

# SUCHTVORBEUGUNG

Informationsdienst zur Suchtprävention

## *Aus dem Inhalt:*

- Die regionalen Suchtbeauftragten berichten
- Informationen zu Suchtmitteln

## **Schulische Suchtvorbeugung in Baden-Württemberg**

*Eine Handreichung  
für die Lehrerinnen und Lehrer  
für Informationen zur Suchtprävention  
in Baden-Württemberg*



Ausgabe 16

## IMPRESSUM

---

HERAUSGEBER	<b>OBERSCHULAMT STUTTGART BREITSCHIEDSTR. 42 70176 STUTTGART</b>
REDAKTION	HANS-JOACHIM BERLIN ROBERT-MAYER-SCHULE, STUTTGART  GABRIELE FRICK-KERBER GHWRS ROT AM SEE  <b>ROLF SCHNEIDER OBERSCHULAMT STUTTGART BREITSCHIEDSTR. 42 70176 STUTTGART</b> <b>☎ 0711 / 6670 - 435</b> <b>FAX: 0711 / 6670 - 102</b> <b>e-mail: rolf.schneider@osas.kv.bwl.de</b>
LAYOUT	ROLF SCHNEIDER OBERSCHULAMT STUTTGART BREITSCHIEDSTR. 42 70176 STUTTGART
DRUCK	E. KURZ & CO., Druck und Medientechnik GmbH KERNERSTR. 5 70182 STUTTGART
© COPYRIGHT	<b>OBERSCHULAMT STUTTGART BREITSCHIEDSTR. 42 70176 STUTTGART</b>

STUTTGART 2004

<b>Inhaltsübersicht</b>		<b>Seite</b>
<b>1.</b>	<b>VORWORT</b>	
1.1	Vorwort	1
1.2	Zu diesem Heft – Vorbemerkung der Redaktion	2
<b>2.</b>	<b>SCHULISCHE SUCHTVORBEUGUNG IN BADEN-WÜRTTEMBERG</b>	
2.1	Rolf Schneider, Die Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter – Kernelement im System der schulischen Suchtvorbeugung in Baden-Württemberg	3
2.2	Elke Klös, Kooperation ist alles – A und O wirkungsvoller Suchtvorbeugung	11
2.3	Die Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter berichten aus ihrer Arbeit	21
2.3.1	Bärbel Härdt, Der regionale Arbeitskreis	21
2.3.2	Martin Wägele, Curriculum Suchtprävention – Suchtprävention als Schulentwicklung	27
2.3.3	Gerd Frick, Zukunftswerkstatt – ein integratives Präventionskonzept für den Landkreis Schwäbisch-Hall	37
2.3.4	Horst Brenner, Schulteamkonzept zur Suchtprävention	41
2.3.5	Carmen Böhringer/Uschi Saur, Gemeinsam sind wir stark – Lehrer-Eltern-Seminar in Göppingen	47
2.3.6	Barbara Hess, Der Arbeitskreis Sucht	53
<b>3.</b>	<b>WISSENSWERTES ÜBER SUCHT UND SUCHTMITTEL</b>	
3.1	Informationen zu Suchtstoffen	57
3.1.1	Benzodiazepine	57
3.1.2	Nikotin	62
3.1.3	Kokain	67
3.1.4	Heroin	73
3.1.5	Alkohol	78
3.1.6	Cannabis	83
3.1.7	Schmerzmittel	88
3.1.8	Amphetamine	93
3.2	Martin Wägele, Die Suchtmittel im Überblick – ein Arbeitsblatt für die Lehrerfortbildung	99
3.3	Gabriele Frick-Kerber, Schöne neue Welt der Zusatzstoffe	101
3.4	Jochen Berlin, Cannabiskonsum und Fahrerlaubnis	107
3.5	Prof. Dr. Jochen Wolffgramm, Verhaltensbiologische Grundlagen der Suchtentstehung im Tiermodell	113
<b>4.</b>	<b>LITERATUR - UND MATERIALHINWEISE</b>	
4.1	Nützliche Internetseiten	116
4.2	Materialien zum Thema „Jugendliche und Alkohol“	117
<b>5.</b>	<b>VERSCHIEDENES</b>	
5.1	Positionspapier Suchtprävention der Landesstelle für Suchtfragen Baden-Württemberg	119
5.2	Wer trinkt, ist selber schuld – Alkohol und die Schuldfrage	127

1.1

**Vorwort**

Die vorliegende Ausgabe des Informationsdienstes zur Suchtprävention ist diesmal in gewisser Hinsicht etwas Besonderes.

Sie trägt die Nummer 16 und ist gleichzeitig die erste und letzte, die beim Oberschulamts Stuttgart erscheint.

15 Hefte wurden in der Vergangenheit vom Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (LEU) herausgegeben.

Im Zuge der Umstrukturierung des LEU und seiner Entwicklung zu einem Dienstleister für Bildungsplan- und Schulentwicklungsarbeit übertrug das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg die Erstellung des Informationsdienstes zur Suchtprävention dem Oberschulamts Stuttgart, das die Aufgabe in Vorort-Zuständigkeit für alle Oberschulamtsbezirke wahrnimmt.

Nun werden zum 1.1.2005 die Oberschulämter - wie im Verwaltungsreformgesetz des Landes beschlossen - unter das Dach der Regierungspräsidien kommen und ihre Arbeit in der Abteilung 7 „Schule und Bildung“ der Regierungspräsidien verrichten.

Die nächste Ausgabe des Suchtinfos wird daher beim Regierungspräsidium Stuttgart erscheinen.



Die Veränderungen sind aber nicht lediglich struktureller Natur. Die Anforderungen an die Schulverwaltung haben sich verändert. Ein zentrales Element der Führungs- und Leitungsaufgabe des Oberschulamts sehe ich darin, gemeinsam mit den Schulen den Erziehungs- und Bildungsauftrag umzusetzen, dabei das Ziel einer erweiterten Qualitätsverantwortung der Schulen voranzubringen und die Schulen auf dem Weg zu einer operativ eigenständigen Schule zu begleiten. Das bedeutet auch Unterstützung und Beratung für die Schulen bereitzustellen.

Der Informationsdienst zur Suchtprävention als Handreichung für die Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention leistet einen Beitrag zur Erfüllung dieser Aufgabe.

Das Suchtinfo verbindet Informationen über Sucht und Suchtmittel mit konkreten Beispielen schulischer Gesundheitsförderung und moderner Suchtprävention.

Das „seelische Immunsystem“ der Schülerinnen und Schüler so zu stärken, dass sie ein gesundes und suchtfreies Leben führen können, ist das Ziel der schulischen Erziehung in diesem Feld.

Die körperliche und seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist ein wertvolles Gut, für das es sich einzusetzen lohnt.

Der Informationsdienst zur Suchtprävention tut dies seit mehr als 10 Jahren.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Margret Ruep'.

Dr. Margret Ruep  
Präsidentin des Oberschulamts Stuttgart

## 1.2

### **Zu diesem Heft** *Vorbemerkung der Redaktion*

Seit 1990 geht der Informationsdienst zur Suchtprävention an die Schulen in Baden-Württemberg.

Ins Leben gerufen wurde die Schriftenreihe vom Kultusministerium als Handreichung für die Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention, die an den Schulen kurz Suchtpräventionslehrer genannt werden. Damals nannte man diese Lehrkräfte noch „Drogenlehrer“ oder „Drogeninformationslehrer“.

Die Mehrzahl der Artikel des Informationsdienstes behandelte aber weder damals noch heute in der Hauptsache das Thema „Drogen“. Vielmehr ging es darum, welchen Beitrag die Schule dazu leisten kann, dass Kinder und Jugendliche so stark werden, dass sie der Verführung durch Drogen widerstehen können.

Aber Suchtvorbeugung löst sich nicht im Feld allgemeiner Erziehung auf. Sie hat eigene Zielsetzungen und Inhalte.

Dazu gehört auch eine faire und sachliche Information über Suchtmittel, Süchte und die Ursachen von Suchterkrankungen.

Lehrkräfte, die über Suchtmittel informieren wollen, müssen zunächst selbst darüber informiert sein. Deshalb enthält das vorliegende Heft ein Kapitel zu den bekannten Suchtstoffen.

Zeitgleich mit der Schaffung des Informationsdienstes zur Suchtprävention als Medium der Fortbildung der Suchtpräventionslehrerinnen und –lehrer wurden ebenfalls im Jahr 1990 Lehrerinnen und Lehrer von den Oberschulämtern zu Regionalen Suchtbeauftragten bestellt.

Mit unterschiedlichen Schwerpunkten arbeiten die Suchtbeauftragten der Oberschulämter in der Aus- und Weiterbildung der Suchtpräventionslehrerinnen und –lehrer, sowie der Unterstützung von Schulen bei ihren Präventionsmaßnahmen.

Im ersten Kapitel des Suchtinfos Nr. 16 wird der wichtige Beitrag der Suchtbeauftragten zur Suchtprävention in der Schule gewürdigt und ihre Arbeit anhand von Beispielen dokumentiert.

Die Verwaltungsreform in Baden-Württemberg führt nun zu einer Veränderung.

Nach Überführung der Oberschulämter in die Regierungspräsidien des Landes werden die Suchtbeauftragten vom kommenden Jahr an ihre wertvolle Arbeit in der Abteilung 7 „Schule und Bildung“ der Regierungspräsidien fortsetzen.

Rolf Schneider  
Redaktion des  
Informationsdienstes zur Suchtprävention

2.1

Rolf Schneider

**Die Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter**  
*Kernelement im System der schulischen Suchtvorbeugung  
in Baden-Württemberg*

In Zeiten knapper Kassen muss die öffentliche Hand sparen. Für die Prävention ist das keine neue Erfahrung, denn sie hatte noch nie Gelder im Überfluss. Finanzmittel für etwas bereitzustellen, was erst in der Zukunft messbare Erfolge zeigt, fällt den Entscheidungsträgern schwer, wenn die Bewältigung dringender augenblicklicher Probleme die Kassen leert.

„So machen die Investitionen für gesundheitliche Prävention derzeit weniger als 5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland aus. Prävention ist bislang eher randständige Erscheinung in der gesellschaftlich-politischen Realität.“<sup>1</sup>

Dies ist um so nachteiliger als die sozio-demographische Entwicklung mit steigendem Durchschnittsalter und bei veränderten Lebens- und Arbeitsformen einen steigenden medizinischen Versorgungsbedarf und ein hohes Kostenrisiko für das Gesundheitswesen mit sich bringt. Dem kann nur durch eine Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz begegnet werden.

Der vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung einberufene Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen prognostiziert, dass sich etwa 25 bis 30 Prozent der aktuellen Gesundheitsausgaben lang- und mittelfristig durch verstärkte Präventionsmaßnahmen einsparen ließen.<sup>2 3</sup>

**Suchterkrankung ist teuer**

Es ist offenkundig, dass jeder in die Prävention investierte Euro sich in kommenden Jahren gleich mehrfach bezahlt macht. Dass jemand nicht suchtkrank geworden ist, lässt sich sicher nicht auf eine einzelne Präventionsmaßnahme zurückführen. Suchtursachen sind multifaktoriell und die menschliche Gesundheit ein komplexes Phänomen.

„Aktuelle Erkenntnisse der Gesundheitsforschung zeigen, dass eine Vielfalt von Einstellungen, Verhaltensweisen und Verhältnisbedingungen zur gesundheitlichen Prävention beitragen. Wirksame Präventionsmaßnahmen beruhen maßgeblich auf (zwischen-)menschlichen Werten und

<sup>1</sup> Martin Braun, Umsetzung gesundheitlicher Prävention als gesellschaftliche Aufgabe, in: Prävention 01/2004, S. 3

<sup>2</sup> vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I, Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung, und Partizipation. ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de))

Der Sachverständigenrat versteht unter Prävention generell Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustandes, unter Primärprävention die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Verminderung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten. Konzepte, Programme und Aktivitäten zur Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen verwenden dabei heute oft nicht trennscharf Begriffe wie Vorsorge, Gesundheitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung.

<sup>3</sup> In der schulischen Suchtvorbeugung können m. E. die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung synonym verwendet werden. Prävention will Risikofaktoren mindern, Gesundheitsförderung will Gesundheitschancen verbessern. In der schulischen Vorbeugungspraxis kann man sich von diesen beiden Seiten dem Problem nähern und Maßnahmen werden immer Elemente aus beiden Bereichen beinhalten.

Prinzipien wie Lern- und Entwicklungsbereitschaft, Sinnhaftigkeit, Selbstvertrauen, Handlungsspielräume, Partizipation, Unterstützung etc.“<sup>4</sup> Es wäre daher falsch, die gesundheitliche Prävention nur auf ökonomische Fragen zu reduzieren. Gesundheit ist ein Grundwert und kein Wirtschaftsgut.

Fakt ist aber: Krankheit und Suchterkrankung im Besonderen sind teuer. Krankenhaus, Therapie, Strafvollzug und Arbeitsausfall verschlingen große Summen Geldes. Suchterkrankungen belasten die Solidargemeinschaft in erheblichem Maß.

Bedingt durch Arbeitsausfall und Minderleistung von suchtkranken Mitarbeitern muss ein Betrieb zum Beispiel pro Mitarbeiter im Durchschnitt € 1500.- pro Jahr an Kosten kalkulieren. Was der Staat an Einnahmen durch die Tabaksteuer hat, muss er in doppelter Höhe für die Gesundheitsschäden wieder aufwenden.

Nicht nur die materiellen Kosten, die von Suchtkranken verursacht werden und die für die Behandlung von Suchterkrankungen aufgebraucht werden müssen, gehen in die Milliarden, auch die immateriellen sind gigantisch. „Eine bloße Erhebung von Produktionsverlusten und Behandlungskosten reicht nicht aus, um die Belastung zu messen, die der Alkoholmissbrauch für die Gesellschaft darstellt. Die Einschränkung der Lebensqualität von Menschen mit alkoholbedingten Gesundheitsschäden, das Leid der Angehörigen, die soziale Ausgrenzung der Alkoholabhängigen, Gewalttätigkeit sowie emotionale Störungen der Ehegatten und Kinder sind erhebliche Belastungen und verursachen großes menschliches Leid.“<sup>5</sup> Dieses Leid verursacht seinerseits wieder materielle Kosten für ärztliche Behandlungen, Therapien u.Ä..

Deshalb ist die Notwendigkeit von Prävention unwidersprochen. „Der gute Arzt behandelt den Gesunden“. Dieser alten chinesischen Weisheit folgend ist Prävention ein langfristiges Sparprogramm. Ob Suchtprävention, Gewaltprävention, Kriminalprävention oder Gesundheitsvorsorge, allen Präventionen ist dennoch gemeinsam, dass sie personell und materiell großzügiger ausgestattet sein sollten als es der Fall ist.

### **Prävention muss nicht teuer sein**

In vielen wissenschaftlichen Beiträgen zur Suchtprävention wird zwischen einer Verhältnisprävention und einer Verhaltensprävention unterschieden. Verhältnisprävention heißt gesundheitsfördernde Lebensraumgestaltung, bessere Lebens- und Umweltbedingungen schaffen. Das ist sicher nicht kostenneutral zu bewerkstelligen.

Verhaltensprävention heißt Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch Stärkung des Einzelnen, damit er sich konstruktiv mit Anforderungen und Gefährdungen auseinandersetzen kann.

Die Evaluationsforschung zeigt, dass diese Form der Prävention dann besonders erfolgreich ist, wenn sie interaktiv, intensiv und kontinuierlich angelegt ist. Der Faktor Mensch ist hier bedeutsam, die Frage nach teuren massenmedialen Kampagnen, aufwendigen Hochglanzbroschüren und Ähnlichem sind nachgeordnet.

<sup>4</sup> Martin Braun, Umsetzung gesundheitlicher Prävention als gesellschaftliche Aufgabe, in: Prävention 01/2004, S. 6

<sup>5</sup> Prof. Claude Jeanrenaud, Alkoholmissbrauch kostet Milliarden. Eine Studie schätzt erstmals auch die immateriellen Kosten, in: Konturen 6/2003, S. 40ff

Natürlich sind ansprechend gestaltete Materialien und Medien für die Prävention nützlich und notwendig, aber Gelder für teure Kampagnen und Medien auszugeben ist nur sinnvoll, wenn es speziell ausgebildete Menschen gibt, die dann damit arbeiten. Prävention gerade mit Kindern und Jugendlichen ist immer Erziehung und **Erziehung ist Beziehung**. Dies ist keine Frage von Finanzmitteln.

### **Die knappen Gelder sinnvoll ausgeben!**

Die schulische Suchtprävention in Baden-Württemberg ist in den vergangenen Jahren einen sinnvollen Weg gegangen. Die knappen Mittel wurden nicht in erster Linie in die Produktion von aufwendig gestalteten Präventionsmaterialien gesteckt, sondern es wurde zuerst eine personelle Struktur geschaffen, die Präventionsmaßnahmen einleiten und koordinieren kann.

Denn es bedarf engagierter Lehrkräfte, die kontinuierlich im Kontakt zu den Kindern und Jugendlichen suchtvorbeugend arbeiten. Prävention bleibt eine lobenswerte Absicht, wenn nicht Menschen die Verantwortung für das Thema übernehmen und den Gedanken in praktisches Handeln umsetzen.

Am Anfang guter präventiver Erziehungsarbeit steht die Qualifizierung und Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen. Eine Schule braucht Kenntnis davon, was Suchterkrankung bedeutet, welche Ursachen sie haben kann, welche stofflichen und nicht-stofflichen Abhängigkeiten es gibt, wie man Suchtgefährdung bei Kindern und Jugendlichen wahrnehmen kann und was Schule und Unterricht dazu beitragen können, dass gesunde Kinder auch gesund bleiben. Schulische Suchtvorbeugung soll dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche Schutzfaktoren gegen die unterschiedlichsten Gefährdungen ausbilden, dass ihr „seelisches Immunsystem“ gestärkt wird, sie eine „wetterfeste“ Persönlichkeit entwickeln.

Eine Schule muss sich aber auch der Frage stellen, was zu tun ist, wenn sich Anzeichen von Suchtgefährdung oder sogar von Suchterkrankung zeigen. Wie reagiert die Schule auf Schülerinnen und Schüler mit Suchtproblemen? Was tue ich, wenn ich feststelle, ein Kind lebt in einer Familie mit einem suchtkranken Elternteil? Wo gibt es Hilfe? Welche Beratungsstellen arbeiten im Schulumfeld?

Aufgabe der Schule ist es, sich in der Prävention mit anderen Institutionen zu vernetzen. Dazu gehören allen voran die Jugendämter und Beratungsstellen vor Ort. Eine Vernetzung von Institutionen ist aber kein abstrakter Vorgang. Dazu braucht es Personen, die sie herstellen. Die Erfahrung zeigt, dass institutionsübergreifendes Zusammenarbeiten nur dann gut gelingt, wenn sich die beteiligten Personen persönlich kennen.

Deshalb braucht Prävention eine personelle Struktur im System Schule. Aufgaben müssen verteilt und Verantwortlichkeiten geregelt werden. Nicht sporadisches Einzelkämpfertum ist in diesem Handlungsfeld gefragt, sondern Kontinuität und Beharrlichkeit.

Reines Spezialistentum kann ebenso schädlich sein. Wenn die Prävention in den Schulen ausschließlich an Fachleute delegiert wird und nicht als Gemeinschaftsaufgabe aller am Schulleben Beteiligten gesehen wird, wird sie nicht in das Profil der Schule integriert werden und nicht Teil der alltäglichen Erziehungsarbeit werden können.



In Baden-Württemberg sieht diese personelle Struktur folgendermaßen aus:

## Die Organisationsstruktur der schulischen Suchtvorbeugung in Baden-Württemberg

### Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg

- Bildungspläne:  
Im Rahmen der Bildungsplanreform 2004 wurde die Suchtprävention bei den zentralen Themen und Aufgaben der Schule verankert.
- Grundlagen und Erlasse:  
Verwaltungsvorschrift „Suchtprävention in der Schule“ vom 13. November 2000, Az.: 64-6520.1-09/760



### Informationsdienst zur Suchtprävention beim Oberschulamt Stuttgart

- Herausgabe des Informationsdienstes zur Suchtprävention als Handreichung für die Aus- und Fortbildung der Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Vorort-Zuständigkeit für alle Oberschulamtsbezirke
- Bereitstellung des Internetangebots [www.suchtvorbeugung-bw.de](http://www.suchtvorbeugung-bw.de)
- Zentrale Lehrerfortbildung



### 4 Oberschulämter: Freiburg, Karlsruhe, Stuttgart, Tübingen

(ab 01.01.2005 Abteilung 7 „Schule und Bildung“ in den Regierungspräsidien des Landes)

- Aus- und Fortbildung der Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention
- Bestellung der Regionalen Suchtbeauftragten



### Regionale Suchtbeauftragte der Oberschulämter

(ab 01.01.2005 in der Abteilung 7 des RP im Referat 7 „Qualitätssicherung und Personalentwicklung“)

- Regionale Lehrerfortbildung
- Leitung von regionalen Arbeitskreisen (RAK)
- Betreuung der Suchtpräventionslehrerinnen und -lehrer
- Kooperation mit Fachstellen und Beratungseinrichtungen
- Zusammenarbeit mit den Kommunalen Suchtbeauftragten/Beauftragten für Suchtprophylaxe der Stadt- und Landkreise



### Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention

- An jeder Schule aller Schularten wird von der Schulleitung eine Suchtpräventionslehrerin/ein Suchtpräventionslehrer ernannt.
- Diese Lehrkraft sammelt Informationsmaterialien zur Suchtvorbeugung einschließlich der Anschriften von Beratungs- und Therapieeinrichtungen.
- Die Lehrkraft gibt diese Informationen an das Kollegium der Schule weiter und koordiniert die schulischen Maßnahmen zur Suchtprävention
- Die Lehrkraft stellt bei Bedarf die Verbindung zu Einrichtungen her, die gegebenenfalls beratend oder therapeutisch tätig werden, wie z. B. psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen, Gesundheitsamt, Jugend- und Sozialamt, Polizei.



### Alle Lehrerinnen und Lehrer

„Suchtvorbeugung geht also weit über die Wissensvermittlung in den einschlägigen Unterrichtsfächern hinaus. Suchtvorbeugung ist jede Erziehung, die darauf ausgerichtet ist, lebensbejahende, selbstbewusste, selbstständige und belastbare junge Menschen heranzubilden.....Suchtvorbeugung ist somit eine Aufgabe für jede Lehrerin und jeden Lehrer.“ (Verwaltungsvorschrift „Suchtprävention in der Schule“ vom 13. November 2000, Az.: 64-6520.1-09/760)

## **Aufgaben der Regionalen Suchtbeauftragten**

Eine baden-württembergische Besonderheit und das Kernelement im System der schulischen Suchtvorbeugung sind die Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter.

Seit 1990 haben die Oberschulämter auf Weisung des Kultusministeriums Lehrerinnen und Lehrer zu Suchtbeauftragten bestellt, deren wesentliche Aufgaben darin bestehen, schulartübergreifend

- die an den Schulen bestellten Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention *„durch Fortbildungsangebote und die Zusammenarbeit in regionalen Arbeitskreisen auf ihren Auftrag vorzubereiten und laufend zu betreuen,*
- *die positiven Erfahrungen mit unterrichtlichen und außerunterrichtlichen vorbeugenden Aktivitäten von Schulen den anderen Schulen zu vermitteln und dabei auch erfolgreiche suchtpreventive Arbeiten anderer einschlägiger Einrichtungen einzubeziehen.“*

(aus dem Erlass des Ministeriums für Kultus und Sport Baden-Württemberg an die Oberschulämter vom 24.04.1990, Az.:IV/5-6520.1-09/110)

Die Regionalen Suchtbeauftragten erhalten eine (oft geringe) Anrechnung auf das Regelstundenmaß, d.h. sie unterrichten weiterhin und sind daher nah an der Schulpraxis. So wird vermieden, dass sich ein abgehobenes Spezialistentum entwickelt, das falsche Vorstellungen von der Machbarkeit von Maßnahmen mit sich bringen kann.

Durch ihre Plazierung in der Region haben die Suchtbeauftragten einen guten Überblick über suchtpreventive Aktivitäten vor Ort und können im persönlichen Kontakt mit Fachstellen, Beratungseinrichtungen, der Polizei und den örtlichen Jugend- und Gesundheitsämtern die für die Prävention notwendige Vernetzung vorantreiben.

Durch ihre Positionierung auf der mittleren Ebene der Verwaltungsstruktur sind die Suchtbeauftragten eine wichtige Schaltstelle zwischen den zentralen Entscheidungsträgern des Kultusministeriums und den Schulen vor Ort, an denen sich die Zielgruppe der Präventionsmaßnahmen befindet.

Mit der Eingliederung der Oberschulämter in die Regierungspräsidien sind für die Vernetzung der schulischen Suchtvorbeugung mit anderen Akteuren der Prävention weitere Synergieeffekte zu erhoffen und zu erwarten, wenn z. B. Landesgesundheitsämter und Oberschulämter unter dem Dach einer Behörde zusammengefasst sind.

## **Umfrage zur den Arbeitsbereichen der Regionalen Suchtbeauftragten**

Anfang des Jahres 2004 wurden die Regionalen Suchtbeauftragten im Rahmen einer Umfrage gebeten anzugeben, welche Tätigkeitsbereiche die Schwerpunkte ihrer Arbeit bilden.

Die Suchtbeauftragten sollten zuerst eine Liste ihrer Tätigkeiten erstellen und davon 8 Tätigkeitsbereiche auswählen, die sie zeitlich am stärksten beanspruchen.

Auch wenn einzelne Suchtbeauftragte nur eine Deputatsstunde Anrechnung auf das Regelstundenmaß erhielten, ergab sich dabei eine starke zeitliche Belastung.

Dazu ein Rechenbeispiel: 1 Stunde Deputatsnachlass bei einem 25-Stunden-Deputat bedeutet bezogen auf die 41-Stunden-Woche:  $41/25 \text{ Stunden} = 1,64 \text{ Stunden pro Woche}$ , bei 36 Schulwochen sind das circa 60 Zeitstunden pro Jahr. Die reale Arbeitsbelastung wird aber von vielen

Suchtbeauftragten weitaus höher angegeben, oft mehr als doppelt so hoch wie der Zeitausgleich durch die Anrechnungsstunde(n).

Folgende Tätigkeitsbereiche wurden genannt:

(Die Tätigkeiten sind nach der Häufigkeit der Nennungen geordnet, die ersten 8 werden als diejenigen Tätigkeitsbereiche genannt, die den größten Teil der Arbeitszeit beanspruchen.)

### Liste der Tätigkeiten der Regionalen Suchtbeauftragten

1. Vernetzung mit anderen Trägern von Präventionsmaßnahmen herstellen und mit diesen Partnern kooperieren
2. Eltern(info)abende durchführen
3. Regionale Arbeitskreise für (Suchtpräventions-)Lehrerinnen und Lehrer durchführen und leiten, Fallbesprechungsgruppen leiten
4. Lehrerfortbildungen durchführen
5. Beratung von Lehrkräften, Suchtpräventionslehrern und Schulleitungen
6. Aus- und Fortbildung der Suchtpräventionslehrerinnen und –lehrer
7. Dienstbesprechungen durchführen / an Dienstbesprechungen teilnehmen
8. Pädagogische Tage an Schulen durchführen
9. Verwaltungsarbeit / Organisation von Veranstaltungen
10. Projektbegleitung in Schulen
11. Erstellung von Materialien für die Präventionsarbeit und Schulentwicklung
12. Referententätigkeit
13. Kooperation mit den Kommunalen Suchtbeauftragten
14. Telefonberatung
15. Teilnahme an regionalen Arbeitsgruppen
16. Erstellen einer Internet-Homepage
17. Beratung von Betroffenen
18. Fortbildung von Schülern und Schülergruppen, Schülermultiplikatorenseminar
19. Fortbildung in Erlebnispädagogik zur Sucht- und Gewaltprävention
20. Durchführung des Nichtraucherwettbewerbs „Be smart – don´t start“

Als wichtigste **Kooperations- und Vernetzungspartner** wurden genannt:

- Kommunale Suchtbeauftragte und Beauftragte für Suchtprophylaxe der Landkreise
- psychosoziale Beratungsstellen
- Drogenberatung / Erziehungsberatung
- Arbeitskreis Sucht
- Gemeinde / Kreis
- Jugendamt / Jugendhilfe
- Jugendhaus / Jugendarbeit
- Gesundheitsamt
- Polizei / Kripo
- Therapieeinrichtungen
- kirchliche Organisationen
- Firmen
- Vereine
- Elternakademie
- Krankenkassen
- Kreismedienstelle
- Stadtbücherei
- Theater
- Selbsthilfegruppen

An dem breiten Spektrum an Tätigkeiten und Vernetzungspartnern wird deutlich: Die Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter sind ein zentrales Element der schulischen Suchtvorbeugung in Baden-Württemberg. Ihre Arbeit wirkt weit über die Schule hinaus in Elternhäuser und Gemeinde.

Damit die Schulen ihren Präventionsauftrag erfüllen können, benötigt man Fortbildner und Impulsgeber wie es die Regionalen Suchtbeauftragten sind.

Die Arbeit der Regionalen Suchtbeauftragten ist umfangreich und vielfältig. Ihre Arbeit kann im Wert nicht hoch genug eingeschätzt werden und ist dabei kostengünstig. Denn sie erhalten kein teures Spezialistenhonorar. Sie sind - wie viele Lehrerinnen und Lehrer im Land - engagierte Idealisten, die eine lebendige Schule braucht, wenn Erziehungsarbeit gelingen soll.

### **Bildungsplanreform 2004 und Prävention**

Gerade im Augenblick, wo eine Umsteuerung im Bildungswesen stattfindet, sind die Erfahrungen der Regionalen Suchtbeauftragten von großem Wert.

Mit der Formulierung von Bildungsstandards, die ein Kerncurriculum enthalten, und dem Auftrag an die Schulen ihr eigenes Schulcurriculum zu gestalten, erfolgt die Steuerung des Bildungswesens nicht mehr primär über detaillierte Vorgaben, sondern über die Evaluation von Unterrichtsergebnissen, die an Bildungsstandards orientiert sind. Die neuen Bildungspläne enthalten nicht wie bisher lediglich Vorgaben in Bezug auf Wissensinhalte. Die Bildungsstandards mit Kerncurriculum beschreiben Kompetenzen und Kenntnisse der Schülerinnen und Schüler in personaler, sozialer, methodischer und fachlicher Hinsicht am Ende verschiedener Abschnitte ihrer Schullaufbahn (im Gymnasium z. B. in Klasse 6, 8, und 10.)

Die Schulung von personalen und sozialen Kompetenzen steht im Mittelpunkt ursachenorientierter Primärprävention und moderner Gesundheitsförderung. Für die Regionalen Suchtbeauftragten und die Lehrerinnen und Lehrer für Suchtprävention sind die Vorgaben der Bildungsplanreform 2004 in diesem Punkt keine Neuerungen.

Das Konzept der gesundheitsfördernden Schule<sup>6</sup>, wie es schon Ende der 80er Jahre erarbeitet und veröffentlicht wurde, ist an vielen Stellen hinsichtlich Zielen, Inhalten und Handlungsfeldern mit der Bildungsreform 2004 in Baden-Württemberg vergleichbar. Wie beim Konzept der gesundheitsfördernden Schule bringt die baden-württembergische Bildungsplanreform 2004 durch die Bildung von Fächerverbänden und der Öffnung des Lernens bis hinein in Gemeinden, Unternehmen und Betriebe eine stärkere Einbeziehung von Eltern und des gesellschaftlichen Umfelds mit sich. Daraus wird sich eine neue Unterrichtskultur entwickeln, bei der ein umfassender Kompetenzerwerb im Mittelpunkt steht. Die Öffnung der Schule ins gesellschaftliche Umfeld wird es den Schülerinnen und Schülern erlauben, sich noch stärker als bisher in ihrer Schule zu integrieren und die Schule nicht nur als Lernort, sondern als Lebensort zu begreifen. Die Verbundenheit mit der Schule kann als ein Hauptschutzfaktor in der Prävention gesehen werden. So wurden in einer äußerst umfangreichen Studie (Resnick et. al., 1997)<sup>7</sup> 12.000 Schüler der Altersgruppen 13 – 18 Jahre in Einzelinterviews über ihre Erfahrungen mit acht ver-

<sup>6</sup> vgl hierzu Informationsdienst zur Suchtprävention Nr. 11, S. 28, und Informationsdienst zur Suchtprävention Nr.: 15, S. 6 ff;

<sup>7</sup> Resnick, M. et al. (1997). Protecting adolescents from harm, Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, S. 278, 823-832.

schiedenen Problembereichen befragt, die für Jugendliche mit hohen Gesundheitsrisiken verbunden sind (high risk areas). Diese Bereiche waren: Gewalt, Selbstmordversuche, psychische Krisen, Alkoholkonsum, Kiffen, Rauchen, Sexualverhalten und (frühe) Schwangerschaft.

Die Jugendlichen wurden zu einer Vielzahl von Faktoren befragt, die nach Auffassung der Forscher als Schutzfaktoren gegen die Gefahren dieses Risikoverhaltens wirksam sein könnten.

Nur zwei Schutzfaktoren stellten sich als im hohen Maße wirksam gegen die Mehrzahl der genannten riskanten Verhaltensweisen heraus (mit Ausnahme der frühen Schwangerschaft):

- Ein Faktor war die Verbundenheit mit der und die Einbindung in die Familie (connectedness to family): das Gefühl von emotionaler Nähe und die Fürsorge von Eltern und anderen Familienmitgliedern.

Je stärker sich die Jugendlichen in diesem Sinne mit ihrer Familie verbunden fühlten, desto weniger zeigten sie riskante Verhaltensweisen.

- Der andere Hauptschutzfaktor war die Einbindung in die Schule und die Verbundenheit mit der Schule (connectedness to school): das Gefühl von emotionaler Nähe zu Menschen in der Schule, das Gefühl, von Lehrern gerecht behandelt zu werden, das Gefühl, Teil der Schulgemeinschaft zu sein.

Die Forscher stellten fest, dass Erzieher nicht viel ausrichten können, wenn es darum geht, dass Jugendliche ein Verbundenheitsgefühl mit ihrer Familie entwickeln sollen, aber die Lehrer und Erzieher können eine Menge tun, um die Verbundenheit der Schüler mit der Schulgemeinschaft zu fördern.

Die Ausbildung von personalen und sozialen Kompetenzen ist ein Thema, das die Arbeit der Regionalen Suchtbeauftragten im Bereich Primärprävention seit mehr als 10 Jahren bestimmt. „Life-Skills-Modelle“, die sich in der Suchtvorbeugung als wirksam erwiesen haben, sind den Suchtbeauftragten geläufig und werden von ihnen in Fortbildungsveranstaltungen multipliziert. Das Konzept der gesundheitsfördernden Schule gehört seit Jahren zu den Ausbildungs- und Fortbildungsinhalten der Schulungsarbeit der Regionalen Suchtbeauftragten. Bei der Erstellung der Schulcurricula, der Entwicklung eines eigenständigen Schulprofils, bei Schulentwicklungsprozessen generell, können die Schulen auf die Erfahrungen der Prävention und der Präventionsfachkräfte zurückgreifen.

Wie es aussieht, ist ein Ende der finanziellen Misere der öffentlichen Haushalte nicht in Sicht, sodass nicht zu erwarten ist, dass eine dringend benötigte Steigerung der Ausgaben für die Prävention bevorsteht. Aber mit knappen Mitteln erfolgreiche und qualitätvolle Arbeit zu leisten, scheint ja eine Tugend der Prävention zu sein.

Es bleibt zu wünschen, dass die Suchtbeauftragten im kommenden Jahr ihre Arbeit in der Schulabteilung des Regierungspräsidiums so erfolgreich wie bisher fortsetzen können.

## 2.2

### *Elke Klös* **Kooperation ist alles** *A und O wirkungsvoller Suchtvorbeugung*

Eine enge Zusammenarbeit zwischen der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamtes und der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe des Landkreises Esslingen gibt es schon seit Juni 1992, als die Stelle des Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe beim Landratsamt Esslingen im Rahmen des landesweiten „Gesamtkonzeptes Suchtprophylaxe Baden-Württemberg“ eingerichtet wurde und gleichzeitig eine neue Regionalen Suchtbeauftragte des Oberschulamts Stuttgart die Aufgabe im Landkreis übernahm.

Die Stellen der Beauftragten für Suchtprophylaxe wurden von Anfang an getragen vom Sozialministerium, den Krankenkassen und dem jeweiligen Stadt- oder Landkreis. In der Zwischenzeit gibt es diese Anlauf- und Koordinierungsstellen für Sucht und Suchtvorbeugung in 28 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg.

#### **Anfänge**

Wir begannen vor über 10 Jahren mit einer Bestandsaufnahme dessen, was bisher im Landkreis Esslingen in der Suchtvorbeugung geleistet wurde, von wem es gemacht wurde und mit welchen Ansätzen und Erfahrungen. Schon damals konnten die beiden Stellen voneinander profitieren. Es wirkte sich für die Arbeit positiv aus, dass die Kontakte der Suchtbeauftragten des Oberschulamts innerhalb der schulischen Strukturen und die der Kommunalen Suchtbeauftragten in die Landkreisstrukturen genutzt werden.

Die meisten suchtpreventiven Maßnahmen wurden zu Beginn der 90er Jahre in Schulen und in Einrichtungen der Jugendarbeit durchgeführt. Diese Einrichtungen hatten dazu Suchtberatungsstellen oder die Polizei angefragt.

Es gab kein gemeinsames Konzept und kein gemeinsames Grundverständnis, wie eine wirkungsvolle Suchtvorbeugung organisiert und durchgeführt werden kann.

Auch ergab die Bestandsaufnahme, dass die meisten Suchtpräventionslehrerinnen und Suchtpräventionslehrer an den Schulen eine Deputatsstunde für ihre suchtvorbeugende Arbeit angerechnet bekamen, manche sogar zwei Stunden, wohingegen heute Suchtpräventionslehrerinnen und -lehrern nur in Ausnahmefällen ein Deputatsnachlass gewährt werden kann.

Von der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe wurden drei Schwerpunkte angegangen:

- der Aufbau einer engen Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Beratungsstellen und der Jugend- und Drogenberatung im Landkreis, die überwiegend in kommunaler Trägerschaft sind und - für den schulischen Bereich - mit der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts
- der Aufbau eines Aktionskreises Suchtprophylaxe, um die suchtvorbeugende Arbeit auf eine breite Basis zu stellen und viele Einrichtungen in die Arbeit einzubinden

- die Entwicklung eines landkreisweiten Konzeptes zur Umsetzung wirkungsvoller Suchtvorbeugung auf der Grundlage des Gesamtkonzeptes Suchtprophylaxe Baden-Württemberg und der Expertise zum Substanzmissbrauch des Instituts für Therapieforschung (IFT) München.

### **Aktionskreis Suchtprophylaxe**

Für den Aufbau eines Aktionskreises Suchtprophylaxe konnten viele Einrichtungen im Landkreis geworben werden, heute über 250 Personen aus über 150 Einrichtungen, die in einem Kuratorium, einer Geschäftsführung, in Fachgruppen und Volunteers-Gruppen aktiv zusammenarbeiten.

Für das **Kuratorium** wurden Vertreter der Leitungsebene wichtiger gesellschaftlicher Einrichtungen gewonnen, die die Arbeit ideell, finanziell und mit ihren Ressourcen unterstützen und selbst Multiplikatoren in ihren Einrichtungen und Strukturen sind.

Aus dem schulischen Bereich kommen die Regionale Suchtbeauftragte des Oberschulamts Stuttgart, die Schulpsychologische Beratungsstelle und das Staatliche Schulamt.

Die Mitglieder des Kuratoriums werden seither in jährlich ein bis zwei Sitzungen mit aktuellen Themen der Suchtvorbeugung vertraut gemacht. Die bisherigen Maßnahmen und Schritte werden vorgestellt und es werden Ideen zusammen getragen, wie die suchtvorbeugende Arbeit im Landkreis weiter entwickelt werden kann.

Hier wurden von Seiten der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts immer wieder aktuelle Entwicklungen aus dem schulischen Bereich und Rückmeldungen aus den Schulen über die Maßnahmen und Projekte eingebracht und gemeinsam umgesetzt.

Im Rahmen der **Geschäftsführung** des Aktionskreises wurden Gesamtentwicklungen im Landkreis vom Kindergarten bis zum Altenbereich diskutiert, bewertet und neue Schritte der kommunalen Suchtvorbeugung überlegt. Dabei vertritt die Regionale Suchtbeauftragte des Oberschulamts den schulischen Bereich.

Aufgebaut wurden verschiedene **Fachgruppen** für folgende Bereiche:

- |                |                                      |
|----------------|--------------------------------------|
| - Kindergarten | - Vereine                            |
| - Elternhaus   | - Straßenverkehr                     |
| - Schule       | - Betriebe                           |
| - Jugendarbeit | - Alter                              |
| - Jugendhilfe  | - Kooperationstreffen „Essstörungen“ |

### **Fachgruppe Schule**

In der Fachgruppe „Suchtvorbeugung in der Schule“, die sich vier mal jährlich unter Federführung der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe trifft, nehmen Vertreter der Suchtberatung, der Jugend- und Drogenberatung, der Psychologischen Beratungsstellen, der Krankenkassen, des Gesundheitsamtes, des Staatlichen Schulamtes, der Schulpsychologischen Beratungsstelle, der Schulsozialarbeit, sowie Elternvertreter teil.

Zusammen mit der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts wurden aktuelle Entwicklungen in den Schulen beleuchtet und Ideen für Unterstützungsangebote für die Schulen - für alle Zielgruppen: Schüler, Eltern, Lehrer, Schulsozialarbeiter, Schulleiter – entwickelt.

### **Planungsteam Suchtvorbeugung**

Vom Planungsteam Suchtvorbeugung - bestehend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugend- und Drogenberatung, der Psychosozialen Beratungsstelle, der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts und der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe - werden die Maßnahmen konzeptionell ausgearbeitet und - z.T. mit Unterstützung der Fachgruppe - umgesetzt.

Diese Zusammenarbeit als enges fachliches **Team** bewirkt bis heute eine **hohe Akzeptanz im schulischen** Bereich. Das gemeinsame Vorgehen auf gleicher methodischer und fachlicher Grundlage ist für alle Kooperationspartner erlebbar, wobei diese Teamarbeit auch im schulischen Bereich immer wieder Modell ist, wie Zusammenarbeit optimal organisiert und gestaltet werden kann.

Außerdem ist durch die Durchführung vieler Veranstaltungen ein fachlich kompetentes Team zusammengewachsen, in dem jeder vom anderen gewinnbringend lernen kann.

Dieses gute, konkurrenzfreie Miteinander ließ über die Jahre Vertrauen und Offenheit entstehen. Dies ermöglichte die gemeinsamen Nutzung aller Ressourcen, die im Rahmen des Aktionskreises Suchtprophylaxe erschlossen werden konnten und lässt seit Jahren viele Planungsvorhaben auch Wirklichkeit werden.

Durch breite Öffentlichkeitsarbeit, Sozialsponsoring und Antragstellung auf Landesebene bei Ministerien und Stiftungen konnten alle geplanten Projekte seither im Landkreis finanziert werden. Dabei konnten Räume, Materialien, Fahrzeuge und Versandmöglichkeiten des Landratsamtes oder des Aktionskreises Suchtprophylaxe auch für die schulische Suchtvorbeugung genutzt werden.

### **Service-Paket**

Gemeinsam wurde ein breites Service-Paket an Angeboten für alle Schularten entwickelt, die überwiegend kostenfrei von den Schulen abgerufen werden können. Damit sollen alle Zielgruppen in der Schule erreicht werden: Schülerinnen und Schüler, Eltern, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, Lehrerinnen und Lehrer und die Schulleitungen.

Mit vielen Bausteinen zur Umsetzung einer ganzheitlichen Suchtvorbeugung sollte die kontinuierliche Umsetzung an der Schule unterstützt werden. Darüber hinaus besteht das Angebot, an Schulen, spezifische Maßnahmen für die jeweiligen Klassen oder die gesamte Schule zu entwickeln.

Immer wieder konnten schulumfangsprojekte an den Schulen gemeinsam mit Schulleitung, Lehrern, Eltern und Schülern erarbeitet und erfolgreich durchgeführt werden. Die Schulen wurden, gemeinsam oder arbeitsteilig, von den Suchtberatungsstellen, der Jugend- und Drogenberatung, der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts und der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe unterstützt und beraten.

Für **Schülerinnen und Schüler** wurden **Unterrichtseinheiten und Workshops** entwickelt, bei denen der Konsum aller Suchtmittel, ihre Motive und Alternativen thematisiert werden, und bei



denen es um all die Themen und Fragen der Jugendlichen geht, die sie in dieser Entwicklungsphase beschäftigen. Dieses Angebot wird in großem Umfang in Anspruch genommen.

Es entstand das **Schülermultiplikatorenseminar**, bei dem Schüler der 7. oder 8. Klasse aller Schularten, je zwei aus einer Klasse, als Multiplikatoren drei Tage lang in der Bauernschule Wernau ausgebildet und angeleitet werden, um dann Ideen für suchtvorbeugende Maßnahmen „von Schülern für Schüler“ entwickeln zu können und an ihrer Schule umzusetzen.

Projekte wie „**Powerprinzessinnen, coole girls und andere ladies**“ zur Prävention von Sucht und sexuellem Missbrauch speziell für Mädchen und „**Future for all**“ zur Kriminalitäts- und Suchtprävention entstanden.

„Future for all“, bundesweit prämiert, wird seit 1999 jährlich in fast 100 Schulklassen - begleitet von einem Elternabend - von der Wilden Bühne Stuttgart durchgeführt, deren Mitglieder ehemalige Drogenabhängige sind. Sie werden mit Therapie und Supervision begleitet und sind speziell für dieses Projekt ausgebildet. Es geht um autobiografisches Arbeiten, theaterpädagogische Übungen zu Selbstvertrauen, Selbstwahrnehmung und Kommunikation, und Rollenspiele, bei denen Alternativen zu belastenden Alltagssituationen spielerisch erfahren werden.

Gemeinsam von allen Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe in Baden-Württemberg wurden **Ausstellungen** entwickelt, wie „Rausch und Realität“, „Die Seele braucht Zeit, sonst schrumpft sie“ und „Mädchen Sucht Junge“, die in den Landkreisen vor allem den Schulen mit Klassenführungen und Multiplikatorenveranstaltungen angeboten wurden.

Für die Schüler wurden **Mal- und Theaterwettbewerbe** durchgeführt und das Theaterprojekt „Hunger Rote Schuhe“ zur Prävention von Essstörungen mit Theateraufführung und Nachbereitung entwickelt.

Rund um die Kampagne „**Be smart, don't start**“ - Nichtraucher von Schulklassen – werden in diesem Jahr die Schulen im Landkreis das vierte Mal mit Erfahrungsaustausch, Materialien, Methoden und begleitenden Veranstaltungen für die Schüler und Lehrer unterstützt.

Über Angebote für die Schüler informiert die Suchtbeauftragte des Oberschulamts die Schulen und gibt Rückmeldungen, wie die Angebote angenommen werden und was an weiterer Unterstützung für die Arbeit mit den Schülern in den Schulen gebraucht wird und ist damit ein wichtiges Bindeglied zwischen den Schulen und dem Landkreis.

## Fortbildung

Der Schwerpunkt der Zusammenarbeit der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts, der Suchtberatungsstellen, Jugend- und Drogenberatung und der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe liegt im Bereich der **Lehrer- bzw. Schulleiterfortbildung und Multiplikatoren-schulung**.

Gemeinsam werden aufgrund der Entwicklungen und Rückmeldungen aus den Schulen die Themen für die **Fortbildungen für Suchtpräventionslehrer** entschieden, konzipiert und durchgeführt.

Dabei werden die Räumlichkeiten des Landratsamtes oder anderer Tagungseinrichtungen genutzt.

Themen der Fortbildungen sind unter anderem:

- „Aufgabe und Möglichkeiten des Suchtpräventionslehrers“
- „Essstörungen“
- „Cannabis“
- „Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Schülern“
- „Methoden zur Umsetzung von Suchtvorbeugung in der Schule“
- „Kommunikationstraining und Gesprächsführung“
- ...

Diese Veranstaltungen sollen Lehrer in ihrer praktischen suchtvorbeugenden Arbeit mit den Schülern und Eltern unterstützen.

Ziel der landkreisweiten oder regionalen **Lehrerarbeitskreise für Suchtpräventionslehrer**, sowie der Fortbildungen, ist es immer, Schulen die Möglichkeiten zu geben, im Erfahrungsaustausch voneinander zu lernen.

Auch **Fortbildungen für Beratungslehrer** in Zusammenarbeit mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle und **Fortbildungen für interessierte Lehrer** im Rahmen des Fortbildungsprogramms des Staatlichen Schulamtes werden durchgeführt.

Auf **Pädagogischen Tagen** und bei **Schulkonferenzen** wird Suchtvorbeugung in Schulen thematisiert.

Die **Grundschulung der Suchtpräventionslehrer** ist Aufgabe der Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter. Hierzu wurde gemeinsam ein Konzept für eine dreitägige Ausbildung entwickelt und gemeinsam durchgeführt.

Für die **Schulleiter** aller Schulen im Bereich des Staatlichen Schulamtes wurde eine Fortbildung zum „Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Mitarbeitern“ konzipiert und zusammen mit dem Staatlichen Schulamt, der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamtes und der Suchtberatungsstelle durchgeführt. Aufgrund der großen Nachfrage wurde eine weitere darauf aufbauende Fortbildung zum Thema Gesprächsführung angeboten.

### **Zusammenarbeit Eltern-Lehrkräfte**

Um eine engere Zusammenarbeit zwischen **Eltern und Lehrern** zu fördern und mit dem Ziel sich gegenseitig bei der suchtpreventiven Arbeit an der Schule zu unterstützen, wurde ein **Multiplikatorenprogramm** entwickelt, das die Kommunale Beauftragte für Suchtprophylaxe durch Sponsorengelder finanzierte.

In einem dreitägigen Seminar unter dem Titel „**Lebendige Schule**“ wurden die Teilnehmer - bestehend aus mindestens einem Lehrer und einem Elternvertreter einer Grundschule als Tandem - damit vertraut gemacht, wie Sucht entsteht und was man heute unter Suchtvorbeugung versteht. Es wurden viele praktischen und spielerische Methoden und Ansätze vermittelt, wie man Suchtvorbeugung an der eigenen Schule oder im Elternhaus umsetzen kann.

Die Teilnehmer werden bei der praktischen Umsetzung in ihren Schulen unterstützt. Bisher konnten über 120 Eltern und Lehrer als Multiplikatoren ausgebildet werden, die kreativ viele beeindruckende Maßnahmen und Aktionen an ihren Schulen umgesetzt haben.

## Elternabende und Elternschule

Für die Zielgruppe der Eltern werden **Elternabende und eine Elternschule** in Kooperation von Psychologischen Beratungsstellen, Suchtberatung und Jugend- und Drogenberatung laufend durchgeführt. Aktuell werden Elternvertreter zu regionalen **Informationsabenden** eingeladen, bei denen sie informiert werden, welche Angebote zur Suchtvorbeugung es für ihre Schule im Landkreis gibt, was man heute über wirkungsvolle Suchtvorbeugung weiß und auf welche Kooperationspartner sie zugehen können.

Ebenso ist die Kooperation mit **Schulsozialarbeitern** aktuell stärker im Blick und, neben der bereits bestehenden konkreten Zusammenarbeit bei schulischen Projekten oder in der Fachgruppe, sind landkreisweite Treffen in Vorbereitung.

Der **Bereich der schulischen Suchtvorbeugung** in den über 200 Schulen des Landkreises ist eines der größten Aktionsfelder in der landkreisweiten Suchtvorbeugung, besonders da es immer wieder personellen Wechsel bei Lehrern und Schulleitern gibt und Eltern und Schüler immer aufs Neue informiert und beschult werden müssen.

Auch der Ansatz der Suchtvorbeugung – nämlich Förderung der Lebenskompetenz und suchtmittelspezifische Auseinandersetzung – muss ständig neu vermittelt und mit Inhalt gefüllt werden. Informationsvermittlung und Abschreckung scheint für viele Nicht-Informierte der einfachere Weg zu sein. Auch dass es im Landkreis **ein ganzheitliches Gesamtkonzept vom Kindergarten bis zum Altenbereich** gibt, mit Öffentlichkeitsarbeit, strukturellen und personalkommunikativen Ansätzen, getragen von allen gesellschaftlichen Kräften, muss immer wieder verdeutlicht werden.

Das breite Service-Angebot gilt es immer wieder über Rundschreiben an die Schulen, Vorstellungen in den Sprengeln der Schulleiter, in Lehrerfortbildungen und -arbeitskreisen und über Presseberichte in den Tageszeitungen, Amts- und Gemeindeblättern bekannt zu machen. Regelmäßige Fortbildungen, Fachveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit in den verschiedensten Formen sind immer wieder erforderlich.

Nachdem aktuell Schulen sehr unter Veränderungsdruck stehen und strukturell mit vielen Veränderungen belastet sind, werden von Seiten der Suchtprophylaxe sehr niederschwellige Angebote konzipiert, um diese Arbeit in den Schulen zu unterstützen, auch was die Finanzierung von Maßnahmen betrifft.

Es werden von Anfang an Sponsoren gesucht, die Mittel für die Projekte zur Verfügung stellen, um den Schulen die Maßnahmen zu ermöglichen.

Die Schulen werden beraten, wie sie Suchtvorbeugung im Grundschulbereich und in den weiterführenden Klassen umsetzen können, wie sie Elternarbeit machen oder Projekttag für die Suchtvorbeugung nutzen können. Kooperationspartner werden vermittelt und mögliche Sponsoren benannt.

## Fazit

Das gesamte Netz der schulischen Suchtvorbeugung wurde im Landkreis Esslingen in enger Kooperation zwischen der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts, den Suchtberatungsstellen, der Jugend- und Drogenberatung und der Kommunalen Beauftragten für Suchtprophylaxe aufgebaut und entwickelt.

Diese Zusammenarbeit ermöglicht, dass beide Bereiche ihre Ressourcen, ihre Kontakte und Netze, ebenso wie ihr Fachwissen, ihre Kompetenzen und die Kenntnis der aktuellen, fachlichen und organisatorischen Entwicklungen in den Einrichtungen nutzen können.

Die Suchtbeauftragte kennt die schulischen Strukturen und kann die Umsetzung von vielen guten Ideen in den schulischen Alltag konkret unterstützen oder Bedenken anmelden. Der fachliche Austausch über die Entwicklungen in den Schulen, über die Situation von Schülern, die Zusammenarbeit mit Eltern, den Qualifizierungsbedarf von Lehrern, ist wichtig und hilfreich, um bedarfsgerechte Angebote an die Schulen machen zu können.

Durch die Kooperation findet die schulische Suchtvorbeugung eine hohe Akzeptanz in den Schulen und im Aktionskreis Suchtprophylaxe. Es wird auf der Grundlage eines gemeinsam entwickelten landkreisweiten Konzeptes gearbeitet, auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Umsetzung der Suchtvorbeugung.

Durch die enge Kooperation innerhalb des Aktionskreises Suchtprophylaxe kann immer wieder eine breite Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Jugendarbeit, Vereine, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, Klinken, u.a.) stattfinden. Die Schulen werden in ihrer suchtvorbeugenden Arbeit, wie bei den Suchtpräventionswochen aller Schulen in Filderstadt oder bei Schulprojekten mit den Vereinen und Jugendeinrichtungen vor Ort unterstützt.

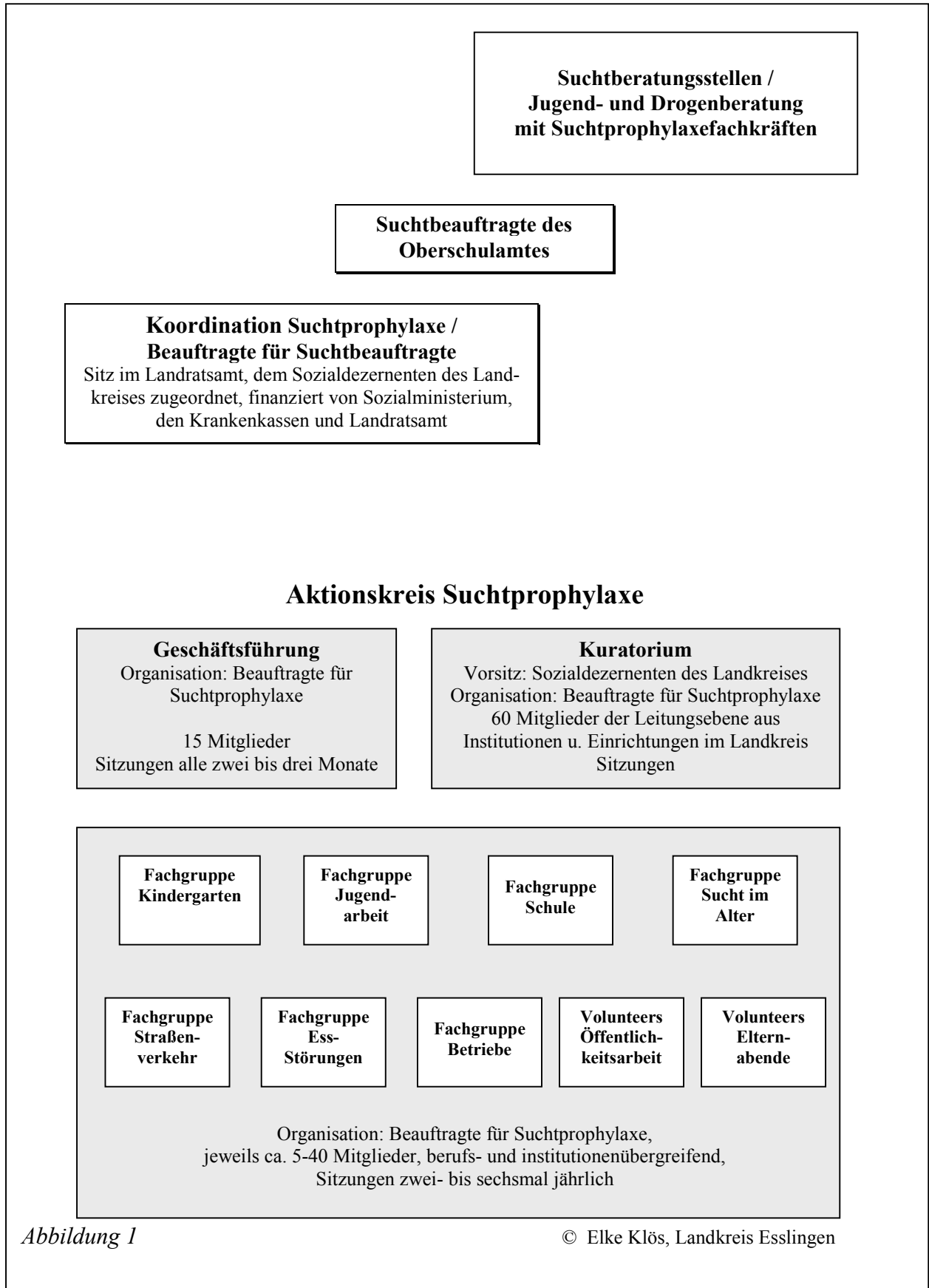
Nachdem die Suchtvorbeugung insgesamt personell schwach ausgestattet ist, ist die Stelle der Regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts eine wichtige Unterstützung und Ressource. Sie ist eine notwendige Multiplikatorin für das Thema Suchtvorbeugung und Motivatorin in den Schulen.

Ihre Verbindung in die Schulen, zum Oberschulamts und zum Kultusministerium sind wertvoll, um neueste Informationen rasch umsetzen und berücksichtigen zu können. Zudem kann die Suchtbeauftragte ihre praktischen Erfahrungen aus dem Landkreis auf diesen Ebenen wieder einbringen.

Insgesamt lässt sich eindeutig sagen: Diese Kooperation ist sehr kostbar, wirkungsvoll und bereichernd. Gemeinsam lässt sich so viel voranbringen !

## Kontakt:

Koordination Suchtprophylaxe des Landkreises Esslingen:  
 Elke Klös, Beauftragte für Suchtprophylaxe  
 Christiane Heinze, Ansprechpartnerin für den schulischen Bereich  
 E-Mail: [Kloes.Elke@Landkreis-Esslingen.de](mailto:Kloes.Elke@Landkreis-Esslingen.de)



## Unterstützungsangebot

Im Bereich der Suchtvorbeugung werden im Landkreis Esslingen zahlreiche Hilfen angeboten:

Sie sind über die Beauftragte für Suchtprophylaxe oder die Psychosozialen Beratungsstellen oder die Jugend- und Drogenberatungsstelle anzufragen.

### **Kindergarten / Elternhaus**

- ♦ Elternabende durch Volunteers-Gruppe
- ♦ „Elternschule“ der Psychologischen Beratungsstellen, der Psychosozialen Beratungsstelle und der Jugend- und Drogenberatung
- ♦ Fortbildungen für ErzieherInnen (Grundlagen der Suchtvorbeugung, Kinder in suchtkranken Familien, „Jeux dramatiques und Suchtvorbeugung“, „Theaterpädagogik und Suchtvorbeugung“, u.a.)
- ♦ „Fortbildung „Kinder stark machen“ für Eltern und ErzieherInnen
- ♦ Projektunterstützung, z.B. Spielzeugfreier Kindergarten
- ♦ Theater „Mäxchen trau dich“ für Kinder der Kindergärten
- ♦ Materialien (Info-Post, Literatur-, Theater-, und Filmempfehlungen, Broschüren, Plakate, u.a.)

### **Schule**

- ♦ Elternabende
- ♦ „Elternschule“ der Psychologischen Beratungsstellen, Psychosozialen Beratungsstelle und der Jugend- und Drogenberatung
- ♦ Gestaltung von Unterrichtseinheiten für SchülerInnen oder Besuch in den Beratungsstellen
- ♦ Schülermultiplikatorenseminar
- ♦ „Powerprinzessinnen, Coole Girls und andere Ladies“ zur Prävention von Sucht und sexuellem Missbrauch bei Mädchen
- ♦ Workshops für Mädchen zum Thema Ess-Störungen
- ♦ Nachbereitungen der Theaterstücke zum Thema Ess-Störungen „Candy“ und „Hunger Rote Schuhe“
- ♦ „Future for all“ – Projekt zur Kriminalitäts- und Suchtprävention für 6. und 7. Klassen
- ♦ Unterstützung bei Projektentwicklungen und Projekttagen
- ♦ Pädagogischer Tag und Lehrerkonferenzen
- ♦ Fortbildung für SchulleiterInnen, SuchtpräventionslehrerInnen und interessierte LehrerInnen
- ♦ Lehrerarbeitskreis für SuchtpräventionslehrerInnen
- ♦ „Lebendige Schule“ – Seminar für Eltern und LehrerInnen zur Ausbildung als Multiplikatoren in ihren Grundschulen mit Fortbildungen und Erfahrungsaustausch
- ♦ Materialien (Projektberichte, Konzeptionen, Materialien, Literatur-, Theater- und Filmempfehlungen, Plakate, Broschüren, u.a.)

### **Jugendarbeit, Jugendhilfe und Vereine**

- ♦ Fortbildungen für haupt- und ehrenamtliche BetreuerInnen, Jugendleiter, Jugendtrainer und MitarbeiterInnen in den Einrichtungen der offenen und verbandlichen Jugendarbeit und der Jugendhilfe
- ♦ Informationsveranstaltungen / Fallbesprechungen
- ♦ Peer Projekt an Fahrschulen
- ♦ Projektentwicklungen und Unterstützung bei Präventionstagen
- ♦ Materialien (Projektberichte, Konzeptionen, Dokumentationen, Broschüren, Plakate, Literatur-, Theater- und Filmempfehlungen, u.a.)

### **Betriebe und Verwaltungen**

- ♦ Schulung für Führungskräfte (auch betriebsübergreifend)
- ♦ Informationsveranstaltungen
- ♦ Unterstützung bei der Entwicklung von Präventionstagen
- ♦ Erfahrungsaustausch für Betriebs- und Personalleitungen, Betriebs- und Personalräte
- ♦ Erfahrungsaustausch für BetriebsärztInnen
- ♦ Erfahrungsaustausch für betriebliche SuchthelferInnen
- ♦ Workshops für Auszubildende
- ♦ Betriebsberatung
- ♦ Einzelfallberatung / Coaching
- ♦ Unterstützung der Arbeitskreise Sucht / Gesundheit
- ♦ Unterstützung bei der Entwicklung von Betriebs- und Dienstvereinbarungen
- ♦ Materialien (Konzepte, Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Dokumentationen, Film- und Literaturempfehlungen, Broschüren, Plakate, CD-Roms, u.a.)

### **Altenhilfe, Altenpflege und Seniorenarbeit**

- ♦ Informationsveranstaltungen und Vorträge
- ♦ Fortbildungen für pflegende Angehörige, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen in den Diensten und Einrichtungen und für pflegende Angehörige
- ♦ Fallbesprechungen
- ♦ Unterrichtsgestaltung in der Ausbildung der Altenpflegerinnen in der Krankenpflege

## Suchtvorbeugung: Das Verständnis

### **Ursachenorientiert:**

Lebenskompetenz fördern und Hilfe zur Lebensbewältigung geben (Konflikt- und Beziehungsfähigkeit, soziale Kompetenz, Kreativität, Selbstvertrauen, Lebensperspektive). Dies bedeutet auch: Abschied von der Abschreckung und der reinen Informationsvermittlung !

\*

### **Kontinuierlich und langfristig**

*Vom Kindergarten bis zum Altenheim – Verzicht auf Einzelaktionen zugunsten einer Suchtvorbeugung als Bestandteil des Alltags, die das Verständnis, die Einstellung und das Verhalten bestimmt durch Eltern, Erziehungspersonen und Multiplikatoren wie ErzieherInnen, LehrerInnen, MitarbeiterInnen in der Kinder- und Jugendarbeit und in sozialen Einrichtungen.*

\*

### **Früh beginnen**

Bereits in Kindergarten und Grundschule, in der Elternarbeit und in der Ausbildung aller Erziehungspersonen, um Grundlagen *und Handwerkszeug* zur Suchtvorbeugung zu vermitteln.

\*

### **Gesellschaftlicher Auftrag**

Suchtvorbeugung ist eine Aufgabe für uns alle, *sie* geht uns alle an (Vorbildfunktion). Viele Institutionen sollen einbezogen und gewonnen werden für *ein Engagement in der* Suchtvorbeugung. Kooperationspartner und Maßnahmen sind zu vernetzen, zu koordinieren und konzeptionell zu verknüpfen. Maßnahmen sind gemeinsam zu entwickeln und finanziell zu tragen über Sozialsponsoring (Betriebe, Vereine, Banken, Krankenkassen, u.a.) und Aufgabenteilung (*personelle Unterstützung, Räume, Transport, Materialien, Versand, u.a.*)

\*

### **Öffentliches Thema**

Öffentlichkeitsarbeit soll informieren und sensibilisieren, um Bewusstsein zu schaffen und zu eigenen Initiativen *anregen*. Unterschiedlichste Zugänge zur Problematik sollen eröffnet werden (Ausstellungen, Theater, Filme, Wettbewerbe, Lesungen, Vorträge, Workshops, Seminare, Pressemitteilungen, Radio- und Fernsehsendungen).

## 2.3

### **Die Regionalen Suchtbeauftragten der Oberschulämter berichten aus ihrer Arbeit**

Im Kapitel 2.1 wurde dargestellt welche Funktion die Regionalen Suchtbeauftragten im System der schulischen Suchtvorbeugung haben, was ihre Aufgaben sind und welche Vielzahl von verschiedenen Tätigkeiten sie ausüben.

Allgemein ist die Tätigkeit der Regionalen Suchtbeauftragten wie folgt formuliert:

Ihre Aufgabe ist es schulartübergreifend

- die an den Schulen bestellten Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention *„durch Fortbildungsangebote und die Zusammenarbeit in regionalen Arbeitskreisen auf ihren Auftrag vorzubereiten und laufend zu betreuen,*
- *die positiven Erfahrungen mit unterrichtlichen und außerunterrichtlichen vorbeugenden Aktivitäten von Schulen den anderen Schulen zu vermitteln und dabei auch erfolgreiche suchtpreventive Arbeiten anderer einschlägiger Einrichtungen einzubeziehen.“*

(aus dem Erlass des Ministeriums für Kultus und Sport Baden-Württemberg an die Oberschulämter vom 24.04.1990, Az.:IV/5-6520.1-09/110)

Im Folgenden berichten Suchtbeauftragte der Oberschulämter aus ihrer Arbeit und stellen exemplarisch einzelne Bereiche aus dem großen Tätigkeitsspektrum der Regionalen Suchtbeauftragten vor.

#### 2.3.1.

#### *Bärbel Härdt* **Der regionale Arbeitskreis**

„Suchtvorbeugung ist jede Erziehung, die darauf ausgerichtet ist, lebensbejahende, selbstbewusste, selbstständige und belastbare junge Menschen heranzubilden und ihnen über positive Grundeinstellungen den Weg in die Zukunft zu planen.

Suchtvorbeugung ist somit eine Aufgabe für jeden Lehrer.“<sup>1</sup>

(Verwaltungsvorschrift vom 1.12.2000, AZ: 64-6520.1-09/760, Suchtprävention in der Schule.)

Die „Lehrerin und der Lehrer für Informationen zur Suchtprävention“, die an den Fortbildungen der Suchtbeauftragten der Oberschulämter teilnehmen, sammeln als Fachleute Informationsmaterialien zur Suchtvorbeugung, geben diese an ihre Kollegen und ihre Schulleitung weiter und übernehmen somit ihrerseits die Aufgabe von Multiplikatoren. Daneben stellen sie bei Bedarf Verbindungen zu Einrichtungen her, die gegebenenfalls beratend oder therapeutisch tätig werden und koordinieren Maßnahmen der Suchtprävention im Rahmen ihrer Schule.

Die Inhalte der Fortbildungen der regionalen Arbeitskreise orientieren sich an den allgemeinen Zielen schulischer Suchtvorbeugung, die durch obige Verwaltungsvorschrift vom 1.12.2000 umschrieben wird. „Suchtvorbeugung geht also weit über die Wissensvermittlung in den einschlä-

<sup>1</sup> Verwaltungsvorschrift vom 1.12.2000, AZ: 64-6520.1-09/760, Suchtprävention in der Schule



gigen Unterrichtsfächern hinaus.<sup>2</sup> Sie ist ganzheitlich angelegt, d. h. sie konzentriert sich auf den Erwerb von Kompetenzen, die Menschen in die Lage versetzen, ein Leben ohne Sucht zu führen.

Schulische Suchtprävention ist daneben Teil der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung; eine gesundheitsfördernde Schule begreift Schule als Lebensort und soziale Begegnungsstätte, sie öffnet sich nach außen und bezieht das gesellschaftliche Umfeld mit ein – Eltern, Gemeinden, Beratungsstellen, Betriebe und Vereine.

In der Schulentwicklung wird durch die Konzeption der neuen Bildungspläne die Möglichkeit eröffnet, Präventionsprogramme im Schulcurriculum zu verankern. Dazu gehören z. B. Life-Skills-Programme<sup>3</sup>, Veranstaltungen speziell mit Themeninhalten zu Suchtverhalten oder man zielt darauf ab, typische Merkmale einer gesundheitsfördernden Schule auszubilden. Diese in der Prävention wichtigen Faktoren kennzeichnen eine gesundheitsfördernde Schule (vgl. Hårdt 2000<sup>4</sup>):

- kooperatives soziales Lernen, Entwicklung einer emotionalen Intelligenz, Abbau von Aggressionen, Life-Skills-Programme
- Wissen über gesunde Lebensführung und über die Gefahren von Suchtstoffen und Suchtverhalten
- überschaubare Strukturen, Regelungen werden gemeinsam erarbeitet, sind bekannt und werden eingehalten
- Wir-Gefühl, Leitbild, Identifikation mit der Schule, Teamdenken; eine freundliche, harmonische Arbeitsatmosphäre, gegenseitige Wertschätzung
- Stressreduktion, bewegte Schule, eine ergonomische Gesamtorganisation, Bewegungs- und Entspannungspausen, Ausbau des außerunterrichtlichen Schulsports
- ein abwechslungsreicher Unterricht, Aktivierung der Schüler, Wechsel zwischen Belastung und Entlastung; ein ganzheitlicher, kooperativer, handlungsorientierter Unterricht, gehirngerechtes Lernen
- Individualisierung, Differenzierung, positive Verstärkung; die Lehrer sind engagiert, erreichbar, gehen auf ihre Schüler ein; die Leistungsmessung ist transparent und gerecht
- es herrscht ein durchgängig partnerschaftlicher Führungsstil, Kreativität ist möglich
- angemessener Geräuschpegel – Arbeitsruhe und Konzentration sind möglich, kleine Schülergruppen
- saubere, wohnliche Räumlichkeiten
- große, gestaltete, freundliche Schulhöfe mit Bewegungsangeboten
- authentische Erfahrungen sind möglich, Öffnung der Schule nach außen
- ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Schule und Elternschaft
- kulturelles, gesellschaftliches Leben in der Schule

<sup>2</sup> ebenda

<sup>3</sup> vgl. Informationsdienst zur Suchtprävention Nr. 15 / 2004

<sup>4</sup> Hårdt, B.: Besser lernen durch Bewegen und Entspannen, Berlin 2000

Schulische Prävention berücksichtigt insbesondere auch Studien, die sich konkret mit Schutzfaktoren gegen Suchtgefahren befassen. Eine umfangreiche Studie von Resnick et al., 1997<sup>5</sup> (12.000 Schüler, 13-18 Jahre alt, Einzelinterviews) ergab, dass die Verbundenheit mit der Schule als Hauptschutzfaktor in der Prävention gesehen werden kann: das Gefühl emotionaler Nähe zu Menschen in der Schule, das Gefühl, von den Lehrern gerecht behandelt zu werden sowie das Gefühl, Teil der Schulgemeinschaft zu sein. Die Befragung bezog sich auf die Bereiche Gewalt, Selbstmordversuche, psychische Krisen, Alkoholkonsum, Kiffen, Rauchen, Sexualverhalten und (frühe) Schwangerschaft. Als weiterer Hauptschutzfaktor in der Prävention gilt laut dieser Studie die Verbundenheit mit und die Einbindung in der Familie.

Die zentrale Stellung von Elternhaus und Schule unterstreicht auch eine Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs (Künzel-Böhmer et al., 1993)<sup>6</sup>, die davon ausgeht, dass neben dem Elternhaus die Schule der wichtigste Ort ist, an dem Prävention wirkungsvoll erfolgen kann, weil man hier die Kinder und Jugendlichen in ihrer sozialen Einheit der Peer-Gruppe erreicht und dadurch die sozialen Normen der ganzen Gruppe beeinflussen kann.

Prof. Manfred Spitzer, Professor für Psychiatrie an der Universität Ulm und Verfasser verschiedener Bücher zum Thema Lernen, betont, dass Kinder Wärme, Struktur und die richtigen Erfahrungen brauchen, vor allem im Umgang mit anderen Kindern – „... das Schlimmste, was einem jungen Menschen passieren kann, ist das Fehlen von Struktur.“<sup>7</sup> Nach Spitzer benötigt das Gehirn für eine positive Entwicklung jedoch nicht Regeln, sondern primär gute Beispiele. Ein Kind muss eigene, jedoch die richtigen Erfahrungen machen – es sollen zunächst einfache, aber grundlegende Beispiele trainiert werden – die dann auf andere Bereiche übertragen werden können.

Gemäß diesen Vorgaben ergeben sich die Arbeitsbereiche für die von den Suchtbeauftragten der Oberschulämter geleiteten Fortbildungen für die Suchtpräventionslehrer wie sie im nachfolgenden Schaubild (siehe S. 25) dargestellt sind.

Schwerpunkte sind einerseits die Informationen über Suchtverhalten und Suchtmittel in Form von kontinuierlichen Programmen im Schulalltag, in Form von Projekten, bei Veranstaltungen mit den Eltern und die Umsetzung dieser Thematik im Unterricht in den einzelnen Schulfächern. Um seiner Funktion als Multiplikator gerecht zu werden betreut der Suchtpräventionslehrer u. a. eine Pinnwand für Schüler und Eltern sowie eine Pinnwand speziell für Lehrer, über die er aktuelle und grundlegende Informationen weitergibt. Ein äußerst wichtiger Punkt – da dieser bei den Schülern eindrucksvoll die Gefahren von Drogenkonsum verdeutlicht – ist die Information über rechtliche Konsequenzen beim Konsum legaler und illegaler Drogen, insbesondere im Bezug auf die Teilnahme im Straßenverkehr.

Fallbesprechungen sind ein weiterer Bestandteil der Fortbildungen. Sie beziehen sich allgemein auf Verhaltensauffälligkeiten bei Schülern, auch unabhängig davon, ob ein konkreter Zusammenhang zu einer Sucht besteht oder bekannt ist. Dabei werden Erfahrungen über die verschiedenen an den Schulen praktizierten Modelle diskutiert, mit denen man darauf reagiert.

<sup>5</sup> Frick-Kerber, G., Schneider, Rolf: Lebenskompetenzförderung in den neuen Bildungsplänen 2004 in Baden-Württemberg, in: Suchtvorbeugung-Gesundheitsförderung-Lebenskompetenzen, Ausgabe 15, Landesinstitut für Erziehung und Unterricht, Stuttgart 2004

<sup>6</sup> Künzel-Böhmer et al., Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Baden-Baden, 1993, Hg.: Bundesministerium für Gesundheit, S.51-76 und 102-107

<sup>7</sup> Spitzer M.: Geist im Netz, Heidelberg, 2000 und Lernen, Heidelberg 2003, S. 453

Der Arbeitskreis bespricht Vereinbarungen an Schulen, wie z. B. wie Hausordnungen, Suchtvereinbarungen, Leitbilder und Regelungen für außerunterrichtliche Veranstaltungen. Dabei werden Strukturen verglichen, die ein Miteinander in den Schulen regeln helfen.

Unterstützung erfahren Schulen häufig durch außerschulische Partner in Form von Geldern für bestimmte Vorhaben oder für gemeinsame Projekte oder für Referenten, die für schulische Veranstaltungen gewonnen werden können. In den Fortbildungen für Suchtpräventionslehrer können hierzu hilfreiche Tipps weitergegeben werden. Als Informationsbörse für aktuelle Informationen, Unterrichtsmaterialien und Fortbildungen, für Kontakte zu Referenten, zu Einrichtungen zur Erlebnispädagogik, zu Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Elterninitiativen, Fachkliniken usw. dienen u. a. Homepages, die zum Teil von Suchtbeauftragten der Oberschulämter betreut werden (z. B. [www.suchtpraevention-ka.de](http://www.suchtpraevention-ka.de)). In die Fortbildungen selbst kommen häufig Referenten aus verschiedenen Einrichtungen, Mitglieder von Beratungsstellen, teilweise nehmen auch kommunale Suchtbeauftragte an den Fortbildungen teil – so kann eine sinnvolle und fruchtbare Vernetzung von Schule und Umfeld ermöglicht werden.

Wie muss eine Schule sein, damit sie optimal ihren Beitrag zur Suchtprävention leisten kann? Neben den bisher erwähnten Punkten sind in der Prävention insbesondere Elemente wichtig, durch die ein „Sich-Wohl-Fühlen“ in der Schule realisierbar ist.

Als Basis hierfür gilt sicherlich die Identifikation mit der Schule in möglichst vielen Bereichen. Welche einzelnen Maßnahmen dies bewirken können, werden in den Fortbildungen besprochen, Erfahrungen werden ausgetauscht. Eine Identifikation mit der Schule ist in der Regel dann zu erreichen, wenn die wichtigsten Kriterien einer gesundheitsfördernden Schule erfüllt werden (s. o.). Dazu gehören Komponenten wie kooperatives soziales Lernen, die Entwicklung einer emotionalen Intelligenz und der Abbau von Aggressionen – dies kann u. a. mit der Durchführung der verschiedenen Lebenskompetenzprogramme eingeübt werden.

Um seiner Funktion als Multiplikator gerecht zu werden sammelt der Suchtbeauftragte des Oberschulamtes Materialien und Informationen zur Suchtproblematik und gibt diese an die Fortbildungsteilnehmer weiter. Er informiert sich über aktuelle Anforderungen in der Schulentwicklung, sofern sie dem Bereich der Prävention zuzuordnen sind und hält Kontakt zu außerschulischen Partnern, indem er eng mit ihnen zusammenarbeitet. Er beteiligt sich an deren Arbeitskreisen und Fortbildungen, die die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen betreffen. Er erkundigt sich über Verfahrensweisen an Schulen, mit denen Problemen mit verhaltensauffälligen Schülern begegnet werden und er erarbeitet zusammen mit den Teilnehmern der Fortbildungen mögliche Maßnahmen an Schulen zur Prävention. Darüber hinaus berät er Schulen bzw. Schulleitungen bei Entscheidungen im Bereich der Prävention als Unterstützung für die Arbeit des Suchtpräventionslehrers an der jeweiligen Schule.

## Arbeitsbereiche der regionalen Arbeitskreise

### Suchtverhalten / Suchtmittel

- Informationen an Schüler, Eltern, Kollegen
- Präventionsprogramme im Schulcurriculum
- Unterrichtskonzeptionen
- Projekte, Pinnwand
- Informationen über Hilfsangebote bei Beratungsstellen, Sorgentelefonen, Elterninitiativen, Therapieeinrichtungen, Kommunen, Selbsthilfegruppen
- Informationsaustausch von Veranstaltungen für Eltern

### Umgang mit verhaltensauffälligen Schülern

- Fallbesprechungen
- Erfahrungen mit der Anwendung verschiedenen Handreichungen: Stufen-Modell, Arizona-Modell, HDC-Projekt, Suchtvereinbarungen, Hausordnungen, Jugendschutzgesetz, Betäubungsmittelgesetz, Regelungen für außerunterrichtliche Veranstaltungen ...
- Kommunikation, Gesprächsführung
- Mediation
- Streitschlichter-Modelle
- Gewaltprävention, z. B. zum Mobbing

### Gesundheitsförderung an Schulen, Lebensraum Schule

- Soziales Lernen, Selbstbehauptung, Lebenskompetenzprogramme (Life-skills-Programme)
- Stressreduktion, genügend Bewegung und Entspannung
- Positives Lernumfeld
- Gesunde Ernährung
- Arbeitsschutz
- Gehirngerechtes, kindgemäßes Lernen
- Überschaubare Strukturen
- Schulfeste ...

### Vergleich von Vereinbarungen an Schulen

- Suchtvereinbarungen
- Hausordnungen
- Leitbilder
- Regelungen für außerunterrichtliche Veranstaltungen

### Informations- und Erfahrungsaustausch mit außerschulischen Partnern

- Beratungsstellen, Jugendamt
- Gesundheitsamt, Krankenkassen
- Elterninitiativen, Selbsthilfegruppen
- Therapie-Einrichtungen
- Vereinen, Firmen
- Gemeinde, Landkreis, Polizei
- Einrichtungen zur Erlebnispädagogik
- Medienzentren
- Forschungseinrichtungen

### Der Arbeitskreis als Informationsquelle

- Aktuelle Informationen
- Schulcurricula zur Prävention
- Kontakte zu Referenten, Fachkliniken, Einrichtungen zur Erlebnispädagogik, Beratungsstellen, Sorgentelefonen, Selbsthilfegruppen, Elterninitiativen
- Gesetzliche Grundlagen zur Prävention
- Allgemeine Informationen zu Suchtverhalten und Suchtmitteln
- Informationen zu Fortbildungen
- Materialien für den Unterricht
- Informationen aus dem Internet
- Informationen über die Homepage <http://www.suchtpraevention-ka.de> (Homepage für die Suchtpräventionslehrer/innen im Raum Karlsruhe)

Wer trinkt,  
um die Sorgen zu ertränken,  
vergisst,  
dass diese schwimmen können.

## 2.3.2

*Martin Wägele*

### **Curriculum Suchtprävention** *Suchtprävention als Schulentwicklung*

Als klar wurde, dass die alten Lehrpläne ausgedient hatten und statt dessen neue Bildungspläne greifen würden, war nicht überall Begeisterung zu spüren. Viele Kolleginnen und Kollegen befürchteten einen enormen Aufwand an Gesamtlehrerkonferenzen, Fachkonferenzen und fächerübergreifenden Sitzungen. Dies sollte sich alles bewahrheiten und doch bot die neue Entwicklung von Beginn an eine große Chance, das Thema Suchtprävention im Schulalltag so zu institutionalisieren, wie es wünschenswert ist..

#### **Kompetenzschulung**

Moderne Primärprävention ist seit langem Kompetenzschulung. Die Schülerinnen und Schüler sollen Kompetenzen erwerben, die sie „stark“ machen. Sie sollen eine „wetterfeste“ Persönlichkeit entwickeln, die es ihnen ermöglicht, in Verführungssituationen „Nein“ zu sagen, mit Frustrationen und Belastungen umzugehen und Stress zu bewältigen. Aus der Präventionsforschung weiß man, dass selbstbewusste, selbständige und belastbare Kinder und Jugendliche weniger häufig zu Drogen greifen und besser gegen Suchtgefährdungen geschützt sind.

Die schulischen Präventionsprogramme und Suchtpräventionsprojekte, die in den vergangenen Jahren an Schulen durchgeführt wurden und die die Suchtbeauftragten den Schulen vorgestellt und an Schulen eingeführt haben, hatten immer die Schulung der genannten Kompetenzen zum Inhalt. Der große Erfahrungsschatz, die vielfältig geleistete Arbeit an den einzelnen Schulen, das positive feed-back aus Kollegien und bei vielen Elternabenden und die bereits erfolgte Vernetzung mit außerschulischen Einrichtungen waren und sind weiterhin gute Stützen für ein engagiertes Weiterarbeiten.

Der neue Bildungsplan mit seinen Bildungsstandards, Niveauekonkretisierungen und Umsetzungsbeispielen beschreibt die fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen der Schülerinnen und Schüler am Ende eines Bildungsabschnitts. Schulentwicklung hat damit eine präventive Komponente erhalten.

Auf Grund der langjährigen Erfahrung in der Suchtprävention beim Thema Kompetenzschulung kann man auch umgekehrt formulieren, dass die Suchtprävention zur Schulentwicklung geworden ist und Motor von Schulentwicklungsprozessen werden kann. Dabei kann die Prävention nicht nur zeigen wie man personale und soziale Kompetenzen schult, sondern auch wie man eine solche Arbeit evaluiert. Lehrerinnen und Lehrer haben Erfahrung darin zu bemessen, ob ihre Schülerinnen und Schüler einen Wissenszuwachs haben. Einen Zuwachs an sozialer oder personaler Kompetenz zu bemessen, ist schon schwieriger. Hier können die suchtpreventiven Lebenskompetenzprogramme<sup>1</sup> Vorbilder für die Evaluation liefern.

<sup>1</sup> Siehe hierzu: Informationsdienst zur Suchtprävention Nr. 15, Suchtvorbeugung, Gesundheitsförderung, Lebenskompetenzen, Stuttgart 2004

Die neue Bildungspläne sprechen von:

- Fachkompetenz
- Personalkompetenz
- Sozialkompetenz
- Methodenkompetenz

Für die Suchtprävention bedeutet dies:

- Wissen über Suchtmittel und Suchtphänomen
- Persönlichkeitsentwicklung „Ich Selbst“
- Umgang mit anderen / Gruppendruck
- Guter Umgang mit sich selbst, „Ich Sorge für mich“

**Die vier Felder der Prävention in der Schule**

1. Wissen über Suchtmittel und Suchtformen, „das Mittel“	2. Persönlichkeitsentwicklung „ich selbst“
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kognitive Inhalte und Informationen über Sucht und Suchtmittel</li> <li>➤ Wirkungsweisen von Stoffen, Entstehung von Abhängigkeiten</li> <li>➤ Möglichkeiten der Beratung und Therapie</li> <li>➤ Suchtmittel in unserer Gesellschaft</li> <li>➤ Konkrete Suchtsituation vor Ort</li> <li>➤ Entwicklung von Essstörungen</li> <li>➤ Prozesshaftigkeit von Sucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entwicklung und Förderung von kritischem Denken und verantwortungsbewusstem Handeln</li> <li>➤ Sinneswahrnehmungen trainieren</li> <li>➤ Unsicherheit, Angst, Ausgrenzung und Ablehnung als Gefühle aushalten können = Umgang mit den „schwarzen Löchern“</li> <li>➤ Belastungen einschätzen lernen,</li> <li>➤ Entscheidungsfindungen kennen lernen und einüben</li> <li>➤ „nein“ sagen lernen</li> <li>➤ anspannen und entspannen können</li> <li>➤ Gefühle und Befindlichkeiten wahrnehmen, verbalisieren, akzeptieren lernen (inneres Kind / innerer Erwachsener)</li> </ul>
3. Umgang mit den Anderen „ich und die Anderen“	4. Guter Umgang mit sich selbst „ich Sorge für mich“
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kontakt- und Beziehungsfähigkeit fördern</li> <li>➤ Konfliktlösestrategien verinnerlichen</li> <li>➤ Kommunikationsfertigkeiten einüben</li> <li>➤ Bewusstmachung von Gruppendruck</li> <li>➤ Bewusstmachung von Interaktionen in der Gruppe</li> <li>➤ Beziehungsfähigkeit fördern</li> <li>➤ „nein“ sagen lernen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Genießen und erleben können</li> <li>➤ Sich geborgen fühlen</li> <li>➤ Sich über eigene Werte klar werden und sich fragen, was man dafür tut</li> <li>➤ Grenzen / Ambivalenzen akzeptieren</li> <li>➤ Gefühle wahrnehmen, benennen und leben können</li> <li>➤ Mit Belastungen leben können</li> <li>➤ Mit informellen und formellen Normen umgehen können</li> <li>➤ „was bringt mein Herz zum Singen“</li> <li>➤ „Was wünsche ich mir“</li> <li>➤ „Wie liebe ich mich selbst“</li> </ul>

War es in der Vergangenheit bestimmt nicht einfach, die Inhalte der Suchtprävention in der Schule, sprich bei Schulleitung und Kollegium, zu verankern, so eröffnet die neue Struktur der Bildungspläne, nämlich die Aufteilung in Kerncurriculum und Schulcurriculum echte Chancen.

Kerncurriculum 2/3	Schulcurriculum 1/3
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hier werden den fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen Inhalte zugeordnet, die der Erreichung der Kompetenzen dienen.</li> </ul>	<p>Dient der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vertiefung und Erweiterung der inhaltlichen Vorgaben der Bildungsstandards</li> <li>Hat darüber hinaus die Funktion, einzelne Fächer zu vernetzen</li> <li><b>Ist Ausgangspunkt für ein Schulkonzept, das alle Elemente und Aspekte enthält, die die Profilierung und Besonderheit einer Schule ausmachen.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Konkret die einzelnen Unterrichtsfächer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Methodencurriculum</li> <li>Fächerverbindende Projekte</li> <li>Fachspezifische Inhalte</li> <li>ITG und BOGY</li> <li><b>Suchtprävention</b></li> </ul>

Vor allem im Bereich des Schulcurriculums lässt sich die Suchtprävention verankern, aber auch im fachspezifischen Bereich wird es möglich sein, Elemente dauerhaft zu plazieren.

Unser großer Vorteil ist, auf bereits Bewährtes zurück greifen zu können, während viele andere Elemente neu zu konzipieren sein werden.

Mit dem Schulcurriculum Suchtprävention des Dietrich-Bonhoeffer-Gymnasiums Metzingen liegt ein schlüssiges Konzept vor, das man von Klasse 5 bis Klasse 10 an allen weiterführenden Schularten direkt oder in abgewandelter Form umsetzen kann.

### **Curriculum Suchtprävention (tabellarische Aufstellung)**

Ein Großteil der hier eingebrachten, ganz konkreten Unterrichtshinweise entstanden im Zusammenhang mit dem Suchtpräventionsprojekts „Drogenfrei - Suchtprävention für die Klassen 5, 6 und 7“ des Oberschulamts Tübingen, das in mehreren Ordnern vorliegt und auf der Homepage des Oberschulamts Tübingen unter der Webanschrift

<http://www.oberschulamts-tuebingen.de/abteilung0/a013-lul/a013-10-versch/sucht/sucht-s0.htm>

für interessierte Lehrerinnen und Lehrer zur Verfügung steht. Die dort vorgelegten Bausteine zur Suchtprävention wurden von einem Team unter der Leitung meiner Kollegin Margit von Haaren, die mit mir zusammen die Aufgabe der regionalen Suchtbeauftragten des Oberschulamts Tübingen wahrnimmt, erarbeitet.

Schon im März 2004 haben wir an unserer Schule abgesprochen, wie die Inhalte für die neuen 5. Klassen ( Schuljahr 2004/2005 ) eingeführt werden und welche Themen in den Klassen 6, 7, 8, 9 und 10 folgen sollen



Themen	Klasse 5 und 6	Klasse 7 und 8	Klasse 9 und 10
„Ich entdecke, beachte und achte mich selbst und versuche, gut mit mir umzugehen“	Gesprächsregeln laut TZI Ich mag mich Ich und meine Gefühle Ich sage „nein“ Ich setze mich durch Anspannen und Entspannen	Verbesserte Eigenwahrnehmung Eigen- und Fremdwahrnehmung Kommunikationsbarrieren überwinden Aktives Zuhören Meine persönlichen Zielvereinbarungen Sich in andere einfühlen (Empathie)	Mein persönliches Konsumverhalten Meine Stärken – meine Schwächen Mein Genussprofil Wo und wie Sorge ich für mich selbst ? (Inneres Kind - innerer Erwachsener) Mein innerer Tank und meine Tankstellen
„Ich nehme andere genauer wahr, versuche sie besser zu verstehen, Andersartiges zu akzeptieren und lerne, konstruktiv mit anderen zusammen zu arbeiten“	Friedliches Miteinander Positives feed-back Unsere Gemeinsamkeiten Gruppennormen Verführungssituationen: Rauchen und Alkoholtrinken	Ich – und Du – Botschaften Verbalisieren lernen im Rollenspiel	„Beratungs“gespräche, worauf kommt es an? Regeln und Abmachungen (auch in Bezug auf legale Suchtmittel) erarbeiten Streit schlichten Film Tablettensucht
„Ich erfahre einiges über die vielen Facetten der Sucht und versch. Suchtmittel und setze mich mit den Leitfragen auseinander: Wie wird jemand süchtig? Was ist süchtiges Verhalten? Wann ist jemand süchtig? Was schützt vor dem Abgleiten in die Sucht?“	Süchtiges Verhalten am Beispiel des Films „Warten bis Lili kommt“ Fernsehkonzum / Werbung Legale Suchtmittel Zuhause und im nahen Umfeld Film Blauer Dunst“ (42 58335) Film „Die Droge Tabak und ihre Opfer“ (42 01608)	Konsumprofil – ich und meine Süchte / Sehnsüchte Rauchen, Saufen, Ecstasy und Haschisch ( auch Stoffkunde ) Fallbeispiel zu Sucht-„karrieren“ Das Zugmodell „wie gestalten die Menschen, die nicht süchtig sind, ihr Leben?“ Biographien!	Schönheit des Körpers – Schlankeitswahn – Essstörungen Sehnsucht und die verschiedenen Suchtformen - Suchtheorien Unsere Einstellung zu Missbrauchsverhalten und Sucht Die Schritte Richtung Sucht Konkrete Hilfen im Krisenfall DAK-Koffer <a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>
Projekte zum Thema Sucht und Prävention	Gemeinsames Essen Ausflug in einen Sinesgarten	Alkoholfreies Fest gestalten Elternabend „Vom gu-	Elternabend „Essstörungen, Tick oder Anzeichen einer ernsten

	<p>Teilnahme am Programm „be smart - don't start“ der BzGA</p> <p>Erlebnispädagogischer Tag</p>	<p>ten Umgang mit mir selbst“</p> <p>Elternabend „Suchtmittel und ihre Folgen“</p> <p>Theaterstück zum Themenbereich „Sehnsucht“ / „Lebensgestaltung“</p> <p>Umfrage in der Bevölkerung zum Thema Rauchen</p> <p>Gespräch mit Selbsthilfegruppen anhand des Films „Mein Freund Arno“ <b>(42 54890 )</b></p> <p>An die Grenzen gehen : Klettergarten und ähnliches</p> <p>Film „Ecstasy“ <b>(42 02317)</b></p> <p>Film „Moskito/Drogen“ <b>(42 58173)</b></p>	<p>Erkrankung“</p> <p>„Aktionstag Lebenskrisen“ für alle Klassen einer Stufe</p> <p>Besuch einer PSB oder Therapie-einrichtung samt Vor- und Nachbereitung</p> <p>Aktionstag „Freude am Leben“</p> <p>Filmabend : Alkohol – die Volksdroge und ihre Kinder“ <b>(42 65752)</b></p> <p>Projekt „Gehirnforschung“</p> <p>Film „Drogen und Gehirn“ (Verlag Spektrum)</p>
<p><b>Sonstiges</b></p>	<p>Rauchen an der Schule?</p> <p><b>Aktuelle Stunde: Berichte aus den Medien</b></p>	<p>INFO-Tag zusammen mit Polizei und Staatsanwaltschaft</p> <p>„Drogen und Straßenverkehr / Führerschein“</p> <p><b>Aktuelle Stunde: Berichte aus den Medien</b></p>	<p>Alkoholkonsum bei Studienfahrten und Abschlussfahrten?</p> <p>INFO-Tag zusammen mit Polizei und Staatsanwaltschaft</p> <p>„Konkrete Gerichtsfälle zum Thema Alkohol und Drogen“</p> <p><b>Aktuelle Stunde: Berichte aus den Medien</b></p>

## **Procedere für die Umsetzung der Curricula Methodentraining / Suchtprävention Klasse 5**

Für alle Klassenlehrerinnen und Klassenlehrer der neuen Fünftklässler wurde ein kompletter Suchtpräventionsfahrplan erstellt. Er umfasst einen Übersichtsplan vieler Stunden zur Suchtprävention, von denen das Team der Kolleginnen und Kollegen unter Federführung der Klassenlehrerin oder des Klassenlehrers eine persönliche Auswahl trifft, wobei festgelegt wird, wann welche Einheiten unterrichtet werden. Wenn nicht alles in einem Jahr umgesetzt werden kann, könnte - ähnlich wie bei einem Methodentag - ein Suchtpräventionstag angesetzt werden. Besser wäre es, die Schülerinnen und Schüler die Inhalte bereits in einer ersten „unterrichtsfreien“, sprich fachunterrichtsfreien Schulwoche erleben zu lassen.

### **Klasse 5**

2004/05

1. Klassenkonferenz / Teamkonferenz am Ende des vorhergehenden Schuljahrs, **erstmalig Juli 2004**

2. Ein fester Konferenztermin für alle 5-er-Teams in der Woche nach den Zeugniskonferenzen

### **Klasse 6ff.**

Klassenkonferenzen in der 3. Schulwoche nach einer GLK

**erstmalig September 2005**

Konferenzdauer 1 h

Bei diesen Konferenzen wird der „Methodenfahrplan“ und der „Suchtpräventionsfahrplan“ festgelegt :

Es wird vereinbart, welche Kolleginnen / Kollegen gemeinsam welche Methoden- und Suchtpräventionsbausteine bis wann eingeführt haben.

Diese Fahrpläne werden ins Tagebuch eingeklebt ( Kopie geht an Klassenlehrerin / Klassenlehrer ) so dass die betreffende Kollegin / der betreffende Kollege für alle ersichtlich ihre bzw. seine Bausteine abhaken kann und für alle ersichtlich ist, was bereits umgesetzt wurde.

Diesen Fahrplan nimmt die Klasse mit ins nächste Schuljahr.

(Vertiefung, Erweiterung )

### Suchtpräventionsfahrplan Klasse 5

Parallel wurde für das Team Methodentraining ein Fahrplan entwickelt und mit dem Fahrplan Suchtprävention kombiniert.

### Fahrplan Suchtprävention Klasse 5

Thema	Übung	Literaturquelle (Literaturangaben siehe nächste Seite)	Fach / Kollegin / Kollege
Gemeinsamkeiten / Unterschiede in der Gruppe	4-Ecken-Spiel	<b>Anlage 1</b>	
Mehrere Personen näher kennen lernen	Zwiebelschale	<b>Anlage 2</b>	
Über sich etwas aussagen	Wechselstrom	<b>Anlage 3</b>	
Über sich selbst etwas ausdrücken	P 7 Male deinen Weg	OSATÜ Kl. 5	Kunst
Über sich selbst etwas ausdrücken	P 5 Ich habe Selbstvertrauen		
Über sich selbst etwas ausdrücken	P 8 Ich sage nein	OSATÜ Kl. 5	
Über sich selbst etwas ausdrücken	P 9 Ich setz mich durch	OSATÜ	
Verschiedenartigkeit akzeptieren	In den Fußstapfen der Anderen	SVL Seite 44	
Anspannen und Entspannen	E 1 – E 4 : Fantasiereise und progressive Muskelentspannung	OSATÜ Kl. 5 ALF S. 23 CD-ROM	
Krisen bewältigen	Wenn es brenzlich wird	NSK Seite 23-25	
Gesprächsregeln beachten Gruppenregeln	P 1 : TZI	OSATÜ Kl. 5  ALF S. 34	
Gruppendruck widerstehen: Das 1. Bier und die 1. Zigarette	UE 4.4. Nein sagen/ Kannst du mich überreden?	ALF S. 59 – 68	Religion Biologie
Verantwortung für andere, Vertrauen, zuhören lernen	Hindernislauf	NSK Seite 30-31	Sport
Umgang mit Langeweile	Langeweile	Anlagen 4-8 und WWIT 19-23, 27 Video 42 Konflikte:	
Gefühle / Ausweichen	Film „Warten bis Lili kommt“ und P 10	Film 32023473 OSATÜ Kl. 5	
Entscheidungen treffen	UE 4.10. Problemlösen	ALF S. 111 – 118	
Verbesserung des Selbstbildes	UE 4.11 feedback - Selbstreflexion	ALF S. 119 - 126	
Ein Buch zum Thema Sucht lesen	Literaturliste	DHS-Liste 87-89 NSK Seite 43-44	Deutsch

Literatur:

- OSATÜ                    Ordner des Oberschulamts Tübingen, Suchtprävention  
 Als Ordner und CD-ROM, 2003,  
 Im Internet unter: <http://www.oberschulamts-tuebingen.de>  
 → Lehren und Lernen → "drogenfrei"
- SVL                      Sozialverhalten lernen , Broschüre des MKS Stuttgart, 1999  
 im Internet unter:  
<http://www.schule-bw.de/lehrkraefte/beratung/beratungslehrer/hinweise/verschiedenes>
- ALF                      Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten, Ordner für Klasse 5 / 6,  
 Institut für Therapieforschung München, 1998
- NSK                      Nein sagen können, AOL-Verlag, 2004
- DHS                      Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahresheft 2003 „Jugend und  
 Sucht“ und [www.ausweg.de](http://www.ausweg.de)
- WWIT                    „Was würdet ihr tun“, Video der Kreisbildstelle RT plus Broschüre mit  
 Unterrichtsvorschlägen und vielen Kopiervorlagen

**Anlage 1 (Fahrplan Klasse 5)      4-Ecken-Spiel**

Schülerinnen und Schüler sollen sich und andere besser kennen lernen.

Das Risiko, sich mehr zu öffnen als man möchte, soll klein sein.

Deshalb als erste Übung nicht gleich sehr Persönliches abfragen, sondern den Schutz der Gruppe anbieten. Nach jedem Impuls gehen die Schülerinnen und Schüler in eine Ecke und unterhalten sich kurz über den vorgegebenen Satz.

Vorbereitung: 24 DIN-A-4-Bögen, daraus 6 Themenblöcke mit jeweils 4 Bögen

1. Runde            L sagt : „ In der Grundschule hat mir besonders gefallen, dass...“  
 und legt jeweils 1 Blatt in eine Ecke des Raums mit der Aufschrift
- „ wir viel Bewegung hatten“  
 „ viel gesungen haben“  
 „ eine gute Klassengemeinschaft hatten“  
 „wir schon ganz gut Englische gelernt haben“
2. Runde            L sagt : „Ich mag, wenn Lehrerinnen und Lehrer...“ und legt jeweils 1 Blatt in eine  
 Ecke des Raums, über das vorige Blatt.
- „ uns viel beibringen“  
 „gut gelaunt und lustig sind“  
 „ uns viel Neues beibringen“  
 „sich auch um uns nicht nur im Unterricht kümmern“
3. Runde            L sagt : „Ich mag meine Mitschülerinnen und Mitschüler besonders, wenn ...“ und  
 legt jeweils 1 Blatt in eine Ecke des Raums, über das vorige Blatt.
- „sie mir helfen, wenn ich etwas nicht verstanden habe“

- „sie aufmerksam und ruhig sind, so dass ich gut mitkomme im Unterricht“
- „sie zu mir auch außerhalb der Schule mit mir Kontakt haben wollen“
- „sie helfen mir ein gutes Klassenklima zu schaffen und zu erhalten“

Weitere Runden zum Beispiel mit den Fragen „ in meiner Freizeit mache ich gern...“ oder „ im Urlaub mache ich gern...“, oder „ von dieser Schule erwarte ich, dass..“

**Abschluss** L sagt: Ihr stellt euch in die 4 Ecken des Raums und unterhaltet euch über eure Gemeinsamkeiten. Die Ecken müsst ihr selbst finden:

- „wir waren im Sommer in..... im Urlaub / zu Hause „
- „wir haben folgende Haustiere“
- „mein Lieblingsessen“
- „Anzahl der Geschwister“

S ordnen sich selbst nach Kaninchenbesitzer-Hundebesitzer-ohne Haustiere-Katzenbesitzer oder nach Vegetarier-Schnitzelesser-Pizzaesser- ...

## **Anlage 2 (Fahrplan Klasse 5) Zwiebelschale**

**Material** Stoppuhr und evt. CD mit Musik zur Untermalung

1. S gehen durch den Raum und versuchen in einer Minute so viel Schritte zu gehen, wie L vorgibt. Da dies nicht auf Anhieb klappt, sollte man mindestens jeweils 6 Durchläufe machen.

**Anleitung** „ Wenn ich los sage, geht ihr 44 Schritte bis ich nach einer Minute stopp sage“. „Zweiter Anlauf, ihr müsst wahrscheinlich alle langsamer gehen, also nochmals in einer Minute 44 Schritte.“  
Na klappt doch schon ganz gut, wie gesagt 44 Schritte in einer Minute“. Wenn es ganz gut klappt : „Toll, jetzt stoppe ich wieder eine Minute, ihr geht aber jetzt 66 Schritte, los .....und stopp.“

2. S stellen sich in zwei konzentrischen Kreisen auf und jede/r hat ein Visavis. L sagt eine Aufgabe an, die Gegenüberliegenden erfüllen diese Aufgabe. Dann bewegt sich der Außenkreis im Uhrzeigersinn 2 Personen weiter. Dann kommt die nächste Aufgabe und danach bewegt sich der Innenkreis gegen den Uhrzeigersinn um 4 Personen weiter.....

### **Aufgaben**

- begrüßt euch, ohne miteinander zu reden
- erzählt euch, was euch gestern gefallen hat
- nennt eure Lieblingsmusik, eure Lieblingsängerin, euren Lieblingsänger
- sagt euch euer Lieblingsfach
- nennt drei Hobbies
- was machst du nachmittags nach Schule und Essen
- was kannst du besonders gut
- was ärgert dich immer wieder

- ein wichtiger Punkt in deiner idealen Schule
  - ich kann schlecht schlafen, wenn
  - ich bin zufrieden, wenn
  - meine schönste Urlaubserinnerung
  - das wünsche ich mir in der Klasse
  - setzt euch Rücken an Rücken und steht gemeinsam auf.
3. Plakat malen , wobei jede Schülerin/jeder Schüler einträgt, was ihn von dem Gehörten (ohne Namen) noch eindrücklich im Gedächtnis ist:  
Plakatüberschrift: „Beeindruckt hat mich folgendes“

### **Anlage 3 (Fahrplan Klasse 5) Wechselstrom**

Spielanleitung wie bei Anlage 2, nur dass die S vorher auf Karteikärtchen etwas selbst formulieren zu bestimmten Punkten, sich dann in den konzentrischen Kreisen aufstellen und sich gegenseitig „beschenken“, das heißt Kärtchen austauschen.

Material 50 Karteikärtchen DIN-A-6, evt. Musik zur Untermalung

1. Bewegungsspiel
2. L gibt die Aufgabe: „Begeht euch an euren Platz und schreibt auf das Karteikärtchen, wann ihr gut drauf seid.“

Karteikarte: „Ich bin gut drauf, wenn ....“

S bewegen sich wie bekannt in den Kreisen und tauschen auf Kommando die Kärtchen gegenseitig aus und reden kurz ( Unter 1 Minute) darüber.

3. Die Kärtchen kommen an eine Pinnwand. Guter Blickfang für einen Elternabend in Klasse 5.  
„ So geht es ihren Kindern..

*Wir werden aus Erfahrungen lernen, Änderungen einbringen, die Fahrpläne weiter entwickeln, Aktuelles und Neues mit aufnehmen, sprich wir werden weiter für einen lebendigen Schulalltag eintreten und die ganzheitliche Bildung und Erziehung der Schülerinnen und Schüler, gerade auch unter suchtpräventiven Aspekten, im Auge behalten.*

Für Anregungen und Erfahrungen bin ich sehr dankbar.

Martin Wägele  
Suchtbeauftragter des Oberschulamts Tübingen  
Dietrich-Bonhoeffer-Gymnasium Metzingen  
Sanatoriumsweg 47  
72574 Bad Urach  
Tel und Fax 07125 – 4798  
[martinwaegele@web.de](mailto:martinwaegele@web.de)

## 2.3.3

Gerd Frick

## **Zukunftswerkstatt – ein integratives Präventionskonzept für den Landkreis Schwäbisch-Hall**

### **Ausgangssituation**

Immer wieder ist in den Tageszeitungen von Gewalt, Drogenkonsum und Alkoholexzessen im Jugendbereich zu lesen. Ob Abschlussfeier oder Geburtstags-Fete, ob Disco-Besuch oder normaler Schulalltag – Gewalt, Drogen und Alkohol scheinen immer präsent zu sein. Hinzu kommt, dass stellenweise eine Verrohungstendenz der Jugend wahrgenommen wird, was sich insbesondere in der Sprache und im sozialen Umgang miteinander zeigt.

Hat sich das Verhalten der Jugend verändert? Ist sie heute um so viel anders als in früheren Jahren? Antworten auf diese Fragen können sicherlich erfahrene Erzieherinnen/Erzieher und Lehrerinnen/Lehrer geben. Neben diesen Meldungen und den tagtäglichen Erfahrungen an Kindergärten und Schulen gibt es noch ein Instrument, welches weitere Indizien für eine Veränderung von Jugendverhalten liefern kann – die polizeiliche Kriminalstatistik. In dieser Datenbank werden diejenigen Straftaten erfasst, die bei der Polizei zur Anzeige gelangen. Allgemein lässt sich erkennen, dass es einen seit Jahren ansteigenden Trend der Jugendkriminalität gibt, dass die Täter immer jünger werden, dass die Bereitschaft zunimmt, Gewalt einzusetzen und dass die Empathie mit den Opfern abnimmt. Darüber hinaus stellt die wissenschaftliche Forschung fest, dass Kinder und Jugendliche immer früher mit legalen und illegalen Drogen in Berührung kommen. Kinder beginnen teilweise bereits im Alter von 7 Jahren mit dem Rauchen. Zum ersten Alkoholkonsum kommt es schon ab 9 Jahren und ab 12 Jahren gibt es bereits Kinder, die regelmäßig Alkohol trinken und/oder Zigaretten rauchen. Der Einstieg in den Bereich der illegalen Drogen, wie beispielsweise Cannabis, erfolgt in der Regel zwischen 15 und 17 Jahren, teilweise jedoch auch schon erheblich früher. Falsche Ernährung, Essstörungen und extensiver, unkontrollierter Medienkonsum runden den „Gefahren-Cocktail“ ab, durch den Kinder und Jugendliche tagtäglich in Versuchung geführt werden.

Ist unsere Gesellschaft angesichts dieser besorgniserregenden Entwicklungen machtlos? Müssen wir hilflos daneben stehen und zusehen, wie die Jugend mehr und mehr an Halt verliert? Was haben wir bisher mit unserer Präventionsarbeit erreicht? Sind die Erziehenden angesichts der sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen überfordert? Welche Werte werden noch akzeptiert? Wer kann sie vermitteln?

### **Die Idee der Zukunftswerkstatt**

Es ist auch eine Tatsache, dass der allergrößte Teil der Kinder und Jugendlichen nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät und beim Konsum von legalen oder illegalen Suchtmitteln im Rahmen des altersbedingten Probierverhaltens bleibt.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Im Jahr 2002 wurden weniger als 2 % der im Landkreis wohnenden Kinder *straffällig*. Bei den Jugendlichen (14 bis unter 18jährige) waren es ca. 5 % und bei den Heranwachsenden (18 – unter 21jährige) etwa 6 %.



Dennoch zeigen die Entwicklungen, dass auch im Landkreis Schwäbisch Hall Handlungsbedarf besteht.

In den letzten Jahren haben sich viele Behörden, Institutionen und Einrichtungen spezialisiert, um diesen Entwicklungen entgegen zu wirken. Darüber hinaus gibt es große schuleigene Engagements mit und ohne Unterstützung von externen Fachleuten. Doch für eine sichtbare Trendwende wäre mehr Prävention nötig. Angesichts leerer öffentlicher Kassen ist an eine Ausweitung der Präventionsarbeit aber kaum zu denken.

Im August des Jahres 2002 fand sich eine kleine Gruppe zusammen, um nach Möglichkeiten zu suchen, die Wirkung von Präventionsarbeit trotz leerer Haushaltskassen zu erhalten bzw. noch zu steigern. In diesem Kreis wurde die Idee der „Zukunftswerkstatt“ entwickelt und durch Einbeziehung von Behörden, Institutionen und Einrichtungen in vielen kleinen und großen Arbeitsbesprechungen ausgearbeitet. Eine der ersten Aufgaben war es dabei, zunächst möglichst alle externen Akteure zu finden, die Präventionsarbeit in Schulen leisten und deren Angebote zu erheben. Mit diesen Erkenntnissen wird es zukünftig für Kindergärten und Schulen einfacher sein, die geeigneten Partner zu finden, um langfristige und nachhaltige Präventionsstrategien und Konzeptionen zu entwickeln und umzusetzen. Die Partner und ihre Angebote wurden in einer Informationsbroschüre veröffentlicht. Diese Broschüre dient als Nachschlagewerk, um sich einerseits über die Angebote der Akteure zu informieren und andererseits um mit den verantwortlichen Ansprechpartnern Kontakt aufnehmen zu können.

Den vorläufigen Höhepunkt des Projektes bildete die

**Fachtagung „Zukunftswerkstatt – Integratives Präventionskonzept für den Landkreis Schwäbisch Hall“** am 17. und 18. Oktober 2003 in Gerabronn.

#### **Die Ziele:**

- Die bereits vorhandenen Projekte und Programme der einzelnen Akteure im Bereich der Präventionsarbeit werden zusammengeführt und für die Schulen transparent und übersichtlich dargestellt.
- Jede Schule kann aufgrund ihrer spezifischen Gegebenheiten in Zusammenarbeit mit den externen Partnern ihre eigene Strategie entwickeln.
- Langfristig angelegte Strategien ermöglichen effektive Präventionsarbeit. Innerhalb ihrer Schullaufbahn erhalten die Kinder und Jugendlichen fortlaufend altersgemäße Präventionsimpulse.

Das **Kernziel** von „Stark im Leben“ ist die Steigerung der Lebenskompetenz von Mädchen und Jungen zur Stärkung ihrer Resistenz gegen die alltäglichen Versuchungen (Sucht, Gewalt, sonstige Straftaten, ungesunde Lebensweise usw.).

Das Projekt geht über eine bloße Vernetzung von Maßnahmen hinaus und schafft ein integratives, d. h. ein sehr eng ineinandergreifendes, modular aufgebautes Konzept, welches im Kindergarten beginnen und bis zu den weiterführenden Schulen bzw. Berufsschulen reichen kann. Dadurch wird eine lückenlose „Präventionsbiographie“ ermöglicht, die letztendlich die Kinder und Jugendlichen dabei unterstützt, ihre Zukunft konstruktiv zu gestalten.

### **Die Bildungsreform – Eine Chance für die Prävention:**

Ein wesentlicher Grundgedanke der Bildungsreform 2004 besteht darin, dass jede einzelne Schule die Bedingungen vor Ort aufgreift und sinnvolle Antworten für die schulspezifischen Aufgaben- und Problemstellungen findet. Im Schulprogramm kann jede Schule einen Schwerpunkt auf die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Schülerinnen und Schüler legen und dies zu einem Bestandteil ihres schulischen Curriculums machen.

Prävention unterstützt junge Menschen in der Entwicklung von Selbstsicherheit und Verantwortungsbewusstsein, weil dies die beste Vorbeugung gegen die Gefährdungen des Lebens ist. Ihre volle Wirkung kann Präventionsarbeit erst dann entfalten, wenn sie sich nicht auf die Schule beschränkt, sondern den gesamten Lebensraum der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt. Das Zusammenwirken von inner- und außerschulischen Maßnahmen und die Mitwirkung von außerschulischen Experten in der Schule verdient deshalb eine besondere Aufmerksamkeit bei der Entwicklung einer tragfähigen Konzeption. Letztendlich wird eine sinnvolle Prävention zu einer Schulkultur beitragen, die durch eine Orientierung an gemeinsamen Werten gekennzeichnet ist und für alle Kinder und Erwachsene im täglichen Miteinander einen Gewinn an Lebensqualität bedeutet.

### **Ergebnis – Erfahrungen**

Eine Vorlaufzeit von etwas mehr als einem Jahr war nötig, um diese Zukunftswerkstatt zu organisieren. An der Tagung nahmen ca. 200 Personen – Schulleiterinnen und Schulleiter, Lehrerinnen und Lehrer aller Schularten, Elternvertreter, Erzieherinnen, Vertreter/innen von Behörden und Institutionen, Kommunalpolitiker, Vertreter der Kirchen und weitere Interessierte teil.

Die Rückmeldebogen, die den Tagungsmappen beigelegt waren, ergaben folgende Hinweise. Die Zukunftswerkstatt wurde sehr positiv als ein Forum für eine umfassende Informationsbeschaffung gesehen. Sie bot Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine gute Möglichkeit, die vielfältigen Angebote der schulischen Präventionsarbeit von unterschiedlichen Institutionen und Behörden kennen zu lernen und mit deren Vertreter/innen ins Gespräch zu kommen. Gewünscht wurde weiterhin eine stärkere Einbeziehung der Eltern.

Die Workshops dienten dem Austausch von Informationen und der Diskussion über Inhalte.

Als konkretes Ergebnis der Arbeit in den Workshops lässt sich festhalten: Die meisten Anbieter von Präventionskonzepten sehen ihren Arbeitsschwerpunkt in der Primärprävention. Deshalb werden zunächst Grundschulen gesucht, die als Pilotschulen, zusammen mit den Anbietern von Präventionskonzepten, ein Präventionscurriculum für die jeweilige Schule entwickeln. Die Umsetzung der Projekte hat im neuen Schuljahr bereits an einigen Grundschulen im Kreis Schwäbisch Hall begonnen.

**Die Projektgruppe:**

- Corinna Ehlert,  
Psychologierätin, Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden-Württemberg
- Ruth Fleischhaker,  
Gewaltpräventionsberaterin des OSA Stuttgart für den Landkreis Schwäbisch-Hall
- Walter Sturm,  
Referent für Verkehrs- und Kriminalprävention der Polizeidirektion Schwäbisch-Hall
- Wolfgang Schmalzried,  
Sonderschullehrer, Pädagogischer Berater, Prozessbegleiter
- Gerd Frick,  
Suchtbeauftragter des OSA Stuttgart für den Landkreis Schwäbisch-Hall

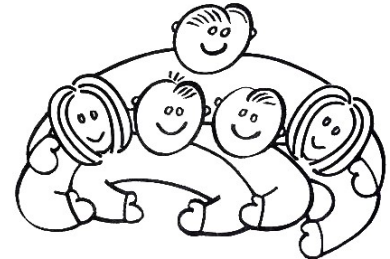
**Kontaktanschrift**

Gerd Frick  
Suchtbeauftragter des Oberschulamts Stuttgart  
Gymnasium Gerabronn  
Jahnstr. 5-7  
74582 Gerabronn  
Telefon: 07952 / 9660-11  
Fax: 07952 / 9660-21  
[E-Mail: gym.gerabronn.info@t-online.de](mailto:gym.gerabronn.info@t-online.de)

## 2.3.4

### Horst Brenner **Schulteamkonzept zur Suchtprävention**

Suchtprävention in der Schule ist eine wichtige und notwendige Aufgabe und wird durch eine entsprechende Verwaltungsvorschrift beschrieben und erläutert. Die Hauptrolle bei dieser Arbeit soll der/ die Suchtpräventionslehrer/in übernehmen, auch wenn in der Vorschrift erwähnt wird, die Suchtprävention gehe alle Lehrerinnen und Lehrer an und sei Aufgabe der ganzen Gesellschaft.



Schon als Suchtpräventionslehrer hat sich sehr früh in mir die Auffassung entwickelt, dass unsere schulischen Bemühungen nur dann effektiv und effizient sein können, wenn die Eltern, die das größte Interesse haben müssten, ihre Kinder ohne Drogen aufwachsen zu sehen, als die wichtigsten Erziehungspersonen wesentlich mit eingebunden sind. Nicht nur in der Weise, dass ihnen thematische Angebote gemacht werden und man ihnen Informationen zukommen lässt, sondern vor allem in der Hinsicht, dass man sie als die wichtigsten Erziehungspersonen mit in die Pflicht nimmt, in dem Sinne, dass Suchtprävention als erzieherische Aufgabe gesehen werden muss und dass somit *alle an der Erziehung beteiligten Erwachsenen sich aktiv, nicht reaktiv, hinschauend, nicht wegschauend, vorbeugend, nicht nachträglich einmischen.*

Heute als Suchtbeauftragter fühle ich mich durch meine eigenen Erfahrungen bestätigt, aber auch die Rückmeldungen der Suchtpräventionslehrer/innen meiner zu betreuenden Schulen zeigen, dass dies der richtige Weg ist.

So war und ist es nur konsequent, aus dieser Auffassung ein Programm zu entwickeln, das Lehrer/innen und Eltern gleichermaßen anspricht, motiviert und in die Pflicht nimmt.

Dass in dieses Programm auch noch Multiplikatoren aus der Schülerschaft eingebunden wurden, war dann nur noch eine logische Folgerung.

Aus diesen Überlegungen heraus entstand das Programm für die **Schulteamseminare**, die Ausgangspunkt werden sollten für die dauerhafte Entwicklung von Schulteams zur Suchtprävention.

In meinen „Regionalen Arbeitskreisen“ der Suchtpräventionslehrer /innen waren genügend Interessierte dabei, die mit engagierten Eltern und ausgewählten Schüler/innen aus ihren Schulen an einem ersten Projekt teilnehmen wollten. Dass das erste Pilotprojekt des Jahres 1994 sich heute stark verändert hat, war unvermeidlich. Jährliche Veränderungen, Erweiterungen und Verbesserungen sind immer wieder nötig und erwünscht.

Damals und heute ging und geht es darum, für die teilnehmenden Gruppen eine *gemeinsame Ausgangsposition als Diskussions-, Informations- und Handlungsbasis zu finden*. Das Schulteam, das sich ja langfristig entwickeln soll, braucht zunächst einmal *Basisinformationen und Basiskompetenzen*, um die für sie zunächst fremde Arbeit sinnvoll beginnen zu können.

Diese Überlegungen führten zu einem Konzept, an dessen Beginn ein *mehrtägiges Seminar* steht, ein Seminar für Schulteams, das außerhalb der Schule mit Übernachtung durchgeführt werden sollte.

Nachdem auch in der AOK Heilbronn und der Kreissparkasse Heilbronn Sponsoren gefunden wurden, stand dem Startschuss nichts mehr im Wege.

Seit dem Jahre 2000 können wir zwei Seminare jährlich finanzieren, zwei Seminare für jeweils 6 – 8 Schulen, mit zusammen 30 – 40 Teilnehmer/innen je Seminar. Heute beteiligen sich die teilnehmenden Schulen mit einem Eigenanteil von 200 € je Schulteam.

An dieser Stelle möchte ich bereits sagen, dass an einigen Schulen unsere Erwartungen sich mehr als erfüllt haben.

*Schulteams, Präventionsarbeitskreise und Elterninitiativen sind entstanden, die die Präventionsarbeit an den Schulen übernommen haben und die Suchtpräventionslehrerinnen und –lehrer unterstützen und nicht mehr allein lassen.*

Viele Schulen nehmen jährlich mit neuen Teilnehmer/innen teil, um ihre Schulteams wachsen zu lassen.

Auf den nächsten Seiten folgt ein kurzer Überblick über den **Verlauf der Teamseminare**, Stand 2004

### **Schulteamseminar, Stand 2004**

- ⇒ 2 Eltern, 1-2 Lehrer ( nicht nur SPL ), 2 ausgewählte Schüler (peer-leader der Klassen 8, je ein Mädchen und Junge) bilden das Seminarteam
- ⇒ 5 – 7 Teams aus HS, RS und Gymnasien werden in einem Seminar zusammengefasst
- ⇒ Erwachsene und Jugendliche werden in „getrennten“ Unterseminaren von jeweils einem Referenten betreut
- ⇒ gemeinsamer Beginn, tägliches, mehrmaliges Zusammenführen der Teilgruppen, gemeinsamer Abschluss und Festlegung der ersten Schritte an der eigenen Schule
- ⇒ Verpflichtung zur Nachhaltigkeit und „Teamvertrag“
- ⇒ inhaltlich erhalten die beiden Gruppen gemeinsame Basisangebote, ein Einführungskonzept, jedoch werden im Erwachsenenseminar gezielt zusätzliche Angebote gemacht, besonders im Zusammenhang mit dem Jugendschutzgesetz und legalen Suchtmitteln
- ⇒ innerhalb des nächsten Vierteljahres erfolgt ein verpflichtendes Nachtreffen, an dem die realisierten ersten Schritte vorgestellt und die Arbeit in der Schulwirklichkeit reflektiert werden
- ⇒ weitere, von den Schulen selbst organisierte Folgetreffen sind erwünscht und werden durch den Suchtbeauftragten des Oberschulamts unterstützt
- ⇒ innerhalb des nächsten Vierteljahres ergehen mehrere Folgeangebote an die Teams:
  - \* Fortbildung in Rhetorik, Gesprächsführung, Präsentation und Moderation
  - \* Fortbildung zum Kennen lernen von Methoden
  - \* Fortbildung in „Drogenkunde“
- ⇒ Organisation/Begleitung und spätere Betreuung durch den Suchtbeauftragten des Oberschulamts
- ⇒ Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern für die Folgeangebote

Im Folgenden werde ich in einer Kurzdarstellung erläutern, welche **inhaltlichen Konzepte** in beiden Teilseminaren verwendet werden.

## 1. Teilseminar Jugendliche

Wir verwenden für die Jugendlichen das seit vielen Jahren bewährte Konzept von Ulrich Waibel mit dem Titel **Schülermultiplikatorenseminar Sucht- und Gewaltprävention**.

Das Konzept ist beim Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart erschienen und in der Reihe „Schulartübergreifende Themen“ (STH1) veröffentlicht.

Es kann zum Preis von € 7.- bestellt werden beim  
Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart  
Referat II/3

Wiederholdstraße 13  
70174 Stuttgart

FAX: 0711/1849-565

E-Mail: [bestell@media.leu.bw.schule.de](mailto:bestell@media.leu.bw.schule.de)

Meiner Meinung nach ist das Konzept sehr empfehlenswert, weil es inhaltlich und methodisch alle Grundlagen legt, die Multiplikatoren für eine erfolgreiche Präventionsarbeit benötigen, genau für drei Tage ausgelegt ist und ebenfalls für die Erwachsenen als Einführung in das für sie fremde und oft beängstigende Thema Sucht sehr gut verwendet werden kann. In verschiedenen Schritten wird sowohl selbst erlebend, interaktiv, als auch informativ, reflektierend der Bogen geschlagen von der Eigenverantwortung über den Einfluss der Umwelt bei der Suchtgefährdung bis hin zu wichtigen Lebenskompetenzen als Präventionsstrategien und den Umgang mit gefährdeten Personen.

Für mich gehört dieses Konzeptheft zur Pflichtlektüre aller, die mit Jugendlichen suchtpreventiv arbeiten.

## 2. Teilseminar Erwachsene

Die Erwachsenen erhalten ebenfalls eine Einführung in das oben kurz vorgestellte Konzept, damit alle Teammitglieder eine gemeinsame Basis haben. In diesem Teil wird den Erwachsenen auch klar gemacht, welche Rolle sie übernehmen müssen, um ihren Kindern die *Lebenskompetenzen* zu vermitteln, die diese benötigen, um suchtmittelfrei leben zu können oder zumindest mit Suchtmitteln sinnvoll umgehen zu können.

Ein nächster Schwerpunkt im Erwachsenenseminar ist das *Jugendschutzgesetz* und die erzieherische Verantwortung der Erwachsenen. Das Motto: „*Wegschauen ist keine Lösung*“ wird breit ausgeführt, diskutiert und im schulischen, aber auch im kommunalen Kontext erarbeitet.

Hier geht es zentral darum, dass sich unsere Gesellschaft im Jugendschutzgesetz ein sinnvolles Instrument in die Hand gibt, das aber in der Realität von vielen Erwachsenen, in der Familie, in der Schule, aber auch in anderen Lebensfeldern nicht ernst genommen wird. Im Zusammenhang zur Suchtprävention, aber auch im gesamten erzieherischen Kontext, steht

die Haltung und das Verhalten der Erwachsenen im Mittelpunkt, die klare, erzieherische Positionen beziehen müssen und nicht wegschauen dürfen. Es geht konkret darum, die *Verfügbarkeit der legalen Suchtmittel zu begrenzen*.

Ein weiterer Teil beschäftigt sich mit ersten Schritten der *Gesprächsführung*, in erster Linie hinsichtlich Konfliktgesprächen, die Eltern und Lehrer bei ersten Auffälligkeiten zu führen haben.

Schließlich erhalten die Erwachsenen *Informationen* über die Suchtmittel selbst, deren Wirkungen und Zusammenhänge zur Suchtentwicklung.

### Zusammenfassung

Abschließend möchte ich unseren ganzheitlichen Ansatz in einigen Kernpunkten zusammenfassen:

1. Wir wollen die Suchtprävention durch ein Schulteam in mehreren Lebensfeldern vernetzen und wichtige erzieherische Aufgaben auf viele Schultern verteilen:  
Schule (nicht nur SPL ) + Elternhaus + Gleichaltrigengruppe
2. Wir sehen nur Chancen auf Erfolg, wenn die Prävention im Sinne eines „Setting Ansatzes“ Verhalten und Verhältnisse gleichermaßen berücksichtigt. Es gilt :
  - 2.1 *Lebenskompetenzen* zu vermitteln und vorzuleben
  - 2.2 *Jugendschutzgesetz* und eindeutige Grenzen, Normen und Werte vorzugeben, einzufordern und durchzusetzen
  - 2.3 klare, ehrliche und eindeutige *Informationen* zu vermitteln
3. Wir erwarten von den Schulteams *nachhaltige* und kontinuierliche Arbeit an den Schulen, mit dem Ziel ein *Jahrgangsstufenkonzept* in der Suchtprävention zu erarbeiten – früh beginnen und in allen Jahrgangsstufen am Thema arbeiten
4. Wir bieten durch die Teamseminare die Möglichkeit, diese Vorgaben zu erfüllen, indem wir eine *Basisausbildung* liefern, durch die die Teilnehmer/innen gleichwertige Kompetenzen erhalten.
5. Wir bieten zusätzliche Fortbildungen, weitere Betreuung und sagen weitere *Unterstützung* zu
6. Wir geben und vermitteln Unterstützung bei der Vernetzung weiterer Lebensfelder ( Verein, Gemeinde etc. ) mit dem Ziel, ein kommunales Netz zu errichten.

Wie in Punkt 6 formuliert, sollte ganzheitliche Suchtprävention auch in andere Lebensfelder außer dem schulischen und familiären hineingetragen und vernetzt werden.

Dieser *Teamgedanke*, ausgeweitet auf „*alle*“ *Lebensfelder* der Jugendlichen sollte in einem *kommunalen Konzept* münden. Dieser nächste und für mich auch zwingende Schritt kann aber

nicht allein durch unsere Initiative angegangen werden, sondern sollte unbedingt mit den Kommunalen Suchtbeauftragten / Beauftragten für Suchtprophylaxe der Stadt- und Landkreise in Angriff genommen werden. Die Kompetenz und das Engagement der Schulteams können aber die Katalysatoren für eine solche Entwicklung sein.

Die Referenten, die bei unseren Seminaren eingesetzt werden, sind:

- Dorothea Metzger  
Fachkraft für Suchtprävention in Heilbronn – Teilseminar Jugendliche
- Matthias Haug  
Kommunaler Suchtbeauftragter im Landkreis Karlsruhe – Teilseminar Erwachsene  
Matthias Haug hat die Inhalte des Erwachsenenteils sehr stark geprägt.

### **Autor und Kontaktanschrift**

Horst Brenner	oder:
Suchtbeauftragter des Oberschulamts Stuttgart	Mönchsee-Gymnasium
Linsenbergstraße 35	Karlstraße 44
74906 Bad Rappenau	74072 Heilbronn
07268 – 1529	07131 - 564055
<a href="mailto:brenner.horst@t-online.de">brenner.horst@t-online.de</a>	



**Der Optimist denkt genauso einseitig wie der Pessimist.  
Aber: Optimisten leben fröhlicher**

Charlie Rivel

**2.3.5**

*Carmen Böhringer / Uschi Saur*  
**Gemeinsam sind wir stark**

*Lehrer-Eltern-Seminar*  
*Kooperation Landratsamt – Staatliches Schulamt*

**1. Idee**

Suchtvorbeugung geschieht in der Beziehung und damit in der Erziehung, also im alltäglichen Miteinander.

Kinder treten vor allem mit ihren Eltern und ihren Lehrerinnen und Lehrern in Beziehung. Weder Elternhaus noch Schule sollten sich im Alleingang dieser Aufgabe widmen. Suchtvorbeugung macht nur dann wirklich Sinn, wenn sowohl Lehrerinnen und Lehrer als auch Eltern an einem Strang ziehen!

Aus diesem Grund haben wir Mütter, Väter, Lehrerinnen und Lehrer zu vier Abenden eingeladen. Unsere Vorstellung war, dass sich jeweils Tandems einer Schule zusammen finden.

Über Handzettel und Presseartikel wurde auf die Veranstaltungsreihe aufmerksam gemacht.

**2. Durchführung**

Grundprinzip der Veranstaltungen war die Verzahnung zwischen Theorie und Praxis: Neben der inhaltlichen Vermittlung der Theorie zum Thema Sucht und Suchtvorbeugung stand vor allem die persönliche Auseinandersetzung und das praktische Tun. Gleichzeitig erhielt die Gruppe methodisches Handwerkszeug und Material, das direkt in der Schule eingesetzt werden kann. Dies kann aus folgenden Verlaufsplanungen ersehen werden.

<b>1. Abend</b>	
Thema: Was Sie über Sucht wissen sollten	
beim Kommen	Erwartungsabfrage ( ☺ „Der Abend wird gut, wenn... / es würde mir missfallen, wenn...“)
19.00 Uhr	Beginn <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Begrüßung / Vorstellung</li> <li>➤ Ziele des Seminars</li> <li>➤ Verlauf des Abends</li> <li>➤ Eingehen auf Erwartungsabfrage</li> </ul>
19.20	Kennen lernen: Seilspiel
19.30	Einstieg: Suchtsack inkl. Vorstellungsrunde
20.00	Vortrag: Grundlagen süchtigen Verhaltens <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Was ist Sucht?</li> <li>➤ Suchtursache (Text „Wer ist schuld?“, Suchtdreieck)</li> </ul>
	Kleingruppen zum Text „Wer ist schuld?“: Zu welcher „Rolle“ fühlen sie sich am ehesten hingezogen? Warum? Was hat sie an den anderen beiden überrascht?
	Plenum: Austausch
	Input: Suchtentwicklung
21.15	Abschluss: Blitzlicht Ausblick Abschluss (Interaktionsspiele)

<b>2. Abend</b> Thema: Was Kinder brauchen	
19.00 Uhr	Beginn: ➤ Begrüßung ➤ Verlauf des Abends
19.15 Uhr	Rückblick auf die Inhalte des ersten Abends (Suchteisberg, Suchtdreieck, Einteilung der Süchte)
19.30 Uhr	Warming up: „Was für eine Sucht bin ich?“
19.45 Uhr	Selbstwahrnehmung: Konsumprofil Auswertung v.a. durch TN („Was fällt auf? überrascht? überrascht nicht?...“)
20.00 Uhr	Geschichte der Suchtprävention
20.15 Uhr	Aktueller Ansatz der Suchtprävention Schutzfaktoren
20.30 Uhr	Austausch in Kleingruppen: „Hinter jeder Sucht steht eine Sehnsucht“
20.45 Uhr	Vortrag: „Was Kinder brauchen“ Hausaufgabe: Überlegen von praktischen Umsetzungen anhand der gleichnamigen Broschüre
21.15 Uhr	Absprachen über die Inhalte des 4. Abends, der bewusst offen gehalten worden war. Vorschläge: ➤ Verschiedene Süchte (Magersucht, Alkohol) ➤ Konflikte ➤ Betroffene/r ➤ Ausblick auf Evaluation
21.25 Uhr	Abschluss: Blitzlicht

<b>3. Abend</b> Thema: Suchtvorbeugung in Schule und Elternhaus	
19.00 Uhr	Beginn: ➤ Begrüßung ➤ Verlauf des Abends
19.15 Uhr	Warming up: „Magische Leiste“ (als Symbol für „gemeinsam etwas schaffen“)
19.30 Uhr	Austausch über die Frage: Was haben Sie praktisch und konkret ausprobiert in Bezug auf die Broschüre „Was Kinder brauchen“?
19.45 Uhr	Brainstorming zur Fragestellung: „Wie muss Schule/Elternhaus aussehen, damit alle Kinder suchtkrank werden?“ (Gruppenarbeit), jede Gruppe macht 2 Plakate (Schule + Elternhaus)
20.05 Uhr	Vorstellung im Plenum
20.15 Uhr	Brainstorming zum Thema: „Wie muss Schule/Elternhaus aussehen, in der/dem es allen Kindern gut geht, wo sich alle Kinder wohl fühlen, wo sich alle Kinder positiv entwickeln können?“ Die obige Negativsammlung wird zu Positivaussagen umformuliert.
20.35 Uhr	Kleingruppen stellen ihre Ergebnisse im Plenum vor und diskutieren sie.
20.45 Uhr	Welche Ideen lassen sich vor Ort umsetzen? Ideen für suchtvorbeugende Ansätze: Erfahrungen, Projekte und Angebote im Landkreis
21.15 Uhr	Absprachen über die Inhalte des 4. Abends: ➤ Evtl. Weiterarbeit an den konkreten Ideen ➤ + gewähltes Thema
21.25 Uhr	Abschluss: Blitzlicht

<b>4. Abend</b>	
Thema: Drogen - Hilfsangebote - Suchtprävention	
19.00 Uhr	Beginn: ➤ Begrüßung ➤ Verlauf des Abends
19.05 Uhr	Warming up: Roboter-Spiel (Musik: „Wir sind die Roboter – Kraftwerk“)
19.15 Uhr	➤ Infos über Drogen: Alkohol, Cannabis, Ecstasy ➤ Konsumorte
19.45 Uhr	Wie reagiere ich wenn.....? ➤ Erkennungsmerkmale ➤ Umgang mit Gefährdeten ➤ Co-Verhalten ➤ Gesprächsführung ➤ Anlaufstellen (Suchtberatungsstellen ...)
20.15 Uhr	Pause
20.30 Uhr	Organisation von suchtpreventiven Veranstaltungen ➤ Mut zum Selber-Tun ➤ Kooperationspartner suchen (Schulleiter, Suchtpräventionslehrer, Beratungslehrer, SMV, VHS, Vereine, Kirchen,...) ➤ Hinweis auf geeignete Materialien und Literatur ➤ Inhalte müssen lebensweltbezogen sein!
21.15 Uhr	➤ Feed-back: „Was haben mir diese vier Abende gebracht?“ ➤ Mini-Blitzlicht: „Was ich noch sagen wollte“ ➤ Angebot: Nachtreffen nach einem Jahr
21.30 Uhr	Ende

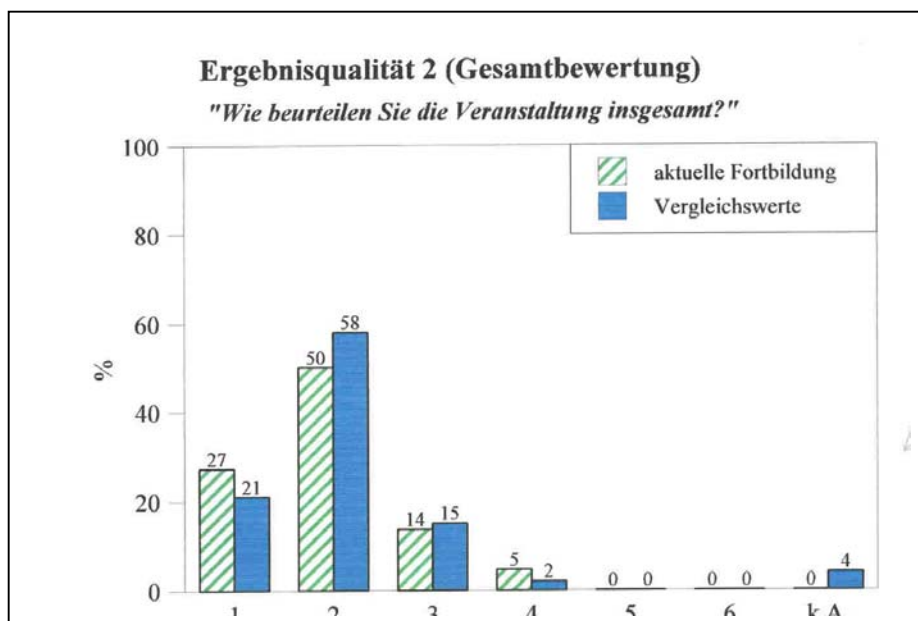
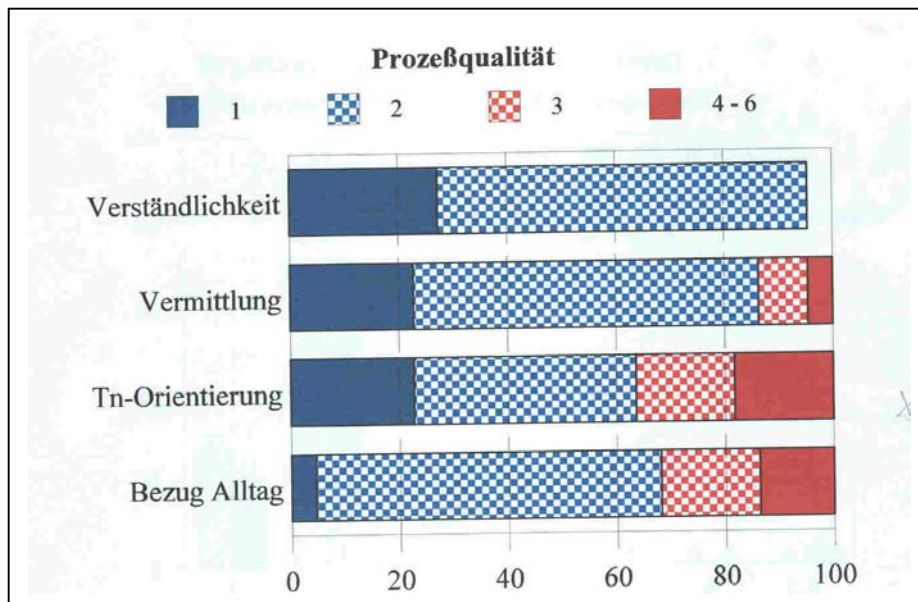
## 5. Evaluation

Unsere Erfahrungen:

- Abendtermine sind praktikabel, jedoch nicht so intensiv wie eine Wochenendveranstaltung – vier Abende sind ausreichend!
- Die Tandembildung gestaltete sich schwierig (nur zwei Tandems bei insgesamt 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern)
- Interesse auf Seiten der Eltern war oftmals persönlich geprägt, die Umsetzung an der Schule stand eher an zweiter Stelle
- Verzahnung zwischen Theorie, Praxis und persönlicher Auseinandersetzung hat sich sehr gut bewährt
- Stimmung an den Abenden war sehr gut
- Kooperation der Suchtbeauftragten des OSAs und der Beauftragten für Suchtprophylaxe des Landratsamtes war ökonomisch und bereichernd.

Das Seminar wurde zusätzlich durch die Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin mbH, GESOMED, evaluiert.

Im Folgenden einige Auszüge aus der Evaluation von GESOMED:



## 6. Nachhaltigkeit

Eines unserer Hauptziele war die Umsetzung der Inhalte und Methoden des Seminars im Schulalltag.

Aus diesem Grund haben wir die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach einem Jahr zu einem Nachtreffen eingeladen.

Es nahmen fünf Personen teil, das Interesse war bei vielen vorhanden – die Teilnahme scheiterte jedoch am Termin vor den Sommerferien.

**Tagesordnung:**

1. Begrüßung
2. Vorstellungsrunde
3. Einstiegsfragen:
  - „Was ist bei Ihnen vom Lehrer-Eltern-Seminar besonders in Erinnerung geblieben?“
  - „Sind Sie in Sachen Suchtprävention aktiv geworden? Was haben Sie umgesetzt?“  
Wenn ja – Was? Wie?  
Wenn nein – Was hinderte Sie?
  - „Welche Unterstützung brauchen Sie, um etwas umzusetzen?“
4. Zusammenfassung des Abends und Ausblick

**Aktionen:**

- In einer weiterführenden Schule kam eine Zusammenarbeit zwischen Religionslehrerin, Ethiklehrerin und Konrektorin zu Stande. Das Projekt war gut, ging aber über eine zu lange Zeit und deshalb fehlte die Kontinuität. Das Projekt wird in veränderter Form weiter geführt.
- In einer Grundschule fanden andere Projekte statt, wie z.B. Gewaltprävention.
- In einer Sonderschule nahmen 7 Klassen bei dem Nichtraucherwettbewerb „Be smart, don't start“ teil; SMV, Verbindungslehrerin und Schulsozialarbeiterin möchten mit einem Suchtpräventionsprojekt beginnen, sobald ein bereits laufendes Projekt („Schülerladen“) abgeschlossen ist.

**Wünsche für die Zukunft:**

- Prozessbegleitung bei Projekten
- In einem Jahr ein erneutes Treffen
- „Auffrischungsabend“ zwischendurch

**6. Fazit**

Schade fanden wir, dass sich die geplante Tandembildung so schwierig gestaltete. Wir sind dennoch der Meinung, dass alle an der Erziehung unserer Kinder und Jugendlichen beteiligten, also Lehrer und Eltern, in Sachen Suchtvorbeugung an einem Strang ziehen müssen!

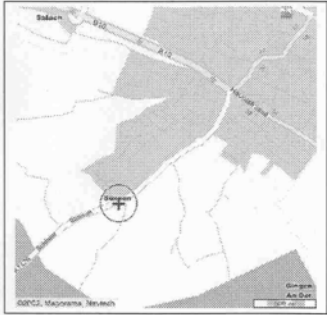
Aus diesem Grund werden wir weiterhin versuchen, derartige Projekte anzubieten.

**Kontakt:**

**Uschi Saur**  
 Beauftragte für Suchtprophylaxe  
 Landratsamt Göppingen  
 Kreisjugendamt  
 Lorcher Str. 6  
 73033 Göppingen  
 Tel.: 07161.202-652  
 Fax: 07161.202-649  
 u.saur@landkreis-goeppingen.de

**Carmen Böhringer**  
 ehemalige Beauftragte für  
 Suchtprävention des Oberschulamts Stuttgart

Anhang: Einladungsschreiben




## Veranstalter

**Uschi Saur**  
Beauftragte für Suchtprophylaxe im  
Landkreis Göppingen

**Carmen Böhringer**  
Beauftragte für Suchtprävention  
des Oberschulamts Stuttgart

## Gemeinsam sind wir stark! Suchtvorbeugung in Elternhaus und Schule



**Kontaktadressen:**  
Carmen Böhringer  
Grabenstr. 1  
73033 Göppingen  
Fon: 07161-9609615  
Mail: carmen.boehringer@ssa-gp.kv.bwl.de

Uschi Saur  
Lorcherstr. 6  
73033 Göppingen  
Fon : 07161-202652  
Mail: u.saur@landkreis-goeppingen.de

## Die Idee

Suchtvorbeugung geschieht in der Beziehung und damit in der Erziehung, also im alltäglichen Miteinander.

Kinder treten vor allem mit ihren Eltern und ihren LehrerInnen in Beziehung.

Weder Eltern noch die Schule sollten sich im Alleingang dieser Aufgabe widmen. Suchtvorbeugung macht nur dann wirklich Sinn, wenn sowohl LehrerInnen als auch Eltern an einem Strang ziehen!

Deshalb erhalten Sie, liebe Mutter, lieber Vater, liebe LehrerInnen die Möglichkeit, sich gemeinsam mit dieser Problematik auseinander zu setzen.

Ideal wäre es, wenn sich von einer Schule ein Tandem (LehrerIn + Eltern) zu diesem Seminar melden würden!

## Inhalte

**Abend 1:** Was Sie über Sucht wissen sollten

**Abend 2:** Was Kinder brauchen

**Abend 3:** Wie muss Schule/das Elternhaus aussehen, damit alle Kinder suchtkrank werden bzw. sich wohl fühlen?

**Abend 4:** Thema wird von den TeilnehmerInnen fest gelegt!

**Alle Themen werden in Theorie und im praktischen Tun erarbeitet!**

## Ort und Zeit

**Ort:** Hornwiesen-GS Süßen  
Schlater Str. 33

**Zeit:** Mittwoch, 05.02.2003

Mittwoch, 12.02.2003

Mittwoch, 19.03.2003

Mittwoch, 26.03.2003

jeweils von 19.00 – 21.30 Uhr

## Anmeldung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Bitte auch von den Eltern anzugeben!

Privatadresse: \_\_\_\_\_

(Damit auch mit den Eltern Kontakt aufgenommen werden kann!)

Telefon/Mailadresse: \_\_\_\_\_

Ich bin  
ElternvertreterIn

Mutter  Vater

LehrerIn

Bitte diesen Abschnitt bis spätestens  
10. Januar 2003 an das Staatliche Schulamt,  
Grabenstr. 1, 73033 Göppingen  
Fax: 07161-69557

### 2.3.6.

*Barbara Hess*

## **Vernetzung in der Suchtpräventionsarbeit** *Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Suchtprävention (AKS) des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald*

#### **Wer ist im Aktionskreis Suchtprävention (AKS) vertreten?**

Der AKS wird einberufen und geleitet von der kommunalen Suchtbeauftragten des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald. Die Sitzungen finden im Gebäude des Landratsamtes in Freiburg statt, in der Regel viermal jährlich. Die Teilnehmer/innen sind Vertreter/innen der psychosozialen Beratungs – und Behandlungsstellen für legale und illegale Suchtmittel, der psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche, des Zentrums für Psychiatrie Emmendingen, des Kreisjugendamtes, der Liga der freien Wohlfahrtsverbände, der Polizeidirektion Freiburg, der Krankenkassen, des Gesundheitsamtes, des Elternkreises und der Elternselbsthilfe, sowie die/der Regionale Suchtbeauftragte des Oberschulamtes Freiburg für diesen Bereich.

#### **Themen des AKS**

Bei den Sitzungen des AKS findet ein Austausch darüber statt, welche Themen in den einzelnen Beratungsstellen im Vordergrund stehen und welche Besonderheiten die Arbeit zur Zeit beeinflussen. Für die Arbeit der schulischen Suchtbeauftragten ist es interessant zu erfahren, welche Themen vor allem in den Beratungsstellen auftreten, da diese die Schule oft unmittelbar berühren. Außerdem ergeben sich Anknüpfungspunkte für eine gemeinsame Präventionsarbeit. Im Plenum wird auch über Aktionen berichtet, die von Untergruppen geplant und durchgeführt wurden, sodass alle Teilnehmer über aktuelle Aktivitäten im Landkreis informiert sind.

Außerdem werden im AKS Vorhaben oder Programme vorgestellt, die für die Präventionsarbeit relevant sind, so z.B. die Arbeit in der „Villa Schöpflin“<sup>1</sup> des Badischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation e. V. (blv). Unter anderem stellte eine Mitarbeiterin der Villa Schöpflin die Arbeit mit Alkohol konsumierenden Jugendlichen (auch mit sogenannten „Kampftrinkern“) vor.

Alle Sitzungen werden protokolliert, die Protokolle gehen allen teilnehmenden Einrichtungen zu.

#### **Vernetzung mit dem Aktionskreis Gewaltprävention**

Da beide Arbeitskreise – der AKS und der Aktionskreis Gewaltprävention - mit präventiven Aufgaben befasst sind, bietet sich ein gemeinsames Forum an. Dieses wurde 2004 zum ersten Mal durchgeführt mit dem Thema: „Erziehungs- und Bildungspartnerschaften mit Kindergarten und Grundschulen.“ Nach einem einführenden Vortrag konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in sechs Workshops über ein Thema ihrer Wahl informieren, bzw. Neues erleben und Impulse für ihre Arbeit erhalten.

<sup>1</sup> Näheres über die Villa Schöpflin und ihre Arbeit unter <http://www.blv-suchthilfe.de/villa-schoepflin/>



### Gemeinsame Aktivitäten

- Die interaktive **Ausstellung „Mädchen Sucht Junge“** im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald: Die Eröffnung dieser Ausstellung wurde kombiniert mit einem **Regionaltag** für Suchtpräventionslehrer/innen aus diesem Bereich.  
Die Suchtpräventionslehrerinnen und Suchtpräventionslehrer konnten nach einem Ausstellungsrundgang am Nachmittag gemeinsam Ideen entwickeln, wo und wie geschlechtsspezifische Suchtprävention in der Schule möglich sein kann.
- Vom Suchtpräventionslehrer des beruflichen Schulzentrums in Titisee-Neustadt kam der Wunsch, ein Projekt zur Suchtprävention durchzuführen. Gemeinsam mit der kommunalen Suchtbeauftragten wurde in einigen Sitzungen der Ablauf möglicher Projektstage geplant. In Kooperation mit den verschiedenen Stellen und freien Mitarbeitern entstand das dreitägige **Projekt „No Limits“**, das vom Suchtpräventionslehrer in einer Mappe dokumentiert wurde.
- Auch andere Schulprojekte an Grund- und Hauptschulen oder Gymnasien wurden und werden auch weiterhin gemeinsam mit dem Aktionskreis gestaltet.

### Gemeinsame Fortbildungen für Suchtpräventionslehrer/innen (SPL)

Im persönlichen Gespräch mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des AKS entstanden und entstehen Fortbildungsveranstaltungen für SPL. Diese finden jeweils am Nachmittag von 15.00 bis 18.00 Uhr statt.

- So wurden die Lehrer/innen in der Beratungsstelle des blv über die Arbeit der Beratungsstelle informiert. Fragen zu Konsum bei Jugendlichen wurden erörtert, sowie die Frage diskutiert, wie und ob Schule bei Festen oder Schullandheimaufenthalten zum **Alkohol** Stellung beziehen sollte. Außerdem erfuhren die Lehrer/innen, welche Angebote diese Beratungsstelle für die Schulen bereithält und wie sie abgerufen werden können.
- Ein anderes Thema, das viele Lehrer/innen beschäftigt, sind die **Essstörungen** bei Jugendlichen und hier überwiegend bei Frauen. Zu diesem Thema bot sich die Suchtberatungsstelle für Frauen und Mädchen „Frauenzimmer“ an. Das Interesse war sehr groß, denn diese Störungen vor allem die Magersucht oder die Bulimie verunsichern viele Lehrerinnen und Lehrer. Oft macht sich ein Gefühl der Hilflosigkeit breit.  
Wie kann ich erkennen, dass wirklich eine Essstörung vorliegt? Sollte ich die Jugendliche ansprechen? Wie finde ich die richtigen Worte? Wo gibt es Unterstützung?  
An diesem Nachmittag wurden viele Fragen mitgebracht und konnten nach einer kurzen theoretischen Einführung ausgiebig besprochen werden.
- Das nächste Thema, das im Moment häufig auch in den Medien vorkommt, sind die so genannten **Alcopops**. Mit der Beratungsstelle des blv werden wir die Problematik erörtern und Maßnahmen für die Schulen konzipieren.
- Ein weiteres Problem von Schulen auch in diesem Landkreis ist der Konsum von **Cannabis**. Für eine Veranstaltung zu dieser Thematik werde ich sicherlich wieder Referenten aus dem AKS finden und gewinnen können.

### **Fazit**

Die Mitarbeit im Arbeitskreis Suchtprävention ist für meine Aufgabe als Suchtbeauftragte des Oberschulamts Freiburg eine Bereicherung in mancherlei Hinsicht:

Ich erfahre sozusagen aus erster Hand, welche Probleme oder Veränderungen im Bereich der legalen als auch illegalen Suchtmittel gerade besonders wichtig sind.

Die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Einrichtungen schafft *gegenseitiges* Verständnis für die jeweiligen Möglichkeiten und auch die Grenzen.

Durch die regelmäßigen Treffen entsteht eine vertrauensvolle Basis, die schnelle Absprachen und neue, kreative Ideen ermöglicht, um bei der Arbeit in der Suchtprävention erfolgreich zu sein.

### **Kontaktanschrift:**

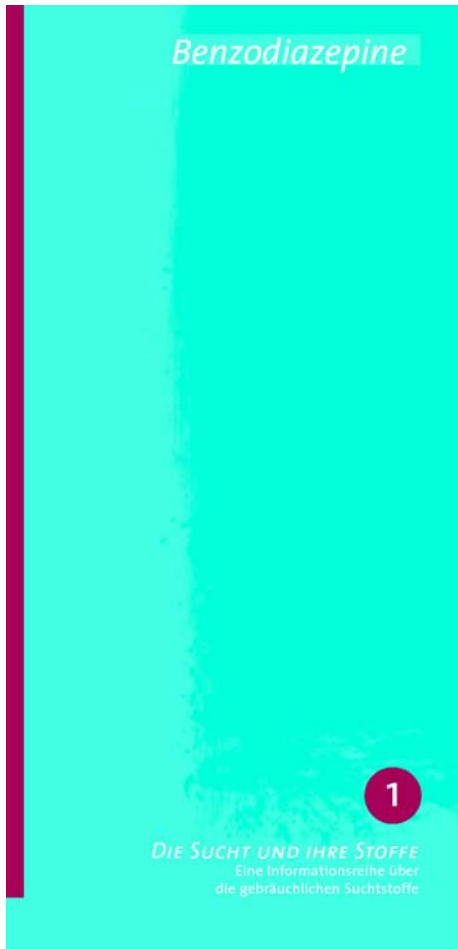
Barbara Hess  
Adolf-Gänshirt GHS  
Altweg 57 a  
79356 Eichstetten  
E-Mail: [barbara.hess@t-online.de](mailto:barbara.hess@t-online.de)

**Man kann dem Leben  
nicht mehr Tage geben,  
aber den Tagen  
mehr Leben.**

3.1.1

**Benzodiazepine**

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



**Beruhigungs- und Schlafmittel:  
Benzodiazepine**

Benzodiazepine sind eine Gruppe von Arzneimittelwirkstoffen, die als Entspannungs- und Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder als Schlafmittel (Hypnotika) verabreicht werden und zur Abhängigkeit führen können.

**Ein kurzer Blick in  
Geschichte und Herkunft**

Spuren von Benzodiazepinen und einer Reihe weiterer Moleküle mit ähnlichen Eigenschaften

finden sich im menschlichen und tierischen Blut. Auch in verschiedenen Pflanzen und Früchten – beispielsweise in Weizen oder in Kartoffeln – sind sie enthalten, wodurch sich die beruhigende Wirkung mancher traditioneller Heilmittel erklären lässt. Nachdem es 1957 erstmals gelungen war, Benzodiazepine zu synthetisieren, wurden sie zu den meistgebrauchten Beruhigungsmitteln. Auch als Schlafmittel spielen sie eine bedeutende Rolle. Heute zählen Benzodiazepinpräparate weltweit zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln. In Deutschland nehmen 10–17% der Bevölkerung im Verlauf eines Jahres irgendwann einmal ein Benzodiazepinpräparat ein, und 1–2% der Erwachsenen nehmen mindestens ein Jahr lang täglich ein solches Mittel.

**Die Substanz ...**

Chemisch werden 1,4- und 1,5-Benzodiazepine sowie modifizierte Benzodiazepine unterschieden. Zu den Benzodiazepinen gehören Wirkstoffe wie Bromazepam, Brotizolam, Diazepam, Flunitrazepam, Lormetazepam, Lorazepam, Nitrazepam, Oxazepam, Temazepam, Tetrazepam und Triazolam mit unterschiedlich ausgeprägten Wirkungen. Als Beruhigungs- oder Schlafmittel sind sie unter verschiedenen Handelsnamen, wie z.B. Adumbran, Noctamid, Diazepam Ratiopharm und Lexotanil, auf dem Arzneimittelmarkt erhältlich. Neben den unterschiedlich ausgeprägten Wirkungen unterscheiden sich die Präparate in der Schnelligkeit des Wirkungseintritts, in der Wirkdauer, in der Art der Verstoffwechslung und in der Zeit, die der Organismus zum Abbau benötigt. Je nach Wirkstoff kann sich dieser Abbau über einige Stunden bis hin zu mehreren Tagen erstrecken.

## ... und ihre Konsumformen

### •Phobie

Krankhafte Angst vor bestimmten Dingen, Handlungen oder Situationen, die häufig von starken körperlichen Symptomen, wie z.B. Herzklopfen, Atemnot, Erröten, Schwitzen, Zittern, Schwindel u.ä. begleitet wird.

### •psychosomatisch

Auf der Wechselwirkung von psychologischen, biologischen und sozialen Bedingungen beruhend.

### •psychotisch

Auf seelischen, häufig mit Angst und Horrorvorstellungen Einher gehenden Störungen beruhend.

Benzodiazepine sind rezeptpflichtige Medikamente, die – vorwiegend in Tablettenform – zur kurzfristigen Behandlung von Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen, **Phobien** und hartnäckigen **psychosomatischen** Störungen verabreicht werden. Darüber hinaus werden sie u.a. bei behandlungsbedürftigen Schlafstörungen, **psychotischen** Erregungszuständen, Hirnkrampfanfällen und bei muskulären Verspannungen eingesetzt. Sie werden zur Narkoseeinleitung und häufig auch zur Beruhigung und Entspannung vor operativen und diagnostischen Eingriffen – wie zum Beispiel vor einer Magenspiegelung – verabreicht, um diese erträglicher zu machen. Nicht selten werden die Medikamente jedoch auch bei weniger schwerwiegenden allgemeinen Befindlichkeitsstörungen wie Nervosität, Überlastung und Erschöpfung verwendet. Im Rahmen von Missbrauch und Abhängigkeit werden bestimmte Benzodiazepine von den Konsumenten in mehrfacher Überdosierung intravenös injiziert.

## Die Effekte ...

Grundsätzlich zeichnen sich Benzodiazepine durch eine angstlösende, emotional entspannende, beruhigende, erregungs- und aggressionsdämpfende und schlafanstoßende Wirkung aus. Je nach Substanz überwiegt die eine oder andere Wirkung, und je nach Empfindlichkeit und Dosis können als unerwünschte Effekte Müdigkeit, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit, Muskelschwäche, Benommenheit, Schwindelgefühl und ein Nachlassen sexueller Bedürfnisse auftreten. Bei älteren Menschen sind Reaktionen wie Erregung und Verwirrtheit möglich. Bestimmte Benzodiazepine können – bei entsprechender individueller Disposition – infolge einer sehr rasch anflutenden zentralnervösen Wirkung ein rauschartiges, so genanntes Kick-Gefühl hervorrufen, das über die subjektive Wohlbefindlichkeit hinausgeht. Bei einer Abhängigkeitserkrankung, speziell bei mehrfach Drogenabhängigen, können komplexe Rauschzustände auftreten, die von Euphorie, **deliranter** Ekstase oder psychotischer Erlebnisverarbeitung gekennzeichnet sind.

### •delirant

Auf einer mit Erregung, Sinnestäuschungen und Wahnideen verbundenen Bewusstseinsstörung beruhend.

### •Neurotransmitter

Chemische Substanzen, die als Botenstoffe bei der Übertragung der Erregung an den Schaltstellen der Nervenzellen – den Synapsen – freigesetzt werden und dadurch bestimmte hemmende oder erregende Effekte hervorrufen.

### •Halbwertszeit

Zeitspanne, innerhalb derer eine dem Organismus zugeführte Substanz von diesem um die Hälfte abgebaut wird.

## Wirkungsweise

Benzodiazepine wirken über spezifische Benzodiazepin-Haftstellen, die im Gehirn, Rückenmark und in peripheren Organen unterschiedlich verteilt sind. Über diese Rezeptoren wird an den Schaltstellen (Synapsen) der Nervenzellen die Aktivität des hemmenden **Neurotransmitters** Gamma-Amino-Buttersäure verändert. Hierdurch werden auch nachgeschaltete Überträgerstoffe, wie z.B. Noradrenalin, Acetylcholin und Serotonin, mitbeeinflusst, woraus sich die verschiedenen pharmakologischen Wirkungen ergeben. Die meisten Benzodiazepine bzw. die im Körper erzeugten Stoffwechselprodukte besitzen eine sehr lange **Halbwertszeit**. Sie beträgt je nach Wirkstoff mehr als zwei Tage, so dass es im Organismus zu einer Anreicherung der Substanz kommt.

### **... und die Risiken**

Insbesondere bei einer hohen Einnahmemenge oder einer hohen Anreicherung im Körper kann es im akuten Fall zu Gedächtnisstörungen und zu einer verminderten Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit kommen. Hierdurch wird beispielsweise die Fahrtüchtigkeit stark eingeschränkt. Infolge unerwünschter Muskelentspannungen sind darüber hinaus komplikationsreiche Stürze nicht selten. Abgesehen von den gelegentlich möglichen unerwünschten Nebeneffekten wie Müdigkeit, Kopfschmerzen, Niedergeschlagenheit, Muskelschwäche, Benommenheit und Schwindelgefühl ist bei einer einmaligen oder kurzzeitigen Einnahme zu therapeutischen Zwecken jedoch in der Regel kaum von einem Risiko auszugehen. Anders verhält es sich dagegen bei einer längeren Einnahmedauer, da hiermit die Gefahr der Gewöhnung und **Toleranzbildung** und schließlich einer Abhängigkeitsentwicklung verbunden (s.u.) ist. Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann – vor allem bei einer allzu unkritischer Verschreibungspraxis – die Einnahme unbemerkt in einen Dauerkonsum übergehen, der schließlich nicht mehr dem ursprünglichen therapeutischen Zweck, sondern vorrangig der individuellen Befindlichkeitsmanipulation dient.

#### **Hinweis**

So wie ein Dauerkonsum mit Risiken verbunden ist, so birgt auch das abrupte Absetzen der Substanz erhebliche Risiken. Selbst nach einer therapeutisch bedingten Langzeitdosis kann ein plötzliches Absetzen der Substanz Schlafstörungen, starke Erregung mit innerer Unruhe sowie schwere Angst- und Spannungszustände bis hin zu einer erhöhten Suizidneigung hervorrufen. Das Absetzen der Substanz sollte deshalb ebenso wie die Einnahme nur unter ärztlicher Begleitung erfolgen.

### **Auf lange Sicht: Folgeschäden**

Bei niedrigem Gebrauch von Benzodiazepinen werden die körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen als vergleichsweise gering betrachtet. Psychische Beeinträchtigungen und soziale Veränderungen bleiben häufig aus oder zeigen sich lange Zeit nicht. Jedoch führt langjähriger, regelmäßiger Konsum in niedriger Dosierung zu gesundheitlichen Schäden. Anders dagegen ist es bei Missbrauch und Abhängigkeit von hohen Dosen. Hier unterscheiden sich die Folgen nicht wesentlich von denen anderer Suchtformen, auch wenn sie mehrheitlich in abgeschwächter und/oder „maskierter“ Form verlaufen, d.h. nicht unmittelbar erkennbar sind. Neben einer verminderten Leistungsfähigkeit gehören vor allem die individuellen sozialen Folgen zu den gravierenden Erscheinungen eines Benzodiazepinmissbrauchs: Es kommt zur Einschränkung des sozialen Interessenkreises, die sexuellen Bedürfnisse nehmen ab und nicht selten treten Beziehungsprobleme auf, die bis zum Verlust einer tragfähigen Partnerbindung führen können. Hinzu kommt, dass ein Absetzen des Präparats mit quälenden Entzugserscheinungen einhergeht (s.u.). Insbesondere unter Mehrfachabhängigen kommt es in Form von Rezeptfälschungen zu Delikten der Beschaffungskriminalität und zu vermehrten Verkehrsdelikten.

## Die Frage der Abhängigkeit

Benzodiazepine besitzen ein beträchtliches körperliches wie auch psychisches Abhängigkeitspotenzial. Zum einen ist dies in dem spezifischen Wirkmechanismus begründet, der eine körperliche Gewöhnung verursacht; zum anderen spielt die Möglichkeit, mit Hilfe der Präparate die Befindlichkeit stark zu beeinflussen, eine wesentliche Rolle. Die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung ist vor allem dann gegeben, wenn die Einnahme nicht aufgrund medizinischer Indikationen und entsprechend der therapeutischen Absprachen erfolgt. Doch auch bei ordnungsgemäßen Gebrauch – vor allem über einen längeren Zeitraum hinweg – kann es zum Dauerkonsum bis hin zur Abhängigkeit kommen. Hierbei können Dauergebrauch, periodischer Missbrauch und Abhängigkeitsentwicklung nahtlos und oftmals innerhalb kurzer Zeit ineinander übergehen. Dementsprechend stehen Missbrauch und Abhängigkeit von Benzodiazepinen mit Abstand an der Spitze des schädlichen Arzneimittelgebrauchs in Deutschland, dessen Ausmaß in der Anzahl von etwa 1,5 Millionen Arzneimittelabhängigen deutlich wird. Die am häufigsten missbrauchten Benzodiazepine sind Lorazepam, Bromazepam, Oxazepam, Flunitrazepam und Diazepam, die unter den entsprechenden Handelsnamen wie Tavor, Lexotanil, Adumbran, Bromazanil, Diazepam Ratiopharm u.a. verordnet werden. Neben den unterschiedlichen Eigenschaften der jeweiligen Wirkstoffe spielen hierbei jedoch nicht zuletzt auch die Verordnungsgewohnheiten in den ärztlichen Praxen eine Rolle. Bei einer Benzodiazepinabhängigkeit wird zwischen der eher seltenen Form der primären Hochdosisabhängigkeit, der am häufigsten anzutreffenden primären Niederdosisabhängigkeit und der sekundären Benzodiazepinabhängigkeit unterschieden:

**•Entzugssymptome**  
Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Erscheinungen.

- Primäre Hochdosisabhängigkeit: Sie äußert sich in einer starken körperlichen und psychischen Benzodiazepinabhängigkeit, deren Kennzeichen vor allem extreme Dosissteigerung, allmähliche Persönlichkeitsveränderungen und schwere **Entzugssymptome** beim Substanzentzug sind.
- Primäre Niederdosisabhängigkeit: Der weitaus größte Teil der Benzodiazepinabhängigen ist von dieser Abhängigkeitsform betroffen, bei der über einen langen Zeitraum täglich eine geringe, im therapeutischen Bereich liegende Dosis zu sich genommen wird. Auch wenn die Dosis hierbei nicht gesteigert wird, kann es bei abrupten Absetzversuchen zu quälenden Entzugssymptomen kommen, die dann wiederum zum Einnehmen der Substanz veranlassen.
- Sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit: Diese ebenfalls häufige Abhängigkeitsform ist vor allem bei Mehrfachkonsumenten, d.h. bei Konsumenten, die verschiedene Drogen nehmen, anzutreffen sowie bei – teilweise auch „trockenen“ – Alkoholabhängigen. In diesen Fällen hat sich sekundär, nämlich im Zuge einer bereits bestehenden Abhängigkeit von anderen Substanzen, eine spezielle Benzodiazepinabhängigkeit entwickelt. Abhängig vom Alter, von der Dosis und vor allem von der Dauer der Einnahme stellen sich beim Absetzen von Benzodiazepinen starke Entzugssymptome ein, die ein bis vier Wochen anhalten und nach einem schlagartigen Absetzen (siehe Hinweis) besonders dramatisch sein können.

**•Entzugsdelirium**

Durch das Ausbleiben einer Substanz hervorgerufene Bewusstseinsstrübung, die häufig verbunden ist mit Erregung, Sinnestäuschungen und Wahnideen.

**•Entzugspsychose**

Durch das Ausbleiben einer Substanz hervorgerufene seelische Störung, die oft mit Angst und Horrorvorstellungen einher geht.

Zu den typischen Entzugserscheinungen gehören u.a. Schwäche, Schwindel, Zittern, Schlafstörungen und Unruhe. Zu einer erhöhten Angstbereitschaft mit Panikattacken können sich Entfremdungserlebnisse, Suizidimpulse und Wahrnehmungsstörungen in verschiedenen Sinnesbereichen gesellen. Häufig zeigt sich das Bild eines klassischen **Entzugsdeliriums** oder einer **Entzugspsychose** mit Krampfanfällen.

## Gefährliche Mischungen

**•Barbiturate**

Gruppe von Medikamenten, die je nach Dosierung und Anwendungsform als Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Krampflöser oder Narkosemittel wirken.

Aufgrund der sich stark ähnelnden Wirkungsweisen von Benzodiazepinen und anderen Substanzen, wie z.B. **Barbituraten** und Alkohol, kann es bei gleichzeitiger Einnahme zu einer schwerwiegenden Verstärkung akuter und auch langfristiger Effekte kommen.

### Kontakt & Information

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)**

Postfach 1369, 59003 Hamm  
 Tel. 02381/9015-0  
 Fax 02381/9015-30  
 eMail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
 Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

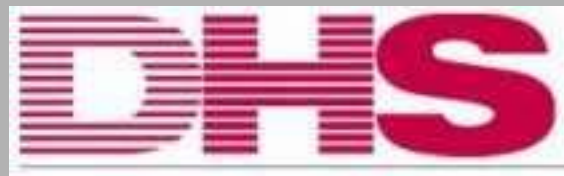
**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
 Fax 0221/89 92-300  
 eMail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
 Internet: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

**BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**

0221/892031  
 Mo.-Do. 10-22 Uhr, Fr.,Sa., So. 10-18 Uhr

**Herausgeber:**



Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



3.1.2

**Nikotin**

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



**Tabak/Nikotin**

Tabak sind die zum Konsum aufbereiteten Blätter der Tabakpflanze wie auch die Pflanze selbst. Das Hauptalkaloid des Tabaks ist das Nikotin, das sowohl beruhigend wie auch anregend wirkt und ein starkes Abhängigkeitspotenzial besitzt.

**Ein kurzer Blick in Geschichte und Herkunft**

Als ursprüngliche Heimat der Tabakpflanze (*Nicotiana tabacum* L.) gilt der amerikanische Doppelkontinent, wo die Indianer bereits vor Hunderten von Jahren die berauschende Wirkung dieser Pflanze kannten und zu kultischen Zwecken nutzten. Während in Nordamerika Tabak in Pfeifen geraucht wurde, ist von den südamerikanischen Indianern bekannt, dass sie ihn auch schnupften und kauten. Erste Berichte über das Rauchen von Tabak gelangten über die Seefahrer um Kolumbus nach Europa. Im 16. Jahrhundert brachten spanische Eroberer die Tabakpflanze zunächst nach Spanien, wo sie vor allem als Zierpflanze kultiviert wurde. 1570 führte Jean Nicot, der französische Gesandte in Portugal, die Tabakpflanze in Frankreich ein, die nun zu seinen Ehren *Tabacum nicotiana* benannt wurde. In der Folgezeit kam am französischen Hof das Schnupfen von Tabak in Mode, während von niederländischen Seeleuten aus jener Zeit bereits das Rauchen des Tabaks bekannt ist. Die erste deutschsprachige Erwähnung der Tabakpflanze findet sich 1579 in einer Schrift über den Tabakanbau. Im 17. Jahrhundert verbreitete sich das Tabakrauchen im Zuge des Dreißigjährigen Krieges über ganz Europa und drang schließlich bis nach China und Japan.

Anbau und Genuss von Tabak wurden in der Folgezeit in vielen Ländern wiederholt verboten, was jedoch eine weitere Ausdehnung des Konsums nicht verhindern konnte. Allerdings blieb das Rauchen auf der Straße in Deutschland bis 1848 verboten.

Der Tabakkonsum erfolgte zunächst aufwändig mit Hilfe von Pfeifen, ehe er mit der Einführung der Zigarre und schließlich durch die Massenfertigung von Zigaretten Mitte des

19. Jahrhunderts vereinfacht wurde. Den größten Aufschwung erlebte das Rauchen im 20. Jahrhundert. Aufgrund der nachweisbar damit verbundenen Gesundheitsrisiken ergreifen jedoch immer mehr Staaten Maßnahmen, den Zigarettenkonsum einzuschränken.

## Die Substanz ...

Zur Herstellung des Rohtabaks werden die Blätter der Tabakpflanze etwa zwei Monate nach dem Auspflanzen gepflückt, sortiert und in speziellen Trockenspeichern an der Luft oder durch Zufuhr von Hitze getrocknet. Nach dem Trocknen werden sie zu Ballen gepackt und der Tabakindustrie als Rohstoff geliefert. Dieser wird nach verschiedenen Verfahren weiter bearbeitet und veredelt und vor allem zur Zigarettenherstellung verwendet.

### ● Alkaloid

*Chemische Bezeichnung für eine leicht alkalische Verbindung meist pflanzlichen Ursprungs, deren Einnahme bestimmte physiologische Wirkungen auf den menschlichen Organismus hat.*

### ● toxisch

*1. giftig wirkend, 2. auf einer Giftwirkung beruhend*

### ● Nebenstromrauch

*Der beim Rauchen freigesetzte, nicht vom Raucher eingeatmete Rauch (ca. 75%), der ungefiltert in die Luft gelangt und eine schwerwiegende gesundheitliche Gefährdung auch für Nichtraucher bedeutet.*

Tabak enthält nach derzeitigen Erkenntnissen mehr als 4.000 Inhaltsstoffe. Das **Hauptalkaloid** ist Nikotin, das je nach Herkunft und Zubereitung des Tabaks in unterschiedlichen Mengen in den Blättern enthalten ist. Es wurde erstmals 1928 isoliert und wird für die akute Wirkung des Zigarettenrauchens und die Entwicklung einer Abhängigkeit verantwortlich gemacht. Es handelt sich hierbei um ein **toxisches** Alkaloid, das sich sowohl in Wasser und organischen Lösungsmitteln wie auch in fetten Ölen löst. Neben diesem Hauptwirkstoff enthält Tabak eine Reihe weiterer Alkaloide und zahlreiche andere Stoffe, darunter beispielsweise Cyanwasserstoff, Benzol, Formaldehyd, Hydrazin, Vinylchlorid, Cadmium, Blei, Nickel, Chrom, Aluminium und Kohlenmonoxid. Unter den Schadstoffen befinden sich allein mehr als 40 Substanzen, die nachweislich krebserregend sind. Diese zusätzlichen Schadstoffe sind es, auf die in erster Linie die gesundheitsschädigende Wirkung des Rauchens zurückzuführen ist und die nach dem heutigen Stand der Wissenschaft auch im **Nebenstromrauch** der Zigarette enthalten sind und somit auch Nichtraucher schädigen können (Passivrauchen).

## ... und ihre Konsumformen

Tabak wird zu 90% in Form von Zigaretten konsumiert, d.h. in papierummantelter Form mit oder ohne Filter. Neben den konfektionierten Zigaretten sind auch selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten gebräuchlich. Von eher untergeordneter Bedeutung sind Zigarillos und Zigarren, bei denen der Rauchtobak in Tabakblätter gewickelt ist, sowie Pfeifentabak, der in der Pfeife geraucht wird. In spezieller Aufbereitung wird Tabak auch geschnupft oder gekaut.

Derzeit konsumieren mehr als 30% der Weltbevölkerung im Alter von über 15 Jahren Tabakprodukte, darunter pro Jahr etwa sechs Billionen Zigaretten. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (1999) rauchen in Deutschland schätzungsweise 28% der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahre. 22% der männlichen und 13% der weiblichen Raucher rauchen täglich durchschnittlich mehr als 20 Zigaretten.

## Die Effekte ...

Ein typischer Rausch mit Störungen im Bereich der Wahrnehmungen, der Emotionen, des Antriebs oder der Motorik tritt beim Rauchen nicht auf.

Beim ungewohnten Tabakkonsum stehen in der Regel Vergiftungserscheinungen im Vordergrund, die sich in Form von Speichelfluss, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Herzjagen bis hin zu Bewusstseinsstörungen und komatösen Zuständen äußern können. Bei einer Gewöhnung an die Substanzen treten diese Erscheinungen jedoch immer mehr zugunsten einer psychischen Wirkung in den Hintergrund. Es kommt zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit, das Gedächtnis wird unterstützt, die Stresstoleranz nimmt zu, während gleichzeitig Erregung und Aggression abnehmen. Allerdings wird die akute Wirkung des Rauchens in erheblichem Maße von der individuellen Situation und Stimmungslage des Konsumenten beeinflusst. So kann es in Stresssituationen beruhigend, bei Niedergeschlagenheit anregend wirken. Von wesentlicher Bedeutung für das Genussempfinden beim Rauchen ist darüber hinaus die persönliche Verknüpfung des Rauchens mit positiv erlebten Situationen, wie beispielsweise Rauchen in Gesellschaft, die Zigarette nach dem Essen, die Pausenzigaretten etc.

## Wirkungsweise

Beim Rauchen werden etwa 30% des in der Zigarette enthaltenen Nikotins freigesetzt, wovon bis zu 95% beim intensiven Inhalieren resorbiert werden. 25% des inhalierten Nikotins erreichen innerhalb von 7–8 Sekunden das Gehirn, wo es auf die so genannten nicotinergen Acetylcholin**rezeptoren** wirkt und eine Reihe physiologischer Reaktionen auslöst, in deren Verlauf die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe und Hormone aktiviert wird. Hierdurch kommt es u.a. zu einer Zunahme der Herzfrequenz, einem Blutdruckanstieg, einer Abnahme des Hautwiderstandes und einem Absinken der Hauttemperatur. Zu den zentralen Effekten gehören vor allem die Steigerung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit sowie der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen.

Das hohe Suchtpotenzial wird neben der direkten Wirkung auf die nicotinergen Acetylcholinrezeptoren vor allem der Beeinflussung des Dopaminsystems zugeschrieben. Es wird angenommen, dass durch diesen Botenstoff maßgeblich der Belohnungseffekt des Rauchens vermittelt wird. Da die regelmäßige Nikotinaufnahme eine Vermehrung der zentralen nicotinergen Acetylcholinrezeptoren bewirkt, kommt es beim Ausbleiben der Nikotinzufuhr zu **Entzugssymptomen**.

Während die mittlere **Halbwertszeit** des Nikotins beim Nichtraucher etwa 120 Minuten beträgt, liegt sie bei einem starken Raucher unter 30 Minuten. Etwa 10% des Nikotins werden über den Urin ausgeschieden, während die restlichen 90% auf verschiedenen Stoffwechselwegen hauptsächlich über die Leber abgebaut werden.

### ● **Rezeptoren**

*Spezialisierte Sinneszellen, die für die Reizwahrnehmung des Nervensystems verantwortlich sind.*

### **Entzugssymptome**

*Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Erscheinungen.*

### ● **Halbwertszeit**

*Zeitspanne, innerhalb derer eine dem Organismus zugeführte Substanz von diesem um die Hälfte abgebaut wird.*

## ... und die Risiken

Abgesehen von den möglichen akuten Vergiftungssymptomen bei ungewohntem Tabakkonsum sind mit dem Rauchen vor allem die Gefahr der raschen Gewöhnung

● **Toleranz**

Die durch Gewöhnung an eine Substanz verringerte Empfindlichkeit und Reaktion des Körpers darauf.

und **Toleranzbildung** sowie langfristig schwerwiegende gesundheitliche Risiken verbunden. Ein akutes Risiko für Kinder ist die mögliche Vergiftung durch den Verzehr ungeraucherter Zigaretten oder Zigarettenkippen.

## **Auf lange Sicht: Folgeschäden**

Während das Nikotin in erster Linie für die Suchterzeugung verantwortlich ist (s.u.), werden die eigentlichen Gesundheitsschäden vornehmlich durch die zahlreichen anderen Schadstoffe verursacht, von denen etliche nachweislich krebserzeugend sind, zu besonderen Gefährdungen in der Schwangerschaft führen und auf die Gefäße wirken.

So fördert das Rauchen die Verengung und Verkalkung der Blutgefäße, was zu schwerwiegenden Durchblutungsstörungen insbesondere der Herzkranzgefäße und der äußeren Gliedmaßen führen kann und die Thromboseneigung begünstigt.

Durch die Konsumform des Rauchens sind insbesondere die Atmungsorgane von Schädigungen bedroht – von einer chronischen Bronchitis bis hin zu Lungenkarzinomen, die in 90–95% der Fälle im Alter zwischen 35 und 69 Jahren als Folge des Rauchens eingeschätzt werden. Darüber hinaus werden 40–45% aller Krebstodesfälle ursächlich auf das Rauchen zurückgeführt.

In Deutschland muss jährlich von 11000 tabakbedingten, frühzeitigen Todesfällen ausgegangen werden, das heißt täglich sterben ca. 270 Raucher oder Raucherinnen. Die durch das Rauchen verursachten Kosten (Kazinome, Herzkreislauf-Erkrankungen) schätzt die Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung auf mehr als 70 Milliarden Euro.

## **Die Frage der Abhängigkeit**

Nikotin hat eine mit anderen Rauschmitteln wie Amphetaminen, Kokain oder Morphin vergleichbare suchterzeugende Wirkung, die sowohl zu körperlicher wie auch psychischer Abhängigkeit führt. Bei wiederholtem Rauchen treten die anfänglichen, eher Widerwillen erzeugenden Effekte gänzlich in den Hintergrund, während gleichzeitig die Sensibilität für die stimulierenden Effekte verstärkt wird. Die hohe Suchtgefahr erklärt sich durch die unmittelbar einsetzende Wirkung des Nikotins, das bereits wenige Sekunden nach der Inhalation angenehme **psychotrope Effekte** entfaltet, die durch klassische Konditionierungsprozesse im Verlauf des Konsums an bestimmte Situationen, Tätigkeiten oder Schlüsselreize gekoppelt werden. Infolge der Toleranzbildung klingen die positiv empfundenen Effekte des Rauchens bei starken Rauchern schon innerhalb von 20–30 Minuten wieder ab, so dass der Drang entsteht, erneut eine Zigarette anzuzünden. Beim Ausbleiben der Nikotinzufuhr kommt es aufgrund der Gewöhnung an die Substanz zu Entzugserscheinungen, wie beispielsweise verminderte Frustrationstoleranz, Ärger, Aggressivität, Angst, depressive Stimmung, Konzentrationsstörungen, Unruhe, Schlafstörungen und Appetitsteigerung, die durch eine erneute Nikotinaufnahme unterdrückt werden und somit eine Fortsetzung des Konsums begünstigen.

● **psychotrope Effekte**

Durch Einwirkung auf das Zentralnervensystem beeinflusste psychische Prozesse.

## ***Raucher sind ...***

... erwachsen, reif, attraktiv, spontan, frei, weltoffen und, und, und... Attribute wie diese bestimmen immer noch das positive Image des Tabakrauchers, das vor allem durch Werbung aufrechterhalten wird. Ähnlich wie das Trinken von Alkohol genießt auch das Rauchen eine weitgehende gesellschaftliche Anerkennung. Darin begründet sich größtenteils die Tatsache, dass in den meisten Fällen bereits in der Jugend und Adoleszenz mit dem Rauchen begonnen wird und derzeit sogar von einem steigenden Zigarettenkonsum unter Jugendlichen auszugehen ist.

### ***Kontakt & Information***

#### ***Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)***

Postfach 1369, 59003 Hamm  
Tel. 02381/9015-0  
Fax 02381/9015-30  
eMail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

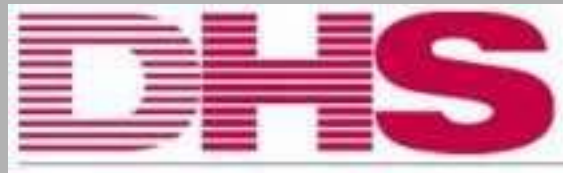
#### ***Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)***

Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
Fax 0221/89 92-300  
eMail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
Internet: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

#### ***BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:***

0221/892031  
Mo.-Do. 10-22 Uhr, Fr.,Sa., So. 10-18 Uhr

#### ***Herausgeber:***



**Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)**

3.1.3

**Kokain**

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



**Kokain**

Kokain (je nach Verarbeitung auch als Koks, Schnee, Coke, Crack und Rocks bezeichnet) ist ein weißes kristallartiges Pulver, das mit Hilfe verschiedener chemischer Prozesse aus den Blättern des Kokastrauches (Erythroxyton coca) gewonnen wird. Es wirkt sowohl berauschend wie auch örtlich betäubend. Kokain gehört zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz sowie dessen Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.

**Ein kurzer Blick in Geschichte und Herkunft**

Der immergrüne Kokastrauch ist in Südamerika heimisch, wo er vermutlich bereits 2.500 v. Chr. als Kulturpflanze angebaut wurde. Vor allem in Peru und Bolivien besitzt das Kauen der unverarbeiteten Kokablätter eine jahrhundertelange Tradition. Zunächst war der Genuss der Kokablätter nur im Rahmen kultischer Handlungen erlaubt. Mit der spanischen Eroberung breitete sich der Konsum jedoch bald unter der einheimischen Bevölkerung aus, die mit Hilfe dieser Droge versuchte, ihren Hunger zu unterdrücken wie auch ihre Leistungsfähigkeit und Ausdauer bei der schweren Arbeit zu steigern. In den 50er Jahren des 19. Jahrhunderts wurde das aktive **Alkaloid** des Kokastrauches erstmals chemisch isoliert und erhielt die Bezeichnung „Kokain“. Schon bald wurde diese Substanz zur Behandlung von Depressionen und zur lokalen Betäubung vor allem bei Augenoperationen eingesetzt. Gut 25 Jahre nach ihrer Entdeckung wurde sie in den USA einem Getränk zugesetzt, das unter dem Namen Coca-Cola als Allheilmittel vermarktet wurde. Bis 1903 enthielt 1 Liter Coca Cola etwa 250 mg Kokain.

● **Alkaloid**  
 Chemische Bezeichnung für eine leicht alkalische Verbindung meist pflanzlichen Ursprungs, deren Einnahme bestimmte physiologische Wirkungen auf den menschlichen Organismus hat.

Aufgrund der sich häufenden Todesfälle im Zusammenhang mit kokainhaltigen Getränken wurde der Kokainzusatz in Getränken jedoch 1914 gesetzlich verboten. Als Rauschmittel wurde Kokain sowohl in den USA als auch in Deutschland erst in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts populär. Mit dem Aufkommen der Amphetamine ging der Kokainkonsum allerdings in den 30er Jahren tendenziell zurück und kam erst in den 70er Jahren erneut in Mode. Das Rauchen von Crack kam als eine bis dahin unbekannte Anwendungsform in den 80er Jahren in den USA auf. Seit Anfang der 90er Jahre hat im Westen Deutschlands das Schnupfen von Kokain insbesondere unter jungen Erwachsenen an Popularität gewonnen, während in den USA der Anteil der Bevölkerung, der Erfahrungen mit Kokain gemacht hat, inzwischen als rückläufig gilt.

### **Die Substanz ...**

Die Blätter des Kokastrauches enthalten etwa 1% des als Kokain bekannten Alkaloids. In den Erzeugerländern wird der Kokaingehalt jedoch gewöhnlich durch **Extrahierung** angereichert. Die durch die Extrahierung entstehende Coca-Paste wird zu Kokainhydrochlorid – einem Salz der Salzsäure – weiterverarbeitet. Diese farb- und geruchlose, bitter schmeckende Substanz gelangt – unter Beimischung von Streckmitteln – in pulverisierter Form als Koks oder Schnee auf den illegalen Markt. In dieser Form wird der Stoff durch die Nase geschnupft oder aufgelöst und intravenös injiziert. Zur Herstellung des rauchbaren Crack muss das Kokainhydrochlorid in Kokainbase umgewandelt werden, beispielsweise durch Kochen in einer Backpulverlösung. Nach der Verdunstung des Wassers bleibt als Rückstand die Kokainbase in Form von weiß-gelblichen Kristallen (rocks) zurück. Den bei der Erhitzung entstehenden knackenden Geräuschen verdankt das Crack seinen Namen. So genanntes Freebase, das ebenfalls geraucht werden kann, entsteht infolge einer chemischen Reaktion des Kokainhydrochlorids mit Ammoniak.

### **... und ihre Konsumformen**

Kokain kann durch Schnupfen oder Injizieren (Kokainhydrochlorid) wie auch – nach Umwandlung in Kokainbase – durch Rauchen aufgenommen werden. Beim Kauen von Kokablättern entfaltet es ebenfalls seine Wirkung, wenn auch in geringerem Maße.

Die meisten Kokainkonsumenten schnupfen das kristalline Pulver, das hierzu auf einer glatten Oberfläche zu einer Linie gezogen und mit Hilfe eines kleinen Saugrohrs in die obere Nasenhöhle aufgesogen wird. Hierbei werden etwa 20–50 mg Kokainhydrochlorid aufgenommen. Für Injektionen wird das Kokain zuvor aufgelöst und anschließend intravenös verabreicht. Zum Rauchen wird die weißgelbliche Kokainbase in speziellen Glaspfeifen an der Flamme eines Feuerzeugs oder Gasbrenners erhitzt und im heißen Zustand inhaliert. Hierbei schwankt die Aufnahme

● **psychotrope Substanz**  
 Eine Substanz, deren Wirkstoffe auf das Zentralnervensystem einwirken und dadurch psychische Prozesse beeinflussen.

der **psychotropen Substanz** zwischen 250 und 1000 mg.

Bei chronischem Kokainkonsum wird zwischen episodischem und kontinuierlichem Konsum unterschieden. Bei ersterem wird eine meist hohe Dosis wiederholt so lange eingenommen, bis der vorhandene Vorrat aufgebraucht oder der Konsument

physisch völlig erschöpft ist. Anschließend folgen dann mehrere Tage ohne Konsum. Bei der kontinuierlichen Konsumform werden täglich oder fast täglich gleich bleibende Mengen Kokain konsumiert.

### **Die Effekte ...**

Kokain wirkt in pharmakologischer Hinsicht auf dreierlei Weise: Es stimuliert sehr stark die Psyche, hat einen wirksamen lokal betäubenden Effekt und verengt die Blutgefäße. Nach rund sechs Stunden ist die Substanz weitgehend abgebaut und nach wenigen Tagen ist der Konsum im Körper (Ausnahme: Haare) nicht mehr nachweisbar. Dies gilt allerdings nicht für den chronischen Konsum: hier sind Rückstände bis zu drei Wochen erkennbar.

Das Ausmaß des aufputschenden Effekts hängt sowohl von der Person des Konsumenten selbst wie auch von der Dosis, der Art des Konsums und der Qualität des Stoffes ab, denn der Wirkstoffgehalt des als Kokain verkauften Pulvers schwankt durchschnittlich zwischen 20–50%. Beim Schnupfen setzt die Wirkung nach wenigen Minuten ein. Nach etwa 30–60 Minuten wird die maximale Konzentration im Blut erreicht und die pharmakologische Wirkung hält bis zu einer Stunde an. Beim Spritzen oder Rauchen hingegen beginnt die Wirkung bereits nach wenigen Sekunden, da das Kokain über die Lunge sehr rasch vom Blutkreislauf aufgenommen wird bzw. bei der intravenösen Verabreichung unter Umgehung sämtlicher Resorptionsbarrieren das Gehirn erreicht. Allerdings verringert sich auch die Wirkdauer. So hält der durch das Rauchen ausgelöste Rauschzustand nur etwa 5–10 Minuten an.

Kokain ist allgemein als „Leistungsdroge“ bekannt, da es – zeitlich begrenzt – eine Leistungssteigerung und erhöhte körperliche Belastbarkeit bewirkt. Es dämpft das Hungergefühl, vermindert das Schlafbedürfnis und löst euphorische Gefühle aus. Die ihm zugeschriebene Lust- und Potenzsteigerung kehrt sich bei fortwährendem Konsum allerdings ins Gegenteil um, nämlich in sexuelles Desinteresse und Impotenz.

Die durch das Kokain hervorgerufenen Rauschzustände verlaufen gewöhnlich in mehreren Stadien:

- Euphorisches Stadium: Am Anfang steht das positiv erlebte, so genannte euphorische Stadium, das u.a. von gehobener Stimmung, erhöhtem Selbstwertgefühl, gesteigertem Antrieb und Denken sowie stärkerer Sinneswahrnehmung und Kreativität gekennzeichnet ist. Der Konsument fühlt sich sorglos, verliert soziale und sexuelle Hemmungen und empfindet ein vermindertes Schlafbedürfnis bei gleichzeitig erhöhter Libido. Gelegentlich treten auch einfache **Halluzinationen** und Pseudohalluzinationen auf.
- Rauschstadium: Nach etwa 20–60 Minuten klingt die euphorische Phase ab. Nun können zu den beschriebenen Wahrnehmungen ängstlich **paranoide** Stimmungen hinzutreten, die vor allem mit akustischen, manchmal auch mit optischen Halluzinationen einhergehen.
- Depressives Stadium: Diese dritte Phase des Kokainrausches wird vor allem von Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung bis hin zu Angstzuständen, Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Suizidgedanken gekennzeichnet.

● **Halluzination**

*Das Sehen, Hören oder auch Fühlen von Dingen, die in Wirklichkeit nicht existieren.*



## Wirkungsweise

### ● Neurotransmitter

*Chemische Substanzen, die als Botenstoffe bei der Übertragung der Erregung an den Schaltstellen der Nervenzellen – den Synapsen – freigesetzt werden und dadurch bestimmte hemmende oder erregende Effekte hervorrufen.*

Die zentralnervöse, stimulierende Wirkung des Kokains hängt direkt mit der Beeinflussung des **Neurotransmitter**stoffwechsels zusammen. Es verzögert die Wiederaufnahme der Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin in die präsynaptischen Speichervesikel und verstärkt die Wirkung dieser Botenstoffe an den postsynaptischen Rezeptoren. Hierdurch kommt es zu einer massiven Stimulation u.a. des zentralen Nervensystems. Bei kurzzeitigem Gebrauch in relativ niedrigen Dosen führt diese zentralnervöse Stimulation zu einer gesteigerten Aufmerksamkeit und motorischen Hyperaktivität und zu einem Anstieg von Pulsfrequenz, Blutdruck, Körpertemperatur, Atemfrequenz und Atemtiefe. Durch chronischen Gebrauch von Kokain kommt es dagegen zu nachhaltigen Störungen des Nervensystems, auf die zumindest teilweise die typischen Persönlichkeitsveränderungen bei Kokainabhängigen zurückzuführen sind.

## ... und die Risiken

Die Risiken des Kokainkonsums liegen vor allem in der Gefahr einer sich schnell einstellenden psychischen Abhängigkeit und den damit verbundenen Folgen (s.u.). Die akuten Risiken und Folgen des Kokainkonsums unterscheiden sich je nach Form, Dosis und Dauer des Konsums. Der Konsum ist um so gefährlicher, je schneller die Substanz vom Körper aufgenommen wird. Eine unmittelbare Lebensgefahr kann also insbesondere nach intravenöser Injektion und beim Rauchen entstehen, da bei beiden Konsumformen die Aufnahme des Kokains in Sekundenbruchteilen erfolgt. Gleichzeitig bergen beide Konsumformen noch spezielle Gefährdungen:

Beim Injizieren des aufgelösten Kokains können Verunreinigungen und hinzugefügte Streckmittel gefährliche Nebenwirkungen hervorrufen, und beim Crackrauchen gehören Schädigungen der Atmungsorgane, insbesondere der Lunge, zu den typischen Komplikationen. So kommt es bei der so genannten „Crack-Lunge“ u.a. zu Sauerstoffmangel im Blut oder Blutspucken infolge einer Lungenblutung. Wenn die Inhalation durch Pressen verstärkt wird, besteht u.a. die Gefahr krankhafter Luftansammlungen im Brustfellraum oder Herzbeutel. Aber auch beim Schnupfen sind infolge von Überdosierungen oder Unverträglichkeiten akut lebensbedrohliche Reaktionen bis hin zum Tod möglich.

Bei Überempfindlichkeit kann bereits eine geringe Dosis Kokain einen so genannten Kokainschock hervorrufen, der sich u.a. durch Blässe, kalten Schweiß und Atemnot ankündigt und zu schwerem Kreislaufversagen führen kann. Überdosierungen dagegen können eine Kokainvergiftung in Form zentralnervöser Übererregung bewirken. In deren Folge kann es u.a. zum zunehmenden Verlust der Koordinationsfähigkeit, zu Verwirrtheit, Unruhe und zerebralen Krampfanfällen mit Bewusstseinsstörungen und schließlich zur Bewusstlosigkeit und zum Tod durch Atemlähmung und schweres Kreislaufversagen kommen.

## Auf lange Sicht: Folgeschäden

Regelmäßiger Kokaingebrauch kann mittel- und langfristig zu schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen führen.

**Körperliche Folgen:** Zu den wesentlichen körperlichen Beeinträchtigungen zählen die Schwächung der körperlichen Widerstandskraft, eine verminderte Belastbarkeit, starker Gewichtsverlust sowie Schädigungen der Blutgefäße und verschiedener Organe wie Leber, Herz und Nieren. Durch das Rauchen von Crack oder Freebase werden insbesondere die Atmungsorgane in Mitleidenschaft gezogen, während regelmäßiges Schnupfen von Kokain vor allem Nasenschleimhäute und Nasennebenhöhlen schädigt und zu chronischem Nasenbluten sowie zu einer Verminderung des Geruchs- und Geschmackssinns führen kann. Auf Dauer können sich jedoch auch hierbei chronische Erkrankungen der Atmungsorgane einstellen. Verunreinigungen des Stoffes können durch das Spritzen von Kokain schwere lokale Infektionen hervorrufen. Bei der Verwendung von gemeinsam genutzten Spritzen besteht darüber hinaus die Gefahr, dass Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis übertragen werden.

Während der Schwangerschaft kann Kokainkonsum zu Früh- oder Totgeburten wie auch zu massiven Reifungs- und Wachstumsstörungen des Fötus führen, die u.a. Fehlentwicklungen des Gehirns und anderer Organe zur Folge haben. **Psychische Folgen:** Als gravierende psychische Folgen zeigen sich bei Dauerkonsumenten u.a. ausgeprägte Verstimmungen, sexuelle Funktionsstörungen, Schlafstörungen, **Depressionen**, Angst, Befürchtungen des Kontrollverlusts, Misstrauen, Antriebs- und Konzentrationsstörungen, verstärkte Reizbarkeit, Aggressivität und Verwirrtheit. In manchen Fällen kann sich eine **Kokainpsychose** entwickeln, bei der es zu paranoiden Wahnvorstellungen, einer Beeinträchtigung des Realitätsbezugs sowie zu optischen, akustischen und taktilen Halluzinationen kommen kann. Charakteristisch ist ein **Dermatozoenwahn**, bei dem der Konsument davon überzeugt ist, Insekten krabbelten unter seiner Haut. Diese Psychosen können chronisch werden.

**Soziale Folgen:** Bei dauerhaftem Kokainkonsum sind zudem nachhaltige Persönlichkeitsveränderungen zu beobachten, wie antisoziales und narzisstisches Verhalten, Angststörungen, Reizbarkeit, innere Unruhe, starke **psychomotorische** Erregung sowie Ess- und Schlafstörungen. Neben den möglichen strafrechtlichen und auch finanziellen Problemen infolge des Kokainkonsums sind es vor allem die bei einem Dauerkonsum auftretenden ausgeprägten Kontaktstörungen und die Tendenz zur Selbstisolation, die das Zerbrechen jeglicher sozialer Bindungen zur Folge haben können.

## Die Frage der Abhängigkeit

Sowohl ein episodischer wie auch ein kontinuierlicher Konsum von Kokain führen zur Abhängigkeit, wobei die psychischen Aspekte deutlich im Vordergrund stehen. Bei der Einnahme von hohen Dosen Kokain und insbesondere beim Crackrauchen kann sich bereits innerhalb weniger Wochen eine starke **psychische Abhängigkeit** entwickeln, die sich vor allem in der ausgeprägten Tendenz zur Dosissteigerung zeigt.

### ● **Depression**

*Niedergeschlagenheit, gedrückte Stimmung, Schwermut, Trübsinn, Traurigkeit bis hin zu ausgeprägtem Krankheitsbild*

### ● **Kokainpsychose**

*Eine durch Kokainkonsum verursachte seelische Erkrankung.*

### ● **Dermatozoenwahn**

*Eine seelische Erkrankung, bei der der Erkrankte davon überzeugt ist, Insekten krabbeln unter seiner Haut.*

### ● **Psychomotorik**

*Alle willkürlich gesteuerten Bewegungsabläufe, wie z.B. Gehen oder Sprechen.*

### ● **psychische**

#### **Abhängigkeit**

*Psychische Abhängigkeit wird als „ein unbezwingbares, gieriges seelisches Verlangen, mit der Einnahme der Droge fortzufahren“ definiert und ist aufgrund der daraus resultierenden Entzugserscheinungen Hauptursache für misslungene Abstinenz. Psychische Abhängigkeit wird – im Unterschied zur körperlichen Abhängigkeit – praktisch von allen Drogen hervorgerufen.*

● **Entzugssymptome**

Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Erscheinungen.

Beim Absetzen von Kokain kommt es zu **Entzugssymptomen** wie Müdigkeit, Erschöpfung, Depressionen, allgemeiner Verstimmung, mangelnder Energie und sexueller Lustlosigkeit, gefolgt von einem starken Schlafbedürfnis, dem so genannten Crash. Diese Symptome können über Wochen andauern. Noch weit über diesen Zeitraum hinaus besteht jedoch ein starkes Verlangen nach der Substanz (Craving), was die Rückfallgefahr entsprechend vergrößert.

● **Toleranz**

Die durch Gewöhnung an eine Substanz verringerte Empfindlichkeit und Reaktion des Körpers darauf.

Aufgrund der Gewöhnung an die Substanz entwickelt sich bei regelmäßigem Kokainkonsum eine **Toleranz**, die – allerdings nur bis zu einer gewissen Höchstmenge – zu immer höheren Dosierungen führt. In Konsumpausen bildet sich diese Toleranz jedoch wieder zurück, so dass hiernach zunächst nur wieder geringere Mengen Kokain benötigt werden.

### Gefährliche Mischungen

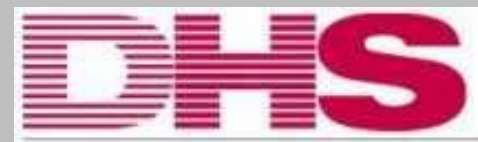
Jeder Mischkonsum verschiedener Drogen birgt einerseits die Risiken jeder einzelnen Substanz, andererseits aber auch das spezielle Risiko der jeweiligen Substanzkombination. So verstärken sich Nikotin und Kokain gegenseitig in ihrer gefäßverengenden Wirkung und erhöhen dadurch die Gefahr entsprechender Folgen, z.B. eines Schlaganfalls. Ein Mischkonsum mit anderen Substanzen wie Alkohol, Ecstasy oder LSD kann zu einem völligen Kontrollverlust bis hin zum Kollaps führen. Als besonders gefährlich gilt die als Speedball bezeichnete Injektionsmischung aus Heroin und Kokain. Die hierdurch mögliche zusätzliche Heroinabhängigkeit ist – im Unterschied zum reinen Kokainkonsum – sehr schnell auch von starken körperlichen Abhängigkeitssymptomen geprägt. Zur Milderung von Angstsyndromen als unerwünschte Effekte des Kokainkonsums werden oft auch **Benzodiazepine** genommen, die ihrerseits ebenfalls sowohl negative Folgewirkungen wie auch ein starkes Abhängigkeitspotenzial besitzen.

● **Benzodiazepine**

Wirkstoffe von Arzneimitteln, die u.a. zur Milderung von Angst- und Erregungszuständen eingesetzt werden und abhängig machen können.

**Herausgeber:**

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)**  
 Postfach 1369, 59003 Hamm  
 Tel. 02381/9015-0  
 Fax 02381/9015-30  
 eMail: info@dhs.de  
 Internet: www.dhs.de



**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**  
 Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
 Fax 0221/89 92-300  
 eMail: order@bzga.de  
 Internet: www.bzga.de

**BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**  
 0221/892031  
 Mo.-Do. 10-22 Uhr,  
 Fr.,Sa., So. 10-18  
 Uhr

Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS)

3.1.4

## Heroin

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



### Heroin

Heroin ist ein durch chemische Prozesse aus dem Rohopium des Schlafmohns (*Papaver somniferum* L.) gewonnenes Pulver mit betäubender und zugleich euphorisierender Wirkung. Heroin gehört zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz und Anbau sowie dessen Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.

### Ein kurzer Blick in Geschichte und Herkunft

Die natürliche Herkunftspflanze des Heroins ist Mohn, dessen bedeutendste Anbaugeländer sich auf einem geographischen Streifen von der Türkei über Iran, Indien, Afghanistan, Pakistan (Goldener Halbmond) bis hin zum Südosten Asiens (Goldenes Dreieck) ziehen. Auch in Mittel- und Südamerika wird mittlerweile wieder Mohn angebaut.

Die Geschichte des Schlafmohns als Heilmittel wie auch als Rauschdroge reicht vermutlich Jahrtausende zurück. So sollen bereits 4.000 v. Chr. Sumerer und Ägypter seine heilsame und berausende Wirkung genutzt haben. Mit seiner Kultivierung in China hielt der Schlafmohn Einzug in die traditionelle chinesische Medizin, die vor allem die öligen Mohnsamen als Schmerzmittel einsetzte. Um 1500 kam in Persien und der Türkei das **Opiumessen** auf, und gegen Mitte des 17. Jahrhunderts wurde in China das Rauchen von Opiumpipen zur Mode, was sehr bald zu großen Suchtproblemen führte. Die negativen Auswirkungen des Opiumrauchens veranlassten die chinesische Regierung im weiteren Verlauf der Geschichte wiederholt zu staatlichen Gegenmaßnahmen. Die daraus resultierenden Einfuhrverbote lösten im 19. Jahrhundert die so genannten Opiumkriege aus,

in denen sich vor allem Großbritannien kolonialistisch gegen die Handelsbeschränkungen wehrte. 1906 wurde die Mohnkultur in China staatlicherseits eingeschränkt und der illegale Anbau unter strengste Strafen gestellt.

• **Alkaloid**

*Chemische Bezeichnung für eine leicht alkalische Verbindung meist pflanzlichen Ursprungs, deren Einnahme bestimmte physiologische Wirkungen auf den menschlichen Organismus hat.*

• **Morphium**

*Allgemeinsprachliche Bezeichnung des Wirkstoffs Morphin, abgeleitet von Morpheus, dem griechischen Gott des Schlafes*

Nachdem es dem deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner 1806 erstmals gelungen war, den Hauptwirkstoff des Opiums – das **Alkaloid** Morphin – zu isolieren, wurde die Substanz 1828 von der Firma Merck als stark wirkendes Schmerzmittel auf den Markt gebracht. Im deutsch-französischen Krieg 1870/71 wurde **Morphium** bereits in großem Umfang bei der Behandlung von Verwundeten eingesetzt. Die Folge war, dass zahlreiche Verwundete morphinabhängig wurden. Mit dem Ziel, ein ähnlich schmerzstillendes, nicht aber abhängigkeiterzeugendes Mittel zu schaffen, wurde 1874 erstmals das so genannte Diamorphin (3,5-Diacetylmorphin) synthetisiert. Knapp 25 Jahre später wurde es von den Farbenfabriken Bayer in Elberfeld in großem Maßstab hergestellt und unter dem Namen Heroin u.a. als Mittel zur Hustenstillung, als Schmerzmittel und zur Behandlung von Morphinabhängigkeit vermarktet. Es stellte sich jedoch schnell heraus, dass dieses Mittel nicht nur um ein Vielfaches stärker ist als Morphin, sondern auch ein noch wesentlich höheres Abhängigkeitspotential als dieses besitzt. Aufgrund dessen wurde Heroin zunächst als verschreibungspflichtiges Betäubungsmittel eingestuft und strikten internationalen Handelsbeschränkungen unterworfen, bevor es schließlich in den meisten Ländern verboten wurde. In Großbritannien wird Heroin gelegentlich noch zur Schmerzbehandlung krebserkrankter Patienten eingesetzt, während es in Deutschland nicht mehr als Arzneimittel verwendet wird.

Mit dem Verbot der Substanz setzte gleichzeitig der illegale Handel mit Heroin ein und florierte insbesondere während des Zweiten Weltkrieges. Über in Westdeutschland stationierte US-Soldaten trat dort erstmals 1968 Heroin auf.

### Die Substanz ...

Heroin gehört zu der Substanzgruppe der Opiate und Opioide. Es handelt sich hierbei um ein **Derivat** des Morphins, des wichtigsten Alkaloids des Opiums. Ausgangsstoff für die Heroinherstellung ist das Rohopium, das durch Anritzen der unreifen Fruchtkapseln des Schlafmohns gewonnen wird und etwa 10–18% Morphin enthält. Die über verschiedene chemische Prozesse entzogene Morphinbase wird durch ein weiteres chemisches Verfahren (**Acetylierung**) in Morphinhydrochlorid, das so genannte Heroin Nr. 1, gewandelt, das einen Wirkstoffgehalt von 60–80% besitzt. Durch entsprechende weitere Verfahren werden Heroin Nr. 2, die als graues bis weißes Pulver erscheinende Heroinbase, und Heroin Nr. 3, eine bereits wasserlösliche grau-braune Substanz (brown sugar), gewonnen. Heroin Nr. 4 schließlich ist ein bräunliches oder weißes kristallines Pulver, dessen Wirkstoffkonzentration bei über 90% liegen kann.

Das auf dem illegalen Markt erhältliche Heroin wird in verschiedenen Qualitäten angeboten und enthält noch weitere, zum Teil hinzugemischte Wirkstoffe, wie z.B. Codein. Der Wirkstoffgehalt schwankt zwischen 10 und 95% und liegt bei mittleren Qualitäten um 50%. Für einen „Schuss“ Heroin werden meist 10 mg, zum Rauchen etwa 25 mg Heroin benötigt.

• **Derivat**

*Ein durch Veränderung der chemischen Struktur gewonnener Abkömmling einer chemischen Verbindung.*

• **Acetylierung**

*Chemischer Prozess, bei dem in organischen Verbindungen Hydroxyl- oder Aminogruppen durch die Acetylgruppe ausgetauscht werden.*

### **... und ihre Konsumformen**

Als Straßenheroin wird die Substanz in kleinen Päckchen pulverförmig angeboten. Die Wirkstoffkonzentration schwankt in der Regel zwischen 5 und 30% . Vor allem in Deutschland ist das intravenöse Injizieren die gebräuchlichste Konsumform, während in Großbritannien und in den Niederlanden mehr auf Folie geraucht oder geschnupft wird. Aus Angst vor der mit dem Spritzen verbundenen Infektionsgefahr nehmen allerdings auch in Deutschland diese Konsumformen zu. Hierbei bleibt jedoch der für die intravenöse Verabreichung typische flash – das augenblicklich spürbare Hochgefühl – aus, und aufgrund der geringeren Wirksamkeit sind größere Mengen Heroin erforderlich. Insbesondere gewöhnte Konsumenten gehen deshalb meist wieder zum Spritzen über.

Für eine Injektion wird das Heroinpulver in Wasser – häufig unter Zusatzung von Zitronensäure – durch Erhitzen gelöst und anschließend durch Watte oder Zigarettenfilter filtriert aufgezogen. Zum Rauchen wird das Heroin meist auf Aluminiumfolie gegeben (chasing the dragon) und von unten langsam erhitzt. Die hierdurch entstehenden Heroindämpfe werden mit einem Rohr eingesaugt. Beim Schnupfen wird Heroin – ähnlich dem Kokain – durch ein Röhrchen in die Nase eingeblasen. Die orale Einnahme spielt bei Heroin jedoch kaum eine Rolle, da sich hierbei die Wirkung nur sehr langsam und wenig intensiv entfaltet.

Bei bestehender Abhängigkeit benötigen Heroinkonsumenten zwischen 0,5 und 3 g Heroin pro Tag, verteilt auf drei oder mehr Injektionen, die bei Nichtgewöhnung mehrfach tödlich wirken würden.

### **Die Effekte ...**

Mitentscheidend für die Wirkung des Heroins sind vor allem der Grundzustand und die Bedürfnisse des Konsumenten, während die Umgebung, in der der Konsum stattfindet, eine eher untergeordnete Rolle spielt. In der Regel wirkt Heroin beruhigend, entspannend und schmerzlösend, gleichzeitig bewusstseinsmindernd und stark euphorisierend. Heroin dämpft die geistige Aktivität und beseitigt negative Empfindungen wie Angst, Unlust und Leere. Probleme, Konflikte und Belastungen des Alltags werden nicht mehr als solche wahrgenommen, unangenehme Wahrnehmungen und Reize werden ausgeblendet. Der Konsument fühlt sich glücklich und zufrieden. Die Wirkungen treten bereits kurz nach der Verabreichung ein.

### **Wirkungsweise**

Bei intravenöser Injektion erreicht der Wirkstoff über die Blutbahn sehr rasch das Gehirn und wirkt unmittelbar auf das zentrale Nervensystem. Dort setzt er sich an bestimmten **Rezeptoren** fest und beeinflusst die Aktivität der Zellen, indem er das an dieser Stelle wirksame neurochemische Gamma-Amino-Buttersäure- System (GABA-System) hemmt. Hierdurch wiederum entsteht eine Enthemmung des nachgeschalteten Dopaminsystems, das für die Belohnungsmechanismen und vermutlich für das Lusterleben zuständig ist. Die Ausscheidung der Substanz erfolgt vorwiegend mit dem Harn, wobei Heroin schwer spezifisch nachweisbar ist.

• **Rezeptoren**  
Spezialisierte Sinneszellen, die für die Reizwahrnehmung des Nervensystems verantwortlich sind.

## ... und die Risiken

- **toxisch**

1. giftig wirkend,
2. auf einer Giftwirkung beruhend

- **Entzugssymptome**

Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Erscheinungen.

Neben der Gefahr einer sich rasch einstellenden Abhängigkeit (s.u.) und der damit verbundenen körperlichen und sozialen Konsequenzen, ist mit dem Heroinkonsum auch eine Reihe akuter Risiken verbunden, die vor allem in seiner starken Wirksamkeit begründet sind. So besteht ein nur geringer Spielraum zwischen Verträglichkeit und **toxischer** Wirkung, die bereits bei 5 mg einsetzt, wenn jemand nicht an die Substanz gewöhnt ist. Auch eine zuvor gewohnte Dosis kann nach kurzzeitigem körperlichen Entzug bereits zu schwerwiegenden bis tödlich endenden Komplikationen führen. Doch auch anhaltender Heroinkonsum kann mit einer tödlichen Vergiftung enden. Dies ist vor allem dann möglich, wenn infolge der starken körperlichen Gewöhnung und der relativ kurzen Wirkdauer der Substanz die Menge und Häufigkeit des Konsums sehr rasch gesteigert werden müssen, um den körperlichen **Entzugssymptomen** entgegenzuwirken.

Eine Heroinvergiftung zeigt sich in Bewusstlosigkeit, Atemdepression und Kreislaufversagen mit Verlangsamung der Herztätigkeit. Die meisten Todesfälle infolge einer Überdosierung sind auf die Lähmung des Atemzentrums zurückzuführen. Eine mit der Bewusstlosigkeit verbundene besondere Gefahr ist das Erstickten an Erbrochenem. Lungenödeme und Embolien können ebenfalls als Folge einer Heroinvergiftung auftreten. Da Heroin in sehr unterschiedlichen, durch den Konsumenten kaum zu kontrollierenden Qualitäten mit einem Wirkstoffgehalt von bis zu 95% auf dem illegalen Markt gehandelt wird, kann es aufgrund besonders reinen Heroins oder infolge giftiger Beimengungen ebenfalls zu einer tödlichen Überdosis kommen.

Durch den Gebrauch nicht steriler Spritzen entsteht zusätzlich ein großes Risiko, sich beispielsweise mit Geschlechtskrankheiten, HIV oder Hepatitis zu infizieren.

## Auf lange Sicht: Folgeschäden

Durch anhaltenden Heroinkonsum kommt es zu zahlreichen schweren Folgestörungen vor allem körperlicher und sozialer Art. Ein großer Teil der körperlichen Folgeschäden steht dabei in engem Zusammenhang mit der speziellen Verabreichungsform des Spritzens und der allgemein gesundheitsbelastenden Lebensweise Heroinabhängiger. Meist ist eine starke soziale Verelendung zu beobachten, verbunden mit einem ausgeprägten körperlichen Verfall. Zu den häufigsten gesundheitlichen Folgeschäden gehören Leberschäden sowie Magen- und Darmstörungen bis hin zum Darmverschluss, starke Gebissveränderungen durch Karies und Zahnausfall sowie Erkrankungen der Atemorgane, insbesondere der Lunge. Infolge der intravenösen Verabreichung kommt es häufig zu lokalen Infektionen, beispielsweise in Form von Abszessen oder Entzündungen von Lymphgefäßen oder Zellgewebe, zu schweren Schädigungen der Venen und zu Herzentzündungen. Nicht selten ziehen sich Konsumenten im Rauschzustand oder im Rahmen von Hirnkrämpfen Arm-, Bein oder Schädelbrüche zu. Bei Männern kann es zudem zu Potenzstörungen, bei Frauen zu Menstruationsstörungen kommen.

Neben diesen schwerwiegenden körperlichen Folgen sind mit dem chronischen Heroinkonsum vor allem Veränderungen der Persönlichkeit und der sozialen

Situation verbunden. Aus dem hohen Bedarf an Heroin und den damit verbundenen Kosten resultieren häufig Beschaffungskriminalität und Prostitution, was im Zusammenhang mit dem starken Drogenkonsum meist bereits innerhalb kurzer Zeit zu Verwahrlosung und sozialer Isolation führt.

### **Die Frage der Abhängigkeit**

Heroin gilt als das wirksamste, sowohl körperliche wie auch psychische Abhängigkeit erzeugende Suchtmittel, das derzeit bekannt ist. Je nach individuellen Einflussfaktoren kann sich bereits nach kurzzeitigem regelmäßigem Heroinkonsum eine Abhängigkeit mit allen Folgeerscheinungen herausbilden. Heroin wirkt weitaus stärker und mit wesentlich kürzerer Wirkdauer als Morphin. Hinzu kommt eine für Heroin typische sehr rasche Gewöhnung und **Toleranzbildung**. Als Folge muss die Substanz dem Körper in immer kürzeren Abständen und in immer höheren Dosen zugeführt werden, um den sich schnell einstellenden Entzugerscheinungen entgegenzuwirken. Diese reichen von verhältnismäßig leichten Symptomen wie Schwitzen, Frieren und Zittern bis hin zu starken Gliederschmerzen, Schlafstörungen und schweren Kreislaufzusammenbrüchen. In den meisten Fällen einer Heroinabhängigkeit steht deshalb nicht mehr die euphorisierende Wirkung der Substanz im Vordergrund, sondern es geht vielmehr darum, einen „normalen“ Zustand, ohne die beschriebenen Entzugssymptome, aufrechtzuerhalten.

• **Toleranz**

Die durch Gewöhnung an eine Substanz verringerte Empfindlichkeit und Reaktion des Körpers darauf.

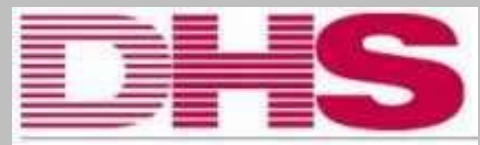
### **Gefährliche Mischungen**

Manche Konsumenten mischen Heroin mit Kokain zu einem so genannten Speedball oder Cocktail. Da sich hierbei die verschiedenen Substanzen in ihrer Wirkung wechselseitig verstärken, gilt diese Mischung als besonders gefährlich.

**Herausgeber:**

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)**

Postfach 1369, 59003 Hamm  
Tel. 02381/9015-0  
Fax 02381/9015-30  
eMail: info@dhs.de  
Internet: www.dhs.de



**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
Fax 0221/89 92-300  
eMail: order@bzga.de  
Internet: www.bzga.de

**BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**

0221/892031  
Mo.-Do. 10-22 Uhr,  
Fr.,Sa., So. 10-18  
Uhr

Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



3.1.5

## Alkohol

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



### Ein kurzer Blick in Geschichte und Herkunft

Der auf das arabische Wort al-kuhl zurückgehende Begriff Alkohol wurde mit der Bedeutung „das Feinste, feines Pulver“ aus dem Spanischen übernommen und ursprünglich zur Bezeichnung der feinen, flüchtigen Bestandteile des Weines verwendet.

Als Nahrungs-, Genuss- und Rauschmittel haben alkoholische Getränke eine jahrtausende alte Tradition. Sie waren bereits Sumerern und Akkadern bekannt, und in altägyptischen Verzeichnissen wurden Arbeitslöhne in Brot- und Biereinheiten angegeben. Da Alkohol jedoch nicht zuverlässig verfügbar und haltbar war, kam es im Altertum trotz seiner weiten Verbreitung nicht zu einer nennenswerten Entwicklung von Abhängigkeiten. Die zur Alkoholgewinnung notwendigen Grundstoffe dienten in erster Linie direkt der Ernährung und standen vermutlich nur in wohlhabenden Regionen und nur zu bestimmten Zeiten in solchen Mengen zur Verfügung, dass daraus auch Alkohol produziert werden konnte.

Ein ausgeprägter Alkoholkonsum ist erst für das Mittelalter und die beginnende Neuzeit belegt, als die Entlohnung von Leibeigenen und Tagelöhnern teilweise in Form von alkoholischen Getränken bzw. durch Gewährung des Privilegs eigener Alkoholherstellung erfolgte. Selbst im beginnenden Industriezeitalter war diese Art der Entlohnung noch eine gängige Praxis. Dies hatte zur Folge, dass mancherorts ein „Elendsalkoholismus“ in besonders krasser Form entstand.

Die zunehmende Verbreitung der Destillation alkoholischer Getränke führte dazu, dass auch die Konsequenzen des Alkoholkonsums zunahmen und immer deutlicher hervortraten. Zur Eindämmung des Alkoholkonsums und der

### Alkohol

Alkohol bezeichnet im allgemeinen Sprachgebrauch den zur Gruppe der **Alkohole** gehörenden Äthylalkohol, der durch Vergärung von Zucker aus unterschiedlichen Grundstoffen gewonnen wird und berauschende Wirkung hat. Alkohol zählt zu den Suchtmitteln, deren Erwerb, Besitz und Handel legal sind.

Abhängigkeit wurden in den betroffenen Ländern staatlicherseits wiederholt massive Maßnahmen ergriffen, von denen die Prohibition in den USA das wohl bedeutendste und bekannteste Beispiel ist.

Heute sind alkoholische Getränke in Deutschland wie auch in anderen nicht-islamischen Ländern praktisch unbegrenzt verfügbar. Das Trinken von Alkohol besitzt weitgehend gesellschaftliche Anerkennung. Gesetzliche Einschränkungen des Alkoholkonsums bietet in Deutschland lediglich das Jugendschutzgesetz. Es schreibt vor, dass in Gaststätten, Verkaufsstellen oder sonst in der Öffentlichkeit an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren generell keine alkoholischen Getränke abgegeben werden dürfen und ihnen der Verzehr nicht gestattet werden darf. Für Spirituosen gilt dieses Verbot bis 18 Jahre.

In Deutschland sind Bier, Schaumwein und Branntwein – nicht jedoch Wein – mit speziellen Verbrauchssteuern belegt.

### **Die Substanz ...**

Alkohol – oder genauer gesagt Äthanol oder Äthylalkohol (C<sub>2</sub>H<sub>5</sub>OH) – ist eine klare, farblose Flüssigkeit, die durch die Vergärung von Zucker entsteht. Als Rohstoffe können im Prinzip alle zuckerhaltigen Nahrungsmittel verwendet werden. Neben den Weintrauben als traditioneller Ausgangsstoff werden u.a. auch Getreide, Früchte, Zuckerrohr, Melasse, Mais und Kartoffeln zur Alkoholgewinnung verwendet, wobei der Alkoholgehalt je nach Art des Getränks stark variiert. So liegt der Alkoholgehalt beispielsweise von Bier je nach Sorte etwa zwischen 4,0 und 8,0 Vol. %, von Rotwein zwischen 11,5 und 13,0 Vol. % und von durchschnittlichem Weißwein zwischen 10,5 und 11,8 Vol. %. Hochprozentige Getränke wie Weinbrand oder Obstbrände erreichen dagegen einen Alkoholgehalt von 50 und mehr **Volumenprozenten**. Dieser weitaus höhere Alkoholgehalt wird erzielt, indem man den durch die Gärung gewonnenen Alkohol anschließend destilliert. Hierbei wird der Alkohol in speziellen Vorrichtungen erhitzt. Der hierdurch entstehende Dampf wird aufgefangen und verflüssigt sich bei der Abkühlung wieder. Dieser Vorgang kann mehrmals wiederholt werden, bis die gewünschte Alkoholkonzentration erreicht ist.

Der Siedepunkt des Alkohols liegt bei 78,3°C. Ein Volumenprozent entspricht 0,8 g Alkohol, d.h. ein Liter Rotwein enthält ca. 92–100 g Alkohol. Mit 29,6 kJ (7,07 kcal) pro Gramm Alkohol liegt sein Energiegehalt in etwa bei dem von Fett.

### **... und ihre Konsumformen**

Alkohol wird in Form alkoholischer Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen bei den unterschiedlichsten Gelegenheiten konsumiert.

### **Die Effekte ...**

Die akute Wirkung des Alkohols hängt von der aufgenommenen Menge und der Alkoholkonzentration des Getränks und von der individuellen körperlichen und seelischen Verfassung, der Trinkgewohnung und der **Toleranzentwicklung** des Einzelnen ab. So kann anhand von **Blutalkoholkonzentrationen** alleine keine klare Abgrenzung zwischen leichten, mittleren und schweren Rauschzuständen gezogen werden.

● **Volumenprozent**

Anzahl der in 100 cm<sup>3</sup> einer Lösung enthaltenen cm<sup>3</sup> eines gelösten Stoffes.

● **Toleranz**

Die durch Gewöhnung an eine Substanz verringerte Empfindlichkeit und Reaktion des Körpers darauf.

● **Blutalkoholkonzentration**

Die im Blut festgestellte Alkoholmenge. Sie wird in Promille angegeben, was der Alkoholmenge in Gramm pro 1.000 g Blut entspricht.

Die Beliebtheit und weite Verbreitung alkoholischer Getränke erklärt sich nicht zuletzt durch die meist angenehm empfundene Wirkung eines mäßigen Alkoholkonsums. So wirkt er in geringer Menge in der Regel anregend und stimmungssteigernd. Er kann Hemmungen und Ängste abbauen helfen und die Kontakt- und Kommunikationsbereitschaft fördern. Bei mittleren oder höheren Dosierungen kann die gelöste, oft heitere Stimmung jedoch rasch in Gereiztheit, emotionale Unzugänglichkeit sowie in Aggression und Gewalt umschlagen.

Bei ansteigendem Blutalkoholspiegel kommt es aufgrund der dadurch bedingten Vergiftung schließlich zu Störungen der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit. Urteilskraft, Koordinationsfähigkeit und Sprache werden zunehmend beeinträchtigt, und schließlich stellt sich eine erhebliche Ermüdung und Benommenheit ein. Bei sehr hohem Promillegehalt kann es sogar zum **Koma** bis hin zum tödlichen Ausgang kommen.

● **Koma**

*Zustand einer tiefen Bewusstlosigkeit, in dem keine Reaktion auf äußere Reize mehr erfolgt.*

● **Neurotransmitter**

*Chemische Substanzen, die als Botenstoffe bei der Übertragung der Erregung an den Schaltstellen der Nervenzellen – den Synapsen – freigesetzt werden und dadurch bestimmte hemmende oder erregende Effekte hervorrufen.*

● **Rezeptoren**

*Spezialisierte Sinneszellen, die für die Reizwahrnehmung des Nervensystems verantwortlich sind.*

● **Entzugserscheinungen**

*Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Symptome.*

## Wirkungsweise

Alkohol wird über die Schleimhaut des Verdauungstraktes ins Blut aufgenommen, wobei die Aufnahmegeschwindigkeit im Dünndarm größer als im Magen ist. Hier wird die Aufnahmegeschwindigkeit zusätzlich durch die verzehrten Nahrungsmittel beeinflusst. Über das Blut wird der Alkohol im gesamten Körper bis in die Körperwasser der Gewebe verteilt. Etwa 30–60 Minuten nach der Alkoholaufnahme wird die höchste Blutalkoholkonzentration erreicht. 2–5% des Alkohols werden über Atemluft, Schweiß und Urin ausgeschieden, während der Hauptabbau über die Leber erfolgt. Abhängig von verschiedenen individuellen Faktoren beträgt die Abbauzeit beim Menschen etwa 0,1–0,2 Promille stündlich.

Über das Blut gelangt der Alkohol ins Gehirn, wo er die Informationsübertragung der Nervenzellen beeinflusst, indem er bei einer geringen Dosierung stimulierend, bei mittleren und höheren Dosierungen jedoch hemmend wirkt. Abhängig von der Dosis wird hierbei der **Neurotransmitter** Dopamin freigesetzt, dem man – ähnlich wie bei anderen Suchtmitteln wie Heroin, Nikotin oder Kokain – die „belohnende“ Wirkung des Alkohols zuschreibt. Bei langfristig erhöhtem Alkoholkonsum verändern sich bestimmte **Rezeptoren** hinsichtlich ihrer Anzahl und ihrer Wirkungsweise. Hierdurch entstehen bei einem abrupten Absetzen der Substanz massive Fehlregulationen, auf die beispielsweise die auftretenden **Entzugserscheinungen** zurückzuführen sind.

## ... und die Risiken

Akute Risiken des Alkoholkonsums ergeben sich vor allem aus der Beeinträchtigung der Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, der Wahrnehmung und der Urteilskraft. Dies kann bereits bei geringen Alkoholmengen der Fall sein. Hieraus ergibt sich eine erhöhte Unfallgefahr, die insbesondere im Straßenverkehr meist schwerwiegende, wenn nicht gar tödliche Folgen für Konsumenten und Unbeteiligte haben kann. Darüber hinaus kommt es infolge erhöhten Alkoholkonsums häufig zu Aggression und Gewalt, so dass ein Großteil aggressiver Straftaten unter Alkoholeinfluss begangen wird.

● **Risikoarmer**

**Alkoholkonsum**

Grenzwerte für Frauen: täglich nicht mehr als höchstens zwei kleine Gläser Alkohol (20 gr. Reiner Alkohol). Grenzwerte für Männer: täglich nicht mehr als höchstens drei kleine Gläser Alkohol (30 gr. reiner Alkohol). Zu beachten ist: Die Empfindlichkeit bzgl. des Alkohols ist bei jedem Menschen verschieden und – es sollte nicht täglich getrunken werden!

● **Leberzirrhose**

Wucherung im Bindegewebe der Leber mit nachfolgender Verhärtung und Schrumpfung.

● **Polyneuropathie**

Nervenleiden, Nervenkrankheiten.

● **Atrophie**

Schwund von Organen, Geweben und Zellen.

● **Delirium tremens**

Nach Alkoholentzug auftretende akute organische Störung, die in der Regel zwischen drei und sechs Tage anhält und durch Bewusstseinsstrübung, Halluzinationen und heftiges Zittern gekennzeichnet ist.

● **Halluzination**

Das Sehen, Hören oder auch Fühlen von Dingen, die in Wirklichkeit nicht existieren.

Neben diesen akuten Risiken, die zum Teil durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen – beispielsweise durch den Verzicht auf das Autofahren – vermieden werden können, steigert vor allem regelmäßig erhöhter Alkoholkonsum das Risiko zahlreicher schwerwiegender Folgeschäden (s.u.). Zur Verringerung des Risikos empfiehlt die Wissenschaft die Einhaltung der Grenzwerte für einen **risikoarmen Alkoholkonsum**.

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann zu schwersten Schädigungen des Kindes führen.

## **Auf lange Sicht: Folgeschäden**

**Körperliche Folgen:** Da der Alkohol durch das Blut über den ganzen Körper verteilt wird, kommt es bei regelmäßig erhöhtem Konsum in praktisch allen Geweben zu Zellschädigungen. Zu den zahlreichen Organschäden infolge eines chronisch erhöhten Alkoholkonsums gehören vor allem die Veränderungen der Leber (Fettleber, Leberentzündung, **Leberzirrhose**), der Bauchspeicheldrüse, des Herzens (Erweiterung des Herzmuskels) sowie des zentralen und peripheren Nervensystems (**Hirnatrophie**, **Polyneuropathie**) und der Muskulatur (Muskelatrophie). Forschungen zu den langfristigen Effekten von Alkohol belegen darüber hinaus, dass bei langfristigem massiven Alkoholkonsum ein erhöhtes Krebsrisiko besteht (Mund-, Rachen-, Speiseröhrenkrebs und bei Frauen Brustkrebs)

Ein abruptes Absetzen des Alkohols kann gefährliche Entzugserscheinungen zur Folge haben. Aufgrund der Veränderungen des Nervensystems können diese bis hin zu zentralnervösen Krampfanfällen und zum **Delirium tremens** führen. Dabei tritt ein Orientierungsverlust und eine Bewusstseinsstörung ein, die häufig von beängstigenden **Halluzinationen** begleitet werden. Hinzu kommen starke vegetative Entzugserscheinungen wie Schwitzen, erhöhter Puls und Blutdruck sowie Unruhe und Angstzustände.

**Psychische Folgen:** Im Verlauf eines länger dauernden Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit kann es auch zu psychischen Beeinträchtigungen kommen, die sich beispielsweise in häufigen Stimmungsschwankungen, Angstzuständen, Depressionen bis hin zu einer Suizidgefährdung bemerkbar machen können.

**Soziale Folgen:** Neben den körperlichen und psychischen Folgen zieht ein chronisch erhöhter Alkoholkonsum häufig auch nachhaltige Veränderungen des gesamten sozialen Umfeldes nach sich, wenn es beispielsweise infolge dessen oft zu sozialen Konflikten kommt, wenn Ehen oder Beziehungen zerbrechen und/oder der Arbeitsplatz verloren geht. Besonders betroffen hiervon sind meist die Kinder von Alkoholkranken.

## **Die Frage der Abhängigkeit**

Alkohol kann eine psychische und körperliche Abhängigkeit erzeugen. Sein besonderes Gefährdungspotenzial besteht darin, dass Alkohol praktisch unbeschränkt verfügbar ist. Infolge dessen ist sein Konsum extrem weit verbreitet und erfolgt in großen Bevölkerungsgruppen regelmäßig. In erheblichem Maße ist ein „schädlicher Gebrauch“ bzw. „Missbrauch“ – d.h. ein die Gesundheit schädigendes Konsumverhalten – zu beobachten.

Alkoholabhängigkeit entwickelt sich über einen langen Zeitraum und tritt im Allgemeinen dann auf, wenn ein langfristig erhöhter Alkoholkonsum und die individuelle genetische Disposition zusammenwirken. Sie wird in der Regel dann diagnostiziert, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der nachfolgend aufgeführten sechs Kriterien der „Diagnostischen Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom“ erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms.
- Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
- Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt.
- Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt.

Seit 1968 gilt Alkoholismus als Krankheit. Die Behandlung dieser Krankheit fällt seit 1978 in die Zuständigkeit der Krankenkassen und der Rentenversicherung.

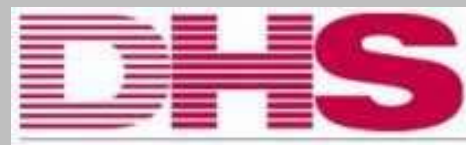
### **Gefährliche Mischungen**

Bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol und anderen Drogen kann die Wirkung der Substanzen und damit das gesundheitliche Risiko extrem verstärkt werden. Auch bei der Einnahme von Medikamenten sollte kein Alkohol konsumiert werden, da auch hier Wirkungen verstärkt werden bzw. gefährliche Nebenwirkungen oder Komplikationen auftreten können.

#### **Herausgeber:**

##### **Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)**

Postfach 1369, 59003 Hamm  
 Tel. 02381/9015-0  
 Fax 02381/9015-30  
 eMail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
 Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)



##### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
 Fax 0221/89 92-300  
 eMail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
 Internet: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

##### **BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**

0221/892031  
 Mo.-Do. 10-22 Uhr,  
 Fr.,Sa., So. 10-18  
 Uhr

**Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS)**

3.1.6

**Cannabis**

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



**Cannabis:**

**Haschisch und Marihuana**

Cannabis ist eine Gattung der Hanfgewächse (Cannabaceae) mit psychoaktiven Wirkstoffen, die in Form von Haschisch (Dope, Shit) oder Marihuana (Gras) als Rauschmittel konsumiert werden. Cannabis bzw. Cannabisprodukte gehören nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz zu den illegalen Suchtmitteln, deren Besitz und Anbau ebenso wie der Handel damit verboten sind und strafrechtlich verfolgt werden.

**Ein kurzer Blick in Herkunft und Geschichte**

Cannabis besitzt eine Jahrtausende alte Tradition als Nutz- und Heilpflanze und gehört zu den ältesten bekannten Rauschmitteln. Aus China ist bekannt, dass dort bereits im frühen 3. Jahrtausend v. Chr. Hanf angebaut und für die Herstellung von Kleidern und Seilen und – etwa seit 2.000 v. Chr. – auch als Heilmittel verwendet wurde. Über Indien soll die Pflanze in den Mittleren und Nahen Osten gelangt sein und sich schließlich über Europa bis nach Nord- und Südamerika ausgebreitet haben. Die bedeutendsten Anbaugeländer für die Haschischproduktion liegen heute im Nahen und Mittleren Osten (Türkei, Libanon, Afghanistan, Pakistan) sowie in Thailand und Nepal, während Marihuana überwiegend aus lateinamerikanischen und karibischen Ländern, zum Teil auch aus Ghana stammt.

Als Rauschmittel etablierte sich Cannabis zunächst in Indien, wo die Pflanze aufgrund ihrer **psychoaktiven** Wirkung in bestimmte kultische Handlungen einbezogen wurde. Als Heilmittel wurde Cannabis gegen Lepra, Durchfall und Fieber sowie als Beruhigungs- und Betäubungsmittel eingesetzt. Allerdings trat mit der weiteren Verbreitung der Pflanze ihre Funktion als Rauschmittel immer mehr in den Vordergrund. Die Verbreitung des Islams und das damit verbundene Alkoholverbot festigte vor allem in den islamischen Ländern ihre Bedeutung als Rauschdroge, die sie dort bis heute innehat. In Europa, wo Hanf lange Zeit als Kulturpflanze eine wichtige Rolle zur Fasergewinnung spielte, wurde die Rauschwirkung bestimmter Sorten im 19. Jahrhundert bekannt. Der Konsum breitete sich hier jedoch vor allem in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts aus. So wurde Haschisch in Deutschland das nach Alkohol und Nikotin am weitesten verbreitete Rauschmittel.

## **Die Substanz ...**

Hauptwirkstoff der Cannabispflanze ist das Tetrahydrocannabinol (THC), dessen Gehalt jedoch je nach Pflanzensorte stark schwankt, so dass sich nicht jede Cannabissorte für die Rauschmittelproduktion eignet. Der Wirkstoffgehalt der in Deutschland gezogenen Nutzpflanzen beträgt beispielsweise nur etwa 1,5% THC, während orientalische Sorten durchschnittlich etwa 5% THC enthalten. Speziell unter Gewächshausbedingungen herangezogene Sorten (Sinsemilla) können bis zu 20% Wirkstoff enthalten. In den europäischen Ländern wird Cannabis vorwiegend in Form von Haschisch oder Marihuana konsumiert, zuweilen auch als Haschischöl. Für die Rauschmittelproduktion werden vor allem die weiblichen Pflanzen verwendet, da sie einen höheren THC-Gehalt haben.

- Haschisch besteht im Wesentlichen aus dem Harz der Blütenstände der weiblichen Hanfpflanze. Die dunkle, meist braunschwarze und zu Platten oder Klumpen gepresste Substanz ist von fester, teils eher harziger, teils eher bröckeliger Konsistenz. Häufig wird Haschisch mit anderen Substanzen gestreckt, so dass sein Wirkstoffgehalt zwischen 5 und 12% schwanken kann.
- Bei Marihuana handelt es sich überwiegend um getrocknete und zerkleinerte Pflanzenteile der weiblichen Cannabispflanze, vor allem der Stängel, Spitzen, Blätter und Blüten. Es ist meist von grünlicher, teeähnlicher Beschaffenheit und erweckt beim ersten Hinsehen den Eindruck eines groben Gewürzes, allerdings mit einem ganz spezifischen Geruch. Der THC-Gehalt von Marihuana schwankt zwischen 1–7%; niederländische Treibhauszüchtungen (Skunk) können jedoch einen Wirkstoffgehalt von bis zu 15% erreichen.
- Bei Haschischöl handelt es sich um einen stark konzentrierten Auszug von Haschisch oder Marihuana, der mit Hilfe organischer Lösungsmittel gewonnen wird. Aufgrund des Herstellungsverfahrens besitzt Haschischöl eine hohe THC-Konzentration, die zwischen 12 und 60% liegen kann.

## **... und ihre Konsumformen**

Haschisch und Marihuana werden hierzulande meist geraucht, indem die zerkleinerten Substanzen mit Tabak zu einem (größeren) Joint oder (kleineren) Stick vermischt werden. Haschisch wird auch aus speziellen, im Handel erhältlichen Haschischpfeifen geraucht. Beim Rauchen setzt die Wirkung meist unmittelbar ein und dauert ein bis vier Stunden an – bei einer Dosis von etwa 10 mg etwa drei bis vier Stunden. Das Wirkungsmaximum wird in der Regel nach etwa 30 bis 60 Minuten erreicht, wobei das „High“-Gefühl erst allmählich ausklingt. Gelegentlich wird Haschisch auch Getränken, z.B. Tee, zugegeben, mit Joghurt gegessen oder in Kekse eingebacken. Hierbei tritt die Wirkung verzögert und häufig sehr plötzlich ein und hält länger an – je nach Dosis etwa fünf Stunden. Diese Konsumform gilt als besonders riskant, da die Dosierung nur sehr schwierig zu beurteilen ist.

Das eher selten gebrauchte Haschischöl wird meist auf eine Zigarette geträufelt oder Speisen oder Getränken hinzugefügt.

Cannabis wird meist in der Gruppe konsumiert, wobei der passive Konsum von Haschischrauch kaum einen relevanten Wirkstoffgehalt im Blut erzeugt. Um einen Rauschzustand zu erreichen, müssen dem Körper 3–10 mg THC zugeführt werden. Beim Rauchen werden etwa 20–50% des enthaltenen THC absorbiert. Cannabis mit einem THC-Gehalt unter 1% wird als unwirksam bezeichnet.

## **Die Effekte ...**

Der Cannabisrausch tritt meist relativ schnell ein und besteht vor allem aus psychischen Wirkungen, die erheblich von der jeweiligen Grundstimmung des Konsumenten beeinflusst werden. Grundsätzlich werden die bereits vorhandenen Gefühle und Stimmungen – ob positiv oder negativ – durch den Wirkstoff verstärkt. Weitere wichtige Einflussfaktoren sind die Situation und Umgebung während des Konsums und die individuelle psychische Stabilität. Wie bei jeder anderen Rauschdroge auch, hängt die Wirkung zusätzlich sowohl von der Dosierung wie auch von der Qualität der Substanz ab, d.h. von der Wirkstoffkonzentration und den streckenden Beimengungen. Auch das Alter spielt eine Rolle, denn der Wirkstoffgehalt der Substanz nimmt mit längerer Lagerung ab.

Zu den akuten psychischen Wirkung gehört eine deutliche Anhebung der Stimmungslage. Je nach Gefühlslage des Konsumenten tritt ein Gefühl der Entspannung, der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit ein. Wohlbefinden und Wohlgestimmtheit gehen häufig einher mit einem verminderten Antrieb und einer Tendenz zur Passivität. Möglich sind auch ein ausgesprochen heiteres Gefühl, verbunden mit einer gesteigerten Kommunikationsfähigkeit. Gelegentlich werden auch akustische und visuelle Sinneswahrnehmungen intensiviert und das sexuelle Erleben verstärkt.

Als eher unerwünschte Nebeneffekte treten häufig Denkstörungen auf, die sich vor allem in einem bruchstückhaften, nach assoziativen Gesichtspunkten geordneten, ideenflüchtigen Denken äußern. Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit können vermindert werden, ebenso die Leistung des Kurzzeitgedächtnisses. Die Konsumenten sind eher ablenkbar und setzen in der Wahrnehmung ungewöhnliche Schwerpunkte. Dabei konzentrieren sie sich auf Nebenreize. Häufig erleben sie Illusionen und Verkennungen und verknüpfen auf eigenwillige Weise verschiedene Wahrnehmungsbereiche.

Als atypische Wirkungen gelten niedergedrückte Stimmung, gesteigerter Antrieb, Unruhe, Angst und Panik. Desorientiertheit und Verwirrtheit sowie alptraumartige Erlebnisse mit Verfolgungsphantasien bis hin zum Wahn sind ebenfalls eher selten.

An akuten körperlichen Effekten können u.a. ein erhöhter Blutdruck, eine leichte Steigerung der Herzfrequenz, Augenrötung und Übelkeit auftreten.

## **Wirkungsweise**

In den letzten Jahren ist im Gehirn des Menschen ein Cannabisrezeptor entdeckt worden, der in einer ganzen Reihe von Gehirnabschnitten wie auch im Immunsystem zu finden ist und durch das THC bzw. seine Stoffwechselprodukte aktiviert wird. THC verschwindet aus der Blutbahn relativ schnell; in den Fettgeweben und in verschiedenen Organen wie Leber, Lunge, Milz und Herzmuskel kommt es dagegen zu einer Ablagerung und Anreicherung der Substanz bzw. ihrer Stoffwechselprodukte. Hierdurch kann der Abbau bis zu 30 Tagen dauern. Die Ausscheidung erfolgt über den Stuhl und Urin.



## ... und die Risiken

Akute Risiken liegen – abgesehen von den eher selten auftretenden atypischen Wirkungen – vor allem in den möglichen Folgen bestimmter Effekte. Während der Wirkungsdauer sind u.a. das Konzentrations- und Reaktionsvermögen, die Fähigkeit zur schnellen Informationsverarbeitung und die Fähigkeit zum abstrakten Denken beeinträchtigt sowie die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit vermindert. Hierdurch kommt es beispielsweise zu einer starken Einschränkung der Fahrtüchtigkeit, so dass neben Alkohol auch Haschisch häufig eine ursächliche Rolle für Fehlverhalten im Straßenverkehr spielt. Darüber hinaus hängen die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Risiken vor allem davon ab, ob es sich um Probier- und Gelegenheitskonsum oder um dauerhaften und gewohnheitsmäßigen Konsum handelt. Von Bedeutung sind auch die persönlichen und sozialen Risikofaktoren, welche die Gefahren des Cannabiskonsums wie Abhängigkeit oder psychische Veränderungen vergrößern. Solche Risikofaktoren sind beispielsweise ein frühzeitiger Konsumbeginn (im Alter von unter 16 Jahren), mangelnde soziale Unterstützung in der Familie und ein Freundeskreis, der sich vorwiegend auf Drogenkonsumenten beschränkt. Allgemeine soziale Perspektivlosigkeit und eine labile psychische Gesundheit verstärken ebenfalls eine Gefährdung.

Zu den mittel- und langfristigen Risiken eines hohen und dauerhaften Cannabiskonsums gehören die Möglichkeit einer **psychischen Abhängigkeit** (s.u.) und das so genannte **amotivationale Syndrom**, das bei chronischen Konsumenten häufig beobachtet wird. Kennzeichnend hierfür sind vor allem zunehmende Teilnahmslosigkeit sowie ein Verlust von Aktivität und Euphorie.

In eher seltenen Fällen können im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis auch **Psychosen** mit **Halluzinationen** bzw. Wahnvorstellungen ausgelöst werden, die im Erscheinungsbild und im Verlauf dem Bild der **Schizophrenie** ähnlich sind.

## Auf lange Sicht: Folgeschäden

**Körperliche Folgen:** Körperliche Auswirkungen des Cannabiskonsums sind relativ selten und meist nicht stark ausgeprägt. Allerdings enthält der Rauch von Cannabis zahlreiche Schadstoffe, die im Vergleich zum Tabak um ein Vielfaches giftiger eingeschätzt werden und Lungen- und Bronchialerkrankungen verursachen können. Hinzu kommt die dem Tabakkonsum eigene stark gesundheitsschädigende Wirkung. In bestimmten Fällen kann es auch zu Herz-Kreislauf- und Hormonstörungen kommen.

### *Psychische und soziale Folgen:*

Als wesentlich schwerwiegender werden die möglichen seelischen und sozialen Auswirkungen eines regelmäßigen Cannabiskonsums eingeschätzt, die jedoch – wie bereits unter den Risiken beschrieben – nicht zuletzt davon abhängen, ob und in welchem Maße persönliche und soziale Risikofaktoren vorhanden sind. So können sich gerade im Bereich des Denkens und Urteilens erhebliche Einschränkungen bemerkbar machen. Zwar hat der Konsument selbst ein Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit, die jedoch objektiv betrachtet immer mehr abnimmt. An die Stelle geordneten Denkens und logischer Schlussfolgerungen tritt häufig eine Art Scheintiefsinn, wovon vor allem Sorgfaltsleistungen betroffen sind.

### ● **Psychische**

#### **Abhängigkeit**

*Psychische Abhängigkeit wird als „ein unbezwingbares, gieriges seelisches Verlangen, mit der Einnahme der Droge fortzufahren“ definiert und ist aufgrund der daraus resultierenden Entzugserscheinungen beim Absetzen einer Substanz Hauptursache für das Fortfahren mit der Einnahme. Psychische Abhängigkeit wird – im Unterschied zur körperlichen Abhängigkeit – praktisch von allen Drogen hervorgerufen.*

### ● **amotivationale**

#### **Syndrom**

*Ein von Teilnahmslosigkeit und mangelnder Aktivität gekennzeichnete Zustand.*

### ● **Psychosen**

*Seelische Störungen, die häufig mit Angst- und Horrorvorstellungen einhergehen.*

### ● **Halluzination**

*Sehen, Hören oder auch Fühlen von Dingen, die in Wirklichkeit nicht existieren.*

### ● **Schizophrenie**

*Bewusstseinspaltung, Verlust des inneren Zusammenhangs der geistigen Persönlichkeit.*

Im Zusammenhang mit dem genannten Amotivationssyndrom zeigt sich ein zunehmendes allgemeines Desinteresse, gepaart mit verminderter Belastbarkeit. Der Konsument zieht sich immer mehr in sich zurück und wird sich selbst und den Aufgaben des Alltags gegenüber immer gleichgültiger: Er fühlt sich den Anforderungen der Leistungsgesellschaft allmählich immer weniger verpflichtet, aber auch immer weniger gewachsen, und schert mehr und mehr aus seinem bisherigen sozialen Gefüge aus.

### **Die Frage der Abhängigkeit**

Regelmäßiger starker Konsum kann psychische Abhängigkeit erzeugen, die an einer Reihe von Entzugserscheinungen deutlich wird. So können beispielsweise **Abstinenzsymptome** in Gestalt von innerer Leere, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen und Unruhe auftreten. Vegetative Symptome wie Schlafstörungen und Appetitmangel sind ebenfalls möglich. Auch wenn mit der Entwicklung einer Abhängigkeit gerechnet werden muss, so ist doch nur ein geringer Teil der Cannabiskonsumenten davon betroffen. Ähnlich dem Alkoholkonsum kann es auch beim Haschischkonsum über einen längeren Zeitraum hinweg ein Missbrauchverhalten geben, ohne dass es zur Ausbildung einer Abhängigkeit kommt. Das Risiko eines Mißbrauchs und einer Abhängigkeitsentwicklung ist abhängig vom individuellen Konsummuster und den persönlichen und sozialen Risikofaktoren eines Cannabiskonsumenten und -missbrauchers.

● **Abstinenzsymptome**  
 Die beim Ausbleiben einer Substanz auftretenden körperlichen und/oder psychischen Erscheinungen.

### **Gefährliche Mischungen**

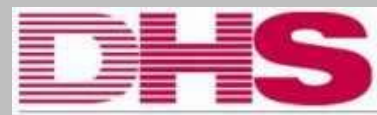
Verschiedene Risiken des Cannabiskonsums entstehen erst dadurch, dass zusätzlich zum Haschisch oder Marihuana auch noch andere Drogen gleichzeitig oder im Wechsel genommen werden. So ist das so genannte flash-back-Phänomen, bei dem es zu rauschähnlichen Wahrnehmungsstörungen kommt, ohne dass man – auch über längere Zeit hinweg – Drogen konsumiert hat, vermutlich auf den zusätzlichen Konsum anderer Drogen, insbesondere LSD, zurückzuführen.

Da Alkohol ebenso wie Cannabisprodukte das Denken und die Reaktionsfähigkeit einschränkt, werden diese Effekte bei einem gleichzeitigen Konsum beider Substanzen zusätzlich verstärkt.

**Herausgeber:**

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)**

Postfach 1369, 59003 Hamm  
 Tel. 02381/9015-0  
 Fax 02381/9015-30  
 eMail: info@dhs.de  
 Internet: www.dhs.de



**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
 Fax 0221/89 92-300  
 eMail: order@bzga.de  
 Internet: www.bzga.de

**BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**

0221/892031  
 Mo.-Do. 10-22 Uhr,  
 Fr.,Sa., So. 10-18  
 Uhr

Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS)

3.1.7

## Schmerzmittel

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



### Schmerzmittel: Opiate und Opioide

Opiate und Opioide sind sehr stark wirkende Schmerz- und Betäubungsmittel mit einem hohen Suchtpotenzial. Während es sich bei Opiaten im engeren Sinne um jene Mittel handelt, die Opium oder Opiumalkaloide - insbesondere Morphin - enthalten, bezeichnet der Begriff Opioide alle morphinähnlich wirkenden Substanzen.

### Ein kurzer Blick in Geschichte und Herkunft

Die natürliche Herkunftspflanze der Opiate ist der Schlafmohn (*Papaver somniferum*), aus dessen unreifen Kapseln das so genannte Rohopium gewonnen wird. Ursprünglich im östlichen Mittelmeergebiet beheimatet, gelangte der Schlafmohn über die Türkei und Persien vermutlich im 8. Jahrhundert nach Indien und China. Dementsprechend erstrecken sich die bedeutendsten Anbaugeländer heute vor allem von der Türkei über Iran, Indien, Afghanistan, Pakistan (Goldener Halbmond) bis hin zum Südosten Asiens (Goldenes Dreieck).

Die Geschichte des Schlafmohns als Heilmittel wie auch als Rauschdroge reicht vermutlich Jahrtausende zurück. So sollen sich bereits 4.000 v. Chr. Sumerer und Ägypter seine heilsame und berauschende Wirkung zunutze gemacht haben. Mit seiner Kultivierung in China hielt er bald schon Einzug in die traditionelle chinesische Medizin. Hier wurden vor allem die öligen Mohnsamen als Schmerzmittel eingesetzt. Um 1500 kam in Persien und in der Türkei das Opiumessen auf, und gegen Mitte des 17. Jahrhunderts wurde in China das Rauchen von Opiumpipen zur Mode. Dies führte sehr bald zu großen Suchtproblemen. Die negativen Auswirkungen des Opiumrauchens veranlassten die chinesische Regierung im weiteren Verlauf der Geschichte wiederholt zu staatlichen Gegenmaßnahmen. Daraus resultierende Einfuhrverbote lösten im 19. Jahrhundert die so genannten Opiumkriege aus, in denen sich vor allem Großbritannien erfolgreich gegen die Handelsbeschränkungen wehrte. Erst 1906 wurde die Mohnkultur in China staatlicherseits eingeschränkt und ein illegaler Anbau unter strengsten Strafen gestellt.

• **Alkaloid**

*Chemische Bezeichnung für eine leicht alkalische Verbindung meist pflanzlichen Ursprungs, deren Einnahme bestimmte physiologische Wirkungen auf den menschlichen Organismus hat.*

Bereits hundert Jahre zuvor - 1806 - war es indessen dem deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm Sertürner erstmals gelungen, den Hauptwirkstoff des Opiums - das **Alkaloid** Morphin - zu isolieren. Nur wenige Jahre später kam Morphin "oder Morphium" als stark wirkendes Schmerzmittel auf den Markt und wurde beispielsweise im deutsch-französischen Krieg 1870/71 in großem Umfang bei der Behandlung von Verwundeten eingesetzt. Die Folge war, dass zahlreiche Verwundete morphinabhängig wurden. Aber auch innerhalb des medizinischen Berufsstandes nahm in jener Zeit die Zahl der Morphinabhängigen rapide zu.

Mit dem Ziel, ein ähnlich schmerzstillendes, nicht aber abhängigkeiterzeugendes Mittel zu schaffen, wurde 1874 erstmals das so genannte Diamorphin (3,5-Diacetylmorphin) synthetisiert. Knapp 25 Jahre später wurde es von den Farbenfabriken Bayer in Elberfeld in großem Maßstab hergestellt und als Hustenmittel und Ersatzstoff für Morphin unter dem Namen Heroin auf den Markt gebracht. Es stellte sich jedoch schnell heraus, dass dieses Mittel nicht nur um ein Vielfaches stärker ist als Morphin, sondern auch ein noch wesentlich höheres Abhängigkeitspotenzial als dieses besitzt. Im Unterschied zu Großbritannien, wo Heroin gelegentlich noch zur Schmerzbehandlung krebskranker Patienten eingesetzt wird, wird es in Deutschland nicht mehr als Arzneimittel verwendet.

Angesichts der starken suchterzeugenden Wirkung des Morphins hat man immer wieder nach neuen Substanzen mit ähnlich schmerzstillender Wirkung geforscht, die jedoch keine euphorisierende und suchterzeugende Wirkung besitzen. Vor diesem Hintergrund wurden im Laufe der Zeit zahlreiche voll- oder teilsynthetische Opioide entdeckt bzw. entwickelt. Dazu zählen auch das 1940 erstmals in Deutschland hergestellte Methadon bzw. Levomethadon, das beispielsweise unter dem Produktnamen L-Polamidon sowohl als starkes Schmerzmittel wie auch - seit 1987 - in der Opiat- und Opioidentgiftung und in der Heroinsubstitution bei intravenös Abhängigen eingesetzt wird.

• **Substitution**

*Ersatz eines Mittels durch ein anderes Mittel, das weniger schädliche Folgen nach sich zieht.*

### Die Substanz ...

Unter den Schmerzmitteln besitzt die Gruppe der Opiate und Opioide die stärkste schmerzstillende Wirkung. Im engeren Sinne werden als Opiate jene Mittel bezeichnet, deren Wirkstoffe aus den Alkaloiden des Opiums gewonnen werden, während es sich bei Opoiden um synthetische oder teilsynthetische Substanzen mit morphinähnlicher Wirkung handelt. Die natürliche Ausgangssubstanz der Opiate bildet das Rohopium, das aus den unreifen Samenkapseln des Schlafmohns gewonnen wird. Hierzu werden die Kapseln angeritzt, so dass der klebrige, milchige Pflanzensaft heraustreten kann. Beim Trocknen verfestigt sich der Saft zu einer gummiartigen Masse und kann von den Kapseln abgeschabt und zu handelsüblichen Kugeln, Tafeln, Würfeln oder Blöcken geformt werden.

Opium enthält eine ganze Reihe unterschiedlich wirksamer Substanzen, von denen Morphin als das wichtigste Alkaloid gilt. Der Morphingehalt des Opiums schwankt je nach Herkunftsgebiet zwischen 2 und 26%. Ein weiteres vielfach angewendetes Alkaloid des Opiums ist Codein, das vor allem wegen seiner hustenstillenden Wirkung bekannt ist.

Zu den Opoiden im weiteren Sinne zählen - neben den reinen Opiaten - sowohl synthetische oder teilsynthetische **Derivate** des Morphins wie auch Substan-

• **Derivate**

*Durch Veränderung der chemischen Struktur gewonnene Abkömmlinge chemischer Verbindungen.*

- **Acetylierung**  
Chemischer Prozess, bei dem in organischen Verbindungen Hydroxyl- oder Aminogruppen durch die Acetylgruppe ausgetauscht werden.

- **Betäubungsmittelverordnung**  
Enthält Regelungen zur Verordnung von Arzneimitteln, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen.

zen mit morphinähnlicher Wirkung, die jedoch in ihrer chemischen Struktur gänzlich verschieden sind. Hierzu gehören das durch eine **Acetylierung** des Morphins entstehende Heroin, welches das erste teilsynthetische Opioid war, sowie zahlreiche andere Substanzen, die als Arzneimittel für verschiedene therapeutische Zwecke eingesetzt werden. Dabei wird zwischen mittelstarken bzw. schwach wirksamen Opioiden, wie beispielsweise Codein, Tramadol, Tilidin oder Dextropropoxyphen, und stark wirksamen Opioiden, etwa Morphin, Fentanyl, Methadon und anderen morphinverwandten Substanzen wie Oxycodon oder Hydromorphon unterschieden. Mit Ausnahme von Tramadol und der Kombination von Tilidin und Naloxon unterliegt die Verschreibung der Opiate und Opioide der **Betäubungsmittelverordnung**. Sie müssen auf besonderen Rezepten verordnet werden. Seit Anfang 1998 gilt dies auch für Codein, wenn es Drogenabhängigen verordnet wird.

### **... und ihre Konsumformen**

Die zur Schmerzbehandlung verwendeten Opiate und Opioide werden - je nach Substanz, therapeutischem Zweck und notwendiger Dosierung - in Form von Kapseln, Tabletten, Tropfen, Saft, Zäpfchen oder Injektionslösung verabreicht. In der akuten und chronischen Schmerzbehandlung kommen vor allem die oral verabreichbaren Morphinpräparate zur Anwendung, wobei die therapeutische Dosis bei 10 mg, die höchste Tagesdosis bei 100 mg liegt. Bei so genannten Retardpräparaten tritt die Wirkung verzögert ein, d.h. der Wirkstoff wird über einen bestimmten Zeitraum - beispielsweise über den Tag verteilt - langsam freigesetzt, so dass ein gleichmäßiger Substanzspiegel im Blut erreicht wird.

Für den Drogenmarkt haben die Präparate in erster Linie als illegal beschaffte Ersatzstoffe für eine gerade nicht verfügbare andere Substanz Bedeutung, beispielsweise bei einer bestehenden Heroinabhängigkeit. Anders verhält es sich dagegen bei Heroin, das in Deutschland nicht mehr als Arzneimittel zugelassen und nur illegal erhältlich ist und vorwiegend intravenös injiziert, zunehmend jedoch auch auf Folie geraucht wird.

### **Die Effekte ...**

Opiate und Opioide haben eine stark schmerzstillende Wirkung. Abhängig von der jeweiligen Substanz und Dosis können jedoch auch noch zahlreiche andere Effekte hervorgerufen werden, die nach der Einnahme in individuell unterschiedlicher Ausprägung auftreten. So werden durch die Substanzen nicht nur körperliche, sondern auch seelische Schmerzen betäubt. Angst, Spannung und Unlust werden beseitigt und statt dessen stellt sich ein Gefühl von Euphorie, Zufriedenheit, Angstfreiheit sowie ein lustbetontes bis ekstatisches Erleben ein. Diese Wirkungen wie auch motorische Hemmungen und unterschiedlich starke Bewusstseinsstörungen können als akute psychische Veränderungen auch im Rahmen einer Schmerzbehandlung auftreten, klingen jedoch in der Regel nach dem Abbau der Substanz wieder ab.

## Wirkungsweise

Opiate und Opioide wirken unmittelbar auf das zentrale Nervensystem, wo auch körpereigene Opioide erzeugt werden. Diese so genannten Endorphine werden beispielsweise in körperlichen Stress- oder Schmerzsituationen vermehrt ausgeschüttet und an spezifischen Opiatrezeptoren aktiv, was schmerzunterdrückend und euphorisierend wirkt. Durch die Einnahme von Opiaten oder Opoiden werden solche Opiat**rezeptoren** künstlich aktiviert und entfalten über die entsprechenden Wirkmechanismen eine schmerzhemmende Wirkung. Gleichzeitig wird über diese Rezeptoren aber auch jene euphorisierende und Bewusstsein verändernde Wirkung der Opiate und Opioide vermittelt, die für das starke suchterzeugende Potenzial dieser Substanzen verantwortlich ist.

- **Rezeptoren**  
Spezialisierte Sinneszellen, die für die Reizwahrnehmung des Nervensystems verantwortlich sind.

## ... und die Risiken

Opiate und Opioide sind nicht nur die wirkungsvollsten schmerzstillenden Substanzen, ihnen wird auch gleichzeitig das stärkste suchterzeugende Potenzial zugeschrieben, so dass die Gefahr der sich schnell einstellenden Abhängigkeit das größte Risiko einer missbräuchlichen Verwendung dieser Substanzen darstellt (s.u.).

Zu den möglichen akuten Nebenwirkungen, gehören Übelkeit und Müdigkeit, die jedoch in der Regel schnell wieder abklingen. Bei atypischen Verläufen können sich nach Einnahme statt der euphorisierenden, eher lustbetonten Effekte jedoch auch Angst, Unlust, Panik, motorische Erregung und **Dysphorie** einstellen. Als unerwünschte Nebenwirkungen können darüber hinaus u.a. Abfall der Atemtätigkeit, Übelkeit und Erbrechen, schwere Verstopfung, Koliken und Pupillenverengung auftreten. Aufgrund ihrer extrem starken Wirksamkeit besitzen Opiate und Opioide eine besonders geringe therapeutische Breite, d.h. der Dosierungsspielraum ist sehr eng bemessen. Vor allem bei unsachgemäßem Gebrauch der Substanzen kann es daher sehr leicht zu gefährlichen Überdosierungen kommen. So kann eine akute Morphinvergiftung zu einer Lähmung des Zentralnervensystems mit besonderer Beeinträchtigung des Atemzentrums bis hin zur Atemlähmung mit tödlichem Ausgang führen.

- **Dysphorie**  
Krankhafte Verstimmung allgemeiner Art.

## Auf lange Sicht: Folgeschäden

Während eine kontrollierte therapeutische Verabreichung von Opoiden in der Regel kaum zu anhaltenden Folgeschäden führt, kommt es bei einem dauerhaften missbräuchlichen Konsum zur chronischen Vergiftung, die - zum Teil bleibende - hirnrorganische Schäden hervorrufen kann. Diese können zu individuell unterschiedlich ausgeprägten psychischen Veränderungen führen, die sich u.a. in Wahnideen, verminderter Denkfähigkeit, mangelndem Selbstvertrauen bis hin zu akut auftretenden **Psychosen** äußern.

Als mögliche körperliche Folgeschäden können u.a. Magen-Darmstörungen, Hautausschläge, Potenzstörungen sowie Zeichen einer starken körperlichen Verwahrlosung auftreten. Vor dem Hintergrund des illegalen Opiatkonsums bestimmt

- **Psychose**  
Seelische Störung, die oft mit Angst und Horrorvorstellungen einhergeht.

- **Toleranz**  
Die durch Gewöhnung an eine Substanz verringerte Empfindlichkeit und Reaktion des Körpers darauf.

die Beschaffung und Finanzierung der Substanz aufgrund der schnellen **Toleranzbildung** in immer größerem Ausmaß Denken und Handeln. Beschaffungskriminalität, Prostitution und zunehmende soziale Verelendung und Isolation sind häufig die Folgen, die ihrerseits die körperlichen und psychischen Folgeschäden des Opiatkonsums zusätzlich verstärken und maßgeblich beeinflussen können.

### **Die Frage der Abhängigkeit**

- **Entzugssymptome**  
Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Erscheinungen

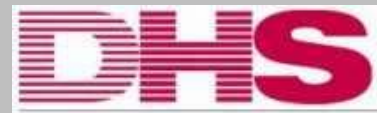
Vor allem bei einer missbräuchlichen Verwendung, die weniger auf die schmerzstillende als vielmehr auf die euphorisierende Wirkung der Substanzen abzielt, kann sich die abhängigkeiterzeugende Wirkung der Opiate und Opioide bereits nach wenigen Verabreichungen einstellen. Charakteristisch ist eine gleichermaßen starke psychische wie auch körperliche Abhängigkeit. Aufgrund der schnellen Toleranzbildung und Gewöhnung an die Substanz wird nach immer höheren Dosierungen und kürzeren Zeitabständen zwischen den Verabreichungen verlangt, um den sich rasch einstellenden **Entzugssymptomen** entgegenzuwirken. Diese reichen von verhältnismäßig leichten Symptomen wie Schwitzen, Frieren und Zittern bis hin zu starken Gliederschmerzen, Durchfall, Übelkeit und Erbrechen, Fieber und Schlaflosigkeit. Gleichzeitig treten die als angenehm empfundenen euphorischen Zustände mit zunehmender Gewöhnung immer mehr in den Hintergrund und es kommt nur noch zu Bewusstseinstrübungen.

### **Hinweis**

Die akute wie auch chronische Schmerzbehandlung mit Opiaten oder Opoiden unter kontrollierten therapeutischen Bedingungen führt in der Regel nicht zu einer Suchtentwicklung. Das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential der Opioide sollte deshalb nicht dazu führen, dass Schmerzpatienten die notwendige Schmerztherapie vorenthalten wird.

#### **Herausgeber:**

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)**  
Postfach 1369, 59003 Hamm  
Tel. 02381/9015-0  
Fax 02381/9015-30  
eMail: info@dhs.de  
Internet: www.dhs.de



**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**  
Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
Fax 0221/89 92-300  
eMail: order@bzga.de  
Internet: www.bzga.de

**BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**  
0221/892031  
Mo.-Do. 10-22 Uhr,  
Fr.,Sa., So. 10-18  
Uhr

Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS)

3.1.8

## Amphetamine

Faltblatt der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)



### Amphetamine / Ecstasy

Amphetamine (Speed, Crystal, Glass) und Ecstasy (MDMA, XTC, Adam oder Cadillac) sind eine Gruppe synthetisch hergestellter Substanzen, die teilweise auch in Medikamenten enthalten sein können (Amphetamine). Sie gehören zu den illegal als Suchtmittel verwendeten Stoffen und haben - je nach chemischer Struktur - eine aufputschende und/oder halluzinogene Wirkung. Sie können vor allem zur psychischen Abhängigkeit führen.

### Ein kurzer Blick in Geschichte und Herkunft

Amphetamin wurde erstmals 1887 synthetisiert und kam 1930 als Arzneimittel gegen Schnupfen auf den Markt. Die Beobachtung seiner psychostimulierenden Wirkung führte 1934 zur Synthese des noch stärker stimulierenden und länger wirkenden Methamphetamins. Dieses wurde unter der Handelsbezeichnung Methedrine zunächst gegen Leistungsschwäche und Lungenerkrankungen angewendet.

Bis Mitte der 40er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden Amphetamine für etwa 40 medizinische Indikationen zugelassen, ohne sich jedoch als Therapeutikum zu bewähren. Während des Zweiten Weltkrieges wurden Amphetamine in großen Mengen hergestellt und vor allem wegen ihrer stimulierenden und schlafverhindernden Wirkung vorwiegend von Soldaten konsumiert. Ende der 40er Jahre waren sie zunächst vor allem unter Lastwagenfahrern und Studenten verbreitet, fanden aber in den folgenden Jahrzehnten immer weitere Konsumentengruppen.

Aufgrund des offensichtlich werdenden Suchtpotenzials und der Zunahme akuter Vergiftungserscheinungen und Amphetaminpsychosen wurden Verkauf und Verordnung

- **Psychose**  
Seelische Störung, die oft mit Angst und Horrorvorstellungen einhergeht.



von Amphetaminpräparaten weltweit zunehmend beschränkt. Mit der Einschränkung des legalen Handels entwickelte sich gleichzeitig in großem Maßstab ein illegaler Markt, der in Verbindung mit der neuen Disco- und Partykultur der 90er Jahre gravierend an Umfang gewonnen hat.

• **Derivat**

Ein durch Veränderung der Struktur gewonnener Abkömmling einer chemischen Verbindung.

Das als Ecstasy bekannte Amphetamin**derivat** MDMA wurde erstmals 1914 synthetisiert, nachdem die Darmstädter Firma E. Merck bereits zwei Jahre zuvor das Patent hierzu erhalten hatte. Es wurde eine Zeitlang als Appetitzügler eingesetzt. Vor allem wegen seiner Kommunikations- und kontaktfördernden Wirkung wurde MDMA in den USA bis 1985 und in der Schweiz bis 1993 in der Psychotherapie eingesetzt.

Ende der 60er Jahre wurden MDMA (Ecstasy) und das ihm nah verwandte MDA als so genannte "Liebesdrogen" zunächst unter den Hippies in Kalifornien populär. Seit Mitte der 70er fanden die Substanzen in den USA und in Großbritannien und - seit Anfang der 90er - auch in Deutschland zunehmende Verbreitung.

Als Teilsubstanz sind Amphetamine und Amphetaminabkömmlinge noch in verschiedenen Medikamenten enthalten, beispielsweise in Appetitzüglern, in Grippe- und Asthmamitteln sowie in Medikamenten zur Behandlung von Aufmerksamkeitsschwäche bei überaktiven Kindern.

### **Die Substanz ...**

Bei Amphetamin (α-Methylphenethylamin) und seinen Derivaten handelt es sich um eine Gruppe synthetisch hergestellter Substanzen, deren so genannte Muttersubstanz das Phenylethylamin ist. Die illegale Herstellung aus verschiedenen Grundstoffen erfolgt in privaten Labors, in denen chemische Substanzen nach bestimmten Syntheseverfahren zur Reaktion gebracht werden. Als Ecstasy galt ursprünglich nur das chemisch als 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin bezeichnete Amphetaminderivat. Die zu dieser Gruppe gehörenden und sich in ihrer Struktur nur geringfügig davon unterscheidenden Substanzen MDA (3,4-Methylenedioxyamphetamin) und MDE (3,4-Methylenedioxy-N-ethylamphetamin - Eve) werden ebenfalls häufig als Ecstasy bezeichnet. Inzwischen werden auf dem illegalen Markt die verschiedensten Substanzen unter der Bezeichnung Ecstasy angeboten, wobei die Tabletten oder Kapseln häufig auch noch zusätzliche Wirkstoffe wie Amphetamin und Coffein oder andere **toxische** Substanzen enthalten.

• **toxisch**

1. giftig wirkend,  
2. auf einer Giftwirkung beruhend

### **... und ihre Konsumformen**

Amphetamine werden vor allem in Pulver- oder Tablettenform geschluckt. Daneben werden die Substanzen auch geschnupft oder in die Mundschleimhäute eingerieben, was beides schneller und stärker wirkt. In gelöster Form werden Amphetamine auch intravenös injiziert. Die Tagesdosis schwankt zwischen 5-40 mg, wobei Dosen ab 50 mg pro Tag als hoch gelten. Speed ist eine Mischung aus Amphetamin, Methamphetamin, Ephedrin, Coffein und Verschnittstoffen, deren Wirkstoffgehalt zwischen 10 und 80% schwanken kann.

Ecstasy wird hauptsächlich in Form von Kapseln oder Tabletten konsumiert, deren Wirkstoffgehalt meist zwischen 100-150 mg MDMA liegt, aber auch zwischen 50-250 mg schwanken kann. Insbesondere Kapseln sind häufig verunrei-

nigt und mit zusätzlichen Wirkstoffen wie Amphetamin und Coffein versetzt. Meist beschränkt sich der Konsum auf eine Tablette pro Abend, wobei allerdings auch Einnahmen von fünf bis sieben Tabletten bekannt sind. Gelegentlich wird Ecstasy auch in Form von Zäpfchen dem Körper zugeführt.

- **Psychostimulantien**  
Das zentrale Nervensystem erregende Substanzen, die die Gefühls-, Stimmungs- und Erlebniswelten anregen und verändern.
- **Entaktogene**  
Das zentrale Nervensystem erregende Substanzen mit antriebssteigernder Wirkung und starken psychotropen, d.h. die Psyche beeinflussenden Effekten im Bereich der Emotionen.
- **Halluzinogene**  
Das zentrale Nervensystem erregende Substanzen, die akustische und optische Wahrnehmungen hervorrufen, ohne dass das Wahrgenommene wirklich existiert.

## Die Effekte ...

Entsprechend ihrer unterschiedlichen Wirkungsweisen werden Amphetamine und deren Derivate in drei Gruppen unterschieden:

- die Gruppe der **Psychostimulantien** (Amphetamin und Methamphetamin),
- die Gruppe der **Entaktogene** (MDA, MDMA, MDE) und
- die Gruppe der **Halluzinogene** (DOM).

Niedrige Dosen der Psychostimulantien, z.B. 5-20 mg Amphetamin, führen zu Euphorie, Rededrang und gesteigertem Selbstvertrauen. Es stellt sich ein Gefühl entspannter Aufmerksamkeit und der Stärke ein. Die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit werden erhöht, während gleichzeitig Müdigkeit und Schlafbedürfnis wie auch Appetit und Hungergefühl unterdrückt werden. Zu den körperlichen Wirkungen gehören eine Erweiterung der Bronchien sowie ein Anstieg von Pulsfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur. Mittlere bis hohe Dosen führen dagegen zu ausgeprägten Erregungszuständen, begleitet von Beschleunigter Atemfrequenz, Zittern, Unruhe und Schlafstörungen. Die Berührungsempfindung wird stärker, während das Schmerzempfinden sowie Hunger- und Durstgefühle abnehmen.

Ecstasy, das zur Gruppe der Entaktogene gehört, löst 20 bis 60 Minuten nach der Einnahme vor allem ein inneres Glücksgefühl und friedliche Selbstakzeptanz hervor. Der Konsument fühlt sich angstfrei und empfindet ein verstärktes Selbstvertrauen. Der Abbau innerpsychischer Barrieren verbessert seine Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, ohne dass er die Selbstkontrolle verliert. Visuelle und akustische Eindrücke können intensiviert und die Berührungsempfindung gesteigert werden, während gleichzeitig Schmerzempfinden sowie Hunger- und Durstgefühle vermindert werden. Je nach Umgebung zieht sich der Konsument zurück oder wird - beispielsweise bei Tanzveranstaltungen - aktiv. Nach Abklingen der Wirkungen stellt sich ein Zustand körperlicher Erschöpfung ein, der unter Umständen von Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Depressionen und Angstzuständen begleitet wird.

Halluzinogen wirkende Amphetaminderivate rufen vor allem Sinnestäuschungen hervor und bewirken Veränderungen des Denkens und der Stimmung. Als charakteristisch gilt die Erleichterung des assoziativen Denken, des so genannten Gedankenspringens.

Die Ausprägung der einzelnen Wirkungen wird von den Begleitumständen des Konsums, wie z.B. Umgebung und Gemütslage, und von der Höhe der Dosis entscheidend mitbeeinflusst. Wirkungseintritt und Wirkdauer hängen dabei von der jeweiligen Substanz und Konsumform ab. Bei oraler Einnahme von Amphetaminen setzt die Wirkung nach etwa einer halben bis vollen Stunde ein und hält ca. vier Stunden an, wobei es sich im Gehirn anreichert. Die **Halbwertszeit** beträgt zwischen sieben und elf Stunden, im Extremfall 31 Stunden. Die Wirkung von Ecstasy beginnt nach etwa 15-20 Minuten und hält etwa fünf Stunden an.

- **Halbwertszeit**  
Zeitspanne, innerhalb derer eine dem Organismus zugeführte Substanz von diesem um die Hälfte abgebaut wird.

- **Neurotransmitter**  
Chemische Substanzen, die als Botenstoffe bei der Übertragung der Erregung an den Schaltstellen der Nervenzellen - den Synapsen - freigesetzt werden und dadurch bestimmte hemmende oder erregende Effekte hervorrufen.

## Wirkungsweise

Amphetamin setzt in den Nervenzellen des Gehirns die **Neurotransmitter** Dopamin und - in geringerem Ausmaß - auch Noradrenalin frei, während es in hohen Dosen - ebenso wie die entaktogen wirkenden Substanzen, z.B. Ecstasy - vor allem die Serotoninausschüttung aktiviert.

## ... und die Risiken

Zu den besonderen Risiken zählt die häufig anzutreffende Unkenntnis der Konsumenten über Reinheitsgehalt und Zusammensetzung des jeweiligen Stoffes, so dass Intensität und Dauer der Wirkung wie auch die möglichen Nebenwirkungen für ihn nur schwer abzuschätzen sind. Infolge des Amphetaminkonsums kann es zu unvermittelt ausbrechenden Aggressionen und Gewalttätigkeiten, zu Verfolgungswahn und - eher selten - auch zu Halluzinationen kommen. Solche Amphetaminpsychosen treten in der Regel nach hohen Dosen auf, können sich im Einzelfall aber auch bereits nach sehr geringen Mengen wie 10 mg Amphetamin einstellen. Zu den Vergiftungserscheinungen infolge Amphetaminkonsums gehören u.a. Verlangsamung der Herztätigkeit, Herzjagen, erhöhter oder erniedrigter Blutdruck, Schwitzen oder Frösteln, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Verwirrtheit und Krampfanfälle.

Die akuten Risiken des Ecstasykonsums liegen - neben der nicht immer abschätzbaren Wirkung infolge unbekannter Inhaltsstoffe - nach derzeitigen Erkenntnissen vor allem in den körperlichen Begleiterscheinungen wie z. B. starker körperlicher Aktivität, bei der mit einem bedrohlichen Flüssigkeitsverlust zu rechnen ist. Dieser kann zur Austrocknung und Überhitzung führen und muss mit elektrolytehaltigen Getränken - oder zumindest durch Essen von Salzstangen und Trinken von Flüssigkeit - ausgeglichen werden. Als unerwünschte körperliche Symptome können zudem Übelkeit, Mundtrockenheit, Herzklopfen, Unruhe und Verspannungen der Kiefermuskeln sowie eine verstärkte motorische Aktivität auftreten. Körpersignale wie Hunger, Durst und Müdigkeit werden nicht mehr wahrgenommen. Gleichzeitig können Geschicklichkeit und Feinmotorik beeinträchtigt sowie das Konzentrations- und Urteilsvermögen derart vermindert sein, dass die Teilnahme am Straßenverkehr eine zusätzliche Gefahr darstellt.

Nach dem Abklingen der Wirkung kommt es häufig zu Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, depressiven Verstimmungen und zu Gedächtnisstörungen. Problematisch und riskant ist ein Mischkonsum, wenn neben Ecstasy auch Alkohol, Cannabis, Speed, LSD und andere Drogen konsumiert werden.

## Auf lange Sicht: Folgeschäden

Nicht selten geht eine Amphetaminabhängigkeit einher mit zunehmendem körperlichen Verfall und einem Rückzug aus dem sozialen Umfeld, wobei sich das Denken nur noch auf die Beschaffung der Droge konzentriert. Überdosierungen und chronischer Konsum von Amphetamin können zu Amphetaminpsychosen und bleibenden Schädigungen von Nervenzellen des Gehirns führen. Dabei gilt Methamphetamin

als der am stärksten toxische Amphetaminabkömmling. Chronische Amphetamin-konsumenten neigen häufig dazu, dieselben Tätigkeiten ständig zu wiederholen, beispielsweise immer wieder eine Schublade zu öffnen, und sich auf einen bestimmten Gedanken zu fixieren.

Bleibende Schädigungen nach dem Konsum von Ecstasy waren lange Zeit umstritten. Aufgrund neuerer Studienergebnisse geht man aber inzwischen vielfach davon aus, dass chronischer Ecstasykonsum zu dauerhaften Veränderungen im Gehirn, insbesondere zu einer Abnahme jener Nervenzellen führen kann, die für den Serotonin-Stoffwechsel verantwortlich sind. Noch zu bestätigende Befunde deuten zudem auf Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen infolge von Ecstasykonsum hin. Darüber hinaus können durch Ecstasy u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Lebererkrankungen, Krampfleiden, Grüner Star und Schilddrüsenerkrankungen verstärkt werden.

- **psychische Abhängigkeit**  
Psychische Abhängigkeit wird als "ein unbezwingbares, gieriges seelisches Verlangen, mit der Einnahme der Droge fortzufahren" definiert und ist aufgrund der daraus resultierenden Entzugssymptome beim Absetzen einer Substanz Hauptursache für die fortgesetzte Einnahme. Psychische Abhängigkeit wird - im Unterschied zur körperlichen Abhängigkeit - praktisch von allen Drogen hervorgerufen.
- **Toleranz**  
Die durch Gewöhnung an eine Substanz verringerte Empfindlichkeit und Reaktion des Körpers darauf.
- **Entzugssymptome**  
Die beim Absetzen einer zur Abhängigkeit führenden Substanz auftretenden körperlichen und psychischen Erscheinungen.

## Die Frage der Abhängigkeit

Amphetamine können sehr schnell zu einer starken **psychischen Abhängigkeit** führen. In den ersten Monaten des Konsums erfährt der Konsument aufgrund seiner positiv wirkenden Ausstrahlung meist Bestätigung und Bewunderung, doch in der Folge schränkt er zunehmend seine sozialen Aktivitäten ein. Um die gewünschten Wirkungen schneller und intensiver zu erleben, wird häufig zu einer schneller wirksamen Verabreichungsform übergegangen, beispielsweise zum Rauchen oder Injizieren. Dies ändert jedoch auch die Wirkungen: So dominieren nun beispielsweise die sich gleichförmig wiederholenden Handlungen, das Gedankenfixieren und die Mümmelbewegungen im Mundbereich. Gleichzeitig entwickelt sich gegenüber den blutdrucksteigernden, appetitdämpfenden und euphorisierenden Wirkungen eine **Toleranz**, was wiederum zu Dosissteigerungen führt. Zu den **Entzugssymptomen** beim Absetzen der Substanz gehören Schlaflosigkeit, Mundtrockenheit und Unruhe, aber auch psychische Symptome wie Stimmungsschwankungen, Angststörungen und Depressivität.

Für Ecstasy wird ein vergleichsweise geringes Abhängigkeitspotential vermutet. Allerdings werden Ecstasykonsumenten dann als besonders gefährdet eingeschätzt, wenn sie vor allem eine psychostimulierende Wirkung suchen. Für diese Konsumentengruppe bildet Ecstasy erfahrungsgemäß eine Einstiegsdroge für die stärker wirksamen Psychostimulantien Amphetamin, Methamphetamin und Kokain.

## Gefährliche Mischungen

Das Risikopotential des Amphetamin- wie auch des Ecstasykonsums wird dadurch erhöht, dass die Kapseln oder Tabletten neben den spezifischen Wirkstoffen häufig auch Kombinationen verschiedener Drogen, Arzneimittel oder anderer Stoffe enthalten. Diese Mischungen können u.a. zu extremen Kreislaufbelastungen, akuten Angstzuständen, Vergiftungen und allergischen Reaktionen führen. Der gleichzeitige Konsum von Ecstasy und Alkohol belastet insbesondere Leber und Nieren und verstärkt das gefährliche Austrocknen des Körpers.

**Kontakt & Information**

**Deutsche Hauptstelle gegen die  
Suchtgefahren e.V. (DHS)**

Postfach 1369, 59003 Hamm  
Tel. 02381/9015-0  
Fax 02381/9015-30  
eMail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

**Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA)**

Postfach 91 01 52, 51071 Köln  
Fax 0221/89 92-300  
eMail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)  
Internet: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

**BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:**

0221/892031  
Mo.-Do. 10-22 Uhr, Fr.,Sa., So. 10-18 Uhr

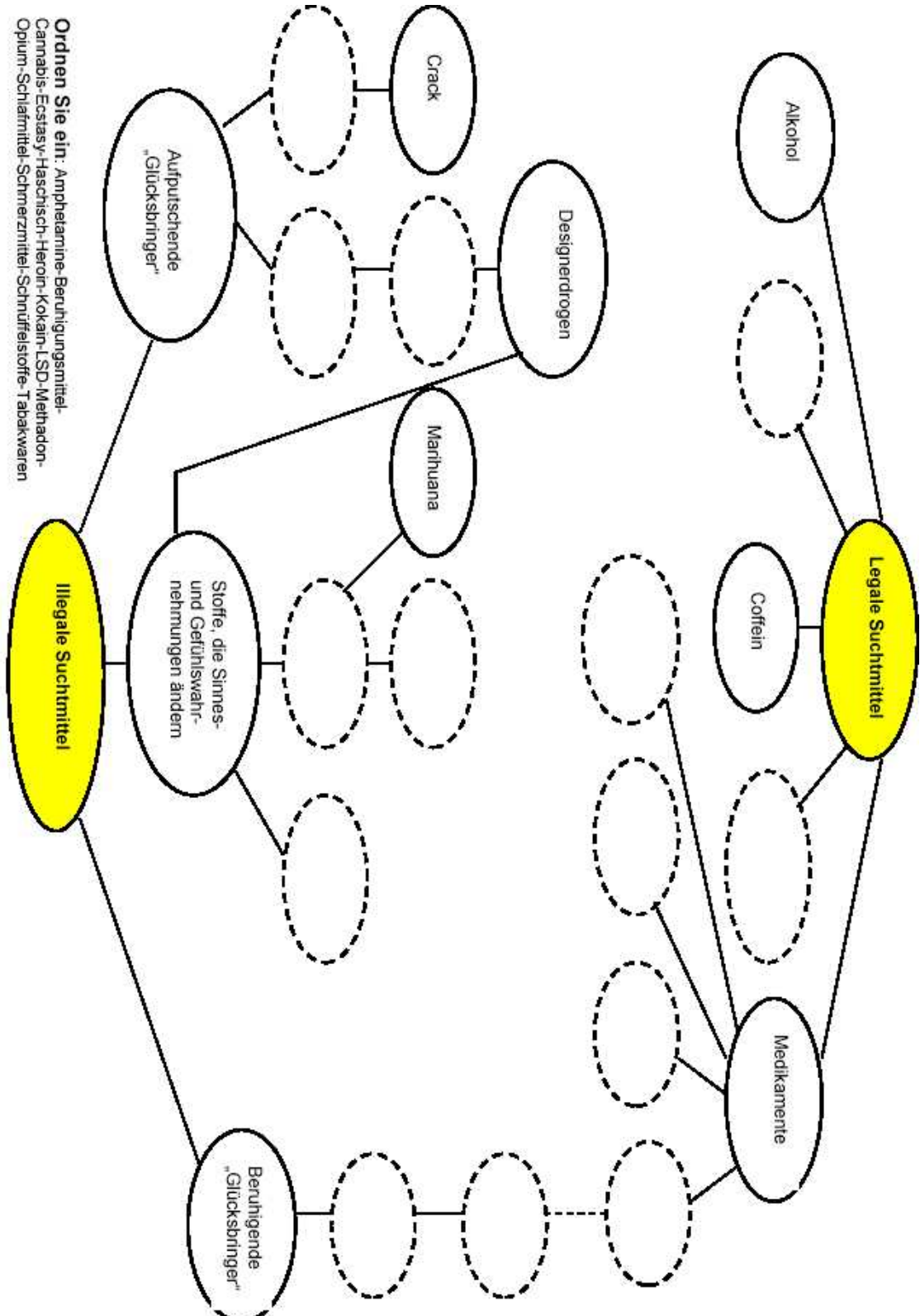
**Herausgeber:**



Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

3.2

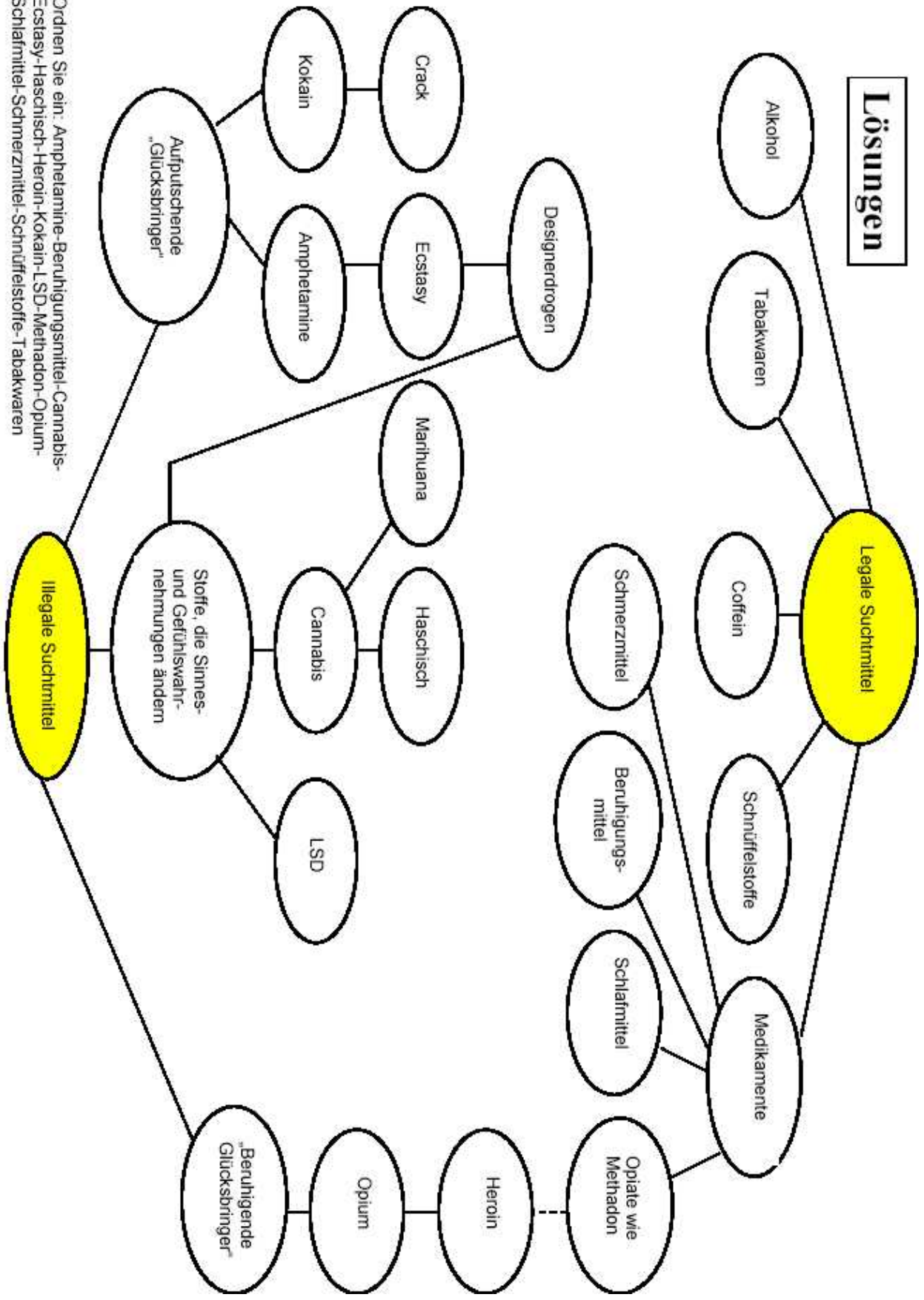
Martin Wägele  
**Die Suchtmittel im Überblick -**  
 ein Arbeitsblatt für die Lehrerfortbildung



Ordnen Sie ein: Amphetamine-Beruhigungsmittel-  
 Cannabis-Ecstasy-Haschisch-Heroin-Kokain-LSD-Methadon-  
 Opium-Schlafmittel-Schmerzmittel-Schnüffelstoffe-Tabakwaren

(Lösungen auf der Rückseite)

# Lösungen



Ordnen Sie ein: Amphetamine-Beruhigungsmittel-Cannabis- Ecstasy-Haschisch-Heroin-Kokain-LSD-Methadon-Opium- Schlafmittel-Schmerzmittel-Schnüffelfreistoffe-Tabakwaren

## 3.3

*Gabriele Frick-Kerber*  
**Schöne neue Welt der Zusatzstoffe**

Wer erinnert sich nicht an die ersten heimlichen Rauchversuche, die mit Hustenanfällen, Halskratzen und Schmerzen im Brustkorb endeten?

Die Wirkung des Rauches sorgte zunächst erst einmal für Widerwillen und Ablehnung. Nicht selten diente diese unangenehme Seite des Tabaksrauchens einer elterlichen „Erziehungshilfe“, die die Kinder vom Rauchen abhalten sollte, wenn Papa den Sprössling an der Zigarre ziehen ließ und sich dann über dessen Hustenanfall amüsierte.

Dank der schönen, neuen Welt der Zusatzstoffe werden solche Erfahrungen der Vergangenheit angehören. So wie im Ernährungsbereich Stoffe zugesetzt werden, um Sättigungsgefühl, Hunger, Appetit zu manipulieren, setzt auch die Genussmittelindustrie auf Zusatzstoffe in Zigaretten und Alkoholika, um in subtiler Weise das Einstiegsalter für diese Suchtmittel immer weiter nach unten zu schrauben.

Bei Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens und im Zusammenhang mit der Diskussion um die rauchfreie Schule kommt diesem Thema eine besondere Bedeutung zu. Es gilt nicht nur die Schadstoffe in den Zigaretten zu beachten, ebenso wichtig ist es, Schüler wie Lehrer auf bewusste Irreführungen und Manipulationen vonseiten der Industrie durch die Zusatzstoffe hinzuweisen.

### **Zusatzstoffe in Zigaretten**

Tabak enthält mehr als 4000 Inhaltstoffe. Das Hauptalkaloid ist das Nikotin, das für die Wirkung des Rauches und die Entstehung der Abhängigkeit verantwortlich gemacht wird.

Eine Vielzahl an Stoffen, die handelsüblich nur als Teer bezeichnet werden, sind gesundheitsgefährdend, wie z.B. Formaldehyd, Blei, Benzol, Cadmium usw. Mehr als 40 dieser Schadstoffe sind nachweislich krebserregend.<sup>1</sup>

Darüber hinaus enthalten Zigaretten zunehmend Stoffe, die die Suchtwirkung verstärken. Der Einsatz von Ammoniak zum Beispiel beschleunigt die Nikotinaufnahme in der Lunge, d. h. dass sich die Bioverfügbarkeit des Nikotins erhöht und damit das Abhängigkeitspotential von Zigaretten deutlich steigert.

Mit Zusatzstoffen, die wir bisher nur aus der Nahrungsmittelindustrie kennen, erreicht die Verkaufsstrategie der Zigarettenindustrie eine neue Dimension.

Durch eine Verbesserung des Geschmacks und des Geruchs werden ganz gezielt Jugendliche und bereits Kinder umworben. Das Rauchen soll angenehmer und genießbarer werden.

Zusatzstoffe wie Zucker, Vanille, Kakao, Lakritz und Menthol bergen nach Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg erhebliche Gefahren dadurch, dass diese Geschmackszutaten das Rauchen insbesondere für Kinder und Jugendliche attraktiver machen.

<sup>1</sup> Vgl. hierzu den Artikel auf Seite 62 des vorliegenden Heftes



Lakritz z.B. dient dazu, den Zigarettenkonsum zu steigern, da es die Reizung der Schleimhäute mildert. Kakao-Extrakte weiten die Lungenoberfläche, dadurch wird die Aufnahme für Nikotin erhöht, was wiederum die Abhängigkeit fördert.

Dies bedeutet, dass ein zunächst geschmacklich unattraktives Produkt eine Geschmacksverbesserung erhält und gleichzeitig diese Zutaten aber auch direkt suchtvorstärkend wirken.

Besonders problematisch wird der Zusatz von Menthol bewertet, das nicht nur den so genannten Menthol-Zigaretten, sondern fast allen Zigaretten beigemischt wird. Menthol mindert zum einen die Schmerzempfindlichkeit, die bei tiefen Zügen entstehen und zum anderen täuscht es ein Frischeempfinden vor, das die Reizung durch den Zigarettenrauch überdeckt.

Auch der Passivraucher fühlt sich durch diese Beimischungen weniger gestört, obgleich die schädigende Wirkung bestehen bleibt. Zusätzlich täuschen sogenannte Rauchaufheller eine geringere Belästigung durch Zigarettenqualm vor.

Für das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg stellen „die sogenannten Light-Produkte ein besonders schwerwiegendes Beispiel für die bewusste Irreführung der Verbraucher durch die Hersteller dar.“<sup>2</sup>

Raucher passen beim Konsum von „Light“-Zigaretten sowohl das Zugvolumen und die Zughäufigkeit als auch die Inhalationstiefe ihrem individuellen Nikotinbedarf so an, dass die erwünschte Nikotinaufnahme erreicht wird. Dies führt zu einer deutlichen Zunahme bestimmter Lungentumore.

### **Zusatzstoffe in Alkoholika**

Doch nicht nur die Zigarettenindustrie manipuliert bewusst die jugendlichen Verbraucher. Die gleiche Strategie machen sich die Getränkehersteller zu Nutze.

Als Säuglinge und Kleinkinder an süße, bunte Kindertees und Getränke gewöhnt, wird die Geschmacksgewohnheit auch später beibehalten, so dass der Griff zu Alcopops nahe liegt. Im Tierversuch bestätigt sich dieser Zusammenhang. Ratten meiden Alkoholgeschmack. Wird dieser jedoch mit Zucker vermischt, wird er akzeptiert und verzehrt.

Diese neue Generation von alkoholischen Getränken ist besonders für Mädchen eine willkommene süße Alternative zu Bier und Schnaps.

Die Zahl der Alkohol konsumierenden Jugendlichen nimmt in den letzten Jahren kontinuierlich zu. Bei den Mädchen verdreifachte sie sich, ebenso die Klinikaufenthalte aufgrund von Alkoholvergiftungen. Dennoch sieht die Spirituosenindustrie keinen Handlungsbedarf, sie lehnt jegliche Verantwortung ab. Allein Eltern und Verkäufer seien in der Pflicht.

Auf die Einführung einer Sondersteuer auf Alcopops reagierten die Hersteller prompt. Es werden verstärkt Mixgetränke mit Bier und Wein angeboten. Der Alkoholgehalt der Getränke bleibt zwar gleich, aber der beigemischte Branntwein wird ersetzt. So ist auch gewährleistet, dass die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes nicht verletzt werden, da nur branntweinhaltige Getränke an Personen unter 18 Jahren nicht abgegeben werden dürfen, wie das bei den Alcopops der Fall ist. Mixgetränke mit Bier und Wein kann man schon ab 16 kaufen.

<sup>2</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.), Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland, Heidelberg, 2002

Die Verkaufsstrategie bleibt die gleiche: mit süßen, alkoholhaltigen Limonaden in bunter Aufmachung jungen Konsumentenschichten erschließen.

### **Zusatzstoffe in Nahrungsmitteln**

Doch auch als überzeugte Nichtraucher und Antialkoholiker sind wir als Verbraucher vor Manipulationen durch Zusatzstoffe nicht geschützt.

In unseren modernen und praktisch handhabbaren Nahrungsmitteln lauern Überraschungen, denn die Welt der künstlichen Farbstoffe, Konservierungsmittel und technischen Verarbeitungshilfen ist bunt und vielfältig.

Verschiedene Studien deuten daraufhin, dass das, was wir zu uns nehmen, einen größeren Einfluss auf unser Verhalten hat, als wir vermuten. Gerade für die Gruppe der Heranwachsenden ist dies von besonderer Bedeutung, da sie sich noch in der Entwicklung befinden.

Besonders für die Entwicklung und Funktion des Gehirns sind bestimmte Nährstoffe notwendig. Ebenso beeinflussen viele Chemikalien bereits in winzigen Dosen die Hirntätigkeit. Das Gehirn, das teuerste Organ, was den Energieverbrauch pro Kilogramm Körpergewicht betrifft, verbraucht zwanzig Prozent unserer Energie, obwohl es gerade mal zwei Prozent unseres Körpergewichts ausmacht<sup>3</sup>. Im Alter von zwei Jahren verbraucht das Gehirn genauso viel Energie wie das eines Erwachsenen. Im Alter von drei ist das kleine Hirn sogar doppelt so aktiv- bis ins Alter von neun bis zehn Jahren.

Fette bilden den Hauptanteil der Baustoffe im Gehirn. Zellmembranen, die Fortsätze der Nervenzellen, bestehen aus diesem Baustoff. Fette dienen auch als Grundsubstanz vieler Überträgerstoffe und machen damit die Informationsverarbeitung erst möglich.

Das Gehirn ist jedoch auf besonders hochwertige Fette angewiesen, es benötigt die mehrfach ungesättigten Fettsäuren. Das Gehirn, kann diese Fettsäuren nicht selbständig herstellen, sie müssen über die Nahrung zugeführt werden.

Problematisch daran ist, dass der Gehalt an diesen wertvollen Fettsäuren durch moderne Haltingsbedingungen unserer Tiere und in der industriell hergestellten und haltbar gemachten Nahrung stark abnimmt. Diese Fette sind für die Industrie wegen ihrer schnellen Verderblichkeit ungeeignet.

Wir essen heutzutage genügend Fett, allerdings in minderwertiger Form, so dass trotz Fettlosigkeit das Gehirn „hungert“.

Doch nicht nur das Zuwenig an essenziellen Nährstoffen, auch das Zuviel an zugesetzten Stoffen belastet auf Dauer den Organismus.

Lebensmittelzusatzstoffe werden u.a. verwendet, um sensorische Eigenschaften von Lebensmitteln zu beeinflussen, den Gehalt an bestimmten Inhaltsstoffen (z.B. Vitaminen) zu erhöhen, die Haltbarkeit zu verlängern oder um technische Prozesse der Lebensmittelverarbeitung zu vereinfachen bzw. überhaupt erst zu ermöglichen.

Aufgrund teilweise festgestellter bzw. nicht auszuschließender gesundheitlicher Risiken unterliegt die Verwendung von Lebensmittelzusatzstoffen gesetzlichen Regelungen.

Die Zusatzstoff-Zulassungs-Verordnung von 1991 und die Zusatzstoff-Verkehrs-Verordnung von 1991 wurden aufgrund des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes (LMBG)

<sup>3</sup> vgl. Manfred Spitzer, Nervensache, Stuttgart 2003

erlassen. Darin sind alle erlaubten Lebensmittelzusatzstoffe aufgeführt; alle nicht in der Verordnung genannten Substanzen sind verboten. Nicht alle Zusatzstoffe unterliegen einer Kennzeichnungspflicht.

Grundsätzliche Bedenken bestehen, weil die für Lebensmittelzusatzstoffe festgelegten ADI-Werte („acceptable daily intake“) nur jeweils für einen einzelnen Zusatzstoff gelten. Mögliche Auswirkungen durch Wechselwirkungen mehrerer Zusatzstoffe untereinander, sowie Zusatzstoffen mit Schadstoffen, sind nicht berücksichtigt.

Trotz der gesetzlichen Regelungen und der erforderlichen Zulassung durch das Bundesgesundheitsamt können gesundheitliche Risiken von Zusatzstoffen nicht ausgeschlossen werden. So wurden beispielsweise die Konservierungsstoffe Propionsäure, Salizylsäure, Borsäure und Hexamethylentetramin zunächst zugelassen und nach einigen Jahren aufgrund später festgestellter toxikologischer Wirkungen wieder verboten.

Die Unsicherheit bei der Bewertung von Lebensmittelzusatzstoffen ist auch daran erkennbar, dass bestimmte Zusatzstoffe in Deutschland erlaubt, in anderen Ländern jedoch verboten sind und umgekehrt. In Norwegen beispielsweise sind Farbstoffe grundsätzlich verboten; der Süßstoff Cyclamat ist in den USA verboten, in Deutschland aber erlaubt.<sup>4</sup>

Ein verbesserter Speiseplan mit weniger Zusatzstoffen, zugesetzten Aromastoffen und weniger Zucker führt zu einer deutlich besseren Schulleistung. Das ergab schon in den Jahren 1979 bis 1983 eine Studie mit 1,1 Millionen Kindern an 803 New Yorker Schulen. Allein das Frühstück wirkte sich messbar auf die Leistungen aus. So hat Michael Murphy von der Psychiatrischen Abteilung der Harvard Medical School in Boston im US-Staat Massachusetts bei Tests mit Hunderten von Schülern gezeigt, dass jene, die frühstückten, um 40 Prozent bessere Noten im Fach Mathematik hatten.<sup>5</sup>

### **Ernährung und Verhalten**

Eine Reihe neuerer Untersuchungen scheint zu bestätigen, dass sich die Ernährung von Heranwachsenden stark auf ihr Verhalten auswirkt.

Aufmerksamkeitsstörungen und Lernschwäche von 41 Acht- bis 12-Jährigen in England besserten sich auffällig, nachdem sie zwölf Wochen lang eine Diät mit Beigaben von ungesättigten Fettsäuren erhalten hatten.

Und australische Forscher haben erst kürzlich nachgewiesen, dass Kalzium-Propionat, ein Konservierungsmittel im Brot, heftige Stimmungsschwankungen, Rastlosigkeit, Schlafstörungen und Unaufmerksamkeit bei Kindern auslösen kann.<sup>6</sup>

Eine Untersuchung der EU-Kommission ergab z. B., dass von E250, dem in Wurst oft enthaltenen Natriumnitrit, Kinder weit mehr zu sich nehmen als ihnen gut tut. Dieser Studie zufolge wird die akzeptable Tagesdosis, der sogenannte ADI-Wert, bei Kleinkindern unter drei Jahren um bis zu 360 Prozent überschritten.

<sup>4</sup> vgl. Karl von Koerber, e.a., Vollwert-Ernährung, Heidelberg 2004

<sup>5</sup> vgl. Hans Ulrich Grimm, Die Ernährungslüge, München 2003

<sup>6</sup> vgl. Petra Thorbrietz, Gefährliche Mahlzeiten, in: GEO Wissen Nr. 32/2003, Persönlichkeit und Verhalten, S. 126-135

Vor allem bei Farbstoffen, die zu den Zusatzstoffen mit dem höchsten allergenen Potenzial zählen, ist die tägliche Dosis erschreckend hoch. Frühe Studien, die bei der Zulassung der Chemikalien zugrunde gelegt wurden, nahmen einen durchschnittlichen Verzehr von 25 Milligramm Farbstoffen bei Kindern an. Mittlerweile aber kommen die Kleinkinder, die sich gern von Softdrinks und bunten Bonbons ernähren, nach den EU-Daten auf eine Tagesdosis von bis zu 560 Milligramm – ein halbes Gramm Chemikalien pro Tag!

Die Farbstoffe haben nachweislich Auswirkungen auf die Hirnfunktion. Bei 100 Milligramm vom Farbstoff Tartrazin zeigten in einer Untersuchung 34 Prozent der Kinder im Test einen Abfall in der Leistungsfähigkeit.

Bei einer anderen Studie mit 43 Kindern reagierten 25 auf Tartrazin: Sie waren reizbar, ruhelos, zeigten Schlafstörungen. Die Farben wirken offenbar direkt im Gehirn.<sup>7</sup>

### Glutamat

Glutamat wird zwar nach wie vor als Geschmacksverstärker bezeichnet, doch das ist eigentlich falsch. Japanische Wissenschaftler haben mittlerweile herausgefunden, dass das weiße Pulver selbst einen Geschmack hat. Umami, auf deutsch "köstlich", wird das pikante, würzige und bouillonartige Aroma in Japan genannt. Als Natriumglutamat wird es unter anderem pikanten Fertig- und Tiefkühlgerichten, Tütensuppen, Gewürzmischungen, Salat- und Würzsoßen zugesetzt.

In asiatischen Ländern steht es sogar als Würzmittel auf dem Tisch. In die Kritik geraten ist Glutamat in den 70er Jahren durch das so genannte "Chinarestaurant-Syndrom". Immer wieder litten Menschen nach dem Genuss chinesischen Essens an Kribbeln oder Taubheit in Nacken, Armen und Rücken, Schwächegefühl und Herzklopfen. Als Auslöser der Beschwerden wurde der Geschmacksverstärker verdächtigt, der in der chinesischen Küche seit knapp 100 Jahren verwendet wird. Interessanterweise traten die Symptome überwiegend bei Amerikanern und Europäern auf, in China und Japan selbst ist die Unverträglichkeit so gut wie unbekannt. Glutaminsäure bzw. ihre Salze, die Glutamate, kommen auch natürlicherweise in vielen Lebensmitteln vor, z. B. in Käse oder Tomaten.

Auch der Körper selbst bildet täglich erhebliche Mengen der wichtigen Aminosäure. Die Aminosäure wird als Ausgangsstoff körpereigener Proteine benötigt und spielt als Botenstoff im Gehirn eine wichtige Rolle. Als Neurotransmitter ist Glutaminsäure unter anderem an der Schmerzübertragung, am Körperwachstum, an der Gewichtsregulierung und an der Appetitsteuerung beteiligt.

„Diese Aminosäure ist nicht nur Bestandteil der Nahrung, sondern eben auch wahrscheinlich der wichtigste erregende Neurotransmitter des Zentralnervensystems.“<sup>8</sup>

In Anbetracht der vielen hyperaktiven, unruhigen und reizbaren Kinder ein Thema, das breiten Raum für Forschungen schafft.

Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage geben zwar verschiedene nationale und internationale Expertengremien wie die FAO, die „Food and Agriculture Organization“ der Vereinten

<sup>7</sup> vgl. Hans Ulrich Grimm, Die Ernährungslüge, München, 2003

<sup>8</sup> Manfred Spitzer, Nervensache, Stuttgart 2003, S. 169

Nationen, und der wissenschaftliche Lebensmittelausschuss der EU Entwarnung: ein schädlicher Einfluss von freiem Glutamat auf den Menschen sei nicht nachzuweisen und der Einsatz als Geschmacksverstärker daher unbedenklich. Trotzdem fordern die Experten weitere große Doppelblind-Studien. Fakt ist, dass einzelne Personen sensibel auf Glutamat reagieren. Auch schwer Asthmakranke weisen möglicherweise eine besondere Glutamat-Empfindlichkeit auf. Viele Fachleute raten dennoch von der Aufnahme größerer Mengen ab, insbesondere Kindern und Jugendlichen. Zum einen soll der Geschmacksverstärker den Appetit anregen und kann so möglicherweise zu Übergewicht beitragen. Bedenklich stimmen sollte auch, dass sich die Glutamatproduktion und damit der Verzehr seit den 70ern verfünffacht hat. Zum anderen aus kulinarischen Gründen. Denn wer sich regelmäßig dem Einheitsgeschmack von Glutamat aussetzt, verliert die Sensibilität für das natürliche Aroma von Lebensmitteln.<sup>9</sup>

### **Schöne neue Welt der Zusatzstoffe**

Zu wenig essenzielle und zu viele zugesetzte Stoffe verändern und manipulieren unsere Nahrungsmittel. Wir Menschen sind mit unseren Sinnen ausgestattet, um unser Leben bewältigen und um Gefahren erkennen und abwehren zu können, auch Gefahren im Lebensmittelbereich. Wir können es sehen, riechen oder schmecken, ob ein Nahrungsmittel verträglich oder bereits verdorben ist.

Doch genau dieses Warnsystem wird zunehmend anfälliger, bewusst irritiert und manipuliert. Schöne neue Welt der Zusatzstoffe - eine Welt, in der eine handelsübliche Bananenspeise stärker nach Banane schmeckt als die Banane selbst und die bei näherem Hinsehen möglicherweise gar keine Banane enthält, eine Welt, in der Kinder oft nur noch zwei Geschmacksrichtungen benennen können, eine Welt, in der „kindgerechte“ Zigaretten angeboten werden und lustige, bunte Alkoholika das Leben versüßen.

„Wie konnte es dazu kommen, dass Menschen „Lebensmittel“ essen, die ihr Leben eben nicht erhalten, sondern gefährden? Warum ernähren wir uns von Stoffen, die nicht nur schaden, sondern uns obendrein dazu verleiten, an der ungesunden Wahl festzuhalten? Werden wir manipuliert – oder sind wir nur ahnungslos?“<sup>10</sup>

### **Autorin:**

Gabriele Frick-Kerber  
 Lehrerin GHS und Ernährungsberaterin  
 GHWRS Rot am See  
 74585 Rot am See

<sup>9</sup> vgl. Kathi Dittrich, Glutamat – harmlos oder Nervengift?, in: UGB-Forum 2/04, S. 100 ff.

<sup>10</sup> Petra Thorbrietz, Gefährliche Mahlzeiten, in: GEO Wissen Nr. 32/2003, Persönlichkeit und Verhalten, S. 130

## 3.4

*Jochen Berlin*  
**Cannabiskonsum und Fahrerlaubnis**

Für die meisten Jugendlichen sind der Führerschein und das Erwachsenwerden Synonyme. Erst kommt das Moped, dann das Auto oder Motorrad. Für sie heißt mobil sein frei und unabhängig sein.

Wer altersgemäße Prävention mit Jugendlichen betreibt, weiß, dass das Thema Führerschein ein wichtiger Türöffner für Gespräche über Alkohol- und Drogenkonsum ist.

Autofahren nach dem Kneipen- oder Discobesuch ist nicht nur ein Thema für die Fahrer, sondern auch für die Beifahrer.

Wer über die Tatsache Bescheid weiß, dass die 18- bis 25-jährigen Autofahrer diejenigen mit der höchsten Unfallbeteiligung sind und Unfälle mit Todesfolge nach Discobesuchen und Festen überdurchschnittlich häufig von jungen Männern verursacht werden, stellt nicht zwangsläufig sein Fahrverhalten um oder steigt nicht als Beifahrer/in bei einem angetrunkenen Fahrer ins Auto ein.

Die Kenntnis dieses Sachverhalts wirkt nicht per se abschreckend, wie Prävention durch Abschreckung generell in ihrer Wirksamkeit zu bezweifeln ist. Aussichtsreicher sind Präventionsmaßnahmen wie das Projekt „Ohne Sprit fahr´ ich mit“, wie es vom Verkehrsministerium Baden-Württemberg für Berufsschulen initiiert wurde.<sup>1</sup>

Was die rechtlichen Bestimmungen betrifft, sind Jugendliche über das Thema Alkohol am Steuer oft gut informiert. Aber bezüglich anderer Suchtmittel ist bei Jugendlichen und auch bei Lehrkräften in puncto Fahrerlaubnis noch ein Informationsbedarf festzustellen.

Kiffen ist für viele Jugendliche ein Kavaliersdelikt. Immer häufiger werden bei Verkehrskontrollen bekiffte Autofahrer entdeckt. Was viele nicht wissen: wer betrunken auf dem Beifahrersitz angetroffen wird, braucht um seinen Führerschein nicht zu fürchten, wer bekiffte als Beifahrer von der Polizei angetroffen wird, für den kann dies dennoch Auswirkungen auf seine Fahrerlaubnis haben.

Es ist daher wichtig neben einigen Fakten zum Cannabiskonsum die rechtlichen Bestimmungen bezüglich Alkohol im Straßenverkehr und bei Drogenkonsum zu kennen.

### **Einige Fakten zum Thema Cannabiskonsum**

Zurecht richtet sich seit geraumer Zeit der Blick der Präventionsfachkräfte und der Medien verstärkt auf die Droge Cannabis. Verschiedene Studien belegen eine deutliche Zunahme des Cannabiskonsums bei Jugendlichen. Dabei kursieren immer wieder kaum nachvollziehbare Angaben zum Cannabiskonsum, wie in der reißerisch aufgemachten Titelstory des SPIEGEL im Juni diesen Jahres. Unter der Überschrift „Die Seuche Cannabis- Drogen an Deutschlands Schulen“ war auf dem Titelbild eine Schulanfängerin abgebildet, die statt einer Schultüte einen riesigen Joint in den Armen hält.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl Informationsdienst zur Suchtprävention Nr. 14, S. 57ff

<sup>2</sup> Vgl. DER SPIEGEL Nr. 27/2004

„Zu jeder gewünschten Aussage findet sich garantiert irgendwo eine Zahl“<sup>3</sup>, kommentiert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) das Problem. Deshalb veröffentlichte die DHS Daten zur Versachlichung des Problems.

Laut DHS stieg die Lebenszeit-Prävalenz<sup>4</sup> bei Cannabis in Deutschland unter den 15-25-Jährigen im Zeitraum 1993 bis 2003 sehr beachtlich von 16% auf 26%.

Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum fiel von 17,5 auf 16,5 Jahre.

Insgesamt ist festzustellen:

„Cannabis ist die meist verbreitete illegale Droge. Sie wird fast ausschließlich von Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert. Cirka 10% der 16-jährigen Deutschen benutzen gegenwärtig häufiger oder häufig Cannabis. (Zum Vergleich: wöchentlicher Alkoholkonsum bei 16-Jährigen: 37%). Die Zahl der Konsumenten ist in Deutschland wie in allen europäischen Ländern und USA/Canada steigend. Einstiegsdroge zum Cannabis-Konsum sind Tabak/ Zigaretten, die von 88% aller Cannabis-Konsumenten geraucht werden.“<sup>5</sup>

Zum Anstieg bei den Konsumzahlen kommt hinzu, dass der Wirkstoffgehalt der Droge in vielen Fällen gestiegen ist.

Wenn der SPIEGEL einen Drogenfachmann mit den Worten zitiert, „Marihuana mit einem Wirkstoffgehalt<sup>6</sup> von 20 Prozent ist keine Seltenheit mehr...“<sup>7</sup>, trägt dies nicht zur Versachlichung der Debatte bei. Die DHS stellt hierzu fest: „61% der gegenwärtig sichergestellten Haschisch-Proben weisen laut BKA einen seit den 60er Jahren üblichen **THC-Gehalt** von 0-8% auf. Höhere THC-Gehalte als 18% werden in weniger als 1% aller Proben festgestellt. Die Daten für Cannabis-Kraut sind ähnlich. Gegenüber den Vorjahren zeigen sich laut BKA keine nennenswerten Veränderungen der THC-Gehalte. Die gegenwärtig oft angeführten Züchtungen mit extrem hohen THC-Gehalten sind also extrem selten. Auf die Entwicklung der Konsumentenzahlen werden sie daher kaum Auswirkungen haben.“<sup>8</sup>

Unsachliche Übertreibungen, die den Eindruck erwecken, Schulhöfe seien der Rauschgiftumschlagplatz Nr. 1 und jede Raucherecke werde nur noch von Kiffern bevölkert, sind einer sachlichen Information von Jugendlichen wie von Lehrkräften genauso abträglich wie die Verharmlosung des Kiffens durch die Befürworter der Cannabislegalisierung, die Cannabis als harmloses Naturprodukt darstellen.

Fakt bleibt - wie oben ausgeführt: es gibt eine Zunahme beim Konsum, das Einstiegsalter ist gesunken und der THC-Gehalt der Droge ist häufig höher als zu Hippie-Zeiten, als so mancher Lehramtsstudent und heutige Lehrer Erfahrungen mit Cannabis machte.

Zu erwarten und zu befürchten ist außerdem, dass - ähnlich wie bei der neueren Ecstasy-Forschung - die Neurowissenschaften und die Suchtforschung in den nächsten Jahren Ergeb-

<sup>3</sup> Jost Leune, Vorstandsmitglied der DHS in einer Pressemitteilung der DHS vom 28.07.04, Cannabis - Harte Daten für eine sinnvolle Diskussion, S. 1

<sup>4</sup> Lebenszeit-Prävalenz erfasst jeden mindestens einmaligen Konsum im gesamten Leben. Hierunter werden also sowohl jene zusammengefasst, die täglich mehrfach große Mengen konsumieren, als auch jene, die ein einziges Mal in ihrem Leben konsumierten.

<sup>5</sup> Pressemitteilung der DHS vom 28.07.04, Cannabis - Harte Daten für eine sinnvolle Diskussion, S. 3

<sup>6</sup> Wirkstoff: Tetrahydrocannabinol (THC)

<sup>7</sup> DER SPIEGEL Nr. 27/2004, S. 75

<sup>8</sup> Pressemitteilung der DHS vom 28.07.04, Cannabis-Harte Daten für eine sinnvolle Diskussion, S. 2

nisse präsentieren werden, die die These von der Harmlosigkeit des Kiffens deutlich widerlegen. Ein relevanter Prozentsatz von regelmäßigen Cannabiskonsumenten (geschätzt wird 10-20%) leidet unter Psychosen und englische Forscher stellten fest, dass 8% der Schizophrenien durch Cannabis ausgelöst werden.

Unabhängig von der Diskussion in der Presse und der Wissenschaft um die Gefährlichkeit des Kiffens, bleibt es eine Tatsache, dass die Rechtsprechung wegen der Illegalität von Cannabisprodukten, das Kiffen anders behandelt als das Alkoholtrinken, auch hinsichtlich der Teilnahme am Straßenverkehr. Diese Tatsache gehört auch zu einer fairen und sachlichen Information von Jugendlichen durch die Schule im Rahmen der Suchtvorbeugung.

Die folgende Gegenüberstellung gibt Aufschluss über die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich Alkohol- und Drogenkonsum im Straßenverkehr.

### **Alkohol und Führerschein**

Die gesetzlichen Bestimmungen zu Alkohol und Straßenverkehr sind eindeutig. Sie sind im Straßenverkehrsgesetz (StVG) und dem Strafgesetzbuch (StGB) geregelt.

In der Rechtsprechung wird von einer relativen und einer absoluten Fahruntüchtigkeit (Fahruntüchtigkeit) ausgegangen. Die Fahrtüchtigkeit beschreibt die momentane Fähigkeit des Fahrers, ein Fahrzeug sicher zu führen. Bereits bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 Promille ist der Führerschein in Gefahr.

Grundsätzlich wird bei Alkoholvergehen im Straßenverkehr zwischen einer Ordnungswidrigkeit nach dem STVG § 24a und einer Straftat nach dem StGB §§ 315c und 316 unterschieden.

### **Ordnungswidrigkeit (StVG §24a)**

#### 0,5 Promillegrenze (relative Fahruntüchtigkeit)

Eine Ordnungswidrigkeit begeht, wer mit einer Blutalkoholkonzentration zwischen 0,5 bis 1,09 Promille ein Fahrzeug (PKW, LKW, Motorrad, Moped) fährt und dabei **keine** alkoholbedingte Fahrunsicherheit aufzeigt.

Mögliche Folgen des Vergehens sind:

- mindestens 250 Euro Bußgeld,
- 4 Punkte im Verkehrszentralregister
- mindestens einen Monat Fahrverbot

### **Straftat nach StGB (§§ 315c und 316)**

#### 0,3 Promille (relative Fahrtüchtigkeit)

Eine Straftat begeht, wer mit einer Blutalkoholkonzentration zwischen 0,3 bis 1,09 Promille Alkohol im Blut ein Fahrzeug (PKW, LKW, Motorrad, Moped) fährt und dabei eine alkoholbedingte Fahrunsicherheit aufweist.

#### 1,1 Promille (absolute Fahruntüchtigkeit)

Wer mit 1,1 oder mehr Promille Blutalkoholkonzentration ein Fahrzeug fährt, begeht in jedem



Falle eine Straftat, auch wenn keine alkoholbedingte Fahrunsicherheit gegeben ist.

**Mögliche Folgen in beiden Fällen:**

- eine hohe Geldstrafe oder sogar eine Freiheitsstrafe
- 7 Punkte im Verkehrszentralregister
- Fahrverbot
- Entzug der Fahrerlaubnis

1,6 Promille

Wer mit 1,6 Promille oder mehr Alkohol im Blut oder 0,8 mg/l oder mehr Alkohol in der Atemluft ein Fahrzeug fährt, begeht dieselbe Straftat wie bei 1,1 Promille, allerdings ist zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) erforderlich (§ 13 Nr.2c Führerscheinerlaubnis-Verordnung (FeV)).

Die Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU) ist ein behördlich oder gerichtlich angeordnetes Verfahren, mit dem die Eignung geprüft wird, ob jemand im Straßenverkehr ein Fahrzeug führen kann.

Zur MPU muss, wer Zweifel an seiner charakterlichen Eignung geweckt hat, indem er alkoholisiert oder unter Drogen- / Medikamenteneinfluss gefahren ist (immer bei mehr als 1,6 Promille, evtl. auch eher), mit stark überhöhter Geschwindigkeit gefahren ist, es aus anderen Gründen auf mehr als 18 Punkte im Verkehrszentralregister bringt oder eine Straftat begangen hat. Eine MPU kann auch bei bekannt werden von Drogenkonsum angeordnet werden.

**Drogen und Führerschein**

Der Besitz von Drogen ist nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) strafbar. Wird jemand mit illegalen Drogen im Straßenverkehr auffällig, muss er mit einer Strafanzeige rechnen.

Für den Straßenverkehr gilt:

Anders als beim Alkohol gibt es für illegale Drogen keine Grenzwerte. Es gilt die absolute Null-Grenze. Das Fahren unter Einfluss illegaler Drogen ist unabhängig von der konsumierten Menge grundsätzlich verboten. Wird bei einem Fahrer oder einer Fahrerin bei Verkehrskontrollen Drogenkonsum festgestellt, handelt es sich in jedem Falle um eine Ordnungswidrigkeit (§24a StVG).

**Mögliche Folgen für das Vergehen sind:**

- mindestens 250 Euro Bußgeld
- 4 Punkte im Verkehrszentralregister
- mindestens einen Monat Fahrverbot

Wird als Folge des Drogenkonsums eine Fahrunsicherheit (Unfall, bei Rot über eine Ampel fahren, oder Schlangenlinien) festgestellt, liegt eine **Straftat (§315 und §316 StGB)** vor.

**Mögliche Folgen in diesem Fall sind:**

- Geldstrafe oder Freiheitsstrafe
- 7 Punkte im Verkehrszentralregister
- Fahrerlaubnisentzug oder Fahrverbot

Eine Neuerteilung des Führerscheins ist erst dann möglich, wenn bei der Person die Fahreignung überprüft wurde und eine dauerhafte Drogenfreiheit nachgewiesen werden kann. Die Überprüfung der Fahreignung erfolgt in Form einer Medizinisch-Psychologischen-Untersuchung (MPU).

Entdeckt die Polizei Drogen bei einer Kontrolle oder jemand bei der Weitergabe, dem Konsum oder Handel mit berauschenden Mitteln, zieht das nicht nur strafrechtliche Konsequenzen nach sich. Die betreffende Person muss außerdem um ihre Fahrerlaubnis bangen – selbst dann, wenn sie als Fußgänger oder Beifahrer in eine Polizeikontrolle geraten ist.

Die Polizei leitet diese Informationen an die Führerscheinstelle weiter. Von dort wird geprüft, ob die betreffende Person einen Führerschein besitzt oder beantragt hat. Trifft das zu, wird ein Drogentest angeordnet. Verweigert die Person den Drogentest oder wird bei dem Test Drogenkonsum nachgewiesen, wird entweder kein Führerschein erteilt oder ein bereits ausgestellter Führerschein entzogen.

Um den Führerschein zu verlieren, ist es also in keiner Weise erforderlich, dass man mit Drogen am Steuer erappt wird. Auch wenn man nicht selbst am Steuer sitzt, überprüft die Führerscheinstelle sorgfältig, ob man charakterlich überhaupt geeignet ist, ein Kraftfahrzeug zu führen – zumindest, wenn Cannabis bei der Person gefunden wurde. Fällt die Überprüfung positiv aus, ist der Führerschein weg. Entdeckt man Ecstasy, Speed oder Kokain, entfällt dieser Aufwand: die betreffende Person wird grundsätzlich als ungeeignet eingestuft.

Und sollte jemand bis dato noch keinen Führerschein besitzen, wird das für lange Zeit erst einmal so bleiben. Entgegen aller Gerüchte kann einen übrigens schon bei der geringsten Menge sichergestellter Drogen die volle Härte der Justiz treffen. Das Gerücht, nach dem ein Gramm zum Eigenkonsum erlaubt sein soll, stimmt nicht. Diese Behauptung entbehrt jeder rechtlichen Grundlage. Der Besitz von berauschenden Substanzen wie Ecstasy oder Kokain stellt immer eine Straftat dar und wird zudem als zuverlässiges Indiz für den Konsum von Drogen betrachtet. Auch Fußgänger oder Beifahrer, die illegale Drogen bei sich führen, verstoßen gegen das Betäubungsmittelgesetz und können deshalb ihre Fahrerlaubnis verlieren – und zwar bei jeder noch so kleinen Menge (außer bei Cannabis-Erstauffälligkeit). Im Falle eines Dauerkonsums von Cannabis ist es jedoch möglich, die Fahrerlaubnis zu entziehen.

**Ausblick**

Man kann gespannt sein, wie sich die Rechtsprechung in puncto Kiffen und Autofahren entwickeln wird. Der baden-württembergische Innenminister Heribert Rech (CDU) hat angekündigt, dass er härter gegen Haschisch am Steuer vorgehen will.

Cannabis-Konsumenten solle der Führerschein um der Sicherheit der anderen Verkehrsteilnehmer willen grundsätzlich entzogen werden.

## Haschisch am Steuer: Rech will durchgreifen

STUTTGART (lsw).

Der neue baden-württembergische Innenminister Heribert Rech (CDU) will härter gegen Haschisch am Steuer durchgreifen. Cannabis-Konsumenten solle grundsätzlich der Führerschein entzogen werden, fordert Rech nach einem Bericht des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“. Ihm gehe es „nicht um eine zusätzliche Kriminalisierung, sondern um die Sicherheit der anderen Verkehrsteilnehmer“. Bisher ist ein Führerscheinenzug nur dann möglich, wenn der Autofahrer regelmäßig arri Joint zieht oder andere Drogen wie Kokain oder Ecstasy im Blut hat. Gelegenheitskiffer dürfen dagegen die Fahrerlaubnis meist behalten.

Neuere Untersuchungen hätten ergeben, dass es nach dem Genuss von Cannabis bis zu sieben Tage dauere, bis die Reaktionsfähigkeit wieder völlig hergestellt ist. Darauf müsse die Politik reagieren, sagte Rech. Schließlich liege die Konzentration des Rauschwirkstoffs heute um ein Vielfaches höher als in den siebziger Jahren.

Allein in Baden-Württemberg waren 2003 mehr als 4900 Fahrer unter Drogen- und Medikamenteneinfluss erwischt worden. Die Zahl der Unfälle unter Drogenwirkung stieg von Januar bis Mai 2004 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 22,3 Prozent.

Aus: Stuttgarter Zeitung vom 19.07.2004

Teil schulischer Suchtvorbeugung ist es Schülerinnen und Schüler fair und sachlich über Suchtmittel aufzuklären. Für Jugendliche, die einen Moped- oder Autoführerschein machen wollen, gehören die aufgeführten rechtlichen Bestimmungen zu dieser Information. Information für sich ist sicher kein Schutzfaktor, der vom Suchtmittelkonsum abhält. Dass Rauchen krebserregend ist und zum Tode führen kann, wissen alle Raucher. Für viele Jugendliche spielt auch die Illegalität einer Droge keine entscheidende Rolle und sie handeln nach dem bekannten Motto: „legal – illegal –sch...egal!“ Dennoch kann die Information nicht unterbleiben und die Gespräche mit Jugendlichen über das Thema Drogen und Fahrerlaubnis sind ein guter Ausgangspunkt für eine ursachenorientierte Präventionsarbeit, bei der die Jugendlichen über ihre Konsum- und Freizeitgewohnheiten reflektieren können und Schutzfaktoren gegen den Drogenkonsum ausbilden.

### **Autor:**

Jochen Berlin  
Beratungslehrer an der  
Robert-Mayer-Schule Stuttgart  
Weimarstr. 26  
70176 Stuttgart  
berlin@rms.s.bw.schule.de

## 3.5

Prof. Dr. rer. nat. Jochen Wolffgramm  
**Verhaltensbiologische Grundlagen  
der Suchtentstehung im Tiermodell**

Die Selbstverabreichung einer suchterzeugenden Substanz ist zunächst noch nicht gleichbedeutend mit Sucht. So können zum Beispiel viele Menschen Alkohol trinken, Zigaretten rauchen oder sich sogar Heroin injizieren, ohne jemals von der Suchtdroge psychisch abhängig zu werden. Sie sind „kontrollierte“ Konsumenten, die ihre Droge gezielt einsetzen, um erwünschte psychische Wirkungen auszulösen. Der süchtige Konsument hat dagegen seine Kontrolle über den Drogenkonsum verloren. Er ist nicht mehr in der Lage, seine Drogeneinnahme gegenüber anderen Verhaltensoptionen abzuwägen und nimmt auch unangenehme Begleitumstände und Konsequenzen in Kauf. Das zwanghafte Bedürfnis nach dem Suchtstoff endet auch nach Abschluss eines Entzugs nicht. Selbst nach langer Abstinenz bleibt ein „cleaner“ Süchtiger immer noch ein Süchtiger. Sucht ist eine Krankheit, die bis heute nur therapierbar, aber nicht wirklich heilbar ist.

Die Forschungen unserer Arbeitsgruppe konzentrieren sich auf zwei wichtige Fragenkomplexe: (1) Wie und wann entsteht Suchtverhalten, welche neuronalen Prozesse sind daran beteiligt? und (2) Kann man die einmal entstandene Sucht heilen, das heißt dem Suchtkranken seine verloren gegangene Kontrolle wieder zurückgeben? Dazu bedienen wir uns verschiedener Tiermodelle zur Entwicklung von Alkohol-, Opiat-, Amphetamin- und seit kurzem auch Nikotinsucht. Wir konnten zeigen, dass manche Ratten oder Mäuse ebenso wie Menschen nach längerer Substanzerfahrung einen Kontrollverlust entwickeln, der spontan nicht mehr verschwindet. Daran sind stammesgeschichtlich uralte „subcorticale“, also unterhalb der Großhirnrinde gelegene, Gehirnareale beteiligt.

Die Frage, auf welche Weise Sucht entsteht, ist bis heute nicht restlos geklärt. Es stehen sich zwei Auffassungen gegenüber: Viele neurochemisch ausgerichtete Forscher favorisieren das Konzept einer *neuroadaptiven Regulation*. Demnach passen sich die Nervenzellen des Gehirns an die Gegenwart der Droge durch regulative Veränderungen der Genexpression an. Solche Vorgänge sind mehrfach beschrieben worden, sie können den Drogenentzug langfristig überdauern und kommen damit als Verursacher einer Sucht in Frage. Demgegenüber gehen die Verfechter eines *Suchtgedächtnisses* davon aus, dass das Gehirn den Umgang mit der jeweiligen Droge erlernt. Dazu gehören nicht allein die pharmakologischen Effekte der Substanz, sondern drogenspezifische Reize, Drogensuchverhalten, Wirkerwartungen etc. Alle diese Faktoren sind im Suchtgedächtnis miteinander verknüpft.

Mit Hilfe der Tiermodelle zur Suchtentstehung kann man beide Hypothesen überprüfen. Eine erste Versuchsgruppe erhält den Wirkstoff (Alkohol, Opiat, Amphetamin, Nikotin) zur freien Wahl. Diese Tiere können zwischen vier Trinkflüssigkeiten auswählen. Eine davon besteht aus Wasser, die restlichen drei aus unterschiedlich konzentrierten Substanzlösungen (im Falle des

Alkohols je eine 5-prozentige, 10-prozentige und 20-prozentige Lösung). Eine zweite Versuchsgruppe erhält als einzige Trinkflüssigkeit eine niedrig konzentrierte Substanzlösung (z. B. eine 5-prozentige Alkohollösung). Diese Tiere nehmen den Wirkstoff „forciert“ zu sich, sie können ihm nicht ausweichen. Eine dritte Gruppe dient als Kontrolle, diese Tiere haben nur Zugriff auf Wasser. Diese Angebotssituation wird über einen langen Zeitraum aufrecht erhalten (je nach Substanz zwischen sieben und 13 Monaten, die mittlere Lebenserwartung einer Ratte liegt bei etwa 30 Monaten). Danach wird den Tieren die Substanz für mehrere Monate entzogen. Nach der Abstinenz erfolgt ein „Retest“, bei dem alle Gruppen, also auch „forciert“ behandelte Tiere und Kontrollgruppen, Wasser und Wirkstofflösungen zur freien Wahl erhalten. Im Anschluss daran wird geprüft, ob die Tiere einen Kontrollverlust erlitten haben. Hierzu werden alle Substanzlösungen, nicht aber das Wasser, mit einem Bitterstoff geschmacklich vergällt. Unter diesen Bedingungen brechen alle kontrollierten Konsumenten ihre Substanzeinnahme ab, nur die süchtigen Tiere setzen sie fort.

Vergleicht man die drei Versuchsgruppen, so stellt man zunächst fest, dass sowohl bei freier Wahl als auch bei „forcierter“ Einnahme eine körperliche Abhängigkeit entsteht, die man an der Entzugssymptomatik erkennt. Im Gehirn sind sowohl vorübergehende als auch entzugsübergreifende Anpassungsreaktionen nachweisbar. Testet man dagegen die Tiere nach langer Abstinenz im Retest, so stellt man überraschenderweise fest, dass sich Tiere der „forcierten“ Versuchsgruppe kaum von den Kontrollen unterscheiden. Im Retest stellt sich schnell ein moderates Konsummuster ein, unter Vergällungsbedingungen gehen die Verbrauchswerte dann fast auf Null zurück. Keines der betreffenden Tiere ist süchtig geworden. Dagegen entwickelt ein Teil der Tiere aus der Wahlgruppe eine Sucht. Diese Tiere zeigen einen exzessiven Konsum, der auch bei Zugabe des Bitterstoffes unverändert hoch bleibt. Tiere, die einmal süchtig geworden sind, bleiben es ihr Leben lang - selbst nach monatelangen Abstinenzzeiten.

Die Resultate dieser Versuche sind immer gleichartig, unabhängig davon, ob der Wirkstoff Alkohol, Opiat, Amphetamin oder Nikotin ist. Auch beim Menschen mehren sich die Indizien dafür, dass ein „forciertes“ Muster der Substanzzufuhr nicht zur Sucht führt, sondern dass ein aktiver, selbstbestimmter Zugriff mit freier Wahl die unabdingbare Voraussetzung einer Suchtentstehung ist. Dies spricht eindeutig für die Hypothese einer Suchtgedächtnisbildung. Neuroadaptive Vorgänge auf der Ebene einzelner Nervenzellen sind für sich allein nicht zur Erklärung der Suchtentstehung geeignet.

### **Wann entsteht das Suchtgedächtnis?**

Die heute meistdiskutierte Hypothese nimmt so genannte „Sensitierungs“-Vorgänge im Gehirn als mitentscheidend an. Unter Sensitierung versteht man eine schrittweise Steigerung der Antwort des Gehirns und nachfolgend des Verhaltens bei wiederholter Verabreichung. Sensitierung erfolgt rasch. Bereits nach wenigen Verabreichungen (die nicht unbedingt Selbstverabreichungen sein müssen) stellt sich eine Empfindlichkeitssteigerung ein, welche über lange Zeiträume anhält.

Wir haben mit unseren Tiermodellen der Opiat- und Amphetaminsucht überprüft, ob späteres Suchtverhalten tatsächlich schon zu einem derart frühen Zeitpunkt determiniert wird. Dazu haben wir rückblickend das Einnahmeverhalten derjenigen Tiere, die später süchtig geworden

waren, mit dem ihrer dauerhaft nichtsüchtigen Artgenossen verglichen. Beide zeigten in den ersten Wochen Anzeichen von Sensitisierung. Unterschiede ergaben sich nicht. Das Einnahmeverhalten der später süchtigen und nichtsüchtigen Tiere zeigte auch in den Monaten danach keinerlei erkennbare Unterschiede. Dann, von einer Woche auf die andere, ging bei den später süchtigen Tieren der kontrollierte Substanzkonsum in eine „kritische“ Übergangsphase über. Diese Tiere konsumierten ein Mehrfaches der früheren Verbrauchswerte. Ihr Einnahmeverhalten war zwar hochgradig labil, aber noch nicht süchtig. Erhielten sie weiterhin Zugriff auf den Wirkstoff, so kehrten sie nach einigen Wochen zum kontrollierten Konsummuster zurück. Entzog man ihnen dagegen während der kritischen Phase die Substanz, so wurden die Tiere süchtig.

Der beschriebene Vorgang ähnelt in verschiedenen Aspekten dem seit langem bekannten Phänomen einer „Prägung“ (z. B. Sexualprägung). Innerhalb einer „sensiblen“ Phase begrenzter Dauer wird durch eine bestimmte Reizsituation eine Gedächtnisbildung ausgelöst. Der geprägte Gedächtnisinhalt ist hochgradig löschungsresistent. Ein Opiat- oder Amphetamin-Suchtgedächtnis scheint somit durch einen prägungsartigen Lernvorgang gebildet zu werden. Im Falle der Alkoholsucht gibt es gewisse Unterschiede. Im Tiermodell ist keine zeitlich scharf umrissene sensible Phase mit abrupt gesteigertem Alkoholverbrauch zu erkennen. Mit indirekter Vorgehensweise lässt sich aber auch hier eine zeitlich abgegrenzte Phase der Suchtgedächtnisentstehung nachweisen. Diese Ergebnisse könnten aus therapeutischer Sicht bedeutsam sein. Die bisherigen Behandlungsansätze, die das Suchtgedächtnis nicht verändern, sind als symptomatisch anzusehen. Der Suchtpatient wird in seinem Bemühen unterstützt, mit seiner latenten Sucht umzugehen, geheilt wird er nicht. Dies würde eine Löschung oder Überschreibung des Suchtgedächtnisses erfordern. Durch Erzeugung einer neuen sensiblen Phase mittels eines therapeutischen Eingriffs ist uns inzwischen eine solche Löschung bei opiatsüchtigen Ratten gelungen.

(aus: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen, Suchtforschung heute: Gemeinsam gegen Missbrauch und Abhängigkeit, Kapitel 2, Materialien des Presseworkshops im November 2002, pdf-Datei im Internet.)

Der Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors.

**Autor:**

Prof. Dr. rer. Nat. Jochen Wolffgramm  
 Universitätsklinikum Tübingen  
 Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Sektion Suchtforschung  
 Osianderstraße 24  
 72076 Tübingen  
 E-Mail: [jochen.wolffgramm@med.uni-tuebingen.de](mailto:jochen.wolffgramm@med.uni-tuebingen.de)

## 4.1

### Nützliche Internetseiten

@ <http://www.checkwerfaehrt.de/>

ist eine Seite des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main. Auf der Startseite heißt es dazu: *„Tanzen, gut drauf sein und mit Freunden feiern, wer möchte das nicht? An einem Wochenende zu verschiedenen Partys fahren, ist ganz normal. Aber irgendwann muss jeder wieder nach Hause. Viele haben Drogen oder Alkohol konsumiert – dann kann es gefährlich werden. Für dich und für andere Verkehrsteilnehmer. Auch Ärger mit der Polizei, strafrechtliche Konsequenzen und der Verlust des Führerscheins können die Folge sein.*

*Damit es nicht soweit kommt, hat ein Team des Drogenreferates Frankfurt, der Fachstelle Prävention und des Drogennotrufes Fakten, Konsequenzen und Alternativen für euch zusammengefasst.“*

„Checkwerfährt“ ist eine interessante Seite zum Thema Alkohol, Drogen und Medikamente im Straßenverkehr.

@ <http://www.dont-drug-and-drive.de/>

„don't drug and drive“ ist eine Kampagne des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), Berlin, und der Securetec Detektions-Systeme AG, Ottobrunn. Die attraktiv gestaltete Internetseite wendet sich an junge Leute, die sich möglicherweise nach dem Disco-, Kneipen oder Volksfestbesuch im Straßenverkehr bewegen. Sie klärt ohne erhobenen Zeigefinger über riskantes Verhalten auf und verdeutlicht die Konsequenzen, wenn sich jemand berauscht an das Steuer eines Fahrzeugs oder auf den Beifahrersitz setzt.

@ <http://www.peer-projekt.de/>

Um rechtzeitig über die Gefahren von Alkohol und Drogen im Straßenverkehr zu informieren und Alternativen für Trunkenheitsfahrten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bekannt zu machen, wurde das PEER-Projekt an Fahrschulen in Sachsen-Anhalt initiiert.

Das Projekt ist ein Kooperationsprogramm im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung (BZgA), an dem sich acht Bundesländer beteiligen.

Das PEER-Projekt setzt in der Fahrschule, der „Schwelle“ zum motorisierten Verkehrsteilnehmer an. Während der Fahrschul Ausbildung wird von Jugendlichen (peer-educators) eine „Unterrichtsstunde“ gestaltet, in der gemeinsam mit den Fahrschüler/innen über das Thema „Alkohol und Drogen im Straßenverkehr“ gesprochen wird.

Die Internetseite informiert über Alkohol, Drogen und die rechtlichen Bestimmungen, die zum Führerscheinrentzug führen.

@ <http://www.onlinesucht.de/>

ist eine Seite von mediatorisk international, einem eingetragenen Verein zur Prävention von Medienabhängigkeit. Neben Informationen zur „Mediensucht“ enthält die Seite Hinweise auf Fachliteratur und wissenschaftliche Studien. Sie bietet auch Kontaktanschriften von Selbsthilfegruppen und Therapeuten an.

4.2

**Materialien zum Thema JUGENDLICHE und ALKOHOL**

Artikel	Titel	Bezugsadresse	Kosten	Bemerkung
Broschüre	Risikofaktor Alkohol	Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- u. Jugendschutz Tel.: 030/400 40 333 <a href="mailto:material@bag-jugendschutz.de">material@bag-jugendschutz.de</a> <a href="http://www.bag-jugendschutz.de">www.bag-jugendschutz.de</a>	3,-€	Weitere Materialien dort erhältlich
Faltblatt A5 – 8 S.	Alkohol.... voll normal	Aktion Jugendschutz BW Tel.: 0711/237 37-0 <a href="mailto:info@ajs-bw.de">info@ajs-bw.de</a> <a href="http://www.ajs.bw.de">www.ajs.bw.de</a>	0,50 € + Porto	Weitere Publikationen, Informationen, Broschüren dort erhältlich
Broschüre A4 – 8 S.	Alkohol – mit Jugendlichen darüber reden	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme – SFA <a href="http://www.sfa-ispa.ch">www.sfa-ispa.ch</a>	Kostenlos zum Herunterladen von der HP	Ebenfalls zu Rauchen und Cannabis erschienen
Arbeitsmappe	Zeitung SUCHT SchülerInnen  Material zur Erstellung einer Schülerzeitung zum Thema „Sucht“	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA FAX: 0221/8992-257 <a href="mailto:order@bzga.de">order@bzga.de</a> <a href="http://www.bzga.de">www.bzga.de</a>	kostenlos	weitere Materialien u. Katalog der Materialien kostenlos dort zu bestellen
Internetseite	Kampagne zu Alkohol; Infos, Selbsttests etc. für die Zielgruppe Jugendliche	<a href="http://www.bist-du-staerker-als-alkohol.de">www.bist-du-staerker-als-alkohol.de</a>		
Internetseite	Infos zu Substanzen, einzelne Themen zu Sucht vertieft, Diskussionsforum, aktuelle Umfrage zu Alkopops etc.	<a href="http://www.pille-palle.net">www.pille-palle.net</a>		
Broschüre	Alkopops – der riskante Kick aus der Flasche	Aktion Jugendschutz Bayern Tel.: 089/1215 73-0 <a href="http://www.bayern.jugendschutz.de">www.bayern.jugendschutz.de</a>	kostenlos	
Zeitschrift	ProJugend ½ Alltagsdroge Alkohol Zu Risiken und Nebenwirkungen	Aktion Jugendschutz Bayern Tel.: 089/1215 73-0 <a href="http://www.bayern.jugendschutz.de">www.bayern.jugendschutz.de</a>	2,50 € + Porto	
Material-Mappe  300 S.		Aktion Jugendschutz Bayern Tel.: 089/1215 73-0 <a href="http://www.bayern-jugendschutz.de">www.bayern-jugendschutz.de</a>	nicht bekannt	Umfangreiches Hintergrundwissen + Material für den praktischen Einsatz



Broschüren	Elternbriefe zu Alkohol	Suchtprävention Bremen Tel.: 0421/361 81 96 <a href="http://www.suchtpraevention-bremen.de">www.suchtpraevention-bremen.de</a>	Kostenlos zum Herunterladen von der HP	nach Altersstufen gestaffelt; zum Einsatz bei der Elternarbeit
Karten	Alkohol – Info-Cards	Büro für Suchtprävention Hamburg Tel.: 040/284 99 18-0 <a href="http://www.suchthh.de">www.suchthh.de</a> Materialien/Suchtvorbeugung		
Video	Alkohol – Fernsehen – Jugendliche	Büro für Suchtprävention Hamburg Tel.: 040/284 99 18-0 <a href="http://www.suchthh.de">www.suchthh.de</a> Materialien/Suchtvorbeugung	8,00 €	Anleitung dazu, 42 Seiten zu 8,00 €
Video	Trinkende Kids	Büro für Suchtprävention Hamburg Tel.: 040/284 99 18-0 <a href="http://www.suchthh.de">www.suchthh.de</a> Materialien/Suchtvorbeugung	20,- € + Porto	Ein Film als Gesprächsanlass für Eltern, Lehrer etc.
Video	Ein Traum	Landesstelle gegen die Suchtgefahren Schleswig-Holstein e.V. Tel.: 0431/564770 <a href="mailto:sucht@lssh.de">sucht@lssh.de</a> <a href="http://www.lssh.de/medien/film/index.php">www.lssh.de/medien/film/index.php</a>	19,90 €	Ein Film über Co-Verhalten und Hilfe bezogen auf Jugendliche; 13 – 16-Jährige
CD-ROM	Modedrinks	Hrsg.: Innenministerium BW Bestellung: <a href="mailto:kev-bw@gib-acht-im-verkehr.de">kev-bw@gib-acht-im-verkehr.de</a>	4,00 € + Porto	Power-Point-Präsentation mit Hintergrundinformation für Fachdienste und Referentinnen und Referenten
Flyer u. CD-ROM	Modedrinks / Jugendschutz	Hrsg. Innenministerium BW Bestellung: <a href="mailto:kev-bw@gib-acht-im-verkehr.de">kev-bw@gib-acht-im-verkehr.de</a>	Kostenlos innerhalb BW	2 seitiger Flyer in Din A 5; Informationen zu alkoholischen Drinks und Jugendschutz;
Flyer	Alcopops	Brandenburgische Landesstelle Tel.: 0331/951 32 84 <a href="mailto:ZSB-WEBER@t-online.de">ZSB-WEBER@t-online.de</a> <a href="http://www.blsev.de">www.blsev.de</a> in Koop mit der AOK		

Zusammengestellt von:  
Christa Niemeier  
Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg  
e-Mail: [niemeier@suchtfragen.de](mailto:niemeier@suchtfragen.de)  
Internet: <http://www.suchtfragen.de>

## 5.1

*Landesstelle für Suchtfragen  
in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtsflege e. V.*  
**Positionspapier Suchtprävention**

**Mit diesem Positionspapier will die Landesstelle für Suchtfragen und der blv. die politisch Verantwortlichen auffordern, sich entschieden für eine INTEGRIERTE SUCHTPRÄVENTION einzusetzen.**

**Vorwort**

Prävention ist fester Bestandteil des Auftrags der ambulanten Suchthilfe. Umfang und Ausmaß richten sich nach den Ressourcen der Beratungs-, Behandlungs- und Fachstellen. Die aktuellen Veränderungen in der Sozialgesetzgebung erfordern nun eine Neuorientierung aller Partner, die in einer Region an der Suchthilfe beteiligt sind. Daher wollen die in der Landesstelle zusammengeschlossenen Verbände und der blv. den Stellenwert der Prävention in der Suchthilfe markieren und in ihrer Bedeutung hervorheben.

Prävention ist nur dann ein effektiver Beitrag zur Vermeidung von Suchtentwicklung, wenn sie den Prinzipien der Kontinuität, Langfristigkeit und Zielgruppenorientierung folgt und in ein regionales Konzept von Gesundheitsförderung eingebunden ist. Sie sollte sich auf alle Lebensphasen und Lebensbereiche beziehen und dort unmittelbar präsent sein, um Risikofaktoren für die Entwicklung substanzbezogener Störungen zu reduzieren und aktuellen Gefährdungen frühzeitig und qualifiziert entgegenzutreten.

Die Konzepte der Prävention in der Suchthilfe sind breit gefächert und haben einen hohen fachlichen Standard. Eine Verbesserung ist zukünftig vor allem durch die Vernetzung und Abstimmung von Prävention innerhalb und außerhalb der Suchthilfe zu erwirken. Auf der operativen Ebene ist besonders im Gemeinwesen ein Zusammenwirken von öffentlichen Maßnahmen und lebensweltorientierten Maßnahmen anzustreben. Standort und Auftrag der Suchthilfe in einem solchen Gesamtkonzept ist in diesem Positionspapier dargestellt.

Prävention soll nach aktuellen politischen Vorstellungen zur vierten Säule im Gesundheitswesen werden. Die Bereitschaft für suchtpreventive Maßnahmen soll verstärkt und die notwendigen Mittel dafür bereitgestellt werden. Der Fokus der politischen Steuerung zielt verstärkt auf die Bewahrung von Gesundheit und nicht nur auf die Verbesserung der Behandlung von Krankheit. Um diese vierte Säule zu etablieren, wird in Kürze ein Präventionsgesetz verabschiedet werden, das die Prävention zum Pflichtbestandteil der gesundheitlichen Versorgungssysteme macht und dafür eigene Finanzierungswege aufbaut.

Prävention rechnet sich als Einflussnahme auf Haltungen und Verhaltensweisen in unserer Gesellschaft – auch wenn dies nicht in jedem Einzelfall nachzuweisen ist. Aktuell ist ein Trend zu-

nehmenden Suchtmittelkonsums (Alkohol, Nikotin, Cannabis) bei z.T. sehr jungen Menschen zu beobachten. Gleichzeitig zeigen uns Daten der Krankenversicherung, dass in den letzten 10 Jahren die alkoholassoziierten Behandlungsfälle in Kliniken sich verdoppelt haben und zur Zeit den zweithäufigsten Behandlungsanlass darstellen. Suchtprävention kann nicht generell die individuellen Motive und sozialen Rahmenbedingungen auflösen, die zu destruktivem Suchtmittelkonsum beitragen. Aber auf dem Hintergrund der erheblichen menschlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Belastungen durch Suchtmittelmissbrauch müssen die Bemühungen um eine wirkungsvolle und effiziente Suchtprävention trotz und gerade wegen knapper Kassen noch verstärkt werden.

Suchtprävention ist bisher Leistungsbestandteil der überwiegend durch öffentliche Zuwendungen finanzierten ambulanten Suchthilfe. Bei Neuordnungen dieses Hilfesystems muss gewährleistet werden, dass Suchtprävention als Bestandteil der ambulanten Suchthilfe weitergeführt wird, verbunden mit dem Auftrag sich mit unterschiedlichen präventiven Strukturen auf regionaler Ebene zu vernetzen und somit einen ganzheitlichen Arbeitsansatz der Suchtprävention im Sinne einer Gesundheits- und Sozialförderung zu realisieren. Dabei brauchen Suchthilfeträger und Landkreise eine politische Unterstützung, damit eine regional vernetzte Prävention tragfähig finanziert wird.

*August 2004*

*Henry von Bose*

*Vorsitzender der Landesstelle für Suchtfragen*

## Präambel

Die Suchtprävention hat in den letzten Jahrzehnten in ihren Grundannahmen und Konzepten einen intensiven Wandel erfahren. Die Entwicklung von Abschreckung und repressiven Strategien hin zu partizipatorischen Ansätzen, getragen von einer demokratisch-emanzipatorischen Grundhaltung, führte zu einer Vielzahl von parallel angewendeten Handlungsstrategien. Die zunehmende gesamtgesellschaftliche Beachtung der Bedeutung von Gesundheitsförderung im Allgemeinen und Prävention im Besonderen bewirkt, dass immer mehr Akteure in immer zahlreicheren Handlungsfeldern präventiv tätig sind. Dies und die weitgehende Einigkeit darüber, dass der Förderung von Lebenskompetenzen eine zentrale Bedeutung in der Suchtprävention zukommt, hat eine Vielzahl unterschiedlicher Handlungskonzepte zur Folge. Um einer damit einhergehenden drohenden Ausfransung und Entgrenzung von Suchtprävention vorzubeugen, soll mit diesem Papier eine Standortbestimmung im Sinne einer Konturierung der Suchtprävention innerhalb der Suchthilfe, vorgenommen werden. Die Suchthilfe sieht sich durch ihre Fachlichkeit in der besonderen Verantwortung, Erkenntnisse und Entwicklungen aus Behandlung und Forschung in die fortwährende Weiterentwicklung der Suchtprävention einzubinden. Die Verbände haben eine Gestaltungs- und Mitwirkungsaufgabe in Staat und Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund sehen sie es als ihre Aufgabe, aktiv Einfluss zu nehmen auf Entscheidungen in der Suchtpräventionspolitik. Dazu wird angestrebt, dass die politischen Strategien der Entscheidungsträger und die Präventionskonzepte auf der Handlungsebene miteinander korrespondieren und ihre Zielrichtungen aufeinander abgestimmt werden.

## Präventionsverständnis

Suchtprävention im Kontext von Suchthilfe sieht sich als komplementäre, fachlich qualifizierte Dienstleistung innerhalb eines Systems ganzheitlicher Gesundheitsförderung. Suchtprävention ist aktiv, setzt eigene Impulse und reagiert frühzeitig auf aktuelle Erfordernisse.

Prävention wird grundsätzlich als positiver Entwicklungsbeitrag verstanden und nicht nur als Verhinderung von Fehlentwicklungen. In diesem Sinne liegt den Handlungskonzepten eine salutogenetische Betrachtungsweise zugrunde. Die handlungsorientierte Präventionsarbeit ruht auf drei Säulen:

- a) Sie bezieht sich in den Maßnahmen und Projekten immer auf konkrete Personen und/oder Personengruppen (Lebenskompetenz fördernde Maßnahmen)
- b) Sie bezieht die konkreten Gefährdungsbedingungen der angesprochenen Personengruppen ein (lebensweltorientierte Maßnahmen).
- c) Sie verbindet Präventionsmaßnahmen mit den regionalen Gegebenheiten und der Infrastruktur (auf Präventionsstruktur abzielende Maßnahmen).

Ein Präventionsverständnis steht immer auch im Verhältnis zum Suchtverständnis und wird insofern von Erkenntnissen im Bereich der Suchtforschung tangiert. Dieses binäre Verhältnis ist bei allen Weiterentwicklungen zu berücksichtigen. Das multifaktorielle Bedingungsgefüge von

Suchtentstehung und -entwicklung erfordert daher von der Suchtprävention die Kooperation mit den Säulen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge einerseits und der Behandlung und Rehabilitation auf der anderen Seite.

### **Präventionsauftrag**

Prävention muss langfristig und dauerhaft angelegt sein und richtet sich in erster Linie an Kinder, Jugendliche und Eltern und ist somit in allen Einrichtungen von Bildung und Erziehung präsent bzw. wünschenswert. Es ist vorrangiges Ziel, Grundsätze von Suchtprävention in anderen Einrichtungen zu verankern. Dabei wird besonders berücksichtigt, dass das Gefährdungspotential für eine Suchtentwicklung nicht nur der Perspektive der Erwachsenen unterliegt, sondern die Entwicklungsphasen und –aufgaben von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt.

Sekundärprävention richtet sich an konsumerfahrene Menschen aller Altersstufen und ist eng gekoppelt mit Früherkennung bzw. synonym mit Frühintervention. Zu erreichen ist diese Zielgruppe am ehesten über den Arbeitsplatz und das Gesundheitswesen, insbesondere die Hausärzte/innen.

Präventionsmaßnahmen berücksichtigen sowohl legale wie illegale Substanzen. Stoffungebundene Suchtformen wie Glücksspiel, Onlinesucht, Arbeitssucht oder Essstörungen werden gemäß ihres Ausmaßes berücksichtigt.

Primär- und Sekundärprävention sind nicht als getrennte Handlungsfelder zu sehen. Durch eine gebotene Zielgruppenorientierung entsteht ein fließender Übergang. Der Fokus auf Früherkennung und die Aufmerksamkeit bezüglich besonderer Risikogruppen gebietet die Verzahnung von primär- und sekundärpräventiven Konzepten.

Die sich ständig verändernden Risikofaktoren sind rechtzeitig wahrzunehmen und in die fortlaufende Weiterentwicklung von der Prävention zu integrieren.

### **Präventionsziele**

Die Oberziele der Suchtprävention lassen sich in Anlehnung an den Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung (2003) wie folgt formulieren:

- Der Beginn des Konsums soll verhindert oder so weit wie möglich hinausgezögert werden.
- Riskante Konsummuster bei legalen wie illegalen Suchtmitteln sollen frühzeitig erkannt und beeinflusst bzw. behoben werden.

Für eine Umsetzung sind in erster Linie folgende Ziele zu konkretisieren:

In der Verhaltensprävention:

- Stärkung von Schutzfaktoren
- Verhinderung und Reduzierung von Risikofaktoren
- Förderung der allgemeinen Lebenskompetenzen
- Zielgruppengerechte Information und Aufklärung zu Substanzen

In der Verhältnisprävention:

- Hinwirken auf eine gesundheitsförderliche Lebensumwelt von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen;
- Einflussnahme auf Politik und Gesetzgebung mit der Zielrichtung, Verringerung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln,
- Transparent machen von suchtfördernden und suchtverhindernden Lebens- und Arbeitsbedingungen;

Mit den zielgruppenspezifischen Maßnahmen werden explizit folgende Ziele angestrebt:

- Vermittlung von Risikokompetenz
- Entwicklung von individuellen Bewältigungsstrategien
- Hinwirken auf eine Stabilisierung des sozialen Umfeldes und der allgemeinen Lebensbedingungen;

## **Zielgruppen**

Gemäß des Schwerpunkts der Suchthilfe - die Sekundärprävention, werden in erster Linie solche Personengruppen als Zielgruppen angesehen, bei denen bekanntermaßen ein erhöhtes Risikopotential zur Suchtentwicklung vorhanden ist. Die Kinder- und Jugendphase ist geprägt durch lebensalterspezifische Risiken und Gefährdungsmomente und macht dadurch suchtpreventive Angebote und Maßnahmen in besonderem Maße erforderlich. Zu den besonders gefährdeten Ziel- Risikogruppen zählen:

- Kinder aus suchbelasteten Familien
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund
- riskant konsumierende Jugendliche mit zusätzlichen psychosozialen Belastungen oder Problemen der sozialen Integration
- durch Suchtmittelkonsum straffällig gewordene Jugendliche und junge Erwachsene
- gewohnheitsmäßige Dauerkonsumenten/innen

Auch im Erwachsenenkreis sind Risikogruppen zu konkretisieren.

- riskant Konsumierende mit bereits vorhandenen körperlichen Folgeschäden
- riskant Konsumierende mit biografischen Entwicklungsbelastungen
- alte Menschen aufgrund gewohnheitsmäßigem Dauerkonsum
- Straffällige, deren Straftat in Zusammenhang mit Suchtmitteln (legal und illegal) stand

Unterschiedliche Multiplikatorengruppen sind ebenfalls eine Zielgruppe der Suchtprävention.

- Fachkräfte aus Erziehungs- und Betreuungseinrichtungen
- Lehrer/innen
- Ärzte/innen

- Sozialpädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen u.ä. Berufsgruppen aus Beratungs- und Betreuungskontexten mit besonders beeinträchtigten Personengruppen
- Führungskräfte mit Personalverantwortung, Betriebs- und Personalräte und betriebliche Suchthelfer und/oder andere Vertrauenspersonen aus Betrieben.

Die Schwerpunktsetzung auf bestimmte Personengruppen richtet sich nach den strukturellen Gegebenheiten und den regionalen Erfordernissen.

## Konzepte

Die Stärkung persönlicher Ressourcen und Fähigkeiten bei angesprochenen Personen und Personengruppen ist eine Basisverpflichtung jeder Suchtprävention. Daneben sind Kontextressourcen im Gemeinwesen eine weitere Quelle zur Förderung von Gesundheitsverhalten. Präventionskonzepte berücksichtigen immer:

- Personenbezogene Ebenen und Gefahren
- die Ebene der allgemeinen Bildung und Information sowie Aufklärung über Substanzen auf die Zielgruppe abgestimmt
- die strukturelle und öffentliche Ebene
- lebensweltbezogene Maßnahmen
- geschlechtsspezifische Bedingungen und Hintergründe
- kulturelle Hintergründe bzw. Kontexte
- soziale Ungleichheiten und besondere Belastungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten mit Suchtmitteln

Die große Zielgruppe der Jugendlichen erfordert von der Suchthilfe neben beraterischen und therapeutischen Angeboten auch pädagogische Konzepte. Dabei ist insbesondere die soziobiologische „Vorverlagerung“ der Jugendphase zu berücksichtigen. Konzepte der „Drogenmündigkeit“ müssen besonders kritisch geprüft werden auf eine mögliche contraproductive Wirkung. Substanzwissen muss so vermittelt werden, dass es Eingang finden kann in das jeweils spezifische Alltagshandeln. Eltern und sonstige Bezugspersonen werden als Mitbetroffene und als Multiplikatoren in die Präventionsmaßnahmen integriert.

Die Präventionskonzepte werden in partizipatorischer Weise mit den jeweiligen Personen und Personengruppen und Verantwortlichen der unterschiedlichen Lebenswelten kommuniziert. So wird eine möglichst hohe Akzeptanz erreicht und eine kontinuierliche Weiterentwicklung gewährleistet. Suchtpräventionskonzepte orientieren sich damit an dem Prinzip des ‚Lernenden Systems‘. Einzelne Leistungsbeschreibungen richten sich nach den Vorschlägen der DHS<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> DHS-Information 1/99

## Kooperation

Kooperationsstrukturen orientieren sich an den regionalen Gegebenheiten und Ressourcen. Ziele von Kooperation sind:

- bessere Erreichbarkeit von Zielgruppen
- Aufbau von verbindlichen und dauerhaften Präventionsstrukturen
- Entwicklung eines gemeinsamen Präventionsverständnis zwischen verschiedenen Institutionen
- Transparenz von Standards, Konzepten, Angeboten und Arbeitsweisen der verschiedenen Einrichtungen

Wichtige Partner für Suchtprävention auf der operativen Ebene sind:

- Schulen und deren angehörige Gremien und Gruppen (z.B. Elternbeiräte)
- Einrichtungen der Jugendhilfe
- Einrichtungen der Erwachsenenbildung
- Arztpraxen und Krankenhäuser
- Selbsthilfeverbände
- Ordnungsbehörden (z.B. Polizei, Gesundheitsämter)
- Betriebe und deren Sozialdienste, Suchthelfer und Führungskräfte; besonders regional bedeutsame oder strukturgebende Unternehmen
- Vereine und Verbände im Freizeitbereich
- Sozialleistungsträger wie Krankenkassen und Rentenversicherung
- Funktionsträger aus Politik und Gesellschaft

## Qualitätsentwicklung

Die Suchtprävention wendet analog zur Suchthilfe die jeweils eingeführten anerkannten QM-Systeme an. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definieren sich in der Suchtprävention wie folgt:

Die Strukturqualität wird durch die personellen und materiellen Ressourcen gebildet. Die explizite Ausschreibung der Personalkapazität für Suchtprävention fördert das Profil und die Bedeutung der Prävention innerhalb der Suchthilfe.

Die Prozessqualität wird im wesentlichen durch ein einheitliches Dokumentationssystem beschrieben. Hierzu bedarf es abgestimmter Leistungsbeschreibungen. Die Verbände orientieren sich hierzu an den Vorschlägen der DHS (siehe Konzepte).

Projekte und Maßnahmen werden durch Evaluation auf ihre Zielerreichung überprüft. Selbst- und Fremdevaluation müssen den Maßnahmen angemessen eingesetzt werden. Evaluationsergebnisse werden allen beteiligten und interessierten Kooperationspartner zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse werden kritisch gewürdigt und in eine Weiterentwicklung von Konzepten und Strukturen einbezogen.



Kriterien für eine Ergebnisqualität bedürfen besonders in der Prävention einer näheren Definition. Es sind auf die Maßnahmen bezogene messbare Auswirkungen jeweils zu definieren und zu evaluieren. Eine prozesshafte Weiterentwicklung von Präventionsstrukturen wird in die Ergebnisqualität insofern einbezogen, als Zielbeschreibungen und deren Überprüfung von den jeweiligen Trägern vorgenommen werden.

---

*AG Suchtprävention der  
Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg*  
Augustenstr. 63  
70178 Stuttgart  
Telefon: 0711-6196731  
Telefax: 0711-6196768  
Internet: [www.suchtfragen.de](http://www.suchtfragen.de)  
E-Mail: [info@suchtfragen.de](mailto:info@suchtfragen.de)

Frau Thrän	DW-B
Frau Bock	CV-RS
Frau Portscht	AGJ – Freiburg
Frau Böhme	blv.
Herr Butsch	DPWV
Frau Niemeier	LSS

5.2

## **Wer trinkt, ist selber schuld** *Alkohol und die Schuldfrage*

**Jahrelang hat der Bundesgerichtshof darauf gedrungen, alkoholisierten Straftätern verminderte Schuld zuzugestehen und somit weniger harte Strafen. Das soll nun nicht mehr gelten. Für die tägliche Praxis vor Gericht ist dieser Meinungsumschwung überaus bedeutsam.**

**(Von Christian Gottschalk)**

Wenn der Rechtsstaat mit Alkohol in Berührung kommt, gerät er ziemlich oft ins Schlingern. Zumindest ist er nicht geradlinig, wenn es darum geht, promillehaltige Taten zu sanktionieren. Da kann es auf der einen Seite ausreichen, im trunkenen Zustand hinter dem Lenkrad Platz zu nehmen, um seine Fahrerlaubnis zu verlieren - selbst wenn der Wagen noch keinen Zentimeter bewegt worden ist. Auf der anderen Seite gibt es für die gewaltigsten Gewaltdelikte einen Straferlass, wenn die Tat im allzu benebelten Zustand begangen wurde. Letzteres scheint sich allmählich zu ändern. Der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofes (BGH) hat nun die Anforderungen einer Strafmilderung wegen Trunkenheit deutlich erhöht. Die Richter befinden sich damit auf Kurs: Ähnlich hatten im vergangenen Jahr bereits ihre Kollegen aus dem Dritten und Zweiten Senat entschieden.

Nach bundesdeutschem Recht bekommt nur ein nüchterner Täter das volle Strafmaß zu spüren. In der ehemaligen DDR war das anders, und auch in zahlreichen anderen Ländern ist Trunkenheit kein Grund für eine mildere Strafe. In Deutschland blicken die Strafrichter von einem Promillewert im Bereich von 1,5 an jedoch auf den Paragraphen 21 des Strafgesetzbuches. Alkoholisierung wird dann als krankhafte seelische Störung subsumiert und meist fällt die Sanktion danach milder aus. Bei einem Vollrausch, der in der Regel bei einem Promillewert von drei oder mehr angenommen wird, gelten Täter gar als schuldunfähig. Grund für die Strafmilderung ist das Schuldverständnis in der deutschen Rechtsphilosophie. Demnach kann ein Mensch nur dann voll bestraft werden, wenn er zum Zeitpunkt der Tat auch volle Einsichtsfähigkeit hatte. Die hat er bei allzu heftigem Alkoholgenuss nicht.

Ein gesetzlicher Zwang, stark alkoholisierten Tätern eine verminderte Schuldfähigkeit zu bescheinigen, bestand nie. Über die Jahre hinweg hat sich dies in der Rechtsprechung entwickelt- und an dieser Entwicklung ist der BGH nicht ganz schuldlos. In zahlreichen Fällen hat das oberste deutsche Strafgericht Urteile der Untergerichte aufgehoben und eine Strafmilderung

angemahnt- so lange, bis die Amts-, Land- und Oberlandesgerichte diese Strafmilderung von selbst berücksichtigt haben. Nun heißt es umdenken. Der 5. Strafsenat des BGH hat im August entschieden, dass insbesondere bei Gewalt- und Sexualdelikten eine Strafmilderung ausscheidet, wenn der Täter schon zuvor unter Alkohol auffällig gewesen ist. Gleiches gilt, wenn in Situationen getrunken wird, in denen eine erhöhte Gefahr gewalttätiger Entgleisungen besteht - und auch wer im nüchternen Zustand beschließt, anderen Gewalt anzutun, kann bei späterer Trunkenheit nicht mit Strafmilderung rechnen (Az: 5 StR 92/04). Im verhandelten Fall hatten zwei Täter ihr Opfer über mehrere Stunden misshandelt, und sich dabei erheblich betrunken.

Der Fünfte Senat schwenkt mit dieser Kehrtwende auf die Linie des Dritten Senats ein. Der hatte im vergangenen Jahr erstmals festgestellt, an der bisherigen Praxis nicht länger festhalten zu wollen. Im Verfahren gegen einen Vergewaltiger, der angegeben hatte, vor der Tat zwei Flaschen Weißwein getrunken zu haben, hat der dritte Senat damals eine Strafmilderung verneint. Die enthemmende Wirkung des Alkohols und die Gefahr einer deutlich herabgesetzten Hemmschwelle bei erheblichem Konsum sei heute allgemein bekannt, schrieben die Richter in ihre Entscheidung. Daher bestehe regelmäßig kein Anlass, die Straftat eines sich selbst berausachenden Täters in einem milderen Licht zu sehen (Az: 3 StR 435/02). Der zweite Strafsenat schloss sich vier Monate später in einem Fall, in dem es um den mehrfachen sexuellen Missbrauch eines Kindes ging, dieser Ansicht an (Az: 2 StR:106/ 03).

In Anbetracht der Tatsache, dass rund ein Viertel aller in der polizeilichen Kriminalstatistik als Mord bezeichneten Taten unter Alkoholeinfluss begangen werden, hat diese Änderung eine erhebliche kriminalpolitische Bedeutung. In anderen Gewaltbereichen ist der Einfluss des Alkohols sogar noch größer. Rund ein Drittel der als Vergewaltigung und sexueller Nötigung registrierten Taten finden im alkoholisierten Zustand statt, beim Totschlag sind es mehr als 40 Prozent.

Praktiker haben eine Änderung des Rechts in diesem Bereich schon lange gefordert. Versuche, die Rechtslage durch ein neues Gesetz zu ändern, sind in der Vergangenheit jedoch stets fehlgeschlagen. Eine in der Endphase der CDU-FDP-Bundesregierung eingesetzte Expertenkommission hatte der späteren Bundesjustizministerin Herta Däubler-Gmelin die Empfehlung

gegeben, Paragraph 21 des Strafgesetzbuches so zu ändern, dass eine Strafmilderung bei selbstverschuldeter Trunkenheit ausgeschlossen wird. Einen großen Trieb der Bundesregierung, dieser Empfehlung auch nachzukommen, habe er nie gesehen, sagt einer der Kommissionsmitglieder, der Vorsitzende Richter des Naumburger Oberlandesgerichts Albrecht Hennig. Nach den Entscheidungen der BGH-Senate sei dies nun auch nicht mehr nötig.

In weiten Teilen des Auslandes ist die bisherige deutsche Rechtsprechung kaum auf Verständnis gestoßen. In England haben die Kollegen bei diesem Problem nur mit großen Augen geschaut", sagt Hennig. Dort wie auch im übrigen angelsächsischen Rechtsraum wie den USA oder Kanada gelte der Grundsatz „Wer trinkt ist selber Schuld". In England liegt das Strafmaß für im Rausch begangene Taten sogar höher, als wenn diese im nüchternen Zustand begangen wurden. Auch in Schweden, Norwegen oder den osteuropäischen Gebieten wie Polen oder Russland ist der Rausch kein Grund für eine milde Strafe, sagt Hennig. Anders in Spanien: auch dort gab es jüngst eine Änderung - der strafmildemde Umstand des Rausches ist dort neu ins Rechtssystem aufgenommen worden.

Darin, dass in Deutschland alkoholbedingte Strafmilderungen künftig seltener vorkommen, der Tatbestand des Vollrausches allerdings nach wie vor eine relativ geringe Höchststrafe auch für schwer wiegende Delikte festlegt, sieht Hennig kein gravierendes Problem: Straftaten mit mehr als drei Promille Alkoholgehalt im Blut sind die große Ausnahme, ein normaler Mensch kann da ja nicht mal mehr stehen", sagt der Richter. Nachdem drei der insgesamt fünf Strafsenate des höchsten deutschen Strafgerichts ihre Meinung in dieser Frage geändert haben, kann die Rechtsprechung als geändert angesehen werden. Eine Entscheidung des gemeinsamen Großen Strafsenats, die notwendig wäre, wenn einer der beiden verbliebenen Spruchkörper von dem Ergebnis abrücken wollte, ist nach Angaben des Bundesgerichtshofs derzeit jedenfalls nicht vorgesehen.

So steht's im Gesetz:

§ 20 Strafgesetzbuch lautet: Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinnens oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Umecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 Strafgesetzbuch lautet: Ist die Fähigkeit des Täters, das Umecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe (. . .) gemildert werden.

§ 323a Strafgesetzbuch lautet: Wer sich vorsätzlich oder fahrlässig durch alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel in einen Rausch versetzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit

Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine rechtswidrige Tat begeht und ihretwegen nicht bestraft werden kann, weil er infolge des Rausches schuldunfähig war oder weil dies nicht auszuschließen ist. Die Strafe darf nicht schwerer sein, als die Strafe, die für die im Rausch begangene Tat angedroht ist.

*(Artikel aus der Stuttgarter Zeitung vom 6. September 2004. S.8, zit. nach: LSS-INFO, Informationsschrift der Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg Der Infodienst kann unter <http://www.suchtfragen.de> bestellt werden)*