



**LGL**

## Suchtprävention – Risiken und Nebenwirkungen

Rosenheim, 21.11.2018

Martin Heyn

# **Suchtprävention** Risiken und Nebenwirkungen

**Was ist heute eine *natürliche Entwicklung*?**

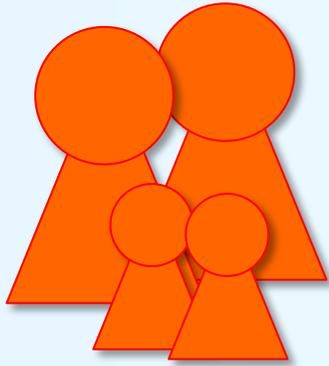
**Woher nehmen wir das Recht, andere beeinflussen zu wollen?**

**Was glauben wir, beeinflussen zu können / zu müssen?**

**>eine informierte und abgewogene Entscheidung.**

# **Suchtprävention** Risiken und Nebenwirkungen

- **Kindheit: früher und heute**
- **Einiges bewegt – Veränderungen exemplarisch**
- **Zielgruppen – adressieren wir die „Richtigen“  
mit „dem Richtigen“ (SUCHTprävention)?**
- **Wechselbeziehungen Familiengesundheit - Kindergesundheit**
- **Mögliche Fehlschlüsse und Stigmatisierungsfallen**
- **Haltung in der Prävention / Gesundheitsförderung**
- **Take Home Botschaft**



## Kindheit, früher (über vierzig Jahre zurück):

- Stützräder am Fahrrad wurden abmontiert
- Fahrradhelme gab es noch keine
- es gab Rollschuhe, Knie- und Ellbogenschoner nicht
- Der Schulweg wurde zu Fuß zurückgelegt
- Freizeit war nach den Hausaufgaben noch wirklich Freizeit.
- Das Fernsehen hatte drei Programme.
- „Digitale Medien“ gab es nicht mal als Begriff.
  
- Es gab Langeweile,  
aber auch Raum für Kreativität.

## Kindheit heute bedeutet:

- seltener mit Geschwistern aufzuwachsen
- häufiger zwei berufstätige Elternteile zu haben
- häufiger nur mit einem Elternteil oder in Patchworkfamilien groß zu werden
- häufiger umzuziehen, mit der Notwendigkeit sich neue Freunde zu suchen
- seine Freizeit mehr drinnen als draußen zu verbringen
- häufiger Fast Food statt regelmäßige Mahlzeiten in der Familie zu sich zu nehmen
- mehr Zeit mit Fernsehen und elektronischen Medien zu verbringen und dies oft auch allein.



## Kindheit heute bedeutet aber auch:

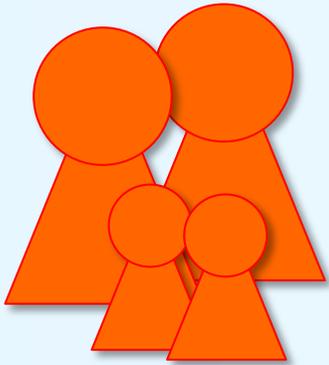
- frühere Selbständigkeit durch einen weniger autoritären Erziehungsstil
- mehr individuelle Förderung und kindgerechte Bildungsangebote
- auf Reisen die Welt schon in der Kindheit kennen zu lernen
- nach der Schule Ausbildungsoptionen zu haben
- aber auch schon in jungen Jahren mehr unter Leistungsdruck zu stehen.



## Die Familie heute in Bayern

...nimmt neben dem kulturellen Umfeld und der sozialen Lage wesentlichen Einfluss auf die Sozialisation und das psychische und physische gesunde Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen.

6,1 Millionen Privathaushalte: 2,06 Personen



1,9 Millionen Familien mit durchschnittlich 3,44 Personen

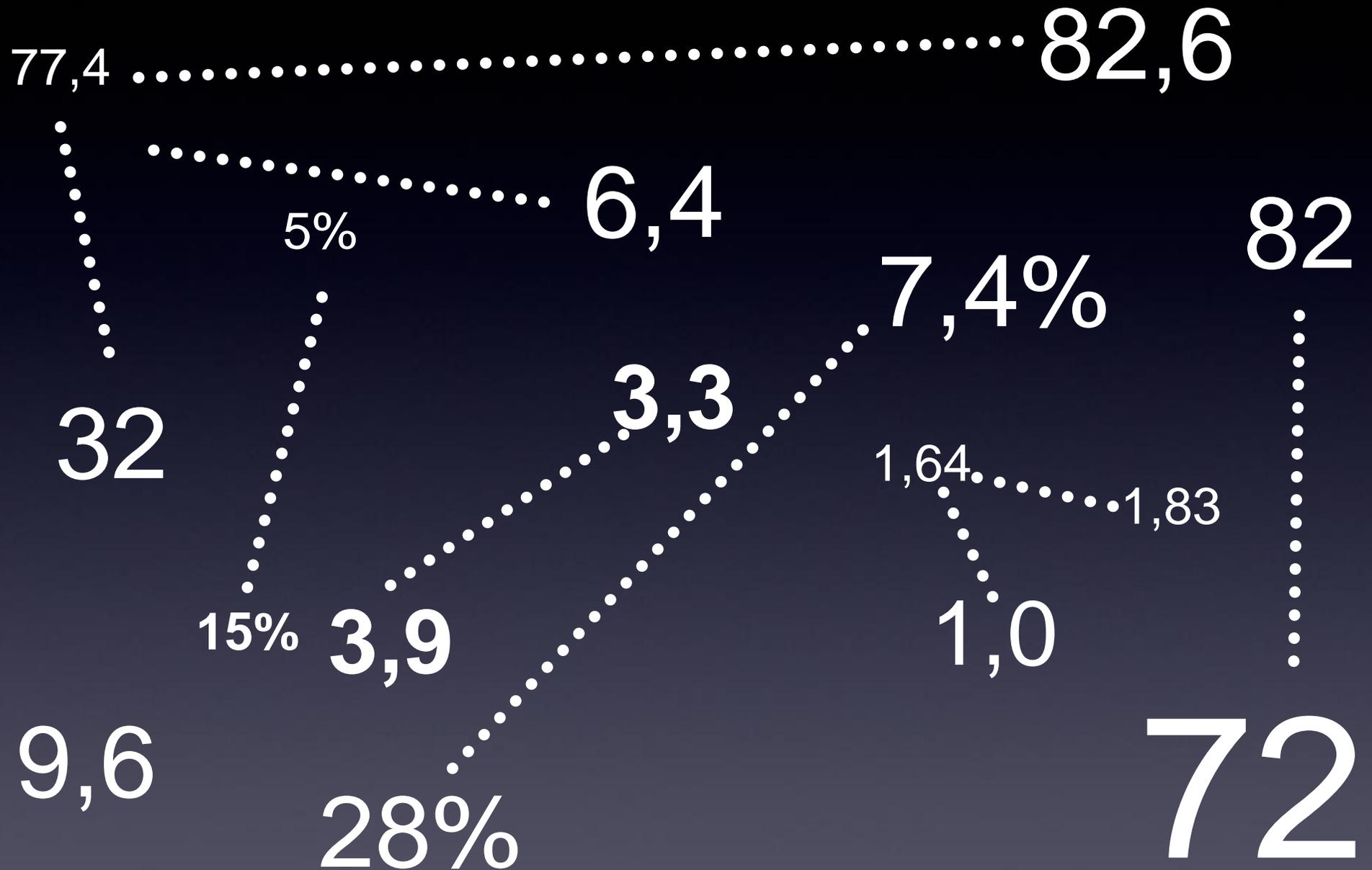
Dabei leben

- 50% der Familien mit einem Kind
- 38% mit zwei Kindern
- 12% mit drei und mehr Kindern.

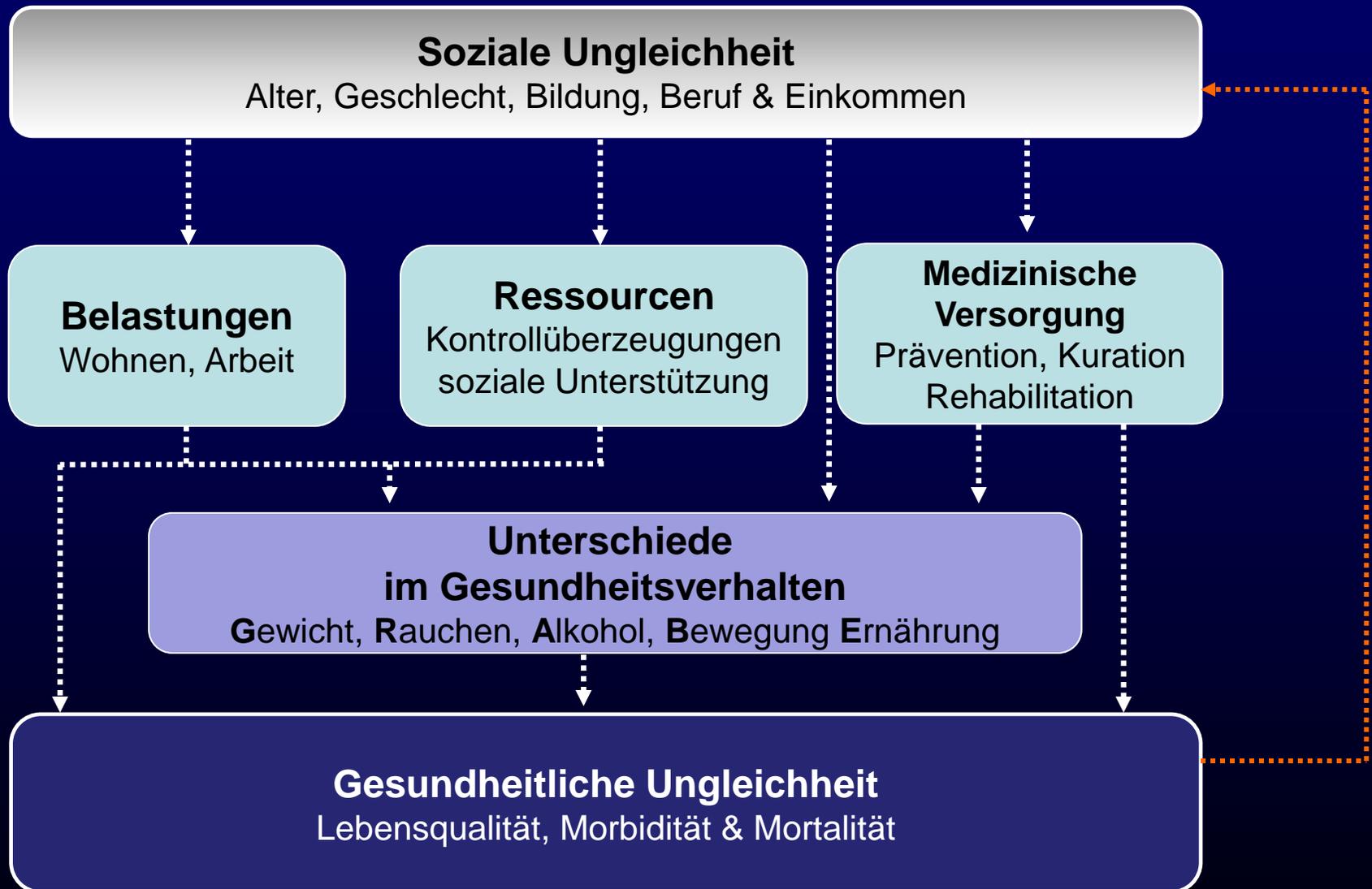
2013 in Bayern 223.000 Alleinerziehende (17% der Familien)  
Fast 20.000 Kinder waren in 2013 neu von Scheidungen betroffen.

Angaben nach Mikrozensus.

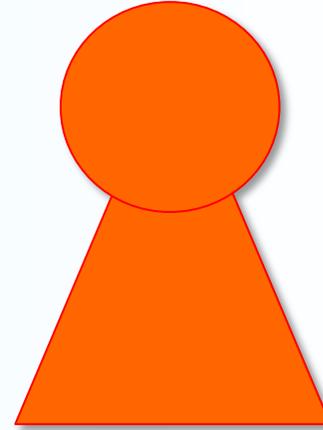
# Ausgewählte Zahlen zur Gesundheit und sozialen Lage



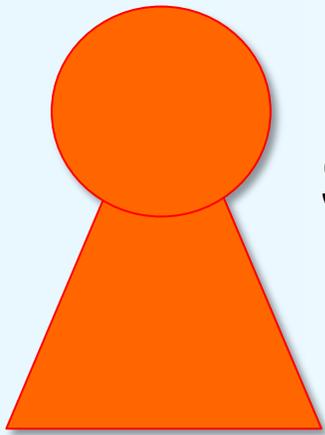
# Soziale Ungleichheit & Gesundheit. angelehnt an Mielck, 2000



# Suchtprävention

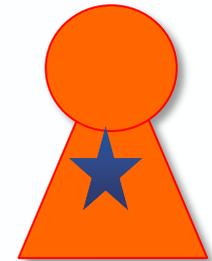


weckt Neugier und Probierlust,  
stigmatisiert und  
missachtet ethische Normen?

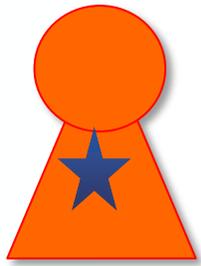


# Stigmatisierung

Kurze Begriffsklärung



# Stigmatisierung



> griech. Wund- oder Brandmal, diente zur Kennzeichnung von Sklaven als unreine Personen.

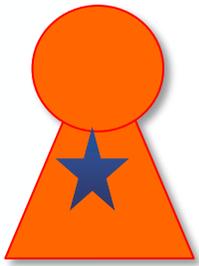
...von sozialer Stigmatisierung ist dann die Rede, wenn verschiedene Komponenten wie Etikettierung, Stereotypisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung gemeinsam im Kontext eines Machtgefälles auftreten.

> auch in therapeutischem, beratendem und präventivem Rahmen.

*Kurz: Stigmatisieren bedeutet: schlecht über bestimmte Menschen zu denken und diese in der Gesellschaft schlecht zu behandeln.*

Vgl. Link und Phelan, 2001

# Stigmatisierung: Stereotypen, Vorurteile und Diskriminierung



Stereotypen sind negative kollektive Meinungen über soziale Gruppen (Menschen mit psychischer Erkrankung sind schwierig).

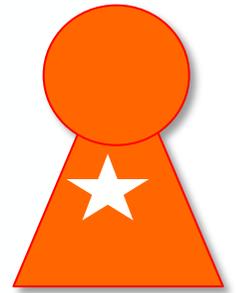
Vorurteile unterstützen diese negativen Stereotypen und führen zu negativen emotionalen Reaktionen (sie machen mir alle Angst).

Werden daraus Verhaltenskonsequenzen gezogen, führt dies zur Diskriminierung, jedoch nur dann wirksam, wenn sie mit sozialer, wirtschaftlicher, politischer oder publizistischer **Macht** verbunden sind.

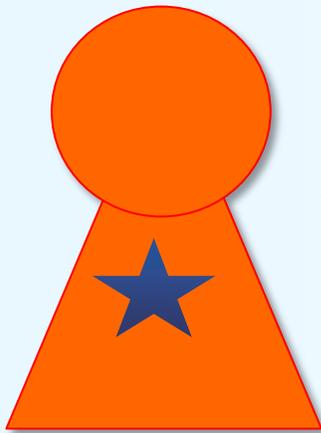
Sic! Soziale Stigmata können auch positiv, identitätsstiftende Funktion haben.

Vgl. Link und Phelan, 2001

# Vermeidung von Stigmatisierung – aber wie?

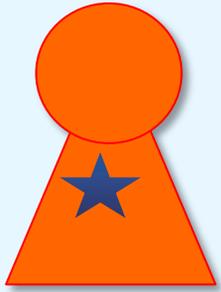


- Offene Fehlerkultur: negative Effekte sollten offen diskutiert werden, regelmäßiger Austausch – standardisierte Formen
- Verbindliche Tools zum Projektmanagement und Qualitätskriterien (12 Kriterien, Checklisten etc.)
- Konsequente Ressourcenorientierung  
Partizipation und Empowerment – weg von defizitorientierter Sichtweise hin zu Ressourcen stärken, Förderperspektive
- Verhältnisprävention nicht vernachlässigen!  
Von individuenbezogener Sicht zu Kontextfaktoren und Struktur.



# Sucht vs. Abhängigkeit

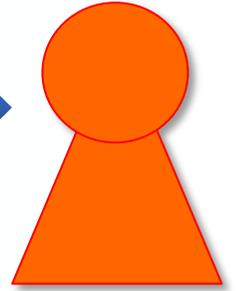
Präventionsideologie vs. Gesundheitsförderung



1963 hat die WHO den Suchtbegriff zugunsten des Abhängigkeitssyndroms aufgegeben .  
→dennoch bis heute: SUCHTprävention

*"Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums".(Klaus Wanke)*

# Präventionsideologie



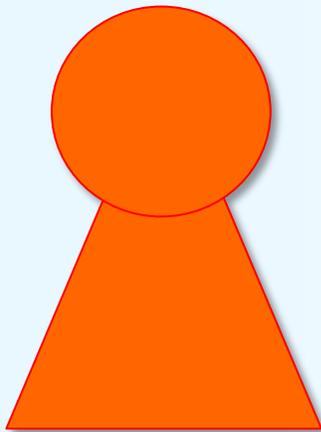
Provenienz: medizinische Prävention (vermeiden / zuvorkommen)

Mögliche Abweichung, Entfaltung von Risikopotentialen  
→frühestmögliche Intervention, Verhinderung negativer Entwicklung

vs.

Förderung positiver Entwicklung, Förderung autonomer Subjekte,  
Persönlichkeitsentwicklung, Selbstentfaltung, Mitverantwortung, soziale  
Integration

Erfahrungsräume von Kindern und Jugendlichen immer mehr eingegrenzt → nicht  
was jemand tut, sondern was er tun könnte, macht ihn zum Objekt von  
Präventionsbemühungen



# Haltung und Ethik

Vom IST zum WIE ES SEIN SOLLTE.



# Haltung und Ethik

Vom IST zum *WIE ES SEIN SOLLTE*.

**Pflichtenethik** nach dem kategorischen Imperativ von Kant, nach dem man stets so handeln sollte, dass die Maxime des Handelns Grundlage für ein allgemeines Gesetz sein kann.

**Tugendethik** geht von persönlichen Tugenden, wie Tapferkeit oder Wahrhaftigkeit aus.

**Konsequentialistische Ethik** zielt auf die Folgen des Handelns ab (Utilitarismus -> Public Health)



Handlung gilt dann als ethisch gerechtfertigt, wenn der Gesamtnutzen positiv ist, selbst wenn einige Menschen dabei Nachteile in Kauf nehmen müssen.

Grenze: Art. 1 GG

„Handle so, dass du in deinem Verantwortungsbereich mit dem Einsatz all deiner Ressourcen an Hörfähigkeit, Aufmerksamkeit und Liebe, aber auch Manpower und Zeit immer beim jeweils Schwächsten beginnst, bei dem es sich am wenigsten lohnt.“

Klaus Dörner



# Haltung und Ethik

Konsens über eine „richtige Ethik“ existiert nicht.

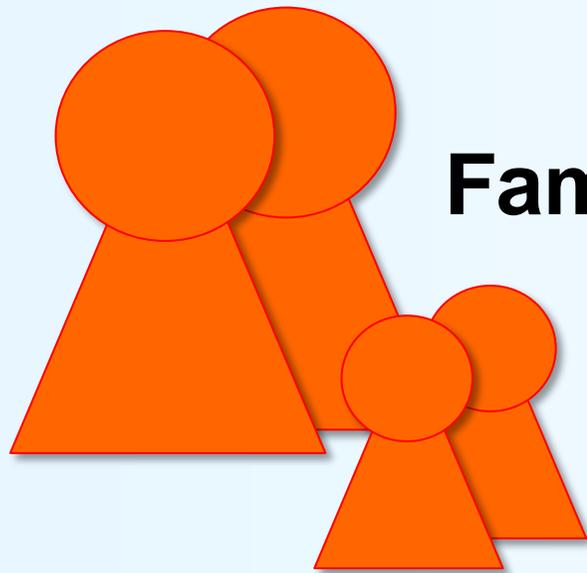
Vier Prinzipien im angelsächsischen Raum:

Autonomie – Wohltätigkeit – Nichtschädigung – Gerechtigkeit

Im deutschsprachigen Raum für eine Public-Health-Ethik:

- Maximierung des gesundheitlichen Gesamtnutzens und Bevölkerungsschutzes
- Achtung der Menschenwürde
- Gerechtigkeit
- Effizienz und Verhältnismäßigkeit

Siehe auch: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, BzgA, Ethik in der Gesundheitsförderung und Prävention, <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/ethik-in-der-gesundheitsfoerderung-und-praevention/>

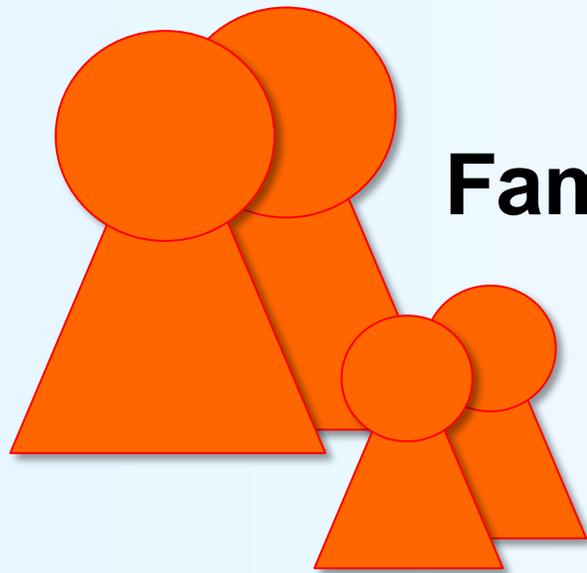


# Familie und Gesundheit

Auswirkungen konkret

## **Gesundheit der Kinder in Bezug auf den Bildungsabschluss der Eltern.**

<https://www.dak.de/dak/bundes-themen/kinder--und-jugendreport-2004276.html>



# Familie und Gesundheit

Gesundheitskompetenz

# HEALTH LITERACY - Definitionen

„Unter Gesundheitskompetenz sind die kognitiven und sozialen Fähigkeiten zu verstehen, die Individuen motivieren und ermöglichen, sich Zugang zum Verständnis und zur Nutzung von Informationen zu verschaffen, um zur Erhaltung der Gesundheit beizutragen... Gesundheitskompetenz ist Teil von Empowerment“ (Nutbeam 1998)

Gesundheitskompetenz basiert auf Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität, während des gesamten Lebens erhalten oder verbessern. (Sorensen et al. 2012)

finden

verstehen

beurteilen

anwenden

# HEALTH LITERACY — im Bezug

**Gesundheitskompetenz ist immer relational zu verstehen, denn sie**

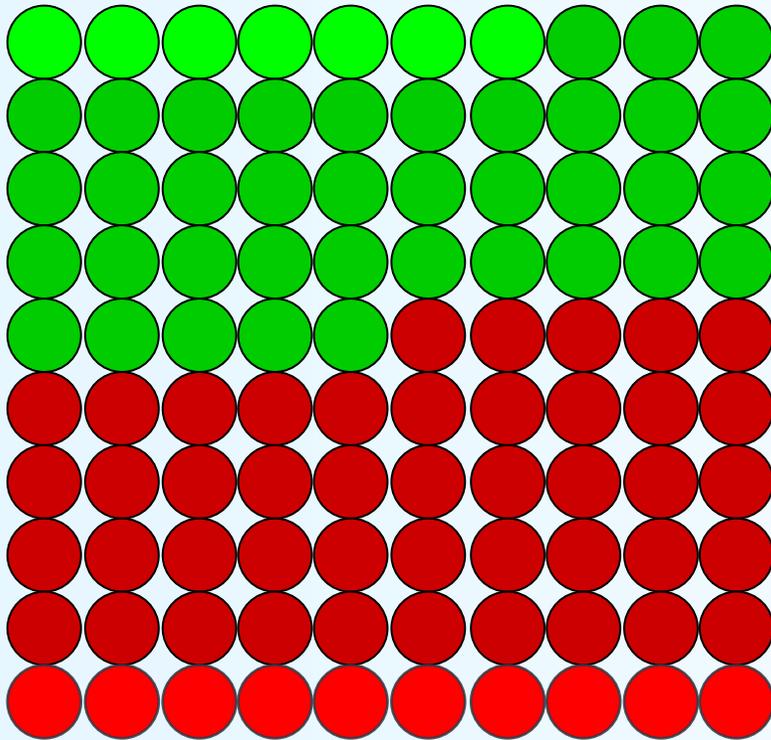
- **beruht auf den persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten jedes Einzelnen**
- **ist ebenso von den Anforderungen und der Komplexität des Systeme, Organisationen und Lebenswelten abhängig, in denen Menschen sich aufhalten und Entscheidungen treffen.**

Fertigkeiten und  
Fähigkeiten des  
Einzelnen

HEALTH  
Gesundheitskompetenz  
LITERACY

Anforderungen und  
Komplexität des  
Systems

# Gesundheitskompetenz in D



**7** von 100 Deutschen haben ein  
exzellentes Health-Literacy Niveau

**38** von 100 Deutschen haben ein  
ausreichendes Health-Literacy Niveau

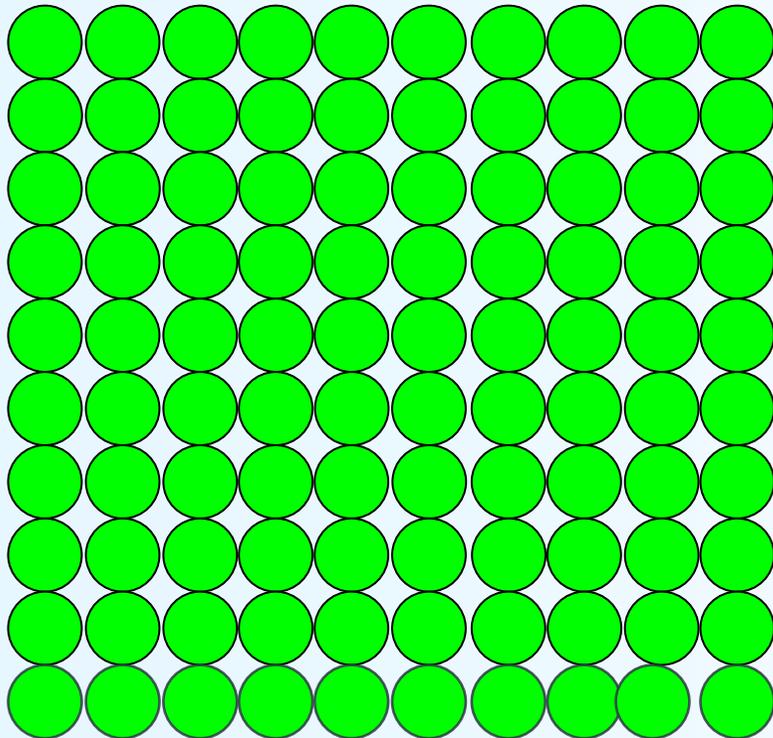
**45** von 100 Deutschen haben ein  
problematisches Health-Literacy Niveau

**10** von 100 Deutschen haben ein  
inadäquates Health-Literacy Niveau

**54,3%**

Mehr als die Hälfte der Deutschen hat  
Schwierigkeiten im Umgang mit  
Gesundheitsinformationen.

# Einschub: funktioneller Analphabetismus



**7,5 Millionen Deutsche**  
gelten als funktionelle Analphabeten.

ist dann gegeben, wenn die **schriftsprachlichen Kompetenzen** von Erwachsenen niedriger sind als diejenigen, die minimal erforderlich sind und als selbstverständlich vorausgesetzt werden, um den jeweiligen gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Dies bedeutet, dass die Fähigkeiten von f.A. insb. im **sinnverstehenden Lesen und die Fähigkeit sich schriftlich ausdrücken** zu können **nicht ausreichen**, um **schriftsprachliche Anforderungen des täglichen Lebens und einfachster Erwerbstätigkeit bewältigen zu können.** (vgl. alphabund, DLR ev. 2011)

**44,5%**

der Deutschen finden es schwierig, die Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen

Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz

...haben häufiger einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand und leiden häufiger unter chronischen Erkrankungen

... wissen oft nicht, wohin sie sich mit einem gesundheitlichen Problem wenden sollen.

... nehmen häufiger Medikamente

... gehen häufiger ins Krankenhaus und nutzen häufiger den ärztlichen Notdienst

**49,3%**

der Deutschen finden es schwierig zu beurteilen, wann sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten.

# Ansprache

- Als wichtigste Anlaufstelle bei der Suche nach gesundheitsrelevanter Informationen wird der Hausarzt gefolgt vom Facharzt genannt.

Und :

- Jeder Dritte mit ausreichender Gesundheitskompetenz gibt an, das Internet als Informationsquelle zu nutzen, ist es bei eingeschränkter Gesundheitskompetenz nur jeder Fünfter. - > Hinweis auf eine „digitale Kluft“

Ärzte sind eine wichtige Informationsquelle, aber ihre Ausführungen werden häufig nicht verstanden.

# ZIEL-Gruppen

In bestimmten  
Bevölkerungsgruppen ist  
der Anteil der Menschen  
mit geringer  
Gesundheitskompetenz  
besonders hoch

Menschen mit niedrigem Bildungsstatus

Menschen in höherem Lebensalter

Menschen mit Migrationshintergrund

Menschen mit chronischer Erkrankung

# Warum wird Gesundheitskompetenz immer wichtiger?



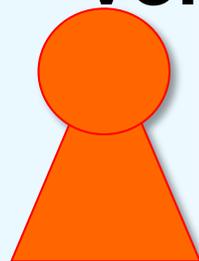
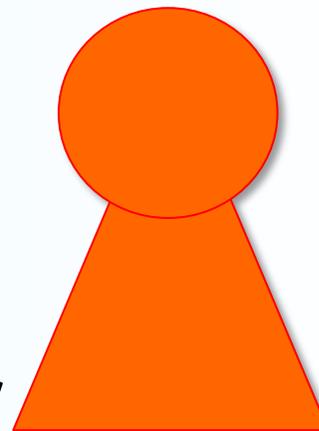
Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz haben schlechtere Ergebnisse in der (Kranken-)Behandlung. Sie...

- nehmen **Vorsorgeangebote** weniger in Anspruch
- brauchen mehr medizinische **Notfallbehandlungen**
- werden häufiger hospitalisiert
- verstehen Gesundheitsinformationen schlechter
- sind weniger in der Lage, **Medikamente** richtig einzunehmen
- haben eine **schlechtere Mitwirkung** an Behandlung und Pflege
- haben **schlechtere Behandlungsergebnisse**
- haben ein höheres Risiko, Komplikationen zu erleiden
- haben mehr ungeplante Wiederaufnahmen
- verursachen etwa 3-5% der Krankenbehandlungskosten

vgl. Berkman et al 2011 sowie Studien in Brach et al. 2012

Tauschen Sie sich noch einmal mit Ihrer/m Sitznachbar\*in aus.

**Wen sollten wir  
mit unseren  
Präventions-  
maßnahmen lieber  
verschonen?**



Adressatenfrage klären.

3:00

Achtung, es kommt eine zentrale Folie:

# Eigenverantwortung oder gesellschaftliche Aufgabe?

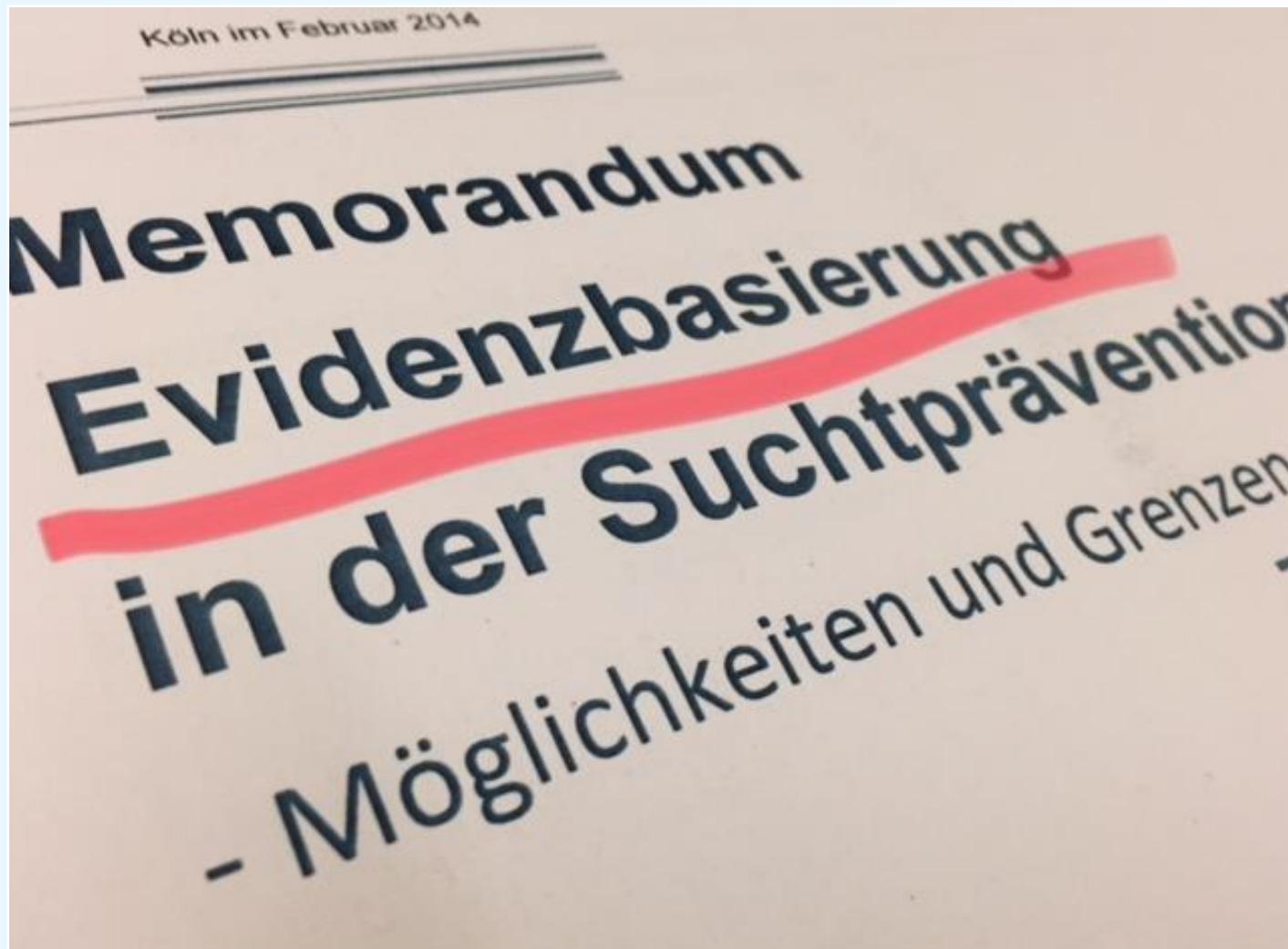
## > Eigenverantwortung *ist* gesellschaftliche Aufgabe!

- Bürger\*innen in unterschiedlichen Rollen können Eigenverantwortung nur innerhalb **konkreter gesellschaftlicher Bedingungen** ausüben.
- Diese gesellschaftlichen Bedingungen können Eigenverantwortung **ermöglichen oder erschweren**, z.B. ist ohne Transparenz und Verständlichkeit von Informationen Eigenverantwortung nur schwer möglich! Es ist daher eine Aufgabe der Gesellschaft **Bedingungen zu schaffen**, die Eigenverantwortung ermöglichen.
- Eigenverantwortung basiert aber auch auf **persönlichen Voraussetzungen**. Daher ist auch eine gesellschaftliche Aufgabe Lernmöglichkeiten anzubieten, durch die ein ausreichendes Maß an persönlichen Voraussetzungen für Eigenverantwortung von Bürger\*innen erworben werden kann.
- Daher ist es eine **gesellschaftliche Aufgabe Eigenverantwortung zu ermöglichen, wenn diese gewollt wird.**

Eine gesundheitskompetente Organisation erleichtert es den Menschen, Informationen und Dienste zu navigieren, zu verstehen und zu benutzen um auf ihre Gesundheit zu achten.

Brach et al. 2012

# Was wirkt?



# Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Präambel des Memorandums 2014

Es geht hier vor allem um die **Nutzung** von Erkenntnissen und Wissen. Dies ist also der eigentliche Kern von „Evidenzbasierung“



Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen **Nutzung** der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen **Erkenntnisse** als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die **Generierung** neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.



Evidenzen sind also neben wissenschaftlichen **Erkenntnissen** auch das Praxiswissen der Anwender und das Wissen der Zielgruppe (z.B. Jugendliche)

Evidenzen werden in der Regel in Forschungsprojekten ermittelt („**generiert**“). Die gewählten Forschungsmethoden sollten das Wissen der Praxis und der Zielgruppen mit einbeziehen.



# Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Präambel des Memorandums 2014

Die Forschung krankt häufig an der fehlenden Übertragbarkeit in den Alltag, die Praxis ist oft zu sorglos in Bezug auf die Effekte ihrer Arbeit. Deshalb ist eine **Verständigung** wesentlich.



Evidenz in der Suchtprävention ergibt sich demnach aus der Integration von wissenschaftlich generierter Evidenz, dem Erfahrungswissen aus der Praxis und dem subjektiven Wissen der Zielgruppen. Evidenzbasierte Suchtprävention ist dementsprechend nicht gleichzusetzen mit der Erstellung von **Wirksamkeitsnachweisen**.

Die **Verständigung** zwischen Forschung und Praxis über zentrale Dimensionen, Inhalte und Vorgehen ist für eine evidenzbasierte Suchtprävention erforderlich und von beiden Seiten gleichermaßen zu fördern.



**Wirksamkeitsnachweise** werden bei der Generierung von Evidenzen verlangt, nicht bei der Umsetzung von Evidenzen. Nicht jedes Präventionsprojekt muss einen Wirksamkeitsnachweis vorlegen.

# Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Präambel des Memorandums 2014

Evidenzbasierte Suchtprävention erfordert zwingend die Diskussion von **Wertefragen** und deren Entscheidungen in allen Phasen der Nutzung und Genese von Evidenz.

**Ethische Fragen** werden häufig vernachlässigt, sind aber gerade in der Prävention von großer Bedeutung.

Evidenzbasiertes Handeln und Forschen in der Suchtprävention benötigen einen klaren, realistischen Auftrag vonseiten der Auftraggeber, eine angemessene finanzielle Ausstattung und genügend qualifiziertes Personal. Wenn diese Rahmenbedingungen nicht gegeben sind, ist evidenzbasierte Suchtprävention nicht möglich.

Die Evidenzbasierung des Handelns muss im Alltag selbstverständlicher werden.

Evidenzbasierte Suchtprävention ist strukturell bei allen an der Suchtprävention beteiligten Institutionen und Entscheidungsträgern zu **verankern**.

# Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Präambel des Memorandums 2014

Die Verbesserung der Qualität lässt sich dadurch erreichen, dass **nicht** alle Projekte beforscht werden, sondern dass **alle Projekte Prinzipien der Evidenzbasierung beachten.**



Die nachfolgenden Ausführungen anerkennen grundsätzlich die Limitationen empirisch generierter Evidenz: Nicht alles relevante Wissen für eine wirkungsvolle Suchtprävention kann empirisch erfasst werden, und nicht alles, was empirisch erfasst werden kann, ist für eine wirkungsvolle Suchtprävention relevant.

Durch eine konsequente Beachtung und Umsetzung von Evidenzbasierung erwarten wir mittel- und langfristig eine **qualitative Verbesserung der Suchtprävention** in Deutschland. Eine solche Verbesserung ist aus unserer Sicht unabdingbar.



In der Suchtprävention lassen sich aufgrund der langen Verläufe und wechselhafter Konsummuster Evidenzen nicht immer sicher empirisch erheben. Das heißt aber nicht, dass darauf verzichtet werden kann.

# Evidenzbasierung in der Suchtprävention

Relevante Bezugsdisziplinen zur Weiterentwicklung der Evidenzbasierung



# Evidenzbasierung in der Suchtprävention

## Standards

### Projektbezogene Qualitätsstandards der Suchtprävention in Bayern

Die Standards sind evidenzbasiert und orientieren sich an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Für die in der Suchtprävention tätigen Fachkräfte sollen diese (selbst) verpflichtenden Charakter haben und darüber hinaus auch strukturelle Wirkungen entfalten. Die komprimierte Checkliste erleichtert die Planungsbegleitende Selbstreflexion. Ziel ist, die Qualität der Suchtprävention in Bayern zu sichern und weiter zu entwickeln. Dies ermöglicht ein erhöhtes Maß an Transparenz und gibt Orientierung für die Ressourcenvergabe.



UnterAK von NAKS/BAKS Nürnberg, 19.3.12

# Take Home Message

- Reflektieren Sie Ihre Ansätze, Programme und Maßnahmen
  - Lassen Sie sich irritieren!
  - Wie niedrigschwellig ist z.B. unsere Beratungsstelle?
- Suchen Sie sich eine/n Partner\*in der Wissenschaft.
- (Persönlichkeits-) Bildung in den Mittelpunkt rücken.  
Risikofaktoren relativ betrachten.
- Soziale Benachteiligung und Gesundheitliche Chancenungleichheit stärker in den Fokus nehmen, Vorsicht vor der Stigmatisierungsfalle
- Balance finden zwischen Rahmen geben und Freiheiten lassen.
- Und: Schaffen auch Sie sich Räume zum Innehalten und Reflektieren.



**LGL**

[Martin Heyn, zpg.bayern.de](mailto:martin.heyn@zpg.bayern.de)