

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Departement Soziale Arbeit

Suchtheoretische Grundlagen
für die Betreuung substanzabhängiger Jugendlicher
in der stationären Jugendhilfe
-Bachelorthesis-

Erstprüferin:	Grit Lehmann
Zweitprüfer:	Prof. Dr. Tilman Lutz
Abgabedatum:	29.01.2025
Vorgelegt von:	Simon Brokbals
Matrikelnummer:	██████████
Adresse:	██████████ ██████████

für N. und all die Anderen

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	2
Einleitung	3
1. Bedingungen der stationären Jugendhilfe	4
1.1 Rechtliche Aspekte	4
1.2 Funktion und Widerspruch der stationären Jugendhilfe	6
1.3 Strukturmerkmal und Bezugspunkt Lebensort	7
2. Sucht	10
2.1 Sucht als Krankheitsbegriff	10
2.1.1 Ätiologie der Sucht	12
2.1.2 Die Trias der Suchtentwicklung	13
2.1.3 Das bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell	15
2.1.4 Weitere Gesundheitsmodelle	17
2.2 Die Grenzen der Bestimmbarkeit	18
2.3 Kritik an der Krankheitsdefinition	20
2.4 Zwischendiskussion Sucht	22
2.5 Praxisfelder der Suchthilfe	24
2.6 Zieloffene Suchtarbeit	26
2.6.1 Exkurs: Zieloffene Suchtarbeit und akzeptierende Drogenarbeit	28
2.6.2 Case Management in der Suchthilfe	29
3. Jugendliche und Substanzkonsum	32
3.1 Lebensphase Jugend und die Funktion von Substanzkonsum	32
3.2 Jugend und Konsum im Bewältigungsansatz	35
3.3 Jugendliche und Prävention	38
3.4 Zwischendiskussion Prävention	43

3.5 Exkurs: Wohnen als Grundlage der Hilfe	45
4. Handreichung für Konzeptentwicklungen	47
4.1 Vorstellung und Diskussion ausgewählter Literatur	47
4.2. Grundannahmen für Konzeptentwicklungen	53
4.3 Anregungen für Konzeptionelle Bausteine	56
Schlussbetrachtung	60
Literaturverzeichnis	I
Eidesstattliche Erklärung	XII

Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPSM	bio-psycho-soziales Modell
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DJI	Deutsches Jugendinstitut e.V.
HxE	Hilfen zur Erziehung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICD-11	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Das Suchtdreieck (eigene Darstellung, S.B.)	12
Abb. 2:	Sucht im bio-psycho-sozialen Modell (eigene Darstellung, S.B.)	14
Abb. 3:	Behandlungsformen der stoffgebundenen Sucht (Bell 2015, 262; eigenen Darstellung S.B.)	17
Abb. 4:	Case Management: das Phasenmodell (Schmid 2024, 334; eigene Darstellung S.B.)	28

Einleitung

Wer schon einmal versucht hat, für eine jugendliche Person mit dem Label „abhängig“ einen Platz in der stationären Jugendhilfe zu finden, weiß, dass das ein recht schwieriges Unterfangen sein kann. Abgesehen von Nikotinabhängigkeit, die häufig toleriert wird, ist ein vorangestellter stationärer Entzug in der Regel die Voraussetzung für eine Einzug. Jugendliche, die diesen Weg nicht gehen wollen oder können, stehen damit meist vor einem Problem. Die aktuellste bundesweite Studie zur substanzübergreifenden Konsumaffinität von Jugendlichen in der Bundesrepublik zeigt, dass insbesondere der Konsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis unter Jugendlichen keine Seltenheit ist (vgl. Orth/Merkel 2020, 7ff). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Substanzkonsum in der stationären Jugendhilfe teils deutlich ausgeprägter ist als in der jugendlichen Durchschnittsbevölkerung (vgl. Schu/Mohr/Hartmann 2013, 69). Vor diesem Hintergrund ist die Scheu der stationären Jugendhilfe im Umgang mit substanzabhängigen Jugendlichen bemerkenswert. Diese Arbeit versucht sich dem Problem auf theoretischer Ebene anzunehmen. Die Fragestellung lautet deshalb: Welche grundlegenden Wissensbestände werden für Konzeptentwicklungen benötigt, um substanzabhängige Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe betreuen zu können? Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Strukturlogiken und Widersprüche gelegt, die sich aus den Teilbereichen des Gegenstands und aus ihrer Kombination ergeben. Gegliedert ist die Arbeit deshalb grundlegend in die drei Gegenstandsbereiche stationäre Jugendhilfe, Sucht und Jugend, um im vierten Teil dann aus diesen Grundannahmen und erste mögliche Bausteine für Konzeptionierungen zu entwickeln. Da diese Arbeit vorwiegend für Professionelle aus dem Feld der stationären Jugendhilfe geschrieben ist, wird dem Thema Sucht und Suchthilfe besonders viel Raum gegeben.

1. Bedingungen der stationären Jugendhilfe

Die stationären Hilfeformen nach dem SGB VIII bilden einen großen Arbeitsbereich für die Soziale Arbeit. Obwohl stationäre Formen der Hilfen zur Erziehung mit ca. 215.000 Fällen deutschlandweit (davon ca. 16.600 in Einrichtungen) im Jahr 2021 nur etwa halb so oft bewilligt wurden wie Leistungen der Erziehungsberatung oder der ambulanten Hilfen (vgl. Rauschenbach et al. 2024, 92f), waren im Jahr 2020 in diesem Bereich etwa 70% der Beschäftigten der gesamten HzE-Landschaft tätig (vgl. ebd. 109). Der hohe Betreuungsbedarf dieser Maßnahmen ist einer der Gründe, warum allein die Heimerziehung nach § 34 SGB VIII mit 5,1 Milliarden Euro 46,2 % der HzE-Gesamtkosten ausmacht. (vgl. ebd. 112) Zu den stationären Formen der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff SGB VIII kommen 2021 die fast 24.000 Fälle stationärer Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII hinzu. Insgesamt wird also eine beträchtliche Zahl junger Menschen außerhalb ihrer Herkunftsfamilien über Tag und Nacht betreut.

1.1 Rechtliche Aspekte

Elementar für die stationäre Jugendhilfe in ihrer heutigen Form sind die Rechtsbestimmungen des SGB VIII und insbesondere die *Hilfen zur Erziehung* nach §§ 27ff SGB VIII. Die Hilfen zur Erziehung bilden eine „klassische, wenn auch schwierig konstruierte Rechtsanspruchsnorm mit zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffen“ (Münder/Trenczek 2018, 1356). Die Orientierung am „Wohl des Kindes“ und der daraus resultierende Rechtsanspruch auf eine Hilfe, die „geeignet und notwendig“ sein soll und zu sein hat, ist gesetzgeberisch bewusst offengehalten und ermöglicht eine Vielzahl unterschiedlicher Ausgestaltungsmöglichkeiten. Die an § 27 anschließende Aufzählung verschiedener Hilfeformen im SGB VIII hat beispielhaften und nicht zwingend vorgebenden Charakter (vgl. ebd.). Grundsätzlich kann aber zwischen ambulanten und stationären Hilfen unterschieden werden, abhängig davon, ob die minderjährige Person für die Hilfe innerhalb des Familiensystems verbleiben kann, oder für die Hilfe außerfamiliär untergebracht werden muss. Als teilstationär wird die Erziehung in einer Tagesgruppe bezeichnet, die als Zwischenform tagesstrukturierend einer Vermeidung

der Fremdunterbringung dienen soll (vgl. Rottlaender 2023, 99). Eine deutliche Teilung innerhalb der stationären Hilfen besteht zwischen der Vollzeitpflege gemäß § 33 SGB VIII, in der die Betreuung durch zumeist Laien in anderen Familien erbracht wird, und der Betreuung durch Professionelle. Aufgrund der Ausrichtung dieser Arbeit auf professionelle Kontexte und da in der Vollzeitpflege primär Kinder untergebracht werden (vgl. ebd. 96), soll die Vollzeitpflege hier nicht Gegenstand sein.

Grundsätzlich anspruchsberechtigt sind in den Hilfen zur Erziehung die Personensorgeberechtigten (vgl. § 27 Abs. 1 SGB VIII). Der Anspruch konstruiert sich aus dem in Artikel 6 Abs. 2 GG genannten und in § 1 Abs. 2 SGB VIII wörtlich wiederholten „natürliche[n] Recht der Eltern und [der] ihnen obliegende[n] Pflicht“ die eigenen Kinder zu pflegen und zu erziehen. Zugrunde liegt dem die Annahme, dass „in aller Regel Eltern das Wohl des Kindes mehr am Herzen liegt, als irgendeiner anderen Person oder Institution“ (BVerfGE 59, 360, 376; 61, 358, 371; zit. n. Dahme/Wohlfahrt 2018, 222). Durch diese ideologische Figur wird der elterliche Erziehungswille gesetzgeberisch nicht konträr zu Kinderrechten (teilweise als „Recht auf Förderung und Entwicklung zu einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ in § 1 Abs. 1 SGB VIII aufgenommen) gedacht, sondern es wird „das Wohl des Kindes als Inhalt und Grenze elterlicher Erziehungsverantwortung“ interpretiert (Wiesner 2016, 1272). Verkürzt gesagt, geht die Gesetzgebung zunächst davon aus, dass erzieherischer Elternwille und Kindeswohl deckungsgleich sind.

Eingeschränkt wird die Elternverantwortung durch das in Artikel 6 Abs. 2 S. 2 GG bzw. § 1 Abs. 2 S. 2 SGB VIII genannte Wächteramt der „staatlichen Gemeinschaft“. Die Grenze des elterlich zu definierenden Kindeswohls verläuft entlang der familiengerichtlich festzustellenden „körperliche[n], geistige[n] oder seelische[n]“ (§ 1666 Abs. 1 BGB) Gefährdung desselben. Als ansonsten nicht näher definierter Rechtsbegriff, muss die Kindeswohlgefährdung im konkreten Einzelfall fachlich argumentiert werden. Sind die Eltern „nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden“ (ebd.), erfolgt der staatliche Zugriff akut in Form der Inobhutnahme gemäß § 8a SGB VIII, ansonsten regelhaft per Urteil gemäß § 1666 Abs. 3 BGB in Form von Geboten, Verboten, der Ersetzung von Erklärungen bis hin zum teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge, auch gegen den Willen der Eltern.

1.2 Funktion und Widerspruch der stationären Jugendhilfe

Neben der starken Orientierung des SGB VIII gemäß den grundgesetzlichen Vorgaben an den Personensorgeberechtigten, von Dahme und Wohlfahrt als ‚deutscher Familialismus‘ bezeichnet, durchzieht ein starker Präventionsgedanke das SGB VIII und insbesondere die Hilfen zur Erziehung. Die in § 27 Abs. 1 SGB VIII formulierte „dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen nicht entsprechende Erziehung“ die, bei Nichtgewährleistung die Anspruchsgrundlage bildet, ist nicht deckungsgleich mit einer Kindeswohlgefährdung gemäß § 1666 Abs. 1 BGB. Die Voraussetzung ist bereits dann erfüllt, wenn „sich die Sozialisationslage als benachteiligt erweist“. Ziel dabei ist es, Hilfen präventiv, also schon vor der drohenden oder eingetreten Kindeswohlgefährdung, anbieten zu können. (Münder/Trenczek 2018, 1356) Der Gesetzgeber macht dementsprechend ein Spannungsfeld auf, dass die pädagogische Einschätzung einer Nichtgewährleistung des Kindeswohls einer Gefährdung des Kindeswohls gegenüberstellt.

Aus diesem Spannungsfeld ergeben sich einige folgenreiche Widersprüche. Grundsätzlich ist das Wächteramt des Staates gegenüber dem Elternrecht nachrangig. Die faktische Kontrolle ragt allerdings schon vor der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung weit in das SGB VIII und insbesondere in die Hilfen zur Erziehung hinein. Lüders weist in seiner Kritik pädagogischer Prävention auf die Verdachtslogik hin, die der Vorverlagerung und wahrscheinlichkeitsbezogene Entgrenzung präventiven Handelns und Denkens innewohnt (vgl. Lüders 2016, 531). Fachkräfte stehen vor der paradoxen Situation, im Vorfeld der Kindeswohlgefährdung eine Bedrohung desselben feststellen zu müssen, die aber hinter dem dem Wohl des Kindes am ehesten entsprechenden Elternrecht zurückzutreten hat. Diese Paradoxie kann nur als Interpretation einer Verweigerung oder eines Versäumnis, die Elternverantwortung zu übernehmen, aufgelöst werden.

Unter Befürwortern dieser gesetzlichen Regelung treibt diese Annahme teils bizarre Blüten, wenn den Leistungsempfänger:innen aufgrund „oftmals [...] defizitärer und psychosozial belastender Lebensumstände“ fehlendes Problembewusstsein unterstellt wird, da sie meist weder über eine „aktive Weltanschauung noch über breites Bildungsspektrum“ verfügen und deshalb ihr Wunsch- und Wahlrecht nicht angemessen wahrnehmen würden (Pfadenhauer 2011, 248). Daraus erkläre sich auch die Machtasymmetrie zum öffentlichen Träger (vgl. ebd. 177). Das ‚Nicht-Wollen‘ wird also

zu einem ‚Nicht-Besser-Wissen‘ umgedeutet, aufgrund dessen die Leistungsberechtigten bei mangelnder Einsicht zur Hilfe ‚überredet‘ werden müssen (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2018, 223). Das dieses ‚überreden‘ nicht immer widerstandsfrei verläuft, erklärt sich schon daraus, dass die Inanspruchnahme der Hilfe notwendigerweise die Selbststigmatisierung, das Eingeständnis des Scheiterns an der Erziehungsverantwortung, erfordert. „Hilfe zur Erziehung ist nicht kostenfrei, sondern nur um den Preis einer beschädigten Identität zu haben.“ (Schrödter 2020, 2; vgl. Finke 2019, 12)

Diese ideologische Leistung ermöglicht es, ein Durchsetzen der Hilfe vor dem Eintritt einer Kindeswohlgefährdung trotz gegenteiliger Bekundungen der Personensorgeberechtigten nicht im Widerspruch, sondern im Sinne des Elternrechts zu interpretieren. Das über allen Hilfen zur Erziehung schwebende Damoklesschwert des §1666 BGB verleiht dem im Zweifel den nötigen Nachdruck. Vor diesem Hintergrund erscheinen Hilfe und Kontrolle als untrennbar miteinander verwoben, eine Betitelung von Hilfen zur Erziehung als „Dienstleistung“ bezeichnen Dahme und Wohlfahrt deshalb als „Euphemismus“ (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2018, 223). „Kontrolle *und* Hilfe, so lässt sich resümieren, ist *ein* Element von Fachlichkeit in der sozialpädagogischen Intervention, die darauf abzielt, den elterlichen Willen zur Erziehung wieder herzustellen [...]“ (ebd. 224, Kursivsetzung im Original)

Mit der „tatsächlichen“ Hilfe zur Erziehung geht also aufgrund des präventiven Charakters notwendigerweise immer die Funktion sozialer Kontrolle und Disziplinierung einher, mit dem Ziel, die Subjekte wieder zurück zur Normalität zu führen (vgl. Lüders 2016, 532). Einer Normalität, in der, ungeachtet dessen, dass die Überforderung der Familien in der Regel als Ergebnisse gesellschaftlicher Entwicklungen extern begründet ist (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2018, 223), die Sicherstellung von Pflege und Erziehung der Kinder intern und durch die Eltern gewährleisten werden muss.

1.3 Strukturmerkmal und Bezugspunkt Lebensort

Neben der generellen Funktion der Hilfen zur Erziehung, durch Hilfe und Kontrolle die Erziehungsverantwortung der Eltern wiederherzustellen, spielt in Bezug auf die

stationäre Jugendhilfe eine weitere Funktion eine zentrale Rolle. Vom Kontinuum des Erziehungshilfegedanken verdeckt und manchmal seltsam zweitrangig formuliert, muss die entscheidende Strukturmaxime der *stationären* Hilfen betont werden. Stationäre Jugendhilfe ist „auch ein Zuhause“ (Burschel/Klein-Zimmer/Seckinger 2022, 19), ein „sozialpädagogischer Lebensort“ (Rottlaender 2023, 99). Freigang und Wolf unterscheiden die Hilfen zur Erziehung in einer (von Wolf selbst als „holzschnittartige[...] Typologie“ bezeichneten) (Wolf 2024, 37) Unterteilung nach den drei grundlegenden Antworten, die auf die Problemstellung der Nichtgewährleistung des Kindeswohls zur Verfügung stehen. Neben den ambulanten Hilfen und Pflegefamilien bilden die stationären Hilfen die dritte Option, eine, in der „Versorgung, Betreuung, Erziehung, Bildung als professionelle Dienstleistung“ (ebd.) organisiert werden (wobei der Dienstleistungsbegriff, wie bereits erwähnt, kritisch zu sehen ist). Entscheidend an dieser Sichtweise ist, dass nicht vorrangig die erzieherische Unterstützung ins Zentrum gestellt wird, sondern das Finden „eines weiteren Ort[es]“ für Kinder und Jugendliche. (vgl. Freigang/Wolf 2001; zit. n. Wolf 2024, 37f) Grundsätzlich kann zwischen vier Indikatoren für stationäre Hilfen unterschieden werden:

1. eine vorrübergehende oder dauerhafte Abwesenheit der Eltern;
2. eine Ablehnung der ein Scheitern der Elternschaft;
3. Entwicklungsprobleme und Entwicklungsgefährdung des Kindes;
4. eine seelische Behinderung des Kindes.

(vgl. Rätz/Schröer/Wolff 2014; direkt zit. n. Zeller 2016, 799)

Auch wenn die Orientierung an den Kindern und Jugendlichen und einer Zweitrangigkeit der Rückkehr in die Herkunftsfamilie dem gesetzgeberischen Gedanken einer „Erziehungshilfe“ entgegenläuft, so ermöglicht sie doch einen gemeinsamen Bezugspunkt für die verschiedenen Gründe einer stationären Unterbringung. Insbesondere können dadurch auch stationäre Eingliederungshilfen gemäß § 35a SGB VIII inkludiert werden, welche sich juristisch nicht auf einen erzieherischen Bedarf gründen. Die gesetzlichen Hintergründe des § 35a SGB VIII und die Debatte um Zusammenführung der Hilfen zur Erziehung mit den Eingliederungshilfe unter dem Stichwort „große Lösung“ können an dieser Stelle leider nicht ausreichend dargestellt werden.

Die Gegenüberstellung des Ortes in seiner Funktion als alltäglicher Lebensort und des Erziehungshilfegedankens ist deshalb wichtig, weil sich der Ort aus Perspektive der

Erziehungshilfe immer vor dieser zu legitimieren hat. Nach den Logiken der Hilfen zur Erziehung, die ihre Daseinsberechtigung immer aus der defizitären Normabweichung ziehen (müssen), sind stationäre Hilfen immer nur als diesem Zweck dienlich zu denken. Diese Perspektive verkürzt und verdeckt aber die wichtigen und darüberhinausgehenden Eigenschaften und Funktionen, die in die Alltäglichkeit des Wohnens in stationären Settings eingelegt sind. „Nicht die Normalisierung der Kinder im Sinne einer punktuellen Devianzbeseitigung ist das sozialpädagogische Programm, sondern eine Normalisierung und entwicklungsfördernde Anreicherung von Lebensbedingungen im Heim.“ (Theile/Wolf 2024, 17) Den Ort einer stationären Hilfe auf ein ‚Mittel zum Zweck‘, auf seine Funktion als ‚der Erziehungshilfe dienend‘ zu verkürzen, wird dem nicht gerecht. Vielmehr muss ein Ort der Alltäglichkeit geschaffen werden, auf dem aufbauend der pädagogische Ort entstehen kann.

Die professionellen Formen der stationären Unterbringungen Jugendlicher nach § 27ff SGB VIII werden bis heute häufig unter dem Terminus ‚Heimerziehung‘ subsumiert, wobei Winkler schon 1988 darauf verwies, dass aufgrund der Formenvielfalt korrekterweise von „Heimerziehungen“ gesprochen werden müsste (vgl. Winkler 1988, 2 zit. n. Wolf 2024, 34). Um diesen weitläufigen Gegenstand zu betiteln, werden synonym auch andere Bezeichnungen mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen gewählt, beispielsweise „stationäre Erziehungshilfen“ (Zeller 2016, 793). In dieser Arbeit wird, ohne Anspruch auf Abschluss dieser Debatte, primär der Begriff *stationäre Jugendhilfe* verwendet und darunter alle Formen professionell organisierter, stationärer Hilfen nach dem SGB VIII gefasst, inklusive der Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII. Erstens um eventuell mit ‚Heim‘ verbundene negative Konnotation zu vermeiden, zweitens um nur den Bereich des Feldes zu beleuchten, der sich mit Klient:innen im Jugendalter befasst. Und drittens, um paradigmatisch auf eine Perspektive hin zu lenken, die sich als „Hilfe“ im Interesse der „Jugendlichen“ vom gesetzgeberischen Gedanken der Erziehungshilfe emanzipiert.

2. Sucht

Sucht ist ein facettenreicher Begriff und theoretisch nicht abschließend zu modellieren. Fernab diagnostischer Kriterien eröffnet sich ein weites Feld verschiedener Verständnisse, die teils bis ins Metaphysische reichen. Um aus der Position der stationären Jugendhilfe heraus handlungsfähig zu werden, ist es für deren Akteure deshalb zum einen notwendig, ein eigenes Verständnis von und ein Verhältnis zu Sucht zu entwickeln. Zum anderen erfordert es Kenntnisse über Akteure im Feld der Suchthilfe und deren Arbeitsverständnis und -weisen, um darauf aufbauend in Kooperation oder Auseinandersetzung treten zu können.

2.1 Sucht als Krankheitsbegriff

Eine in der Literatur häufiger verwendete Annäherung an den Begriff wird über die etymologische Herleitung vollzogen. Der Begriff ‚Sucht‘ hat seinen Ursprung nicht, wie manchmal fehlgedeutet, im Verb ‚suchen‘, sondern leitet sich von ‚siechen‘ ab, einer veralteten Bezeichnung dafür, an einer Krankheit zu leiden (vgl. Laging 2018, 14). Die Bezeichnung als ‚Sucht‘ ist also zunächst als ein Versuch zu begreifen einer bestimmten Form des Leidens Krankheitswert zuzuschreiben. Krankheit ist die Domäne der klinischen Psychologie und der Medizin, die beide in allgemein anerkannter Manuals Krankheiten definieren und auf Grundlage dieser in der ärztlichen und therapeutischen Praxis Krankheitsdiagnosen erstellen. In Annäherung an den Suchtbegriff lohnt es sich deshalb anzuschauen, wie Sucht in der ICD-10 bzw. ICD-11 der WHO, dem im deutschen Versorgungssystem gebräuchlichen Manual klassifiziert wird. Die ICD-11 liegt zum Zeitpunkt dieser Arbeit in der deutschen Fassung nur als Entwurf vor, ist aber generell schon anwendbar.

Beim Blick in die ICD-10 bzw. ICD-11 fällt zunächst auf, dass anstatt des Begriffs ‚Sucht‘ der Begriff ‚Abhängigkeit‘ Verwendung findet. Der Grund hierfür ist ein aus Fachdebatten hervorgegangener Versuch, durch die begriffliche Änderung der Stigmatisierung von Erkrankten entgegenzuwirken. Eine Aufgabe des Begriffs ‚Sucht‘ konnte sich allerdings innerhalb des deutschsprachigen Raums nicht durchsetzen. Aus der Fachschaft gab es

Kritik, die Bezeichnung ‚Abhängigkeit‘ sei zu unscharf, da Abhängigkeit nicht zwangsläufig einen negativen Zustand beschreibe, und spiegele das durch die Krankheit verursachte Leid nicht angemessen wider. Im heutigen Diskurs werden ‚Sucht‘ und ‚Abhängigkeit‘ in der Regel synonym verwendet (vgl. Laging 2018, S. 14), so auch im Folgenden in dieser Arbeit. Des Weiteren wird, anstatt von ‚Droge‘, ‚Rauschgift‘ oder ähnlichem zu sprechen, die wertneutrale Bezeichnung ‚psychotrope Substanz‘ in der ICD-10 als allgemeine Bezeichnung bewusstseinsverändernder Stoffe genutzt. ‚Substanz‘, ‚psychoaktive Substanz‘ oder ‚psychotrope Substanz‘ sind mittlerweile die im fachlichen Sprachgebrauch in der Regel genutzten Begrifflichkeiten, da sie keine wertenden Implikationen enthalten. (Laging 2018, S.15)

Die Klassifikation der „Psychische[n] und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (ICD-10, F10-19) und der „Störung durch Substanzgebrauch“ (ICD-11, 6C40-6C4Z) findet zunächst auf Grundlage der Substanz statt. In der ICD-11 ist ein deutlich breites Spektrum an Substanzen aufgeführt als in der vorangegangenen ICD-10. Nachfolgend wird dann die Art der Störung angegeben. Während Abhängigkeit in der ICD-10 noch sehr allgemein als „Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen“ beschrieben wird, ist in der ICD-11 eine „Störung der Steuerung des Gebrauchs“ klares Definitionsmerkmal. Auch eine Änderung der Diagnosekriterien wurde vorgenommen. Die sechs Diagnosekriterien des ICD-10, von denen drei über zwölf Monate vorhanden sein müssen, werden in der ICD-11 in drei Kategorien zusammengefasst. Neben Möglichkeit einer Diagnose nach 12 Monaten kann eine Abhängigkeit in der ICD-11 auch schon nach 3 Monaten diagnostiziert werden, sofern in diesem Zeitraum ein täglicher oder fast täglicher Konsum stattgefunden hat.

Unterhalb der Grenze der Abhängigkeit kann nach der ICD-10 ein „schädlicher Gebrauch“, beziehungsweise nach der ICD-11 eine „Episode des schädlichen Gebrauchs“ und ein „Schädliches Muster des Gebrauchs“ diagnostiziert werden. „Schädlicher Gebrauch“ nach der ICD-10 ist relativ kurzgehalten und umfasst direkte und indirekte körperliche und psychische Gesundheitsschäden in Folge von Substanzkonsum. Die ICD-11 bezieht auch Fremdschädigung mit ein und unterteilt in Schädigung durch Verhalten, toxische Wirkung der Substanz und Konsumform. Ein „Schädliches Muster des Gebrauchs“ kann diagnostiziert werden, wenn sich der schädliche Gebrauch episodisch über mindestens

12 Monate erstreckt oder über einen Monat täglich oder fast täglich stattfindet. Aus den Diagnosekriterien kann abgeleitet werden, ab wann Konsum als riskant einzuschätzen ist.

2.1.1 Ätiologie der Sucht

Historisch gesehen bezog sich der Suchtbegriff zunächst auf die Beschreibung negativer Effekte und Begleiterscheinungen dauerhaften Substanzkonsums (in erster Linie Alkohols), auf tendenzielle Steigerung und Kontrollverlust des Konsumverhaltens, auf körperlichen und geistigen Verfall (vgl. Sting 2018, 1687). Die unterschiedlichen Suchtdefinitionen wurden auf Grundlage solcher phänomenologischen Beobachtungen erstellt (vgl. Bell 2015, 19). Die Gretchenfrage des Suchtdiskurses bestand historisch immer darin, was der Suchterkrankung ursächlich zugrunde liegt. Innerhalb der medizinisch-psychologischen Debatte des vergangenen Jahrhunderts war vor allem strittig, ob der Konsum von Substanzen auf biologischer Ebene kausal zum Entstehen von Sucht und darauffolgendem Suchtverhalten führt, oder ob sich Sucht nicht eher auf psychologischer Ebene abspielt und der Konsum eine Form von Bewältigungsverhaltens ist (vgl. Laging 2018, 15).

Auf körperlicher Ebene lassen sich heute beide Zugänge plausibel nachvollziehen. Wird eine Substanz über einen längeren Zeitraum regelmäßig zugeführt, werden diverse neurochemische Funktionssysteme entsprechend angepasst, um die innere Balance des Körpers (Homöostase) wiederherzustellen. Infolgedessen muss eine erhöhte Menge der Substanz konsumiert werden, um den angestrebten außergewöhnlichen Zustand herbeizuführen, die konsumierende Person bildet eine Toleranz aus. Bleibt der Konsum aus, kehrt der Körper nicht in seinen ursprünglichen, ausgeglichenen Zustand zurück und es kommt infolgedessen zu den entsprechenden Entzugssymptomen (vgl. Kemper 2020, 53).

Auf der anderen Seite findet sich auch für die verhaltenspsychologische Erklärung von Sucht eine körperliche Entsprechung. Als zentraler Prozess auf körperlicher Ebene für die Entstehung von Sucht gilt die Ausschüttung des Botenstoffs Dopamin und das mesolimbische System im Gehirn. Dopamin bildet auf körperlicher Ebene die Grundlage aller positiven Gefühle. Analog zu lebenserhaltenden Reizen wird auch, über Umwege, durch Substanzkonsum das mesolimbische System aktiviert und Dopamin ausgeschüttet.

In der Folge findet im mesolimbischen System der Lernprozess statt, der Sucht verhaltenspsychologisch begründet. In der weiteren Folge wird nicht nur durch den Substanzkonsum oder die suchterzeugende Tätigkeit die Dopaminausschüttung erhöht, sondern auch damit verbundene äußere wie innere Reize. Dadurch lässt sich so erklären, warum bestimmte Sinneswahrnehmungen oder Gefühle ein starkes Konsumbedürfnis auslösen. (ebd. 51ff) Der suchterzeugende Lernprozess im mesolimbischen System ist nicht auf den Konsum psychoaktiver Substanzen beschränkt, sondern kann Auslöser jeglicher Art haben und es können sich auch durch andere Reize als Substanzkonsum vergleichbare Lernprozesse mit entsprechendem Verlangen nach Wiederholung des Reizes herausbilden.

Aufgrund der spezifischen Auswirkungen der Substanz auf die Suchtdynamik einerseits, der auf andere Verhaltensweisen übertragbaren psychologischen Dynamik andererseits wird heute zwischen substanzgebundenen und substanzungebundenen Süchten unterschieden (vgl. Laging, 15). Während die ICD-10 noch in der Codierung F10 bis F19 nur Substanzabhängigkeit kennt, wurden in der ICD-11 unter der Codierung 6C50 auch „Glücksspielsucht“ und unter der 6C51 „Computerspielsucht“ als Formen der „Störung durch Verhaltenssüchte“ integriert. Die in der ICD-10 noch unter F55 exkludierten „nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen“ werden im ICD-11 unter „Störungen durch Substanzgebrauch“ eingegliedert. Es lässt sich also eine Verschiebung des Suchtbegriff zugunsten einer psychodynamischen Betonung beobachten. Gleichzeitig wird in der ICD-11 den Spezifika der Substanzen mehr Rechnung getragen, indem die Diagnosemöglichkeiten der Störungen einzeln und variierend unter den Substanzen aufgeführt werden.

2.1.2 Die Trias der Suchtentwicklung

Historisch erwiesen sich alle monokausalen Erklärungsansätze für Sucht als untauglich, um Suchtdynamiken hinreichend zu erklären (Tielking/Rabes 2024, 54). Um das Jahr 1970 herum wurden verschiedene dreidimensionale Modelle entwickelt, deren Neuerung vor allem in der stärkeren Akzentuierung gesellschaftlicher Faktoren auf Suchtgeschehen lag. Die grundlegende Idee bestand darin, die zahlreichen Erkenntnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren in eine sinnvolle Ordnung zu bringen. Die von dem Psychiater Goldberg

1970 in einem Vortrag vorgeschlagene grundlegende Systematisierung in Persönlichkeit – Substanz – Gesellschaft findet sich beispielsweise auch in der bekannten „Drug, Set, And Setting [sic]“ Ordnung des Psychiaters und Psychoanalytikers Zinberg wieder. (vgl. Tanner 2019, 160f) Aus heutiger Perspektive bemerkenswert ist die hohe Relevanz, die der Substanz als Ursache für das Entstehen einer Sucht zugeschrieben wurde (Tretter 2019, 13).

Einen ersten Aufschlag des Trias-Modells für den deutschsprachigen Raum lieferte die von Kielholz und Ladewig entworfene und als „Suchtdreieck“ bekannte Variante im Jahr 1973. Dabei wurden die zur damaligen Zeit bekannten Schutz- und Risikofaktoren in „Person-Droge-Umwelt“ eingegliedert (vgl. Laging 2016, 25). Unter die Dimension „Person“ wurden dabei Veranlagungsfaktoren wie frühkindliches Milieu und sexuelle Entwicklung sowie Umweltfaktoren wie Stresssituationen und Zukunftserwartungen subsummiert, unter die Dimension „Droge“ wurden beispielsweise Abhängigkeitspotential und Verfügbarkeit eingeordnet. Die Dimension „Umwelt“ bzw. „Soziales Milieu“ umfasste gesellschaftliche Einflussfaktoren, wie die Situation in der Familie, den Beruf und die Einstellung zur Droge (vgl. Tanner 2019, 161). Alle einzelnen Faktoren wirken dabei in einem wechselseitigen Zusammenspiel auf die Gesamtdynamik (vgl. Walter 2023, 220).

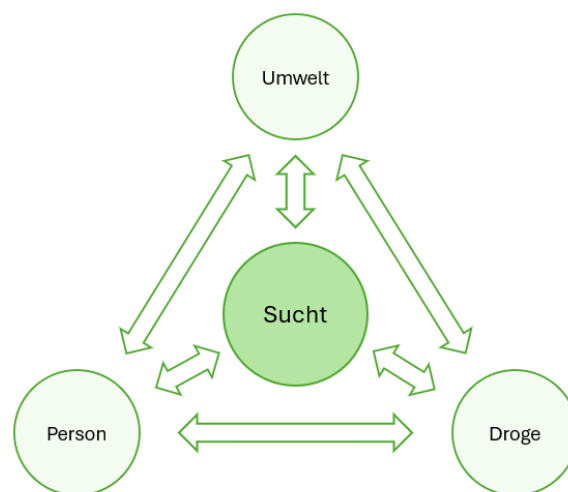


Abb.1: Das Suchtdreieck (eigene Darstellung, S.B.)

Das Suchtdreiecks gilt bis heute als populäres Erklärungsmodell (vgl. Walter 2023, 217), die Einteilung ist auf theoretischer Ebene allerdings zunächst wenig mit allgemeineren

Gesundheitstheorien kompatibel. Bemerkenswert ist die Offenheit des Modells, die es zum einen ermöglicht, laufend neu gewonnene Erkenntnisse in das Modell zu integrieren und zum anderen interpretativ viel Spielraum lässt. Die breite Anwendbarkeit ist dabei Stärke und Schwäche zugleich, oder wie es Tenner zusammenfasst: „Diese semantische Flexibilität und begriffliche Gestaltbarkeit ermöglichte den Aufstieg des ätiologischen Dreiecks zur Standarderklärung in Drogenstudien.“ (Tanner 2019, 165) Trotz dieser Offenheit wird die Trias aber gleichzeitig dafür kritisiert, zu eher statischen Aussagen zu führen (vgl. Tielking et al. 2024, 52). Als Reaktion darauf wurden und werden verschiedene andere multifaktorielle Erklärungsmodelle entwickelt, in welchen versucht wird, Schutz- und Risikofaktoren in ihrer Wirkungsweise weniger universal und mehr in der situativ und biographisch bedingten Dynamik zu verstehen (vgl. ebd. 55).

2.1.3 Das bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell

Bereits im Jahr 1946 formulierte die WHO Gesundheit als „ein[en] Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946/47). Obwohl das Element des Sozialen bereits in dieser Definition enthalten war, blieb die gesundheitliche Praxis trotzdem vorerst biomedizinisch dominiert und es herrschte das Pathogenetische Krankheitsmodell vor (vgl. Mertens, 96). In der Pathogenese wird Gesundheit als die Norm definiert, Krankheit als die Abweichung von dieser (vgl. Tielking/Rabes 2024, 8)

In der klinischen Forschung wurde allerdings deutlich, dass starke Streuungen in den Untersuchungsergebnissen in hohem Maße auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen waren. Als Reaktion darauf entwarf der Internist und Psychiater 1977 das *bio-psycho-soziale Modell* (BPSM). Krankheit und Gesundheit liegen demnach immer biologische, psychologische und soziale Faktoren zugrunde, die gemeinsam und wechselhaft zueinander wirken (vgl. Tretter 2020, 14). Gesundheit und Krankheit werden zudem nicht mehr als Dichotome, sondern als Kontinuum verstanden (vgl. Tielking/Rabes 2024, 6). Das BPSM gilt heute in vielen Teilen der gesundheitlichen Praxis, unter anderem der Sozialen Arbeit, als Standardmodell für die Erklärung und Behandlung von Krankheit (vgl. Mertens 2024, 97).

Da es sich bei dem BPSM um ein ätiologisches Modell handelt, werden soziale Faktoren als die Krankheit ursächlich bedingende Faktoren gedacht (vgl. Laging 2018, 20). Die Soziale Ebene wird im BPSM entsprechend als das Konglomerat sozialer Determinanten für Gesundheit bzw. Krankheit begriffen. Zum Verständnis von Suchtgeschehen werden verschieden quantitative Erkenntnisse aus den Bereichen der gesellschaftlichen Makro- und der individuellen Mikroebene zusammengetragen. Auf der Makroebene wird beispielsweise der Sozialgradient als wesentlich erachtet. Der Sozialgradient beschreibt die auf Gesundheit des Individuums wirkenden sozioökonomischer Faktoren, also unter anderem die allgemein höhere Morbiditäts- und Mortalitätsraten benachteiligter Gruppen. Diese sind bezogen auf fast alle Suchtarten ebenfalls festzustellen. Wie sehr der Sozialgradient den individuellen Suchtverlauf beeinflusst, zeigt beispielsweise das sogenannte *Alcohol Harm Paradox*. Es beschreibt die empirische Auffälligkeit, dass die gesundheitlichen Folgeschäden für Individuen mit schlechteren sozioökonomischen Voraussetzungen trotz gleicher Alkoholkonsummenge schwerer sind als bei denjenigen mit einer besseren Ausgangslage. Auf der Mikroebene wird soziale Unterstützung als sozialer Faktor mit messbaren gesundheitlichen Auswirkungen auf die Gesundheit (beispielsweise auf das Herz-Kreislaufsystem, das Stress-Hormonsystem und das Immunsystem) angeführt. (vgl. Liel 2020, 69ff)

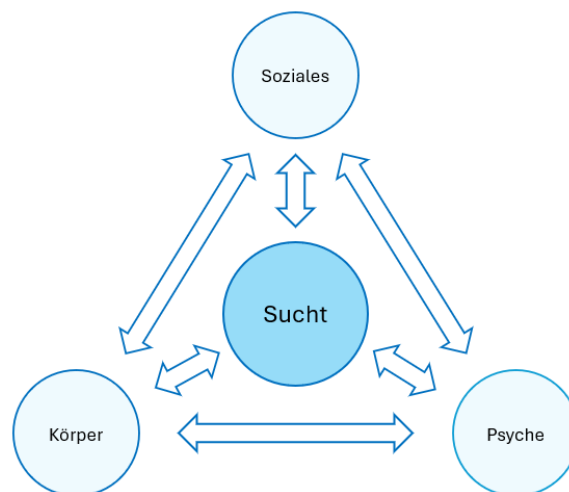


Abb. 2: Sucht im bio-psycho-sozialen Modell (eigene Darstellung, S.B.)

2.1.4 Weitere Gesundheitsmodelle

Trotz seiner Abkehr von einem pathogenetischen Gesundheitsverständnis bleibt das BPSM im wesentlichen krankheitszentriert. Demgegenüber schafft das *Salutogenetische Modell* eine alternative Perspektive auf Gesundheit, indem es die pathogenetische Frage nach Krankheitsursachen umkehrt in die Frage nach gesundheitserhaltenden Faktoren. Gesundheit und Krankheit werden in dem Modell ebenfalls als Pole eines Kontinuums gedacht, auf dem sich Individuen abhängig von ihrem Bewältigungserfolg gegenüber alltäglichen Stressoren bewegen. Der Erfolg wird dabei durch individuelle Widerstandsressourcen und das persönliche Kohärenzgefühl bestimmt. Kohärenz bezeichnet eine eigene Verortung in der Welt, in der diese als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft wahrgenommen wird (vgl. Knoop/Meyer 2019, 40). Aufbauend auf dem salutogenetischen Gesundheitsmodell formulierte die WHO in der Ottawa-Charta 1986 drei wesentliche Handlungsstrategien für die *Gesundheitsförderung*: Interessenvertretung (advocate), Befähigung und Ermöglichung (enable) und Vermittlung und Vernetzung (mediate) (vgl. Rademaker/Altenhöner 2019, 149). Das Salutogenetische Modell lenkt den Fokus auf die Förderung der internen wie externen Ressourcen einer Person (vgl. Tielking et al. 2024, 8). Es ist nicht klar, wie das Salutogenetische Modell in Bezug auf das BPSM einzuordnen ist. Während Laging die Salutogenese als Erweiterung des BPSM bezeichnet (vgl. Laging 2018, 20), führen es Tielking und Rabes (vgl. Tielking/Rabes 2024, S. 7f) sowie Knoop und Meyer (vgl. Knoop/Meyer 2019, 40) als eigenständige Gesundheitsmodelle auf. In der Übersicht lässt sich sagen, dass sich das salutogenetische Modell vom BPSM weniger durch eine definitorische Differenz in Bezug auf Krankheit und Gesundheit unterscheidet, sondern vielmehr den strategischen Fokus im Umgang mit diesen verlagert.

Ein weiterer nennenswerter Zugang zu Sucht aus dem Bereich der Gesundheitstheorien ist das der Klassifikation von Sucht als *seelische Behinderung* nach dem SGB IX. Die Frage nach dem Umgang mit Abhängigkeitserkrankten wird dadurch zu einer Frage der gesellschaftlichen Teilhabe und somit zu einem politischen Thema umcodiert (vgl. Laging 2018, 21). Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), die auf dem BPSM basiert, operiert dabei mit dem Begriff der *funktionalen Gesundheit*. Funktionale Gesundheit beschreibt das wechselseitige Verhältnis zwischen nach den in der ICD klassifizierten gesundheitlichen Störungen und Kontextfaktoren. Entsprechend

seinem Entwicklungsziel, ein universales Modell von Gesundheit und Krankheit zu erstellen, berücksichtigt die ICF als Erweiterung des BPSM nicht nur soziale Faktoren, sondern versucht sämtliche relevante Umweltfaktoren zu erfassen. (vgl. Buchholz 2020, 36)

2.2 Die Grenzen der Bestimmbarkeit

Eine zentrale der Grenze der statischen Krankheitsdefinition liegt in der Frage des freien Willens im Kontext von Abhängigkeit. Die Zwanghaftigkeit des Verhaltens, die in der Sucht vorzufinden ist, muss ins Verhältnis zur verbliebenen Steuerungsfähigkeit des Konsums gesetzt werden. Dies ist auf praktischer Ebene insofern relevant, als dass sich daraus ergibt, was dem abhängigen Individuum an Eigenverantwortung zugemutet ist, bzw. von ihm eingefordert werden kann. Für das Individuum kann die Wertung jeglicher Konsumhandlung als unverschuldeter Ausdruck der dahinterliegenden Krankheit (wie es im bio-medizinischen Suchtverständnis erfolgt) einen schützenden Effekt gegenüber gesellschaftlichen Moralvorstellungen haben, die es sonst in Form Diskriminierung und Stigmatisierung treffen können. Wird die Freiheit des Willens der Person in der Steuerung des Konsums allerdings vollständig angezweifelt, so schließt dies auch Partizipation an der Gestaltung des Hilfeprozesses aus. Die Person wird partiell entmündigt (vgl. Laging 2018, 17f).

Die Frage nach der generellen Freiheit in der Entscheidung fällt zunächst in die Domäne der Philosophie. Bell argumentiert gegenüber deterministischen Auffassungen, dass die Annahme von Willensfreiheit zwar nicht empirisch nachweisbar, aber eine diskurstheoretische Notwendigkeit sei und sich durch die Existenz des menschlichen Gewissens herleiten lasse (vgl. Bell 2015, 129f). Als grundlegend für Entscheidungsfreiheit wird von ihm die Besinnungsfähigkeit angesehen, die als „Vermögen, in der Kombination von Denken, Fühlen und Wollen Bewertungen vorzunehmen von inneren oder äußeren Gegebenheiten“ (ebd., 139f) definiert wird. Die Anwendung dieser Fähigkeit und die darauf aufbauende und praktische umgesetzte Entscheidung „realisiert die konkrete oder praktische Freiheit“ (ebd.). Die Besinnungsfähigkeit erfahre in Folge des nicht steuerbaren Konsumwunsches

Einschränkungen, bis hin zu ihrem totalen Verlust durch die Verdrängung aller anderer Werte. Als letzte Instanz der Freiheit bleibe aber immer unauslöschbar das Gewissen zurück (ebd. 134). In Bezug auf die bereits um die Wortwahl im ICD angerissenen Debatte um den Terminus ‚Abhängigkeit‘ wird festgehalten, dass sich der Krankheitswert einer Abhängigkeit jeglicher Art dadurch bestimmen lässt, ob durch sie eine sich fortlaufend verstärkende Einschränkung der Freiheit zu erwarten ist, oder ob die Abhängigkeit nicht oder sogar allgemein förderlich auf die Voraussetzungen freiheitlichen Entscheidens und Handelns wirkt. Darauf aufbauend wird ein zweidimensionales Modell mit den Polen Gesundheit-Krankheit und Freiheit-Abhängigkeit zur Verortung vorgeschlagen.

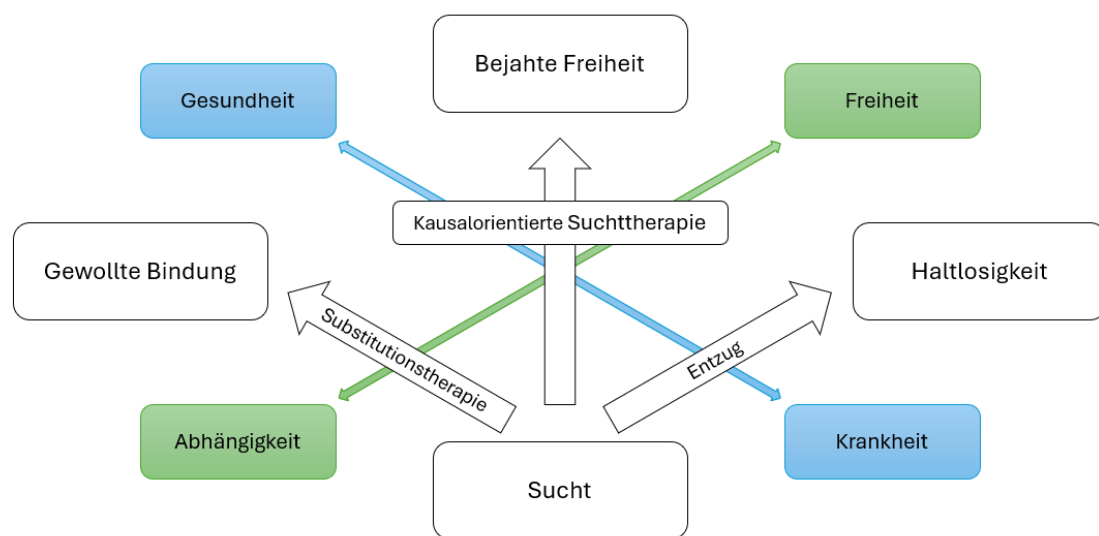


Abb. 3 Behandlungsformen der stoffgebundenen Sucht (Bell 2015, 262; eigenen Darstellung, S.B.)

Sucht wird in diesem Modell in das Feld der Abhängigkeit und Krankheit eingeordnet, das anzustrebende Ziel bildet die gegenüberliegende „bejahte Freiheit“. Dieser selbstbestimmte und zur Selbstbestimmung befähigte Zustand, also das Zusammenspiel aus Freiheit und Gesundheit, wird als hauptsächliche Quelle menschlichen Glücks gesehen.

Die Betonung der in der Regel zumindest noch partiell vorhandenen Steuerungsfähigkeit bzw. die dahinterliegenden Reste von Willensfreiheit bilden ein wichtiges Argument für die Verfechter der zieloffenen Hilfen. (siehe Kapitel 2.26) Körkel erhebt die Debatte zum Umgang mit Substanzabhängigen darauf aufbauend zur moralischen Frage des

„Menschenbildes“ und formuliert unter anderem ein Recht auf partizipative Hilfen und der Selbstschädigung durch Konsum (vgl. Körkel 2015, 11).

2.3 Kritik an der Krankheitsdefinition

Eine feststehende Definition von Sucht als Krankheit und damit zumindest latent einhergehende Naturalisierung des Begriffs bleibt nicht unumstritten. Schmidt-Semisch beispielsweise schlägt – angelehnt an das Konzept des *Doing Gender* – unter dem Schlagwort „Doing Addiction“ vor, den Suchtbegriff aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zu re- und anschließend zu dekonstruieren, um zu einem breiteren Verständnis von Substanzkonsum gelangen zu können (vgl. Schmidt-Semisch 2010, 143). Exemplarisch für die Krankheitsdefinition hinterfragende Theorieansätze soll an dieser Stelle ein soziologischer Zugang zu Sucht näher ausgeführt werden.

Schabdach entwirft ein wissenssoziologisches Theoriemodell von Sucht, dass er gegen die „naturwissenschaftlich-medizinisch-pharmakologischen Konzepte[...]“ (Schabdach 2009 18) in Stellung bringt. Ziel dabei ist nicht, den Suchtbegriff radikal-konstruktivistisch aufzulösen, sondern ihn im Sinne Foucaults als historisch gewachsene Konstruktion darzulegen. Foucault begreift Wissen als untrennbar verbunden mit Macht. Wissen setzt in diesem Verständnis konstitutiv eine Machtbeziehung voraus und umgekehrt erzeugt Macht mit ihrer Etablierung automatisch ein ihr entsprechendes Wissen. Als Abbild von Machtbeziehungen kann es somit keinen objektiven Wahrheitsbegriff geben. (vgl. ebd., 20ff) In Abgrenzung zur Ideologiekritik wird nicht versucht, ein „falsches“ Verständnis zu dekonstruieren, um anschließend ein „richtiges“ zu finden, sondern die historischen Konstruktionsprozesse und die dahinterliegenden Machtverhältnisse zu untersuchen. Das Konzept der Sucht wird entsprechend nicht inhaltlich widerlegt, sondern erkenntnistheoretisch eingeordnet. Ihm wird reale Existenz insofern zugesprochen, als dass es breite Anerkennung erfährt und somit soziale Realität schafft, relativiert wird diese Existenz in seiner Absolutheit aber aufgrund seiner Konstitution durch die sozialen Verhältnisse. (vgl. ebd., 19) Mit dieser Perspektive stellt sich Schabdach sowohl gegen eine ahistorische Naturalisierung des Suchtbegriffs im Sinne einer Krankheit, als auch gegen akzeptanzorientierte Dekonstruktionen desselben, die versuchen, dem

Krankheitsbild das Bild des mündigen Konsumenten entgegenzustellen. Betont wird, dass Rauscherleben und Substanzabhängigkeit als Normbrüche nur spiegelbildlich zu den an das Individuum gestellten Anforderungen erklärbar sind. (vgl. ebd., 20)

Aus dieser Perspektive resultieren einige Erkenntnisse in Bezug auf Sucht. Durch den Fokus auf die Prozesshaftigkeit der Gegenstandskonstruktion gewinnt die historische Rückschau an Bedeutung. Sucht hat sich historisch erst mit dem Ideal der Rationalität und zunehmenden Abhängigkeit von der Zuverlässigkeit Anderer in der arbeitsteiligen Gesellschaft als Konzept etabliert. Sie ist nicht eigenständiges als Problem, sondern nur als Problematisierung vor einem bestimmten gesellschaftlichen Hintergrund erklärbar. Rausch und Substanzabhängigkeit bedrohen elementare Werte der westlichen Gesellschaften, sie stehen konträr zu geltenden Normen wie staatlicher Ordnung und der eigenverantwortlichen Leistungsfähigkeit. Damit bilden sie potenziell gesellschaftszersetzende Abweichungen und werden entsprechend behandelt. (vgl. Schabdach 2009, 20)

Bezogen auf das BPSM wird die theoretische Bewegung nachvollzogen, die dieses Modell macht. Zwar unterscheidet sich diese Darstellung nicht inhaltlich vom Selbstverständnis des BPSM, es wird aber die Grundannahme des Modells der normativen Andersartigkeit von Abhängigen betont:

„Das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse gilt den handlungsleitenden Determinanten, die den Drogenabhängigen zum Drogenkonsum bewegen und ihn zugleich vom ‚Normalbürger‘ unterscheiden. Im Rahmen der modernen Suchtforschung wird damit das ‚pathologische‘ Subjekt als Problem und die korrigierende Behandlung als Lösung ausgegeben: Die ‚Anormalen‘ und ‚Kranken‘ sind zu identifizieren, von den ‚Normalen‘ und ‚Gesunden‘ abzugrenzen [...]“

(ebd., 84)

Die substanztunabhängige Person werde im BPSM als Opfer ihrer persönlichen suchterzeugenden Determinanten gesehen, allerdings seien sie trotzdem in der Pflicht ihr Verhalten als selbst- und fremdschädigend anzuerkennen. Die Rolle der Humanwissenschaften bestehe in der Folge darin, in der Biografie nach Erklärungen für das abweichende Verhalten zu finden, um darauf aufbauend zurück in die Norm führende Interventionen durchzuführen. (vgl. ebd., 84f) Diese Form sozialer Kontrolle ist nach Schabdach keine Ausnahme, sondern letztlich sei jede Form der Strafe, Therapie oder Pädagogik darauf ausgelegt, normative soziale Ordnung herzustellen. (vgl. ebd., 23)

2.4 Zwischendiskussion Sucht

Wie lassen sich diese Versatzstücke nun sinnvoll zu einer Gesamtperspektive zusammenführen? Unbestreitbar ist, dass Substanzkonsum großes Leid mit sich bringen kann und die darunter leidenden Menschen Hilfe bedürfen. Aus einer handlungsorientierten Perspektive erscheint es deshalb zunächst sinnvoll, ein strategisches Verhältnis zu den Theoriebezügen einzunehmen. Um professionsübergreifend arbeiten zu können, bedarf es eines geteilten Verständnisses des Problemgegenstands. Das Insistieren auf eine Interpretation von Sucht als Erkrankung ist dabei aus mehreren Gründen für die Hilfepraxis essenziell: Zum einen bildet sie die Grundlage für die Medizin und die Klinische Psychologie überhaupt intervenieren und entsprechende Mittel abrufen zu können. Zum anderen erfüllt sie eine wichtige Funktion zum Schutz des Individuums vor moralischen Vorhaltungen und Ansprüchen.

Da das Suchtdreieck und vergleichbare ätiologische Modelle zur Abhängigkeitsentstehung bis heute das Suchtverständnis vieler Praktiker:innen prägen, ist es notwendig diese zu kennen und zu verstehen. Aufgrund des fehlenden gesundheitstheoretischen Überbaus ist allerdings das bio-psycho-soziale Modell der Trias der Suchtentwicklung vorzuziehen. Das BPSM weist den Professionen klare Zuständigkeiten zu und betont gleichzeitig ihre jeweilige Unverzichtbarkeit. Nennenswert ist der Versuch Tretters, die Trias mit dem BPSM zu einem zu zweidimensionalen „ökologischen Person-Umwelt-Modell“ zu vereinen, in dem „Psyche“ und „Körper“ innerhalb der Kategorie „Person“ und „Soziales“ sowie „Droge“ in der Kategorie „Umwelt“ zusammengefasst werden (vgl. Tretter 2020, 15f). Dieses Modell besitzt allerdings den Nachteil, dass es sich wieder von der Einordnung in ein universelles Gesundheitsverständnis entfernt.

Für einen ethischen Umgang mit Klient:innen kommt der Einschätzung der Steuerungsfähigkeit der dahinterliegenden Entscheidungsfreiheit im Konsum eine entscheidende Rolle zu. Folgt man Bells Ausführungen, so ist diese Freiheit nicht nur rein deskriptiv zu fassen, sondern bildet, wie Gesundheit, einen qualitativen und anzustrebenden Wert an sich. Entscheidungsfreiheit wird damit nicht nur im Sinne einer Nicht-Abhängigkeit zur Zielgerade der Intervention, sondern als allgemein zu fördernde Freiheit auch zum paradigmatischen Grundprinzip der Hilfeplanung. Aufgrund der

anzunehmenden Einschränkung der Entscheidungsfreiheit durch die Substanzabhängigkeit ist allerdings nicht jede Willensbekundung einer substanzabhängigen Person als freiheitlicher Akt zu begreifen. Mit Rückbesinnung auf die Ausführungen qualitativer Merkmale einer Abhängigkeit könnte ein kritisches Bewertungskriterium neben der gesundheitsbezogenen Einschätzung sein, ob die Intervention für die Person perspektivisch zu einem Mehr oder Weniger an persönlicher Freiheit führen wird.

Von einem Verständnis von Gesundheit und Krankheit als gesellschaftliche Konzepte ausgehend, kann allerdings nicht von ihrer Existenz im Sinne eines unverrückbaren Tatsachenbestands gesprochen werden (vgl. Wrobel 2024, 26). Während Substanzabhängigkeit also auf der eine Seite die handlungsleitende Grundannahme des gesamten Suchthilfesystems bildet, ist ihre Konzeption nicht bis in letzter Instanz haltbar. Keck schlägt zur Lösung dieses Dilemmas zwischen Wissensbeständen gesundheitlicher Theorie und Praxis eine Trennung von theoretischer und praktischer Vernunft im Sinne Kants vor, anwendungsorientiertes Wissen also als Mittel zum Zweck und nicht im Sinne der reinen Vernunft zu verstehen (vgl. Keck 2024, 74ff). Trotzdem kann die Vergegenwärtigung von Sucht als konstruierte Normabweichung aber auch praktische Relevanz erlangen. Zum einen sollte es Praktiker:innen davor bewahren, in absolutistische Deutungshoheit über Konsumgeschehen zu verfallen und ermöglicht Toleranz gegenüber anderen Interpretationen. Zum anderen lenkt es den Blick von der Normabweichung auf die Normen und eröffnet eine kritische Perspektive auf die eigene Funktion im gesellschaftlichen und politischen Bezug. So merkt Schabdach beispielsweise an, dass die akzeptierende Drogenarbeit (siehe Kapitel 2.6.1) durch die Schaffung von dem Konsum zugeordnete Räume einer ordnungspolitischen Verdrängung der Konsument:innen in die Hände spielt und sich damit (entgegen des eigenen Selbstverständnis) als Teil einer spätmodernen Kontrollpolitik einordnen lässt (vgl. Schabdach 2009, 255ff). In jedem Fall bedeutet ein Arbeiten mit substanzabhängigen Menschen immer eine „prekäre ethische Gratwanderung [...] zwischen unterlassener Hilfeleistung und Entmündigung“ (Wallroth 2024, 224). Insofern ist ein hohes Reflexionsvermögen der jeweiligen Fachkräfte auf ihr eigenes Handeln gefragt.

Auf Grundlage des vorangegangenen wird in dieser Arbeit vorgeschlagen, in Anlehnung an Wallroth (siehe Kapitel 3.4) Sucht in einer *Doppelstruktur aus Krankheit und*

marginalisierter Normabweichung zu denken. Abhängigkeit ist dabei als fluider Prozess zu begreifen, in dem die Diagnose den Punkt bildet, an dem der Verlust der Steuerungsfähigkeit des Konsums in weiten Teilen als hinreichend wahrscheinlich anzunehmen, aber nie als absolut anzusehen ist. Fernab konsumbedingter Schäden ist eine Abhängigkeit ethisch nicht isoliert, sondern nur Relation zur allgemeinen Freiheit der Person zu beurteilen. Aus praktischen Erwägungen heraus muss der diagnostische Krankheitsbegriff der Gesundheitswissenschaften übernommen werden, um systemübergreifend handlungsfähig zu werden. Gleichzeitig gilt es, nicht unwidersprochen gesundheitstheoretisch orientierte Handlungslogiken zu übernehmen, sondern im Interesse der Klient:innen vor dem Hintergrund gesellschaftlichen Kontextes zu reflektieren.

2.5 Praxisfelder der Suchthilfe

Das Feld der Suchthilfe lässt sich in sechs Praxisfelder unterteilen. Die für Konsument:innen am einfachsten zu erreichende sind die *niedrigschwelligen Angebote*, die zunächst Überlebenshilfe leisten, beispielsweise durch Angebote zur *Schadensminimierung*. Schadensminimierung oder Harm Reduction ist ein Konzept, das Anfang der 90er Jahre im Zuge der „First International Conference of Drug Related Harm“ etabliert und zunächst als pragmatischer Mittelweg im Streit zwischen Befürwortern einer (abstinenzorientierten) staatlichen Prohibition und denen einer Legalisierung verstanden wurde. Ausschlaggebend war unter anderem die hohe Zahl an HIV-Infektionen aufgrund wiederverwendetem Injektionsbesteck unter Konsument:innen (vgl. Drucker 1997) und die Erfolge der Methadonbehandlungen. Die aus diesem Ansatz heraus entwickelten Hilfen in Form von Straßensozialarbeit, Kontaktläden und Konsumräumen ermöglichen darüber hinaus eine Vermittlung in weiterführende Angebote der Suchthilfe (vgl. Laging 2018, 112).

Suchtberatungs- und Behandlungsstellen bilden auf kommunaler Ebene die primäre Hilfestruktur für Menschen mit riskantem Konsum oder Substanzabhängigkeit. Zu den Aufgaben der Stellen zählen Beratung, Betreuung, das Erstellen von Hilfeplänen und Angebotsvermittlung weiterführender Hilfen. Häufig werden auch Hilfen für Angehörige

und zur Weiterbetreuung Substituierter angeboten, Angebote der Suchtselbsthilfe gefördert und Präventionsfachstellen unterhalten. (ebd. 12f)

Der *Entzug*, also das häufig als Entgiftung bezeichnete Absetzen der psychoaktiven Substanz(en), wird für die meisten Angebote aus dem Bereich der Rehabilitation vorausgesetzt. (ebd.) Der Entzug kann gegebenenfalls von professioneller Seite zur Linderung der Entzugssymptome medikamentös unterstützt werden. Darüber hinaus kann der Entzug im meist stationären Rahmen einer *qualifizierten Entzugsbehandlung* erfolgen. Neben einem Abfedern der Entzugssymptome umfasst der qualifizierte Entzug auch die Behandlung komorbider Störungen, soziale Unterstützungsangebote, Hilfeplanerstellung und Weitervermittlung in Folgeangebote. (vgl. Poehlke/Heinz/Stöver 2020, 94f) In der Bezeichnung wird teilweise sprachlich zwischen qualifizierter *Entzugsbehandlung* in Bezug auf alkoholbedingte Störungsbilder und qualifizierter *Akutbehandlung* in Bezug auf sonstige Substanzen unterschieden. Da diese sprachliche Trennung aber im Wesentlichen politischer Natur ist und keine Entsprechung auf Grundlage der Substanzen hat (vgl. Kuhlmann 2024, 359), wird in dieser Arbeit im Weiteren nur die Bezeichnung Entzug/Entzugsbehandlung verwendet.

Als *medizinische Rehabilitation* oder Entwöhnungsbehandlung werden Maßnahmen bezeichnet, die während einer Erkrankung oder daran anschließend einer beruflichen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung dienen. Im Gegensatz zur Entzugsbehandlung, der Behandlung der Erkrankung, dienen Maßnahmen der Rehabilitation dazu Teilhabe im Sinne des ICF (wieder) zu ermöglichen (vgl. Poehlke et al. 2020, 189). In der Regel geht einer Rehabilitationsbehandlung eine Entzugsbehandlung voraus (vgl. Khatib 2014, 372), es ist allerdings auch möglich die Behandlung bei laufender Substitution durchzuführen (vgl. Poehlke et al 2020, S. 237).

Vom Feld der medizinischen Rehabilitation lässt sich das Feld der *sozialen Rehabilitation* abgrenzen. Diese Formen der Hilfe beinhalten Unterstützung beim Wohnen, Arbeiten und der Rehabilitation im gesellschaftlichen Nahraum und wenden sich an abhängigkeiterkrankte Menschen mit multiplen Problemlagen (vgl. Laging 2018, 113). Die meisten dieser Hilfen dieses Bereichs werden durch das ambulante betreute Wohnen geleistet (vgl. Walter 2023, 226).

Als Peer-to-Peer Angebote schafft die *Suchtselbsthilfe* Unterstützungsmöglichkeiten auf in der Regel ehrenamtlicher Basis durch (ehemals) Betroffene. Ergänzend zu den professionellen Angeboten nimmt die Suchtselbsthilfe im System eine wichtige Rolle ein (vgl. Laging 2018, 113). Die Verbände werden durch die Krankenkasse gefördert und sind in der Regel abstinenzorientiert. Neben den klassischen Selbsthilfegruppen existieren aus der Suchtselbsthilfe heraus auch Wohnangebote und wird politische Repräsentanz der Betroffenen geschaffen (vgl. Schäffer 2024, 383).

2.6 Zieloffene Suchtarbeit

Zieloffene Suchtarbeit nach Körkel wurde aus der Praxiserfahrung heraus entwickelt, dass ein Großteil der riskant oder in Abhängigkeit konsumierenden Personen nicht von einem Leben in vollständiger Abstinenz zu überzeugen sind. Sei es aufgrund des Scheiterns vergangener (abstinenzorientierter) Behandlungsanläufe, persönlicher Überforderung in einem Alltag ohne Konsum oder schlicht inkompatibler Lebensentwürfe – auf praktischer Ebene kann eine Vielzahl individueller Gründe den Behandlungserfolg abstinenzorientierter Hilfen mindern oder ganz zum Scheitern bringen. (vgl. Körkel 2016, S. 40)

Die Zieloffene Suchtarbeit versucht diesem Umstand pragmatisch zu begegnen, indem das Feld der möglichen Hilfeziele verbreitert wird. Neben vollständiger Abstinenz können auch eine Verringerung des Konsums oder Schadensminimierung bei gleichbleibendem Konsum als Ziel festgelegt werden. Alle drei Möglichkeiten haben sich empirisch in ihrer praktischen Umsetzung als zielführend erwiesen. (vgl. ebd., 237f) Die Ziele werden gemeinsam mit der hilfesuchenden Person ausgehandelt und festgelegt. Zu beachten ist, dass nicht in jedem Fall alle drei Optionen realistische Ziele darstellen, die Zielfestlegung muss während des Beratungsprozesses von der beratenden Person evidenzbasiert auf ihre Erreichbarkeit eingeschätzt werden. Durch den partizipativen Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit wird die Breitschaft zur Beratung und/oder Behandlung deutlich erhöht. (vgl. Liel 2020, 47f)

- *Abstinenz* ist das klassische Ziel einer professionellen Intervention. Aufgrund dessen existiert eine breite Palette von auf Abstinenz ausgerichteter Angebote. Während Abstinenz früher in professionellen Hilfekontexten als einzig sinnvolles Interventionsziel galt, gewinnen heute zieloffene Hilfen an Boden (Laging 2018, 19).
- *Konsumreduktion* bildet die Ebene zwischen Abstinenz und Schadensminimierung. Konsumreduktion als Ziel bedeutet einen verminderten Substanzgebrauch anzustreben. Ein Beispiel für Konsumreduktion sind Programme zum kontrollierten Trinken (Körkel 2024, 246).
- *Schadensminimierung* als Ziel im Sinne der zieloffenen Hilfen meint eine personenbezogene Änderung des Verhaltens hin zu weniger selbst- und fremdschädigenden Konsumformen oder risikoärmeres Verhalten unter Substanzeinfluss (vgl. ebd., 246).

Als erster Schritt der Hilfe erfolgt die Konsumabklärung. Hierbei ist es wichtig den gesamten vergangenen oder aktuellen Substanzkonsum sowie Formen der Verhaltenssüchte abzuklären. Anschließend wird für alle Substanzen/substanzungebundene Verhaltensweisen durch die beratende Person eine eigene Zielvorgabe festgelegt. Dadurch ergibt sich ein differenziertes Bild, aus dem heraus zur jeweiligen Substanz/Verhaltensweise und Zielevorstellung passend verschiedene Interventionsmöglichkeiten angeboten werden können. (vgl. ebd., 242ff)

Der Durchführung von zieloffenen Hilfen vorgelagert ist nach Körkel eine Bestandaufnahme des eigenen Verständnisses von und der eigenen Haltung zu Sucht. Voraussetzung um im Sinne der zieloffenen Suchtarbeit tätig werden zu können, ist eine nicht hierarchische, interessierte und Selbstbestimmung zulassende Grundhaltung gegenüber den Klient:innen. Zentral ist dabei die Annahme, dass Klient:innen als Experten ihrer selbst Richtung und Ziel am effektivsten bestimmen können. Das unvermeidbare eigene Urteil der Professionellen muss sich dementsprechend bewusst gemacht und zurückgestellt werden. Diese Grundhaltung korrespondiert nicht zufällig mit dem *Motivational Interviewing*, sondern bezieht sich explizit auf diese Gesprächsmethode. (vgl. ebd., 242) Das Motivational Interviewing gilt als eine Standardmethode der Beratung in der Suchthilfe, mit der versucht wird das Stadium der Veränderungsmotivation zu festzustellen und diese zu fördern (vgl. Poehlke et al. 2020, 158).

2.6.1 Exkurs: Zieloffene Suchtarbeit und akzeptierende Drogenarbeit

Die zieloffene Suchtarbeit nach Körkel grenzt sich klar von ausschließlich auf Abstinenz ausgerichteten Behandlungen ab, da diese oft ein unrealistisches Behandlungsziel darstellt und somit viele Erkrankte von der Hilfe ausgeschlossen werden (vgl. Deimel et al., 2024, 33). Auf der anderen Seite stellt sie sich gegen Arbeitsweisen innerhalb der niedrigschwelligen Suchthilfe, die „eingebettet in ein vages Verständnis von ‚Akzeptanz‘ (des Gewährenlassens?) [sic]“ (Körkel 2024, 239) keine Versuche unternehmen, als problematisch eingeschätztem Konsum entgegenzuwirken, sondern sich ausschließlich der Schadensminimierung widmen. (vgl. ebd.) Trotz der Prämisse, dass das Ziel durch die Klient:innen festlegen ist, bedeutet ein „Arbeit am Konsum“ im Sinne der zieloffene Suchtarbeit ein Bewegung hin zu gesundheitsverträglicherem Alltagsverhalten. Als Auftrag für Professionelle bedeutet dies, Konsum gegenüber Klient:innen zu thematisieren und gemeinsam auf eine Veränderung hinzuarbeiten (vgl. Körkel 2016, 43f). Die Behandlungsziele sind also nicht als gleichwertig zu betrachten, sondern unterliegen von Seiten der Fachkräfte einer normativen Hierarchisierung (vgl. Deimel; Hornig 2024, 23).

Nicht zu verwechseln mit der laut Körkel in der niedrigschwelligen Suchthilfe zu vorfindenden „Akzeptanz“ im Sinne einer Problemnegierung ist das theoretische Konzept der *akzeptierende Drogenarbeit*. (vgl. Wallroth 2024, 221) Akzeptierende Drogenarbeit kann als der theoretische Überbau der seit Anfang der 90er etablierten Maßnahmen zur Schadensminimierung und Gegenentwurf zur von staatlicher Prohibition flankierten Abstinenzorientierung verstanden werden. Substanzkonsum wird, in Abwehr gegen staatliche Repression oder ungewollte professionelle Intervention, zunächst grundlegend als persönliche Entscheidung des Individuums gesehen. Die unter Umständen vorhandene Hilfebedürftigkeit wird darüber aber nicht in Abrede gestellt, sondern eine Perspektive eingenommen, die „eine Gradwanderung zwischen der Definition eines bestimmten Konsums als Lebensstils oder als Krankheit“ (Stöver 2009, 39) darstellt.

Die zieloffene Suchtarbeit nimmt das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis von Sucht als festen Bezugsrahmen der professionellen Hilfe und kombiniert diesen mit

ethisch-moralisch begründeten Selbstbestimmungsrechten, die Interventionsgrundlage bleibt krankheitszentriert. Demgegenüber ist die akzeptierende Drogenarbeit (neben ihrer Orientierung an einer allgemeiner gefassten Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta) vor allem auch als politisches Paradigma zur Abwendung von Sekundärschäden durch eine repressive Prohibitionspolitik zu verstehen. Akzeptanz in diesem Sinne meint vor allem politische und gesellschaftliche Akzeptanz der Unmöglichkeit einer substanzkonsum- und suchtfreien Gesellschaft, sowie eine Aufgabe der Dichotomie von Substanzen in legal und illegal (vgl. ebd., 39f) zugunsten „abgestufte[r] Zugangsmodelle zu Drogen, Regulierungsmodelle, die auf Evidenzen beruhen und nicht auf Glauben und Ideologie“ (Stöver/Werse/Hornig 2023, 9).

In der Arbeit mit den Klienten verfolgt die professionelle Seite in der zieloffenen Suchtarbeit klar das Ziel einer Konsumänderung, die akzeptierende Drogenarbeit setzt dagegen eher auf ein allgemeineres Hilfeziel einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Sinne des Empowerments (vgl. Stöver 2009, 39). Trotzdem sind sich beide Konzepte in der konkreten Herangehensweise weitgehend einig. Auch Stöver betont die Bedeutung zieloffener Hilfeprozesse und individueller Hilfepläne (vgl. ebd., 41) und Befürworter der zieloffenen Suchtarbeit die Wichtigkeit der niedrigschwelligen Angebote zur Überlebenshilfe (Deimel et al., 2024, 34).

2.6.2 Case Management in der Suchthilfe

Die Finanzierung durch verschiedene Kostenträger führt dazu, dass das Feld der Suchthilfe zersplittert und regional unterschiedlich ausdifferenziert ist. Obwohl das hiesige Suchthilfesystem im internationalen Vergleich als gut ausgebaut gilt, laufen dabei insbesondere komplexeren Hilfeprozessen in Gefahr, aufgrund der Vereinzelung der Hilfemaßnahmen an den Übergängen zu scheitern. Abhilfe können hier Trägerkooperation sowie ein zentrales Fallmanagement schaffen (vgl. Laging 2018, 114).

Eine klassische Methode der Einzelfallhilfe bildet hier das Case Management. Im Case Management wird die Hilfe zu einem geplanten, in festgelegte Phasen eingeteilten Prozess strukturiert. Die einzelnen Phasen werden in unterschiedlichen Konzepten je nach Kontext verschieden ausdifferenziert, folgen aber häufig derselben Grundstruktur. Als Methode eignet sich Case Management für Fallkonstellationen mit verschiedenen

Akteur:innen und Hilfebedarfen und ist in der Durchführung auf längere Zeiträume ausgelegt (vgl. Preuß-Ruf 2012, 65). Schmid schlägt für die Suchthilfe ein siebenstufiges Phasenmodell vor.

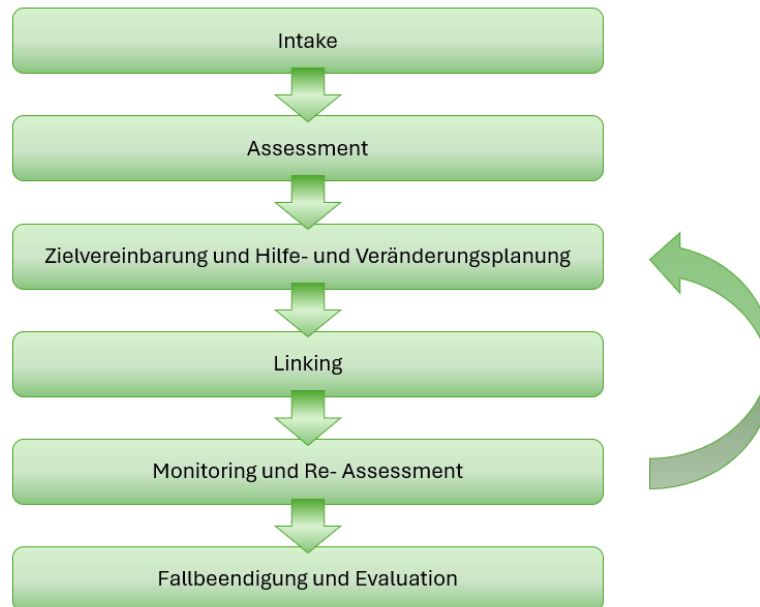


Abb. 4 Case Management: das Phasenmodell (Schmid 2024, 334; eigene Darstellung S.B.)

Die Phase *Intake* eröffnet den Prozess. Das Konzept wird erklärt und alle Beteiligten legen eine Selbstverpflichtung zur Mitarbeit ab. Außerdem werden die für die darauffolgenden Schritte notwendigen Datenschutzrechtlichen Erlaubnisse eingeholt. Es folgt die *Assessment*-Phase, in der eine systematische Erfassung der Ressourcen und Problemstellungen erfolgt. Wichtig ist eine Erfassung sämtlicher Lebensbereiche und nicht ausschließlich konsumbezogener Aspekte. Anschließend wird in Phase drei eine *Zielvereinbarung* getroffen und eine darauf aufbauende *Hilfeplanung* erstellt. Schmid befürwortet, Bezug auf Substanzkonsum, eine breite Auswahl an Zielen im Sinne der zieloffenen Suchtarbeit zu ermöglichen. (vgl. Schmid 2024, 334f) Der Case-Management-Prozess beschränkt sich nicht auf die Problematiken im Substanzkonsum, sondern erfasst auch Problemstellungen außerhalb dessen. Dementsprechend können die von Seiten der Klient:innen festgelegten Ziele und der daraus erwachsende Hilfeplan auch oder sogar ausschließlich nicht konsumbezogen sein. (vgl. ebd., 335)

Auf die Planung folgt das *Linking*, das in Gang setzen des Hilfeprozesses. Die Fachkraft nimmt Kontakt zu allen relevanten Stellen und Personen auf. Neben professionellen Akteur:innen kann dies auch unterstützende Privatpersonen aus dem Umfeld der

Klient:innen umfassen. Da die Hilfen weiten Teilen nicht durch die Fachkraft selbst, sondern extern durch das geschaffene Hilfenetzwerk erfolgen, besteht im Anschluss in Phase fünf die Aufgabe der Fachkraft im *Monitoring*, der Prozessüberwachung, und regelmäßigen *Re-Assessments*, einer teilweisen Wiederholung des Assessments zur Überprüfung, ob die Maßnahmen zielführend sind. Ist dies nicht der Fall, findet eine zirkuläre Korrektur statt; Ziele und/oder Hilfeplan werden neu justiert und der nachfolgenden Prozesse wiederholen sich. Solange dies als sinnvoll ist, können diese Anpassungsschleifen mehrfach wiederholt werden. Nach Abschluss des Verfahrens erfolgt die Evaluation (vgl. ebd., 335f).

3. Jugendliche und Substanzkonsum

Im Gegensatz zur Suchtbehandlung wird im Bereich der Suchtprävention vor allem die Jugend in den Fokus genommen. Warum das so ist, was die Lebensphase Jugend charakterisiert und welche Widersprüche sich zwischen Suchtprävention und Suchtbehandlung ergeben, wird im Folgenden dargelegt.

3.1 Lebensphase Jugend und die Funktion von Substanzkonsum

Hurrelmann und Quenzel ordnen zunächst den Jugendbegriff als eine erst um 1950 historisch entstandene Lebensphase im biografischen Verlauf ein. Bestand zuvor der für eine Mehrheit der Bevölkerung die individuelle Biografie lediglich aus Kindes- und anschließendem Erwachsenenalter, etablierte sich zu dieser Zeit neben dem Seniorenalter auch die Jugend als eigenständige Lebensphase. Seitdem lässt sich eine Ausdehnung der Lebensphase Jugend zulasten von Kindheit und Erwachsenenalter beobachten. Seit dem zweiten Weltkrieg lässt sich eine Auflösung traditioneller Normen und damit einhergehend eine Individualisierung der persönlichen Lebensgestaltung feststellen. Gesamtgesellschaftlich betrachtet ergibt sich daraus eine als Pluralisierung bezeichnete zunehmende Vielfalt biografischer Ausprägungen. Beide Entwicklungen, die Ausdifferenzierung zweier neuer Lebensphasen als auch Individualisierung bzw. Pluralisierung, führen zu einer Neuarrangierung der Lebensphasen untereinander: Eine höhere Zahl an Lebensphasen verringert die Bedeutung der einzelnen und ermöglicht in den Übergängen eine jeweilige Neuausrichtung des Lebensentwurfs. Gleichzeitig verwischt das Auflösen der traditionellen Normen die Grenzen zwischen den Lebensphasen und die normative Definitionsmacht über die Lebensphasen nimmt ab. Für die Individuen führt die zu einer hohen Definitions- und Gestaltungsfreiheit, die sich im Kehrwert aber auch als Forderung artikuliert. (vgl. Hurrelmann/Quenzel 2016, 16ff)

In der Frage, nach welchen übergeordneten Kriterien sich die verschiedenen Lebensphasen voneinander abgrenzen und definieren lassen, ziehen Hurrelmann und Quenzel das sozialisationstheoretische Konzept der Entwicklungsaufgaben heran. Als Entwicklungsaufgaben werden „die für die verschiedenen Altersphasen typischen

körperlichen, psychischen und sozialen Anforderungen und Erwartungen, die von der sozialen Umwelt an Individuen herangetragen werden und/oder sich aus der körperlichen und psychischen Entwicklung ergeben“ (Hurrelmann/Quenzel 2016, 24) definiert. Für einen erfolgreichen Sozialisationsprozess müssen diese Entwicklungsaufgaben „erkannt, verstanden, angenommen und in korrekte Verhaltensweisen umgesetzt“ (ebd.) werden. Für alle Lebensphasen lassen sich jeweils die Entwicklungsaufgaben „Qualifizieren“, „Binden“, „Konsumieren“ und „Partizipieren“ feststellen. Inhaltlich konkret für die jeweiligen Lebensphasen ergeben sich diese jeweils auf der individuellen und gesellschaftlichen Ebene durch die normativ gesetzten Ziele der persönlichen Individuation (Leistungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Entspannungsfähigkeit, Handlungsfähigkeit) und der sozialen Integration (Ökonomie, Familie, Freizeit, Politik). (vgl. ebd., 24ff)

Inhaltlich kann aus Kapazitätsgründen keine umfassende Darstellung der Entwicklungsaufgaben des Jugendalters erfolgen, deshalb sollen an dieser Stelle nur einige wichtige Erkenntnisse der Definition von Jugend auf dieser Grundlage dargestellt werden. Ein wesentlicher Befund ist, dass die Übergänge in die das Erwachsenenalter definierenden gesellschaftlichen Rollen (analog zu den Entwicklungsaufgaben Berufsrolle, Familienrolle, Konsument:innenrolle, politische Bürger:innenrolle,) inzwischen zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgt. Während Jugendliche heute früh konsumtive und partizipative Selbstständigkeit erlangen, erfolgt die ökonomische und partizipative Selbstständigkeit erst spät. Aus dieser Spannweite ergibt sich eine Inkonsistenz innerhalb des Status Jugend, die sich durch ein Auseinanderklaffen der tatsächlichen der rechtlich zugestandenen Übernahme der Rollen verstärkt, beispielsweise durch ein frühes Einüben finanziellen Haushaltens bei erst später erfolgreicher Geschäftsfähigkeit. Darüber hinaus werden von einem Teil der Jugendlichen die Reproduktionsrollen der Gesellschaft (die Familienrolle mit Kind und, aufgrund der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung hohen Jugendarbeitslosigkeit, die Berufsrolle) überhaupt nicht mehr übernommen. (vgl. ebd. 42ff)

Während sich der Übergang von Kindheit zur Jugend zeitlich noch hinreichend konsistent am körperlichen Eintritt in die Geschlechtsreife festmachen lässt, ist der Grenzbereich zum Erwachsenenalter also zu einem fluiden Feld geworden. Hurrelmann und Quenzel interpretieren dies als Ausdehnung der Jugendphase, mit einer Einteilung und in frühe

(12 – 17 Jahre), mittlere (18 – 21 Jahre) und späte (22 – max. 30 Jahre) Jugendphase. (vgl. ebd., 44f) Jugendliche sind heute darauf angewiesen „eine Persönlichkeitsstruktur zu entwickeln, die sie in die Lage versetzt, auf schnell wechselnde soziale, kulturelle, ökonomische und ökologische Bedingungen zu reagieren“ (ebd., 46). Dieses flexible Bewältigungsset ist aufgrund ökonomischer und sozialer Umbrüche und schwindender normativer Vorgaben in der Partnerschaftsbeziehung zunehmend auch Paradigma älterer Generationen geworden. Es lässt sich in diesem Zusammenhang von einer „Juvenilisierung der Lebensphase Erwachsenenalter“ und, aufgrund der teils frühen Übernahme vormals der Erwachsenenwelt vorbehaltener Rollen und Aktivitäten, im Kehrwert von einer „Adultisierung der Lebensphase Jugend“ sprechen (vgl. ebd., 48).

Dieses Verständnis von Jugend, die Entwicklungsaufgaben von gesellschaftlicher Norm ausgehend abzuleiten, wird dann unhinterfragt als pädagogisches Ziel übernommen: „Ziel aller Unterstützungsangebote, an denen sich die Jugendhilfe beteiligt, ist die Aktivierung selbstgesteuerter Handlungspotenziale Jugendlicher zur Bewältigung der Entwicklungsaufgaben.“ (ebd. 255) Eine kritische Distanz zur gesellschaftlichen Norm ist nicht zu erkennen. Vor diesem Hintergrund wird auch Substanzkonsum eingeordnet. Substanzkonsum dient innerhalb der subjektiven Logik Jugendlicher als Unterstützung bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben (vgl. ebd. 237f). Aufgrund der mit dem Konsum verbundenen Risiken wird dieser aber negativ bewertet und als ausweichende Reaktionsform auf die Entwicklungsaufgaben angesehen. Ein „unkontrollierter“ Konsum psychoaktiver Substanzen „weist fremdaggressive und selbstaggressive Züge auf und ist symptomatisch für ein Vermeiden von mühseliger Arbeit an der eigenen Person“ (ebd. 260). Hurrelmann und Quenzel befürworten als Reaktion Präventionsmaßnahmen im Sinne der funktionalen Äquivalenten (siehe Kapitel 3.2) und, als „letzte Eingriffsstufe“, rechtlich und pädagogisch forcierte Prohibition. Konsum in Bezug zu Abhängigkeit wird nicht reflektiert (ebd.)

Scherr nähert sich demgegenüber dem Jugendbegriff aus der soziologischen Perspektive auf Delinquenz an. Gefragt wird, warum Jugendlichen nicht kontrollierte Zeiten und Räume zugestanden werden, obwohl diese gesellschaftlich als „sozial gefährliche Ort“ angesehen werden. Wie bei Hurrelmann und Quenzel wird dies auf die veränderten gesellschaftlichen Bedingungen im Zuge der Individualisierung zurückgeführt, die eine Lebensphase des Entwickelns und Erprobens erfordert. „Mit der Institutionalisierung von

Jugend regieren moderne Gesellschaften auf die damit strukturell gegebene berufliche und familiäre Individuierungschance und Individuierungszumutung.“ (Scherr 2018, 21f) Auch in Hinblick auf aktuelle Charakteristika und Entwicklungstendenzen, die Jugend heute ausmachen, werden ähnliche Schlüsse gezogen. Wesentliche Unterschiede finden sich in der Bewertung dieser Sachlage: obwohl „eine Form der Institutionalisierung von Jugend“ unter den gegebenen Umständen als „prinzipiell alternativlos“ angesehen wird (ebd., 23), wird vor allem die Schattenseite der Individualisierung hervorgehoben. Betont wird, dass Jugend vor allem eine riskante Lebensphase ist, in der biografisches Scheitern und damit einhergehend abweichendes Verhalten strukturell bedingt wahrscheinlicher sind (ebd., 19). Jugendliche Delinquenz und Normbruch können dementsprechend als gesamtgesellschaftlich unvermeidbare Kollateralschäden einer Lebensphase angesehen werden, die wie keine andere durch die widersprüchliche Anforderung gekennzeichnet ist, sich an die gegebenen Bedingungen anzupassen, dies aber als selbstbestimmt zu erleben und zu präsentieren (vgl. ebd., 22f). Daneben plädiert Scherr zwar dafür, trotz der zunehmenden definitorischen Unschärfen den sozialwissenschaftlichen Begriff ‚Jugend‘ beizubehalten, aufgrund der internen Heterogenität allerdings Abstand von verallgemeinernden Aussagen über jugendliche Generation zu nehmen (vgl. ebd., 30).

3.2 Jugend und Konsum im Bewältigungsansatz

Das Konzept der Lebensbewältigung nach Böhnisch reflektiert Position und Optionen (Lebenslage und Bewältigungslage) des Subjekts ebenfalls anhand seiner gesellschaftlichen Verortung. Um einer als „eher programmatisch“ eingestuften Setzung objektiver Kriterien für die Beurteilung sozialer Lagen zu entgehen, wird dann allerdings als ethisch-normative Grundlage das Prinzip der „sozialen Gerechtigkeit“ herangezogen. Soziale Gerechtigkeit, verstanden als historisch-empirisches Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse, ergibt sich aus drei Bezügen: den Ergebnissen sozialer Kämpfe, der grundsätzlichen Übereinkunft einer Hintergrundsicherung für alle Gesellschaftsmitglieder und dem „Prinzip der sozialen Mitte“, also einer Orientierung an einer um den ökonomischen Median gruppierten Schicht bei gleichzeitiger Akzeptanz ökonomischer Unterschiede. Gerechtigkeit wird nicht primär als Verteilungsfrage verstanden, sondern als Frage der sozialen Integration in eine Gesamtgesellschaft. Mit

Blick auf die Milieugebundenheit von Gerechtigkeitsvorstellungen wird, mit Verweis auf den Capability-Diskurs, auf eine „Befähigungsgerechtigkeit“ verwiesen, also die Möglichkeit, das eigene Leben entlang eigener Vorstellungen gestalten zu können. Der Spielraum dieser Möglichkeiten wird aber, fernab der Menschenrechte, nicht statisch gesetzt, sondern als Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozess gefasst. Dadurch ist die Soziale Arbeit darauf zurückgeworfen, Konflikte und Widersprüche aufzuzeigen, ohne selbst abschließend Position zu beziehen. (vgl. Böhnisch 2023, 17ff)

Trotz der Analyse gesellschaftlicher, für das Individuum zunächst gegebener Bedingungen, steht deshalb vor allem das Subjekt im handlungstheoretischen Zentrum des Bewältigungsansatzes. Der Zugang erfolgt dabei über eine tiefpsychologisch fundierte Interpretation des Handelns vor dem Hintergrunde der Verhältnisse. Gerät das Subjekt in Lebenssituationen, in denen die bisherigen persönlichen und sozialen Bewältigungsressourcen nicht ausreichen, ist das psychosoziale Gleichgewicht gefährdet. Der daraus folgende wahrgenommene Verlust von Selbstwert, sozialer Anerkennung und Selbstwirksamkeit fordert ein Wiederherstellen der Handlungsfähigkeit „um jeden Preis“ (ebd. 27). Im Versuch, psychosoziale Handlungsfähigkeit wiederherzustellen, wird dabei nach von dem Individuum als ‚erreichbar‘ eingeschätzten Formen sozialer Integration gesucht. Dies können auch Formen sozial abweichenden Verhaltens sein, sofern sie dazu beitragen Anerkennung und Selbstwirksamkeit zu erleben. Ein zentraler Begriff des Bewältigungsansatzes ist der der ‚Abspaltung‘. Der intrinsischen Selbstbehauptungskraft des Individuums stehen extrinsische Anforderungen und Ansprüche gegenüber, was zwangsläufig zu Spannungen, Entwicklungs- und Bewältigungskonflikten führt. Je weniger Anerkennung der innere Antrieb, also das Selbst in seinen Ausdrucksformen des Handelns findet, desto weniger können diese artikuliert werden und müssen sozial abgespalten werden. Die daraus entstehende Hilflosigkeit äußert sich dann aufgrund einer „inneren somatischen Dynamik“ als Projektion in aggressivem Verhalten gegen sich oder andere. (vgl. ebd. 27ff)

Vor diesem Hintergrund findet eine soziologische Rezeption der Lebensphase Jugend vorrangig in Hinblick auf die daraus entstehenden Bewältigungslage statt. Das Konstrukt der Bewältigungslage beschreibt die sozialen und kulturellen Spielräume innerhalb der Lebenslage unter dem Aspekt des Strebens nach Handlungsfähigkeit (vgl. ebd., 36), versucht also die für den Bewältigungsansatz operationalisierbaren Bestandteile

herauszuarbeiten. Als kennzeichnend für die Bewältigungslage Jugend werden von Böhnisch die widersprüchlichen Spannungsfelder angesehen, mit denen sich Jugendliche auseinandersetzen müssen: frühe soziokulturelle Selbstständigkeit und späte ökonomische Unabhängigkeit, Ambivalenzen in der Gestaltungsfreiheit der sozialen Räume und einer öffentlichen Betrachtungsweise zwischen ‚Zukunft der Gesellschaft‘ und ‚Gefahr für die Allgemeinheit‘. Aus der Schwierigkeit, diese Spannungen zu bewältigen, ergibt sich der sozialpädagogische Bedarf. Betont wird, dass das besonders auf sozial benachteiligte Jugendliche zutrifft, deren Elternhäuser ihnen nicht die materiellen und kulturellen Ressourcen bieten können, um die Risiken dieser Bewältigungslage abzuschwächen. (vgl. ebd., 130ff) Ebenfalls konstatiert wird, dass das Modell des Moratoriums Jugend, also des gesellschaftlichen Schonraums zur individuellen Entwicklung, in Auflösung begriffen ist, dass ökonomische Zwänge inzwischen bis in diese Phase hineinragen und Jugendliche infolgedessen früh das Bewältigungsmodell der Erwachsenen übernehmen. In der Interpretation dieser zunehmenden Indifferenz zwischen Erwachsenen- und Jugendalter stellt sich Böhnisch aber gegen eine Interpretation, die von einer Verlängerung der Jugendphase ausgeht. Stattdessen wird für eine sozialpädagogische Antwort auf diesen Umstand plädiert, Beziehungs- und Raumangebote zu schaffen, die Jugendlichen „Jugend ermöglichen“. (vgl. ebd., 132ff)

Substanzkonsum in Form von „exzessivem Tabak- und Alkoholkonsum, Arzneimittelmisbrauch und Drogenkonsum“ wird im Bewältigungsansatz allgemein dem Risikoverhalten zugerechnet. Gefragt wird nach den dahinterliegenden Bewältigungsmustern bei Kindern und Jugendlichen. Risikoverhalten, bzw. Substanzkonsum von älteren Kindern/jüngeren Jugendlichen, lässt sich vor diesem Horizont als Demonstration von Unabhängigkeit bis Opposition gegenüber Normvorstellungen Erwachsener werten und damit subjektiv funktional als Arbeit an der eigenen Identität. Daneben kann es in Gruppenkontexten der kulturellen Abgrenzung und inneren Identifikation gegenüber der Erwachsenenwelt dienen. Da Risikoverhalten im Bewältigungsansatz der „Normalitätszone des Aufwachsens“ zugerechnet wird, ergibt sich als pädagogischer Auftrag eine Begleitung mit dem Ziel, eine Verfestigung des Risikoverhaltens über das Jugendalter hinaus zu verhindern, bzw. das Entstehen von Abhängigkeit zu vermeiden. Abhängigkeit wird in diesem Kontext nicht entlang medizinisch-therapeutischer Diagnostika gedacht, sondern als permanenter

Abspaltungsdruck aufgrund fehlender Möglichkeit, die eigenen Befindlichkeiten artikulieren zu können. (vgl. ebd., 177f)

Darauf aufbauend wird für den pädagogischen Umgang mit jugendlichem Alkoholkonsum die Vermittlung und Entwicklung von Risikokompetenz (siehe Kapitel 3.3) als präventive Strategie empfohlen. „Jugendliche müssen entwicklungstypisch Grenzerfahrungen machen können, aber genauso lernen, damit umgehen zu können; Grenzen erproben und gleichzeitig die eigene Begrenztheit erfahren und als Übergangserfahrung reflektieren können.“ (ebd., 185) Verbote und Repression werden als kontraproduktiv angesehen, da sie den pädagogischen Zugang gefährden. Da betont wird, dass die Übergangsprozesse anstatt der Substanzen ins Zentrum von Präventionsmaßnahmen zu stellen sind, ist von einer Übertragbarkeit auf andere Substanzen auszugehen (vgl. ebd., 184f). Für den Umgang mit jugendlicher Substanzabhängigkeit (im Verständnis eines verstetigten autoaggressiven Verhaltens aufgrund permanenten Abspaltungsdrucks) werden keine konkreten Empfehlungen gegeben. Generell wird aber, aufgrund der subjektiven Funktionalität zur Herstellung von Handlungsfähigkeit, die Etablierung funktionaler Äquivalente (siehe Kapitel 3.3) als notwendige pädagogisch Reaktion auf Abspaltungsverhalten angesehen. (vgl. ebd., 29)

3.3 Jugendliche und Prävention

Substanzkonsum im Jugendalter ist zweifellos ungesund, wenn nicht gefährlich. Über die biopsychosozialen Risiken, die Substanzkonsum auch für Erwachsene mit sich bringt, wirkt sich Konsum auf Jugendliche in besonderer Weise ungünstig aus.

„Wie andere gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen auch wird in diesem Alter der Substanzkonsum erprobt, erlernt, wieder verworfen oder aber auch verfestigt (Bühringer & Bühler, 2014; Pinquart & Silbereisen, 2014). Dabei bestehen nicht nur langfristige gesundheitliche Risiken. Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Wachstums- und Reifephase sind Jugendliche als besonders vulnerabel für ungünstige Auswirkungen des Substanzkonsums einzustufen. So können die in den Substanzen enthaltenen Schadstoffe schon im Jugendalter die körperliche Leistungsfähigkeit und die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigen.“

(Orth/Merkel 2020, 13)

Die Risiken sind dabei substanzabhängig unterschiedlich gelagert. Substanzübergreifend kann aber als Faustregel festgehalten werden: umso früher der Konsum einsetzt, desto größer das Risiko der Ausbildung problematischer Konsummuster und der gesundheitlichen Schädigung (vgl. ebd., 14). Die körperliche Toleranz gegenüber der Wirkung psychoaktiver Substanzen ist bei Jugendlichen deutlich schlechter ausgeprägt als bei Erwachsenen, und die Wirkung dementsprechend stärker. Hinzu kommen Sekundärrisiken durch die Verstärkung der „alterstypisch ohnehin hohe[n] Risikobereitschaft“, beispielsweise durch ungeschützten Geschlechtsverkehr, Gewaltsituationen (vgl. Kuitunen-Paul/Atzendorf 2024, 422) oder das erhöhte Unfallrisiko (vgl. Ort et al. 2024, 14). Außerdem können mit Konsum Strafverfolgung aufgrund konsumbezogener Delinquenz, sozialer Rückzug, Schulabstinz und Straßenepisoden einhergehen (vgl. Möller 2024, 29). Diese Evidenz rückt Jugendliche besonders in den Fokus präventiver Interventionen und lässt zunächst Präventionsstrategien mit dem Ziel vernünftig erscheinen, Substanzkonsum möglichst weit hinauszuzögern, möglichst geringen zu halten bzw. bestenfalls vollständig zu verhindern.

Anders als in den methodischen Ansätzen, die vorrangig das Ziel der Behandlung verfolgen, geht es in der Suchtprävention nicht um die Versorgung erlittener, sondern um die Verhinderung angenommener zukünftiger Schäden durch Substanzkonsum. Handlungsgrundlage ist immer die statistische Wahrscheinlichkeit, anhand derer das Gefährdungsrisiko der Individuen, bezogen auf unterschiedliche Vergleichsgruppen, eingeschätzt und versucht wird, dieses zu verringern. Die Ausgestaltung der Intervention kann dabei je nach theoretischer Handlungsgrundlage stark variieren (vgl. Laging 2018, 115).

Um ein der Vielzahl der Ansätze eine gewisse Ordnung zu schaffen, können die unterschiedlichen Konzepte nach verschiedenen Schemata geordnet werden:

- Die Einteilung in *Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention* erfolgt in Bezug darauf, in welchem zeitlichen Verhältnis die angesprochenen Individuen zu einer Abhängigkeitserkrankung stehen. Das inhaltliche Verständnis kann dabei variieren: Basedow und Kuitunen-Paul definieren Primärprävention als Intervention vor, Sekundärprävention zu Beginn und Tertiärprävention nach Entwicklung einer

Abhängigkeitserkrankung (beispielsweise durch Maßnahmen zur Schadensminimierung) (vgl. Basedow/Kuitunen-Paul 2024 408f). Greca dagegen begreift, in einer eher abstinenzorientierten Auslegung, Primärprävention als Konsumverhinderung, Sekundärprävention als Schadensminimierung und Tertiärprävention als Rückfallprophylaxe (vgl. Greca 2021, 468)

- Als zweite Möglichkeit der Unterteilung lässt sich zwischen *Verhaltens- und Verhältnisprävention* unterscheiden. Verhaltensprävention versucht Personen zur individuellen Verhaltensänderung zu bewegen, während Verhältnisprävention die Umstände in den Blick nimmt, beispielsweise durch gesetzliche Regelungen wie Altersbeschränkungen (vgl. Basedow/Kuitunen-Paul 2024, 409).
- Die dritte Möglichkeit besteht darin, Präventionsmaßnahmen nach Genauigkeit der Zielgruppenauswahl zu ordnen. Unterschieden wird hier zwischen *universeller* (Gesamtbevölkerung), *selektiver* (Risikogruppe) und *indizierter Prävention* (Personen mit Störungen durch Substanzgebrauch) (vgl. Niemeier 2012, 24).

An der medizinisch geprägten Einteilung in primär/sekundär/tertiär lässt sich kritisieren, dass sie einen zeitlich linearen Krankheitsverlauf suggeriert, der sich in der Realität häufig deutlich komplexer gestaltet. Einige Autor:innen befürworten aus diesem Grund die Verwendung der Einteilung universell/selektiver/indiziert, da sich diese deutlich mehr an den Lebenswelten der Adressat:innen orientieren (vgl. Laging 2018, 124). Die Einteilung universell/selektiv/indiziert wird auch in dieser Arbeit bevorzugt. Für eine weitere Differenzierung können die Klassifizierungen in Form einer Matrix kombiniert verwendet werden.

Das Feld der Präventionskonzepte ist weit und unübersichtlich. Laging unterteilt nach sechs grundlegenden, vor allem durch ihre theoretischen Annahmen und Ansätze definierte Konzepte (vgl. Laging 2018, 115ff – wie auch im Folgenden zitiert)

- Im vergangenen Jahrhundert wurde seit den 60er Jahren vor allem mit dem *Konzept der abschreckenden Information operiert*. Ziel war es, mit vor allem drastischen Darstellungen den Konsum illegalisierter Substanzen zu unterbinden. Dieser abstinenzorientierte Ansatz zeigt zwar Wirkung in der Bestärkung von Menschen mit ohnehin ablehnender Haltung, erwies sich aber gegenüber Konsument:innen aber als unbrauchbar und hatte darüber hinaus zahlreiche

negative Begleiteffekte (siehe Kapitel 3.4). Das Konzept wurde in den 80er Jahren größtenteils verworfen, erlebt aber beispielsweise in Form der abschreckenden Bilder auf Tabakprodukten eine Wiedergeburt. Daneben ist die Punktabstinenz, der Verzicht auf Konsum in bestimmten Zeiten, Räumen oder Situation, bis heute fester Bestandteil von Suchtprävention.

- Mit dem Konzept der *Funktionalen Äquivalenten und Risikoalternativen* wird seit den 80er Jahren versucht dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Konsum entwicklungstheoretisch als Risikoverhalten funktional sein kann. (siehe Kapitel 3.1 und 3.2) Ziel dabei ist es, Alternativen zu dieser und anderen Funktionen zu schaffen. Aufgrund der Schwierigkeit einer Identifikation der Funktionen im Einzelfall, wurde dazu übergegangen, eher übergreifende Erlebnisangebote als allgemeine zu etablieren. Ein Nachteil dieses Konzepts ist, dass das Thema Konsum selbst häufig nicht mehr explizit thematisiert wird und damit keinen Raum einer konkreten Auseinandersetzung für Jugendliche bietet.
- Das Konzept *Lebenskompetenzförderung*, nach dem Modell der US-amerikanischen ‚Life-Skill-Trainings‘, arbeitet lerntheoretisch mithilfe einer Kombination aus Rollenspiel, Übungen und Wissensvermittlung und wurde vor allem in den 80ern bis Mitte der 90er praktiziert. Gelernt werden sollen dabei Widerstandsfähigkeit gegen sozialen Druck Richtung Konsum, sowie allgemeine Bewältigungsfähigkeiten. Das Konzept ist zumindest implizit als abstinenzorientiert einzustufen. Die Evaluationsergebnisse sowie die Kritik an Programmen zur Lebenskompetenzförderung sind vergleichbar mit der Konzeption der Abschreckung. (siehe Kapitel 3.4)
- *Schadensminimierung* bildet sowohl ein präventives Konzept als auch davon ausgehend ein eigenes Arbeitsfeld und wurde bereits in Kapitel 2.5 grundlegend und in Form seines theoretischen Überbaus der akzeptierenden Drogenarbeit in Kapitel 6.1 dargestellt.

- Das Konzept der *Risikokompetenz* führt die Schutzintention der Schadenminimierung mit der einer Befähigung zur Selbstentscheidung durch Informationsbereitstellung zusammen. Ausgerichtet ist das Konzept auf jugendliche Gelegenheitskonsumt:innen und folgt, wie das Konzept der funktionalen Äquivalenten und der Risikoalternativen, der Annahme der Normalität und entwicklungstheoretischen Funktionalität von Substanzkonsum. Es lässt sich in sechs Unterziele gliedern:

1. „informiertes Problembewusstsein über Drogenwirkungen und Risiken des Drogenkonsums,
2. kritische Einstellung gegenüber legalen und illegalen Drogen,
3. Verzicht auf bestimmte Substanzen (harte Drogen, Selbstmedikation),
4. Bereitschaft und Fähigkeit zum konsequenten Konsumverzicht (Punktnüchternheit) in bestimmten Situationen, Lebensräumen und Entwicklungsphasen,
5. Vermögen, sich zwischen Abstinenz und mäßigem Konsum in tolerierten Situationen ohne negative Konsequenzen bewusst und verantwortlich entscheiden zu können,
6. Entwicklung von Regeln für einen genussorientierten und maßvollen Konsum, Beherrschen von Sicherheitsregeln, die sowohl das persönliche Risiko als auch das für die Umwelt regeln.“

(Franzkowiak/Schlömer 2003; zit. n. Laging 2018, 120)

- Während die bisherigen Konzepte vorrangig verhaltenspräventiv ausgerichtet sind, nimmt der *Setting-Ansatz* und die *Policyentwicklung* die Verhältnisebene in den Blick. Der Setting-Ansatz baut auf der salutogenetisch orientierten Gesundheitsförderung auf und ist entsprechend auf individuelle Ressourcen und die Umwelt (Setting) ausgerichtet. Kombiniert werden dabei beispielsweise örtlich und zeitlich eingegrenzte Konsumverbote mit individuellen Beratungsangeboten. Der Setting-Ansatz gilt als zentrales Element moderner Suchtprävention. Eine suchtpreventive Policyentwicklung versucht die Maximen des Setting-Ansatzes auf politischer Ebene durchzusetzen.

Suchtprävention wird häufig in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung gebracht. (vgl. Tielking/Rabes 2024, 62; Basedow/Kuitunen-Paul 2024, 408) Auch wenn Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis häufig schwer zu trennen sind und beide auf einen Zugewinn an Gesundheit abzielen, kann festgehalten werden, dass es sich auf theoretischer Ebenen grundsätzlich doch um zwei voneinander zu unterscheidende

konzeptionelle Herangehensweisen handelt. Die Gesundheitsförderung versucht auf allgemeinerer Ebene zu einem Mehr an Ressourcen beizutragen, um es dem Individuum zu ermöglichen, gesundheitlichen Herausforderungen trotzen zu können. Zentraler Bezugspunkt ist dabei nach Antonovskys salutogenetischem Gesundheitsbegriff das Kohärenzgefühl. Demgegenüber orientiert sich Prävention an konkreten Risikofaktoren in Bezug auf ein bestimmtes Krankheitsbild und versucht auf dieser Grundlage negative Entwicklungen abzuschwächen oder zu verhindern. (vgl. Rademaker/Altenhöner 2019, 147ff) Diese in der Praxis häufig durch den Begriff ‚Suchtprävention‘ verdeckte inhaltliche Differenz spiegelt sich auch im Streit zwischen Vertretern suchtspezifischer Programme zur Förderung allgemeiner, suchtspezifischer Kompetenzen und denen, die eine gewisse Spezifizierung und Wissensvermittlung für unabdingbar halten. (vgl. Tielking/Rabes 2024, 63)

Da für diese Arbeit Sucht als bio-psycho-soziale Krankheit den theoretischen Bezugspunkt bildet, werden für eine suchtspezifische konzeptionelle Planung Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nahegelegt, die sich enger an Schutz- und Risikofaktoren orientieren. Unabhängig davon ist allgemeine Gesundheitsförderung und Erlebnisangebote der Grenzerfahrung, beispielsweise durch Erlebnispädagogik, als Baustein in der Konzeption stationärer Jugendhilfesettings generell und auch in Bezug auf Substanzkonsum empfehlenswert.

3.4 Zwischendiskussion Prävention

Das einige Präventionsansätze als zu unspezifisch im Sinne einer zielgerichteten Prävention oder als nachweislich unwirksam gegenüber Konsument:innen einzuordnen sind, wurde bereits im vorangegangenen Kapitel dargelegt. An dieser Stelle soll aus der inneren Logik heraus diskutiert werden, welche Ausschlüsse und wiederum daraus resultierende Risiken sich insbesondere durch abstinenzorientierte präventive Ansätze ergeben. Formulierte Kritik an dem explizit abstinenzorientierten ‚Konzept der abschreckenden Information‘ und dem zumindest implizit abstinenzorientierten Konzept der ‚Lebenskompetenzförderung‘ bezieht sich vor allem auf drei Aspekte:

- vollständige Abstinenz von psychoaktiven Substanzen ist für die meisten Menschen lebensfern und die Darstellung unglaubwürdig,
- sie ist wirkungslos sowie stigmatisierend gegenüber Konsumentinnen und vergrößert die soziale Distanz zwischen Abstinenten und Konsument:innen und
- behandelt, aus ethischer Perspektive fragwürdig, beide „manipulativ-repressiv“ als passive Objekte.

(vgl. Laging 2018, 117; 119)

Daneben muss aber noch ein weiterer Aspekt betont werden, der insbesondere abstinenzorientierte Prävention betrifft. Der implizite Appell jeder der Prävention, der sich an die an diese Steuerungsfähigkeit richtet, nimmt die Subjekte in die Verantwortung für ihr Handeln. Wallroth resümiert: „Wer Menschen in die Verantwortung nimmt, kann und möchte moralisch be- oder verurteilen[...]“ und verweist auf das alte Narrativ der Willensschwäche in der Beurteilung von Substanzkonsum, das strukturell in Suchtprävention eingelegt ist und der als „Zweideutigkeit des modernen Suchtbegriffs“ auch über die Diagnose der Abhängigkeit hinweg wirksam bleibt. (vgl. Wallroth 2024, 219f) Definitorisch wird der Umschlag zum Verlust der Steuerungsfähigkeit, also das Entstehen der Hilflosigkeit, mit der Abhängigkeitsdiagnose unterstellt. Der tatsächliche Verlust der Steuerungsfähigkeit des Konsums ist aber in der Praxis nicht einwandfrei an der Diagnose ‚Abhängigkeit‘ festzumachen, sondern im Sinne Körtkels eher als fluider Prozess zu verstehen. Bei näherer Betrachtung lassen sich Analogien zu Dahme und Wohlfahrt (siehe Kapitel 1.2) unter umgedrehten Vorzeichen aufmachen und der Umgang mit Substanzkonsum Form von Prävention und Behandlung als eine nicht zu trennende, einander notwendigerweise bedingende Einheit aus Hilfe und Kontrolle definieren. Um diesen Gedanken angemessen auszuführen, fehlen hier aber leider die Kapazitäten.

Zentral an der Implikation der moralischen Verfehlung in Prävention ist folgendes: Je höher der Grad der moralischen Vorhaltung im Vorfeld, desto stärker der Bruch bei der Diagnose Abhängigkeit. Abstinenzorientierte Prävention, die keine Grauzone zulässt, verlangt, überspitzt gesagt, nach einer 180-Grad-Wende der Bewertung des Konsumverhaltens mit Eintritt der Sucht. Die Verwerflichkeit des Konsums von heute ist die Unschuld der Abhängigkeit von Morgen. Es ist naheliegend, dass dieser abrupte Übergang weder von Professionellen, noch von Konsument:innen vollzogen werden kann, insbesondere innerhalb einer Betreuungskontinuität. Ein offener, empathischer

Gesprächsumgang über die Erkrankung, wie er für die Behandlung und die Betreuung substanzabhängiger Jugendlicher vonnöten ist, wird also durch Versuche der moralisch-repressiven Disziplinierung im Vorfeld massiv erschwert. Polemisch formuliert: Wer versucht, Konsum von Jugendlichen zu unterdrücken, opfert die Abhängigen dem guten Willen.

3.5 Exkurs: Wohnen als Grundlage der Hilfe

Während für Suchtprävention und -behandlung eine (drohende) Substanzabhängigkeit den Hilfebedarf bildet, lohnt es sich aus der entgegengesetzten Perspektive zu schauen, welche Ausschlüsse aus Hilfen mit Substanzkonsum einhergehen. In den Blick gerät hier die kleine, aber vieldiskutierte Gruppe der Jugendlichen, auf deren Verhalten die Hilfesysteme keine Antworten finden und denen infolgedessen der Zugang zu Hilfen versperrt ist. Die Versuche, diese sehr heterogene Gruppe zu definieren, hat zu verschiedenen Bezeichnungen geführt: „schwierige“ Kinder bzw. Jugendliche, „die Schwierigsten“, „Systemsprenger“, „Hochrisikoklientel“, „riskant agierende Jugendliche“, „Unerziehbare“, „Hilferestente“, „Jugendhilfe-averse“ junge Menschen (vgl. Schwabe/Stallmann/Vust 2021, 27), „marginalisierte Jugendliche“ (Gerdes/Steding/Würfel 2016 132) „Straßenjugendliche“ (Beierle/Hoch 2017, 7) oder „wohnungslose Jugendliche“ (Mücher 2010, 17). Je nach Label werden dabei Jugendliche ein- oder ausgeklammert und der Fokus verschieden gesetzt. Ein entscheidender Diskurs, der sich auch in den jeweiligen Bezeichnungen widerspiegelt, dreht sich um die Frage, ob sich die Problematik eher aus der Begrenztheit der Hilfesystem ergibt, oder am individuellen Verhalten der Jugendlichen festzumachen ist. Auf diesen Aspekt soll im Folgenden nicht eingegangen werden und die wertneutrale Bezeichnung *entkoppelte Jugendliche* (vgl. Icking 2021, 1741) Verwendung finden.

Entkoppelte Jugendliche sind strukturbedingt und je nach Definition „oft“ (vgl. Gerdes et al. 2016, 132) oder qua Definitionsmerkmal (vgl. Hoch 2017, 14) wohnungslos (Inobhutnahmestellen, Couchsurfing etc.) beziehungsweise obdachlos. Den Ergebnissen der ersten Projektphase der DJI-Studie von 2016 zufolge können zwar keine validen Aussagen zum Alkoholkonsum der Zielgruppe getroffen werden, „Drogenkonsum“ jedoch

scheint „weit verbreitet zu sein“. Bodenmüller und Piepel zufolge, in der Studie zitiert, ist Substanzkonsum selten auslösend für die Situation, im Kehrwert wirkt die Situation aber konsumverstärkend. (vgl. Hoch 2016, 44ff) Demgegenüber wird Konsum in stationären Betreuungssettings laut Schwabe, Stallmann und Vust in stationären Einrichtungen zwar „oft schnell aufgedeckt und bearbeitet, aber häufig mit einem ‚Rauswurf‘ beendet“ (Schwabe et al 2021, 180). Außerdem wird Konsum von Alkohol oder illegalisierten Substanzen „seit einiger Zeit und in größeren Mengen“ als einer der Gründe aufgeführt, die in Kombination miteinander oft schon das Vorstellungsgespräch ausschließen (vgl. ebd. 21) Für die Teilgruppe der obdachlosen Jugendlichen sehen Flick und Röhnsch den Konsum von Alkohol und illegalisierten Drogen als „zentralen Gefährdungsfaktor“. Auf diesen führen sie auch zurück, warum es obdachlosen Jugendlichen nicht gelingt, den institutionellen Anforderungen in Verbindung mit Wohnraum zu entsprechen. (vgl. Flick/Röhnsch 2009, 51f)

Der Aspekt, dass Konsum einer der Gründe sein kann, der entkoppelten Jugendlichen den Zugang zu Wohnraum verwehrt, schafft Analogien zum Diskurs rund um den Ansatz des „Housing First“ in der Wohnungslosenhilfe. Wohnungslosigkeit und Substanzkonsum bilden grundsätzlich wechselseitige Risikofaktoren füreinander. (vgl. Hauprich/Knobel 2024, 482) Housing First stellt sich als Ansatz gegen Stufensysteme, in denen „Wohnfähigkeit“ erst gelernt werden soll, und stellt bedingungslos bezahlbaren Wohnraum zur Verfügung. Konsum ist dabei, den Grundsätzen der Schadensminimierung folgend, weder Hindernis- noch Kündigungsgrund. Hilfsangebote werden nachdrücklich an die Klient:innen herangetragen, die einzige Verpflichtung außerhalb eines regulären Mietverhältnisses besteht aber in einem wöchentlichen Besuchskontakt. (vgl. Busch-Geertsema 2014, 159f) Der Ansatz ist international gut evaluiert, die Erfolgsquote einer Langzeitwohnstabilität liegt mit 80 bis 90 Prozent etwa doppelt so hoch, wie die konventioneller Hilfeangebote. Inwieweit konzeptionelle Bausteine des Housing First für die Konstruktionen von Settings in der stationären Jugendhilfe verwendet werden können, kann an dieser Stelle nicht ausreichend geprüft werden. Naheliegend ist aber, dass die Grundannahme des Housing First, also die Notwendigkeit eines gesicherten, normalen Zuhauses um Substanzgebrauchsstörungen (wie auch andere psychische Erkrankungen) angehen zu können (vgl. Hauprich; Knobel 2024, S. 491 in: Deimel) übertragbar ist.

4. Handreichung für Konzeptentwicklungen

In diesem abschließenden Kapitel soll eine Hilfestellung für mögliche Konzeptentwicklungen gegeben werden. Vorausgesetzt wird dabei, dass die Einrichtung bereit ist zu versuchen, Ausschlüsse aufgrund von Substanzkonsum oder Abhängigkeit zu vermeiden und durch Substanzabhängigkeit bedingten Marginalisierungsprozessen entgegenzuwirken. Grundsätzlich wird angenommen, dass die Betreuung von substanzabhängigen Jugendlichen auch in nicht-spezialisierten Einrichtungen möglich ist, konkret müssen Passungen im Einzelfall beurteilt werden. Daneben gilt selbstverständlich, dass bei mangelnder Angebotslage individuell angepasste Settings geschaffen werden können und, gemäß dem Rechtsanspruch, auch müssen. Eingangs sollen dafür einige bestehende Handreichungen und Konzepte vorgestellt werden, die sich (auch) mit der Betreuung substanzabhängiger Jugendlicher beschäftigen. Im Anschluss werden dann konzeptionelle Grundannahmen und mögliche Bausteine entwickelt, die sich aus dem Bisherigen dieser Arbeit ergeben.

4.1 Vorstellung und Diskussion ausgewählter Literatur

- Degenhardt/Maulwurf (o. J.): **Drogenkonsum in der Jugendhilfe – Akzeptanz vs. Ausgrenzung.** Ein Betreuungskonzept für jugendliche KonsumentInnen illegaler Drogen

Wie der Titel schon vermuten lässt, orientiert sich dieses Konzept an den Prämissen der akzeptierenden Drogenarbeit und wurde von Mitarbeiter:innen der Jugendhilfeabteilung des Rauhen Hauses in Hamburg entwickelt. Das Erscheinungsjahr ist unbekannt, die verwendete Literatur und einzelne Textpassagen lassen aber vermuten, dass es Anfang bis Mitte der 90er entwickelt wurde. Obwohl das Konzept für eine ambulante, flexibel Betreuung geschrieben ist, sind die Erfahrungswerte auch für konzeptionelle Überlegungen stationärer Betreuungssettings interessant.

Einführend wird anekdotisch das Praxisproblem erläutert, dass viele Jugendliche nicht bereit oder nicht in der Lage waren, abstinent zu leben und eine Entzugsbehandlung zu absolvieren und dementsprechend eine professionelle Umorientierung benötigt wurde.

Die Motivation zum Konsum wird vielfältig gesehen, betont wird aber die generell erhöhte Risikobereitschaft von Jugendlichen und die Risiken der Desintegration aufgrund der gesellschaftlichen Individualisierungstendenzen in der Lebensphase Jugend (vgl. Degenhart/Maulwurf [o. J.], 3). Anschließend folgt eine Abhandlung zu Wirkung, substanz- sowie prohibitionsbedingten Risiken von Heroinkonsum. Daraus werden dann Grundgedanken für ein akzeptierendes Betreuungskonzept abgeleitet und weitergehend Arbeitsprinzipien und -schritte formuliert.

Interessant an diesem Konzept ist die niedrigschwellige Orientierung am Praxisproblem des Ausschlusses von konsumierenden Jugendlichen. Gefragt wird nicht, ob dieser Ausschluss zu verhindern ist, sondern wie. Die Akzeptanzorientierung ermöglicht eine schadensminimierende Arbeitsweise, die sich eng an den Lebensrealitäten der Konsument:innen orientiert. Die soziale Integration wird dabei als Schlüssel zum Konsumausstieg gesehen. Auch Grundprinzipien der zieloffenen Suchtarbeit klingen hier bereits an:

„Drogenfreie Intervalle gilt es zu verlängern und in Lebensbedingungen einzubetten, die den Jugendlichen den Sinn eines drogenfreien Lebens erkennen lassen. Schließlich geht es darum, alle Versuche des Jugendlichen zu unterstützen, den Drogenkonsum einzuschränken, zu kontrollieren oder auch zu beenden.“ (ebd. 7)

Insbesondere die eindrücklichen Erfahrungsberichte der situativen Überforderung, die Hilflosigkeit von Mitarbeiter:innen und das daraus gezogene Resümee sollten für die Konzeption einer Betreuung in stationären Kontexten Beachtung finden.

„Um den Jugendlichen Kontinuität in der Beziehung und Betreuung anbieten zu können, ohne die professionelle Distanz zu verlieren, müssen diese Gefühle und Unsicherheiten zugelassen und reflektiert werden. [...] Unterstützung in Form von Supervision ist dazu unerlässlich.“ (ebd. 8)

Demgegenüber muss die Ablehnung des Krankheitsverständnisses von Sucht, im Konzept als „Pathologisierung“ (ebd., 6) bezeichnet, kritisiert werden. Substanzkonsum wird als „eigene Entscheidung“ angesehen, die „keine zwangsläufige Behandlungsbedürftigkeit“ (ebd. 7) bedeute. Auch wenn angemerkt wird, dass dies nicht mit einer Befürwortung von Substanzkonsum gleichzusetzen sein, blendet diese Perspektive den Verlust der

Steuerungsfähigkeit vollkommen aus und eröffnet, entgegen der eigenen Intention, den Raum für moralische Vorhaltungen gegenüber abhängigen Menschen.

- DHS (2002): **Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe**. Manuel für die stationäre Jugendhilfe

Dieses umfangreiche Manual der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch „Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.“) verfolgt grundlegend dasselbe Ziel wie diese Arbeit, nämlich Fachkräften der stationären Jugendhilfe Handlungsfähigkeit im Umgang mit Substanzkonsum zu geben. Aufgeteilt ist das Manual im Wesentlichen in einen praxisbezogenen und einen theoretischen Teil. Der theoretische Bezug erfolgt vorwiegend jugend- und sozialpädagogisch. Herausgestrichen werden soll damit, dass es in der stationären Jugendhilfe für die Erklärung von Substanzkonsum nicht immer gesondertes Wissen braucht (vgl. DHS 2002, S. 4f). Der Inhalt des Manuals kann aus Kapazitätsgründen hier nicht in seiner ganzen Breite dargestellt werden. Trotz des seines Alters können viele Beiträge als nach wie vor zeitgemäß angesehen werden und aufgrund der inhaltlichen Nähe ergeben sich zahlreiche Überschneidungen zu dieser Arbeit. Im Folgenden sollen deshalb vor allem die Differenzen betrachtet werden.

Wesentlicher Unterschied ist zunächst die bereits erwähnte Konzentration auf pädagogische Erklärungsmuster von Substanzkonsum. Der Krankheitsaspekt der Abhängigkeit wird demgegenüber eher untergeordnet behandelt und die Entstehungsfaktoren anhand der Trias-Modells erklärt (vgl. Grupp 2002, 166). Die Klassifikationskriterien des ICD-10 werden genannt, strukturlogisch aber nicht ins Verhältnis zu den pädagogisch orientierten Erklärungs- und Handlungsmuster der Pädagogik gesetzt. (vgl. ebd. 168f) Diese Gewichtung ist, aufgrund der dadurch erreichten hohen Anknüpfbarkeit für Praktiker:innen der stationären Jugendhilfe, nachvollziehbar. Verpasst wird dadurch aber eine systematische Gegenüberstellung des fluiden, durch das ICD-10 rein punktuell diagnostisch festgestellten Prozesses des Steuerungsverlustes im Konsum gegenüber anderen Motivationsgründen. Die Widersprüchlichkeit in den Erklärungen von Abhängigkeit werden entsprechend nicht verhandelt. Da sich das Manual vorwiegend an unspezifischen Präventionsansätzen orientiert, fällt dieser Umstand aber tendenziell weniger ins Gewicht.

Kritisiert werden muss aus heutiger Perspektive das Operieren mit dem Begriff der Co-Abhängigkeit, die es zu vermeiden gelte:

„Co-Abhängigkeit ist eine Verhaltensweise, die aus Unsicherheit heraus geschieht und die bewusst oder unbewusst den beginnenden Missbrauch oder die schon vorhandene Abhängigkeit des anderen unterstützen oder aufrechterhalten kann. Meistens geschieht dies über Wegsehen, Nichtwahrnehmen, Verharmlosen, Beschimpfen, Verschweigen oder Verschleiern.“

(vgl. Gruber/Leitner-Sautter/Seifert/Weigert 2002, 17)

Das Konzept der Co-Abhängigkeit bezieht sich vor allem auf Angehörige substanzabhängiger Menschen und geht davon aus, dass, den Logiken der „Leidensdrucktheorie“ folgend, bereits Handlungen zur Aufrechterhaltung des Alltags suchtunterstützend wirken würden. Den Angehörigen wurde selbst eine Form der Störung unterstellt. (vgl. Laging 2016, 142f) Diese generelle Pathologisierung und Schuldzuweisung ohne empirische Evidenz steht im Widerspruch zur zieloffenen Suchtarbeit und wird heute auch von der DHS abgelehnt. Unabhängig davon können bestimmte Verhaltens- und Beziehungsformen im konkreten Fall als ‚suchtfördernd‘ eingestuft werden. (vgl. ebd. 145f) Da das Vermeiden von Co-Abhängigkeit dem praxisorientierten Teil als Handlungsmaxime zugrunde gelegt wird, müssen die Empfehlungen vor diesem Hintergrund gelesen werden.

- proJugend (3/2013): **Suchtmittelkonsum in der stationären Jugendhilfe**

In der Ausgabe 3/2013 der Fachzeitschrift „proJugend“ werden fünf konzeptionelle Herangehensweisen von Einrichtungen im Umgang mit Substanzkonsum vorgestellt. Die ersten drei sind vorrangig präventiv ausgerichtet. Bemerkenswert ist der hohe Grad an Kontrolle und Sanktionierung, mit denen bereits in diesen Settings auf Substanzkonsum reagiert wird. So wird es im Fall von Konsumverdacht als selbstverständlich erachtet, gemeinsam mit den Kindern oder Jugendlichen eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen (vgl. Oltrop/Thünemann 2013, 8) und Konsum durch Zimmerkontrollen zu und Urintests zu observieren und gegebenenfalls zu sanktionieren (vgl. Wallner 2013, 13; Herbst 2013, 15). Nennenswert aus dem dritten Artikel ist, dass das durchgeführte Kooperationsprojekt zwischen einer stationären Jugendhilfeeinrichtung und einer

Suchtberatungsstelle zunächst verpflichtend war und dadurch von den Jugendlichen häufig als Sanktion wahrgenommen wurde. Infolgedessen wurde die Teilnahme nur noch freiwillig angeboten, ein Großteil der Jugendlichen ist trotzdem dabeigebblieben. (vgl. Herbst 2013, 16f)

Der vierte Artikel befasst sich mit einer Einrichtung, in der mit einem hohen Maß an Kontrolle durch strikte Regeln, ein Stufenmodell und eine engmaschige Tagesstrukturierung versucht wird, unter anderem Substanzkonsum vollständig zu unterbinden (vgl. Wontorra 2013, 18ff). Sie folgt dementsprechend grundlegend anderen Annahmen als diese Arbeit. Der fünfte Artikel stellt eine auf substanzkonsumierende Jugendliche spezialisierte, niedrighschwellige Einrichtung vor. Ziele sind ein geschütztes Zuhause und der Erhalt eines vertretbaren Status Quo, die Etablierung einer ‚minimalen‘ Tagesstruktur sowie eine interne Beschulung. Obwohl der Konsum selbst nicht sanktioniert wird, findet auch hier eine Konsumüberwachung durch Urin- und Speichelproben statt. Außerdem gilt in und im Umkreis der Einrichtung Konsumverbot. Betont wird, wie allein die Einrichtung mit ihrem konsumtolerierenden Ansatz steht und dass dieser häufig für Irritationen sorgt. (vgl. Bengl 2013, 22ff)

- DHS (2020): **Suchtprävention in der Heimerziehung**. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung

Schon der Titel verdeutlicht, dass sich dieses Handbuch vor allem auf die Förderung von Prävention in stationären Einrichtungen fokussiert. Daneben finden sich aber auch Empfehlungen zum Umgang mit abhängigen Jugendlichen. Wie beim Handbuch von 2002 kann der Inhalt aufgrund des Umfangs nicht ausführlich dargestellt werden. Generell auffällig ist auch hier, dass das Handbuch den Abhängigkeitsbegriff nur wenig am ICD-10 festmacht und die Risiko- und Schutzfaktoren als Trias-Model anhand von „Persönlichkeit, Substanz/Verhaltensweise und Umwelt“ einordnet (vgl. Gaßmann 2020, 38). Besonders ins Zentrum gerückt wird Konsumverhalten als generelle Entwicklungsaufgabe (Baumann 2020, 35) und es wird zunächst auf den Bedarf einer breiten Gesundheitsförderung und -prävention hingewiesen wird, die sich nicht auf Abhängigkeitserkrankungen im Sinne des ICD-10 oder ICD-11 beschränkt (Gaßmann 2020, 6). Der „Konsumthematik“ soll vor allem mit einer Stärkung der Emotionsregulation begegnet und Formen der „Produktion“ als Handlungsalternative

entgegengestellt werden (Gaßmann 2020, 16f). Nichtsdestotrotz werden auch spezifischen Präventionsformen unter den konzeptionellen Anregungen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention Raum ausgearbeitet.

Im Umgang mit abhängigen Jugendlichen wird betont, dass diese niemals ihr Recht auf Erziehung und Förderung einbüßen, „Regelgruppen“ in der Regel aber nicht das geeignete Angebot seien. Einrichtungen werden zur Transparenz aufgerufen, inwieweit sie riskantes Konsumverhalten mittragen. Was dabei als zu riskant einzustufen sei, ergebe sich aus Perspektive der Einrichtung konkret aus dem „Aufgabenprofil der Einrichtung, dem Ausbildungsstand der dort tätigen Fachkräfte und den Träger-spezifischen [sic] Schutzmaßnahmen für das Personal“ (Gaßmann, 2020, S. 71). Die Entscheidungsfindung gestalte sich oft als eine Gradwanderung zwischen den Interessen des:der Jugendlichen, der Gefährdung der anderen Gruppenmitglieder und der Belastbarkeit sowie eventuellen Gefährdung des Personals. Betont wird die Verpflichtung der Einrichtung zur Begleitung bis zu einem passenden Folgeangebot und dass eine Verletzung der Mitwirkungspflicht durch den:die Jugendliche nur bei vollständiger Kontaktverweigerung gegeben sei. Bemerkenswert ist die Ambivalenz im „möglichen“ Umgang mit (drohender) Substanzabhängigkeit und einer erst innerhalb des Betreuungskontextes entwickelten. Im ersteren Fall „sollte“, falls das Angebot generell als passend eingestuft wird, vor Einzug ein qualifizierter Entzug durchgeführt werden, falls als nicht passend auf niedrigschwellige oder stark kontrollierende Spezialeinrichtungen weiterverwiesen werden. Im zweiten Fall gilt es Beziehungsabbrüche zu verhindern, infolgedessen wird abgestuft interveniert und Kooperation herangezogen. Die Gefährdung anderer Jugendlicher gilt dabei als Gradmesser für die Tragfähigkeit, Entlassung ohne Rückkehroption nur als letzte Konsequenz. (vgl. ebd., 70ff)

Auffällig sind die im Vergleich deutlich toleranteren Vorschläge zum generellen Umgang mit Substanzkonsum: Eine Intervention entlang verschiedener Eingriffsstufen wird erst bei der Annahme riskanter Konsummuster empfohlen, die Empfehlung eines grundsätzlichen Konsumverbots beschränkt sich auf die Einrichtung (vgl. Gaßmann 2020, 75), das Umgangsziel bei riskantem Konsum soll im Idealfall von den Jugendlichen selbst festgelegt werden und Kontrollen wie Urintests und Durchsuchungen von Zimmern und Taschen werden vor dem Hintergrund einer möglichen Beschädigung der Beziehung ambivalent gesehen, um nur einige Beispiele zu nennen (vgl. ebd., 101f). Weiterhin

erwähnenswert und essenziell für die Betreuung ist die Abklärung rechtlicher Aspekte, wie etwa die Nichtexistenz einer Anzeigenpflicht und welche Instanzen bei riskantem Konsumverhalten zu informieren sind (vgl. Fricke 2020, 53f).

4.2. Grundannahmen für Konzeptentwicklungen

Im Verlauf der Arbeit konnten einige grundsätzliche Annahmen entwickelt werden, die in konzeptionellen Überlegungen zur Betreuung substanzabhängiger Jugendlicher in stationären Jugendhilfeeinrichtungen von Relevanz sein könnten. Diese sollen hier zusammenfassend noch einmal dargestellt werden.

Der Bedarf eines Lebensortes

Es gibt kein Recht auf Wohnen nach dem SGB VIII, es gibt lediglich das Recht auf Förderung und Erziehung, bzw., im Falle des §35a SGB VIII, das Recht auf Teilhabe, aus denen der Bedarf an Wohnraum zu argumentieren ist. Der Ort hat sich, insbesondere auf Grundlage der §§27ff als Erziehungshilfe, immer zu legitimieren und ist deshalb immer prekär. Vor diesem Hintergrund wird in dieser Arbeit empfohlen, die übergreifende Funktion aller stationären Jugendhilfesettings als Lebensort in seiner vermeintlichen Banalität ernst zu nehmen und konzeptionell darauf aufzubauen. Zentral dabei ist, den Ort nicht auf Grundlage der Normabweichung zu konzeptionieren, sondern vorrangig als Ort des Alltäglichen. Verwiesen werden kann hier beispielsweise auf das Arbeitsprinzip der *Millieubildung* nach Böhnisch (vgl. Böhnisch 2023, 338). Die Sicherheit eines Zuhauses, so lässt sich von den Annahmen des Housing First übertragen, bildet wahrscheinlich auch für viele Jugendliche die Voraussetzung, um sich mit einer Abhängigkeit auseinandersetzen zu können.

Das doppelte Suchtverständnis

Sucht ist nie abschließend zu definieren. Aus Perspektive der stationären Jugendhilfe erscheint es sinnvoll, Sucht als Doppelstruktur aus Krankheit und marginalisierter

Normabweichung zu begreifen. Als Krankheitsdefinition bedeutet dies, sich an die evidenzbasierten Diagnosekriterien und Modelle der Gesundheitswissenschaften zu halten, namentlich die ICD und das bio-psycho-soziale Gesundheitsmodell zur ätiologischen Erklärung von Abhängigkeit. Auch wenn die klinische Diagnose der individuumorientierten Sozialen Arbeit prinzipiell wesensfremd ist, kann der Interventionsbedarf dadurch klar umrissen und Anschluss zum Suchthilfesystem hergestellt werden. Daneben erfüllt das Krankheitsverständnis auch eine wichtige Schutzfunktion für die Betroffenen. Abhängigkeit ist als fluider Prozess zu verstehen. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Steuerungsfähigkeit schon vor der Diagnose als in Teilen eingeschränkt und auch nach der Diagnose noch als in Teilen vorhanden angenommen werden muss. Der Definition als Krankheit gegenüber muss der marginalisierende und entmündigende Prozess beachtet werden, der durch die Zuschreibung des Verhaltens als krankhaft erfolgt. Die Reflektion und Kommunikation darüber, wie sich Sucht als Normabweichung vor einem bestimmten gesellschaftlichen Kontext konstruiert, kann dem unter Umständen entgegenwirken. Darüber hinaus werden Ächtungen von Substanzkonsum und -abhängigen, die sich nicht auf Fürsorglichkeit zurückführen lassen, in Teilen erklärbar.

Risiko Jugend

In einer Betrachtung von Jugend als Lebensphase wird deutlich, dass diese vor dem Hintergrund einer generellen Individualisierung der Gesellschaft zu sehen ist. Jugendliche stehen damit vor der Aufgabe, ein flexibles Bewältigungsset und eigene Formen der gesellschaftlichen Integration zu entwickeln. Diese Notwendigkeit eröffnet Gestaltungsmöglichkeiten, beinhaltet aber auch zwangsläufig Risiken des Scheiterns. Delinquenz und Normbruch gehen mit diesen Entwicklungsprozessen gesamtgesellschaftlich unvermeidbar einher. Die zunehmende Indifferenz zum Erwachsenenalter hat eine tendenzielle Auflösung des Moratoriums Jugend zur Folge und macht diese noch riskanter. Substanzkonsum in der Jugendphase kann als Form des Risikoverhaltens als subjektiv funktional für die Arbeit an der eigenen Identität eingeordnet werden. Die Aufgabe pädagogischen Arbeitens besteht entsprechend

vorrangig darin, eine Verfestigung des Risikoverhaltens über das Jugendalter hinaus zu verhindern.

Das Verhältnis Prävention und Behandlung

Deutlich wurde im Verlauf der Arbeit, dass eine Betreuung und Behandlung von substanzabhängigen Jugendlichen nicht ohne die vorgelagerte und begleitende Suchtprävention zu denken ist. Prävention und Behandlung müssen zueinander in ein Verhältnis gesetzt werden. Suchtspezifische Verhaltensprävention richtet sich immer an die Steuerungsfähigkeit der Individuen und transportiert damit implizit einen moralischen Apell in Form einer Verantwortungsübertragung. Die damit einhergehende Schuldzuweisung im Falle der Entwicklung von Abhängigkeit steht, ausgesprochen oder nicht, inhärent im Widerspruch zur moralischen Entlastung der Definition als Erkrankung. Dieser Widerspruch ist nicht aufzulösen, verweist aber auf den Bedarf, präventives Handeln möglichst wenig moralisierend zu gestalten. Betreuung von Substanzabhängigen und eine Behandlung nach den Prinzipien der zieloffenen Suchtarbeit erfordern einen offenen Umgang mit Konsum.

Hilfe und Kontrolle

Das Thema Hilfe und Kontrolle zieht sich wie ein roter Faden durch die Arbeit. Aspekte der Kontrolle sind, sowohl aus der stationären Jugendhilfe wie auch aus der Suchthilfe, nicht wegzudenken. Beide sind stark mit Formen der Normabweichung konfrontiert und haben diese zu korrigieren. Aus der Debatte um die Mandatierung der Sozialen Arbeit wird klar, dass Hilfe und Kontrolle untrennbar miteinander verwoben sind und Kontrolle immanenter Bestandteil jeder Hilfe bleibt. Vor diesem Hintergrund erscheint auch eine Trennung in akzeptierte Person und kritisiertes Verhalten in Bezug auf Substanzkonsum als Ausweg wenig zielführend (vgl. Laging 2018, S. 18f; siehe auch Grube; Leitner-Sautter; Seifert; Wiegert 2002, S. 20 in: DHS). Hilfreich könnte dagegen sein, sich zu vergegenwärtigen, dass hinter jeder sozialarbeiterischen Kontrolle der Versuch einer Normangleichung steht. Zu fragen ist, ob und inwieweit diese Normangleichung tatsächlich im Interesse der Klient:innen zu sehen ist, und welche negativen Folgen

demgegenüber durch die Ausübung der Kontrolle zu erwarten sind. Generell ist Kontrolle in ihrer freiheitseinschränkenden Wirkung immer kritisch zu betrachten. Für die Klient:innenseite äußert sich Kontrolle in der Regel als der negative Teil sozialarbeiterischer Intervention und ist dementsprechend nach Möglichkeit gering zu halten. Für die Bewertung von Substanzkonsum sollte das beispielsweise bedeuten, Moral, die oft nur als Kontrollinstanz der gesellschaftlichen Norm fungiert, weitestgehend beiseitezulassen.

4.3 Anregungen für Konzeptionelle Bausteine

Ausgehend von den vorangegangenen Grundannahmen sollen im Folgenden Überlegungen angestellt werden, wie verschiedenen Aspekte einer Konzeptionierung zum Umgang mit Substanzkonsum für eine Einrichtung aussehen könnten.

Prävention

Als grundlegende verhaltenspräventive Ausrichtung und aufgrund der Notwendigkeit eines offenen Gesprächsumgangs mit Konsum, kann eine Orientierung an Konzepten der Risikokompetenz empfohlen werden. Es ist davon auszugehen, dass Jugendliche im Verlauf ihres Lebens, spätestens in Bezug auf Alkohol, Konsumententscheidungen treffen werden müssen. Eine informationelle Grundausrüstung kann dabei helfen, diese Entscheidungen reflektierter zu treffen und ein risikoärmeres Konsumverhalten zu entwickeln.

Im Übergang zur Abhängigkeit bedarf es abgestufter Maßnahmen präventiver Interventionen. Aufgrund der schon zuvor anzunehmenden partiellen Steuerungsunfähigkeit des Konsums erscheint es sinnvoll, sich konzeptionell abgestuft von Risikokompetenz zu Schadensminimierung zu bewegen. Ab wann und inwieweit Konsum als riskant einzuschätzen ist, kann in Form von Checkliste annähernd bestimmt, muss letztlich aber am Einzelfall entschieden werden. Grundlegend sollte sich dabei an den potenziell drohenden Schäden des riskanten Gebrauchs nach der ICD orientiert

werden. Spätestens mit dem Eintritt von Schädigungen durch Konsum sollte auf Angebote der Suchthilfe verwiesen werden.

Suchtspezifische Verhältnisprävention kann in erster Linie durch Konsumverbote in oder auch um die Einrichtung erfolgen. Im Sinne von Punktabstinenz und der Schaffung eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes kann dies im Regelfall, auch mit Blick auf Mitbewohner:innen, als zumutbar angesehen werden. Inwiefern Konsumtoleranz innerhalb des Wohnraums in bestimmten Betreuungssettings hinnehmbar oder sogar notwendig ist, muss konkret erwogen werden. Es ist anzunehmen, dass ein generelles Konsumverbot und damit einhergehende Sanktionen tendenziell kontraproduktiv wirken, da durch sie Konsum wahrscheinlich verheimlicht und das offene Gespräch entsprechend erschwert wird. Daneben stellt eine Kontrolle der Körper durch Speicheltest oder Urinproben ein relativ hohes Maß an Überwachung dar.

Außerdem wäre zu überlegen, suchtspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung, allgemeiner Kompetenzen oder das Anbieten von Risikoalternativen aus dem suchtspezifischen Teil eines Einrichtungskonzepts auszugliedern und als generelle Aufgaben der Einrichtung zu behandeln, auch um eine Überfrachtung und Beliebigkeit des Suchtkonzepts zu verhindern. Ein „gesundheitsförderliches Lebensumfeld“ wird gemäß § 45 Abs. 2 Nr. 3 SGB VIII regelhaft für die Betriebserlaubnis einer Einrichtung vorausgesetzt.

Verhältnis zur Suchthilfe

In dieser Arbeit wird nahegelegt, riskanten Konsum und Abhängigkeit auf Grundlage zieloffenen Suchtarbeit anzugehen. Klar wird dabei, dass zieloffenes Beraten umfangreiches Wissen über Möglichkeiten und Angebote sowie Erfahrung mit Beratungsmethoden wie dem Motivational Interviewing erfordert. Es ist nicht anzunehmen, dass Einrichtungen oder fallzuständige Fachkräfte des ASD diese Beratung leisten können. Aus Sicht von Einrichtungen erscheint es deshalb sinnvoll, bei Bedarf in Kooperation mit einer zieloffen arbeitenden Suchtberatungsstellen zu treten. Da zieloffene Suchtarbeit auf Selbstbestimmung ausgerichtet ist, kann die Beratung nur auf freiwilliger Basis zum Erfolg führen. Die Hilfeplanung der Suchtberatungsstelle muss in ein Verhältnis zur Hilfeplanung des ASD gesetzt werden. Denkbar wäre beispielsweise ein

Kooperationsdreieck zwischen Einrichtung, Suchtberatungsstelle und ASD, in dem die Suchtberatungsstelle den konsumbezogene Hilfebedarf autonom koordiniert und darüber Bericht erstattet. Alternativ dazu wäre unter Umständen denkbar, nur das Assessment, die Zielvereinbarung und die Hilfeplanung in Bezug auf den Konsum aus dem Case Management des ASD an die Suchtberatungsstelle auszugliedern. Genauer muss eine Kooperationsvereinbarung regeln.

Betreuer:innen

Die Konkretheit einzelner Substanzen konnten in dieser Arbeit leider keinen Raum finden. Auch wenn Abhängigkeit vor allem vor als psychodynamischer Prozess auch substanzunabhängig zu begreifen ist, so spielen die Eigenschaften der Substanzen im konkreten Fall doch eine entscheidende Rolle. Um im Umgang mit Substanzkonsum souverän agieren zu können, ist Wissen über Eigenschaften, Wirkungsweise, Konsumrisiken und -formen sowie Gefahren durch Mischkonsum unerlässlich. Außerdem gilt es ein Verhältnis zum und eine Kommunikationsstrategie für den eigene Substanzkonsum zu finden.

Zentral ist außerdem ein geteiltes Verständnis im Team, ab wann Substanzkonsum als riskant einzuschätzen ist und wie es darauf zu reagieren gilt. Hilfreich können hier Checklisten sein, wie sie beispielsweise im Handbuch der DHS von 2020 zu finden sind. Daneben sollten die Diagnosekriterien der ICD bekannt sein, um abschätzen zu können, ab wann es sich bei Substanzkonsum wahrscheinlich um eine Substanzabhängigkeit handelt, und dies transparent gegenüber Jugendlichen kommunizieren zu können.

Leerstellen der Arbeit

Zusätzlich zu den bereits genannten konnten auch weitere Aspekte, die für eine konzeptionelle Ausarbeitung relevant sind, nicht oder nicht ausreichend Eingang finden. Zu nennen sind hier vor allem Aspekte der Zielgruppe „Jugendliche“ im Kontext von Substanzkonsum. Nicht reflektiert werden konnte jugendlicher Konsum in Hinblick auf die in diesem Alter sehr bedeutsame Gruppe der Gleichaltrigen. Welche Chancen und Risiken sich durch die Peer-Group eröffnen, muss deshalb an einer anderen Stelle

bearbeitet werden. Auch Dynamiken innerhalb von Wohngruppen und -gemeinschaften konnten nicht beleuchtet werden. Daneben ist der Begriff „Jugend“ stark heterogen und muss für genauere Betrachtungen weiter unterteilt werden. Jugend kann je nach Herkunftsmilieu oder Genderzugehörigkeit sehr unterschiedlich ausgestaltet sein.

Des Weiteren konnten Rechtliche Aspekte nur angerissen werden. Insbesondere Betreuungsrechtliche Aspekte, zum Beispiel in Bezug auf die Personensorgeberechtigten, und Strafrechtliche Aspekte sind bei der Betreuung Substanzabhängiger Jugendlicher von zentraler Bedeutung. Ebenfalls nicht ausgeführt werden konnte die Möglichkeit, Substanzabhängigkeit bei Jugendlichen entlang der ICF als Form seelischer Behinderung klassifizieren zu lassen und damit eine stationäre Unterbringung auf Grundlage des § 35a SGB VIII zu ermöglichen.

Darüberhinausgehend sind Aspekte des Themenkomplexes zu erwähnen, die nicht von der Fragestellung abgedeckt werden. Die grundlegende Ausrichtung dieser Arbeit bestand darin, auf theoretischer Ebene Zugangsmöglichkeiten für abhängige Jugendliche zum System der stationären Jugendhilfe zu eröffnen. Welche Wirkmechanismen darüber hinaus für Ausschlüsse sorgen, konnte entsprechend nicht reflektiert werden. Denken ließe sich hier beispielsweise an Kostendruck im Zuge der Ökonomisierung Sozialer Arbeit. Auch drogenpolitische Aspekte konnten nur im Kontext von akzeptierender Drogenarbeit angerissen werden, obwohl diese für einen Teil substanzkonsumierender und substanzabhängiger Menschen von entscheidender Bedeutung sind.

Schlussbetrachtung

Die klinische Diagnose bleibt ein Fremdkörper für die Pädagogik. Das bedeutet allerdings nicht, dass man nicht mit ihr arbeiten kann. Wer sich über ihr Zustandekommen im Klaren ist, kann sie auf der einen Seite akzeptieren, auf der anderen Seite aber auch in ein Verhältnis zu den eigenen Arbeitsweisen und theoretischen Bezügen setzen. Deutlich wurde im Verlauf der Arbeit vor allem, dass die Ausschlüsse von substanzabhängigen Jugendlichen nicht allein durch guten Willen zu verhindern sind, sondern sich teils strukturlogisch durch das unvermeidbare Zusammenspiel von Hilfe und Kontrolle ergeben. Aus einer Betrachtung der Gegenstandsbereiche konnten einige Grundannahmen formuliert werden, die es bei einer Konzepterstellung zum Umgang mit substanzabhängigen Jugendlichen in Einrichtungen zu beachten gilt. Daneben wurden konkrete mögliche Bausteine für eine suchtspezifische Konzepterstellung in Einrichtungen zusammengetragen. Zu beachten ist, dass nicht alle Aspekte des Gegenstands angemessen Eingang finden konnten. Für eine Konzepterstellung bedeutet dies, dass die Gedanken dieser Arbeit weiterzuentwickeln sowie an die konkreten Gegebenheiten anzupassen sind.

Literaturverzeichnis

- Basedow, Lukas Andreas/Kuitunen-Paul, Sören (2024): Suchtprävention. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 408-418
- Baumann, Menno (2020): Konsumverhalten als Entwicklungsaufgabe. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V./Gaßmann, Nadja (Hrsg.): *Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung*. Hamm: o. V., 35-37 Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtpraevention_in_der_Heimerziehung.pdf
- Beierle, Sarah/Hoch, Carolin (2017): *Straßenjugendliche in Deutschland. Forschungsergebnisse und Empfehlungen*. München: Deutsches Jugendinstitut. Online unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2017/25865_beierle_hoch_strassenjugendliche.pdf [Zugriff: 29.01.2025]
- Bell, Andreas (2015): *Philosophie der Sucht. Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bengl, Oliver (2013): Ein geschütztes Zuhause für schwer erziehbare Jugendliche. Das easyContact House in München. In: *proJugend 2013 (3)*, 22-25
- Böhnisch, Lothar (2023): *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung*. 9. Aufl. Weinheim und Basel, Beltz Juventa.
- Buchholz, Angela (2020): Anwendung der ICF im Versorgungsalltag: Potenziale und Herausforderungen. In: Rummel, Christian/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Perspektive auf Soziale Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 36-45

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.): *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 15. September 2023* Köln: [o. V.] Online unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/index.htm> [Zugriff: 27.01.2025]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.): *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision (Entwurfsfassung)* Online unter: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html [Zugriff: 27.01.2025]

Burschel, Maria/Klein-Zimmer, Katrin/Seckinger, Mike (2022): *Gute Heime – Möglichkeiten der Sichtbarmachung der Qualitäten stationärer Hilfen zur Erziehung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Busch-Geertsema, Volker (2014): Housing First. Die Wohnung als Grundvoraussetzung für weitergehende Hilfen. In: Keicher, Rolf/Gillich, Stefan (Hrsg.): *Wenn Würde zur Ware verkommt. Soziale Ungleichheit, Teilhabe und Verwirklichung eines Rechts auf Wohnraum*. Wiesbaden: Springer VS, 155-178

Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (2018): Hilfe und Kontrolle in der Jugendhilfe. In: Böllert, Karin (Hrsg.): *Kompodium Kinder und Jugendhilfe*. Münster: Springer VS, 219-241

Degenhart, Friderike/Maulwurf, Ingrid (o. J.): *Drogenkonsum in der Jugendhilfe – Akzeptanz versus Ausgrenzung. Ein Betreuungskonzept für jugendliche KonsumentInnen illegaler Drogen*. https://www.systemisches-institut-tuebingen.de/fileadmin/CONTENT/1_Institut/Veroeffentlichungen/Drogenkonsum_in_der_Jugendhilfe_Akzeptanz_versus_Ausgrenzung_-_Neu.pdf [Zugriff: 28.01.2015]

- Deimel, Daniel/Moesgen, Diana (2024): Phänomenologie und Ätiologie von Substanzgebrauchsstörungen. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 44-66
- DHS (2002): Einleitung. In: DHS (Hrsg.): *Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. Manual für die stationäre Jugendhilfe*. Online unter: https://www.researchgate.net/profile/Axel-Pohl/publication/273130325_Jungenspezifische_Suchtpraevention/links/5dde985b4585159aa44e28aa/Jungenspezifische-Suchtpraevention.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19 [Zugriff: 29.01.2025]
- Drucker, Ernest (1997): Foreword. In: Erickson, Patricia/Riley, Diane/Cheung, Yuet W./O'Hare, Patrik A. (Hrsg.): *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs* Toronto, Buffalo und London: University of Toronto Press.
- Finke, Betina (2019): *Kinder in Heimen und Pflegefamilien. Rechtliche Rahmenbedingungen stationärer Jugendhilfe*. München: Verlag C.H. Beck.
- Flick, Uwe/Röhnisch, Gundula (2009): Jugendobdachlosigkeit. Straßenleben von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. In: *Sozial Extra 2009 (5/6)*, 49-52
- Franzkowiak, Peter/Schlömer, Hermann (2003): Entwicklung und Suchtkonzepte in Deutschland: Konzepte und Praxis. In: *Suchttherapie 2003 (4)*, 175-182
- Freigang, Werner/Wolf, Klaus (2001): *Heimerziehungsprofile. Sozialpädagogische Portraits*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Fricke, Ernst (2020): Rechtliche Hinweise: FAQs. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V./Gaßmann, Nadja (Hrsg.): *Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung*. Hamm: o. V. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtpraevention_in_der_Heimerziehung.pdf [Zugriff: 28.01.2025]
- Gaßmann, Nadja (2020): [wo im Inhaltsverzeichnis nicht anders genannt] In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V./Gaßmann, Nadja (Hrsg.): *Suchtprävention*

in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung. Hamm: o. V. Online unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtpraevention_in_der_Heimerziehung.pdf
[Zugriff: 28.01.2025]

Gerdes, Bianca/Steding, Ursel/Würfel, Gisela (2016): Junge Menschen in (Wohnungs-) Not. In: Gillich, Stefan/Keicher, Rolf (Hrsg.): *Suppe, Beratung, Politik. Anforderungen an eine moderne Wohnungslosenhilfe.* Wiesbaden: Springer VS, 131-140

Greca, Rainer (2021): Illegale Drogen – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Thiemann, Michael/Mohokum, Melvin (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung.* Berlin: Springer 459-471

Gruber, Andreas/Leitner-Sautter, Annette/Seifert, Thomas/Wiegert, Jeanette (2002): Die Arbeit mit Jugendlichen. In: DHS (Hrsg.): *Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. Manual für die stationäre Jugendhilfe*, 12-33 Online unter: https://www.researchgate.net/profile/Axel-Pohl/publication/273130325_Jungenspezifische_Suchtpraevention/links/5dde985b4585159aa44e28aa/Jungenspezifische-Suchtpraevention.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19 [Zugriff: 28.01.2015]

Grupp, Dieter (2002): Grundbegriffe der Sucht. In: DHS (Hrsg.): *Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in der stationären Jugendhilfe. Manual für die stationäre Jugendhilfe.* Online unter: https://www.researchgate.net/profile/Axel-Pohl/publication/273130325_Jungenspezifische_Suchtpraevention/links/5dde985b4585159aa44e28aa/Jungenspezifische-Suchtpraevention.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
[Zugriff: 28.01.2025]

Hauprich, Kai/Knobel, Philena (2024): Wohnungslose Menschen mit Substanzgebrauchsstörungen. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch.* Köln: Psychiatrie Verlag, 479-494

- Herbst, Maximilian (2013): „Before“ – indizierte Suchtprävention. Ein Kooperationsprojekt zwischen der Caritas Suchtberatungsstelle und dem Kinderheim St. Josef in Mannheim. In *proJugend 2013* (3), 14-17
- Hurrelmann, Klaus/Quenzel, Gudrun (2016): *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. 13. Aufl. Weinstein und Basel: Beltz Juventa.
- Hoch, Carolin (2016): *Straßenjugendliche in Deutschland. Eine Erhebung zum Ausmaß des Phänomens. Zwischenbericht – zentrale Ergebnisse der 1. Projektphase* Halle (Saale): Deutsches Jugendinstitut e.V. Online unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2016/Bericht_Strassenjugendliche_2016.pdf
- Hoch, Carolin (2017): *Straßenjugendliche in Deutschland. Eine Erhebung zum Ausmaß des Phänomens. Endbericht – Zentrale Ergebnisse der 2. Projektphase*. Halle (Saale): Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Icking, Maria (2021): Jugendsozialarbeit und offene Kinder- und Jugendarbeit. In: Deinet, Ulrich/Sturzenhecker, Benedikt/von Schwanenflügel, Larissa/Schwerthelm, Moritz (Hrsg.): *Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit*. 5. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 1739-1748
- Keck, Daniel (2024): „Vernünftig“ über Krankheit sprechen. Phänomenologische Perspektiven auf das Unsagbare. In: Sell, Annette (Hrsg.): *Diskurse über Krankheit. Zum Krankheitsbegriff in Philosophie, Medizin und Psychologie* Bielfeld: transcript Verlag, 73-88
- Kemper, Ulrich (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Medizin. In: Rummel, Christian/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): *Sucht: bio-psycho-sozial. Die Ganzheitliche Perspektive auf Soziale Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 46-58
- Khatib, Ahmed (2024): Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 370-382

- Knoop, Tobias/Meyer, Thorsten (2019): Gesundheitswissenschaften/Public Health. In: Dettmers, Stephan/Bischkopf, Jeannette (Hrsg.): *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 39-43
- Körkel, Joachim (2015): Das Menschenbild als Dreh- und Angelpunkt des Umgangs mit Suchtkranken (auch) in der rechtlichen Betreuung. In: *Betreuungsrechtliche Praxis 2015 (1)*, [o. S.]
- Körkel, Joachim (2016): Vom Abstinenzdogma zum Paradigma Zieloffener Sucharbeit. In: *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis sozialer Arbeit 2016 (1)*, 40-48
- Körkel, Joachim (2024): Haltung in der Suchthilfe und Zieloffenen Suchtarbeit. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 230-253
- Kuhlmann, Thomas (2024): Qualifizierte Entzugsbehandlung. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 357-369
- Kuitunen-Paul, Sören/Atzendorf, Josefine (2024): Substanzkonsum im Jugendalter. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag 420-429
- Laging, Marion (2018): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Grundlagen – Konzepte – Methoden*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Liel, Katrin (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit In: Rummel, Christian/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Perspektive auf Soziale Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 69-79
- Lüder, Christian (2016): Prävention. In: Schröer, Wolfgang/Struck, Norbert/Wolff, Mechthild (Hrsg.): *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 512-537

- Mertens, Fanny (2024): *There Is No Such Thing as Insanity. Eine gesellschaftstheoretische Kritik am Begriff der Individualität im Bio-Psychosozialen Modell der Krankheit.* In: Sell, Annette (Hrsg.): *Diskurse über Krankheit. Zum Krankheitsbegriff in Philosophie, Medizin und Psychologie* Bielfeld: transcript Verlag, 89-120
- Möller, Christoph (2020): *Jugend Sucht. Ein Präventionsbuch. Ehemals Abhängige berichten* 5. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Mücher, Frank (2010): *Prekäre Hilfen? Soziale Arbeit aus Sicht wohnungsloser Jugendlicher.* Wiesbaden: VS Verlag
- Münder, Johannes/Trenczek, Thomas (2018): SGB VIII – Kinder und Jugendhilfe. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik.* 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1351-1365
- Niemeier, Christa (2012): Suchtprävention – von der Drogenszene zum gesellschaftlichen Querschnittsthema. In: Gastinger, Sigmund/Abstein, Hans Joachim (Hrsg.): *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe.* Freiburg im Breisgau: Lambertus -Verlag, 19-36
- Oltrop, Anke/Thünemann, Kurt (2013): Suchtprävention und Früherkennung in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. In: *proJugend 2013 (3)* 4-8
- Orth, Boris/Merkel, Cristina (2020): *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends.* In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): ebd. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online unter: <https://www.bzga.de/forschung/studien/abgeschlossene-studien/studien-ab-1997/suchtpraevention/die-drogenaffinitaet-jugendlicher-in-der-bundesrepublik-deutschland-2019/>
- Pfadenhauer, Björn (2011): *Das Wunsch- und Wahlrecht der Kinder- und Jugendhilfe. Entwicklungslinien, rechtliche Grundlegungen und institutionelle Bedingungen.* Wiesbaden: VS Verlag.
- Poehlke, Thomas/Heinz, Werner/Stöver, Heino (2020): *Drogenabhängigkeit und Substitution. Ein Glossar von A-Z.* 5. Aufl. Berlin: Springer.

- Prümel-Philippson, Uwe (2020): Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung – Entstehungshintergründe, Konzept, Umsetzung in Deutschland, Entwicklungsperspektive In: Rummel, Christian/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Perspektive auf Soziale Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 25-34
- Preuß-Ruf: (2012): Ambulante Suchthilfe in Psychosozialen Beratungsstellen. In: Gastinger, Sigmund/Abstein, Hans Joachim (Hrsg.): *Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe*. Freiburg im Breisgau: Lambertus - Verlag, 53-70
- Rademaker, Anna Lena/ Altenhöner, Thomas (2019): Gesundheitsförderung und Gesundheitsprävention in der Sozialen Arbeit. In: Dettmers, Stephan/Bischkopf, Jeannette (Hrsg.): *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 147-162
- Rätz, Regina/Schröer, Wolfgang/Wolff, Mechthild (2014): *Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven*. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Rauschenbach et al (2024): *Kinder- und Jugendhilfereport 2024. Eine kennzahlenbasierte Analyse mit einem Schwerpunkt zum Fachkräftemangel*. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich. Online unter: <https://shop.budrich.de/produkt/kinder-und-jugendhilfereport-2024/>
- Rottlaender, Eva-Marie (2023): Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland: Beratung, Begleitung, Unterstützung und Förderung von Kindern, Jugendlichen und Eltern. In: Buntrock, Matthias/Peinemann, Katharina (Hrsg.): *Grundwissen Soziale Arbeit. Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder*. Wiesbaden: Springer Gabler, 77-104
- Schabdach, Michael (2009): *Soziale Konstruktion des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen*. Wiesbaden: VS Verlag
- Schäffer, Dirk (2024): Suchtselbsthilfe. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 383-395

- Scherr, Albert (2018): Jugend als gesellschaftliche Institution und Lebensphase. In: Dollinger, Bernd/Schmidt-Semisch (Hrsg.): *Handbuch Jugendkriminalität. Interdisziplinäre Perspektiven*. 3. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 17-34
- Schmid, Martin: Case Management. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 331-340
- Schmidt-Semisch, Henning (2010): Doing Addiction. Überlegungen zu Risiken und Nebenwirkungen des Suchtdiskurses. In: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): *Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag, 143-162
- Schrödter, Mark (2020): *Bedingungslose Jugendhilfe. Von der selektiven Abhilfe defizitärer Elternschaft zur universalen Unterstützung von Erziehung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schu, Martina/Mohr, Sören (2014): *Suchtmittelkonsum und suchtbbezogene Problemlage von Kindern und Jugendlichen in stationärer Jugendhilfe*. In: Landesverband Westphalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle (Hrsg.): ebd. Münster: Forum Sucht Sonderband 8 Online unter: https://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_Sonderband8-FOGS-Studie.pdf
- Schwabe, Mathias/Stallmann, Martina (2021): *Freiraum mit Risiko. Niedrigschwellige Erziehungshilfen für sogenannte Systemsprenger*. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Sting, Stephan (2018): Sucht und Rausch. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans/Treptow, Rainer/Ziegler, Holger (Hrsg.): *Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik*. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1684-1692
- Stöver, Heino (2009): Akzeptierende Drogenarbeit weiterentwickeln! Leit motive Akzeptierender Drogenarbeit. In: *Sozial Extra 2009 (11/12)*, 38-41
- Stöver, Heino/Werse, Bernd/Hornig, Larissa (2023): Einleitung. In: akzept e.V. *10. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2023*. Lengerich (Westfalen): Pabst Science Publisher, 9-12

- Tanner, Jakob (2019): Subjekt – Substanz – Gesellschaft. Sucht nach 1945. In: Feustel, Robert/Schmidt-Semisch, Henning/Bröckling, Ulrich (Hrsg.): *Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive*. Wiesbaden: Springer VS, 159-172
- Tretter, Felix (2020): „Bio-psycho-soziales Modell“ – Steckbrief und Perspektiven In: Rummel, Christian/ Gaßmann, Raphael (Hrsg.): *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Perspektive auf Soziale Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 13-24
- Theile, Manuel/Wolf, Klaus: Der sozialpädagogische Blick auf Heimerziehung. Eine Einführung In: Theile, Manuel/Wolf, Klaus (Hrsg.): *Sozialpädagogische Blicke auf Heimerziehung. Theoretische Positionierungen, empirische Einblicke und Perspektiven*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 9-32
- Tielking, Knut/Rabes, Manfred (2024): *Sucht und Gesundheit. Soziale Perspektiven für die Suchtprävention und Suchthilfe*. Wiesbaden: Springer VS.
- Wallner, Martin (2013): „Der Sehnsucht nach Suchtmitteln etwas entgegensetzen“. Das Konzept präventiver und therapeutischer Interventionen im Jugendwerk Birkenneck In: *proJugend 2013 (3)* 9-13
- Wallroth, Martin: Ethische Aspekte von Sucht, Suchtforschung und Suchthilfe. In: Deimel, Daniel/Moesgen, Diana/Schecke, Henrike (Hrsg.): *Soziale Arbeit in der Suchthilfe. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag, 215-228
- Walter, Nora: Sucht und Suchthilfe (2023): In: Buntrock, Matthias/Peinemann, Katharina (Hrsg.): *Grundwissen Soziale Arbeit. Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder*. Wiesbaden: Springer Gabler, 203-228
- WHO (1946/47): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. online: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de [Zugriff: 28.01.2025]
- Wiesner, Reinhard (2016): Rechtspolitische Herausforderungen der Kinder und Jugendhilfe. In: Schröer, Wolfgang/Struck, Norbert/Wolff, Mechthild (Hrsg.): *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 1267-1284

- Winkler, Michael (1988): Alternativen sind nötig und möglich! Plädoyer für eine neue Heimkampagne. In: *Neue Praxis* 18, H. 1, 1–12
- Wolf, Klaus (2024): Was ist Heimerziehung? In: Theile, Manuel/Wolf, Klaus (Hrsg.): *Sozialpädagogische Blicke auf Heimerziehung. Theoretische Positionierungen, empirische Einblicke und Perspektiven*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 34-58
- Wontorra, Maximilian (2013): „Sich in einem überschaubaren Umfeld tagtäglich auf die Probe stellen“. Die Jugendhilfeeinrichtung Freedom. In: *proJugend* 2013, (3), 18-21
- Wrobel, Isabel Helene (2024): Gibt es ein Wesen der Gesundheit? Versuch einer philosophisch-historischen Genese des Krankheitsbegriffs. In: Sell, Annette (Hrsg.): *Diskurse über Krankheit. Zum Krankheitsbegriff in Philosophie, Medizin und Psychologie*. Bielfeld: transcript Verlag, 17-30
- Zeller, Maren (2016): Stationäre Erziehungshilfen In: Schröer, Wolfgang/Struck, Norbert/Wolff, Mechthild: *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*. 2. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 792-812

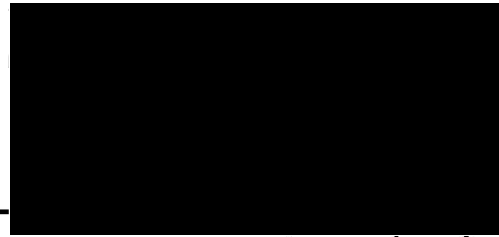
Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 29.01.2025

Ort, Datum

Unterschrift

A large black rectangular box redacting the signature of the author.