



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ
ZENTRUM FÜR WEITERBILDUNG

MASTERTHESE
zur Erlangung des akademischen Grades
“Master of Science”, M.Sc.

Hochschullehrgang mit Masterabschluss
Neurowissenschaft und Bildung

Missbräuchlicher Konsum von Alkohol und Cannabis
Eine empirische Studie des Sucht- und Gefahrenpotentials bei Jugendlichen

vorgelegt von
Vanessa Leblhuber, B.Ed.

Betreuung
Dr. Nina Jelinek
Dr. Thomas Schöftner

Matrikelnummer
01355192

Wortanzahl
21.815

Linz, 01.02.2023

Abstrakt

Die vorliegende Masterarbeit behandelt das Thema Sucht bei Jugendlichen und konzentriert sich dabei vor allem auf die Substanzen Alkohol und Cannabis. So erfolgt eine Gegenüberstellung der Gefahren sowie Folgen der beiden Substanzen, unter anderem wird auch die aktuell stattfindende Präventionsarbeit an Schulen untersucht sowie wünschenswerte Aspekte einer effektiven und fortwährenden Suchtprophylaxe. Ziel dieser Arbeit ist es, einen pädagogischen Umgang mit dem Thema Sucht aufzuzeigen, ebenso sollen Ansätze und Ideen für eine erfolgreichere Suchtpräventionsarbeit dargestellt werden. Weiters soll gezeigt werden, welche enorme Bedeutung das Thema Sucht in unserer Gesellschaft und für unsere Jugend besitzt und die Notwendigkeit diese Thematik mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken.

Der theoretische Teil dieser Arbeit liefert einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen, Wirkungsweisen, Langzeitfolgen sowie Therapieformen von Alkohol und Cannabis, beschäftigt sich aber auch mit der Entstehung, Aufrechterhaltung und den neurologischen Aspekten von Sucht. Dabei werden mit Hilfe aktueller Literatur sowie Studien verschiedene Gesichtspunkte aufgezeigt.

Der empirische Teil der Arbeit versucht die zwei Forschungsfragen sowie die vier Thesen zu be- oder widerlegen. Dafür wurden Expertinnen und Experten aus verschiedensten Bereichen zu ihren Erfahrungen, Meinungen und Wissen zu dieser Materie befragt.

Abstract

This Master thesis deals with the topic of addiction among young people, focusing mainly on the substances alcohol and cannabis. The consequences and the danger of the two substances are compared, and the current prevention work in schools is also examined, as well as desirable aspects of effective and continuous addiction prophylaxis. The aim of this work is to show a pedagogical approach to the topic, as well as approaches and ideas for a more successful addiction prevention work. Furthermore, the enormous importance of the topic for our society and for our youth and the necessity of bringing this topic more into the focus of attention are demonstrated.

The theoretical part of this thesis provides an overview of the legal basis, the impact on the human body, long-term consequences, and forms of therapy of alcohol and cannabis, but deals also with the development, maintenance and neurological aspects of addiction. Various points of view are presented by means of current literature and studies.

The empirical part of the thesis attempts to advance or refute the two research questions and the four theses. For this purpose, experts from various fields were interviewed about their experiences, opinions and knowledge on this subject.

1 Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung, Relevanz und Motivation	6
1.1	Problemstellung	6
1.2	Zielsetzung mit Forschungsfragen	7
1.3	Aufbau, Struktur und Methodik	8
2	Sucht	9
2.1	Definition Droge/Substanz und Sucht	9
2.2	Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit	11
2.3	Suchtentstehung und Suchtkriterien	12
2.4	Dopamin und das Belohnungssystem	13
2.5	Das Suchtpotential des Menschen	14
2.6	Ebenen der Sucht aus psychologischer Sicht	16
2.7	Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsum	17
2.8	Die Bedeutung des Einstiegsalters in den Substanzkonsum	19
3	Alkohol	20
3.1	Arten, Abgrenzung	20
3.2	Statistik, Hintergrunddaten	22
3.3	Rechtliche Grundlage	23
3.4	(kurzfristige) Wirkung von Alkohol	24
3.5	Psychische und physische Langzeitfolgen	26
3.6	Todesfälle und Strafdelikte	28
3.7	Österreich – das Land der Trinker?	31
3.8	Therapieformen	32
3.9	Volkswirtschaftliche Kosten	33
4	Cannabis	34
4.1	Arten, Abgrenzung	34
4.2	Statistik, Hintergrunddaten	35
4.3	Rechtliche Grundlagen	36
4.4	(kurzfristige) Wirkung von Cannabis	37
4.5	Neurobiologische Folgen	38
4.6	Psychische und physische Langzeitfolgen	39
4.7	Todesfälle und Strafdelikte	41
4.8	Legalisierung am Beispiel Amerikas	42
4.9	Therapieformen	44
4.10	Volkswirtschaftliche Kosten	45
5	Prävention	45
5.1	Begriffsdefinition und Einteilung	45

5.2	<i>Zielsetzung und Prioritäten</i>	47
5.3	<i>Das Verhältnis von Suchtprävention zur Gesundheitsförderung</i>	48
5.4	<i>Verhaltensprävention versus Verhältnisprävention</i>	49
5.5	<i>Kernleistungen und Zielgruppe der Präventionsarbeit</i>	49
5.6	<i>Pädagogische Suchtprävention an Schulen</i>	52
6	Untersuchungsdesign und Forschungsmethode	58
6.1	<i>Methodische Herangehensweise</i>	58
6.2	<i>Die Forschungsfrage</i>	59
6.3	<i>Experteninterviews</i>	59
6.4	<i>Deskription der Untersuchungsstichprobe</i>	61
6.5	<i>Datenauswertung</i>	62
6.6	<i>Reliabilität, Replizierbarkeit und Validität</i>	64
7	Forschungsergebnisse und Diskussion	65
7.1	<i>Vorgehensweise</i>	65
7.2	<i>Gefahren des regelmäßigen Alkoholkonsums</i>	65
7.3	<i>Gesellschaftliche Sichtweise auf das Thema Alkohol</i>	67
7.4	<i>Neubewertung von Alkoholkonsum in der Gesellschaft</i>	70
7.5	<i>Gefahren von regelmäßigem Cannabiskonsum</i>	71
7.6	<i>Gesellschaftliche Sichtweise auf das Thema Cannabis</i>	73
7.7	<i>Suchtpotential und Gefahren von Cannabis und Alkohol im Vergleich</i>	74
7.8	<i>Mangelnde Suchtprävention (im schulischen Kontext)</i>	76
7.9	<i>Einfluss-(Faktoren) ausgeweiteter und einheitlicher Konzepte der Präventionsarbeit</i>	79
8	Beantwortung der Forschungsfragen sowie Thesen und Fazit	80
9	Literaturverzeichnis	88
10	Abbildungsverzeichnis	93
11	Anhang	94

1. Einleitung, Relevanz und Motivation

1.1 Problemstellung

Selten gibt es derartig viele konträre Sichtweisen zu einem Thema wie zu Alkohol und Cannabis. Viele konsumieren das eine und verteufeln das andere, einige konsumieren beides, aber nur wenige konsumieren keines; gemäß dem Motto *„keine Gesellschaft dieser Welt kommt ohne Drogen aus“* (Jay, 2011, S. 9).

Die Thematik Drogen provoziert – gleich ob in der Wissenschaft, in den Medien, in der Politik oder in den eigenen vier Wänden. Kommt es zu Diskussionen rund um das Thema Rausch, steigt der Erregungspegel der Beteiligten rasch. Oft werden Gefahren prophezeit, weitaus seltener das Genuss- und/oder Erkenntnispotential in den Mittelpunkt gerückt. Sogar der österreichische Bundeskanzler Karl Nehammer (Stand: Juli 2022) sieht Alkohol und Psychopharmaka als Endstation unserer Bevölkerung an, wenn man der Inflation nicht ausreichend gegensteuere. *„Wenn wir jetzt so weitermachen, gibt es für euch nur zwei Entscheidungen nachher: Alkohol oder Psychopharmaka... und ich sag: Alkohol ist grundsätzlich okay“* (Tiroler ÖVP-Landestag, 09.07.2022).

Ist der Konsum von Alkohol also völlig in Ordnung und weniger gefährlich als der Konsum von Cannabis, obwohl Alkohol als psychoaktive Einstiegsdroge Nummer eins bezeichnet werden kann? Bestimmungsgemäß dient Alkohol zwar als Genussmittel, jedoch gibt es kein zweites Mittel, welches derartig oft missbraucht wird. Somit führt dieses Genussmittel zu mehr (familiären) Tragödien sowie höheren gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Gesamtschäden wie alle illegalen Substanzen zusammen (Kuntz, 2005). Aber wenn sogar unser Bundeskanzler den Konsum als *„grundsätzlich okay“* einstuft, kann man dann eine andere Einstellung von der breiten Bevölkerung erwarten? Der beliebte Spruch *„das Bisschen, was ich esse, kann ich auch trinken“* (Seitz & Thomas-Hoffmann, 2018, S. 15) verdeutlicht die gesellschaftliche Einstellung zu Alkohol. Bier zählt in der Europäischen Union zu den Lebensmitteln und gilt weltweit als populärstes alkoholhaltiges Getränk; die schädliche Wirkung wird dabei von vielen außer Acht gelassen (Seitz & Thomas-Hoffmann, 2018).

Immer mehr in den gesellschaftlichen Fokus rückt zur Zeit die Thematik Cannabis. Denn einerseits steht die Gefahr des Missbrauchs der Cannabispflanze als halogene

Droge im Raum, andererseits wird ihre Kraft als Heilpflanze in vielen Bereichen diskutiert. Immer mehr Shops mit frei erhältlichen Produkten mit Cannabinoiden eröffnen und erwecken das Interesse der breiten und teils jüngeren Bevölkerung (Keimpema et al., 2021). Auch die Legalisierung von Cannabis in 19 US-Bundesstaaten und die versprochene Legalisierung von Olaf Scholz in Deutschland rücken die Thematik Cannabiskonsum immer mehr ins Licht der Öffentlichkeit. Die Befürchtung vieler – Wer kifft, greift früher oder später auch zu härteren Drogen und rutscht ab – hält sich vehement. Alkohol wird hingegen oftmals verharmlost und besonders der häufig übermäßige Konsum von Jugendlichen als „altersgerechtes Verhalten“ bezeichnet. Doch ist Alkohol wirklich weniger gefährlich und schädlich für Jugendliche und deren Entwicklung als vielerseits angenommen?

Durch berufliche Erfahrungen im schulischen Kontext wird Lehrpersonen häufig vor Augen geführt, dass die Thematik Alkohol und Cannabis immer öfter das Interesse von teils noch Kindern weckt. Durch Fernsehen, soziale Medien und vermeintlich falsche Vorbilder kommen diese Jugendliche teilweise schon sehr früh (im Alter ab zehn Jahren) in Kontakt mit dieser Materie. Dadurch muss die Schule eine adäquate Aufklärung gewährleisten, was sie teils durch fehlende Lehrpläne und/oder Unwissenheit jedoch nicht kann.

1.2 Zielsetzung mit Forschungsfragen

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Sucht- und Gefahrenpotential von Alkohol und Cannabis speziell bei Jugendlichen. Dabei werden die Auswirkungen des Konsums auf jugendliche Gehirne und deren unterschiedliche oder sogar ähnliche Folgen beforscht, um praxisrelevante Implikationen geben zu können. Auch die Suchtprävention im schulischen Kontext wird untersucht, da die Auseinandersetzung mit Alkohol sowie Cannabis im schulischen Bereich unzureichend stattfindet und auch oft im privaten Umfeld der Jugendlichen nicht oder nur sehr dürftig erfolgt. Kinder und Jugendliche müssen über die Gefahren und Langzeitfolgen von Substanzmissbrauch aufgeklärt werden, eine Sucht bzw. süchtiges Verhalten erkennen können und wissen,

welche Hilfsangebote und Anlaufstellen für sie im Falle einer Suchterkrankung geeignet sind.

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lauten wie folgt:

Forschungsfrage 1: Ist der regelmäßige Konsum von Alkohol für Jugendliche gefährlicher als der regelmäßige Konsum von Cannabis?

Forschungsfrage 2: Benötigt es eine gesellschaftliche Neubewertung hinsichtlich der Gefahren von Alkohol?

Folgende Thesen werden durch hermeneutisches sowie empirisches Arbeiten behandelt und können dadurch belegt bzw. widerlegt werden.

These 1:

Alkohol und Cannabis besitzen ein ähnlich hohes Suchtpotential.

These 2:

Ein Konsum von Cannabis führt nicht zwangsläufig zum Konsum von härteren Drogen.

These 3:

Die Folgen eines regelmäßigen Konsums von Alkohol werden gesellschaftlich stark unterschätzt.

These 4:

Die Aufklärung im schulischen Kontext findet nur unzureichend statt und kann somit keine erfolgreiche flächendeckende Suchtprävention leisten.

1.3 Aufbau, Struktur und Methodik

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt sowohl im theoretischen als auch empirischen Teil dieser Arbeit. Der erste und somit theoretische Teil gliedert sich in vier Hauptkapitel, die sich wiederum in etliche Unterkapitel ordnen.

Kapitel **zwei** behandelt die breite Thematik Sucht, Kapitel **drei** begrenzt sich auf das Thema Alkohol, Kapitel **vier** umfasst die Materie Cannabis und das letzte und somit Kapitel **fünf** der Literaturrecherche beschäftigt sich mit dem Thema Prävention im schulischen Kontext.

Anschließend folgt der zweite, empirische Teil, in dem der Input aus Experteninterviews ausgeführt wird. In Kapitel **sechs** wird die qualitative Forschungsmethodik beschrieben und Experteninterviews nach der Methode von Philipp Mayring ausgewertet. Dazu werden Expertinnen und Experten aus verschiedensten Bereichen, aber auch Betroffene selbst zu der Themenlage und ihren persönlichen Einschätzungen und vor allem Erfahrungen befragt. Kapitel **sieben** präsentiert die Ergebnisse dieser Auswertung und das **achte** Kapitel bildet den Abschluss der Arbeit mit der endgültigen Beantwortung der Forschungsfragen sowie der Thesen.

2 Sucht

Um ein Verständnis dieser Arbeit zu gewährleisten, ist es von Bedeutung zentrale Begriffe vorab zu definieren.

2.1 Definition Droge/Substanz und Sucht

Droge/Substanz

Eine Unterscheidung zwischen Droge und Substanz ist nicht gebräuchlich, da jede Droge als Substanz verstanden werden kann, solange sie in einem lebenden Organismus eine oder auch mehrere Funktionen verändern kann (Uhl, 2007).

So finden die Begriffe „Droge“ und „Substanz“ auch in dieser Arbeit eine synonyme Verwendung und Bedeutung.

„Die gesellschaftliche Sichtweise dazu ist aber weitaus weniger weitläufig und wird enger aufgefasst: *Drogen sind Stoffe und Zubereitungen, die primär zur Erzeugung eines Rauschzustandes oder zur Befriedigung einer Sucht verwendet werden*“ (Soyka, 2018, S. 3).

Jedoch dürfen nicht alle Substanzen, die psychotrope Effekte haben, als Drogen angesehen werden, dies gilt vor allem für Antidepressiva oder Antipsychotika. Ob eine Konsumentin oder ein Konsument in eine Abhängigkeit verfällt, wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, dazu gehören neben individuellen auch physiologische, psychologische sowie genetische (Soyka, 2018).

Eine Untergliederung von Drogen kann laut der behördenübergreifenden Plattform oesterreich.gv.at¹ in verschiedenen Kategorien erfolgen:

- nach dem Gesetz (legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen)
- nach deren Wirkung
- nach „weich“ oder „hart“ (Wahrscheinlichkeit einer physischen Abhängigkeit)
- nach verschiedenen Stoffklassen (chemische Eigenschaften)
- nach deren Herstellung und/oder Gewinnung (pflanzlich, teilsynthetisch oder synthetisch)

Ein anderer Begriff, der immer wieder in der Thematik Sucht aufkommt, ist der der Polytoxikomanie. Polytoxikomanie beschreibt einen multiplen Substanzmissbrauch, bei dem zwei oder mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden oder wenn die Substanzaufnahmen wahllos erfolgen und der Sucht keine eindeutige Substanz oder Substanzgruppe zu Grunde liegt (Wimmer, 2018).

Sucht

Die Herleitung des Wortes Sucht stammt vom althochdeutschen „Siech“ ab, was so viel wie „krank sein“ bedeutet. So konnten und können bis heute diesem Begriff verschiedene Bedeutungsinhalte zugeschrieben werden (Möller et al., 2015).

Eine einheitliche Definition für Sucht gibt es nicht, denn unterschiedliche wissenschaftliche Werke definieren diesen Terminus anders. Die wohl bekanntesten gängigen Definitionen sind die der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), veröffentlicht durch die Weltgesundheitsorganisation WHO und das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) editiert durch die American Psychiatric Association (APA) (Gross, 2016).

Die WHO definiert Sucht seit 1964 unverändert wie folgt *„einen Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und für die Gemeinschaft schädlich ist“* (Möller et al., 2015, S. 334).

¹ https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheits_und_notfaelle/sucht/2/Seite.1520230.html abgerufen am 10.08.2022

So kann eine Abhängigkeit als primäre, chronische, multidimensionale neurobiologisch verankerte Erkrankung verstanden werden, wodurch ein übermächtiges Verlangen nach einer bestimmten Droge oder Verhaltensweise entsteht (Möller et al., 2015).

Gross (2016) definiert Sucht weniger komplex, stellt dafür die Essenz der Sucht und zwar den veränderten Bewusstseinszustand in den Fokus: *„Sucht ist gekennzeichnet durch ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand“* (S. 6).

Gross beschreibt, dass nicht ein Verhalten oder eine Substanz zu einer Abhängigkeit führt, sondern das veränderte Erleben in Folge des Konsums oder Verhaltens.

2.2 Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit

Mehrmals wurde von der WHO gefordert, den Ausdruck „Sucht“ durch den Begriff „Abhängigkeitserkrankungen“ zu ersetzen und „Substanzmissbrauch“ zu „Substanzgebrauch“ umzubenennen und in vier Untergruppen zu unterteilen:

- unerlaubter
- gefährlicher
- dysfunktionaler
- schädlicher

Da aber häufig gebräuchliche Begriffe schwer aus dem Wortschatz der Menschen und aus der Medizin wegzubringen sind, wurde auf die Umbenennung bis heute verzichtet.

Als Substanzmissbrauch wird der Konsummodus bezeichnet, der die eigene Gesundheit gefährdet oder bereits schädliche Konsequenzen für die Betroffene oder den Betroffenen hatte (Uhl et al., 2019).

Da aber nicht jeder Konsum oder Substanzmissbrauch automatisch zu einer Substanzabhängigkeit führt, ist es von Relevanz, diese zwei Begriffe zu differenzieren. Häufig stellt ein wiederholter Missbrauch einer Substanz den Beginn einer Abhängigkeit bzw. Sucht dar. Dieser Prozess kann schleichend sein oder rapide von statten gehen (Gross, 2016).

Es stellt sich die Frage, ab wann es gerechtfertigt ist von einer Substanzabhängigkeit zu sprechen und welche Kriterien für diese Diagnose erfüllt werden müssen.

2.3 Suchtentstehung und Suchtkriterien

Die Ursachen für eine Suchtentstehung wurden über Jahrzehnte hinweg nur dem Individuum zugesprochen; eine vererbte Willensschwäche sei Anlass für die Sucht. Heute geht die Suchtforschung davon aus, dass die Substanz selbst suchtfördernd ist, aber nicht als alleiniger Auslöser genannt werden kann. Mittlerweile existieren diverse Erklärungen für eine Suchtentstehung, diese sind jedoch meist nur einem einzigen Standpunkt zugerichtet und zeigen nur einzelne Aspekte auf – selten aber das Gesamtbild. Ein einheitliches Modell zur Suchtentstehung findet sich bis heute nicht. Da jeder Suchtverlauf individuell ist, erscheint ein bio-psycho-soziales Modell der multifaktoriellen Suchtentstehung am brauchbarsten. Dieses besteht aus drei Dimensionen:

- I. Eine biologische Dimension mit organmedizinischen und genetischen Aspekten
- II. Eine psychologische Dimension, die das Erleben und Verhalten, aber auch die Gefühlswelt beinhaltet
- III. Eine (öko)soziale Dimension, die die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt beschreibt

Oftmals wird in der Literatur die dritte Dimension außer Acht gelassen, dabei ist gerade die soziale Komponente ein wesentlicher Aspekt von Gesundheit (Czecholinski, 2021).

„Die Gesellschaft wird niemals mit Medikamenten ausgleichen können, was an Krankheiten aus Mangel an sozialer Zuwendung und psycho-sozialem Wohlbefinden entsteht“ (Pauls, 2013, S. 32).

Heinz et al., (2022) weist darauf hin, um eine Sucht diagnostisch feststellen zu können, müssen laut der ICD-10 mindestens drei oder mehr Kriterien über einen Zeitraum von einem Monat hinweg gleichzeitig bestehen oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt auftreten:

- I. Craving – ein starkes, unabwendbares Verlangen die Substanz zu konsumieren
- II. Eine verminderte Kontrolle über den Gebrauch der Substanz; diese ist erkennbar durch einen Verlust der Kontrolle über Menge, Beginn oder Beendigung des

- Konsums oder einem anhaltenden Wunsch und/oder erfolglose Versuche den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren
- III. Eine Toleranzentwicklung wurde bereits aufgebaut – daher benötigt die Konsumentin oder der Konsument immer mehr, um den gewünschten Effekt herbeiführen zu können. Wird über einen längeren Zeitraum die gleiche Menge konsumiert, treten deutlich verminderte Effekte auf
 - IV. Körperliche Entzugssymptome, sobald sich die konsumierte Menge reduziert oder abgesetzt wird
 - V. Fokussierung auf den Substanzgebrauch; großer Aufwand und enorm viel Zeit wird in die Beschaffung der Substanz, den Konsum und/oder die Erholung davon investiert bis hin zur Vernachlässigung der täglichen Aufgaben
 - VI. Ein fortwährender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen, obwohl sich die oder der Betroffene über den Schaden bewusst ist

2.4 Dopamin und das Belohnungssystem

Als Erstes muss die Frage geklärt werden, was ist Dopamin und wofür benötigen wir es. Als Dreh- und Angelpunkt der Hirnchemie gilt der Neurotransmitter Dopamin, ihm werden wichtige modulatorische Einflüsse auf das Verarbeiten positiver Emotionen zugeschrieben. Dopamin wird in erster Instanz mit Motivation und Belohnung assoziiert. Es bildet mit Adrenalin und Noradrenalin die Gruppe der Catecholamine und gilt als deren Vorstufe. 80% aller Catecholamine im Gehirn stellt Dopamin, obwohl die Zahl der dopaminergen Nervenzellen mit einer Million gering ausfällt. Der Abbau des Neurotransmitters in den dopaminergen Nervenzellen führt durch Oxidation zu Dihydroxyphenylelessigsäure und Homovanillinsäure, welche beide im Urin nachweisbar sind. Seine psychotrope, motorische und hormon-modulierende Wirkung im Vegetativen- und Zentralnervensystem entfaltet Dopamin durch Stimulation von prä- und postsynaptischen Rezeptoren. Dopamin ist an einigen Funktionen maßgeblich eingebunden, jedoch ist für diese Arbeit am relevantesten die Beteiligung am Suchtverhalten. Die entscheidendste anatomische Struktur, der die Auslösung von Suchtverhalten zugeschrieben werden kann, ist die dopaminerge mesolimbische Bahn. Substanzmissbrauch verändert die Signaltransduktion dieses Systems, dadurch kommt es im Nucleus accum-

bens zu einer Erhöhung des Dopamins, was zu einer initialen Konditionierung und Sensibilisierung der Sucht führt (Kirsch & Ditzen, 2022).

Somit signalisiert eine Ausschüttung von Dopamin, man solle etwas wiederholen, was bereits einmal zu einem Belohnungsgefühl führte. Was genau dieses „veränderte Gefühl“ hervorbrachte, wird durch das Belohnungsgedächtnis mitgeteilt. Ein Weg, um den Dopaminspiegel innerhalb kürzester Zeit drastisch zu erhöhen, ist die Einnahmen von Rauschmitteln und/oder Alkohol. Der Konsum bewirkt durch unterschiedliche dopaminerge oder auch indirekte GABAerge, serotonerge oder endorphinerge Transmitter-Beeinflussung am Zielort Nucleus accumbens (auch Belohnungszentrum genannt) eine hohe Dopamin-Ausschüttung. Eine Aktivierung des Dopaminsystems angefangen beim ventralen tegmental Areal bis zum Nucleus accumbens haben alle Rauschdrogen zur Folge, obwohl je nach Droge unterschiedliche Hirnregionen und Systeme mit beeinflusst werden. Diese Aktivierung ist maßgeblich daran beteiligt, dass Süchtige immer wieder den Drang verspüren, die Substanz neu zu konsumieren – ohne davon loskommen zu können. Diese „Cravings“, die ein starkes Verlangen betiteln, werden mit Erinnerungen der Amygdala in Zusammenhang gebracht, da in Tierversuchen gezeigt werden konnte, dass durch Läsionen in diesem Areal diese verhindert werden konnten (Biesinger, 2018).

2.5 Das Suchtpotential des Menschen

Um das Suchtpotential besser verstehen zu können, wird gerne das Beispiel eines nikotinsüchtigen Menschen angeführt. Beobachtet man die Dopamin-Aktivität, so lässt sich erkennen, dass der Dopaminspiegel vor Verabreichen der Droge deutlich höher ist als bei der Einnahme. Noch höher ist der Spiegel, wenn eine erwartete Zigarette ausbleibt. Somit lässt sich zusammenfassend sagen, es gibt einen Dopamin-Spitzenwert vor dem Zielpunkt des Wollens, jedoch einen wesentlich höheren direkt nach dem Scheitern, aber interessanterweise kommt es zu keiner erhöhten Ausschüttung während des tatsächlichen Konsums. Neurobiologisch gesehen ist der Körper auf „Wollen“ ausgerichtet (Biesinger, 2018).

Wie im vorherigen Unterkapitel bereits erwähnt, wird das neuronale Belohnungssystem im Zentralnervensystem durch psychoaktive Substanzen aktiviert. Dabei gibt es primäre (z.B. Nahrung und Sexualität) und sekundäre (z.B. Geld) Verstärker, die aber

beide keine derart hohe Ausschüttung zur Folge haben wie beispielsweise Alkohol oder Cannabis. Diese Substanzen lösen eine 200% erhöhte Dopaminausschüttung aus, führen aber bei wiederholtem Konsum zu keiner Habituation bzw. Gewöhnung. Das bedeutet, es kommt zu keiner Abnahme der Reaktionsbereitschaft bei wiederholtem Auftreten eines Reizes, denn normalerweise werden wiederholte Stimuli auf das Zentralnervensystem vom Gehirn als unwichtig eingestuft und somit eine Reaktion unterbunden.

Durch ein Laborexperiment von Olds und Millner (1954) konnte gezeigt werden, dass das Gehirn stärkere Stimulationen des Belohnungssystems gegenüber schwächeren vorzieht. In dem Experiment wurde das Verhalten von Laborratten untersucht, ursprünglich sollte es neue Ergebnisse über Lernprozesse liefern. Dabei wurden den Ratten eine Elektrode ins Gehirn gepflanzt, die auf Knopfdruck leichte elektronische Stöße abgab. Die Forscher irrten sich bei einer Ratte im Gehirnareal und stießen in das Belohnungszentrum. Die Überraschung war groß, als die Ratte immer wieder an den Ort des Stoßes zurückkehrte, um einen neuen elektronischen Impuls zu bekommen, da sie dies als Belohnung wahrnahm. Das Experiment wurde ausgeweitet und die Ratten mit Elektroden im Nucleus accumbens konnten nun den Hebel, der den Stromschlag auslöste, selbst betätigen. Die Ratten bedienten den Hebel bis zur absoluten Erschöpfung, selbst Futter oder andere paarungswillige Ratten wurden nicht beachtet. Einige dieser Tiere starben, da sie lieber den „Glückshebel“ bedienten, als Nahrung zu sich zu nehmen.

Das Belohnungssystem kann in drei Untergruppen gegliedert werden:

- I. Motivationssystem
- II. Genusssystem
- III. Genuss-Lernsystem

Bei einer Suchterkrankung geraten diese Systeme durcheinander, besonders das Motivationssystem, indem Dopamin als zentraler Neurotransmitter fungiert. Dieses schützt bei einer Belohnung oder einem konditionierten Reiz Dopamin aus, wodurch Vorfreude ausgelöst wird und ein belohnungsassoziiertes Wollen. Dadurch wird das „Wollen“ in ein unstillbares und unkontrollierbares Verlangen verwandelt, obwohl beim Konsum gar kein Genuss mehr entsteht (Charlet et al., 2013).

2.6 Ebenen der Sucht aus psychologischer Sicht

Aus psychologischer Sicht wird zwischen drei Ebenen von Sucht bzw. Abhängigkeit unterschieden:

I. Physische Abhängigkeit:

Durch regelmäßigen Konsum tritt ein Gewöhnungseffekt ein (Toleranzentwicklung). Um trotz allem denselben Bewusstseinszustand erreichen zu können, muss die Dosis der eingenommenen Substanz laufend erhöht werden (Dosissteigerung). Kann oder wird die Dosis nicht stetig erhöht, treten körperliche Entzugsserscheinungen auf, die sich in Form von Gereiztheit, Schwitzen, Übelkeit, Unruhe, Schlafstörungen, Zittern, Schmerzen etc. äußern und nur durch eine erneute Einnahme oder längere Abstinenz verschwinden.

II. Psychische Abhängigkeit:

Häufig ist sie das ausschlaggebende Element, warum Süchtige oftmals nach Jahren der Abstinenz einen Rückfall erleiden, denn die psychische Abhängigkeit bleibt bestehen, auch wenn die körperlichen Entzugssymptome bereits lange verschwunden sind. Der Wunsch, die Substanz erneut zu konsumieren, um den veränderten Bewusstseinszustand wiederherstellen zu können, begleitet die Betroffenen teilweise ein Leben lang. Einige Quellen vermuten, dass diese Ebene der Abhängigkeit nie besiegt werden kann und fortwährend bestehen bleibt. Bei einer akuten Anhängigkeit hat die/der Abhängige das Gefühl, ohne die Substanz nicht mehr in der Lage zu sein, ihren/seinen Alltag bewältigen zu können und stellt andere Bedürfnisse und Interessen in den Hintergrund.

III. Soziale Abhängigkeit:

Die soziale Abhängigkeit wird in der Literatur oft der psychischen gleichgesetzt. Die Grenzen können schwer definiert werden und beide Formen sind eng miteinander verknüpft. Die soziale Umgebung hat großen Einfluss auf diese Form der Abhängigkeit und die damit verbundene Aus- und Abgrenzung. Soziale Abhängigkeit tritt meist in einem sehr fortgeschrittenen Stadium der Sucht auf, nämlich dann, wenn eine Zentrierung des Lebens- und Sozialraums um das Rauschmittel stattfindet. Massive Einschränkungen im Alltagsleben sind die Folge, Süchtige sind nicht mehr in der Lage ihren Pflichten im Berufsleben oder

im Familienleben nachzukommen. Der soziale Abstieg mit Zerfall von Familie und Karriere sind vorprogrammiert (Gross, 2016).

2.7 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzkonsum

Sucht ist aus Sicht der verhaltenstherapeutischen Perspektive ein erlerntes Verhalten; denn belohnende Effekte, die zu einer Luststeigerung oder Unlustminderung führen, steigern die Wahrscheinlichkeit für das Wiederauftreten des Substanzkonsums. In der Psychologie wird dieser Zustand mit dem Prinzip des operanten Konditionierens oder auch Lernen am Erfolg beschrieben. Während des Substanzkonsums tritt eine (vermeintliche) Verbesserung der inneren sowie der erlebten äußeren Zustände auf. In Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass aus der lerntheoretischen Sichtweise Drogen einen Belohnungseffekt auf unser Gehirn ausüben. Mit dieser Sichtweise lässt sich eine Suchterkrankung auch bei psychosozial unauffälligen Menschen erklären. Das Suchtmittel ist als physischer Stimulus dargestellt (Verhalten und Aktion auf die Situation). Als unmittelbare Konsequenz tritt durch die biochemische Wirkungsweise der Droge ein positiver und angenehmer Effekt auf, der sowohl das individuelle Empfinden als auch das der Außenwelt betrifft – somit wird eine Konditionierung vorangetrieben. Häufig kommt der Mechanismus der klassischen Konditionierung oder auch Signallerlernen noch dazu; nämlich dann, wenn der physische unkonditionierte Reiz z.B. ein Joint mit dem Verzehr von Donuts assoziiert wird. Die Donuts allein können nach mehrmaligem gemeinsamem oder zeitnahe Konsum als Signal verarbeitet werden und damit als Reiz das Verlangen nach einem Joint auslösen.

Die psychoanalytische Perspektive sieht Sucht als Kräftespiel zwischen Über-Ich und Es und somit als Ausdruck des Wechselspiels zwischen Vernunft und Verlangen. Die Sucht oder das süchtige Verhalten kann dabei als gelernter Zwang gesehen werden, dem vonseiten der Vernunft nur wenig entgegenzustellen ist. Beide Instanzen muss die oder der Betroffene unter großer Anstrengung im Gleichgewicht halten und in der Realität in Einklang bringen. Der Konsum bringt für kurze Zeit zwischen den inneren Instanzen eine Art Entspannung mit sich. Reaktionen auf den vorherigen Konsum können unter anderem Verdrängung oder Verleugnung sein, denn diese Verhaltensweisen sind

typisch für Suchtkranke zwischen den angenehmen Gefühlen während des Rausches und der Schuldgefühle danach. Die darauffolgenden Grundgefühle wie Angst oder Trauer können als Affektdynamik und Ursache aber später auch als Folge von süchtigen Verhalten darstellen und zu erneutem Suchtmittelkonsum antreiben (Tretter, 2018).

Eine Bestimmung der Risikofaktoren für eine Abhängigkeitserkrankung würde den Umfang dieser Arbeit sprengen, deswegen werden in aller Kürze in Form einer Abbildung mögliche Ursachen erwähnt. Wichtig dabei ist, dass nicht davon ausgegangen wird, dass einzelne Faktoren unabhängigen Einfluss ausüben, vielmehr ist es ein Wechselspiel verschiedener Faktoren. Viele dieser stehen in Beziehung zueinander, einige heben sich wiederum gegenseitig auf; somit kann eine eindeutige Zuweisung nie getroffen werden und die Ursachenlage kann stets als sehr komplex beschrieben werden (Laging, 2020).



Abbildung 1: Risiko- und Schutzfaktoren für eine Abhängigkeitserkrankung
 Quelle: Laging, 2020, S. 27

2.8 Die Bedeutung des Einstiegsalters in den Substanzkonsum

Häufig wird bei Suchtstudien das Alter des Einstiegs in den Substanzkonsum erfragt, um das „durchschnittliche Einstiegsalter“ bestimmen zu können. Die dabei häufig verwendete Maßzahl ist aber irreführend und vor allem unzulässig, da das Einstiegsalter nur dann berechnet werden könnte, wenn man alle Personen bis zum Lebensende beobachten würde und dann ermitteln könnte, ob Drogenerfahrungen gemacht wurden und wenn ja, in welchem Alter diese geschahen und wann der erste Konsum stattfand. Dabei dürfte es aber auch zu einer Vermischung von „einmaliger Erfahrung“ und „Start in den Substanzkonsum“ geben. Ebenso kann man das mittlere Einstiegsalter (Median) nicht angeben, da man dafür die Anzahl derer, die im Laufe des Lebens mit einer Substanz noch Erfahrung machen werden, benötige. Nimmt man für Berechnungen das durchschnittliche oder mittlere Einstiegsalter jener Personen, die bereits Erfahrungen mit der Droge gemacht haben, führt das zu einer systematischen Unterschätzung des tatsächlichen durchschnittlichen Einstiegsalter, aber jedoch zu einer Überschätzung des mittleren Alters. Die Personen, die erst später erste Erfahrungen mit der Substanz gesammelt haben, werden in diesen Berechnungen ignoriert. Genauer sind jene Kalkulationen, die den Einstiegsverlauf pro Substanz aufzeigen, dessen ungeachtet dürfen dabei bei den Berechnungen des Anteils pro Lebensalter nur die Personen hergenommen werden, die diese Altersschwelle bereits überschritten haben. Somit werden im größten Teil der Literatur Einstiegskurven verwendet (Hojni et al., 2020).

Der Einstieg in den Alkoholkonsum in Österreich erfolgt laut der ESPAD-Studie von 2019 relativ früh, jedoch fanden erste Rauscherfahrung häufig erst deutlich später statt. Der Median für erste Alkoholerfahrungen liegt knapp vor dem 14. Geburtstag, im Alter von 16,5 Jahren gaben 9 von 10 Jugendlichen an, sie verfügen bereits über Alkoholerfahrungen. Der Median für erste Rauscherfahrungen befindet sich knapp über 15,5 Jahren, zwei Drittel der Befragten gaben an, mit 16,5 bereits einen Alkoholrausch durchlebt zu haben.

Im Gegensatz zu Alkohol findet der erste Konsum von Cannabis und somit einer illegalen Substanz in Österreich weitaus später statt als der von legalen psychoaktiven Substanzen. Bis zum 13. Lebensjahr verläuft die Einstiegskurve flach (das bedeutet, es gibt nur sehr wenige Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger); erst ab einem späteren Alter

steigt diese kontinuierlich an. So lässt sich sagen, dass der Konsum von Cannabis laut Literatur (fast) ausschließlich bei ab 18-Jährigen verbreitet ist.

Dass illegale psychoaktive Substanzen grundsätzlich erst ab einem höheren Alter konsumiert werden, kann auf die gesellschaftliche Akzeptanz, die alltägliche Präsenz und die Verfügbarkeit zurückgeführt werden. Ein früher Substanzkonsum oder gar Missbrauch kann auf eine biologische Frühreife hinweisen, da durch die wechselseitige Interaktion zwischen ihrer Umwelt und sich selbst Betroffene mit gewissen Entwicklungsaufgaben konfrontiert sind und je jünger sie sind, desto weniger Vorbereitungszeit hatte sie, um geeignete Kompetenzen zu entwickeln. Persönliche Defizite werden dann durch einen Substanzkonsum kompensiert. Der Verlauf des Konsums kann bei einem frühen Beginn schwerwiegender sein, da sich die positive Erfahrung des „veränderten Bewusstseinszustands“ im Belohnungssystem bereits stark verankert hat und alternative Verhaltensweisen noch nicht ausreichend oder in zu geringem Maße erlernt wurden. Des Weiteren wirken Grenzüberschreitungen in einem jungen Alter immer bedeutsamer und das Risikoverhalten ist zudem noch gesteigert (Wimmer, 2018).

3 Alkohol

3.1 Arten, Abgrenzung

Ethanol (auch Ethylalkohol, Trinkalkohol oder vereinfacht nur Alkohol) entsteht durch alkoholische Gärung von diversen Lebensmitteln. Alkohol gilt als Überbegriff für Ethylalkohol und Begleitalkohole, wird jedoch nur von Alkohol gesprochen, ist meistens Ethanol gemeint. Mit natürlicher Gärung lässt sich ein Alkoholgehalt von circa 16 Volumenprozent erreichen, da Hefekulturen ab einem höheren Gehalt absterben. Ein Alkoholgehalt von 20 Prozent lässt sich noch mit speziell gezüchteten Turbohefen erzielen, höhere Volumenprozent (bis 98 Vol.-%) lassen sich dann nur noch durch Destillation von Gärungsalkohol herstellen; was ihnen den Namen gebrannter Alkohol beschafft. Der Begriff „neutraler Alkohol“ wird verwendet, wenn durch natürliche Gärung erzeugter und danach durch Destillation konzentrierter reiner Alkohol entsteht, der als Ausgangsprodukt zur Erzeugung von alkoholischen Getränken in Österreich zugelassen ist. Andere Bezeichnungen wie Weingeist oder Spiritus sind gebräuchlich; Getränke, die mehr als 15 Vol.-% gebrannten Alkohol beinhalten, werden Spirituosen oder geisti-

ge Getränke genannt. Durch eine Destillation wird Ethanol chemisch nicht verändert, somit kann von der Wirkung nicht zwischen gebranntem und Gärungsalkohol unterschieden werden. Jedoch wird in den gesetzlichen Bestimmungen sehr wohl eine Differenzierung zwischen diesen Arten von Alkohol vorgenommen (Uhl et al., 2020).

In der Regel werden Alkoholmengen in Litern (Volumen) gemessen, jedoch bei eher geringen Mengen werden die Angaben auch häufig in Gramm (Gewicht) dargestellt. Der alkoholische Teil in Getränken wird in Volumenprozent (Vol.-%) angegeben, aber auch eine Angabe in Gewichtsprozent (Gew.-%) ist erlaubt. Eine Umrechnung von Milliliter Alkohol auf Gramm Alkohol ist mit Hilfe folgender Formel möglich.

$$\text{Gramm Alkohol: } 0,789 = \text{Gramm Alkohol} \times 1,267 = \text{Milliliter Alkohol}$$

Der durchschnittliche Alkoholkonsum einer Bevölkerung wird meistens in Gramm Alkohol pro Tag oder in Liter Alkohol pro Jahr angegeben. So lässt sich sagen, dass 20g Alkohol pro Tag circa 9,24 Liter Alkohol pro Jahr bedeuten.

Die WHO unterscheidet seit den frühen 90er Jahren zwischen einer Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze. Diese Grenzwerte zeigen an, ab wann ein Konsum als bedenklich eingestuft werden sollte und bis wann er als unbedenklich gilt. Für Männer kann der Konsum ab 60 Gramm reinem Alkohol pro Tag (das entspricht circa 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein) als bedenklich und somit gesundheitsgefährdend eingestuft werden. Für Frauen liegt dieser Wert etwas darunter, der Hauptgrund dafür ist das unterschiedliche Verhältnis von Fett zu Wasser im Körper (Bachmayer et al., 2021).

Die Klassifikation der ICD-10 hat präzise diagnostische Leitlinien für die wichtigsten alkoholrelevanten Diagnosen. Diese können in vier Untergruppen dargestellt werden:

- I. Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
 - z.B. akute Alkoholintoxikation oder Alkoholentzugssyndrom
- II. Toxische Wirkung von Alkohol
 - z.B. toxische Wirkung von Methanol und Methylalkohol

III. Alkoholische Leberkrankheiten

z.B. alkoholische Fettleber oder alkoholische Hepatitis

IV. Explizit alkoholassoziierte Erkrankungen bzw. Probleme

z.B. Alkoholgastritis oder Alkoholische Kardiomyopathie

3.2 Statistik, Hintergrunddaten

Alkohol kann als jene psychoaktive Substanz, die in Österreich am häufigsten konsumiert wird, genannt werden (Hojni et al., 2020).

Schätzungen für das Jahr 2020 ergeben, dass in der Bevölkerung ab 15 Jahren pro Kopf 11,7 Liter Alkohol pro Jahr bzw. 25,3 Gramm Alkohol pro Tag konsumiert wurden. Wo bei 25,3 Gramm Alkohol mit einem halben Liter Bier verglichen werden könnte, um eine bessere Vorstellung der Menge zu bekommen. Die häufigste Hauptdiagnose bei alkoholbedingten Spitalsaufenthalten war mit 42% die Alkoholabhängigkeit. Aufgrund von Befragungsdaten sowie Produktionszahlen wird vermutet, dass 15 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher ein Ausmaß an Alkohol konsumieren, das als stark gesundheitsgefährdend eingestuft werden kann (Bachmayer et al., 2021).

Die Hauptentlassungsdiagnosen bei alkoholbedingten Spitalsaufenthalten von 2001 bis 2021 zeigen eine Verteilung in fünf große Hauptdiagnosen.

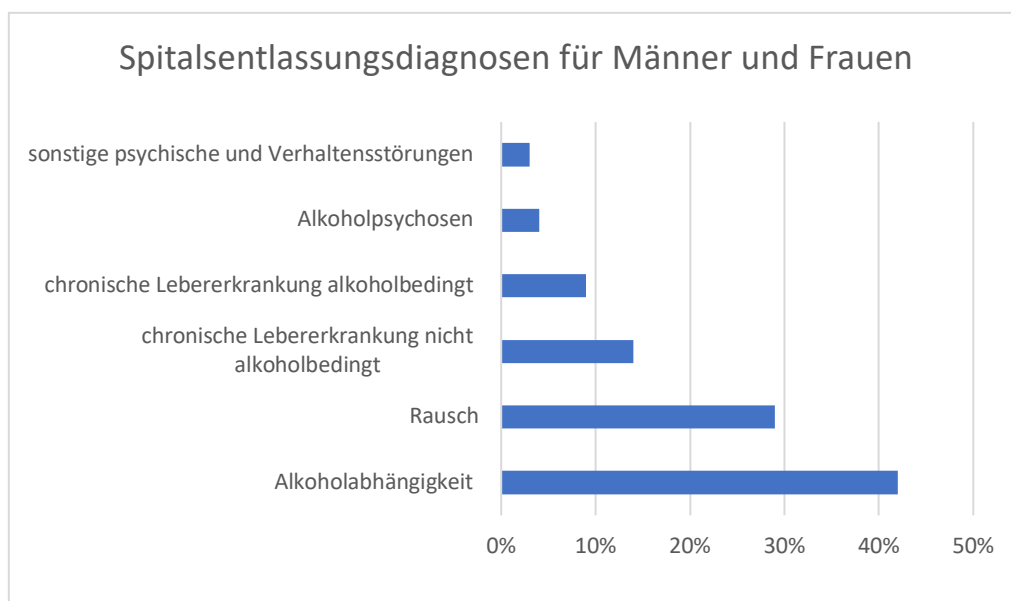


Abbildung 2: Spitalsentlassungsdiagnosen für Männer und Frauen

Quelle: In Anlehnung an Bachmayer et al., 2021, S. 21

Im Jahr 2018 wurde in einer weitangelegten Studie die Bevölkerung Westeuropas zu ihrem Substanzkonsum befragt. Jeder Dritte gab an, mindestens einmaliges episodisches Rauschtrinken (über 60 Gramm Ethanol) in den letzten 30 Tagen gehabt zu haben. Pro 100.000 Einwohner wurden in Westeuropa 881 Personen mit einer Alkoholabgängigkeit ermittelt. Die Todesfälle verursacht durch jahrelangen Alkoholkonsum wurden pro 100.000 Personen mit 19 angegeben (Atzendorf et al., 2019).

Im Rahmen der ESPAD-Studie von 2019, die als weltweit größte Schülerbefragung gilt, wurden 10.279 Schülerinnen und Schüler aus 556 Klassen und 304 Schulen der neunten und zehnten Schulstufe aus allen Schultypen zu ihrem Konsum und zu ihrer Einstellung zu legalen sowie illegalen psychoaktiven Substanzen befragt. Für den österreichischen Bericht wurden nur die Daten der zum Befragungszeitpunkt 14- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schüler verwendet. So konnte zusammenfassend gezeigt werden, dass erste Alkoholerfahrungen bereits in jungen Jahren gesammelt werden, jedoch gab die Mehrzahl der Befragten an, Alkohol überwiegend in moderaten Mengen zu konsumieren. Etwas weniger als zwei Drittel gaben an, in den vergangenen 30 Tagen vor der Befragung zumindest ein alkoholhaltiges Getränk zu sich genommen zu haben. Circa 5% berichteten von einem Konsumverhalten, das gemessen an der Konsummenge oder der Trinkfrequenz als bedenklich eingestuft werden könnte. Werden die Ergebnisse mit vorherigen Daten verglichen, zeigt sich ein Anstieg der alkoholabstinenten Jugendlichen und ein Rückgang der durchschnittlich konsumierten Menge. Diese Abnahme kann auf eine erheblich geringere Trinkmenge der männlichen Teilnehmer zurückgeführt werden, aber auch bei den Schülerinnen ist nach einem Anstieg 2015 die durchschnittliche Alkoholkonsummenge wieder rückläufig. Nichtsdestotrotz ist diese nach wie vor geringer als von männlichen Jugendlichen im gleichen Alter (Hojni et al., 2020).

3.3 Rechtliche Grundlage

Auf gesetzlicher Ebene wird der Konsum von Alkohol in Österreich über die Jugendschutzgesetzgebung auf Länderebene geregelt. Einheitliche Bestimmungen hinsichtlich des Erwerbs, Besitzes und Konsums gelten erst seit Anfang 2019; davor gab es auf Län-

derebene unterschiedliche Regelungen. Das bundesweit einheitlich geregelte Alter von 16 Jahren für den Erwerb bzw. Konsum von Bier und Wein ist nach wie vor weiterhin gültig. Jugendliche zwischen 16 und 18 dürfen gebrannte alkoholische Getränke und Mischungen nicht erwerben oder konsumieren, unabhängig davon, ob sie vorgefertigt oder selbst hergestellt wurden. Neu festgelegt wurde das Schutzalter für den Erwerb, Besitz und Konsum von hochprozentigem Alkohol auf einheitlich 18 Jahre (Hojni et al., 2020).

3.4 (kurzfristige) Wirkung von Alkohol

Berechnung des Blutalkoholspiegels

Eine Berechnung des Blutalkohols (Promillewert) erfolgt nach der Widmark'schen Formel. Diese berechnet die Alkoholmenge (in g) minus Resorptionsdefizit (10-20%) dividiert durch das Produkt aus Körpergewicht und Reduktionsfaktor (0,7 bei Männern und 0,6 bei Frauen). Pro Stunden seit dem Konsumbeginn können 0,1-0,2 Promille abgezogen werden (Schanze, 2018).

Aufnahme und Abbau des Alkohols im Körper

Der Alkohol gelangt über den Mund- und Rachenraum in den Verdauungstrakt, von wo er sich über die Blutbahn in alle Organe und Körperteile verteilt. Die Blutalkoholkonzentration (BAK) steigt je nach Menge des konsumierten Alkohols verschieden hoch an. Bei Frauen kommt es bei gleicher Konsummenge, auch wenn diese das gleiche Körpergewicht wie Männer besitzen, durch die unterschiedlichen Anteile von Wasser und Fett zu einem höheren BAK-Wert. Zusätzliche Faktoren wie die Trinkgeschwindigkeit oder die Nahrung im Magen können den Wert beeinflussen. Nach etwa einer Stunde erreicht der BAK-Wert seinen Höhepunkt. Der größte Teil des Ethanols wird in einem Stoffwechselprozess in der Leber abgebaut. Der Abbau kann in zwei Phasen beschrieben werden:

- I. Das Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) verwandelt das Ethanol in Azetaldehyd
- II. Azetaldehyd wird durch ein Enzym namens Aldehyddehydrogenase (ALDH) zu Azetat (Essigsäure) abgebaut und verlässt den Körper

Alters-, Geschlechts- und genetische Unterschiede wirken in den Stoffwechselprozess stark ein, so entfaltet Alkohol nicht bei allen Menschen die gleiche Wirkung (Sucht Schweiz, 2020).

Kurzfristige Wirkungen treten bereits ab einem Promillewert von 0,1 auf. Die nachstehende Tabelle soll einen groben Überblick über einen möglichen Verlauf eines Rausches und die damit einhergehenden kurzfristigen Auswirkungen auf den Körper aufzeigen. Folgende Angaben beziehen sich immer auf gesunde Erwachsene und sind als Anhaltspunkte zu betrachten, natürlich variieren Wirkungen je nach Gewicht, Gewöhnung und Tagesverfassung (Schanze, 2018).

Da Alkohol schnell ins Blut gelangt, tritt die Wirkung rasch ein. Ein Wärmegefühl, Wohlbefinden und Fröhlichkeit gehören zu den ersten Wirkungen, die nach Konsumbeginn eintreten. Diese werden aber sehr oft von den Betroffenen nicht immer richtig wahrgenommen, da Alkohol einen großen Einfluss auf die Selbsteinschätzung besitzt. Ein Mischkonsum mit anderen psychoaktiven Substanzen (inkl. Medikamente) kann die Wirkung verändern oder auch verstärken (Sucht Schweiz, 2020).

Promille	Wirkungen
0,2 – 0,5 (=0,1 bis 0,25mg/l Atemalkoholgehalt)	erste Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit sinken, Risikobereitschaft steigt
ab 0,5 (ab 0,25mg/l Atemalkoholgehalt)	Gleichgewichtsstörungen treten auf, ein enthemmendes und selbstüberschätzendes Verhalten tritt auf
ab 0,8 (ab 0,4mg/l Atemalkoholgehalt)	vermehrter Rede- und Tätigkeitsdrang, psychisch zeigt sich eine verminderte psychomotorische Leistungsfähigkeit, das Blickfeld verengt sich
1,0 – 2,0 Rauschstadium (=0,5 bis 1mg/l Atemalkoholgehalt)	Sprachstörungen, Verlust der Kritik- und Urteilsfähigkeit, Orientierungsstörungen,

	euphorische Gemütssteigerung oder aggressive Gereiztheit, explosive oder schnell aggressive Reaktionsweisen
2,0 – 3,0 Betäubungsstadium (=1 bis 2mg/l Atemalkoholgehalt)	Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen, Verwirrtheit, Erbrechen, motorische Ausfälle, zunehmende Betäubung bis hin zur Somnolenz, Ataxie, Schwindel, Dysarthrie und Nystagmus
3,0 – 5,0 Lähmungsstadium (=1,5 bis 2,5mg/l Atemalkoholgehalt)	Bewusstlosigkeit, Gedächtnisverlust, schwache Atmung, Unterkühlung und Verlust der Reflexe – Lebensgefahr! Eine intensivmedizinische Überwachung und Behandlung ist notwendig

Abbildung 3: kurzfristige Wirkungen während eines Rausches
Quelle: eigenen Darstellung nach Schanze (2018) und Sucht Schweiz (2020)

3.5 Psychische und physische Langzeitfolgen

Langzeitfolgen entstehen meist nur dann, wenn eine jahrelange Alkoholabhängigkeit besteht. Laut der ICD-10 Klassifikation sind folgende Merkmale ausschlaggebend, um überhaupt von einer Abhängigkeit oder Sucht in Bezug auf Alkohol sprechen zu können.

- I. Dem Konsum unterliegt ein starkes/unabwendbares Verlangen
- II. Kontrollverlust über die Substanz und den Konsum
- III. Anhaltender Substanzkonsum, obwohl die schädlichen Auswirkungen bewusst und offensichtlich sind
- IV. Andere Aktivitäten und Verpflichtungen werden in den Hintergrund gestellt, erste Priorität ist immer der Alkohol
- V. Entwicklung einer Toleranzerhöhung
- VI. Physische Entzugssymptome bei längerem Nicht-Konsum

Für die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ müssen drei oder mehr dieser Kriterien gleichzeitig in den letzten zwölf Monaten erfüllt worden sein (Gross, 2016).

Übermäßiger und vor allem jahrelanger Alkoholkonsum ist für eine Reihe von Krankheiten ganz oder teilweise verantwortlich. Fast kein Organ im menschlichen Körper ist vor der toxischen Wirkung gefeit. Für viele Krankheiten besteht eine Dosis-Wirkungs-Relation, das bedeutet, je höher die konsumierte Alkoholmenge, desto höher die Wahrscheinlichkeit an dieser Krankheit zu leiden. Entscheidend ist aber nicht nur die Trinkmenge, sondern auch das Konsummuster; so spielt es eine Rolle, ob die Konsummengen bei vielen Gelegenheiten oder bei wenigen Rauschtrink-Episoden konsumiert wurden. Das Risiko, sich im Rausch schwer zu verletzen, erhöht sich mit der zugegenommenen Trinkmenge; wiederum senken alkoholabstinente Tage das Risiko für Lebererkrankungen.

Gründe für die alkoholbedingte Mortalität sind hauptsächlich Krebserkrankungen, aber auch Verletzungen, Unfälle und Krankheiten des Verdauungstraktes. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen Todesfälle fast immer Verletzungen und Unfällen zugrunde, während im mittleren Alter und bei älteren Personen Krebs und Leberzirrhose als Todesursachen zunehmen (Sucht Schweiz, 2020).

Weitere physische aber auch psychische Langzeitfolgen werden in der nachfolgenden Grafik ersichtlich.

<p><u>Krebsarten:</u> Mund-, Rachen- und Speiseröhrenkrebs Kehlkopfkrebs Bauchspeicheldrüsenkrebs Leberkrebs Brustkrebs</p>	<p><u>Krankheiten des Verdauungstraktes:</u> Pankreas Gastritis Fettleber alkoholbedingte Hepatitis Leberzirrhose</p>
<p><u>Nervensystem:</u> Alkoholpolyneuropathie Alkoholdemenz und Hirnatrophie Wernicke Enzephalopathie Korsakow-Syndrom alkoholische Myopathie</p>	<p><u>Immunsystem:</u> chronischer Alkoholkonsum schwächt das Immunsystem und führt somit zu einer höheren Infektanfälligkeit</p>
<p><u>psychiatrische Folgen:</u> Alkoholsucht Alkoholentzugssyndrom Alkoholdelir Alkoholhalluzinose</p>	<p><u>Folgen für die Nachkommenschaft:</u> geringes Geburtsgewicht fötale Alkoholsyndrom fötale Alkoholeffekte</p>
<p><u>Herz-, Kreislaufkrankungen:</u> Schlaganfall Bluthochdruck Infarkt</p>	<p><u>Unfälle und Verletzungen:</u> Ein Einfluss von Alkohol konnte bei unabsichtlichen Verletzungen wie Unfällen, Vergiftungen, Stürzen und Ertrinken, wie auch bei absichtlichen Verletzungen festgestellt werden</p>

Abbildung 4: physische und psychische Langzeitfolgen
Quelle: eigene Darstellung nach Sucht Schweiz, 2020

3.6 Todesfälle und Strafdelikte

Die Lebenserwartung ist bei einer Alkoholabhängigkeit stark reduziert – bei Frauen ist diese um durchschnittlich 20 Jahre und bei Männern um durchschnittlich 17 Jahre verringert. Kommt bei alkoholabhängigen Personen mit oder ohne alkoholbedingte Folgeerkrankung noch eine schwere Erkrankung wie Krebs oder Ähnliches hinzu, wird Suizid begangen oder tritt der Tod durch einen Unfall ein, so bleibt eine Alkoholdiagnose unberücksichtigt. Des Weiteren attestieren manche Ärztinnen und Ärzte (überwiegend im ländlichen Raum) aus Rücksicht auf Angehörige unverfängliche Todesursachen, was die Statistik weiter verzerrt. Die Dunkelziffer der verstorbenen Personen durch eine Lebererkrankung, die auf dem Totenschein aber nicht als Alkoholikerin oder Alkoholiker ausgewiesen ist, lässt sich nur mutmaßen. Gesichert ist jedoch, dass bei Personen, die Suizid begehen, Alkoholismus überproportional anzutreffen ist. Für das Jahr 2020 bedeutet das in absoluten Zahlen:

Jahr	Gestorbene gesamt	Suizide	Alkohol- psychose	Alkohol- abhängigkeit	Alkohol- missbrauch	chron. Lebererkrankung	Alkohol- vergiftung
2020	91.599	1.068	43	515	6	1.370	26

Abbildung 5: Alkoholbedingte Todesursachen und Suizide in absoluten Zahlen (Männer und Frauen)

Quelle: Bachmayer et al., 2021, S. 45

Als Alkoholunfälle werden jene Unfälle eingestuft, bei denen mindestens eine beteiligte Lenkerin oder ein beteiligter Lenker, eine Mitfahrerin oder Mitfahrer oder eine Fußgängerin oder Fußgänger alkoholisiert war. Eine Alkoholisierung der Fußgängerin oder des Fußgängers und der Miteinsassen wird nur dann gewertet, wenn Letztere entweder verletzt wurden oder diese wesentlich am Zustandekommen des Unglückes beteiligt waren. Ob eine tatsächliche Mitschuld am Unfall die alkoholisierten Beteiligten trifft, spielt keine Rolle (Bachmayer et al., 2021).

Jahr	Unfälle mit Personenschaden	Verunglückte	Verletzte	Tote	Alkoholunfälle	Alkoholverletzte	Alkoholtote	Kfz-Bestand
2020	30.670	38.074	37.730	344	2.081	2.575	27	7.098.814

Abbildung 6: Straßenverkehrsunfälle in Österreich in absoluten Zahlen
Quelle: Bachmayer et al., 2021, S. 120

Aktuellere Zahlen zeigen einen dramatischen Anstieg an alkoholbedingten Verkehrsunfällen mit Personenschaden. In dem Zeitraum von Jänner bis März 2022 kamen 77 Personen bei Unfällen im Straßenverkehr auf österreichischen Straßen ums Leben. Somit ist diese Zahl nicht nur um 60% höher als noch vor einem Jahr, sondern auffallend ist der hohe Anteil der Alkoholunfälle gemessen an den Gesamtunfällen. Mit 8,5% ist das der höchste je gemessene Wert seit Beginn der Aufzeichnungen 1992 (Statistik Austria, 2022).

Dehos (2022) zeigte in seiner Studie „underage access to alcohol and its impact on teenage drinking and crime“, dass mit dem Erreichen des gesetzlichen Mindestalters der Alkoholkonsum und auch die Kriminalität der Jugendlichen ab 16 Jahren stark zunimmt. Straftaten wie leichte und schwere Körperverletzung, Diebstahl und Vandalismus nehmen ab dem Alter von 16 Jahren sprunghaft um 15,7% zu. Die Steigerung betrifft sowohl weibliche als auch männliche Personen, wobei letztere deutlich mehr Strafdelikte begehen. Ausschlaggebend ist eine erhöhte Intensität des Alkoholkonsums an einzelnen Gelegenheiten, nicht der häufige Konsum. Steigt der Blutalkoholspiegel über einen kritischen Wert, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche zum ersten Mal ein Strafdelikt begehen. Des Weiteren steigen Risikoverhaltensweisen bzw. Probleme, bei denen häufiger eine Verbindung zu Alkohol hergestellt werden kann. Dabei kommt es unter anderem vermehrt zu körperlichen und verbalen Auseinandersetzungen, Probleme mit der Polizei, Geschlechtsverkehr ohne Kondom oder sexueller Belästigung.

Wirft man hingegen einen Blick auf die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS)² von 2019, zeigt sich, dass jeder vierter Gewaltstraftat eine Alkoholisierung zugrunde lag. Somit standen 2019 rund ein Viertel der Tatverdächtigen bei Delikten unter Alkoholeinfluss. Aber auch hier verüben Männer weit mehr Delikte als Frauen. Wie hoch jedoch die Dunkelziffer in den eigenen vier Wänden ist, lässt sich nur mutmaßen, da viele Gewalttaten, besonders gegenüber Frauen, nicht zur Anzeige gebracht werden. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen werden die meisten Straftaten begangen; besonders junge männliche Personen, die zur Aggressivität neigen, haben bei Alkoholkonsum ein noch höheres Risiko für Gewalttaten.

Alkohol allein kann aber kaum als einzige Ursache für Gewalttaten oder Strafdelikte genannt werden. Zwar kann eine Alkoholisierung straffälliges Verhalten fördern, jedoch gibt es deutlich mehr Fälle, bei denen Menschen zwar unter Alkoholeinfluss standen, aber keine Straftat begangen. Friedemann & Rettenberger (2019) vergleichen sieben verschiedene Modelle des Einflusses von Alkohol auf die Bereitschaft Straftaten zu begehen.

Modell 1: Gewaltbereitschaft und Aggressionsneigung nehmen durch die akute Wirkung des Alkohols stark zu. Diese Aussage sieht einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Alkoholisierung und der erhöhten Bereitschaft eine Straftat zu begehen, doch ignoriert sie viele weitere Faktoren.

Modell 2: Alkohol ist nur einer von mehreren miteinander agierenden Faktoren.

Modell 3: Die Wirkung der alkoholinduzierten psychopharmakologischen Veränderung auf die Bereitschaft Straftaten zu begehen, kann durch Drittvariablen verringert oder verstärkt werden. Dabei sind bestimmte Faktoren wie das Konsummuster oder situationsbedingte Merkmale inbegriffen.

Modell 4 und 5: Strafbares Verhalten führt zu Alkoholkonsum. Beide Modelle betrachten den Zusammenhang genau andersherum.

Modell 6: Alkoholkonsum und Kriminalität besitzen eine gemeinsame Ursache, jedoch ist der tatsächliche Zusammenhang nur eine Scheinkonstellation.

Modell 7: Der Alkoholkonsum dient dazu, die strafjustiziellen Folgen einer Deliktaufklärung im Sinne einer reduzierten Schuldfähigkeit abzumildern.

² <https://www.bundeskriminalamt.at/501/start.aspx> abgerufen am 11. September 2022

Betrachtet man die verschiedenen Modelle wird eines klar: Eine gesicherte Aussage über den Zusammenhang zwischen Alkohol und Kriminalität kann nicht getroffen werden.

3.7 Österreich – das Land der Trinker?

Der regelmäßige Konsum von Alkohol ist in Österreich gesellschaftlich sowie kulturell integriert und wird kaum oder nur selten als kritisch erachtet. Alkoholpolitisch orientiert sich unser Staat an der 2006 veröffentlichten EU-Alkohol-Strategie und der WHO-Alkohol-Strategie von 2010, obwohl beide nicht rechtsverbindlich sind. Diese Strategien zielen jedoch nicht darauf ab, den Alkoholkonsum zu reduzieren, sondern konzentrieren sich nur auf den problematischen Konsum. Ziele beider Strategien sind der Schutz von Ungeborenen und Kindern, die Verhinderung alkoholbedingter Schäden bei Erwachsenen (inkl. der Anzahl von alkoholbedingten Straßenunfällen), die Verringerung negativer Folgen am Arbeitsplatz und die Erfassung zuverlässiger Daten. Österreich besitzt eine Fülle an Alkohol betreffenden Bestimmungen in unterschiedlichen Gesetzen, die oftmals gerne umgangen werden. Einige Formen der alkoholverherrlichenden Werbungen sind geregelt (z.B. sieht/hört man im österreichischen Fernsehen oder im Radio kaum Spirituosenwerbungen), des Weiteren gibt es eine freiwillige Selbstkontrolle der Werbewirtschaft, die jedoch gesetzlich nicht bestraft werden kann und immer erst im Nachhinein, falls es Beschwerden gibt, abgesetzt wird. So lässt sich sagen, dass Österreich keine Alkoholkontrollpolitik betreibt, sondern eine moderate Mittelposition vertritt und um einen Interessenausgleich zwischen allen Parteien bemüht ist. Ähnliche Vorgehensweisen lassen sich auch in anderen EU-Staaten beobachten, in denen Alkoholkonsum selten als problematisch dargestellt wird. Alkoholismus, exzessiver Konsum und Konsum in prekären Situationen (Verkehr, etc.) werden jedoch sowohl von Österreich als auch anderen EU-Staaten als Problem definiert (Uhl et al., 2019).

Nichtsdestotrotz kommt eine Studie, die den Alkoholkonsum der Österreicherinnen und Österreicher 2020 untersuchte, zu dem Ergebnis, dass der Alkoholkonsum auf Basis von Produktionsschätzungen seit den 1970er Jahren rückläufig ist. Es wird geschätzt, dass 2020 pro Kopf (bei der Bevölkerung ab 15 Jahren) 11,7 Liter Alkohol pro

Jahr bzw. 25,3 Gramm Alkohol pro Tag (20 Gramm entsprechen einem halben Liter Bier) konsumiert wurden. Auch die Hauptdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ bei stationären Behandlungen ist seit zehn Jahren konstant rückläufig, ebenso die Aufnahmen bei chronischen Lebererkrankungen bedingt durch Alkoholkonsum. Bei den Todesfällen durch chronische Lebererkrankungen sind bei Männern seit den 1970er-Jahren und bei den Frauen seit den 1990er-Jahren rückläufige Tendenzen zu beobachten. 2020 starben 975 Männer und 395 Frauen an diesen Erkrankungen und somit wesentlich weniger als in den Vorjahren. Jedoch sind nicht alle Todesfälle durch chronische Lebererkrankungen auf Alkoholkonsum zurückzuführen und auch andere Todesursachen können durch den Konsum begünstigt werden.

Aufgrund von erhobenen Daten auf einer Kombination aus Befragungen und Produktionszahlen wird geschätzt, dass 15 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher (19% der Männer und 11% der Frauen), ein Trinkverhalten aufweisen, das langfristig gesehen als gesundheitsschädlich eingestuft werden kann (Bachmayer et al., 2021).

3.8 Therapieformen

Trotz gut ausgebautem österreichischem Behandlungsnetz befinden sich aktuell nur etwa 10-16% der Alkoholabhängigen in einer spezifischen suchtmmedizinischen Betreuung. Somit fallen alkoholbezogene Störungen in die größte Behandlungslücke der psychischen Erkrankungen. Der Weg aus der Sucht ist besonders bei Alkohol mühsam und langwierig, oftmals besteht die Gefahr eines Rückfalls ein Leben lang. Da die Rückfallquote bei Alkohol besonders hoch ist und bei etwa 70-90% liegt, wird bei der Therapie großer Wert auf die Rückfallprophylaxe gelegt, da Rückfälle Teil der Krankheit sind (Slezak, 2021).

Therapeutische Angebote für Süchtige, die sich entschließen, eine vollkommene Abstinenz ihres Suchtmittels anzustreben, werden als „abstinenzorientierte Behandlung“ bezeichnet. In den letzten Jahren rückte immer mehr der Begriff „abstinenzgestützte Behandlung“ in den Fokus der Aufmerksamkeit, um zu betonen, dass Abstinenz nur ein Sekundärziel ist. Primäre Priorität ist, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können – gelingt dies nicht, kann kaum mit einer langfristigen Abstinenz gerechnet werden.

Eine andere Therapieform strebt den „kontrollierten Konsum“ statt der Abstinenz an. Dies bedeutet, dass Süchtige lernen mit Substanzen und Verhaltensweisen in nicht-

süchtiger Art umzugehen. Früher hielt man daran fest, dass nur eine lebenslange Abstinenz für Substanzabhängige erstrebenswert sei, heute geht der allgemeine Konsens in die Richtung, dass Süchtige sehr wohl zu moderaten Konsumgewohnheiten zurückfinden können, und sehen dies auch als langfristiges Therapieziel. Das Ziel „kontrollierter Konsum“ gewinnt in der Tabak- und Alkoholentzugstherapie immer mehr an Stellenwert. Hier wird auf präzise Konsumregeln und begrenzendes Verhalten gesetzt; jedoch ist der moderate Konsum für viele Substanzabhängige ein unerreichbares Ziel (Uhl et al., 2019).

Die Therapie bei einer Alkoholabhängigkeit besteht in der Regel aus zwei Komponenten; einer körperlichen Entgiftung und einer qualifizierten Entzugsbehandlung auch QE genannt. Eine körperliche Entgiftung umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit physisch-neurologischen Ausfallerscheinungen und eventuell auftretenden Entzugssymptomen. Die Sicherstellung der Vitalfunktionen und eine Vermeidung von Komplikationen wie z.B. epileptischen Anfällen sind oberstes Ziel, sekundär steht eine Linderung der Entzugserscheinungen auf dem Plan. Die QE beinhaltet die suchtpsychiatrische Akutbehandlung, die über eine körperliche Entgiftung weit hinaus geht. Hier erfolgt die Diagnostik und Behandlung der psychischen sowie somatischen Begleiterscheinungen, aber auch Folgeerkrankungen. Essentiell sind hierbei die psycho- und soziotherapeutischen Interventionen zur Förderung einer Änderungsbereitschaft und auch der Kompetenz dazu. Die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen soll gesichert werden und entsprechende Kontakte in regionale Hilfsysteme gebahnt werden. Die Dauer hierbei ist wesentlich länger als die Dauer der körperlichen Entgiftung (Kiefer & Batra, 2020).

3.9 Volkswirtschaftliche Kosten

Alkoholismus verursacht nicht nur medizinische Kosten, sondern auch hohe Ausgaben außerhalb des Gesundheitswesens. Die Krankheit bewirkt hohe Aufwendungen in den Bereichen der öffentlichen Hand für Krankengeld, Pflegegeld und Invaliditätspensionen, aber auch Produktionsverluste aufgrund vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit, erhöhter Krankenstände sowie Mortalität. Diese Kosten stehen den Einnahmen des Staates aus

der Alkoholsteuer sowie den geringeren Ausgaben für die Pensionen aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung von Alkoholikern und Alkoholikerinnen gegenüber (Czypionka et al., 2013).

2013 wurde die letzte und somit aktuellste IHS Studie zu dem Thema „Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit – eine ökonomische Analyse für Österreich“ publiziert. Diese besagt, dass Alkoholismus volkswirtschaftliche Kosten von 737,9 Millionen Euro verursacht; davon betreffen 374 Millionen Euro direkte medizinische Kosten und weitere 441,7 Millionen Euro sind die Folge von Produktivitätsausfällen.

4 Cannabis

4.1 Arten, Abgrenzung

Cannabis ist eine Hanfpflanze (botanische Bezeichnung: Cannabaceae), die Anfang des 20. Jahrhunderts als Nutzpflanze eingestuft wurde. Früher galt sie aufgrund ihrer Fasern, die man zu Stoffen und Seile verarbeitete als sehr beliebt; heute gilt sie wegen ihrer psychoaktiven Wirkung als meistverbreitete und -konsumierte illegale Substanz in ganz Europa. Auf dem Schwarzmarkt werden drei verschiedene Formen der Pflanze gehandelt, das Marihuana (getrocknete Blatt-, Blüten- und Stängelteile), das Haschisch (Harz der Blütenstände, mit Blüten- oder Blattteilen) und seltener das Haschisch-Öl (Extrakt aus der Pflanze). Es sind mehrere Arten des Konsums möglich, die häufigste ist jedoch das Rauchen von Joints (meist gemischt mit Tabak), seltener wird Cannabis (meist in Form von Süßspeisen) gegessen; aber auch mittels Bong, Shisha, Chillum oder Vaporizer kann die Substanz geraucht bzw. verdampft werden. Der in Cannabis enthaltene psychoaktive Stoff ist Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). Der durchschnittliche Gehalt lässt sich meist nur durch beschlagnahmte Cannabisprodukte bestimmen und liegt bei einem THC-Wert von etwas 10-12%. Bei Haschisch-Produkten liegt dieser Wert weitaus höher, nämlich bei 30% oder mehr.

Die Nachweisbarkeit von THC im Körper ist sehr individuell und hängt unter anderem von der Konsumart, der Konsumdauer, dem Körperfettanteil und dem Stoffwechsel ab. Da der Wirkstoff fettlöslich ist, kann es sich über einen längeren Zeitraum bei regelmäßigem Konsum im Fettgewebe ablagern. Somit wird derartig deponiertes THC nur lang-

sam freigegeben und ist relativ lange messbar. Gelegentlicher Konsum kann mittels Urintests noch Tage danach gemessen werden, chronischer Konsum sogar einige Monate (Sucht Schweiz 2018).

Der Europäische Drogenbericht von 2020 berichtet, dass der illegale Markt mit immer neueren Cannabisformen und aus Cannabispflanzen extrahierte Produkte regelrecht überschwemmt wird. Diese enthalten stets höhere THC-Konzentrationen, oft doppelt so viele wie noch vor zehn Jahren; daher bestünde eine dringende Notwendigkeit, diesen Bereich stärker zu überwachen.

4.2 Statistik, Hintergrunddaten

Wichtige Daten und Trends aus dem aktuellen Europäischen Drogenbericht von 2022:

- 2020 meldeten EU-Staaten eine Sicherstellung von Cannabis harz in Höhe von 584 Tonnen und von Cannabis kraut mit 155 Tonnen.
- Bei einer EU-Online-Befragung über den Konsum von Cannabis gaben 95% der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten Cannabisprodukte konsumiert haben, an, am häufigsten Cannabis in Form von Cannabis kraut (32%) und Cannabis harz (25%) zu konsumieren.
- Cannabis war 2020 die am häufigsten gemeldete illegale Substanz, die mit 23% der Notfälle mit akuter Drogenintoxikation beteiligt war, jedoch in der Regel kombiniert mit anderen Substanzen.

Cannabisprodukte wurden 2021 in der EU, welche um die 448 Millionen Einwohner zählt, von 22,2 Millionen Erwachsenen (15-64 Jahren) konsumiert, dies entspricht 7,7%. 78,6 Millionen gaben an, Cannabis bereits einmal in ihrem Leben (Lebensprävalenz) konsumiert zu haben, was einen Prozentsatz von 27,3 bedeutet.

In der Gruppe der jungen Erwachsenen (15-34 Jahren) berichteten 15,8 Millionen und somit 15,5% im letzten Jahr Cannabisprodukte mindestens einmal verwendet zu haben (Europäischer Drogenbericht, 2022).

Der österreichische Bericht zu Drogensituation 2021 zeigt sehr ähnliche Zahlen; nämlich eine Jahresprävalenz der Erwachsenen von circa 23% und eine Monatsprävalenz von um die 6-7%. Bei der Datenerhebung der jungen Erwachsenen wurden nur 15- bis 17-Jährige befragt, welche zu einem Fünftel angaben, bereits einmal Cannabisprodukte konsumiert zu haben. Burschen wiesen dabei eine höhere Rate als Mädchen im gleichen Alter auf.

Bei der letzten Bevölkerungsbefragung zu Konsum- und Verhaltensweise mit Suchtpotential 2021 berichteten Jugendliche und junge Erwachsene (15-24 Jahre) von einer Lebenszeitprävalenz von 24% und einer Jahresprävalenz von 17%. Jedoch sollte bei allen Erhebungen egal welcher Art bedacht werden, dass sich aufgrund der Tatsache, dass nach illegalem Verhalten gefragt wird, eine große Unschärfe ergibt. Das gesellschaftliche Klima, aber auch die Umgebung der oder des Befragten haben großen Einfluss darauf, ob etwaiger Konsum zugeben wird oder nicht (Strizek et al., 2021).

4.3 Rechtliche Grundlagen

Cannabisprodukte, die einen durchschnittlichen THC-Gehalt von mindestens 1% ausweisen, unterliegen dem österreichischen Suchtmittelrecht (BGBl I 1997/112) und zählen zu den Suchtgiften. Diese Einstufung als Suchtmittel stützt sich auf das UNO Einheitsabkommen über Betäubungsmittel. Laut dem Gesetz sind die Erzeugung, der Erwerb, der Besitz, die Überlassung, die Ein- und Ausfuhr sowieso die Bewerbung von THC-Produkten verboten. Der Anbau für den Eigenverbrauch gedachter Pflanzen ist ebenfalls untersagt. Der Konsum ist nicht ausdrücklich strafbar, jedoch ist dieser ohne Besitz oder Erwerb (beinahe) unmöglich, somit kann mit dem Konsum eine strafbare Handlung in Verbindung gebracht werden.³ Ausnahmen sind der Umgang aufgrund medizinisch indizierter ärztlicher Verordnung, sowie genehmigten Forschungszwecken. Eine Genehmigung für die Herstellung von Cannabisprodukten besitzt in Österreich nur die Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) (Skala, et al., 2022).

³ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040> abgerufen am 31. Oktober 2022

Eine Legalisierung in Österreich wurde im Ende Juli 2022 vom VfGH abgelehnt, Innenminister Gerhard Karner hatte das Vorhaben bereits vor dem Urteil bei einer Pressekonferenz am 14. Juli strikt mit den Worten „*das halten wir für den völlig falschen Weg*“ kommentiert. Jedoch gibt es parallel zum Strafbestand noch das Prinzip „Therapie statt Strafe“. Dies bedeutet in der Regel „Straffreiheit“ bei Konsumdelikten mit geringen Mengen und „Therapie statt Strafe“ bei Konsumdelikten und Delikten im Sinne von Beschaffungskriminalität bei Personen, die als suchtkrank eingestuft werden können. Besonders bei Delikten im Jugendalter verweist das Gesetz auf die Paragraphen 11, 12 und 13 des Suchtmittelgesetzes, welches vorschlägt, Cannabis konsumierende Jugendliche einer Beratung im Sinne von „harm reduction“ und „safer use“ zu unterziehen und diese nicht zu bestrafen (Skala, et al., 2022).

Ein weiteres Cannabinoid der Pflanze ist Cannabidiol (CBD), welche jedoch nicht psychoaktiv wirkt und somit keinen Rauschzustand bewirkt. Die Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, der Erwerb und Besitz sind grundsätzlich gestattet und fallen weder international noch national unter suchtmittelrechtliche Vorschriften, wenn der THC-Gehalt vor, während und nach dem Produktionsprozess die 0,3% Grenze nicht überschreitet. Da legales Cannabis augenscheinlich nicht von illegalem unterschieden werden kann, beschlagnahmt die Polizei in der Regel auch THC-arme Produkte, welche jedoch nach Kontrollen im Labor wieder zurückgegeben werden.⁴

4.4 (kurzfristige) Wirkung von Cannabis

Bei einem Konsum von THC-Produkten kommt es je nach Konsumart, Dosierung und aktuellem psychischem Zustand zu einem Rauschzustand. Wird das Produkt inhaliert, gelangt das THC durch die Kapillaren der Lungenoberfläche ins Blut und danach ins Gehirn. Dabei kommt es bereits nach einigen Minuten zu einem Rauschzustand, der nach rund 15 Minuten seine Hauptwirkung entfaltet und bis zu vier Stunden anhält. Bei oraler Einnahme, wie z.B. dem Essen von Cookies, dauert es in der Regel 30 bis 90 Minuten, bis es zu einer spürbaren Wirkung kommt, die etwa zwei bis drei Stunden danach ihr Maximum erreicht und erst nach vier bis acht Stunden wieder abnimmt.

⁴ https://www.verbrauchergesundheit.gv.at/Lebensmittel/Cannabinoid/Information_-_Hanf-_und_CBD-Produkte_%2819.10.18%29.pdf

Durch den Konsum tritt ein sedierender bis euphorischer Zustand ein mit einer für die Betroffene oder den Betroffenen intensiviert empfundenen Wahrnehmung (entaktogene Wirkung). Cannabis intensiviert die momentane Gefühlslage, somit spielt die aktuelle psychische Empfindlichkeit eine noch größere Rolle als bei anderen Substanzen. Meist führt der Konsum von Cannabis zu einer aufgeheiterten Stimmung; weiters wirkt er muskelentspannend, antiepileptisch, brechreizhemmend, appetitsteigernd und beruhigend.

Bei höheren Dosen kann die Wirkung aber auch in Missstimmung, Angst und Panikzustand, Depression und dem Gefühl von Kontrollverlust umschlagen. Häufig zeigen sich auch eine veränderte Zeitwahrnehmung, dissoziative Phänomene bis hin zu Halluzinationen und paranoiden Gedanken. Es kommt zu einer Herabsetzung der Konzentration, Aufmerksamkeit und der Feinmotorik. Auf somatischer Ebene kommt es zu Schwindel, verwaschener Sprache, Müdigkeit und Antriebslosigkeit, Mundtrockenheit, Übelkeit, oftmals begleitet von Kopfschmerzen, Muskelrelaxation, erweiterten Pupillen und geröteten Augenbindehäuten, gesteigertem Appetit, niedriger Hauttemperatur und damit zu einem Kältegefühl, Tachykardie, Schwitzen und orthostatischer Dysregulation sowie kardialer Ischämie (Skala, et al., 2022).

4.5 Neurobiologische Folgen

Die Menschen sowie die meisten anderen Lebewesen sind von Strukturen des körpereigenen Cannabinoid-Systems des sog. „Endocannabinoid-Systems“ (eCB) durchdrungen. Zwei Rezeptoren (CB1-R und CB2-R) umfassen wesentlich dieses System; beide Rezeptoren befinden sich im präsynaptischen Bereich von inhibitorischen, aber auch exzitatorischen Synapsen im Zentralnervensystem sowie in der Peripherie. CB1-R sind primär an Zellen des ZNS lokalisiert, im Kleinhirn, in den Basalganglien sowie im Hippocampus kommen sie in besonders hoher Dichte vor. Jedoch finden sich diese Rezeptoren auch an Zellen des peripheren Nervensystems, wie zum Beispiel im Darm. Sie wirken als Teil eines Netzwerkes, welches an höheren Gehirnfunktionen, Gedankenstrukturen, Konzentration, sensorischen Empfindungen, Zeitempfinden und motorischer Koordination beteiligt ist.

CB2-R hingegen finden sich vor allem in peripheren Bindegeweben sowie auf Zellen des Immunsystems. Sie spielen nach heutigem Wissensstand vermutlich eine Rolle in antiinflammatorischen sowie immunmodulierenden Prozessen. Das eCB spielt bereits in der frühen Embryonalentwicklung für physiologische Hirnreifungsprozesse eine wesentliche Rolle. Bis zur vollständigen Gehirnentwicklung in der Adoleszenz ist dieses System an Reifungsprozessen beteiligt. Besonders das Gehirn im Jugendalter kann leicht Störungen im eCB entwickeln, die mit Veränderungen in der Entwicklung sowie der Plastizität einhergehen. CB1-Rezeptoren und Endocannabinoide beeinflussen im Gehirn u.a. die Aktivität von Neuronen sowie der Oligodendrozyten. Diese sind wesentlich an der Isolierung der Axone von Nervenzellen und somit auch für deren Versorgungsmechanismus beteiligt. Cannabinoide wirken im Gehirn toxisch und wirken vor allem auf Nervenzellen; so können sie eine Myelinisierung oder eine Demyelinisierung der Axone bewirken. Bei chronischen Konsumenten, die noch dazu chronisch-psychosozialem Stress ausgesetzt sind, kommt es zu einer Reduzierung der Gene, die für die Myelinbildung verantwortlich sind. Besonders betroffen von dieser Reduktion sind der präfrontale Kortex, das Corpus callosum und andere Faserstrukturen. Zudem konnten epigenetische Effekte von Cannabinoiden festgestellt werden, die sich auf die Hirnentwicklung auswirken können (Skala, et al., 2022).

4.6 Psychische und physische Langzeitfolgen

In Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass intensiver Cannabiskonsum eine deutliche Beeinflussung der Reifungsprozesse in sensiblen Phasen der Entwicklung mit sich zieht und damit besonders schädliche Auswirkungen hervorruft. Das eCB ist unter anderem für die abschließende Myelinisierung der Nervenfasern beim axonalen sowie synaptischen Abbau in der Zeit der Pubertät und bei der Ausreifung verschiedenster Neurotransmittersysteme im Gehirn verantwortlich.

Ein Konsum im Jugendalter und auch noch im jungen Erwachsenenalter steht im Zusammenhang mit funktionellen Aspekten im Bereich des rechten unteren Fasciculus longitudinalis und im Fasciculus uncinatus und erhöht das Risiko einer besonderen Vulnerabilität der Hirnreifung. Zudem wurden in tierexperimentellen Forschungen Auswirkungen auf die Kognition, insbesondere des Lernens und des Gedächtnisses

gezeigt. Auch nach Konsumende blieben diese Beeinträchtigungen bestehen (Skala, et al., 2022).

Ein häufiger sowie regelmäßiger Konsum führt somit zum Teil zu erheblichen Beeinträchtigungen bei der Lern- und Erinnerungsleistung, aber auch kognitive Fähigkeiten werden negativ beeinflusst. Dabei kommt es besonders in den Bereichen Aufmerksamkeit, Problemlösefähigkeiten und Denkleistung zu Verlusten. Eine generelle und bleibende Auswirkung auf die Intelligenz konnte nicht in allen Studien belegt werden.

Des Weiteren verdichtet sich die Datenlage zu Cannabis und psychotischen Störungen. Cannabiskonsumenten erkranken dreimal so häufig an Psychosen und öfters an Schizophrenie als die Gruppe der Nicht-Konsumenten. Cannabis gilt somit als Risikofaktor für psychische Erkrankungen, jedoch darf nicht vergessen werden, dass meist mehrere Faktoren zusammenkommen, um die Entstehung einer psychischen Erkrankung zu begünstigen. Der Konsum über einen langen Zeitraum erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit an einer solchen Krankheit zu erkranken. Bei gelegentlichem Konsum erhöht sich das Risiko für Psychosen um das 1,4- bis 2-fache; bei intensivem sogar um das 2- bis 3,4 fache. Cannabiskonsumenten werden mit der Diagnose einer psychotischen Störung rund 2,7 Jahre früher konfrontiert als Nicht-Konsumenten und haben einen ungünstigeren Krankheitsverlauf.

Im Rauschzustand treten zudem häufiger zum ersten Mal Symptome einer depressiven Manie auf, das Risiko hierfür ist um das Dreifache erhöht als bei Nicht-Konsumenten. Ebenso steigt das Risiko um den Faktor 1,4 bis 2,5 an der Krankheit Borderline zu erkranken. Cannabisprodukte erhöhen auch das Risiko für Depressionen und Angststörungen um den Faktor 1,3 bis 1,6. Bei der Angststörung verdoppelt sich das Risiko zudem noch, wenn die Konsumentin oder der Konsument bereits vor dem 16. Lebensjahr begann, Cannabis wöchentlich zu konsumieren und/oder abhängig davon war. Genau so erhöht sich das Risiko für Selbstmordgedanken bei regelmäßigem Konsum; jedoch konnte in den Studien kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und erhöhter Selbstmordrate gefunden werden.

Die Datenlage zu den organischen Folgen ist dagegen eher dünn. Chronischer Konsum erhöht das Risiko für Atemwegserkrankungen, jedoch scheint die Gefahr von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich, sowie in der Lunge gering zu sein. Zu anderen Krebserkrankungen gibt es keine Datenlage, die aussagekräftig wäre. Eine Ausnahme ist hier jedoch

der Hodenkrebs, der vorwiegend bei jüngeren Männern auftritt. Bei Mischtumoren der Hoden, auch Nicht-Seminome genannt, konnte ein signifikanter Zusammenhang zum chronischen Konsum belegt werden (Hoch, et al., 2018).

4.7 Todesfälle und Strafdelikte

2020 wurden in der Europäischen Union 642.000 Delikte wegen des Konsums oder Besitzes von Cannabis gezählt, sowie 93.000 Handelsdelikte. In Österreich kamen 40.299 Anzeigen aufgrund des Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz zur Anzeige und somit um 7% weniger als im Vorjahr, was auf Covid-19 Maßnahmen zurückzuführen ist. Nach involvierten Substanzen differenziert, belegt Cannabis Platz eins mit rund 72% und somit 28.587 Anzeigen. Im Straßenverkehr zeigt sich, dass die Zahl wegen Alkohols am Steuer jene wegen Suchtgifts im Straßenverkehr weiter übertrifft. Jedoch sinkt die Zahl der alkoholbedingten Autounfälle in den letzten Jahren, während sich Suchtgift betreffend die Anzeigen kontinuierlich steigerte und sich dieser Trend auch 2020 fortsetzte (Busch, et al., 2021).

Anzeigen	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	1.068	1.491	2.192	3.011	4.364	5.519
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	26.327	27.896	28.109	28.067	30.930	25.705
Gesamt	27.395	29.387	30.301	31.078	35.294	31.224

Abbildung 7: Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols sowie Suchtgifts
Quelle: Busch et al., 2021, S. 209

Hinsichtlich der Mortalitätsraten erscheinen natürlich hergestellte Cannabisprodukte als relativ sicher, direkte Todesfälle durch den Konsum treten sehr selten auf, obwohl es einige Berichte gibt. Vermutlich kann es darauf zurückgeführt werden, dass eine vergleichsweise geringe CB1-Rezeptordichte in Hirnarealen mit hoher Bedeutsamkeit für lebenserhaltende Prozesse vorhanden ist. Jedoch können Todesfälle auftreten, die einen indirekten Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis aufwiesen wie unter anderen Verkehrsunfällen, Suizide und somatische Erkrankungen. Nicht zuletzt können Todesfälle selten auf einen alleinigen Cannabiskonsum zurückgeführt werden, da häufig ein Mischkonsum mit anderen Substanzen stattfindet (Hoch et al., 2018).

Eine nicht zu unterschätzende Gefahr für Leib und Leben stellen jedoch synthetisch hergestellte Cannabinoide dar, die vermehrt in Umlauf geraten. Sie imitieren die Wirkung des THC, können dabei aber hochpotent und sogar giftig sein und führten in der Vergangenheit bereits zu schweren und teils tödlichen Vergiftungen. In Europa gibt es zunehmend Berichte über Cannabisprodukte, die durch synthetische Cannabinoide verfälscht wurden. Diese Produkte mit meist niedrigem THC-Gehalt werden an unweisende Abnehmerinnen und Abnehmer verkauft und können toxischer sein und zu stärkeren psychischen und physischen verhaltensbedingten Wirkungen führen als natürlich hergestelltes Cannabis. Im Juli 2020 wurden in acht EU-Mitgliedsstaaten solche Produkte entdeckt, ursprünglich wurde MDMB-4en-PINACA am häufigsten nachgewiesen, mittlerweile wird es immer öfter durch das synthetisch hergestellte Cannabinoid ADB-BUTINACA ersetzt. Es ist anzunehmen, dass Herstellerinnen und Hersteller ihre Produkte fälschen, um höhere Gewinne zu erzielen. Vergiftungen mit tödlichem Ausgang durch synthetische Cannabinoide 2020 wurden aus Deutschland (9), Ungarn (34) und der Türkei (49) gemeldet (Europäischer Drogenbericht 2022).

4.8 Legalisierung am Beispiel Amerikas

Mit einer historischen Entscheidung der UN-Suchtstoffkommission 2020 wird Cannabis in seiner Gefährlichkeit neu bewertet und ist somit in seiner Gefährlichkeit nicht mehr Heroin oder Fentanyl gleichgestellt. Die Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen folgt somit dem Rat der WHO. In der UN-Drogenkonvention von 1961 wurde Cannabis als überaus gefährlich und als erster Schritt in die Drogensucht eingestuft, nun gilt Cannabis aber nicht mehr als Suchtmittel der Kategorie IV und wurde somit in seiner Gefährlichkeit abgestuft. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Cannabis als harmlos bezeichnet werden kann, sondern lediglich, dass es nun in der niedrigeren Unterkategorie I, gemeinsam mit Kokain und Methadon geführt wird und weiter als streng zu kontrollierende Substanz gilt (Steffen, 2020). Amerika ging bereits 2012 einige Schritte weiter und ernannte Colorado als den ersten US-Bundesstaat, in dem Cannabisprodukte aus medizinischen Gründen frei verfügbar waren. Entsprechende Atteste waren jedoch stets unkompliziert zu erwerben. Heute haben inzwischen 37 der 50 Staaten inklusive des Hauptstadtbezirks Washington den Konsum von medizinischem Cannabis legalisiert, in 18 dieser Bundesstaaten dürfen Erwachsene über 21 auch ganz ohne

medizinische Gründe legal konsumieren. Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss diese rechtliche Entscheidung auf die Bevölkerung hatte und wie sich die Konsumtrends seither änderten. Eine Studie um Charles B. Fleming und seinem Team von der University of Washington sammelte Daten im Zeitraum 2014 bis 2019 von über 12.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zwischen 18 und 25 Jahren und konnte belegen, dass mit der Freigabe von Cannabis der Missbrauch von Alkohol und Schmerzmittel sowie der Nikotinkonsum bei Jugendlichen signifikant abnahm. Gegner der Entkriminalisierung prophezeiten einen steilen Anstieg beim Konsum anderer Drogen – Cannabis galt als berühmte Einstiegsdroge. Fleming et al. (2016) konnten zeigen, dass Cannabis kaum als Wegbegleiter für härtere Drogen fungiert. Einige Ergebnisse wiesen sogar darauf hin, dass der Bedarf an anderen Drogen, zumindest bei jungen Erwachsenen in Washington, seit der Legalisierung zurückging.

Konträr zeigen andere Studien die negativen und gefährlichen Folgen der Legalisierung auf; die Zahl der Erwachsenen, die Cannabis konsumieren, verdoppelte sich beinahe von 22,6 Millionen auf 45 Millionen. Zudem stieg die Anzahl der Cannabiskonsumstörungen von 3,4 auf 4,1 Millionen an und ebenso die Menge der täglich oder beinahe täglich Konsumierenden von 3,6 auf 9,8 Millionen. In demselben Zeitraum konnte beobachtet werden, dass sich die Zahl der schwer depressiven Menschen um 25% erhöhte und somit die 19 Millionen Grenze knackte. Die Zahl der Amerikanerinnen und Amerikaner mit ernsthaften Suizidgedanken stieg um 31% und die Zahl der Suizidtoten erhöhte sich um 24%. Es ist bewiesen, dass Depression einer der größten Risikofaktoren für eine Suizidalität ist und Cannabis kann wiederum in Verbindung mit Depressionen gebracht werden. Das National Institute on Drug Abuse untersuchte Daten über einen Zeitraum von zwölf Jahren und ging der Frage nach, ob der Cannabiskonsum mit einem erhöhten Suizidalitätsrisiko bei jungen Erwachsenen mit und ohne Depressionen in Verbindung gebracht werden kann. 281.650 Erwachsene zwischen 18 bis 34 Jahren wurden untersucht und erschreckende Ergebnisse festgestellt. In der Gruppe der nicht-depressiven Personen war die Prävalenz von Selbstmordgedanken unter jenen, die Cannabis konsumierten, vergleichsweise höher als bei den Nicht-Konsumenten. Bei Frauen lag der Unterschied bei knapp 10%, bei Männern bei circa 7%. Bei Personen mit einer Depression und einem Cannabiskonsum lag der Anteil, die einen Suizid planten, bei Frauen etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Ebenso erhöhte sich die Zahl der

Suizide um 51,9% bei Frauen und 44,9% bei Männern. Anhand dieser Resultate lässt sich ein besorgniserregender Trend feststellen, besonders gefährdet gelten Frauen und Personen mit einem Jahreseinkommen unter 20.000 USD. Noch unklar ist, ob der beschriebene Anstieg auf den Konsum allein oder auf überschneidende Risikofaktoren zurückzuführen ist (Han, et al., 2021).

4.9 Therapieformen

Verfügbare Daten aus dem Jahr 2020 zeigten, dass etwa 80.000 Menschen in der EU wegen Probleme im Zusammenhang mit Cannabis eine Drogentherapie begannen, davon 43.000 zum ersten Mal. Dabei lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg seit 2010 erkennen (Europäischer Drogenbericht 2022).

In Österreich weisen etwa 0,4% der Bevölkerung ein Konsummuster auf, das als potenziell gefährlich eingestuft werden kann. 2020 befanden sich etwa 2.750 Personen allein wegen ihres Konsums in einer Einrichtung oder Suchthilfe. Erhebungen zeigen allerdings, dass nur etwa ein Drittel jener vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabisprodukte konsumierte. Die Behandlung dürfte bei vielen als Maßnahme der Frühintervention dienen und weniger wegen eines akuten Suchtproblems. Cannabiskonsum wird jedoch oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingeordnet (Busch, et al., 2021).

In der EU gilt außer Kontrolle geratener Cannabiskonsum als die am häufigsten genannte Droge bei Erstkläntinnen und Erstklänten. Dabei lag die Häufigkeit des Konsums der letzten 30 Tage bei 5,3 Tagen pro Woche und bei 46% der Befragten sogar täglich. 84% derer, die sich in Drogenbehandlungen wegen Cannabiskonsum befinden, sind männlich und das Durchschnittsalter liegt bei erstmaliger Behandlungsaufnahme bei 25 (Europäischer Drogenbericht 2022).

Besonders bei Behandlungen von Cannabis-bezogenen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden vier Behandlungsebenen beachtet:

- I. Behandlung der physischen Auswirkungen
- II. Behandlung der psychischen Funktionsstörungen
- III. Behandlung der (möglichen) Entwicklungsstörungen
- IV. Behandlung der komorbiden psychischen Störungen

Bisher sind keine Medikamente speziell für die Behandlung von Cannabis-bezogenen Störungen in Deutschland und Österreich zugelassen. Eine erfolgreiche Therapie ist meist nur mit pharmakologischer Hilfe möglich vor allem bei Cannabis-induzierten Psychosen (Gabe von atypischen Antipsychotika oder Benzodiazepinen), komorbiden psychischen Störungen (Gabe von Antidepressiva) oder bei schweren Entzugssymptomen, die jedoch in der Regel nach 7 bis 21 Tagen abklingen. Jedoch ist der Fokus auf psychotherapeutische und suchtmmedizinische Ansätze gerichtet, eine familientherapeutische Intervention sowie kognitive Verhaltenstherapien haben sich ebenfalls als erfolgsversprechend erwiesen. In Österreich und Deutschland werden pathologische, Cannabis-bezogene Störungen überwiegend ambulant behandelt, eine stationäre Behandlung ist nur bei komorbiden psychischen Störungen, einer Intoxikation oder bei schwerer Entzugssymptomatik von Nöten. Die Abdeckung der Kosten erfolgt im Normalfall durch die Sozialversicherungsträger (Hahn et al., 2022).

4.10 Volkswirtschaftliche Kosten

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung von den Ländern getätigt, ebenso von den Sozialversicherungen und dem Bund (aktuell besonders die Aktion „Therapie statt Strafe“ durch das Justizressort). Einrichtungen sowie Beratungsstellen für die Behandlung und/oder Betreuung von Suchterkrankten werden vom Bund gefördert. Genaue Angaben über suchtspezifische Kosten können in Österreich nicht getätigt werden, da verschiedene Budgets für drogen- und/oder suchtspezifischen Ausgaben nicht als solche explizit gekennzeichnet werden. Lediglich die Ausgaben des BMJ für die Suchttherapien auf Bundesebenen sind bekannt, welche für das Jahr 2020 auf circa 8,18 Millionen Euro geschätzt wurden (Busch, et al., 2021).

5 Prävention

5.1 Begriffsdefinition und Einteilung

Der Begriff „Prävention“ wird im alltäglichen Gebrauch genauso wie im wissenschaftlichen oft verwendet, ohne diesen vorab definiert zu haben. Denn Prävention bedeutet

nicht sehr viel mehr, als irgendetwas mit irgendwelchen Mitteln zu verhindern und dies lässt reichlich Raum für Interpretationen. So wird dieser Begriff bis heute mit einer hohen Anzahl an unterschiedlichen Bedeutungen assoziiert. Orientiert man sich an dem bis heute populären Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik, lässt sich der Begriff in vier Unterkategorien gliedern, nämlich: „Repression“, „Therapie“, „Schadensbegrenzung“ und „Prävention“. Die Kategorie „Prävention“ unterscheidet sich jedoch maßgeblich von den anderen, da „Prävention“ im Sinne dieses Modells eine nicht repressive Intervention bedeutet, besonders bei Personen, bei denen es (noch) keines therapeutischen Eingriffs bedarf. Ebenfalls zu sprachlicher Verwirrung führt der Begriff „Repression“, welcher traditionellerweise in Generalprävention und Spezial- bzw. Individualprävention unterteilt wird, sowie „Therapie“ und „Schadensbegrenzung“, welche häufig als Tertiärprävention bezeichnet werden. Somit werden „Repression“, „Therapie“, aber auch „Schadensbegrenzung“ oftmals mit dem Überbegriff „Prävention“ assoziiert (Uhl, 2007).

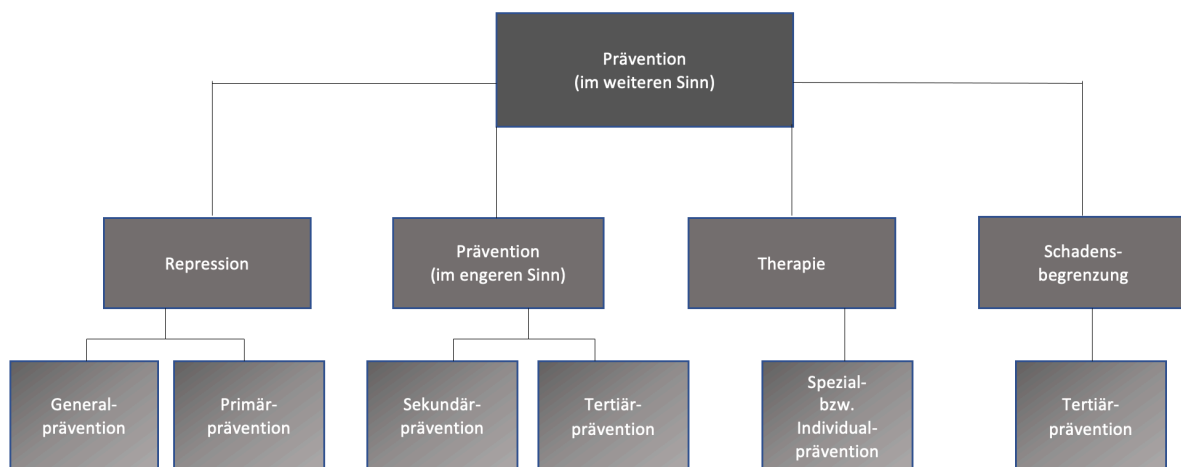


Abbildung 8: Einteilung des Begriffes „Prävention“
 Quelle: eigene Darstellung nach Uhl, 2007, S. 3

Bis heute ist die 3-stufige Klassifikation von Prävention und Präventionsmaßnahmen im Bereich der geistigen Gesundheit sowie im Bereich Suchterkrankungen am gebräuchlichsten; auch in der Organmedizin gewinnt sie an Bedeutung.

- I. Primärprävention: vorbeugende Maßnahmen an einer unspezifischen Gruppe an Personen
- II. Sekundärprävention: vorbeugende Maßnahmen bei Hochrisikogruppen

III. Tertiärprävention: therapeutische Intervention und Rückfallprophylaxe bei Erkrankten

Statt des Begriffs „Sekundärprävention“ wird in der Literatur auch häufig „Frühintervention“ oder „early intervention“ gebraucht. Die Bezeichnung „Tertiärprävention“ ist insofern gerechtfertigt, da mit der Behandlung eines Suchtkranken oder einer Suchtkranken die Krankheit selbst zwar nicht mehr verhindert werden kann, sich diese jedoch primär prophylaktisch gegen eine Verschlechterung und später prophylaktisch gegen einen Rückfall richtet (Uhl, 2007).

5.2 Zielsetzung und Prioritäten

Vom Gesundheitsministerium sowie der Europäischen Kommission wurde 1998 eine Leitbildstudie zum Thema „Professionelle Suchtprävention in Österreich“ veröffentlicht, die bis heute von Relevanz ist. Überarbeitet ist diese heute in der allgemeinen österreichischen Suchtprävention sowie in allen Sucht- und Drogenstrategien der Bundesländer zu finden. Darin wird die Wichtigkeit eines Gesamtkonzepts mit umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) betont, ebenso ein zielgruppenspezifischer Ansatz mit entsprechenden Maßnahmen, die sich auf illegale und auch auf legale Substanzen konzentrieren. Stoffungebundene Süchte werden gleichermaßen in das Konzept miteinbezogen wie stoffgebundene. Eine strukturierte und längerfristige Zusammenarbeit mit Bildungs- und Jugendeinrichtungen, Jugendsozialarbeit und dem Gesundheitswesen werden angestrebt. Die Suchtpräventionsarbeit wird als langfristiger, pädagogischer Prozess und als Aufgabe für die gesamte Gesellschaft gesehen, mit dem Ziel, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern und festigen. Alle Bundesländer betonen die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes als Prinzip und zielen auf die jeweilige Eigenverantwortung ab (Busch, et al., 2021).

Dabei wird auf das partizipativ-emanzipatorische Menschenbild der Gesundheitsförderung aufgebaut, welches davon überzeugt ist, dass die meisten Menschen in der Lage sind, für sich sowie für ihr direktes Umfeld autonom richtige Entscheidungen zu tref-

fen. Voraussetzung dafür sind die Entwicklung von Lebenskompetenzen, umfassende und ausgewogene Informationen sowie eine ständige Ermutigung, ein zufriedenes Leben anzustreben und mit Risiken bewusst umzugehen. Im Gegensatz dazu steht das paternalistisch-kontrollierende Menschenbild. Die österreichische Suchtprävention orientiert sich an ersterem, befürwortet aber auch Überzeugungsarbeit und Maßnahmen, um gewünschte Zielgruppen in eine suchtfreie und gesunde Richtung der Lebensgestaltung zu lenken (Uhl et al., 2019).

Spezielle Schwerpunktsetzungen wie z.B. der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025 stehen immer wieder im Fokus der Aufmerksamkeit. Der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025 bestrebt unter einem kritischen Umgang mit Substanzen, aber auch Verhaltensweisen, eine Verhinderung des Konsums bzw. ein möglichst langes Hinauszögern dieses. Da das Feld der Sucht- bzw. Drogenstrategien sehr weit gestreut ist, bedarf es einer Priorisierung; beispielsweise auf bestimmte Zielgruppen (z.B. riskant konsumierende Jugendliche, Schwangere, ältere Menschen, etc.) (Busch, et al., 2021).

Um eine nachhaltige suchtpreventive Zielsetzung überhaupt erreichen zu können, benötigt es systematischer, vor allem wissenschaftlich begründeter Vorgehensweisen, die mit allen Beteiligten koordiniert werden. Kurzfristige, aktionistische und unkoordinierte Einzelmaßnahmen erwiesen sich in der Vergangenheit als ungeeignet, jedoch ist es notwendig, dass Suchtpräventionsstellen ihr Wissen allen Personen zur Verfügung stellt, die präventiv tätig sind.

5.3 Das Verhältnis von Suchtprävention zur Gesundheitsförderung

Universelle Suchtprävention ist Teil der umfassenden Gesundheitsförderung mit dem Ziel Sucht und/oder Substanzmissbrauch zu verhindern. Um das zu gewährleisten, muss eine Förderung von Lebenskompetenzen (Verhaltensprävention) sowie die Beeinflussung relevanter Umweltparameter (Verhältnisprävention) mit der Absicht möglichst gute Lebensbedingungen sowie Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen und schädliche Faktoren zu minimieren. Ein populäres derartiges Konzept trägt den Namen „Mache die gesunde Alternative zur leichten Alternative“. Dieses Konzept beinhaltet

eine breite Palette an positiven Maßnahmen, die Anreize für eine Reduktion oder Abstinenz von schädlichen Substanzen schafft und Konsum- und Verhaltensalternativen anbietet (z.B. gesetzliche Regelungen, die es verbieten, dass alkoholische Getränke günstiger als nicht-alkoholische angeboten werden) (Uhl et al., 2019).

5.4 Verhaltensprävention versus Verhältnisprävention

Die zahlreich verwendete Klassifikation unterscheidet in „Verhältnisprävention“ versus „Verhaltensprävention“. Dabei kann Verhältnisprävention auch als „umgebungsorientierte Prävention“ verstanden werden und zielt auf Rahmenbedingungen ab, um diese so zu gestalten, dass eine gesunde Entwicklung ohne Suchterkrankungen möglich ist und vor allem gefördert wird. Verhaltensprävention wird auch als „personenorientierte Prävention“ bezeichnet und beabsichtigt, die Zielpersonen in die gewünschte (suchtfreie) Richtung zu motivieren. Die Förderung der Schutzfaktoren, erfahrene Wissensvermittlung sowie Früherkennung und Korrektur bei Problemverhalten (Schule, Jugendarbeit, Allgemeinmedizin, etc.) stehen im Fokus der Verhaltensprävention. Im Gegensatz dazu stehen in der Verhältnisprävention die Gestaltung einer sozialen und wirtschaftlichen Umgebung, die schädlichen Konsum unwahrscheinlich macht im Mittelpunkt. In der Regel wird diese aus Kapazitätsgründen in keinem großen Umfang von professionellen Suchtpräventionskräften durchgeführt, sondern von Schlüsselpersonen, die unmittelbar mit der Zielgruppe interagieren und nur von Fachkräften angeleitet werden. Über gesetzliche Regelungen wie z.B. das Rauchverbot in der Gastronomie, sowie durch Aus- und Weiterbildungen für Lehrpersonen oder Erzieherinnen und Erzieher kann eine Unterstützung zur Verringerung suchtfördernder Rahmenbedingungen erfolgen. Es lässt sich sagen, dass eine erfolgreiche Prävention aus einem ausgewogenen Verhältnis aus Verhaltens- und Verhältnisprävention besteht und so auf eine merkliche Verringerung von Problemen mit dem Thema Sucht und Substanzmissbrauch abzielt (Uhl et al., 2019).

5.5 Kernleistungen und Zielgruppe der Präventionsarbeit

Als Zielgruppe eignen sich Kinder und Jugendliche besser als Erwachsene, da die Chancen auf eine nachhaltige Abstinenz höher geschätzt werden. Ursachen für eine Sucht-

entwicklung liegen meist in der Kindheit oder stehen oft in engem Zusammenhang mit Pubertäts- und Adoleszenzproblemen. Zentrale Aufgaben der Suchtprävention sind die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und vor allem der Erwerb von Lebenskompetenzen wie Konflikt- und Kommunikationsfähigkeiten, Selbstwert und auch das Erlernen von Verantwortung für sich selbst. Diese Kompetenzen zu erlernen und erfolgreich anzuwenden, fällt Kindern und Jugendlichen in der Regel einfacher als Erwachsenen. Passende Hilfsangebote müssen gesetzt werden, aber auch durch die Verhältnisprävention Möglichkeiten zum Ausprobieren von Verhaltensweisen, die mit Risiken und Gefährdungspotenzial behaftet sind, z.B. Abenteuerpädagogik, Risklecting etc. Jugendliche sollen von Beginn an in die Umsetzung, in Entscheidungsprozesse, das Management und die Evaluation von Präventionsmaßnahmen miteingebunden werden und alle Maßnahmen sollen gleichzeitig an die Lebenswelt und Lebensthemen der Jugendlichen anknüpfen, um Eigenverantwortung und Selbstbestimmung fördern zu können. Gleichzeitig müssen diese Maßnahmen auf vorhandene Ressourcen der Jugendlichen aufbauen und nicht auf mögliche Defizite oder Probleme abzielen. Auch der Verzicht einer Substanz soll nicht in den Mittelpunkt gestellt werden, sondern attraktive Alternativen aufgezeigt und andere Handlungsmöglichkeiten vorgeschlagen werden, ohne belehrend oder bestimmend zu wirken. Dazu eignen sich Methoden wie die „Peer-Education“ und „Young preventive Multipliers“ hervorragend (Uhl et al., 2019).

Als Kernleistungen der Suchtprävention können einige Bereiche genannt werden (Haller, et al., 2018):

- Information, Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung der breiten Öffentlichkeit durch Medienarbeit und/oder Infoblätter
- Beratung, Coaching und Interventionen
- Workshops, Aus- und Weiterbildungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Erarbeitung von konkreten Umsetzungsstrategien und Überarbeitung suchtpreventiver Modellprojekten
- Vernetzungsarbeiten
- Analyse von Defiziten und Problemstellungen

Dabei können folgende Aspekte aus diesem Modell abgeleitet werden (Haller, et al., 2018):

- Präventionsarbeit ist ein lebenslanger Prozess, der, um erfolgreich zu sein, bereits möglichst früh einsetzen sollte
- Das Alter und die Risikobelastung entscheiden über unterschiedliche, aber abgestimmte Maßnahmen
- Ein wichtiger Teil der Präventionsarbeit ist die Beziehungsarbeit. Kinder und Jugendliche müssen in Systeme miteinbezogen werden, in denen sich relevante Bezugspersonen befinden, wo bereits davor eine gewisse Vertrauensbasis geschaffen wurde

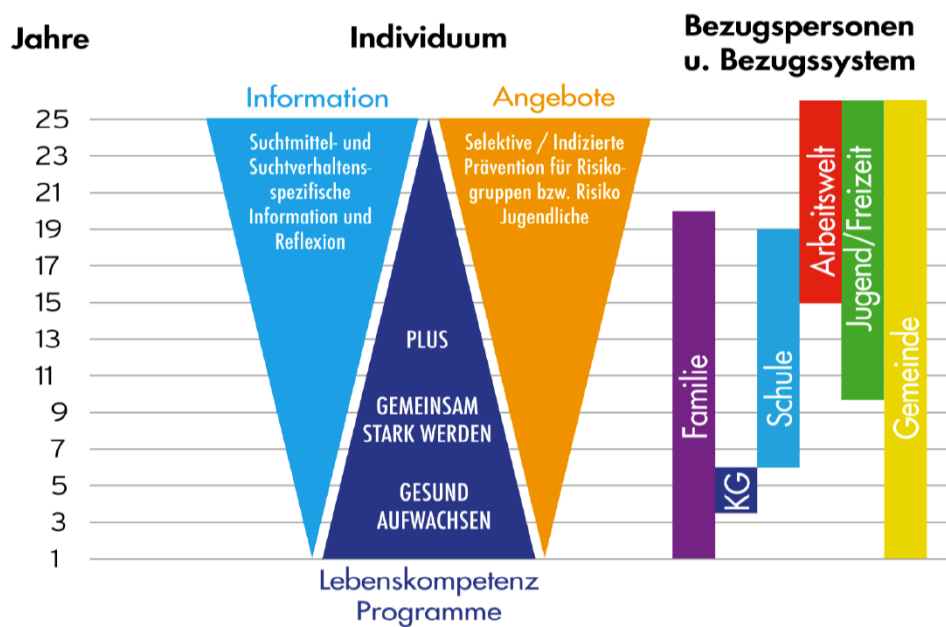


Abbildung 9: Strukturmodell der Suchtprävention
 Quelle: Haller et al., 2018, S. 62

5.6 Pädagogische Suchtprävention an Schulen

Erfolgreiche Prävention muss an die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen anbinden und welcher Ort käme dabei besser in Frage als der Bereich Schule. Beschäftigt man sich jedoch mit der aktuellen Fassung (vom 09.12.2022) der Rechtsvorschrift für Lehrpläne von Mittelschulen, lässt sich erkennen, dass die Thematik Suchtprävention nicht eigens im Lehrplan verankert ist. Durchsucht man im RIS⁵ den Lehrplan aller vier Jahre der Mittelschule, findet sich das Thema Alkohol kein einziges Mal; Drogen werden laut Plan nur im Fach Chemie der vierten Klassen behandelt. „Aufklärung über Drogen und Doping“ und „erste Hinführung zur Entscheidungsfähigkeit betreffend Nahrungs- und Genussmittel, Medikamente und Drogen“ wird mit häufig nur einer Wochenstunde unterrichtet und soll somit die Grundlage der Drogenprävention von Schülerinnen und Schülern bilden. Der Lehrplan bildet zwar Aspekte der suchtpreventiven Entwicklung ab, die im Bildungsbereich „Gesundheit und Bewegung“ integriert sind, jedoch fehlen konkrete Programme oder Modelle, die diese Themen adäquat und einheitlich aufbereiten. Die Formulierung im Lehrplan lässt viel Raum für Interpretationen und Gewichtung der Wichtigkeit dieser Themen:

„Durch die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen wie Ernährung, Sexualität, Suchtprävention, Stress ist sowohl das körperliche als auch das psychosoziale Wohlbefinden zu fördern“ (geltende Fassung vom 18.01.2023 des Mittelschul-Lehrplans).

Obwohl es verschiedenste Modelle, Präventionsmaßnahmen und Unterrichtsmaterialien speziell für den Lebensbereich Schule gibt, werden diese nicht flächendeckend verwendet und somit jede Lehrperson individuell entscheiden kann, in welcher Art und Weise, in welcher Intensität sie dieses Thema in ihrem Unterricht aufbereitet.

Haller et al. (2018) fordern folgende Schwerpunkte bzw. Zielsetzungen für die Präventionsarbeit in Vorarlberg, welche aber auf das gesamte Bundesgebiet ausgedehnt werden könnten/sollten:

- Eine Implementierung eines evaluierten Lebenskompetenzprogrammes im Lehrplan, welches in der Volksschule und in der 5. bis 8. Schulstufe zur Anwendung kommt

⁵ <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxc?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007850> abgerufen am 02. November 2022

- Ebenso bedarf es einer Entwicklung eines Lebenskompetenzprogrammes für die jüngste Altersgruppe der 3 bis 5-Jährigen
- Eine Umsetzung von Präventionsprogrammen betreffend Sucht, Alkohol, Nikotin und auch Verhaltenssüchten für die 5. bis 12. Schulstufe
- Ein weiterführendes Angebot von speziellen Maßnahmen der selektiven und indizierten Prävention besonders für Risikogruppen und Jugendliche, die einer erhöhten Gefahr ausgesetzt sind, eine Sucht zu entwickeln

Ein weiterer Vorschlag für eine konkrete Ausgestaltung eines schulischen Präventionsprogramms in Anlehnung an das „Modell zur schulischen Suchtprävention“ der Schweiz konzentriert sich auf drei Handlungsfelder, die als vernetzt zu betrachten sind (Sgier, 2020).

Diese umfassen:

I. Unterricht und Projekte

Suchtprävention im Unterricht beschäftigt sich im Allgemeinen mit Entstehungsbedingungen, Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Die Bildung der Schülerinnen und Schüler konzentriert sich primär auf die Kompetenz zunehmend zu lernen Mitverantwortung für das eigene Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu übernehmen. Wissen über den menschlichen Körper mit dessen Funktionsweisen, aber auch zu Faktoren, welche die Gesundheit stark positiv sowie negativ beeinflussen können, werden vernetzt vermittelt. Die Schule muss im Rahmen des ihr zugeteilten Erziehungs- sowie Bildungsauftrags die Aufgabe wahrnehmen, Kinder und Jugendliche in ihrer geistigen und körperlichen Entwicklung zu unterstützen und zu leiten. Suchtpräventive Maßnahmen spielen dabei eine bedeutende Grundlage, um persönlichkeitsstärkende Kompetenzen speziell im Umgang mit Risiken, Konflikten und auch des Genusses aufzubauen. Suchtpräventive Programme müssen dabei zyklusgerecht und mit aufeinander abgestimmten Inhalten Orientierung geben; diese umfassenden Programme und Aktivitäten werden in Form von Unterrichtsplanungen von der Pädagogischen Hochschule Zürich für das gesamte Staatsgebiet zur Verfügung gestellt.

II. Früherkennung und Frühintervention

Früherkennung erfasst frühe Anzeichen von Belastungsfaktoren und Anzeichen, die bei Betroffenen zu Problemverhalten im gesundheitlichen und sozialen Bereich führen wie z.B. Suchtmittelkonsum, Gewalt oder Delinquenz. Erforderliche Maßnahmen zur Unterstützung können in diesem Stadium eingeleitet werden. Aufgabe der Frühintervention sind Maßnahmen, um die Ressourcen der Betroffenen und deren Umfeld zu erkennen, zu erhalten und zu stärken. Dabei stehen das Wohl und der Schutz aller betroffenen Personen im Zentrum dieser. Während des gesamten Prozesses achten Bezugs- und Fachpersonen stets auf die Rechte und die entwicklungs- sowie situationsgerechte Selbstbestimmung. Eine Einbettung in ein koordiniertes Netzwerk, das Betroffene und deren Umfeld ressourcenorientiert berät, sollte gewährleistet werden. Weiters muss eine transparente Kommunikation zwischen allen Beteiligten gesichert und eine aktive Mitarbeit der Betroffenen garantiert werden. Lehrpersonen müssen dahingehend geschult werden, um Symptome richtig zu erkennen und deuten zu können. Ein Früherkennungs- und Frühinterventionssystem hilft verantwortlichen Lehrerinnen und Lehrern, den regelmäßigen Austausch mit ihren Kolleginnen und Kollegen in Unterrichtsteams oder auch Interventionsgruppen sicherzustellen, um zusätzliche Perspektiven und Meinungen einholen zu können.

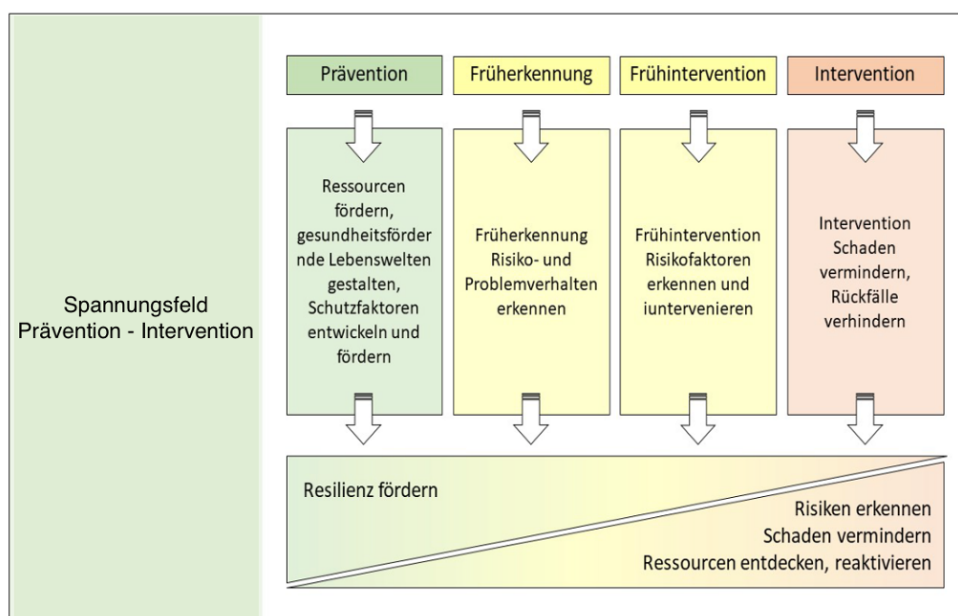


Abbildung 10: Früherkennung und Intervention
 Quelle: Sgier (2020), S. 19

III. Vernetzung und Zusammenarbeit

Besondere Bedeutung kommt bei der Suchtprävention dem Beziehungsdreieck zwischen „Schule, Eltern, Schülerinnen und Schülern“ zu. Schulen sind verpflichtet, dass sie die Mitwirkung der Eltern und die Partizipation der Schülerinnen und Schüler reflektieren. Wiederum müssen sowohl Eltern als auch Schülerinnen und Schüler um ihre pädagogischen Aufgaben im Bereich Schule Bescheid wissen und in die Planung sowie Ausgestaltung von suchtpreventiven Projekten oder Programmen miteinbezogen werden. Partizipation wird nicht nur als Teilnahme gesehen, sondern als Teilhabe an Entscheidungsprozessen; was bereits 1986 von der WHO als eines der fünf Prinzipien zur Gesundheitsförderung definiert wurde. Auch unter Mitwirkung ist nicht nur ein Mitentscheiden gemeint, sondern eben auch das Mitgestalten, Mitdiskutieren und primär das Verstehen. Dabei sollen Eltern in ihrer relevanten Rolle in der Prävention und Gesundheitsförderung erinnert und gestärkt werden. Der Begriff „Bildungs- und Erziehungspartnerschaft“ beschreibt sehr treffend die Aufgaben der Zusammenarbeit zwischen Schule und Familie. Daraus folgt eine Partnerschaft auf Augenhöhe, anders als bei den Begriffen „Elternarbeit“ oder „Elternbildung“. Begegnungen sind getragen von Wertschätzung, Empathie und Kongruenz; dabei kann unter vier aufeinander aufbauenden Ebenen der Mitwirkung unterschieden werden:

- I. Individuelle Ebene: Diese umfasst persönliche Gespräche, Schullaufbahntscheidungen, Elternheft etc.
- II. Klassenebene: informative Elternanlässe und Diskussionsveranstaltungen
- III. Schulebene: Elternräte, Elternrunde/Elternstammtische etc.
- IV. Gemeindeebene: Bestimmung des Umfangs und des Inhaltes der Elternmitwirkung

Für eine erfolgreiche Präventionsarbeit ist neben der Partizipation der Eltern/Familie eine andere Gruppe noch entscheidender, nämlich die der Schülerinnen und Schüler. Partizipation eröffnet jedem Kind die Möglichkeit, sich aktiv an Entscheidungen seinen

Schulalltag betreffend, zu beteiligen. Aktiv gestaltete Partizipationserfahrungen bringen weitere Vorteile:

- I. Trägt zur Persönlichkeitsentwicklung bei
- II. Fördert soziale, kommunikative, sowie politische Kompetenzen
- III. Festigt die Identifikation mit dem Lebensbereich Schule und das Zugehörigkeitsgefühl
- IV. Hilft dem Schulklima

Wertvolle Möglichkeiten eröffnen sich für die Suchtprävention, wenn Schulen Räume kreieren, in denen Themen und Anliegen zwischen Schülerinnen und Schülern und Lehrpersonen wertfrei diskutiert werden können, aber auch Aktivitäten und Projekte gemeinsam geplant und ausgetragen werden. Hierbei lassen sich viele suchtpreventive Ziele verfolgen wie die Stärkung der Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeit, Problemlösungs- sowie Aushandlungskompetenzen, eine Stärkung der Gemeinschaft findet statt und zudem noch eine Förderung des Klassen- und Schulklimas. Jedoch benötigen Schulen auch Kooperation mit außerschulischen Partnern, sowohl im Unterricht als auch bei Projekten, um eine professionelle und nachhaltige Wirkung und Unterstützung der Suchtprävention wie auch der Früherkennung und Frühintervention garantieren zu können.

Das A und O eines erfolgreichen Suchtpräventionskonzept ist, dem Wandel der Zeit zu entsprechen und somit stets adaptiert und angemessen in den schulischen Alltag integriert zu werden. Die Drogen- und Suchtszene ist in einem unbeugsamen Wandel und hängt vorwiegend von nicht kalkulierbaren Faktoren ab. Für die nächsten Jahre wird ein leichter Rückgang bei legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin erwartet, jedoch ein Wiederanstieg von Medikamentenabhängigkeit, eine weitere Etablierung von Cannabis, ein anwachsender Missbrauch an Amphetaminen sowie Kokain und ein anhaltender und nicht rückläufiger Boom an Verhaltenssuchten. Inwieweit Opiate weiter eine Rolle spielen, hängt wesentlich von der politischen Entwicklung in den Haupterzeugungsländern, wie vor allem Afghanistan, ab. Wir leben in einem Zeitalter des Narzissmus, unser gesellschaftliches Klima ist von einer „Ich-Haltung“ stark geprägt und vergisst dabei auf ein Miteinander. Ohne die Einbettung unserer Kinder- und Jugendlichen

in ein festes und offenes System der Unterstützung wird die Zahl der Suchterkrankungen künftig massiv ansteigen. In einer Welt mit unzähligen Angeboten an Drogen und anderen Substanzen ist das oberste Gebot die Resilienz jedes Einzelnen zu stärken, individuell abgestimmte Hilfsangebote zu erarbeiten und die Suchtprävention stärker mit der allgemeinen Gesundheitsförderung zu verbinden. Das Hilfs- und Auffangsystem muss flexibel, innovativ und wertfrei sein, um jeden Menschen, der mit süchtigem Verhalten kämpft, die Chance auf unkomplizierte, rasche und individuell angepasste Therapiemaßnahmen zu ermöglichen (Sgier, 2020).

6 Untersuchungsdesign und Forschungsmethode

Im zweiten Teil der Arbeit findet sich nun eine Beschreibung der durchgeführten empirischen Forschung. Dabei werden unter anderem auch die methodische Herangehensweise, die Untersuchungsstichprobe sowie die Datenerhebung und vor allem die Auswertung beschrieben.

6.1 *Methodische Herangehensweise*

Wie in Kapitel 1.2 bereits erläutert, ist das Ziel dieser Arbeit die Beantwortung der zwei vorliegenden Forschungsfragen:

- 1. Ist der regelmäßige Konsum von Alkohol für Jugendliche gefährlicher als der regelmäßige Konsum von Cannabis?*
- 2. Benötigt es eine gesellschaftliche Neubewertung hinsichtlich der Gefahren von Alkohol?*

Bei der empirischen Sozialforschung werden zur Gewinnung von Feststellungen über ein vorgegebenes Forschungsprojekt immer Erfahrungen gesammelt, die in Form von Datenmaterial nach bestimmten Aspekten ausgewertet und danach generalisiert werden (Bryman, 2012). Grundsätzlich lassen sich zwei unterschiedliche Forschungsansätze anwenden, die quantitative sowie qualitative. Im Rahmen dieser Arbeit wurde anhand der Art der Forschungsfragen die qualitative Forschungsart nach Mayring herangezogen.

Die qualitative Forschungsstrategie setzt bei der Erfassung und Analyse von Daten in der Regel überwiegend auf Wörter als auf Quantifizierung (Bryman, 2012). Dabei steht im Fokus nicht die Validierung bereits bekannter Theorien, sondern viel mehr liegt das Interesse mehr auf der Erforschung neuer Thesen durch eine Verarbeitung von Material auf Kommunikationsprozessen. Vor allem für die Gewinnung neuer Erkenntnisse sind induktionslogische Schritte von großer Bedeutung. Im Zuge dieses Prozesses wird von individuellen Erfahrungen bzw. Meinungen auf allgemeingültige Behauptungen geschlossen (Lettau & Breuer, 2007). So lässt sich sagen, dass

Behauptungen bzw. Theorien bei dieser Forschungsstrategie lediglich aus einzelnen Beobachtungen entstehen.

6.2 Die Forschungsfrage

Die zwei Forschungsfragen sowie die vier aufgestellten Thesen sind Ausgangspunkt für die empirische Forschung.

1. Alkohol und Cannabis besitzen ein ähnlich hohes Suchtpotential.
2. Ein Konsum von Cannabis führt nicht zwangsläufig zum Konsum von härteren Drogen.
3. Die Folgen eines regelmäßigen Konsums von Alkohol werden gesellschaftlich stark unterschätzt.
4. Die Aufklärung im schulischen Kontext findet nur unzureichend statt und kann somit keine erfolgreiche flächendeckende Suchtprävention leisten.

Dazu wurden sieben Interviewpartnerinnen und Interviewpartner gesucht, die sich in ihrem beruflichen Kontext mit Kindern und Jugendlichen sowie mit Alkohol und/oder Suchtmittel beschäftigen. Dabei wurden sie vor allem nach ihrer Einschätzung, Erfahrung und persönlicher Meinung befragt; weiters sollten Erfahrungsberichte Einblicke in die jeweilige Tätigkeit und die Untermauerung verschiedener Sichtweisen darstellen. Der Leitfaden für das Interview findet sich im Anhang.

6.3 Experteninterviews

Das Experteninterview zählt neben Beobachtungen, Ethnographien, Interpretative Dokumentenanalysen, Fokus-Gruppen sowie die Delphi Methode zu den zahlreichen qualitativen Forschungsmethoden (Mayring, 2015). Anhand des Forschungsdesigns wurde als Forschungsinstrument eine spezielle Form des Experteninterviews gewählt. Eine Expertin und/oder ein Experte ist als eine Person definiert, die aufgrund ihrer/seiner Profession oder ihrer/seiner Lebensumstände über ein Spezialwissen verfügt. Das Besondere an Experteninterviews, im Kontrast zu anderen qualitativen Interviewmöglichkeiten, ist, dass bei dieser Art nicht die individuelle Person im Mittelpunkt des Interesses steht, sondern vielmehr verfügt die Interviewpartnerin oder der Interviewpartner

über Wissen, das Laien nicht zur Verfügung steht, sei es durch eine spezielle Ausbildung, einem speziellen Tätigkeitsfeld oder aufgrund jahrelanger Erfahrungen. Auch bei dieser Forschungsmethode, so wie bei jeder anderen, müssen Vor- und Nachteile abgewogen werden.

Zu den Vorteilen zählen, vor allem die schnelle und leichte Verfügbarkeit von bestimmten Informationen, sowie der gezielte Vergleich dieser. Dass die Expertin oder der Experte oftmals zwischen der Expertenrolle und der eigenen Person nicht unterscheiden kann, nicht genau genug auf Fragen eingeht oder ihr/sein Wissen nicht zur Gänze zur Verfügung stellen will oder kann, stellen einige der Nachteile dar (Bock & Miethe, 2010).

Ziel des Experteninterviews ist es, relevante Informationen aus der Konversation mithilfe ausgewählter Auswertungsinstrumente zum Forschungsobjekt zu erhalten. Der Aufbau sowie der Grad der Strukturierung kann von semi-strukturiert bis strukturiert reichen. Aufgabe des Interviewers ist es, das Gespräch so zu steuern, dass relevante Informationen auch wirklich erhalten werden. Eine weitere Kennzeichnung des Experteninterviews ist der Gebrauch von Interviewleitfäden, die eine theoretische Steuerung des Gesprächs besser ermöglichen sowie spezifisch und individuell auf bestimmte Situationen und Aussagen während des Interviews eingehen (Kaiser, 2014).

Der Interviewleitfaden bestand aus einer Sammlung aus 15 Fragen, die meist offen gestellt wurden, um die Interviewpartnerin oder den Interviewpartner nicht in seinem/ihrer Redefluss einzuschränken. Dabei wurde keine Antwortalternative dargeboten. Die Fragen bekamen die Interviewpartnerinnen und -partner immer bereits vorab, um sich auf die Art und Weise der Fragen vorbereiten zu können und vorab die Möglichkeit des Brain-Stormings zu bekommen. Da das Interview mehr einem Gespräch gleicht, können die Reihenfolge sowie die Formulierung variieren. Bei thematisch wichtigen Erwähnungen wurde genauer nachgefragt und danach wieder zum Leitfaden zurückgekehrt. Eine ständige Orientierung an der Forschungsfrage während der Erstellung war unvermeidbar; eine offene Fragestellung lässt viel Raum für unterschiedlichste Sichtweisen. Jedoch wurde ein zu starkes Abweichen vom Leitfaden vermieden, um einen guten Vergleich der Daten zu ermöglichen (Mayring, 2015).

Die Fragen ergaben sich aus der theoriegeleiteten Literaturrecherche sowie aus den Forschungsfragen und Thesen. Der Leitfaden wurden in vier Themenblöcke zu den Themen Sucht, Alkohol, Cannabis und Suchtprävention untergliedert.

6.4 Deskription der Untersuchungsstichprobe

Die Untersuchung beinhaltet sechs geführte Leitfadeninterviews mit Expertinnen und Experten aus verschiedensten Bereichen und Tätigkeitsfeldern in Oberösterreich, die zwischen September und November 2022 durchgeführt wurden. Durch ihre berufliche Tätigkeit und fachliche Kompetenz können ihnen relevante Erfahrungswerte zugeschrieben werden. Eine Beschreibung eines Interviewpartners sticht etwas heraus, da er nicht wegen seiner beruflichen Tätigkeit befragt wurde, sondern wegen seines privaten Umfeldes und seiner Erfahrungen im Drogenmilieu. Aufgrund seiner Vergangenheit in der Drogenszene ermöglicht es ihm, viele der Fragen aus einem anderen Gesichtspunkt als die anderen zu beantworten.

Interviewpartnerin A ist Leiterin der Heilstätten-Pädagogik in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und arbeitet unter anderem auch mit suchterkrankten Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren.

Interviewpartner B ist Allgemeinmediziner und spezialisiert auf Kinder- und Jugendheilkunde. Er eröffnet 2023 seine eigene Ordination.

Interviewpartner C ist 63 Jahre, diplomierter Lebens- und Sozialberater, (Sokrates-) Pädagoge, Autor und Wissenschaftler.

Interviewpartner D ist 28 Jahre alt, Lehrer im sechsten Dienstjahr an einer Heilstätten-schule in einer MS-Klasse mit sieben Kindern, die verschiedenste Verhaltensauffälligkeiten zeigen.

Interviewpartner E ist 38 Jahre alt und seit über 15 Jahren als Polizist tätig und spezialisiert auf Sucht- und Drogendelikte.

Interviewpartner F ist 51 Jahre und Sozialarbeiter, seit 16 Jahren arbeitet er in der Suchtarbeit und leitet eine Suchtberatungsstelle.

Interviewpartner G ist 43 Jahre alt und seit seinem 13. Geburtstag trotz mehrerer Aufenthalte in Entzugskliniken Heroin- und Crystal Meth -abhängig. Er war aufgrund seiner Sucht und damit einhergehenden Delikten zehn Jahre in Haft, in der er mit psychologischer Hilfe die Gründe seiner Sucht zu erforschen versuchte.

6.5 Datenauswertung

Die Interviews wurden nach dem Einverständnis der Interviewpartnerin und der Interviewpartner mittels einer Sprachmemofunktion des Smartphones aufgezeichnet.

Um Daten überhaupt auswerten bzw. interpretieren zu können, die mit technischen Hilfsmitteln aufgezeichnet wurden, müssen diese verschriftlicht werden. Im Zuge der Datenanalyse wurde die Methode der Transkription in den Monaten Oktober bis Dezember angewandt. Diese beinhaltet die Verschriftlichung von akustischen Aufzeichnungen in Form von Abschriften und dienen ebenso als Dokumentation der sozialempirischen Forschung. Mit Hilfe einer Transkriptions-Software namens „f4“ und der eingespielten Audiodatei konnte die Abspielgeschwindigkeit der Tippgeschwindigkeit angepasst werden. Eine Herausforderung der Transkription liegt darin, gelegentliche Ungenauigkeiten in der Alltagssprache zu korrigieren und besonders bei Gesprächen im Dialekt oder bei Wortverkürzungen die Sätze so zu formulieren, dass ein allgemeines Verständnis für Dritte zu gewährleisten ist. Die sieben durchgeführten Transkriptionen wurden für die Inhaltsanalyse verwendet und werden der Arbeit nicht beigelegt, sondern lediglich die Ergebnisse präsentiert.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring besteht darin, durch eine systematisierte geleitete Vorgehensweise Daten so zu analysieren, dass diese für Außenstehende nachvollziehbar sowie überprüfbar ist. Wesentlich dafür ist die Bildung von Kategorien und der Einsatz bestimmter Kodierregeln. Dabei können aus der Theorie abgeleitete Fragestellungen beantwortet und Inhalte der Kommunikation interpretiert und diese präsentiert werden. Die Inhaltsanalyse selbst dient nicht nur als Werkzeug in einem

Analyseprozess, sondern kann auch als Teil des Kommunikationsprozesses selbst gesehen werden (Mayring, 2015).

Mayring (2015) beschreibt drei grundlegende Vorgehensweisen für die qualitative Inhaltsanalyse, die unterschieden werden können:

- Zusammenfassung

Ziel der Analyse ist es, Material so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte besser erfasst und so eine Trennung zwischen trivialen Inhalten angestrebt werden kann. Die Zusammenfassung nimmt sich die gesamte Datenmenge vor, um Inhalte und Aussagen zu komprimieren und eine Überschaubarkeit der Daten zu ermöglichen.

- Explikation

Die Explikation ist eine weitere Grundform, bei der wichtige Textstellen analysiert und neues Material hinzugenommen werden, um ein besseres Verständnis für die Textstelle zu gewährleisten. Die Explikation ist dann von Nutzen, wenn die Textstelle oder Aussage nicht eindeutig oder eine weitere Interpretation von Nöten ist, um das Verständnis zu erweitern. Dabei kommt es zu einer erweiterten Datenmenge.

- Strukturierung

Zuvor wird das Ausgangsmaterial unter definierten Merkmalen betrachtet und analysiert. Hierbei steht das Filtern von Inhalten aus der Datenmenge im Vordergrund.

„Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2015, S. 67).

In dieser Arbeit wurde der Ansatz des Zusammenfassens gewählt und mit der Technik der Strukturierung erweitert, um das Ausgangsmaterial zu aussagekräftigen inhaltlichen Themenblöcken gruppieren zu können, die eine bessere Analyse und Interpretation zulassen.

6.6 Reliabilität, Replikabilität und Validität

Wesentliche Kriterien für eine wissenschaftliche Forschung sind Reliabilität, Replikabilität, Validität, Generalisierung und Objektivität. Die in dieser Arbeit angewandte Methodik weist sowohl Stärken als auch Schwächen auf. Flexibilität kann als Stärke betrachtet werden, zudem ermöglicht die Vorgehensweise eine Diskussion, um tiefer in die Materie einzusteigen und möglicherweise unbekannte Sachverhalte zu erschließen. Ferner können verschiedenste Meinungen und Perspektiven der Expertinnen und Experten aufgezeigt werden. Jedoch muss hierbei erwähnt werden, dass durch die semi-strukturierten Interviews keine Reliabilität bzw. Replikabilität erwarten werden kann. Dazu müsste bei einer Wiederholung der Messung ein exaktes gleiches Ergebnis erwartet werden können. Der Vorteil der Flexibilität der Experteninterviews kann jedoch als überwiegend gesehen werden (Bryman, 2012).

Objektivität ist dann gegeben, wenn die Resultate der Messung unabhängig von der durchführenden Person der Forschung sind. Da alle Interviews persönlich durchgeführt wurden, kann durch unbewusstes Verhalten ein Einfluss auf die Interviewpartnerinnen und -partner entstanden sein. Da die Interviews teilweise vor Ort, aber auch über Zoom stattfanden, können äußere Einflüsse das Verhalten der Expertinnen und Experten beeinflusst haben. Zudem ist die Stichprobenmenge nur bedingt repräsentativ, da dazu eine größere Anzahl an Befragungen durchgeführt hätte werden müssen (Bryman, 2012).

Ob eine Messung das misst, was sie messen soll, beschreibt die Validität. Bei dieser Art der Interviewführung ist ein hohes Maß an Validität möglich, solange Fragen und Antworten diskutiert und hinterfragt werden. Jedoch ist bei qualitativen Forschungsmethoden die Validität durch die Subjektivität der Forscherin oder des Forschers bedroht. Der Erfolg der Forschung ist maßgeblich von der Bereitschaft der Expertinnen und Experten abhängig. Nur wenn diese tiefe Einblicke und wertvolle Informationen teilen, können essenzielle Ergebnisse abgeleitet werden (Bryman, 2012).

7 Forschungsergebnisse und Diskussion

In diesem Teil werden die Ergebnisse präsentiert und diskutiert. Die Kategorien dienen für die Erläuterungen als Leitfaden, deren Reihenfolge auf der Strukturierung des Interviewleitfadens beruht. Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird versucht, die Forschungsfragen sowie die Thesen zu beantworten.

7.1 Vorgehensweise

Wie bereits in Kapitel 6.5 erwähnt, wurden die Transkripte der Experteninterviews einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen und nach Mayring der Ansatz des Zusammenfassens gewählt. Die Fragen aus dem Interviewleitfaden wurden zunächst strukturiert und zusammengehörige Fragen zu einzelnen Themenblöcken angeordnet. Somit konnten acht Themenblöcke definiert werden, welche in den nachfolgenden Unterkapiteln erläutert werden.

7.2 Gefahren des regelmäßigen Alkoholkonsums

„[...] es gibt ja grundsätzlich keine Menge Alkohol, die gesundheitsfördernd ist, jeglicher [Alkohol] Konsum ist gesundheitsschädigend“ (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 27). Viele der Aussagen der Expertinnen und Experten decken sich im Bereich „Gesundheit“ mit der Literaturrecherche von Kapitel 3.5, dass Alkohol für eine Reihe an Erkrankungen des menschlichen Organismus hauptverantwortlich ist. Das Gefährliche daran ist, dass viele dieser Erkrankungen wie beispielsweise Leberzirrhose von den Patientinnen und Patienten oft erst relativ spät oder teils gar nicht bemerkt werden; obendrein sind einige dieser Krankheiten irreversible.

Also Leberzirrhose selbst ist nicht mehr rückläufig, das ist ein Schaden an der Leber, der sich nicht mehr reparieren lässt. Ansonsten probiert man schon, dass man Alkohol deutlich reduziert [...] es [eine Alkoholreduktion] wird oft [von der Patientin/dem Patienten] schlecht aufgenommen. Wenn der Wunsch nicht vorhanden ist, dann bringen sich [sic] auch die Therapien selten was. (Interview B (Allgemeinmediziner), Absatz 50,54)

Die Kosten, die durch solche Krankheiten entstehen und vom Gesundheitssystem übernommen werden, liegen laut der IHS-Studie von 2013 bei über 370 Millionen Euro und belasten somit den gesamten Staat. Bachmayr et al., (2021) führen an, dass die Statistik zu alkoholbedingten Todesfällen aus Rücksicht auf Angehörige von einigen Mediziner*innen verzerrt werde, was sich mit den Aussagen aus Interview B (Allgemeinmediziner) deckt.

Die Todesursache, die bei der Todesfeststellung eingeschrieben wird, ist sehr ungenau. Meistens wird Herz-Kreislauf-Versagen eingeschrieben, was nicht wirklich eine Diagnose ist. Und es ist auch schwer zu beurteilen, an was [sic] jemand wirklich gestorben ist, ohne Obduktion. Eine Obduktion wird aber nur selten durchgeführt [...] ja das führt zu einer Verzerrung der Statistik zu den Alkoholtoten, die Zahlen sind sicher wesentlich höher. (Absatz 40)

Fünf der Interviewpartner (A, B, C, F und G) meinen durch ihre Erfahrungen und ihr Wissen beurteilen zu können, dass sowohl die physischen als auch die psychischen Folgen von regelmäßigem Alkohol von vielen sehr wohl unterschätzt werden. Interviewpartner G (Betroffener) betont aber auch *„Ich glaube es gibt Momente, wo [sic] man so kaputt ist, sich so kaputt fühlt, dass man, ich will nicht sagen, keine andere Wahl mehr hat, aber wo man es [die Folgen] einfach hinnimmt“* (Absatz 37).

Interviewpartner E (Polizist) hingegen entgegnet dem, dass Menschen sehr wohl abschätzen könnten, was mit ihnen durch regelmäßigen Alkoholkonsum passiert, aber viele *„[...] dann die Wahrnehmung für die Realität einfach verlieren“* (Absatz 55).

Bereits nach kurzer Zeit des regelmäßigen Konsums sehe man bei Jugendlichen Auswirkungen wie eine depressive Verstimmung oder eine allgemein schlechte psychische Verfassung, die eine Bewältigung des Alltags stark beeinträchtigt.

Es wird oft der Alltag einfach unmöglich, dass ich in die Lehre oder in die Schule gehe. Dass ich mich konzentrieren kann usw. und da muss ich noch gar nicht von Abhängigkeiten reden [...] natürlich gehört es [das Trinken] aber auch ein Stück weit für die Jugendlichen auch dazu.“ (Absatz 21)

Darum dürfe auch nicht jeder Konsum gleich verteufelt werden; eine genaue Abwägung müsse hier getroffen werden. Denn nicht jeder Konsum sei problematisch und die meisten Jugendlichen haben einen sehr reflektierten Umgang mit Alkohol und des-

sen Folgen. Aber natürlich dürfe man den Anteil jener, die bereits im jungen Alter ein bedenkliches Konsumverhalten pflegen, nicht aus den Augen verlieren (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik)).

Problematischer Alkoholkonsum belastet nicht nur das Gesundheitssystem durch Kosten, sondern den Staat auch im Bereich der Exekutive. Viele polizeiliche Einsätze sind dem Alkohol geschuldet, besonders im Bereich der häuslichen Gewalt. Betrunkene und vor allem Männer seien aufgrund des Alkohols aggressiver und die Hemmschwelle sinke enorm (Interview E (Polizist)).

„Also im Endstadium ist Alkohol eine ganz schlimme Krankheit, das weiß ich“ (Interview G (Betroffener), Absatz 26).

Als besonders herausfordernd gilt der Entzug und die danach folgende Abstinenz. Interviewpartner G (Betroffener) berichtet davon, dass ein Alkoholentzug eines schweren Alkoholikers schlimmer sei als ein Heroinentzug. Eine Abstinenz sei durch die ständige Verfügbarkeit von Alkohol für viele kaum schaffbar *„Stell ich mir unmöglich vor, da aufzuhören. Weil du siehst es [Alkohol] überall, sogar in der Trafik beim Zigaretten holen und keiner findet etwas schlimm daran [...] also Alkohol ist sicher eine harte Droge“* (Absatz 30 und 18).

7.3 Gesellschaftliche Sichtweise auf das Thema Alkohol

Eine Diskussion der breiten Öffentlichkeit über die Gefahren von Alkohol, aber auch über einen Weg, die Jugend besser davor zu schützen, findet in Österreich schlichtweg zu wenig statt und wenn, dann wird es als zu harmlos oder als Randgruppenproblem dargestellt. *„Ist [die Diskussion] gesellschaftlich und politisch einfach gerade nicht en vogue.“* (Interview C (Lebens- und Sozialberater), Absatz 2). Obwohl in den Interviews seitens der Expertinnen und Experten immer wieder betont wurde, dass Sucht und besonders Alkoholprobleme nicht nur Randgruppen betreffe, sondern jede gesellschaftliche Schicht und Altersgruppe. *„[...] ich bin überzeugt davon, dass es in der High Society ein mindestens genauso hohes Suchtproblem gibt wie im Jugendbereich“* (Interview C (Lebens- und Sozialberater), Absatz 14). Jedoch geht es stark um die Sichtbarkeit des Problems, um Hilfsangebote gezielt setzen zu können.

Österreich kann als sehr trinkfreudige Gesellschaft gesehen werden, wie folgende Aussagen der Expertinnen und Experten bestätigen. Alle der sieben befragten Personen geben sehr ähnliche Sichtweisen zum Thema Alkohol in der österreichischen Gesellschaft, weshalb nur drei angeführt werden.

„Aber in Österreich ist es einfach Tradition, dass, sobald Leute zusammenkommen, getrunken wird – es ist wie ein Beiwagen für soziale Kontakte.“ (Interview D (Lehrer), Absatz 22)

„Ja, es gehört Alkohol auf jeden Fall zu unserer Tischkultur, ganz klar also zum Essen oder zu Festivitäten. Und ja, für viele ist der tägliche Alkohol und sei es nur ein Glaserl Bier normal.“ (Interview C (Lebens- und Sozialberater), Absatz 25)

„Weil eben Alkohol so eine andere Rolle bei uns in der Gesellschaft spielt, dass das lange Zeit nicht [als Problem] gesehen wird im Vergleich zu anderen Substanzen. Es gehört einfach dazu. Und ja klar, man hat schon einmal diese Angaben gehört, wieviel problematisch ist, aber das wird sehr heruntergespielt, egal ob bei Jugendlichen oder Erwachsenen [...] es ist halt die Alltagsdroge „Nummer 1“ [...] dass es ein Genussmittel ist und zuzusagen auch Teil der Identität also auch was beispielsweise den Weinbau betrifft. Ja, sehe ich schon so, dass es für viele einfach dazugehört.“ (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik), Absatz 19)

Die Sichtweisen auf andere Abhängigkeiten, besonders substanzungebundene wie zum Beispiel eine Spielsucht oder Social Media-Sucht wird hingegen, laut Interviewpartner A und C, stärker öffentlich thematisiert und ein Handlungsbedarf schneller erkannt.

Sucht und besonders die Alkoholsucht wird noch immer als Charakterschwäche angesehen, man sei zu schwach, um vernünftig mit der Substanz umzugehen, weshalb die eigene Sucht oftmals versteckt oder gar verleugnet wird. Die Dunkelziffer derer, die an einem Suchtproblem leiden, ist enorm hoch; auch eine gewisse Scheu, jemanden auf ein Sucht- oder Alkoholproblem anzusprechen, ist nach wie vor vorhanden. Inter-

viewpartner E (Polizist) beschreibt Situationen, in denen aufgrund von Trunkenheit am Steuer der Führerschein entzogen wurde:

Meist ist es [den Betroffenen die Situation] peinlich, aber trotzdem sehen sie nicht den Fehler bei ihnen, sondern schieben die Schuld auf uns [...] dann sagen sie, ich habe eh nur zwei Bier getrunken und dass es das nicht gibt, dass der Wert so hoch ist. Es geht auch manchmal so weit, dass die betroffene Person Suizid begeht [...] [solche Fälle] sind mir bekannt. (Absatz 10-14)

Jedoch herrscht seit einigen Jahren mehr Sensibilisierung in der Bevölkerung hinsichtlich des Alkoholkonsums, auch dank einiger Kampagnen der Betriebsmedizin in Betrieben wie der Voestalpine in Linz. Früher war Alkohol fixer Bestandteil der Verpflegung für die Hochofenarbeiter, wodurch viele der Arbeiter in eine Alkoholsucht rutschten.

[...] haben wir eine Kampagne, dass wir auf das [den Alkoholkonsum] aufmerksam machen und da sieht man schon in den letzten Jahren, dass es den Patienten selber mittlerweile sehr wohl bewusst ist, dass sie ein problematisches Konsumverhalten pflegen [...] auf jeden Fall mehr Personen als früher. (Interview B (Allgemeinmediziner), Absatz 21-23)

Auch andere Experten weisen darauf hin, dass heute weniger Alkohol konsumiert wird als noch vor zwei Jahrzehnten und bereits eine Sensibilisierung stattgefunden hat oder im Gange ist. „[...] wobei wir hier auch weit weg sind von einer aufgeklärten Gesellschaft“ (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 23).

Solche Verhaltensänderungen benötigen viel Zeit und können mehrere Jahrzehnte andauern. Nichtsdestotrotz müssen geltende Jugendschutzbestimmungen engmaschiger kontrolliert und strenger durchgesetzt werden, besonders bei Alkohol, aber auch bei Nikotin. Interviewpartner E und F bestätigen beide, dass es teilweise noch immer zu leicht für Kinder aber auch Jugendliche sei, Alkohol und Nikotin zu erwerben, obwohl sie das Mindestalter dazu noch nicht erreicht haben.

Je früher der Konsum von psychoaktiven Substanzen geschieht, je höher ist das Risiko, dass ich irgendwann mal den Konsum nicht mehr kontrollieren kann [...] dass sich eben diese Einstiegsalter, das Eintrittsalter generell [bei] Alkohol und illegalen Substanzen nach vorne verlegt. Das sind Langzeittendenzen, die man feststellen kann. (Interviewpartner F (Sozialarbeiter), Absatz 43)

Genau deshalb müssen Risikogruppen wie Kinder und Jugendliche besser geschützt werden.

Alle Expertinnen und Experten rechnen mit einem enormen Zulauf in der Suchtproblematik, besonders schwierige Zeiten, wie durch die Pandemie, aber auch den Ukraine Krieg und der damit einhergehenden Inflation, stellen für viele Menschen große Probleme dar und viele flüchten sich mit Hilfe von Substanzen in eine andere Realität.

7.4 Neubewertung von Alkoholkonsum in der Gesellschaft

Ich glaube, dass wir am Beginn [einer Neubewertung] sind oder dass halt in den letzten Jahren ein Problembewusstsein geschaffen wurde. Hier hat sich ein wenig was geändert – aber halt viel zu langsam. Wir hätten hier schon Bedarf, dass sich hier schneller was ändert, aber natürlich zu einer aufgeklärten Gesellschaft gehört dazu, dass ich ganz klar eine gewisse Haltung [hinsichtlich des Alkoholkonsums] zeige. (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 31)

Alle der befragten Expertinnen und Experten waren der Meinung, dass es eine gesellschaftliche Neubewertung hinsichtlich der Gefahren des Alkohols in unserer Gesellschaft benötigt. Jedoch sehen sechs der sieben Interviewpartner bereits einen Wandel und eine Sensibilisierung hinsichtlich des Themas. *„Es ist sicher eine Entwicklung, die langsam stattfindet, ein gesellschaftlicher Wandel, ähnlich wie beim Rauchen. Das ist früher auch sehr akzeptiert worden und wird mittlerweile gesellschaftlich deutlich kritischer gesehen“* (Interview B (Allgemeinmediziner), Absatz 58).

Interviewpartner C (Lebens- und Sozialberater) zufolge wurde früher viel mehr gefeiert und mehr getrunken, als es heutzutage der Fall ist, seiner Meinung nach war die Anzahl der Alkoholkranken noch vor einigen Jahrzehnten ebenfalls höher.

Also ich habe das Gefühl das tägliche RedBull ist wichtiger als das tägliche Flascherl Bier. Und ich glaube, dass die Idee dahinter die gleiche ist – oder die Wirkung vielleicht auch die gleiche ist [...] dass mich was pusht, dass mich etwas verändert. Dass die Substanz irgendetwas macht mit mir [...] weil ich aussteigen will, aus dem momentanen Ding, in dem ich drinnen bin, in dem Rad, in dem ich bin. Ich will mich einfach durch das rausbringen mit irgendeinem verfügbaren Etwas und dann bin ich in einem anderen Zustand. Und selbst, wenn ich es mir nur einrede. (Absatz 25-29)

Dennoch braucht es vermehrte Aufklärung in jeder Alters- oder Berufsgruppe sowie an Schulen und anderen Einrichtungen, denn dann würde laut Interviewpartner D eine Neubewertung schneller und nachhaltiger voranschreiten.

Auch im Bereich der Medien findet Umdenken bereits statt; Alkohol, Nikotin oder illegale Drogen werden kritischer dargestellt als es noch vor 20 Jahren der Fall war; früher wurden sie beinahe verherrlicht (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik)).

Ebenso durchläuft der Jugendschutz einen Wandel, der sich den Gefahren von Alkohol bewusster ist als noch vor einigen Jahren; so wurde das Schutzalter für den Erwerb, Besitz und Konsum von hochprozentigem Alkohol auf einheitlich 18 Jahre raufgesetzt. Dessen ungeachtet weisen vier Experten darauf hin, dass es immer mehr zu einer Substanzverschiebung komme, besonders bei der jüngeren Generation. Diese wende sich vermehrt Cannabis zu, Alkohol sei eher zweitrangig:

„[...] beispielsweise unter den jungen Konsumenten, da spielt das Thema Cannabis eine große Rolle, hingegen der Alkohol in dieser Gruppe, die Cannabis sehr stark zugewandt ist, dann gleichzeitig weniger Bedeutung hat“ (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 17).

„[...] Alkohol als Thema ist bei den Jugendlichen eher weniger, vielleicht sogar weniger geworden, als es schon mal war. Es sind andere Substanzen zum Beispiel Cannabis, wo das Thema jetzt größer ist“ (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik), Absatz 11).

7.5 Gefahren von regelmäßigem Cannabiskonsum

Per se kann die Substanz Cannabis nicht als gefährlich eingestuft werden; bei einmaligem Konsum sind kaum physische oder psychische Langzeitfolgen zu erwarten. Jedoch geht es darum, aus welchen Gründen Cannabis von Jugendlichen oder auch Erwachsenen konsumiert wird, in welcher Häufigkeit und Intensität (Interview C (Lebens- und Sozialberater)).

Allerdings trägt die Substanz mittlerweile mehr Gefahren in sich, als es noch vor 20 Jahren der Fall war. Durch neue Züchtungen wurde der THC-Gehalt stark erhöht und/oder aufgrund der Gewinnsteigerung andere Substanzen beigemischt. Dieser Um-

stand muss vor allem bei Jugendlichen thematisiert werden, um sie davor schützen oder zumindest warnen zu können.

[...] da auch wieder im Vergleich zu früher, die Züchtungen der Pflanzen, die Mischungen und so weiter oder der THC-Gehalt ist jetzt oft viel höher, als es das vor 20 Jahren war, es sind andere Züchtungen. Und man kann das nicht mehr gleichsetzen, also es ist eigentlich gefährlicher geworden. Wir sehen viele Jugendliche, die psychotische Schübe haben nach Cannabis Konsum und drum finde ich es auch wichtig, das so zu thematisieren. (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik), Absatz 31)

Auch Interviewpartner B (Allgemeinmediziner) bestätigt das hohe Abhängigkeitspotential sowie den beträchtlichen Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen ein regelmäßiger Konsum zu Psychosen führt, dabei spiele die entscheidendste Rolle der THC-Gehalt, dieser betrug vor 20 Jahren noch etwa 2,5% und ist heute auf etwa 13,7% angestiegen.

Eine weitere beachtliche Zahl ist jene der Kinder und Jugendlichen, die bereits in Kontakt mit Cannabis kamen; das sind nach Schätzungen etwa 35-40%. Natürlich entwickelt nicht jede und jeder ein problematisches Konsumverhalten daraus, jedoch beweist diese Zahl die Verfügbarkeit der Substanz. Je früher der Konsum bei Jugendlichen beginnt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr kontrollierbar ist.

Ein problematisches Konsumverhalten entwickeln aus diesen 35-40%, wenn wir bei diesen Zahlen bleiben, sehr wenige; glücklicherweise. Es gibt zum Glück nicht so viele, ich meine, es gibt welche, die eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, aber es sind weit nicht so viele wie konsumieren. Klar ist auch, das sagt ja auch die Suchtforschung, je früher der Konsum von psychoaktiven Substanzen geschieht, je höher ist auch das Risiko, dass ich irgendwann mal vielleicht den Konsum dann nicht mehr kontrollieren kann. (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 43)

Dennoch dürfen der Konsum und die Droge selbst nicht verharmlost werden, denn laut Expertinnen und Experten gebe es auch schwerst Cannabisabhängige, obwohl die körperlichen Langzeitfolgen des Konsums von allen Experten als nicht so schädlich wie der Langzeitkonsum von Alkohol eingeschätzt werden.

Interviewpartner G (Betroffener) berichtet von seinen Erfahrungen aus der Drogenentzugstherapie, in der Cannabis gefährlicher als Ecstasy oder Kokain eingestuft wird.

Denn das Gefährliche an Cannabis ist, dass es möglich ist, es jeden Tag mehrmals zu konsumieren, weil der Körper im Gegensatz zu Kokain oder Ecstasy das aushalten kann. Dieser Umstand mache viele zu „Dauerkiffer“, die somit einen großen Teil ihres Alltags durch die Substanz eingeschränkt sind und ohne diesen Zustand den Alltag schnell psychisch nicht mehr aushalten würden.

Auch dürften die teils schwerwiegenden rechtlichen Konsequenzen durch Cannabiskonsum oder den Besitz nicht unterschätzt werden. Beschuldigte werden egal welchen Alters auf die Inspektion mitgenommen, erkennungsdienstliche Maßnahmen werden verlangt wie die Abnahme von Fingerabdrücken, es kommt zu einer Vernehmung und zu einer Anzeige, oftmals folgen verschiedenste Auflagen. Diese können bis zu regelmäßige Harnproben oder Haarwurzelanalysen gehen, welche beide mit hohen Kosten verbunden sind. „den [Grundsatz „Therapie statt Strafe“] haben wir hier nicht“ (Interview E (Polizist), Absatz 98).

7.6 Gesellschaftliche Sichtweise auf das Thema Cannabis

Dass Cannabis gesellschaftlich weit weniger akzeptiert ist als Alkohol, ist nicht weiter überraschend und sehen auch alle Befragten so. Drei Hauptgründe dafür konnten aus den Gesprächen herauskristallisiert werden:

1. Cannabis besitzt nicht diese historische Einbindung wie Alkohol
2. Durch die restriktive Drogenpolitik der letzten Jahrzehnte und der noch immer herrschenden Illegalität hat Cannabis besonders bei der älteren Generation das Image der Einstiegsdroge
3. Bis vor wenigen Jahren waren die Aufklärung und der Zugang zu Informationen rund um das Thema schwerer verfügbar und nicht so umfangreich wie heute

Noch heute wird das Thema als Randgruppenthematik behandelt, obwohl nach Schätzungen über 35% der Jugendlichen bisher damit bereits einmal in Kontakt gekommen sind und zukünftig diese Zahl zunehmen wird (Interview F (Sozialarbeiter)).

Cannabis wird von der jüngeren Bevölkerungsschicht konsumiert, weil es sehr leicht verfügbar ist, durch die Kriminalisierung einen gewissen Coolnessfaktor besitzt und von vielen nicht mehr als Droge wahrgenommen wird als Alkohol. Im Gegensatz dazu

sehen Teile der älteren Bevölkerung keine Differenzierung zwischen Cannabis und anderen illegalen Substanzen (Interview E (Polizist)).

Bei der Frage, ob eine Entkriminalisierung von Cannabis positiv oder negativ zu bewerten wäre, sprachen sich vier der sieben Interviewpartner (A, B, E, F) gegen diese aus, obwohl sich alle in einer Hinsicht einig waren: Eine Legalisierung würde Hand in Hand mit mehr Aufklärung kommen und dennoch gibt ein gesetzlicher Rahmen Jugendlichen Orientierung.

„Aus meiner Perspektive mit Jugendlichen, die dieses Thema wirklich haben, sehe ich eine Legalisierung kritisch [...] aber ich kann mir vorstellen, dass es kommt, ja. Weil der Trend auch eher in die Richtung geht“ (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik), Absatz 36-38).

Interviewpartner (C, D, G) sprachen sich für eine Legalisierung aus, hauptsächlich deswegen, weil dadurch der „Einstiegsdrogencharakter“ sowie der Reiz des Verbotenen wegfallen und Jugendliche beim Kauf der Substanz nicht mehr in den „Untergrund“ gedrängt werden würden, wenn es legal in Shops erhältlich wäre.

7.7 Suchtpotential und Gefahren von Cannabis und Alkohol im Vergleich

„Ich habe schon auf beiden Seiten sehr schlimme Fälle gesehen“ (Interviewpartner E (Polizist), Absatz 106 über Todesfälle und Strafdelikte im Zusammenhang mit Alkohol oder Cannabis).

Alle Experten bestätigten in ihren Aussagen, dass Cannabis vermehrt von jungen Leuten konsumiert wird und ältere Bevölkerungsschichten eher zu Alkohol oder auch Medikamenten greifen. Ist eine Gruppe einer Substanz stärker zugewandt, wird wenig bis kaum die andere Substanz (bei Alkohol und Cannabis) konsumiert (siehe dazu auch Kapitel 4.8). Suchterkrankungen aller Substanzen werden voraussichtlich in den nächsten Jahren aufgrund prekärer Zeiten zunehmen.

Physisch gesehen nennen ebenfalls alle Experten Alkohol als die gefährlichere Substanz, da viele Organe und Systeme des Körpers gleichzeitig angegriffen werden.

Bei der psychischen Komponente spielen mehrere Faktoren eine Rolle, um die Gefährlichkeit einer Substanz bestimmen zu können.

Aber es gibt die Jugendlichen, die Substanzen verwenden, um psychische Zustände auszuhalten, sage ich mal so. Das gibt es ja auch, dass man mit solchen Substanzen versucht sich selbst zu therapieren, das weiß man aus Therapieprozessen nachher dann, sei es sich zu beruhigen oder mit Emotionen umzugehen oder Nähe herzustellen. Jede Droge hat dann eine Funktion für den, der sie regelmäßig nimmt. (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik), Absatz 40)

Wie gefährlich eine Substanz ist und wie schnell sie zur Abhängigkeit führt, hängt damit zusammen, warum oder wofür sie von der Konsumentin oder dem Konsumenten verwendet wird. Wird Alkohol oder Cannabis dazu verwendet, um Emotionen (besser) verarbeiten zu können oder den Alltag (besser) meistern zu können, ist das psychische Suchtpotential annähernd vergleichbar und wird als hoch eingestuft.

Die Experten (A, B, C, E) können zwischen dem psychischen Abhängigkeits- bzw. Suchtpotential beider Substanzen keine eindeutige Unterscheidung treffen und stufen beide Substanzen als gleich riskant ein. Cannabis schreiben die Experten (D, F) ein höheres Abhängigkeitspotential zu, da die Droge schneller wirkt als Alkohol und sich die Konsumentin oder der Konsument dadurch schneller in dem von sich gewünschten Zustand befindet. Ebenfalls ist Cannabis oftmals unter einer gewissen Altersgrenze leichter verfügbar als Alkohol sowie der heimliche Konsum einfacher, ohne dass nahe Angehörige schnell etwas davon merken (Interview F (Sozialarbeiter)).

Es ist einfach leichter, dass ich heimgehe, mich in mein Kinderzimmer reinsetze und einen Joint rauche – wenige Minuten später habe ich das gewünschte Ergebnis, als dass ich das Gleiche mit dem Alkohol schnell mache. Mit 14 oder 15 Jahren, dass ich mich [sic] einfach schnell betrinke. Da glaube ich, dass Cannabis für diese Gruppe an Personen einfach gefährlicher ist [...] Wenn wer jetzt wirklich regelmäßig Cannabis raucht, dann fällt es gar nicht mehr auf. Beim Alkohol riecht man es zumindest. Und was sich, wie gesagt, natürlich verändert hat, ist einfach dieser Zugang. Vor 20 Jahren war es noch schwieriger an Cannabis zu gelangen, es war – naja strafrechtlich war's ziemlich dasselbe, aber die Verfügbarkeit hat sich natürlich verändert. Aufgrund dessen ist es nicht mehr recht, ja brauch ich nicht mehr recht großen Aufwand, dass ich die Substanz bekomme. (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 51-57)

Aber ist das Image von Cannabis als Einstiegsdroge gerechtfertigt? Alle Experten bejahen, denn Cannabis kann als Einstiegsdroge fungieren, jedoch aus unterschiedlichen Gründen: Experten (A, E) arbeiten mit Jugendlichen, die durch mehrmaligen Konsum das Verlangen hatten, andere aber auch härte Substanzen zu probieren.

Alle anderen Experten sehen nicht die Substanz per se als Einstieg, sondern die Kreise, in die sich Jugendliche begeben müssen, um sie zu erwerben. Besonders die jugendliche Neugierde, das Austesten von Grenzen und die fehlende Aufklärung bergen hier extreme Gefahren.

„Denn dort, wo Cannabis erworben werden kann, können andere Substanzen auch gekauft werden und irgendwann wird jemand vorschlagen, ob ich nicht etwas anderes auch probieren möchte. Und mit 13 weißt du halt nicht, was das für Konsequenzen haben kann“ (Interview D (Lehrer), Absatz 91).

„Aber Cannabis zwingt mich sicher nicht, die nächsthöhere Substanz zu nehmen“ (Interview C (Lebens- und Sozialberater), Absatz 52).

Interviewpartner F (Sozialarbeiter) sieht nicht Cannabis als Einstiegsdroge, sondern viel eher Nikotin. Es gäbe beinahe keine Cannabiskonsumenten, die zuvor kein Nikotin konsumiert hätten.

Jedoch muss auch betont werden, dass meist konsumiert wird, um den derzeitigen Gefühlszustand zu ändern und nicht jedes Glas Bier automatisch zum Alkoholismus führt und nicht jeder Joint gleich einen Drogenabhängigen definiert.

7.8 Mangelnde Suchtprävention (im schulischen Kontext)

Das Thema Sucht wird im schulischen Rahmen stiefmütterlich behandelt, was nicht verwunderlich ist, denn auch in der breiten Öffentlichkeit findet kaum ein Diskurs oder eine Aufklärung Anklang. Wenn das Thema im schulischen Kontext bearbeitet wird, dann meist ab einer Schulstufe, in der einige der Jugendlichen bereits konsumiert haben und somit dies vor jeglicher Aufklärung passiert war. Wer heutzutage denkt, es gäbe keine 12-Jährigen, die regelmäßig Cannabis rauchen, der irrt. Und wer vermutet,

dass eine behütete Kindheit und/oder eine halbherzige Aufklärung vor dem Konsum schützen, wird leider enttäuscht (Interview E (Polizist)).

Zwei der Experten (D, G) erinnern sich explizit daran, dass über Drogen oder über Alkohol im Unterricht nie gesprochen wurde. Sobald das Thema von den Schülerinnen und Schülern in der Pause angeschnitten wurde, beendeten Lehrpersonen schnell die Unterhaltung mit den Worten, dies sei kein passendes Thema für die Schule. Nun haben sich die Zeiten geändert und viele Pädagoginnen und Pädagogen versuchen ihr Möglichstes, um über Risiken und Gefahren von Drogen und Alkohol aufzuklären.

Denn genau in den gefährlichen Phasen des Umbruchs, in die besonders die Pubertät fällt, sind Personen besonders empfänglich für den Konsum von bewusstseinsverändernden Substanzen. Wie empfänglich jemand für diese Gefahren ist, hängt vor allem damit zusammen wieviel Resilienz vorhanden ist. Denn es gibt kaum Süchtige, die mit dem Konsum erst im Erwachsenenalter anfangen – die meisten davon konsumierten teilweise bereits in der Kindheit (Interview F (Sozialarbeiter)).

Interviewpartner D, der selbst als Pädagoge täglich Kinder unterrichtet, gibt offen und ehrlich zu, dass er nicht wisse, wie ehrliche und wertvolle Aufklärungsarbeit an Schulen funktionieren solle. Die Pflicht als Lehrperson, diese Dinge zu thematisieren stelle er keineswegs in Frage, denn woher sonst sollten Kinder und Jugendliche wissen, welche Folgen ein Konsum mit sich ziehen kann. Aber wie soll ehrliche Aufklärung passieren, ohne externe Experten, damit die Lehrperson nicht das Gesicht und den Respekt ihrer/seiner Klasse verliert?

Wenn ich komme, dann sollten die Schüler Respekt vor mir haben. Das ist ein bisschen eine Schwierigkeit als Lehrer dann herzugehen und zu sagen, ich habe schon einmal einen Joint geraucht. Es wäre gut, wenn da jemand extern an die Schule käme, der da wirklich mit den Schülern komplett offen reden könnte, weil der nachher ja dann eh wieder weg ist. Wenn ich als Lehrer das mache, verliere ich vielleicht etwas mein Gesicht und den Respekt meiner Schüler. Vielleicht aber auch nicht, vielleicht funktioniert es ja wirklich super. Problem ist, wenn ich den Respekt dann wirklich verliere [...] weil wenn es schief geht, hast du verloren. Also ich glaube, dass externe Leute da sicher einen Riesenunterschied machen würden und wirklich helfen könnten. Und ich glaube, dass ein einheitliches Konzept eine ganz gute Gui-

deline wäre für den Unterricht, für Lehrer und für die Schule als System.
(Absatz 61)

Weiters wird auch während der Lehrerausbildung dieses Thema mit den Studierenden nicht behandelt, somit liegt es in der Eigenverantwortung und im Eigeninteresse einer jeden Lehrperson, selbst ein Konzept für eine mögliche Suchtprävention zu erstellen.

Eine Tabuisierung macht eine Sache immer interessanter genauso wie eine Verteufelung dieser. Denn dass Alkohol und Drogen Gefahren mit sich bringen, wissen Schülerinnen und Schüler auch meist ohne eine vorangegangene Aufklärung. Eine schrittweise Hinführung ist nötig, um nicht nur die Wirkung der Substanz zu beleuchten, sondern auch, wofür diese oftmals verwendet wird.

Also gut wäre immer, die Sache an der Wurzel zu nehmen und den Genuss von der Droge und dem Suchtmittel zu lernen, was der Unterschied ist zwischen einem guten Glas Wein und ein Achterl, dass ich mir runterschütte, damit ich es aushalte. Da gibt es einen Unterschied, aber es kann der gleiche Wein sein. (Interview C (Lebens- und Sozialberater), Absatz 40)

Interviewpartner C (Lebens- und Sozialberater) bezweifelt auch, dass mit einer schulischen Aufklärung alle Kinder geschützt werden könnten. Er rechnet damit, dass schulische Prävention maximal ein Drittel der Kinder vor einem Probieren von Drogen abhalten könnte, einem weiteren Drittel würde vor Augen geführt werden, dass zuhause mit einer Substanz falsch umgegangen wird, was zu einem weiteren Spannungsfeld führen könnte. Und ein Drittel der Kinder würde illegale Substanzen konsumieren, egal welche oder wieviel Aufklärung passieren würde.

„Da hätte es sicher wenig gegeben, was mich davon [Probieren von Drogen] abgehalten hätte“ (Interview G (Betroffener), Absatz 80).

Außerschulische Einrichtungen sowie Vereine, aber auch das Elternhaus müssen mehr in die Verantwortung miteingebunden werden, denn die Schule allein kann diese Aufgabe nicht stemmen, aber auch Schulärztinnen und Ärzte, die täglich in Schulen arbeiten und die meisten der Kinder auch regelmäßig sehen, sollten anders und umfangrei-

cher eingesetzt werden, um eine effektive schulische Präventionsarbeit leisten zu können (Interview C, F).

7.9 Einfluss-(Faktoren) ausgeweiteter und einheitlicher Konzepte der Präventionsarbeit

Suchtprävention kann gar nicht früh genug beginnen und beginnt nicht mit der Aufklärung über die Gefahren von Alkohol und Drogen im Kindergarten. Aber bereits in dem Alter können wichtige Grundlagen für eine erfolgreiche Suchtprävention gelegt werden. Dabei geht es vor allem um Resilienz und die Fähigkeit Nein zu sagen. Ebenso muss es zu einer Selbstsicherheits- und Ressourcenförderung kommen; Lernen mit Gefühlen richtig umzugehen – Stichwort Emotionsregulation. Je älter die Kinder werden, desto mehr Klartext darf und soll gesprochen werden: Folgen, Gefahren und Warnsignale von Sucht dürfen intensiv behandelt werden (Interview A (Leiterin Heilstätten-Pädagogik)).

Eine Moral- oder Wertesache daraus zu machen, wäre laut Experte C (Lebens- und Sozialberater) der falsche Weg. Nur weil etwas auch negative Seiten hat, heißt dies nicht automatisch, dass diese Dinge nicht auch ein Genussmittel sein können und somit angenehme Seiten auch besitzen. Aber Schülerinnen und Schüler müssen wissen, was passieren kann. Ehrlichkeit sowie gute Informationsarbeit sind bei diesem Thema essentielle Faktoren, die über eine nachhaltige und fortwährende Präventionsarbeit entscheiden. Wichtig ist auch, dass Jugendliche externe Anlaufstellen kennen, an die sie sich im Falle von Suchtproblemen auch noch Jahre später wenden können.

Dabei wurde von beinahe allen Experten vorgeschlagen, externe Fachleute an Schulen zu holen, die für Suchtpräventionsarbeit geschult sind und gut ineinandergreifende Konzepte ausgearbeitet haben, welche flächendeckend zum Einsatz kommen. Dabei könnten vertraute Lehrpersonen mit externen Leuten in Form von Projektarbeiten zusammenarbeiten, welche sich durch die gesamte Schulzeit durchziehen und der Altersgruppe sowie den Bedürfnissen der jeweiligen Gruppe angepasst sind. Zu sagen, diese Projekte werden nur einmalig in Schulwoche xy abgehalten, wäre falsch – es benötigt eine fortwährende Aufklärung und Resilienzförderung. Aber auch die Pädagoginnen und Pädagogen sowie Eltern und außerschulische Vereine müssen mit dem nötigen Rüstzeug ausgestattet werden, um Präventionsarbeit auch ohne externe Fach-

leute stemmen zu können. Interviewpartner F (Sozialarbeiter) verweist darauf, dass Kindern und Jugendlichen Angebote gesetzt werden müssen, um sie von „der Straße“ fernzuhalten und hält die Ganztageschule für einen geeigneten Weg dafür.

[...] was ich auch glaube, ist, dass diese Angebote an die Jugend sich verändern müssten. Es muss ganz klar sein, dass Kinder und Jugendliche ihren Platz brauchen und Platz haben. Und das ist ein wichtiges Thema. Kinder und Jugendliche werden oft im öffentlichen Raum als Störenfriede wahrgenommen, was natürlich ein großes Problem ist. Sie müssen sich ohnehin ihre Plätzchen suchen, sozusagen ihre geheimen Orte. Aber das macht es natürlich schwerer, dieses Miteinander merkt man kaum. Ich denke, dass hier eine Sensibilisierung vorherrschen müsste. Dass ich da schaue, wo ich die Jugendlichen abholen kann und welche Angebote ich ihnen setzen kann. (Interview F (Sozialarbeiter), Absatz 61)

Die Klassenlehrerin oder der Klassenlehrer, der die Schülerinnen und Schüler 43 Wochen im Jahr beinahe täglich sieht, kann gut einschätzen, wann welche Themen in der Klassengemeinschaft relevant werden und zu welchem Zeitpunkt eine intensivere Auseinandersetzung mit Suchtpräventions- genauso wie Gewaltpräventionsarbeit von Nöten ist.

Externe Leute sollten vor allem auch über Erfahrungen sprechen, denn das wäre das Einzige, das Jugendliche wirklich vom Konsum abhalten könnte. Wissen und Erfahrung seien Macht, die in lebensprägenden und bahnweisenden Situationen helfe, richtige Entscheidungen treffen zu können. Dennoch diejenigen, die Drogen probieren und regelmäßig konsumieren wollen, wird kein Suchtpräventionskonzept dieser Welt davon abhalten können (Interview G (Betroffener)).

8 Beantwortung der Forschungsfragen sowie Thesen und Fazit

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit aktueller Literatur sowie der empirischen Forschung, die eine Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen sowie der Thesen ermöglicht. Ausgangspunkt war mit Hilfe der Literatur eine Gefahrengegenüberstellung von den Substanzen Alkohol und Cannabis, weiters wurde mit Hilfe qualitativer Forschungsmethoden die Aussagen von Expertinnen und Experten aus verschiedensten Bereichen herangezogen.

Dass beide Substanzen bei übermäßigem Konsum und vor allem bei frühem Einstiegsalter Gefahren bergen, ist jedoch unumstritten.

Forschungsfrage 1:

Ist der regelmäßige Konsum von Alkohol für Jugendliche gefährlicher als der regelmäßige Konsum von Cannabis?

Um diese Frage objektiv beantworten zu können, ist es von Bedeutung zuerst die Häufigkeit und die Intensität des Konsums zu beurteilen; eine Verteufelung jeglichen Konsums ermöglicht keine konkrete Aussage. Jedoch bringen beide Substanzen bei übermäßigem und vor allem regelmäßigem Konsum Gefahren und Risiken mit sich, allerdings oftmals unterschiedlichster Art. Alkohol greift beinahe alle wichtigen Organe und Prozesse des Körpers schwerwiegend an, führt dabei bei jahrelangem Konsum zu einer Vielzahl teilweise irreversibler Krankheiten und verkürzt die Lebenserwartung um Jahrzehnte. Nicht nur physische Auswirkungen sind dabei die Folge, auch die psychischen Langzeitfolgen dürfen nicht unterschätzt werden – trotz erfolgreich beendeter Therapieformen liegt die Rückfallquote bei weit über 70%. Besonders der regelmäßige Konsum bei Jugendlichen hinterlässt bereits nach kurzer Zeit psychische Folgen wie zum Beispiel depressive Verstimmungen oder eine Nicht-Bewältigung des Alltags.

Bereits geringe Mengen an Alkohol führen zu einem erhöhten Risikoverhalten, welches immer wieder besonders bei Jugendlichen in Unfällen mit Todesfolgen enden kann. Zudem kann Alkoholkonsum die Gewaltbereitschaft sowie Aggressionen besonders bei Männern erhöhen, was die Anzahl der Notrufe wegen häuslicher Gewalt in die Höhe schnellen lässt. Statistiken belegen zudem, dass ab 16 und der damit einhergehenden Erlaubnis zum Konsum die Zahl der Strafdelikte rapide zunimmt. Kurz zusammengefasst birgt die legale Droge Alkohol eine Vielzahl an Risiken, die trotz mittlerweile verstärktem Jugendschutz auch bereits sehr Junge betreffen. Jedoch darf auch Cannabis nicht verharmlost werden, obwohl es physisch gesehen, weniger negative Auswirkungen besitzt, wobei dazu die Datenlage eher dünn ist. Regelmäßiger Cannabiskonsum, vor allem wenn er ab einem jungen Alter und vor einer vollständigen Hirnreifung geschieht, hat einen enormen Einfluss auf verschiedene Reifungsprozesse des Gehirns, besonders wenn der Konsum während sensibler Phasen der Entwicklung stattfindet. Zudem kann es dabei zu Beeinträchtigungen des Lernens sowie des Gedächtnisses

kommen; kognitive Fähigkeiten wie zum Beispiel die Aufmerksamkeit können dabei stark in Mitleidenschaft gezogen werden. Ferner belegen Studien, dass regelmäßig konsumierende Frauen sowie Männer 3-mal so häufig an Psychosen oder Schizophrenie erkranken; auch Depressionen treten in dieser Gruppe überproportional häufig auf. Somit wird die Forschungsfrage mit Nein beantwortet; der regelmäßige Konsum von Alkohol ist nicht gefährlicher als der regelmäßige Konsum von Cannabis. Der regelmäßige Konsum beider Substanzen ist gefährlich und darf weder verharmlost noch unterschätzt werden.

Forschungsfrage 2:

Benötigt es eine Neubewertung hinsichtlich der Gefahren von Alkohol?

Diese Frage kann klar mit Ja beantwortet werden. Eine Vielzahl an Literatur sowie alle Expertinnen und Experten sind sich einig, dass es eine Neubewertung benötigt. Jedoch darf nicht übersehen werden, dass bereits eine Sensibilisierung stattfindet, ebenso wurde der Jugendschutz verstärkt und die Darstellung in Film und Fernsehen überdacht. Ebenfalls lässt sich beobachten und aus den Erfahrungen der Expertinnen und Experten ableiten, dass Alkohol nicht nur bei Jugendlichen weniger gefragt ist als noch vor einigen Jahren.

These 1:

Alkohol und Cannabis besitzen ein ähnlich hohes Suchtpotential.

Diese These kann widerlegt werden, auch wenn beide Substanzen die gleichen Hirnareale beeinflussen, die für eine Entstehung von Sucht verantwortlich sind, sehen besonders die Expertinnen und Experten eine Differenzierung des Suchtpotentials. Wichtig dabei ist vorweg aber zu klären, aus welchen Gründen eine Substanz konsumiert wird, denn wird sie konsumiert, um Gefühle oder den Alltag besser ertragen zu können, so besitzen Alkohol sowie Cannabis ein sehr hohes Suchtpotential. Jedoch schreiben die Expertinnen und Experten Cannabis ein etwas höheres Risiko zu, da die Verfügbarkeit unter einer gewissen Altersgrenze höher und leichter ist, die Substanz sehr schnell konsumiert werden kann, die Wirkung schnell eintritt und vor allem, weil sie zu einem gewissen Grad von Jugendlichen heimlich angewendet werden kann. Einen Joint

unbemerkt im Kinderzimmer zu rauchen und nach wenigen Minuten eine Wirkung zu erzielen, ist einfacher, als dasselbe mit Alkohol zu tun.

These 2:

Der Konsum von Cannabis führt nicht zwangsläufig zu härteren Drogen.

Diese These kann teilweise belegt werden, obwohl hier die Meinungen in der empirischen Studie auseinander gehen. Einige der Experten weisen darauf hin, dass es Jugendliche gibt, die nach dem Konsum von Cannabis härtere bzw. andere Substanzen probieren möchten und somit in den Konsum von anderen Drogen rutschen. Jedoch gibt es eine Vielzahl an Jugendlichen, die einen sehr reflektierten Umgang mit der Substanz pflegen. Was von allen Expertinnen und Experten bestätigt wurde, ist, dass die Substanz per se nicht als Einstiegsdroge gesehen werden darf, dennoch dient sie oftmals als Einstieg, da sie nur an Orten und bei Menschen verfügbar ist, die möglicherweise zu anderen Drogen verleiten können. Eine Legalisierung von Cannabis und somit der legale Verkauf in Apotheken und/oder Shops würde diese Situation gänzlich ändern.

These 3:

Die Folgen eines regelmäßigen Konsums von Alkohol werden gesellschaftlich stark unterschätzt.

Diese These kann teilweise belegt werden, jedoch ist es schwierig zu differenzieren, ob stark konsumierende Personen die Risiken nicht kennen, nicht wahrhaben wollen oder ihnen diese schlichtweg gleichgültig sind. Wie bereits oben erwähnt, gibt es eine höhere Sensibilisierung in der Bevölkerung hinsichtlich der Gefahren von Alkohol, dennoch findet dazu immer noch zu wenig Präventions- und Aufklärungsarbeit für die breite Masse statt.

These 4:

Die Aufklärung im schulischen Kontext findet nur unzureichend statt und kann somit keine erfolgreiche flächendeckende Suchtprävention leisten.

Diese These kann belegt werden. Teile des partizipativ-emanzipatorischen Menschbilds der Gesundheitsförderung werden zwar bereits in Ansätzen in den Schulen vermitteln,

jedoch fehlen umfassende und ausgewogene Informationen, Workshops sowie Projekte dazu. Spezielle Schwerpunktsetzungen wie z.B. der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025 stehen immer wieder im Fokus der Aufmerksamkeit, sind aber dessen ungeachtet nicht flächendeckend an österreichischen Schulen angekommen.

Um eine nachhaltige suchtpreventive Zielsetzung überhaupt erreichen zu können, benötigt es systematischer, vor allem wissenschaftlich begründeter Vorgehensweisen, die mit allen Beteiligten koordiniert werden. Kurzfristige, aktionistische und unkoordinierte Einzelmaßnahmen erwiesen sich in der Vergangenheit als ungeeignet, jedoch ist es notwendig, dass Suchtpräventionsstellen ihr Wissen allen Personen zur Verfügung stellt, die präventiv tätig sind. Dazu fordern Haller et al. (2018) festgelegte Zielsetzungen für die Präventionsarbeit, welche im gesamten Bundesgebiet zum Einsatz kommen sollten, was bislang aber nicht geschieht (siehe Kapitel 5.6).

So kommt es am Ende auf das Engagement und den Einsatz jeder einzelnen Lehrperson an, ob und wie Suchtprävention in der Klasse vermittelt wird.

Kinder und Jugendliche vor zu frühem, regelmäßigem und übermäßigem Alkohol- und Cannabiskonsum zu schützen, sollte für uns als Gesellschaft und besonders als Pädagoginnen und Pädagogen Priorität haben. Suchtprävention sollte vom Kleinkindalter bis ins Erwachsenenendesein stattfinden und so die Möglichkeit haben, Jugendliche auch später im Erwachsenenleben vor einer Suchtproblematik schützen zu können. Dabei dürfen stoffungebundene Süchte wie zum Beispiel Kaufsucht, Spielsucht oder Geltungssucht in den sozialen Medien genauso wenig vernachlässigt werden wie stoffgebundene Süchte. Denn war eine schulische Suchtprävention erfolgreich, können so Jugendliche bestenfalls ein ganzes Leben vor diesen Gefahren geschützt werden. Besonders in prekären Zeiten wie diesen, in der die Anzahl der Suchtbetroffenen in die Höhe schießt, sollten Projekte und Maßnahmen zur Prävention vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. Denn eines muss uns als Gesellschaft, als Schule, als Mütter und Väter oder als Familien bewusst sein: Es gibt viele andere Substanzen als nur Alkohol und Cannabis, die weitaus schneller ihr Abhängigkeitspotential entfalten, die weitaus schädlicher bzw. tödlicher für den menschlichen Organismus sind und eine langfristige Abstinenz beinahe unmöglich machen.

Denn das Drogenangebot in Europa entwickelt sich dank der Globalisierung immer rasanter und bringt jedes Jahr neue, noch völlig unbekannte Substanzen auf den Drogenmarkt. Allein im Jahr 2020 konnten beinahe sieben Tonnen neuer psychoaktiver Substanzen sichergestellt werden. Seit 2015 wurden in Europa 52 Labore entdeckt, die solch neue Substanzen herstellen. Zwischen 2020 und 2021 wurden 15 bisher unbekannte Opioide und vier neue synthetische „OXIZID“ Cannabinoide innerhalb der Grenzen von Europa entdeckt. Anlass zur Sorge gibt auch die immer größer werdende Überschneidung zwischen den Märkten für illegale Drogen und neuen psychoaktiven Substanzen. Daraus entstehen beispielsweise Fälschungen von Cannabisprodukten mit niedrigem THC-Gehalt genauso wie gefälschte Arzneimittel wie Oxycodon-Tabletten oder gefälschte Xanax- und Diazepam-Tabletten mit neuen Benzodiazepinen. Für Konsumentinnen und Konsumenten bedeutet das, dass sie teilweise unwissentlich Substanzen ausgesetzt sind, die das Risiko einer tödlichen Überdosierung stark erhöhen (Europäischer Drogenbericht, 2022).

Es gibt eine Reihe an Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf das Suchtgeschehen bei Kindern und Jugendlichen hätten, wenn diese gezielt und flächendeckend zum Einsatz kämen. Anhand der intensiven Auseinandersetzung mit aktueller Literatur und der gewonnenen Erkenntnisse durch Gespräche mit Expertinnen und Experten ist es von Bedeutung, einige dieser möglichen Maßnahmen hier nochmals zu erläutern. Diese sollen einen Mehrwert vor allem für Pädagoginnen und Pädagogen sowie andere Berufsgruppen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, bieten. Schule muss ein Ort der Sicherheit und Geborgenheit sein, an dem ein Erfahrungsaustausch und ehrliche Gespräche mit vertrauten Lehrpersonen, auch außerhalb des regulären Unterrichts, möglich sind. Bereits im Kleinkindalter muss eine Stärkung des Selbstwertgefühls stattfinden; Resilienz sollte gezielt immer wieder durch eigens dafür entwickelte Programme gestärkt werden. Geeignete Problemlöse-Kompetenzen sowie die Fähigkeit „nein“ sagen zu können und auch zu dürfen, wenn etwas nicht gewollt ist, sollten schon in der Elementarpädagogik gefördert werden und in altersgerechter Form bis ans Ende der Schulzeit weitergeführt werden. Schulinterne Präventionskonzepte sollten von der Standortleitung jeder Schule ausgearbeitet werden und zusätzlich noch zu bundesweiten Konzepten in regelmäßigen Workshops zum Einsatz kommen. Schulexternes Fachpersonal könnte unterstützende und beratende Funktionen übernehmen sowohl für

Lehrpersonen als auch für Schülerinnen und Schüler. Aber Aufklärung und Resilienzbildung muss nicht nur im Unterricht durch Pädagoginnen und Pädagogen geschehen, auch eigens dafür geschulte Peer-Groups können einen Großteil dieser Arbeit vor/nach dem Unterricht übernehmen. Diese wissen oftmals mehr über das klasseninterne Geschehen und können damit besser einschätzen, wann jemand aus der Klassengemeinschaft Probleme hat, und Hilfe benötigt.

Um aber auch Lehrpersonal richtig zu schulen und ihnen Unsicherheiten bezüglich des Themas und dessen Umsetzung in der Klasse zu nehmen, sollte bereits in der Lehrerbildung Suchtprävention behandelt werden. Dabei könnten neben neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen auch Arten der Umsetzung vorgeschlagen und/oder gemeinsam ausgearbeitet werden, sodass Materialien zu diesem Thema bereits ab dem ersten Tag in einer Klasse vorhanden sind. Zusätzlich sollten vermehrt Suchtpräventions-Workshops im Rahmen der verpflichtenden Fortbildungen angeboten werden, um auch bereits länger im Dienst arbeitende Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen. Des Weiteren sollten Schulärztinnen und -ärzte, Vertrauenslehrerinnen und -lehrer sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeiter mit geschultem Blick zu dieser Thematik Hilfe anbieten und in erster Linie erkennen und agieren, wenn in diesem Bereich Bedarf besteht. Um jede Schule mit genügend Personalressourcen ausstatten zu können, benötigt es besonders bei diesen Berufsgruppen an mehr Fachpersonal.

Abseits von Bildungseinrichtungen sollte es Ziel der Medien, die besonders von jungen Menschen konsumiert werden, sein, ein Bewusstsein zu dieser Thematik zu schaffen und gezielte Aufklärung zu betreiben. Dazu sollten auch Forschungseinrichtungen den Fokus vermehrt auf das Thema Sucht lenken und stets neue Erkenntnisse aber auch Anregungen und Diskussionen für eine effektive und fortwährende Suchtprävention liefern, die zudem auch in der breiten Masse Anklang finden.

Zum Abschluss muss noch erwähnt werden, dass sich diese Arbeit ausschließlich mit den Substanzen Alkohol und Nikotin beschäftigt und andere Substanzen und deren Konsum bei Jugendlichen keine Beachtung finden; zudem wurde keine spezielle Altersgruppe für diese Arbeit herangezogen. Zudem kann als weitere Limitation dieser Arbeit die kleine Interviewgruppe von sieben Expertinnen und Experten betrachtet werden – eine höhere Anzahl und/oder Gesprächspartnerinnen und -partner aus weiteren Be-

rufsfeldern hätten weitere Erkenntnisse liefern können. In diesem Zusammenhang wäre es lohnend, in weiteren Forschungen Fachpersonal aus den Bereichen Neurologie und Psychiatrie für Befragungen heranzuziehen und den Einfluss sowie die Auswirkungen von Alkohol und Cannabis anhand von MRT-Bildern zu untersuchen und so die Veränderungen im Gehirn gezielter beschreiben zu können. Ebenso könnten Jugendliche in Befragungen miteinbezogen werden und eigens für die Forschungsarbeit ausgearbeitete Präventionskonzepte zum Einsatz kommen, welche dann von Expertinnen und Experten aus verschiedensten Bereichen evaluiert werden.

Mehr Forschung in diesem Bereich würde zugleich mehr Aufmerksamkeit auf dieses wichtige Thema lenken und würde im Zuge dessen allen Personen, die regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, einen Mehrwert liefern.

9 Literaturverzeichnis

- Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N. N., Lochbühler, K., & Kraus, L. (2019). *Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten*. Deutsches Ärzteblatt, 116(35-36), 577-584.
- Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2021). *Handbuch Alkohol – Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Biesinger, R. (2018). *Ohne Dop(amin)e ist alles doof: Aktive Veränderungsarbeit im Persönlichkeitstraining nach Kokainmissbrauch*. Springer Publishing.
- Bock, K. & Miethe, I. (2010): *Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. Verlag Barbara Budrich.
- Bryman, A. (2012): *Social Research Methods* (4. Aufl.). Oxford University Press.
- Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Schwarz, T., & Strizek, J. (2021). *Bericht zur Drogensituation 2021*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Charlet, K., Beck, A., & Heinz, A. (2013). *The Dopamine System in Mediating Alcohol Effects in Humans*. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 13, 461-488.
- Czecholinski, L. (2021). *Werbung für Alkohol – zur Rolle eines möglichen Einflussfaktors auf Mensch und Abstinenz*. https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/11377/1/2021Czecholinski_Linda_BA.pdf
- Czypionka, T., Pock, M., Röhrling, G., & Sigl, C. (2013). *Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit*. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Dehos, F. (2022). *Underage access to alcohol and its impact on teenage drinking and crime*. *Journal of Health Economics*, Vol. 81.

Europäische Beobachtungsstellen für Drogen und Drogensucht (2020), *Europäischer Drogenbericht 2020: Kernthemen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2022), *Europäischer Drogenbericht 2022: Trends und Entwicklungen*. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

E.V., D. H. F. S. (2019). *DHS Jahrbuch Sucht 2019*. Pabst Science Publishers.

Fleming, C. B., Guttmanova, K., Cambron, C., Rhew, I. C., & Oesterle, S. (2016). *Examination of the divergence in trends for adolescent marijuana use and marijuana-specific risk factors in Washington State*. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 269-275.

Gross, W. (2016). *Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten*. Springer.

Han, B., Compton, W. M., Einstein, E. B., & Volkow, N. D. (2021). Associations of suicidality trends with cannabis use as a function of sex and depression status. *JAMA network open*, 4(6), e2113025-e2113025.

Hahn, M., Hefner, G., & Roll, S. (2019, August). *Deutsche Apotheker Zeitung*. Abgerufen am 22. August 2022, von <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2019/daz-8-2019/cannabiskonsum-mit-folgen>

Haller, R., Schmutterer, I., Anzenberger, J., Busch, M., Puhm, A., Strizek, J., Tanios, A., Uhl, A., Oberacher, H., Grabner, A., Prenn, A., Blatterer, N., Bliem, H., & Ludescher, M. (2018). *Vorarlberger Suchtbericht 2018*. Bregenz: Amt der Vorarlberger Landesregierung.

Heinz, A., Gül Halil, M., & Gutwinski, S. (2022). *ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit*. *Nervenarzt* 93, 51-58.

- Seitz, H. K. & Thoms-Hoffmann, I. (2018). *Die berauschte Gesellschaft: Alkohol – geliebt, verharmlost, tödlich* (2. Aufl.). Kösel-Verlag.
- Hoch, E., Friemel, C. M., & Schneider, M. (2018). *Cannabis – Potenzial und Risiko*. Springer.
- Hojni, M., Delcour, J., Strizek, J., & Uhl, A. (2020). *ESPAD Österreich 2019*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Jay, M. (2011). *Eine Kulturgeschichte der Drogen*. Primus Verlag.
- Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Springer Publishing.
- Keimpema, E., Di Marzo, V., & Harkany, T. (2021). *Biological basis of cannabinoid medicines*. *Science*, 1449-1450.
- Kiefer, F., & Batra, A. (2020). *Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen*. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie.
- Kirsch, P., & Ditzen, B. (2022). *Neuromodulatorische Einflüsse auf das Wohlbefinden: Dopamin und Oxytocin*. Therapieziel Wohlbefinden (pp. 49-63). Springer.
- Kuntz, H. (2005). *Das SuchtBuch*. Beltz Verlag.
- Laging, M. (2020). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe*. Kohlhammer.
- Lettau, A. & Breuer, F. (2007). *Forscher/innen-Reflexivität und qualitative sozialwissenschaftliche Methodik in der Psychologie*. *Journal für Psychologie*, 15(2).
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A., Schulte-Körne, G., & Braun-Scharm, H. (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Thieme.

- P, K., & Ditzen, B. (2022). *Neuromodulatorische Einflüsse auf das Wohlbefinden: Dopamin und Oxytocin. Therapieziel Wohlbefinden* (S. 49-63). Springer.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl). Juventa Verlag.
- Schanze, C. (2018). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*. Schattauer.
- Seitz H. (2018). *Die berauschte Gesellschaft*. Kösel-Verlag.
- Sgier, S. (2020). *Modell zur schulischen Suchtprävention: Grundlagen*. Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich.
- Skala, K., Trabi, T., Fuchs, M., Gössler, R., Haas-Stockmair, C., Kriechbaumer, N., Leitner, M., Ortner, N., Reiter, M., Müller, C. & Wladika, W. (2022). *Cannabisgebrauch bei Jugendlichen*. Springer.
- Slezak, B. (2022, September). *Alkohol Rückfall – wenn ein Alkoholiker wieder trinkt*. Abgerufen am 1. Oktober 2022 von <https://www.beratung.help/a/rueckfall-alkoholismus>
- Soyka, M. (2018). *Drogennotfälle: Diagnostik, klinisches Erscheinungsbild, Therapie*. Springer.
- Friedemann, S., & Rettenberger, M. (2019). *Delikte unter Alkoholeinfluss*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Jahrbuch Sucht.
- Statistik Austria. (2022). *Wieder mehr Verkehrstote im 1. Quartal 2022*. Abgerufen am 12. Oktober 2022
<https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/07/20220728Unfaelle2022Q1.pdf>

- Steffen, T. (2020, 3. Dezember). *UN-Kommission streicht Cannabis aus Liste der gefährlichsten Drogen*. Zeit Online. Abgerufen am 28. August 2022 von <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-12/drogen-cannabis-rauschmittel-gefahr-un-behoerde>
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. Gesundheit Österreich.
- Sucht Schweiz (2018). *Im Fokus – Cannabis*. Abgerufen am 27. Oktober 2022. <https://shop.addictionsuisse.ch/de/19-cannabis>
- Sucht Schweiz (2020). *Alkohol*. Abgerufen am 27. Oktober 2022. <https://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/de/alkohol/wirkung-risiken.html>
- Tretter, F. (2018). *Suchtmedizin kompakt*. Schattauer.
- Uhl, A. (April 2007). Begriffe, Konzepte und Menschenbilder in der Suchtprävention. *SuchtMagazin*, 3-11.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I., & Strizek, J. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Uhl, A., Schmutterer, I., Kobra, U., & Strizek, J. (2019). *Delphi-Studie*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Wimmer, F. H. (2018). *Drogen- und Substanzmissbrauch in Unternehmen*. Richard Boorberg Verlag.

10 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN FÜR EINE ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG QUELLE: LAGING, 2020, S. 27	18
ABBILDUNG 2: SPITALSENTLASSUNGSDIAGNOSEN FÜR MÄNNER UND FRAUEN QUELLE: IN ANLEHNUNG AN BACHMAYER ET AL., 2021, S. 21	22
ABBILDUNG 3: KURZFRISTIGE WIRKUNGEN WÄHREND EINES RAUSCHES QUELLE: EIGENEN DARSTELLUNG NACH SCHANZE (2018) UND SUCHT SCHWEIZ (2020)	26
ABBILDUNG 4: PHYSISCHE UND PSYCHISCHE LANGZEITFOLGEN QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG NACH SUCHT SCHWEIZ, 2020.....	27
ABBILDUNG 5: ALKOHOLBEDINGTE TODESURSACHEN UND SUIZIDE IN ABSOLUTEN ZAHLEN (MÄNNER UND FRAUEN) QUELLE: BACHMAYER ET AL., 2021, S. 45	28
ABBILDUNG 6: STRAßENVERKEHRSUNFÄLLE IN ÖSTERREICH IN ABSOLUTEN ZAHLEN QUELLE: BACHMAYER ET AL., 2021, S. 120	29
ABBILDUNG 7: ANZAHL DER ANZEIGEN WEGEN ALKOHOLS SOWIE SUCHTGIFTS QUELLE: BUSCH ET AL., 2021, S. 209	41
ABBILDUNG 8: EINTEILUNG DES BEGRIFFES "PRÄVENTION" QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG NACH UHL, 2007, S. 3.....	46
ABBILDUNG 9: STRUKTURMODELL DER SUCHTPRÄVENTION QUELLE: HALLER ET AL., 2018, S. 62	51
ABBILDUNG 10: FRÜHERKENNUNG UND INTERVENTION QUELLE: SGIER (2020), S. 19	54

11 Anhang

Interviewleitfaden

Alter:

Beruf:

Vorgeschichte/berufliche Laufbahn:

Berufsjahre:

Sucht

1. In welcher Art und welchem Ausmaß wird das Thema Sucht in Österreich gesellschaftlich und politisch behandelt?
2. Welche Alters- oder Sozialgruppe ist, ihrer Einschätzung nach, am meisten von diesem Problem betroffen?
3. Es gibt ein Zitat „*Die Gesellschaft wird niemals mit Medikamenten ausgleichen können, was an Krankheiten aus Mangel an sozialer Zuwendung und psychosozialem Wohlbefinden entsteht*“. Inwieweit können ihre Erfahrungen dies bestätigen oder widerlegen?

Alkohol

4. Immer mehr Menschen leiden an einem Alkoholproblem, ohne es zu wissen. Inwieweit stimmen Sie dieser Aussage zu?
5. Das Bundesministerium rät dazu zwei alkoholfreie Tage in der Woche einzuhalten. Inwiefern gehört Alkohol in unserer Gesellschaft einfach dazu?
6. Wie gefährlich ist der regelmäßige und übermäßige Konsum von Alkohol ihrer Erfahrung nach?

7. Denken Sie, die Folgen von Alkohol werden von vielen unterschätzt? Warum oder warum nicht?
8. Glauben Sie, es benötige eine gesellschaftliche Neubewertung hinsichtlich der Gefahren von Alkohol?

Cannabis

9. Es sterben weit mehr Menschen an den Folgen von Alkoholkonsum als an Cannabis. Warum ist Cannabis dennoch gesellschaftlich weit weniger akzeptiert als Alkohol?
10. Warum sehen heute noch viele Cannabis als Einstiegsdroge?
11. Halten sie den regelmäßigen Konsum von Cannabis oder von Alkohol für gefährlicher? Warum?
12. Welcher Droge würden Sie das höhere Suchtpotential zuschreiben und warum?

Präventionsarbeit

13. Was benötigt es, dass Präventionsarbeit wirklich effektiv und fortwährend ist?
14. Im österr. Lehrplan finden sich nur vage Anforderung zu dem Thema Sucht; Alkohol und Cannabis werden gar nicht explizit erwähnt. Welchen Einfluss hat das ihrer Meinung nach auf die schulische Suchtpräventionsarbeit?
15. Inwieweit würde ein ausgeweitetes und einheitliches Konzept der Präventionsarbeit an Schulen das Suchtgeschehen positiv beeinflussen können?