



Landeshauptstadt
Potsdam



**Rahmenkonzept zur Suchtprävention
und -behandlung in der
Landeshauptstadt Potsdam**
Handlungsansätze und Perspektiven

Impressum

Herausgeber:

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister

Geschäftsbereich Soziales, Jugend, Gesundheit und Ordnung
Fachbereich Soziales und Gesundheit
Arbeitsgruppe Planung und Steuerung

Friedrich-Ebert-Straße 79/81
14469 Potsdam

www.potsdam.de

Text und Bearbeitung:

Autor: Herr Prof. Dr. H. Stöver
Fachhochschule Frankfurt am Main

Ansprechpartnerin: Koordinatorin für Suchtprävention, K. Hayn
Telefon: 0331/289 2355
Katrין.Hayn@Rathaus.Potsdam.de

Fotos:

Eingang Rathaus, Landeshauptstadt Potsdam / Hermann & Schlicht (Titelseite)
Rathaus Detailansichten, Landeshauptstadt Potsdam / F. Daenzer (Titel- und Rückseite)

Stand: April 2013

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhalt

Vorwort	1
1. Einleitung	2
1.1 Öffentlicher Handlungsauftrag	2
1.2 Inhaltliche Ausrichtung	4
1.3 Strategische Ausrichtung	5
1.4 Vernetzte Prävention und Suchtkranken- und Selbsthilfe	6
1.5 Ethisch-fachliche Grundsätze und Leitlinien	7
2. Epidemiologische Entwicklungen	9
3. Angebote und Aufgaben der Suchtprävention sowie der -krankenversorgung	16
3.1 Prävention	16
3.2 Schadensminimierung	16
3.3 Beratung/Therapie/Selbsthilfe	17
3.4 Repression – Verhinderung offener Drogenszenen	17
4. Entwicklungsperspektiven Potsdam 2020	17
4.1 Was ist in Potsdam im letzten Jahrzehnt in der Suchthilfe erreicht worden – was nicht?	17
4.2 Was muss noch erreicht werden? Übersicht über Zielsetzungen und Akteure	19
a) Ziele und Maßnahmen: kurz-/mittel- und langfristig	19
b) Übergreifende Herausforderungen	25
c) Evaluation und Monitoring	26
Glossar – Erläuterung der Fachbegriffe	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beteiligungsverfahren im Projekt „Fortschreibung des Suchtkonzeptes“	2
Abbildung 2: Alkoholkonsum (BJS III, 2012/2013)	11
Abbildung 3: Starker Alkoholkonsum (BJS III, 2012/2013)	11
Abbildung 4: Tabakkonsum (BJS III, 2012/2013)	12
Abbildung 5: Medikamentenkonsum (BJS III, 2012/2013)	13
Abbildung 6: Haschischkonsum (BJS III, 2012/2013)	14
Abbildung 7: Ecstasykonsum (BJS III, 2012/2013)	14
Abbildung 8: Lokale Spiele/Computerspiele (BJS III, 2012/2013)	15
Abbildung 9: Online in sozialen Netzwerken oder Onlinespiele (BJS III, 2012/2013)	16
Abbildung 10: Suchtprozess – Gegenwart und Zukunft	26

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
AK	Arbeitskreis
AWO	Arbeiterwohlfahrt e.V.
BJS	Befragung Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum
DHS	Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
FBL	Fachbereichsleitender
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
FB	Fachbereich
FuN	Familie und Nachbarschaft, Berufs- und Lebensplanung
GB	Geschäftsbereich
inkl.	inklusive
LSD	Lysergsäurediethylamid
LSK	Landessuchtkonferenz
LHP	Landeshauptstadt Potsdam
SKOLL	Selbstkontrolltraining – für den verantwortungsvollen Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen
StVV	Stadtverordnetenversammlung
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation – Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

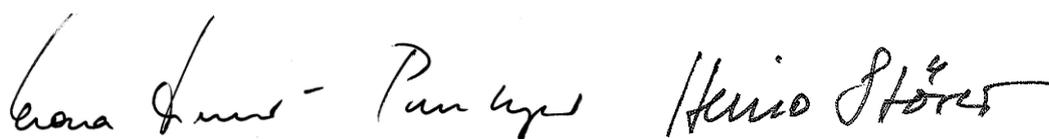
Vorwort

Sucht ist in der Alltagssprache ein häufig verwendeter Begriff für ein intensives Verhalten und Verlangen, das trotz sichtbarer gesundheitlicher und sozialer Schädigungen fortgesetzt wird. Diese allgemeine Definition führt einerseits dazu, unsere Gesellschaft zu „versüchteln“ (immer mehr Süchte zu definieren), und verleitet andererseits, die öffentliche Wahrnehmung auf das Stadium der Sucht(-erkrankung) zu verkürzen.

Doch bis sich eine Sucht manifestiert, dauert es oft eine lange Zeit (Monate, Jahre oder sogar Jahrzehnte). In dieser Phase geht es – in der Landeshauptstadt Potsdam wie überall – um Konsummuster, die in einem bestimmten biographischen Abschnitt riskant sind, in die Sucht führen können, jedenfalls gesundheitliche Risiken darstellen.

Der Ansatz eines nachhaltigen „Suchtkonzeptes“ sollte deshalb in allen Lebensabschnitten sucht- oder verhaltensbedingte Risiken berücksichtigen (Vorbeugung, Ansprache, Wahrnehmung) sowie professionelle Hilfe und Selbsthilfe für Menschen mit einer manifesten Sucht anbieten. Gezielte Nachfürsorge und Re-Integration sind nicht zu vernachlässigen, um Suchtüberwindung dauerhaft zu machen.

Ein solch verzweigter Blick auf Risikolagen und Suchtgefahren kann die sich entwickelnden Netzwerke und Bündnisse an Gesundheitsförderung, Familienfreundlichkeit und Älter Werden in Potsdam nutzen und Themen wie „Risikolagen“ oder „Verhaltenssüchte“ und „abhängigen Konsum“ in die Arbeit von Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft einbauen. Das stärkt Beratungen, Maßnahmen und Hilfesysteme. Der Verbund von Fachleuten, freien Trägern, Einrichtungen, Initiativen, Betroffenen und Projekten – wie er sich im Neustart der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Landeshauptstadt zeigt – schafft Synergien und erhöht die Erfolgchancen bei der Wahrnehmung von Sucht auslösenden Risikolagen wie Sucht überwindenden Faktoren.



Elona Müller-Preinesberger
Beigeordnete für Jugend, Soziales,
Gesundheit und Ordnung

Prof. Dr. Heino Stöver
Fachhochschule Frankfurt am Main

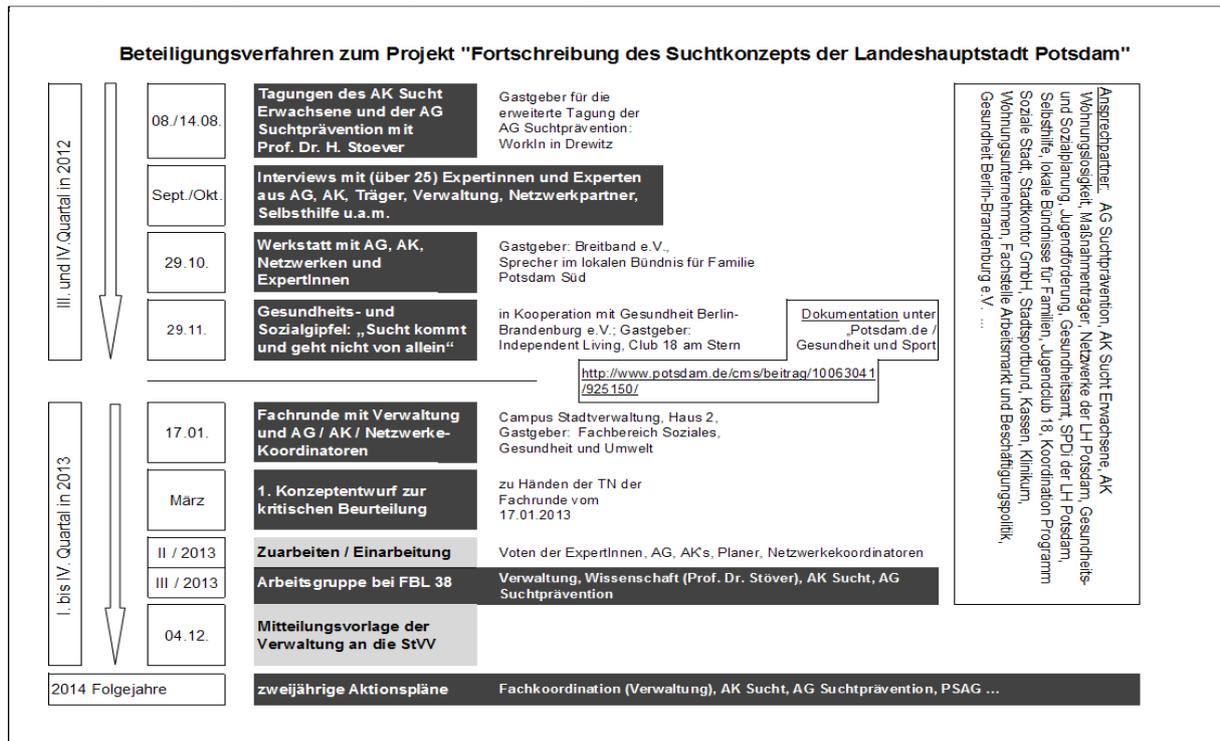
Potsdam / Frankfurt am Main, im September 2013

1. Einleitung

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ Ottawa-Charta der WHO, 1986

Für den Projektprozess zur Fortschreibung des Suchtkonzepts wurde sehr bewusst ein intensives, sich über mehrere Stufen erstreckendes Beteiligungsverfahren gewählt, welches die folgende Abbildung 1 veranschaulicht.

Abbildung 1: Beteiligungsverfahren im Projekt „Fortschreibung des Suchtkonzeptes“



Quelle: Landeshauptstadt Potsdam

1.1 Öffentlicher Handlungsauftrag

Das vorliegende „Rahmenkonzept zur Suchtprävention und Suchtbehandlung in der Landeshauptstadt Potsdam“ ist als Teil einer vorsorgenden Gesundheitspolitik konzipiert, das den Aufbau der „lebensbegleitenden Gesundheitsnetze in der Landeshauptstadt Potsdam“ nutzt.

Daher fokussiert sich dieses Rahmenkonzept auf den Ansatz: Suchthilfe und Prävention in den Lebensbedingungen passgenau zu verankern, in denen Menschen lernen (Schule), arbeiten (Betrieb), zusammen leben (Familie) oder ihre Freizeit verbringen. Prävention, der Erwerb von Konsumkompetenzen, Therapie und Selbsthilfe müssen vor diesem Hintergrund entwickelt werden.

Prävention von Drogenmissbrauch/-abhängigkeit kann substanzspezifisch und substanzunspezifisch geschehen. Es geht dabei um positive Aktivitäten und sich Lebenserfahrungen bei Kindern und Jugendlichen, die ihnen erlauben, sich psychisch, emotional und körperlich auszudrücken, auch an Grenzen zu gehen, ihre Entwicklungssprünge, Alltagssituationen und Intensitäten zu erleben. Positive Anreize und

stimulierende Erfahrungen können junge Menschen davon abhalten, bestimmte Erlebniseffekte über Drogen zu suchen.

Konsumkompetenz heißt, um Wirkungen zu wissen, um eigene körperliche und seelische Verfassungen, um Anlässe, Regeln und Grenzen, sowie die Förderung von Risikominimierung (inkl. der Förderung von Fähigkeit zur Punktabstinenz). Auch „Safer Use“ (vgl. Glossar) ist ein Bestandteil der Konsumkompetenz. Dort, wo sie erkennbar schwächelt, wird es auf Momente gelingender Risikobegleitung und Unterstützung sowie der Hilfe zur Selbsthilfe und der Suchtgefahrreduktion ankommen, um Chronifizierungen vorzubeugen.

Ein übergreifender Handlungsansatz über alle Lebensbereiche, Alterssegmente und Ressourcen hinweg ist die Stärkung der Konsumkompetenz in der Gesellschaft beim Umgang mit psychotropen (vgl. Glossar) Substanzen. Diese wünschenswerte Konsumkompetenz etwa in Bezug auf die drei am häufigsten genutzten Drogen: Alkohol, Tabak und Medikamente, kann in keinem Alter als vollumfänglich gegeben angenommen werden. Die Daten zur Sucht im Alter zeigen, dass in jedem Alterskorridor – mit den biologischen, sozialen und gesundheitlichen Veränderungen – Kompetenzen (neu) erworben oder gestärkt werden müssen.

Konsumkompetenz stärken, bedeutet aus wissenschaftlicher Sicht, den Prozess der Risiko- und damit Lebenskompetenzen in den Settings zu beachten und zu fördern. Ebenso schließt es das Erlangen in der Fähigkeit zu einem gesundheitsverträglichen Umgang nach einer problematischen Konsumphase mit ein, indem z.B. nach einer Drogentherapie notwendige Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung von Abstinenz oder zum kontrollierten Konsum erlernt werden. „Sucht geht und kommt nicht von allein“ (Titel des Gesundheits- und Sozialgipfels Ende November 2012). Ihre Inkubation (vgl. Glossar) so wird forschungsseitig geschätzt, verläuft über viele Jahre. Zeit genug, rechtzeitig Weichen zu stellen.

Hat sich der Konsum verfestigt und ist eine Abhängigkeit klinisch diagnostizierbar, müssen fachgerechte professionelle Hilfen und Selbsthilfe geleistet bzw. vorgehalten werden. Nachhaltige Erfolge sind hier nur möglich, wenn ein Netz an nachsorgender Unterstützung geknüpft wird.

Öffentliche Ressourcen zur Prävention und Konsumkompetenz hin zu lenken, erscheint wirtschafts- und gesundheitspolitisch sinnvoll; denn je mehr hier Ziele verfehlt werden, desto höher steigen die Belastungen für Patientinnen und Patienten und die sie begleitende öffentliche Hand. Einer vorsorgenden Politik – in Kooperation mit Kassen, Kliniken, Trägern, Fach- und Beratungsstellen, Schlüsselakteuren in den jeweiligen Lebenslagen – gehört die Zukunft. Sie bewahrt die Systeme vor nachfolgenden und kaum beherrschbaren Kostensteigerungen (Schroeder 2012).

Neben einer Verhaltensprävention geht es auch um die gesellschaftlichen und kommunalen Verhältnisse, in denen Drogen gebraucht werden, d.h. um Rahmenbedingungen, was Griffnähe, Überwachung der Jugendschutzbestimmungen, Nichtraucherenschutz, Werbeverbote im öffentlichen Raum, kein Konsum im Straßenverkehr etc. angeht. Kommunen können hier durchaus gestaltend, initiativ und mit regulierend tätig werden, um insgesamt die Risiken zu vermindern (vgl. www.diegemeindenhandeln.ch).

Zudem verändern sich auch die Verhältnisse in den Settings. Die Arbeit in den Betrieben verdichtet sich, psychische Belastungen nehmen zu. Jeder aktuelle Report der Krankenkassen liefert dafür die Belege. Deshalb will dieses Rahmenkonzept auch dafür Strategien ansprechen, die einer Verbesserung der Work-Life-Balance (vgl. Glossar) dienen. In der ausgewogenen Balance von Selbst- und Fremdbestimmung kann der Mensch eigene

Gesundheitsressourcen und Leistungsfähigkeit entwickeln, um Suchtgefährdungen widerstandsfähig zu begegnen.

Insgesamt geht es darum, Isolationen zu vermeiden, stattdessen Vernetzungen aktiv zu betreiben. Eine Verzahnung der verschiedenen Sektoren bietet mehr Chancen, die Gesundheitsrisiken in Familie, Schule, Arbeit, Freizeit und Stadtteil im Bündnis der Träger und Akteure zu identifizieren und zu reduzieren.

1.2 Inhaltliche Ausrichtung

Dieses Rahmenkonzept stellt einerseits eine Weiterentwicklung andererseits eine Neuausrichtung der Suchtpolitik/-hilfe dar. Weiterentwickelt werden sollen erfolgreiche Strategien aus dem letzten Rahmenkonzept (2004). Inhaltlich neu ausgerichtet werden soll die Suchtpolitik/-hilfe anhand folgender Herausforderungen:

a. Mehr als Abhängigkeit: Veränderte Konsummuster, andere Betroffenengruppen, neue Produkte und Märkte

Die meisten gesundheitlichen und sozialen Folgen des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (vgl. Glossar) gehen nicht auf Abhängigkeit im medizinischen Sinn zurück, sondern auf einen problembehafteten Konsum. Der Public-Health-Ansatz (vgl. Glossar) erweitert den Gegenstandsbereich der Suchtpolitik über den engen Begriff der Abhängigkeit hinaus. Ins Zentrum rückt dadurch die Vielfalt von unterschiedlichen Konsummustern, betroffenen Gruppen, Modeerscheinungen oder Entwicklungen auf den legalen und illegalen Märkten.

b. Mehr als Legalstatus (vgl. Glossar): Das alltägliche Schadens- und Suchtpotenzial

Schadenspotenzial und tatsächliche Schadenslast richten sich nicht danach, ob eine psychoaktive Substanz legal oder illegal ist. Bei den legalen Substanzen ist der volkswirtschaftliche Schaden insgesamt deutlich höher als bei den illegalen Substanzen. Gleiches gilt für den sozialen und wirtschaftlichen Schaden für Familie und Gesellschaft.

Ein Public-Health-Ansatz (vgl. Glossar) verzichtet deshalb auf die gesundheitspolitisch wenig hilfreiche Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen. Auch berücksichtigt eine zukunftsfähige Suchtpolitik neben Alkohol, Tabak und illegalen Drogen zusätzlich den Medikamentenmissbrauch sowie die neuen pharmakologischen Möglichkeiten der körperlichen und psychischen Optimierung z.B. Doping, Neuro-Enhancement (vgl. Glossar). Es stellen sich grundsätzlich neue Regulierungsfragen.

c. Mehr als Substanzen: Verhaltensweisen

Studien und die Praxis zeigen, dass das Sucht- und Schädigungspotenzial bestimmter Verhaltensweisen, Suchtgefährdungen sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen, beispielsweise das pathologische Glücksspiel (vgl. Glossar). Zudem bestehen Verhaltens- und Substanzabhängigkeiten oft gemeinsam („Komorbidität“). Die entsprechende Forschung ist noch jung. Es scheint jedoch erforderlich, in diesem Bereich präventive wie auch therapeutische Maßnahmen zu entwickeln. Eine kohärente und zukunftsfähige Suchtpolitik muss die substanzungebundenen Süchte („Verhaltenssüchte“, „Verhaltensabhängigkeiten“; z.B. problematischer Umgang mit Medien wie PCs oder Handy) mit einschließen.

Ausgehend von der Ottawa-Konferenz 1986 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich in den letzten 20 Jahren ein salutogenetisches (vgl. Glossar) Verständnis von Krankheit und Prävention entwickelt. Stand im Gesundheitswesen zuvor die Erkennung und Vermeidung von Risikofaktoren sowie die Entwicklung immer verfeinerter Heilmethoden im Vordergrund der Bemühungen um physische und psychische Gesundheit, werden heute mehr und mehr Schutzfaktoren bzw. gesundheitserhaltende Ressourcen der Akteure in den Blick genommen. Der Paradigmenwechsel (vgl. Glossar) zielt auf die Frage: Unter welchen Bedingungen können Menschen gesund bleiben? Die lebensweltnahe Stärkung der gesundheitsfördernden Kräfte und deren soziale Balance stellt auch in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe eine geeignete Basis dar.

1.3 Strategische Ausrichtung

Die geschilderten inhaltlichen Ziele müssen entsprechend umgesetzt werden. Die entscheidenden Mittel dazu lassen sich sowohl auf den Ebenen von Verhaltens- und Verhältnisprävention (vgl. Glossar) entwickeln. Dazu gehören die Stärkung von Schutzfaktoren und der Abbau von Belastungsfaktoren.

Der Public-Health-Ansatz ermöglicht hier einen systematischen und evidenzbasierten (vgl. Glossar) Zugang. Er umfasst Maßnahmen sowohl in Bezug auf die Angebotsgestaltung als auch auf die Nachfrageseite. Er berücksichtigt zudem gesundheitsfördernde Maßnahmen, die den spezifischen suchtpolitischen Ansätzen vorgelagert sind. Darüber hinaus achtet er auf den Einbezug anderer Politikbereiche, die einen Einfluss auf Suchtverhalten haben.

Vier strategische Ausrichtungen dienen als Rahmen für die Umsetzung der eingangsbeschriebenen inhaltlichen Ausrichtung:

a. Mehr als Eigenverantwortung: Strukturelle Maßnahmen und Förderung der Kompetenz

Individuelle Maßnahmen sind bedeutsam, reichen allein aber nicht zur Senkung der Problemlasten aus, wie die Public-Health-Forschung zeigt. Eine zukunftsfähige Suchtpolitik strebt daher die Beeinflussung sowohl von Nachfrage als auch von Angebot an. Sie setzt je nach Zweckmäßigkeit auch auf Schadensminderung. Zudem zielt sie auf die Förderung von Schutzfaktoren durch entsprechende Rahmenbedingungen. Menschen mit einem Abhängigkeitssyndrom (vgl. Glossar) stehen Behandlungen und Betreuungen zu. Sucht ist eine Krankheit, kein persönliches Versagen. Auch Angehörige, Partner und Kinder müssen auf Unterstützung zählen können. Kinder und Jugendliche haben auf ihrem Weg des Erwachsenwerdens eigene Bedürfnisse. Sie müssen vor dem Missbrauch dieser Bedürfnisse durch speziell darauf abgestimmte Werbung und Marketingmaßnahmen geschützt werden.

b. Mehr als Jugendschutz: Differenzierte Vorgehensweisen in Bezug auf Bevölkerungsgruppen

Jugendschutz ist auch aus Public-Health-Sicht wichtig und unbestritten: Sämtliche Daten zeigen, dass problembehafteter Substanzkonsum in der Jugend besonders schwerwiegende Auswirkungen hat. Entsprechend kann dies auch für Verhaltenssuchte angenommen werden. Der starke Fokus auf Jugendschutz ist allerdings angesichts der Problemlasten eine zu schmale strategisch-instrumentelle Ausrichtung für eine zukunftsfähige Suchtpolitik, nicht zuletzt angesichts der großen demografischen Veränderungen.

c. Mehr als gesundheitspolitische Maßnahmen: Die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Suchtpolitik

Eine zukunftsfähige Suchtpolitik muss andere Politikbereiche einbeziehen sowie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen föderalen Ebenen fördern, um ihre gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen. Sie muss auf eine inhaltliche Erweiterung vorbereitet sein sowie die strategische Zusammenführung der bisher getrennten Suchtpolitiksektoren anstreben. Weitere gesellschaftliche Handlungsträger – wie Wirtschaft und Zivilgesellschaft – sind, soweit angebracht, ebenfalls einzubeziehen.

d. Betroffene zu Beteiligten machen – Mobilisierung, Aktivierung

Schließlich muss eine starke Einbindung der Selbsthilfe, eine Mobilisierung aller Betroffenen, Beteiligten bei allen neuen Ausrichtungen erfolgen.

1.4 Vernetzte Prävention und Suchtkranken- und Selbsthilfe

a. Verbesserung der Lebenskompetenz

Die Förderung von Lebenskompetenz muss frühzeitig in allen Lebensbereichen stattfinden (Elternhaus, Kita, Schule bis hin zur Ausbildung/Studium als auch in anderen außerschulischen Lernorten). Gerade die Übergänge bilden dabei risikobehaftete und (nicht nur bei Kindern und Jugendlichen) Stress auslösende Faktoren.

Stressbewältigung ist Teil der Lebenskompetenz und kann Süchte verhindern helfen. An dieser Stelle sind bundesweit erprobte, in Potsdam eingesetzte Projekte auch künftig hilfreich, die wie „FuN“ (Familie und Nachbarschaft, Berufs- und Lebensplanung) Eltern einbinden, damit sie gesellschaftlich und strukturell vorhandenen Druck ausbalancieren und nicht an ihre Kinder weitergeben.

b. Ressourcen klären und Unterstützung sichern

Die finanziellen Mittel sind nach wie vor begrenzt und nicht ausreichend. Die Empfehlung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) in ihrem Rahmenplan präferiert eine Relation, bei der in jeder Kommune je 10.000 Einwohner eine Fachkraft der Suchtberatung und -behandlung tätig sein sollte. Der mittel- und langfristig anzustrebende Paradigmenwechsel, durch gezielte Vorsorge die Behandlung von Süchtigen senken zu können, bedarf eines Ressourcenschwenks in Richtung (Sucht-)Prävention mit einer Vollzeitstelle je 30.000 Einwohner.

Auch wäre die Vernetzung der Schlüsselpersonen in einer Form aner kennenswert, die den zeitlichen Aufwand reflektiert und in die Leistungsverträge einspeist (siehe Materialsammlung).

Zielgruppen

Suchtprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in allen Gesellschaftsbereichen für alle Zielgruppen (d.h. universell, selektiv, indiziert) berücksichtigt werden muss. Die Vulnerabilität (vgl. Glossar) bestimmter Zielgruppen ist nicht nur eine materielle, sondern auch eine politische und soziale Dimension. Um effektiv handeln zu können, sind besonders betroffene Zielgruppen zu identifizieren.

Besondere Aufmerksamkeit muss Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in der Probier- und Missbrauchsphase gewidmet werden und zwar sowohl in Bezug auf stoffgebundene, als auch stoffungebundene Süchte/Risiken.

Für die meisten Jungen und Männer sind die Themen „Gesundheit“ und „Pflege“ im Übrigen weiblich besetzt. Jenseits eines leistungsorientierten „Maschinendiskurses“ über ihren Körper sind viele Männer oftmals nicht in der Lage, Gesundheit statt Krankheit zum Thema zu machen.

Eine bessere Ausdifferenzierung von Zielgruppen in der Suchtprävention und -krankenhilfe ist unbedingt zu empfehlen, um gesundheitsrelevante Botschaften an den Mann und an die Frau zu bringen. Der Gesundheits- und vor allem der Suchtdiskurs muss alters-, kultur-, schicht-, milieu- und geschlechtsspezifisch geführt werden.

1.5 Ethisch-fachliche Grundsätze und Leitlinien

Der fachliche Umgang professioneller Akteure in der gesamten Suchthilfe aber auch in angrenzenden Gesundheitsbereichen mit Suchtgefährdeten und -kranken, Menschen in riskanten Lebenslagen, ihren Partnern und Angehörigen muss entlang klaren ethisch-fachlichen Prinzipien erfolgen.

Die Ziele und methodischen Ansätze sowie die Kommunikation mit Hilfesuchenden unterliegen einer beständigen Reflexion. Deshalb ist es wichtig, die auf der Basis der von Fachverbänden gemeinsam erarbeiteten ethischen Prinzipien der professionellen Suchtkrankenhilfe zur Ausgangslage für die Organisation der Suchtgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe zu machen.

a. Suchtkrankheit und Menschenwürde

1. Menschen, die psychoaktive Substanzen (vgl. Glossar) gebrauchen bzw. davon abhängig sind, sind gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten und Pflichten.

2. Es ist ihnen mit Würde und Respekt zu begegnen, ungeachtet ihrer Abstammung, ihrer Nationalität, ihres Geschlechts, ihres Alters, ihres Glaubens, ihrer politischen Überzeugung, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung, ihrer gesellschaftlichen Position, ihrer sexuellen Orientierung und ihrer gesundheitlichen und psychosozialen Befindlichkeit. Stigmatisierungsprozesse sind eng mit der Suchtkrankheit verbunden und müssen frühzeitig erkannt und unterbunden werden.

3. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist eine mögliche Form der Lebensgestaltung, aber auch der Lebens- und Krisenbewältigung, der immer auch im gesellschaftlichen Zusammenhang gesehen werden muss. Er kann zur Abhängigkeit führen. Abhängigkeit erzeugt oft Leiden und kann zu geistigen, seelischen, körperlichen und sozialen Schwierigkeiten führen, die die Krankheit Sucht ausmachen. Sucht ist eine Erkrankung, die es zu akzeptieren, zu lindern, zu bessern und zu heilen gilt. Die Grundlage jeden Helfens ist die Überzeugung, dass positive Veränderungen möglich sind.

4. Die Leitsätze ethischen Verhaltens aller professionellen Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe orientieren sich u.a. am Krankheitscharakter der Abhängigkeit, am eigenen Reflexionsprozess der eigenen Arbeit, an der Achtung der Schweigepflicht, des Zeugnisverweigerungsrechtes und des Datenschutzes, an der Pflicht zur ständigen Weiterqualifizierung.

b. Gemeindenahe Suchtkrankenhilfe

Suchtkrankenhilfe muss auf individuelle Risiko- und Suchtverläufe reagieren und deshalb Hilfeangebote und Konzepte etablieren, die auch dem wechsel- und prozesshaften Charakter des Heilungs- bzw. Stabilisierungsverlaufs gerecht werden.

Ausgehend von einer Hierarchie der Interventions- und Behandlungsziele der Suchtkrankenhilfe (Schwoon 1992) ergeben sich für das Hilfesystem auch in der Landeshauptstadt Potsdam folgende Grundgedanken:

Individuelle Hilfeplanung: Suchtkrankenhilfe muss personenorientierte Hilfe anbieten und auf die jeweils individuelle Situation von Betroffenen reagieren. Sie sollte deswegen keine einheitlichen Behandlungs- und Interventionsformen vorhalten.

Schadensminimierung: Im Mittelpunkt der Suchtkrankenhilfe steht der/die einzelne Betroffene, dessen/deren Krankheit geheilt, Krankheitssymptome und Folgeerkrankungen behandelt bzw. gelindert werden sollten. Dabei zielt eine die aktuellen Bedürfnisse der Betroffenen akzeptierende Suchtkrankenhilfe auf die Minimierung der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Schäden für drogengebrauchende und abhängige Menschen.

Selbsthilfe vor Fremdhilfe: Der Selbsthilfe gelingt es aufgrund ihrer besonderen Expertise am besten, die Selbstheilungskräfte der Betroffenen zu aktivieren, soziale Ressourcen zu ergreifen und das soziale Umfeld mit einzubeziehen.

Ambulant vor teilstationär, teilstationär vor stationär: Um Hilfemaßnahmen grundsätzlich an den Erfordernissen des Einzelfalls ausrichten zu können, müssen bedarfsgerechte, differenzierte Behandlungsangebote vorhanden sein. Ambulante Maßnahmen haben dabei Vorrang vor teilstationären oder stationären Maßnahmen, wenn dadurch die Rehabilitationsziele ebenso zu erreichen sind. Ambulante Hilfen können eher als (teil-) stationäre Hilfen auf vorhandene Ressourcen, z.B. im beruflichen oder familiären Bereich zurückgreifen und den Betroffenen in seinen Lebenszusammenhängen behandeln. Oftmals ist jedoch eine Kombination oder ein Wechsel von ambulanten und stationären Maßnahmen erforderlich.

Wohnortnah vor wohnortfern: Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes der abhängigkeitsgefährdeten bzw. -kranken Menschen stellt einen wichtigen Grundsatz in der Suchtkrankenhilfe dar. Da die Suchterkrankung immer in einem Kontext, der durch das soziale System bestimmt ist, entsteht und häufig das soziale Umfeld auch die aufrechterhaltenden Impulse für das Suchtverhalten der Betroffenen liefert, ist die Einbeziehung der wichtigsten Bezugspersonen in den Heilungsprozess notwendiger Bestandteil der Behandlung. Vorhandene Ressourcen lassen sich so in räumlicher Nähe des bisherigen Lebensmittelpunktes der Betroffenen besser nutzen. Unter bestimmten Umständen kann jedoch auch eine Herausnahme aus dem bisherigen sozialen Umfeld indiziert sein.

Frühzeitige Intervention: Durch frühzeitige Erkennung, Behandlung und Rehabilitation könnte ein großer Teil der gravierenden Folgeschädigungen eines länger währenden Sucht- und Verelendungsprozesses vermieden werden. Je früher eine drohende Suchtkarriere erkannt und entsprechend interveniert wird, umso größer sind die noch vorhandenen Möglichkeiten und umso weniger einschneidende Maßnahmen sind zur Behandlung erforderlich. Den Hausärzten kommt hierbei eine wichtige Rolle zu. Um Betroffene in einem frühen Stadium der Suchtentwicklung zu erreichen, hat sich besonders auch die Intervention am Arbeitsplatz bewährt. Der betrieblichen Suchtkrankenhilfe kommt somit im Hilfesystem eine große Bedeutung zu. Vorstellbar sind auch entsprechende Maßnahmen in Bildungseinrichtungen.

Vernetzung des Hilfesystems: Sucht ist eine komplexe Erkrankung, die den Körper, die Psyche und das Umfeld des Menschen gravierend beeinträchtigen kann. Um den komplexen Zusammenhängen Rechnung zu tragen, ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen notwendig. Für effektive Hilfen ist es somit erforderlich, dass die unterschiedlichen Angebotsformen und Hilfesysteme miteinander kooperieren. Hierzu gehört auch die Zusammenarbeit von suchtspezifischen Einrichtungen und allgemeinen Institutionen der psychischen und medizinischen Basisversorgung. Insgesamt muss die Suchtprävention und die Suchtkrankenhilfe im Kontext der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen werden.

2. Epidemiologische Entwicklungen

Verlässliche epidemiologische Daten zur Verbreitung des Konsums aller psychotroper Substanzen und zur Verbreitung problematischer, suchtähnlicher Verhaltensweisen von Menschen in allen Alterssegmenten und zu allen Prävalenzzeitpunkten (vgl. Glossar) liegen weder auf Bundes-, Landes- noch Kommunalebene vor.

Allerdings müssen die vorhandenen Daten miteinander verbunden werden, um ein ungefähres Bild der Situation in der Landeshauptstadt Potsdam zu erhalten.

Die Landessuchtkonferenz (LSK) hat sich auf ihrem 2. Plenum im Jahre 2003 mit der Suchtproblematik bei Brandenburger Jugendlichen beschäftigt und erheblichen Handlungsbedarf festgestellt. Es bestand Übereinstimmung, dass Erfolg versprechende Aktivitäten gegen die Suchtgefahren aussagekräftige Daten voraussetzen. In diesem Zusammenhang wurden durch die Gesundheitsämter im Land Brandenburg in Kooperation mit Schulen die erste im Schuljahr 2004/2005, die zweite im Schuljahr 2008/2009 und im Schuljahr 2012/2013 die dritte Studie über den Substanzkonsum bei Brandenburger Jugendlichen durchgeführt¹. Die Befragung wird im 4-Jahres-Rhythmus durchgeführt und gibt detaillierte Auskünfte über das Drogenkonsumverhalten auch der Potsdamer Schülerinnen und Schüler.

In der Landeshauptstadt Potsdam besuchten im Schuljahr 2012/13 1.569 SchülerInnen die Klassenstufe 10 (Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg). An der Umfrage beteiligten sich 1.187 Potsdamer SchülerInnen und füllten den Fragebogen ordnungsgemäß aus. Somit ergibt sich eine prozentuale Beteiligung von Potsdamer SchülerInnen an der BJS III von 75,7%. Das Durchschnittsalter der befragten SchülerInnen betrug 15 Jahre. Das Drogenkonsumverhalten dieser Potsdamer Jugendlichen wird in der Folge gesondert betrachtet.

Insgesamt liegen die Konsumdaten für Potsdams Jugendliche im Trend der Zahlen für Deutschland. Es wird auch deutlich, dass Konsumierende psychotroper Substanzen in einem nicht unerheblichen Maße den Wunsch angeben, mit dem Konsum wieder aufhören zu wollen. Beide Phänomene – neben der Stärkung der Nie-Konsumierenden – bieten Anknüpfungspunkte für alters- und vor allem geschlechtsspezifische suchtpreventive Ansprachen und Hilfen.

Auch der größere Anteil von Jungen bei fast allen Konsumformen entspricht dieser Analogie. Jungen, junge Männer (und auch männliche Erwachsene) konsumieren Alkohol, illegale

¹ www.lsk-brandenburg.de

Suchtmittel häufiger, in größeren Mengen, riskanter und öffentlicher als Frauen. Dies trifft auch auf die Internet-Spielformen bzw. den problematischen Umgang mit Medien zu. Hier wird die besondere Rolle und der besondere Hilfebedarf für Jungen und (junge) Männer immer deutlicher. Die Konstruktion sozialer Geschlechtlichkeit („doing gender“) kann den Blick für den Ansatz öffnen, Drogenkonsum weniger als Reaktion auf Problemlagen, sondern als bewusstes, gezielt eingesetztes und damit funktionales Instrument zur Herstellung von Geschlechtsidentitäten zu verstehen.

Für heranwachsende und erwachsene Potsdamer Bürgerinnen und Bürger liegen keine solch detaillierten Erkenntnisse vor.

Bundesweit aktuelle Daten für etwa 26.000 Menschen, die in Deutschland leben und mindestens 18 Jahre alt waren, wurden in einer telefonischen Gesundheitsbefragung (Studie GEDA 2012 „Gesundheit in Deutschland aktuell“) des Robert Koch-Institutes von März 2012 bis März 2013 erhoben.

Das Land Brandenburg hat sich mit zusätzlichen Mitteln an dieser Studie beteiligt, um für die Bevölkerung unserer Region repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage zu erhalten. Diese beziehen sich u.a. auf Risikofaktoren, wie Alkoholkonsum, Rauchen sowie psychische Gesundheit.

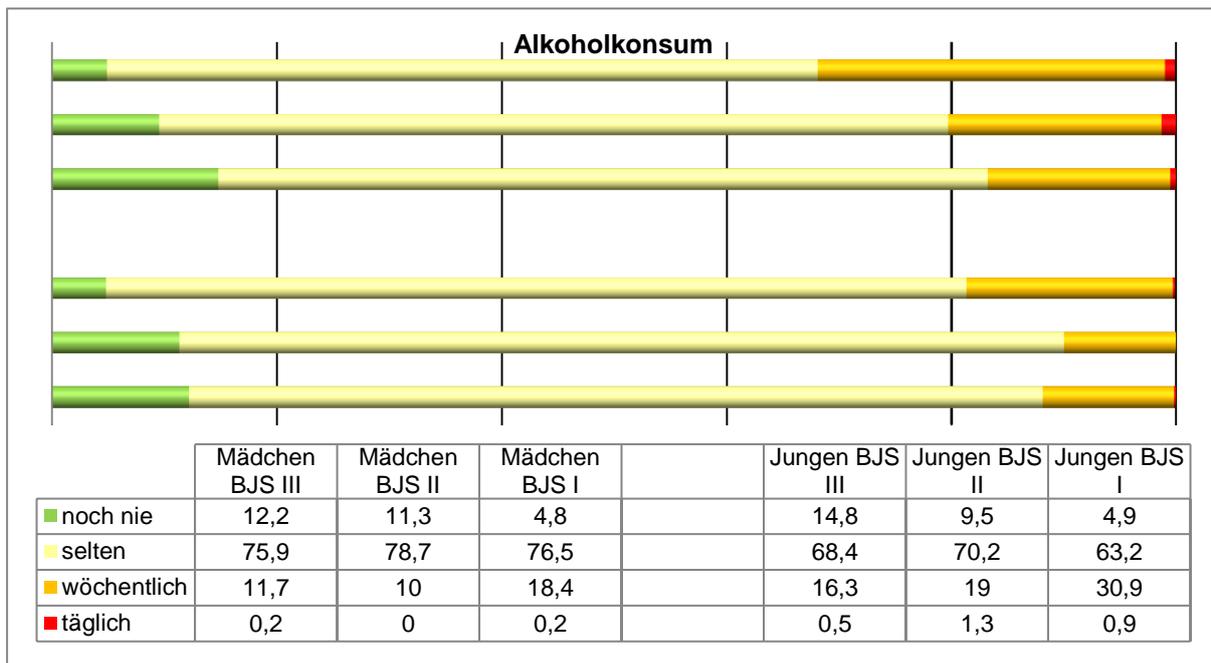
Die Auswertung dieser Studie wird zeitnah im ersten Aktionsplan zur Umsetzung des Konzeptes für die Landeshauptstadt Potsdam erfolgen.

Man kann jedoch davon ausgehen, dass sich bundesweite Trends auch in Potsdam wiederfinden lassen, die im Folgenden skizziert werden:

Obwohl der Pro-Kopf-Konsum an Reinalkohol seit mehreren Jahren sinkt, zählt Deutschland hinsichtlich des Alkoholkonsums weltweit zu den Hochkonsumländern. Riskanter Alkoholkonsum (vgl. Glossar) allein oder durch den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak verursachen jährlich schätzungsweise 74.000 Todesfälle in Deutschland. 12,8% aller durch Behinderungen, Verletzungen oder Krankheiten verlorenen oder beeinträchtigten Lebensjahre bei Männern werden durch den Alkoholkonsum verursacht.

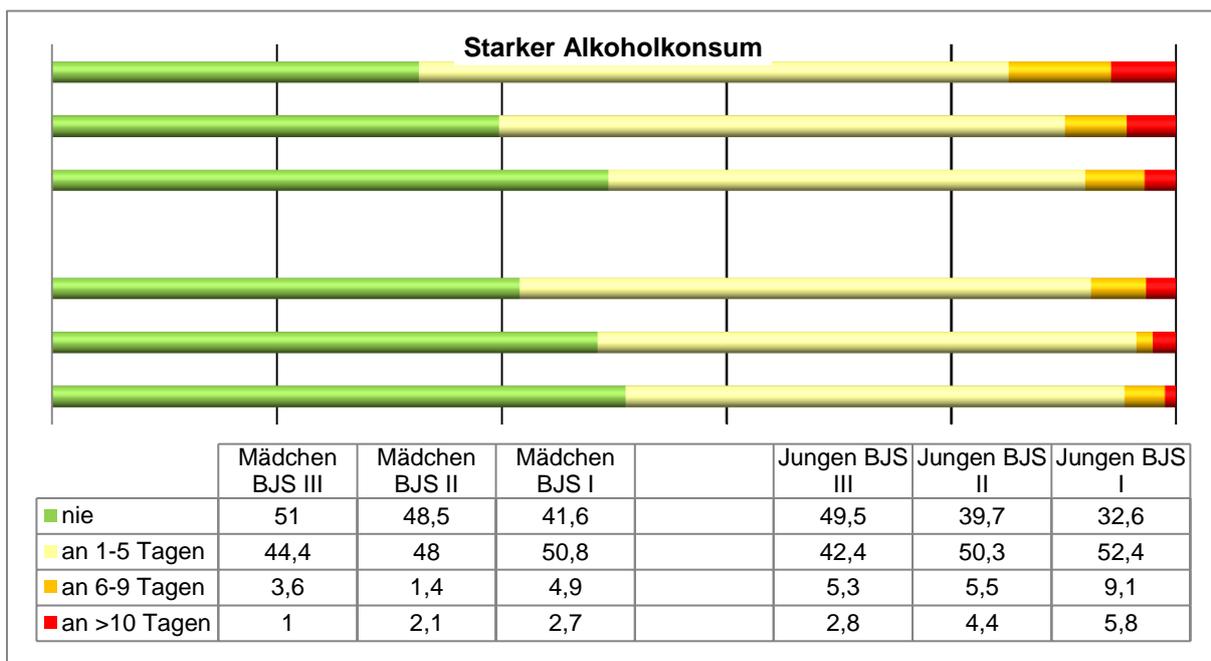
Die Substanzkonsumstudie bei Brandenburger Jugendlichen (BJS III) zeigt eine positive Entwicklung der Befragten im Umgang mit Alkohol. Insgesamt ist ein Rückgang des Alkoholkonsums bei den SchülerInnen feststellbar, welches die folgende Abbildung 2 veranschaulicht.

Abbildung 2: Alkoholkonsum (BJS III, 2012/2013)



Ein Rückgang des starken Alkoholkonsums bei den SchülerInnen ist ebenfalls zu verzeichnen. Rund 50% aller befragten SchülerInnen sind starkem Alkoholkonsum abgeneigt. Jedoch trinken 44,4% der Mädchen und 42,4% der Jungen an 1-5 Tagen im Monat mehr als 5 Drinks, was als bedenklich einzustufen ist. Dabei ist positiv zu bewerten, dass das Durchschnittsalter beim ersten Rausch in den letzten Jahren von 14,0 auf 14,2 Jahren anstieg. Die Abbildung 3 verdeutlicht diese Entwicklungen in den letzten Jahren.

Abbildung 3: Starker Alkoholkonsum (BJS III, 2012/2013)



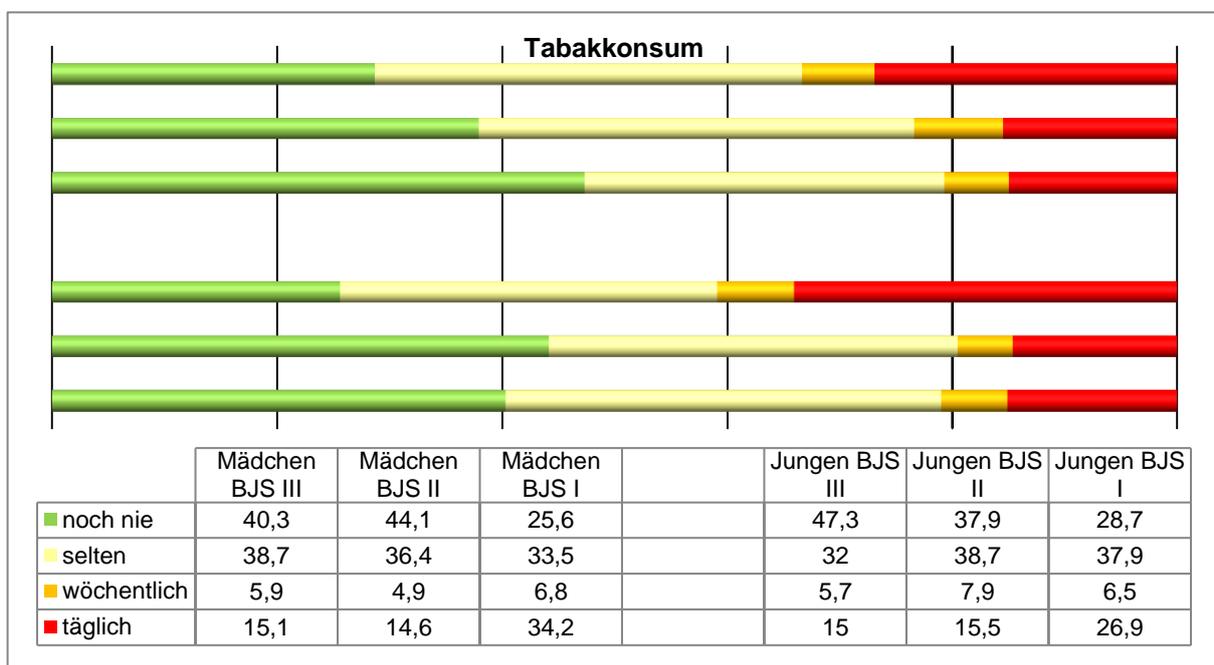
An wie viel Tagen im letzten Monat hast du mehr als 5 Drinks getrunken?

Der Anteil der Raucherinnen und Raucher ist seit einigen Jahren rückläufig. Die Raucherquote liegt für Männer bei 31% und bei den Frauen bei 21% (beide ab 15 Jahren). Zwar ist die Passivrauchbelastung aufgrund der Maßnahmen zum Nichtraucherchutz zurückgegangen, aber immer noch sind 42% der Männer und 26% der Frauen mindestens einmal pro Woche Tabakrauch ausgesetzt.

Insgesamt setzt sich in Deutschland bei Jugendlichen (12 – 17 Jahre) der Trend zum Nichtrauchen immer stärker durch: Nur 14% der Jungen und 12% der Mädchen rauchen. Das sind die niedrigsten Zahlen seit 30 Jahren. Das Tabakrauchen und die Passivrauchbelastung sind am stärksten verbreitet bei Jugendlichen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Dieser Trend lässt sich auch in der Landeshauptstadt Potsdam bestätigen: der tägliche Tabakkonsum aller befragten Potsdamer SchülerInnen ist rückläufig. Bei den Mädchen sank der tägliche Tabakkonsum im Vergleich zur ersten Studie 2004/2005 um über 55% und stagniert nun bei 15,1%. Bei den Jungen lassen sich ebenfalls positive Entwicklungen feststellen. Der tägliche Tabakkonsum sank um rund 44% im Vergleich zur ersten Studie. Fast die Hälfte (47,3%) aller Jungen im Jahr 2012/2013 geben an, noch nie Tabak konsumiert zu haben. Das ist ein Zuwachs von fast Zweidrittel im Vergleich zur ersten Erhebung und ist hervorzuheben. Die Abbildung 4 „Tabakkonsum“ stellt die Veränderungen zum Tabakkonsumverhalten der befragten Potsdamer SchülerInnen in den letzten Jahren dar.

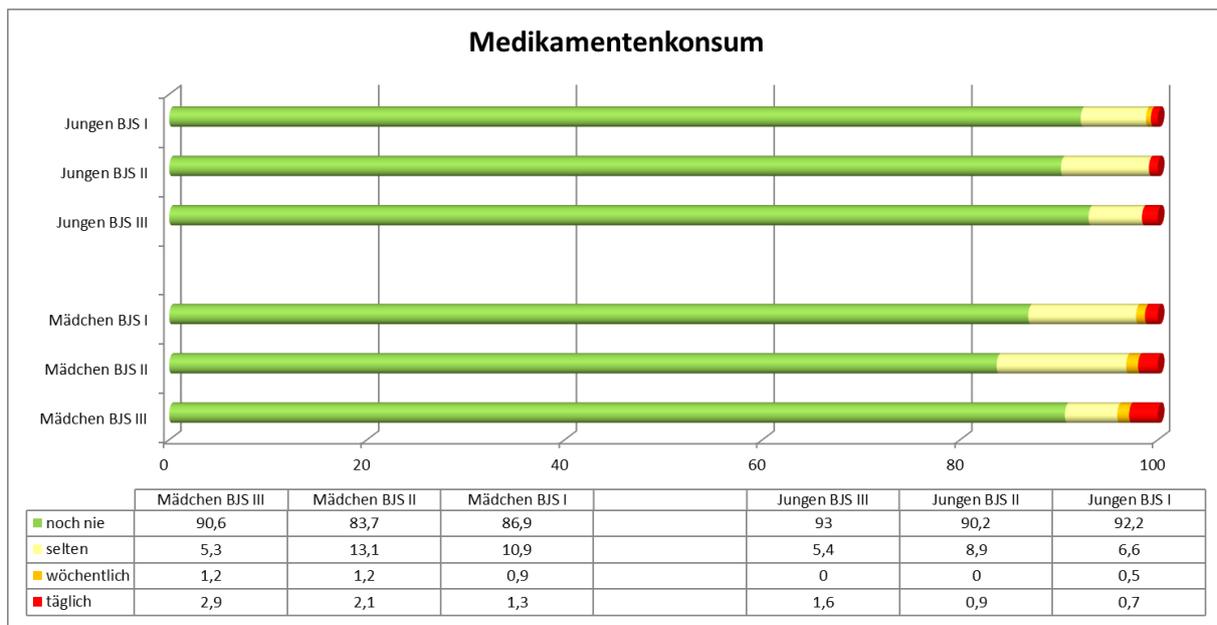
Abbildung 4: Tabakkonsum (BJS III, 2012/2013)



Der größte Teil der verkauften Arzneimittel wird im Rahmen der Selbstmedikation – ohne ärztliche Verordnung – in Apotheken verkauft. Unter den verschreibungspflichtigen Mitteln besitzen etwa 4% bis 5% ein Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotential, vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel. Allein etwa 1,1 bis 1,2 Mio. Menschen sind von Benzodiazepinderivaten (Schlafmittel) abhängig, weitere 300.000 – 400.000 von anderen Arzneimitteln. Manche Autoren gehen sogar von 1,9 Millionen medikamentenabhängigen Personen aus.

Die BJS III ergab, dass insgesamt mehr Mädchen (9,4%) als Jungen (7%) Medikamente selten bis täglich im Monat konsumieren. Besonders bei den Mädchen, die täglich Medikamente einnehmen, ist ein Zuwachs um mehr als das Doppelte erkennbar. Im Gegensatz dazu erhöhte sich in den letzten Jahren die Anzahl von SchülerInnen, die nie Medikamente konsumieren: insgesamt 90% stellen ein sehr erfreuliches Ergebnis dar. Abbildung 5 fasst nochmals die Ergebnisse der letzten Jahre zusammen.

Abbildung 5: Medikamentenkonsum (BJS III, 2012/2013)



Bei den illegalen psychotropen Substanzen macht Cannabis den größten Anteil aus (über 90%). Amphetamine, Ecstasy, LSD, Pilze und Kokain (vgl. Glossar) sind laut Drogenaffinitätsstudie (vgl. Glossar) 2011 (12 – 17 Jahre) und epidemiologischer Suchtsurvey (vgl. Glossar) 2009 (18 – 64 Jahre) in Deutschland in sehr geringem Maße verbreitet. Bundesweit haben etwa 5% sowohl der 12 – 17-Jährigen als auch der 18 – 64-Jährigen im letzten Jahr irgendeine illegale Droge zu sich genommen. Am stärksten ist der Konsum bei den 18 – 20-Jährigen verbreitet. Die Konsumprävalenz (vgl. Glossar) ist bei Männern etwa doppelt so hoch wie bei Frauen. Cannabiskonsum macht den größten Anteil unter den illegalen Drogen aus.

Zu den bekannten illegalen Drogen kommen immer wieder andere Substanzen hinzu, die von Drogendesignern bereits durch geringe Molekül-Veränderungen hergestellt und in den Handel gebracht werden.

Die Ergebnisse der Befragten in der Substanzkonsumstudie (BJS III) zum Haschisch- und Ecstasykonsum sind in Abbildung 6 und 7 ablesbar. Zusammenfassen lassen sich die Ergebnisse folgend: Im direkten Vergleich zur BJS II entwickelten sich die Werte für den Haschischkonsum in die negative Richtung. Selten bis täglich konsumieren 27,2% der Mädchen Haschisch. Diese Anzahl hat sich fast verdoppelt im Vergleich zur BJS II. Bei den Jungen sind ähnliche Entwicklungen vorhanden. Ein Drittel aller Jungen konsumieren selten bis täglich Haschisch. Das ist ein Anstieg von rund 6% im direkten Vergleich zur BJS II. Die Droge Ecstasy wird dagegen weniger eingenommen. Insgesamt 95% aller Jungen und Mädchen haben noch nie diese Droge konsumiert. Prägnante Veränderungen in den letzten

Jahren sind bei der Droge Ecstasy nicht aufgetreten. Die Geschlechterverteilung ist bei beiden Drogen annähernd gleich.

Abbildung 6: Haschischkonsum (BJS III, 2012/2013)

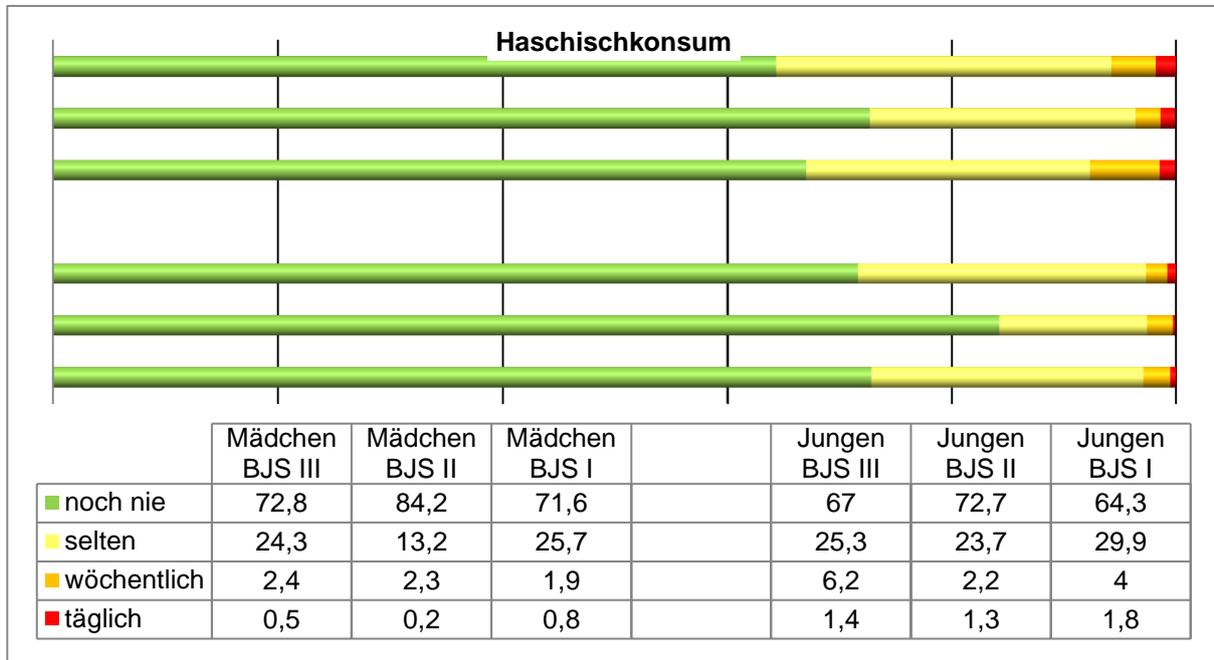
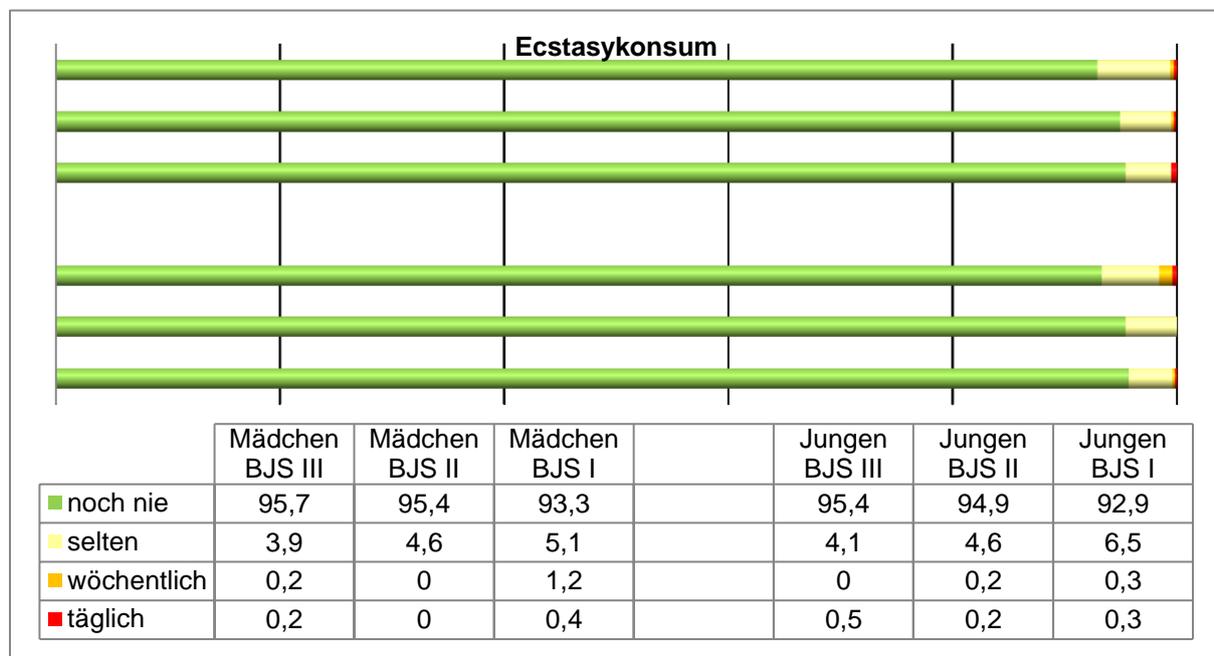


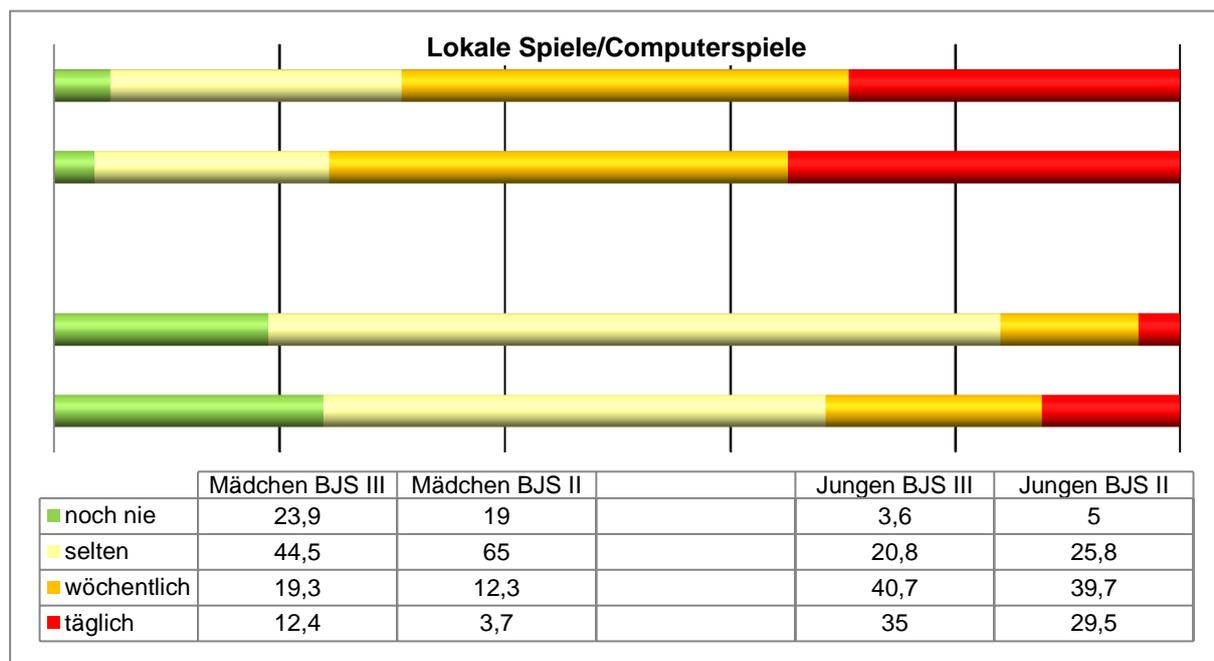
Abbildung 7: Ecstasykonsum (BJS III, 2012/2013)



Nach den jüngsten Prävalenzstudien (Erhebungszeitraum 2011) weisen etwa 0,51% der bundesdeutschen Bevölkerung (275.000) ein problematisches und 0,49% (264.000) ein pathologisches Spielverhalten auf.

Sowohl die Zahl derjenigen, die in Suchtberatungsstellen beraten, als auch diejenigen, die stationär aufgrund ihres pathologischen Spielverhaltens behandelt werden, steigt an. Die Verbreitung von Computerspielen (Konsolen, Gameboy, PC, Handy) ist unter Jungen etwa dreimal höher als bei den Mädchen. Diese zeigen allerdings erhöhtes Interesse täglicher Nutzung dieser Spiele: ihre Zahl hat sich in vier Jahren mehr als verdreifacht, während der Anstieg bei den Jungen sehr viel geringer ausfällt (35% spielen täglich). Diese Geschlechterverteilung trifft auch für Spiele im Internet (Poker, Roulette etc.) zu. Mehr als vier Mal so viele Jungen wie Mädchen spielen wöchentlich bzw. täglich. Online in sozialen Netzwerken oder Online Spiele sind bei beiden Geschlechtern etwa gleich verbreitet, etwa 85% spielen wöchentlich oder täglich. Mit den Prävalenzstudien übereinstimmende Entwicklungen im Umgang mit Medien sind in der Landeshauptstadt Potsdam feststellbar. Seit Ersterhebung, hier im Jahr 2008/2009, ist ein stetiger Anstieg bei beiden Geschlechtern, bezogen auf die tägliche und wöchentliche Nutzung von lokalen Spielen und Computerspielen, ersichtlich. Von allen befragten Mädchen spielen 12,4% täglich. Im Gegensatz dazu spielen täglich 35% aller befragten Jungen. Die Geschlechterverteilung ist hier ebenfalls existent und wird in Abbildung 8 deutlich.

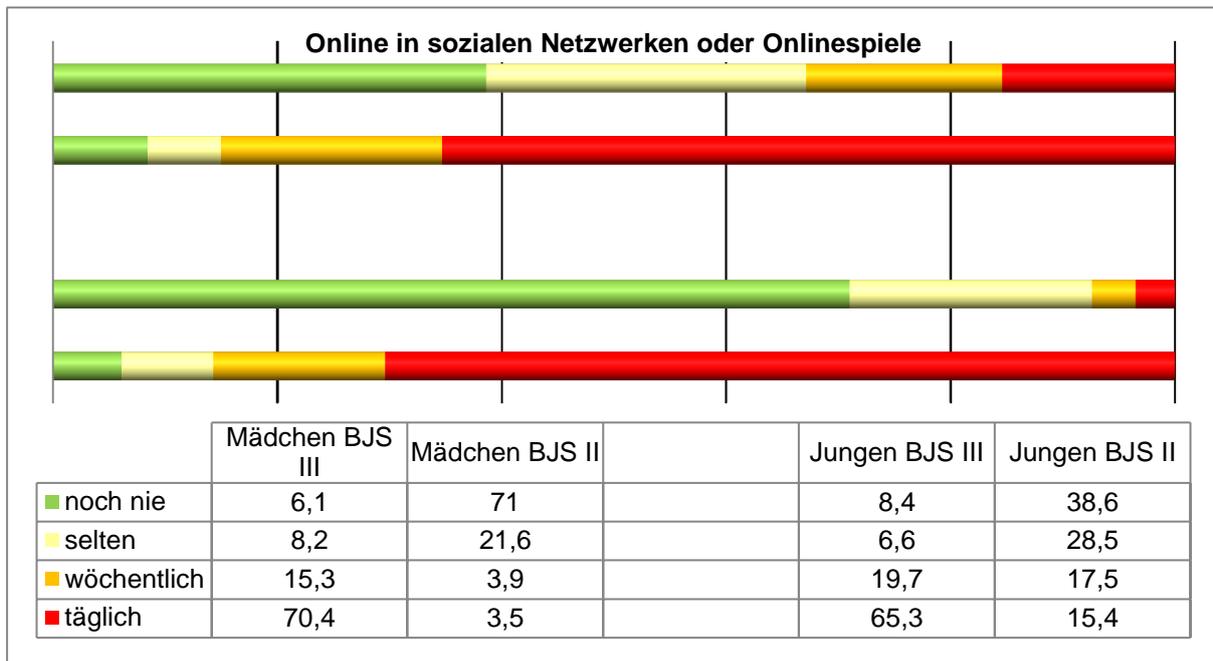
Abbildung 8: Lokale Spiele/Computerspiele (BJS III, 2012/2013)



Konträr ist es bei sozialen Netzwerken und Onlinespielen. Rund 5% mehr Mädchen (insgesamt 70,4%) agieren täglich in sozialen Netzwerken und spielen online, bei den Jungen sind es zweidrittel aller Befragten (insgesamt 65,3%). Insgesamt lässt sich feststellen, dass beide Geschlechter dieses Medium immer intensiver nutzen.

Im Vergleich zur Ersterhebung im Jahr 2008/2009 sind bei beiden Geschlechtern signifikante Veränderungen erkennbar. Abbildung 9 stellt diese charakteristischen Veränderungen im Umgang mit sozialen Netzwerken und Onlinespielen dar. Ursache dafür ist u.a. die Entwicklung und Veröffentlichung von modernen sozialen Netzwerken, wie zum Beispiel Facebook, die eine einfache, schnelle und interessante Onlinekommunikation ermöglichen.

Abbildung 9: Online in sozialen Netzwerken oder Onlinespiele (BJS III, 2012/2013)



3. Angebote und Aufgaben der Suchtprävention sowie der -krankenversorgung

Das Suchthilfeangebot und die Drogenpolitik werden sowohl von EU-Ländern, der Bundesregierung, als auch von anderen Städten in einem Vier-Säulen-Modell beschrieben, das auch als Struktur für die Hilfeangebote in Potsdam dient. Dazu zählen die Säulen:

3.1 Prävention

- Bewahrung möglichst vieler Personen vor Drogenabhängigkeit
- Erhöhung der Kompetenzen im verantwortungsvollen Umgang mit psychotropen Substanzen und ggf. problematisch werdenden Verhaltensweisen
- vielfältige, zielgruppen- und bedarfsorientierte Ansätze

3.2 Schadensminimierung

- Überlebenshilfen
- Konsumkompetenzen
- Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situationen der Abhängigkeit durch niedrigschwellige Hilfeangebote
- Zugang zur Zielgruppe und erhöhte Akzeptanz der Präventionsbotschaften

3.3 Beratung/Therapie/Selbsthilfe

- Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit soll allen Drogenabhängigen ermöglicht werden
- vielfältiges Therapieangebot, das auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten abgestimmt (mit Wahlmöglichkeiten) ist

3.4 Repression – Verhinderung offener Drogenszenen

- Bekämpfung des illegalen Drogenhandels und des organisierten Verbrechens
- ausgenommen werden Konsumierende

Um dem komplexen Krankheitsbild Abhängigkeit zu begegnen, wird Suchtkrankenhilfe und Drogenpolitik in Potsdam von den Akteuren und Einrichtungen übergreifend als notwendigerweise multidisziplinär, integrativ, kooperativ und akzeptierend verstanden (siehe Materialsammlung).

4. Entwicklungsperspektiven Potsdam 2020

4.1 Was ist in Potsdam im letzten Jahrzehnt in der Suchthilfe erreicht worden – was nicht?

Auf der Basis eines Suchtkonzeptes aus dem Jahr 2000 entstand die Weiterentwicklung im Rahmen der „Handlungsempfehlungen des Suchtkonzeptes der Stadtverwaltung Potsdam“ (2004). Zahlreiche der in diesem Konzept aufgeführten Projekte sind in der Zwischenzeit realisiert worden, die Träger der Suchtkrankenhilfe haben darüber hinaus mit weiteren Angeboten erfolgreich gearbeitet. Einige der anvisierten Ziele konnten hingegen nicht erreicht werden.

Die Ziele des Suchtkonzeptes von 2004 sind eingeflossen in mannigfaltige Konzeptionen und in die Haltungen vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es ging im Wesentlichen darum, die Abhängigkeitskranken aus der Illegalität und der Marginalisierung in das gesellschaftliche Leben zurückzuführen und sie zu integrieren. Suchtgefährdeten, drogengebrauchenden und -abhängigen Personen wird die Inanspruchnahme von niedrigschwelliger und bedarfsgerechter Beratung ermöglicht. Sucht ist eine anerkannte Krankheit, behandlungsbedürftig und ohne unterstützende Hilfen nicht zu bewältigen. Den Betroffenen werden darüber hinaus der Zugang und die Inanspruchnahme von Therapie und stabilisierender Nachsorge ermöglicht.

Weitgehend erreicht wurde:

Professionelle zielgruppenspezifische Hilfe im Bereich der Suchtprävention und –beratung basiert auf Akzeptanz und Toleranz. Dieses Ziel ist erreicht - weitere Träger sind hinzugekommen; grundsätzlich ist dieses Ziel erreicht. Eine noch stärkere Verankerung und Wahrnehmung dieses Grundgedankens innerhalb und außerhalb der Suchthilfe sollte in den kommenden Jahren verfolgt werden.

Die Potsdamer Kinder und Jugendlichen setzen sich mit sucht- und drogenspezifischen Themen auseinander. Es sind viele Projekte erfolgreich durchgeführt worden. Hier sollte

künftig im Rahmen regelmäßig durchzuführender Fachgespräche übersichtlicher dargestellt werden, wer und wie oft die Projekte durchgeführt werden und welche Indikatoren der Ermittlung der Zielerreichung zu Grunde gelegt werden und welche Ziele erreicht werden.

Eine Einrichtung für Betreutes Wohnen für alkoholranke Menschen in Potsdam ist erreicht worden durch „Sinalkol“ in der Gutenbergstraße.

Regelmäßige Schülerbefragungen Brandenburger Jugendliche zum Suchtverhalten und Drogenkonsum werden im 4-Jahres-Rhythmus durch die Gesundheitsämter im Land Brandenburg durchgeführt. Dadurch ist es der Landeshauptstadt Potsdam möglich, auf eine solide Datengrundlage über den Substanzkonsum Potsdamer Jugendlicher zurückzugreifen. Dies stellt auch eine wesentliche Grundlage für die kommunale Gesundheits- und Sozialplanung sowie für die Jugendhilfeplanung dar.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen des Kinder- und Jugendschutzes werden eingehalten. Das Einstiegsalter in den Konsum legaler Drogen ist gestiegen. Hier ist eine gesamtgesellschaftliche Verbesserung eingetreten, z.B. durch die Novellierung des Jugendschutzgesetzes 2007 (Absolutes Rauchverbot für Minderjährige in der Öffentlichkeit) und das Brandenburgische Nichtrauchergesetz 2007 (Rauchverbot in allen öffentlichen Gesundheits-, Kultur-, Sport-, Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sowie Heimen). Daneben wird die Einhaltung des Kinder- und Jugendschutzes auch in den präventiv ausgerichteten Angeboten systematisch gefördert.

Teilweise erreicht wurde:

Die Vernetzungsgremien zur Suchtvorbeugung und Suchtbehandlung sollten mit VertreterInnen und allen relevanten Institutionen, Behörden und Einrichtungen bzw. Berufsgruppen sowie allen Potsdamer Parteien arbeiten. Die Fraktionen haben zwar Sprecher benannt, diese sind jedoch in den Gremien nicht aufgetreten bzw. bekannt.

Für spezielle Zielgruppen sollten spezielle Präventionsstrategien vorhanden sein. Dieses Ziel wurde nur zum Teil erreicht, beispielsweise durch Projekte wie SKOLL, Papilio, Be Smart Don't Start (siehe auch Materialsammlung).

Das Ziel, eine gegenseitige Hilfe der Menschen untereinander aufzubauen und zu fördern wurde nur teilweise erreicht: Die Hauptverantwortung liegt bei den Schulen, hier fehlen aber offensichtlich die Ressourcen. Eine Ausbildung von Schülermentoren ist erfolgt, weiterführende Schritte sind jedoch nicht konsequent umgesetzt worden. Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Arbeit bei der Suchtpräventionsfachstelle sind entwickelt worden.

Die Informationen, die durch TV, Funk und Printmedien an Jugendliche vermittelt werden, verhindern die Verherrlichung von Drogenkonsum und enthalten wertvolle Hinweise zur Suchtvorbeugung. Die Öffentlichkeitsarbeit hat sich zwar verbessert, ist jedoch noch nicht zufriedenstellend.

Obdachlose chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke werden entsprechend ihren Bedürfnissen und Bedarfen versorgt. Ein Konzept für dieses Klientel ist gegenwärtig in Arbeit (AG Wohnungslose). Es fehlt eine Einrichtung für „nasse Alkoholiker“. Der Träger „Creso“ arbeitet mit diesen Menschen.

Geschlechterspezifische Angebote sollten vorhanden, alle Angebote sollten gendersensibel gestaltet sein. Die AWO Sucht hat eine Frauengruppe eingerichtet. Es fehlen jedoch noch geschlechter-spezifische Angebote.

Substitutionsangebote (vgl. Glossar) sollten ausreichend vorhanden sein; allerdings substituiert in Potsdam nur ein niedergelassener Arzt.

Jugendliche haben alle nötigen Lebenskompetenzen, um ein suchtfreies Leben zu führen. Sie kennen diesbezüglich gute Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien. Die Ansätze dafür sind grundsätzlich überall vorhanden. Allerdings sind die Indikatoren für Zielerreichung unklar.

Das Ziel, Pädagogen zu suchtspezifischen Themen kompetent zu machen, d.h. sie zur Nutzung regelmäßig entsprechende Angebote zur Fortbildung zu motivieren, ist nur zum Teil erfolgt.

Suchtprävention ist ein Teil der Gesundheitsförderstrategie. Das Gesundheitsamt koordiniert, initiiert und unterstützt Maßnahmen und Projekte zur Erhaltung der Gesundheit sowie gesunder Lebensbedingungen im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung.

Der Konsum legaler Drogen findet in den Betrieben maximal außerhalb der Arbeitszeit statt, dieses Ziel wurde hinsichtlich des Konsums von Alkohol nicht erreicht. Für das Rauchen gibt es neue gesetzliche Regelungen, so dass in Betrieben nur noch an dafür bestimmten Orten geraucht werden darf.

Eltern erhalten umfangreiche Unterstützung und sind für die Suchtprävention sensibilisiert. Dieses in der Suchtkonferenz 2006 wurde konzeptionelle angegangen, aber auf Grund fehlender Ressourcen noch nicht ausreichend erreicht.

Nicht erreicht wurde:

Im Konzept von 2004 war vorgesehen eine konzeptionelle Gesamtstrategie für die Stadt Potsdam von einer expliziten Koordinierungsstelle für Suchtprävention und –beratung zu erarbeiten und umzusetzen. Diese Stelle sollte vernetzen, koordinieren, planen, fortbilden und die Öffentlichkeitsarbeit intensivieren.

4.2 Was muss noch erreicht werden? Übersicht über Zielsetzungen und Akteure

Die vorliegende Fortschreibung des Suchtkonzepts versucht einerseits das Erreichte zu sichern und auszubauen und andererseits die oben genannten, im letzten Jahrzehnt nicht- oder nur teilweise erreichten Ziele zukünftig zu realisieren. Im Mittelpunkt steht dabei die Schaffung einer Koordinierungsstelle für Suchtkrankenhilfe und -prävention. Diese Stelle sollte vernetzen, koordinieren, planen, fortbilden und die Öffentlichkeitsarbeit intensivieren.

a) Ziele und Maßnahmen: kurz-/mittel- und langfristig

Die Fortschreibung des Suchtkonzeptes ergänzt das Bestehende um neue, auch dem gesellschaftlichen und demographischen Wandel geschuldeten Herausforderungen, schärft den Perspektivwechsel in Richtung Prävention – wie er auf Bundesebene schon länger erörtert und gesetzlich gefordert wird – und benennt die Instrumente, die eine erfolgreiche Suchtkrankenhilfe flankieren sollten. Die folgenden bis zum Jahr 2020 zu realisierenden Ziele sind in kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen und Vorhaben untergliedert. Sie haben teils übergeordneten Charakter (z.B. Schaffung einer Koordinatorenstelle), teils müssen sie querschnittlich bzw. für Menschen in bestimmten Alterskorridoren betrachtet werden, z.B.:

- Gesunde Kinder und Familien
 - Kinder aus suchtbelasteten Familien schützen und stärken
 - Familien und Angehörige suchtpreventiv unterstützen

- Gesunde Jugend
 - Risiko- und Konsumkompetenzen Jugendlicher fördern
 - Alkoholprävention bei Jugendlichen
- Gesunder Betrieb
 - Risikolagen erkennen, Suchtgefährdungen reduzieren
 - Suchtrisiken in der Arbeitslosigkeit begegnen
- Gesunde Lebensmittel
 - Risikolagen erkennen
- Älter werden in Potsdam
 - Risikolagen erarbeiten und erkennen

Ziele und Maßnahmen bis 2020	Akteure/Verantwortliche
1. Kurzfristig realisierbare Ziele / Maßnahmen	
Schaffung einer Vollzeitstelle (Sucht-, Psychiatriekoordination). Ressourcen für Vernetzungstätigkeiten der Facharbeitskreise.	Verwaltung
<p>Die Vernetzungsgremien zur Suchtvorbeugung und Suchtbehandlung arbeiten mit Vertreterinnen und Vertreter aller relevanten Institutionen, Behörden und Einrichtungen bzw. Berufsgruppen sowie allen Potsdamer Parteien zusammen. Darüber hinaus werden Fachgespräche mit den Krankenkassen, dem Staatlichen Schulamt und Gesundheit Berlin-Brandenburg initiiert.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit den Stadtverordneten wird forciert. Es erfolgt ein kontinuierlicher Informationsaustausch und Kooperation der Facharbeitskreise mit den SVV-Fraktionen. Die Facharbeitskreise laden die Fraktionen in ihre Beratungen ein.</p>	AG Suchtprävention AK Sucht Fraktionen
<p>Die professionelle zielgruppenspezifische Hilfe im Bereich der Suchtprävention und –beratung basiert auf Akzeptanz und Toleranz. Ein Paradigmenwechsel in der Suchtkrankenhilfe - von der ausschließlichen Abstinenzorientierung zur Lebens-/ Risikokompetenzförderung - ist erreicht. Der Paradigmenwechsel ist dokumentiert und veröffentlicht, Leitlinien für die Suchtprävention, -beratung und –behandlung sind entwickelt.</p>	AG Suchtprävention AK Sucht Gesundheitsamt
Die Potsdamer Kinder und Jugendlichen setzen sich mit sucht- und drogenspezifischen Themen auseinander . Die vorhandenen Ansätze werden ausgebaut und unter den Akteuren abgestimmt. Die Angebote werden in einem einheitlichen Rahmen dokumentiert und auf ihre Zielerreichung überprüft.	AG Suchtprävention AK Sucht Staatliches Schulamt Jugendamt Gesundheitsamt

2. Mittelfristig realisierbare Ziele/ Maßnahmen

<p>Das Einstiegsalter in den Konsum legaler und illegaler Drogen steigt weiter. Es erfolgen systematische Durchführungen von abstinenzfördernden Maßnahmen und Förderung zur Einhaltung des Jugendschutzes in suchtpreventiven Angeboten.</p>	<p>FB Ordnung und Sicherheit Verkaufseinrichtungen Jugendamt Schulen</p>
<p>Regelmäßige Befragungen zum Suchtverhalten und Drogenkonsum der Schülerinnen und Schüler der 10. Klassen der LHP finden alle vier Jahre statt. Es erfolgen Bestands- und Bedarfsermittlungen in allen Alterskorridoren, um weitere zielgruppenspezifische Hilfestrategien zu entwickeln.</p>	<p>Gesundheitsamt Gesundheits- und Sozialplanung Jugendamt</p>
<p>Die Querschnittsthemen Geschlechter-, Alters-/Migrationsspezifik sowie Soziale Ungleichheit werden in allen Angeboten der Potsdamer Suchthilfe/-prävention beachtet. Ein Fachtag zur Umsetzung geschlechtsspezifischen Arbeitens in der Suchtprävention und Suchthilfe wird durchgeführt.</p>	
<p>Ein Modellprojekt zur nachhaltigen Ausbildung von SchülermentorInnen und studentischen MultiplikatorInnen wird entwickelt und umgesetzt.</p>	<p>Schulen offene Jugendarbeit Suchtpräventionsfachstelle</p>
<p>Spezifische Maßnahmen/Programme werden für bestimmte Zielgruppen entwickelt/sind implementiert, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien in besonderen Lebenslagen: <ul style="list-style-type: none"> - Kinder aus suchtblasteten Familien - Trainingsmaßnahmen für erwerbslose konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene - Präventionsangebote für junge Menschen im Nachtleben - Fachkräfte-Schulungen und Ausbildung von Brückenpersonen mit Kompetenzen in der Suchtberatung und -prävention für MigrantInnen - Frühintervention bei alkoholkonsumierenden Jugendlichen - Schaffung eines speziellen wohnortnahen Angebotes für psychisch kranke Alleinerziehende in Krisensituationen - Initiierung eines Angebots für Eltern zur Unterstützung und Sensibilisierung sowie zur Motivation zur 	<p>u.a. Fachbereich Soziales und Gesundheit AK Sucht</p>

<p>Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit Begleitung und Beratung von Seniorinnen - Einrichtung eines „Betreuten Wohnens“ für nasse alkoholranke Menschen in der Stadt.</p>	
<p>Regelmäßige Pressekonferenzen werden durch die Stadt initiiert. Entwicklung einer stadtweiten Kampagne zum verantwortungsvollen Umgang mit z.B. Alkohol (evtl. zusammen mit Land/anderen Landkreisen). Es erfolgt eine Neuaufgabe des Suchtwegweisers der Landeshauptstadt Potsdam mit Darstellung der Selbsthilfe.</p>	<p>Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Marketingbereich Zeitungen Radiosender Stadtfernsehen Händler Veranstalter von Großveranstaltungen Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfe Fraueninitiativen AG Suchtprävention AK Sucht</p>
<p>Der Bedarf an Substitutionsangeboten für Opiatabhängige ist systematisch ermittelt. Substitutionsangebote sind ausreichend vorhanden.</p>	<p>Verwaltung Ärztchammer AK Sucht</p>
<p>Erarbeitung von Präventionskonzepten für Alkohol und Tabak.</p>	<p>Verwaltung AG Suchtprävention</p>
<p>Der Bedarf an niedrigschwelliger Drogen- und Suchtberatung ist systematisch ermittelt. Niedrigschwellige Drogen- und Suchtberatung ist ausreichend vorhanden.</p>	<p>Gesundheitsamt Jugendamt Facharbeitskreise</p>
<p>Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und Betrieben über die Einnahme von legalen oder illegalen sowie leistungssteigerenden Mitteln in Betrieben. Initiierung eines Projekts zur Reduktion des Ausschanks von Alkohol während der Arbeitszeit in Kantinen der Verwaltung und Großbetrieben. Betriebe und deren Beschäftigte sind für die Risiken der Einnahme von leistungssteigerenden Mitteln sensibilisiert. Initiierung eines Aufklärungs- und Informationsprojekts.</p>	<p>Fachstelle Gesunde Landeshauptstadt/Betriebliches Gesundheitsmanagement Betriebe</p>

	Institutionen Krankenkassen
Errichtung einer ambulanten Einrichtung mit Therapieziel „kontrolliertes Trinken“	Verwaltung AK Sucht

3. Langfristig realisierbare Ziele/ Maßnahmen

<p>Jugendliche haben die nötigen Lebenskompetenzen, um ein suchtfreies Leben zu führen. Sie kennen diesbezüglich gute Stress- und Konfliktbewältigungsstrategien (z.B. alle SchülerInnen nehmen an einem systematischen Training zur Lebenskompetenzentwicklung teil). Gesundheitsförderung bildet ein eigenständiges Unterrichtsfach im Lehrplan aller Schulen. Strategien der Gesundheitsförderung sind als Ausbildungsinhalte in Berufsausbildungen fest verankert.</p>	<p>Kitas Schulen Ausbildungsstätten Heime Sportvereine Jugendeinrichtungen Landesregierung</p>
<p>Pädagogen sind zu suchtspezifischen Themen kompetent und nutzen regelmäßig entsprechende Angebote zur Fortbildung. An allen Schulen und Ausbildungsstätten sind kompetente Suchtkontaktlehrer mit ausreichenden Ressourcen zur Beratung und Vermittlung ausgestattet. Lehrkräfte-, Ausbilder/innen- und Jugendhilfe-Fachkräfte-Zertifikatskurse sind entwickelt und implementiert und werden regelmäßig genutzt.</p>	<p>Suchtpräventionsfachstelle Jugendamt Schulen Fortbildungsträger Staatliches Schulamt</p>
<p>Ein ressourcen- und säulenübergreifendes stadtweites Konzept zur Gesundheitsförderung im Sinne des Public-Health-Ansatzes ist erfolgt. Suchtprävention ist darin als Teil der Gesundheitsförderstrategie der LHP verankert. Eine ressourcen- und säulenübergreifende Arbeitsgruppe, die Bedarfe ermittelt sowie Strategien und Handlungsempfehlungen festlegt, ist installiert. In ihr ist die Gesundheits- und Sozialplanung der LHP eingebunden.</p>	<p>Koordinierungsstelle Gesunde Städte- Netzwerk Gesundheitsamt Stadtentwicklung Stadterneuerung Kassenärztliche Vereinigung Ärztinnen und Ärzte Krankenkassen BLS</p>
<p>Obdachlose chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholranke werden entsprechend ihren Bedürfnissen und Bedarfen versorgt.</p>	<p>Fachbereich Gesundheit und Soziales</p>

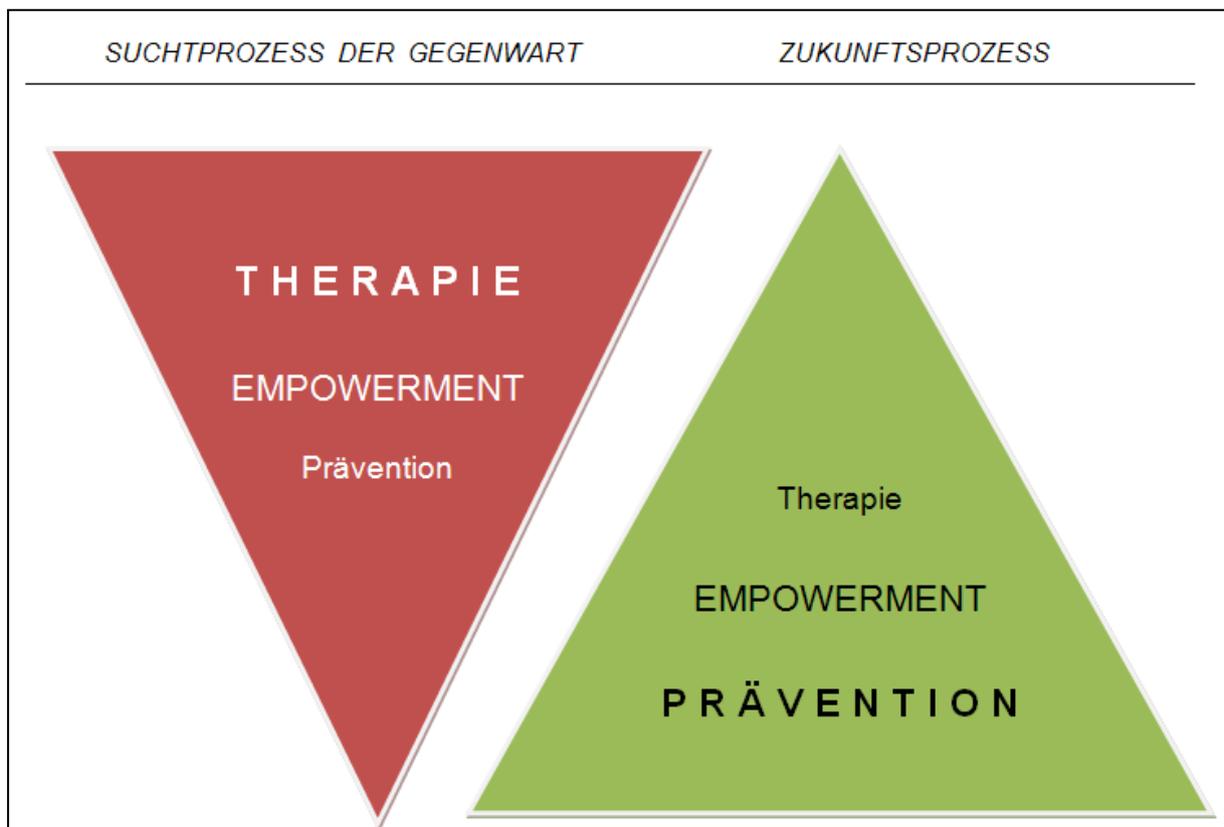
b) Übergreifende Herausforderungen

In der Risikokompetenzbildung, Suchtprävention und Suchtbehandlung finden sich über lebenslagenbezogene Handlungsansätze hinaus altersübergreifende Herausforderungen, die hier beispielhaft genannt sind. Im Ganzen wird es darauf ankommen, den kooperativen Strukturen in der Landeshauptstadt Potsdam eine sinnvolle „Klammer“ beizufügen, die das Handlungsfeld „Sucht“ in seiner Komplexität abbildet und mit fachlichen Synapsen versieht. Die im Suchtkonzept 2004 vorgeschlagene Fachkoordination erscheint nach den bisherigen Erfahrungen unerlässlich und als „Drehscheibe“ eine lohnende Investition für weitere positive Entwicklungstrends. Dabei ist es von geringerer Bedeutung, ob diese Fachkoordination intern oder extern verortet ist, solange sie ihre Aufgabe makelnd versieht und mit einem Mehr an Miteinander und Zugewinn an neuen Partnern auszugestalten versteht. Die übergreifenden Herausforderungen sind im Folgenden skizziert:

- Lokale Alkohol- und Tabakprävention
- Hilfen für MigrantInnen
- Überleitungsmanagement ausbauen
- Einbezug von Krankenkassen und Schlüsselinstitutionen, Schaffung neuer Bündnisse, Gewinnung der Zivilgesellschaft
- Kooperation von Jugend-, Suchthilfe und Schulbereich
- Kontinuitätsmodus in der Finanzierung
- Systematische Kooperation und Kommunikation
- Vernetzende Fachkoordination
- Sektoren und Lebenslagen verbindender Steuerungskreis
- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Qualitätsrahmen für die Suchtarbeit
- Fortbildungen zum Jugendschutzgesetz finden statt

Die in der Materialsammlung ausführlich skizzierten fachlichen und instrumentellen Perspektiven beschreiben einen auf Zukunft und Mehrwert angelegten Suchtarbeitsprozess. Dabei geht es nicht in erster Linie um eine Ausweitung fachlicher Budgets („mehr Geld“), sondern um eine durchdachte Verzahnung und Verschränkung an verfügbaren Mitteln. Die Investition in eine fachliche Koordination wird sich auch deshalb lohnen, weil mit ihr eine geordnete ‚Umdrehung‘ in der Suchtarbeit stattfinden kann: hin zu einem Mehr an systematischer Gesundheitsförderung und Prävention, an Suchtvermeidung und Konsumkompetenz, an Lebenssicherheit und Risikominimierung, bei gleichzeitig gezielten alternativen Anreizen. Das kann mittelfristig hohe Aufwendungen im Behandlungs- und Therapiesystem eingrenzen, ersetzt aber nicht die notwendige Suchthilfe und ihre qualitative Arbeit. Der Umkehrschub erleichtert vielmehr auch deren Tätigkeit und Ringen um nachhaltigen Erfolg, der nur ein gemeinsamer sein kann. Nach gelungener Therapie fängt die Vorsorge (Prävention) vor einem Rückfallrisiko und erneuter Suchtgefährdung wieder an.

Abbildung 10: Suchtprozess – Gegenwart und Zukunft



c) Evaluation und Monitoring

Zur Konkretisierung der Ziele werden Aktionspläne, für jeweils die nächsten 2 Jahre erarbeitet. Beginnend Anfang 2014.

Zur Überprüfung und Fortschreibung des vorliegenden Suchtkonzeptes sollte alle zwei Jahre eine städtische Fachkonferenz mit allen fachlichen und politischen Verantwortungsträgern stattfinden (vgl. Beispiele aus 2006, 2009, 2010).

Glossar – Erläuterung der Fachbegriffe

Abhängigkeitssyndrom	Auf das Verhalten bezogene, kognitive und körperliche Phänomene, die sich nach wiederholter Einnahme von psychoaktiven Substanzen entwickeln
Amphetamine	Synthetisch hergestellte Substanz mit stimulierender Wirkung
Doping	Einnahme von Substanzen zur Steigerung der (meist beruflichen und sportlichen) Leistung.
Drogenaffinitätsstudie	Von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durchgeführte Repräsentativbefragung zum Drogenkonsumverhalten der 12 – 25-Jährigen Bevölkerung in mehrjährigen Abständen
Ecstasy	Psychoaktives Amphetamin, Rausch- oder Freizeitdroge
Epidemiologischer Suchtsurvey	Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen
evidenzbasiert	Auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit (z.B. in der Medizin)
Inkubation	Zeit zwischen Infektion mit einem Krankheitserreger und dem Auftreten erster Symptome
Konsumprävalenz	Verbreitung von Drogengebrauch
Legalstatus	Rechtliche Stellung (z.B. einer Substanz)
LSD	Droge, die Veränderungen im Denken und Fühlen und somit eine stark veränderte Wahrnehmung der Realität bewirkt
Neuro-Enhancement	Einnahme von psychoaktiven Substanzen aller Art mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung
Paradigmenwechsel	Wandel grundlegender Rahmenbedingungen
Pathologisches Glückspiel	Unfähigkeit eines Betroffenen Impulsen zum Glücksspiel oder Wetten zu widerstehen

Pilze	Psychoaktive Pilze die Rauschwirkung haben
Prävalenzzeitpunkte	Messzeitpunkt der Verbreitung eines Verhaltens (z.B. eines Drogenkonsumverhaltens)
Psychoaktive Substanzen	Rauscherzeugende Mittel
psychotrop	die Psyche des Menschen beeinflussend (z.B. Droge)
Public-Health-Ansatz	Ansatz, die geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit in einer Gesellschaft zusammen zu betrachten
Riskanter Alkoholkonsum	Alkoholgebrauch über einer bestimmten Grammmzahl reinen Alkohols
Safer use	Risikoarmer Konsum von Drogen
salutogenetisch	Blickrichtung der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit
Substitution	Ersatz von Stoffen, die der Körper des Patienten nicht selbst produzieren kann (z.B. Substitutionstherapie)
Verhaltensprävention	Vermeidung und Minimierung bestimmter gesundheitsriskanter Verhaltensweisen beim Menschen
Verhältnisprävention	Vermeidung und Minimierung bestimmter gesundheitsriskanter Lebensbedingungen des Menschen
Vulnerabilität	Verwundbarkeit und Verletzbarkeit (des Menschen)
Work-Life-Balance	Einklang von Arbeits- und Privatleben

