



Stuttgarter Grundlagenpapier zur Suchtprävention

Selbstverständnis und Aufgaben

Suchtprävention in Stuttgart

Selbstverständnis und Aufgaben

Vorgelegt durch die Beauftragte für Suchtprophylaxe und die Fachgruppe Prävention des Suchthilfeverbundes Stuttgart

Rolf Butsch, Wilde Bühne e. V.

Julia Hirschmüller, GesundheitsLaden e. V., Anlaufstelle bei Essstörungen (ABAS)

Gül Mutlu, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.; Beratungs- und Behandlungszentrum für Suchterkrankungen

Bernd Klenk, Release U21 – Prävention, Information, Beratung

Laura Reidenbach, LAGAYA e. V., Mädchen.Sucht.Auswege.

Lana Schaich, Caritasverband für Stuttgart e.V.; Bereich Sucht- und Sozialpsychische Hilfen

Astrid Schmeel, Pro Kids, Caritasverband für Stuttgart e.V.; Bereich Sucht- und Sozialpsychische Hilfen

Stefan Ulrich, Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.; Beratungs- und Behandlungszentrum für Suchterkrankungen

Annette Faust-Mackensen, Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt

Mitgezeichnet
für den Suchthilfeverbund Stuttgart

Caritasverband für Stuttgart e.V.; Bereich Sucht- und
Sozialpsychische Hilfen

Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.; Beratungs- und Behandlungszentrum für
Suchterkrankungen

GesundheitsLaden e. V.

Klinikum Stuttgart; Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit,
Suchtberatung und Suchtmedizinische Ambulanz

LAGAYA e.V., Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen,
Mädchen.Sucht.Auswege

Release Stuttgart e.V., Release U21 – Prävention, Information, Beratung

Wilde Bühne e.V.

Unter Beteiligung von und abgesprochen mit:

Landeshauptstadt Stuttgart
Abteilung 50-5, Sozialplanung, Sozialberichterstattung und Förderung

AK Suchtprävention

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Strukturen und Rahmenbedingungen	2
3. Grundannahmen Konsum, Rausch und Abhängigkeit.....	4
4. Grundannahmen und Leitlinien der Suchtprävention	5
4.1 Ziele der Suchtprävention	5
4.2 Leitlinien der Suchtprävention	6
4.3 Suchtprävention und Gesundheitsförderung.....	7
4.4 Interventionsebenen	8
4.5 Prinzipien und Methoden	9
4.6 Klassifikationen von Suchtprävention.....	11
5. Wirksamkeit von Suchtprävention	12
6. Perspektiven	14
7. Literaturverzeichnis.....	15

1. Einleitung

Der Aktionskreis Suchtprävention hatte im Jahr 2007 ein Grundlagenpapier zur Suchtprävention in Stuttgart erarbeitet und dem Gemeinderat der Landeshauptstadt Stuttgart zur Kenntnisnahme vorgelegt.¹

Die Angebote der Suchtprävention werden regelmäßig den veränderten Bedarfen, sich verändernden Endadressat*innen und Zielen und Anforderungen an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst. Damit verändern sich auch die Leitlinien suchtpreventiven Handelns als Steuerungs- und Planungsgrundlage.

Deshalb wurde dieses Grundlagenpapier von der Beauftragten für Suchtprophylaxe und der Fachgruppe Prävention des Suchthilfeverbundes Stuttgart in einem gemeinsamen Prozess grundlegend überarbeitet. Im Anschluss erfolgte die Abstimmung insbesondere mit den Mitgliedern des AK Suchtprävention und weiteren relevanten Akteur*innen und Kooperationspartner*innen der Suchtprävention in der Landeshauptstadt Stuttgart.

Die wesentlichen Veränderungen betreffen u. a. eine veränderte Sicht auf Abhängigkeitserkrankungen dahingehend, deren Entwicklung mehr als ein Kontinuum zu begreifen, bei dem die einzelnen „Stufen“ nicht scharf voneinander abgrenzbar sind.² Ein vorrangiges Ziel von Suchtprävention besteht damit darin, zu einem eigenverantwortlichen, kontrollierten, überlegt und möglichst risikokompetenten Umgang mit Suchtmitteln bzw. nicht-stoffgebundenen Verhaltensweisen zu befähigen. Durch die Anbindung an die kommunale Gesundheitskonferenz und die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsplanung zielt Suchtprävention in Stuttgart auch darauf ab, die Gesundheit in den Lebensbereichen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben“ und „Gesund und aktiv älter werden“ zu fördern. Um diese Ziele umzusetzen, werden suchtpreventive Maßnahmen auf Grundlage von regionalen Bedarfsanalysen unter Zugrundelegung der Prinzipien Lebensweltorientierung, Empowerment und Partizipation initiiert und umgesetzt.³ In Zusammenarbeit mit der Gesundheitsplanung und unter Einbeziehung aller relevanten Akteur*innen werden Themen der Suchtprävention koordiniert und mit den Kooperationspartner*innen weiter entwickelt.⁴ Um die Adressat*innen nicht nur kognitiv, sondern auch emotional zu erreichen, ist der Aufbau einer persönlichen Beziehung zwischen Akteur*innen und Adressat*innen erforderlich.

Das Spektrum suchtpreventiver Maßnahmen in Stuttgart ist differenziert und umfangreich bezogen auf die verschiedenen Ziel- und Bedarfsgruppen. Suchtprävention wird nicht nur von unterschiedlichen Trägern ambulanter Suchthilfe, sondern auch von Trägern der Jugendhilfe erbracht. Zudem ist Suchtprävention als verbindliches Thema an baden-württembergischen Schulen verankert. Auch die Polizei initiiert im Verbund mit kommunalen Netzwerkpartner*innen eigenständig konkrete Präventionsmaßnahmen.⁵

¹ Stuttgarter Grundlagenpapier zur Suchtprävention, Selbstverständnis und Aufgaben (GRDRs 225/2007)

² Vgl. Kap. 3

³ Gl. Kap. 4.7

⁴ GRDs 358/2012

⁵ Vgl. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (Hg.), 2010, Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg.

Die notwendige Einbindung bzw. Verknüpfung von Suchtprävention in bzw. mit angrenzenden Hilfesystemen sowie mit vornehmlich kommunalen ordnungspolitischen Konzepten verweist zudem darauf, dass es sich bei Suchtmittelkonsum und der Entwicklung von Abhängigkeiten um „komplexe gesellschaftliche Phänomene“⁶ handelt. Damit verbunden ist eine Verantwortlichkeit für alle angesprochenen gesellschaftlichen Institutionen und Akteur*innen. Politiker*innen, Entscheidungsträger*innen und in der Praxis Tätige wirken zusammen, um die Gestaltung, Weiterentwicklung und Fortführung einer nachhaltigen Prävention zu initiieren und zu gewährleisten. Dies gelingt, wenn sich alle auf gemeinsame Grundlagen, eine gemeinsame Haltung und ein gemeinsames Selbstverständnis beziehen.

Mit der Vorlage des Grundlagenpapiers sind Leitlinien und Grundhaltungen geschaffen, die von allen Akteur*innen in der gemeinsamen Zusammenarbeit getragen werden können. Sie sind Ausdruck des Bestrebens für den Erhalt und Ausbau der bereits bestehenden guten Kooperation zwischen den Akteur*innen und Kooperationspartner*innen in den unterschiedlichsten Lebens- und Arbeitsfeldern.

2. Strukturen und Rahmenbedingungen

Suchtprävention ist ein Baustein der modernen Gesundheitspolitik. Prävention steht als Oberbegriff für alle Maßnahmen, die zur Reduktion des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen. Unter Präventionsmaßnahmen fallen u. a. medizinische, psychologische und pädagogische Interventionen, gesetzgeberische Maßnahmen und öffentlichkeitswirksame Kampagnen.

Die rechtliche Grundlage von Prävention und Gesundheitsförderung ist das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG).⁷ Präventionsmaßnahmen sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag dazu leisten, Risikofaktoren zu vermeiden sowie individuelle gesundheitliche Ressourcen zu stärken.⁸ Gesundheitliche Chancengleichheit soll verbessert, Gesundheitsförderung und Prävention, gerade bei vulnerablen Gruppen unterstützt werden.⁹

Prävention ist in Deutschland durch föderale Strukturen (Bund, Länder und Kommunalebene) und eine Vielfalt von Zuständigkeiten geprägt: z. B. in Fachstellen der öffentlichen Verwaltung, Krankenkassen, Trägern der Wohlfahrtsverbände und soziale Träger. Auf der Bundes-, Länder- und Kommunalebene übernehmen Jugend-, Bildungs-, Sozial- und Gesundheitspolitik und -verwaltung auch Aufgaben der Suchtprävention, die sich ergänzen und teilweise überschneiden. Sie sind durch Gesetze und Erlasse auf Bundes- und Landesebene geregelt und werden weitgehend auf kommunaler Ebene umgesetzt.¹⁰

⁶ Vgl. Zitzmann, Reiner, 2017, Sucht und Suchterkrankungen

⁷ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, 1368, (2015), Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, (Präventionsgesetz – PrävG) Vom 17. Juli 2015

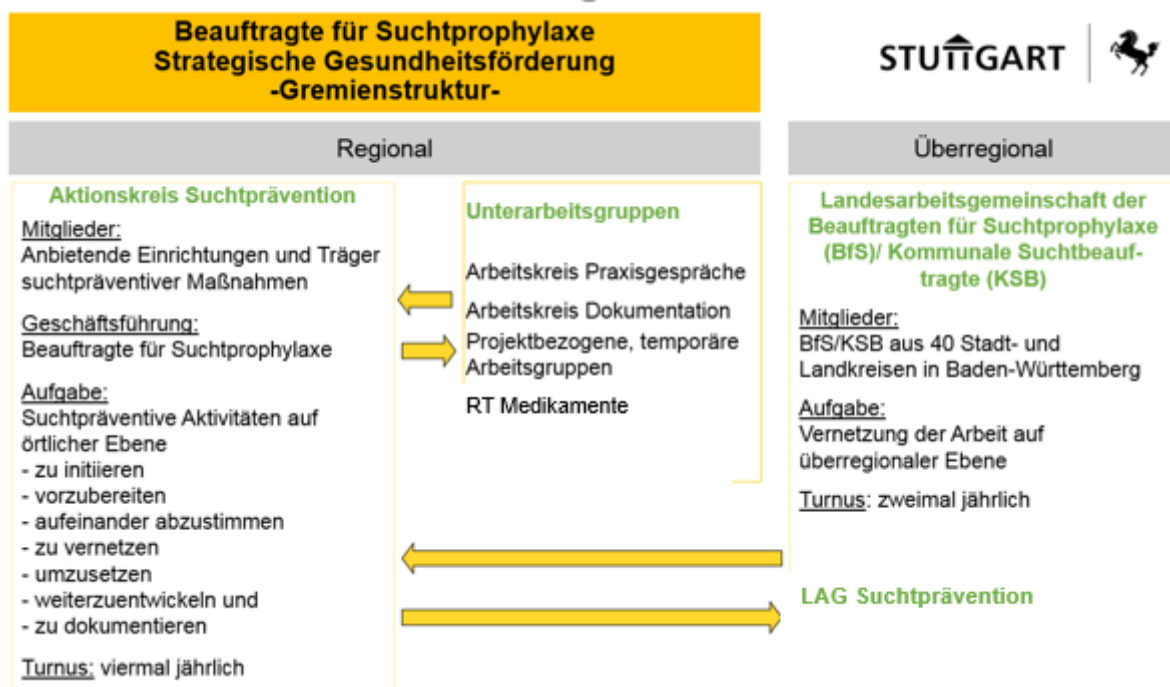
⁸ Vgl. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (2013): Gesundheitsziele.de/Forum Gesundheitsziele Deutschland. Bei den vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelten neun Gesundheitsziele sind für die Suchtprävention insbesondere die beiden Ziele „Tabakkonsum reduzieren“ und „Alkoholkonsum reduzieren“ relevant.

⁹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., (DHS), 2014, Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft.

¹⁰ In der Zuständigkeit der Bundesgesetzgebung stehen insbesondere die Jugendhilfe, der Jugendschutz, der Verbraucherschutz, die Werbung, der Straßenverkehr, das Arzneimittelgesetz, das Betäubungsmittelgesetz und die Suchtmittelsubvention (Bundesmonopolverwaltung für Branntwein, Agrarsubventionen für Wein- und Tabakanbau) sowie die Steuergesetze. Einzelne Aspekte des Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII – Kinder - und Jugendhilfegesetz), des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) bestimmen das präventive Handeln, auch wenn hier nicht explizit rechtliche Grundlagen zur Prävention formuliert werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) greift im Rahmen ihrer Aufgaben neuere Entwicklungen der Suchtprävention auf, entwirft fachliche Leitlinien und Ziele, informiert auf Bundes- und Landesebene über die bestehende suchtpreventive Praxis und unterstützt bei der Konzeption und Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen.¹¹ Daneben wirkt die Verankerung des Public-Health-Ansatzes in Politik, Medizin und Suchthilfe auf die Ausgestaltung, Bewertung und Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und zukunftsorientierten Suchtprävention ein.

Suchtprävention ist eine Querschnittsaufgabe in Handlungsfeldern verschiedener Hilfesysteme und Fachbereiche. Auch in Stuttgart wird dies bereits seit Jahren gepflegt. Die Beauftragte für Suchtprophylaxe initiiert, koordiniert und vernetzt Maßnahmen und Aktivitäten zur Suchtprävention in Stuttgart.¹² Die Strukturen der Kooperationen sind im folgenden Schaubild dargestellt:¹³



Im Suchthilfeverbund Stuttgart haben sich Träger von Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe in Stuttgart zusammengeschlossen, um die Versorgungsangebote besser aufeinander abzustimmen und gemeinsam weiterzuentwickeln. Mitglieder im Suchthilfeverbund sind der **Caritasverband für Stuttgart e. V.**, die **Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.**, **Release Stuttgart e. V.**, **LAGAYA e. V.** sowie das **Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart (gKAÖR)**. In den erweiterten Suchthilfeverbund wurden zwischenzeitlich **GesundheitsLaden e. V.**, **Blaues Kreuz Stuttgart e. V.** und **Wilde Bühne e. V.** als Verbundpartner aufgenommen. Ziel des Zusammenschlusses ist die Bereitstellung hochwertiger und an die jeweils aktuellen fachwissenschaftlichen Erkenntnisse angepasste Betreuungsangebote für Suchtmittelabhängige

¹¹ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013: Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Auflage der „Expertise zu Prävention des Substanzmissbrauchs“

¹² GRDRs der Landeshauptstadt Stuttgart 343/2015: Suchtprävention in der Landeshauptstadt Stuttgart. Qualitative und quantitative Bedarfe“

¹³ Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2014, Stuttgarter Suchtprävention. Ausgangslage – Ziele – Methoden – Perspektiven. (Grdrs 826/2014)

bei gleichzeitiger Optimierung der hierfür eingesetzten Ressourcen.¹⁴ Seit 2015 hat der Suchthilfeverbund eine Fachgruppe Prävention gebildet. Ziele der Zusammenarbeit liegen in Abstimmung, Darstellung, Weiterentwicklung und Sicherstellung der Angebote.

Seit 2008 werden alle suchtpreventiven Maßnahmen der Präventionsfachkräfte der Stuttgarter Suchthilfe und der Beauftragten für Suchtprophylaxe einheitlich dokumentiert¹⁵, analysiert und in einem Jahresbericht dargelegt. Dieser wird dem Sozial- und Gesundheitsausschuss vorgestellt.

3. Grundannahmen Konsum, Rausch und Abhängigkeit

Schon seit Jahrtausenden konsumieren Menschen psychoaktive Substanzen, um ihr Bewusstsein, ihre Stimmung und ihre Wahrnehmung zu verändern.¹⁶ Was sich im Laufe der Zeit verändert hat, sind Verfügbarkeit und Vielfalt. Zudem werden Konsumformen auch durch Erscheinungsformen des gesellschaftlichen Lebens begünstigt: Aufwachsen, erwachsen und älter werden in sich schnell verändernden, immer komplexer und damit unübersichtlicher werdenden Lebenswelten. Menschen aller Altersstufen befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen diesen gesellschaftlichen Leitbildern und den Anforderungen, die an sie herangetragen werden.

Im Rahmen von Suchtpräventionsangeboten werden solche gesellschaftlichen Leitbilder hinterfragt. Endadressat*innen aller Altersstufen werden dabei unterstützt, ein gemäßigtes, selbstbestimmtes und verantwortungsvolles Konsumverhalten zu entwickeln. Dieses ermöglicht, Gefahren des Konsums realistisch einzuschätzen. Unter diesem Verständnis zielt Suchtprävention nicht ausschließlich darauf ab, Konsum- und Rauscherfahrungen zu vermeiden,¹⁷ sondern bietet durch sachliche Information eine Basis für verantwortungsvolle, individuelle (Konsum-)Entscheidungen von Menschen aller Altersstufen.¹⁸

Rauschmomente ermöglichen Menschen Freiräume oder „Pausen“ innerhalb des eigenen Alltags. Diese können als „befreiend“ und horizonterweiternd wahrgenommen und/oder erlebt werden. Sie können von entlastender Bedeutung sein und als Bewältigungsstrategie im Umgang mit den Herausforderungen des täglichen Lebens dienen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es gelingt, den Rauschzustand kontrolliert und selbstbestimmt zu erleben.¹⁹ Rauschzustände sind dennoch stets auch mit einem Risiko verbunden. Das Auseinandersetzen mit dem Thema Rausch und das Entwickeln von Risikokompetenz sind daher notwendig, um negative Folgen wie gesundheitliche und soziale Probleme oder Abhängigkeiten zu verhindern. Um die Risiken bei Rauscherfahrungen zu minimieren und Schäden für sich selbst und andere zu verhindern, muss der Umgang mit Rausch und Risiko erlernt werden.²⁰ Ein kontrollierter, genussvoller Konsum ist sowohl bei legalen als auch bei illegalen Sub-

¹⁴ GRDRs der Landeshauptstadt Stuttgart 360/2007. Neuregelung der Zusammenarbeit des Suchthilfeverbundes Stuttgart und der Verwaltung.

¹⁵ Derzeit wird in dem Dokumentationssystem „Dot.Sys“ dokumentiert. Dieses wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt.

¹⁶ Vgl. Scherbaum, Norbert, 2016, Das Drogentaschenbuch.

¹⁷ Vgl. Kap. 4.6: Risikokompetenz

¹⁸ Vgl. Scherbaum, Norbert, 2016, Das Drogentaschenbuch.

¹⁹ Koller, Gerald (2015): Risiflecting – das Handlungsmodell der Rausch- und Risikopädagogik.

²⁰ Bei Medikamenten spricht man von Gebrauch, wenn sie bestimmungsgemäß, d. h. nach der fachlich abgeklärten Indikation, in der korrekten Dosierung und während der vorgeschriebenen Einnahmedauer angewendet werden.

stanzen möglich. Ein verantwortungsvoller und selbstbestimmter Umgang mit Konsum und Verfügbarkeit dieser Substanzen ist als wesentliche Entwicklungsaufgabe, vor allem in Übergangsphasen, zu betrachten.

Alle Verhaltensweisen und Konsumgewohnheiten können zu einer Abhängigkeitsentwicklung führen, sobald die Grenze von unproblematischem zum problematischem Konsum überschritten wird. Neben dem System der International Classification of Diseases (ICD)²¹ stellt das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)²² das für die klinische Diagnostik und wissenschaftliche Forschung maßgebliche Klassifikationssystem psychischer Störungen dar. In der seit 2013 gültigen Neufassung wird hier auf die bisher geltende Trennlinie zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit bewusst verzichtet.²³ „Eine Abhängigkeit ist damit eine behandlungsbedürftige, sozial und psychiatrisch relevante Krankheit mit chronischen Verläufen, die zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und vorzeitiger Sterblichkeit führen können. Sie wird begleitet von sozialen, körperlichen und weiteren seelischen Beeinträchtigungen, die die betroffenen Menschen daran hindern, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen, wenn sie nicht behandelt werden.“²⁴ Der Begriff Abhängigkeit bezieht sich auf die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen in Bezug auf Suchtmittel (legale wie illegale) sowie nichtstoffgebundene Verhaltensweisen. Abhängigkeit ist kein Randproblem in der Gesellschaft, sondern betrifft Menschen aller Altersgruppen in unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensphasen, deren Familienangehörige, Freund*innen oder Kolleg*innen.

4. Grundannahmen und Leitlinien der Suchtprävention

4.1 Ziele der Suchtprävention

Suchtprävention hat zum Ziel, soziale und persönliche Kompetenzen zu stärken, die einem riskanten (Konsum-)verhalten vorbeugen. Sowohl die Ziele als auch die Maßnahmen orientieren sich an Lebenslagen und Bedürfnissen der jeweiligen Endadressat*innen und berücksichtigen auch die besondere Bedeutung von Übergängen und kritischen Lebensphasen.

Adressat*innen der Suchtprävention sind grundsätzlich alle Alters- und Bevölkerungsgruppen, für die jeweils bedarfsgerechte spezifische Konzepte entwickelt werden. Eine im Hinblick auf die unterschiedlichen und sich verändernden Bedarfe und Bevölkerungsgruppen zu entwickelnde Differenzierung der Zielperspektiven (z. B. im Rahmen einer alterssensiblen und kultursensiblen Suchtprävention) erfolgt in der Weiterentwicklung dieses Grundlagenpapiers. Suchtprävention wird von Präventionsfachkräften, präventiv geschulten Ehrenamtlichen, Multiplikator*innen und von professionell unterstützten Peers vermittelt und umgesetzt.

²¹ Dilling, H., Mombour, W., 2004: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien.

²² Rumpf, Hans Jürgen; Kiefer, Falk für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte, SUCHT, 57 (1), 2011, 45-48

²³ Die Kriterien für eine Zuordnung stellen dabei eine Kombination der bisherigen Missbrauchs- und Abhängigkeitskriterien dar, die sich in unterschiedlichen Ausprägungsgraden darstellen. Deren Grenzen in einer Allgemeingültigkeit zu bestimmen, ist allerdings schwierig, da sie von mehreren Faktoren mitbedingt wird.

²⁴ https://fdr-online.info/wp-content/uploads/2016/08/fdrthemen_Inklusion.pdf Zugriff: 20.09.2018; S.3

Suchtprävention arbeitet sowohl zielorientiert als auch adressat*innenspezifisch. Effektive Präventionsstrategien sind auf die Veränderung der Lebenswelten ausgerichtet. Sie wollen das Verhalten der Endadressat*innen positiv beeinflussen.²⁵ Sie zielen darauf ab, Menschen dabei zu unterstützen, Konsummündigkeit zu entwickeln, Risikokompetenzen zu fördern und die Entwicklung riskanter Konsumweisen hinauszuzögern und/oder zu vermeiden. Vorrangiges Ziel von Suchtprävention ist damit nicht ausschließlich die Verhinderung des Konsums, sondern auch der eigenverantwortliche, kontrollierte und möglichst risikokompetente Umgang mit Suchtmitteln bzw. nicht-stoffgebundenen Verhaltensweisen. Konsumverhalten kann sowohl zu positiv wahrgenommenen Erfahrungen als auch zu negativen Begleiterscheinungen (z.B. strafrechtlichen oder gesundheitlichen Risikofaktoren) führen. Diese Ambivalenz der Wirkungen ist bei Planung und Durchführung suchtpreventiver Angebote zu berücksichtigen.

Im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses hat die Suchtprävention zum Ziel,

- stoffgebundenen Abhängigkeiten (Alkohol-, Medikamenten-, Heroin-, Cannabisabhängigkeit usw.),
- nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten (Spielsucht, Mediensucht usw.),
- nicht abhängigem, aber schädlichem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen als auch
- Essstörungen als Erkrankungen mit suchtähnlichem Charakter

vorzubeugen und damit Gesundheit zu fördern.

Suchtpräventive Maßnahmen

- bestärken Kinder, Jugendliche und Erwachsene aller Altersstufen, die keine Suchtmittel konsumieren, in ihrer Haltung,
- verlagern den Konsumbeginn so weit wie möglich in spätere Entwicklungsphasen,
- unterstützen bei der Entwicklung/Stärkung alternativer Bewältigungsmechanismen und Lebenskompetenzstrategien,
- ermöglichen frühzeitig die Erkennung riskanter Konsummuster,
- fördern Lebensbedingungen, die risikokompetenten Konsum ermöglichen und
- fördern Konsumkompetenz. Bei bereits konsumierenden Personen wird durch „safer use“ ein risikoarmer Konsum bzw. die Reduzierung der Konsummenge gefördert, um daraus eventuell resultierende Probleme (gesundheitliche, soziale, juristische, finanzielle) zu verhindern.

4.2 Leitlinien der Suchtprävention

Eine ressourcen- und lebensweltorientierte Grundhaltung der Akteur*innen in der Suchtprävention leitet die Konzeption und Durchführung der Angebote. Einen weiteren wichtigen Orientierungspunkt dabei bietet das Memorandum zum Thema Qualität in der Suchtprävention.²⁶ Es ergeben sich folgende Leitlinien für die suchtpreventive Arbeit:

Suchtprävention²⁷

²⁵ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (2015): Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft, Hamm

²⁶ Experten - u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“, 2014: Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen.

²⁷ Die folgende Aufzählung ist nicht als Ranking zu verstehen.

- ist Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung und differenzierten Suchtpolitik.
- trägt den komplexen Ursachen für Abhängigkeit Rechnung. Sie arbeitet end-adressat*innen – und bedarfsorientiert.
- orientiert sich an den Lebenswelten der Adressat*innen, ist kontinuierlich, langfristig und nachhaltig angelegt.
- berücksichtigt gendersensible, geschlechtsbezogene und sozialisationsbedingte Unterschiede und initiiert dementsprechende Angebote.
- fördert die Lebenskompetenz der Endadressat*innen.
- informiert sachlich und aktuell zu den Wirkungen und Risiken von stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Verhaltensweisen.
- fördert eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konsum(verhalten) von Menschen aller Altersstufen.
- hat eine offene Haltung hinsichtlich ethnischer, religiöser, kultureller, geschlechtlicher und sexueller Vielfalt.²⁸
- arbeitet mit Frühinterventionskonzepten und
- setzt eine Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystemen, Schule, Arbeitswelt, Justiz, Beratung und Behandlung voraus.

4.3 Suchtprävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Suchtprävention werden oft in einem Atemzug genannt. Beide sind Formen der sozialen Intervention und greifen dort, wo Menschen leben, lernen und arbeiten.²⁹ Sie überlappen sich und haben zum Ziel, Individuen und Gruppen dabei zu unterstützen, physische und psychische Bedingungen auf der einen Seite und äußere Lebensbedingungen der sozialen und natürlichen Umwelt auf der anderen Seite (schulische Situation, Freunde, Familie, Arbeit, Wohnumwelt) herzustellen und auszubalancieren und damit ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Gesundheit wird als dynamischer Prozess verstanden, bei dem Risiko- und Schutzfaktoren in Wechselwirkung stehen.³⁰ Sie gilt als Ressource, die es jeder Person ermöglicht, ihre Potentiale auszuschöpfen und zur Entwicklung der Gesellschaft beizutragen.³¹ Ein besonderer Fokus wird daher auf die Unterstützung bei der Entwicklung des Kohärenzgefühls gelegt als entscheidende Ressource, um gerade in Krisen und Herausforderungen gesund zu bleiben. Als wesentliche Komponenten dabei werden benannt:

- Verstehbarkeit: Herausforderungen der eigenen Umwelt werden verständlich und eingängig wahrgenommen.
- Handhabbarkeit: Zur Bewältigung von Herausforderungen liegen Ressourcen (Zeit, Energie, Umfeld etc.) vor.
- Sinnhaftigkeit: Es wird als lohnenswert und sinnvoll angesehen, sich mit der anstehenden Herausforderung auseinanderzusetzen.³²

²⁸ Vgl. Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2018, Leitlinien der Kinder- und Jugendhilfe zur geschlechtersensiblen Arbeit mit Mädchen*, Jungen* und Lsbttiq-Kindern und –Jugendlichen in Stuttgart.

²⁹ Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, 1368, (2015), Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, (Präventionsgesetz – PräVG) Vom 17. Juli 2015.

³⁰ ebd.: Ottawa Charta WHO 1986

³¹ Vgl. WHO-Regionalbüro für Europa (2012), Kopenhagen „Gesundheit 2020“ ist das Ergebnis einer umfassenden zweijährigen Konsultation in der europäischen Region und darüber hinaus und wurde von den 53 Mitgliedstaaten auf der 62. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2012 angenommen.

³² Büschi, E.; Calabrese, S., 2019, Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit.

Gesundheitsförderung³³ ist ein Prozess, der Menschen in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand und auf ihr Wohlbefinden zu entwickeln sowie ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden aktiv zu verbessern. Folgende Ziele sind vorgegeben:

- Zugang zu allen wesentlichen Informationen,
- Entfaltung von Fertigkeiten und
- Schaffung von Möglichkeiten und Voraussetzungen, um alle Menschen zu befähigen, selber Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit treffen zu können.

Prinzipien wie Empowerment, Partizipation und gesundheitliche Chancengleichheit sowie die zentrale Bedeutung des Schutz- und Risikofaktorenmodells³⁴ leiten gleichermaßen suchtpreventives und gesundheitsförderndes Handeln.

4.4 Interventionsebenen

Präventive Strategien schließen Verhaltens- und Verhältnisprävention ein:

Verhältnisprävention beeinflusst gesellschaftliche Rahmenbedingungen³⁵. Sie zielt auf die Förderung bzw. die Schaffung von gesellschaftlichen Strukturen und politischen Rahmenbedingungen ab, die belastbar und unterstützend wirken. Diese bieten Schutz vor unterschiedlichen Formen von Gewalt (psychisch, physisch, sexualisiert) wie z. B. Diskriminierung, Rassismus, Fremdenhass, Frauenfeindlichkeit oder Homonegativität und ermöglichen allen Bevölkerungsgruppen ein Mehr an Teilhabe.

Die Schaffung solcher Lebensbedingungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Politisch Verantwortliche und politische Gremien leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Aufgabe der Akteur*innen der Suchtprevention ist es, auf Missstände hinzuweisen, Vorschläge zur Verbesserung zu unterbreiten und an der weiteren Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten mitzuwirken.

Verhaltensprävention soll das Verhalten Einzelner positiv beeinflussen und deren individuelle Handlungskompetenz verstärken. Zentrales Ziel dabei ist es, sowohl Schutzfaktoren als auch Lebenskompetenzen zu fördern und damit Resilienz zu stärken. Dazu gehört die Förderung von Risikokompetenz, auch im Umgang mit psychotropen Substanzen oder bei problematischen nicht-stoffgebundenen Verhaltensweisen.

Verhältnis- und Verhaltensprävention nutzen verschiedene Interventionsebenen (z.B. Individuum, Setting, Gesamtbevölkerung). Sie richten sich je nach Maßnahme und Zielsetzung an unterschiedliche Adressat*innen, Endadressat*innen und Multiplikator*innen gleichermaßen. Diese werden anhand verschiedener Kriterien wie z. B. individuelle oder gesellschaftliche Risikofaktoren, Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit sowie Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe bestimmt.

Verhältnis- und Verhaltensprävention stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander. Gerade im Rahmen von Alkohol- und Tabakprävention werden eine Fülle verhaltens- und verhältnisbezogener Maßnahmen empfohlen, um möglichst umfassende

³³ Vgl.: WHO 1986

³⁴ <https://www.stuttgart.de/suchtpraevention>

³⁵ wie z. B. Jugendschutz, Verfügbarkeiten, Preise, Werbung etc.

Präventionsstrategien zu gestalten.³⁶ Dieser Ansatz des „Policy Mix“, einer Kombination von Maßnahmen, die sich auf die Veränderung von strukturellen Aspekten richten und verhältnispräventive Maßnahmen einschließen, wird als effektive und effiziente Präventionsmaßnahme gesehen. So sind Maßnahmen, die den Zugang zu Alkohol und Tabak erschweren wie z. B. die Einführung eines Tabak- und Alkoholwerbverbots im öffentlichen Raum in Kombination mit Maßnahmen, die sich auf die Sensibilisierung, Wahrnehmung und gegebenenfalls Motivierung zur Verhaltensänderung richten anzustreben.

4.5 Prinzipien und Methoden

Effektive Präventionsstrategien sind auf die Veränderung der Lebenswelten ausgerichtet und wollen das Verhalten Einzelner oder Gruppen beeinflussen.³⁷ Diese Strategien werden mittels folgender Prinzipien und Methoden umgesetzt:

Um einer **Bedarfsgerechtigkeit** Rechnung zu tragen, werden suchtpreventive Maßnahmen auf Grundlage von Bedarfen, regionalen Bedarfsanalysen³⁸ und auf Anfragen initiiert und umgesetzt. Daher erfolgt auf kommunaler Ebene eine **Kooperation** und sektorenübergreifende **Vernetzung** mit den relevanten Institutionen und Organisationen, um in unterschiedlichen Handlungsfeldern und Settings Akteur*innen für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Da der Auf- und Ausbau unterstützender sozialer Netzwerke wichtig ist, um Lebensbedingungen zu verbessern und Teilhabe zu ermöglichen, finden über verschiedene Gremien Koordination, fachlicher Austausch und Weiterbildung statt. Dadurch kommen suchtpreventive Perspektiven auch in anderen Handlungsfeldern der Multiplikator*innen zur Anwendung. Die Nachhaltigkeit suchtpreventiven Handelns wird unterstützt.

Im Zentrum des lebensweltorientierten Arbeitsprinzips der Suchtprävention steht der Mensch in seinen individuellen Lebenszusammenhängen als Expert*in und Regisseur*in seiner selbst. Diese **Lebensweltorientierung** trägt dazu bei, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu vermindern. Lebensweltorientierung meint die Unterstützung von sozialen Zusammenhängen, vor allem in verschiedenen Settings wie z. B. Familie, Schule, Betrieb durch Förderung der vorhandenen Möglichkeiten (Ressourcen) und deren Nutzung bei der Lösung von sozialen Problemen.³⁹ Die individuellen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting (Empowerment) zur aktiven Mitgestaltung dieser Bedingungen (Partizipation) werden somit gestärkt.⁴⁰

Empowerment und gesundheitliche Chancengleichheit gelten auch als Prinzipien der Suchtprävention. Sie setzen an den Stärken und Kompetenzen der Menschen zur Lebensbewältigung an, auch in Lebenslagen, die von persönlichen und sozialen Schwächen gekennzeichnet sind. Menschen in allen Entwicklungs- und Übergangsphasen werden dazu ermutigt, ihre eigenen Stärken (wieder) zu entdecken und ihre Ressourcen zur Problemlösung einzusetzen. Empowerment erhöht den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung und ermöglicht es, eigene Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.⁴¹

Durch die **Förderung der Lebenskompetenzen** werden Schutzfaktoren gestärkt wie

³⁶ Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Tabakkonsum reduzieren (2015) und Alkoholkonsum reduzieren (2015)

³⁷ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., (DHS), 2014, Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft.

³⁸ Gesundheitsberichterstattung, Sozialmonitoring, dokumentierte Daten aus Dot.sys

³⁹ Grunwald, K.; Thiersch, H. (2004), Praxis Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit.

⁴⁰ Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015

⁴¹ Open Source: <https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/151/15111.htm>

- Selbstvertrauen,
- Selbständigkeit,
- Beziehungs-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit,
- der konstruktive Umgang mit Spannungen und Frustrationen,
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit und
- die Fähigkeit zur Übernahme eigener und sozialer Verantwortung.

Die **Auseinandersetzung mit den eigenen Konsumgewohnheiten** und deren Einfluss auf die Gesundheit und das eigene Befinden wird angestoßen. Auch problematische Aspekte des Suchtmittelkonsums als eine Bewältigungsstrategie in schwierigen Situationen werden bewusstgemacht und aufgedeckt.

Auf der **Strukturebene** ist ein regelmäßiger und offener Dialog mit politisch Verantwortlichen, Interessengruppen und Fachgremien von zentraler Bedeutung.

Durch **Öffentlichkeitsarbeit und Information** werden

- Grundwissen und Fakten zu Konsum und Suchtformen weitergegeben,
- die Angebote der Suchthilfe und Suchtprävention vorgestellt
- Sucht- und Drogenthemen enttabuisiert und
- der Zugang zu weiterführenden Hilfsangeboten in den Beratungsstellen erleichtert.

Auf der **Umsetzungsebene** ist eine Mitwirkung und Mitbestimmung aller Beteiligten bei der Planung und Umsetzung der Maßnahmen eine wichtige Voraussetzung.

Interaktiver, vielfältiger Methodeneinsatz unterstützt die Beteiligung der Endadressat*innen. Inhalte und Methoden werden an Fragen, Bedarfen und Themen der Adressat*innen angepasst und zielen neben der Vermeidung von Risikofaktoren vor allem auf die Entwicklung protektiver Faktoren ab. Bei der Auswahl der Methoden ist auf folgende Faktoren zu achten:

- Orientierung an den Interessen der Teilnehmenden
- Angebot an Möglichkeiten der Beteiligung
- Zugrundelegung demokratisch-emanzipatorischer Prinzipien
- Selbstwirksamkeitserfahrungen
- Wahrnehmung der Teilnehmenden als Expert*innen der eigenen Lebenswelt

Eine Sammlung möglicher Methoden beinhaltet

- kognitive Angebote
- selbstreflexive Angebote
- körperorientierte Angebote
- Bewegungs- und Kooperationsspiele
- Entspannungsübungen und Phantasiereisen
- theaterpädagogische Angebote
- Filmbetrachtungen
- geleitete Diskussionen
- Videoarbeit
- Metaplanmethoden
- Kurzvorträge und

- gestalterische Aktionen, Kunstprojekte/kunsttherapeutische Angebote und
- erlebnispädagogische Angebote.

4.6 Klassifikationen von Suchtprävention

Die starke Orientierung der Suchtprävention an Endadressat*innen wird auch in der Unterscheidung zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention deutlich.⁴²

Universelle Prävention spricht die Gesamtbevölkerung – Menschen mit und ohne Konsumerfahrung – an, d.h. Personengruppen, denen keine spezifischen Risikofaktoren zugeschrieben werden, z. B.

für Endadressat*innen:

- Lebenskompetenzfördernde Angebote,
- Kultur- und theaterpädagogische Angebote,
- (Gendersensible, geschlechtsbezogene) Informationsveranstaltungen und Workshops,

für Multiplikator*innen:

- Elternabende,
- Multiplikator*innenschulungen,
- Präventionsberatung (z. B. für Organisationen),

Öffentlichkeitsarbeit

Selektive Prävention richtet sich an Risikogruppen, d.h. an Personen, die gefährdeter erscheinen, Substanzen zu missbrauchen bzw. abhängig zu werden. Hierzu zählen z.B. Kinder alkoholkranker Eltern, z. B.:

für Endadressat*innen:

- Lebenskompetenzfördernde Angebote,
- Kultur- und theaterpädagogische Angebote,
- Unterstützungsgruppen für Kinder und Jugendliche suchtmittel- bzw. psychisch belasteten Familien,
- Gruppenangebote für Eltern und/oder Angehörige,
- Schüler- und Elterntrainings (z.B. in sozialen Brennpunkten),
- Spezifische (aufsuchende) Angebote in Settings wie z. B. der Party(drogen)szene,
- Kultursensible Angebote für Menschen mit Fluchterfahrungen und Migrationshintergrund,
- Gendersensible und geschlechtsbezogene Präventionsangebote,
- Offene Sprechstunden für Betroffene und Angehörige,
- Online-Informations- und/oder -Beratungs-Angebote,
- Psychoedukative Gruppen.

für Multiplikator*innen:

- Elternabende,
- Präventionsberatung für Multiplikator*innen.

⁴² Gordon, R. (1987): An operational classification of disease prevention.

Indizierte Prävention beinhaltet Maßnahmen, die an Personen gerichtet sind, die bereits Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung und ein gefestigtes Risikoverhalten aufweisen, aber bei denen die diagnostischen Kriterien der Abhängigkeit noch nicht gegeben sind., z. B.:

für Endadressat*innen:

- Lebenskompetenzfördernde Angebote,
- Programme für erst auffällige jugendliche Drogenkonsument*innen sowie Elterntrainings und aufsuchende Arbeit in Kliniken,
- Rückfallprophylaxe durch kultur- und theaterpädagogische Angebote,
- Aktionen und Projekte, die soziale und gesellschaftliche Teilhabe fördern,
- Durchführen von Konsumveränderungsprogrammen,
- Beratung (aufsuchend und vor Ort in Beratungsstellen),
- Gruppenangebote für Betroffene und Angehörige,
- Gendersensible und geschlechtsbezogene Präventionsangebote,
- Offene Sprechstunden für Betroffene und Angehörige,
- Online-Informations- und Beratungsangebote.

für Multiplikator*innen:

- Präventionsberatung (z. B. für Organisationen),
- Präventionsberatung für Multiplikator*innen.

5. Wirksamkeit von Suchtprävention

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gelten suchtpreventive Angebote und Maßnahmen als wirksam, wenn Ziele und Qualitätskriterien belegt sind und sowohl bei der Planung als auch bei Umsetzung handlungsleitend sind.⁴³ Darüber hinaus findet Suchtprävention im Spannungsfeld der Messbarkeit von „Output“ und „Outcome“ statt.

Der Nachweis von „Outcome“ in den konkreten Einzelmaßnahmen (tatsächliche Verhaltensänderungen der Teilnehmenden, Abstinenzentscheidungen, gesundheitsbewussteres Konsumverhalten, Steigerung der Risikokompetenz, Verbesserung der Lebenssituation durch strukturelle Maßnahmen in der Verhältnisprävention...) ist aufwändiger als die des „Outputs“ (Zahl der Veranstaltungen, Anzahl der Teilnehmenden, Darstellung des Settings, in dem die Maßnahme stattfindet...).

Um Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sichern, bilden Konzeptionen/Standards die Grundlage der einzelnen Programme und Projekte. Deren Entwicklung ist evidenzbasiert, die Perspektive der Wirksamkeit wird in die Umsetzung eingebracht. Sie entsprechen der gegenwärtig bestmöglichen Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ergänzt durch das Praxiswissen der Fachkräfte, dem Wissen und den Bedarfen der Adressat*innen bilden sie die Basis der Planung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Angebote und Maßnahmen. Bei der Erprobung und Einführung von neuen Angebotsformen wird eine wissenschaftliche Begleitung durch externe Forschungseinrichtungen angestrebt.

⁴³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2018: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Auch Interventionsziele, die eine zu erwartende suchtpreventive Wirkungsrelevanz haben, werden bei der Planung und Durchführung suchtpreventiver Interventionen zugrunde gelegt:⁴⁴ Als erfolgversprechende Ansätze gelten:

- Maßnahmen, die sich auf Familien beziehen,
- Interaktive Programme, die auf Förderung von Lebenskompetenzen und die Berücksichtigung des sozialen Einflusses aufbauen, akzeptanzorientierte Informations- und Reflexionsangebote zur Förderung von Risikokompetenz und Problemlösefähigkeiten,
- Maßnahmen, welche die persönliche und soziale Kompetenz fördern und Ressourcen und Schutzfaktoren stärken,
- Maßnahmen der Frühintervention,
- Angebote, die in der unmittelbaren Lebenswelt der Endadressat*innen stattfinden,
- Projekte, die durch den Einsatz kulturpädagogischer Methoden einen anderen Zugang zur Thematik ermöglichen,
- begleitende Medienkampagnen und internetgestützte Informationsangebote sowie
- gesetzgeberische Maßnahmen und verhältnispräventive Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Suchtprevention, welche die relevanten Endadressat*innen systematisch in ihren Lebenswelten anspricht, besonders wirksam ist im Hinblick auf die gesundheitsförderliche Veränderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen.⁴⁵

Bei der (Weiter-) Entwicklung von Angeboten wird überprüft, ob auf bereits vorhandene Konzepte überregionaler oder bundesweiter Präventionsprogramme zurückgegriffen werden kann. Hier liegen positive Evaluationsergebnisse/wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise in der Regel bereits vor wie z. B. „Hart am Limit“, ein kommunales Alkoholpräventionsprogramm für Kinder (HALT). Regionale Besonderheiten, Angebote und gewachsene Strukturen werden bei deren Umsetzung berücksichtigt.

Suchtprevention wird mit vielfältigen Maßnahmenformaten umgesetzt. Sie reicht von einmaligen Veranstaltungen bis hin zu langfristig angelegten Maßnahmen. Mit einmaligen Veranstaltungen können nicht dieselben Effekte wie in längerfristigen, wiederholten Maßnahmen erzielt werden. Sensibilisierung und Information ist aber auch in einmaligen Angeboten zu erreichen und sinnvoll.

Die Angebote der Suchtprevention werden von fachlich qualifizierten und geschulten Mitarbeiter*innen durchgeführt. In regelmäßigen Fachzirkeln werden die Angebote reflektiert, überprüft und weiterentwickelt. Wo es möglich und zielführend erscheint, werden die einzelnen Angebote verschiedener Träger aufeinander aufbauend abgestimmt.

Dokumentation und Evaluation sind Bestandteil jeder suchtpreventiven und gesundheitsfördernden Maßnahme, weil sie grundlegende Funktionen wie Kontrolle der Zielerreichung, Formulierung erreichbarer und beobachtbarer Ziele sowie Definition von Adressat*innen erfüllen. In allen Phasen suchtpreventiver Projekte und Angebote

⁴⁴ Meier, Claudia (2007): Was wirkt wirklich?

⁴⁵ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018): Suchtprevention. Ausgewählte Ergebnisse der Studie „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2018“, Köln

spielen sie eine wichtige Rolle. Sie bilden die Voraussetzung dafür, dass Erkenntnisprozesse entstehen können, die über zufällige, subjektive Erfahrungsberichte hinsichtlich des Erfolgs von Maßnahmen hinausweisen. In den Fachzirkeln werden die Dokumentations- und Evaluationsanforderungen an die einzelnen Maßnahmen festgelegt und regelmäßig überprüft.

Die Qualitätsmanagementsysteme aller Akteur*innen der Suchtprävention sichern die Einhaltung der Standards in den Bereichen Planung, Durchführung und Dokumentation.

6. Perspektiven

Suchtprävention ist ein dynamischer Prozess, der immer wieder vor neuen Aufgaben steht. Ein hohes Qualitätsniveau und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität der Angebote und Maßnahmen in der Suchtprävention sind zentrale Voraussetzungen des Handelns.

Auch der Erhalt und Ausbau eines Netzwerks kooperierender Einrichtungen und Institutionen wird permanente Aufgabe bleiben, um Menschen an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zu beteiligen bzw. an der Durchführung eigener suchtpreventiver Aktionen in ihrem Umfeld zu motivieren. Einbezogen werden alle Institutionen, die suchtpreventiv arbeiten oder aufgrund ihres Tätigkeitsfeldes unterstützend für relevante Endadressat*innen der Suchtprävention wirken, die eine „regionale Wirkung“ der Suchtprävention ermöglichen und Themen der Suchtprävention in verschiedene Strukturen befördern. Wichtige Voraussetzung für strukturelle Prävention ist die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Lebensverhältnisse und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In diesem Zusammenhang wird auch die Entwicklung kommunaler lebensphasenübergreifender Gesundheitsstrategien eine bedeutsame Rolle einnehmen.⁴⁶ Diese werden initiiert, um Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben, unabhängig von sozialen Lagen, zu verbessern. Suchtprävention wird beim Aufbau solcher Gesundheitsstrategien einzubinden sein.

⁴⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015, Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen.

7. Literaturverzeichnis

Büschi, E.; Calabrese, S., 2019, Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit.

Bundesapothekerkammer (Hg.), 2018: Arzneimittelmissbrauch. Ein Leitfadens für die apothekerliche Praxis.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31, 1368, (2015), Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, (Präventionsgesetz – PräVG) Vom 17. Juli 2015.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013: Expertise zur Suchtprävention. Aktualisierte und erweiterte Auflage der „Expertise zu Prävention des Substanzmissbrauchs“.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2015, Werkbuch präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2017², Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2018: Suchtprävention. Ausgewählte Ergebnisse der Studie „Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2018.“

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2018: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., (DHS), 2010, Suchtmedizinische Reihe Band 4, auf Basis von Tretter, Suchtmedizin Kompakt, 2000

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., (DHS), 2014, Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft (unter Mitarbeit von R. Gaßmann, C. Merfert-Diete & R. Soellner)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), 2015: Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft.

Dilling, H., Mombour, W., 2004: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien.

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

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., 2013, Gesundheitsziele.de/Forum Gesundheitsziele Deutschland.

Gordon, R., 1987, An operational classification of disease prevention.

Grunwald, K., Thiersch, H. (2004), Praxis Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015

Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de, 2000

Koller, Gerald, 2015: Risflecting – das Handlungsmodell der Rausch-und Risikopädagogik.

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2007: Stuttgarter Grundlagenpapier zur Suchtprävention, Selbstverständnis und Aufgaben. (GRDrs 225/2007)

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2007: Neuregelung der Zusammenarbeit des Suchthilfeverbundes Stuttgart und der Verwaltung. (GRDrs 360/2007)

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2012, Einführung von kommunalen Gesundheitskonferenzen in der Landeshauptstadt Stuttgart. (Grdrs 358/2012)

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2014, Stuttgarter Suchtprävention. Ausgangslage – Ziele – Methoden – Perspektiven. (Grdrs 826/2014)

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2015, Suchtprävention in der Landeshauptstadt Stuttgart, „Qualitative und quantitative Bedarfe“. (GRDrs 343/2015)

Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.), 2018, Leitlinien der Kinder- und Jugendhilfe zur geschlechtersensiblen Arbeit mit Mädchen*, Jungen* und Lsbttiq-Kindern und – Jugendlichen in Stuttgart.

Meier, Claudia, 2007, Was wirkt wirklich?

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (Hg.), 2010, Grundlagenpapier Suchtprävention in Baden-Württemberg.

Rumpf, Hans Jürgen; Kiefer, Falk für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) (2011): DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte, SUCHT, 57 (1), 2011, 45-48

Scherbaum, Norbert, 2016, Das Drogentaschenbuch.

WHO 1986, Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung

WHO-Regionalbüro für Europa, 2012, „Gesundheit 2020“

Zitzmann, Reiner, 2017, Sucht und Suchterkrankungen

Open Sources:

https://fdr-online.info/wp-content/uploads/2016/08/fdrthemen_Inklusion.pdf Zugriff:
20.09.2018; S.3

<https://www.stuttgart.de/suchtpraevention>

<https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/l51/l5111.htm>



Dieses Grundlagenpapier wurde als Anlage der Gemeinderatsdrucksache 915/2020 vom Sozial- und Gesundheitsausschuss der Landeshauptstadt Stuttgart am 16.11.2020 zur Kenntnis genommen.

Das Papier wurde unter Federführung der Beauftragten für Suchtprophylaxe, Annette Faust-Mackensen und der Fachgruppe Prävention des Suchthilfeverbundes Stuttgart erarbeitet und mit weiteren relevanten Akteur*innen der Stuttgarter Suchtprävention abgestimmt.