 Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Evidenzbasierung	72
4.5 Forderungen für eine gelingende Suchtprävention	74
<b>5 Verhältnisprävention</b>	<b>77</b>
5.1 Geschichtlicher Abriss der Verhältnisprävention	77
5.2 Verhältnispräventive Maßnahmen	78
5.3 Drug-Checking – Risikomanagement und Konsumkompetenz vermitteln	86

## **Inhalt**

---

<b>6 Standards für eine gelingende Verhaltensprävention</b>	<b>91</b>
6.1 ‚Standards‘ von Suchtprävention am Beispiel der europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS)	92
6.2 Programmzyklus der Qualitätsstandards	93
6.3 Grund- und Expert:innen-Standards	95
6.4 Phase 1: Die Bedarfsanalyse	96
<b>7 Methoden und Handlungsansätze der Suchtprävention – So kann es erfolgreich gelingen</b>	<b>99</b>
7.1 Individuell-edukative Ansätze der Verhaltensprävention	99
7.2 Politisch-strukturelle Ansätze der Verhältnisprävention	113
<b>8 Beispiele guter Praxis</b>	<b>115</b>
8.1 „Be Smart – Don’t Start“ – Ein Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen	115
8.2 „HaLT – Hart am Limit“ – Alkoholprävention für Jugendliche	117
8.3 „Trampolin“ – Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien	119
8.4 „FreD“ – Frühintervention bei Erstauffälligkeit	120
8.5 „Theater RequiSit“ – Ein innovatives Konzept zur Suchtprävention	121
8.6 „Checkpoint C“ – Interdisziplinäre Prävention zu Crystal Meth	123
8.7 Interaktive Cannabispräventionskampagnen	124
8.8 Beispiel einer bundesweiten Präventionskette zur Alkoholprävention der BZgA	129
<b>9 Fazit</b>	<b>137</b>
<b>Literatur</b>	<b>139</b>
<b>Sachregister</b>	<b>155</b>
<b>Bereits erschienen in der Reihe KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT</b>	<b>159</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wirkfaktoren des Sprachgebrauchs	17
Abbildung 2:	Interventions to reduce opioid-related deaths, z.D. Interventionen zur Verringerung opioidbedingter Todesfälle	35
Abbildung 3:	Servicemodell eines Drogenkonsumraums	36
Abbildung 4:	Mehrebenenmodell zur theoretischen Einordnung der Themenfelder der Präventionsindikatoren	45
Abbildung 5:	Themenfelder und Präventionsindikatoren	48
Abbildung 6:	Akteur:innen der Suchtprävention	56
Abbildung 7:	Revolution Train	61
Abbildung 8:	Dimensionen evidenzbasierten Handelns in der Suchtprävention	71
Abbildung 9:	The SAFER Technical Package der WHO	79
Abbildung 10:	Verhältnispräventive Maßnahmen zur Alkoholprävention in Deutschland	80
Abbildung 11:	Umsetzungsgrad alkoholpräventiver Maßnahmen in Deutschland	81
Abbildung 12:	Der suchtpreventive Programmzyklus	94
Abbildung 13:	Peer-Involvement-Ansätze	101
Abbildung 14:	Interventionsprogramm „Be Smart – Don’t Start“	116
Abbildung 15:	Multiplikator:innenkonzept von HaLT	118
Abbildung 16:	„Rauchmelder“-App	126

## Einleitung

Konsum- und suchtbezogene Probleme zu verhindern bzw. zu verringern, ist ein komplexes Unterfangen. Die vielfältigen Einflussfaktoren, die die Entstehung dieser spezifischen Probleme begünstigen oder einschränken, verweisen auf eine Vielzahl von Systemen (z. B. Politik, Massenmedien, Wirtschaft, Öffentlichkeit, Individuum, Interessenverbände), die mittels individuums- oder setting-orientierter Maßnahmen beeinflusst werden müssen, um das angestrebte Ziel der Problemverhinderung/-verringerung zu erreichen (Hafen 2005, 2013). Weiter stellt sich die Frage, wie es erfolgreich gelingen kann, Einfluss auf diese Systeme zu nehmen, also die Frage nach den konkreten Maßnahmen mit ihren jeweiligen methodischen Zugängen, normativen Zielen und nachgewiesenen Wirkungen.

Allgemein betrachtet ist ‚Prävention‘ in unserer Gesellschaft ein Zauberwort geworden. Verbunden mit der Erwartung, das ‚Übel an der Wurzel zu packen‘, ist es zum geflügelten Wort in Sonntagsreden von Politiker:innen etc. avanciert, um die Gesellschaft glauben zu machen, riskanter Drogenkonsum und anderes Risikoverhalten könne grundsätzlich verhindert oder ‚ausgemerzt‘ werden. Und als ‚heilsbringende‘ Institution wird nur zu oft die Soziale Arbeit auserkoren, die zudem diesen Auftrag oftmals auch widerspruchlos annimmt und damit falsche Erwartungen weckt.

Das Ziel dieses Lehrbuches ist es, wissenschaftsinformierte, evidenzbasierte Strategien der Verhaltens- und Verhältnisprävention aufzuzeigen, die jenseits eines ‚Präventions-Aktionismus‘ entwickelt werden müssen, um Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen (SGS) mit einem akzeptierenden Ansatz zunächst zu erreichen, sie bei der Überwindung und Bewältigung zu unterstützen – und zwar in einem menschenrechtsbasierten und akzeptierenden Ansatz. Darüber hinaus gilt es auch, Menschen, die potenziell gefährdet sind, SGS zu entwickeln, aufzuklären sowie über potenzielle unerwünschte Nebenwirkungen zu informieren, damit sie besser sowie leichter informierte Entscheidungen treffen können (WHO 2021).

Deshalb geht es in diesem Lehrbuch darum, das Wissen um wirklichkeitsnahe, nachhaltige und somit effektive und effiziente Prävention zu stärken, auf beiden o.g. Ebenen: Verhaltens- und Verhältnisprävention. Es geht um Chancen, aber auch um Grenzen der Suchtprävention in der Profession der Sozialen Arbeit und darüber hinaus.

Suchtprävention war über Jahrzehnte hinweg und sie ist es teilweise heute noch – ein Werkzeug der Politik, das bei Bedarf – oft sehr selektiv in der Wahl der Zielgruppe bzw. des ‚Sozialen Problems‘ – eingesetzt werden oder ungenutzt bleiben kann. Sehr deutlich wird dies – auch historisch gesehen – angesichts der weit verbreiteten Schwerpunktsetzungen der Prävention auf illegale psychoaktive Substanzen, während was die individuellen, gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Probleme und Schäden in Bezug auf die legalen ‚Volksdrogen‘ Alkohol und Tabak anbetrifft, gemessen an ihrer Größe und Wucht, bei diesen relativ wenige Präventionsanstrengungen unternommen werden.



## Einleitung

---

Es ist also ein Anliegen dieses Buches, den Begriff und das Konzept ‚Suchtprävention‘ kritisch zu reflektieren, ihn historisch und fachlich einzuordnen und den gesellschaftlichen Kontext und die Funktionalisierung dieses Begriffes zu beschreiben. ‚Suchtprävention‘ kann eben auch Teil einer Symbolpolitik sein und kann dazu beitragen, soziale Minderheiten zu stigmatisieren.

### Das Ziel des Buches ist es, ein Verständnis zu entwickeln für...

- Interventionsformen der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention.
- die Unterschiede von Verhaltens- und Verhältnisprävention.
- die hohe Bedeutung von Verhaltensänderungen durch Verhältnisprävention.
- universelle, selektive und indizierte Prävention.
- die Notwendigkeit einer evidenzbasierten Prävention.
- theoretische Konzepte der Sozialen Arbeit als Grundlage einer gelingenden Suchtprävention.
- die Bedeutung von nachhaltigen und kommunal eingebetteten und vernetzten Präventionsmaßnahmen.
- die besondere Bedeutung von Vertraulichkeit in der Prävention v. a. im schulischen Bereich.
- die besondere Bedeutung drogen-unspezifischer Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter.

# 1 Grundlagen der Suchtprävention

## Zusammenfassung

Das Kapitel gibt einen Einstieg in die Grundlagen der Suchtprävention, indem zunächst eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der ‚Sucht‘ stattfindet. Es werden Erklärungsansätze dargelegt, um ein Verständnis für die Suchtentwicklung zu erhalten. Hierfür wird Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell der Sucht genommen und vorrangig ein Fokus auf das ‚Soziale‘ gelegt, bevor die theoretischen Konzepte der Sozialen Arbeit als Grundlage für eine gelingende Suchtprävention veranschaulicht und skizziert werden. Anknüpfend hieran werden die heute gegenwärtig fokussierten und zentralen Zielachsen der Suchthilfe wie das Abstinenz-Paradigma, Harm Reduction und Safer Use sowie die Konsumreduzierung definiert.

## 1.1 Eine Auseinandersetzung mit dem Begriff ‚Sucht‘

Was will die ‚Suchtprävention‘? Sicher, der Entstehung der Sucht vorbeugen, weil ‚Sucht‘ immer negativ konnotiert ist: Sucht ist ein Negativ-, Kampf- und Ausgrenzungsbegriff mit hohem Stigmatisierungspotenzial – Süchtige rangieren an unterster Stufe der gesellschaftlichen Hierarchie. Die weit verbreiteten Annahmen über ‚Sucht‘ und ‚Süchtige‘ in der Allgemeinbevölkerung dabei sind:

1. ‚Süchtige haben die Kontrolle über die Droge verloren.‘
2. ‚Süchtige bleiben für immer süchtig.‘
3. ‚Süchtige können sich nicht mehr aus eigener Kraft, sondern nur mit professioneller Hilfe von der Sucht befreien.‘

Aus fachlicher Sicht lassen sich diese Annahmen nicht halten bzw. sind sie immer zu hinterfragen. Die Annahmen bilden sozusagen Mythen und bedienen und erhärten Klischees über ‚Sucht‘ und ‚Süchtige‘ – die Realität ist jedoch weitaus komplizierter.

Menschen nehmen Drogen – auch fortgesetzt, weil sie davon einen Nutzen haben. Ob es hedonistische Motive sind oder ob es funktionale Gründe für den Konsum gibt, z. B. Alltagsanforderungen besser oder überhaupt bewältigen zu können (und damit eine Art Selbstmedikation – self medication – zu betreiben), ist immer im Einzelfall zu prüfen. ‚Sucht macht Sinn‘, könnte man sagen. Am besten kann man die drei oben genannten allgemeinen Konstruktionen von ‚Sucht‘ und ‚Süchtigen‘ am Beispiel der Tabakraucher:innen verdeutlichen, also an einem sehr weit verbreiteten Phänomen in Deutschland (ca. 17 Mio. Deutsche rauchen, Prävalenz von 32 % in der erwachsenen Bevölkerung – Stand Juni 2023; Kotz 2023). Zigarettenkonsum dient ihnen als Alltagsstrukturierung, Genussmittel und Ritual mit erheblichen gesundheitlichen und auch sozialen Folgen: Circa 127.000 Menschen sterben vorzeitig an tabakbedingten Erkrankungen und ca. eine halbe Million Raucher:innen muss jährlich stationär behandelt werden etc. (Stöver 2021a). Tabakabhängigkeit und -missbrauch ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland – und eine schwere kodifizierte gesundheitliche Störung (nach ICD-11/DSM-5). Sie wird künftig zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkas-

## 1 Grundlagen der Suchtprävention

---

sen von Ärzt:innen behandelt werden können (pharmakologische Behandlung und kognitiv-behaviorale Therapie).

Wir kennen jedoch viele Menschen, die ihren Konsum (auch dauerhaft) reduzieren oder die ganz aufgehört haben – und meistens ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfe(n). Und diese Phänomene sind auch bei anderen Drogenkonsumierenden bekannt, wie in etwa bei Heroin (Höselbarth 2014) oder auch Alkohol (Klingemann 2017) etc.

Bleiben wir beim Beispiel Tabakrauchen/-abhängigkeit: Die Allgemeinvorstellung ‚Einmal süchtig – immer süchtig‘ erweist sich als ein Mythos, der das Verständnis von Sucht in der Allgemeinbevölkerung prägt, aber wissenschaftlich nicht haltbar ist.

Aus therapeutischer Sicht zeigt sich zudem, dass dieses Verständnis fatal ist, weil es die Menschen hilflos ihrer Sucht überlässt. Diverse Studien, u.a. die regelmäßig durchgeführte repräsentative DEBRA-Studie zum Rauchverhalten in Deutschland (Kotz et al. 2020) zeigen, dass die Bereitschaft und Fähigkeit zum Aufhören unter aktuell Rauchenden grundsätzlich hoch ist, aber viele Versuche scheitern bzw. nicht nachhaltig sind. Dies ist auf einer Verhaltens- und einer Verhältnisebene zu erklären (siehe Kapitel zur Verhaltens- und Verhältnisprävention).

Mit der RauS-Studie („Mit dem Rauchen aufhören – Methoden, Hilfen, Hindernisse“; Werse et al. 2023) liegt erstmals eine große Stichprobe (N=6.192) von Personen vor, die detaillierte Angaben zu Rauchstoppversuchen, deren Erfolge sowie begünstigenden und limitierenden Faktoren gemacht haben.

In der Teilstichprobe der aktuell Rauchenden unterscheidet sich die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören kaum nach der Schwere der Abhängigkeit vom Rauchen – über alle Rauchenden hinweg möchte nur rund ein Viertel gar nicht aufhören. Selbst unter denen, die nicht aufhören wollen, möchten mehr als zwei Drittel ihren Konsum reduzieren – auch dies weitgehend unabhängig von der Intensität ihrer Rauchgewohnheit. Es liegt also eine hohe Bereitschaft vor, zumindest Schäden und Risiken zu reduzieren.

Ohnehin hat sich ein wesentlicher Teil der Befragten bereits mit dem Thema Konsumreduktion befasst, wobei sich ambivalente Resultate zeigen: Mehr als die Hälfte hat bereits konkret versucht, das Rauchen zu reduzieren, rund ein Viertel davon erfolgreich. Dazu sind in aller Regel – ähnlich wie bei den Rauchstoppversuchen – mehrere Versuche notwendig. Gerade diejenigen, die bereits viele Versuche zur Konsumreduktion unternommen haben, waren häufiger nicht erfolgreich; umgekehrt brauchten die ‚Erfolgreichen‘ mit im Schnitt rund fünf Versuchen weniger Anläufe. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es einen wesentlichen Teil unter den Raucher:innen gibt, für die Konsumreduktion keine Option ist, da sie damit, wenn überhaupt, nur vorübergehend erfolgreich sein können. Allerdings existiert auch eine signifikante Gruppe, die für Konsumreduktion empfänglicher ist, sowie das o. g. hohe Potenzial unter aktuell Rauchenden zur Risikominimierung qua Reduktion. Zudem war knapp ein Drittel der nicht mehr Rauchenden damit erfolgreich, mittels schrittweiser Reduktion zum Rauch-

stopp zu gelangen – obwohl Kontrolliertes Rauchen als dezidierte Ausstiegsmethode (Frederiksen 1979) oftmals eher negativ bewertet wird. In bestimmten Teilgruppen aktuell Rauchender scheint Konsumreduktion mithin ein lohnender Ansatz zur Schadensreduktion oder auch anschließendem Rauchstopp zu sein.

Im Schnitt benötigten Befragte, die mit dem Rauchen aufgehört haben, knapp vier ernsthafte Rauchstoppversuche. Bezogen auf die Gesamtstichprobe werden E-Zigaretten insgesamt deutlich am häufigsten als Methode zum Rauchstopp genannt, was angesichts der Überrepräsentation von ‚Dampfer:innen‘ auch zu erwarten war. Bemerkenswert ist indes, dass E-Zigaretten von denjenigen, die sie als Rauchstoppmethode genutzt haben, auch mit Abstand am besten bewertet wurden. Ansonsten ist, wie aus anderen Erhebungen bekannt, die eigene Willenskraft die am häufigsten angegebene Methode; diese wird auch mit am besten bewertet. Für diese Kategorie, die nicht im engeren Sinne als ‚Methode‘ zu betrachten ist (ähnlich wie die ebenfalls oft genutzte und gut bewertete Unterstützung durch das soziale Umfeld), sind die erfragten unterstützenden und limitierenden Faktoren (s. u.) von besonderer Bedeutung.

Unter den eher wenig genutzten Rauchstoppmethoden fällt auf, dass Apps und Websites sowie Ortswechsel vergleichsweise gut bewertet werden – hier existiert möglicherweise ein Potenzial, das stärker genutzt werden könnte. Ähnliches zeigt sich für Ersatzrituale: Neben den häufig genannten Kaugummis sowie diversen essbaren Dingen wird eine Vielzahl von Möglichkeiten angegeben, sich alternativ zu beschäftigen. Ausstiegswilligen könnte ggf. geraten werden, individuelle Ersatzrituale zu entwickeln.

Auffällig ist darüber hinaus, dass ‚sonstige‘ – auch sehr individuelle Methoden – eine der am positivsten bewerteten Kategorien unter den Ausstiegsmethoden ist. Ein oft genannter und aus nachvollziehbaren Gründen wenig ‚empfehlenswerter‘ Auslöser ist dabei eine Krankheit o. ä., aufgrund derer nicht geraucht werden konnte. Daneben sind, nicht nur bei Frauen, Schwangerschaften bzw. Geburten ein mehrfach erwähnter Ausgangspunkt für den Rauchstopp.

Eher negativ bewertet als Rauchstoppmaßnahme werden (neben alternativmedizinischen Ansätzen) diverse der als evidenzbasiert geltenden Methoden, allen voran die vergleichsweise häufig probierten Nikotinersatzprodukte, daneben auch Kurzberatungen. Angesichts dieser Resultate stellt sich die Frage, ob Fachgesellschaften sich weiterhin derart klar auf diese Methoden konzentrieren sollten (s. u.).

Bei den abgefragten Hilfen zum Rauchstopp wird deutlich, dass das Thema Gesundheit die mit Abstand dominierende Rolle spielt. Während bereits eigene Erkrankungen, die nichts mit dem Rauchen zu tun haben, oftmals als Startpunkt für Rauchstoppversuche genutzt werden, werden das Bewusstsein um mögliche Schäden und Regeneration, konkrete eigene gesundheitliche Probleme oder solche im engeren Umfeld als besonders wichtige Hilfen betrachtet. Auch Verantwortung für eigene Kinder, angefangen mit Schwangerschaften, später in Form einer Vorbildfunktion, ist für viele Raucher:innen eine wichtige Hilfe für den Rauchstopp. Auch wenn den meisten Rauchenden die Bedeutung dieser Aspekte bewusst sein

### 3 Geschichte der Suchtprävention

#### Zusammenfassung

Das Kapitel beleuchtet die Entwicklung der Suchtprävention seit den 1970er-Jahren bis heute und stellt hierbei wichtige geschichtliche Bezüge zu den verschiedenen Ansätzen in der Präventionsarbeit mit Blick auf deren unterschiedlichen Zielsetzungen her. Anhand dieser Entwicklungen und Prozesse werden allgemeine Zielsetzungen der Suchtprävention dargelegt und die hierfür erforderlichen Akteur:innen und Strukturen veranschaulicht. In diesem Zusammenhang werden Verantwortlichkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen dargelegt und Erforderlichkeiten für eine erfolgreiche Suchtprävention herausgearbeitet. Eine ausführliche Darstellung eines Praxisbeispiels für eine nicht-evidenzbasierte Präventionsmaßnahme zur Veranschaulichung, wie Prävention nicht ausgeübt werden sollte, bildet den komplementären Gegenpol hierzu. Die Erläuterung des Konzepts der Schadensminimierung sowie eine Positionierung für die Rolle v. a. der Sozialen Arbeit in der Prävention schließen das nachfolgende Kapitel ab und leiten zur Evidenzbasierung über.

Die Suchtprävention war über Jahrhunderte hinweg – und ist es teilweise heute noch – ein probates Werkzeug der Politik, das nach Bedarf eingesetzt oder weggelassen werden konnte. Dieser Prozess vollzog sich im Spiegel der Zeit/des Zeitgeists und im Kontext der gesellschaftlichen Machtverhältnisse, die bestimmten, welches Verhalten als ‚normal‘ und welches als ‚unnormal‘ oder ‚gefährlich‘ definiert wurde.

Scheerer (1989) zeigt auf, dass Drogenpolitik und die Suchtprävention als Teil davon immer ein Mittel war, um gesellschaftliche Minderheiten zu kontrollieren, zu sanktionieren und zu kriminalisieren. Suchtprävention ist also als ein selektiver Prozess im Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen Machtverhältnisse zu verstehen, in denen Minderheiten verfolgt oder bestärkt werden können: Ist der Cannabisgebrauch Gegenstand einer subkulturellen Hippiebewegung oder in der Mitte der Gesellschaft angekommen – entsprechend verändern sich Reaktionen und Problemsichtweisen auf die Substanzen. Aber auch wachsendes gesundheitspolitisches Bewusstsein (z. B. gegenüber Rauchen) führt zu veränderten Problemwahrnehmungen und suchtpreventiven Maßnahmen.

Historisch gesehen ist ‚Prävention‘ und v. a. auch ‚Suchtprävention‘ kein wertfreier Prozess, sondern immer als interessengeleitet zu verstehen. Die Problemidentifikation und -definition sowie die entsprechenden Maßnahmen sind Ausdruck der jeweiligen macht- und gesundheitspolitischen Konstellationen.

Der Historiker Jakob Tanner (1993) zeigt an einigen Beispielen auf, wie äußere Umstände verschiedene Gesellschaften dazu bringen, völlig unterschiedliche Substanzen als ‚gefährlich‘ zu deklarieren und präventive Maßnahmen gegen deren Gebrauch oder Missbrauch in die Wege zu leiten. Im Europa des 16. und 17. Jahrhunderts z. B. schien der demonstrative Genuss von v. a. Kaffee, Tee und Tabak, die im Rahmen der kolonialen Expansion nach Europa gelangten, für die kulturelle und politische Elite eine solche Gefahr darzustellen, so dass mit vielfältigen Verboten – bis hin zur Todesstrafe – versucht wurde, dieser Genusskultur Einhalt zu gebieten – natürlich immer mit dem Hinweis auf eine vermeintliche

### 3 Geschichte der Suchtprävention

---

oder reelle Schädlichkeit der verbotenen Substanz für den/die Einzelne/n bzw. für die ‚Volks Gesundheit‘/die Gesamtbevölkerung (vgl. auch Schivelbusch 1993).

‚Drogenprobleme‘ und ‚Prävention‘ gehen also immer miteinander einher, sind politisch und auch fachlich oft verwoben – insgesamt geht es um eine Herausforderung der Machteliten. Sobald sie sich bzw. das System, das sie repräsentieren, als ‚gefährdet‘ sehen, werden entsprechende drogen-/gesundheitspolitische und v. a. repressive Maßnahmen eingeleitet. Wenn der Konsum als ‚systemstabilisierend‘ betrachtet wird, erfolgen hingegen keine Problematisierung und auch keine präventiven Strategien.

Drogenkulturhistorisch betrachtet wird dieser Zusammenhang noch deutlicher: Der italienische Kulturhistoriker Piero Camporesi beschreibt in seinem Buch „Das Brot der Träume. Hunger und Halluzination im vorindustriellen Europa“ (1990), wie die Armen psychoaktive Substanzen wie Mohn, Hanf und Mutterkorn in ihre Alltagsernährung miteinbezogen, um einerseits ihre Hungergefühle zu lindern und andererseits aus ihrem Schicksal in „künstliche Paradiese“ entfliehen zu können. Auch die rapide Ausbreitung des Branntweinkonsums in Europa im 18. Jahrhundert kann so erklärt und angeführt werden: Der Schnaps war billig, einfach herzustellen und dazu erst noch kalorienreich; er half, den Hunger zu stillen und die unmenschlichen Arbeitsbedingungen zur Zeit der industriellen Revolution zu ertragen – Funktionen, die im Übrigen die Kokapflanze in südamerikanischen Ländern bis heute erfüllt. Was zu Beginn der industriellen Revolution kein Problem darstellte, weil die arbeitenden Massen ruhig gehalten werden konnten, änderte sich, als sich die Industrialisierung etabliert hatte und die Gewinne auch mit weniger ausbeuterischen Methoden realisiert werden konnten: Nun mehrten sich die Stimmen, die den Alkoholkonsum zum „Problem“, zur „Pest“ und zur „Seuche“ umdefinierten. Tanner (1993, S. 5) zeigt an diesem Beispiel auf, wie manipulativ mit dem Begriff „Drogenproblem“ umgegangen wird: Der – unangemessene – Lösungsversuch eines Problems wurde also kurzerhand zum Problem umdefiniert – dieser Prozess lässt sich bis in die Gegenwart hinein verfolgen.

Prävention im Sinne von Ursachenbekämpfung wurde nicht betrieben, vielmehr wurde „die „Alkoholfrage“ während Jahrzehnten von gesellschaftlichen Autoritäten instrumentalisiert und auch missbraucht [...] für soziale Disziplinierung, für die Stigmatisierung von Minderheiten, für die Durchsetzung eines Normalitätsideals im Dienste von nationalistischen und volkswirtschaftlichen Zielsetzungen.“ (Tanner 1993, S. 5).

Tanner (1993) und Schivelbusch (1993) zeigen auf, wie bestimmte psychoaktive Substanzen Karriere machen von einer Alltags- zu einer Problemdroge, hin zu einem Genussmittel und wiederum zu einer Problemdroge – von einer ‚Verteufelung‘ hin zu einer Integration und Nutzung therapeutischer Potenziale (z. B. Cannabis).

#### 3.1 ‚Drogenprävention‘ in den 70er-Jahren

Angesichts einer Zunahme des Konsums illegalisierter Drogen (v. a. Cannabis, Opioide und LSD) beschränkte sich die Prävention bis spät in die 70er-Jahre

des letzten Jahrhunderts auf die Strategien des Verbots, der Abschreckung und der (einseitigen) Aufklärung. Legale Drogen waren kaum im Visier der Präventionsagenturen. Unbelegt herrschte – systemdestabilisierend – die Angst vor, Jugendliche/Heranwachsende könnten massenhaft nach Nepal auswandern, mit der wachsenden Zahl der Aussteiger seien die Renten nicht mehr gesichert und das „amotivationale Syndrom“ „verweichliche“ die Jugend (Protokoll des Deutschen Bundestages 1971).<sup>4</sup> Die Prohibitionspolitik wurde bis auf eine kleine ‚Legalize-It‘-Bewegung gesamtgesellschaftlich unwiderrspochen hingenommen.

### 3.2 ‚Suchtprävention‘ in den 80er-Jahren

In den 80er-Jahren mehrten sich kritische Stimmen in Bezug auf die als einseitig empfundene Prohibitionspolitik gegenüber illegalen Drogen. Kritik wurde bereits laut wegen der ausschließlichen Fixierung auf Primärprävention, die nach einiger Erfahrung und wachsender Konsumprävalenz mit dieser eindimensionalen Ausrichtung der Drogenprävention auf Verhinderung kaum wirksam war. Auch verwiesen Kritiker:innen darauf, dass die Warnung vor und Aufklärung über Suchtmittel zumindest bei Jugendlichen auch eine konsumfördernde Wirkung haben können (Quensel 1982).

Der Prozess der Differenzierung der Ziele und der Botschaften vollzog sich in den 80er-Jahren hin zum Konzept der ‚Suchtprävention‘ – also nicht länger das alleinige Ziel der Abstinenz, sondern ‚Schadensminimierung/Harm Reduction‘ wurden in die Präventionsbotschaften eingezogen: Es ging darum, die Entstehung von Sucht zu verhindern bzw. die Auswirkungen der Sucht zu lindern.

Die Unterscheidung zwischen ursachen- und symptomorientierter Prävention (oder Prophylaxe) setzt sich deutlicher durch als in den 70ern. Gleichzeitig wird erkannt, dass eine Bekämpfung der Ursachen von Suchtmittelmissbrauch so aufwendig ist, dass die Gefahr von Hilflosigkeit und Resignation besteht – ein Zeichen dafür, dass eine wirkliche Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit von Veränderungen in unserer Sucht- und Konsumgesellschaft stattfindet und die Notwendigkeit für solche Veränderungen nicht nur pro forma erwähnt wird (Hafen 1995).

### 3.3 Von der ‚Suchtprävention‘ zur ‚Konsumkompetenz‘ und zur ‚Drogenmündigkeit‘ – ab den 90er-Jahren

Ende der 1980er-Jahre entwickelte sich ein „akzeptierender Ansatz“ in der Suchthilfe und -politik als Gegenpol zu einer zunehmend als „entmündigend“ empfundenen Drogenpolitik (Schuller/Stöver 1990). Dies geschah vor allem vor dem Hintergrund der Ausbreitung von HIV/AIDS und später HCV. Es wurden niedrigschwellige Drogenhilfeangebote entwickelt, die ohne Vorbedingung (Abstinenzwunsch) angenommen werden konnten. V. a. ging es darum, mehr und mehr die Kompetenzen der Betroffenen einzubinden und ihr Expert:innenwissen für eine

---

4 Übereinkommen vom 21. Februar 1971, BGBl. 1976 II, S. 1477 (Bundesministerium der Justiz o. J.).

### 3 Geschichte der Suchtprävention

---

authentische Ansprache und Durchführung von Hilfen und Präventionsstrategien zu nutzen.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich eine weitere Ausdifferenzierung der Prävention: Z. B. migrations- und geschlechtsspezifische Prävention (Stöver 2021b) oder die Suchtprävention als Gesundheitsförderung. Stigmatisierungen in Sprache, Begriffen und Angebotsgestaltung wurden thematisiert – ebenso wie „Drogenmündigkeit“.

Deutlich wurde (nach Hafen 1995):

- Das Konzept der protektiven Faktoren (Welche Faktoren schützen vor Suchtmittelmissbrauch?) ist dem Konzept der Risikofaktoren (Welche Faktoren prädestinieren zum Missbrauch?) vorzuziehen.
- Kurzfristige Maßnahmen sind nicht effektiv.
- Informationsvermittlung ist kritisch zu beurteilen.
- Die Förderung der Lebenskompetenz ist eine wirksame Präventionsmaßnahme.
- Als Ergänzung zum Lebenskompetenzkonzept ist die Schaffung von Alternativen zum Drogenkonsum positiv zu beurteilen, wobei diese Programme in der Regel keine Auswirkung auf den Suchtmittelmissbrauch haben, wenn sie alleine zur Anwendung kommen.
- Das Konzept der affektiven Erziehung, welches davon ausgeht, dass Suchtmittelmissbrauch in erster Linie durch zwischenmenschliche Defizite verursacht wird, hat ohne konkrete Verhaltensübungen keine (in einigen Studien negative) Auswirkungen auf den Suchtmittelmissbrauch.
- Präventive Maßnahmen sollten bereits im Kindesalter beginnen.
- Präventive Maßnahmen sind für Nichtkonsumierende wirksamer als für Proibierende und Konsumierende.
- Der Einfluss der Familie auf den späteren Umgang mit Suchtmitteln wird in der Prävention zu wenig beachtet.
- Neben der Familie soll auch die Schule vermehrt als Ort präventiver Maßnahmen genutzt werden.
- Die Gestaltung des Peer-Gruppen-Einflusses hat eine hohe Bedeutung für präventive Maßnahmen.
- Präventive Maßnahmen über Massenmedien bedingen sorgfältige Planung, Durchführung und Auswertung.
- Der Forschungsstand ist unzureichend.

#### 3.4 Allgemeine Ziele der Suchtprävention

Das vorrangige Ziel der Suchtprävention besteht darin, den mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen und mit den Folgen abhängigen Verhaltens verbundenen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, vorzubeugen. Die Chance auf ein suchtfreies Leben oder ein von Substanzgebrauchsstörungen weitestgehend unbeeinträchtigtes Leben soll hierdurch für jeden Einzelnen erhöht werden. In der Suchtprävention inkludiert sind alle verhaltens- und verhältnisbe-



## 6 Standards für eine gelingende Verhaltensprävention

---

tionsprogramme scheinen im Vergleich zu universellen und selektiven Programmen besser design und evaluiert zu sein und zeigen oftmals hohe Effizienzgrade (EMCDDA 2009). Die Effekte von frühen Entwicklungsnachteilen mit einer möglichen Entwicklung in eine Substanzgebrauchsstörung können wiederum von der selektiven sowie indizierten Prävention abgeschwächt werden. Durchgeführte Interventionsprojekte in den ersten Schuljahren mit der Zielsetzung, soziale Ausgrenzung zu reduzieren und die schulische Umgebung zu verbessern, können trotz ihrer drogenunspezifischen Beschaffenheit ebenfalls einen abmildernden Effekt auf einen späteren Substanzgebrauch haben (Toumbourou et al. 2007).

### 6.1 ‚Standards‘ von Suchtprävention am Beispiel der europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS)

Suchtprävention umfasst die Aktivitäten der Verhinderung oder Verschiebung des ersten Substanzgebrauchs, die Förderung mit einem Substanzgebrauch aufzuhören, die Reduzierung der Häufigkeit oder Menge des Konsums, die Verhinderung des Fortschreitens in gefährliche oder schädliche Konsummuster und/oder die Verhinderung der negativen Folgen des Konsums. Eines der hauptsächlichen Ziele zeitgemäßer Suchtprävention stellt die Identifizierung der am besten geeigneten Mittel dar, um vor allem junge Menschen und Konsumierende zu unterstützen, indem sie dazu befähigt werden sollen, gesunde und informierte Entscheidungen für sich zu treffen. Des Weiteren geht es um die Reduktion von Vulnerabilitäten und Risikofaktoren sowie vor allem um die Steigerung sozialer und gesundheitlicher Chancengleichheit.

Die europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EDPQS) können als ein erstes europäisches Rahmenwerk sowie als allgemein anerkannte Prinzipien oder Regelwerke betrachtet werden, die Hinweise darauf geben, wie qualitativ hochwertige Suchtprävention durchgeführt werden kann und soll. Dabei implizieren und reflektieren sie einen intern schlüssigen und langfristigen Blick auf Prävention und unterstützen die Bedeutung integrierter Ansätze. Eigenschaften von Suchtpräventionsprogrammen, die im Einklang mit den Standards sind, können wie folgt lauten: Sie besitzen eine Relevanz im Sinne eines zielgerichteten Fokus auf die Erfüllung der Bedürfnisse der Teilnehmenden; sie sind ethisch vertretbar in Form der Verbreitung und Bereitstellung von echten Vorteilen für die Teilnehmenden; sie sind evidenzbasiert, indem ihre Anwendung der besten verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz entspricht und sie sind schließlich effektiv und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen durchführbar (Thüringer Fachstelle Suchtprävention/Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. 2019).

Das Ziel europäischer Qualitätsstandards besteht folglich nicht darin, eine Vereinheitlichung der Präventionsarbeit zu erlangen, sondern ein ähnliches Qualitätsniveau in ganz Europa zu erreichen und dabei die Vielfalt der bestehenden Praktiken anzuerkennen. Um die Frage zu beantworten, wofür konkret diese Standards eingesetzt werden können, gibt es ebenfalls Empfehlungen und Vorschläge für deren Verwendung. Beispielsweise können sie für die Bereiche Information, Bildung und Anleitung, die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien, Selbstreflexion, Gruppendiskussionen und Leistungsbeurteilung angewendet werden. Hinge-

gen wird abgeraten, sie für die Bereiche der formalen Selbstbewertung, Finanzierungsentscheidungen, externe Akkreditierungen sowie als einen Ersatz für die Ergebnisevaluation zu verwenden.

Trotz des Bezugs auf Programme können die Standards für die Reflexion der Präventionsarbeit ebenfalls für verschiedene Durchführungsebenen genutzt werden – einschließlich Personen, Aktivitäten, Organisationen oder auch Strategien. In Bezug auf Personen können die Standards beispielsweise für die berufliche Entwicklung sowie zur Reflexion der gegenwärtigen Praxis genutzt werden. Unter Organisationen werden u.a. Dienstleistungsanbieter oder Schulen verstanden, so dass die Standards hier zur Verbesserung von z. B. organisationalen Veränderungen und Strategien eingesetzt werden können, damit Zielgruppen eine optimale Versorgung erhalten.

Fachkräfte sowie Interessierte der Suchtprävention, welche die Standards nutzen können, sind wiederum ebenfalls in verschiedenen Bereichen anzutreffen. Das bedeutet, die Standards finden Anwendung z. B. auf der Politik- und Entscheidungsebene wie unter Regierungsvertreter:innen, drogenpolitischen Sprecher:innen oder auch Finanzgeber:innen. Aber auch auf Managementebene (Leiter:innen von Suchtpräventionsprojekten), Durchführungsebene (Suchtpräventionsfachkräfte, Sozialarbeiter:innen, Lehrer:innen etc.), Schulungsebene (Praktiker:innen wie Sozialarbeiter:innen), Aufsichtsebene (z. B. extern Betreuende), Programmentwicklungs- und schließlich der Koordinierungsebene können die Standards genutzt werden.

Anzumerken ist, dass nicht alle Standards für alle Professionen die gleiche Relevanz besitzen. Eine Empfehlung diesbezüglich lautet, dass sich Fachkräfte zunächst über einen Programmzyklus und eine Modulliste einen ersten Überblick über die Standards verschaffen sollten, bis die Festlegung der für ihre beruflichen Bedürfnisse wichtigsten Standards erfolgt ist. Entsprechend sollte die Beschäftigung sowie die Auseinandersetzung mit Standards als ein langfristiger Prozess gelten, bei welchem sie im Verlauf der Zeit zu Rate gezogen werden können, um die Kenntnisse und die Arbeit der Fachkräfte schrittweise weiterzuentwickeln (Thüringer Fachstelle Suchtprävention/Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. 2019).

## 6.2 Programmzyklus der Qualitätsstandards

Im nachfolgend skizzierten Programmzyklus, der eine Beschreibung der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von suchtpreventiver Arbeit beschreibt, sind die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention chronologisch angeordnet. Dieser Programmzyklus stellt ein vereinfachtes Modell der Suchtprävention dar, so dass dessen Struktur als gute Möglichkeit gedeutet wurde, eine verständliche Sammlung an Qualitätsstandards abzubilden. In der Realität kann die Präventionsarbeit dennoch anders aussehen und von der in diesem Zyklus gezeigten Anordnung abweichen. Demnach gilt es für Fachkräfte und Anwender:innen, den Programmzyklus individuell an die Gegebenheiten ihres Programms im Rahmen ihrer Präventionsarbeit anzupassen. Möglicherweise sind bestimmte Mo-

## 6 Standards für eine gelingende Verhaltensprävention

dule nicht notwendig oder die Reihenfolge der Standards sollte begründet und gerechtfertigt ggf. geändert werden. Genau jene Flexibilität trägt dazu bei, dass das Manual in allen Bereichen der Suchtprävention anzuwenden ist und darüber hinaus eine Relevanz und Nutzbarkeit besitzt.

Insgesamt besteht der Programmzyklus aus acht Phasen – der Bedarfsanalyse, Ressourcenanalysen, Programmformulierung, Interventionsdesign, Management und Aktivierung der Ressourcen, Umsetzung und Monitoring, Abschließende Evaluation sowie Verbreitung und Verbesserung (Abb. 11). Gleichzeitig Anwendung finden höchstwahrscheinlich die Bedarfs- und Ressourcenanalyse sowie das Interventionsdesign und Management wie auch die Aktivierung der Ressourcen – weshalb sie in den gleichen Farben gehalten werden. Die sogenannten vier Querschnittskriterien – A Nachhaltigkeit und Finanzierung, B Kommunikation und Einbindung von Stakeholdern, C Personalentwicklung und D Ethische Suchtprävention – werden keiner bestimmten Phase zugeordnet, sondern spielen in jede Phase mit hinein und sollten somit jederzeit bedacht werden.

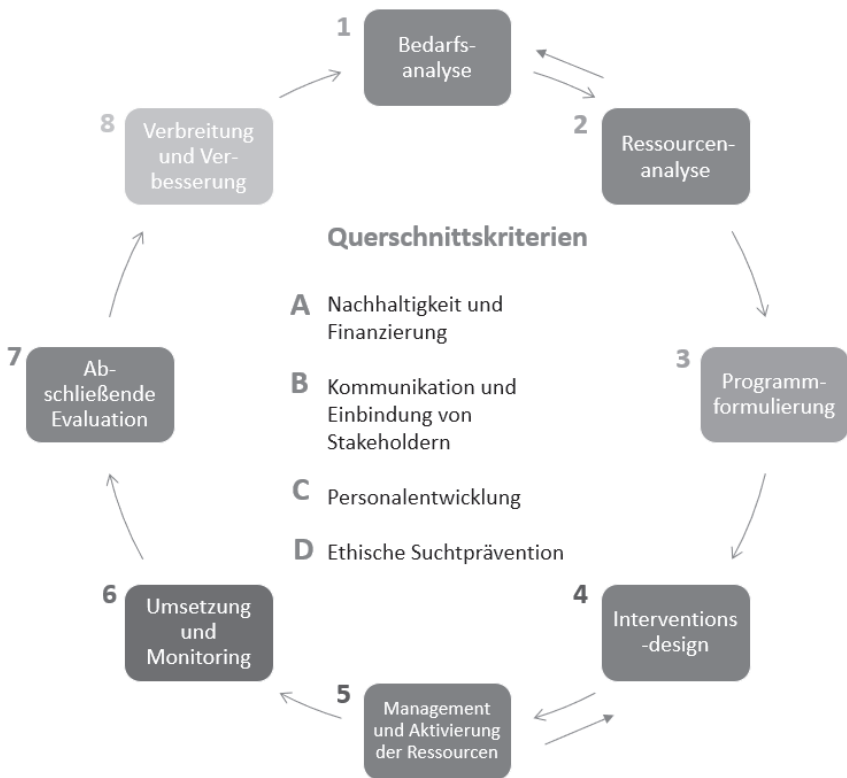


Abbildung 12: Der suchtpreventive Programmzyklus. Quelle: Thüringer Fachstelle Suchtprävention/Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. 2019.

tuationen wurde der HaLT-Ansatz als hocheffektiv beschrieben (Wurdak/Wolstein 2012). Das Projekt ist wissenschaftlich evaluiert und qualitätsgesichert (Eichin/Kuttler 2021).

### 8.3 „Trampolin“ – Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte im Rahmen eines Forschungsverbundes gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) an der Katholischen Hochschule NRW im Rahmen des Projekts „Trampolin“ ein modulares Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Vorrangige Ziele bestanden in einer möglichen Implementierung des Präventionsprogramms in verschiedene Settings, einer Reduzierung der psychischen Belastung teilnehmender Kinder sowie einer Erhöhung ihrer Handlungskompetenz im Sinne eines langfristigen Empowerments. Weiter sollte sich das Programm niedrigschwellig sowie alters- und gendersensibel ausrichten und leicht durchzuführen sein. Die Maßnahme sollte beide Möglichkeiten offerieren, zum einen die Eltern miteinzubeziehen, zum anderen aber auch ohne das Engagement der Eltern nur für Kinder durchführbar sein (Bröning et al. 2012). Hintergrund für die Entwicklung des Präventionsprogramms waren die hohen und komplexen Belastungen seitens der Kinder von Eltern mit Substanzgebrauchsstörungen, wobei Kinder aus suchtbelasteten Familien als eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Abhängigkeitserkrankung gelten (Zimic/Jacic, 2012). Das BMG reagierte mit dieser Ausschreibung v. a. auf das Fehlen eines standardisierten und evaluierten Präventionskonzepts für Kinder von suchtbelasteten Eltern in Deutschland.

In der ersten Projektphase wurde das sogenannte Gruppenprogramm „Trampolin“ im Austausch mit Forschung und Praxis speziell für Kinder von Eltern mit substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen konzipiert. Mithilfe eines passenden Manuals ist es leicht erlern- und durchführbar. Es setzt sich aus insgesamt neun wöchentlichen Kinder-Modulen à 90 Minuten zusammen, in welchen die zentrale Thematik der elterlichen Sucht und der Umgang mit dieser fokussiert wird. Hierbei handelt es sich um ein methodisch abwechslungsreiches Programm, wobei die Ressourcenorientierung dabei das wesentliche Fundament repräsentiert. Darüber hinaus wurde ein Eltern-Modul entwickelt, welches in der Regel im Rahmen von zwei Treffen à anderthalb Stunden durchgeführt wird. Ambulante Beratungsstellen der Sucht-, Jugend-, Familien- und Selbsthilfe wurden als natürliches Setting hierfür angestrebt (Bröning et al. 2012).

Die Evaluation an 27 ausgewählten Projektstandorten in Deutschland mit 218 Kindern im Durchschnittsalter von 9,79 Jahren fand in der zweiten Projektphase statt. Zur Wirksamkeitsüberprüfung wurde ein prospektiv randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign mit drei Messzeitpunkten gewählt. Die Ergebnisse der Evaluation zeigten, dass die Kinder von beiden Interventionen in unterschiedlichen Bereichen wie der Stressbewältigung, des Selbstkonzepts und der Lebensqualität profitiert haben. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wiesen jedoch die Teilnehmenden der „Trampolin“-Gruppe nach der Intervention und auch nach

## 8 Beispiele guter Praxis

---

sechs Monaten eine geringere psychische Belastung und einen besseren Kenntnisstand zum elterlichen Suchtverhalten auf. Weiter zeigte sich im Elternurteil eine signifikant höhere Stressbewältigungskompetenz – die konstruktiv-selbstberuhigende Emotionsregulation betreffend. Insgesamt wurde eine hohe Akzeptanz des „Trampolin“-Programms von Seiten der Kursleiter:innen sowie der teilnehmenden Kinder und Eltern deutlich. In Bezug auf die Weiterempfehlung des Programms war Trampolin der suchtspezifischen Intervention überlegen. Schließlich lässt sich resümieren, dass mit dem manualisierten Präventionsprogramm ein standardisiertes und qualitativ hochwertiges sowie evidenzbasiertes Angebot für Kinder aus suchtblasteten Familien vorliegt. Das Programm erfährt eine hohe Akzeptanz, zeigt eine positive Wirkung auf teilnehmende Kinder und ist nicht zuletzt aufgrund seiner modularen Struktur in einer Vielzahl von Settings einsetzbar (Bröning et al. 2012).

### 8.4 „FreD“ – Frühintervention bei Erstauffälligkeit

Das Präventionsprogramm „FreD“ steht für **Frühintervention** bei erstauffälligen **Drogenkonsument:innen** und entstand im Rahmen eines von der LWL-Koordinationsstelle Sucht entwickelten und erprobten Bundesmodellprojektes. Kooperationspartner:innen sind die Stellen, bei welchen Jugendliche als Drogenkonsumierende aufgefallen sind – um schließlich über diese Settings den Kontakt zu den Jugendlichen herzustellen. Ausgangspunkt für das Projekt waren die steigenden Zahlen von drogen- und insbesondere cannabiskonsumierenden jungen Menschen Ende der 1990er-Jahre und darüber hinaus die Erkenntnis, dass die Jugendlichen bei sich selbst häufig keinen Beratungsbedarf sahen. Zwischen 2000 und 2002 beschäftigte sich das Modellprojekt mit der Frage, ob und wie junge Menschen zwischen 14 und 21 Jahren bei einer polizeilichen Erstauffälligkeit mit illegalen Substanzen, für die Inanspruchnahme eines Beratungsgesprächs mit anschließender Kurzintervention motiviert werden können. Im Jahr 2007 wurde dann der FreD-Kurzinterventionsansatz von der LWL-Koordinationsstelle Sucht unter dem Namen „FreD goes net“ in andere Länder Europas transferiert. Seither und aus diesem Anlass wurde der FreD-Ansatz erweitert, indem nun auch andere Vermittler:innen und Kooperationspartner:innen wie Schulen, Betriebe, Jugendhilfeeinrichtungen sowie Eltern mit im Fokus stehen. Zudem wurde das Programm in Anlehnung an aktuelle Entwicklungen auch auf den riskanten Alkoholkonsum ausgeweitet. Zusammenfassend lässt sich das FreD-Handlungsprinzip so erklären, dass auf eine Auffälligkeit mit legalen oder illegalen Substanzen eine gesundheitsbezogene Intervention folgt (Landschaftsverband Westfalen-Lippe/LWL 2000).

Hauptsächlich stützt sich FreD auf zwei Methoden: Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) und Motivational Interviewing (M.I.). Das vorrangige Ziel des Präventionsprojektes besteht darin, erstauffällige Jugendliche durch eine frühzeitige Intervention vor dem Risiko einer stoffgebundenen Abhängigkeit zu schützen. Bestenfalls soll bei den Jugendlichen eine kritische Selbstreflexion angeregt werden. Im Kontext eines Früh- und Kurzinterventions-Ansatzes sollen Jugendliche in Form eines Kurses darin unterstützt werden, eine eigene Haltung zu ihrem Konsum zu entwickeln und im Anschluss selbstverantwortlich mit

Substanzen umzugehen. Hierfür ist FreD als Kooperationsprojekt konzipiert, um durch andere Institutionen wie Polizei, Schule oder Betrieb Kontakt und Zugang zu Jugendlichen zu erhalten. Des Weiteren beruht das Selbstverständnis von FreD auf einer frühzeitigen Hilfe zur Selbsthilfe und versteht sich nicht als Strafe. Statt auf Sanktionen zu setzen, motiviert das Programm zur Selbstreflexion und möchte auf diese Weise dafür sorgen, dass es bei einem einmaligen Auffallen bleibt. Junge Menschen zwischen 14 und 21 Jahren, die als experimentierende bis riskante Substanzkonsumierende bei unterschiedlichen Institutionen auffällig geworden sind, bilden die Zielgruppe von FreD. Alle legalen sowie illegalen Substanzen, bis auf Heroin, sind mit inbegriffen.

Sowohl die Berichte von diversen FreD-Standorten als auch die Erfahrungen mit dem Modellprojekt FreD in Deutschland und Europa haben belegt, dass, je genauer das Konzept umgesetzt wird, die Chance auf Erfolg desto größer ist. Die LWL-Koordinationsstelle Sucht hat als Gesamtprojekträger zum einen inhaltliche Qualitätsleitlinien formuliert und bietet zum anderen eine Zertifikatsausbildung zum FreD-Trainer an – um schließlich den Kursleiter:innen und FreD-Trainer:innen einen Kompass für eine erfolgreiche Durchführung an die Hand geben und gleichzeitig die Qualität sichern zu können (Landschaftsverband Westfalen-Lippe/LWL 2000).

### 8.5 „Theater RequiSit“ – Ein innovatives Konzept zur Suchtprävention

Das Theater RequiSit stellt ein äußerst innovatives Konzept zur Suchtprävention dar, welches 1995 als kleines EU-Projekt der SiT e.V. gegründet wurde und seit Juli 2012 als eigenständiger Verein (Requisit e.V.) unter Leitung der Diplom- und Theaterpädagogin Nora Staeger gemeinsam mit ehemals suchtmittelabhängigen Darsteller:innen mittlerweile jährlich im Rahmen von rund 150 Veranstaltungen Zuschauer:innen begeistert. Darüber hinaus ist Theater RequiSit anerkannter Träger der freien Jugendhilfe gemäß § 75 KJHG i.V.m. § 10 Hessisches Kinder- und Jugendhilfegesetzbuch (RequiSit e.V. o. J.). Die Leiterin Nora Staeger erklärt in einem Beitrag des Verbandsmagazins „Der Paritätische“ (Der Paritätische 2023) das Konzept des besonderen Präventionsprojekts. Theater RequiSit spielt Improvisationstheater, in dessen Rahmen, im Gegensatz zu anderen Theaterformen, ohne vorgefertigten Text und einstudierte Rollen agiert wird. Infolgedessen eignet sich die Kunstform des Improvisationstheaters in besonders guter Weise für das Erlernen eines positiven sozialen Miteinanders im Alltag, es fördert einen vertrauensvollen Umgang miteinander, die eigene Kreativität und das persönliche Wachstum. In Anlehnung an Keith Johnstone setzen die Spieler:innen von RequiSit ohne Text und feste Rollen die Vorschläge des Publikums spontan und kreativ um und zaubern auf Zuruf der Zuschauer:innen in Sekundenschnelle Szenen auf die Bühne. Das Besondere an RequiSit ist, dass explizit *kein* ‚Suchttheater‘ im Rahmen des Improvisationstheaters gespielt wird – wie es wohl auf den ersten Blick erwartet werden würde. Vorwiegend werden die Veranstaltungen an Schulen und Ausbildungsbetrieben durchgeführt, wobei bewusst keine Suchtthemen auf die Bühne gebracht werden. Das Ziel hierbei besteht darin, keine Klischees abzubilden, sondern im Sinne der Suchtprävention ein angenehmes und respektvolles Setting auf

## Sachregister

### A

Abhängigkeit 12, 14–16, 18, 20, 22, 24, 32, 38, 55, 57, 60, 61, 74, 85, 87, 107, 108, 110, 119, 120, 122

Abschreckung 53, 59, 61

– Abschreckungskonzept 61

Abstinenz 11, 17, 23–26, 38, 39, 53, 62, 74, 85, 104, 111–113, 128

Akzeptanzorientiert 24, 25, 36, 62, 66

Alkohol

– Alkoholgebrauchsstörung 22, 26, 113

– Alkoholprävention 44, 72, 76, 78, 80, 82, 90, 117, 118, 129, 130, 132, 134, 135

Altersbeschränkungen 44

### B

Bedarfsanalyse 94, 96, 107

Beikonsum 39, 40, 42

Benzodiazepine 42, 43

Betäubungsmittelgesetz 56, 87

Bewältigung 9, 22, 23, 31–33, 39, 42, 102, 112, 127

Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell 31, 75

Bio-psycho-soziales Modell 11, 18–20, 26, 75

Bleib stark! Bleib du selbst! Cannabis & du 124, 125

Blended Councelling 126

Buprenorphin 38

BZgA 55, 83, 90, 114, 116, 117, 129, 130, 132–135

### C

Cannabis 42, 51, 52, 87, 114, 124, 125, 128

Case-Management 64

Checkpoint C 123

Co-Abhängigkeit 16

Crystal 62, 123

### D

Diamorphinbehandlung 38, 39

Drogen 9, 11, 12, 15–17, 19, 24, 26, 27, 33–38, 40–42, 51–54, 56, 59, 60, 62,

79, 86–94, 96, 98, 99, 107, 120, 123, 126

– Drogenkonsumräume 34–36, 87

– Drogennotfall 27, 33–35, 123

– Drogennotfallprophylaxe 33, 35

– Drogenpolitik 51, 53, 88

– Drogenprävention 52, 53, 59, 60

– Drogensprache 15, 17

– Drogenszene 40, 41

– Drogentodesfälle 37

– Drug-Checking 63, 86–90

### E

E-Zigarette 13, 14, 85, 86, 90, 115

Einflussfaktoren 9, 44, 45, 77

Empowerment 20, 26, 31, 34, 55, 63, 64, 102, 119

Evaluation 20, 57, 58, 70–72, 94, 95, 102, 103, 114, 118, 119, 125, 138

Evidenz 51, 69–73, 76, 84, 85, 92, 106

– Evidenzbasierung 51, 69–73, 76

– Evidenzgenerierung 69

### F

Familienbasierte Suchtprävention 104

Finanzierung 58, 74, 93, 94

Forschung 14, 54, 56–58, 69–75, 77, 106, 119, 133, 138

FreD 108, 109, 120, 121

Frühintervention 55, 107–110, 114, 120

### G

Gemeindebasierte Suchtprävention 105

Gemeinwesenarbeit 64

Gesellschaftspolitik 55

Gesundheit

– Gesundheitsförderung 10, 19, 20, 27, 30–34, 44, 46, 49, 54, 56, 58, 63, 65, 66, 77, 79, 89, 90, 100, 102, 105, 113, 114, 134

– Gesundheitspolitik 36, 55, 56, 84

– Gesundheitswesen 63, 65

Grundstandards 95

### H

HaLT – Hart am Limit 117, 118

Harm Reduction 11, 15, 24, 26, 34, 37, 53, 84, 85, 128

## Sachregister

---

- Hepatitis 24, 39  
Heroin 12, 38, 42, 59, 62, 121  
HIV 24, 39, 53, 101
- I**  
Indizierte Prävention 10, 29, 91, 92  
Infektionskrankheiten 24
- K**  
Kokain 21, 42  
Konsum  
– Konsumkompetenz 24, 53, 86, 89, 90  
– Konsumräume 35, 36  
– Konsumreduktion 12, 13, 23, 25, 130  
Kontaktläden 25, 41, 62  
Kontextfaktoren 45, 46, 98, 134  
Kontrolliertes Trinken 111–114  
Kontrollverlust 15, 22, 23, 34, 111  
Krankheitsprävention 10, 27, 28, 32, 49  
Kurzintervention 24, 79, 107–110, 117, 120, 128, 133
- L**  
Lebensbewältigung 22  
Lebenskompetenzprogramme 103  
Lebensweltorientierung 20–22, 75  
Levomethadon 38
- M**  
Makroebene 19, 30  
Massenmediale Kampagnen 99, 104  
Medienkampagnen 58  
Medizinische Rehabilitation 24, 31  
Methadon 37–39  
– Methadonprogramm 38  
Mikroebene 19  
Monitoring 34, 88–91, 94, 125  
Motivierende Gesprächsführung 88, 109  
Multiplikator/innen 64, 65, 100, 118, 132
- N**  
Naloxon 34, 36, 37  
Niedrigschwellig 24, 25, 34, 53, 57, 62, 87, 109, 111, 119, 126
- O**  
Opioid  
– Opioidabhängigkeit 37, 42  
– Opioidüberdosierungen 34, 37  
Ordnungspolitik 36  
Ottawa-Charta 20, 63, 77
- P**  
Partizipation 19–21, 102  
Partizipative Prävention 97  
Pathogenese 27  
Peer Education 99–102, 114  
Peer-Involvement 99, 101  
Peer-Projekte 101  
Peers 19, 30, 63, 99, 100, 102, 103, 133  
Prävention  
– Präventionsgesetz 57  
– Präventionsindikatoren 44–46, 48  
– Präventionsketten 109, 129, 130, 134  
Praxis 39, 44, 51, 59, 64, 66, 69–76, 82, 93, 107, 114, 115, 118, 119  
Preisgestaltung 78  
Primärprävention 53  
Professionalisierung 21  
Psychosoziale Betreuung 25, 36  
Public Health 31, 74, 86, 130
- Q**  
Qualitätsstandards 58, 87, 91–93, 98, 138
- R**  
Rauchen 12–14, 43, 51, 82, 83, 85, 86, 98, 113, 117  
Rauchmelder 125, 126  
Rauchprävalenz 14, 83–85  
Resilienz 32, 74  
Ressourcen 20–22, 32, 33, 45, 46, 57, 61, 62, 65, 85, 92, 94, 95, 104, 119, 129  
Revolution Train 59–62  
Risiko  
– Risikofaktoren 19, 27–30, 32, 54, 60, 65, 75, 82, 92, 124, 128  
– Risikominimierung 12, 35, 88  
– Risikoverhalten 9, 29, 43, 101, 107, 109, 110, 126
- S**  
Salutogenese 27, 31, 33  
Schadensminimierung 23–25, 51, 53, 62, 65, 84, 87

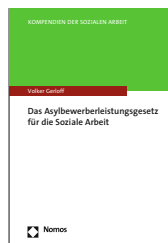


- Schutzfaktoren 18, 19, 27, 29, 32, 33, 49,  
65, 74, 97, 105
- Screening 78, 79, 107, 108
- Sekundärprävention 28, 29, 62, 107
- Selbsteheilung 110
- Selbsthilfegruppen 24, 25
- Selbstkontrollprogramme 25
- Selbstmedikation 11, 15, 42
- Selektive Suchtprävention 29
- Setting-Ansatz 44, 55, 58, 77
- Soziale Arbeit 9–11, 19–21, 26, 49, 51,  
58, 63–67, 69, 86, 114, 123
- Sprache 15–17, 54, 97, 115
- Stigmatisierung 11, 15, 16, 52, 54, 59, 60,  
107
- Streetwork 25, 62, 123
- Strukturelle Prävention 44, 65
- Subsidiaritätsprinzip 55
- Substanzanalyse 88, 89
- Substanzgebrauchsstörung 15, 18–20, 22,  
23, 29, 31, 32, 60, 62, 74, 75, 92
- Substitutionsbehandlung 25, 37–39
- Sucht 11, 12, 15–19, 26, 37, 53, 57, 75,  
77, 79, 87, 90, 99, 103, 107, 119–122
- Suchtprävention 9–11, 19, 20, 23, 24,  
26, 29, 43, 44, 51, 53–62, 66, 67,  
69–77, 79, 89, 91–99, 103–106, 109,  
115, 117, 118, 121, 122, 124, 134
- T**
- Tabak
- Tabakkontrolle 84, 90, 117
- Tabakkontrollpolitik 83
- Tabakpolitik 82
- Tabakprävention 77, 83, 86
- Take-Home-Naloxon 36, 37
- Teilhabe 19, 20, 23, 44, 64, 75
- Tertiärprävention 27–29, 63, 109
- Theater RequiSit 121, 122
- Tobacco Harm Reduction 85
- Trampolin 119, 120
- Transtheoretisches Modell 109, 120
- U**
- Überdosierung 33–37, 39, 87, 88
- Überlebenshilfe 25, 35
- Überlebenssicherung 23, 24
- Universelle Prävention 29, 91
- V**
- Veränderungsmotivation 40, 99, 111, 118
- Verhaltensprävention 27, 43, 44, 57, 79,  
90, 91, 99, 114
- Verhältnisprävention 9, 10, 12, 27, 43,  
44, 55, 57, 65, 77–79, 81, 90, 99, 113,  
114, 129
- Vulnerabilitätsfaktoren 91
- W**
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) 9,  
18, 20, 31, 77–79, 81–84, 130
- Werbebeschränkungen 78, 79
- Werbeverbot 44, 57, 77, 82, 117

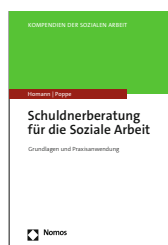


## Bereits erschienen in der Reihe KOMPENDIEN DER SOZIALEN ARBEIT

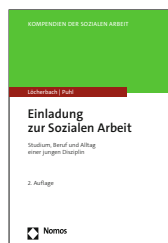
Link zum  
Nomos-Shop



**Das Asylbewerberleistungsgesetz  
für die Soziale Arbeit**  
Von RA Volker Gerloff  
2022, 341 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-6718-2



**Schuldnerberatung für die Soziale Arbeit**  
Von Prof. Dr. Carsten Homann  
und Malte Poppe  
2022, 327 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-6302-3

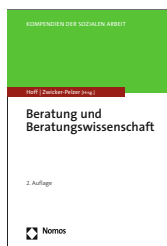


**Einladung zur Sozialen Arbeit**  
Von Prof. Dr. Peter Löcherbach  
und Prof. Dr. Ria Puhl  
2. Auflage 2022, 251 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-8185-0



**Migration und Integration  
in der Sozialen Arbeit**  
Von Prof. Dr. Beate Aschenbrenner-Wellmann  
und Lea Geldner  
2022, 251 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-6832-5





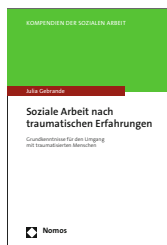
**Beratung und Beratungswissenschaft**  
Herausgegeben von Prof. Dr. Tanja Hoff und  
Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer  
2. Auflage 2022, 239 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-7846-1



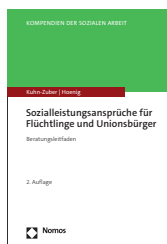
**Jungen als Opfer sexueller Gewalt**  
Von Clemens Fobian, Prof. Dr. Michael Lin-  
denberg und Rainer Ulfers  
2. Auflage 2022, 181 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-7259-9



**Pflegekinderhilfe für die Soziale Arbeit**  
Von Prof. Dr. Klaus Wolf  
2022, 227 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-6707-6



**Soziale Arbeit nach traumatischen  
Erfahrungen**  
Von Prof. Dr. Julia Gebrande  
2021, 245 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-6412-9



**Sozialleistungsansprüche für Flüchtlinge und  
Unionsbürger**  
Von Prof. Dr. Gabriele Kuhn-Zuber  
2018, 304 Seiten, broschiert,  
ISBN 978-3-8487-3206-7

